

Nina Karuneva

**OPPIMISEEN OSALLISTAMINEN JA
SITOUTUMINEN**

Prosessiarviointi terveyskeskusten liikuntaneuvonnan
kehittämiprojekteista

Aikuiskasvatustieteen

pro gradu – tutkielma

Kevätlukukausi 2013

Kasvatustieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Karuneva, Nina. OPPIMISEEN OSALLISTAMINEN JA SITOUTUMINEN. Prosessiarviointi terveyskeskusten liikuntaneuvonnan kehittämisprojekteista. Aikuiskasvatustieteen pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopiston kasvatustieteiden laitos, 2013. 74 sivua. Julkaisematon.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessani tarkastelin, mitä keinoja neljässä eri liikuntaneuvonnan palveluketjun kehittämis - projekteihin osallistuneissa terveyskeskuksissa käytettiin oppimiseen osallistamisessa ja miten työyhteisöissä oppimiseen sitouduttiin. Tutkimusaineistonani olivat hankkeen aikana kerätty dokumenttimateriaali, joka käsitti hankkeiden aikaiset terveyskeskusten vastuutiimien tuutoritapaamisten kokousmuistiot (n=21), työmuistiot (n=10) ja tutkijatuutorin kokouksien havaintomuistiot (n=21). Tutkimukseni arvioinnin teoreettisena viitekehyksenä on realistisen arviointitutkimus ja menetelmänä monitahoarviointi.

Havaitsin, että osallistavan oppimisen toteutuminen on työyhteisöissä vähäistä, ja osallistamista tukeviin toimintatapoihin ei ole totuttu. Mahdollisuus yhteisölliseen oppimiseen osallistumiseen on rajallinen muun muassa yhteisten foorumien puuttumisen ja henkilökunnan vaihtuvuuden vuoksi, mutta ongelmana on myös yhä vallalla oleva ammattikuntajako. Vuorovaikutus koko työyhteisön kesken tapahtuu paljolti kirjallisesti ja henkilökohtainen vuorovaikutus rajautuu omalle ammattikunnalle tiedottamiseen. Mahdollinen asioiden koko yhteisöä osallistava reflektointi ei näy oppimisprosessissa, vaikka suunnitelmia jalkautetaan arkisen työn tasolle. Tutkimuksessani kävi ilmi myös se, että kun yhteisiä foorumeita järjestetään ja hierarkkia on matala, koko työyhteisö saadaan osallistettua oppimiseen. Oppimiseen sitoutumisessa nousi esiin paitsi yksilölliset myös eri ammattiryhmien väliset erot. Tässä tutkimuksessa lääkärit osoittautuivat heikoimmin sitoutuneeksi ammattiryhmäksi eikä johtokaan antanut työyhteisölle niiden kaipaamaan tukea. Havaitsin myös kun johdon tuki jää etäiseksi, prosessi voi ajautua omaksi saarekkeekseen ja jopa visio hukkua matkalla. Ja toisaalta johdon tuen ollessa jatkuvaa ja työyhteisö otetaan prosessin eri vaiheisiin mukaan, sitoutuminen on vahvempaa. Tällöin löytyy ongelmista huolimatta keinoja toimia ja halua uudistua.

Tutkimalla yleistyneen projektiluontoisen työn kehittämisen prosessia ja työyhteisöissä oppimista, pureuduin ajankohtaiseen asiaan. Merkittäväksi työn tekee myös se, että Sosiaali- ja terveysministeriö (2010) suosittelee liikuntaneuvonnan palveluketjuja kehitettävän eri ammattiryhmien yhteistyössä paikallisesti terveydenhuollon sisällä. Tutkimukseni avulla saatiin tietoa miten suositusten mukaisissa oppimisprosesseissa toimitaan ja mitä kehitettävää terveyskeskuksissa vielä olisi, jotta oppiminen tapahtuisi koko työyhteisössä. Tutkimukseni tuloksia voivat hyödyntää ne, jotka kehittävät terveyskeskusten toimintatapoja, mutta myös muut työyhteisön kokonaisvaltaiseen oppimiseen tähtäävät tahot.

Avainsanat: osallistava oppiminen, oppimiseen sitoutuminen, terveyskeskus, moniammatillinen työyhteisö, prosessiarviointi.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	2
1 JOHDANTO	5
2 OSALLISTAVA OPPIMINEN.....	7
2.1 Yhteisöllisyys.....	7
2.2 Vuorovaikutus	9
2.3 Kokemuksen kautta oppiminen.....	12
3 OPPIMINEN JA SIIHEN SITOUTUMINEN.....	15
3.1 Yksilön oppiminen ja siihen sitoutuminen.....	16
3.2 Työyhteisön oppiminen ja oppimiseen sitoutuminen	18
4 TERVEYSKESKUS OPPIMISYMPÄRISTÖNÄ	21
4.1 Oppiminen terveydenhuollossa.....	21
4.2 Moniammatillinen yhteistyö	23
5 PROJEKTIN AIKAINEN OPPIMISPROSESSI	27
5.1 Projekti oppimisen tukena.....	27
5.2 Lireke – projektin lähtökohdat ja toteutusmalli	28
6 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TOTEUTUS	32
6.1 Tutkimuskysymykset	32
6.2 Kohderyhmä.....	33
6.3 Aineistonkeruu	34
6.4 Aineiston analyysi.....	35
6.5 Tutkimusaineiston keruun sekä analyysin luotettavuus ja eettisyys	38
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	43
7.1 Oppimiseen osallistaminen	44
7.1.1 Yhteisöllisyys.....	44

7.1.2 Vuorovaikutus	48
7.1.3 Kokemuksen kautta oppiminen.....	51
7.2 Oppimiseen sitoutuminen.....	52
7.2.1 Yksilöiden oppimiseen sitoutuminen	53
7.2.2 Työyhteisön oppimiseen sitoutuminen	56
8.1 Yhteenveto	61
8.2 Pohdinta.....	62
8.3 Tutkimuksen tulosten luotettavuuden ja eettisyyden arviointi.....	65
8.4 Jatkotutkimusaiheita.....	67
LÄHTEET	68
Aittasalo, M. & Miilunpalo, S. (2002). PILOTTITUTKIMUSTEN PÄÄTÖSRAPORTTI. UKK-instituutti. Tampere. Saatavilla www-muodossa: http://www.liikkumisresepti.net/mikaon.html (Viitattu 15.7.2012).....	68

1 JOHDANTO

Tämä opinnäyte on prosessiarviointi neljässä terveyskeskuksessa vuosina 2010–2012 toteutetuista liikuntaneuvonnan palveluketjun kehittämis – projekteista (Lireke). Keskityn prosessiarvioinnissani tarkastelemaan minkälaisia keinoja näissä työyhteisöissä käytetään oppimiseen osallistamisessa ja miten työyhteisöissä oppimiseen sitoudutaan. Tämän työn oppiminen tapahtuu terveydenhuollon moniammatillisissa konteksteissa, ja pohdin myös toimintaympäristön suoraa tai epäsuoraa vaikutusta prosessiin. Tutkimusmateriaalina ovat projektien aikaiset muistiot, joita ovat kirjoittaneet työyhteisön ulkopuolinen tutkijatuutor sekä neljän terveyskeskuksen työntekijöistä koostuvat vastuutiimit. Vastuutiimillä tarkoitetaan keskenään vuorovaikutuksessa olevaa tavoitekeskeistä ja tietoisesti perustettua ryhmää (Lindström 2002, 195). Lisäksi tulkintojeni tukena ovat omat muistiinpanoni yhden terveyskeskuksen kokouksiin osallistumisista. Olen terveydenhuollon ammattilainen ja tähän työhön minua innosti pyrkimys ymmärtää oman työni kehittämistä.

Työni pureutuu ajankohtaisiin kysymyksiin, sillä työntekijöiltä vaaditaan jatkuvaa sopeutumista muuttuviin oloihin sekä työssä kehittymistä (Collin 2007, 128). Työn kehittämisessä on kyseessä työntekijän (Kurki 2000, 25), mutta myös työyhteisön oppiminen (Vataja 2009, 55). Toisaalta projektimuotoinen eli kertaluontoinen ja määräaikainen työn kehittäminen on yleistynyt työkäytänteiden kehittämisen työtapana (Seppänen-Järvelä 2004, 3, 13, 22). Sosiaali- ja terveysministeriö (2010) suosittelee liikuntaneuvonnan palveluketjuja kehitettävän eri ammattiryhmien yhteistyössä paikallisesti terveydenhuollon sisällä, ja juuri tähän Lireke -projekti tähtää. Tutkimukseni kohteena on projektin aikainen oppimisprosessi, mitä muun muassa Seppänen-Järvelä (2009) pitää tärkeänä tutkimuksen kohteena. Prosessin vaiheiden tarkastelu on merkittävää, jotta oppiminen muodostuisi osaksi organisaation päivittäistä ammattityötä eikä projektirakenteen kadottua myös aikaansaannokset häviäisi (Seppänen-Järvelä 2009, 13, 38, 77).

Aluksi kuvailen osallistamisen peruseriaatteita ja merkitystä koko työyhteisön oppimisen kannalta. Tuon esiin keinoja tukea osallisuutta. Seuraavaksi pohdin oppimiseen sitoutumista ensin yksilön näkökulmasta, sitten tarkastelen sitä koko

työyhteisön tasolla. Oppiminen tapahtuu aina jossain ympäristössä (Ranta 2005, 87). Tällä toimintaympäristöllä tarkoitetaan fyysistä, sosiaalista ja kulttuurista ympäristöä (Tuomisto 1998, 46). Pohdin, minkälainen konteksti tukee oppimista ja miten oppimiseen sitoutuminen näkyy työyhteisössä. Tarkastelen terveyskeskusta oppimisympäristönä ja sen moniammatillista oppimistodellisuutta. Oppimisympäristön merkitykseen palaan lopulta tutkimuksen tuloksia pohtiessani. Teoriaosan lopuksi esitän projektin keinoin tapahtuvan kehittämisen mahdollisuuksia ja esittelen Lireke-projektin toimintamallin sekä suunnitellun etenemisaikataulun.

2 OSALLISTAVA OPPIMINEN

Pelkkä tekeminen ei työelämässä nykyisin riitä, vaan tiedonkulku ja oppiminen ovat vahvassa asemassa (Ranta 2005,128). Kurki (2000, 25) toteaa työn kehittämisen ja työntekijän oppimisen liittyvän kiinteästi yhteen. Murto (2009, 79) kuvaa oppimisen pitkäkestoiseksi prosessiksi, jonka suunnitteluun ja toteuttamiseen tulisi jokaisen yhteisön jäsenen voida osallistua ja vaikuttaa. Osallistavassa (participative) oppimisessa keskeistä on kaikkien, niin johtoportaana kuin käytännön työn tekijöiden mukaan ottaminen oppimisprosessin eri vaiheisiin (Kurki 2000, 25) eli muutostarpeen arviointiin, suunnitteluun ja toteutukseen. Tässä tutkimuksessa johdosta puhuttaessa tarkoitetaan vastaavia johtavia lääkäreitä, ylilääkäreitä, vastaavia lääkäreitä, johtavia hoitajia, ylihoitajia ja osastonhoitajia. Murto (2009, 79) korostaa, että kaikilla yhteisön jäsenillä on omasta asemastaan, tehtävästään, koulutuksestaan ja kokemuksestaan kumpuavaa tärkeää tietoa, jota tarvitaan työn ja työyhteisön kehittämisessä.

Osallistava oppiminen tapahtuu yhteisöllisesti (Arvaja & Mäkitalo - Siegl 2006, 1-2, 131). Collin (2007, 209) muistuttaa vuorovaikutuksen toisten kanssa olevan yksi tapa oppia. Samoin toteaa Seppänen-Järvelä (2009, 49) ja tuo esiin näkökannan, että ääneen lausuminen tekee arkipäiväiset kokemukset merkityksellisiksi. Kommunikointi on mahdollisuus jakaa tietoa ja saada palautetta ajatuksista, tunteista ja kokemuksista. (Seppänen-Järvelä 2009, 49.) Osallistamalla oppimisessa muutosta käsitellään organisaatiossa siellä, missä muutos nähdään konkreettisesti tapahtuvan eli työyhteisön arkisen työn tasolla (Työterveyslaitos 2011). Painotan tutkimuksessani yhteisöllisyyttä, vuorovaikutusta ja kokemuksen kautta oppimista keskeisinä tekijöinä osallistuvassa oppimisessa. Avaan näitä käsitteitä tarkemmin seuraavissa alaluvuissa.

2.1 Yhteisöllisyys

Nummelin (2007) sanoo yhteisöllisyyden olevan erityisesti vuorovaikutusta. Tällöin aikaa annetaan yhteisille keskusteluille sekä kehittämisideoiden syntymiselle. (Nummelin 2007, 74.) Yhteisöllinen eli kollaboratiivinen tai kollektiivinen oppiminen

on sosiokulttuurisen oppimiskäsityksen alakäsite. Se tarkoittaa yhteisen ymmärryksen rakentamisesta tietyistä asiasta (Arvaja & Mäkitalo - Siegl 2006, 1-2, 131). Yhteisöllisessä oppimisprosessissa toimijoita ja tekijöitä ovat työyhteisö ja kaikki sen jäsenet (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 20). Yhteistyön kollegojen ja muiden verkostojen kanssa on yksi oppimisen keino (Collin 2007, 137). Kun käytäntöjä luodaan ja kehitetään yhteisöllisesti, tämä sosiaalinen vuorovaikutusprosessi synnyttää asteittain kasvavan kollektiivisen tietämysverkon (Hakkarainen & Paavola 2008, 61) eli koko yhteisö oppii ja vältetään organisaation eri toimintojen välille syntyvää epätahtista kehitystä sekä erisuuntaisia odotuksia (Työterveyslaitos 2011). Yhdessä oppimalla tavoitellaan sitä, että kaikki oppivat samat asiat ja osallistuvat yhteisen tavoitteen saavuttamiseen. Tiedon jakamiseen kannustetaan, sillä kaikkien oppiminen nähdään olevan jokaisen vastuulla. (Sahlberg & Leppilampi 1994.) Yhteisöllinen oppiminen on siis tietoista ja tavoitteellista toimintaa, ja se onnistuu useimmiten silloin, kun kannustimena on jokin yhteinen konkreettinen tehtävä (Seppänen-Järvelä 2009,41) ja kun kaikilla on selkeä visio siitä, mihin pyritään (Sydänmaanlakka 2007,73). Siksi yhteinen tavoitteiden asettaminen ja tiedon prosessointi on tärkeää (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 13).

Tiimityö tai verkostoituminen eivät sinänsä tuo yhteisöllisyyttä, eikä yhteisöllisyyteen liittyvää yhteistä sosiaalista todellisuutta ja yhteenkuuluvuuden tunnetta välttämättä synny (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 19). Organisaatiossa tapahtuu oppimista ja yksilö oppii silloin, kun yhteisön jäsenet sopivat toiminnasta keskenään ja ottavat siitä vastavuoroisesti vastuuta (Wenger 1999). Kurki (2000, 19–20) korostaakin valmiutta työskennellä yhdessä jokaisen ryhmän jäsenen kanssa. Ihmiset tukeutuvat helposti stereotyyppioihin muun muassa ammattinimikkeen tai ulkonäön perusteella (Pennington 2005, 72; Saastamoinen 2007, 85). Seppänen-Järvelä (2009, 41, 73) onkin havainnut, että ryhmissä työskentelyn kyky ja halu on erityisen haasteellista, jos ryhmän sisällä on hierarkkista epätasapainoa tai kognitiivista epäsymmetriaa. Tämä tarkoittaa esimerkiksi ryhmiä, jossa on eri organisaatioiden edustajia useilta ammattialoilta ja hierarkiatasolta (Seppänen-Järvelä 2009, 41, 73). Terveyskeskus on tällainen organisaatio. Ranta (2005) kuitenkin toteaa ”Kun työnsä kokee arvokkaaksi, sen halua tehdä hyvin ja on halua myös tehdä työtä yhdessä” (Ranta 2005, 38, 40). Osallistamisen toteutumista edistää ennen kaikkea avoin ja ennakkoluuloton asenne, osallistujien luovuus ja kokeilunhalu. (Kurki 2000, 19–20.) Billet (2004, 111) näkee

oppimisen sosiaalisena toimintana, jossa vuorovaikutuksessa kaikilla osapuolilla on mahdollisuus oppia. Seuraavaksi tarkastelen syvemmin, mitä vuorovaikutuksella oppimisen yhteydessä tarkoitetaan.

2.2 Vuorovaikutus

Vygotsky näki oppimisprosessin kokonaisvaltaisena, dynaamisena, sosiaalisena ja kulttuurisidonnaisena tapahtumana, missä vuorovaikutus toisten kanssa on perusta oppimiselle (Lave & Wenger 1991). Vuorovaikutuksen merkitys on erityisen tärkeää jatkuvasti muuttuvassa työympäristössä, koska sen avulla tietoa välittyy työntekijöiden välillä. Kysymisen, keskusteluiden, avun pyytämisen sekä toisten työstä oppimisen myötä on mahdollisuus kerryttää koko ajan omaa ammattitaitoa eli oppia. (Collin 2007, 209.) Vuorovaikutuksen merkitys korostuu, kun halutaan saada organisaation oppimiselle tärkeä hiljainen tieto näkyväksi (Järvinen, Koivisto & Poikela 2002, 72–73; Lämsä & Hautala 2005, 195–196). Hakkarainen ja Paavola (2008, 59) määrittävät hiljaisen tiedon yksilön tai yhteisön toiminnan merkitykselliseksi tiedoksi, joka taustalla ohjaa ja säätelee toimintaa. Se on piilevää, ja sitä on vaikea kuvata kielellisesti. (Hakkarainen & Paavola 2008, 59, 66.) Hiljaiseen tietoon sisältyy paljon sellaista, joka vallitsee työpaikalla koko ajan, ympäröi ja yhdistää siellä työskenteleviä ja joka ikään kuin automaattisesti on läsnä (Toom, Onnismaa & Kajanto 2008, 7). Hakkarainen ja Paavola (2008, 75) ovat havainneet tietynlaisten interventtioiden auttavan työyhteisöä tietoisesti reflektoimaan vallitsevia käytäntöjä, ja Koskensalmi ja Lauttio (2002, 86–93) ovat havainneet juuri osallistamisen keinoksi kannustaa hiljaisen tiedon jakamiseen. (Koskensalmi & Lauttio 2002, 86–93; Työterveyslaitos 2011.) Keskeistä on kaikkien osallistujien kuuleminen, sillä keskustelun avulla muiden ajatukset ja toimintakäytännöt tulevat tutummaksi eikä työtappaa tarvitse muuttaa yksin (Mäntyranta, Kaila, Varonen, Mäkelä, Roine & Lappalainen 2003). Jos siis hiljaisesta tiedosta saa tietoista ja reflektiivistä, sitä voidaan jakaa työntekijöiden kesken ja näin oppia kollektiivisesti (Tuomisto 1998, 49–50; Järvinen ym. 2002, 72–73; Hakkarainen & Paavola 2008, 75).

Yhteinen vision luominen ja sen koko organisaation tietoisuuteen saaminen on äärimmäisen tärkeä taito oppimisessa. Kun kaikilla on selkeä visio päämäärästä, on

muutos helpompi saavuttaa. (Sydänmaanlakka 2007,61, 73.) Vuorovaikutus, viestintä ja vaikutusmahdollisuuksista huolehtiminen edesauttavat kaikkia organisaation jäseniä mieltämään muutosten perustelut, tarpeellisuuden ja toteuttamisen (Seppänen-Järvelä 2009, 13, 38). Ranta (2005, 157) muistuttaa, että yhdessä tehdyt päätökset myös mahdollistavat kaikkien sitoutumisen. Seppänen-Järvelä (2009, 35) puhuu moniäänisyydestä, jossa monet näkökulmat ovat esillä ja vaikuttamassa. Muutosprosessi toteutuu vuorovaikutuksessa eli tarvitaan suunnittelun, valinnan ja toteutuksen jatkuvaa vuoropuhelua (Ranta 2005, 65, 158). Miilunpalon, Toropaisen ja Mäkisen (2002) mukaan muutosprosessissa tuleekin panostaa tiedottamiseen sekä tapoihin, miten paikallisissa työyhteisöissä kehitetään yhteisiä toimintakäytäntöjä. Informaation saavutettavuus ja käyttö vaikuttavat siihen, miten tehtävästä suoriudutaan. (Miilunpalo, Toropainen & Mäkinen 2002.) Mäntyranta ym. (2003) toteavat, että työntekijän tulee olla erityisesti tietoinen omaa työtä koskevista asioista, jotta osallistaminen tuottaisi haluttuja seurauksia. *”Vain jaettu tieto on valtaa. On uskottava siihen, että tiedon jakamisesta hyötyvät kaikki, erityisesti se, joka sitä jakaa.”* kirjoittaa Sydänmaanlakka (2007,62.) Murto (2009, 79) korostaa asiaan liittyvän luotettavan tiedon jakamisen tärkeyttä työyhteisön jäsenten vaikuttamismahdollisuuksien mahdollistamiseksi ja Ranta (2005, 160) nostaa esiin muun henkilöstön mahdollisuuden tukea kehittämistyötä (myös Mattila 2007, 157). Tiedon jakamisen voidaan näin todeta vahvistavan kaikkien sitoutumista oppimiseen. Jos tiedottaminen ontuu, riskinä on, että projekti muotoutuu omaksi eriytyneeksi saarekkeeksi ja raja muuhun organisaatioon tai työyhteisöön voi kasvaa kuiluksi (Seppänen-Järvelä 2009, 76).

Sydänmaalakka (2007, 176) on havainnut tiedon saavutettavuudessa olevan ongelmia, varsinkin isoissa organisaatioissa. Tarvittava tieto ehkä on organisaatioissa jossakin, mutta sitä on vaikea paikallistaa. (Sydänmaalakka 2007,176.) Myös Ranta (2005, 17) on havainnut tiedonkulussa olevan ongelmia, kun henkilöstön määrä on yli kahdenkymmenen. Tutkimuskohteenani olevissa terveyskeskuksissa henkilöstömäärät kuuluvat näin ollen tiedonkulun suhteen haastaviin organisaatioihin. Ranta toteaa, että tiedonkulkuun tarvitaan uusia malleja, jottei osa ihmisistä koe jäävänsä ulkopuoliseksi (Ranta 2005, 17). Seppänen-Järvelä (2009, 47) korostaa prosessin dokumentoinnin merkitystä. Myös Ranta (2005) sanoo prosessien tarkan kirjaamisen auttavan yhteisymmärrykseen pääsyä ja näin huomataan tärkeät kehittämisen kohteet eli dokumentointi on tärkeä osa suunnitelmallisuutta (Ranta 2005, 90, 98). Ranta (2005,

159) näkee myös henkilökohtaiset yhteydet tärkeäksi ja Järvelä ja Poikela (2007) puhuvat organisaation tarjoamista mahdollisuuksista, ajasta ja tilasta, vaihtaa kokemuksia. Keskeisessä asemassa ovat yksilön, ryhmän ja organisaation välinen tiedon ja osaamisen jakaminen. (Järvelä & Poikela 2007, 184–185.) Seppänen-Järvelä (2009, 38) on Järvelän ja Poikelan kanssa samaa mieltä. Hänen näkemyksensä on, että yhteisissä foorumeissa voidaan jakaa havaintoja työstä ja tutkia muutosta sekä hallita muutospaineita yhteisöllisesti (Seppänen-Järvelä 2009, 38).

Työrutiinien ja työkäytäntöjen muuttaminen edellyttää kykyä tarkastella omaa työtä kriittisesti. Toiminnassa olevat ongelmat ja virheet on tunnistettava ja ratkaistava käytännössä. (Vataja 2009, 56.) Ongelmana voi olla, että sosiaalistumme omaan kulttuuriin niin vahvasti, ettemme pääse eteenpäin (Ranta 2005, 87). Vuorovaikutuksen on todettu parantavan päätösten laatua, mutta ryhmän vuorovaikutus voi myös heikentää uuden tiedon luomista. Tällaisia tietoa heikentäviä vuorovaikutusprosesseja ovat ryhmäajattelu ja ryhmäpolarisaatio. Ryhmäajattelussa ryhmä ei tarkastele tarjolla olevaa informaatiota riittävän huolellisesti ja kriittisesti eikä näin ollen pohdi riittävän syvällisesti ratkaisun perusteita. Keskustelua ei synny, epäilijät ja kriitikot leimataan epälojaaleiksi ja vaikeneminen tulkitaan myöntymiseksi. Vaikka päätökset voivat olla heikkoja ja kriitikittömiä, ryhmä on perusteettoman optimistinen niiden seurauksia kohtaan. Ryhmäpolarisaatio johtaa myös heikkoihin päätöksiin, sillä tällöin ryhmä ottaa suuria riskejä tai vaihtoehtoisesti pyrkii välttämään riskejä kokonaan. Ryhmän jäsenet lietsovat toisiaan äärikannanottoihin ja esittävät vahvoja argumentteja. Näin koko ryhmän ratkaisu liukuu äärialueille. (Huotari, Hurme & Valkonen 2005, 84.) Osallistavan oppimisen keskeisenä peruseriaatteena on kuitenkin mahdollisimman tasavertainen vuorovaikutus. Osallistamalla uusi toimintamalli tulee käyttöön ja vakiintuu nopeammin, mutta riskinä voi olla hitaus, tehtäväännosta rönsyminen ja lopputuloksen ennakoimattomuus (Mattila 2007, 147).

Uuden oppiminen perustuu tietoon, joka on aiemmin opittuna. (Billett 2001, 26–27, 37–38). Näin ollen eri ihmiset tulkitsevat samoja tilanteita eri tavoin, ja väärinymmärrykset ovat mahdollisia. Oppimisprosessin aikaisella reflektoinnilla pyritään välttämään tällaiset virheet. (Marsick & Watkins 1992, 298.) Jotta ajatukset selkiytyvät ja jäsentyvät, epäjohdonmukaisuudet tulevat ilmi ja uusia näkökulmia pystytään kehittämään, Fawcett ja Garton (2005) korostavat vuorovaikutusta, kaikkien

aktiivista osallistumista ja tehtävään sitoutumista. Näin yhteinen informaation prosessointi voi edistää ryhmän yhteisen tietoperustan luomista ja helpottaa yksilöiden yksilöllisen tiedon nousemista esiin (Collin 2007, 137). Ruohotie (2000, 79 - 80) pitääkin tärkeänä, että vuorovaikutuksessa on mahdollisuus arvioida omia ajatuksia itsekseen ja muiden kanssa ryhmässä sekä perustella omia ratkaisujaan. Kun kyseenalaistaa omia ajatteluprosesseja, voi oppia muilta. Vaikka ryhmässä voi oppia paljon erilaisia sisältöjä ilman, että niitä kukaan erityisesti opettaa (Häkkinen & Arvaja 1999,1), avoin viestintä ja riittävästä koulutuksesta huolehtiminen helpottaa uuden toiminnan käyttöönottoa, vakiinnuttavat sitä sekä auttavat laimentamaan mahdollista muutosvastarintaa (Mattila 2007, 171).

2.3 Kokemuksen kautta oppiminen

Oppiminen ei ole vain tiedollinen ilmiö, vaan se on myös kokemista ja tekemistä (Packer & Goicoechea 2000). Ranta (2005, 127) korostaakin suunnitelmien jalkauttamista jokapäiväiseen elämään, sillä arjessa ratkaistaan kehittämisen todellinen eteneminen. Lisäksi työntekijöiden on havaittu tuottavan strategisesti merkittävää tietoa kokeillessaan käytännössä uusia toimintatapoja ja niiden toimivuutta (Koskensalmi & Lauttio 2002, 86 – 93; Työterveyslaitos 2011). Uuden oppimisen pohjan sanotaankin aina olevan jossain koetussa, tehdyssä tai nähdyssä. Kokemus auttaa hahmottamaan työn kokonaisprosesseja eli työntekijä pystyy helpommin hahmottamaan asioiden välisiä yhteyksiä ja analysoimaan työtehtävien kokonaisuuksia. Kokonaisuuksien hahmottaminen on merkittävää erityisesti silloin, kun pyritään kehittämään työn organisointia. (Collin 2007, 135–138.) Yhteinen perustehtävä yhdistää työyhteisössä työskenteleviä eri ammattiryhmien edustajia, joten yhteinen työprosessien jäsentäminen on yksi keino hahmottaa eri ammattilaisten roolia saman perustehtävän hoitamisessa. (Seppänen-Järvelä 2009, 41, 73). Organisaation näkökulmasta on tietenkin tärkeää, että toiminnan tarkoitus, avaintehtäväalueet ja kriittinen osaaminen ovat selvillä kaikilla organisaation tasoilla (Sydänmaalakka 2007,87).

Kokemus määrittää työssä tapahtuvaa oppimista (Collin 2007, 139) ja aktiivinen yhteys aitoihin käytäntöihin edesauttaa sitä. (Tynjälä 1999, 167–168.)

Osallistamalla oppimisessa muutosta käsitelläänkin organisaatiossa siellä, missä muutos nähdään konkreettisesti tapahtuvan eli työyhteisön arkisen työn tasolla. (Työterveyslaitos 2011.) Osallistuessaan työntekijät eivät vain passiivisina reagoi asioihin tai toista rutiineja, vaan erilaisten vaikeuksien tai haasteiden edessä he pyrkivät muuttamaan käytäntöjään tarkoituksenmukaisemmiksi (Packer & Goicoechea 2000). Organisaatiokulttuurissa ääneen lausumattomina sääntöinä ja koodeina piileksivän hiljaisen tiedon määrä kasvaa, kun ihmisen kokemustieto lisääntyy. Näiden tietojen ja taitojen summa on osaamista, jota ei voida saavuttaa vain koulutuksen avulla, vaan siihen vaaditaan käytännön työkokemusta. (Järvinen ym. 2002, 72–73.) Kokeneella työntekijällä tätä tietoa tietenkin on huomattavasti enemmän kuin vasta-alkajalla, joten heidän pitäisi pystyä jollain tavalla jakamaan oma osaamisensa muille työntekijöille (Collin 2007, 204–206).

On kuitenkin muistettava, ettei kokemus ja autenttinen oppimisympäristö itsessään johda käsitteellisiin tai käyttäytymisen muutoksiin (Jarvis 1987; Aguilar & Krasny 2011, 219). Jarvis (1987) sanoo, että yksilö voi kokea jotain ja jatkaa ilman muutoksia, jolloin oppimista ei kokemuksen myötä tapahtunut. Mutta silloin, kun kokemus saa aikaan harjoittelua, arviointia, reflektointia ja muistelua, yksilö oppimisen vaikutuksesta kasvaa ja kehittyy ja on kokeneempi omien uusien tietojen, taitojen tai uusien ajattelutapojen (Jarvis 1987, 17–24.) Työsuoritusten kokeilu ja kokemusten jakaminen työkavereiden kanssa on oppimista vuorovaikutuksessa työkavereidensa kanssa (Evans, Hodgkinson, Rainbird & Unwin 2006, 73). Collin (2007) sanoo työn eri vaiheiden analysoinnin olevan yhteistä ongelmanratkaisun oppimista (Collin 2007, 135). Kokemukset on tiedostettava ja oppimiseen kuuluu olennaisena piirteenä reflektointi ja kommunikointi (Kaartinen 2003, 30). Kriittisesti kantaa ottava työntekijä työstää tapahtumassa olevaa ja yrittää suhteuttaa omaa toimintaansa kehittyvään tilanteeseen (Työterveyslaitos 2011). Isoherranen (2005) pitää ristiriitatilanteita tavallisina erityisesti silloin, kun erilaisen koulutuksen saaneet ihmiset työskentelevät yhdessä. Ristiriidat ovat tavallaan merkki eri näkökulmien avoimesta kohtaamisesta. Haasteellista on niiden käsittely, varsinkin kiireisessä työympäristössä, missä toisen näkökantaa on vaikea kuunnella, hyväksyä tai ymmärtää. (Isoherranen 2005, 48.) Aloitteet, vastustaminen, vastuullisuus, avun pyytäminen ja antaminen liittyvät aina ihmisten väliseen toimintaan (Edwards 2005; Rainio 2008). Kriisit ovat eteenpäin vievä voima ja niiden hyväksikäyttö on tärkeä osa oppimista. Kriisin jälkeen lopulta toiminnan rakenteissa

tapahtuu muutos, ja samalla opitaan kehittämään ja kehittymään normaaleissakin tilanteissa. (Ranta 2005, 46.)

Aikuisilla juuri kokemuksen kautta hankitun tiedon tärkeys korostuu (Tuomisto 1998, 43–44) ja he kokevat oppivansa työhön tarvittavat taidot paremmin käytännön työssä itse kokeilemalla, muita seuraamalla ja työtä tekemällä (Aittola 1998, 67–79). Jokaisen työntekijän on itse käytävä läpi tehtyjen ratkaisujen vaikutukset omaan toimintaan sekä pohdittava ja suunniteltava, miten omia käytäntöjä tulisi konkreettisesti muuttaa. Osallisuus auttaa arviomaan muutoksen tuomien ratkaisujen mielekkyyttä ja toimivuutta. Roolit ja toimintamallit on myös helpompi hyväksyä ja sisäistää silloin, kun on itse saanut olla mukana luomassa niitä. (Työterveyslaitos 2011.) Oppimista tapahtuu siis niin yksilö-, tiimi- kuin organisaatiotasolla. Sitä tulisikin tukea kaikilla näillä tasoilla (Sydänmaalakka 2007,48.)

3 OPPIMINEN JA SIIHEN SITOUTUMINEN

Oppimista tapahtuu lähes aina kun ihminen vertailee tapahtunutta suhteessa aiempaan tai aiottuun toimintaan (Sahlberg & Leppilampi 1994). Oppimista ja työntekoa ei voidakaan täysin erottaa toisistaan. Työtä tehdessämme opimme, vaikka emme aina osaisi kiinnittää siihen erityistä huomiota. Oppimisen laatuun vaikuttaa muun muassa kuinka sitoutuneita työtehtäviin ja työpaikkaan ollaan, mikä on ohjauksen ja tuen määrä, ja paljonko vuorovaikutusta eri tilanteissa tapahtuu. (Billett 2001, 22.) Aguilar ja Krasny (2011, 219) sanovat oppimisen tulevan näkyväksi muun muassa tekemisessä ja siihen sitoutumisessa. Sitoutuminen näkyy esimerkiksi halukkuutena kehittää työtä, työympäristöä ja omaa toimintaa työssä. Pohjana tässä on, että esimies on sitoutunut ja motivoitunut omaan työhönsä (Nummelin 2007, 46), mutta myös työntekijöiden osallistuminen on prosessin onnistumisen kannalta tärkeää (Ranta 2005, 82). Aktiivisuus ja osallistuminen ovat paitsi toimimista, myös yhteisöön kuulumista (Handley, Sturdy, Fincham & Clark 2006, 40). Seppänen-Järvelä kiteyttää ajatuksen lauseeseen: ”*Kehittäminen ja vaikuttaminen on merkittävä osa työtä ja sen mielekkäinä kokemista*” (Seppänen-Järvelä 2009, 32).

Työntekijöiden oppimiseen sitouttaminen ja motivoiminen ovat haasteellinen, mutta merkityksellinen tehtävä laadukkaana oppimisen kannalta. Nykypäivän työelämässä tehtävät ja ihmiset vaihtuvat, teknologia kehittyy, osaamisen ja innovatiivisuuden merkitys kasvaa organisaatiossa, säädökset ja määräykset muuttuvat, ja niin edelleen eli jatkuvan oppimisen merkitys korostuu (Vanhala, Laukkanen & Koskinen 2002, 247). Oppimista pidetään jopa yksilön moraalisen velvoitteena (Collin 2007, 129). Sitouttamalla ja motivoimalla työntekijöitä he pystyvät antamaan parhaan asiantuntemuksensa ja innovaationsa organisaation käyttöön. (Sarala & Sarala 2001, 63; Nummelin 2007, 45). Tarkastelen ensin yksilön oppimista ja oppimiseen sitoutumista, miten sitoutuminen näkyy toiminnassa ja toisaalta mitkä tekijät vaikuttavat sitoutumiseen. Toisessa alakappaleessa pohdin yhteisön oppimista.

3.1 Yksilön oppiminen ja siihen sitoutuminen

Oppiminen perustuu motivaatioon (Collin 2007, 200). Henkilökohtainen kiinnostus lisää oppimista myös työssä, sillä tällöin energiaa ja aikaa ollaan valmiita kohdistamaan oppimisprosessiin enemmän kuin asioihin, jotka eivät ole itselle tärkeitä. (Billet 2001, 37–38). Simonen (2000) on todennut, että arvot näkyvät ajankäytössämme (myös Ranta 2005, 75). Tosiasia on sekin, että yhdessä asetettuja tavoitteita ei voida saavuttaa, jos jokainen ei anna sille omaa panostaan. Oppimisen voidaan nähdä perustuvan toisten auttamiseen ja aktiiviseen osallistumiseen ryhmässä (Sarala & Sarala 2001, 142), vaikkakin tehtävien yksilöinti lisää oppimiseen sitoutumista (Mattila 2007, 174).

Sosiaalinen vuorovaikutus edistää ja strukturoi oppimista, mutta tiedonmuodostus- ja oppimisprosessi on yksilöllistä. Oppimisessa, myös osallistavassa oppimisessa, on kyse paitsi yhteisöllisestä oppimisesta, yksilön kognitiivisesta prosessista ja hänen oman ajattelun aktiivisuudesta (Häkkinen & Arvaja 1999, 1-2, 131). Oma tausta ja motiivit ovat oppimistilanteiden pohjana, mutta uuden oppimiseen liittyy myös halu pysyä kehityksen mukana (Collin 2007, 135, 137). Merkittävää on se, miten yksilö suhtautuu oppimiseen ja itsensä kehittämiseen (Seppänen-Järvelä 2009, 33). Muutokseen, sen mahdollisuuteen, tulee suhtautua avoimin mielin ja pitää olla halua sekä voimia toimia esteiden poistamiseksi (Ranta 2005, 59–62). Tämän voi tehdä työlääksi irrottautuminen vanhasta (Seppänen-Järvelä 2009, 37), sillä päämäärän toteuttaminen edellyttää usein luopumista jostakin (Ranta 2005, 77). Vanhaan ja uuteen toimintakulttuuriin sitoutuneiden välistä konfliktia tulee ehkäistä kärsivällisellä vuoropuhelulla (Isoherranen 2005, 138).

Oppiminen ei ole automaattista, eikä kaikilla ole halua oppia. Taustalla voi olla tekijöitä – jopa tiedostamattomia, jotka ovat esteenä uuden oppimiselle. (Tynjälä 1999, 166–167). Esimerkiksi tietoa, jolla ei ole vastaanottajalle merkitystä, ei usein edes huomata tai se sivuutetaan ja torjutaan. Tällainen informaatio unohtuu nopeasti. Työn kannalta merkityksellisenkään tieto ei kuitenkaan aina tuota oppimista, sillä tieto saattaa olla entuudestaan tuttua. (Järvinen ym. 2002, 69–72.) Tarvitaan innostava visio, kuva siitä tilasta, jota on tarkoitus lähestyä (Seppänen-Järvelä 2004, 31). Uusi tieto vaatii kiinnostusta, jotta se johtaa perehtymiseen ja oppimiseen. Hyvin usein uuden

oppimiseen johtava merkityksellisyys tulee sosiaalisista suhteista. Kun havaitaan toisten pitävän itselle outoa asiaa tärkeänä, itsekkin kiinnostutaan asiasta ja näin opitaan uutta. Tällöin oppija käsittelee, muokkaa ja kantaa merkityksellistä tietoa, jolloin tiedosta tulee dynaamista sekä tekemistä ja toimintaa ilmentävää. (Järvinen ym. 2002, 69–72.)

Oppimiseen ja siihen sitoutumiseen liittyy siis läheisesti osallistuminen, mikä sisältää yksilölle merkityksellistä toimintaa ja vuorovaikutusta yhteisön muiden jäsenten kanssa (Handley, Sturdy, Fincham & Clark 2006, 40). Yksilöiden motiivit, päämäärät, arvot ja asenteet vaikuttavat osallistumiseen ja vuorovaikutukseen (Kaartinen 2003, 26–30; Aguilar & Krasny 2011, 230). Oppija tulkitsee ja suhteuttaa uutta tietoa aikaisemman tietonsa ja kokemuksensa varassa eli on aktiivinen, merkityksiä etsivä ja uutta toimintaa rakentava (Tynjälä 2002, 31–39). Edwards (2005) näkee oppijan aloitteellisena, oman osaamisen jakajana ja toisaalta myös tarvittavan avun hakijana. Esimerkiksi, jos ehdotukset eivät syystä tai toisesta ole toteuttamiskelpoisia, siitä annetaan asiallinen ja rakentava palaute. Avoin ja rehellinen käsittely auttaa paneutumaan varsinaiseen kehittämistyöhön ja siksi ongelmiin ja esteisiin tulee käydä heti ilmaannuttua. (Ranta 2005, 105, 126.) Kuitenkin jokainen arvioi ryhmään liittymisen arvoa omalta kannaltaan. Se, kuinka vahvasti ryhmän toimintaan sitoudutaan, riippuu yksilön kokemuksesta, miten hän tulee hyväksytyksi ryhmään ja kokee siihen kuuluvansa. (Pennington 2005, 75.)

Yksilön oppimiseen sitoutuminen näkyy yksilön toiminnoissa. Olennaista on, mitä tämä toimijuus edellyttää, mikä sitä rajoittaa tai toisaalta mahdollistaa. Osallistuminen ja toimiminen ovat yhteisöllisiä asioita (Ojala, Palmu & Saarinen 2009, 15), sillä yhteisöillä ja organisaatioilla on omat moraaliset ja normatiiviset odotukset toimijoille (Wenger 1998, 93). Normit sisältävät käyttäytymisodotuksia (Lahikainen & Pirttilä-Backman 2007, 161) ja yksilölle tarjoutuukin yhteisöissä erilaisia subjektipositioita, jotka sisältävät erilaisia odotuksia ja vaatimuksia sekä tarjoavat mahdollisuuksia ja rajoitteita osallistumiselle ja toimimiselle. Huomioitavaa on, että yksilö voi kuitenkin joko hyväksyä, jättää huomiotta tai vastustaa niitä. (Paloniemi ym. 2011, 22.) Burrin (2010, 61) mukaan ryhmän jäsenet yhdessä ohjaavat osallistuvien käyttäytymistä, luovat uusia subjektipositioita (Paloniemi ym. 2011, 22), joskin aitoon toimijuuteen kuuluu valmiiksi annettujen positioiden ylittämistä, rajojen rikkomista (Engström 2006). Positioiden tiedetäänkin rakentuvan eri tilanteissa ja

vuorovaikutussuhteissa erilaiseksi (Virkki 2004). Toimijuuteen liittyy myös tiedon auktoriteetti (Greeno 2006). Yksilöillä on oltava valtaa ja voimaa vaikuttaa asioihin, tehdä valintoja ja päätöksiä (Eteläpelto ym. 2011, 11). Erityisesti valtaan on kiinnitettävä huomiota, kun kyseessä hierarkkinen työyhteisö, sillä tällöin Lämsän ja Hautalan (2005, 108) mukaan ei ryhmäpäätöksillä ole merkitystä. Toimijuuteen vaikuttaa siis monenlaiset tekijät, joten sitä on vaikea täysin ennustaa (Lempiäinen 2009, 45). Tilanteessa voidaan sanoa vallitsevan odotetulla tavalla toimimisen, mutta myös toisin tekemisen mahdollisuudet (Ojala 2010, 39).

3.2 Työyhteisön oppiminen ja oppimiseen sitoutuminen

Sitoutumisen ja muutoksen aikaansaamiseksi korostetaan, että prosessiin otetaan mukaan kaikki, joita tekeillä oleva asia koskee (Ahola, Kivistö & Vartia 2006, 92). Tämän nähdään lisäävän henkilöstön muutokseen sitoutumista ja motivoitumista herättämällä yksilöissä ja ryhmissä halua kasvattaa itse itseään (Kurki 2000, 25). Organisaation oppiminen on työssä tapahtuvaa jatkuvaa kasvun ja kehittymisen prosessi (Vataja 2009,55). Se on organisaation kykyä uusiutua ja muuttaa toimintaansa (Sydänmaalakka 2007, 54). Moilasen (2001, 13) mukaan tarvitaan oppivaa organisaatiota, jotta organisaatio kykenee muuttaman toimintaansa. Ollakseen oppiva, organisaation on kyettävä tuottamaan, hankkimaan ja siirtämään tietämystään sekä toteuttamaan uutta tietoa vastaavat muutokset konkreettisesti toiminnassaan (Vanhala, Laukkanen & Koskinen 2002, 215). Oppivan organisaation tunnistaa siitä, että yhteisö muuttaa itseään ja tekee kaikkien jäsentensä oppimisen helpommaksi (Ruohotie 1998, 40). Voidaan siis sanoa, että oppivassa organisaatiossa oppimiseen on sitouduttu.

Oppivan organisaation perustana on ihmisten kollektiivinen oppiminen, jossa ihmiset oppivat yhteistoiminnan kautta. (Ruohotie 1998, 41, 107). Osallistuessa kehittämistyöhön jokainen joutuu ajattelemaan omaa osuuttaan, jolloin sitoutuminen syvenee. Tavoitteet rakentuvat prosessinomaisesti ja oppimisen edetessä ne tarkentuvat tai jopa muuttuvat. Näiden vaiheiden läpikäyminen ovat tärkeitä sitoutumisen kannalta, sillä ilman sitoutumista ei tapahdu kehittämistä. (Ranta 2005, 67, 79, 146, 158, 172.) Yksilöiden tulee ajatella suhteellisen samalla tavalla tavoitteista ja toiminnan

tarkoituksesta, ja heidän välillään tulee olla toimintatapoja koskevia sopimuksia (Ranta 2005, 61; Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 19). Jotta tässä onnistuttaisiin, on tavoiteprosessi hyvä tehdä isommalla ryhmällä yhdessä, sillä yksi tapa hahmottaa ja ymmärtää muutosprosessia on katsoa tilannetta eri näkökulmista (Ranta 2005, 33–34, 43, 79).

Oppimisen mahdollisuudet rakentuvat yhteisön sosiaalisesta rakenteesta, valtasuhteista ja oikeuksista osallistua toimintaan (Lave & Wenger 1991, 98), mutta myös fyysiset olosuhteet määrittelevät oppimista (Ranta 2005, 87). On olennaista luoda työhön rakenteita, jotka tukevat työntekijöiden mahdollisuuksia reflektoida kokemuksiaan, keskustella ja analysoida työtä ja sen vaikutuksia (Vataja 2009, 57, 65). Jotta monisuuntainen tiedonkulku ja toimiva kommunikaatio toteutuisivat, johdon ja esimiesten tehtävä on luoda tarpeelliset yhteistyöfoorumit ja riittävästi yhteistä aikaa (Murto 2009, 79). Tällaisten yhteisten tapaamistilaisuuksien puute on osaltaan osoittanut sen, että työyhteisöstä ei nouse esiin kehittämissuhteita (Vataja 2009, 55). Jos organisaatiossa on rakenteellisia ongelmia, niin lopputulos ei voi olla tavoitteen mukainen (Ranta 2005, 43). Myös henkilöstön runsas vaihtuvuus on yksi haaste oppivalle organisaatiolla (Seppänen-Järvelä 2009,47).

Savolainen (2000) näkee oppimisen organisaatiossa hierarkkisena ja sanoo organisaation oppimisen lähtevän ennen kaikkea johdosta, sen ideologisesta ajattelutavasta. Oppiminen etenee vaihe vaiheelta ja jotta työyhteisössä tapahtuu oppimista ja siihen sitoutumista, täytyy ensin johdon selkeyttää visio ja sitoutua prosessiin. Jos oppimisen odotukset jäävät epäselviksi, siihen sitoutuminen jää heikoksi, ja tämä taas ylläpitää tai aiheuttaa vastustusta uuden oppimisessa. Koska oppiminen on prosessi, sen eri vaiheesta toiseen siirtyminen edellyttää johdon tietoista päätöstä toimia henkilöstön osallistamisen lisäksi. (Savolainen 2000, 195–204.)

Oppimisen kontekstit, työtehtävät, muut ihmiset, ilmapiiri ja johtaminen yhdessä yksittäisen työntekijän tavoitteiden kanssa määrittävät, mitä kukin tilanteessa oppii, ja mitä on ylipäätään mahdollista oppia (Collin 2007, 135, 139). Voidaan siis sanoa, että oppimisympäristön kontrolli määrittää oppimisen mahdollisuuksia (Wenger 1998, 93). Ryhmä pyrkii estämään muun muassa sosiaalista dilemmaa eli tilannetta, jossa yksilölle edullinen toiminta on vahingollista ryhmälle, mikäli jokainen toimii

itsekkäästi. (Helkama, Myllyniemi & Liebkind 2001, 257–258.) Normien sisältö on riippuvainen ryhmän tavoitteesta, ja mitä tarkemmin tavoite on määritelty, sitä paremmin selkeämpiä ovat normit. Niiden tavoitteena on kuitenkin aina tukea päämäärän saavuttamista. Jos kuitenkin ryhmässä on useita implisiittisiä eli julkilausumattomia jopa ristiriitaisia sääntöjä, vaikeuttavat ne ryhmän toimintaa. (Lahikainen & Pirttilä-Backman 2007, 160–161.) Poikelan ja Järvelän (2000) esimerkki kontrollitarpeen kierteestä kuvaa tilannetta: lisääntyvä kontrolli aiheuttaa työssä tapahtuvien virheiden peittelyä tai muiden syytelyä virheestä. Tästä seuraa, että ongelmista ei kyetä keskustelemaan eikä yhteistyö ole kehittävää. Oppimista säätelee niin sanottu ekologisen sopeutumisen periaate: suojautuminen toisilta ja valvonnalta. Tällöin oppimista rajoittaa valtapeli. (Järvinen ym. 2000, 100–101.)

Oppivassa organisaatiossa yhteisö kehittää prosessejaan sekä parantaa ja vahvistaa osaamistaan tulevaisuuden haasteet huomioiden (Ranta 2005, 167; Sydänmaalakka 2007, 73). On opeteltava tekemään työtä yhdessä yhteisen päämäärän hyväksi (Ranta 2005, 102–103) ja johdon tulee toimia esimerkkinä muille (Moilanen 2001, 169). Sen tulee tukea oppimista, osoittaa omilla toimillaan arvostavansa sitä (Ruohotie 1998, 41, 107) ja esimerkiksi huomioida tekemisessä ihmisten tekemät aloitteet (Greeno 2006; Gresalfi, Hand & Greeno 2009). Stenvall, Majoinen, Syväjärvi, Vakkala ja Selin (2007) korostavat läsnä olevaa johtamista, toimivaa vuorovaikutusta ja kykyä tarttua ongelmatilanteisiin. Muutoksissa on tietyllä tavalla kyse uuden kulttuurin luomisesta organisaatioon, siksi muuna muassa Ranta (2005) sanoo lopulta johdon sitoutumisen kehittämiseen määräävän lopputuloksen. On huomioitava, että kyseessä on suuri muutos ja se vaatii vahvistusta vielä kauan ennen kuin tasapainotila löytyy ja uusi tapa vahvistuu todelliseksi toimintatavaksi. (Ranta 2005, 62, 82.) Lämsä ja Hautala (2005) toteavat, että helpointa muutos on työyhteisössä, missä ei ole selkeitä hierarkioita ja missä toimitaan verkostomaisen toimintatavan mukaisesti (Lämsä & Hautala 2005, 9).

4 TERVEYSKESKUS OPPIMISYMPÄRISTÖNÄ

Kuntien ylläpitämät terveyskeskukset kuuluvat perusterveydenhuoltoon, joten terveyskeskustoimintaa sitovat perusterveydenhuoltoon liittyvät velvoitteet. Terveyskeskuksen hoitovastuu on laaja ja se tuottaa monenlaisia hoidollisia, kuntouttavia ja ehkäiseviä palveluja valikoimattomalle väestölle. Kansanterveyslaki (66/1972) velvoittaa perusterveydenhuollon järjestämään muun muassa terveysneuvontaa, jota on esimerkiksi suositusten mukainen terveystuokuntaneuvonta. Perusterveydenhuollolla onkin erinomaiset mahdollisuudet edistää väestön terveysneuvontaa, sillä se tavoittaa käytännössä koko väestön (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 37, 64–66). Tässä tutkimuksessa kyseessä on liikuntaneuvonnan kehittäminen. Aittasalon, Miilunpalon, Ståhl & Kukkonen-Harjulan (2007) mukaan liikuntaneuvontaa ei terveyskeskuksissa anneta riittävästi. Vaikka eri hankkeilla on pyritty luomaan edellytyksiä liikuntaneuvonnan lisäämiselle, ei neuvonta ole tavoitteiden mukaisesti lisääntynyt. (Aittasalo, Miilunpalo, Ståhl & Kukkonen-Harjula 2007.)

Terveyskeskukset ovat moniammatillisia asiantuntijaorganisaatioita, joissa terveyspalveluita ja – neuvontaa antavat useat eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. Terveyskeskuksessa työskentelee keskimäärin 9 ammattilaista 1000 asiakasta kohden – heistä lääkäreitä on 0,7. Suurimman asiantuntijaryhmän muodostavat muun muassa sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. (Mattila 2005.) Paitsi, että organisaatiossa on runsaasti ammattiryhmiä, siellä on myös paljon työntekijöitä sekä erillään olevia työyhteisöjä. Kinnunen (1990) totesi terveydenhuollon organisaation olevan byrokraattinen, jossa laillisuuden ja muodollisten menettelytapojen noudattaminen koetaan tärkeäksi. Saman havaitsi myös Strømmer (1999, 113).

4.1 Oppiminen terveydenhuollossa

Terveydenhuollossa oppiminen työpaikoilla on luonteeltaan sosiaalista, tilanteissa koettua ja vahvasti sidoksissa itse työhön. Oppiminen liittyy usein jokapäiväisiin

potilastilanteisiin, kun virheitä ja ongelmia käsitellään vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Oppimisen mahdollisuudet ovat moninaiset (Collin, Valleala, Herranen & Paloniemi 2012), mutta monet sosiaaliset tekijät, kuten organisaation rakenne, historia, roolit, säännöt ja hierarkia, sekä yksilölliset tekijät, kuten motivaation ja kokemuksen puute rajoittavat yhdessä oppimista (Collin, Paloniemi & Mecklin 2009).

Osallistava oppiminen on haastavaa (Collin, Paloniemi & Mecklin 2009) ja se vaatii terveydenhuollossa ammatillisten rajojen ylittämistä ja jopa niiden muuttamista (Collin, Valleala, Herranen & Paloniemi 2012), sillä monet moniammatillisen yhteistyön ja oppimisen rajoitukset ovat totta organisaation käytännöissä (Collin, Paloniemi & Mecklin 2009). Ihmissuhteet ovat hierarkkisia ja vuorovaikutussuhteet määräytyvät toimenkuvien ja tehtävien mukaan. Hoitotyön asema organisaatiossa on usein alisteinen suhteessa lääkäreihin. Hoitajat luottavat vahvasti auktoriteetteihin, erityisesti juuri lääkäreihin. Omien tehtäviensä vastuun he kokevat olevan delegoituna vastuuna lääkäreiltä tai jaettuna kollektiivisena vastuuna oman ammattiryhmän edustajien kesken. (Kinnunen 1990.) Oppimisen tueksi tarvitaan turvallinen (Collin, Paloniemi & Mecklin 2009) ja osallistava ilmapiiri, jossa ihmiset voivat puhua. Vuorovaikutuksen mahdollisuuksia ovat esimerkiksi tilanteet itse työtä tehdessä, työyhteisön yhteiset kokoukset ja tapaamiset. (Collin, Valleala, Herranen & Paloniemi 2012.) Kärkkäisen ja Saarisen (2002) tutkimuksen tuloksien mukaan terveyskeskuksissa kaivataan säännöllisiä moniammatillisia kokoontumisia, missä keskeistä olisi työtapojen suunnittelu ja järjeistäminen sekä yhteisten linjausten tekeminen esimerkiksi koskien hoitopolkuja.

Collin, Paloniemi ja Mecklin (2009) havaitsivat, että terveydenhuollossa konsultointi on tapa oppia ja kehittyä ammatillisesti, varsinkin heillä, joilla on vähemmän kokemusta (Collin, Paloniemi & Mecklin 2009). Collin, Valleala, Herranen ja Paloniemi (2012) kuitenkin havaitsivat, että terveydenhuollossa oppiminen on usein huonosti koordinoitua. Syyksi epäillään hallinnollisia syitä, kuten erillisiä hallintorakenteita lääkäreiden ja hoitajien välillä sekä moniportaista johtamista. Haasteena on myös henkilökunnan vaihtuvuus ja tiedon sekä ohjeiden kulku kokemattomille työntekijöille. Organisaatiotasolla ohjeiden selkeyttäminen, koordinointi ja tehokas viestintä edistäisivät oppimista ja rakentaisivat kaikkien ymmärrystä. Ristiriitaisuuksien välttämiseksi juuri käytännön ohjeiden antaminen on

tärkeää. (Collin, Valleala, Herranen & Paloniemi 2012.) Yksilön oppimiseen tulisi panostaa, sillä ammattitaidon erot, osaamisen puute eli heikko ammattitaito ovat tosiasia terveydenhuollossa (Collin, Paloniemi & Mecklin 2009).

Laajalti on havaittu, että tiimeillä on potentiaaliset mahdollisuudet toimia erittäin tehokkaasti ja vastata erilaisiin nykyisen työn vaatimuksiin, mutta oikeanlaisia olosuhteita tiiminoppimiselle ei aina esiinny. Näitä syitä ovat muun muassa jäsenten rajoittuneet tiedot toisten tehtävistä ja rooleista, erilleen juurtuneet kommunikaatiokäytännöt tai eri ammattiryhmien väliset kulttuurierot ja hierarkia. Mahdollista se kuitenkin on. Tällöin ryhmän jäsentenvälinen kilpailu tulee unohtaa, on kommunikoidava käsityksistä ja käytännöistä eri ammattilaisten kesken, annettava tukea toiselle, jaettava vastuuta, syvennettävä tietämystä muiden roolista ja vastuista sekä huolehdittava, että ilmapiiri on turvallinen ja mukava. Voidaankin todeta, että sujuva tiimityö vaatii auttavaista asennetta, avointa ja vuorovaikutteista ilmapiiriä sekä joskus käytännön apua myös muilta kuin oman ammattikunnan henkilöiltä. (Collin, Paloniemi, & Mecklin 2009.)

4.2 Moniammatillinen yhteistyö

Karila ja Nummenmaa määrittelevät moniammatillisuuden eri ammattiryhmiin kuuluvien asiantuntijoiden työskentelynä yhdessä niin, että valta, tieto ja osaaminen jaetaan. (Karila ja Nummenmaan 2005, 212.) Isoherranen (2005) näkee moniammatillisuuden ryhmän tai organisaation välisenä toimintana ja vuorovaikutuksena, joilla pyritään yhteiseen tulokseen tai päämäärään (Isoherranen 2005, 32).

Moniammatillisen (multiprofessional, interprofessional, trans-/crossprofessional) yhteistyön käsitettä käytetäänkin varsin monimerkityksellisesti kuvaamaan monenlaisia yhteistyön tapoja. Käsitettä voidaan tarkastella eräänlaisena sateenvarjokäsitteenä, joka pitää sisällään monenlaisia yhteistyömuotoja. Se voi olla työyhteisön sisällä tapahtuvaa yhteistyötä tai eri organisaatioiden rajat ylittävää moniammatillista yhteistyötä. Keskeisenä piirteenä on, että asiantuntijoilla on yhteinen

työ tai tehtävä suoritettavanaan ja moniammatillisuus on keino tuoda useita eri tiedon ja osaamisen näkökulmia yhteisen päämäärän edistämiseksi. (Isoherranen, Rekola & Nurminen. 2008, 33; Flink & Saarinen 2002, 4; Paavilainen 2002, 60.) Toimiva yhteistyö edellyttää tutustumista yhteistyökumppaneihin ja heidän työhönsä. Lisäksi eri asiantuntijoilla tulee olla yhteisymmärrys kulttuurisista arvoista sekä yhteneväiset käsitykset toiminnan tavoitteellisuudesta. Yhteistyö on avun ja tietojen jakamista eri ammattiryhmien välillä sekä keino yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. (Paavilainen 2002, 58.) Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan eri ammattiryhmien asiantuntijoiden yhteistyötä yhteisen päämäärän saavuttamiseksi (Honkala & Suomala 2009). Savonmäki (2007) tarkentaa yhteistyön olevan tietoista ja tavoitteellista toimintaa, jossa toiminnan kohde on yhteisesti jaettu ja kohdetta koskeva toiminta on yhteisesti suunniteltu. Hakkarainen (2000) korostaa tämän tarkoittavan asiantuntijuuksien yhdistämistä organisaation sisällä. Näin voidaan saavuttaa yhdessä jotain, mitä ei voi saavuttaa yksin (Hakkarainen 2000). Kumppaneiden tulee tunnistaa ja arvostaa toisten vahvuudet ja erilainen osaaminen sekä heillä tulee olla halua tuoda esiin erilaisia näkökulmia ja tavoitteita sekä keskustella niistä. (Honkanen & Suomala 2009). Kuten Saastamoinen (2007) toteaa: ”*On oltava kykyä ajatella luovasti eri kompromisseja ja etenemissuuntia*” (Saastamoinen 2007, 85).

Yhteinen potilaan hoidon suunnittelu on esimerkki terveydenhuollon moniammatillisesta yhteistyöstä, jolloin myös jaetaan monella tapaa organisaationaalista informaatiota (Collin, Valleala, Herranen & Paloniemi 2012). Isoherranen (2005) korostaa, että moniammatilliseen yhteistyöhön on liitettävä työnjako. Hän tarkoittaa tällä työskentelyä asiakas- ja työlähtöisesti niin, että eri ammattiryhmät yhdistävät tietonsa ja taitonsa ja pyrkivät mahdollisimman tasa-arvoiseen päätöksentekoon. (Isoherranen 2005.) Terveydenhuollossa hierarkia on kuitenkin melko joustamatonta (Kinnunen 1990; Lehtomäki 2009) ja työt ovat selkeästi eroteltuja ja eri tehtäviin ollaan erikoistuneita (Collin, Valleala, Herranen & Paloniemi 2012). Ihmissuhteet ovat hierarkkisia ja vuorovaikutussuhteet määräytyvätkin toimenkuvien ja tehtävien mukaan, esimerkiksi hoitotyön asema organisaatiossa on usein alisteinen suhteessa lääkäreihin (Kinnunen 1990; Lehtomäki 2009) hoitotyön painoutuessa potilaan kanssa yhteistyössä toimimiseen ja lääkärin työn diagnosointiin (Collin, Valleala, Herranen & Paloniemi 2012). Kaiken kaikkiaan moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollossa on vuosien saatossa pysynyt melko vähäisenä (Kinnunen

1990; Lehtomäki 2009). Tämä on haaste vastuutiimin moniammatilliselle yhteistyölle josen ensivaiheesta alkaen, kun projektissa kuitenkin on tarkoituksena toimia tasavertaisesti yhdessä jokaisen ryhmän jäsenen kanssa ja toisaalta jokaisen vastuu toiminnasta on yhtä suuri (Jauhiainen & Eskola 1994, 79). Isoherranen (2005) muistuttaakin, että hierarkkista vuorovaikutuskulttuuria ei hetkessä muuteta tasavertaisten asiantuntijoiden dialogisesti keskustelevaksi kulttuuriksi, vaan muutos vaatii sekä yksioiden, että yhteisöjen samansuuntaisia tavoitteita ja harjoittelua niin yksin kuin yhdessä (Isoherranen 2005, 89- 90).

Tiedon erojen tiedetään osaltaan heikentävän yhteistyötä (Collin, Paloniemi & Mecklin 2009) ja erityisen haasteelliseksi yhteistyö muodostuu silloin, kun yhteistyösapuolten ammatillinen peruskoulutus, työorientaatio ja toiminta ovat erilaisia (Honkala & Suomala 2009). Yhteistyötä rajoittavat erot kiinnostuksen kohteissa, mutta myös työkäytännöt tai kontrolli, joka rajoittaa yksilön osallistumista työpaikalla sekä osallisuutta päätöksentekoon (Collin, Paloniemi & Mecklin 2009). Moniammatillista yhteistyötä voi vaikeuttaa sekin, että toimijat ovat tottuneet tekemään työtään hyvin itsenäisesti ja autonomisesti. Esimerkiksi fysioterapeuteilla on oma tiivis, eheä ja yksimielinen toimintaideologia. (Viitanen 1997.) Myös lääkärin ja sairaanhoitajan välinen vuorovaikutus on haasteellista. Siitä selviytymiseen sairaanhoitajat tekevät muun muassa kysymyksiä tai ehdotuksia lääkäreille, jotka lopulta päättävät toimintatavan. (Collin, Valleala, Herranen & Paloniemi 2012). Myös Collin ym. (2012) toteavat, että perinteinen työnjako on terveydenhuollossa säilynyt, eli kaikki suorittavat ennalta määrätyt tehtävät asianomaisissa vaiheissa hoitoprosessia ja tehtävät määräytyvät lääkärin antamiin ohjeisiin. Terveyskeskustyötä tehdään siis edelleen pirstoutuneesti yksittäisten työntekijöiden toimenkuvina ja toisistaan irrallisina toimenpiteinä, kuten Launis jo lähes 20 vuotta sitten totesi (Launis 1994).

Syynä moniammatillisen yhteistyön vähäisyyteen on pidetty muun muassa eroja lääkäreiden ja hoitajien käsityksissä organisaation perustehtävästä (Kinnunen 1990). Ongelmia on tiedonkulussa, epäjohdonmukaisissa toimintatavoissa ja henkilöstön työskentelyssä osin päällekkäin tai prosessiin ei ole tekijää (Collin, Valleala, Herranen & Paloniemi 2012). Ristiriitoja on myös siinä, minkälaisia kehittämistarpeita työyhteisössä nähdään olevan (Kinnunen 1990) ja miten työtä kehitetään. Johto arvelee, ettei ammattilaiset pysty avoimeen vuorovaikutukseen ja näin

ollen ne eivät ole tietoisia toistensa toimintatavoista. Lääkärit pitävät tärkeämpänä heidän keskinäistä keskustelua, jonka pohjalta he keskenään sopivat toimintalinjoista ja informoivat sitten käytännöistä niitä osapuolia, joita toiminta koskee. Hoitajat toivovat selkeitä ohjeita, kuinka toimia. He esimerkiksi odottavat esimiehen ottavan vastuun hoitosuosituksista tiedottamisesta työntekijöille. Hoitajat kokevat uusien toimintatapojen käyttöönoton vaikeaksi, varsinkin ajan puutteen vuoksi. Toisaalta hoitajat eivät uskalla muuttaa toimintatapojaan ennen kuin yhteinen talon tapa on sovittu kirjallisesti. (Lehtomäki 2009, 135–152, 156.)

Hierarkian jatkuva tietoisuus ja läsnäolo (Collin, Valleala, Herranen & Paloniemi 2012) ja yksittäiset asenteet, jatkuvat organisaatiomuutokset tai organisaation ohjeiden epäjohtonmukainen täytäntöönpano jarruttavat moniammatillista yhteistyötä (Lehtomäki 2009, 135–152, 156). Lisäksi mahdollisuudet moniammatilliseen yhteistyöhön nähdään työkiireiden vuoksi heikoiksi (Lehtomäki 2009, 135–152, 156). Yhteistyön ongelmat voivat johtua myös työntekijän kokemattomuudesta, niin hoitajan kuin lääkärin, mutta myös monista yksilöllisistä työkäytännöistä (Collin, Paloniemi & Mecklin 2009). Terveyskeskusammattilaiset, johto mukaan lukien, pitävät kuitenkin tärkeänä yhdenmukaistaa hoito- ja toimintakäytäntöjä (Lehtomäki 2009, 143, 156). Kasvatustieteiden maisteri Anu Kajamaa (2011) havaitsi väitöskirjassaan, että kehittämishankkeet, joihin osallistuu eri ammattiryhmiä, tuovat terveydenhuoltoon sen kaipaamaa muutosta eli yhteisesti ideoidut johtamis- ja toimintatavat ovat osoittautuneet hyödyllisiksi ratkaisuiksi (Kajamaa 2011). Terveyskeskuksen kehittämisessä nähdäänkin tärkeäksi eri ammattiryhmien välisen yhteistyön ja työjaon sekä yhtenäisten toimintakäytäntöjen selkiyttäminen (Mattila 2005). Tärkeimmäksi tekijäksi moniammatillisen työn tekemiseen terveydenhuollossa on ylittää ammatilliset rajat. Tämä tarkoittaa toisen työn tuntemista, ymmärtämistä ja arvostamista sekä yksilöllistä velvollisuutta työyhteisön toiminnan tukemiseen. On siis irrottauduttava aiemmista tai tavanomaisista sairaalatyössä esiintyvistä rooleista, vaikka säännökset eri ammattilaisten tehtävistä ja lupa harjoittaa tiettyä ammattitoimintaa ylläpitävät hierarkkisuutta sekä rooleissa pitäytymistä. (Collin, Paloniemi & Mecklin 2009).

5 PROJEKTIN AIKAINEN OPPIMISPROSESSI

Tarkastelen työssäni projektissa tapahtuvaa oppimisprosessia. Oppiminen nähdään tässä projektissa työyhteisölähtöisenä ja sitä tukemassa on asiantuntijatuutor. Työyhteisölähtöisessä prosessikehittämisessä ulkopuolisen toimijan rooli on vähäinen ja häntä käytetään yksittäisissä tilanteissa (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 21). Ulkopuolisen asiantuntijan tehtävänä on muun muassa pitää keskustelu asiallisena ja estää henkilökohtaiset syytökset (Ranta 2005, 120). Häneltä tarvitaan ennen kaikkea kykyä ryhmätilanteiden ohjaamiseen ja ryhmädynamiikan tunnistamiseen. Sisällöllisten kysymysten lisäksi on kyse ihmisten, prosessien ja kulttuurien johtamisesta (Seppänen-Järvelä 2009 45, 76). Tarkoituksena on, että työyhteisö tuottaa ohjauksesta huolimatta omannäköistään toimintaa (Lämsä 2008, 183–184). Tämä on tarkoituksena myös Lireke – projektissa.

5.1 Projekti oppimisen tukena

Kun työtä kehitetään, lähtökohtana on olemassa olevan rakenteen tiedostaminen, joten ensin on analysoitava nykytilanne ja vasta sen jälkeen aloitetaan uuden mallin luominen (Ranta 2005, 43, 142). Alkutilanteen arviointia pidetään, paitsi välineenä toiminnan läpinäkyvyyden osoittamiseksi myös organisatorisen oppimisen ja kehittymisen tukena. Arviointi prosessina voi jo edistää työyhteisön oppimista (Vataja 2009, 51), sillä sen lopputuloksena saatetaan ratkaisevasti muuttaa vanhaa toimintamallia ja taustalla olevia ajattelumalleja (Sydänmaalakka 2007, 36). Ranta (2005, 20) mainitsee myös kehittämistyön suunnittelun helpottuvan, jos organisaation tila olisi tiedossa. Tavoitteen kypsymisessä yksi vaihe on tietoisuuden kasvattaminen koko organisaatiossa. Se tapahtuu muun muassa purkamalla tehdyt analyysit henkilökunnan kanssa yhdessä auki. Tämä luo myös avointa ja rehellisyyden ilmapiiriä sekä auttaa aloittamaan keskustelua kehittämisen todellisista tarpeista. (Ranta 2005, 47.)

Projektissa edetään asteittain kohti päämäärää. Useimmat ihmiset ja organisaatiot muuttuvat asteittain. Liian nopea muutos aiheuttaa usein vastarintaa ja

sekaannusta – toisaalta liian pitkä aikataulu väljyyttä tai jopa sammuttaa prosessin. Prosessi tulee jakaa toteuttamiskelpoisiin osiin. Muutos etenee tiettyjen vaiheiden kautta, joita ovat todellisuuden kohtaaminen, kehityksen esteiden tiedostaminen, muutoksen suunnittelu, päätös ja toteuttaminen sekä lopputuloksena uudistunut käytäntö. Kaikki vaiheet ovat tärkeitä ja useimmiten ne myös käydään läpi ennen kuin kehittäminen saadaan päätökseen. Eteneminen usein aaltoliikettä, osin limittäistä, ja joskus se tapahtuu äkillisenä nytkähdyksenä. Jokaisella vaiheella on kuitenkin oma kehitystehtävänsä, joiden kautta päästään tehtävässä eteenpäin. Joskus tapahtuu myös taantumista. Kehittämispalaverit noin 3-4 viikon välein ovat tarkoituksenmukaisia sovittujen asioiden etenemisen seurantaan ja suunnitelmien tarkentamiseen. Vastuu kunkin osa-alueen toteutuksesta tulee antaa selkeästi jollekin henkilölle ja se tulee aikatauluttaa – nämä seikat auttavat tehtävien toteutuksessa (Ranta 2005, 18–19, 27, 49–50, 68, 71–72, 76, 97,121, 127, 175–176.)

5.2 Lireke – projektin lähtökohdat ja toteutusmalli

Lähtökohdana Lireke – projektille oli Sosiaali- ja terveysministeriön (2010) suositukset liikunnan edistämiseksi kunnissa. Niihin on kirjattu muun muassa seuraavat tavoitteet: ”Sosiaali- ja terveystoimen henkilöstöllä on valmiudet ja välineet antaa laadukasta ja valtakunnallisten suositusten mukaista liikuntaneuvontaa ja ohjata kuntalaisia liikuntapalvelujen asiakkaaksi” ja ”Liikunnan Käypä hoito -suositus ja Liikkumisresepti ovat käytössä osana perusterveydenhuollon menetelmiä ja potilastietojärjestelmää.” Liikkumisreseptin käyttöönotto nähdään olevan keskeinen keino laadukkaan liikuntaneuvonnan tavoittelussa. (Ståhl 2005). UKK-instituutin ”Interventio liikuntaneuvonnan kehittämiseksi ja liikkumisreseptin käyttöönottamiseksi perusterveydenhuollossa” (Lireke) projekti, pyrki vastaamaan tähän haasteeseen. Projekti oli jatkoa vuonna 2001–2004 toteutetulle valtakunnalliselle Liikkumisresepti – hankkeelle ja se toteutettiin yhteistyössä neljän pirkanmaalaisen terveyskeskuksen kanssa vuosina 2010–2012. Hankkeen keskeinen tavoite oli lisätä terveyslääkintäsuosituksia vähemmän liikkuvien terveydenhuollon asiakkaiden liikuntaa. Intervention tavoitteena oli myös luoda edellytyksiä terveydenhuollon rajat ylittävälle liikuntaneuvonnan palveluketjulle ja sähköisen Liikkumisreseptin

paikalliselle kehittämiselle. Projektilla voidaan olevan hyvät lähtökohdat onnistua, sillä tutkimusten mukaan terveydenhuollon henkilöstö asennoituu hoitosuosituksia kohtaan myönteisesti. He luottavat suosituksiin ja kokevat ne työssään niin hyödyllisiksi kuin käyttökelpoisiksi. Ongelmaksi on koettu suositusten suuri määrä ja työssä koettu kiire, mitkä haittaavat hoitosuositusten omaksumista. Henkilöstä koki tarvitsevansa suosituksiin liittyvää koulutusta (Kuronen ym. 2006.)

Projekti esitellään organisaation eri edustajille työntekijöitä myöden. Esittelytilaisuudessa UKK-instituutin tutkijatuutor myös esittelee ja jakaa terveystilaisuuteen ja liikuntaneuvonnan kehittämiseen liittyvää materiaalia sekä tekee alustavaa kartoitusta terveyskeskuksen sopivuudesta projektiin. Yhdessä tutkijaryhmän kanssa tehdään UKK-instituutissa päätös yhteistyösopimukseen hyväksymisestä. Terveyskeskuksen johtoryhmä päättää osaltaan terveyskeskuksen osallistumisesta. Yhteinen projektiin sitoutumissopimus tehdään kirjallisena ja sen allekirjoittajina ovat terveyskeskuksen ylilääkäri ja UKK-instituutin johtaja.

Projekti käynnistyy terveyskeskuksen johdon nimeämän vastuutiimin ja ohjausryhmän yhteiskokouksella, jossa Lireke – projekti esitellään uudelleen. Tällöin sovitaan myös alkukartoituksen ajankohdasta. Liikuntaneuvonnan nykytila kartoitetaan työntekijäkyselyin, kirjanpitolomakkein, asiakaskyselyin, potilastietojärjestelmien tietojen poiminnalla sekä terveystilaisuuden toimijoiden haastatteluin. Lomakkeet tulevat UKK-instituutista ja siellä myös niistä tehdään yhteenveto. Terveyskeskus saa tulokset tietoonsa. Alkukyselyllä saadaan näkyväksi liikuntaneuvonnan muutostarpeet. Työssä esiintyvien ongelmien löytäminen on kuitenkin melko vaikeaa, sillä usein organisaation toiminta on urautunut, vakioitunut ja rutinoitunut. Onkin helpompi saada ihmiset ratkomaan tunnistettuja ongelmia kuin saada heidät tunnistamaan niitä. (Harisalo 2008, 298.) Alkutilanteen arvioinnin pohjalta aloitetaan intervention valmistelu.

Työntekijöille järjestetään Liikkumisreseptin käyttöönottoon liittyvä noin kahden tunnin koulutus, jossa heille jaetaan myös oheismateriaalia. Näiden avulla henkilökunta saa riittävät tiedot terveystilaisuuden vaikutuksista ja suosituksista, liikuntaneuvonnan antamisesta sekä huomioitavista riskitekijöistä. Koulutuksen ja oheismateriaalin avulla ammattihenkilö pystyy halutessaan toteuttamaan liikuntaneuvontaa varsin tehokkaasti ja sujuvasti kiireisessäkin vastaanottotilanteessa.

([Aittasalo](#) & Miilunpalo, 2002.) Koulutuksessa pohditaan moniammatillisissa työryhmissä liikuntaneuvonnan kohderyhmää sekä toimintamallia liikuntaneuvontaan.

Ensimmäisessä vastuutiimin kokouksessa heidät perehdytetään tehtäviinsä ja sovitaan kokouskäytännöistä. Vastuutiimin tehtävänä on vastata käytännön kehittämistoimien suunnittelusta, siitä tiedottamisesta työyhteisölleen ja liikuntaneuvonnan käyttöönoton toteuttamisen koordinoinnista. Lisäksi vastuutiimiläisten tulee osallistua koulutukseen, perehdytyksen, 3-4 tuutortapaamiseen ja omatoimisesti sovittaviin työpalavereihin. Projekti etenee työyhteisölähtöisesti. Tapaamisista ja palavereista tehdään muistiot. Tiimiläisten joukosta valitaan yhteyshenkilö, joka on velvollinen pitämään yhteyttä tiimin tuutoriin sekä ohjausryhmään. Ohjausryhmä sopii vastuutiimin kanssa yhteydenpidostaan ja tiimit yhdessä vastaavat hankkeen mahdollisen päätösseminaarin järjestämisestä. Ohjausryhmällä on mahdollisuus osallistua terveyskeskuksessa järjestettävään koulutukseen. Käytännöistä sopimalla luodaan edellytyksiä vastuutiimin työlle. Toimien tavoitteena on myös antaa vastuutiimeille tukea hankkeen edistymiselle.

Kehittämiprojektin olennaisena osana on toiminta ja tapahtumat työpaikalla. Tuutortapaamisten yhteydessä tuutorin tukemana laaditaan suunnitelma liikuntaneuvonnan kehittämiseksi ja liikkumisreseptin käyttöönotolle. Tuutortapaamisten aikana reflektoidaan onnistumista ja muokataan toimenpiteitä edelleen. Tapaamisessa pohditaan konkreettisista jatkotoimenpiteistä, joita työyhteisö lähtee kehittämään eli suunnataan puhuminen ja suunnittelu käytännön toiminnaksi. Siihen liittyy myös aikataulusta sopiminen ja tehtävien mitoittaminen sellaiseksi, että kehittämistoimet on mahdollista toteuttaa. Projektista pidetään koko työyhteisön yhteinen palautekeskustelutilaisuus. Kokonaisuudessaan projekti kestää työyhteisössä noin vuoden. Hankkeen päätteeksi liikuntaneuvonnan tila terveyskeskuksissa arvioidaan samoin menetelmin kuin alkutilanne. Lireke – hankkeen prosessi etenee seuraavan kuvion (kuvio 1) mukaan:



Kuvio 1. Prosessin eteneminen Lireke - projektissa.

6 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TOTEUTUS

Tämä tutkimus on kvalitatiivinen terveyskeskuksessa toteutetun liikuntaneuvonnan kehittämishankkeen prosessiarviointi. Etsin dokumenteista prosessin eri vaiheista uuden toimintakäytännön oppimiseen liittyviä tekijöitä, jotka selittävät hankkeiden etenemistä. Tarkastelun kohteena ovat toimintatavat, jotka vaikuttivat edistävästi tai estävästi oppimiseen osallistamiseen ja siihen sitoutumiseen terveyskeskuksen liikuntaneuvonnan kehittämisessä. Prosessiarvioinnin avulla selvitän, mitä osallistavaa oppimista ja oppimiseen sitoutumista tukevia toimia hankkeen eri vaiheissa tehtiin. Vertailen eri terveyskeskusten oppimisprosesseja ja tulosten perusteella pyrin tekemään johtopäätöksiä, minkälaisia oppimiseen osallistavia ja sitouttavia tapoja terveyskeskuksissa käytettiin sekä onnistuiko oppimiseen osallistaminen ja siihen sitoutuminen prosessin aikana. Tavoitteena on muuntaa arkinen toiminta oppimisprosesseista tietoiseksi tiedoksi. Tutkimusluvan olen saanut hankkeen edustajalta UKK-instituutilta.

6.1 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksessani arvioin, miten oppimiseen osallistaminen ja siihen sitoutuminen onnistuivat Liikuntaneuvonnan kehittämisprojektin aikana terveyskeskuksissa. Tavoitteenani on tuottaa tietoa terveydenhuollossa oppimisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä.

1. Miten oppimiseen osallistaminen toteutui työyhteisöjen toiminnassa projektin aikana?
2. Miten oppimiseen sitoutuminen näkyi yksilöiden ja työyhteisöjen toimissa projektin aikana?

6.2 Kohderyhmä

Empiirisen tutkimukseni kohderyhmänä ovat Lireke – projektissa mukana olleet neljä pirkanmaalaista terveyskeskustyöyhteisöä. Terveyskeskuksissa ei ennen projektia Liikkumisresepti ollut käytössä ja liikuntaneuvonnan kirjaaminen oli vähäistä. Liikuntaneuvontaa ammattilaiset antoivat satunnaisesti. Hankkeiden esittelytilaisuuksissa liikuntaneuvonnan lisäämisen sekä palveluketjun selkiyttämisen tarve tuli esiin ja sai hyväksyntää. Vain yhdessä työyhteisössä tuotiin esiin rehellistä vastarintaa.

Terveyskeskuksissa työskenteli keskimäärin 10 lääkäriä, joista osa oli keikkalääkäreitä. Hoitajat (tässä tutkimuksessa terveyden- ja sairaanhoitajat) olivat kaikissa terveyskeskuksissa suurin ammattiryhmä. Sekä vaje että vaihtuvuus lääkäreistä ja hoitajista tuotiin esiin kolmessa työyhteisössä. Kaksi terveyskeskusta toimi fyysisesti erillään olevissa kahdessa eri toimipisteessä. Väestövastuu eli lääkärin, hoitajien ja fysioterapeuttien määrä 1000 asukasta kohden oli keskimäärin 2,1 (vaihteluväli 0,7-3,8). Voidaan sanoa, että terveyskeskukset edustavat tyypillisiä suomalaisia terveyskeskuksia. Vastuutiimit koostuivat pääosin lääkäreistä (1-2), hoitajista (1-4) ja fysioterapeuteista (1-2). Lisäksi yhdessä vastuutiimiin oli nimettynä tietohallintopäällikkö ja toisessa kunnan liikunnanohjaaja. Yksi vastuutiimi kutsui useita asiantuntijoita kokouksiinsa (muun muassa kuntoutusohjaaja, psykologi ja terveystieteiden neuvoja). Vastuuryhmien koko oli keskimäärin 6 henkilöä ja kaikkien vastuuryhmien yhteyshenkilöksi valittiin fysioterapeutti. Vastuutiimit kokoontuivat tutkijatuutorin kanssa keskimäärin 5 kertaa ja he pitivät keskimäärin kaksi omaa kokousta. Ohjausryhmän kanssa kokoontumisia oli 0-2. Tarkennettu kohderyhmien profiili on esitetty alla olevassa taulukossa (Taulukko 1).

Taulukko 1. Kohderyhmien profiilit.

	A	B	C	D	km
väestövastuu (lääkärit, hoitajat ja fysioterapeutit / 1000 asukasta)	1,7	2,2	0,7	3,8	2,1
LÄÄKÄRIT: kaikki / vastuutiimissä	13/2	12/1	8/2	6/1	10/1,5
HOITAJAT: kaikki / vastuutiimissä	17/1	29/3	15/4	20/4	20/3
FYSIOTERAPEUTIT: kaikki / vastuutiimissä	6/2	6/1	6/1	3/2	5/1,5
muut vastuutiimissä	-	vierailijoita	liikunnanohjaaja	tietohallinto-päällikkö	
vastuutiimiläisiä yhteensä	5	5	8	8	6
toimipisteitä	1	2	2	1	1,5
vastuutiimin kokoukset					
-tutkijatuutor mukana	5	6	5	5	5
-omat kokoukset	2	4	1	3	2
-ohjausryhmän kanssa	2	-	-	1	1
= yhteensä (n)	9	10	6	9	8,5

6.3 Aineistonkeruu

Sain tutkimustani varten projektin tutkijatuutorilta valmiin vuosina 2010–2012 kerätyn dokumenttiaineiston, joka koostui neljän pirkanmaalaisen osallistavaan oppimishankkeeseen osallistuneen terveyskeskuksen vastuutiimin tuutortapaamisten kokousmuistioista (n=21), työmuistioista (n=10) ja tutkijatuutorin kokouksien havaintomuistioista (n=21). Tämän lisäksi aineistoon kuuluu itse keräämäni havaintomuistiinpanot yhden vastuutiimin neljästä eri kokouksesta. Havainnoinnissa tutkija tarkkailee tutkimuksensa kohdetta ja tekee siitä muistiinpanoja (Metsämuuronen, 2008). Tarkkailin kokouksissa vastuutiimin vuorovaikutusta, asioiden yhteistä prosessointia / reflektointia, sopimiskäytäntöä, vastuunottoa sekä kehittämissilmapiiriä. Kirjoitin muistiinpanoni puhtaaksi heti kokouksen jälkeen.

Tuomen ja Sarajärven mukaan (2009, 71) tutkimuksessa voidaan käyttää yhtä tai useampaa aineistonkeruumenetelmää, kuten havainnointia ja dokumentteihin perustuvaa tietoa. Aineistoni on kerätty eri toimijoilta, jotta eri näkökulmat tulisivat tutkimuksessa esiin. Voidaan puhua aineistotriangulaatiosta, sillä tiedonkeruumenetelmät tukevat toisiaan (Eskola & Suoranta 2005, 71). Kvalitatiivisen tutkimukseni aineisto on siis kerätty todellisissa tilanteissa ja pyritty kokonaisvaltaiseen tiedon hankintaan, kuten Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2003, 155) neuvovat laadullisessa tutkimuksessa tehtävän. Suostumuksen aineiston käyttöön tutkimuksessa on annettu UKK-instituutin ja terveystieteiden keskeisten yhteistyösopimuksissa.

6.4 Aineiston analyysi

Tutkimukseni arvioinnin teoreettisena viitekehyksenä on realistisen arviointitutkimus ja menetelmänä monitahoarviointi. Realistisessa arviointitutkimuksessa tutkimuksen kohteena ovat etenkin muutoksia aiheuttavat ja niihin vaikuttavat mekanismit eli vaikutusyhteydet. Keskeistä tutkimuksessa on intervention vaikutusten selvittäminen. (Vartiainen 2001.) Tässä tutkimuksessa selvitän, miten oppimiseen osallistaminen ja sitoutuminen toteutuivat ja mitkä Lireke – projektin aikaiset toimet saavat aikaan toivottuja tuloksia. Otan kantaa siihen, ”kuinka uuden liikuntaneuvontakäytännön osallistavassa oppimisprojektissa toimittiin?”, ”kuka toimi?”, ”sitoutuivatko terveystieteiden keskeisten jäsenet oppimiseen?” ja ”mitkä tekijät saivat aikaan oppimiseen osallistamista ja sitoutumista tai mitkä niitä estivät?”. Näihin etsin vastausta sisällönanalyysillä, jota voidaan käyttää perusanalyysimenetelmänä kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Pysin ymmärtävään lähestymistapaan, kuten Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 224) neuvovat kvalitatiivisessa analyysissä ja päätelmien teossa tehtävän. Sisällönanalyysi jaetaan aineistolähtöiseen, teoriaohjaavaan ja teorialähtöiseen analyysiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97). Tutkimuksessani tarkastelen aineistoa teoriaosan pohjalta, jossa keskeisimmät käsitteet ovat osallistava oppiminen ja oppimiseen sitoutuminen. Nämä käsitteet avasin teoriaosassa ja näitä tekijöitä tutkin dokumenttiaineistosta. Tutkimuksen lähtökohtana on aikaisemman tiedon perusteella luotu kehys, jota testaan tietyssä kontekstissa eli tässä tapauksessa terveystieteiden ympäristössä. Teen tutkimuksessani sisällönanalyysin avulla havaintoja dokumenteista ja analysoin niitä systemaattisesti. Sisällönanalyysissä dokumenttien

sisällöt kuvataan tai selitetään sellaisenaan tai dokumenteista voidaan kerätä tietoa ja tehdä päätelmiä muista ilmiöistä (Janhonen & Nikkonen 2003, 23). Käytän tutkimuksessani induktiivista logiikkaa.

Eskolan (2010) mukaan huolellinen tutustuminen, aineiston lukeminen riittävän monta kertaa analyysiä tehdessä ja ennen kirjoittamista nopeuttavat prosessin hallintaa. Näin asiat on helpompi löytää aineistosta. (Eskola 2010, 190–191.) Tutustun koko aineistoon lukien sen useampaan kertaan läpi ennen varsinaiseen analyysiin ryhtymistä. Palaan siihen myös kirjoittamisvaiheessa, erityisesti etsiessäni tuloksia täsmentäviä sitaatteja. Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan analyysin ensimmäinen vaihe on rajata aineisto, joista päätetään tehdä lopullinen tutkimus. Tällä tarkoitetaan, että aineistosta huomioidaan ainoastaan tutkimuskysymysten mukainen tieto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.) Olen rajannut tutkimuksessani tarkasteluni osallistavaan oppimiseen ja oppimiseen sitoutumiseen.

Alasuutari (2001) puhuu havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta. Havaintoja pelkistäessä aineistosta etsitään tutkimuskysymykseen liittyviä ilmaisuja (Janhonen & Nikkonen 2003, 26). Tällöin aineistoa tarkastellaan tutkimuskysymyksiä kannalta olennaisesta näkökulmasta sekä pyritään paitsi yhdistämään samankaltaisuudet myös löytämään poikkeavuudet. Juuri poikkeavat havainnot tuovat tutkimukseen uusia näkökulmia ja niiden avulla voidaan löytää johtolankoja siihen, mistä jokin asia saattaa johtua. Tutkija ei voi tehdä tulkintoja satunnaisten poimintojen pohjalta, vaan analyysin on oltava kattava eli koko aineiston on toimittava tulkintojen pohjana. (Alasuutari 2001, 39–43.) Pelkistäessä aineistolle esitetään tutkimustehtävään liittyviä kysymyksiä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 26). Tässä tutkimuksessa esitän seuraavanlaisia alustavia kysymyksiä: Miten kaikille työntekijöille annetaan mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa? Miten prosessissa näkyvä valmius työskennellä tasa-arvoisesti kaikkien kanssa? Miten vastuutiimi huolehtii, että informaatio on kaikkien saavutettavissa ja toisaalta siitä, että jatkuva vuoropuhelu työyhteisössä toteutuu? Miten kokemuksia pyritään jakamaan ja reflektoimaan? Ottavatko vastuutiimiläiset vastuuta työskentelystä ja löytävätkö he siihen aikaa? Suhtaudutaanko työyhteisöissä projektin toimiin myönteisesti? Miten se näkyy? Tukeeko muu työyhteisö, erityisesti johto, prosessia? Kysymysten avulla pyrin vastaamaan asetuttamiini tutkimuskysymyksiin. Samalla vertailen eri toimijoiden

muistiinpanoja samoista kokouksista toisiinsa ja toisaalta toimia eri terveyskeskuksissa. Tuon raportissani esiin samankaltaisuuksia, mutta myös mahdolliset poikkeavuudet.

Aineiston koodaus on tapa jäsentää käsiteltävää aineistoa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92). Koodaan aineiston seuraavalla tavalla (taulukko 2):

Taulukko 2. Tutkimusaineisto ja sen koodaus.

AINEISTO	LUKUMÄÄRÄ (kpl)	KOODI
tuutortapaamisten kokousmuistiot	21	VT
työmuistiot	10	VT _o
tutkijatuutorin havaintomuistiot	21	TT
muut muistiot (palautepalaveri, lääkärin kokous)	4	tilaisuuden nimi
omat muistiinpanoni työkokouksista	4	oma

Lisäksi numeroin muistiot aikajärjestyksessä niin, että ensimmäinen vastuutiimin kokousmuistio, missä tutkijatuutor oli mukana, merkitsen koodilla VT1. Vastaavasti tutkijatuutorin laatima muistion samasta kokouksesta koodaan TT1. Viimeisenä erottelen terveyskeskustyöyhteisöt koodein A, B, C ja D. Koodaus auttaa hahmottamaan eri terveyskeskusten projektin prosessien etenemisen, toimien vertailun ja tuloksia selittävien syiden löytämisen.

Teemoittelu tarkoittaa sitä, että aineisto luokitellaan sen mukaan, mitä kustakin teemasta tai aiheesta on sanottu. Tarkoituksena on mahdollistaa muun muassa tiettyjen teemojen vertailu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–101.) Erottelen osallistavan oppimisen teemoista kolme alakohtaa: yhteisöllisyys, vuorovaikutus ja kokemuksen kautta oppiminen; sekä oppimiseen sitoutumisesta kaksi alakohtaa: vastuutiimiläisten sitoutuminen ja työyhteisön sitoutuminen. Teemoittelussa aineisto pyritään ryhmittelemään teemoittain ja nostamaan tutkimustehtävien kannalta oleellisista teemoista esiin mielenkiintoisia sitaatteja tulkittavaksi (Eskola & Suoranta 2005, 175–186). Näitä sitaatteja kirjoitan analyysini tueksi kunkin teema-alueen alle eri dokumenttien kirjoittajien eli vastuutiimien ja tutkijatuutorin muistioista. En aseta teemoille erilaisia painoarvoja, vaan pyrin kohtelemaan ilmiöitä tasapuolisesti.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston tarkoitus on mahdollistaa käsitteellisen ymmärryksen ja teoreettisen näkemyksen rakentaminen tutkittavasta ilmiöstä. (Eskola & Suoranta 2005, 62–63). Viimeisessä vaiheessa tulokset tulkitaan ja niistä tehdään johtopäätökset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.) Teorian ja tulosten välillä pyritään käymään keskustelua ja tekemään vertailua. Alasuutari (2001, 47) kuvaa tätä arvoituksen ratkaisun vaiheeksi. Siinä löydettyjen johtolankojen, yhtäläisyyksien ja erojen pohjalta tehdään kokonaisuuksiin pyrkivää tulkintaa kohteena olevasta ilmiöstä. Laadulliseen aineiston analyysissä tulee muistaa, että teksti on aina yksi versio kyseisestä asiasta. Tutkijan tekemät päätelmät ovat toisen tai kolmannen asteen tulkintoja aineistosta, joka dokumentteihin on kirjattu. Alkuperäistä totuutta ei siis voida saavuttaa. (Eskola & Suoranta 2005, 141–143.) Raporttini lopuksi teen yhteenvedon keskeisistä tuloksista ja sen jälkeen pohdin teoriaan nojaten projektin aikaista oppimiseen osallistamista ja sitoutumista terveystieteiden kontekstissa. Pyrin suhteuttamaan tutkimuksen tulokset teoriaan ja taustakirjallisuuteen. Johtopäätökseni ovat näin ollen tulosten tulkintaan teoreettisesta näkökulmasta. Hirsjärvi ym. (2009, 223) tähdentävät, että laadullisen analyysin kulku ei ole suoraviivainen vaan spiraalimainen ja polveileva. He näkevät tulkinnan analyysin tulosten pohdintana ja omien johtopäätösten tekemisenä (Hirsjärvi ym. 2009, 299).

6.5 Tutkimusaineiston keruun sekä analyysin luotettavuus ja eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia (Eskola & Suoranta 2005, 209–213). Reliaabeliuden ja validiuden käsitteet ovat perinteisesti kuvanneet tutkimuksen luotettavuutta. Tätä on kuitenkin kritisoitu. Reliaabeliutta eli toistettavuutta on kritisoitu muun muassa siksi, että ominaisuudet muuttuvat ajan kuluessa ja ihmisen käyttäytyminen on tilannesidonnaista. Validiuden käsitettä, eli tutkimuksen kykyä mitata sitä mitä tutkimuksessa on tarkoitettu, sen sijaan on kritisoitu, koska se ei huomioi esimerkiksi tutkimuksen yleistettävyyden mahdottomuutta. (Hirsjärvi & Hurme 2009; Tuomi & Sarajärvi 2009.) Laadullisista tutkimuksista sanotaan, että ei ole olemassa yhtä ainoaa objektiivista totuutta, vaan tulokset ovat paljolti tutkijan olettamuksia ja aineiston tulkintaa. Subjektiivisyys haastaa

perinteiset reliabiliteetin ja validiteetin käsitteet, koska laadullista aineistoa ei mitata. Pohdin tutkimukseni luotettavuutta ensin Eskolan ja Suorannan ehdottamien uskottavuuden, siirrettävyyden ja vahvistavuuden käsitteiden kautta. (Eskola & Suoranta 2005, 201–212.)

Uskottavuutta tarkastellaan vastaavatko tutkijan ja tutkittavien käsitykset ja tulkinnat toisiaan (Eskola & Suoranta 2005, 211). Tutkimuksessani vertaan ensisijaisesti kokeneen tutkijatuutorin ja vastuutiimin tekemiä muistiinpanoja, mutta hyödynnän tulkinnassa myös omia havaintomuistiinpanojani. Muistioiden kirjoittamista ei projektissa ohjeistettu, joten uskottavuus voi tästä johtuen kärsiä. Kolmen eri näkökannan huomiointi kuitenkin tukee tulosten uskottavuutta. Siirrettävyys tarkoittaa tulosten yhtäpitävyyttä toisissa olosuhteissa, tutkimuksen yleistettävyyttä eli ulkoista validiutta (Eskola & Suoranta 2005, 211). Projektin eteneminen ja käytännön toimet tutkijatuutorin taholta olivat jokaisessa kohderyhmässä samanlaiset, mikä lisää siirrettävyyttä. Kohderyhmät kuitenkin ovat erilaisia, muun muassa fyysisten toimipisteiden, henkilöstömääränsä ja oman toimintakulttuurinsa suhteen. Eli kuten Eskola ja Suoranta (2005, 212) toteavat siirrettävyys ei ole läheskään aina mahdollista, koska laadullinen tutkimus on sosiaalisen monimuotoisuuden vuoksi ainutlaatuista. Etsin yhteneväisyyksiä niin teorian ja kohderyhmien toimien, mutta myös eri kohderyhmien välillä. Näin pyrin lisäämään tutkimuksen vahvistuvuutta, joka Eskolan ja Suorannan (2005, 212) mukaan on tulkintojen vastaavuutta muiden samaa ilmiötä koskevien tutkimusten tulosten kanssa eli tehtyjen tulkintojen yhteensopivuutta muiden vastaavaa ilmiötä tarkastelleen tutkimusten kanssa.

Tuomi ja Sarajärvi (2009) korostavat luotettavuuden kriteerien käsittelyä kaikissa tutkimuksen eri vaiheissa. Tällöin tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus painottuu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140.) Hirsjärvi ja Hurme (2000, 286–289) korostavat käsitteisiin liittyvän rakennevalidiuden merkitystä. Olenkin tutkimukseni sisäisen validiteetin perustaksi pyrkinyt määrittelemään tutkimuksen mittarit eli keskeiset käsitteet teoriaosassa mahdollisimman tarkasti. Näin voin varmistaa, että tutkimus koskee sitä, mitä sen on oletettu tutkivan ja tutkimuksen luotettavuus paranee. Hain tietoa eri lähteistä ja arvioin lähteiden luotettavuutta kriittisesti. Aineistonkeruu eri tahoilta osaltaan lisää tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 144–145). Aineisto muodostuukin eri

toimijoiden tekemistä dokumenteista, jotka täydentävät toisiaan. Eri tahot kirjoittivat muistiot omista lähtökohdistaan ja eri tavoin. Näin ollen heidän valintansa ja näkemyksensä vaikuttavat tuloksen objektiivisuuteen. Voidaankin sanoa, että totuus on subjektiivista, moninaista ja muuntuvaa eikä tutkimuksen yleistäminen sellaisenaan ole mahdollista. Kuitenkin tutkijatuutorin, joka oli harjaantunut muistioiden kirjoittaja, dokumenteissa säilyi tietty tarkka ote, joten näin eri terveyseskusten vertailu luotettavasti mahdollistui. Yksi tapa luotettavuuden lisäämiseen on triangulaatio, joka tarkoittaa erilaisten metodien, useamman tutkijan näkökulman, tiedonlähteiden tai teorioiden yhdistämistä tutkimuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 143). Tämän tutkimuksen aineistonkeruussa luotettavuutta lisäsi juuri tietolähteiden triangulaatio.

Triangulaatiossa on neljää eri päätyyppiä. Yksi on edellä käsitelty aineistonkeruu usealta taholta. Toinen päätyyppi sisältää useamman kuin yhden tutkijan mukanaolon, kolmas erilaisten teoreettisten näkökulmien yhdistämisen ja neljäs monien eri menetelmien käytön tutkimuksessa. Kun tutkimuksessa käytetään useita eri päätyyppisiä, puhutaan monitriangulaatiosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 144–145.) Tässä tutkimuksessa teoreettisena näkökulmana oli sekä osallistava oppiminen että oppimiseen sitoutuminen. Triangulaation avulla tutkimukseen pyritään saamaan tutkittavaan ilmiöön syvyyttä ja näkemään se useasta eri näkökulmasta. Ongelmana kuitenkin on, että triangulaation avulla ei voida määritellä totuuden paikkansapitävyyttä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 144.) Totuus muodostuu jokaisessa eri tutkimuksen vaiheessa aina tutkimusaiheen ja kohderyhmän valinnasta johtopäätösten tekoon asti. Tutkijan valinnat ja omat näkemykset vaikuttavat tuloksen objektiivisuuteen tavalla tai toisella. Tutkimuksessani kohderyhmät, pääosin analysoitava materiaali ja aihe, prosessin arviointi, tuli toiselta taholta. Voin siis pitää itseäni ulkopuolisena ja melko objektiivisena tahona tutkimuksen tekoon. Luotettavuutta olisi lisännyt, jos tutkijoita olisi ollut mukana useampi. Myös kysely tai haastattelu olisi tuonut lisää syvyyttä tutkimukseen. Sain kuitenkin valmiin aineiston, jonka käyttö säästää tutkimuksen kustannuksia ja mahdollistaa minulle opiskelijana kattavan opinnäytetyön teon. Suhtaudun aineistoon kuitenkin kriittisesti, sillä usein valmis aineisto ei ole juuri sellainen, kuin oma tutkimusongelma edellyttäisi. Tietoja on yhdistettävä, muokattava ja tulkittava. Lisäksi pitää arvioida, miten aineiston hankinta on toteutettu esimerkiksi otannan ja otoksen osalta. Aineistoni oli kattava, sillä se koostui kaikkien projektissa mukana olleiden kaikista kirjoitetuista muistioista.

Tutkimuksen analyysiprosessia avoimesti kuvaamalla olen pyrkinyt lisäämään tutkimuksen luotettavuutta ja arvioitavuutta. Tuomi ja Sarajärvi (2009) varoittavat, että tutkimustulosten tulkinnassa tulevat aina jossain määrin esiin tutkijan omat käsitykset ja täysin objektiivista tutkimusta on vaikea toteuttaa. Analyysin aikana luin aineistoa läpi useita kertoja. Näin pyrin varmistamaan, että löydän dokumenteista vastauksia esittämiini tutkimusongelmiin, eivätkä tulokset ole omia käsityksiäni. Mutta dokumenttiaineisto on kuitenkin kontekstistaan irrotettua eikä tarkistusmahdollisuutta ole ja pelkästään aineiston lukeminenkin on jo tulkintaa. Siksi olen pyrkinyt tuomaan esille tulkintojeni läpinäkyvyyttä aineistositaattien avulla ja toimimaan näin mahdollisimman objektiivisesti. Toin myös esille oman taustani terveydenhuollon ammattilaisena, joten lukija tietää tarkastella lukemaansa kriittisesti.

Tuomi ja Sarajärvi (2009) mainitsevat, että tarkasteltaessa objektiivisuuden ongelmaa on erotettava luotettavuus ja puolueettomuus totuuskysymysten lisäksi. Puolueettomuus merkitsee sitä, että tutkija ymmärtää ja kuulee tutkittaviaan itsensä eikä esimerkiksi oman kokemuksensa kautta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135.) Aineiston pitäisi määrätä sen, mikä on tärkeää (Hirsjärvi ym. 2007, 160), mutta aloittavana tutkijana minulle saattaa käydä niin, että näen ja löydän helpommin joitakin asioita kuin toisia. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavatkin tutkija ja tutkijan taidot, aineiston laatu, aineiston analyysi ja tutkimustulosten esittäminen. Sisällönanalyysissä vaikuttaa lisäksi aineiston pelkistäminen niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36.) Kokemattomuuteni lisäksi työni heikkoutena voitaneen pitää sen rajautumista paikkaan ja aikaan. Tämä on tosiasia yleensäkin kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Vaikka lähtökohtana on todellinen tilanteen ja tapahtumien kuvaaminen, niin tutkittavien kuin tutkijankin elämänhistoria ja – tilanne kuin se, miten tutkija ymmärtää ja analysoi aineistoansa, vaikuttavat tulkintoihin. (Hirsjärvi ym. 2007, 156–157.) Tieteellinen raportointi ei olekaan vain tosiasioiden toteamista vaan ennemminkin merkitysten rakentamista.

Tutkimusotteen eettiset vaatimukset edellyttävät tutkijalta eettistä vastuullisuutta. Eettinen vastuullisuus pitää sisällään laadullisen tutkimusaineiston hankinnan ja tutkimuksen kaikkien vaiheiden tarkan ja rehellisen toteuttamisen. Lisäksi tutkijan on tuotava ilmi tutkimusaiheitaan koskevat valinnat ja niiden perustelut.

Tutkimusetiikka edellyttää, että tutkija huomioi toiminnassaan tutkimuksen kohteena olevat henkilöt, työyhteisönsä ja työtoverinsa. (Karjalainen, Launis, Pelkonen & Pietarinen 2002.) Minulla oli lupa tehdä tutkimus ja tutkimukseen osallistujat tiesivät olevansa tutkimuksen kohteena. Heille oli myös selvitetty tutkimuksen luonne jo projektiin osallistumisvaiheessa. Tutkimus ei tuottanut kohteille lisää työtä, vaan kirjoitetut dokumentit sisältyivät itse kehittämisprojektiin. Aineistoa käsitellään koodein eikä tutkimusraportin perusteella yksittäisiä henkilöitä ole tunnistettavissa. Kunnioitan näin osallistujien yksilöllisyyttä, anonymiteettia ja pyrin varmistamaan loukkaamattomuuden. Saamani tiedot ja aineiston säilytän luottamuksellisesti. Olen pyrkinyt toimimaan hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla eli hankkimaan tutkimusmateriaalin sekä käsittelemään sitä rehellisesti ja huolellisesti. Kunnioitan muiden tutkijoiden työtä muun muassa tekemällä viittaukset tarkasti.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimukseen osallistuneiden työyhteisöjen taustatiedot esittelin kohdejoukkoa määrittellessäni (katso myös taulukko 1). Tässä luvussa kerron tutkimuksen tulokset ensin oppimiseen osallistamisen ja sitten sitoutumisen osalta.

Alaluvussa 7.1 vastaan ensimmäiseen tutkimuskysymykseeni ”Miten oppimiseen osallistaminen toteutui työyhteisöissä projektin aikana?”. Osallistamista kuvaan ensinnäkin yhteisöllisyyden kautta. Tarkastelen, miten työyhteisöissä pyrittiin yhteisen ymmärryksen rakentamiseen, annettiin mahdollisuus osallistua ja ottaa vastuuta oppimisprosessissa. Samalla tarkastelen valmiutta moniammatillisen yhteistyön. Toiseksi tutkin työyhteisön vuorovaikutusta. Siis sitä, minkälaisia tiedottamisen tapoja prosessin aikana käytettiin ja toisaalta vuorovaikutuksen tasavertaisuutta. Kolmanneksi nostan esiin kokemuksen kautta oppimisen näkökulman. Tässä avaan, paitsi suunnitelmien jalkauttamisen tapoja, myös kokemusten reflektointitapoja.

Alaluvussa 7.2 tuon vastauksia toiseen tutkimuskysymykseeni ”Miten oppimiseen sitoutuminen näkyi yksilöiden ja työyhteisön toimissa projektin aikana?”. Yksilöiden sitoutumista tarkastelen työyhteisön jäsenten aktiivisuuden kautta; ottavatko he yksilöinä vastuuta, toimivatko he aloitteellisesti ja avoimesti, miten he kohtaavat mahdolliset esteet. Työyhteisön oppimiseen sitoutumisessa korostan osallistumista, valmiutta moniammatilliseen työhön sekä johdon sitoutumista oppimisprosessiin.

Esitän tutkimukseni tulokset tuoden esiin kohderyhmien toiminnan samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Tällä vertailulla pyrin selvittämään oppimisen liittyviä tekijöitä, jotka aiheuttavat ryhmissä ilmeneviä eroja. Jätän tarkastelussa huomioimatta tutkijatuutorin toimet, sillä tutkimukseni tavoitteena on tehdä näkyväksi työyhteisön toimintaa.

7.1 Oppimiseen osallistaminen

Tässä työssä tutkin oppimiseen osallistamista ensin yhteisöllisyyden kautta. Tarkastelen, miten työyhteisöissä pyrittiin yhteisen ymmärryksen rakentamiseen, annettiin koko työyhteisölle mahdollisuus osallistua ja ottaa vastuuta oppimisprosessissa sekä valmiutta toimia yhteistyössä eri ammattiryhmien välillä. Seuraavaksi kuvaan vuorovaikutusta prosessin aikaisen tiedottamisen tapojen kautta. Toisaalta tarkastelen vuorovaikutuksen tasavertaisuutta ja sen laatua. Tuon esiin, miten hiljaista tietoa tehtiin näkyväksi ja prosessin aikaisen informaation saavutettavuutta. Viimeisessä alaluvussa nostan esiin kokemuksen kautta oppimisen näkökulman. Tässä avaan, paitsi suunnitelmien jalkauttamisen tapoja, myös kokemusten reflektointitapoja.

7.1.1 Yhteisöllisyys

Terveyskeskuksiin koottiin johdon toimesta moniammatilliset vastuutiimit, joissa toimi lääkäreitä, hoitajia ja fysioterapeutteja. Lisäksi kolmen vastuutiimin toimintaan osallistui muu ammattilainen. Tiimejä kootessa huomioitiin erillisinä toimivien avopuolen ja työterveyshuollon sekä eri toimipisteissä toimivien työntekijöiden prosessiin mukaan pääsemisen. Voidaankin todeta, että näillä toimilla johto pyrki mahdollistamaan eri ammattiryhmien osallisuuden oppimisprosessissa ja osallistamaan toimijoita koko työyhteisöstä, siis yhteisöllisyyteen.

Yhteisöllisyys ei itsestään selvyys terveystieteissä, sillä vain yhdessä tutkimuksen työyhteisössä yhteisöllisyys toteutui koko prosessin ajan. Siellä työyhteisön yhteiset palaverit olivat jo ennen hankkeen aloittamista käytäntönä, ja vastuutiimi näki henkilökohtaisen tiedottamisen tärkeäksi niin näissä koko työyhteisön kuukausittaisessa toimipaikkakokouksessa kuin eri ammattiryhmien omissa kokouksissa (TT2A). Työyhteisössä pyrittiin varmistamaan kaikkien mahdollisuus osallistua jo ensimmäiseen koulutukseen järjestämällä niitä kaksi eri ajankohtina (TT1A). Yhteisöllisyyttä osallistamiseen kuvaa myös muistion merkintä ”*Tieto pitää toimittaa heti mahdollisimman laajalle*” (TT2A). Tässä työyhteisössä oli valmiutta tehdä

yhteistyötä myös muiden kuin oman ammattiryhmän kesken, mitä osoittavat muun muassa seuraavat muistiomerkinnot:

”Seuraava LIREKE-info lääkärikokouksessa ...(pitäjinä lääkäri ja fysioterapeutti)” (VT3A)

”lääkäreiden koulutuksessa oli 2 hoitajaa avopuolelta” (VT5A)

”Kerron vielä asian uudelleen (lääkäreille), kommentoi (fysioterapeutti)” (VT5A)

”(sairaanhoitaja) ehdotti, että fysioterapeutti tulisi puhumaan LR – asiasta hoitajien kokoukseen” (TT5A).

Valmiutta toimia yhteistyössä vahvisti myös se, että vastuuryhmässä oli mukana kaksi henkilöä johdosta. Näin johto toimi esimerkkinä ammatillisten rajojen ylittämisessä. Yhteisöllisyyttä tuki vastuutiimin halu saada toiminnastaan palautetta. Tätä kuvaa seuraavat merkinnät muistioissa: *” suunnitellaan myös miten paperinen resepti etenee ja miten saadaan palaute toteutuneesta toiminnasta” (VT3A)*. Työyhteisössä tehtiin moniammatillista yhteistyötä ja johdon tuki prosessin aikana oli jatkuvaa. Voin todeta yhteisöllisen oppimisen olevan mahdollista terveyskeskuksen moniammatillisessa työyhteisössä.

Yhteisöllisyys ei ole terveyskeskuksissa itsestään selvää yhteisistä foorumeista huolimatta. Toisessa tutkimuksen kohteena olevassa työyhteisössä, missä moniammatilliset foorumit olivat jo valmiiksi käytäntönä, muistioissa oli seuraava merkintä merkinä siitä, että asiaa käsiteltiin koko työyhteisön kesken. *”Hanketiedotus (työyhteisön kokouksessa) – tavoitteena lääkäreiden sitouttaminen hankkeeseen...” (VT3D)*. Hankkeesta tiedottaminen aiheutti vastuutiimissä myös vastustusta *”Tämä pilottiryhmä, mutta seuraavaan otetaan lääkärit vahvemmin mukaan” (TT3D)*. Yhteisöllisyyden puuttumisesta kertoo seuraava muistiinpano: *”Terveyskeskuksen henkilökunnalle tiedotetaan sitten, kun hankkeesta on saatu kokemuksia ja toimintaa laajennetaan” (VTohjaustyöryhmäD)*. Terveyskeskuksen D hankkeesta oli kuitenkin ollut tässä vaiheessa jo yksi kirjoitus paikallislehdessä. Muulle työyhteisölle ei annettu mahdollisuutta osallistua ja vaikuttaa eikä osallistavaa oppimista tapahtunut, yhteisöllisyys ei toteutunut ja oppiminen jäi omaksi saarekkeekseen. Omaksi saarekkeekseen prosessi jäi myös terveyskeskus B:ssä. Vastuutiimin kokouksiin pyydettiin yksittäisiä asiantuntijoita (TT2B, Vto1B), mutta muiden terveyskeskuksen

ammattilaisten kanssa ei muistioiden mukaan yhteistyötä tehty. Muistioissa oli seuraavat merkinnät: ”Kevään aikana tullaan viestittämään LIREKE-hankkeen kuulumisia terveystakeskuksen johdolle ja ohjausryhmälle” (VT3B), ”suunnitteilla kokous/tiedotustilaisuus henkilökunnalle kesäkuun puolella” (VT3B) ja ”7.9. suunnitellaan vastuutiimillä isoa tiedotuspalaveria, joka on alustavan suunnitelman mukaan tarkoitus pitää lääkäreille ja hoitajille...” (VT4B), mutta suunnitelmien toteutuminen ei näkynyt muistioissa. Tämän perusteella voidaan todeta hankkeen eristäytyneen organisaatiosta.

Koulutuksen järjestämisessä nousi esiin myös eri ammattiryhmien, erityisesti lääkärien, erillisyys muista toimijoista. Tästä on esimerkkinä seuraava lainaus muistiosta: ”Pääasiallisesti lääkärit osallistuvat koulutukseen...Muut työntekijät jakautuvat kahdelle päivälle.”(TT1A). Moniammatillinen projekti on kuitenkin mahdollisuus vahvistaa yhteisöllisyyttä, sillä vaikka projektin alussa ammattikuntajako oli voimakkaasti nähtävissä toiminnassa, valmiutta yhteistyöhön oli projektin edetessä havaittavissa. Esimerkiksi projektin alussa lääkäri tiedotti lääkäreille, hoitajat hoitajille, jne, mutta projektin lopulla näitä rajoja ylitettiin. Seuraavat esimerkit osoittavat muutosta tapahtuneen:

”kukin tiedottaa koulutuksesta omilleen...”(TT1A)

”Lääkäreiden kokous on perjantaina iltapäivällä. (fysioterapeutti) lupasi mennä sinne”(TT3A)

”Lisä Lireke-koulutus sovittiin pidettäväksi (pvm) lääkäreille ja hoitajille”(VT4A)

”Kerron (fysioterapeutti) vielä asiasta (lääkäreille)” (TT5A)

”(sairaanhoitaja) ehdotti, että (fysioterapeutti) tulisi puhumaan LR-asiasta hoitajien kokoukseen”(TT5A, VT5A).

Pyrkimys moniammatilliseen yhteistyöhön näkyi myös yhteisen foorumin järjestämisessä: ”Tilaisuuteen kutsutaan erityisesti lääkärit, fysioterapeutit, dm-hoitajat + muut ja työterveyshuolto” (TTA5).

Kahdessa työyhteisössä moniammatilliset tilaisuudet eivät toteutuneet, mutta yhdessä työyhteisössä osallistujat ottivat vastuuta antamalla palautetta, kysymällä ja kommentoimalla. Tilaisuuteen osallistui myös työyhteisön uusia työntekijöitä, mikä

voidaan nähdä yhteisöllisyyden tukemisena – myös uusille työntekijöille annetaan mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa. He antoivatkin palautetta ja näin ottivat osaltaan vastuuta oppimisen edistämiseksi: *”He toivoivat käytännöistä kerrottavan osana perehdytystä” (TtpalautA).*

Osallistamisen vaikeutta, erityisesti lääkärien osalta, yhteisölliseen toimintaan saattaa selittää osin jatkuva lääkäripula ja keikkalääkäreiden lyhyet työpaksot (TT2C, TT4C). Moniammatillinen yhteistyö, yhteisöllisyys sai prosessin aikana kuitenkin kahdessa terveyskeskuksessa jonkinlaisen alun, sillä välitehtävässä kysyttiin ammattiryhmien välisen yhteistyön tilasta, johon vastuutiimit vastasivat:

”Yhteistyö lisääntynyt huomattavasti” (VTvälitehtäväB)

”toimii hyvin” ja ”pidetään yllä” (VTvälitehtäväC).

Yhteistyö oli kuitenkin melko rajallista, kuten alla olevat muistiomerkinnot osoittavat:

”Lireke-kansion osalta ei uutta tietoa,...(asiasta vastuussa oleva henkilö) ei päässyt kokoukseen” (VT4C)

”...tuli tunne, että kaikki tämäntyyppinen hanketyöskentely oli TODELLA vierasta” (TT4C)

”... ei tullut kokoukseen. Ryhmä pohti estettä. Ryhmällä ei ole tiedossa mitä toimintataulukon päivitykselle kuuluu” (TT5C).

Yhteistyö näytti rajoittuvan vain vastuutiimin kokouksiin. Muita merkintöjä koko terveyskeskustyöyhteisön yhteisistä foorumeista tai eri ammattiryhmien välisistä keskusteluista ei muistioista löytynyt.

Ohjaustyöryhmän osallistaminen hankkeeseen oli vähäistä. Tutkijatuutorin muistiossa oli aiemmin kirjaus: ”Mahdollisesti ohjausryhmäkin täytyisi kutsua koolle. (vastuutiimin jäsen) vaikutti tässä asiassa vähän vastahankaiselta?” (TT2B). Kirjausta ohjausryhmän koolle kutumisesta ei ollut vastuutiimin vastaavassa muistioissa, eikä heitä ei ollut paikalla prosessin loppuarvioinnissa. Terveyskeskus C:n muistioissa ei ollut yhtään tapaamista ohjaustyöryhmän kanssa, mutta vastuutiimin joka kokouksessa oli mukana yksi ohjaustyöryhmään merkitty henkilö. Terveyskeskus D:ssä ohjaustyöryhmän kanssa oli yksi tapaaminen.

7.1.2 Vuorovaikutus

Tässä kappaleessa esitän, minkälaisia tiedottamisen tapoja prosessin aikana käytettiin ja toisaalta vuorovaikutuksen tasavertaisuutta.

Kaikissa työyhteisöissä sovittiin muistioiden tallentamisesta kaikkien luettavissa olevaan sähköiseen hankekansioon. Näin toimittiin, vaikka yleisesti oltiin sitä mieltä, *että ”intraa ei lue kukaan” (VT5B), ”aikaa tiedonhankintaan ei ole” (VT3D) ja ”Netissä ei ole aikaa surffaillla” (TT3D)*. Paitsi tietojen haku sähköisestä järjestelmästä ei näyttäytynyt toimivalta ratkaisulta, oli ongelmia myös tietojen sinne tallentamisessa: *”Loora – asiasta kukaan (vastuutiimiläinen) ei tiennyt mitään. ...oli käynyt katsomassa. Siellä ei ole mitään.” (TT4C)*. Esimerkkejä löytyi myös sähköisen tallentamisen toimivuudesta: *”edellisten kokousten muistiot ... on luettavissa Y:...” (VT3B) ja ”Myös edistymistaulukkoa pidetään ajan tasalla, tallennetaan G-asemalle” (VT4A)*.

Työyhteisöissä tietoa välitettiin myös sähköpostitse.

”Kokousten muistiot päätettiin lähettää sähköisesti vastuutiimin lisäksi, johtoryhmälle ja tuutorille.” (TT1A)

”...lähettää sähköpostilla kutsun kaikkiin terveyskeskuksen toimipisteisiin paitsi hammashuoltoon” (VT1B)

”Muistiot kokouksista lähetetään tiimin jäsenille, tk:n johdolle, ohjaustyöryhmälle sekä tuutorille” (VT1D).

Dokumentointi oli kaikille haastavaa, esimerkiksi toimintataulukot jäivät puutteellisiksi (vastuuhenkilöitä ei kirjattu, vuorovaikutustilaisuuksia ei mainittu) ja muistioiden kirjoittaminen oli tarkkuudeltaan sekä tyyliltään hyvin vaihtelevaa.

Sähköisen tiedottamisen lisäksi työyhteiset viestivät kirjallisesti paperilla.

”Kahvihuoneisiin... päätettiin laittaa lokerot kaikille Lireke-hankkeen materiaaleihin tutustuttavaksi” (TT1B)

”Muu aineisto (muu kuin muistiot) sovittiin laitettavaksi 2. kerroksen kahvihuoneen lokeroon” (TT1C)

”Vastuutiimin jäsenet huolehtivat yksiköissään muistiot nähtäväksi kaikille”

(VT1D)

”Asiasta on laadittu erillinen tiedote” (VT1D)

”Suunniteltiin, että (vastuutiimin jäsen) tilaa keskitetyksi ainakin aluksi

LIREKE – oheisaineiston eri yksiköihin...” (VTo1D)

”Hanke kansio kiertoon” (TT4D).

Kolmessa terveyskeskuksessa vastuutiimi pyrki huolehtimaan materiaalien jakamisesta kaikille, joita prosessi koski – joskin materiaalien hankintaa oli yhdessä terveyskeskuksessa huomattavasti rajoitettu johdon puolesta (VT4C).

Paitsi, että tietoja dokumentoitiin, niistä tiedotettiin henkilökohtaisesti ja näin varmistettiin tiedon leviäminen työyhteisöissä.

”...kertoivat mistä löytyvät (aiemmat) alustukset” (TT lääkärin kokousA)

”Tarkennettu ohje on laadittu liikuntaneuvonta prosessin etenemisestä ja sitä on jo esitelty lääkärin kokouksessa” (VT4A)

”Asia otetaan myös puheeksi seuraavassa hoitajien kokouksessa”(VTo1C)

”Tiedotusta toiminnasta lääkäreiden aluepalaverissa ja terveydenhoitajien kuukausipalavereissa” (VT5C)

”vastuutiimi päätti, että (työyhteisön) kokoukseen menee esim. (vastuutiimin jäsen) kertomaan Palveluketjusta ja polusta, josta Liikkumisresepti-lomake löytyy” (TT3D)

”Terveydenhoitajille on kahden viikon välein oma kokous, jossa kaikissa on kerrottu, mitä LIREKE-hankkeelle kuuluu ja miten on edetty” (TT4D).

Henkilökohtainen tiedottaminen tapahtui yhteisten foorumien lisäksi oman ammattiryhmän sisällä:

”Koulutuksesta tiedote... kukuin tiedottaa omilleen ja ...lääkäreille” (TT1A)

”Lääkäri lupasi informoida ... muita lääkäreitä liikuntareseptien antamisesta asiakkaille ja aikojen varaamisesta” (VT3C).

Vuorovaikutuksen keskeinen elementti on kaikkien osallistujien kuuleminen ja eri näkökulmien esiintulo. Terveyskeskusten A ja C muistioissa oli kirjattuna työyhteisöltä saatua palautetta. Tästä esimerkkinä on vastuutiimin muistiosta kommentti *”omat*

asenteet esim. liikuntaa kohtaan helposti välittyvät asiakkaille”(VT3C). Myös omiin havaintomuistiinpanoihin olin kirjannut useita kommentteja tuntemusten jakamisesta. Keskustelujen kautta opittiin myös tuntemaan toisten töitä, kun vuorovaikutus oli tasavertaista ja kunkin osapuolen ajatuksia kuunneltiin. Ohessa otteita muistioista:

”Fysioterapeuteilla on yhteistyötä... terveyskeskuksen lääkärit ja diabetes-hoitajat lähettävät...”(VTo1A)

”...fysioterapeutti ei pääse katsomaan hoitajan kirjaamaa tekstiä”(VTo2A).

”...yhteistyö fysioterapian ja liikuntatoimen välillä on koettu hyödylliseksi” (TT2C)

”Koulutus mahdollisesti motivoi henkilökuntaa paremmin liikuntareseptin käyttöön” (VT3C).

Kukin jäsen sai käsityksen toisten rooleista, mutta myös toimivista käytännöistä. Näin vastuutiimi pystyi myös hahmottamaan neuvontaketjun kokonaisuutta. Vuorovaikutus jäi kahdessa muussa työyhteisössä (B ja D) tiedottamisen tasolle. Heidän muistioissaan ei näkynyt moniäänisyyttä, muutospaineista keskustelua eikä työyhteisöstä esiin nousseita asioita. Työyhteisössä B oli prosessin alussa vuorovaikutusta omien ammattiryhmien kesken, mutta sekin hiipui muun työyhteisön jättäytyessä passiiviseksi ja jopa vastustaessa vuorovaikutusta muun muassa jättäytymällä yhteisistä foorumeista pois. Työyhteisö D ajautui alusta asti omaksi saarekkeekseen ja sortui kritiikittömään ryhmäajatteluun. Muistioissa ei näkynyt pohdintaa eikä vuorovaikutukseen pyritty – sitä jopa vastustettiin. Esimerkiksi ohjausryhmän koolle kutsuminen sai aikaan vastustusta ja vaikka erityisesti lääkärien ulkopuolisuus havaittiin, ei siihen pyritty aktiivisesti vaikuttamaan. Yhteistyötä tehtiin oman työyhteisön ulkopuolisten kanssa ja vaikka tuutor muistutti projektin tavoitteesta palveluketjun luomisesta ja liikkumisreseptin käyttöönotosta, ei toimintaa arvioitu tai kyseenalaistettu. Muutosta eli uuden oppiminen toteutuu vuorovaikutuksessa, ja kahden aktiivisen työyhteisön toiminnassa saatiinkin toimiva prosessi aikaan.

Kun vuorovaikutus oli aktiivista, kuten terveyskeskus A:ssa, se sisälsi keskustelua, kysymistä, kaikkien kuulemista ja avun pyytämistä. Sekä vastuutiimi että muu työyhteisö nostivat esiin uusia ideoita ja konkreettisia esimerkkejä. Vastuutiimin sisällä eri ammattiryhmien välinen vuorovaikutus oli tasa-arvoista ja avointa. Tämä näkyi muistioissa muun muassa siinä, että eri ammattiryhmien edustajat toivat esille

omia näkemyksiään ja prosessiin liittyviä ongelmia. Kaikkia kuultiin ja ratkaisu pyrittiin löytämään, kuten seuraavasta esimerkistä voimme havaita:

”Keskusteluissa tuli ilmi, että ...hoitajat pääsevät lukemaan FYS-lehden kirjaukset, ei muut... (lääkäri) sanoi, että lukuoikeus pitää muuttaa”(TT2A)
 ”...tuli ilmi, että prosessi ei ole edennyt suunnitelmien mukaan...vastuutiimi päätti ryhdistäytyä...(TT3A).

7.1.3 Kokemuksen kautta oppiminen

Kahdessa työyhteisössä vastuutiimi aloitti toimintansa toisensa toimenkuviin ja nykykäytäntöön tutustumalla (VT1A, TT1A, TT2C). Tämä on tärkeää oppimisen kannalta ja työn organisoinnin kehittämisen onnistumiseksi. Kolmannessa työyhteisössä työnkuvista keskusteltiin vasta prosessin loppupuolella (VT4B, TT5B). Neljännen työyhteisön keskusteluissa vastuutiimin kokouksiin kutsut vierailijat kertoivat toimienkuvistaan ja käytännöistä, mutta itse vastuutiimi ja heidän ammattikuntansa toimet eivät muistiinpanojen mukaan nousseet ollenkaan käsittelyyn. Työyhteisöjen valmius osallistavaan kokemuksen kautta oppimiseen oli erilainen. Kahdella työyhteisöllä oli siihen valmiutta, kolmas oppi prosessin kautta myös kokemusten jakamiseen, mutta neljäs työyhteisö tarvitsisi oppimisprosessiin enemmän tukea ja ohjausta.

Kahdessa työyhteisössä kokemuksista myös keskusteltiin koko prosessin ajan ja niiden pohjalta tehtiin etenemissuunnitelmia. Yhteinen prosessointi tuotti ehdotuksia (VT3C, VT4C, TT3C), uusia ideoita (VT2A, VT4A, VT4A) ja muun muassa avun pyyntöihin ja antamiseen (TT3C, VT5C). Alla esitän esimerkkejä tästä toiminnasta:

”..koulutuksen vahvistaneen erityisesti lääkäreille liikunnan merkitystä...
 lääkärin työ on vahvasti sairauksien hoitoa”(TT3C)
 ”...liikuntaneuvonta on lähtenyt hitaasti liikkeelle. (Lääkäri) on laatinut selkeän kirjallisen ohjeen lääkäreille annetun liikuntaneuvonnan kirjaamisesta”(VT3A)
 ”keskusteltiin, voisiko liikuntaprosessi keskustelun aloittaa myös terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja”(VT4A)

”Tarvitaan myös harjaantumista täyttämään liikuntareseptiä”(TT5A)

”Todettiin, että ennaltaehkäisy hukkuu sairauksien hoitoon vastaanotolla.

Hoitajien ja lääkäreiden pitäisi enemmän lukea toistensa tekstejä.” (VT4C)

”Potilaat, jotka olivat olleet liikuntaneuvonnassa, ovat kokeneet tämän upeana palveluna”(TT5A).

Yksi konkreettinen toimi oppimisen tukemiseksi oli lääkäreiden viikkokokouksessa toteutettu Liikkumisreseptin täyttöharjoitus, johon 12/13 lääkäristä myös osallistui. Harjoittelun jälkeen kokemuksia jaettiin ja arvioitiin eli reflektointiin ja opittiin.

”Liikkumisresepti koettiin haasteelliseksi täyttää – ei kuitenkaan ylivoimaiselta. Rasittavuuden arviointi...”(TTlääkärien kokousA).

Kaikissa työyhteisössä suunnitelmia pyrittiin jalkauttamaan jokapäiväisiin työprosesseihin. Siellä, missä vuorovaikutus oli muun työyhteisön kanssa jatkuvaa koko prosessin ajan, kokemuksia refleктоitiin ja aktiivinen yhteys käytäntöihin säilyi, moniammatillista oppimista oli myös nähtävissä ja tavoitteenmukainen palveluketjun luominen onnistui huolimatta voimakkaastakin vastustuksesta (TT3C). Näissä kahdessa työyhteisössä työntekijät toivat esille omiakin ideoita, kuten edellä olen osoittanut.

7.2 Oppimiseen sitoutuminen

Seuraavissa alaluvuissa esitän vastauksia toiseen tutkimuskysymykseeni: ”Miten oppimiseen sitoutuminen näkyi yksilöiden ja työyhteisön toimissa projektin aikana?”. Ensin tarkastelen yksilöiden sitoutumista vastuutiimien jäsenten aktiivisuuden kautta; vastuutiimin kokouksiin osallistumista, ottavatko he yksilöinä vastuuta, toimivatko he aloitteellisesti ja avoimesti, miten he kohtaavat mahdolliset esteet. Työyhteisön oppimiseen sitoutumisessa korostan työyhteisön muiden jäsenten osallistumista oppimisprosessiin, valmiutta moniammatilliseen työhön sekä johdon sitoutumista oppimisprosessiin.

7.2.1 Yksilöiden oppimiseen sitoutuminen

Tarkastelen ensin miten vastuutiimiläisten sitoutuminen oppimiseen näkyi heidän ajan käytössään. Tätä kuvaan kokouksiin osallistumisen kautta. Kaikista vastuutiimiläisistä (n=25) kahdeksan osallistui jokaiseen projektin aikaiseen kokoukseen. Kaikkiaan eri tiimiläisten osallistumisprosentti vaihteli 25 %:sta - 100 %:iin eli sitoutuminen oli hyvinkin vaihtelevaa eri yksilöiden välillä. Osallistumisen mukaan sitoutuneimpia olivat hoitajat (81 %, vaihtelu 40 - 100 %). Vaikka kaksi lääkäriä viidestä osallistui 100 % kokouksiin, lääkäreiden kokonaissitoutuminen jäi 67 %:iin eli heikommaksi kuin hoitajien ja fysioterapeuttien. Vaikka fysioterapeutti oli jokaisessa vastuutiimissä yhteyshenkilönä, vain yksi heistä osallistui jokaiseen kokoukseen (vaihtelu 33 – 100 %). Sitoutuneimpia olivat vastuutiimin A jäsenet (osallistumisprosentti 92). Alla (taulukko 3) kunkin vastuutiimiläisen kokouksiin osallistumisprosentit. Olen nostanut taulukosta esiin sitoutuneimmat isolla nuolikuviolla ja vähiten sitoutuneet mustalla nuolikuviolla.

Taulukko 3. Eri työyhteisöjen vastuutiimiläisten kokouksiin osallistumisprosentit.

vastuutiimiläinen	työyhteisö A	työyhteisö B	työyhteisö C	työyhteisö D	ammattiryhmän km. osallistumis%
lääkäri 1	100	30	100	25	
lääkäri 2	80				67
hoitaja 1	100	100	100	87	
hoitaja 2		90	83	50	
hoitaja 3		40	100	87	
hoitaja 4			67	87	
hoitaja 5			60		81
fysioterapeutti 1	100	90	33	87	
fysioterapeutti 2	80			75	78
muu			100	25	63
vastuutiimin km. osallistumis%	92	70	80	65	

Ajan käyttö ei kuitenkaan yksin kuvaakaan oppimiseen sitoutumista, vaan sitoutumiseen liittyy aktiivinen osallistuminen. Tein tukkimiehenkirjanpitoa kokousmuistioista esiintyvien kannanottojen, ehdotusten, palautteenannon, yms. sekä vastuunoton perusteella (taulukko 4). Keskimääräinen mainintojen määrä vastuutiimissä oli eri

työyhteisössä hyvin erilainen (vaihtelu 21–7,6 mainintaa). Aktiivisin oli työyhteisön A vastuutiimiläiset (5-35, keskimäärin 21 mainintaa), kun taas vähiten mainintoja oli työyhteisön D muistioissa (1-40, keskimäärin 7,6 mainintaa). Työyhteisön D mainintojen määrissä huomion arvoista oli yhden vastuutiimiläisen huomattavasti suurempi luku (40, kun muilla 1-8). Tiimiläisten sitoutuminen näyttää lukujen perusteella olleen yhtä lukuun ottamatta löyhää. Vaikuttaa, että oppinen oli pitkälti yhden ihmisen prosessi. Muistakin työyhteisöjen vastuutiimeistä erottuu ainakin yksi vähemmän mainintoja saanut henkilö (työyhteisössä A:ssa yksi, B:ssä 3 ja C:ssä 2) eli lukujen perusteella jokaisesta vastuutiimistä löytyi heikommin oppimiseen sitoutuneita henkilöitä. Heikosta sitoutumisesta kertoo muun muassa seuraava maininta muistiossa:

”Nyt kokouksen keskusteluissa tuli ilmi, että prosessi ei ole edennyt suunnitelmien mukaan.... Ilmeisesti (vastuutettu henkilö) ei ollut paikalla palaverissa eikä tiedottanut asiasta, kuten oli sovittu.” (TT3A).

Taulukko 4. Vastuutiimiläisten osallistuminen ja vastuunotto (yhteenlasketut maininnat muistioissa). Vastuutiimiläiset satunnaisessa järjestyksessä (ei ammattikuntajakoa).

vastuutiimiläinen	A maininnat (n)	B maininnat (n)	C maininnat (n)	D maininnat (n)
1	25	4	19	3
2	18	6	11	3
3	22	20	19	40
4	5	15	23	2
5	35	6	16	8
6	-	-	20	2
7	-	-	4	2
8	-	-	3	1
yhteensä mainintoja (n)	105	51	115	61
mainintoja km./vastuutiimiläinen	21	10,2	14,4	7,6
vastuutiimiläisillä mainintoja yli km./tiimin koko määrä	3/5	2/5	5/8	2/8

Työyhteisöissä A (3/5) ja C (5/8) enemmistö vastuutiimiläisistä sai mainintoja enemmän kuin keskimäärin. Tämän perusteella voidaan sanoa, että työyhteisöissä A ja C enemmistö vastuutiimiläisistä oli sitoutunut tehtäväänsä. Työyhteisössä C

sitoutuneiden osalta vaihtelu oli pienintä (11–23 mainintaa), joten voidaan todeta tiimiläisten olleen myös tasa-arvoisia osallistujia. Vastuutiimissä B ehdotuksia ja aloitteita tuli runsaammin vastuutiimin ulkopuolelta (24 mainintaa), tiimin kokouksiin kutsutuilta muilta ammattilaisilta. Vastuutiimin oma sitoutuminen oli vähäinen ja oppimisprosessi vaikutti niin samotusti ulkoistetulta.

Kahden vastuutiimin muistioista nousi esiin merkintöjä, jotka osoittivat heidän sitoutuneen oppimiseen. Seuraavat muistiomerkinnot osoittavat heidän suhtautumistaan oppimiseen, kuten oman panoksen antamista, toisten auttamista eli oppimiseen sitoutumista:

”Pyysin tuomaan...liikuntaneuvonnan kirjauksia...taaksepäin ei saisi tietosuojaan takia selata. Omista potilaista voin...pomia” (TT2C)

”...käyttöön Liikkumisreseptin –pdf-lomake. sitä ei saada osaksi tietojärjestelmää ...laitetaan muiden lomakkeiden tapaan ..., josta sen voi täyttää ja tulostaa” (TT2A, VT2A)

”...liikuntaneuvonta on lähtenyt hitaasti liikkeelle,...on laatinut selkeän kirjallisen ohjeen...”(VTo2A)

”...lupasi patistaa...liikuntareseptien kirjoittamiseen ja asia otetaan myös puheeksi...” (VTo1C)

”Koska reseptiä ei saada osaksi pegasos-tietojärjestelmää, (lääkäri) ehdotti, että käyntikirjauksen rinnalle tulee koodi”(TTA3, VTA3)

”...oli ottanut antamistani esitteitä kopioita...oli antanut myös muille..”(TT4C)

”Asia kirjataan infoasioihin muistioon. Näin tieto välittyy heillekin, jotka eivät ole kokouksessa” (TT5A).

Nämä maininnat osoittavat, että vastuutiimit työyhteisöissä A ja C kokivat asian merkityksellisenä ja heillä oli halua ja voimia toimia oppimisen edistämiseksi ongelmista huolimatta eli he olivat sitoutuneet oppimiseen. Tätä ajatusta vahvistavat myös seuraavat merkinnät:

”...liikuntaneuvonta on lähtenyt hitaasti liikkeelle,... keskusteltiin jatkosuunnitelman tarkastamisesta, mutta nyt toistaiseksi edetään aikaisemman suunnitelman mukaan.”(VToma2A)

*”...kukin oli tehnyt oman kansion tälle hankkeelle – paperit sekä sähköinen”
(TT4C)*

”...pidetään kirjaa paljonko liikuntareseptejä kirjoitetaan, miten prosessin eteneminen toteutuu ja tuleeko palaute. Myös edistymistaulukkoa pidetään ajan tasalla”(VT4A)

”He olivat jopa keränneet asioita mitä palautekeskustelussa pitäisi käydä läpi,... ja ideoida jatkoa” (TT5C)

”Vastuutiimi päätti, että NUOTIT tilaisuuteen täytyy tehdä... kuvasi että täytyy tehdä yhteenveto mitä on tehty, vahvuudet, mitä on opittu -> jatko – miten prosessi etenee...”(TT5A).

7.2.2 Työyhteisön oppimiseen sitoutuminen

Tarkastelin työyhteisön oppimisen sitoutumista kolmesta näkökannasta. Ensimmäkin etsin muistiinpanoista merkintöjä työyhteisön osallistumista oppimisprosessin eri vaiheissa. Tätä kuvaavana pidin koulutuksiin, kokouksiin tai muihin vastaaviin tilaisuuksiin osallistumista, prosessin eri vaiheisiin perehtymistä ja palautteen antamista. Toiseksi tarkastelin työyhteisön valmiutta moniammatilliseen työskentelyyn, yhdessä tekemistä ja sitä, tapahtuiko terveyskeskusyhteisöissä niin sanottuja hierarkian ylityksiä. Kolmantena näkökulmana nostin esiin johdon roolin; miten johto tuki prosessia ja toisaalta näkyikö työyhteisön toimissa johdon mahdollisesta sitoutumattomuudesta aiheutuvaa oppimiseen liittyvää vastustamista. Keskeisenä tekijänä tarkastelen johdon antamaan tukea prosessin siirtymävaiheissa.

Kaikissa työyhteisöissä järjestettiin Lireke – hankkeen suunnitelmien mukainen koulutustilaisuus prosessin alussa. Kahdessa työyhteisössä koulutuksiin osallistui lähes koko henkilöstö (työyhteisö A osallistumisprosentti 106 ja työyhteisö D osallistumisprosentti 97). Työyhteisössä A järjestettiin kaksi koulutustilaisuutta ja osa osallistui molempiin tilaisuuksiin, siksi osallistumisprosentti on yli 100. Työyhteisön B osallistujamäärä ei selvinnyt muistioista. Työyhteisössä C koulutukseen osallistui 66 % henkilöstöstä ja osallistumisprosentti pysyi samansuuntaisena myös palautekeskustelun osalta (62 %). Muissa työyhteisöissä palautekeskusteluun osallistuminen oli

vähäisempää (11–40 % henkilöstöstä). Projektin alussa siis työyhteisöissä A ja D oltiin sitoutuneita oppimisprosessiin, mutta sitoutuminen väheni prosessin edetessä. Projektin lopulla oppimiseen sitoutuneimpia oltiin työyhteisö C:ssä.

Kaikista projektien aikaisista koko henkilökunnalle suunnatuista tilaisuuksien osallistujamääriä ei muistioissa ollut. Siksi kuvaan alla olevassa taulukossa (taulukko 5) yhteenvedona vain osallistujamäärät hankkeen suunnitelman mukaisista, prosessin alussa toteutuneista koulutuksista ja prosessin lopussa toteutuneista palautekeskusteluista.

Taulukko 5. Henkilökunnan osallistuminen koulutukseen ja palautekeskusteluun.

	työyhteisö A	työyhteisö B	työyhteisö C	työyhteisö D
koulutukseen osallistujat / koko henkilökunta (n)	38/36	ei merkintää muistioissa	19/29	28/29
osallistumis%	106 %	-	66 %	97 %
palautekeskusteluun osallistujat / koko henkilökunta (n)	15/38	5/47	18/29	8/29
osallistumis%	40 %	11 %	62 %	28 %

Sitoutumisesta oppimisprosessiin työyhteisössä A kuvaa muun muassa lääkäreille suunnattuun koulutukseen osallistujamäärä (13 osallistujaa / työyhteisössä 13 lääkäriä), kun taas heikosta sitoutumista kertoo työyhteisössä B ohjausryhmän passiivisuus: ”Tähän kokoukseen odotettiin mukaan ohjausryhmän jäseniä sekä johtavaa hoitajaa..., mutta kaikki olivat ilmeisesti tällä kertaa estyneitä” (VTo2B). Osa suunnitelluista tilaisuuksista jäi toteutumatta. Näistä esimerkkinä maininnat: ”kokous lääkäreille ei toteutunut” ja ”henkilökunnan koulutus ei toteutunut” (VTo3D). Myös terveyskeskus B:n muistioissa oli suunnitelmia tilaisuuksista, mutta ei merkintää niiden toteutumisesta (VT3B, VT4B, VT5B). Se, miksi tilaisuudet eivät toteutuneet, ei muistioista selvinnyt, mutta yhtenä syynä voidaan kuitenkin pitää oppimiseen sitoutumattomuutta. Toisaalta oppimiseen sitoutumiseen saattoi vaikuttaa myös henkilöstön vaihtuvuus ja vaje. Ne tulivat esiin kahden työyhteisön muistiinpanoista:

”1,5 lääkärin vajaamiehitys” (TT2C)

”Olisimme todella pulassa, kun ei ole resursseja (fysioterapia)” (TT2C)

”Lomat täytyy limittää, jotta saadaan ylipäättään hommat pyörimään” (TT4D)

”Kesän aikana on taas paljon keikkalääkäreitä” (TT4D)

”3 lääkärinvirkkaa täyttyvät vain sijaisista lyhytaikaisesti” (VT4C).

Vain yhdessä terveyskeskuksessa näkyi työyhteisön sitoutuminen oppimiseen palautteen antona prosessin eri vaiheissa. Esimerkkinä tästä on muun muassa lääkärien toive liikkumisreseptien tulostamisesta (TT3A), hoitajien toive prosessikuvauksen tarkentamisesta nuolella (TT3A), lääkärien palaute liikkumisreseptin haasteellisuudesta (lääkäreiden kokous) ja keskustelusta, voisiko liikuntaresepti prosessin aloittaa myös terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja (VT4A, TT4A). Henkilöstön sitoutuminen oppimisprosessiin näkyi lopulta uuden käytänteen oppimisena: viimeisessä muistiossa on kirjattuna *”ohjauspyyntöjä tulee lääkäreiltä viikoittain”* ja fysioterapeutin palaute *”lääkärit lähettävät entistä enemmän ohjaukseen”* (TTpalautekeskusteluA). Muissa projektin terveyskeskuksissa työyhteisöltä mahdollisesti tullutta sitoutumista kuvaavaa palautetta muistioihin ollut kirjattuna, vaikka esimerkiksi työyhteisössä D järjestettiin niin kaikille yhteisiä kokouksia kuin oman ammattiryhmän sisäisiä kokouksia (VTo1D, VT4D, TT4D).

Moniammatillinen yhteistyö näyttäytyi lääkäreiden osalta haasteelliselta kahdessa tutkimukseni kohteena olevissa terveyskeskuksissa. Työyhteisöissä B ja D vastuutiimiin kuuluvat lääkärit eivät osallistuneet kokouksiin ja terveyskeskus D:n palaveriin kutsuttiin erikseen muun muassa lääkäriä, mutta hän ei tullut kokoukseen (VT2D). Hankkeen alussa muistosta löytyy merkintä *”Päätöksenteon helpottamiseksi erityisesti toivotaan, että lääkäri ja tietohallinnon edustaja pääsisivät kokoukseen. Lisäksi pyydetään ohjausryhmästä hoitotyönjohtajaa mukaan vastuuryhmän kokoukseen asiantuntijaksi.”* (VTo1D). Myöhemmin on merkintä *”Vastuutiimi päätti myös pyytää lääkäreitä koolle, ja kysyä miten he toivoisivat ammattikuntansa huomioimista jo nykyisessä palveluketjussa”* (TT3D), mutta mahdollisesta kokouksesta ei löytynyt merkintää myöhemmistä muistioista eikä prosessin aikaisissa kokouksissa osallistujalistalla ollut lääkäreitä. Hoitotyönjohtaja oli mukana aina pyydettyä. Samalla lailla tapahtui vastuutiimi B:ssä. Lääkäri jättäytyi toiminnasta pois muutaman kokouksissa läsnäolon jälkeen ja myöhemmin muistioista on luettavissa seuraavia kommentteja:

”Lääkäriä ei ole vielä linkitetty millään lailla tähän prosessiin.” (VT3B)

”Mietittiin myös sitä, että miten lääkärit saadaan motivoitua käyttämään liikkumisreseptiä” (VT5B)

”Lääkärien osastopalaverissa muistutetaan toiminnasta lääkäreitä” (TT5B).

Mahdollisista kokouksista tai keskusteluista lääkärien kanssa ei löytynyt merkintää myöhemmistä muistioista. Myös työyhteisössä C ilmeni lääkärien avointa vastustusta: *”...lääkäreiden kanssa oli ollut keskustelua, koskeeko tämä hanke kaikkia – siis, onko hanke kaikille pakollinen” (TT2C)*. Tämän hankkeen lääkäri kuitenkin itse osallistui hankkeen toimiin aktiivisesti, vaikka ei ollut omasta tahdostaan mukana (TT1C). Hänen pyrkimystä muidenkin lääkärien osallistamiseen on muistion merkinnöistä nähtävissä:

”Lääkäri... lupasi informoida ... muita lääkäreitä” (VT3C)

”(lääkäri) lupasi patistaa ...lääkäreitä liikuntareseptien kirjoittamiseen...” (VTo1C)

”(lääkäri) oli ottanut antamistani esitteistä (liikkumisresepti) kopioita ja laittanut ne kansioonsa. Niitä hän oli antanut myös muille lääkäreille.” (TT4C).

Työyhteisön C vastuutiimin kokouksissa ilmapiiri oli avoin ja kaikki tiimiläiset osallistuvia (omat muistiinpanoni), ja lopulta toiminnan laajentamisesta tehtiin moniammatillisesti toteutettava jatkosuunnitelma ja myös jatkotapaamisesta sovittiin (TTpalautekeskusteluC). Nämä maininnat kuvaavat moniammatillisen työskentelyn löytäneen jalansijaa työyhteisössä. Vain työyhteisössä A osoitettiin koko prosessin ajan valmiutta moniammatilliseen yhteistyöhön. Sitä kuvaavat koko työyhteisön kokoukset, hoitajien mahdollisuus osallistua lääkäreiden tilaisuuteen ja erityisesti moniammatillisen vastuutiimin toiminta.

Työyhteisö A:ssa johdon sitoutuminen ja tuki prosessiin oli jatkuvaa, sillä vastuutiimissä oli mukana kaksi ylilääkärää. Näin heillä oli myös auktoriteettia, valtaa ja voimia toimia. Lireke-hanke kirjattiin lopulta kaupungin strategiasuunnitelmaan (TT4A). Terveystieteiden hierarkkisuus ja kaksijakoinen johtamisen koordinoiti kuitenkin näyttäytyivät heidänkin oppimisprosessia hidastavana tekijänä: *”...esimies(hoitotyön) on ollut pitkään sairauslomalla, joten hommat ”seisovat”(TT3A)*. Muissa työyhteisöissä johdon tuki oli heikkoa. Johto ei osallistunut ohjaustyöryhmän kokouksiin (VTo3B, VT4B, TT4D) ei ollut paikalla palautekeskustelutilaisuuksissa

(TT5D), esimies ei antanut resursseja toimintaan (TT3C), tukimateriaaleja ei saanut tilata (TT4C) ja kaikkiaan vastuutiimi piti johdon tukea etäisenä ja epäselvänä (VT4C) sekä kaipasi johdon tukea enemmän (VT5B).

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Yhteenveto

Ensimmäinen tutkimuskysymykseni koski oppimiseen osallistamisen toteutumista projektin aikana. Tutkimuksessani havaitsin, että osallistavan oppimisen toteutuminen on työyhteisöissä vähäistä, ja osallistamista tukeviin toimintatapoihin ei ole totuttu. Mahdollisuus yhteisölliseen oppimiseen osallistumiseen on rajallinen muun muassa yhteisten foorumien puuttumisen ja henkilökunnan vaihtuvuuden vuoksi, mutta ongelmana on myös yhä vallalla oleva ammattikuntajako. Oman ammattikunnan kesken asioita jaetaan, mutta moniammatillinen työskentely on pääosin vierasta. Työyhteisöön ei synny yhteisöllisyyttä, vaikka vastuutiimeissä sitä olisi. Vuorovaikutus koko työyhteisön kesken tapahtuu paljolti kirjallisesti ja henkilökohtainen vuorovaikutus rajautuu omalle ammattikunnalle tiedottamiseen. Mahdollinen asioiden koko yhteisöä osallistava reflektointi ei näy oppimisprosessissa, vaikka suunnitelmia jalkautetaan arkisen työn tasolle. Tutkimuksessani kävi ilmi myös se, että kun yhteisiä foorumeita järjestetään ja hierarkkia on matala, koko työyhteisö saadaan osallistettua oppimiseen. Oppimisprosessia tukee kollektiivinen asioiden prosessointi ja toimintatavoista sopiminen. Tärkeää on, että työyhteisössä huomioidaan erilaiset mielipiteet ja näkökulmat koko prosessin aikana.

Toisena tutkimuskysymyksenä tarkastelin sitä, miten työyhteisöissä oppimiseen sitoudutaan. Projektin aikaisten vastuutiimien toimien tarkastelu osoitti, että vastuutiimin kaikki jäsenet eivät sitoutuneet oppimiseen, ja että sitoutuminen työyhteisössä helposti vähenee prosessin edetessä. He, joille annetaan henkilökohtaista vastuuta toimia, sitoutuvat oppimiseen helpommin. Vastuun jakautuminen ei vastuutiimissäkään ole välttämättä tasaista, sillä vastuuta saavat pääsääntöisesti ne, jotka sitä osoittavat haluavansa. Eri ammattiryhmien välillä oli selviä eroja oppimiseen sitoutumisessa. Tässä tutkimuksessa lääkärit osoittautuivat heikoimmin sitoutuneeksi ammattiryhmäksi eikä johtokaan antanut työyhteisölle niiden kaipaamaan tukea. Havaitsin myös kun johdon tuki jää etäiseksi, prosessi voi ajautua omaksi saarekkeekseen ja jopa visio hukkua matkalla. Ja toisaalta johdon tuen ollessa jatkuvaa

ja työyhteisö otetaan prosessin eri vaiheisiin mukaan, sitoutuminen on vahvempaa. Tällöin löytyy ongelmista huolimatta keinoja toimia ja halua uudistua.

8.2 Pohdinta

Tutkimukseni vahvisti Collinin, Paloniemen ja Meclinin (2009) tuloksen, että osallistava oppiminen on terveydenhuollossa haastavaa. Useissa lähteissä (Kurki 2000; Ahola, Kivistö & Vartia 2006; Collin 2007; Murto 2009; Seppänen-Järvelä & Vataja 2009) esitettiin oppimisessa keskeiseksi kaikkien, myös johdon, mukaan ottaminen prosessiin. Tutkimissani terveyskeskuksissa kuitenkin vain yhdessä tämä toteutui. Moniammatilliset kokoontumiset, yhteinen työtapojen suunnittelu ja yhteisten linjausten tekeminen, joita Kärkkäinen ja Saarinen (2002) peräänkuuluttivat, eivät ole vielä kukaan terveyskeskuksissa tapana. Terveydenhuollossa vallitseva ihmissuhteiden hierarkkisuus ja vuorovaikutussuhteiden määräytyminen toimenkuvien ja tehtävien mukaan saattoivat olla rajoittamassa vuorovaikutusta muun kuin oman ammattikunnan henkilöiden kanssa (Collin, Paloniemi, & Mecklin 2009; Honkala & Suomala 2009). Voidaan siis sanoa, että vuorovaikutuksen keinoja oppimisessa (vrt. Collin 2007; Seppänen-Järvelä 2009) ei hyödynnetä terveyskeskuksissa, vaikka kyseessä on yhteinen konkreettinen tehtävä. Vain yhdessä tutkimuskohteenani olleesta terveyskeskuksessa huolehdittiin moniammatillisissa foorumeissa kaikkien osallisuudesta oppimisprosessiin, vaikka oppimiseen ja siihen sitoutumiseen liittyy läheisesti osallistuminen (Handley, Sturdy, Fincham & Clark 2006). Tämän työyhteisön toimintatavat osoittavat, että osallistava oppiminen on mahdollisia terveyskeskuksissa.

Moniammatillinen yhteistyö terveyskeskuksissa on siis yhä vähäistä, kuten Kinnunen jo 1990 ja Lehtomäki taas 2009 havaitsivat. Tutkimuksessani lääkärit olivat ammattikunta, jotka erityisesti jättyivät pois oppimisprosessista. Muistioista löytyi yhdeksi syyksi juuri lääkärien vaihtuvuus ja vaje. Kuitenkaan niiden kahden työyhteisön muistioissa, missä lääkärit olivat passiivisimpia, ei tätä syytä esitetty. Tutkimieni terveyskeskusten väestövastuu työntekijään nähden oli vain yhdessä Mattilan (2005) esittämiin lukuihin verrattuna alhaisempi. Ja toisaalta kahdessa terveyskeskuksessa, missä oppimiseen osallistaminen ja sitoutuminen oli heikointa, oli väestövastuuseen

nähdessä eniten henkilökuntaa. Huomion arvoista on myös se, että vähiten ammattilaisia omaavan terveyskeskuksen henkilökunta oli aktiivisin palautekeskusteluun osallistumisessa. Koska vuorovaikutuksen merkitys on erityisen tärkeää jatkuvasti muuttuvassa työympäristössä (Collin 2007), tarkastelin näiden työyhteisöjen vuorovaikutusta tarkemmin. Siinä vahvistui Collinin, Vallealan, Herrasen ja Paloniemen (2012) esiin tuoma johdon epäily, ettei ammattilaiset pysty avoimeen vuorovaikutukseen. Tähän johtopäätökseen päädyin, sillä näissä työyhteisöissä laskemani osallistumista ja vastuunottoa kuvaavia mainintoja oli vähiten ja ne jakaantuivat epätasaisesti. Tämä voi myös heijastua turvallisen ilmapiirin puuttumisesta, jonka tarpeesta Collin, Paloniemi ja Mecklin (2009) puhuivat. Toinen, myös vuorovaikutukseen liittyvä, syy heikkoon sitoutumiseen saattoi olla se, ettei yhteisiä tavoitteita ei prosessoitu yhdessä (Ranta (2005; Sydänmaanlakka 2007; Seppänen-Järvelä & Vataja 2009) ja selkeää visiota ei syntynyt. Voi kuitenkin olla, että lääkärit kokivat ryhmään liittymisen arvon alhaiseksi tai itsensä ulkopuolisiksi (Pennington 2005) ja jättäytyivät sen toiminnasta näiden syiden vuoksi pois. Toiminta kuitenkin vahvisti tietoa, että monet moniammatillisen yhteistyön ja oppimisen rajoitukset ovat totta organisaation käytännöissä (Collin, Paloniemi & Mecklin 2009).

Tiedetään, että ryhmissä työskentelyn kyky ja halu on erityisen haasteellista, jos ryhmässä on organisaatioiden edustajia useilta ammattialoilta ja hierarkiatasolta (Seppänen-Järvelä 2009, 41, 73). Työyhteisöissä oli haasteita myös fyysisten olosuhteiden osalta (Ranta 2005), kuten yhteisten kokoontumisten puute ja toimipisteiden erillisyys. Tässäkin olisi johdon toimia (Murto 2009; Vataja 2009). Joten voidaan vahvistaa, että työyhteisöt olisivat tarvinneet johdon vahvaa tukea (Ruohotie 1998; Ranta 2005; Nummelin 2007), läsnäoloa (Stenvall, Majoinen, Syväjärvi, Vakkala & Selin 2007) ja esimerkkiä (Moilanen 2001) oppimiseen osallistamisen ja sitoutumisen onnistumiseksi. Pelkkä moniammatillisen tiimin perustaminen ei riitä, jos ei henkilöstölle anneta mallia toimia niissä. Tieto johdon roolista vahvistui tutkimuksessani, sillä koko työyhteisön mukana oleminen ja yhteinen asioiden prosessointi oli aktiivisinta johdon jäsenen osallistuessa vastuutiimiläisenä toimintaan. Kaikkiaan tutkimani projektit näyttäytyivät kuitenkin keinona herätellä yhteistyötä. Kun vastuutiimit keskustelivat työtavoistaan, tietoisuus toistensa toimintatavoista lisääntyi. Lisäksi vastuutiimien jäsenet kokivat moniammatillisen yhteistyön lisääntyneen ja näkivät tarpeelliseksi jatkaa sitä.

Miilunpalo, Toropainen ja Mäkinen (2002) korostivat panostusta tiedottamisen tapoihin, ja näkivät informaation saavutettavuuden ja käytön vaikuttavat siihen, miten tehtävästä suoriudutaan. Myös tutkimukseni tuki ajatusta, että ohjeiden selkeyttäminen, koordinointi ja tehokas viestintä edistävät oppimista ja rakentavat kaikkien ymmärrystä (Collin, Valleala, Herranen & Paloniemi 2012). Tutkimuskohteessa, missä jatkuvasta ja monipuolisesta tiedottamisesta sekä kouluttamisesta ja selkeiden ohjeiden laatimisesta huolehdittiin, koko työyhteisöä saatiin osallistettua oppimiseen. Mutta työyhteisöt käyttivät erityisesti kirjallista tiedottamista prosessin aikana, vaikka kokivat sen huonoksi tavaksi. Tässä kohtaa voidaan sanoa vastuutiimien toimineen kriitikittömästi ja sortuneen ryhmäajatteluun (Huotari, Hurme & Valkonen 2005). Varsinkin työyhteisöissä, joissa muu tiedottaminen oli vähäistä, projekti muotoutui omaksi eriytyneeksi saarekkeeksi (Seppänen-Järvelä 2009) ja lopulta muu työyhteisö ei tiennyt koko projektista. Tiedottaminen rajoittui olemassa oleviin kanaviin ja aiemmin luotuihin käytäntöihin, luovuutta ja kokeilunhalua ei yhteisöllisyyden vahvistamiseksi löytynyt. Tasavertaisuus, joka on keskeistä osallistavassa oppimisessä (Mattila 2007) jäi toteutumatta. Toiminnasta seurasi monia ongelmia, jotka olisivat olleet vältettävissä osallistavan oppimisen tapoja hyödyntämällä.

Reflektointi (Marsick & Watkins 1992), vuorovaikutus (Fawcett ja Garton 2005) ja kaikkien aktiivinen osallistuminen (Collin 2007) helpottavat uuden toiminnan käyttöönottoa (Mattila 2007), vaikka aina on huomioitava myös osallistumiseen ja vuorovaikutukseen liittyvät yksilöiden motiivit, päämäärät, arvot ja asenteet (Kaartinen 2003; Aguilar & Krasny 2011). Tämä tieto vahvistui erityisesti yhden työyhteisön toimissa. Siellä johto osallistui vain hankkeen esittelytilaisuuteen ja palautekeskusteluun, eli prosessin aikainen tuki jäi vähäiseksi. Itse vastuutiimi kuitenkin keskusteli avoimesti niin omista työnkuvistaan kuin prosessiin osallistamisen ongelmista. Sanotaan, että avoin ja rehellinen käsittely auttaa paneutumaan varsinaiseen (Ranta 2005). He jakoivat kokouksissaan myös muutostyöhön liittyviä tuntemuksia ja ajatuksia, ja samalla auttoivat toisiaan ja osallistuivat prosessiin aktiivisesti eli oppimisen perustaa luotiin vahvaksi (Sarala & Sarala 2001). Vastuutiimin lääkäri sitkeästi pyrki vastustuksesta huolimatta osallistamaan oppimiseen omaa ammattikuntansa. Saattaa olla, että henkilökohtainen kiinnostus lisäsi lääkärinkin valmiutta antaa energiaa ja aikaa oppimisprosessiin (Billet 2001) tai siihen voi liittyä halu pysyä kehityksen mukana (Collin 2007). Näytti siltä, että vastuutiimi suhtautui

oppimiseen avoimin mielin ja heillä oli halua sekä voimia toimia esteiden poistamiseksi (Ranta 2005) ja lopulta lääkärit ottivat kyseisessä työyhteisössä vastavuoroisesti vastuuta toiminnasta esimerkiksi kirjoittamalla liikkumisreseptejä. Jäin vielä pohtimaan, että kuinka paljon ryhmän jäsenet ohjasivat osallistujien käyttäytymistä (Burr 2010), oliko tässä työyhteisössä lääkärille tarjolla subjektipositio, jotka ei antanut hänelle muunlaista mahdollisuutta toimia (Paloniemi ym. 2011)? Toiminta kuitenkin vahvisti tietoa, että yhteistyö on avun ja tietojen jakamista eri ammattiryhmien välillä sekä keino yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi (Paavilainen 2002). Vastuutiimi kykeni moniammatilliseen yhteistyöhön, jossa eri ammattiryhmät toimivat yhteisen päämäärän saavuttamiseksi (Honkala & Suomala 2009).

Aittasalon, Miilunpalon, Ståhl ja Kukkonen-Harjulan (2007) mukaan eri hankkeista huolimatta, liikuntaneuvonta ei ole tavoitteiden mukaisesti lisääntynyt. Terveyskeskusammattilaiset, johto mukaan lukien, pitävät kuitenkin tärkeänä yhdenmukaistaa toimintakäytäntöjä (Lehtomäki 2009). Tutkimukseni tulokset osoittivat osaltaan, että osallistamalla saadaan aikaiseksi oppimiseen sitoutumista ja oppimista. Kuten Anu Kajamaa (2011) havaitsi väitöskirjassaan, kehittämishankkeet, joihin osallistuu eri ammattiryhmiä, tuovat terveydenhuoltoon sen kaipaamaa muutosta. Tärkeää terveydenhuollossa on ylittää ammatilliset rajat. Myös johdon aktiivista osallisuutta tarvitaan. On irrottauduttava aiemmista tai tavanomaisista työssä esiintyvistä rooleista, kuten Collin, Paloniemi ja Mecklin (2009) totesivat.

8.3 Tutkimuksen tulosten luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Tutkimukseni perustui muistioissa oleviin merkintöihin. Muistioita kirjoittivat eri henkilöt eri lähtökohdista. Heikkoutena tutkimuksessani oli muistioiden tiedon rajallisuus sekä se, että muistioiden kirjoittajia ei ohjeistettu ja muistiota olivatkin hyvin erilaisia. Kuitenkin tutkijatuutorin muistiinpanoissa säilyi tietty yhdenmukaisuus, joten se osaltaan lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Tulokset eivät ole yksiselitteisiä, sillä muistioista näkyy vain osa todellisuudesta. Tutkimusta kirjoittaessani olen pyrkinyt vastuulliseen raportointiin merkitsemällä teoriaosan viittaukset huolellisesti ja kuvaamalla avoimesti tutkimuksen teon vaiheet. Olen myös raportoinut tutkimuksessa

käyttämäni välineet sekä menetelmät. Näin olen pyrkinyt antamaan lukijalle riittävästi tietoa tutkimuksen teosta, jotta hänellä on mahdollisuus arvioida tutkimustuloksiani. Lisäksi sitaattit tutkimustuloksia esittäessäni vahvistavat havaintojeni luotettavuutta, ja osoittavat avoimesti haluani raportoida tulokset rehellisesti. Samalla olen kuitenkin pyrkinyt huolehtimaan tutkittavien yksityisyydestä ja jättänyt tarkemmat tiedot työyhteisöistä ja tutkimuksessa toimijoista mainitsematta. Muistioiden kirjoittajat tiesivät niiden päätyvän tutkimusaineistokseni. Näin luotettavuuden lisäksi pyrin huomioimaan myös toimintani eettisyyttä. Raportoimalla mahdollisimman tarkasti tutkimuksen toteuttamisen, pyrin lisäämään laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ja tekemään tutkimustulokset selkeämmiksi ja ymmärrettävimmiksi.

Koska laadullisen tutkimuksen tulkintaan vaikuttavat suuresti tutkijan omat käsitykset ja asenteet, terveydenhuollon ammattilaisena aloitin tutkimuksen analysoinnin omien asenteideni arvioinnilla. Tiedostamalla asenteeni pystyin erityisesti tuloksia tarkastellessani rajaamaan kriittisesti omia ajatuksiani pois eli pyrin pitäytymään vain muistioista nouseviin tietoihin ja minimoimaan omien asenteiden vaikutuksen. Avoimesti ilmaisemalla ammatillisen taustani, annoin myös lukijalle mahdollisuuden tarkastella kriittisesti tutkimustuloksia. Palasin useaan otteeseen muistioiden pariin ja pyrin näin varmistamaan, että olen huolellisesti huomionnut tutkimuskysymyksiini liittyvät asiat. Havaintoja voidaan mielestäni pitää vastuullisesti tuotettuina ja luotettavina sekä rehellisesti raportoituina. Koska tiedostin tutkimusintressini liittyvän oman työni kehittämisen mahdollisuuksiin, olen pystynyt kriittisesti arvioimaan kuinka oma intressini ohjaa koko tutkimusprosessia. Olen kuitenkin vasta aloitteleva tutkija, joten ensikertalaisena olen saattanut jättää jotain huomioimatta.

Valmis tutkimusaineisto ohjasi vahvasti tutkimusmetodin valintaa. Tekemällä lisäksi kyselyn tai haastattelun olisin voinut tehdä tarkennuksia ja saada tutkimuskohteesta syvällisempää tietoa, mutta koin tämän aineiston kuitenkin riittävänä pro gradu työhön. Huomioin myös aineiston keräämisessä tutkittavat ja pitäytymällä muistioiden varassa, ja näin vältin heidän liiallista kuormittamistaan. Tässä tutkimuksessa aineiston oli valmiiksi kerättyä ja se oli kattava, sillä aineisto kerättiin kaikista projektiin osallistuneilta työyhteisöiltä. Mikäli vastaajia olisi ollut enemmän,

olisin voinut käyttää tilastollisia menetelmiä laadullisen analysoinnin lisäksi. Aineistotriangulaatio kuitenkin lisää tulosten luotettavuutta.

Tutkimuksen eettiseen tarkasteluun tulee Hirsjärven ym. (2003) mukaan liittää pohdintaa tutkimuksen merkityksellisyydestä. Kuten jo johdannossa totesin, tällaista tutkimusta myös tarvitaan. Projekti toteutettiin todellisessa ympäristössä ja sillä oli selkeästi määritellyt tavoitteet. Tutkimuksen myötä saatiin tietoa projektin aikaisesta oppimiseen osallistamisesta ja sitoutumista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä neljässä erilaisessa terveyskeskustyöyhteisössä eli tutkimuksen myötä sain vastauksia asetettamiini tutkimusongelmiin. Tulokset voidaan nähdä kuvaavan oppimistodellisuutta terveyskeskuksissa. Tämä tieto auttaa tulevaisuudessa työssä oppimisen kehittämisessä. Julkaisen tutkimukseni verkkoaineistona, joten se tulee olemaan tutkijayhteisön saatavilla

8.4 Jatkotutkimusaiheita

Työssäni nousi vahvasti esiin lääkärin ja johdon sitoutumattomuus moniammatilliseen oppimisprosessiin. Näenkin yhtenä jatkotutkimusaiheena heidän toimintansa syiden selvittelyn. Kyseessä on vahvasti muutosta hidastava, jopa estävä, asia. Hyvin läheisesti aiheeseen liittyy moniammatillisten palaverien puuttuminen – miksi niitä ei ole? Onko kyseessä yksilöiden haluttomuus yhteisöllisyyteen vai vaikuttaako terveyskeskuksessa vanhat käytännöt niin vahvasti, että uusia toimintatapoja ei edes oteta huomioon? Onko terveyskeskuksissa havaittu tiedottamisen ongelmat ja ymmärretty vuorovaikutuksen merkitys? Mielenkiintoinen tutkimusaihe on Lireke-hankkeen vaikutukset työhön – saatiinko tällä hankkeella lisättyä liikuntaneuvontaa?

LÄHTEET

- Aguilar, O. ja Krasny, M. (2011). Using the communities of practice framework to examine an after-school environmental education program for Hispanic youth. *Environmental Education Research*: 17 (2), 217–233.
- Ahola, K., Kivistö, S., & Vartia, M. (toim.)(2006). *Työterveyspsykologia*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Aittasalo, M. & Miilunpalo, S. (2002). PILOTTITUTKIMUSTEN PÄÄTÖSRAPORTTI. UKK-instituutti. Tampere. Saatavilla [www-muodossa: http://www.liikkumisresepti.net/mikaon.html](http://www.liikkumisresepti.net/mikaon.html) (Viitattu 15.7.2012).
- Aittasalo M, Miilunpalo S, Ståhl T, Kukkonen-Harjula K.(2007). From innovation to practice: initiation, implementation and evaluation of a physician-based physical activity promotion programme in Finland. *Health Promotion International* 2007;22:19–27.
- Aittola, T. (1998). Aikuisten oppiminen arkielämän ympäristöissä. Jyväskylän yliopisto: Kasvatustieteen laitoksen julkaisuja 6.
- Alasuutari, P. (2001). *Laadullinen tutkimus*. 3. korjattu painos. Tampere: Vastapaino.
- Arvaja, M. & Mäkitalo-Siegel, K. (2006). Yhteisöllisen oppimisen kognitiiviset, sosiaaliset ja kontekstuaaliset tekijät: verkkovuorovaikutuksen näkökulma. Teoksessa S. Järvelä, P. Häkkinen & E. Lehtinen (Toim.) *Oppimisen teoria ja teknologian opetuskäyttö*. Porvoo: WSOY. 125–146.
- Billett, S. (2001). *Learning in the workplace- strategies for effective practice*. Australia: Allen & Unwin.
- Billett, S. (2004). *Learning through work: workplace participatory practices*. Teoksesta Rainbird, Fuller & Munro 2004. *Workplace learning in context*. New York: Routledge.
- Collin, K. (2007). *Työssä oppiminen*. Teoksessa K. Collin ja S. Paloniemi (toim.) *Aikuiskasvatustieteenä ja toimintakenttänä*. Juva: PS-kustannus.
- Collin, K., Paloniemi, S. & Mecklin, J-P. (2009). Promoting inter-professional teamwork and learning – the case of a surgical operating theatre. *Journal of Education and Work* 23(1), 43–63.
- Collin, K., Valleala, U-M., Herranen, S. & Paloniemi, S. (2012). *Ways of interprofessional Collaboration and Learning in Emergency Work*. *Studies in Continuing Education*.
- Edwards, A. (2005). Relational agency: Learning to be a resourceful practitioner. *International Journal of Educational Research*, 43, 168–182.

- Evans, K. Hodkinson, P., Rainbird, H. & Unwin L. (2006). Improving workplace learning. New York: Routledge.
- Eskola, J. & Suoranta, J.. (2005). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eteläpelto, A., Heiskanen, T. & Collin, K. (2011). Vallan ja toimijuuden monisäikeisyys. Teoksessa A. Eteläpelto, T. Heiskanen & K. Collin (toim.) Valta ja toimijuus aikuiskasvatuksessa. Helsinki: KVS. 11–33.
- Fawcett, L. M., & Garton, A. F. (2005). The effect of peer collaboration on children's problem-solving ability. *British Journal of Educational Psychology*, 75(2), 157–169.
- Flink, S. & Saarinen, S. 2002. Moniammatillisen yhteistyön jännitteet. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Greeno, J. (2006). Commentary: Authoritative, Accountable Positioning and Connected, General Knowing: Progressive Themes in Understanding Transfer. *Journal of the Learning Sciences*, 15, 537–547.
- Gresalfi, M., Martin, T., Hand, V. & Greeno, J. (2009). Constructing competence: an analysis of student participation in the activity systems of mathematics classrooms. *Educational Studies in Mathematics*, 70, 49–70.
- Hakkarainen, K. (2000). Oppiminen osallistumisen prosessina. *Aikuiskasvatus*: 20 (2), 84–98.
- Hakkarainen, K. & Paavola, S. (2008). Asiantuntijuuden kehittyminen, hiljainen tieto, ja uutta luovat tietokäytännöt. Teoksessa Auli Toom ja Jussi Onnismaa (toim.) Hiljainen tieto ja osaamisen tunnistaminen. Aikuiskasvatuksen 47. vuosikirja. Kansanvalistusseura. Saatavilla [www-muodossa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-11817.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-11817.pdf) . (Viitattu 26.11.2011.)
- Handley, K., Sturdy, A., Fincham, R. & Clark, T. (2006). Within and Beyond Communities of Practice: Making Sense of Learning Through Participation, Identity and Practice. *Journal of Management Studies*: 43 (3), 641–653.
- Honkala, E. & Suomala, A. (2009). *Oppilashuollon käsikirja*. Helsinki: Tammi.
- Huotari, M.-L., Hurme, P. & Valkonen, T. (2005). Viestinnästä tietoon. Tietoa luova työyhteisö. Helsinki: WSOY.
- Häkkinen, P. & Arvaja, M. (1999). Kollaboratiivinen oppiminen Teknologiaympäristöissä. Teoksessa A. Eteläpelto & P. Tynjälä (Toim.) Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulmia. Juva: WSOY. 206–221.
- Isoherranen, K. (2005). Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: WSOY.

- Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. (2008). Enemmän yhdessä –moniammatillinen yhteistyö. Helsinki. WSOY.
- Jarvis, P. (1987). *Adult Learning in the Social Context*. London: Groom Helm.
- Järvinen, A., Koivisto, T. & Poikela, E. (2002). *Oppiminen työssä ja työyhteisössä*. Juva: WSOY.
- Kaartinen, S. (2003). *Learning to participate –Participating to learn in science and mathematics classrooms*. Oulun yliopisto. Väitöskirja.
http://www.herkules.oulu.fi/isbn_0355323x/ouluun_yliopisto. (Viitattu 12.7.2011)
- Kajamaa, A. (2011). *Unraveling the helix of change: an activity-theoretical study of health care change efforts and their consequences*. 10.12.2011.
<http://helda.helsinki.fi/handle/10138/28257> (Viitattu 5.1.2012)
- Karila, K. & Nummenmaa, A. (2005). Esi- ja alkuopetuksen jatkumo haastaa opettajat moniammatilliseen työskentelyyn. Teoksessa Hämäläinen, K., Lindström, A. & Puhakka, J. (toim.), *Yhtenäisen peruskoulun menestystarina*. Helsinki: Yliopistopaino. 212–216.
- Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (2002). *Tutkijan eettiset valinnat*. Helsinki: Gaudeamus.
- Kinnunen, J. (1990). *Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. Alkuperäistutkimukset 4/1990. Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos*. Kuopion yliopiston julkaisuja.
- Koskensalmi, S. & Lauttio, L-M. (2002). *Kehittämishankkeet – muutos parempaan*. Teoksessa K. Lindström & A. Leppänen (toim.) *Työyhteisön terveys ja hyvinvointi*. Helsinki: Työterveyslaitos, 86- 93.
- Kurki, L. (2000). *Sosiokulttuurinen innostaminen*. Tampere: Vastapaino.
- Kuronen, R, Jallinoja, P., Ilvesmäki, V. ja Patja, K. (2006). Miten valtimotautiriskejä koskevat hoitosuositukset on otettu käyttöön? *Lääkärilehti* 61:4571–4576.
- Lahikainen, A.R. & Pirttilä-Backman, A-M. (2007). *Sosiaalipsykologian perusteet*. 1.–7. painos. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning: legitimate peripheral Participation*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Lehtomäki, L. (2009). Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavaksi. Saatavilla [www-muodossa: http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7758-4.pdf](http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7758-4.pdf). (Viitattu 17.7.2011.)
- Lempiäinen, K. 2009. Euroopan unionin koulutuspolitiikka ja kysymys sukupuolisesta toimijasta. Teoksessa H. Ojala & T. Palmu & J. Saarinen (toim.). *Sukupuoli ja toimijuus koulutuksessa*. Tampere: Vastapaino. 41–70.

Lindström, K. (2002). Työyhteisön osallistava kehittämismalli. Lindström, K. & Leppänen, A. (toim.) Työyhteisön terveys ja hyvinvointi. Työterveyslaitos. Helsinki.

Lämsä, A-M. & Hautala, T. (2005). Organisaatiokäyttäytymisen perusteet, Helsinki: Edita 9, 184–184.

Lämsä, T. (2008). Knowledge creation and organizational learning in communities of practice: an empirical analysis of a healthcare organization. Oulun yliopisto. Väitöskirja. <http://www.herkules.oulu.fi/isbn9789514287794/>. (Viitattu 12.7.2011).

Marsick, V. & Watkins, K. (1992). Towards a theory of informal and incidental learning in organizations. *International Journal of Lifelong Education* 11, 4, 298.

Mattila, K.(2005). Perusterveydenhuolto. Suomalaisten terveys. Terveyskirjasto. Duodecim.

Mattila, P. (2007).Johdettu muutos: avaimet organisaation hallittuun uudistumiseen. Helsinki: Talentum.

Metsämuuronen, J. (2008). Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. uudistettu painos. Metodologia-sarja 4. Jyväskylä: Gummerus.

Miilunpalo, S., Toropainen, E. & Mäkinen, M. (2002). Miten valtakunnalliset Suositukset tunnetaan terveyskeskuksissa? *Duodecim* 118:613–619.

Moilanen, R. (2001). Oppivan organisaation mahdollisuudet. Tampere: Tammer-Paino.

Murto, K. (2009). Työyhteisölliset ilmiöt osana kehittämistyötä. (toim.) Seppänen-Järvelä & Vataja. Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. Juva: PS-kustannus.

Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Mäkelä, M., Roine, R-P. & Lappalainen, J. (2003). Hoitosuosituksen toimeenpano. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Vammala.

Nummelin, T. (2007). Keskusteleva esimiestyö. Opitaan kokemuksesta. Juva: Bookwell.

Ojala, H. (2010). Opiskelemassa tavallaan. Vanhat naiset ikäihmisten yliopistossa. Tampere: Yliopistopaino.

Ojala, H., Palmu, T. & Saarinen, J. (2009). Sukupuoli ja toimijuus koulutuksessa. Tampere: Vastapaino. 41–70.

Paavilainen, E. (2002). Lastenneuvolat lasten ja perheiden terveyden edistämisessä. Teoksessa T. Koivisto, S. Muurinen, A. Peiponen & E. Rajalahti (toim.) Hoitotyön vuosikirja, 2003.Helsinki. Tammi.

- Packer, M. & Goicoechea, J. (2000). Sociocultural and constructivist theories of learning: ontology, not just epistemology. *Educational Psychologist*, 35, 227–241.
- Paloniemi, S. Rasku-Puttonen, H & Tynjälä, P. (2010). Asiantuntijuudesta identiteettiin – Anneli Eteläpellon tutkimuspolkuja. Teoksessa K. Collin, S. Paloniemi, H. Rasku-Puttonen & P. Tynjälä (toim.) *Luovuus, oppiminen ja asiantuntijuus*. Helsinki: WSOY, 13–38.
- Pennington, D. (2005). *Pienryhmän sosiaalipsykologia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Rainio, A. P. (2008). From resistance to involvement: Examining agency and control in a playworld activity. *Mind, Culture, and Activity*, 15, 115–140.
- Ranta, R. (2005). *Kehittyvä työyhteisö. Kehittäminen ja uudistuminen ihmisenä ja organisaationa*. Jyväskylä: Gummerus.
- Ruohotie P. (1998). *Motivaatio, tahto ja oppiminen*. Helsinki: Edita.
- Ruohotie, P. (2000). *Oppimalla osaamiseen ja menestykseen*. Helsinki: Edita.
- Saastamoinen, M. (2007). Teoksessa Kuusela (toim.) *Sosiaalipsykologia: yksilöstä yhteiskuntaan*. Unipress.
- Sahlberg, P. & Leppilampi, A. (1994) *Yksinään vai yhteisvoimin? Yhdessä oppimisen mahdollisuuksia etsimässä..* Helsinki: Yliopistopaino.
- Sarala, A. & Sarala, U. (2001). *Oppiva organisaatio -oppimisen, laadun ja tuottavuuden yhdistäminen*. Tampere: Palmenia.
- Savolainen, T. (2000). How organizations promote and avoid learning: development of positive and negative learning cycles. *Journal of Workplace Learning*, 12, 195-204.
- Savonmäki, P. (2007). *Opettajien kollegiaalinen yhteistyö ammattikorkeakouluissa: mikropoliittinen näkökulma opettajuuteen*. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos. Tutkimuksia 23. . Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): <http://ktl.jyu.fi/img/portal/7849/T023.pdf>. (Viitattu 25.5.2012).
- Seppänen-Järvelä, R. (2004). *Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin*. Stakes, FinSoc Arviointiraportteja 4/2004. Helsinki. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/2C41CB87-6134-4C94-8D1B-46CD906C3B33/0/Arviointiraportteja4_04.pdf (Viitattu 20.11.2011).
- Seppänen-Järvelä, R. (2009). *Kehittämisen johtaminen ja organisoiminen*. (toim.) Seppänen-Järvelä & Vataja. *Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä*. Juva: PS-kustannus.
- Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. (2009). *Mitä työyhteisölähtöinen prosessikehittäminen on?* (toim.) Seppänen-Järvelä & Vataja. *Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä*. Juva: PS-kustannus.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2010). Suositukset liikunnan edistämiseksi kunnissa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:3. Helsinki. Saatavilla [www-muodossa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-11817.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-11817.pdf) . (Viitattu 26.8.2011).

Stenvall, J., Majoinen, K., Syväjärvi, A., Vakkala, H. & Selin, A. (2007=). ”Mees romppeines siihen”. Henkilöstövoimavarojen hallinta ja muutoksen johtaminen kuntafuusiossa. ACTA n:o 191. Helsinki: Lapin yliopisto, Suomen Kuntaliitto, Työsuojelurahasto.

Strömmer, R. (1999). Henkilöstöjohtaminen. Helsinki: Edita.

Ståhl, T. (2005). RESEPTILLÄ liikkeelle. Liikkumisresepti-hankkeenarviointi. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES. Jyväskylä. Saatavilla [www-muodossa: http://www.liikkumisresepti.net/LRloppuraportti.pdf](http://www.liikkumisresepti.net/LRloppuraportti.pdf). (Viitattu 28.8.2011).

Sydänmaanlakka, P. (2007). Älykäs organisaatio. Gummerus.

Toom, A., Onnismaa, J. & Kajanto (2008). Teoksessa Auli Toom ja Jussi Onnismaa (toim.) Hiljainen tieto ja osaamisen tunnistaminen. Aikuiskasvatuksen 47. vuosikirja. Kansanvalistusseura. Saatavilla [www-muodossa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-11817.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-11817.pdf) (Viitattu 26.11.2011).

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Tuomisto, J. (1998). Arkipäiväoppiminen aikuiskasvatuksen ja elinikäisen oppimisen kontekstissa. Teoksessa P. Sallila & T. Vaherva (toim.) Arkipäiväinen oppiminen. Aikuiskasvatuksen 39. vuosikirja. Helsinki.

Tynjälä, P. (1999). Konstruktivistinen oppimiskäsitys ja asiantuntijuuden edellytysten rakentaminen koulutuksessa. Teoksessa A. Eteläpelto & P. Tynjälä (toim.) Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulmia. Porvoo: WSOY.

Työterveyslaitos. (2011). Osallistava kehittäminen. Saatavilla [www-muodossa: http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ ja_esimiestyo/ muutoksen_hallinta_ ja_ kehittaminen/osallistava_ kehittaminen/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ ja_esimiestyo/ muutoksen_hallinta_ ja_ kehittaminen/osallistava_ kehittaminen/sivut/default.aspx) Päivitetty 20.05.2011 (Viitattu 17.8.2011).

Vanhala, S., Laukkanen, M. & Koskinen, A. (2002). Liiketoiminta ja johtaminen. KY-Palvelu.

Vataja, K. (2009). Arvioiva työote – kehittämisen peruslähtökohta. (toim.) Seppänen-Järvelä & Vataja. Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. Juva: PS-kustannus.

Wenger, E. 1998. Communities of Practice. Learning, Meaning, and Identity. New York: Cambridge University Press.

Viitanen, E.(1997). Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Virkki, T.(2004). Vihan voima: toimijuus ja muutos vihakertomuksissa. Jyväskylä: Atena.