

NEUVOLATOIMINNAN KEHITTÄMINEN

PaKasteen perusterveydenhuollon työskentelyjakso 2013

Jaana Vallivaara-Puttonen
terveydenhoitaja
12.8.2013



INARIN KUNTA
99800 Ivalo

Sisällysluettelo

1. Johdanto
2. Inarin kunnan neuvolatyön kehittäminen
3. Tavoitteet
4. Toteutus
5. Tulokset, tuotokset ja juurtuminen kunnan käytännöksi
6. Arviointi
7. Pohdinta

1. Johdanto

Pohjois-Suomen monialaiset sosiaali- ja terveyspalvelut -hanke (<http://www.sosiaalikallega.fi/kaste>) on aloittanut 1.11.2012 ja kestää 31.10.2013 saakka. Hankkeelle on myönnetty valtionavustusta kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmasta (KASTE). Hanketta hallinnoi Kolpeneen palvelukeskuksen kuntayhtymä ja koordinoinnista vastaa Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen Lapin toimintayksikkö.

PaKasteen Lapin osiossa kehitetään perusterveydenhuoltoa, terveyden edistämistä, sosiaalityötä ja vanhustyötä kuntalähtöisesti. Hankkeeseen osallistuvilla Lapin kunnilla on annettu mahdollisuus juurruttaa PaKaste I:n aikana kehitettyjä työskentelymalleja. Kunnat ovat saaneet valita PaKasteen ja kunnan tavoitteita tukevat kehittämistyön kohteet ja kehittäjätyöntekijät. PaKaste 2 – hankkeen koordinaattorit ovat tukeneet kuntia kehittämistyössä

2. Inarin-kunnan työskentelyjakson aihe/ sisältö

Perusterveydenhuollon kehittämiskohteeksi valittiin neuvolatoiminnan kehittäminen. Aihe nousi ajankohtaiseksi Inarin kunnan neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon toimintaohjelman tekemisen myötä. Sen tekemisen aikana todettiin, että terveydenhoitajien toimenkuva on vuosien varrella muuttunut niin paljon, että neuvolatyön sisältöä, työnjakoa ja menetelmiä on syytä tarkastella kokonaan uudelleen mm. huomioiden palvelun tarjonnan ja saatavuuden muuttuneet tarpeet. Kehittämiskeskusteluissa oli myös tullut esille työn hallittavuuden ongelmia. Lainsäädäntö on tuonut uusia velvoitteita myös terveydenhoitajan työhön.

Kunnassa on 10 terveydenhoitajan tointa. Kaksi heistä työskentelee Inarissa, yksi Sevettijärvellä (työajasta hän työskentelee 60% Suomen ja 40% Norjan puolella) ja loput työskentelevät Ivalossa.

Entisessä toimintamallissa työskenneltiin ns. aluevastuumallin mukaisesti koko kunnassa. Mallin aluejako on kertaalleen muutettu aluevastuutoiminnan alun jälkeen. Nyt kunta oli jaettu neljään alueeseen: länsi 1 ja 2 sekä itä 3 ja 4 alueisiin. Terveysneuvojat oli jaettu alueille ja he työskentelivät pääsääntöisesti terveydenhoidosta sairaanhoitoon. Yhdellä aluevastuuhoidajalla oli opiskelijaterveydenhuolto vastuualueenaan (saak) ja yhdellä terveydenhoitajalla suurin osa työajasta meni diabetespotilaiden hoitoon. Seulonnat, muistiongelmaiset tutkimuksineen, reumapotilaat, hyvinvointia edistävät kotikäynnit ja työttömien terveystarkastukset jokainen teki omalla alueellaan. Pohjois-Inarissa terveydenhoitajien työ sisältää paljon muutakin kuin hoitotyötä. Tähän vaikuttaa esim. välimatka terveyskeskukseen.

Ivalon terveydenhoitajista kaksi työskenteli 1-3 sektorilla: kouluterveydenhoito on omana sektorina. Äitiysneuvolatyö on keskitetty yhdelle terveydenhoitajalle, sen lisäksi hän teki opiskelijaterveydenhuoltoa (lukio) ja ehkäisyterveydenhoitoa. Erilaisia vastuualueita esim. rokotus-, kuuloyhdysheikkouden tehtäviä on jaettu eri terveydenhoitajien kesken. Avosairaanhoitovastaanottoa (korvahuuhtelut, injektiot, haavojen hoidot) teki kukin omalla alueella sekä perusväestölleen että kotisairaanhoidon asiakkaille.

Suurten ikäluokkien siirtyminen eläkkeelle muuttaa koko Suomessa alueiden väestö- ja työvoimarakennetta ja heikentää alueiden hyvinvointiin liittyviä seikkoja. Sosiaali- ja ter-

veysesektorilta myös poistuu suuri määrä työvoimaa eläkkeelle. Työtapojen kehittäminen on oleellista, jotta eläkeikää lähestyvät alan ammattilaiset pysyvät työkyntoisinä ja motivoituneina mahdollisimman pitkään. Inarin kunnassa terveydenhoitajien keski-ikä on. n. 55 vuotta, joten useilla on vielä työvuosia jäljellä, mutta lähivuosina useampi työntekijä jää eläkkeelle.

Väestön ikääntymisen myötä terveystalouden tarve kasvaa ja yhteiskunnan on sopeuduttava entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Iäkkäiden neuvontapalvelut ovat laakisääteisiä (terveydenhuoltolaki 1326/2010) ja niiden tarkoituksena on edistää ja tukea ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä. Uudet lait ja asetukset määrittävät siis uudenlaisia palveluita, joita on tarjottava asukkaille. Vanhuspalvelulaki tuli voimaan kesällä 2013. Lain tavoitteena on varmistaa, että iäkkäät ihmiset saavat yksilöllistä tarpeittensa mukaista hoitoa ja huolenpitoa yhdenvertaisesti koko maassa laadukkaiden sosiaali- ja terveystalouden avulla.

Neuvola (äitiys- ja lastenneuvola) toimintaan sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon on myös tullut uusia velvoitteita terveydenhuoltolain voimaan tulon jälkeen (vn:n asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten- ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009). Näihin tarpeisiin olemme voineet vastata nykyisellä henkilöstö määrällä. Äitiyshuoltoon on tulossa uusia ohjeistuksia säädös tasolla.

Terveydenhuoltolain mukaan kunnan on järjestettävä terveystarkastukset myös nuorille ja työikäisille työttömille. Kaikki nämä em. muuttavat palvelujen tarvetta, tarjontaa ja vaikuttavat terveydenhoitajien toimenkuvaan ja työnjakoon. Terveystalousta on sisällytettävä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin.

Muistisairaudet lisääntyvät ja ne ovat merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste. Kansallinen muistiohjelman 2012-2020 tavoitteena on aivoterveysten edistäminen, muistisairauksien ehkäiseminen ja varhainen tunnistaminen sekä hoito- ja palvelujärjestelmän kehittäminen. Inari on mukana projektissa, jossa kehitetään kotona asumisen tuen mallia muistisairaille. Vanhussosiaalityötä kehitetään myös osana tätä projektia. Projekti loppuu syksyllä 2013. Tämän seurauksena toimintaamme tulee suunniteltu ja organisoitu muistityö.

Eläkeläisjärjestöjen taholta on tullut kyselyjä ikäihmisten palvelujen järjestämisestä. Ivalossa toimii vanhusneuvola kerran kuukaudessa 2 tunnin ajan. Tämä aika ei ole saavuttanut kaikkia palveluja tarvitsevia.

Myös kotihoidon (kotisairaanhoidon ja kotipalvelu) puolella on koettu olevan yhteistyö/työnjaollisia ongelmia. Kotisairaanhoidon tekee nyt kahdeksan terveydenhoitajaa ja kotipalvelussa toimii lähi-/kodinhoitajia oman aluejakonsa mukaan. He työskentelevät usean terveydenhoitajan alueella samanaikaisesti. Työn jakaminen on ongelmallista, kun sitä ei ole suunniteltu/jaettu kunnolla.

Työnjako vastaanoton kanssa ei ole kaikilta osin määritelty. Asiakkaita ohjataan jonkin verran "luukulta toiselle". Terveydenhoitajan työstä iso osa on vielä sairaanhoidon, vaikka tavoitteena on ennaltaehkäisevään terveydenhoitoon panostaminen. Asiakkaiden tarve ja palvelujen tarjonta eivät kohtaa.

Terveydenhuoltolaissa yksi painopiste alue on terveyden- ja hyvinvoinnin edistäminen. Terveyden edistämisen näkökulma on huomioitava koko kunnan toiminnassa ja toimintojen suunnittelussa niin terveystalujen kehittämisen kuin myös elinolosuhteisiin vaikuttamisen kautta. Kunnassa on ollut nimettynä terveyden edistämisen työryhmä vuodesta 2010. Yksi terveydenhoitaja on toiminut terveyden edistämisen yhdyshenkilönä oman työn ohella, mutta työlle ei ole ollut varattuna varsinaisesti omaa työaika. Terveyden edistäminen tulisi nykyistä vahvemmin sisältyä perusterveydenhuollon toimintaan.

Sosiaali- ja terveystalujen haasteet ovat muuttuneet myös Inarin kunnassa. Kunnan hyvinvointikertomuksesta saa käsityksen siitä mitkä seikat vaikuttavat meillä esim. palveluiden sisältöön. Väestö ikääntyy ja eletään pidempään kuin ennen. Kunnan väkiluku laskee. Lapsiperheiden ongelmat lisääntyvät ja muuttuvat. Syrjäytyneitä on edelleen eri ikäryhmissä. Kotona asumista suositaan.

Kaikki edellä kerrotut asiat vaikuttivat, muutosta kaipaavan terveydenhoitajien toimenkuvan lisäksi, neuvolatyötoiminnan kehittämistarpeeseen. Selvää on myös se, ettei kuntaan olla saamassa lisäresursseja terveydenhoitajien osalta.

3. Tavoite

Kehittämistyönjakson tavoitteena on tuottaa toimintamalli, joka vastaa tämän hetken toiminta tarpeita meidän omassa toimintaympäristössä. Tavoitteena on myös palvelun laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantaminen sillä, että siirrytään väestövastuusta työmallista tiimityömalliin. Tiimissä jokaisella työntekijällä olisi samaa työtä tekevä (ainakin osittain) työpari, jotta kunnan tavoite ”kuntalaiset ja asiakkaat saavat lakisääteiset tai tarpeelliseksi arvioidut palvelut oikea-aikaisesti ja lakisääteisessä määräjässä” toteutuisi.

Työssä jaksaminen, työn tasainen jakautuminen tekijöiden kesken ja työn parempi hallittavuus ovat myös osa uuden toimintamallin tavoitetta. Kouluttautuminen, työn kehittäminen ja sektoreiden hallittavuus lisääntyy, kun vastuualueita on rajattu. Selkeämpi työnjako eri toimijoiden kesken on tavoitteena, palvelujen laadun ja saatavuuden lisäämiseksi.

4. Toteutus

Kehittämistyötä tekemään siirtyi vakituinen terveydenhoitaja ja hänen tilalle palkattiin sijainen. Hankerahoitus saatiin 3 kuukaudeksi. Työskentelyjakso oli 2.1- 28.3.2013.

Työn tekemisessä oli tukena tiiviisti avohoidon johtaja. Yhteistyökumppaneina ja ohjausryhmänä hänen lisäksi on ollut koko terveydenhoitajaryhmä.

Työn alussa tutustuin Kittilän kunnan neuvolatoiminnan vastaavaan kehittämistyöhön ja keskustelemalla useampaan otteeseen kehittämistyön tehneen terveydenhoitajan kanssa. Helmikuussa 2013 kävimme benchmarking matkalla (tämä tarkoittaa oman toiminnan vertaamista toisen toimintaan, toisilta oppimista) Kittilässä, jossa tapasimme kaikki terveydenhoitajat ja he kertoivat muuttuneesta toiminnasta. Olin myös yhteydessä Sodankylän kunnan terveydenhoitajiin puhelimitse ja muiden Lapin kuntien työn-/sektorijakoon lähinnä tutustuin kuntien nettisivujen kautta.

Lisäksi kaikki terveydenhoitajat keskustelivat kerran kahden kesken ulkopuolisen konsultin kanssa. Hän oli perehtynyt muutosprosesseihin ja ko. tapaaminen auttoi selkeyttämään itse kunkin ajatuksia muutoksesta ja sen sisällöstä.

”Teoria-osuuteen” liittyi terveydenhoitajan työn tilastojen analysointi ja ajankohtaisiin aiheisiin tutustuminen nettisivujen ja kirjallisuuden kautta. Käytetyimmät www-sivut olivat: www.tem.fi (työ- ja elinkeinoministeriö), www.thl.fi, www.kunnat.fi, www.valtioneuvosto.fi, www.stm.fi sekä kunnat omat sivut (Toiminta- ja talousarvio 2011, Hyvinvointikertomus, Neuvolatoiminnan, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä lasten ja nuorten ehkäisevän suun terveydenhuollon toimintaohjelma vuosille 2012-2015). Pakaste hankkeiden aiemmista tuotoksista sai myös hyviä vinkkejä.

Projektin aikana terveydenhoitajat kokoontuivat lähes kerran viikossa tunnin mittaisiin palavereihin, joissa käsiteltiin yksinomaan kehittämistyötä. ”Välillä” oli pohtimistehtäviä työnjakoon liittyen ja palautteiden avulla oli tarkoitus viedä ajatuksia eteenpäin. Esi miehen kanssa tapasimme hieman useammin. Muiden terveydenhoitajien kanssa olemme käyneet myös vapaamuotoisia keskusteluja aiheesta.

Tein kaikille omat ”sektorikortit”, joissa oli eriteltynä kaikki sektorit joita teemme (kaikkiin korteissa oli 17 eri työsarkaa (sektoria) jotka piti jakaa tekijöiden kesken). Korteissa oli myös se, paljonko työaika itse kukin sektori vuositasona vie. Nämä luvut oli laskettu omista käynti- yms. tilastoista, terveydenhoitajien oman työn yhteenvedoista ja niitä on verrattu terveydenhoitajien määrällisiin suosituksiin. Uudet suositukset ovat tulossa ja ne vastaavat todennäköisesti paremmin nykypäivän työn sisältöä. Nykyisissä suosituksissa ei esim. ole huomioitu muuttuneen kirjaamisen aiheuttamaa työajan käyttöä. Esi miehen pyynnöstä tälle kuitenkin laskettiin oma aikansa kunkin yhteistyöaikaan. Ajatuk sena korteilla oli, että se antaisi kuvan terveydenhoitajan työn sisällön laajuudesta ja helpottaisi sektorijaon suunnittelua.

Kehittämistyön lopputuloksesta =muuttuneesta työnjaosta tiedotetaan eri yhteistyökumppaneille. Esi mies on käynyt keskusteluja työnjaosta vastaanoton vastaavansairaanhoitajan kanssa. Paikallislehteen on laitettu yhteenvedo uusista sektoreista, niiden tekijöistä ja uudistetusta työnjaosta. Asiasta on kerrottu myös suullisesti eri tahoille.

5. Tulokset ja tuotokset

Alkuun suunnitelma siis oli, että muodostaisimme eri tiimejä Kittilän mallin mukaisesti. Em. mallin mukaan tiimissä työskentelisi vähintään työpari, joiden vastuulla olisivat heidän sektoreihin liittyvät työt, työn kehittäminen ym. He toimisivat toisensa sijaisina, jolloin palvelujen saatavuus olisi turvattu myös loma-aikana.

Jo alkuvaiheessa kävi ilmeiseksi, ettei tiimejä voida muodostaa sillä mallilla kuin alun perin oli aikomus. Sopivia toiminta kokonaisuuksia oli vaikea yhdistää niin, että työ ja kautuisi eri toimijoiden kesken tasapuolisesti, niin että työn olisi hallittavaa. Huomattiin, ettei alkuperäinen suunnitelma tulisi toimimaan tehokkaasti.

Rakensimme oman inarilaisen mallin, jossa kouluterveydenhuolto ja Pohjois-Inarin terveydenhoitajien työ säilytetään ainakin toistaiseksi ennallaan. Inarin/ Sevettijärven työnjakoa suunnitellaan myöhemmin. Näin ollen muutosprosessi kohdistui Etelä-Inarin ter-

veydenhoitajien työhön (7 terveydenhoitajaa). Myös erityisosaaminen esim. diabetshoidon osalta säilyy edelleen pääosin yhdellä hoitajalla. Kätilön tutkintoa ei ole kuin yhdellä terveydenhoitajalla, joten äitiyshuolto pääsääntöisesti jää hänelle. Työn kehittämiseen vaikutti myös se, että yksi terveydenhoitaja tulee tekemään töitä vain 50%:sti.

Kotihoito nousi työn edetessä sektoreista sellaiseksi, jonka kehittäminen nousi yhdeksi avainkohdaksi toiminnan kehittämisessä. Toinen, muutosta kaipaava osa, oli avosairaanhoidon vastaanotto toiminnan piiriin kuuluvien asiakkaiden hoito.

Työnjaon selkiyttäminen sekä kotipalvelun, että sairaanhoitajan vastaanoton kanssa sekä työn tasainen jakautuminen ja työn hallittavuus sektoreiden keskittämisen myötä nousivat lopussa kehittämistyön päätavoitteeksi, kun varsinaista tiimityömallia ei voitu toteuttaa.

Kotisairaanhoidossa työnjakoa tiivistetään niin, että sen tekemiseen nimetään kolme terveydenhoitajaa. Kahdelle tulee työpariksi kotipalvelun lähihoitajat, kolmannen vastuualueena on asumispalvelu yksiköt. Muu kotipalvelun henkilöstö ovat myös osa tiimiä. Kotihoidon palveluohjaaja ja sosiaalivanhustyötä tekevä sosiaalityöntekijä ovat myös tärkeitä yhteistyökumppaneita.

Jatkossa sairaanhoitoa tarvitsevat ohjataan sairaanhoitajan vastaanotolle (haavojen hoito, korvahuuhtelut, ompeleiden poisto, lääkeinjektiot). Myös reumapotilaat (seuranta, ohjaus ja hoito) siirtyvät reumahoitajalle vastaanoton puolelle. Terveydenhoitajien vastaanotoille ohjataan terveysneuvonnan asiakkaat. Terveydenhoitajien työaika ohjataan THL:n suositusten mukaisesti terveysneuvontaan ja terveyden edistämiseen eli ennalta ehkäisevään terveydenhoidon toteuttamiseen.

Kotisairaanhoidon potilaiden Marevan määräys siirtyy asteittain avosairaanhoidon sairaanhoitajilta terveydenhoitajille. Koulutusta asiasta järjestetään. Kotisairaanhoito hoitaa edelleen asiakkaidensa haavan ym. hoidot.

Terveyden edistämisen yhdyshenkilö nimetään ja tähän tehtävään varataan säännöllinen työaika.

Muistihoitajan työt keskitetään yhdelle terveydenhoitajalle, jolloin mm. asiakkaiden/potilaiden hoitoa ja seurantaa on helpompi toteuttaa. Hän vastaa myös säännöllisestä vanhusneuvolan toiminnasta. Samoin työttömien terveystarkastukset keskitetään yhdelle hoitajalle. Hyvinvointia edistäviä >75 v suunnatut kotikäynnit on suunniteltu yhdelle terveydenhoitajalle, mutta niitä voi tehdä muutkin tarpeen mukaan.

Kausirokotuksia tehdään jatkossakin yhteistyönä. Kaikki joukkotarkastukset keskitetään Ivaloon. Papa-seulat on keskitetty yhdelle terveydenhoitajalle, mutta tarvittaessa ne voidaan jakaa.

Puhelinaika on klo 8-9 välillä, muun aika rauhoitetaan perustyölle.

Nellimissä ei pidetä enää terveydenhoitajan vastaanottoa vaan asiakkaat tulevat Ivaloon terveydenhoitajan vastaanotolle.

Jokaiselle työntekijälle nimetään työpari, vaikka yhteisiä sektoreita ei välttämättä ole nimetty. Tämä helpottaa esim. vastaanottojen perumista jos tulee akuutteja poissaoloja. Nimetään vastuu-/yhdyshenkilöt esim. kuulo-, hoitotarvikejakelun yhdyshenkilö.

Uuden toimintamallin toimivuutta arvioidaan 31.10.2013.

6. Arviointi

Alkuperäinen tavoite siirtymisestä Kittilän mallin mukaiseen tiimityöhön ei onnistunut kokonaisuudessaan koska kunnat ovat erilaisia sekä pinta-aloiltaan että toimintarakenteiltaan. Niinpä rakensimme inarilaisen toimintamallin. Työsektoreita on nyt kohdennettu ja hallittavia alueita on kohtuumäärä/terveydenhoitaja. Työnjaosta on keskusteltu vastaanoton kanssa ja uusi työnjako on aloitettu.

Uusi toimintamalli on otettu käyttöön 13.5.13 porrastetusti siten, että esim. jo aloitetut terveystarkastukset teki loppuun se, joka ne aloitti ja uusille hoitajille vastuu siirtyy vasta uuden lukukauden alkaessa syksyllä.

Tavoitteena on, että työssä jaksaminen lisääntyy, ei tarvitse hallita kaikkea terveydenhoitoon liittyviä asioita. Myös asiakkaat hyötyvät, kun kyselyt ohjataan juuri ko. asian asiantuntijalle. Alkuun on odotettavissa jonkin verran hankaluutta, kun on totuttu hoitamaan asioita sen oman alueen hoitajan kanssa.

Koulutuspäivät kohdentuvat nyt erilailla, kun kaikkien ei tarvitse osallistua kaikkiin koulutuksiin ylläpitääkseen ammattitaitoaan (osaaminen ennen vaati osaamista vauvasta vauriin). Tuleeko säästöä?

Inarin kunnassa toimintaympäristö ja kunnan erityispiirteet eroavat muista Lapin kunnista. Teimme tämän hetken tarpeeseen vastaavan mallin, jonka toimivuus arvioidaan syksyllä.

Muutostyötarve oli tiedostettu ja muutostyöhön valmistautuminen oli aloitettu jo vuosia aikaisemmin. Tämä vaikutti oleellisesti muutostyöhön sitoutumiseen. Kehittämistyön aloittaminen ja toteuttaminen hankkeen kautta, mahdollisti toiminnan suunnittelun työntekijöiden kanssa yhdessä. Oli henkilö, joka suunnitteli, selvitteli ja organisoivat asioita, toimi välikätenä esimiehen ja työntekijöiden välillä. Asioiden kokoaminen ja tiedon jakaminen kaikille onnistui, kun työhön oli varattuna oma työaika. Todennäköisesti ongelmia olisi ollut enemmän jos kaikki olisivat toimineet vain ”oman työn ohella”. Ilman erillistä projektityöntekijää suunnitelmallinen muutosprosessin läpivieminen ei olisi onnistunut ja oli erittäin tärkeää, että projektityötä teki vakituinen terveydenhoitaja, joka tunsu työn sisällön.

Oma innostuneisuus asiaan ei tarttunut toisiin aivan toivotulla tavalla. Enemmän olisin kaivannut työkaverilta vinkkejä, ajatuksia ja ehdotuksia asiaan liittyen. Ajoittain tuntui siltä, että mitkään perustelut eivät auttaneet lisäämään muiden innostusta. On kuitenkin todettava, että loppuajasta suhtautuminen asiaan muuttui positiivisemmaksi ja osallistuvammaksi. Konsultin käynti oli todella hyvä asioiden eteenpäin viemisen kannalta. Kehittämistyössä tukena on koko ajan ollut esimieheni. Häneltä olen saanut aina tarvittaessa työn tekemiseen liittyvää ohjausta, vinkkejä ja neuvontaa.

Vastaavanlaista työtä en ole ennen tehnyt, mutta tuki, jota olen saanut, on ollut riittävä. Työssä on pitänyt olla itseohjautuva. On kuitenkin ollut selkeä tavoite ja apuna on ollut mm. aiempien hankkeiden tuloksia vastaavista kehittämistehtävistä.

Alkuun olisi voinut olla hyvä keskustella myös muiden yhteistyötahojen kanssa heidän näkemyksistään ja toiveistaan terveydenhoitajien työnkuvaan liittyen. Sen avulla olisi voinut tulla uusia toimiviakin ehdotuksia. Asiakasnäkökulma olisi voinut vahvemmin olla mukana, mutta silloin olisi tarvittu pitempi työskentelyjakso.

7. Pohdinta

Olemme kehittäneet neuvolatoimintaa osittain jo aiemmin ja toimineet uusien vaatimusten mukaan. Esim. laajat terveystarkastukset ovat toteutuneet säädösten mukaan. Lastenneuvolassa on koottu yhteen ja sovittu mitä lomakkeita työn ohella käytetään. Tällä mm. yhtenäistetään eri terveydenhoitajien toimintaa. Palvelun samanlainen sisältö ja yhtenäiset toimintatavat ovat asiakkaille tärkeä asia. Terveydenhoitajat ovat olleet valmiit ottamaan uuden mallin käyttöön koska käytössä olleen toimintamallin haitat on tiedostettu. Paljon on vielä sovittavaa ja keskusteltavaa liittyen yhtenäisiin toimintatapoihin ja –linjoihin.

Uuden toimintamallin sisäänajo vaatii aina aikaa ja yhteistä sitoutumista sovittuihin sääntöihin, jakoihin ja tapoihin (sekä lain määräämiin, että työpaikalla sovittuihin). Uuden toimintatavan vastustajia todennäköisesti löytyy yhteistyökumppaneiden ja asiakkaiden keskuudesta.

Kaikkeen uuteen liittyy osana muutosvastarinta. Näin tapahtuu, vaikka muutoksen tarve tiedostetaankin. Sitä ei varmaan muuta sekään, onko muutoksen voimaantulo heti vai hetkenpäästä. Meidän uuden toimintamallin käyttöönotto päätettiin toteuttaa nopealla aikataululla. Päätös voitiin tehdä ilman rankkaa byrokraattista pyöritystä ja tämä helpotti ja nopeutti prosessin aloittamista/läpivientiä.

On tärkeää, että toimintamallin toimivuutta arvioidaan jo syksyllä jolloin voidaan miettiä tarvittaessa muutosehdotuksia. Tärkeää on tarkastella esim. onko työ jakautunut tasapuolisesti tekijöiden kesken. Ikääntyvä työntekijäryhmä jaksaa sitoutua tekemiseen vielä vuosiksi ja jaksaa edelleen olla mukana muutoksissa (joita tulee koko ajan), kun työtä on sopivasti jaksamiseen nähden.

Uudesta mallista tulee informoida kunnolla eri puolilla toimintaympäristöä. Mallista/jaosta tehdään tiedote siitä, kenen vastuulla on mikäkin toiminta-alue, jotta vältytään ”luukulta luukulle pompottelusta” ja yhteistyö on joustavampaa eri toimijoiden kesken. Tiedottaminen on olennainen osa palvelujen toimivuuden kannalta. Tietoa toiminnan muutoksesta tulee antaa vielä pitkään.

Kehitystyö kuitenkin jatkuu, vaikka projekti päättyi...