

Riitta Salunen, Doris Holmberg-Marttila ja Kari Mattila



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

Opitun soveltaminen käytäntöön – ketjulähettijakso muutoksen käynnistäjänä

Abstrakti

Ketjulähettitoiminta on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja terveystieteiden tutkimuskeskusten täydennyskoulutus- ja yhteistyömuoto. Terveystieteiden tutkimuskeskusten työntekijät eli ketjulähetit työskentelevät erikoissairaanhoidossa viikon ajan etukäteen suunnitellun ohjelman mukaisesti. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää onko ketjulähettijaksolla opittuja asioita käsitelty omassa terveystieteiden tutkimuskeskuksessa ketjulähettijakson jälkeen ja ovatko ketjulähetit muuttaneet toimintaansa ketjulähettijakson perusteella. Kyselylomakkeet lähetettiin kaikille vuosina 2006–2011 ketjulähettijaksolla käyneille (n = 177) sekä terveystieteiden tutkimuskeskusten johdolle ja koulutusvastaaville (n = 31). Aineiston analyysimenetelminä käytettiin frekvenssijakaumia, ristiintaulukointia, logistista regressioanalyysiä sekä aineistolähtöistä ryhmittelyä teemakokonaisuuksien alle. Ketjulähettijaksot vaikuttivat ketjulähetin omassa työssään tekemiin muutoksiin. Eniten muutettiin työtapoja, potilaan ohjausta, hoitoa tukevia työyhteisön käytäntöjä sekä oman työn arvostusta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa ketjulähettijaksolla opittuja asioita käsiteltiin satunnaisesti. Ketjulähettijaksoja voisi hyödyntää nykyistä tehokkaammin yksilön osaamisen kehittämisen lisäksi työyhteisön ja koko organisaation toiminnan kehittämisessä. Tässä on haaste terveystieteiden tutkimuskeskusten johtamiselle.

Johdanto

Ketjulähettitoiminta on vuonna 2006 Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä käynnistynyt perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö- ja täydennyskoulutusmuoto (Salunen ym. 2009). Toiminta kehitettiin vuosina 2006–2007 sairaanhoitopiirin ja yhdeksän terveystieteiden tutkimuskeskuksen yhteistyöhankkeena, jonka jälkeen se vakinaistettiin ja laajennettiin koskemaan kaikkia alueen terveystieteiden tutkimuskeskuksia. Vastaava toiminta on käynnistynyt myöhemmin myös muissa Tampereen yliopistol-

lisen sairaalan (Taysin) erityisvastuualueen sairaanhoitopiireissä. Ketjulähettitoiminnan tarkoituksena on lisätä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä, yhteistyökumppaneiden ja heidän toimintansa tuntemusta sekä kehittää työntekijöiden osaamista.

Perusterveydenhuollon työntekijät eli ketjulähetit työskentelevät viikon ajan etukäteen suunnitellun ohjelman mukaisesti valitsemassaan sairaanhoitopiirin yksikössä. Erikoissairaanhoidossa on etukäteen mietitty mihin aihealueisiin ketjulähetit voivat

missäkin yksikössä tutustua. Ketjulähettejä vastaanottavat yksiköt ja tutustumisasiheet on kuvattu niin kutsutulla Pizza-listalla. Ketjulähetit valitsevat ketjulähettijakson paikan Pizza-listalta omien ja työyhteisönsä oppimistarpeiden mukaisesti. Jokainen ketjulähettijaksolle tuleva miettii etukäteen omat oppimistavoitteensa, jotka välitetään ennen jakson alkua tiedoksi hänet vastaanottavaan yksikköön nimetylle yhteyshenkilölle. Ketjulähettijaksojen sisällöt muotoutuvat Pizza-listalla kuvatuista sisältöalueista, ketjulähetin jaksotavoitteista sekä tilannetekijöistä. Ketjulähetit osallistuvat ketjulähettijaksonsa aikana sairaalassa tehtävään työhön ohjaajan opastuksella ja sairaalan vastuulla. Ketjulähettijaksoilla käsitellään terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä. Ketjulähetit toimivat viestin viejinä sekä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon että erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

Ketjulähetin palkan maksaa ketjulähetin oma terveyskeskus, joka vastaa myös mahdollisista matka- ja sijaiskuluista. Ketjulähetin vastaanottava sairaala ei peri osallistumismaksua. Ketjulähetit antavat palautetta sekä ennen ketjulähettijaksoa että välittömästi jakson jälkeen. Ketjulähetit saavat todistuksen suoritettusta jaksosta. Toiminta koordinoidaan keskitetysti sairaanhoitopiirissä perusterveydenhuollon yksikön kautta. Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteita ovat ketjulähettijakson jälkeen tapahtuva opitun soveltaminen ketjulähetin omaan työhön sekä työssä tehtäviin muutoksiin vaikuttavat tekijät.

Oppiminen ja muutos

Terveydenhuollossa täydennyskoulutuksen tavoitteena on yhä useammin yksilön ammatillisen osaamisen kehittämisen lisäksi toiminnan muuttaminen ja hoidon laadun parantaminen (Sargeant ym. 2013). Oppiminen ja toiminnan muuttaminen ovat yhteydessä

toisiinsa. Muutos on oppimisen aikaansaama käyttäytymisen muutosta (Virtanen & Stenvall 2009). Oppiminen ei kuitenkaan aina johda käyttäytymisen muutokseen, vaan esimerkiksi tietoisuuden ja ymmärryksen lisääntymiseen erilaisista vaihtoehdoista (Huber 1991). Uuden oppiminen motivoi muutokseen ja uusi opittu taito antaa suuntaa muutokselle (DeMarco 2002). Jotta muutosta voidaan hallita, tulisi oppimisen olla organisaatiossa muutosta suurempaa (Sydänmaanlakka 2007).

Mitä enemmän organisaatiossa tapahtuu oppimista, sitä enemmän luodaan mahdollisuuksia käyttäytymisen muutokseen (Huber 1991). Sen vuoksi oppimisen tulisi sisältyä myös hankkeisiin ja muuhun toimintaan (Gorelick & Tantawy-Monsou 2005). Osaaminen on aktiivista toimintaa, joka muodostuu tiedoista, taidoista ja kokemuksista. Työ puolestaan muodostuu osaamisen ja toiminnan yhdistelmästä eli osaamisesta ja tekemisestä. Määritelmän mukaan työ kehittää osaamista ja osaaminen työtä. Organisaation menestyksen kannalta on oleellista koko organisaation yhteinen osaaminen. (Tuomi & Sumkin 2012.) Organisaatioon hankitun osaamisen käytäntöön vieminen ja systemaattinen hyödyntäminen voi olla myös osa muutoksen toimeenpanoa.

Isojen ja pienten muutosten toimeenpääntö tarvitsee erilaisen lähestymistavan. Isoissa muutoksissa tarvitaan erillinen juurruttamissuunnitelma, seuranta ja arviointi. Usein niihin liittyy myös yhteistyö muiden toimijoiden kanssa. (Overton ym. 2009.) Weick & Quinn (1999) jakavat organisaatiomuutokset episodimuutokseen ja jatkuvaan muutokseen. Episodimuutos kestää tietyn ajan ja se käynnistyy usein jostain ulkoisesta syystä. Jatkuva muutos edellyttää organisaatiolta dynaamisuutta ja valppautta reagoida eteen tuleviin mahdollisuuksiin. Onnistunut muutos ja toiminnan parantaminen lähtee henkilöstöstä, joten työntekijöille on annettava mahdollisuus ja tuki muutosprosessin toteuttamiseen (Rowley 2006).

Terveydenhuollon kehittämisessä ollaan siirtymässä määrän korostamisesta vaikut-

tavaan ja asiakkaalle arvoa tuottavaan hoitoon (Scott 2014). Yhtenä keskeisenä kehittämiskohteenä ovat paljon palveluja käyttävien ja monisairaiden potilaiden hoito sekä heille suunnatut palvelut (Coleman ym. 2009). Uuden toimintatavan oppiminen ja vanhas-ta luopuminen vie paljon aikaa ja siihen tarvitaan johdon tukea. Hyviä tuloksia on saatu esimerkiksi käyttämällä yhteiskehittämisen menetelmiä moniammatillisissa kehittämiss-pajoissa (Sihvo ym. 2015). Suomessa terveydenhuollon kehittämistä on tuettu valtakun-nallisesti ja alueellisesti muun muassa Kaste-hankkeiden kautta, tarjoamalla Innokylän kaltaisia sähköisiä työskentelyalustoja sekä järjestämällä käytännön työntekijöille kehittämisosaamisen koulutusta.

Organisaatiota tai työyhteisöä koskeva muutos tapahtuu vuorovaikutuksessa toisten kanssa, sen vuoksi terveydenhuolto-organisaatioissa pelkkä lääketieteellisen osaamisen kehittäminen ei riitä (Batalden ym. 2011a). Tarvitaan myös vuorovaikutusmekanismien ja ryhmä- ja tiimityön ymmärtämistä. Lisäksi toiminnan jatkuva parantaminen tarvitsee järjestelmään, muutokseen ja oppimiseen liittyvää kehittämisosaamista (Batalden ym. 2011b). Kehittämistyössä keskitytään usein tietojen kehittämiseen, mutta unohtetaan taidot. Myös taitojen kehittämiseen on annettava aikaa ja sitä on tehtävä suunnitelmallisesti. (Øvretveit ym. 2002.) Systemaattisessa kehittämisessä yksilön hankkimat uudet opit käsitellään työyhteisössä yhteisesti ja tarvittaessa sovitaan uusista toimintakäytännöistä. Sovellettavat tiedot ja osaaminen sekä toimintaympäristö määrittävät tarvittavat resurssit ja menettelytavat (Guzman ym. 2015).

Täydennyskoulutuksen jälkeinen aikomus muuttaa toimintaa johtaa melko usein todelliseen toiminnan muutokseen (Dolcourt 2000). Aikomus muuttaa toimintaa voi tarkoittaa joillekin toivetta, toisille pyrkimystä ja vain osalle todellista sitoutumista muutokseen (Overton ym. 2009). Muutokseen vaikuttaa opitun tiedon lisäksi tunteet, työntekijän

saama tuki, mahdollisuudet tehdä muutoksia (Sydänmaanlakka 2007), sosiaalinen ja ammatillinen rooli ja identiteetti, usko omiin kykyihin ja odotettuihin tuloksiin, tavoitteet, kannusteet sekä käyttäytymissäännöt (Cane ym. 2012; Michie ym. 2005).

Kiireisen työn keskellä ei aina ole aikaa paneutua tiedon jakamiseen. Siksi on tärkeää tunnistaa esteet ja luoda systemaattinen tapa siirtää ja hyödyntää tietoa (Elwyn ym. 2007). Isossa-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa täydennyskoulutuksen jälkeisiä muutoksia mahdollistivat kollegoilta saatu tuki sekä työntekijän oma motivaatio ja into kehittämiseen (Lee 2011). Työterveyshuollon työntekijät nimesivät tärkeimmiksi tiedon jalostamista mahdollistaviksi tekijöiksi työntekijän persoonalliset ominaisuudet, kiinnostuksen asiaa kohtaan ja asenteet, työyhteisössä tapahtuvat keskustelut sekä oppivan ilmapiirin (Mannermaa 2013). Terveyskeskuksen lähijohto koki tärkeiksi muutosta edistäviksi tekijöiksi työyhteisön tuen sekä molemminpuolisen luottamuksen ja sitoutumisen muutokseen. Myös moniammatillisen yhteistyön toimivuutta pidettiin muutoksessa tärkeänä. (Heino & Taskinen 2012.)

Edellä mainitun Isossa-Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan opitun käyttöön-ottoa estivät esimieheltä saadun tuen, ajan ja resurssien puute sekä organisaation jäykkyys. Joskus uutta asiaa ei hyväksytty käyttöön, koska vanha toimintamalli oli liian vahva. (Lee 2011.) Mannermaan (2013) työterveyshuoltoa koskeneessa tutkimuksessa suurimpina tiedon jalostamisen esteinä pidettiin omaa asennetta, poisoppimisen vaikeutta, toimimattomaa tiimiä, työmäärää, aikapulaa, yksintyöskentelyä sekä mahdollisuutta päästä kokeilemaan uutta toimintatapaa.

Osaamisen johtaminen

Osaamisen johtaminen voidaan nähdä kokonaisvaltaisena lähestymistapana, jossa työyhteisössä oleva osaaminen, sen kehittäminen

ja hyödyntäminen sidotaan osaksi päivittäistä toimintaa ja sen kehittämistä. Kehittämistyön keskiössä on vuorovaikutuksellisuus mikä tarkoittaa moniammatillista yhteistyötä, organisaation sisäiset ja ulkoiset rajat ylittävää yhteistoimintaa sekä asiakaslähtöisyyttä (Tukia ym. 2007). Osaamisen johtamisen kautta luodut menettelyt ja toimintamallit tukevat jatkuvaa parantamista, innovaatioita ja ongelmanratkaisua. Osaamisen johtamisella on arvoa vain silloin, kun se parantaa toimintaa. (Gorelick & Tantawy-Monsou 2005.)

Liisa Myyry (2008) määrittelee osaamisen johtamisen tavoitteelliseksi ja systemaattiseksi organisaation osaamispääoman kehittämiseksi, joka perustuu perustehtävään, visioon ja strategiaan. Osaamispääoma on organisaation aineetonta pääomaa, johon kuuluvat inhimillinen pääoma eli yksilöiden osaaminen, asenne ja kyvyt, rakennepääoma eli organisaation kulttuuri, prosessit ja toimintamallit sekä suhdempääoma, joka tarkoittaa suhteita kaikkiin sidosryhmiin, asiakkaisiin ja yhteistyökumppaneihin (Lönngqvist ym. 2005; Ojala 2008). Osaamisen johtamisessa on kyse aineettoman pääoman hallinnasta ja johtamisesta (Tukia ym. 2007).

Osaamisen johtamisen englanninkielinen vastine *knowledge management* on käännetty myös tietojohdamiseksi tai tiedon ja osaamisen johtamiseksi. Tietojohdaminen on kuitenkin osaamisen johtamista suppeampi käsite, jossa johtamisen kohteena on tieto ja tietämys. Osaamisen johtaminen kattaa tietojohdamisen lisäksi toiminnan kannalta merkitykselliset tiedot ja osaamisen. (Tukia ym. 2007.)

Osaamisen johtamista tarvitaan erityisesti silloin, kun yksilön osaamista siirretään koko työyhteisön käyttöön. Myös työntekijöiden on ymmärrettävä oppiminen uudella tavalla, kurssien suorittaminen ei riitä, vaan on ymmärrettävä mitä opittu tarkoittaa käytännössä. (Örtenblad 2004.) Tiedon prosessointiin vaikuttaa henkilöiden välinen luottamus, olemassa olevat kokouskäytännöt, johtajan rooli sekä tiedon jakamisen esteiden tunnistaminen. Kaikkein tärkeimmäksi nousee kuitenkin

kin käytännön toimintaympäristön vaikutus. (Crane & Bontis 2014.)

Terveysthuollossa on tunnistettu kulu osaamisen ja käytännön toiminnan välillä (Elwyn ym. 2007). Jokapäiväisessä osaamisen johtamisessa painopiste tulisi olla niissä tekijöissä, jotka ohjaavat arjen käyttäytymistä. Organisaatiotasolla on mahdollista huomioida yhtä aikaa rakenteet, prosessit ja järjestelmät, mutta myös identiteetti ja kulttuurin muotoutuminen. (Uotila 2010.) Organisaatio on avoin systeemi, joka on jatkuvasti vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Johtamisen tehtävä on sisäisten voimavarojen vahvistamisen lisäksi tunnistaa ulkoa tulevat arvoa tuottavat vaikutteet ja tuoda ne osaksi organisaation strategiaa ja prosesseja. (Sanchez 2004.)

Osaamisen johtamisessa painopiste on siirtynyt tiedon hallinnasta, yksilöllisestä osaamisesta ja osaamisen mittaamisesta kollektiiviseen osaamiseen, uuden osaamisen muodostamiseen, osaamisen prosessointiin ja hyödyntämiseen sekä niitä ylläpitäviin ja luoviin yhteisöihin ja verkostoihin (French ym. 2009; Tukia ym. 2007). Terveysthuollossa asiakkaan hoitoprosessi tarkoittaa yksittäisiä hoitotoimenpiteitä tai vastaanottotilanteita laajempaa kokonaisuutta, minkä vuoksi tarvitaan ymmärrystä eri organisaatioissa annettavan hoidon kokonaisuudesta. Asiantuntijoiden osaamisen ylläpito, hyödyntäminen ja jakaminen ovat osa hoitoprosessissa tehtävää yhteistyötä, joka edellyttää osaamisen johtamista (Tanttu 2007).

Suomalaisista terveysthuoltoalan tiedellisistä ja ammatillisista lehdistä tehdystä selvityksessä osaamisen johtamisessa ei juuri näkynyt suhdempääoman kehittäminen. Osaamisen johtamisessa painotus oli organisaation sisäisessä toiminnassa ja enemmän yksilöiden kuin yhteisöjen näkökulmassa. Ylipäänsä osaamisen johtamisen viitekehyksen käyttö oli vähäistä terveysthuollon kontekstissa. (Tukia ym. 2007.) Tässä tutkimuksessa osaamisen johtamista käytetään viitekehyksenä ketjulähettitoiminnan hyödyntä-

misessä yksilön osaamisen lisäämisen lisäksi työyhteisön ja organisaation toiminnan sekä organisaatioiden välisen yhteistyön kehittämisessä.

Ketjulähettien välittömästi ketjulähettijaksen jälkeen antaman palautteen mukaan ketjulähettijaksolla opitaan tietoihin ja taitoihin, potilaan tutkimiseen, hoitoon ja ohjaamiseen sekä yhteistyöhön liittyviä asioita. Ketjulähettijaksolla opitaan myös tuntemaan toisten toimintaa. Jaksot vaikuttavat asennoitumiseen työhön ja potilaisiin. Yli puolet (62 %) ketjuläheteistä aikoo muuttaa omia hoitokäytäntöjään ketjulähettijaksen perusteella. (Salunen ym. 2012.) Vaikka ketjulähettijaksot kohdistuvat yksilön osaamiseen, niiden tarkoituksena on tukea koko työyhteisön ja organisaation toiminnan kehittämistä sekä organisaatioiden välistä yhteistyötä. Tämä antaa mahdollisuuden toiminnan hyödyntämiseen kokonaisvaltaisessa osaamisen johtamisessa.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää onko ketjulähettijaksolla opittuja asioita otettu käyttöön ketjulähetin omassa työssä ja terveyskeskuksen toiminnassa ja onko asioita käsitelty ketjulähetin omalla työpaikalla. Ketjulähettitoiminnan pitkän aikavälin vaikutusten arviointi on tärkeää siksi, että ketjulähettitoiminta on levinnyt myös muihin sairaanhoitopiireihin.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Miten ketjulähettijaksuja on käsitelty terveyskeskuksissa?
2. Mitä ketjulähettijaksolla opittuja asioita on otettu käyttöön ketjulähettijaksen jälkeen?
3. Mitkä asiat ovat estäneet tai edistäneet opittujen asioiden käyttöönottoa?
4. Miten ketjulähettitoimintaa voi hyödyntää osaamisen johtamisessa?

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto

Aineisto kerättiin syyskuussa 2012 toteutetulla kyselytutkimuksella. Kyselylomakkeet lähetettiin kaikille niille Pirkanmaan terveyskeskusten työntekijöille, jotka kävivät ketjulähettijaksolla vuosina 2006–2011. Toinen kyselylomake lähetettiin Pirkanmaan terveyskeskusten ylilääkäreille, hoitotyön johtajille, koulutusvastaaville lääkäreille ja koulutusvastaaville hoitajille. Koulutusvastaavat koordinoivat omassa terveyskeskuksessaan tapahtuvaa moniammatillista toimipaikkakoulutusta. Sairaanhoidopiirissä perusterveydenhuollon yksikkö ylläpitää terveyskeskusten johdon ja koulutusvastaavien yhteyshenkilölistoja. Terveyskeskukset ovat nimenneet henkilöt näille listoille. Ammattinimikkeet vaihtelevat terveyskeskuksittain etenkin hoitotyön johdon osalta.

Ketjuläheteille lähetettiin 319 kyselylomaketta. Kyselyt postitettiin ketjulähettien työpaikoille. Ketjuläheteille, joiden tiedettiin poistuneen ketjulähettijaksosensa jälkeen työstä, ei lähetetty lomaketta. Kyselylomakkeen lähettämisen jälkeen tuli tietoon vielä muitakin työstä poissaolevia, joten todellisuudessa kyselylomakkeen sai 282 ketjulähettiä. Kyselylomakkeen palautti yhden muistutusviestin jälkeen 177 ketjulähettiä.

Kyselylomakkeeseen vastanneissa oli eniten terveydenhoitajia 52, sairaanhoitajia 49, lääkäreitä 21, fysioterapeutteja 14 ja hammaslääkäreitä 10. Muita ammatteja olivat hammashoitajat, lähihoitajat, puheterapeutit, ohjaajat, sosiaalityöntekijät, röntgenhoitajat, psykologi, kättilö, toimintaterapeutti ja kuntohoitaja. Terveyskeskustyön sijasta muutama ketjulähetti työskenteli kunnan omassa erikoissairaanhoidossa tai sosiaalitoimessa. Johdon ja koulutusvastaavien kyselylomakkeita lähetettiin 98. Yhden muistutusviestin jälkeen kyselylomakkeita palautui 31. Kyselyyn vastasi kuusi johtavaa lääkäriä, 11 hoitotyön johtajaa, kuusi koulutusvastaavaa lääkäriä ja seitsemän kou-

lutusvastaavaa hoitajaa. Ne jotka olivat johdon lisäksi myös koulutusvastaavia, on tässä luokiteltu kuuluvaksi johtoon. Vastajaat olivat keskimäärin kokeneita terveyskeskuksen työntekijöitä (taulukko 1).

Ketjulähettien sekä johdon ja koulutusvastaavien kyselylomakkeissa oli osittain samoja kysymyksiä, mutta osa kysymyksistä muokattiin vastaajaryhmän mukaan. Kysymykset koskivat ketjulähettijakson tarpeiden määrittämistä, ketjulähettijaksoilla opittujen asioiden käsittelemistä terveyskeskuksessa, työssä tehtyjä muutoksia, muutokseen vaikuttaneita tekijöitä sekä osaamisen johtamista. Ketjulähettijakson tavoitteiden ja oppimistarpeiden määrittäjää kysyttiin valmiilla vastausvaihtoehtoilla, jotka nousivat ketjulähettoiminnan aikana kehitetystä osaamisen kehittämisen mallista (Salunen ym. 2012). Ketjulähettijaksolla opittujen asioiden käsittelemistä kysyttiin vastausvaihtoehtoilla onko asioita käsitelty ja onko käsittely ollut systemaattista vai satunnaista. Lisäksi kysyttiin avoimella kysymyksellä, miten niitä käsiteltiin.

Kysymykseen ”mitä asioita ketjulähetti on muuttanut omassa työssään ketjulähettijakson perusteella” annettiin vastausvaihtoehtoiksi ketjulähettien jaksopalautteessa antamista vastauksista muodostetut vastausluokat. Palautelomakkeessa aikomusta muuttaa asioita kysyttiin avoimella kysymyksellä. Tässä tutkimuksessa ketjuläheteille annettiin palautekyselyn tuloksista muodostettujen aluokkien mukaiset vastausvaihtoehdot.

Opittujen asioiden käyttöönottoa estäneet ja edistäneet tekijät kysyttiin avoimilla kysymyksillä. Lisäksi johdolta ja koulutusvastaavilta kysyttiin avoimilla kysymyksillä ketjulähet-

tijaksolla saatujen oppien ja yhteistyöverkostojen hyödyntämistä osaamisen johtamisessa. Kysymykset muotoiltiin ketjulähettien antaman jaksopalautteen ja ketjulähettoiminnan aikana muodostetun osaamisen kehittämisen mallin pohjalta (Salunen ym. 2012).

Aineiston käsittely

Ketjulähettien sekä terveyskeskusten johdon ja koulutusvastaavien lomakkeet analysoitiin erikseen. Taustamuuttujista työajan pituus jaettiin kahteen luokkaan: alle 20 vuotta työssä olleet ja 20 vuotta tai enemmän työssä olleet. Työajan pituus jaettiin kahteen luokkaan, koska aiemmassa tutkimuksessa työajan pituus vaikutti ketjulähettien vastauksiin (Salunen ym. 2013). Ketjulähettien ikä jaettiin luokkiin alle 50 vuotta ja 50 vuotta tai enemmän. Katkaisupisteiksi valittiin tasaluvut, jotka olivat lähellä mediaania. Ketjulähettien ammatit jaettiin luokkiin lääkärit ja hammaslääkärit sekä muut.

Aineiston kuvaamiseen käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia. Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla ja tilastollista merkitsevyyttä tutkittiin khiin neliötestillä. Ketjulähettijakson jälkeen ketjulähetin työssään muuttamiin asioihin yhteydessä olevia tekijöitä arvioitiin logistisella regressioanalyysillä. Mittarina käytettiin vetosuhdetta (OR) ja sen 95 prosentin luottamusväliä (95 % LV). Ketjulähetin ketjulähettijakson jälkeen työssään muuttamat asiat on lueteltu kuviossa 2. Logistista regressioanalyysiä varten muuttujien väittämät ”olen muuttanut paljon” ja ”olen muuttanut jonkin verran” muutettiin luokak-

Taulukko 1. Vastajien sukupuolijakauma sekä iän, ammatissa ja terveyskeskuksessa työskentelyn keskiarvo, mediaani ja (vaihteluväli).

Vastaja (naiset/miehet)	Ikä, v	Aika ammatissa, v	Aika terveyskeskustyössä, v
Ketjulähetti (172/5)	49, 51, (26-65)	21, 21, (2-43)	18,18, (0-39)
Johto ja koulutusvastaavat (25/5)	52, 55, (34-65)	22, 25, (3-39)	19,18, (2-38)

Taulukko 2. Logistista regressioanalyysiä varten selittävät muuttujat muutettiin kaksiluokkaisiksi. Taulukossa on kuvattu selittävien muuttujien jakaumat.

	n	%
Vastaajan ikä (n = 177)		
– alle 50 vuotta	80	45
– 50 vuotta tai enemmän	97	55
Vastaajan ammatti (n = 177)		
– hoitaja tai muu henkilöstö	146	83
– lääkäri tai hammaslääkäri	31	18
Ketjulähettijaksolle hakeutumisen ensisijainen määrittäjä (n = 170)		
– omat tarpeet	101	59
– muut tarpeet	69	41
Asioiden käsitteleminen systemaattisesti työyhteisössä tai organisaatiossa ketjulähettijakson jälkeen (n = 174)		
– käsitelty systemaattisesti	32	18
– käsitelty satunnaisesti tai ei käsitelty lainkaan	142	82

si ”olen muuttanut” sekä ”en ole muuttanut” ja ”ei ole ollut tarvetta muuttaa” luokaksi ”en ole muuttanut”. Selittävät muuttujat muutettiin kaksiluokkaisiksi (taulukko 2).

Avoimien kysymysten vastausten analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä. Vastaukset pelkistettiin ja ryhmiteltiin samaa asiaa kuvaaviin ryhmiin. Ryhmille annettiin niitä kuvaavat nimet. Ryhmittelyä jatkettiin siten, että ryhmät yhdistettiin samaa asiaa käsittelevien teemojen alle ja muodostuneille teemakokonaisuuksille annettiin kokonaisuutta kuvaavat nimet. Alkuperäiset vastaukset luettiin vielä myöhemmin uudelleen ja varmistettiin pelkistettyjen vastausten sijoittuminen muodostettuihin ryhmiin.

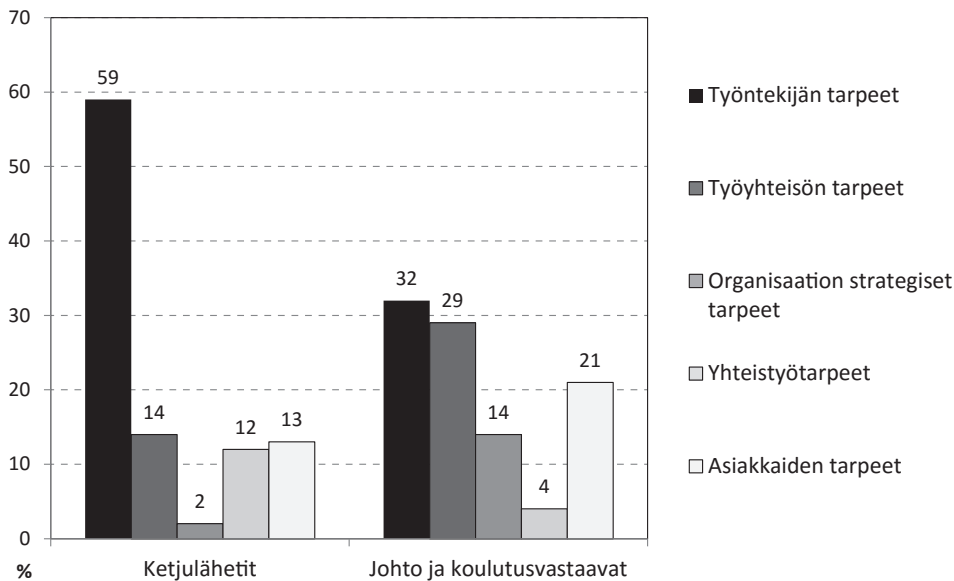
Tulokset

Ketjulähettijakson käsitteleminen työyhteisössä

Seurantakyselyyn vastanneista ketjuläheteistä 86 % oli sitä mieltä, että ketjulähettijakson tarpeita ja oppimistavoitteita määrittävät hänen omat tarpeensa. Puolet ketjulähettijaksolla käyneistä ilmoitti, että hänen ketju-

lähettijaksonsa tarpeita ja tavoitteita määrittävät asiakkaiden tarpeet (53 %), työyhteisön tarpeet (52 %) ja yhteistyötarpeet (46 %). Vähiten tarpeita määrittivät organisaation strategiset tarpeet (7 %). Johto ja koulutusvastaavat mainitsivat ketjulähetejä useammin työyhteisön tarpeet ja organisaation strategiset tarpeet. Sekä ketjulähetit että johto ja koulutusvastaavat mainitsivat useimmin ensisijaisena ketjulähettijakson tarpeen määrittäjänä jaksolle lähtevän työntekijän omat tarpeet (kuvio 1). Lääkäreistä 73 prosenttia mainitsi ketjulähettijakson ensisijaisena tarpeita määrittävänä tekijänä omat tarpeet, muista ammattiryhmistä omat tarpeensa mainitsi ensisijaisena tekijänä 56 prosenttia. Omat tarpeet olivat hieman useammin ketjulähettijaksolle lähtemisen ensisijaisena tarpeena nuoremmilla ja vähemmän työkokemusta omaavilla ketjuläheteillä kuin kokeneilla tai iäkkäämmillä.

Suurin osa kyselyyn vastanneista ketjuläheteistä sekä johdosta ja koulutusvastaavista oli sitä mieltä, että opittuja asioita tai esiin nousseita yhteistyökysymyksiä käsiteltiin ketjulähettijakson jälkeen omassa työyhteisössä tai organisaatiossa. Ketjulähettijaksolla käy-



Kuvio 1. Ensisijainen tarpeiden määrittäjä.

neistä lääkäreistä sitä mieltä oli 70 ja muista vastaajista 86 prosenttia. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,031$). Ketjuläheteistä 64 prosenttia sekä johdosta ja koulutusvastaavista 57 prosenttia oli kuitenkin sitä mieltä, että käsittely oli satunnaista. Systemaattisesti työyhteisössä asioita käsittelee 11 prosenttia niistä ketjuläheteistä, joiden omat tarpeet olivat ensisijaisia ketjulähettijakson tarpeen määrittäjiä ja 29 prosenttia niistä ketjuläheteistä, joiden ensisijaiset jaksotarpeet olivat muita kuin omia tarpeita. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,014$).

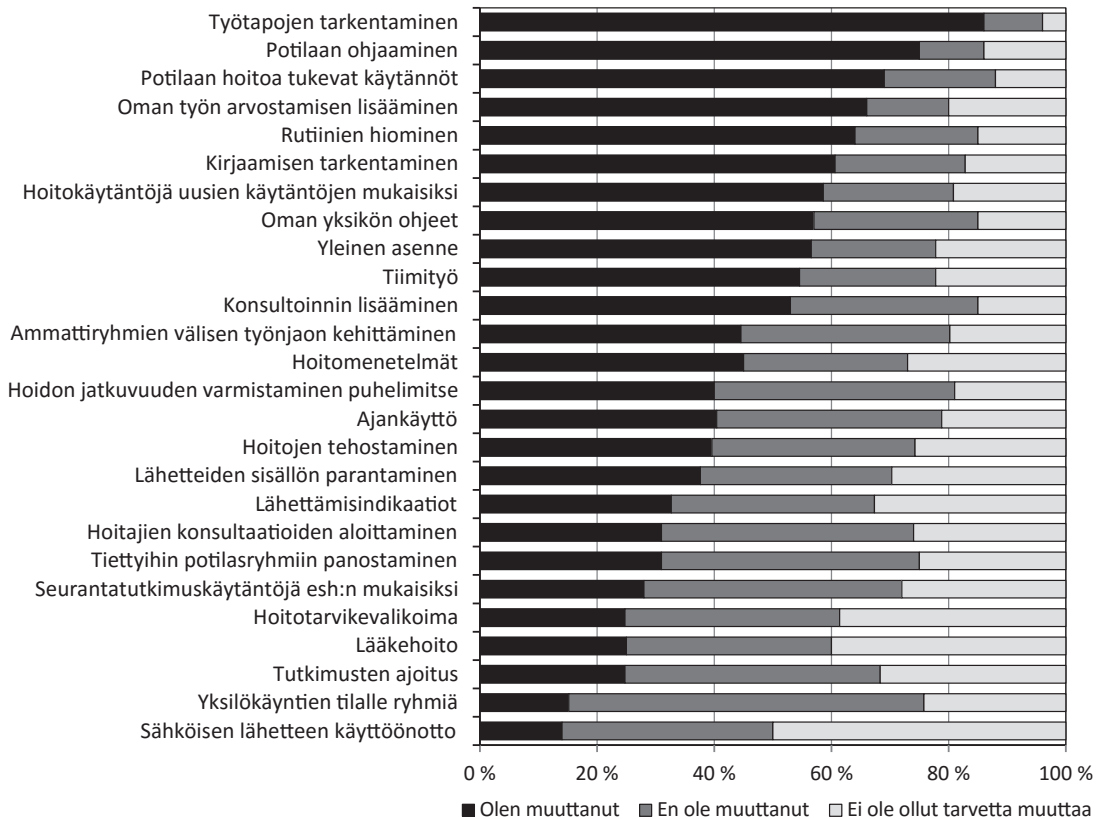
Ketjulähetit antoivat palautetta jaksostaan lähityöyhteisölle yhteisissä tapaamisissa. Joidenkin ketjulähettien työpaikalla käytiin toimintatapoja yhdessä läpi opitun pohjalta. Muutama ketjulähetti kertoi pitäneensä aiheesta talon sisäistä koulutusta tai antaneensa esimiehelle kirjallisen palautteen. Opitut asiat tulivat esiin myös työtilanteissa tai muiden konsultoidessa ketjulähettiä. Lisäksi opittuja asioita käytiin läpi epävirallisissa tapaamisissa esimerkiksi kahvipöytäkeskusteluissa. Jotkut olivat hyödyntäneet ketjulähettijaksoa oman työnkuvansa laaje-

nemisen yhteydessä ja jotkut pohtivat jakson antia lähinnä itsekseen.

Ketjulähettijaksolla opittujen asioiden hyödyntäminen

Ketjulähetit olivat muuttaneet monia asioita työssään ketjulähettijakson perusteella (kuvio 2). Useimmin he olivat tarkentaneet työtapaan, muuttaneet potilaan ohjaamista ja potilaan hoitoa tukevia käytäntöjä. Eniten niitä, jotka valitsivat vaihtoehdon ”olen muuttanut paljon” oli vastausvaihtoehdossa oman työn arvostamisen lisääminen. Johdon ja koulutusvastaavien mielestä useimmin oli tarkennettu työtapa, muutettu potilaan ohjaamista, hiottu rutiineja, muutettu potilaan hoitoa tukevia käytäntöjä sekä uusittu hoitokäytäntöjä uusien käytäntöjen mukaisiksi. Kaikkien kysytyjen asioiden osalta johto ja koulutusvastaavat arvioivat muutoksia tapahtuneen ketjulähettien arvioita useammin.

Ketjulähettijaksolla muutettuja asioita selitti parhaiten ketjulähettien ammatti. Lääkärit muuttivat muita useimmin lähettämisdikaatioita, paransivat läheteiden si-



Kuvio 2. Ketjulähehtijaksolla opittujen asioiden hyödyntäminen

sältöä, ottivat käyttöön sähköisen lähetteen sekä muuttivat lääkehoitoa (taulukko 3). Sen sijaan lääkärin muuttivat muita harvemmin tiimityötä, ajankäyttöä, oman työn arvostusta ja yleistä asennetta. Hoidon jatkuvuuden varmistamista puhelimitse muuttivat iäkkäämmät ketjulähetit nuorempia useammin. Ketjulähehtijaksolle hakeutumisen ensisijainen määrittäjä tai systemaattinen asioiden käsittely työyhteisössä tai organisaatiossa ketjulähehtijakson jälkeen eivät olleet yhteydessä muutettuihin asioihin.

Vaikka regressioanalyysissä systemaattinen asioiden käsittely ei ollut yhteydessä muutettuihin asioihin, tekivät ketjulähetit jonkin verran useammin muutoksia omassa työssään silloin, kun asioita käsiteltiin systemaattisesti työyhteisössä tai organisaatiossa. Erot syste-

maattisen ja satunnaisen käsittelyn tai käsittelemättä jättämisen välillä eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. Suurimmat erot systemaattisesti asioita työyhteisössään käsitelleiden ketjulähehtien ja muiden ketjulähehtien tekemiin muutoksiin kohdistuivat konsultoinnin lisäämiseen (ero 15 prosenttiyksikköä), oman yksikön ohjeisiin (ero 14 prosenttiyksikköä), yksilökäyntien sijasta ryhmien käyttöön (ero 14 prosenttiyksikköä) sekä ajankäyttöön (ero 14 prosenttiyksikköä). Systemaattisesti ketjulähehtijakson jälkeen asioita työyhteisössään käsitelleet ketjulähetit lisäsivät muita ketjulähehtejä harvemmin sähköisen lähetteen käyttöönottoa (ero 5 prosenttiyksikköä), muuttivat lääkehoitoa (ero 7 prosenttiyksikköä) ja hoitotarvikevalikoimaa (ero 10 prosenttiyksikköä).

Opittujen asioiden käyttöönottoa edistävät ja estävät tekijät

Ketjulähettijaksolla opittujen asioiden käyttöönottoa edistävät tekijät jaettiin ketjulähettiä itseään, työyhteisöä, johtamista, ketjulähettijaksoa sekä sairaanhoitopiiriin kanssa tehtävää muuta yhteistyötä kuvaaviin luokkiin (taulukko 4). Käyttöönottoa edistivät erityisesti

ketjulähetin oma halu ja aktiivisuus kehittämiseen sekä myönteinen asenne.

Johdon ja koulutusvastaavien mielestä ketjulähettijaksolla opittujen asioiden käyttöönottoa edisti ketjulähettien oma innostus, myönteinen asenne ja moniammatillisuus. Heidän mukaansa käytäntöön viemistä edisti se, että jaksolle asetettiin selkeät tavoitteet ja muut työyhteisössä tiesivät perustelut ketjulähet-

Taulukko 3. Ketjulähettijakson jälkeen ketjulähettien työssään muuttamiin asioihin yhteydessä olevat tekijät*.

	n	OR	95 % LV	p
Lähtämisisindikaatiot				
– hoitajat ja muu henkilöstö	146	1		
– lääkäri ja hammaslääkäri	31	6,8	2,7-17,2	< 0,001
Lähteiden sisällön parantaminen				
– hoitajat ja muu henkilöstö	146	1		
– lääkäri ja hammaslääkäri	31	6,5	2,6-16,5	< 0,001
Lääkehoito				
– hoitajat ja muu henkilöstö	146	1		
– lääkäri ja hammaslääkäri	31	6,3	2,6-15,5	< 0,001
Sähköisen lähetteen käyttöönotto				
– hoitajat ja muu henkilöstö	146	1		
– lääkäri ja hammaslääkäri	31	3,2	1,1-9,1	0,033
Hoidon jatkuvuuden varmistaminen puhelimitse				
– alle 50 vuotta	80	1		
– 50 vuotta tai enemmän	97	2,1	1,1-4,1	0,029
Tiimityö				
– hoitajat ja muu henkilöstö	146	1		
– lääkäri ja hammaslääkäri	31	0,3	0,1-0,8	0,015
Ajankäyttö				
– hoitajat ja muu henkilöstö	146	1		
– lääkäri ja hammaslääkäri	31	0,2	0,1-0,6	0,003
Yleinen asenne				
– hoitajat ja muu henkilöstö	146	1		
– lääkäri ja hammaslääkäri	31	0,2	0,1-0,5	0,001
Oman työn arvostamisen lisääminen				
– hoitajat ja muu henkilöstö	146	1		
– lääkäri ja hammaslääkäri	31	0,1	0,0-0,3	< 0,001

* Logistisessa regressioanalyysissä selitettävänä tekijänä oli ilmoitettu muutos ja selittävinä muuttujina ikä, ammattiryhmä, ketjulähettijaksolle hakeutumisen peruste ja asioiden systemaattinen käsittely työyhteisössä. Taulukkoon on otettu vain tilastollisesti merkitsevät yhteydet.

tijaksolle lähtemiseen. Käyttöönottoa edisti myös ketjulähettilä jaksolla luomat kontaktiverkostot sekä lisääntynyt ymmärrys yhteistyön merkityksestä. Toimintakäytäntöjä muutettiin erityisesti silloin, kun erikoissairaanhoidosta tuli ketjulähetin mukana selkeä viesti.

Ketjulähettilä ilmoittamat ketjulähettilä jaksolla opittujen asioiden käyttöönottoa estävät

tekijät jaettiin ketjulähettilä itseään, työyhteisöä ja organisaatiota, johtamista sekä ketjulähettilä jaksossa kuvaaviin luokkiin (taulukko 4). Useimmin opittujen asioiden käyttöönottoa estäneinä tekijöinä mainittiin kiire, resurssi- ja aikapula sekä henkilöstön vaihtuminen.

Myös johdon ja koulutusvastaavien mielestä toimintatapojen muutosta esti aika- ja

Taulukko 4. Ketjulähettilä näkemyksiä ketjulähettilä jaksolla opittujen asioiden käyttöönottoa estävistä ja edistävistä tekijöistä.

	Käyttöönottoa estävät tekijät	Käyttöönottoa edistävät tekijät
Ketjulähettilä	<ul style="list-style-type: none"> – Oman aktiivisuuden puute – Vaikutusmahdollisuuksien puute – Monta uutta asiaa yhtä aikaa – Itsenäinen työ 	<ul style="list-style-type: none"> – Oma innostus, aktiivisuus ja asenne * – Tarve pitää taitoja yllä * – Käytäntöön viennistä saatu hyöty * – Muutokset työssä – Itsenäinen työ
Johto	<ul style="list-style-type: none"> – Johdon arvostuksen ja tuen puute – Puutteellinen kehittämisen koordinointi ja johtaminen – Johto ei mahdollista kehittämistä 	<ul style="list-style-type: none"> – Johdon myönteinen asenne * – Esimiehen tuki – Resurssien turvaaminen
Työyhteisö ja organisaatio	<ul style="list-style-type: none"> – Kiire, resurssipula ja henkilöstön vaihtuminen * – Vahvat rutiinit, asenteet ja muutosvastarinta * – Työyhteisön tuen puute * – Organisaation jäykkyys ja byrokratia, perinteiset roolit – Jatkuvat organisaatiomuutokset – Puutteet tiedonkulussa – Puutteet kehittämiskäytännöissä – Terveysasemien hajanaisuus ja erilaiset käytännöt 	<ul style="list-style-type: none"> – Myönteinen ilmapiiri ja työyhteisön sitoutuminen * – Salliva, oppiva työyhteisö – Osaava henkilökunta – Kehittämiskäytännöt ja -rakenteet
Ketjulähettilä jaksossa	<ul style="list-style-type: none"> – Opitut asiat harvoin vastassa omassa työssä * – Opit huonosti hyödynnettävissä nykyisissä tehtävissä * – Erilaisen toiminnan vuoksi kaikki asiat eivät sovellettavissa – Ei tarvetta muutokselle 	<ul style="list-style-type: none"> – Jaksolla luodut verkostot ja yhteistyön paraneminen * – Ymmärryksen ja tietojen lisääntyminen * – Onnistunut jakso * – Esh:n toiminnan ja yksikön tunteminen * – Koko organisaation sitoutuminen toimintaan – Innostuksen lisääntyminen – Kokonaisnäkömyksen laajentuminen
Yhteistyö sairaanhoitopiirin kanssa		<ul style="list-style-type: none"> – Alueelliset koulutukset – Hoitoneuvottelut – Yhteiset hoitoketjut ja hoitolinjaukset

– * Mainittu vähintään viidessä vastauksessa.

resurssipula. Lisäksi esteinä he mainitsivat puutteet ammattiryhmien välisessä yhteistyössä ja asenteissa sekä jäykän hallintomallin. Esteenä esiin nousi myös se, ettei oltu etukäteen mietitty tavoitteita mihin ketjulähettijaksolla pyritään. Ketjulähetit muuttivat lähinnä omia toimintatapojaan eikä kaikissa tapauksissa välttämättä koettu tarvetta laajemmalle muutokselle.

Ketjulähettijakson hyödyntäminen osaamisen johtamisessa

Johdolle ja koulutusvastaaville suunnatussa kyselyssä selvitettiin miten ketjulähettoimintaa voi hyödyntää osaamisen johtamisessa, kun tavoitteena on yksilön osaamisen, työyhteisön ja organisaation toiminnan sekä organisaatioiden välisen yhteistyön kehittä-

Taulukko 5a. Johdon ja koulutusvastaavien näkemyksiä ketjulähettijaksolla opittujen asioiden ja luotujen yhteistyöverkoston hyödyntämisestä osaamisen johtamisessa.

Yksilön osaamisen kehittäminen	Työyhteisön toiminnan kehittäminen
Tavoitteet <ul style="list-style-type: none"> – Yksilön omat tavoitteet – Käsittely kehityskeskusteluissa – Uusi työtehtävä – Pitkään samaa työtä tehneille tärkeä 	Opitun raportointi (työyhteisössä) <ul style="list-style-type: none"> – Tiedon välittäminen työyhteisössä – Foorumi oppien jakamiselle
Yksilön oppiminen <ul style="list-style-type: none"> – Benchmarkkaus – Omien työtapojen arviointi – Vertaistuki – Vaihtelua omaan työhön – Tutustuminen erikoissairaanhoidon toimintaan 	Työyhteisön oppiminen <ul style="list-style-type: none"> – Uusia oppeja, menetelmiä ja toimintakäytäntöjä työyhteisöön – Hyvistä käytännöistä oppiminen – Benchmarkkaus – Asiakasnäkökulma – Työnjako omassa työyhteisössä, hoitopolut selkeiksi – Kokonaisuuden hahmottuminen – Näkökulman avartuminen
Itsensä ja työnsä kehittäminen <ul style="list-style-type: none"> – Spesifit tiedot ja taidot – Osaamisen ja ymmärryksen syveneminen – Kokonaisuuden hahmottuminen – Motivaation paraneminen – Asteiden muuttuminen – Itsevarmuuden lisääntyminen – Asioiden tekeminen toisin – Opitun käyttöönotto 	Toiminnan muuttaminen <ul style="list-style-type: none"> – Opit käyttöön työyhteisössä – Suunnitelmallinen ja kokonaisvaltainen toiminnan kehittäminen ja toimintatapojen yhtenäistäminen – Toimitaan sovituksi yhteistyössä muiden hoitoon osallistuvien kanssa – Kehittämisasiat esille – Hoitoketjujen kehittäminen – Hoidon laadun parantaminen
Yksilön tekemä yhteistyö <ul style="list-style-type: none"> – Ketjulähetti tietojen välittäjänä – Verkostojen paraneminen, konsultoinnin helpottuminen 	Moniammatillinen yhteistyö <ul style="list-style-type: none"> – Yhteistyöverkoston muodostaminen – Yhteistyö hoitoketjun eri vaiheissa – Moniammatillisen toiminnan tehostuminen yhteistyön kautta – Rajapintojen tunnistaminen ja oikean hoitopaikan valinta

minen (taulukko 5a ja 5b). Yksilön osaamisen kehittämisessä nousi esiin tavoitteiden asettaminen, yksilön oppiminen, hänen itsensä ja työnsä kehittäminen sekä mahdollisuus yksilöiden välisen yhteistyön parantamiseen. Työyhteisötasolla toiminnan kehittäminen koostui opitun raportoinnista, työyhteisön oppimisesta, toiminnan muuttamisesta sekä yhteistyöstä.

Johto ja koulutusvastaavat pitivät ketjulähettitoimintaa merkityksellisenä toiminnan kehittämisessä myös koko organisaation tasolla. Ainoastaan yksi vastaaja oli sitä mieltä, että se palvelee enemmän työyhteisöä. Ketjulähettitoiminta tuki vastaajien mukaan organisaation oppimista, kokonaisuuksien johtamista ja kehittämistä sekä yhteistyön vahvistamista. Lisäksi se lisäsi toiminnan talou-

Taulukko 5b. Johdon ja koulutusvastaavien näkemyksiä ketjulähettijaksolla opittujen asioiden ja luotujen yhteistyöverkoston hyödyntämisestä osaamisen johtamisessa.

Organisaation toiminnan kehittäminen	Organisaatioiden välisen yhteistyön kehittäm.
Taloudellisuus ja tehokkuus <ul style="list-style-type: none"> – Toiminnan tehostaminen – Kustannustehokkuuden lisääntyminen, kun työ kohdentuu oikein ja tiedon saanti nopeutuu 	Toisten tunteminen ja arvostaminen <ul style="list-style-type: none"> – Ymmärrys toisen työstä – Toisen arvostuksen lisääminen – Perusterveydenhuollon osaamisen arvostaminen
Organisaation oppiminen <ul style="list-style-type: none"> – Organisaation osaamisen päivittäminen – Uudistuneiden hoitomuotojen käyttöönotto – Kehityksessä mukana pysyminen – Vertailu hyviin käytäntöihin – Osaavat yksilöt -> osaava työyhteisö – Tiedon jakaminen – Näkemyksen laajentaminen lisää luovuutta 	Yhteinen sopiminen <ul style="list-style-type: none"> – Haasteiden esiin nostaminen – Yhteiset toimintatavat ja hoitokäytännöt – Tarkoituksenmukaiset sopimuskäytännöt ja yhteistyökuviot – Vastavuoroisuus
<ul style="list-style-type: none"> – Kokonaisuuksien johtaminen ja kehittäminen – Sirpalemaisesta tiedon lisäämisestä kokonaisuuksien kehittämiseen – Päällekkäisyyksien karsiminen – Uusien työtapojen arviointi ja käyttö – Työnjaon uudistaminen – Muutosten eteenpäin vieminen – Tarpeiden huomioiminen – Moniammatillisuuden arvostaminen – Tietojärjestelmien hyödyntäminen – Tarvittaessa asiat johtoryhmään 	Hoidon jatkuvuus <ul style="list-style-type: none"> – Hoitoketjujen kehittäminen – Läheteiden ja palautteiden arviointi ja kehittäminen – Tiedon välittäminen
Organisaatiotason yhteistyö <ul style="list-style-type: none"> – Asioiden hoitaminen helpottuu – Kaikkea ei tarvitse tietää itse, voi kysyä neuvoa 	Yhteistyöverkostot <ul style="list-style-type: none"> – Verkostojen laajentaminen – Saadaan kasvat kontakteille – Yhteydenpidon helpottuminen

dellisuutta ja tehokkuutta. Organisaatioiden välisen yhteistyön kehittämisessä ketjulähettijakso antoi mahdollisuuden toisten tuntemisen ja arvostamisen lisäämiseen ja yhteistyöverkostojen laajentamiseen. Vastaajien mukaan ketjulähettitoiminta myös tuki yhteisistä asioista sopimista ja hoidon jatkuvuutta.

Pohdinta

Tutkimuksen luotettavuus

Ketjulähettitoiminnan seurantatutkimus ei sisällä tietoja ihmisten terveydestä tai sairauksista eikä siinä kajota ihmisen koskemattomuuteen. Sen vuoksi tutkimusta varten ei ollut välttämätöntä hankkia alueellisen eettisen toimikunnan lausuntoa (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999). Kyselylomakkeet kehitettiin ketjuläheteille ennen ketjulähettijaksoa ja välittömästi ketjulähettijakson jälkeen tehtyjen kyselyjen pohjalta. Kysymyksiin vaikutti lisäksi tutkijoiden ketjulähettitoiminnasta sama muu palaute. Tulokset raportoitiin siten, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa.

Johdon ja koulutusvastaavien osalta vastausprosentti jäi alhaiseksi. Syynä oli se, että joistain terveyskeskuksista ketjulähettijaksolla kävi vain muutama työntekijä. Toinen syy oli johdon runsas vaihtuvuus. Jos kyselylomakkeen saajalla ei ollut henkilökohtaista kokemusta toiminnasta, hän saattoi jättää vastaamatta.

Myös osa ketjulähettijaksolla käyneistä oli vaihtanut työpaikkaa, siirtynyt eläkkeelle tai oli tilapäisesti pois työstä esimerkiksi perhevapaalla, eikä kaikkia ketjulähettejä siksi tavoitettu. Osa ketjuläheteistä saattoi jättää vastaamatta, koska koki vaikeaksi muistaa mitä jaksolla oli oppinut. Mitä pidempi aika oppimisesta on, sitä enemmän voi ilmaantua muutokseen vaikuttavia tekijöitä. Toisaalta erityisesti ne täydennyskoulutuksen vaikutukset, jotka kohdistuvat työyhteisöön, tulevat ilmi vasta vähitellen vuosien kuluessa (Tenhula ym. 2008). Terveyskeskuksen kannalta tärkeää

onkin toiminnan jatkuva kehittäminen eri tahoilta saatujen oppimiskokemusten pohjalta.

Kyselytutkimusta olisi voitu syventää haastatteluilla, joilla olisi saatu tarkempaa tietoa terveyskeskusten osaamisen johtamisen käytännöistä sekä konkreettisia esimerkkejä ketjulähettijakson jälkeen tehdyistä muutoksista ja niiden vaikutuksista potilashoitoon. Ketjulähettitoiminnan kokonaisarviointin kannalta seurantatutkimuksella saatiin kuitenkin arvokasta tietoa terveyskeskusten toimintakulttuurista ja nykyisistä kehittämiskäytännöistä sekä ketjulähettitoiminnan hyödyllisyydestä ja soveltamismahdollisuuksista.

Tulosten tarkastelu

Ketjulähettijaksolla käyneet terveyskeskusten työntekijät olivat muuttaneet niitä hoito- ja toimintakäytäntöjä, joita he välittömästi ketjulähettijakson jälkeen aikoivat muuttaa. Yksilötason muutoksia tapahtui sekä asenteissa että käyttäytymisessä. Asioita käsiteltiin työyhteisötasolla, mutta systemaattinen käsitteleminen ei ollut yhteydessä ketjulähettijaksolla käyneiden hoito- ja toimintakäytäntöjen muuttumiseen, vaikka työyhteisöä pidettiin merkittävänä muutosta tukevana tekijänä. Aiemmassa tutkimuksessa on todettu, että niitä muutoksia on vaikeampi viedä käytäntöön, jotka edellyttävät yhteistyötä muiden työntekijöiden kanssa (Overton ym. 2009). Joskus systemaattinen käsitteleminen aikaansai jopa vähemmän muutosta kuin satunnainen käsitteleminen tai käsittelemättä jättäminen. Systemaattinen asioiden käsitteleminen ei välttämättä ole koskenut kaikkia muutettuja asioita. Toisaalta on voitu yhdessä todeta, ettei muutosta tarvita.

Koska systemaattista asioiden yhdessä käsitteilyä oli suhteellisen vähän, opittujen asioiden käyttöönotto jäi usein yksilön oman aktiivisuuden varaan. Terveystuollossa oppimista ja muutosta pidetään usein ensisijaisesti yksilön asiana. Tähän ovat syynä ammattilaisen vahva motivaatio omaan määräysvaltaan,

yksilön toimintaa tukevat asenteet ja työjärjestelyt sekä vakiintuneet käytännöt tukea, arvioida ja täydennyskoulutusrekistereillä seurata yksilön osaamisen kehittämistä työyhteisön osaamisen sijasta (Rushmer ym. 2004). Yksilöllinen toimintakulttuuri näkyi erityisesti lääkäreiden vastauksissa. Yksilökulttuurista yhdessä tekemisen kulttuuriin pääseminen edellyttää tietoista toimintaa ja siihen voidaan päästä ainoastaan työskentelemällä yhdessä (Caroll & Edmondson 2002).

Organisaation strategiset tarpeet eivät määritelleet ketjulähettijaksolle lähtemistä mikä asettaa haasteita organisaation kokonaisvaltaiselle kehittämiselle. Opittujen asioiden käsittely oli kuitenkin systemaattisempaa silloin, kun ketjulähettijaksolle lähtemistä ohjasi ensisijaisesti muut kuin työntekijän omat tarpeet. Paras tilanne on silloin, kun sekä yksilön että organisaation tavoitteet ovat samansuuntaiset ja ne tukevat toisiaan (Moilanen 2001). Kokonaisvaltainen käsitteleminen on erityisen tärkeää perusterveydenhuollossa, jossa työ edellyttää asiakkaiden hoidon kokonaisprosessin ymmärtämistä. Silloin kehittämistoiminnan lähtökohtana ovat ennen kaikkea asiakkaiden tarpeet, jotka ohjaavat yksilön ja organisaation osaamistarpeita.

Asioiden käsittelytapa vaihteli muodollisesta palautteenannosta vapaamuotoiseen kahvipöytäkeskusteluun. Tulos on yhteneväinen aiemman tutkimuksen kanssa, jossa levittäminen tapahtui suurimmaksi osaksi epämuodollisissa kohtaamisissa ja henkilökohtaisten verkostojen kautta (van Winkelen 2010). Tavoitteena on saada oppiminen ja toiminnan kehittäminen systemaattiseksi osaksi jokapäiväistä toimintaa. Opittujen asioiden käyttöönottoa omassa organisaatiossa voidaan tukea hyödyntämällä samoja oppimismenetelmiä joihin ketjulähettijaksotkin perustuvat eli työntekijöiden välisiä keskusteluja, työtilanteissa oppimista sekä verkostoja. Oman organisaation sisäiset ja ulkoiset verkostot ovatkin muodollista asemaa tärkeämpiä tekijöitä muutoksen aikaansaamisessa (Battilana & Casciaro 2013).

Osa tehdyistä muutoksista erosi ammattiryhmittäin, mikä selittyy erilaisilla työtehtävillä. Iäkkäämmät ketjulähetit ottivat ketjulähettijaksion jälkeen muita useammin puhelimitse yhteyttä erikoissairaanhoidon potilaan jatkohoitoon liittyneissä asioissa. Avoimessa ilmapöydässä ketjulähettijaksolta saatu oivallus jaetaan muiden työntekijöiden kanssa ja yhdessä luodaan kokonaisvaltainen ymmärrys hoidon jatkuvuuden turvaamisesta.

Opittujen asioiden käyttöönottoa määrittää vahvasti oppimis- ja soveltamispaikan konteksti sekä tehtävien ja olosuhteiden samankaltaisuus (Guzman ym. 2015). Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto toimivat samana toimialana sisällä, mutta niiden välillä on eroavaisuuksia. Ehkä merkittävin ero on erikoissairaanhoidon rakentuminen kapeiden, syvällistä osaamista vaativien erikoisalojen varaan, kun taas perusterveydenhuollossa samat ammattilaiset hoitavat hyvinkin erilaisia sairauksia asiakkaan kokonaistarpeista käsin (Gask 2005). Ketjulähetit tulkitsevat oppimiaan asioita oman työkontekstinsä läpi ja hyödyntävät niitä asioita, jotka ovat tärkeitä omassa työssä. Opittua voi soveltaa refleктоimalla itse (Sydänmaanlakka 2007), kuten monet ketjulähetit tekivät. Isommat useita henkilöitä koskevat muutokset edellyttävät yhteistä käsittelemistä (Overton ym. 2009).

Opitun käyttöönottoa edistivät erityisesti työntekijän oma innostus, aktiivisuus ja kehittämismyönteinen asenne. Oman aktiivisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien puute toisaalta esti käyttöönottoa. Työntekijät ovat terveyskeskuksissa merkittävä kehittämistyön resurssi. Tahtoa ja halua oman työn kehittämiseen löytyy, jos siihen annetaan mahdollisuudet. Myös aiemmissa tutkimuksissa työntekijän oma kehittämishalukkuus on nousut muutosta edistäväksi tekijäksi (Lee 2011; Mannermaa 2013). Muutosta on estänyt se, jos työntekijät kokevat ettei heillä ole oikeuksia tehdä muutoksia (Overton ym. 2009).

Työyhteisön näkökulmasta opitun käyttöönottoa edisti erityisesti myönteinen ilmapöytä ja työyhteisön sitoutuminen. Toisaalta

työyhteisöltä saatu tuen puute, vahvat rutiinit, asenteet ja muutosvastarinta estivät opittujen asioiden käyttöönottoa. Myös kehittämiskäytäntöjen puutteet, johdon tuen puute sekä erityisesti kiire ja resurssipula estivät muutosta. Tulos on yhtenevä Leen ja Mannermaan tutkimusten kanssa (Lee 2011; Mannermaa 2013). Myös Overton ym. (2009) tutkimuksessa pidettiin haasteena koko työyhteisön saamista mukaan ja muutosta tukevien keskustelufoorumien puuttumista. Todelliseen toiminnan muutokseen päästään silloin, kun olemassa olevat kehittämisen esteet tunnistetaan ja haastetaan kokonaisvaltaisen kehittämisen näkökulmasta lähtökohtana asiakkaiden tarpeet (Clarke & Wilcockson 2001).

Ketjulähettitoiminta koettiin hyödylliseksi osaamisen johtamisessa kaikilla neljällä toiminnan tasolla. Osaamisen johtamisen näkökulmasta ketjulähettijakson tarve liitettiin erityisesti yksilön osaamisen kehittämiseen. Työyhteisön tasolla nostettiin esille työyhteisön oppimisen ja toiminnan kehittämisen mahdollisuudet. Sekä työyhteisö- että organisaatiotasolla tapahtuva oppiminen ja toiminnan kehittäminen edellyttävät vahvaa rakennepääomaa. Osaamisen ja toiminnan kehittämisen mahdollistavat rakenteet ovat keskeisiä tekijöitä organisaation osaamispääoman kehittämisessä (Ojala 2008). Terveyskeskusten johto ja koulutusvastaavat pitivät ketjulähettitoimintaa myös mahdollisuutena tehostaa toimintaa. Silloin osaamisen kehittäminen ymmärretään koko organisaatiota koskevaksi eikä vain yksittäisen työntekijän toiminnan parantamiseksi. Johdon ja koulutusvastaavien vastauksissa nousi vahvasti esille tarve kehittää isompia kokonaisuuksia, jotka ulottuvat myös organisaatorajojen yli. Tässä ketjulähettitoiminta on hyvä apukeino.

Yhteistyön katsottiin kuuluvan kaikille neljälle tasolle. Yhteistyön korostuminen kuvaa ketjulähettitoiminnan toisen tavoitteen eli yhteistyön paranemisen nousemista osaamisen kehittämisen rinnalle. Samalla se vahvistaa näkemystä, jonka mukaan prosessilähtöisessä toiminnassa osaamisen johtamisen osa-

alueet muodostuvat asiantuntijoiden osaamisesta ja asiantuntijoiden välisestä yhteistyöstä (Tanttu 2007).

Johtopäätökset

Ketjulähettitoiminta on pitkän aikavälin seurannassa osoittautunut hyväksi tavaksi lisätä yksilöiden osaamista, se tarjoaa myös mahdollisuuksia työyhteisö- ja organisaatiotasolle sekä organisaatioiden väliselle toiminnan kehittämiseksi. Yksilötasolla oppiminen ja oppien soveltaminen ovat toteutuneet hyvin, mutta työyhteisötasolla systemaattinen oppimistarpeiden ja oppimistulosten käsittely on vielä puutteellista. Pelkkä yksilötasolla tapahtuva oppien hyödyntäminen tekee organisaatioista haavoittuvia, koska työntekijöiden vaihtuvuus on suurta. Siksi ketjulähettijaksoilta saatu tieto tulisi jalostaa koko työyhteisön osaamiseksi. Tämä on mahdollista, kun minimoidaan oppien käyttöönottoa estäneet tekijät, luodaan organisaatioon kehittämistä tukevat rakenteet, kannustetaan avoimeen tiedon jakamiseen ja luodaan työyhteisöön luottamuksellinen, kannustava ilmapiiri. Maaperä kehittämiseksi on jo otollinen, sillä puolet ketjuläheteistä muutti yleistä asennetta ja yli puolet asennoitumista omaan työhönsä ketjulähettijakson jälkeen. Tutkimus antaa tukea ketjulähettitoiminnan laajenemiselle uusien sairaanhoitopiirien alueille Suomessa. Lisäksi tulokset vahvistivat aiempaa käsitystä siitä miten täydennyskoulutuksissa opittuja asioita hyödynnetään käytännön työssä.

Terveystenhuollossa on jatkuvasti kehittämishaasteita. Kehittäminen ei voi enää koskea pelkästään yhtä yksikköä tai organisaatiota, esille nousevat entistä selvemmin organisaatorajat ylittävien hoitoprosessien sujuminen ja asiakaslähtöinen palveluiden kehittäminen. Jatkossa tarvitaan myös organisaatorajat ylittävän toiminnan, yhteistyön ja osaamisen laaja-alaisen hyödyntämisen tutkimusta.

Kirjallisuus

- Batalden, P., Davidoff, F., Marshall, M., Bibby, J. & Pink, C. (2011a) So what? Now what? Exploring, understanding and using the epistemologies that inform the improvement of healthcare. *BMJ Quality & Safety* 20 (1), i99–i105.
- Batalden, P., Bate, P., Webb, D. & McLoughlin, V. (2011b) Planning and leading a multidisciplinary colloquium to explore the epistemology of improvement. *BMJ Quality & Safety* 20 (1), i1–i4.
- Battilana, J. & Casciaro, T. (2013) The Network Secrets of Great Change Agents. *Harvard Business Review* 91 (7/8), 63–68.
- Cane, J., O'Connor, D. & Michie, S. (2012) Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Science* 7 (1), 37.
- Caroll, J.S. & Edmondson, A.C. (2002) Leading organisational learning in health care. *Quality & Safety in Health Care* 11 (1), 51–56.
- Clarke, C.L. & Wilcockson, J. (2001) Professional and organizational learning: analysing the relationship with the development of practice. *Journal of Advanced nursing* 34 (2), 264–272.
- Coleman, K., Austin, B.T. Brach, C. & Wagner E.H. (2009) Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *Health Affairs* 28 (1), 75–85.
- Crane, L. & Bontis, N. (2014) Trouble with tacit: developing a new perspective and approach. *Journal of Knowledge Management* 18 (6), 1127–1140.
- DeMarco, T. (2002) *Slack. Getting Past Burnout, Busywork and the Myth of Total Efficiency*. New York: Broadway Books.
- Dolcourt, J.L. (2000) Commitment to Change: A Strategy for Promoting Educational Effectiveness. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions* 20 (3), 156–163.
- Elwyn, G., Taubert, M. & Kowalczyk, J. (2007) Stricky knowledge: A possible model for investigating implementation in healthcare contexts. *Implementation Science* 2: 44.
- French, B., Thomas, L.H., Baker, P., Burton, C.R., Pennington, L. & Roddam, H. (2009) What can management theories offer evidence-based practice? A comparative analysis of measurement tools for organisational context. *Implementation Science* 4:28.
- Gask, L. (2005) Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. *Social Science & Medicine* 61 (8), 1785–1794.
- Gorelick, C. & Tantawy-Monsou, B. (2005) For performance through learning, knowledge management is the critical practice. *The Learning Organization* 12 (2), 125–139.
- Guzman, G., Fitzgerald, J.A., Fulop, L., Hayes, K., Popopat, A., Avery, M., Campbell, S., Fisher, R., Gapp, R., Herington, C., McPhail, R. & Vecchio, N. (2015) How best practices are copied, transferred, or translated between health care facilities: A conceptual framework. *Health Care Manage Review* 40 (3), 193–202.
- Heino, H. & Taskinen, H. (2012) Lähijohtaja muutostohtajana terveydenhuollon organisaatioissa – edistävät ja estävät tekijät. *Premissi* 7 (6), 51–57.
- Huber, G.P. (1991) Organizational learning: the contributing processes and the literatures. *Organization Science* 2 (1), 88–115.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999. <URL: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>>. Luettu 10.3.2014.
- Lee, N.-J. (2011) An evaluation of CPD learning and impact upon positive practice change. *Nurse Education Today* 31 (4), 390–395.
- Lönnqvist, A., Kujansivu, P. & Antola J. (2005) *Aineettoman pääoman johtaminen*. Tampere: JTO-Palvelut Oy.
- Mannermaa, K. (2013) *Tiedon jalostaminen osaamiseksi – vertaileva tutkimus yksityisen ja julkisen sektorin työterveyshuolto-organisaatioissa*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen teknillinen yliopisto, julkaisu 1117.
- Michie, S., Johnston, M., Abraham, C., Lawton, R., Parker, D. & Walker, A. (2005) Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Quality and Safety in Health Care* 14 (1), 26–33.
- Moilanen, R. (2001) *Oppivan organisaation mahdollisuudet*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Myyry, L. (2008) *Osaamisen johtamisen hyviä käytäntöjä: tuottavuutta ja hyvinvointia työpaikoille*. Helsinki: Tykes raportteja 60.
- Otala, L. (2008) *Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu*. Helsinki: WSOYpro.
- Overton, G.K., McCalister, P., Kelly, D. & Macvicar, R. (2009) Practice-based small group learning: How health professionals view their intention to

- change and the process of implementing change in practice. *Medical Teacher* 31, 514–520.
- Rowley, S. (2006) The journey of a teaching hospital to become a learning organisation. *Australian Health Review* 30 (2), 232–240.
- Rushmer, R., Kelly, D., Lough, M., Wilkinson, J.E. & Davies, H.T.O. (2004) Introducing the Learning Practice – II. Becoming a Learning Practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 10 (3), 387–398.
- Salunen, R., Löfgren, T., Holmberg-Marttila, D. & Mattila, K. (2009) Ketjulähettilä välittää tietoa erikoissairaanhoidon ja terveystieteisiin. *Suomen Lääkärilehti* 64 (51/52), 4471–4477.
- Salunen, R., Holmberg-Marttila, D. & Mattila, K. (2012) Toisen työstä oppiminen. Ketjulähettilätoiminnan arviointi terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 49 (4), 302–316.
- Salunen, R., Holmberg-Marttila, D. & Mattila, K. (2013). Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö. Ketjulähettilätoiminnan seurantalutkimus. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 41 (3), 246–261.
- Sanchez, R. (2004) Understanding competence-based management. Identifying and managing five modes of competence. *Journal of Business Research* 57 (5), 518–532.
- Sargeant, J., Bruce, D. & Campbell, C.M. (2013) Practicing Physicians' Needs for Assessment and Feedback as Part of Professional Development. *Journal of continuing education in the health professions* 33 (1), 54–62.
- Scott, I. (2014) Ten clinician-driven strategies for maximizing value of Australian health care. *Australian Health Review* 38 (2), 125–133.
- Sihvo, P., Jauhiainen, A. & Ikonen, H. (2015) Asiakaslähtöiset sähköiset terveystieteet käyttöön. *Pro terveystieteet* 42 (6), 10–12.
- Sydänmaanlakka, P. (2007) Älykäs organisaatio. *Economica-kirjasarjan julkaisu nro 17*. Talentum Media Oy.
- Tanttu, K. (2007) Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. *Acta Wasaensia* No 176.
- Tenhula, T., Autti, T. & Helin-Salmivaara, A. (2008) Vaikuttavuutta lääkärin ammatilliseen täydennyskoulutukseen. *Duodecim* 124 (3), 284–289.
- Tukia, H., Kivinen, T. & Taskinen, H. (2007) Knowledge management diskursseissa suomalaisissa terveydenhuoltoalan tieteellisissä ja ammatillisissa lehdissä. *Hallinnon tutkimus* 26 (1), 34–49.
- Tuomi, L. & Sumkin, T. (2012) Osaamisen ja työn johtaminen. Organisaation oppimisen oivalluksia. Helsinki: Sanoma Pro.
- Uotila, T-P. (2010) Osaamistiedon epistemologiat systeemiteoreettisesta näkökulmasta. Teoksessa T-P, Uotila (toim.) Ikkunoita osaamisen johtamisen systeemiseen kokonaisuuteen. Vaasan yliopiston julkaisuja, tutkimuksia 293.
- van Winkelen C. (2010) Deriving value from inter-organizational learning collaborations. *The Learning organization* 17 (1), 8–23.
- Virtanen, P. & Stenvall, J. (2009) Reflektio, luottamus ja tieto muutosprosessissa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 37 (1), 27–37.
- Weick, K.E. & Quinn, R.E. (1999) Organizational change and development. *Annual Review of Psychology* 50, 361–386.
- Örtenblad, A. (2004) The learning organization: towards an integrated model. *The Learning Organization* 2004 (11) 2, 129–144.
- Øvretveit, J., Bate, P., Cleary, P., Cretin, S., Gustafson, D., McInnes, K., McLeod, H., Molfenter, T., Plsek, P., Robert, G., Shortell, S. & Wilson, T. (2002) Quality collaboratives: lessons from research. *Quality & Safety in Health Care* 11(4), 345–351.