

Osaavan työvoiman varmistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon murroksessa (COPE-konsortio)

Tilannekuvaraportti 2016

Ilmo Keskimäki (*konsortion johtaja*), Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
Timo Sinervo, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
Sari Kujala, Aalto-yliopisto
Tarja Heponiemi, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
Soile Juujärvi, Laurea-ammattikorkeakoulu
Piia Silvennoinen, Laurea-ammattikorkeakoulu
Vuokko Niiranen, Itä-Suomen yliopisto

Osaavan työvoiman varmistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon murroksessa (Competent workforce for the future - COPE)

– Tilannekuva-analyysi

Ilmo Keskimäki¹, Timo Sinervo¹, Sari Kujala², Tarja Heponiemi¹, Soile Juujärvi³, Piia Silvennoinen³ ja Vuokko Niiranen⁴

¹Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, ²Aalto-yliopisto, ³Laurea-ammattikorkeakoulu, ⁴Itä-Suomen yliopisto

1. Tiivistelmä

COPE-hanke etsii ratkaisuja sosiaali- ja terveydenhuollon työn haasteisiin tutkimalla koulutusta, johtamista ja hallintoa, maahanmuuttajia työntekijöinä ja asiakkaina sekä digitalisaatiota. Viisi osahanketta kohdentuvat eri osa-alueisiin sosiaali- ja terveydenhuollon työelämän murroksessa: 1) työelämän ja toimintaympäristön muutos palvelujen uudistamisen ja monitasoisen integraation seurauksena; 2) digitaalisten palvelujen käyttäjäystävälliset ratkaisut; 3) monikulttuurisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa; 4) koulutus kompetenssin ja elinikäisen oppimisen mahdollistajana; ja 5) hallinto ja johtaminen varmistamassa muuttuvan työelämän tarvitsemaa osaamista.

Suomalainen laajaan sekä perustason että erikoistason palvelut kattavaan integraatioon tähtäävä sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistussuunnitelma mahdollistaa täysin uudenlaisten organisaatorakenteiden ja toimintamallien muodostamiseen verrattuna muihin maihin. Tietoa, millaisia vaatimuksia tämä asettaa osaamiselle, ei ole. Hankkeen kanssa yhteistyössä toimivat palvelujärjestelmäorganisaatiot valmistautuvat parhaillaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistumiseen, mikä antaa hyvät mahdollisuudet selvittää, mitä vaikutuksia palvelujärjestelmän muutoksilla on organisaatioihin, toimintatapoihin sekä osaamisvaatimuksiin.

Hanke kartoittaa paikallisia ratkaisuja sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatioon, työnjaon kehittämiseen, digitalisaatioon sekä valinnanvapauteen liittyviin haasteisiin ja selvittää millaisia vaatimuksia ratkaisut asettavat henkilöstön osaamistarpeille. Tutkimuskohteena on myös meneillään olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusprosessissa muodostuvien monialaisten ja uudentyyppisissä hallinnollisissa rakenteissa toimivien organisaatioiden johtaminen. Hankkeessa tutkitaan organisaatiouudistusten toteuttamista tilanteissa, joissa sekä johtajien että työntekijöiden osaamisen on vastattava uusia toimintatapoja siten, että tuloksellisuuden, integraation ja moniammatillisen työskentelyn tavoitteet toteutuvat.

Hankkeessa tunnistetaan hyviä käytäntöjä sekä ammattilaisten tarvitsemaa tietämystä ja taitoja, jotka tukevat sähköisten palveluiden käyttöönottoa ja pidemmän ajan hyödyntämistä sekä kehittää keinoja parantaa maahanmuuttajien työhön osallistumista esimerkiksi uudenaikaisella koulutuksella ja tukea sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamista kohdata maahanmuuttaja-asiakkaita. Hanke kehittää pedagogisia malleja ja menetelmiä ammatillisen ongelmanratkaisun ja päätöksenteon osaamisen edistämiseksi elinikäisen oppimisen näkökulmasta.

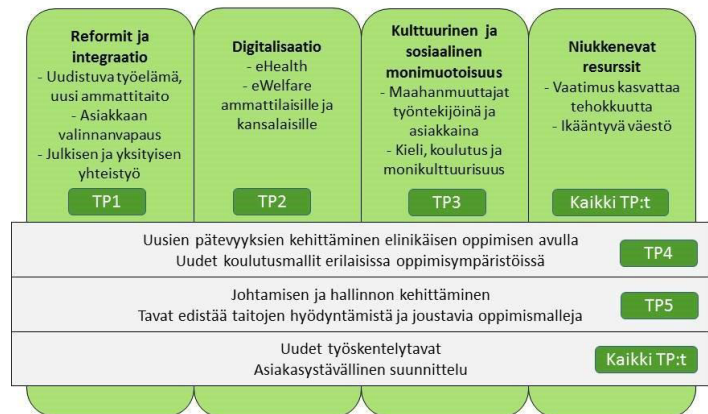
Hanke muodostaa kattavan kuvan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän muutosprosessista ja henkilöstön, johdon ja asiakkaiden näkemyksistä muutosprosessin haasteista. Hanke toteutetaan

yhteistyössä eri vaiheissa alueellista sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta olevien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden sekä sosiaali- ja terveydenhuollon digitaalisia palveluita kehittävien verkostojen kanssa. Tutkimus hyödyntää monialaisesti erilaisia tutkimusmenetelmiä sekä käyttää kumuloituvaa aineistonkeruuta ja interventiotutkimuksen lähestymistapoja.

2. Mihin ongelmaan konsortio hakee ratkaisua?

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmällä on useita haasteita vastattavanaan. Näihin kuuluu meneillään oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus, joka pyrkii tehostamaan palvelujen integraatiota sekä hallinnon että työtapojen tasolla. Suunniteltu uudistus pyrkii alueellisesti järjestettyyn sosiaali- ja terveydenhuoltoon, jossa perus- ja erityistason palvelut ja yksityiset ja julkisen sektorin palvelujen tuottajat tuottaisivat saumattomasti väestölle sen tarvitsemat sosiaali- ja terveystyöpalvelut. Palvelujärjestelmän uudistus on voimakkaasti sidoksissa moniin yhteiskunnallisiin muutoksiin, kuten väestön ikääntymiseen ja alueellisesti eriytyneeseen taloudelliseen kehitykseen, joiden seurauksena Suomen hajautunut, kuntaperustainen hyvinvointipalvelujärjestelmä on kriisiytymässä ja sen uudistamistarpeesta on tullut ilmeistä (Saltman & Teperi 2016). Eräät kehityskulut, kuten teknologian kehitys ja lisääntyvä kansainvälinen muuttoliike, voivat toisaalta tarjota ratkaisumahdollisuuksia palvelujärjestelmän haasteille, mutta toisaalta ne ovat omiaan luomaan uusia haasteita järjestelmän toiminnalle. Yhteisvaikutuksena palvelujärjestelmän uudistukseen ja yhteiskunnallisiin kehityskuluihin liittyvät haasteet vaikuttavat voimakkaasti työelämään sosiaali- ja terveydenhuollossa ja edellyttävät muutoksia järjestelmän hallinnossa ja johtamisessa, työprosesseissa ja työntekijöiden kelpoisuus- ja pätevyysvaatimuksissa. Koska sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö muodostaa merkittävän osan työvoimasta, on sektorin työvoiman käytön tehokkuudella heijastusvaikutuksia myös muilla työvoimapolitiikan lohkoilla.

Hankkeen lähtökohtia tarkastellaan kuviossa 1. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteena on siirtää palvelujen järjestämisvastuu isompiin yksiköihin, integroida palvelut paremmin horisontaalisesti ja vertikaalisesti, ja laajentaa asiakkaiden valinnanvapautta koskemaan myös yksityisiä palveluntuottajia. Asetettujen tavoitteiden saavuttaminen edellyttää merkittäviä muutoksia myös sosiaali- ja terveydenhuollon työkäytännöissä. Väestörakenteen muutokset, väestön ikääntyminen ja muuttoliike lisäävät palvelujen tarvetta ja muuttavat asiakasrakennetta, minkä ohella myös



Kuvio 1. COPE-hankkeen lähtökohdat

henkilöstö ikääntyy ja sen vaihtuvuus kasvaa. Digitalisaation on ajateltu tarjoavan uusia mahdollisuuksia palvelujen integraatioon ja työn kehittämiseen, mutta samalla se luo uusia haasteita työntekijöiden osaamiselle ja asiakkaiden mahdollisuuksille hyödyntää uusia palvelukonsepteja. Maahanmuuttajatyöntekijät voivat paikata eläköitymisen aiheuttamaa henkilöstövajetta, mutta heidän työpanoksensa hyödyntäminen edellyttää, että koulutusjärjestelmä osaa tunnistaa uusien tuen muotojen tarpeen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä työelämän muutokset edellyttävät työntekijöiden taitojen ja osaamisen uudistumista. Uudet haasteet edellyttävät koulutuksen uudistamista ja mahdollisuutta osaamisen päivittämiseen työuran aikana. Uudet työskentelytavat puolestaan edellyttävät uutta osaamista asiakastyössä ja johtamisessa. Myös digitalisaation mahdollisuuksien tehokas hyödyntäminen vaatii työprosessien uudistamista ja työntekijöiltä uutta osaamista muun muassa osallistumisessa asiakaslähtöiseen uusien palvelujen ja palveluteknologian yhteiskehittämiseen.

COPE-hanke etsii ratkaisuja tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon työn haasteisiin tutkimalla koulutusta, johtamista ja hallintoa, maahanmuuttajia työntekijöinä ja asiakkaina sekä digitalisaatiota. Viisi osahanketta kohdentuvat eri osa-alueisiin sosiaali- ja terveydenhuollon työelämän murroksessa: 1) työelämän ja toimintaympäristön muutos sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja siihen liittyvän monitasoisen integraation seurauksena; 2) yhteiskehitettyjä käyttäjäystävällisiä ratkaisuja lisääntyvään digitalisaatioon; 3) tietojen ja taitojen optimaalinen hyödyntäminen monikulttuurisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa; 4) koulutus kompetenssin ja elinikäisen oppimisen mahdollistajana; ja 5) hallinto ja johtaminen varmistamassa työelämän tarvitseman osaamisen ja jatkuvan oppimisen.

3. Mikä on toimintaympäristön tiedontaso tässä ongelmakentässä?

Seuraavassa katsauksessa tarkastellaan aiempaa tutkimuskirjallisuutta hankkeen kannalta olennaisilta alueilta, joita ovat 1) organisaatioiden, johtamisen ja työn muutos, 2) koulutus, 3) sähköisten palvelujen käyttöönotto ja 4) monikulttuurisuus. Katsaus kohdistuu sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuvaan tutkimukseen. Katsauksessa ei ole pyritty kattavuuteen, vaan käsitelty tutkimuslinjoja, joita hyödynnetään tutkimushankkeen toteutuksessa.

ORGANISAATIOIDEN, JOHTAMISEN JA TYÖN MUUTOS

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja aluehallinnon uudistuksiin liittyen sosiaali- ja terveystalouden organisaatioissa korostuu tavoite luoda uudenlaisia, verkostomaisesti toimivia moniammatillisia toimintakokonaisuuksia ja työyhteisöjä, sekä vähentää perinteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon sektorirajoja (Niiranen 2015). Uudistuksien seurauksena yleistyvät myös erimuotoiset hajautetut ja uudenlaiset hybridimuotoiset organisaatiot. Samalla sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien työssä lisääntyy myös tarve tunnistaa hajautetun organisaation johtamiseen ja hajautetussa organisaatiossa työskentelemiseen liittyviä erityispiirteitä. Myös laajemmat asenteiden, arvojen ja poliittisten voimasuhteiden muutokset näkyvät sosiaali- ja terveystalouden johtamisessa (Duncan & Schoor 2014; Mair ym. 2015; Vartiainen ym. 2004). Hajautettujen organisaatioiden monialaisuus ja erilaiset piirteet haastavat johtamisen, sillä hajautettu organisaatio voi sisältää sekä erilaisia verkostoja että eri paikoissa eri aikaan tapahtuvaa työtä ja erilaisia mutta silti samaan aikaan esiintyviä organisaation rakenteellisia ja kulttuurisia ulottuvuuksia (Christensen & Lagreid 2011; Ospina & Saz-Garranza 2010).

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien työssä on noussut vahvasti esiin eri tehtävissä työskentelevien ammattilaisten perinteiset tehtäväalueet sekä erilaiset valta- ja professioreviirit ja samalla ammattiryhmien sisällä olevat erikoistumisalueet ja niiden hierarkkiset rajapinnat (Bevir 2011; Lumijärvi & Leponiemi 2014). Moniammatillisen työyhteisön johtaminen tulee todennäköisesti nousemaan aikaisempaa sensitiivisemmäksi, erityisesti tilanteissa, joissa johdettavan työyhteisön työntekijät edustavat erilaisia vahvoja ammattiryhmiä, sekä tilanteissa joissa ammattilaiset ovat tottuneet siihen, että johtaja edustaa heidän kanssaan samaa ammattiryhmää (Eteläpelto 2014). Samaa aikaan työntekijöiden rooli työn ja työyhteisön kehittäjänä on muuttumassa yhä enemmän aktiivisen kehittäjän ja uudenlaisen organisaatiokansalaisuuden suuntaan (Laulainen 2014). Sosiaali- ja terveystalouden johtaja joutuu toimimaan työssään eri tahoilta tulevien, usein toisilleen vastakkaistenkin odotusten ristipaineissa. Työssä

on vastattava eri tahoilta tuleviin uudistamisen vaatimuksiin ja säilytettävä samaan aikaan toiminnan ennakoitavuus ja luotettavuus (Quinn 1988; Niiranen & Lammintakanen 2014).

Osaltaan näitä sosiaali- ja terveysjohdon työhön kohdistuvia, usein ristiriitaisiakin odotuksia selittää se, että kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintakokonaisuus on nyt 2010-luvun lopulla hyvin erilaisten tavoitteiden ja erityyppisen ohjauksen kohteena sekä valtakunnallisesti että paikallisesti (Niiranen & Joensuu 2014). Palvelut ovat valtakunnallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan väline ja niissä näkyvät kulloisetkin politiikan ja talouden muutokset. 2010-luvun lopun ja 2020-luvun alun sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistuksessa sosiaali- ja terveysministeriön ohjausote todennäköisesti voimistuu. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioilla on myös velvoite lakisääteisten palvelujen tuottamiseen ja ne muodostavat uudistuvissa toimintarakenteissa myös uudenlaisen yksityisen ja julkisen toimintamallin kohtaamispaikan ja mahdollisesti vielä uudenlaisten verkostokumppanuuksien alustan (Niiranen & Lammintakanen 2014). Julkisen sektorin palveluihin kohdistuukin uudenlaisia, nopeita vaikutuksia implikoivia tuloksellisuusodotuksia. Palveluiden tuloksellisuuden ja laadun arviointiin tarvitaan – ja niihin myös kehitetään – uusia arviointitapoja ja mittareita, mutta niiden käyttöönottoaminen edellyttää myös johdolta uudenlaista osaamista (Jääskeläinen & Sillanpää 2012).

Palvelujärjestelmän integraatio

Hoidon integraation kehittäminen on tavoitteena useissa maissa, mutta integraation taso ja laajuus vaihtelevat (Nolte ym. 2008). Kapeimmillaan hoidon integraatio voi tarkoittaa lääkärin ja sairaanhoitajan yhteistyötä ja laajimmillaan suomalaista tavoitetta, koko sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota, mikä kansainvälisesti on poikkeuksellista (Ahgren & Axelsson 2007, Tynkkynen ym. 2016). Kaikkien integroitavien toimintojen yhdistäminen samaan organisaatioon, Hamin (2011) mukaan 'aito' integraatio, ei kuitenkaan välttämättä johda asiakkaan kannalta saumattomaan hoitoon. Olennaista on asiakastasolla tapahtuva toiminta ja toimintamallien muutokset. Laajimmin sovellettu terveyshyötymalli (engl. chronic care model) kohdistuu tähän asiakasrajapintaan ja sen on osoitettu tuottavan hyviä tuloksia niin asiakkaille kuin henkilöstöllekin (Bodenheimer ym. 2002, Coleman ym. 2009). Se rajautuu kuitenkin pitkäaikaissairaisiin ja keskittyy terveydenhuollon näkökulmaan.

Suomessa laajat, maakuntien kokoiset kuntayhtymät ovat tähän asti toimineet lähinnä aidon integraation mallilla (Ham 2011), jossa palveluketjun eri osat ovat saman organisaation hallinnassa. Yksityisiä palveluntuottajia on käytetty rajallisesti. Integraatiota ja hoidon koordinaatiota voidaan toteuttaa toisaalta palveluohjauksen avulla ja toisaalta asiantuntijoiden ja organisaatioiden lisääntyvän yhteistyön avulla. Kehitettäessä integraatiota on luotu uusia toimintamalleja, kuten kotikuntoutuksen malli, jossa asiakas ei siirry kuntoutettavaksi hoitopaikkaan, vaan kuntoutus tulee kotiin. Samoin psykiatrian alalla erikoissairaanhoitoa ja peruspalveluita yhdistettäessä on luotu uudenlaisia asiakaslähtöisiä toimintamalleja. Toistaiseksi nämä mallit ovat kuitenkin yksittäisiä esimerkkejä, eikä laajempaa tutkimusta toimintamallien toimivuudesta ja niillä saavutetuista tuloksista ole juurikaan olemassa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valmisteilla olevan uudistuksen tavoitteena on asiakkaiden valinnanvapauden lisääminen ja samalla yksityisten palveluntuottajien osuuden kasvu. Tavoite tuo oman haasteensa integraatiolle pirstomalla palvelukokonaisuuksia ja muuttamalla uudenlaisten, yhteistyöhön perustuvien toimintamallien luomisen haasteellisemmaksi (Sinervo ym. 2016). Monituottajamallin seurauksena palveluiden yhteensovittamisesta voi tulla hankalaa ja asiakkaan kannalta palveluketjuun voi tulla aukkoja ja sen sujuvuus heiketä. Kun kaikki palveluketjun osat eivät ole saman organisaation hallinnassa, tarvitaan vastuuhenkilö (case manager, care coordinator) koordinoimaan asiakkaan palveluita (Leischenring ym. 2015).

Siitä, missä määrin palveluiden integraatio ja monituottajamalli tuottavat tarpeita uudenaikaiseen osaamiseen, on varsin vähän tietoa. Henkilöstön näkökulmasta tiedetään, että tiimityön hallinta ja verkostojen johtaminen ovat kriittisiä kysymyksiä (Legault ym. 2012). Samoin tiedetään, että terveyshyötymallin kaltainen toimintatapa, jossa yleensä sairaanhoitaja toimii asiakkaan palvelujen koordinaattorina, lisää hoitajan työn vaativuutta. Palvelukoordinaattorin on pystyttävä varsin itsenäiseen työhön ja hänen on tunnettava muu palvelujärjestelmä hyvin (Jolanki 2016). Työnjaon muutokset ja integraatio edellyttävät vaativat myös sopivaa johtamistyyliä sekä ammatillisten kulttuurien yhteensovittamista. Myös vastuunantaminen toiselle ammattiryhmälle voidaan kokea ongelmaksi (Jolanki 2016, Liberati ym. 2016).

KOULUTUS

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa työnjakoa on muutettu useiden ammattikuntien välillä, millä on ollut vaikutusta tehtäväkuviin ja edelleen osaamisvaatimuksiin. Esimerkiksi terveyskeskuksissa muutos näkyy siten, että hoitajien rooli on korostunut voimakkaasti. Erityisesti pitkäaikaissairaiden hoidossa asiakas tapaa lähinnä hoitajan, joka tarvittaessa pyytää lääkärin ratkaisemaan ongelman. Samoin akuuttivastaanotoilla hoitajat ottavat asiakkaan vastaan ja tarpeen tullen ohjaavat lääkärin vastaanotolle tai konsultoivat lääkäriä (Parhiala ym. 2016, Syrjä ym. 2016). Lisäksi sairaanhoitajille on luotu lisäkoulutus, jonka suoritettuaan sairaanhoitajalla on oikeus määrätä rajatusti lääkkeitä. Tämänkaltaisen työnjaon muutos on meneillään myös kansainvälisesti (Maier & Aiken 2016). Työnjakoa muuttaa myös kokonaan uusi, osia lähihoitajakoulutuksesta sisältävä hoiva-avustajakoulutus, jolla pyritään siihen, että työelämään on mahdollista päästä lähihoitajakoulutukseen verrattuna nopeammin (esimerkiksi maahanmuuttajat tai alan vaihtajat), ja että koulutettujen on ajateltu työskentelevän esimerkiksi vanhuspalveluiden avustavissa tehtävissä (Sinervo ym. 2013).

Sosiaali- ja terveysalalla ammattilaisten koulutus kattaa kaikki koulutustasot, joita kuitenkin ohjaavat osittain erilaiset koulutusfilosofiat. Yliopistokoulutuksen taustalla on tosiasiatietoa korostava tieteellinen realismi, kun taas ammattikorkeakoulutus edustaa pragmatismia, jonka mukaan opiskelijat kehittävät uusia tietoja ja taitoja kohdatessaan työelämän aitoja ongelmia. Koulutusfilosofinen jako korostaa käytännön kokemusta ja teoreettista tietoa yhdistelevää abduktiivista päättelyä ammattikorkeakoulutukselle ominaisena ongelmanratkaisumuotona (Tautila & Raji 2012). Myös ammatillista asiantuntijuutta tutkinut Tynjälä (2016) näkee kokemuksellisen, käytännöllisen tiedon yhtenä asiantuntijatiedon komponenteista teoreettisen tiedon, itsesäätelytiedon ja sosiokulttuurisen tiedon rinnalla. Tynjälän mukaan oppiminen tapahtuu integroimalla eri tiedon lajeja käytännön ongelmanratkaisussa. Tämän ns. integratiivisen pedagogiikan mukaan keskeistä on tuottaa ongelmanratkaisuprosesseja, jotka ovat sidoksissa aitoihin työympäristöihin ja niiden välittämään sosiokulttuuriseen tietoon. Empiiristä tutkimusta käytännön ongelmanratkaisun pedagogiikasta on kuitenkin vähän. Juujärven ja Pesson (2008) tutkimus pienryhmäkeskusteluista eettisen ongelmanratkaisun edistäjänä sosionomikoulutuksessa on varhainen esimerkki. Lähtökohtaisesti koulutusinterventioissa on käytetty aineistoina ammattialalle tyypillisiä haastavia ongelmia tai tapausesimerkkejä. Aidot työelämän ongelmat kuitenkin sisältävät eriasteisia kognitiivisia ja moraalisia ristiriitoja ja siten poikkeavat kouluttajien valitsemista standardiongelmistä (Juujärvi 2006, Myyry & Helkama 2007).

Kansainvälinen tutkimus osoittaa, että opiskelijoiden kognitiivisten taitojen oppimisen taustalla on ajattelun kehityksen lainalaisuudet, joista kouluttajien tulisi olla tietoisia. Aikuisuuden ajattelun laajoja kehityslinjoja edustavat erityisesti tieteellisen ajattelun ja tietokäsitysten kehitys (Perry 1970, King & Kitchener 2004, Schommer-Aikins 2004) sekä moraalijattelun kehitys (Rest 2014, Juujärvi 2016). Nykynäkemyksen mukaan oppiminen on aktiivista toimintaa, jossa oppija muokkaa sekä käsityksiään että ajattelunsa rakenteita niin, että hän pystyy ymmärtämään paremmin maailman ilmiöitä. Opettajan tulee tunnistaa opiskelijan

aikaisemmat tiedot, taidot ja kokemukset sekä haastaa häntä kriittiseen ajatteluun (Mikkilä-Erdmann 2016). Laajojen tutkimuskatsausten mukaan (King & Mayhew 2002, Pascarella & Terenzini 2005) opiskelijoiden kriittisen ajattelun kehittymistä voidaan merkittävästi tehostaa interventioilla, joille on ominaista yhteistoiminnallinen oppiminen, toverikontaktit sekä opettajien ja opiskelijoiden välinen aktiivinen vuorovaikutus.

Sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa on enenevässä määrin kokeiltu simulaatiopedagogiikkaa ammattilaisten osaamisen laaja-alaisessa kehittämisessä, sisältäen esimerkiksi kriittisen reflektion, moniammatillisen tiimityön, kliinisen päätöksenteon ja monikulttuurisen ohjauksen (Kelly ym. 2014, Bethea ym. 2014, Bahreman & Swoboda 2016). Opiskelijat toimivat työntekijän rooleissa simuloidussa työtilanteessa ja käyvät reflektiokeskustelun tilanteen jälkeen. Logien ym. (2013) katsauksen mukaan sosiaalialan opiskelijat pitävät standardoituja asiakastyön simulaatioita realistisena ja hyödyllisenä ammatillisten taitojen kehittymisen menetelmänä. Simulaatiota pidetään lupaavana menetelmänä myös tulevaisuuden taitojen oppimisessa (Pettine ym. 2011).

SÄHKÖISTEN PALVELUJEN KÄYTTÖÖNOTTO

Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, ettei sähköisten palveluiden tuominen terveydenhuoltoon ei itsessään paranna hoidon laatua (Black ym. 2011, Heeks 2006). Suurimmassa osassa arvioiduista tapauksista ei ole onnistuttu hallitsemaan palvelujen käyttöönottoa niin, että olisi saatu aikaan merkittävää hyötyä (Agarwal ym. 2010). Onnistuneen käyttöönoton onkin katsottu edellyttävän käyttäjäkeskeistä suunnittelua, jossa sekä potilaat että hoitohenkilökunta osallistetaan uusien ratkaisujen hyväksyttävyyden, hyödyllisyyden ja helppokäyttöisyyden varmistamiseksi. Oleellista on tunnistaa kokonaiskuva siitä, miten uudet tekniset ratkaisut parantavat hoitoa, miten työtehtävät ja resurssien allokointi optimoidaan ja miten muutokset näyttäytyvät potilaille (Yeow & Goh 2015). Koska muutokset ovat monimutkaisia, niiden vaikutuksia on seurattava ja tarvittaessa toimintaa kehitettävä.

Henkilöstö ja sähköisten palvelujen käyttöönotto

Tietotekniikan ja sähköisten palvelujen avulla pyritään useissa maissa uudistamaan sosiaali- ja terveyspalveluja ja parantamaan hoidon laatua ja tehokkuutta. Uudistukset muuttavat monella tasolla työtä sosiaali- ja terveydenhuollossa; tarvitaan uusia toimenkuvia, palvelut on suunniteltava uudelleen ja hallinto yhtenäistettävä. Sekä henkilöstön että asiakkaiden näkökulmat tulisi ottaa huomioon sähköisten palvelujen käyttöönotossa (Villalba ym. 2013, Wade ym. 2014).

Koska uusien palvelujen käyttöönotto on osoittautunut haasteelliseksi, on käyttöönoton esteitä tutkittu paljon. Gagnon ym. (2012) kirjallisuuskatsauksen mukaan käyttöönottoa tukee terveydenhuollon henkilöstön käsitys teknisten ratkaisujen hyödyllisyydestä ja helppokäyttöisyydestä. Tekniset ongelmat, teknisten taitojen puute ja ratkaisujen sopimattomuus työnjakoon ja työprosesseihin ovat käyttöönoton esteitä. Henkilöstö on usein myös huolissaan vuorovaikutuksesta potilaiden kanssa, ratkaisujen sopimattomuudesta potilaille ja työtovereiden kielteisistä asenteista.

Lluchin (2011) sähköisten palvelujen käyttöönoton esteitä organisaation johtamisen näkökulmasta tarkastelevan kirjallisuuskatsauksen mukaan tietotekniikkaan perustuvat uudet ratkaisut tulisi jo suunnitteluvaiheessa sopeuttaa olemassa oleviin työprosesseihin. Useissa tutkimuksissa tiimityön ja yhteistyön puute tunnistetaan käyttöönoton esteeksi. Nykyinen siiloutunut ja hierarkkinen organisaatorakenne ei tue tiimimäisiä hoitostrategioita, joita kroonisten sairauksien hoito vaatii ja tekniset järjestelmät pyrkivät tukemaan. Käyttöönotossa on myös huomioitava, että henkilökunta saa riittävästi koulutusta ja teknistä tukea. Johdon ja työtovereiden tuki sekä henkilöstön palkitseminen tunnistettiin myös edistäviksi tekijöiksi.

Cresswellin ja Sheikhin (2013) sosiaalisia ja organisaationallisia tekijöitä käsittelevän katsauksen mukaan on tärkeää, että uudet tekniset innovaatiot tuodaan organisaatioon suunnitellusti. Tutkimustulokset korostivat johdon tuen tärkeyttä käyttöönotossa. Johtoa tarvitaan tukemaan työprosessien uudelleensuunnittelua, tarvittavan koulutuksen ja käyttäjätuen järjestämiseen sekä ongelmien tunnistamiseen. Koska käyttöönotto voi alussa häiritä työtä, käyttäjille on myös turvattava työrauha ja riittävästi sopeutumisajaa.

Asiakkaat ja sähköiset palvelut

Hardikerin ja Grantin (2011) kirjallisuuskatsauksen mukaan kansalaisten valmiudet ottaa käyttöön sähköisiä palveluita vaihtelevat merkittävästi. Sähköisten palveluiden käytölle tärkeä kynnys on tietokoneen käyttötaito. Koulutetut ja nuoret ovatkin innokkaimpia palvelujen käyttöönottajia. Motivaatioon vaikuttaa kiinnostus omasta terveydestä, avoimuus uusille kokemuksille ja usko siitä, että tieto voi auttaa terveydenhoidossa (Hardiker & Grant 2011). Myös luottamus tietoturvaan ja tiedon luotettavuuteen ovat tärkeitä tekijöitä käyttöönottohalukkuudessa. Toisaalta kaikilla ei ole käytettävissään internetyhteyttä tai tietokonetta.

Valmiuksien ohella sähköisten palveluiden käyttöönottoon vaikuttaa viimekädessä se, kuinka helppokäyttöisiksi, hyödyllisiksi ja arkipäivään sopiviksi palvelut koetaan. Myös terveydenhuollon ammattilaiset vaikuttavat käyttäjien käsityksiin palveluista ja heidän tuensa on käyttöönotossa tärkeää (Lamprinos ym. 2016). Parhaimmillaan sähköiset palvelut tukevat potilaiden osallistumista omaan terveydenhoitoonsa ja lisäävät heidän hallinnan- ja vastuuntunnetta sairaudestaan, mikä voi myös johtaa parempiin hoitotuloksiin (Barello ym. 2016, Hibbard & Greene 2013). Puhutaan myös potilaiden voimaannuttamisesta, jolloin sähköisillä palveluilla tuetaan potilaita tiedon saannissa, oman terveyden ylläpidossa, päätöksenteossa sekä lopulta myös terveystiedon tuottamisessa (Calvillo ym. 2013).

MONIKULTTUURISUUS

Ulkomaalaistaustaisen väestön osuus on kasvanut Suomessa nopeasti viimeisen kahden vuosikymmenen aikana. Maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden osuuden kasvu haastaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamista asiakaskunnan tarpeisiin vastaamisessa. Erityisesti turvapaikanhakijat ovat ennen Suomeen saapumistaan usein kokeneet traumatisoivia tapahtumia, joiden fyysiset ja psyykkiset terveysvaikutukset saattavat osaltaan lisätä sosiaali- ja terveystieteiden palveluiden tarvetta. THL:n tutkimuksessa kurditaustaisista jopa 78 % ja somaliaalaistaustaisista 57 % oli kokenut traumaattisia tapahtumia lähtömaassaan (Castaneda ym. 2012).

Maahanmuuttajien osuuden kasvaessa myös mahdollisuudet kouluttaa maahanmuuttajataustaisia henkilöitä sosiaali- ja terveysalalle ovat parantuneet. Alan koulutuksen myös odotetaan tukevan maahanmuuttajien kotoutumista ja integroitumista suomalaiseen yhteiskuntaan. Kansainvälisen liikkuvuuden lisääntyminen on vaikuttanut myös ulkomaalaistaustaisten ammattihenkilöiden maahanmuuttoon erityisesti terveydenhuoltoa koskien. Kulttuurisesti monimuotoistuvat työyhteisöt asettavatkin uusia vaatimuksia johtamiselle sekä työyhteisön yhtenäisyyden ja hyvän ilmapiirin ylläpitämiselle.

Maahanmuuttajat suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöinä

Lähtökohdaksi monikulttuurisuuteen ja maahanmuuttajien integraatioon Euroopan Unioni on suosittanut näkemystä integraatiohahmottamisesta kaksisuuntaisena prosessina. Tällä tarkoitetaan sitä, että toisaalta vastaanottava maa varmistaa maahanmuuttajien yhdenvertaisen osallisuuden ja toisaalta maahanmuuttajat kunnioittavat vastaanottavan maan arvoja ja normeja ja osallistuvat aktiivisesti integraatioprosessiin (European Commission 2003). Integroituminen voidaan nähdä prosessina, jossa

maahanmuuttaja asettuu ja tulee osalliseksi yhteiskuntaa uudessa kotimaassaan (Väänänen ym. 2009). Kotoutumisella puolestaan tarkoitetaan integraatioprosessin vuorovaikutteisuutta. Omaksuessaan uuden toimintaympäristön ja kulttuurin tapoja ja toimintamalleja maahanmuuttaja voi säilyttää myös piirteitä omasta kulttuuristaan osana identiteettiään (Berry 2005).

Maahanmuuttajataustaisten työllistymisen on Suomessa havaittu olevan kantaväestöä heikompaa. Heidän työmarkkina-asemansa on myös epävakampi (Väänänen ym. 2009). Lisäksi maahanmuuttajat työskentelevät usein koulutustaan vastaamattomassa työssä (Larja & Sutela 2015). Maahanmuuttajien alhaisempi työllistymisaste on todettu myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla (Ailasmaa 2015, Kuusio ym. 2010). Taustatekijöillä, kuten muuttokohortilla, koulutuksella, sukupuolella ja maaryhmällä, on suuri vaikutus työllistymiseen (Busk ym. 2016). Heikon työllisyyden syiksi on todettu myös alhainen koulutustausta, huono kielitaito ja heikot sosiaaliset verkostot (Väänänen ym. 2009).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa maahanmuuttajien todellisen integraation ja työhön sitoutumisen esteiksi ja pullonkauloiksi ovat tutkimusten mukaan nousseet varsinkin ammatillisen kielitaidon puute, riittämätön perehdyttäminen ja riittämätön alkutilanteen kartoitus (Aalto ym. 2013). Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat pitivät tarjolla olevaa kielikoulutusta usein riittämättömänä ja kielikursseja toivottiin paremmin terveydenhuoltoalan ammattilaisille räätälöidyiksi. Hoitotyön ja perusterveydenhuollon lääkärin vastaanottotyön luonne voi vaihdella eri maissa. Suomessa odotetaan usein muita maita laaja-alaisempaa ja kokonaisvaltaisempaan hoitotyöhön perustuvaa osaamista, mikä osaltaan aiheuttaa usein ongelmia. Ulkomaalaistaustaiset terveyskeskuslääkärit saattavat myös kokea terveyskeskustyön laaja-alaisuuden ja moniongelmaisten potilaiden tarpeisiin vastaamisen haastavana. (Aalto ym. 2013). Työyhteisölliset tekijät ovat keskeisessä roolissa maahanmuuttajien työssä onnistumisessa: työyhteisön avoimuuden, onnistuneen työhön perehdyttämisen, toimivan esimiestyön ja työtovereilta saatavan tuen on todettu olevan olennaisia monien onnistumisindikaattorien perusteella (Airila ym. 2013). Työllistymistä ja työelämään integroitumista edistäviä tekijöitä maahanmuuttajasairaanhoitajilla on todettu olevan muun muassa työkokemuksen tuottama vahva ammatti-identiteetti, hyvä kielitaito, Suomessa suoritettu ammatillinen pätevytyminen ja työharjoittelun aikana hankitut sosiaaliset verkostot (Nieminen 2011).

Maahanmuuttajille suunnatuilla, räätälöidyillä työvoimapolitiittisilla toimilla ja interventiolla on saatu aikaiseksi positiivisia tuloksia. Esimerkiksi yksilöidyillä integraatiosuunnitelmilla ja kielikoulutuksilla on pystytty parantamaan maahanmuuttajien ansioita (Sarvimäki & Hämäläinen 2016). Yleisesti on havaittu, että sellaiset toimenpiteet jotka vahvistavat suoraan työelämässä hyödynnettävissä olevia taitoja nostavat työllisyyttä eniten (Eronen ym. 2014). Tanskassa suotuisia vaikutuksia havaittiin työllistämishajalla, työvoimakokeilulla ja muilla työllistämisen- ja koulutustoimenpiteillä työllistymisen todennäköisyyteen ja lyhentyneeseen sosiaalietuuksien käyttöaikaan (Heinesen ym. 2013). Aiempi tutkimus ulkomaalaistaustaisilla lääkäreillä ja sairaanhoitajilla korosti kuinka tärkeitä olisi huomioida kulttuurisesti monimuotoisten työyhteisöjen tarpeet niin johtamisessa kuin henkilöstön ja työilmapiirin kehittämisessäkin (Aalto ym. 2013). Borrego ja Johnson (2012) painottavat, että johtajien tulisi entistäkin paremmin huomioida monimuotoisuuden hallinnointi ja kulttuurierojen vaikutukset organisaation tehokkuuteen. Maahanmuuttajien kiusaamiskokemuksien vähentämiseksi on tässä yhteydessä ehdotettu työntekijöiden kulttuurien välisten kommunikaatiokykyjen parantamista ja kulttuurisen monimuotoisuuden omaavan ilmapiirin edistämistä (Bergbom ym. 2015).

Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina

Yleensä maahanmuuttajat ovat keskimäärin terveempiä kuin muu väestö. Maahanmuuttoon liittyy kuitenkin usein erilaisia sosiaalisten ja terveysongelmien riskejä. Esimerkiksi Ruotsissa skitsofreenisten ja psykoottisten oireiden riskin on havaittu olevan maahanmuuttajilla lähes kolmikertainen verrattuna kantaväestöön (Cantor-Graae ym. 2005). Varsinkin turvapaikanhakijoilla esiintyy paljon terveysongelmia,

joiden on havaittu pahenevan turvapaikkaprosessin pitkittyessä (Laban ym. 2008, Sainola-Rodriguez & Koehn 2006, Steel ym. 2004). Hoitotilanteessa maahanmuuttajat voivat olla herkistyneitä havaitsemaan heihin kohdistunutta epäluuloa tai ylenkatsetta: maahanmuuttajien kanssa työskentely vaatii usein työotteen uudistamista. Työssä maahanmuuttajien kanssa on eduksi ymmärtää kulttuurien erilaisuus mutta myös samanarvoisuus. Työskentely maahanmuuttajien kanssa hyötyy omien käsitysten ja asenteiden tunnistamisesta sekä työstämisestä niin, etteivät asenteet vaikuta kielteisesti hoitosuhteeseen (Halla 2007).

Tulosten mukaan terveydenhuollon ammattilaisten omat kokemukset maahanmuuttaja-asiakkaista ovat pääosin positiivisia (Koskimies & Mutikainen 2008, Pulkka 2014). Omat haasteensa vuorovaikutustilanteisiin tuovat kieliongelmat, erilaiset hoitokäytännöt, uskonnosta ja erilaisesta kulttuurista johtuvat eroavaisuudet sekä tulkin käyttö (Pulkka 2014). Positiivisina asioina on koettu maahanmuuttajien tuovan työpäiviin vaihtelua sekä mahdollisuuden tutustua uusiin kulttuureihin ja oppia vieraista kulttuureista (Pulkka 2014).

Hoitohenkilökunnalla on todettu olevan kehittymis- ja koulutustarpeita maahanmuuttajien kohtaamiseen liittyen (Sainola-Rodriguez 2005). Myös henkilökunta itse kokee maahanmuuttajien kohtaamiseen liittyvät tietonsa puutteellisiksi (Koskimies & Mutikainen 2008, Pulkka 2014). Varsinkin transkulttuuraisissa taidoissa on havaittu parantamisen varaa, kun taas emotionaalisen osaamisen on havaittu olevan hyvää Suomessa (Sainola-Rodriguez 2007). Henkilökunta toivookin lisäkoulutusta monikulttuuriseen työhön liittyen ja kokee, että usein tiedon hankinta ja vuorovaikutuksen onnistuminen on jäänyt liikaa oman aktiivisuuden varaan (Koskimies & Mutikainen 2008, Pulkka 2014). Koulutuksen, toimivan työnohjauksen ja moniammatillisen tiimityön merkitystä kulttuuriselle kompetenssille korostetaan monessa yhteydessä (esim. Halla 2007, Sainola-Rodriguez & Koehn 2006).

4. Mikä on hankkeen tuoma lisäarvo tämän ongelman ratkaisuun?

Suomalainen poikkeuksellisen laaja perustason sosiaali- ja terveyspalvelut sekä erikoistason palvelut kattava integraatio antaa mahdollisuuksia täysin uudenlaisten organisaatorakenteiden ja toimintamallien muodostamiseen verrattuna muihin maihin. Tietoa siitä, minkälaisia vaatimuksia tämä asettaa osaamiselle, ei ole. Hankkeen aikana organisaatiot valmistautuvat tulevaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tuottamiin muutoksiin. Tämä antaa mahdollisuuden selvittää, mitä vaikutuksia tällä on organisaatioihin, toimintatapoihin sekä osaamisvaatimuksiin.

COPE-hanke selvittää, millaisia paikallisia ratkaisuja kuntiin ja alueille on kehitetty tai ollaan kehittämässä suhteessa palvelujärjestelmän uudistamiseen ja siihen liittyviin integraatioon, työnjakoon, digitalisaatioon ja asiakkaiden laajenevaan valinnanvapauteen ja millaisia vaatimuksia nämä ratkaisut asettavat osaamistarpeille.

Edelleen selvitetään muodostuvien monialaisten ja hajautetuissa organisaatorakenteissa toimivien sosiaali- ja terveyspalveluiden johtamista sekä organisaatiouudistusten toteuttamista sellaisissa tilanteissa, joissa sekä johtajien että työntekijöiden osaamisen on vastattava uusia toimintatapoja ja uudistuvia tavoitteita. Näihin tavoitteisiin on päästävä siten, että tuloksellisuuden, aidon sosiaali- ja terveydenhuollon integraation ja moniammatillisen työskentelyn tavoitteet, toteutuvat.

Hanke tunnistaa hyviä käytäntöjä, ammattilaisten tarvitsemaa tietämystä ja taitoja, jotka tukevat sähköisten palveluiden käyttöönottoa ja pidemmän ajan hyödyntämistä. Lisäksi hanke kehittää keinoja parantaa maahanmuuttajien työhön osallistumista esimerkiksi uudenaikaisella koulutuksella ja tukea sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamista kohdata maahanmuuttaja-asiakkaita.

Hankkeessa kehitetään pedagogisia malleja ja menetelmiä ammatillisen ongelmanratkaisun ja päätöksenteon osaamisen edistämiseksi elinikäisen oppimisen näkökulmasta. Kokonaisvaltaista

ammattillisen päätöksenteon osaamista kehitetään kahdella pääinterventiolla, joista verkkokeskustelut kohdistuvat ongelmanratkaisun ja kriittisen ajattelun kehittämiseen ja simulaatiopedagogiikka moniammatillisen päätöksenteon ja toimeenpanotaitojen kehittämiseen.

5. Millä keinoilla konsortio tekee tämän

Hankkeessa muodostetaan kattava kuva sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän muutosprosessista ja henkilöstön, johdon ja asiakkaiden muutosprosessin haasteita koskevista näkemyksistä. Hanke tekee tutkimusta hyödyntäen monipuolisesti erilaisia tutkimusaineistoja: hallinnollia asiakirjoja, keskushallinnon päätöksentekijöiden ja asiantuntijoiden sekä alueellisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johdon ja henkilöstön yksilö- ja fokusryhmähaastatteluja sekä ammattihenkilöstölle ja kansalaisille suunnattuja kyselyjä. Tutkimuksessa käytetään useita ”tutkimusalueita”, joihin kuuluvat muun muassa eri vaiheissa alueellista sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta olevia sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita (Eksote, Siun sote ja Hyvinkään sairaanhoitoalue) ja yksityisiä palveluntuottajia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon digitaalisia palveluita kehittäviä verkostoja ja hankkeita (ODA – Omahoito- ja digitaaliset arvopalvelut ja Virtuaalisairaala). Tutkimuksessa sovelletaan monialaisesti erilaisia tutkimusmenetelmiä sekä käytetään kumuloituvaa aineistonkeruuta ja interventiotutkimuksen lähestymistapoja.

Tieteellisten ja ammatillisten julkaisujen lisäksi hanke panostaa vuorovaikutukseen päättäjien kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasoilla, tuottaa työyhteisöissä sovellettavia interventioita ja kehittää uusia sisältöjä korkeakoulujen ja oppilaitosten opetussuunnitelmiin ja täydennyskoulutukseen.

6. Lähteet:

- Aalto A-M, Elovainio M, Heponiemi T, Hietapakka L, Kuusio H, Lämsä R. Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja sairaanhoitajat suomalaisessa terveydenhuollossa. Raportti 7. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2013.
- Agarwal R, Gao G, DesRoches C., Jha AK. Research Commentary —The Digital Transformation of Healthcare: Current Status and the Road Ahead. *Inf. Syst. Res.* 2010. 21: 796–809. doi:10.1287/isre.1100.0327
- Ahgren B, Axelsson R. Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden. *International Journal of Health Planning and Management* 2007; 22: 145–57.
- Ailasmaa R. Terveys- ja sosiaalipalveluiden henkilöstön kansainvälinen liikkuvuus. Tilastoraportti 12. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2015.
- Airila A, Toivanen M, Väänänen A, Bergbom B, Yli-Kaitala K, Koskinen A. Maahanmuuttajien onnistuminen työssä. Työterveyslaitos, Helsinki 2013.
- Bahreman NT, Swoboda SM. Honoring diversity: Developing culturally communication skills through simulation. *Journal of Nursing Education* 2016; 55(2): 105–8.
- Barello S, Triberti S, Graffigna G, ym. eHealth for Patient Engagement: A Systematic Review. *Front. Psychol.* 2016; 6. doi:10.3389/fpsyg.2015.02013
- Bergbom B, Vartiainen-Väänänen M, Kinnunen U. Immigrants and natives at work: exposure to workplace bullying. *Employee Relations* 2015; 37: 158-175.
- Berry JW. Acculturation: living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations* 2005; 29: 697–712.
- Bethea DP, Castillo CD, Harvison N. Use of simulation in occupational therapy education: way of the future? *American Journal of Occupational Therapy* 2014; 68: S32–S39.
- Bevir M. Key Concepts in Governance. Sage, Los Angeles 2011.
- Black AD, Car J, Pagliari C, ym. The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. *PLoS Med.* 2011; 8, e1000387. doi:10.1371/journal.pmed.1000387
- Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model, part 2. *Journal of American Medical Association* 2002; 288: 1909-1914.

- Borrego E, Johnson RG. Cultural Competence for Public managers. Managing Diversity in Today's World. CRC Press, Taylors Francis Group, New York 2012.
- Busk H, Jauhiainen S, Kekäläinen A, Nivalainen S, Tähtinen T. Maahanmuuttajat työmarkkinoilla - tutkimus eri vuosina Suomeen muuttaneiden työurista. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 06/2016.
- Calvillo J, Román I, Roa LM. How technology is empowering patients? A literature review. Health Expect 2013; 18: 643–652. doi:10.1111/hex.12089
- Cantor-Graae E, Zolkowska K, McNeil TF. Increased risk of psychotic disorder among immigrants in Malmo: a 3-year first-contact study. Psychol Med 2005 35: 1155–1163.
- Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsa M, Koskinen S. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi - Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2012.
- Christensen T, Lagreid P. Complexity and Hybrid Public Administration—Theoretical and Empirical Challenges. Public Organization Review 2011; 11(4): 407–423.
- Coleman K, Austin B, Brach C, Wagner E. Evidence on the chronic care model in the new millennium. Health Affairs 2009; 28: 75–85.
- Cresswell K, Sheikh A. Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations: An interpretative review. Int. J. Med. Inf. 2013; 82: e73–e86. doi:10.1016/j.ijmedinf.2012.10.007
- Duncan CM, School MA. Talking Across Boundaries: A Case Study of Distributed Governance. ISRT, Voluntas 2015; 26: 731–755. doi: 10.1007/s1266-014-9453-2.
- Eteläpelto A, Vähäsantanen K, Hökkä P, Paloniemi S. Miten käsitteellistä ammatillista toimijuutta työssä? Aikuiskasvatus 2014; 3(34): 202–214.
- Gagnon M-P, Desmartis M, Labrecque M, ym. Systematic Review of Factors Influencing the Adoption of Information and Communication Technologies by Healthcare Professionals. J. Med. Syst. 2012; 36, 241–277. doi:10.1007/s10916-010-9473-4
- Eronen A, Härmälä V, Jauhiainen S, Karikallio H, Karinen R, Kosunen A. Maahanmuuttajien työllistyminen - Taustatekijät, työnhaku ja työvoimapalvelut. Työ ja Yrittäjyys 6/2014. Työ- ja elinkeinoministeriö, Helsinki 2014.
- European Commission. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on Immigration, Integration and Employment (COM). Brysseli 2003.
- Halla T. Psykkisesti sairastuneita maahanmuuttajia. Duodecim 2007; 123: 469–475.
- Ham C. The wrong kind of integration. Health Serv J 2011; 121(6275):18.
- Hardiker NR, Grant MJ. Factors that influence public engagement with eHealth: A literature review. Int. J. Med. Inf. 2011; 80: 1–12. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2010.10.017
- Heeks R. Health information systems: Failure, success and improvisation. Int. J. Med. Inf. 2006; 75: 125–137. doi:10.1016/j.ijmedinf.2005.07.024
- Heinesen E, Husted L, Rosholm M. The effects of active labor market policies for immigrants receiving social assistance in Denmark. IZA Journal of Migration 2013; 2: 15.
- Hibbard JH, Greene J. What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs. Health Affairs 2013; 32: 207–214. doi:10.1377/hlthaff.2012.1061
- Jolanki O, Sinervo T. Valinnanvapaus ja palveluiden integraatio työntekijänäkökulmasta. Teoksessa: Sinervo T, Tynkkynen L-K, Vehko T. Mitä kuuluu perusterveydenhuolto. Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. THL raportti 16/2016. 77–97.
- Jääskeläinen A, Sillanpää V. Overcoming challenges in the implementation of performance measurement: Case studies in public welfare services. Case studies in public welfare services. International Journal of Public Sector Management 2012; 26(6): 440 – 454.
- Juujärvi S. Care reasoning in real-life moral conflicts. Journal of Moral Education 2006; 35(2): 197–211.
- Juujärvi S. Oikeudenmukaisuus ja huolenpito aikuisuuden moraaliarvioinnissa. Teoksessa: Kallio E, toim. Ajattelun kehitys aikuisuudessa – kohti moninäkökulmaisuutta. Suomen kasvatustieteellinen seura, Jyväskylä 2016, ss 155–181.
- Juujärvi S, Pessa K. Pienryhmäkeskustelu eettisen herkkyyden ja ongelmanratkaisun kehittäjänä. Kasvatus 2008; 39(4): 308–321.
- Kelly MA, Hager P, Gallagher R. What Matters Most? Students' Rankings of Simulation Components That Contribute to Clinical Judgment. Journal of Nursing Education 2014; 53(2): 97–101.
- King PM, Kitchener KS. Reflective judgment: Theory and research on the development of epistemic assumptions through adulthood. Educational Psychologist 2004; 39(1): 5–18.

- King PM, Mayhew MJ. Moral judgment development in higher education: insights from the Defining Issues Test. *Journal of Moral Education* 2002; 31(3): 247–70.
- Koskimies K, Mutikainen H-K. Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina: Opinnäytetyö, Stadia Helsingin ammattikorkeakoulu 2008.
- Kuusio H, Elovainio M, Vänskä J, ym. Terveystuhojen henkilöstön liikkuvuus Suomen ja muiden maiden välillä. *Suomen lääkärilehti* 2010; 65: 3323-3329.
- Laban CJ, Komproe IH, Gernaat HB, de Jong JT. The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 507-515.
- Lamprinos I, Demski H, Mantwill S, Kabak Y, Hildebrand C, Ploessig M. Modular ICT-based patient empowerment framework for self-management of diabetes: Design perspectives and validation results. *Int. J. Med. Inf.* 2016; 91: 31–43. doi:10.1016/j.ijmedinf.2016.04.006
- Larja L, Sutela H. Koulutus rakenne. Ulkomaalaistautisessa väestössä paljon korkeasti koulutettuja ja paljon matalasti koulutettuja. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U, toim. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014 Tilastokeskus, Helsinki 2015. ss 29-42.
- Laulainen S. Aktiivisista organisaatiokansalaisista uudenlaisia pelaajia sosiaali- ja terveydenhuoltoon. *Fysioterapia* 2014; 6: 44-48.
- Legault F, Humbert J, Amos S, ym. Difficulties encountered in collaborative care: logistics trumps desire. *Journal of American Board of Family Medicine* 2012; 25: 168-176.
- Leichsenring K, Rodrigues R, Winkelmann J, Falk R. Integrated Care, Choice and Competition. Challenges and strategies of care coordination in the context of market-oriented governance in Germany and Sweden. European Center for Social Welfare Policy and Research, Vienna 2015.
- Liberati EG, Gorli M, Scaratti G. Invisible walls within multidisciplinary teams: Disciplinary boundaries and their effects on integrated care. *Social Science & Medicine* 2016; 150: 31-39.
- Lluch M. Healthcare professionals' organisational barriers to health information technologies—A literature review. *Int. J. Med. Inf.* 2011; 80: 849–862. doi:10.1016/j.ijmedinf.2011.09.005
- Logie C, Bogo M, Regehr C, Regehr G. A critical appraisal of the use of standardized client simulations in social work education. *Journal of Social Work Education* 2013; 49: 66–80.
- Lumijärvi I, Leponiemi U. Strategic Management in Finnish Municipalities. Teoksessa: Paul Joyce P, Drumaux A, toim. Strategic Management in Public Organizations. European Practices and Perspectives. Routledge, New York 2014. ss 41-56.
- Mair J, Mayer J, Lutz E. Navigating Institutional Plurality: Organizational Governance in Hybrid Organizations. *Organization Studies* 2015; 36(6): 713-739.
- Maier CB, Aiken LH. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*, 2016: 1–8. August 2, 2016
- Mikkilä-Erdmann M. Käsitteellinen muutos ja koulutukselliset haasteet aikuisuudessa. Teoksessa: E. Kallio E, toim. Ajattelun kehitys aikuisuudessa – kohti moninäkökulmaisuuksia. Jyväskylä: Suomen kasvatustieteellinen seura, Jyväskylä 2016. s. 205–226.
- Myyry L, Helkama K. Socio-cognitive conflict, emotions and complexity of thought in real-life morality. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2007; 48(3): 247–259.
- Nieminen S. Kuulumisen ehdot. Maahanmuuttajasairaanhoitajat, ammattikuntaan sisäänpääsy ja toimijuuden ehdot. *Acta Universitatis Tamperensis* 1616. Tampereen yliopisto, Tampere 2011.
- Niiranen V. Moniammatillisten verkostojen johtaminen. Julkaisussa Rissanen S, Lammintakanen J, toim. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Sanoma Pro Oy, Helsinki 2015. 2. uudistettu painos. s. 129-144.
- Niiranen V, Joensuu M. Political Leaders and Public Administrators in Finland: Key Values and Stumbling Blocks in Decision Making and Interaction. Teoksessa: Paul Joyce P, Drumaux A, toim. Strategic Management in Public Organizations. European Practices and Perspectives. Routledge, New York 2014.
- Niiranen V, Lammintakanen J. Johdanto. Teoksessa: Niiranen V, Joensuu M, Lammintakanen J, Kerckänen M, toim. Johtajana muutoksissa. ACTA 253. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2014. s. 18-22.
- Nolte E, McKee M, Knai C. 2008. Managing chronic conditions: an introduction to the experience in eight countries. Teoksessa: Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions. Experience in eight countries. European observatory studies series 15. WHO, Kööpenhamina 2008, s 1-15.
- Ospina SM, Saz-Carranza A. Paradox and Collaboration in Network Management. *Administration & Society* 2010; 42(4): 404-440.

- Parhiala K, Hetemaa T, Sinervo T, Nuorteva L, Luoto E, Krohn M. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2015 - Kyselytutkimuksen tuloksia 1. Tutkimuksesta tiiviisti 2016: 7. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2016.
- Pascarella ET, Terenzini PT. How college affects students. A third decade of research. Jossey-Bass, San Francisco 2005.
- Perry WG Jr. Forms of intellectual and ethical development in the college years. Academic Press, New York 1970.
- Pettine SB, Cojanu KA, Walters K. Pedagogy and praxis: simulations and skill sets. *On the Horizon* 2011: 19(3): 156–164.
- Pulkka H. Terveidenhuollon ammattilaisten kokemuksia kohtaamisesta maahanmuuttajien kanssa terveydenhuollossa. Opinnäytetyö, MAMK 2014.
- Quinn RE. Beyond Rational Management. Mastering the Paradoxes and Competing Demands of High Performance. Jossey-Bass Publishers. San Fransisco 1988.
- Rest JR, Narvaez D, Bebeau MJ, Thoma SJ. Postconventional moral thinking. A neo-Kohlbergian approach. Erlbaum, Mahwah 1999
- Sainola-Rodriguez K. Turvapaikanhakijat psykiatrisessa sairaalahoidossa - hoitamisen kulttuurisen kompetenssin toteutuminen potilasasiakirjojen perusteella. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 2005: 42(1): 18-31.
- Sainola-Rodriguez K. Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen mielenterveyspalveluissa - transnationaalinen taitoko? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2007: 44, 216-227.
- Sainola-Rodriguez K, Koehn P. Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistaminen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2006: 43(1): 47-59.
- Saltman RB, Teperi J. Health reform in Finland: current proposals and unresolved challenges. *Health Economics, Policy and Law*. 11 February 2016, 1 – 17.
- Sarvimäki M, Hämäläinen K. Integrating immigrants: The impact of restructuring active labor market programs. *Journal of Labor Economics* 2016: 34: 479-508.
- Schommer-Aikins M. Explaining the epistemological belief system: Introducing the embedded systemic model and coordinated research approach. *Educational Psychologist* 2004: 39: 19–29.
- Sinervo T, Koponen E-L, Syrjä V, Hietapakka L. Hoiva-avustajaselvitys – Joustava koulutus- ja työllistymisväylä sosiaali- ja terveyspalveluiden avustaviin tehtäviin Raportteja ja muistioita 2013:40. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3453-5>
- Sinervo T, Tynkkynen L-K, Vehko T. Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. THL raportti 16/2016.
- Steel Z, Momartin S, Bateman C, ym. Psychiatric status of asylum seeker families held for a protracted period in a remote detention centre in Australia. *Aust N Z J Public Health*, 2004: 28: 527-536.
- Taatila V, Raji K. Philosophical review of pragmatism as a basis for Learning by Developing pedagogy. *Educational Philosophy and Theory* 2012: 44(8): 831–844.
- Tynjälä P. Asiantuntijan tieto ja ajattelu. Teoksessa E. Kallio (toim.) Ajattelun kehitys aikuisuudessa – kohti moninäkökulmaisuutta. Suomen kasvatustieteellinen seura, Jyväskylä 2016; 227–244.
- Tynkkynen L-K, Saloranta A, Keskimäki I. Valinta ja integraatio Pohjoismaissa. Teoksessa: Sinervo T, Tynkkynen L-K, Vehko T. Mitä kuuluu perusterveydenhuolto. Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. THL raportti 16/2016. 33-44.
- Vartiainen M, Kokko N, Hakonen M. Hallitse hajautettu organisaatio. Paikan, ajan, moninaisuuden ja viestinnän johtaminen. Talentum, Helsinki 2004.
- Villalba E, Casas I, Abadie F, Lluch M. Integrated Personal Health and Care Services deployment: Experiences in eight European countries. *Int. J. Med. Inf.* 2013: 82: 626–635. doi:10.1016/j.ijmedinf.2013.03.002
- Väänänen A, Toivanen M, Aalto A-M, ym. Maahanmuuttajien integroituminen Suomalaiseen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla. Sektoritutkimuksen neuvotelukunta, 9/2009. Saatavana osoitteesta: www.hare.vn.fi/upload/Julkaisut/13135/4572_Setu_9-2009.pdf.
- Wade VA, Eliott JA, Hiller JE. 2014. Clinician acceptance is the key factor for sustainable telehealth services. *Qual. Health Res.* 2014: 24(5) :682-94. doi: 10.1177/1049732314528809
- Yeow A, Goh KH. Work harder or work smarter? Information technology and resource allocation in healthcare processes. *Mis Q.* 2015: 39: 12135