



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Suvi Liimatainen

Moniammatillinen yhteistyö ja verkostotyöskentely kotihoidon ja kotisairaalan välillä hoitohenkilökunnan kokemanä ja arvioimana

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja YAMK

Vanhustyön ylempi AMK

Tutkimuksellinen kehittämistyö

1.3.2019

Tekijä(t) Otsikko	Suvi Liimatainen Moniammatillinen yhteistyö ja verkostotyöskentely kotihoidon ja kotisairaalan välillä hoitohenkilökunnan kokemana ja arvioimana
Sivumäärä Aika	65 sivua + 6 liitettä 1.3.2019
Tutkinto	Sairaanhoidtaja YAMK
Tutkinto-ohjelma	Vanhustyön ylempi AMK
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Yliopettaja Tuula Mikkola
<p>Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on ollut kehittää moniammatillista yhteistyötä sekä vahvistaa yhteistyöverkostoa kotihoidon ja kotisairaalan välillä Kirkkonummen kunnassa. Tutkimuksellinen kehittämistyö on tehty mukailien laadullisen kehittämistutkimuksen logiikkaa. Tavoitteena on ollut selvittää moniammatillista yhteistyötä ja verkostotyöskentelyä tukevia ja haastavia asioita hoitohenkilökunnan näkökulmasta ja samalla kehittää yhteistyötä hoitohenkilökunnan kanssa. Hoitohenkilökunnan jäsenille järjestettiin kolme yhteiskehittämisen pajatapaamista.</p> <p>Työn teoreettisessa viitekehyksessä tarkastellaan moniammatillista yhteistyötä, verkostotyöskentelyä ja verkostajohtamista sosiaali- ja terveysalalla. Näistä valikoituneet keskeiset teemat ohjasivat työn toteutusta. Aineisto kerättiin kahden strukturoidun kyselyn ja pajatoinnin aikaisen osallistavan havainnoinnin avulla. Laadullinen aineisto kerättiin touko-syyskuun aikana vuonna 2018 ja analysoitiin teoriaohjaavan sisällönanalyyysin avulla.</p> <p>Hoitoyksiköiden keskinäistä moniammatillista yhteistyötä ja verkostotyöskentelyä on tarkasteltu työssä erityisesti yhteistyön ja tiedonkulun haasteiden sekä verkostajohtamisen näkökulmista. Keskinäisen yhteistyön haasteita olivat: 1. kokemukset pirstaloituneesta hoidosta ja vastuunjaosta, 2. asenteet ja luottamuksen puute sekä 3. keskinäisen kommunikation ja vuorovaikutuksen vähyys tai puute. Yhteistyön onnistumisen kannalta toisen hoitoyksikön toiminnan, asiakasprosessien ja henkilökunnan parempi tuntemus sekä parempi keskinäinen tiedonkulku koettiin tärkeänä ja moniammatillista yhteistyötä tulisi lisätä erityisesti yhteisten asiakkaiden hoidossa.</p> <p>Tulosten perusteella hoitohenkilökunnan osallistaminen työyhteisön toimintatapojen kehitystyöhön koettiin tärkeänä. Hoitohenkilökunta oli kiinnostunut moniammatillisen yhteistyön kehittämisestä ja verkostotyöskentelystä, mutta koki tarvitsevansa siihen enemmän organisaation tarjoamia resursseja, aikaa, mahdollisuuksia sekä johdon tukea ja ohjausta.</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö ja verkostotyöskentely mahdollistuu keskinäisen luottamuksen ja esimiestyön tuen avulla ja tukee ajankohtaisia tarpeita kehittää kotihoidon palveluja.</p>	
Avainsanat	Moniammatillinen yhteistyö, verkostotyöskentely, kotihoito, yhteiskehittäminen, verkostajohtaminen

Author(s) Title	Suvi Liimatainen Nursing staff's experiences and valuations about multiprofessional collaboration and networking between home care unit and home hospital services
Number of Pages	65 pages + 6 appendices
Degree	Master of Social Services and Health Care
Degree Programme	Master's Degree Programme in Human Ageing and Services
Specialisation option	
Instructor(s)	Tuula Mikkola, Principal Lecture
<p>This research based development study's purpose was to develop and support multiprofessional collaboration and network between home care unit and home hospital services in Kirkkonummi. The study follows qualitative development research logic. Objectives were to examine affairs that supports and challenges multiprofessional collaboration from the nursing staff's point of view and at the same time develop multiprofessional collaboration with the nursing staff using co-development methods.</p> <p>Theoretic context manages issues and models that is related to multiprofessional collaboration and shows the models that guided this development study. Data acquisition for this research-based development study utilized multivariate study methods. Data has been collected with two separate enquiry and observing the participants in the co-development workshops. Collecting the data took place from May to September in 2018. Qualitative data has been analyzed whit content analyze methods theory conductively.</p> <p>Result shows that the challenges in the multiprofessional collaboration were 1. experiences about fragmented care and liability distribution, 2. attitudes and lack of confidence and 3. lack of communication and interaction. The main necessities to multiprofessional collaboration to work better was in cries knowledge about other ones working methods, client processes, to know and to get to know the other care units staff members, fluently information and free and open interaction whit one and other. Result shows also that the network management weren't adequately supportive to care units multiprofessional collaboration needs. Staff members experienced that multiprofessional collaboration should be increased and heightened especially whit the care of shared clients.</p> <p>Study shows that co-development is important from the staff point of wiew. Staff was positively interested to co-develop care units multiprofessional collaboration and joint networking methods. But at the same time, they experience needs to get more support, guidance and recourses from the organization and management.</p> <p>Multiprofessional collaboration and networking is based on mutual trust and needs managements guidance to help develop and improve home care services to current needs.</p>	
Keywords	multiprofessional collaboration, co-development, home care, networking and management

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tutkimuksellisen kehittämistyön lähtökohdat ja kehittämisympäristö	3
3	Teoreettinen viitekehys	6
3.1	Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveyspalveluissa	6
3.2	Moniammatillisen yhteistyön haasteet ja onnistumisen edellytykset	8
3.3	Esimerkki hoito-organisaation toimintatapojen kehittämisestä	11
3.4	Esimiehen rooli	12
3.5	Verkostojohtaminen moniammatillisen yhteistyön mahdollistajana	13
3.6	Moniammatillisen yhteistyön toteutuksen ja kehittämisen -mallit	15
4	Tutkimuksellisen kehittämistyön toteutus	18
4.1	Aineistonkeruumenetelmät	19
4.2	Aineistojen analysointi	24
5	Tutkimuksellisen kehittämistyön tulokset	25
5.1	Moniammatillisen yhteistyön haasteet	26
5.2	Verkostotyöskentely	33
5.3	Tiedonkulun ongelmat vaikuttavat yhteisten asiakkaiden hoidonlaatuun	35
5.4	Moniammatillisen yhteistyön ja verkostotyöskentelyn onnistumisen edellytykset	40
5.5	Moniammatillista yhteistyötä tukevia kehitysideoita	43
5.6	Lisää yhteiskehittämistä	46
6	Johtopäätökset ja pohdinta	49
	Lähteet	62
	Liitteet	
	Liite 1. Saatekirje	
	Liite 2. Alkukysely	
	Liite 3. Kutsu yhteiskehittämispajaan	
	Liite 4. Tutkimussuostumus ja informaatio	
	Liite 5. Kooste ensimmäisen ja toisen pajatoiminnan tuotoksista	
	Liite 6. Palautekysely	

1 Johdanto

Tällä hetkellä kunnissa sosiaali- ja terveystalvcluja suunnitellaan ja kehitellään tehokkaammin vastaamaan asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin. Erityisesti yksilöllisten ikäihmisten sosiaali- ja terveystalvcluiden tarpeiden tiedetään maassamme lisääntyvän väestön ikääntyessä (STM 2017: 10-11). Ajankohtaisina tavoitteina on turvata sosiaali- ja terveystalvcluiden tasavertaisuus, oikea-aikaisuus sekä lisätä enemmän resursseja ennaltaehkäisevään ja toimintakykyä ylläpitäviin tuki- ja toimintalvcluihin. Talvcluiden tarjonta ja sisältöjä pyritään turvaamaan lainsäädännöllä ja ohjaamaan näistä johdetuilla suosituksilla. Kotiin tarjottavien talvcluiden talvclujärjestelmää kehittämällä on pyritty ja pyritään edelleen vähentämään tehostettujen asumistalvcluiden ns. laitospaikkojen tarvetta sekä lisäämään talvcluiden kustannustehokkuutta, että talvcluiden asiakaslähtöisyyttä, tarjoamalla kohdennettuja, yksilöllisempiä ja tehokkaampia talvcluita ihmisten koteihin. (THL 2017: STM 2013: STM 2016; Tammi, Karjalainen, Sjöblom, Fellman, Hannula, Ahola, Paalanen, Suurjoki-Niemi & Wollsten 2018.)

Käytännökokemusten ja tutkimuksien näkökulmasta tiedetään, että yksilölliset, kotiin suunnatut hyvinvointilvclut vaativat työprosessien uudelleen arviointia ja organisoimista, tehokkaampaa moniasiantuntevan työtavan hyödyntämistä sekä yli organisaatiorajojen tehtävää moniammatillista yhteistyötä, että verkostoitumista (STM 2016; THL 2017; Tepponen 2009; Isoherranen 2012). Moniammatillista yhteistyötä kehittämällä tavoitellaan kotiin tuotavien hoiva- ja hoitotalvcluiden monipuolisuutta, laadukkuutta, tuloksellisuutta, turvallisuutta ja oikea-aikaisuutta (Isoherranen 2012; Tepponen 2009; Wollsten, Ståhle, Hannula & Ahola 2016; Tammi ym. 2018). Näille edellä mainituille tiedoille pohjautuu myös tämän työn tarve ja ajankohtaisuus.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on ollut tukea ja kehittää kotisairaalan ja kotihoidon keskinäistä moniammatillista yhteistyötä ja yhteistyöverkostoa Kirkkonummella kunnan hyvinvointilvcluiden strategiaa mukailien. Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteina on ollut tarkastella ja kehittää moniammatillista yhteistyötä ja yhteistyön verkostoa hoitoyksiköiden hoitohenkilökunnan näkökulmasta ja toimesta. Työn avulla on pyritty saamaan vastaus työn päätutkimuskysymykseen: miten moniammatillista yhteistyötä ja verkostotyöskentelyä voidaan kehittää ja edistää hoitohenkilökunnan arvioimana?

Työn käytännön kehittäminen osuudessa on hyödynnetty yhteiskehittämisen menetelmää. Kotihoidon ja kotisairaalan henkilökunnalle on järjestetty moniammatillisen yhteistyön ja verkostoitumisen pajatoimintaa kevään ja kesän 2018 aikana fasillisaattorina toimivan tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän johdolla. Yhteiskehittämisen tavoitteena on yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa ollut löytää keskinäiselle yhteistyölle uusia ja selkiyttää jo olemassa olevia yhteistyön ja verkostotyöskentelyn toimintatapoja, jotta esimerkiksi yhteisten asiakkaiden kotona selviytymistä voitaisiin paremmin tukea ja työn päällekkäisyyksiä voitaisiin vähentää. Pajatoiminnan päätyttyä tavoitteena on myös ollut tarkastella yhteiskehittämisen vaikutuksia ja merkityksiä hoitoyksiköiden väliselle moniammatilliselle yhteistyölle ja verkostoitumiselle pajatoimintaan osallistuneiden henkilökunnan jäsenten arvioimana.

Tutkimuksellisen kehittämistyön aineistonkeruussa on hyödynnetty triangulaatiota eli useita toisiaan täydentäviä aineistonkeruumenetelmiä. Tutkimuskysymyksiin vastauksien saaminen on myös vaatinut aineistotriangulaatiota. Laadullinen aineisto on analysoitu teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla. Tulosten avulla on pyritty saamaan monipuolinen ja kattava näkemys kotihoidon ja kotisairaalan henkilökunnan asenteista, toiveista ja ymmärryksestä moniammatillista yhteistyötä ja verkostotyöskentelyä kohtaan, keskinäisen verkostoitumisen tarpeista, hoitoyksiköiden verkostojohdamisen tilanteesta sekä yhteiskehittämisen vaikuttavuudesta. Moniammatillinen yhteistyö ja verkostotyöskentely on sosiaali- ja terveystieteiden laadun turvaamisen keinoja, mitkä osaltaan tukevat myös hoitohenkilökunnan työhyvinvointia ja osaamisen kehittämistä (Isoherranen 2012; Järvensivu ym. 2010). Moniammatillinen yhteistyö ja verkostotyöskentely yli oman hoitoyksikkörajojen voi olla haastavaa, mutta usein palkitsevaa ja tukee asiakaslähtöisyyden toteutumista (Eloranta, Arve & Routasalo 2009).

2 Tutkimuksellisen kehittämistyön lähtökohdat ja kehittämisympäristö

Tutkimuksellisen kehittämistyön toiminta- ja kehittämisympäristöinä ovat toimineet Kirkkonummen kunnan kotihoidon ja kotisairaalan hoitoyksiköt ja niissä työskentelevä hoitohenkilökunta. Tutkimuksellisen kehittämistyön aihe nousi ikäihmisten hyvinvointipalveluiden johdon keskuudesta. Ajankohtainen tarve kehittää moniammatillista yhteistyötä kunnan eri toimijoiden ja hoitoyksiköiden välillä tukee kunnan tavoitteita lisätä hyvinvointipalveluiden laatua ja samalla tukea hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämistä sekä sitoutumista työhön. Kunnan hyvinvointipalveluiden strategisia tavoitteita on tällä hetkellä myös johtamisen kehittäminen vastaamaan paremmin henkilöstön tarpeisiin. Henkilöstöjohtamisessa on kunnassa sitouduttu hyödyntämään valmentavaa ja osallistavaa johtamistyyliä. (Tammi ym. 2018: 36.)

Kunnan ikäihmisten hyvinvointi palveluiden strategia perustuu siihen, että mahdollisimman pitkään ja turvallisesti ikääntyneet, sairaat ja apua sekä tukea tarvitsevat kuntalaiset voisivat asua omissa kodeissaan. Koti on ympäristönä se paikka, johon hoiva- ja hoitopalveluita tänä päivänä kohdennetaan ja kehitetään. (THL 2018: STM 2013: STM 2016; Tammi ym. 2018.) Kunnan kotiin tarjottavien palveluiden keskeisimmät toiminnan tavoitteet liittyvät asiakkaiden kuntoutuksen tukemiseen ja palveluiden yhdenvertaisuuden toteutumiseen sekä asiakkaiden hyvinvoinnin turvaamiseen ja terveyden edistämiseen. (Wollsten ym. 2016; Tammi ym. 2018; THL 2018).

Kotiin suunnattujen ja tarjottavien palveluiden kehitystyössä Kirkkonummen kunta korostaa hoitoyksiköiden ja asiantuntijaorganisaatioiden yhteistyön tärkeyttä. Tämä perustuu arvioille, että tehostamalla eri hoitoyksiköiden keskinäistä yhteistyötä ja tukemalla moniammatillista työskentelytapaa lisäisi se tehokkaasti kuntalaisten hyvinvointipalveluiden laatua ja yhdenvertaisuutta (Wollsten ym. 2016). Myös sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen I&O kärkihankkeen (2016) mukaan kotihoidon palveluiden uudelleen arvioinnissa, organisoinnissa ja suunnitelmallisen toiminnan avulla kuntien tulee pyrkiä tukemaan ja lisäämään kotona asuvien iäkkäiden asiakkaiden terveyttä, hyvinvointia, osallisuutta, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Tähän tähtäävät myös monet muut kansalliset hankkeet ja suositukset (THL 2018; STM 2017).

Toimivat asiakasprosessit nähdään kunnassa tärkeinä ja vaikuttavina palveluiden laadun ja niiden vaikuttavuuden turvaamisen kannalta, ja asiakasprosessien jatkuva arviointi on esimiestyön keskeisimpiä tehtäviä. Kirkkonummen ikäihmisille suunnattujen palveluiden ja palveluketjujen kokonaistarkastelussa on määritelty toimivien asiakasprosessien olevan ikäihmisten hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta oleellinen asia sekä sujuvan hoidon järjestelyn ja yhteistyön onnistumisen edellytyksiä. Asiakasprosessien avulla asiakkaan hoitopolun tarkoituksena on kulkea kitkatta yli eri organisaatorajojen ja, hoitopolku mahdollistaa moniammatillisen yhteistyön hyödyntämisen eri toimijoiden kesken. Asiakslähtöisen asiakasprosessin edellytyksenä on yhdessä asiakkaan ja tämän lähiomaisten kanssa yhdessä laaditut palvelu- ja hoitosuunnitelmat. (Wollsten ym. 2016.)

Kirkkonummen kotihoito muodostuu kotipalveluista, kotisairaanhoidosta ja erilaisista tukipalveluista. Kotihoito on yksi osa kunnan ikäihmisten hyvinvointipalveluiden tulosalueen alaista toimintaa. Kotihoidon palvelut ovat tarkoitettu kunnan asukkailla, joiden itsenäinen selviytyminen kotioloissa on puutteellista. Palvelut voivat olla tilapäisiä tai säännöllisiä, ennaltaehkäisevää ja kuntouttavaa toimintaa. Kotihoidon tavoitteita ovat asiakkaiden omatoimisen, laadukkaan ja turvallisen elämän mahdollistaminen joustavilla hoidon järjestelyillä. Viime vuosina kotihoidon toimintaa on kehitetty runsaasti, jotta palvelut vastaisivat paremmin asiakkaiden tarpeisiin. Kotihoidossa on muun muassa tehostettu ja kehitetty palvelutarpeen arviointiprosessia, aloitettu uusina tuki- ja hoitomuotoina kotikuntoutus- ja kotiutustiimitoiminta sekä panostettu henkilöstön osaamisen tukemiseen ja vahvistamiseen. Vakituksia työntekijöitä kotihoidossa on tällä hetkellä noin 60. Henkilökunta koostuu moniammatillisesta osaamisesta. Kotihoidon palveluita kunnassa tarjotaan aamu ja iltapäivä-aikaan viikon jokaisena päivänä. Kotihoidon tekemiä kotikäyntimääriä on arvioitu olleen yhteensä noin 75 000 käyntiä vuoden 2016 aikana. Vuoden 2018 aikana kotihoidon henkilöstöresurssien riittämättömyydestä johtuen palveluita on tuotettu osittain myös ostopalveluiden avulla. (Kirkkonummen kunnanhallitus 2016; Tammi ym. 2018: 6,23-25.)

Kirkkonummen kotisairaalan toiminta on alkanut vuonna 2015. Toiminnan pääperiaatteena on toteuttaa sairaalatasoista hoitoa asiakkaan kotona. Hoidon tavoitteena on korvata sairaalahoitojaksoja ja/tai lyhentää niitä tukemalla asiakkaan varhaista kotiutumista. Kotisairaalan palveluita hyödyntävät myös kunnan eri hoito- ja hoivayksiköt. Kotisairaalan palvelut ovat suunnitelmallisia sekä päivystysluontoista. Kotisairaalan asiakkaaksi tullaan pääasiallisesti lääkärin läheteellä. Kotisairaalassa työskentelee sairaanhoitajia

yhdeksän, lähiesimies sekä lääkäri. Asiakkaiden hoitajakset ovat usein lyhyitä ja tilapäisiä. Kuitenkin hoitajaksojen aikana asiakkaan voinnin seurannan ja toimenpiteiden ohessa tehdään jatkuvaa kotona selviytymisen arviointia. Tarvittaessa asiakas ohjataan säännöllisen kotihoidon piiriin tai asiakkaan tilanteen niin vaatiessa myös sairaalahoitoon. Kotisairaalan palveluita tarjotaan vuorokauden ympäri viikon jokaisena päivänä. (Kirkkonummen kunnanhallitus 2016.) Yhteisiä asiakkaita kotihoidon kanssa voivat olla esimerkiksi saattohoidon tarpeessa olevat kuntalaiset.

Tämän tutkimuksellisen kehitystyön aineistonkeruun ja käytännönkehityksen kehitysosuuden aikana kotisairaala toimi ikäihmisten hyvinvointi-tulosalueen alaisuudessa, mutta on raportin valmistumisen aikaan organisatoristen muutosten myötä siirtynyt terveystalouden tulosalueeseen. Tutkimuksellisen kehitystyön yhteistyökumppaneina ovat toimineet ikäihmisten hyvinvointipalveluiden tulosalueen hoitotyön johtaja Gun-Lis Wollsten sekä kotihoidon osastonhoitaja Tiina Paalanen sekä kotisairaalan vastaava sairaanhoitaja Paula Jarho sekä tutkimukselliseen kehitystyöhön osallistuneet hoitohenkilökunnan jäsenet.

3 Teoreettinen viitekehys

Tämän tutkimuksellisen kehitystyön teoreettisina lähtökohtina ja viitekehystenä ovat sovelletut teorit, julkaisut ja tutkimukset, jotka käsittelevät aiheita: moniammatillinen yhteistyö, verkostotyöskentely ja verkostajohtaminen sosiaali- ja terveysalalla. Teoreettinen viitekehys on pyritty kokoamaan monipuoliseksi ja tutkimuskysymyksiä monipuolisesti tarkastelevaksi ja määritteleväksi kokonaisuudeksi. Viitekehykseen on koottu kansallisia ja osin kansainvälisiä tutkimuksia ja näkökulmia moniammatillisen yhteistyön ja verkostotyöskentelyn hyödyistä ja haasteista sekä kehitystyön malleista.

Isoherrasen (2012) *moniammatillisen yhteistyön kehittämismalli*, jossa on määritelty, kuinka moniammatillista yhteistyötä tulisi ja voidaan kehittää hoitohenkilökunnan näkökulmasta ja toimesta sosiaali- ja terveyspalveluissa, on keskeinen koko työtä ohjaava malli. Työn taustalla vaikuttavat myös valtakunnalliset kotiin tarjottavien kunnallisia palveluita käsittelevät lainsäädäntö (Vanhuspalvelulaki) ja suositukset ja poliittiset tavoitteet (STM 2017: 10-14), jotka käsittelevät kuntalaisten hyvinvointipalveluiden järjestämistä samalla sekä sosiaalisesti että taloudellisesti kestävästi.

Tässä työssä moniammatillinen yhteistyö nähdään hoitohenkilökunnan välisenä tavoitteellisenä ja yhteiseen ymmärrykseen perustuvana yhteistyönä ja toimintatapana. Moniammatillinen yhteistyö verkostossa nähdään työssä avoimuuteen, keskinäiseen luottamukseen ja kollegiaaliseen kumppanuuteen perustuvana toimintana, mitä tukee hyvä keskinäinen tiedonkulku. Verkostajohtamisen näkökulmasta johtaminen nähdään hoitohenkilöstöä kannustavana ja ohjaavana osapuolena, ja minkä tavoitteena on mahdollistaa moniammatillisen yhteistyön onnistuminen ja juurtuminen osaksi hoito-organisaation rakenteita ja kulttuuria. Teoreettisen viitekehysten avulla pyritään myös osoittamaan, että moniammatillinen yhteistyö ja verkostotyöskentely pyrkii turvaamaan asiakkaiden hoidon laatua, perustuu asiakaslähtöisyyden ideologiaan ja osallistuu osaltaan kunnallisten hyvinvointipalveluiden uudelleen organisoimien tarpeisiin ja kehitystyöhön.

3.1 Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveyspalveluissa

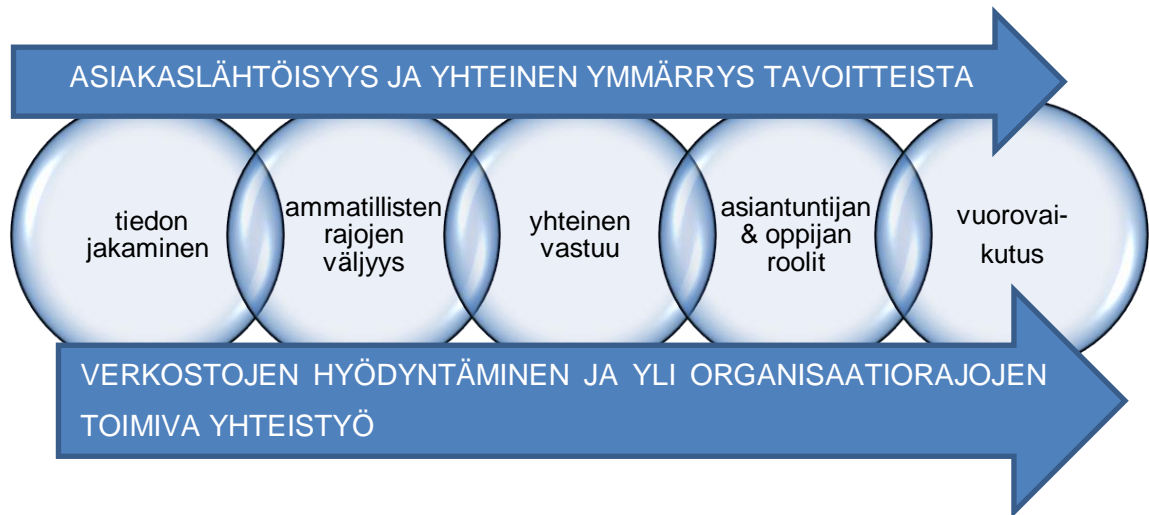
STM (2016) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2018) suositusten ja ohjeistusten mukaan Suomessa ikäihmisten hoidon laadun kehittämisen periaatteita ovat tänä päivänä laadun kehittäminen moniammatillisesti, koska usein potilaiden kokonaishoito vaatii eri ammattiryhmien ja asiantuntijoiden osaamista ja näiden saumatonta sekä sujuvaa

yhteistyötä. STM (2017) Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2017-2019 on määritellyt, että kotiin suunnattujen hyvinvointipalveluiden laatu koostuu turvallisuudesta, asiakaslähtöisyydestä, vaikuttavuudesta ja hyvin koordinoitua toiminnasta. Valtakunnallisesti kotiin suunnattujen palvelujen kehityksen kohteina ovat tällä hetkellä erityisesti kotisairaaloiminnan tehostaminen ja kotihoidon palveluvalikoiman laajentaminen entisestään. (STM 2017: 24-25.)

Tepponen (2009: 37) korostaa tutkittuaan kotihoidon laatua sen integroinnin näkökulmasta, että moniammatillisuutta hyödyntävällä yli organisaatorajojen tehtävällä yhteistyöllä on suuri positiivinen vaikutus hoidon laatuun. Kotihoidossa esimerkiksi ikäihmisten hoidonlaatuun vaikuttavat merkittävästi hoitohenkilökunnan moniammatillinen yhteistyö, missä hyödynnetään geriatrician ja gerontologisen hoitotyön osaamista (STM 2017). Moniammatillisen yhteistyön vaatimuksina on valtakunnallisten suositusten ja ohjeistusten näkökulmasta saumattomat hoito- ja palveluketjut hoitoyksiköiden välillä, hyvä tiedonkulkua ja kommunikaatio kaikkien hoitoon osallistuvien kesken sekä hyvin suunniteltu, koordinoitu että organisoitu hoito. (STM 2013; THL 2018; STM 2016.)

Moniammatillista yhteistyötä voidaan tehokkaasti hyödyntää monissa eri asiakastilanteissa. Moniammatillista yhteistyötä hyödynnetään myös hallinnollisessa ja strategisessa suunnittelu- ja päätöksentekotyössä esimerkiksi toimintatapoja uudelleen suunniteltaessa ja toiminnan kehitystyössä. Moniammatillista yhteistyötä kuvaavat seuraavat keskeiset työskentelyperiaatteet: kyky jakaa tietoa ymmärrettävästi, ammatillinen rajojen väljyys, kyky ottaa yhteistä vastuuta, halu olla sekä asiantuntijan että oppijan roolissa, asiakaslähtöinen toiminta ja yhteisen ymmärryksen tavoitteleva vuorovaikutus ja toiminta. (Isoherranen 2005: 13- 17.)

Asiakastyössä moniammatillista yhteistyötä käytetään hyödyksi, kun halutaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja monipuolisesti suunnitella, tarkastella ja arvioida asiakkaan tilannetta ja hoidontarvetta sekä toteuttaa hoitoa. Moniammatillisessa työtavassa eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot integroidaan yhteen sekä määritellään ne yhteistyössä soveltumaan asiakkaan toiveisiin ja tarpeisiin. Onnistuneessa moniammatillisessa yhteistyössä korostuvat seuraavat kuusi lähtökohtaa ja tavoitetta: asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, yhteinen ymmärrys (jaettu sosiaalinen kognition), vuorovaikutustaitoinen yhteistyö, verkostojen luominen ja yli organisaatorajojen tehtävä yhteistyö. (Isoherranen 2005: 14- 17.)



Kuvio 1. Kohti asiakaslähtöistä moniammatillista yhteistyötä (mukaillen: Isoherranen 2005; Isoherranen 2012.)

3.2 Moniammatillisen yhteistyön haasteet ja onnistumisen edellytykset

Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen tavoitteena on lisätä kuntien palvelujärjestelmän tehokkuutta, tuottavuutta, palveluiden laatua sekä vastata palveluympäristöjen ja esimerkiksi ikääntyvän väestön vaatimuksiin ja tarpeisiin. Tänä päivänä palvelujärjestelmän kehittämisen tarpeet perustuvat vahvasti myös todennettuihin palvelurakenteiden muutostarpeisiin ja ajankohtaisiin sosiaali- ja terveyspalveluiden poliittisiin tavoitteisiin. (Stähle, Pekkarinen-Keto, Remes-Lyly., Hovinen, Malmi-Suominen, Repo, Kupiainen, Männistö, Sorvari, & Sjölund 2014; THL 2017; STM 2016.) Kehittämistyö ja palveluiden uudelleen järjestäminen perustuu suunnitelmallisuuteen, todettuun tarpeeseen ja tulisi aina olla perusteltavissa sekä avointa toimintaa. (Ericson-Lidman & Strandberg 2015, Hautala, Ojalehto & Saarinen 2012.)

Helin (2016) selvityksen mukaan moniammatillinen yhteistyö lisäävän palveluiden asiakaslähtöisyyttä, vahvistavan työntekijöiden ammatillista osaamista ja tukevan organisaatioiden strategisia tavoitteita (Helin 2012: 56-62). Kuitenkin moniammatillista yhteistyötä varjostaa edelleen sosiaali- ja terveysaloilla kommunikaation vähyys eri ammattiryhmien välillä, vaikka hoidon kohde (asiakas, potilas) olisikin yhteinen. Elorannan ym. (2009) tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin kotihoidon työntekijöiden keskinäistä ja asiakkaiden näkemyksiä yhteistyön merkityksestä yhteistyön haasteet ilmenivät selkeästi eri ammattiryhmien välillä erityisesti pirstaloituneena hoitona sekä hoitovastuun jakautumisena eri

ammattiryhmien välille niin, että eri ammattiryhmien välillä vallitsi usein epäselvyys yhteisten asiakkaiden hoidon ja palveluiden sisällöistä ja tavoitteista. Yhteistä hoitovastuuta haastavat myös henkilökohtaiset asenteet eri ammattiryhmien kesken sekä hoitohenkilökunnan keskinäinen kilpailu ja luottamuspula. (Matziou, Vlahioti, Matziou, Megapanou, & Petsios 2014, Eloranta ym. 2009; Suhonen ym. 2012.)

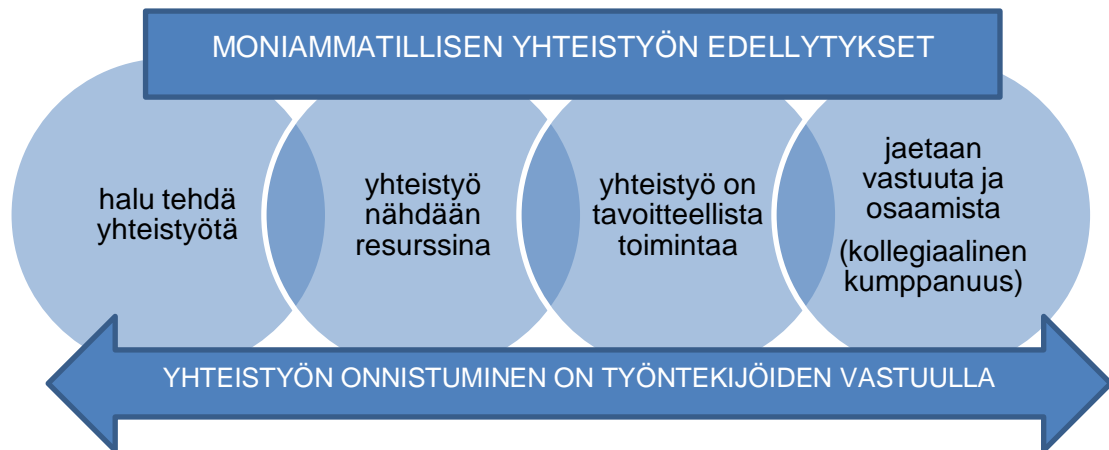
Yhteistyön haasteita kotiin tarjottavissa palveluissa on tutkimusten pohjalta usein myös ongelmat tiedonkulussa (usein potilastietojärjestelmistä johtuvia), pirstaloitunut kokonaisvastuu (jokainen hoitaa vain oman osaamisalueensa), näkemuserot asiakkaan tarpeista sekä vuorovaikutuksen puute hoitoon osallistuvien henkilöiden kesken. Kuitenkin jokaisella yhteistyöhön osallistuvalla henkilöllä nähdään olevan vastuu yhteistyön onnistumisesta ja sitoutumisesta sovittuihin toimintatapoihin ja tavoitteisiin. (Ericson-Lidman & Strandberg 2015, Matziou ym. 2014, Mäkisalo-Ropponen 2011.)

Sitoutuminen ja vastuunotto olisi helpompaa, jos päätöksen tekoprosesseihin on ollut mahdollista osallistua ja päätökset on tehty yhteisymmärryksessä. Avoimuus hoidon sisällön suunnittelussa ja yhteistyössä moniammatillisesti tehty hoitosuunnitelman laatiminen ovat tutkitusti myös tehokkaita keinoja, joilla voidaan minimoida asiakkaisiin kohdistuvat riskit ja samalla tuetaan moniammatillisuuteen perustuvia yhteistyön toimintatapoja. (Ericson-Lidman & Strandberg 2015, Matziou ym. 2014, Mäkisalo-Ropponen 2011.)

Matzioun ym. (2014) tutkimuksessa huomattiin, että esimerkiksi lääkäreiden tietämättömyys sairaanhoitajan ammattitaidoista ja pätevyydestä vaikeuttivat sujuvaa keskinäistä moniammatillista yhteistyötä. Lääkäreiden luottamus sairaanhoitajien päätöksentekokykyyn potilaiden hoitoon liittyvissä asioissa oli usein puutteellista. Tutkimuksessa havaittiin myös, että luottamuspulasta ja tietämättömyydestä johtuvat oletukset eri ammattinedustajien välillä altisti potilaita hoitovirheille. Vaarana on jos yhteistyö eri ammattiryhmien välillä on puutteellista, voi se johtaa palveluiden huonoon laatuun ja asiakkaan huonoihin kokemuksiin tarvitsemastaan hoidosta. Vakavimmillaan huonosti toimiva yhteistyö hoitohenkilökunnan keskuudessa voi johtaa hoitovirheisiin. (Matziou ym. 2014; Ericson-Lidman & Strandberg 2015.)

Pärnä (2012) on tutkimuksessaan, moniammatillista yhteistyön kehittämistä varhaiskuntoutuksen näkökulmasta lastensuojelussa, kuvaillut moniammatillisen yhteistyön olevan

prosessin omainen ilmiö, jossa resurssit, osaaminen ja vastuu jaetaan. Hänen tutkimuksen tuloksien mukaan moniammatillinen yhteistyö näyttäytyy parhaimmillaan strategisena kumppanuutena, mikä perustuu luottamuksellisiin suhteisiin. Seuraavassa kuviossa on nähtävissä keskeisimmät moniammatillisen yhteistyöprosessiin vaikuttavat työyhteisön ja henkilökunnan edellytykset sekä toimintaa ohjaavat tavoitteet henkilökunnan näkökulmasta hänen tutkimuksensa tuloksia mukailen (vrt. Pärnä 2012: 203.)



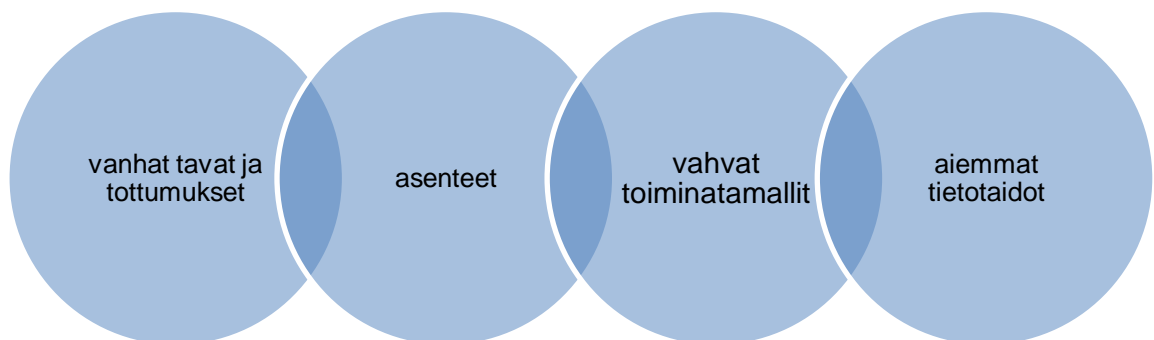
Kuvio 2. Moniammatillisen yhteistyön onnistumisen edellytykset (mukaiillen: Pärnä 2012: 203.)

Isoherranen (2008) on luonut mallin, eri teorioiden ja omien kokemustensa pohjalta, moniammatillisen yhteistyön onnistumiselle sosiaali- ja terveysalalla. Määritelmässään hän ottaa huomioon sosiaali- ja terveysalalla moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavat osa-alueet poliittisesta päätöksenteosta aina moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvien henkilöiden ominaisuuksiin ja edellytyksiin. Isoherrasen määritelmä onnistuneelle moniammatilliselle yhteistyölle on muokkaantunut tähän työhön seuraavanlaiseksi (vrt. Isoherranen 2018: 149-152): Kotihoidon ja kotisairaalan hoitohenkilökunnan asiantuntijuudet, tiedot ja taidot kootaan yhteen. Avoimessa ja luottamukseen perustuvassa vuorovaikutuksessa luodaan tapauskohtaisesti tavoitteet ja yhteinen käsitys (jaettu sosiaalinen kognitio) yhdessä hoidettavien potilaiden tilanteista, tarvittavista toimenpiteistä ja ongelmien ratkaisuisista. Tiedon kokoaminen ja jakaminen tapahtuu joustavasti, sovitulla välineillä ja/tai foorumeilla, yhdessä sovituin toimintaperiaattein.

3.3 Esimerkki hoito-organisaation toimintatapojen kehittämisestä

Espanjassa on kehitetty julkisia terveydenhuollon palveluita tavoitteena purkaa terveydenhuoltojärjestelmistä vanhoja huonosti toimivia palveluja ja kehittää tilalle uusia mukautuvia ja joustavampia palveluita. Asiakaslähtöinen ja oikea-aikaisen hoidon tarve on siellä erityisesti vaikuttanut kotisairaaloiminnan kehittämiseen ja kotiin suunnattujen palveluiden tehostamiseen. Sairaالاتasoisen hoidon järjestäminen asiakkaan kotioloissa on kuitenkin haastanut henkilökuntaa muuttamaan omia asenteitaan ja aikaisempia, toimiviakin toimintatapoja. Tutkimuksessa havaittiin, että kun hoitohenkilökunnan on muutosten keskellä ollut tarve (pakko) omaksua ja oppia uusia hoitokäytäntöjä, on prosessia helpottanut avoin tiedottaminen ja ymmärryksen lisääminen. Yhteisen ja henkilökohtaisen ymmärryksen saavuttaminen on helpottanut muutosprosessia ja vanhojen toimintatapojen korvaaminen uusilla on ollut helpompaa ja niihin sitoutuminen vahvempaa. (Cegarra-navarro, Wensley, & Polo 2014.)

Tutkimuksessa havaittiin myös, että uuden oppiminen ja vanhasta luopuminen ei ole kuitenkaan aivan mutkatonta. Henkilökunnan ja jopa organisaation keskuudessa muodostuneet vanhat tavat, tottumukset ja asenteet, aiemmat tietotaidot ja vahvoiksi muodostuneet hoitokäytänteet haastavat uusien toimintatapojen käyttöönottoa ja niiden hyväksymistä. Näistä johtuen uuden oppiminen ja vanhoista tavoista luopuminen vaikeutuvat ja muutosvastarintaa voi esiintyä. Seuraavaan kuvioon on koottu uusien toimintatapojen kehittämiseen vaikuttavat merkittävimmät haasteet.



Kuvio 1. Keskeisimmät haasteet uusien toimintatapojen juurruttamisessa työyhteisöön (mukailen: Cegarra-navarro ym. 2014).

Hoitohenkilökunta ja organisaatiot tarvitsevat monipuolisesti tietoa ja tiedottamista muutosprosessien aikana ja niiden eri vaiheista, jotta uusien asioiden omaksuminen olisi mahdollista ja tehokkaampaa (Isoherranen 2012: 138-139). Keinoina on tässä espanjalaisessa tutkimuksessa käytetty menetelmää, missä olemassa olevat toimintatavat ja prosessit on tehty näkyviksi, jolloin niiden objektiivinen tarkastelu ja uudelleen arviointi on ollut mahdollista. Uudistusten yhteydessä korostettiin myös jokaisen hoitohenkilökunnan jäsenen ja organisaatiossa toimivien henkilöiden velvollisuutta ja roolin tärkeyttä kehitystyöhön osallistumisesta. Yhdessä kehittäminen tässäkin tutkimuksessa korosti eri toimijoiden keskinäisen luottamuksellisen vuorovaikutuksen tärkeyttä, mikä lisäsi positiivista vaikuttavuutta. (Cegarra-navarro ym. 2014.)

3.4 Esimiehen rooli

Ericson-Lidman & Strandbergin (2015) mukaan johtamisen tulisi tukea luottamuksellista vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan keskuudessa ja esimerkiksi vahvistaa henkilökunnan sitoutumista kehittämistyöhön ja sen tavoitteisiin. Hintsalan (2005) mukaan esimiehen rooli korostuu kehittämistyössä mahdollistajana ja innovoivan työilmapiirin luoja. Valitettavan suuri osa hoitajista oli tutkimuksen mukaan kuitenkin kokenut, että esimiehen tuki (arvostus, palaute, kiinnostus ja rohkaisu) on riittämätöntä. Hoitohenkilökunnan keskuudessa oli koettu haastavaksi erityisesti kokemukset siitä, ettei lähiesimies tai organisaation johto ollut kuunnellut hoitohenkilökunnan omia ehdotuksia tai mielipiteitä ennen uusien kehittämishankkeiden aloittamista. Useassa hoitoalan organisaatiossa ja hoitoyksiköissä on vielä tänäkin päivänä käytössä auktoritaarinen johtamistyyli, mikä ei kannusta henkilökuntaa vastuunottoon eikä esimerkiksi luovuuteen. (Hintsala 2005: 124, 126).

Yhteistyötä kehitettäessä henkilökunta tarvitsee lähiesimiehen kannustusta auktoritaarisen johtamistyylin sijaan (Hintsala 2005). Ruotsissa ikäihmisten hoivapalveluita tutkiessaan Ericson- Lidman & Strandberg (2015) havaitsivat, että lähiesimiehen läsnäolo yhteisissä kokouksissa, hoitotyön suunnittelu- ja arviointitilaisuuksissa koettiin tärkeäksi. Tutkimuksen mukaan esimiehen läsnäolon tunnistettiin vahvistavan hoitohenkilökunnan keskinäisiä yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoja. Saman on havainnut Hintsala (2005) tutkiessaan hoitohenkilökunnan kokeman autonomian merkitystä. Hänen tutkimuksensa mukaan hoitohenkilökunta tarvitsee myös riittävästi vastuuta ja esimiehen luottamusta hoitajan päätöksentekokykyihin (Hintsala 2005: 112-113).

Hintsalan (2005) tutkimuksen mukaan vain noin joka toinen hoitajista koki johdon ja henkilökunnan välisen suhteen luottamukselliseksi. Tutkimuksen mukaan hoitotyön esimiehiltä toivottiin enemmän palautetta ja aitoa kiinnostusta hoitajien tekemää hoitotyötä kohtaan. Hoitajien keskuudessa kaivattiin myös esimiehen kannustavaa asennetta hoitajien ammattitaidon ja osaamisen kehittämistä kohtaan. Lähiesimiesten tuki, kannustava asenne ja esimerkillinen toiminta luovat työyhteisöihin ilmapiirin, jossa esimerkiksi uusien toimintatapamallien kehittäminen ja kehitystyö mahdollistuvat ja hoitohenkilökunta kokee viihtyvänsä paremmin. (Hintsala 2005: 124-127; Ericson- Lidman & Strandberg 2015.)

3.5 Verkostojohtaminen moniammatillisen yhteistyön mahdollistajana

Verkostotyöskentely ja verkostot ovat tänä päivänä tärkeä osa moniammatillista yhteistyötä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Hintsalan tutkimuksessa (2005) hoitajat ovat määritelleet hyvään työyhteisöön kuuluvan muun muassa hyvin toimivat yhteistyöverkostot ja tasavertaisuuteen perustuva moniammatillisen tiimityöskentelyn (Hintsala 2005: 107). Verkostojohtaminen onkin tämän päivän palveluiden kehittämistyössä tärkeä johtamisen taito, kun tavoitellaan esimerkiksi palveluiden uudelleen organisointia ja järjestämistä sekä henkilökunnan sitoutumista näihin muutosprosesseihin. Yksinkertaisimmillaan verkostojohtaminen perustuu verkostoon osallistuvien henkilöiden luottamuksellisten suhteiden mahdollistamiseen. Tutkimusten mukaan luottamuksellisen ilmapiirin ja luottamuksellisten vuorovaikutussuhteiden saavuttaminen vahvistavat henkilökunnan sitoutumista moniammatilliseen yhteistyöhön ja verkostotyöskentelyyn, minkä vaikutuksesta yhdessä suunnitellut asiat edistyvät parhaiten. (Järvensivu ym. 2010: 60; Helin 2016: 65-66.)

Seuraavassa kuviossa on esiteltyä verkostotyöskentelyn keskeisimmät perusedellytykset, mitkä luovat vahvan pohjan yhteistyölle. Verkoston toimivuuden edellytyksiä ovat verkoston jäsenten tunteminen, keskinäinen luottamus ja sitoutuneisuus tavoitteelliseen ja päämäärätietoiseen työskentelyyn. Verkostotyöskentelyssä keskinäinen luottamus ja vuorovaikutuksellinen avoimuus mahdollistavat erityisesti asiakaslähtöisyyden toteutumisen sosiaali- ja terveyspalveluissa parhaiten. (Järvensivu 2010: 51,60; Järvensivu 2016.)



Kuvio 2. Verkoston toimivuuden edellytykset ja verkoston toiminnan pääperiaatteet (mukaillen: Järvensivu 2016; Järvensivu ym. 2010: 52-53; Isoherranen 2005: 67-71.)

Luottamukselliset suhteet tehostavat verkoston toimintaa ja tukevat myös uusien innovaatioiden syntymistä. Hyvin toimiva verkostotyö vähentää turhia ja päällekkäisiä töitä ja vapauttaa resursseja asiakaslähtöisempään työskentelyyn (Tepponen 2009: 181; Järvensivu ym. 2010: 60-61). Luottamus ja sitoutuminen ovat myös verkostojen toimivuudesta kertovia mittareita, joita tulisi osata tarkastella ja arvioida erityisesti haastavissa yhteistyön tilanteissa. (Järvensivu ym. 2010: 13-16; Isoherranen 2012.)

Esimiehen verkostojohdantaidot hyödyttävät erityisesti työyhteisöjä, joissa asiakkaiden tarpeet vaativat eri asiantuntijoiden välistä yhteistyötä. Tyypillisesti yhteistyöverkostot muodostuvat sosiaali- ja terveystaluuissa kunnan omien asiantuntijoiden ja työyhteisöjen välille, mutta yhä enemmän yhteistyöverkostoja luodaan myös yksityisten ja kolmannen sektorin palveluidentarjoajien kanssa sekä asiantuntijoiden kanssa että itse palvelujen käyttäjien, asiakkaiden ja näiden omaisten/lähimmäisten kanssa. Tästä käytetään nimitystä monitoimijainen yhteistyö. (Järvensivu ym. 2010.)

Yhteistyöverkostoja muodostetaan yhä useammin asiakaslähtöisestä ajattelumallista käsin, jolloin verkosto koostuu henkilöistä, joiden läsnäolo nähdään tärkeänä asiakkaan tarpeiden näkökulmasta. Erittäin tehokkaasti verkostot toimivat ongelmanratkaisutyössä ja päätöksentekoprosesseissa, kun siihen saadaan osallistumaan myös henkilöt, jotka kykenevät hyödyntämään ensikäden tietoa palveluiden käyttäjien toiveista, kokemuksista ja näkemyksistä. Verkostojohdajan tehtävänä on saattaa nämä eri asiantuntijat yhteen. (Järvensivu ym. 2010.)

Verkostotyöskentelyn yksi keskeisimmistä edellytyksistä (kuvio 2.) oli myös, että verkostoon osallistuvat jäsenet tutustuvat toisiinsa. Tämä mahdollistuu parhaiten vapaamuotoisissa tapaamisissa ja yhteisissä kokouksissa. Verkostotapaamisiin ja toisiin tutustumiseen tulisi saada riittävästi aikaa ja mahdollisuuksia. Toistensa tunteminen lisää verkostojäsenten keskinäistä luottamusta, mikä helpottaa yhteistyötä ja verkostotyöskentelyä. Tuntemisen avulla esimerkiksi avunpyytämisen kynnyks madaltuu ja tuntemus auttaa muodostamaan luontaisia yhteistyöverkostoja henkilökunnan välille. Jokainen verkostotyöskentelyyn osallistuva henkilö tulisi myös nähdä tasavertaisena ja tärkeänä osana verkoston toimivuuden kannalta. Verkostotyöskentelyyn osallistuminen pitäisi perustua vapaaehtoisuuteen. Verkostotyöskentely moniammatillisesti yli organisaatorajojen voi olla haastavaa, mutta palkitsevaa. (Järvensivu ym. 2010: 25-26: Isoherranen 2012).

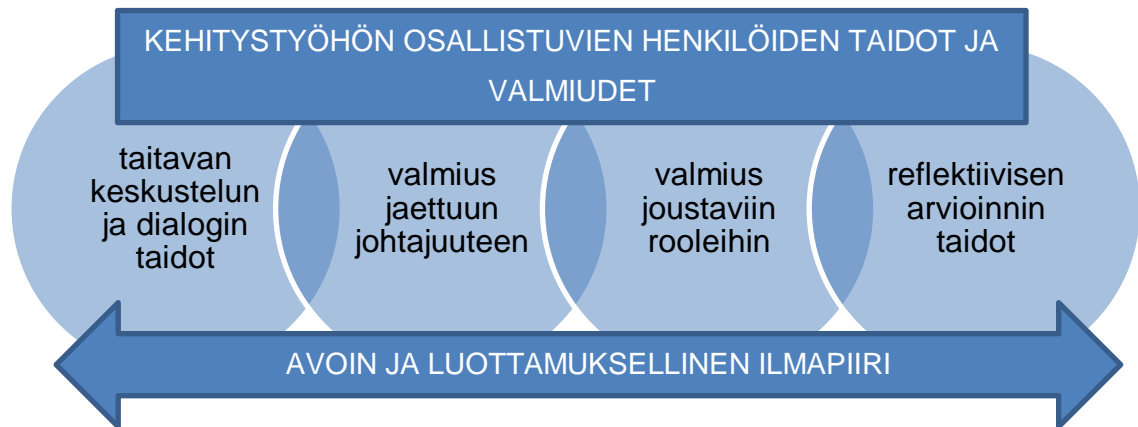
3.6 Moniammatillisen yhteistyön toteutuksen ja kehittämisen -mallit

Helin (2016) kuvaa onnistuneen moniammatillisen yhteistyön olevan työtapa, mikä tukee henkilökunnan ammatillista osaamisen kehittymistä, organisaation strategiatyöskentelyä ja vahvistaa asiakkaiden edun toteutumista (Helin 2016: 55). Puhtaasti asiakaslähtöinen moniammatillinen yhteistyö toteutuu Isoherrasen (2012) mukaan käytännössä vain harvoissa tilanteissa hyvin. Vielä harvemmin se hänen tutkimustensa mukaan on oikein johdettua, avoimuuteen, tasavertaisuuteen ja luottamukseen perustuvaa työskentelyä.

Tutkimustensa ja kokemustensa pohjalta Isoherranen (2012) luonut mallin kuvaamaan moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen vaikuttavia tekijöitä sekä niiden suhteita. Malli on kehitetty erityisesti sosiaali- ja terveystyöpalveluihin, joissa tavoitellaan ja kehitetään hyvin toteutuvaa asiakaslähtöisyyteen perustuvaa moniammatillista yhteistyötä. Mallissaan hän puhuu edellytyksistä, jotka mahdollistavat moniammatillisen yhteistyön kehittymisen. Tähän tutkimuksellisen kehitystyön tarpeisiin sopivaksi mallista on hyödynnetty muutosprosessia käsittelevä osio sekä moniammatilliseen yhteistyöhön osallistujien vaadittavia taitoja ja valmiuksia määrittelevä osuus. (Isoherranen 2012: 149-152.)

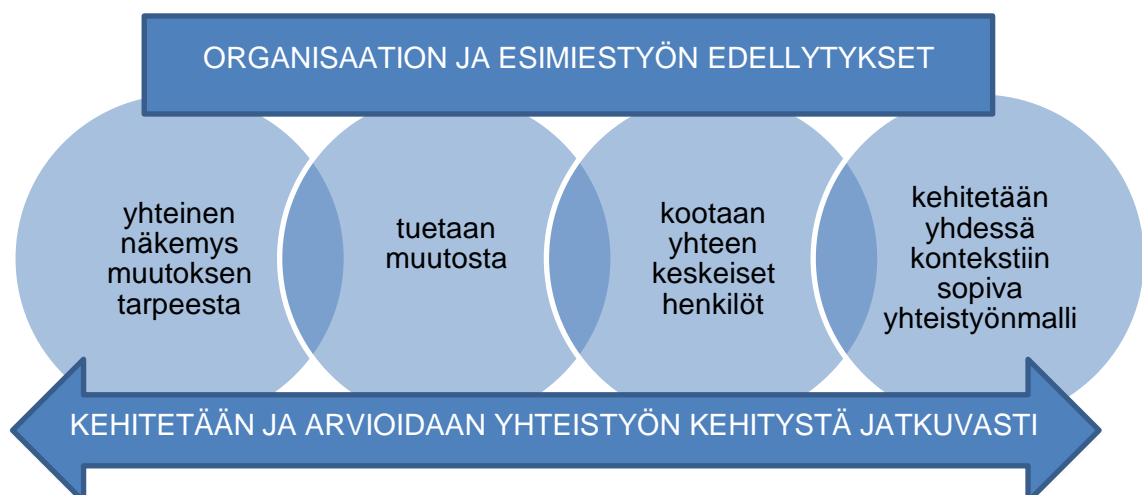
Seuraavissa kuviossa 2. kuvataan mallista osio, mikä käsittelee moniammatilliseen yhteistyöhön kykenevän henkilön ominaisuuksia ja edellytyksiä. Kuviossa on nähtävissä moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvien hoitohenkilöiden vaadittuja taitoja ja valmiuksia, joiden nähdään olevan moniammatillisen yhteistyön onnistumiseen vaikuttavia edellytyksiä. Näitä ovat taitavan henkilön hyvät keskustelun ja dialogin taidot, riittävät

kyvyt reflektiiviseen arviointiin päätösprosessissa, valmius jaettuun johtajuuteen sekä joustaviin rooleihin. Kuvioon on otettu mukaan moniammatillisen yhteistyön kehitystyön kannalta ilmapiiriin, minkä tulisi olla avoin ja luottamuksellinen yhteistyöhön osallistuvien keskuudessa. (Isoherranen 2012: 149-152.)



Kuvio 3. Moniammatillisen yhteistyön kehitykseen osallistuvien vaadittavia henkilökohtaisia taitoja ja valmiuksia (mukaillen: Isoherranen 2012: 150).

Edellä esitetyt moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvien henkilöiden ominaisuudet sekä ilmapiiri tarvitsevat tuekseen organisaation, missä on moniammatillista yhteistyötä arvostava yleinen tahtotila ja muutokseen tähtäävä ilmapiiri sekä osaavaa johtamista. Nämä organisaatioon ja esimiestyöhön liittyvät ominaisuudet moniammatillisen yhteistyön kehittämisen onnistumisen edellytykset ovat esitelty seuraavassa kuviossa 3. (Isoherranen 2012: 149-152.)



Kuvio 4. Organisaation ja esimiestyön vaatimukset ja edellytykset moniammatillisen yhteistyön onnistumisessa (mukaillen: Isoherranen 2012: 150).

Organisaatio tason edellytyksinä mallissa nähdään tärkeänä yhteinen näkemys muutoksen tarpeesta ja tahtotila kehittää toimintaa asiakaslähtoisemmäksi moniammatillista yhteistyötä tehostamalla. Tämän tulisi näkyä avoimesti esimerkiksi kunnan päätöksentekojä ja strategiatyöskentelyssä. Moniammatillista yhteistyötä kehitettäessä organisaation tason toimintatavaksi, mallin mukaan erityisesti johdon esimerkillisyys, tuki ja kannustus ovat tärkeitä elementtejä. Koko organisaatiossa vallitseva tahtotila on perusedellytys kehityksen onnistumisen ja jatkuvuuden kannalta. (Isoherranen 2012: 150-151.)

Jotta moniammatillinen yhteistyö omaksutaan osaksi hoitoyksiköiden työkalutuuria saattaa henkilökunta tarvita siihen lisäkoulutusta (Koskela 2013), koska usein moniammatillisen yhteistyön menetelmät ja osaaminen ovat usein puutteellista (Isoherranen 2012: 133). Mallin mukaan hoitohenkilökuntaa osallistamalla kehitystyöhön, toimintatapojen suunnittelu- ja päätöksentekoprosesseihin, esimerkiksi yhteiskehittämisen menetelmiä hyödyntämällä, saadaan henkilökunta tehokkaammin sitoutumaan myös kehittämistyöhön. Kehitystyöhön osallistaminen tukee moniammatillisen yhteistyön onnistumista ja jatkossa toiminta- ja työtavan omaksumista osaksi omaa työtapaa sekä osaksi työyhteisön työkalutuuria ja organisaatorakenteita. (Isoherranen 2012: 149-152.)

Kirkkonummen ikäihmisten hyvinvointipalveluiden vision näkökulmasta hoitohenkilökunnan osallistaminen kehittämistyöhön tavoittelee hoitoyksiköiden keskinäisen moniammatillisen yhteistyön ja verkostotyöskentelyn tehokkaampaa hyödyntämistä jatkossa palveluiden järjestämisessä (Tammi ym. 2018). Työtä ohjaavien mallien perusteella moniammatillisen yhteistyön kehittämistyön tavoitteena on lisätä myös hoitohenkilökunnan ymmärrystä yhteistyön positiivisista vaikutuksista ja tavoitteista. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen vaatii kaikilta osallisilta tiettyjä valmiuksia ja taitoja ja jopa henkilökohtaisia kykyjä johtaa tarvittaessa moniammatillista yhteistyötä hoitohenkilökunnan keskuudessa, kuten kuviossa 2. oli nähtävissä. (Isoherranen 2012: 149-152.)

4 Tutkimuksellisen kehittämistyön toteutus

Tässä työssä tarkastelun alla on ollut yhden kunnan kotihoidon ja kotisairaalan moniammatillinen yhteistyö ja yhteistyöverkoston toiminta. Tavoitteena on ollut samalla myös näiden vahvistaminen että kehittäminen yhteiskehittämisen avulla hoitohenkilökunnan kanssa. Tutkimuksellisen kehittämistyön avulla pyritään saamaan vastauksia seuraavaan päätutkimuskysymykseen kolmen alakysymyksen avulla.

1. Miten moniammatillista yhteistyötä ja verkostoitumista voidaan kehittää ja edistää hoitohenkilökunnan arvioimana?
 - 1.1 Millaisia tarpeita, käsityksiä ja odotuksia henkilökunnalla on keskinäistä moniammatillista yhteistyötä ja verkostoitumista kohtaan?
 - 1.2 Millaiset yhteistyömuodot ja kehitysideat edistäisivät ja tukisivat hoitoyksiköiden keskinäistä moniammatillista yhteistyötä ja verkostoitumista?
 - 1.3 Miten yhteiskehittämiseen osallistuminen on vaikuttanut osallistujien käsityksiin ja asenteisiin sekä toiveisiin moniammatillista yhteistyötä ja verkostoitumista kohtaan?

Käytännöntyön kehittämisen osuuden tavoitteena on ollut myös ollut lisätä henkilökunnan ymmärrystä moniammatillisen yhteistyön hyödyllisyydestä sekä arvioida yhteiskehittämisen merkitystä ja vaikuttavuutta pajatoimintaan osallistuneiden hoitohenkilökunnan jäsenten arvioiden perusteella. Näihin tarkoituksiin ja tavoitteisiin sopii laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusote ja kehittämistutkimusta mukaileva strategia, minkä avulla on ollut mahdollista tuottaa kokemuksiin perustuvaa tietoa sekä samalla konkreettisesti vaikuttaa tarkasteltavien hoitoyksiköiden toimintatapoihin. (Tuomi & Sarajärvi 2018; 72-82.). Kehittämistutkimuksellista tutkimusotetta on usein hyödynnetty tutkimuksellisissa kehittämistöissä, kun on haluttu tutkimisen ohella samalla kehittää ja vaikuttaa tutkittavaan ja tarkasteltavaan ilmiöön, kuten työyhteisön toimintatapoihin, toimintamalleihin tai esimerkiksi työn prosesseihin. (Kananen 2012: 42-45).

Laadulliselle tutkimukselle tyypillisesti työssä pyritään ymmärtämään mahdollisimman totuudenmukaisesti tutkittavaa ilmiötä. Samalla kehittämistutkimuksen avulla on pyritty

vaikuttamaan tutkittavaan ilmiöön sen omassa kontekstissaan. Tutkimuksellinen kehittämistyö koostuu suurelta osaltaan käytännöntyön kehittämisen osuudesta, joka toteutetaan kehittämistutkimuksen vaatimuksia noudattaen. (Kananen 2012: 47-51) Yhteiskehittäminen sopii hyvin työyhteisöjen toimintatapojen kehittämiseen (Turpeinen, Ylisassi, Hirvonen & Laitinen 2017). Käytännöntyön kehittämisen osuus on ollut osa tavoitteellista tutkimusprosessia. Sen avulla on pyritty muutokseen tai sen mahdollistamiseen juuri siinä kontekstissa, missä tutkittavia ilmiöitä on tutkittu. Toisaalta laadulliselle kehittämistutkimukselle tyypillisesti työn tulokset ja kehitystyön tulokset on syytä muistaa olevan vahvasti tässä työssä kontekstisidonnaisia eivätkä saadut tulokset anna mahdollisuutta niiden yleistettävyydelle. (Kananen 2012: 19-21,44).

Työn tutkimuksellinen viitekehys pitää sisällään katsauksen tutkimuksiin ja teorioihin, mitkä käsittelevät tutkimusongelmaa ja siihen vaikuttavia osatekijöitä. Samalla teoreettinen viitekehys on ohjannut tutkimuksellisen kehittämistyön tekijää tämän omassa toiminnassaan koko prosessin ajan. Erityisesti *Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen -malli* (Isoherranen 2012: 149-152) ja *moniammatillisen yhteistyön edellytykset- malli* (Pärnä 2012: 55) sekä *sosiaali- ja terveysalalle kohdennettu verkostojohtamisen opas* (Järven-sivu 2012) ovat ohjanneet aineiston hankintaa ja analysointia sekä käytännöntyön kehittämisen osuutta vahvasti niistä valikoitunein osin. Nämä osuudet on esitelty edellisessä luvussa.

Tutkimuksellisen kehittämistyön lähtökohdat ovat vahvasti sidoksissa aiempaan tutkituun tietoon moniammatillisesta yhteistyöstä ja verkostotyöskentelystä. Käytössä on ollut teoriaohjaava tutkimusote ja tekijä on pyrkinyt abduktiiviseen päättelyyn. Eli teoreettinen viitekehys on vahvasti ohjannut työn tekijän toimintaa koko tutkimuksellisen kehittämistyön prosessin aja. Aineiston analyysivaiheessa abduktiivinen päättely on antanut myös tarvittaessa aineistolle mahdollisuuden tuottaa myös uutta tietoa ja tuloksia. Työn teoreettinen viitekehys on antanut myös mahdollisuuden saatujen tulosten arvioimiseen ja johtopäätösten tekoon ja jopa näiden synteisiin. (Kananen 2012; Tuomi & Sarajärvi 2018: 108-110.)

4.1 Aineistonkeruumenetelmät

Aineistonkeruumenetelmissä on hyödynnetty monimenetelmällisyyttä eli triangulaatiota. Tutkimuskysymyksiin vastauksien saaminen on edellyttänyt useampien aineistonkeruumenetelmien hyödyntämistä. Samalla myös eri aineistonkeruumenetelmillä hankittujen

eri tyyppisten aineistojen tavoitteena on ollut koota mahdollisimman monipuolinen ja kattava aineisto tutkittavasta ilmiöstä. Monipuolisesti kerätyt aineistot lisäävät tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten luotettavuutta sekä laatua (Silverman 2005: 5-7).

Tutkimuksellisen kehittämistyön toteutuksen eri vaiheet, itse käytännön kehittämistyön osuus ja aineiston hankinta- ja analysointivaiheet, ovat olleet suunniteltuja ja tavoitteellisia prosessin eri vaiheita. Työn tekijä on osallistunut käytännön kehittämistyön osuuteen fasillisaattorin roolissa. Seuraavassa taulukossa on kuvattu aineistonkeruumenetelmien valinta suhteessa tutkimuskysymyksiin ja tutkimuksellisen kehittämistyön prosessinomainen toteutus.

Taulukko 1. Tutkimuksellisen kehittämistyön tutkimuskysymykset ja kehittämistyön toteutuksen suunnitelma

Mihin ongelmaan haetaan ratkaisua	Menetelmä	Osallistujat
<p>Millaisia kokemuksia, käsityksiä ja toiveita henkilökunnalla on kotisairaalan ja kotihoidon moniammatillisesta yhteistyöstä ja verkostoitumisen tarpeista?</p> <p>Millaiset yhteistyön muodot ja kehitysajat edistävistä ja tukisivat hoitoyksiköiden keskinäistä moniammatillista yhteistyötä ja verkostoitumista?</p> <p>Miten yhteiskehittämisen menetelmät ovat vaikuttaneet käsityksiin ja asenteisiin sekä toiveisiin hoitohenkilökunnan arvioimana moniammatillisen yhteistyön ja verkostoitumisen näkökulmista?</p>	<p>Alkukysely (liite 2.) lähetetään saatekirjeen ja informaation kanssa sähköpostitse koko henkilöstölle kotihoidon ja kotisairaalan hoitoyksiköihin.</p> <p>Kolme pajatapaamista kesän 2018 aikana. Yhteiskehittämisen menetelmiä hyödynnetään pajatapaamisissa. Aineistonkeruumenetelminä hyödynnetään muun muassa videointia, learning cafen menetelmiä, aktiivista ja osallistuvaa havainnointia sekä tutkimuspäiväkirjaa.</p> <p>Palautekysely (liite 3.) pajoihin ja yhteiskehittämiseen osallistuneille henkilöille, missä arvioidaan yhteiskehittämisen vaikuttavuutta ja merkitystä suhteessa moniammatillisen yhteistyön ja verkostoitumiseen hoitohenkilökunnan kokemusten nä-</p>	<p>Koko henkilöstö kotihoidosta ja kotisairaalaan.</p> <p>Vapaaehtoisia edustajia molemmista hoitoyksiköistä. Moniammatillinen edustus. Yhteensä 5-10 henkilökunnan jäsentä.</p> <p>Yhteiskehittämiseen ja pajatapaamisiin osallistuneet henkilöt.</p>

	<p>kökulmasta. Kysely lähetetään sähköisesti pajatoiminnan päätyttyä.</p>	
--	---	--

Sähköinen alkukysely

Sähköisesti lähetettyjen kyselyjen avulla on mahdollista tavoittaa kerralla suuri joukko sekä huolellisesti tehtynä sen avulla on mahdollista saada ja kerätä paljon aineistoa (Hirsjärvi ym. 2009: 195). Alkukysely (liite 2.) lähetettiin koko hoitohenkilökunnalle kotihoidon ja kotisairaalan yksiköihin sähköisessä muodossa jokaisen henkilökohtaiseen työsähköpostiin. Mukana lähetettiin myös saatekirje (liite 1.), jossa ilmenee kyselyyn vastaamiseen ja yhteiskehittämispajatoimintaan liittyvä informaatio. Kyselyyn pyrittiin saamaan mahdollisimman suuri vastausprosentti tiedottamisen ja hoitoyksiköiden esimiesten tuen avulla noin 4 viikon ajan keväällä 2018. Kyselyyn vastaaminen on ollut vapaaehtoista ja siihen on pyydetty vastaamaan nimettömästi.

Alkukyselyn avulla oli tarkoituksena kartoittaa, jo olemassa olevia käsityksiä, merkityksiä ja tarpeita hoitoyksiköiden keskinäiseen moniammatilliseen yhteistyöhön, verkostoitumiseen ja yhteiskehittämiseen liittyen. Alkukyselyllä pyrittiin saamaan vastauksia tutkimuskysymyksistä alakysymykseen 1.1: Millaisia tarpeita, käsityksiä ja odotuksia henkilökunnalla on keskinäisestä moniammatillisesta yhteistyötä ja verkostoitumisen tarpeesta? Kyselyn avulla oli mahdollista tarkastella ja arvioida hoitoyksiköiden sen hetkistä moniammatillisen yhteistyön laatua sekä siihen liittyviä kokemuksia, tarpeita, merkityksiä ja toiveita henkilökunnan näkökulmasta. Kysymysten avulla tavoiteltiin saamaan vastauksia monipuolisesti moniammatilliseen yhteistyöhön, verkostoitumiseen, verkostojohtamiseen ja yhteiskehittämiseen liittyen erilaisten väittämien ja kysymysten avulla. Kysymysten muotoilussa on hyödynnetty työn teoreettista viitekehyksen aihealueita ja niissä mainittuja eri tutkimusten tuloksia, liittyen moniammatilliseen yhteistyöhön.

Kyselyissä on käytetty Metropolian e-lomaketta. Aktiivisemmin kyselyyn vastattiin kotisairaalan hoitoyksiköstä (n=100 % hoitohenkilökunnasta). Kotisairaalaista kaikki kyselyyn vastanneet olivat ammatiltaan sairaanhoitajia ja työntekijöitä. Kotihoidosta kyselyyn vastasi lähihoitajia, sairaanhoitajia ja yksi esimies. Kotihoidon vastausaktiivisuus jäi melko vähäiseksi (n=40 %). Kyselyssä on hyödynnetty myös avoimen palautteen antamisen mahdollisuutta, minkä on toivottu nostavan esiin asioita, joita työn tekijä ei ole välttämättä osannut muiden kysymysten avulla kysyä. Tämä on antanut myös mahdollisuuden antaa palautetta ja kehitysideoita perusteluineen anonyymisti.

Yhteiskehittämisen pajatoiminta ja osallistava havainnointi

Molempien hoitoyksiköiden hoitohenkilökunnalla on järjestetty moniammatillisen yhteistyön kehittämisen ja verkostoitumisen tueksi yhteiskehittämispajatoimintaa. Pajatoiminnan aikana aineistoa on aktiivisesti kerätty osallistavan havainnoinnin avulla. Työn tekijä on suunnitellut ja toteuttanut pajatoiminnan sekä toiminut pajojen aikana fasillisaattorin roolissa. Osallistavassa havainnoinnissa ja fasillitoidessa on huomioitu pajoissa käytyjen keskustelujen ja vuorovaikutuksen merkitykset, mitkä tukivat yhdessä oppimista ja kehittämistä. Samalla osallistava havainnointi antoi mahdollisuuden kerätä aineistoa monipuolisesti. Osallistava havainnointi on ollut myös tärkeä aineistonkeruumenetelmä, kun on ollut tarpeen saada kehitystyöhön liittyviä tietoja juuri oikeilta henkilöiltä ja näiden kokemuksista. Osallistavalla havainnoinnilla on myös tavoiteltu kehitystyön jatkumista hoitohenkilökunnan toimesta tutkimuksellisen kehitystyön päätyttyä. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 94-96). Tutkimuspäiväkirjaa ja musitiinpanoja hyödynnettiin myös, ettei tärkeitä havaintoja unohtuisi, joilla kuitenkin nähtiin olevan merkitystä tutkimustyön kannalta (Silverman 2005: 249).

Yhteiskehittämisen periaatteisiin kuulu moniammatillinen, tasa-arvoinen ja tavoitteellinen yhteistyö yhdessä sovittujen tavoitteiden saavuttamiseksi (Turpeinen ym. 2017; Tevere 2017.) Yhteiskehittämispajatoiminnan tavoitteena on ollut, että vapaaehtoisista koostuva ryhmä, jossa on henkilökunnan jäseniä molemmista hoitoyksiköistä, erityisesti se, että henkilökunta itse osallistuisi aktiivisesti omien työtapojen kehittämistyöhön ja yhteisiin päätöksentekoprosesseihin. (Turpeinen ym.2017; Turun yliopisto 2016.)

Vapaaehtoisista hoitohenkilökunnanjäsenistä koostunut ryhmä on kokoontunut tekijän johdolla pajoissa touko-syyskuun aikana vuonna 2018 kolme kertaa. Kestoltaan tapaamiset ovat olleet kaksi tuntia/ tapaaminen. Avoin kutsu yhteiskehittämisen pajaan on

nähtävissä liitteessä 3. Pajatapaamisia varten käytössä on ollut kokoustila hoitoyksiköiden omista tiloista. Ensimmäinen pajatapaaminen järjestyi kotisairaalan kokoushuoneessa ja kaksi seuraavaa tapaamista kotihoidon kokoushuoneessa. Moniammatillisen yhteistyön ja verkostotyöskentelyn kehittämisprosessiin eikä pajoihin osallistumisesta ole koitunut osallistujille kuluja. Jokainen yhteiskehittämispajaan osallistunut on voinut käyttää pajoihin osallistumiseen suunniteltua työaikaansa esimiehen luvalla. Osallistuminen on perustunut vapaaehtoisuuteen ja siihen, sopiko tapaaminen aikataulullisesti kunkin omaan työaikaan.

Vapaaehtoisia pajoihin osallistujia on ollut yhteensä yhdeksän henkilöä, keskimäärin pajassa on kerralla ollut 4 (kaksi kotisairaalan hoitajaa ja hoitajia kotihoidosta) hoitohenkilökunnan jäsentä fasillisaattorin lisäksi. Osallistujia on suullisesti informoitu tutkimuksellisesta kehittämistyöstä ja aineiston hankintaan sekä aineiston hyödynnettävyyteen liittyvät periaatteet. Osallistujat ovat saaneet tämän tiedon myös kirjallisena ja allekirjoittaneet suostumuksen (liite 4.) tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistumisesta. Informaatio on sisältänyt myös tiedon osallistumisen keskeyttämisestä, minkä mukaan ilman syyä ilmoittamista, osallistumisen on voinut perua missä vaiheessa tahansa. Tämän jälkeen osallistujan antamaa aineistoa ei hyödynnettäisi työn teossa.

Yhteiskehittämisen pajojen sisältö on perustunut vahvasti henkilöstön keskinäiseen vuorovaikutukseen ja ammatillisen luottamuksen tavoitteluun sekä parhaimmassa tapauksessa sen saavuttamiseen. Pajoissa pyrittiin luomaan vuorovaikutuksellisia yhteistyösuhteita henkilökunnan edustajien välille sekä samalla tukea keskinäistä yhteistyöverkostoa. Tapaamisten aikana tutustuttiin kummankin hoitoyksikön toimintaan ja työntekijöihin osallistujien johdolla. Pajojen aikana keskusteltiin moniammatillisen yhteistyön ja verkostotyöskentelyn haasteista ja hyväksi koetuista käytännöistä sekä kokemuksista. Osallistujia kannustettiin esittämään omia mielipiteitään ja kehitysideoitaan sekä kertomaan yhteistyöhön liittyvistä kokemuksistaan avoimesti. (Isoherranen 2005: 72-73, 93.) Pajoissa hyödynnettiin erilaisia yhteiskehittämistä tukevia menetelmiä, kuten ryhmätehtäviä, puheenvuoroja ja SWOT-analyysin tekoa (Tevere 2017).

Pajojen aikana eri teemojen ja keskustelun aiheiden avulla oli yhdessä mahdollista myös pohtia, kuinka keskinäinen moniammatillinen yhteistyö ja verkostoituminen voisi parantaa hoitoyksiköiden kotiin tuotavien palveluiden laatua. Fasillisaattorin etukäteen suunnitteleminen keskusteluaiheiden ja yhteisen pohdinnan teemoina olivat opinnäytetyön teo-

reettisistä lähtökohdista nousseet keskeiset aihealueet. Toisessa ja kolmannessa pajatapaamisessa tarkasteltiin myös yhdessä alkukyselystä saatuja tuloksia. Kun ollaan keskusteltu yhteisistä asiakkaista ja yhteistyötä vaativista tilanteista, ollaan tutkimusten mukaan oltu moniammatillisen yhteistyön ydintehtävissä (Isoherranen 2012; Pärnä 2012).

Toisen pajatapaamisen jälkeen fasillisaattorina toiminut työn tekijä kokosi pajojen tuoksista, keskusteluista ja yhteistyötä tukevista ideoiduista toimintatavoista koosteen. Kooste on nähtävissä liitteessä 5. Tämä kokoava yhteenveto lähetettiin pajoihin osallistuvien sähköpostiin kommentoitavaksi ennen sen julkaisua. Tämän jälkeen yhteenveto toimitettiin molempiin hoitoyksiköihin (laminoitu A4) näkyville paikoille, kuten ilmoitustaululle ja kahvihuoneen pöydille. Kopiot yhteenvedosta toimitettiin myös hoitoyksiköiden lähiesimiehille ja osastohoitajalle.

Palautekysely

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on ollut tuottaa tietoa hoitoyksiköiden keskinäisestä moniammatillisesta yhteistyöstä ja verkostotyöskentelystä hoitohenkilökunnan näkökulmasta ja arvioida yhteiskehittämisen pajatoiminnan vaikuttavuutta. Jotta vaikuttavuutta ja yhteiskehittämisen pajatoiminnan merkitystä on ollut mahdollista arvioida ja tarkastella tutkitun tiedon valossa, on yhteiskehittämisen pajatoimintaan osallistuvilta henkilöiltä pajatoiminnan päätyttyä kerätty palaute, sähköisen palautekyselyn (liite 6.) avulla. Palautekyselyssä toimittiin samalla periaatteella, kuin alkukyselyssä, mutta kysely lähetettiin sähköisesti vain pajatoimintaan osallistuneille henkilöille (yhdeksän lähetettyä palautekyselyä). Vastauksia palautekyselyyn saatiin kuusi kappaletta (n=66,7 %).

4.2 Aineistojen analysointi

Tutkimuksellisen kehittämistyön aineisto on koostunut yhteiskehittämisenpajatoiminnan aikana videoiduista ryhmätöistä ja esityksistä, tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän muistiinpanoista sekä kahdesta erillisestä strukturoidusta sähköisestä kyselystä. Videoidut aineistot on litteroitu pajan päätyttyä, samana iltana työn tekijän toimesta. Lopullinen litteroitu aineisto koostui alkukyselyn palautteista ja avoimista kommenteista, yhteiskehittämisenpajatoiminnan aikana videoiduista ryhmätöistä ja ensimmäisessä pajatapaamisessa tehdystä hoitoyksiköiden moniammatillista yhteistyötä tarkastelevasta SWOT-analyysistä. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 83, 133.)

Alkukyselyyn vastauksia saatiin yhteensä 33 kpl. Avoimen kohdan vastauksia saatiin yhteensä neljä kappaletta (n=4 kpl). Nämä on koottu word tiedostoon ja tekstimäärä on ollut noin puolikas word- asiakirja, fontti koolla 11, rivivälin ollessa 1. Avoimien vastauksien ja kommenttien määrä oli vähäinen, mutta sisällöllisesti merkityksellisiä asioita sisältäviä. Videoituja yhteiskehittämisen ryhmätyöesityksiä on aineistossa hyödynnetty kolme kappaletta. Kestoltaan videot ovat 1:46min – 3:08min. Esitysten puheenvuorot litteroitiin word tiedostoksi ja sanasta sanaan aukikirjoitettua niistä saatiin aineistoa yhteensä 2,5 sivua fontilla 11 ja rivivälin ollessa 1,5.

Aineistoihin tutustumiseen ja analysointiin on prosessinomaisen työn vuoksi paneuduttu koko työnteon ajan vaiheittain. Aineistoilta on aktiivisesti kysytty vastauksia tämän työn tarkoitukseen ja tavoitteisiin eli tutkimuskysymyksiin. Työssä kerättyä laadullista aineistoa on tarkasteltu teoriaohjaavasti eli päättelyn logiikka on ollut abduktiivista. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 122-133; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009: 183-185, Kananen 2012: 37-42,95,179.)

Laadullisen aineiston teoriaohjaava sisällönanalysysvaihe on ollut kolmivaiheinen prosessi. Litteroidusta aineistosta on poimittu tutkimuskysymyksiä käsitteleviä aiheita analysoitavaksi pelkistämisen avulla eli aineistoa redusoimalla. Pelkistetyt aihealueet on tämän jälkeen klusteroitu eli ryhmitelty ja luokiteltu omiksi samaa aihetta käsitteleviksi ryhmikseen. Näistä klustereista eli ryhmistä on muodostuneet analyysin alaluokat. Abstrahointi- eli käsitteellistämisvaiheessa analyysiä on siirrytty tarkastelemaan teoriaohjaavasti, jolloin alaluokista ovat muodostuneet yläluokat ja yhdistävä pääluokka. Nämä luokat on pyritty yhdistämään teoreettiseen viitekehyksessä esiteltyihin tutkimustuloksiin sekä työtä ohjaaviin malleihin. Eli muodostettujen yläluokkien ja yhdistävän pääluokan tarkoituksena on abduktiivisen päättelyn ja logiikan avulla yhdistyä käsitetasolla jo olemassa oleviin käsitteisiin ja teorioihin. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 122-133.) Teoriaohjaavan sisällön analyysin tuottamat tulokset ja analyysinteoneri vaiheet esitellään vielä tarkemmin seuraavassa luvussa.

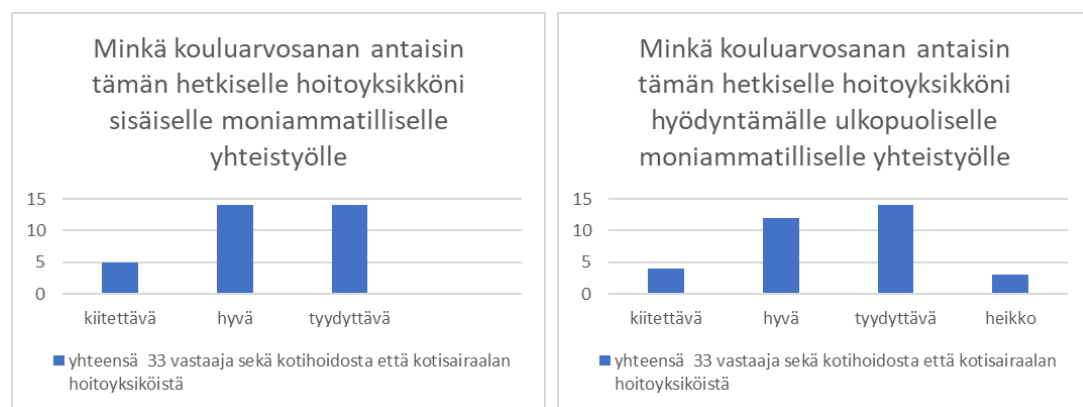
5 Tutkimuksellisen kehittämistyön tulokset

Tässä luvussa esitellään kahdesta strukturoidusta kyselyistä saadut keskeisimmät tulokset yhdessä laadullisen aineiston teoriaohjaavan sisällönanalysien tulosten kanssa. Tuloksissa esiteltyjä vastauksia ei ole eritelty hoitoyksikkö- eikä ammattiryhmäkohtaisesti, vaan niitä on tarkasteltu ja ne esitetään yhtenä kokonaisuutena. Kyselyiden vastauksien

jakautuminen ja tulokset esitellään myös graafisesti, kun on strukturoitujen kyselyjen avulla mahdollista ollut hyödyntää myös määrällisiä arvoja. Kuvioissa on pylväsdiagrammien avulla kuvattu vastausten jakautuminen absoluuttisina lukuina. Tekstiosuuksissa näihin viitataan prosenttilukuina.

5.1 Moniammatillisen yhteistyön haasteet

Alkukyselyssä hoitohenkilökuntaa pyydettiin arvioimaan oman hoitoyksikön moniammatillisen yhteistyön tilannetta kouluarvosanan avulla. Seuraavissa kuvioissa on nähtävissä vastausten jakautuminen kysymyksiin: kuinka moniammatillista yhteistyötä hyödynnetään molempien hoitoyksiköiden omassa toiminnassa? ja, kuinka moniammatillista yhteistyötä hyödynnetään omassa hoitoyksikössä yli organisaatorajojen? Moniammatillisen yhteistyön hyödyntämistä on pyydetty arvioimaan kouluarvosanojen avulla: kiitettävästä-heikkoon.



Kuvio 5. Moniammatillisen yhteistyön arvosanat

Hoitoyksiköiden sisäinen moniammatillinen yhteistyö on keskimäärin arvioitu kouluarvosanalla hyvä 42,5 %, kiitettävän antaa 15 % vastaajista sekä tyydyttävän 42,5 %. Vastauksen mukaan oman hoitoyksikön moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen on keskimäärin koettu olevan hyvällä tasolla.

Ulkopuoliselle moniammatillisen yhteistyön hyödyntämiselle suurin osa vastaajista antaa kouluarvosanan kuitenkin tyydyttävä 42,4 %. Kiitettävän sille antaa 12,1 %, hyvän 36,4 % ja heikon 9,1 % vastaajista. Vastauksista voidaan päätellä, että hoitoyksikön sisällä

moniammatillista yhteistyötä hyödynnetään käytännön työssä melko hyvin, mutta moniammatillinen yhteistyö ulkopuolisten organisaatioiden ja eri asiantuntijoiden kanssa on vähäisempää.

Seuraavassa kuviossa on nähtävissä vastausten jakautuminen, kun alkukyselyyn vastaajilta on pyritty arvioimaan, kuinka hoitohenkilökunnan jäsenet ovat kokeneet hoitoyksikössään hyödynnettävän moniammatillista osaamista omien asiakkaiden hoidossa?



Kuvio 6. Moniammatillisen osaamisen hyödyntäminen asiakastyössä

Yllättäen vain 18,2 % vastaajista on ollut sitä mieltä, että omien asiakkaiden hoidossa hyödynnetään moniammatillista osaamista riittävästi. Valtaosa vastaajista (48,5 %) koki, että moniammatillista osaamista hyödynnetään asiakastyössä vain jokseenkin riittävästi ja jopa 33,3 % vastaajista koki, ettei moniammatillista osaamista hyödynnetä riittävästi asiakkaiden hoidossa. Alkukyselyssä vielä tarkemmin kysyttäessä, että onko moniammatillinen yhteistyö hyvä keino ratkaista hoitoon liittyviä haasteita ja ongelmatilanteita, niin kaikki kyselyyn vastanneista kaikki olivat siitä samaa mieltä, että kyllä näin on. Voidaan siis päätellä vastausten perusteella niin, että moniammatillisen osaamisen hyödyntämistä asiakastyössä on varaa tehostaa ja lisätä moniammatillisen osaamisen hyödyntämisen osaksi oman hoitoyksikön hoitokulttuuria ja toimintatapoja. Moniammatillista yhteistyötä on myös varaa lisätä ja tehokkaammin suunnata oman hoitoyksikön organisaatorajojen ulkopuolelle ja hyödyntää moniammatillista osaamista myös sitä kautta tehokkaammin asiakkaiden hoidossa.

Seuraavassa kuviossa on kuvattu vastaajien näkemys siitä, tulisiko kotihoidon ja kotisairaalan lisätä keskinäistä moniammatillista yhteistyötä. Kuviossa on nähtävissä, että suurin osa (66,7 %) on sitä mieltä, että hoitoyksiköiden keskinäistä moniammatillista yhteistyötä tulisi lisätä.



Kuvio 7. Tarvitseeko hoitoyksiköiden lisätä keskinäistä moniammatillista yhteistyötä?

Erityisesti moniammatillisen yhteistyön lisäämisen tarve korostuu yhteisten potilaiden hoidon toteuttamisessa. Seuraavasta kommentista selviää myös tärkeä asiakasryhmä, joiden hoidossa hoitoyksiköiden moniammatillisen yhteistyön merkitys korostuu:

Meillä on ollut yhteisiä potilaita kotihoidon kanssa ja ne ovat olleet saattohoitopotilaita.

Tarkemmin moniammatillisen yhteistyön haasteita tarkastellessa on aineistosta löytynyt teoriaohjaavan sisällönanalyysin menetelmällä kolme yläluokkaa, mitkä kuvaavat yhdistävän pääluokan eli teoreettisen näkökulman hoitoyksiköiden keskinäisen moniammatillisen yhteistyön keskeisimpiä haastealueita. Yläluokat ovat 1. pirstaloitunut hoito ja hoitovastuu sekä 2. asenteet ja luottamuspula, sekä 3. keskinäisen kommunikaation ja vuorovaikutuksen vähyys/puute. Teoriaohjaavan sisällön analyysin eri vaiheet on kuvattu seuraavassa taulukossa.

Taulukko 2. Moniammatillisen yhteistyön haasteet

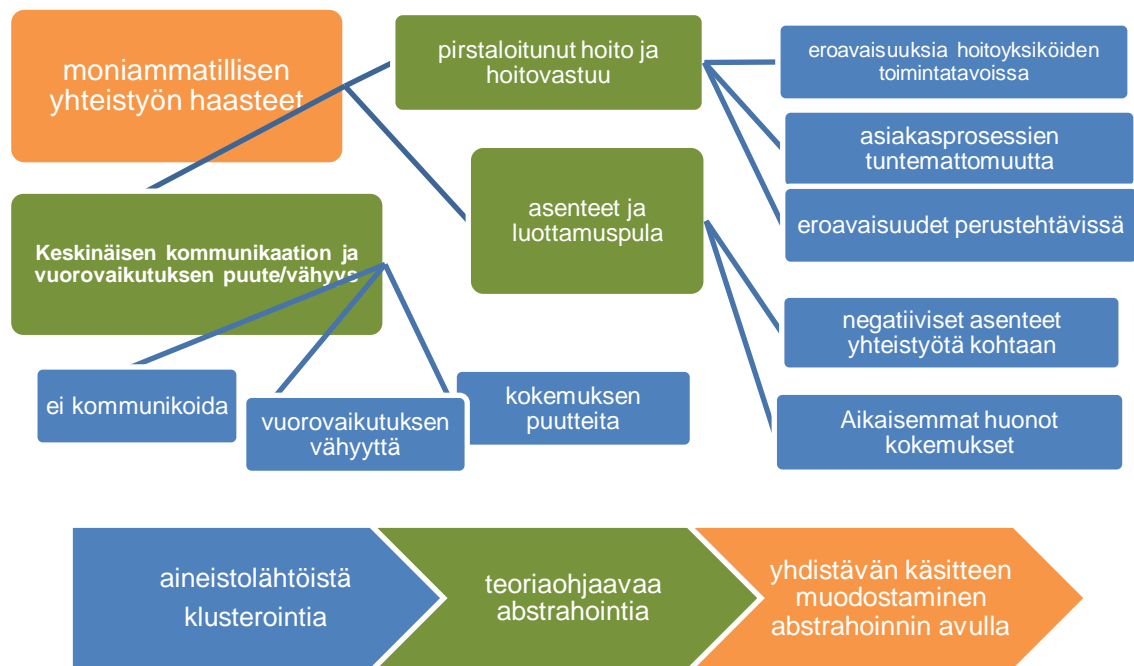
Yhdistävä pääluokka	alkuperäisilmaukset	pelkistetty ilmaisu	alaluokka	yläluokka
Moniammatillisen yhteistyön haasteet	Kotisairaалassa on päivystyksenomainen työ. (ksrla)	päivystyksen omainen työ	eroavaisuudet perustehtävissä	Pirstaloitunut hoito ja hoitovastuu
	Olemme enemmän päivystyksen kanssa samanluonteisia kuin kotihoidon.(ksrla)	erilaisuus	eroavaisuuksia hoitoyksiköiden toimintatavoissa	
	Työn toiminnan eroavaisuus kotihoidon ja kotisairaalan kesken... (ksrla)	työtoiminnan erot		
	Kerroin heille miten meille tullaan asiakkaaks ja mitä me tehdään tuolla.(ryhmätyö,ksrla)	tiedonpuutteita		
	Kotihoito ei tarkkaan tiedä mitä meillä tehdään ja miten meille tullaan ja meilläkin on tietysti varmasti epäselvää kotihoidon kaikista nyansseista mitä siihen kuuluu..(ksrla)	tietämättömyyttä asiakasprosesseista	asiakasprosesien tuntemattomuutta	
	..mitä me tehdään tuolla ja kuka on siitä vastuussa?(kh)	hoitovastuu vastuualueiden ja toimenkuvien tuntemattomuutta		
	Toimenkuvat ovat vieraita(kh,swot)			
Tähän astiset kokemukset eivät ole hyviä.(ksrla)	huonoja kokemuksia	Aikaisemmat huonot kokemukset	Asenteet ja luottamuspula	

	<p>On liian kiire tehdä yhteistyötä (kh,swot)</p> <p>asiat jää helposti roikkuu ilmaan, eikä sit kukaan oikeen ota kantaa niihin ja tehään niinku juosten kusten kullee kiire niiden asioiden kaa...niin se ehkä menee..ei aina mut välillä..(kh)</p> <p>Pelätään hoitovirheitä(kh,swot)</p> <p>En tyrmää yhteistyötä, mutta toteuttaminen on hankalaa jo välimatkan takia...(ksrla)</p> <p>mä en siis tiedä miten tää kotihoidon ja kotisairaalan kommunikaatio sujuu..</p> <p>kommunikointi on niin hirveen tärkeätä.</p> <p>pitäis enemmän soittaa vaikka ihan puhelimitse, ku ei muuten niin olla yhteyksissä.</p>	<p>kiireen kokemukset</p> <p>asenteet</p> <p>pelot</p> <p>pitkä välimatka</p> <p>asenteet</p> <p>kokemattomuutta</p> <p>tiedostetaan tärkeäksi</p> <p>yhteydenottojen vähyyys</p>	<p>negatiiviset asenteet yhteistyötä kohtaan</p> <p>ei kommunikoida</p> <p>kokemuksen puutteita</p> <p>vuorovaikutuksen vähyyttä</p>	<p>Keskinäisen kommunikaation ja vuorovaikutuksen puute/vähyyys</p>
--	--	---	--	--

(Tuomi & Sarajarvi,2018:117-133.)

Yläluokat ovat muodostuneet yhdistäviksi luokiksi alaluokista. Yläluokat ja yhdistävä pääluokka muodostuivat teoreettisista käsitteistä ja aikaisemmista tutkimustuloksista. Alaluokat taas ovat muodostuneet redusoiduista alkuperäisilmaisista (hoitohenkilökunnan kokemuksista) aineistolähtöisen analyysin menetelmällä. Esimerkiksi moniammatillista yhteistyötä haastavat kokemukset pirstaloituneesta hoidosta ja hoitovastuusta koostuu yhdistetyistä alaluokista: 1. hoitoyksiköiden toiminnan ja 2. perustehtävien eroista ja 3. asiakasprosessien tuntemattomuudesta.

Seuraavassa kuviossa vielä teoriaohjaavan analyysiprosessin kuvattu ryhmittelyn eli aineistosta redusoitujen ilmaisujen muodostamista alaluokista lähtien ja luokkien yhdistäminen yläluokiksi teoriaohjaavan päättelyn perusteella ja ohjaamana. Yläluokat tiivistyvät vielä lopuksi yhdistäväksi pääluokaksi.



Kuvio 8. Teoriaohjaavan sisällönanalyysin prosessikuvausta

Asenteet ja luottamuspuola yläluokka muodostui hoitohenkilökunnan negatiivisista asenteista yhteistyötä kohtaan, peloista ja aikaisemmista huonoista yhteistyön kokemuksista. Hoitohenkilökunnan keskuudessa luottamuspuola liittyy vahvasti toisen hoitoyksikön toimintatapojen tuntemattomuuteen ja aikaisemmat huonot yhteistyön kokemukset ovat vahvistaneet negatiivisia asenteita moniammatillista yhteistyötä kohtaan. Moniammatillisen yhteistyön epäonnistuneet kokemukset, joissa keskinäisen yhteistyön haasteet ovat

vaikuttaneen yhteisten asiakkaiden hoitoon negatiivisesti, ovat vahvistaneet sekä keskinäisen luottamuksen puutetta että vaikuttaneet hoitohenkilökunnan asenteisiin.

Pirstaloituneen hoidon ja vastuunjaon kokemukset koostuvat perustehtävien ja toimenkuvien eroavaisuuksien kokemuksista sekä hoitoyksiköiden asiakasprosessien tuntemattomuudesta. Kotisairaalan henkilökunta kokee perustehtävien näkökulmasta olevansa enemmän samankaltainen hoitoyksikkö kuin päivystyspoliklinikka, jossa hoitotyö keskittyy sairaanhoidollisiin hoitotoimenpiteisiin. Työtehtävät kotisairaalassa ovat myös usein päivystysluonteisia ja ennalta suunnittelemattomia, kun taas kotihoidon toiminta perustuu pitkäaikaisiin asiakkuuksiin, suunnitelmallisuuteen ja hoitotyö asiakkaiden kotona selviämisen tukemiseen. Muun muassa tästä syystä hoitohenkilökunta on kokenut hoitoyksiköiden toimintatapojen yhteensovittamisen käytännön työssä haastavaksi. Toimintatapojen ja perustehtävien erilaisuus on tuottanut käytännön toteuttamisen näkökulmasta epäselvyyksiä ja keskinäisiä ristiriitajakin.

Yhteisten asiakkaiden hoidon suunnitelmallisuuteen liittyvät puutteet ovat vahvistaneet hoidon toteuttamiseen ja vastuunjakoon liittyviä pirstaloitumisen kokemuksia. Esimerkiksi molemmista hoitoyksiköistä on asiakkaan luona käyty tekemässä omat sovitut hoito- ja tukitoimenpiteet ilman, että toisen hoitoyksikön henkilökunta on ollut käynnistä tietoinen. Hoidon ja vastuunjaon pirstaloituneisuuden kokemukset liittyvät vahvasti myös siihen, että moniammatillisen yhteistyön toteuttamisesta ovat puuttuneet yhdessä sovitut ja kaikille selkeät toimintatavat esimerkiksi tiedottaminen ja yhteinen suunnitelmallisuus. Epäselvyys hoidon sisällöistä ja tuottamisesta yhteistyössä on käytännön työssä koettu ajoittain hankalaksi, koska keskinäinen hoidonsuunnittelu yhdessä hoidettavien asiakkaiden kohdalla on ollut vähäistä.

Asiakasprosessien tuntemattomuus on käytännössä tuottanut myös moninaisia haasteita onnistuneelle yhteistyölle. Molemmilla hoitoyksiköillä on määritelty omanlaiset asiakasprosessit ja asiakkuuksien kriteeristö. Tämä on myös osaltaan vahvistanut henkilökunnan vastuunjaon ja hoidon pirstaloitumisen kokemuksia. Pirstaloitunut hoito ja vastuunjaon kokemukset liittyvät myös hoitoyksiköiden pitkään fyysiseen välimatkaan. Välimatka lisää toisen hoitoyksikön toiminnan tuntemattomuuden kokemuksia, kun ei esimerkiksi tiedetä tarkkaan, mitä toisessa hoitoyksikössä tehdään ja suunnitellaan yhteisten asiakkaiden hoidon toteuttamisen ja sisällön suhteen. Tämä on myös näkynyt käytännön työn näkökulmasta työnteon päällekkäisyyksinä sekä yhteisten asiakkaiden hoi-

don sisällön ja tavoitteiden epäselvyyksinä. Seuraavissa kommenteissa on lyhyt ote pakakeskustelusta, joista on havaittavissa asiakasprosessien tuntemattomuuden sekä hoidon ja vastuunjaon pirstaleisuuden kokemus:

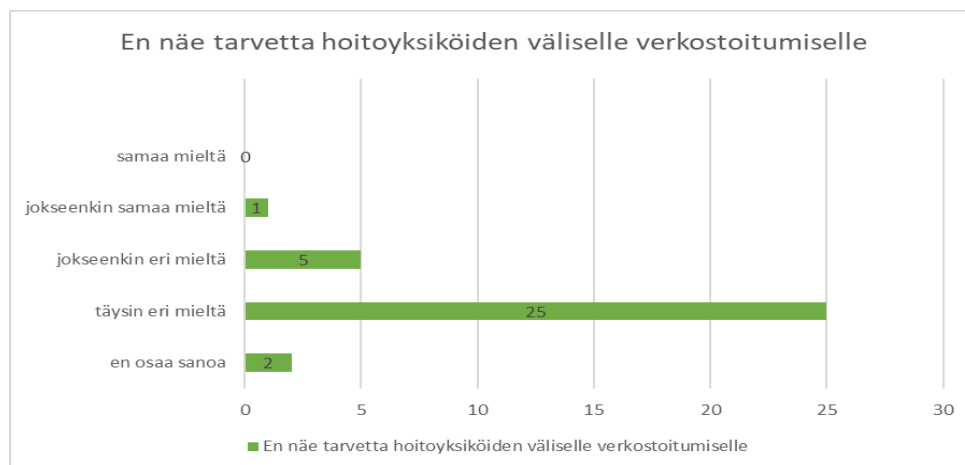
Mut mietittiin sitä et oli semmonen yhteinen tai meil on semmonen syöpäpotilas, josta mä sitten jo mietin, et pitäiskö ottaa kotisairaalaan yhteyttä, mut mä en tienny, et oli jo, tai et teille tulee automaattisesti jotain listoja ja ettei mun tarvii edes ottaa. (kh)

Eli meille tulee läheteellä palliativisesta hoitoyksiköstä tulee suoraan niinku tänäänkin tuli kaksi. Ne tulee suoraan ja sitten lääkäri arvioi kuinka nopeesti sinne mennään sitten käymään tekemään kartotusta. Sillä tavalla joo.(ksrla)

kh: Mä oon tätä asiakasta miettinyt jo monta viikkoa, et pitäiskö mut se on vaan jääny. (kh)

5.2 Verkostotyöskentely

Alkukyselyssä selviteltiin hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitoyksiköiden väliselle verkostoitumisen tarpeelle. Avoimissa vastauksissa korostui verkostoitumisen kannalta hoitoyksiköiden toiminnan erilaisuus ja tästä syystä hoitoyksiköiden toimintatapojen yhteensovittaminen ja verkostoituminen koetaan arjen työssä jokseenkin haastavana. Seuraavassa kuviossa on nähtävillä vastauksien jakaantuminen vastaajien näkemyksille siitä, että kuinka tarpeelliseksi he näkevät hoitoyksiköiden välisen verkostoitumisen.

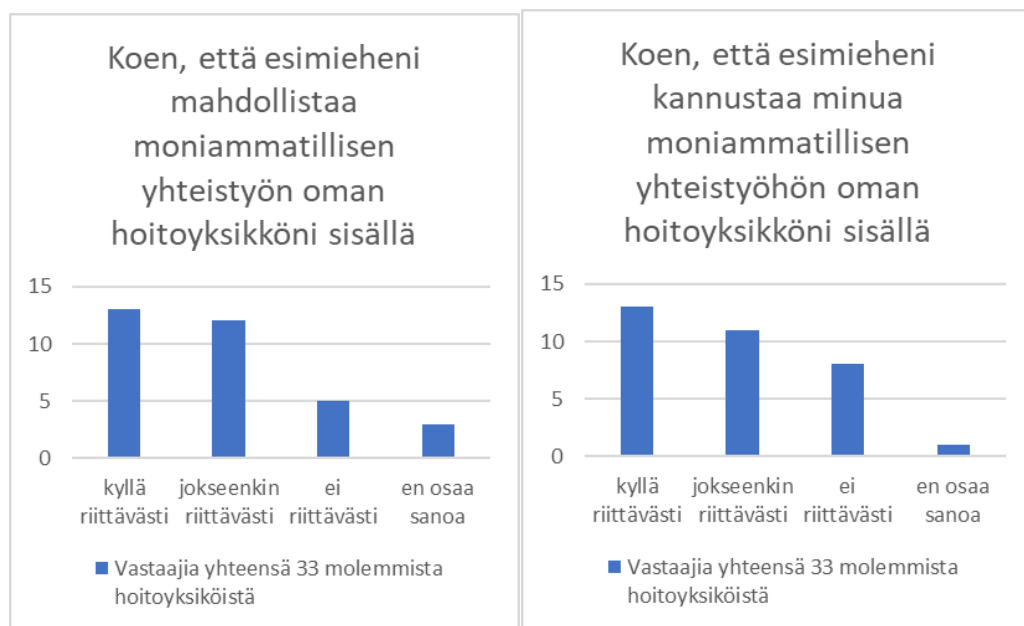


Kuvio 9. Verkostoitumisen tarve

Kyselyn mukaan 18,2 % vastaajista ei näe tarvetta hoitoyksiköiden verkostoitumiselle. Kuitenkin valtaosa, 75,8 % vastaajista, näkee hoitoyksiköiden väliselle verkostoitumiselle selkeän tarpeen. Tästä voidaan päätellä, että jo mahdollisesti olemassa oleva yhteistyöverkoston tulisi vahvistaa tai kehittää toimivammaksi yhteistyöverkostoksi, mikä olisi tarvittaessa hyödynnettävissä myös moniammatillisen yhteistyön tukena.

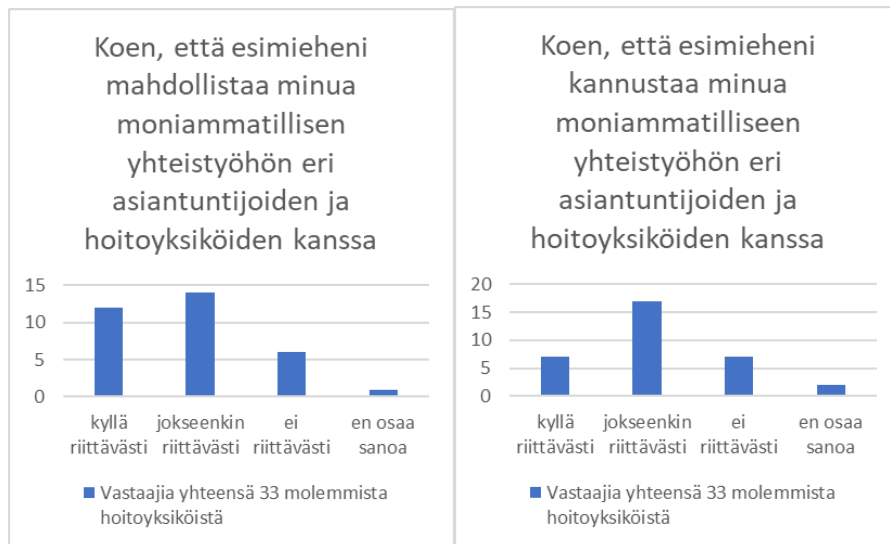
Alkukyselyssä tarkasteltiin myös hoitoyksiköiden esimiehen roolia moniammatillisen yhteistyön ja verkostojohtamisen näkökulmista. Verkostojohtamisen ydin tehtäviin kuuluvat hoitohenkilökunnan kannustus moniammatilliseen yhteistyöhön sekä käytännössä sen mahdollistaminen. Vastaajat saivatkin arvioida näiden tehtävien onnistumista väittämien avulla, eli kuinka esimiehet mahdollistavat ja kannustavat hoitoyksiköiden hoitohenkilökuntaa hyödyntämään moniammatillista yhteistyötä sekä oman hoitoyksikön sisällä että myös oman organisaation ulkopuolisten hoitoyksiköiden ja asiantuntijoiden kanssa.

Seuraavissa kaavioissa on kuvattu vastauksien jakaantuminen oman hoitoyksikön esimiehen tuen ja ohjauksen riittävyydestä väittämien avulla.



Kuvio 10. Verkostojohtaminen

39,4 % vastaajista kokee esimiehen kannustavan ja mahdollistavan moniammatilliseen yhteistyöhön riittävästi oman hoitoyksikön sisällä. Mahdollistamisen kokee riittämättömäksi 15,2 % vastaajista ja kannustuksen riittämättömäksi 24,2 % vastaajista.



Kuvio 11. Verkostojohtaminen

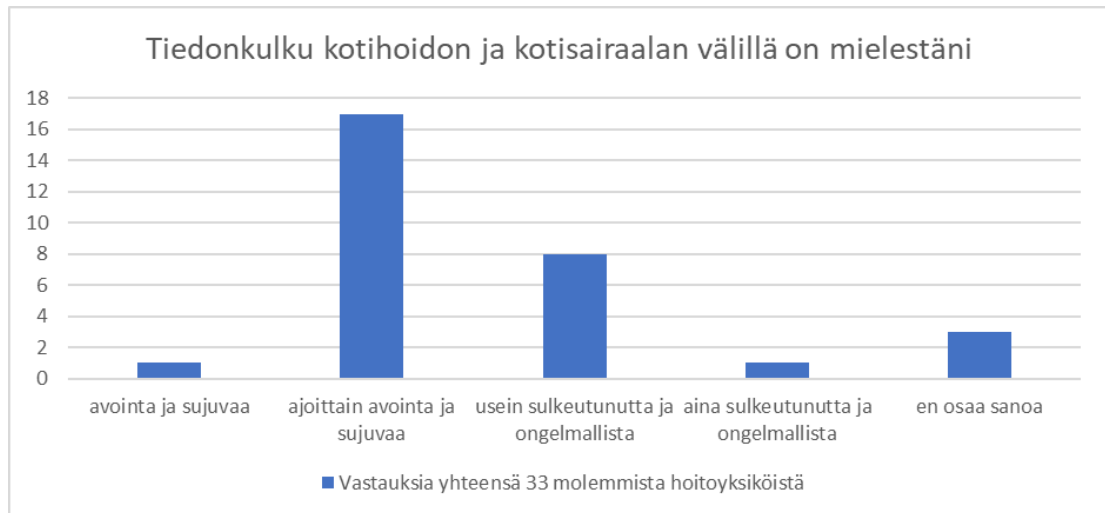
Vastauksien jakautumisesta on nähtävissä, että esimiehen kannustus (51,5 %) ja mahdollistaminen (42,2 %) moniammatilliseen yhteistyöhön hoitoyksikön ulkopuolisten tahojen ja asiantuntijoiden kanssa on hoitohenkilökunnan arvioin mukaan vain jokseenkin riittävä. Yli 18 % alkukyselyyn vastaajista oli sitä mieltä, ettei esimies kannusta eikä mahdollista riittävästi eri asiantuntijoiden tai hoitoyksiköiden kanssa tehtävään moniammatilliseen yhteistyöhön. Tulosten mukaan hoitohenkilökunta kaipaa enemmän oman hoitoyksikön esimiehen tukea moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen. Esimiehen tuen puuttuessa, moniammatillinen yhteistyö ja verkostotyöskentely jää hoitohenkilökunnan vastuulle. On kuitenkin selvää, että jos johtamisen tuki koetaan riittämättömäksi moniammatillinen yhteistyö ja verkostotyöskentely eivät voi hyvin ja kestävästi toteutua, kuten seuraavassa kommentissa asiaa on alkukyselyn avoimessa palautteessa kommentoitu:

Kotihoidon myllerrys ei voi olla vaikuttamatta myös kotisairaalan toimintaan. Toiminnan eroavaisuus kotihoidon ja kotisairaalan kesken ei tunnu olevan edes pomolle selkeää...

5.3 Tiedonkulun ongelmat vaikuttavat yhteisten asiakkaiden hoidonlaatuun

Alkukyselyssä hoitoyksiköiden keskinäistä tiedonkulkua vastaajat arvioivat sen sujuvuuden näkökulmasta. Vastauksissa ilmeni, että tiedonkulku koetaan ajoittain haasteel-

liseksi. Seuraavassa kuviossa on nähtävissä alkukyselyyn vastanneiden mielipiteet hoitoyksiköiden välisestä tiedonkulun sujuvuudesta. Keskinäistä tiedonkulkua on pyydetty arvioimaan: sujuvasta ja avoimesta tiedonkulusta - aina sulkeutuneeseen ja ongelmalliseen tiedonkulkuun.



Kuvio 12. Tiedonkulun sujuvuus

Moniammatillisen yhteistyön ja verkostotyöskentelyn lähtökohtana on sujuva avoimuuteen ja luottamukseen perustuva keskinäinen tiedonkulku. Alkukyselyyn vastaajista yli puolet (51,5 %) oli sitä mieltä, että tiedonkulku on ajoittain avointa ja sujuvaa. Jopa 24,2 % vastaajista koki hoitoyksiköiden keskinäisen tiedonkulun olevan usein sulkeutunutta ja ongelmallista. Vain noin 3 % vastaajista koki tiedonkulun hoitoyksiköiden välillä olevan avointa ja sujuvaa. Vastaava määrä (3 %) koki keskinäisen tiedonkulun olevan aina sulkeutunutta ja ongelmallista. Noin 9 % vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään tiedonkulun sujuvuuteen.

Tiedonkulun haasteita koettiin sekä keskinäisessä kommunikaatiossa ja vuorovaikutuksessa, sen puutteessa ja vähydessä, että potilastietojärjestelmästä johtuvien tiedonkulun ongelmien näkökulmasta. Yhtenevät kirjaamisen käytännöt potilastietoihin koettiin puutteelliseksi tai ne puuttuivat kokonaan. Potilastietojärjestelmästä puuttui esimerkiksi asiakastiedoista selkeä paikka, mistä hoitohenkilökunta olisi voinut tarkastaa tai tarvittaessa selvittää asiakkaan hoitoon osallistuvat muut hoitoyksiköt. Seuraavissa kommentissa potilastietojärjestelmän tiedonkulkua on pohdittu yhteiskehittämispajan aikana osallistujien kesken:

Jos olis niinku selkee semmonen diagrammi tai jotain, missä on kaikki ne joka on mukana tässä hoitoprosessissa ja kuka on siitä vastuussa ja kuinka otetaan yhteyttä. Ja sit niinku se, et opitaan tuntemaan ja sit sitä voi hyödyntää.(kh)

Porukassa me ollaan sitä välillä pohdittu, mihin esimerkiksi ois järkevää pegasokseen kirjata silleen et kaikil kotihoidon työntekijöillä olis helposti niinku nähtävissä et hän on kotisairaalan soittolistapotilas.(ksrla)

Sitä mä olin just tässä sanomassa. Sehän tulee eiks tulis siihen työkoneelle, siis se näkyy siinä sit heti, et tää on kotisairaalan asiakas.(kh)

Seuraavassa taulukossa hoitoyksiköiden keskinäisen tiedonkulun haasteita on tarkasteltu litteroidusta aineistosta teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla. Tarkasteltava aineisto koostui alkukyselyn kommentteista ja palautteista sekä yhteiskehittämisen pajatoinnassa videoidusta ryhmätöistä. Tiedonkulun haasteita kuvaavia alaluokkia löytyi kuusi. Alaluokat muodostuivat henkilökunnan kokemuksiin perustuvia haasteita ryhmittelemällä. Alaluokiksi muodostuivat 1. yhteydenotokäytäntöjen epäselvyys, 2. yhteydenotokäytäntöjen tuntemattomuus ja 3. yhdessä sovittujen yhteydenottotapojen puute, 4. negatiivisia vaikutuksia hoidonlaatuun, 5. tietokatkokset ja 6.kirjaamiseen liittyvät puutteet.

Yläluokkia näistä alaluokista muodostui teoriaohjaavasti kaksi luokkaa: 1. Yhteydenotokäytäntöihin liittyviä ongelmia ja 2. tiedonkulkuun liittyviä ongelmia. Yhdistävä pääluokka on lähtökohtaisesti siis ollut tiedonkulun haasteet. Teoriaohjaava sisällönanalyysi on nähtävissä vielä alla olevassa taulukossa.

Taulukko 3. Hoitoyksiköiden välisen tiedonkulun haasteet

Yhdistävä pääluokka	alkuperäisilmaukset	pelkistetty ilmaus	alaluokka	yläluokka
Tiedonkulun haasteet	mä en siis tiedä miten tää kotihoidon ja kotisairaalan kommunikaatio sujuu..(kh) mimmoset yhteydenottotavat esimerkiksi on ok, et kenelle voi soittaa saman tien, kenelle täytyy laittaa pe-	tietämättömyyttä yhteydenotokäytäntöjen monimutkaisuus	yhteydenotokäytäntöjen epäselvyydet	Yhteydenotokäytäntöihin liittyviä ongelmia

	<p>gasospostia, kenelle täytyy lähettää sähköpostia, kenelle täytyy laittaa faxia ja näin edespäin..se on niinku hirveen vaikea hahmottaa..(kh)</p>		<p>yhteydenotto-käytäntöjen tuntemattomuus</p>	
<p>Kenellä on oikeus ottaa yhteyttä? Pitääkö olla sairaanhoitaja?(kh)</p>	<p>hierarkkisuutta</p>	<p>yhdessä sovitujen yhteydenottotapojen puute</p>		
<p>meil on semmonen syöpäpotilas, josta mä sitten jo mietin, et pitäiskö ottaa kotisairaalaan yhteyttä, mut mä en tienny, et oli jo, tai et teille tulee automaattisesti jotain listoja ja ettei mun tarvii edes ottaa... (kh)</p>	<p>epäselvyyksiä</p> <p>asiakasprosessit</p> <p>tuntemattomuutta</p>			
<p>Tiedonkulku ei toimi riittävän hyvin, selkeät ohjeet puuttuvat eikä tiedetä mihin otetaan yhteyttä...(kh)</p>	<p>ei toimi</p> <p>ohjeet puuttuvat</p> <p>monimutkaisuuksia</p>			
<p>kommunikointi on niin hirven tärkeätä ja samoin toi hyvä kirjaus</p>	<p>tärkeys</p> <p>kirjaaminen</p>			
<p>Yhteiset saattohoitopotilaat kärsivät, jos meille ei tieto kulje...(ksrla)</p>	<p>kärsimystä jos tieto ei kulje</p> <p>huonoja kokemuksia</p>	<p>Negatiivisia vaikutuksia hoitolaatuun</p>	<p>Tiedonkulkuun liittyviä ongelmia</p>	
<p>Kotihoidon voisi ottaa enemmän yhteyttä meihin, kun huomaavat että potilas kipuilee, ennen kuin vasta me huomataan kotihoidon kirjauksista tämä.(ksrla)</p>	<p>tietokatkoksia</p> <p>yhteydenottoja enemmän</p>	<p>tietokatkokset</p> <p>kirjaamiseen liittyviä puutteita</p>		

	kommunikointi on niin hirven tärkeätä ja samoin toi hyvä kirjaus			
--	---	--	--	--

(Tuomi & Sarajärvi, 2018: 117-133.)

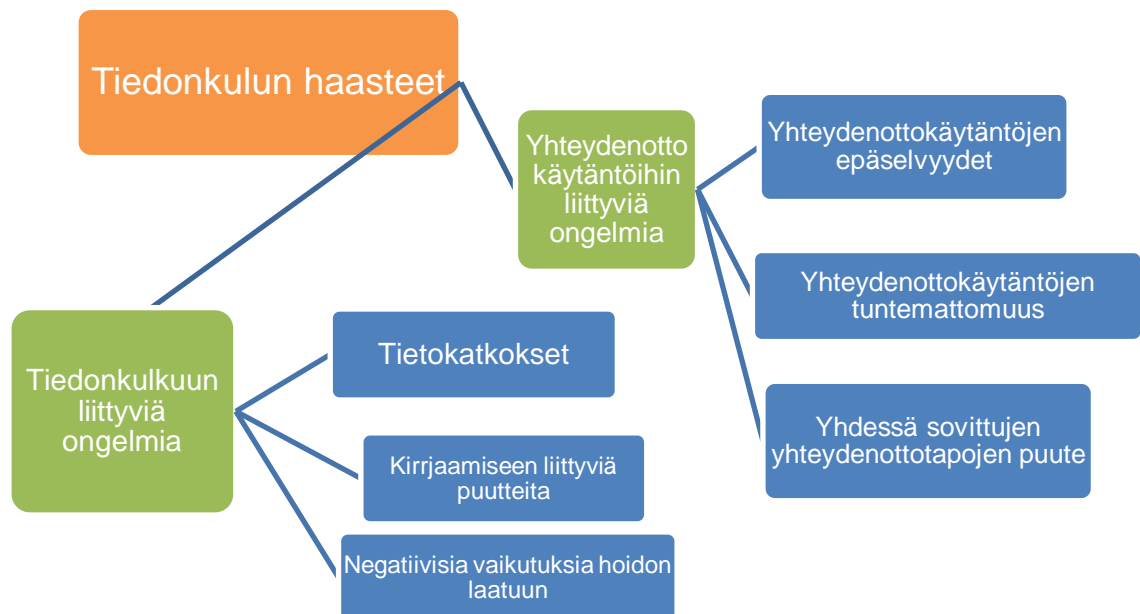
Teoriaohjaavan sisällön analyysin perusteella lähdettiin aineistosta etsimään tiedonkulun haasteita. Analyysin perusteella voidaan päätellä tiedonkulun ongelmien ja haasteiden johtuvan siitä, että keskinäinen vuorovaikutus ja kommunikaatio on puutteellista ja tiedonkulun ongelmat johtuvat osin myös potilastietojärjestelmään liittyvistä ongelmista ja yhteisten kirjaamiskäytäntöjen puutteista. Tiedonkulun sujuvuutta hankaloittavat henkilökunnan kokemukset tiedonkulun hierarkkisuudesta ja yhteydenotokäytäntöjen epäselvyyksistä. Esimerkiksi kotihoidon henkilökunnalla on ollut epäselvää yhteydenotokäytännöistä esimerkiksi se, että kuka voi ottaa kotisairaalaan yhteyttä ja missä tilanteissa sekä voiko esimerkiksi lähihoitaja olla kotisairaalan hoitajaan yhteydessä. Sovittuja keskinäisiä yhteydenotokäytäntöjä tai -ohjeistusta ei hoitoyksiköillä ole. Tästä johtuu muun muassa kokemukset yhteydenotokäytäntöjen epäselvyydestä. Kotihoidon henkilökunnan keskuudessa oli myös tietämättömyyttä keskinäisestä tiedonkulusta. Tämä johtui usein siitä, ettei henkilökunnan jäsenellä ole ollut tarvetta olla kotisairaalan hoitoyksiköön yhteydessä tai yhteydenotto on siirretty kotihoidon sairaanhoitajan tehtäväksi. Tiedonkulun sujuvuus nähtiin tärkeänä moniammatillisen yhteistyön ja verkostotyöskenteilyn onnistumisen edellytyksenä.

Pahimmillaan tiedonkulun ongelmat ovat vaikuttaneet yhteisten asiakkaiden hoidon laatuun negatiivisesti. Saattohoidossa olevien yhteisten asiakkaiden hyvän kivunhoidon toteutumisesta huolta heräsi erityisesti kotisairaalan hoitohenkilökunnan keskuudessa. Tiedonkulun ongelmista johtuen kivunlievityksen viivästymisiä on yhdessä hoidettavien saattohoitoa tarvitsevien asiakkaiden hoidossa jo todettu tapahtuneen.

Hoitoyksiköiden keskinäisen tiedonkulun tulisi hoitohenkilökunnan mielestä toimia paremmin. Henkilökunnan mukaan keskinäistä vuorovaikutusta ja kommunikointia tulisi parantaa ja kommunikointitapoja ja -välineitä tulisi kehittää vastaamaan asiakastyön tarpeisiin ja takaamaan hyvää hoidonlaatua entistä paremmin. Seuraavassa kommentissa tiedonkulun ongelmia on arvioitu yhteisten asiakkaiden hoidonlaadun turvaamisen näkökulmasta:

Yhteiset saattohoitopotilaat kärsivät, jos meille ei tieto kulje. Meillä on ollut yhteisiä potilaita kotihoidon kanssa ja ne ovat olleet saattohoitopotilaita. Kotihoito voisi ottaa enemmän yhteyttä meihin, kun huomaavat että potilas kipuilee, ennen kuin vasta me huomataan kotihoidon kirjauksista tämä.(ksrla)

Seuraavassa kuviossa on kuvattu vielä sisällönanalyysin tulokset tiedonkulun haasteista alaluokkien ja niistä muodostuneiden kahden pääluokan avulla.

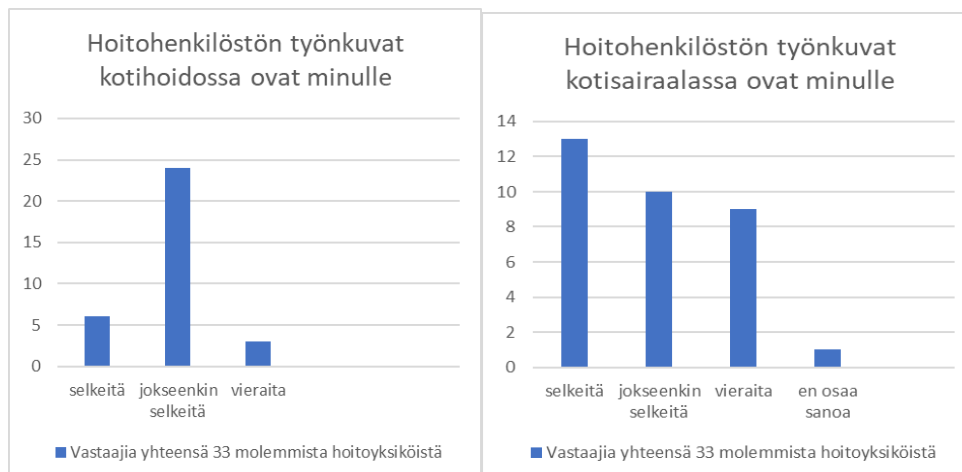


Kuvio 13. Tiedonkulun haasteet teoriaohjaavan sisällönanalyysin perusteella

5.4 Moniammatillisen yhteistyön ja verkostotyöskentelyn onnistumisen edellytykset

Toisen hoitoyksikön hoitohenkilökunnan työnkuvien tunteminen on yksi tärkeimmistä edellytyksistä moniammatillisen yhteistyön ja verkostoitumisen onnistumisessa. Kotihoidon hoitohenkilökunnan työnkuvat ovat vastaajien keskuudessa jonkin verran selkeämpiä kuin taas kotisairaalan hoitohenkilöstön työnkuvat. Alkukyselyyn vastanneista suurin osa työskentelee kotihoidossa, mikä vaikuttaa väittämien tuloksiin, mutta vastauksissa

on merkittävää kuitenkin se, että hoitohenkilökunta kokee kotisairaalan hoitohenkilökunnan työnkuvat jokseenkin selkeiksi 30,3 % tai vierainki jopa 27,3 % vastaajista. Kotihoidon työnkuvatkin olivat selkeitä vain 18,2 %:lle vastaajista eli ei läheskään myös kaikille kotihoidossa työskenteleville hoitohenkilökunnan jäsenille.



Kuvio 14. Työnkuvien tuntemus

Vastauksien perusteella selvisi, että hoitohenkilöstön työnkuvien tuntemus on keskimäärin henkilökunnalle vain jokseenkin selkeitä. Moniammatillisen yhteistyön ja verkostoitumisen kannalta yhteistyöhön osallistuvien työnkuvat on tärkeä tietää ja tuntea. Kotisairaalan ollessa uusimpia hoitoyksiköitä kunnassa, siellä työskentelevien työnkuvat voivat myös siitä syystä olla kotihoidon hoitohenkilökunnalle vielä vieraampia. Vastauksien mukaan voidaan kuitenkin myös päätellä, että jopa oman hoitoyksikön henkilökunnan työnkuville olisi molemmissa hoitoyksiköissä selkiyttämisen varaa. Seuraavassa otteessa on yhteiskehittämisen pajan aikana hoitoon osallistuvien henkilöiden tuntemisen tärkeyttä pohdittu ryhmätyöesityksen aikana:

Tavallaan just tätä mistä tekin puhuitte, et tunnettais ja tiedettäis toisiamme. Kerroin heille miten meille tullaan asiakkaaks ja mitä me tehdään tuolla.(ksrla)

Ja se ei koske vain kotisairaanhoidoa ja meitä vaan kaikkia ketkä on mukana tässä kotihoitoprosessissa, et se auttaa vaan jos tietää kuka on olemassa..(kh)

Tässä kohtaa litteroidusta aineistosta on lähdetty aineistolähtöisesti tarkastelemaan hoitoyksiköiden keskinäisen yhteistyön ja verkostotyöskentelyn onnistumiseen liittyviä edellytyksiä. Moniammatillinen yhteistyö ja verkostotyöskentelyn onnistumisen näkökulmasta edellytyksiksi aineistosta nousivat seuraavat alaluokat: 1. tarve tuntea hoitoon osallistuvat henkilöt ja, että 2. keskinäinen luottamus lisääntyy. Nämä kaksi alaluokkaa

muodostavat yhden yläluokan 1. yhteistyön kannalta keskeisten henkilöiden tuntemisen. Tämä on yksi moniammatillisen yhteistyön onnistumisen edellytyksistä.

Seuraavassa taulukossa on nähtävissä teoriaohjaava sisällön analyysintekoprosessi, mikä tarkastelee hoitoyksiköiden keskinäisen yhteistyön ja verkostotyöskentelyn onnistumisen kannalta keskeisimpiä edellytyksiä teoriaohjaavasti.

Taulukko 4. Moniammatillisen yhteistyön onnistumisen edellytykset

Yhdistävä pääluokka	alkuperäisilmaukset	pelkistetty ilmaus	alaluokka	yläluokka
Moniammatillisen yhteistyön onnistumisen edellytykset	se ei koske vain kotisairaanhoidoa ja meitä vaan kaikkia ketkä on mukana tässä kotihoitoprosessissa, et se auttaa vaan jos tietää kuka on olemassa..(kh)	tarve tuntea tunteminen auttaa	tarve tuntea hoitoon osallistuvat henkilöt	yhteistyön kannalta keskeisten henkilöiden tunteminen
	et tunnettais ja tiedettäis toisamme.(kh)	tunteminen		
	ois helpompi ottaa yhteyttäkin sitten toiseen hoitoyksikköön, kun tuntee ne työntekijät siellä..(kh)	tunteminen helpottaa yhteistyötä		
	sit niinku se, et opitaan tuntemaan ja sit sitä voi hyödyntää.(kh)	tuntemisen hyödyt	keskinäinen luottamus lisääntyy	
	yhteistyötä vois ehkä tehostaa, jos kaikki tuntis toisensa paremmin..(ksrla)	halu tutustua tunteminen helpottaisi yhteistyötä		

(Tuomi & Sarajärvi,2018: 117-133.)

Moniammatillisen yhteistyön kannalta keskeisin ja ainut edellytys, mikä aineiston sisällyönanalyysin avulla saatiin selville oli, että yhteistyön kannalta keskeiset henkilöt tulee tuntea. Pajatoiminnan aikana hoitohenkilökunta molemmista hoitoyksiköistä olivat kiinnostuneita ja halukkaita tutustumaan toisen hoitoyksikön henkilökuntaan ja yksikön toimintaan. Mahdollisuuksia tähän käytännöntyötä tehdessä koettiin kuitenkin olevan liian vähän.

Henkilökuntaan tutustuminen koettiin tärkeänä edellytyksenä erityisesti keskinäisen luottamuksen vahvistumisen näkökulmasta. Moniammatillisen yhteistyön ja verkostotyöskentelyn tiedostettiin perustuvan keskinäiseen luottamukseen. Yhteistyötä yli oman hoitoyksikön rajojen ulkopuolelle oltiin ennakkoluulottomasti halukkaita lisäämään ja tehostamaan pajoihin osallistujien keskuudessa. Hoitohenkilökunta oli myös positiivisesti innokkaita jatkossa keskenään jakamaan osaamistaan ja asiantuntijuutta erityisesti tilanteissa, joissa yhteisten asiakkaiden hoidonlaatua olisi mahdollista parantaa.

5.5 Moniammatillista yhteistyötä tukevia kehitysideoita

Tähän lukuun on poimittu koko aineistoista moniammatillista yhteistyötä tukevia ja sen kehittämiseen vaikuttavia kokemuksia, kehitysehdotuksia ja menetelmiä, mitkä vastaavat opinnäytetyön tutkimuskysymykseen: 1.2 Millaiset yhteistyönmuodot ja kehitysideat edistäisivät ja tukisivat hoitoyksiköiden keskinäistä moniammatillista yhteistyötä ja verkostoitumista?

Aineistoa on analysoitu aineistolähtöisesti tässä kohtaa. Tulosten mukaan toisen hoitoyksikön henkilökuntaan ja toimintatapoihin tutustuminen ja keskinäiseen vuorovaikutukseen panostaminen nähdään moniammatillisen yhteistyön kehittämisen kannalta tärkeinä asioina sekä verkostotyöskentelyyn positiivisesti vaikuttavina asioina, kuten seuraavissa kommentteissa on nähtävissä:

..se ei koske vain kotisairaanhoidoa ja meitä vaan kaikkia ketkä on mukana tässä kotihoitoprosessissa, et se auttaa vaan jos tietää kuka on olemassa ja mimmoset yhteenottotavat esimerkiksi on ok, et kenelle voi soittaa saman tien, kenelle täytyy laittaa pegasospostia, kenelle täytyy lähettää sähköpostia, kenelle täytyy laittaa faxia ja näin edespäin..se on niinku hirveen vaikea hahmottaa, kun tänne tulee, ainakin meille kun tulee töihin. Pikkuhiljaa rupeet niinku opit tuntemaan, et aha, fysioterapeuteille niille voi soittaa..

Hoitoyksiköiden keskinäistä moniammatillista yhteistyötä tukevia kehitysideoita löytyi viisi yläluokkaa, mitkä ovat: 1.yhteinen vapaa-ajanvietto, 2. työkierron mahdollisuus, 3.positiivinen asenne, 4. sujuvampi keskinäinen tiedonkulku ja 5. yhteiskehittäminen.

Taulukko 5. Moniammatillista yhteistyötä tukevia kehitysideoita

alkuperäisilmaukset	pelkistetyt ilmaukset	alaluokka	yläluokka	Yhdistävä pääluokka
Olis ehkä jotain yhteisiä illanviettoja, niin se ois helpompi ottaa yhteyttäkin sitten toiseen hoitoyksikköön, kun tuntee ne työntekijät siellä...(kh)	vapaa-ajalla toisiin tutustuminen	toisiin tutustuminen vapaa-ajalla	yhteinen vapaa-ajanvietto	moniammatillista yhteistyötä tukevia kehitysideoita
..ja sitten työnkierto, mä haluaisin ainakin kokeilla sellasta, et näkis vähän et minkälaista on siellä muualla.. (kh)	työnkierrat	työkierron mahdollisuudet	työkierron mahdollisuus	
..puhuttiin siitä just et varmaan pitäis enemmän soittaa vaikka ihan puhelimitse..ku ei muuten tota niin olla yhteyksissä. Sillain meidän pitäis tehdä kyllä rohkeesti...(ksrla)	rohkeus/positiivinen asenne		positiivinen asenne	
Jos olis niinku selkee semmonen diagrammi, missä on kaikki ne joka on mukana tässä hoitoprosessissa ja kuka on siitä vastuussa ja kuinka otetaan yhteyttä.(kh)	yhteydenottovälineet	yhteydenottotavoista sopiminen	sujuvampi keskinäinen tiedonkulku	
ois järkevää pegasokseen kirjata silleen, et kaikil kotihoidon työntekijöillä olis helposti nähtävissä et hän on kotisairaalan	yhteydenottojen vähyys			
	vastuunjako			
	yhteydenottotavat			
	yhteiset sopimukset			

soittolistapotilas, et meidän tarvis keksii joku tämmönen paikka et silloin te tietäsitte heti, et aha, et tää on myös kotisairaalan asiakas.(ksrla)	potilastietojärjestelmän hyödyntäminen tiedonkulku			
Toi ois niinku yhteistyön kannalta yks iso asia...(ksrla)				
Lisää samanlaista (yhteiskehittämistä), muiden yksiköiden kanssa!Fyssaarit,toimarit,lääkärit,ambulanssit,taksit,päivätoiminta,hoivakodit (kh)	yhteiskehittämistä lisää		yhteiskehittäminen	

(Tuomi & Sarajärvi 2018: 117-131.)

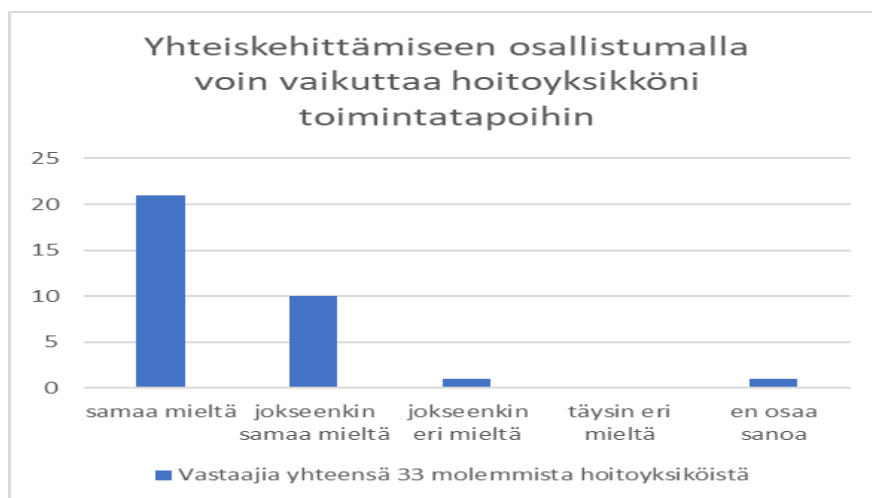
Yhteistyötä ja verkostoitumista edistäisi hoitohenkilökunnan myönteiset asenteet yhteistyötä ja verkostotyöskentelyä kohtaan sekä rohkeus olla yhteydessä toisen hoitoyksikön hoitajiin konsultoinnin ja tiedottamisen osalta. Moniammatillista yhteistyötä ja verkostoitumista pohdittaessa aineistosta nousi kehitysidea, kuinka yhteistyötä helpottaisi ajantasainen helposti saatavilla oleva tieto yhteisten asiakkaiden hoitoon osallistuvista henkilöistä sekä yhdessä sovituista keskinäisistä yhteydenottotavoista kertova ohjeistus. Yhteisten asiakkaiden hoitotyönkirjaamisen tulisi myös selkeämmin ja joustavammin tukea moniammatillista yhteistyötä. Ammattikunnittain rajoitettu potilastietonäkymä potilastietojärjestelmässä aiheutti hämmennystä hoitohenkilökunnan keskuudessa. Lähihoitajilla ei esimerkiksi kotihoidon yksikössä ollut yhtä kattavia oikeuksia saada asiakkaan potilastietoja kuin yksikön sairaanhoitajilla.

Yhteiskehittäminen koettiin myös mielekkäänä tapana lisätä moniammatillista yhteistyötä ja sitä toivottiin lisää myös muiden yhteistyötahojen kanssa. Yhteiskehittämistä tarkastellaan vielä tarkemmin seuraavassa luvussa hoitohenkilökunnan kokemusten näkökulmasta, jotka osallistuivat tämän tutkimuksellisen kehittämistyön yhteiskehittämisen pajatoimintaan.

5.6 Lisää yhteiskehittämistä

Tässä kappaleessa pyritään vastaamaan tutkimuskysymykseen: 1.3 Miten yhteiskehittämisen menetelmät ovat vaikuttaneet käsityksiin ja asenteisiin sekä toiveisiin henkilökunnan arvioimana moniammatillisen yhteistyön ja verkostoitumisen näkökulmista?

Alkukyselyssä kartoitettiin hoitohenkilökunnan näkemystä yhteiskehittämisen vaikuttavuudesta oman työyhteisön toimintatapojen kehittämistyön kannalta. Seuraavassa kuviossa on nähtävissä alkukyselyyn vastanneiden kokemukset siitä, kuinka he kokevat voivansa yhteiskehittämiseen osallistumalla vaikuttaa hoitoyksikkönsä toimintatapoihin.



Kuvio 15. Yhteiskehittämisen merkityksestä

Vastaajista valtaosa (63,6 %) on ollut sitä mieltä, että yhteiskehittämiseen osallistumalla voi vaikuttaa hoitoyksikkönsä toimintatapoihin. Yhteiskehittämiseen osallistuminen koetaan positiivisena ja tehokkaana keinona vaikuttaa oman hoitoyksikön toimintatapojen kehitystyöhön. Yhteiskehittäminen ei myöskään ole hoitohenkilökunnan keskuudessa vieras kehittämisen menetelmä.

Seuraavassa taulukossa on esiteltyinä palautekyselyyn saadut vastaukset (n= 6), joiden avulla on arvioitu yhteiskehittämisen pajoihin osallistumisen vaikuttavuutta hoitoyksiköiden väliseen moniammatilliseen yhteistyöhön ja yhteistyöverkoston. Vastauksista on nähtävissä, että pajatoiminta on pääasiassa nähty positiivisena kokemuksena, joka on tukenut hoitoyksiköiden keskinäistä moniammatillista yhteistyötä ja vahvistanut yhteistyöverkoston. Vastaajien mukaan esimiesten tuki ja ohjaus moniammatillista yhteistyötä

kohtaan on pajatoiminnan päätyttyä ollut edelleen riittämätöntä. Kolmasosa vastaajista kokee, että yhteistyöverkosto on jonkin verran vahvistunut yhteiskehittämisen pajatoiminnan tuloksena. Seuraavaan taulukkoon on koottu kaikki palautekyselyn kysymykset ja niihin saadut vastaukset yhteiskehittämisenpajatoimintaan osallistujilta.

Taulukko 6. Palautekyselyn vastaukset

kysymys/väittäjä	samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	eri mieltä	en osaa sanoa
1. Yhteiskehittämisen pa-joissa minun oli mahdollista tutustua toisen hoitoyksikön henkilökuntaan	2 (33,3%)*	4 (66,7%)*	-	-
2. Yhteiskehittämisen pa-joissa minun oli mahdollista tutustua toisen hoitoyksikön toimintaan	3 (50%)*	3 (50%)*	-	-
3. Yhteiskehittämisen pa-joissa sain sanoa mielipiteeni ja osallistua ideointiin	3 (50%)*	3 (50%)*	-	-
4. Mielestäni vuorovaikutus yhteiskehittämissä perustui tasavertaisuuteen ja luottamukseen	4 (66,7%)*	1 (16,7%)*	-	1 (16,7%)*
5. Yhteiskehittämisellä on ollut positiivisia vaikutuksia kotihoidon ja kotisairaalan keskinäiseen moniammatilliseen yhteistyöhön	2 (33,3%)*	3 (50%)*	-	1 (16,7%)*
6. Yhteiskehittäminen on parantanut tiedonkulkua kotihoidon ja kotisairaalan välillä	-	4 (66,7%)*	-	2 (33,3%)*
7. Yhteiskehittämisen avulla moniammatillisen yhteistyö hoitoyksiköiden välillä on lisääntynyt	1 (16,7%)*	2 (33,3%)*	-	3 (50%)*
8. Yhteiskehittämisen avulla hoitoyksiköiden välinen yhteistyöverkosto on vahvistunut	1 (16,7%)*	2 (33,3%)*	-	3 (50%)*
9. Yhteiskehittämistä ja hoitohenkilökunnan osallistamista tulisi hyödyntää jatkossakin hoitoyksikköni kehittämisessä	4 (66,7%)*	2 (33,3%)*	-	-

10. Esimiesten tuki ja ohjaus moniammatillista yhteistyötä kohtaan on tällä hetkellä riittävää	1 (16,7%)*	-	3 (50%)*	2 (33,3%)*
--	------------	---	----------	------------

*Suluissa vastausten jakautuminen prosentteina.

Palautteet yhteiskehittämisen pajatoimintaan osallistumisesta ja sen vaikuttavuudesta olivat pääasiassa positiivisia. Yhteiskehittämisen on koettu vaikuttavan positiivisesti hoitoyksiköiden keskinäiseen moniammatilliseen yhteistyöhön ja vahvistaneen yhteistyöverkostoa sekä osin myös parantanut keskinäistä tiedonkulkua ja luottamusta. Pajoihin osallistuminen on mahdollistanut toisen hoitoyksikön toimintaan ja henkilökuntaan tutustumisen. Yhteiskehittämisen on myös arvioitu perustuneen tasavertaisuuteen, luottamukseen ja mahdollisuudeksi osallistua oman työn kehittämiseen. Yhteiskehittämisen vaikuttavuutta on kuitenkin ollut vaikea ja lähes mahdotonta arvioida tutkimuksellisen kehittämistyön lyhyen seuranta-ajan vuoksi. Positiivinen palaute on jo merkittävä tulos tämän työn kannalta.



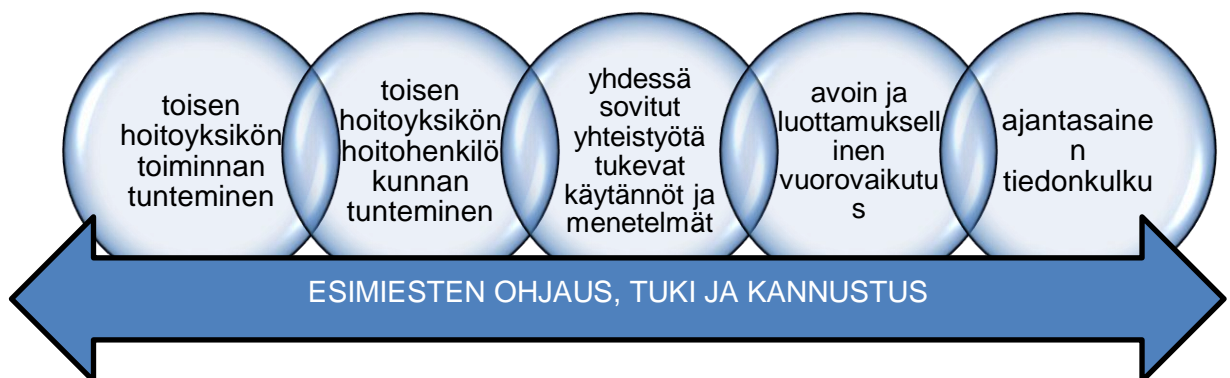
Kuvio 16. Moniammatillisen yhteistyön arvioiden vertailua

Palautekyselyssä on vielä kertaalleen pyydetty vertailun vuoksi pajatoimintaan osallistujia arvioimaan kouluarvosanan avulla oman hoitoyksikkönsä ulkoisen moniammatillisen yhteistyön hyödyntämistä. Vastaajista lähes kaikki arvioivat tämän olevan pajatoiminnan päätyttyä tasoa hyvä. Tyydyttävää tai heikkoa ei vastattu ollenkaan. Vastauksia vertaillessa on huomion arvoista se, että pajatoimintaan osallistuvien keskuudessa arvioit, olivat alkukyselyyn vastanneita parempia. Alkukyselyssä oman hoitoyksikön ulkopuolisen moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen arvioitiin olevan keskimäärin tyydyttävän tasoista.

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Tässä luvussa tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksia on tarkoitus ollut tarkastella tutkitun tiedon valossa ja etsiä sekä pohtia niiden keskinäisiä suhteita ja mahdollisia yhteneväisyyksiä. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä tavoiteltiin hoitohenkilökunnan näkökulmasta tarkkaa kuvausta hoitoyksiköiden keskinäisestä moniammatillisesta yhteistyöstä ja verkostotyöskentelystä. Kehittämistutkimukselle ominaisesti tavoitteena on ollut myös käytännöntyön kehitystyöhön ja muutoksen mahdollistaminen (Kananen 2012: 53-54) eli yhteiskehittämisen tavoitteena ollut koko työn prosessin ajan tukea ja kehittää hoitoyksiköiden keskinäistä moniammatillista yhteistyötä ja vahvistaa hoitoyksiköiden keskinäistä yhteistyöverkostoa.

Tutkimuksellisen kehittämistyön avulla saatujen tulosten perusteella keskeisimmiksi kehitystarpeiksi nousivat hoitoyksiköiden keskinäiselle moniammatilliselle yhteistyölle ja verkostotyöskentelyn onnistumiselle seuraavat tarpeet: 1. toiseen hoitoyksikön toimintaan tutustumisen tarve, 2. hoitohenkilökunnan jäseniin tutustumisen tarve, 3. tarve yhdessä sopia yhteistyön menetelmistä ja käytännöistä erityisesti yhteisten asiakkaiden hoidossa, 4. lisätä avointa ja sujuvampaa keskinäistä vuorovaikutusta sekä 5. tehostaa ajantasaista tiedonkulkua (yhteydenottokäytäntöjä ja hyödyntää tehokkaammin potilas-tietojärjestelmään kirjaamista). Seuraavassa kuviossa on vielä esiteltynä keskeisimmät moniammatillisen kehitystyön tarpeet edellytysten näkökulmasta.



Kuvio 17. Hoitoyksiköiden keskinäisen moniammatillisen yhteistyön edellytykset.

Jo alkukyselyn vastauksista oli nähtävissä, että hoitohenkilökunta molemmista hoitoyksiköistä olivat kiinnostuneita oman työn ja hoitoyksiköiden keskinäiseen moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvien toimintatapojen kehittämisestä. Myös aktiivisuus yhteiskehittämistä kohtaan on ollut positiivista koko pajatoiminnan ajan niihin osallistuvien keskuu-

dessa. Pajatoimintaan osallistuneiden ja alkukyselyyn vastanneiden näkökulmasta yhteiskehittäminen ja moniammatillinen yli organisaatorajojen tehtävä yhteistyö nähdään vaikuttavan positiivisesti erityisesti yhteisten asiakkaiden hoidon laatuun.

Yhteiskehittämisen pajoissa on ollut tilaisuus ja mahdollisuus yhdessä oppia ja ideoida uusia yhteistyötä tukevia toimintatapoja hoitoyksiköiden välille. Nämä ovatkin verkostoitumisen ja verkostotyöskentelyn lähtökohtia (Järvensivu 2016). Hoitohenkilökunnan on ollut mahdollisuus yhteiskehittämiseen osallistumalla vaikuttaa omien ja yhteisten toimintatapojen kehitystyöhön. Yhteiskehittämisen tavoitteena on ollut löytää uusia toimintatapoja ja vahvistaa jo olemassa olevia moniammatillisen yhteistyön tapoja hoitoyksiköiden välillä sekä lisätä ymmärrystä sen hyödyllisyydestä (Järvensivu ym. 2010: 49-51). Isoherranen (2012) peräänkuuluttaa moniammatillisen yhteistyön tueksi oppivan organisaation ideaalimallia, jossa hoitohenkilökunta aktiivisesti kehittää omia toimintatapojaan vastaamaan ympäristön muuttuviin tarpeisiin. Muutosideat ja kehitystyön lähtökohdat ovat tällöin lähtöisin ns. ruohonjuuritasolta. (Isoherranen 2012: 133.)

Ryhmätöiden ja pajojen aikana käytiin paljon keskusteluja siitä, kuinka toisiin tutustumisen nähdään yhteistyötä helpottavana tekijänä. Toisen hoitoyksikön henkilökunnan toimenkuvien tunteminen helpottaisi käytännötyössä konsultointia ja yhteisten asiakkaiden asioiden hoitoa jatkossakin (Järvensivu 2016). Hyvän ja toimivan moniammatillisen yhteistyön lähtökohtana onkin siihen osallistuvien osaamisen jakaminen ja siitä kertominen, jolloin sitä voidaan tehokkaammin hyödyntää asiakaslähtöisessä yhteistyössä (Isoherranen 2012:155-156). Nämä toimintatavat ovat samalla myös verkostotyöskentelyn toimivuuden edellytyksiä (Järvensivu ym. 2010: 22-23).

Hoitoon osallistuvien ja hoitoyksiköiden toiminnan tunteminen

Verkostotyöskentelyn ja moniammatilliseen yhteistyöhön lähtökohtia ovat tilaisuudet, joissa yhteistyön kannalta keskeiset henkilöt saavat mahdollisuuden kokoontua yhteisen asian äärelle tutustumaan toisiinsa, toistensa vahvuuksiin ja osaamisalueisiinsa (Järvensivu ym. 2010: 22-23; Järvensivu 2016). Tuloksien mukaan toisen hoitoyksikön toimintaan ja henkilökuntaan tutustuminen nähtiin keskeisenä tarpeena moniammatillisen yhteistyön onnistumisen kannalta. Henkilökunnan työkuviin ja henkilökunnan vahvuuksiin tutustuminen onkin ollut pajatoiminnan merkittävintä antia. Moniammatillisen yhteistyön hyödyntämisen näkökulmasta hoitohenkilökunnan keskuudessa parantamisen tarpeita

nähtiin vastualueiden tuntemisessa, yhteisten asiakkaiden asioiden tiedonkulun parantamisessa ja toimintatapojen yhteensovittamisessa. Hoitoyksiköiden toiminnan eroavaisuuksista johtuvat toimintatapojen yhteensovittaminen lisää erityisesti lähiesimiesten ja johdon ohjauksen tarvetta. Osa kyselyyn vastaajista ja pajatoimintaan osallistujista kaipasivat esimiesten aktiivisempaa moniammatillista yhteistyötä haastaviin perustehtävien ja toimintatapojen eroavavaisuuksiin perehtymistä.

Moniammatillisen yhteistyön lisäämiseen suhtaudutaan pääasiassa positiivisesti. Onnistuneeseen yhteistyöhön vaikuttavat edellytyksiä on pohdittu monipuolisesti, kriittisesti ja asiakaslähtöisesti. Moniammatillisen yhteistyön, esimerkiksi avun ja neuvon pyytämisen, koetaan helpottuvan, kun tutustuu ja oppii tuntemaan toisen hoitoyksikön henkilökuntaa, toimintatapoja ja asiakasprosesseja. Vastaavaan tulokseen on myös Isoherranen (2012) tullut tutkimuksessaan, jossa hän tutki moniammatillista yhteistyötä sairaalamaailmassa. Siinä yhteenkuulumisen tunnetta lisäsi esimerkiksi yhteiskehittäminen moniammatillisesti organisaation järjestämän kehittämispäivän aikana. Moniammatillinen yhteiskehittäminen lisäsi myös moniammatillisen yhteistyön tehokkaampaa hyödyntämistä jatkossa potilastyössä (Isoherranen 2012: 135-136), jota tämäkin tutkimuksellinen kehittämistyö on tavoitellut.

Avun ja neuvon pyytäminen toisilta asiantuntijoilta on myös verkostotyöskentelyssä keskinäisen luottamuksen ja yhteistyön tekemiseen liittyviä sitoutumisen merkkejä (Järvensivu 2016). Tutustumiseen tulisi tarjota enemmän mahdollisuuksia ja aikaa (Isoherranen 2005: 74-75) myös tämän työn tulosten perusteella. Avoin vuorovaikutus vahvistuu toisiin tutustumisen avulla ja lisää keskinäistä luottamusta ja yhteisiin tavoitteisiin sitoutumista (Järvensivu 2010: 28-29). Tässä henkilökunta tarvitsee tulosten mukaan enemmän esimiesten ohjausta ja mahdollistamista, kuten yhteisiä tilaisuuksia ja työajankäyttöä (Isoherranen 2005: 74-75). Tulosten mukaan myös hoitohenkilöstön vapaamuotoiset yhdessäolotilaisuudet vapaa-ajalla ja työkierron mahdollisuudet nähtiin merkittävinä tutustumisen keinoina.

Tiedonkulun parantaminen

Hoitoyksiköiden ajantasaisen ja luottamuksellisen tiedonkulun ovat hoitohenkilökunta arvioineet hoitoyksiköiden välillä puutteelliseksi. Sujuvia yhteydenottokäytäntöjä hämmentää tietämättömyys, esimerkiksi siitä kuinka ottaa yhteyttä toiseen hoitoyksikköön, ke-

neen siellä ja millä tavalla sekä missä tilanteissa. Tähän ovat vaikuttaneet myös kokemukset hierarkkisuudesta ja hoitoon osallistuvien henkilöiden vastuualueiden epäselvyydet. Yhdessä sovittuja yhteydenpidon toimintatapoja tai -käytäntöjä ei ole muodostunut tai ne koetaan puutteellisiksi. Käytännössä hoitohenkilökunta on soveltanut yhteydenotoissa omia tilannesidonnaisia tapojaan ja tiedonkulku on keskittynyt käytännössä lähinnä hoitoyksiköiden sairaanhoitajien väliseksi vuorovaikuttamiseksi. Vastaavan pirstaloituneen hoitovastuusta johtuvia tiedonkulkuun vaikuttavia kokemuksia ja haasteita havaitsi myös Isoherranen (2012) tutkimuksessaan, jossa tiedonkulun haasteiden nähtiin hankaloittavat sujuvaa ja asiakaslähtöistä hoitoa sekä hoitoketjujen saumatonta toimintaa, vaikka kehitystä tällä saralla on sosiaali- ja terveystalveissa tehty jo paljon.

Ajantasainen ja sujuva tiedonkulku on yhteistyöhön osallistuvien tuntemisen ohella keskeisimpiä edellytyksiä hoitoyksiköiden väliselle moniammatilliselle yhteistyölle ja yhteistyöverkoston toimivuudelle. Tutkimusten perusteella tiedetään, että luottamuksellinen ja avoin tiedonkulku on tärkeä elementti moniammatillisessa yhteistyössä (Isoherranen 2012: 137) ja yhteistyöverkoston toimivuuden perusedellytyksiä (Järvensivu ym. 2010: 44).

Yhteiskehittämisen pajoissa pohdittiin verkostoitumisen toimivuutta myös hoitoyksiköiden yhteydenottotapojen sujuvuuden näkökulmista paljon. Pajoissa keskusteltiin, kuinka hankalaa yhteydenottaminen toiseen hoitoyksikköön voi käytännössä olla epäselvien yhteydenottotapojen vuoksi ja, kuinka tiedonkulun haasteet hankaloittavat käytännöntyön sujuvuutta sekä vaarantavat jopa hoidonlaatua yhteisten asiakkaiden keskuudessa. Tiedonkulun ongelmia on havaittu olevan sosiaali- ja terveystalveissa erityisesti asiakkaan siirtyessä hoito-organisaatiosta toiseen (Isoherranen 2012: 138).

Tiedonkulun näkökulmasta myös hämmennystä aiheuttaa se, kun ei tiedetä mitä toisessa hoitoyksikössä tehdään eli kuinka toisessa hoitoyksikössä asiakkaiden hoito järjestetään ja toteutetaan. Tietämättömyys toistensa asiakasprosesseista koettiin osaltaan myös lisäävän epäluottamuksen ilmapiiriä hoitoyksiköiden välille. Tässä yhteydessä vaikutti myös negatiivisesti hoitoyksiköiden kaukainen sijainti toisistaan.

Sujuva ja avoin tiedonkulku perustuu yhteistyössä keskinäiseen luottamukseen (Järvensivu 2016), jota tulosten perusteella pitäisi hoitoyksiköiden välisessä tiedonkulussa erityisesti vahvistaa. Pahimmissa käytännöntyön esimerkkitaapauksissa sujuvan tiedonkulun puute on heikentänyt yhteisten asiakkaiden hoidon ja palvelukokemusten laatua.

Vastaava tulos oli nähtävissä Matziun (2014) tutkimuksessa sairaanhoitajien ja lääkäreiden moniammatillista yhteistyötä tutkittaessa. Erityisesti tiedonkulun kehittämistarpeita koettiin yhdessä hoidettavien saattohoitopotilaiden kivunhoidossa, jonka onnistumisessa toivotaan molempien hoitoyksiköiden tehokkaampaa keskinäistä tiedottamista sekä avoimempaa vuorovaikutusta yli ammattiroolirajojen.

Sähköisen kirjaamisen ja potilastietojärjestelmän yhteistyötä helpottavien käytäntöjen puutteet nousivat kehittämispajoihin osallistuneiden hoitohenkilökunnan keskusteluissa usein esille. Molemmissa hoitoyksiköissä on käytössä sama potilastietojärjestelmä. Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö rajasi sähköisen tiedonkulun ja potilastietojärjestelmän sekä hoitotyönkirjaamisen tarkemman tarkastelun ulkopuolelle, mutta aihe oli pajatoiminnan aikana runsaasti läsnä eikä sitä voi jättää mainitsematta. Yhtenevät ja yhdessä sovitut kirjaamisen käytännöt edistäisivät erityisesti yhteisten asiakkaiden sujuvaa hoitoa ja tukisivat keskinäistä yhteistyötä moniammatillisuuden näkökulmasta sekä vähentäisi töiden päällekkäisyyttä.

Verkostojohtamiseen ja hoitohenkilökuntaan liittyvät edellytykset

Esimiehen tuki moniammatillista yhteistyötä ja verkostotyöskentelyä kohtaan on sen onnistumisen kannalta oleellisen tärkeää, mutta hoitohenkilökunnan arvioimana vielä riittämätöntä. Esimiehellä tulisi olla kannustavampi asenne verkostotyöskentelyä ja moniammatillista yhteistyötä kohtaan (Hintsala 2005) sekä samalla jakaa yhteinen ymmärrys moniammatillisen verkostotyöskentelyn positiivisista vaikutuksista ja mahdollisuuksista palvelujen tehostamisen, kustannustehokkuuden ja asiakaslähtöisyyden parantamisen näkökulmista (Isoherranen 2012).

Verkostojohtamisen keinoin yhteistyötä kehitettäessä esimiehen on mahdollista puuttua ja korjata hoitohenkilökunnan toimintaa vaikeuttavia haasteita esimerkiksi lieventää hoitohenkilökunnan keskuudessa ilmenevään luottamuspulaa ja muutosvastaisuutta (Cegarra-navarro ym. 2014). Esimiehen tuki ja ohjaus (kannustus sekä mahdollistaminen) ovat avainasemassa, kun halutaan tehostaa moniammatillista yhteistyötä hoitohenkilökunnan keskuudessa ja muiden hoitoon osallistuvien hoitoyksiköiden ja -organisaatioiden kanssa. Tavoitellessa moniammatillista yhteistyötä on esimiehen ja verkostotyöskentelyyn osallistuvien verkostojohtamisen tietoaidoilla suuri merkitys ja vaikutus yhteistyön onnistumiselle ja verkostojen toimivuudelle (Järvensivu ym. 2010: 15-17.) Esimies-

työssä on mahdollista muuttaa ja luoda organisaatioon uusia yhteistyötä tukevia rakenteita, kulttuuria ja asenneilmapiiriä (Järvensivu ym. 2010: 16-17; Isoherranen 2012: 133-134). On tärkeää myös tiedostaa, että hoitohenkilökuntaa osallistamalla heitä koskeviin päätöksentekoprosesseihin lisää tehokkaasti moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvien keskinäistä luottamusta ja luottamusta myös esimiehiin (Tepponen 2009: 192-193, 196-197; Isoherranen 2012).

Hoitohenkilökunnalta vaaditaan tietotaitoja, kuinka toteuttaa moniammatillista yhteistyötä käytännössä. Tässäkin he tarvitsisivat esimiehen vahvempaa tukea ja ohjausta. Moniammatillisen yhteistyön ja verkostotyöskentelyn kannalta lähtökohtana tulisi olla positiivisempi asenneilmapiiri moniammatillista yhteistyötä kohtaan hoitohenkilökunnan keskuudessa. Hoitoyksiköiden keskinäinen kilpailu, luottamuspula ja jännitteiset suhteet eri ammattiryhmien välillä sekä erilaiset hoitoyksikkökohtaiset toimintakulttuurit ja -tavat saattavat haastaa tätä tavoitetta (Tepponen 2009: 195-196).

Seuraavaan taulukkoon on koottu tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksista ja työtä ohjaavista teorioista, tutkimuksista ja malleista ne seikat, mitkä on haluttu vielä kertaalleen nostaa esille, ja joissa näkyvät sekä esimiehen verkostojohtamisen että hoitohenkilökunnan edellytykset rinnakkain. Koosteen tarkoituksena on samalla kuvata moniammatillisen yhteistyön ja verkostotyöskentelyn onnistumisen perusedellytyksiä ja keinoja, kuinka saada toimintatapa juurtumaan hoitoyksiköiden rakenteisiin, käytäntöihin ja toimintatapoihin.

Taulukko 7. Verkostojohtamisen ja hoitohenkilökunnan edellytykset ja menetelmät onnistuneessa moniammatillisessa yhteistyössä ja verkostotyöskentelyssä sekä sen kehittämistä osaksi hoitoyksikön toimintakulttuuria

Verkostojohtamisen menetelmät ja edellytykset moniammatillisen yhteistyön kehittämistyössä	Hoitohenkilökunnan edellytykset moniammatillisessa yhteistyössä ja verkostotyöskentelyn onnistumisessa
<p>Tuki ja ohjaus: hoitohenkilökunnan ohjaus ja tukeminen moniammatillisen yhteistyön toteuttamisessa, yhteistyötä tulevien tilaisuuksien ja mahdollisuuksien järjestäminen, koulutuksien hyödyntäminen ja järjestämisvastuu</p> <p>Verkostojohtamisen taidot: mahdollistetaan sujuva yhteistyö eri menetelmin, hyödynnetään avointa tiedottamista, järjestetään koulutusta, tuetaan ja arvioidaan sekä ylläpidetään luottamuksellista työilmapiiriä</p> <p>Strategian johtaminen ja jalkauttaminen: moniammatillinen yhteistyö on osa ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveystalouden strategiaa, strategiasta tiedottaminen ja toteutumisen seuranta ja arviointi</p> <p>Asenteet & ymmärrys: kannustava asenne moniammatillista yhteistyötä kohtaan, asiakaslähtöisyyden tukeminen, myönteinen asenne hoitohenkilökunnan yhteiskehittämistä kohtaan, kustannustehokkuus</p>	<p>Tieto: tiedetään, kuinka moniammatillista yhteistyötä toteutetaan hoitoyksiköiden kesken, sujuva ja avoin tiedonkulku, hoitoyksiköiden asiakasprosessien ja palvelujärjestelmän tunteminen</p> <p>Taidot: vuorovaikutustaidot, ammatillisuus, asiantuntijuus, verkostotyöskentelyosaaminen</p> <p>Ymmärrys: asiakaslähtöisyyden tehostaminen ja kotiin tarjottavien palveluiden parantaminen ja tehostaminen yhteistyön avulla</p> <p>Asenteet: positiivinen asenne moniammatillista yhteistyötä ja verkostotyöskentelyä kohtaan, myönteinen asenne oman työn ja hoitoyksikön toimintatapojen kehittämistä kohtaan, rohkeutta ja sinnikkyyttä</p> <p>Menetelmät: yhteiskehittämistä, moniammatillisen yhteistyön toimintatavoista sopiminen, vuorovaikutus ja kommunikatio, potilastietojärjestelmän hyödyntäminen/tuki</p>

(Järvensivu ym. 2010: 49-51; Pämä 2012: 203; Isoherranen 2012: 52-52,150.)

Isoherranen (2012) on moniammatillisen yhteistyön kehittämisen mallissaan kuvaillut hoitohenkilökunnan edellytyksiä onnistuneeseen yhteistyöhön. Yli organisaatorajojen ja oman osaamisalueen ulkopuolelle astuminen ei käytännössä ole aina helppoa. Hänen arvioin mukaan asiakaslähtöinen moniammatillinen yhteistyö toimii käytännössä edelleen vain harvoissa tilanteissa hyvin. Yhteistyön kehitystä saattaa varjostaa keskinäinen kilpailu ja epäluottamuksen ilmapiiri, mitkä vahvistavat vastarintaa moniammatillista yhteistyötä kohtaan. Luottamus pulaa esiintyy henkilökunnan keskuudessa, kuin myös esimiehen ja organisaation johtamaa kehitystyötä kohtaan, kuten myös Hintsala (2005) on tutkimuksessaan havainnut.

Moniammatillisen yhteistyön käytännön haasteet ovat käännettävissä uuden oppimisen tarpeiksi ja kehitystyön kohteiksi. Yhteistyön onnistuminen vaatii henkilökohtaista rohkeutta, sinnikkyyttä ja aktiivisuutta (Helin 2016: 67,79). Keskeisintä yhteistyön kannalta on hoitohenkilökunnan keskuudessa saavuttaa yhteinen ymmärrys moniammatillisen yhteistyön tarpeesta, sen eduista ja tavoitteista. Yhteistyö onnistuu parhaiten, kun henkilökunnalla ja esimiehillä on riittävät tiedot ja taidot yhteistyön tarkoituksesta ja menetelmistä, positiivinen asenne moniammatillista yhteistyön toimintatapaa kohtaan. Tärkeää on myös konkreettiseen työhön ryhtyminen (Helin 2016: 69-70).

Esimiestyön näkökulmasta hoitohenkilökunnan riittävien yhteistyö- ja verkostotyöskentelytaitojen turvaaminen on tärkeää. Tarvittaessa lisäkoulutuksen järjestäminen, avoin tiedottaminen ja vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa mahdollistavat moniammatillisen yhteistyön ja verkostotyöskentelyn sekä lieventää tehokkaasti henkilökunnan keskuudessa syntyvää muutosvastarintaa. (Isoherranen 2012; Cegarra-navarro ym. 2014; Helin 2016; Koskela 2013). Yhteiskehittämisen menetelmää hyödyntämällä on myös mahdollista saada positiivista kehitystä ja vaikutuksia aikaiseksi hoitoyksiköissä (Isoherranen 2012) ja esimerkiksi henkilökunnan työhyvinvoinnissa (Turpeinen ym. 2017).

Tutkimuksellisen kehitystyön luotettavuuden arviointia

Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessin jokaisessa vaiheessa on pyritty noudattamaan eettisiä tutkimuksenteon käytäntöjä, vaatimuksia ja ohjeita (Hirsjärvi ym. 2009: 22-27). Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä on sitoutunut työn toteutuksessa ja aineiston analysoinnissa objektiivisuuteen, huolellisuuteen ja rehellisyyteen. Toteutuksen ja prosessien jokaisessa vaiheessa (suunnittelu-, toteutus- ja raportointivaiheissa) on toimintaa arvioitu myös eettisyyden kannalta. Työstä ei ole katsottu aiheutuvan tai aiheutuneen

siihen osallistuneille haittoja tai seuraamuksia. Tutkimuksellisen kehittämistyöhön osallistuminen on perustunut vapaaehtoisuuteen. Tutkimuslupa työlle on asianmukaisesti haettu ja saatu Kirkkonummen perusturvan johdolta. Kerätty aineisto on säilytetty ulkopuolisten ulottumattomissa työn tekijän hallussa. Tulosten ja esiteltyjen alkuperäisilmäsuojen julkaisussa on huolehdittu osallistujien anonyymiyden säilymisestä. Keretty aineisto hävitetään kokonaisuudessaan työn julkaisun jälkeen sovitus. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä on pyrkinyt työssään aineiston ja tutkitun tiedon avulla vastaamaan asettamiinsa tutkimuskysymyksiin. Luotettavuuden näkökulmasta validiteetin näkökulma on toteutunut, sillä työn avulla on tutkittu suunnitelman mukaisia ja sovittuja asioita. Luotettavuutta määrittelevää reliabiliteettiä on hankalampi todentaa, sillä työn tekijän määrittelemä teoreettinen viitekehys ja abduktiivinen päättely ja logiikka on ohjannut työn toteuttamista vahvasti. Huomioitavaa on myös se, että tutkimuksellisen kehitystyön tekijän oma sairaanhoitajan pätevyys ja hoitotyön pitkä työkokemus on myös lähtökohtaisesti vaikuttanut tutkimuksellisen kehitystyön toteutumiseen ja asettanut kiinnostuksen kohteeksi juuri työn aihealueiden kehittämisen käytännöntyössä. Tulosten reliabiliteetin merkitys korostuikin määrällisessä tutkimuksessa vahvemmin. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 158-161.)

Saadusta aineistosta on vilpittömästi laadullisen aineiston teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla pyritty saamaan luotettavia ja uskottavia tuloksia. Tulosten luotettavuuden kannalta on raportissa nähtävissä teoriaohjaavan laadullisen aineiston sisällönanalyysin eri vaiheet ja tutkimuksen toteutus on mahdollisimman tarkasti kuvailtu (Hirsjärvi ym. 2009: 232). On kuitenkin todettava, että luotettavuuden näkökulmasta tulosten siirrettävyyttä ja yleistettävyyttä ei voida pitää mahdollisena aineiston vähyyden ja työn kontekstisidonnaisuuden vuoksi (Tuomi & Sarajärvi 2018: 160-163).

Tulosten luotettavuutta vahvistavat metodologinen triangulaatio (Hirsjärvi ym.2009: 233) ja eettisyyttä yhteiskehittämisen- ja työn toteutuksen kohdentuminen hoitohenkilökuntaan, joiden omaa toimintaa työn kehitystyön osuus on myös koskenut. (Kananen 2012: 161-162.) Tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksia on jatkossa mahdollista vapaasti hyödyntää sen soveltuvilta osin (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Tutkimuksellisen kehittämistyön ajankohtaisuuden arviointia

Moniammatillinen yhteistyö on ikäihmisten palveluiden laadun näkökulmasta tärkeä osa-alue, kun toimitaan sosiaali- ja terveystieteiden parissa (Tepponen 2009:168). Tänä päivänä moniammatillisen yhteistyön kehittäminen on perusteltua, kun toiminnan tavoitteina on tuottaa yksilöllisempiä ja asiakaslähtöisempiä kotihoidon palveluita. Kirkkonummen kunnan viime vuosien muutokset ikäihmisten hyvinvointipalvelurakenteissa ovat myös luoneet tarpeita tehostaa kotiin tuotavia palveluita, kun tiedossa on, että asiakasmäärät lisääntyvät ja yhä sairaampia ihmisiä pyritään hoitamaan heidän omissa kodeissaan. (Wollsten ym. 2016; Tammi ym. 2018.) Tämä ilmiö on myös koko maata koskeva väestön ikääntyessä (STM 2017).

Kirkkonummen kunnan päätöstentekoprosesseissa on huomioitu visio olla ikäihmisille turvallinen ja palveluaitis kunta. Strategian pohjalta tarkasteltujen hoitoyksiköiden toiminnan tavoitteissa on myös määritelty tavoitteet tuottaa palveluita entistä tehokkaammin, oikea-aikaisesti ja asiakaslähtöisemmin. (Wollsten ym. 2016.) Kuntastrategia pitää sisällään myös selkeän tavoitteen tehostaa kunnan hoitoyksiköiden moniammatillisen yhteistyötä ja kehittää kotiin tarjottavia palveluita. Paljon positiivista kehitystä on jo tällä saralla tapahtunut. Strategian toteuttamisen avainhenkilöinä nähdään hoitoyksiköiden esimiehet yhdessä osaavan ja asiantuntevan hoitohenkilökunnan kanssa.

Verkostojohtaminen on taito, mikä esimiestehtävissä olevien henkilöiden tulisi hallita (Järvensivu 2010), kun tavoitellaan onnistunutta moniammatillista yhteistyötä yli oman organisaation rajojen. Luottamuksellisen ja avoimen ilmapiirin mahdollistaminen sekä sen tukeminen on esimiehen tärkeimpiä tehtäviä johtamistyössä tänä päivänä. Johtamisen tulisi sytyttää henkilökunnan keskuudessa tahtotila kehittää toimintaa ja lisätä yhteistyötahtoa. (Pärnä 2012; Isoherranen 2012; Helin 2016.)

Kirkkonummen kunnan johtamisen kehittämisen tavoitteet ja keinot, joissa hyödynnetään osallistavaa ja valmentavaa johtamistyyliä, ovat hyviä keinoja tämän tahtotilan tavoittelussa ja saavuttamisessa. Keskeistä onkin avainhenkilöiden osaamisen tehokkaampi hyödyntäminen ja osaamisen kehittäminen moniammatillisen yhteistyön kehittämisen ja vahvistamisen tavoittelussa. Osaavalla johtamisella on suuri merkitys, kun halutaan tuottaa kuntalaisille vaikuttavia ja kustannustehokkaita hyvinvointipalveluja (Wollsten ym. 2016; Tammi ym. 2018: 35) ja lisätä esimerkiksi henkilöstön työhyvinvointia (Turpeinen ym.2016). Palkitsemisjärjestelmän käyttöönotto tukisi myös kehittämistyötä,

minkä hyödyntäminen ja käyttö on Hintsalan (2005: 124) mukaan useissa hoitoyksiköissä vielä kovin puutteellista.

Isoherranen (2012) ja Helin (2016) korostavat moniammatillisen yhteistyön onnistumisen näkökulmasta henkilökunnan valmiutta joustaviin rooleihin, valmiutta roolirajojen ylittämisiin, yhteistä vastuunottoa, valmiutta jaettuun johtajuuteen, riittäviä keskustelutaitoja sekä kykyä reflektiiviseen päätöksentekoon moniammatillisessa yhteistyössä asiakaslähtöisesti. Koskelan (2013) mukaan asiakaslähtöisyyden ideologia mahdollistuu moniammatillisessa yhteistyössä kuitenkin vain, jos jäseniltä löytyy riittävästi yhteistyökkyisyyttä ja aitoa halua ratkaista ongelmia yhdessä. Samalla tiedetään, että organisaation rakenteisiin integroidut moniammatillisen yhteistyön toimintatavat ja kulttuuri mahdollistavat asiakaslähtöisyyden ideologian toteutumisen (Tepponen 2009: 165-170) ja asiakaslähtöisten palveluiden kehittämistä hyötyvät myös yhteistyötä tekevät tahot ja hoito-organisaatiot (Helin 2016).

Lopuksi

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteiden mukaisesti kotihoidon ja kotisairaalan yhteiskehittäminen, pyrki lisäämään hoitoyksiköiden keskinäistä moniammatillisen yhteistyön hyödyntämistä sekä vahvistaa yhteistyöverkostoa. Yhteiskehittäminen on ollut tavoitteellista toimintaa ja tarkoituksena on ollut vaikuttaa palveluiden laatuun positiivisesti korostamalla palveluiden asiakaslähtöisyyden ja laadun näkökulmia. Yhteiskehittäminen ja henkilökunnan osallistaminen työyhteisön päätöksenteko- ja kehittämissprojekteihin helpottavat Pärnän (2012) mukaan uusien yhteistyötapojen juurtumista organisaatiokulttuureihin. Kotiin suunnattujen palveluiden kehittäminen vastaamaan paremmin asiakkaiden muuttuviin ja lisääntyviin tarpeisiin lisäävät myös palveluiden kustannustehokkuutta ja asiakkaiden koettua elämänlaatua (STM 2017; Tepponen, 2009; Wollsten ym. 2016).

Yhteiskehittäminen ja siihen osallistuminen tulisi vahvemmin korostua hoitoyksiköissä mahdollisuutena. Mahdollisuutena jokaisen henkilökunnan jäsenen osallistua oman työn ja hoitoyksikön toimintatapojen kehittämistyöhön. Henkilökunnan ideoimat ja kehittämät toimintatavat tukevat ja lisäävät tutkitusti myös henkilökunnan työhyvinvointia (Turpeinen ym. 2016). Tärkeää on myös ymmärtää, kun tavoitellaan onnistunutta moniammatillista hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä sekä vahvoja yhteistyöverkostoja, on työ käytännössä

jatkuvaa kehittämistä ja tämä vaatisi organisaatioilta entistä enemmän resursseja ja hoitohenkilökunnan työaika. (Isoherranen 2012; Tepponen 2009; Helin 2016: 80.)

Työ on vahvistanut tekijän näkemyksiä siitä, että moniammatillinen yhteistyö ja verkostotyöskentely yli organisaatorajojen on tänä päivänä organisaatioiden yksi palveluiden tehostamisen ja kustannustehokkuuden lisäämisen kulmakivistä. Moniammatillinen yhteistyö on laaja-alainen käsite, josta tähän työhön valikoitui verkostossa toteutettava moniammatillinen yhteistyö. Kotiin tarjottavien hyvinvointipalveluiden kehittäminen yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa on ollut mielenkiintoista ja opettavaista. Vaikuttavuuden näkökulmasta, jo näinkin lyhyellä interventiolla ja yhteiskehittämisen avulla oli mahdollista saada positiivisia vaikutuksia kahden hoitoyksikön väliselle moniammatilliselle yhteistyölle.

Moniammatillisen yhteistyön ja verkostotyöskentelyn kehittämisen tarpeiden selvittäminen ja hoitohenkilökunnan keskuudessa vallitsevan asenneilmapiirin tarkastelu ovat tämän työn tärkeimpiä tuloksia. Tulosten mukaan hoitohenkilökunta on kiinnostunut moniammatillisen yhteistyön kehittämisestä, mikä tukisi kehitystyön jatkamisen mahdollisuutta. Toivottavaa olisikin, että tämä työ osaltaan tukisi ja kannustaisi hoitoyksiköitä lisäämään moniammatillista yhteistyötä, ja moniammatillinen yhteistyö ja verkostotyöskentely perustuisi suunnitelmallisuuteen ja vahvistuisi esimiesten ja perusturva organisaation tuen ja kannustuksen avulla.

Jatkotutkimuksen aiheita, joita työn edetessä havaittiin, olisi tarve selvittää tämän työn keskeisimpiä aihealueita myös asiakaslähtöisyyden näkökulmasta, jolloin moniammatillista yhteistyötä vaativien palveluiden käyttäjien kokemukset ja ääni saataisiin myös esille. Moniammatillinen yhteistyö ja verkostot muodostuvat asiakkaiden ja asiakaslähtöisempien palveluiden tarpeista. Samoin mielenkiintoista olisi selvittää, kuinka yhteiskehittämisen menetelmien hyödyntäminen ja niiden vaikuttavuus tukisi esimerkiksi hoitohenkilökunnan osaamisen ja itseohjautuvuuden kehittämistä ja tätä kautta myös kuntien kotiin tarjoavien palveluiden laatua.

Työn avulla on pyritty perustemaan, että hoitoyksiköiden keskinäinen moniammatillinen yhteistyö ja verkostotyöskentely perustuu keskinäiseen luottamukseen. Luottamusta ja positiivista ilmapiiriä tulisi lisätä yhteistyön onnistumisen kannalta esimiestyön ja hoitohenkilökunnan toimesta. Lopuksi kiitos kuuluu kaikille tätä tutkimuksellista kehitystyötä

tukeneille henkilöille ja kehitystyöhön osallistuneille aktiivisille ja innokkaille hoitohenkilökunnan jäsenille. Toivon, että osaltaan tämä työ antaa rohkeutta jatkaa moniammatillisen yhteistyön kehitysprosessia ja motivaatiota kehittää yhteistyön toimintatapoja sopimaan omaan työyhteisöön, hoitoyksikön toimintakulttuuriin sekä yhteisten asiakkaiden tarpeisiin jatkossa aina vain paremmin. Laadukas, turvallinen, oikea-aikainen ja inhimillinen kotiin tarjottava hoito on jokaisen hoitoon osallistuvan vastuulla, mutta vastuuta ja osaamista on tärkeä jakaa moniammatillisesti myös oman tiimin, työyhteisön ja muiden hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa. Verkostotyöskentely moniammatillisesti on palkitsevaa.

Seuraavassa otteessa on vielä fasillisaattorina toimineen tutkimuksellisen kehitystyön tekijän kokemus yhteiskehittämisestä ja pajatoiminnan toteutumisesta:

Pajojen aikana osallistuneiden keskuudessa keskustelua on käyty aktiivisesti. Jokainen osallistuja on voinut osallistua keskusteluun ja ideointiprosessiin. Tähän on myös pyritty keskusteluja seuraamalla ja ohjaamalla. Avoimeen ja luottamukselliseen vuorovaikutukseen on kaikkia kannustettu. Pajojen ilmapiiri on pyritty luomaan luottamukselliseksi ja kannustavaksi yhteisten pelisääntöjen avulla. Yhteiskehittämisen menetelmien hyödyntäminen on aktivoinut osallistujia. Pajojen aikana on aktiivisesti ja monipuolisesti tarkasteltu tilanteita, joissa hoitoyksiköillä on ollut yhteisiä asiakkaita ja jo koettuja yhteistyön tarpeita sekä haasteita. Moniammatillisesti pajoissa on yhdessä pohdittu ja ideoitu yhteistyöntapoja ja -käytänteitä, joiden avulla voitaisiin jatkossa tehostaa moniammatillista yhteistyötä. Asiakaslähteisyyden näkökulma on noussut yhdeksi keskeiseksi teemaksi toimintatapojen yhteensovittamisen rinnalle.

Lähteet

Aaltonen, Satu, Hytti, Ulla, Lepistö, Tanja & Mäkitalo-Keinonen, Tiina. 2016. Yhteiskehittäminen: Kaikki siitä puhuu, mutta mitä se on ja miten siinä onnistua? Agile hanke julkaisu. Turun yliopisto. Saatavilla osoitteessa: https://www.utu.fi/fi/yksikot/tse/ajankoh-taista/uutiset/Sivut/Yhteiskehitt%C3%A4minen_kaikki-siit%C3%A4-puhuu,-mutta-mit%C3%A4-se-on-ja-miten-siin%C3%A4-onnistua.aspx. Luettu: 16.2.2018.

Cegarra-navarro, Juan; Wensley, Anthony & Polo, María. 2014. Knowledge Management Research & Practice; Basingstoke Vol. 12, Iss. 4, (Nov 2014): 375-386. A conceptual framework for unlearning in a homecare setting. Saatavilla osoitteessa: <https://search-proquest-com.ezproxy.metropolia.fi/docview/1616411912/fulltext/2DB70A44FA584FF6PQ/1?accountid=11363>. Luettu 30.11.2017.

Eloranta, Sini, Arve, Seija & Routasalo, Pirkko 2009. Gerontologia (23). Artikkel. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö: avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. Jyväskylä: Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry.

Ericson-Lidman, Eva & Strandberg, Gunilla 2015. Learning to deal constructively with troubled consciencerelated to care providers' perceptions of deficient teamwork in residential care of older people—a participatory action research study. Saatavana osoitteessa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=4f06baf8-db4d-4aa8-bd46-4d05c2987c18%40sessionmgr4007>. Luettu 25.10.2017.

Hautala, Tiina, Ojalehto, Mira & Saarinen, Johanna 2012. Työelämää kehittämässä. Ammattikorkeakoulu projektimaisen kehittämisen kumppanina. Turun ammattikorkeakoulu.

Helin, Riina 2016. Onnistunut moniammatillinen yhteistyö terveystieteiden tekijöiden kirjoituksissa. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, Yhteiskunta ja kulttuuritieteiden yksikkö. Saatavilla osoitteessa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99089/GRADU-1464349049.pdf?sequence=1>.

Hintsala, Arja-Terttu 2005. Autonomia ammatista poistumisen ennakoijana hoitotyössä: nais- ja mieshoitajien arviointia ja vertailua päätöksenteosta, pätevydestä, työn tärkeydestä ja johtamisesta hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto julkaisu. Saatavilla osoitteessa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0068-9/urn_isbn_951-27-0068-9.pdf.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uudistettu painos. Tammi: Hämeenlinna.

Isoherranen, Kaarina 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Isoherranen, Kaarina, Rekola, Leena & Nurminen, Raija 2008. Enemmän yhdessä. Moniammatillinen yhteistyö. Sanoma Pro Oy.

Isoherranen, Kaarina 2012. Uhka vai mahdollisuus -moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos. Saatavana osoitteessa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf.

Järvensivu, Timo 2016. Artikkel: Verkostotyön perusta. Saatavilla osoitteessa: <https://www.seugolaid.fi/verkostojohtaminen/verkostotyon-perusta/>. Luettu: 20.12.2018.

Järvensivu, Timo, Nykänen Katri & Rajala, Rika 2010. Verkostojohtamisen opas- Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulu. Muutosvoimaa vanhustyön osaamiseen -hankkeen julkaisu. Saatavilla osoitteessa: <https://www.seugolaid.fi/wp-content/uploads/2017/03/Verkostojohtamisen-opas-versio-1-0-30-12-2010.pdf>

Kananen, Jorma 2017. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona- opas opin- näytetyön ja pro gradun kirjoittajalle. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja- sarja: Jyväskylä.

Kananen, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja- sarja: Jyväskylä.

Kirkkonummen kunnan kunnanhallituksen päätös 31.3.2016. Vanhuspalvelujen hoitoketjujen kokonaistarkastelu. Saatavana osoitteessa: <http://kirkkonummi01.hosting.documenta.fi/kokous/20162466-5-1.PDF>. Luettu 20.9.2017.

Kirkkonummen perusturvan organisaatio 2017. Saatavana osoitteessa: https://www.kirkkonummi.fi/library/files/5937adb49635eb9b6d000801/Perusturvan_organisaatio_27.3.2017_paivitetty_23.3.2017.pdf. Luettu 20.9.2017.

Kirkkonummen kunnan www.sivut. 11/2017. Ikäihmisten palvelut ja kotisairaala. Saatavana osoitteessa: <https://www.kirkkonummi.fi/kotisairaala#> ja <https://www.kirkkonummi.fi/kotihoito-2>. Luettu 17.11.2017

Kirkkonummen kuntastrategia 2018-2021. Saatavilla osoitteessa: https://www.kirkkonummi.fi/library/files/5a3ccf67c91058e31b00076d/Kirkkonummen_kuntastrategia_2018-2021.pdf. Luettu 26.1.2018.

Koskela, Seija 28.3.2013. Tarkastelussa moniammatillinen yhteistyö ja sen edellytykset. Jamk.fi. Elinikäisen ohjauksen verkkolehti. Saatavilla osoitteessa: <https://verkkolehdet.jamk.fi/elo/2013/03/28/tarkastelussa-moniammatillinen-yhteistyö-ja-sen-edellytykset/>. Luettu 26.1.2019.

Vanhuspalvelulaki. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.1.2012/980. Saatavilla osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. Luettu 9.11.2017.

Matziou, Vasiliki, Vlahioti, Efrosyni, Matziou, Theodora, Megapanou, Efstathia & Pet-sios, Konstantinos 2014. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. Saatavana osoitteessa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=2f46ab7e-2db0-45fe-a5e0-fd4b094cb83f%40sessionmgr103>. Luettu 26.10.2017.

Mäkisalo-Ropponen, Merja 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Hämeenlinna: Tammi.

Pärnä, Katariina 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Väitöskirja. Turku: Turun yliopiston julkaisuja, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Saatavilla osoitteessa: <http://www.utu-pub.fi/bitstream/handle/10024/77506/AnnalesC341Parna.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Savolainen, Hanne. Mallintanut toimintamallin Inno Kylään. Learning café eli oppimiskahvila. N.d. Saatavilla osoitteessa: <https://www.innokyla.fi/web/malli2825539>. Luettu: 16.2.2018.

Silverman, David 2005. Doing Qualitative Research. A Practical Handbook. Sage Publications: London, Thousand Oaks & New Delhi.

STM Julkaisuja 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Saatavana osoitteessa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1. Luettu 9.11.2017.

STM Julkaisuja 2017:6. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2017-2019. Saatavilla osoitteessa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Luettu 25.1.2019.

STM I&O Kärkihanke Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa 2016-2018. Haku julkistus 6.5.2016. Helsinki. Saatavilla osoitteessa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74908/Rap_2016_32.pdf. Luettu 29.1.2018.

Stähle, Liisa, Pekkarinen-Keto, Sirkku, Remes-Lyly, Taina Hovinen, Marjut, Malmi-Suominen, Tuula, Repo, Hannele, Kupiainen, Kati, Männistö, Kalevi, Sorvari, Päivi & Sjölund, Tuula 2014. Kirkkonummen kunnan suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi vuosille 2014 – 2017. Saatavilla osoitteessa: https://www.kirkkonummi.fi/library/files/593a7bc89635eb4faf000096/lk_ihmisten_palvelujen_strategia2014-2017.pdf. Luettu: 26.12.2018.

Tammi, Jukka, Karjalainen, Eila, Sjöblom, Kaj, Fellman, Urban, Hannula, Kaija, Ahola, Sari, Paalanen, Tiina, Suurjoki-Niemi, Sari & Wollsten, Gun-Lis 2018. Kirkkonummen kunnan suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toi-

mintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi vuosille 2018-2021. Saatavilla osoitteessa: <http://kirkkonummi.cloudnc.fi/download/noname/%7B6e2cb833-77ea-4514-81d0-618ebb20fdb5%7D/38152>. Luettu:26.12.2018.

Tepponen, Merja 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos. Saatavilla osoitteesta: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1301-1/urn_isbn_978-951-27-1301-1.pdf

THL 2015. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut. Saatavilla osoitteessa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/sosiaalihuollon-laitos-ja-asumispalvelut>. Luettu 9.11.2017.

THL 2018. Ikääntyminen. Kotihoito ja muu kotiin tarjottava tuki. Julkaisu 16.10.2018. Saatavilla osoitteessa: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/kotona-asumisen-ratkaisuja/kotihoito-ja-muu-kotiin-tarjottava-tuki#Palvelut%20ulottuvat>. Luettu 11.2.2019.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Turpeinen, Merja, Ylisassi, Hilikka, Hirvonen, Leena & Laitinen, Jaana 2016. Edistetään terveyttä työpaikoilla yhteistoimin. Työterveyslaitos julkaisu: Helsinki. Saatavilla osoitteessa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131977/Edistet%c3%a4%c3%a4n%20terveytt%c3%a4%20ty%c3%b6paikoilla%20yhteistoimin.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 22.12.2018.

Turun yliopisto 4.4.2016. Uutinen: Yhteiskehittäminen: kaikki siitä puhuu, mutta mitä se on ja miten siinä onnistua? Kauppakorkeakoulun julkaisu. Saatavilla osoitteessa: <https://www.utu.fi/fi/ajankohtaista/uutinen/yhteiskehittaminen-kaikki-siita-puhuu-mutta-mita-se-on-ja-miten-siina> . Luettu 9.11.2017.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavilla osoitteessa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Luettu 31.1.2018.

Tevere 2017. Työelämävalmennus. Menetelmiä kouluttajille ja yhteistyötä tekeville. Saatavissa osoitteessa: <https://tevere.fi/menetelmia/>. Luettu 15.4.2018.

Työterveyslaitos 21.3.2017. Yhteiskehittäminen on terveyden ja työhyvinvoinnin edistämisen avain. Saatavilla osoitteessa: <https://www.ttl.fi/yhteiskehittaminen-terveyden-tyohyvinvoinnin-edistamisen-avain/>. Luettu 26.12.2018.

Wollsten, Gun-Lis, Ståhle, Liisa, Hannula, Kaija & Ahola, Sari 2016. Vanhuspalvelujen hoitoketjujen kokonaistarkastelu. Saatavilla osoitteessa: <http://kirkkonummi01.hosting.documenta.fi/kokous/20162369-3-1.PDF>. Luettu 16.11.2018.

Saatekirje

Saatekirje

Hei sinä kotihoidon tai kotisairaalan henkilökunnanjäsen!

Teen YAMK Vanhustyön tutkinnon puitteissa opinnäytetyötä, mikä koskee sinun työyksikköäsi. Opinnäytetyöni tavoitteena on edistää ja vahvistaa moniammatillista yhteistyötä ja yhteistyöverkostoa **kotihoidon** ja **kotisairaalan** välillä. Tässä tarvitsen juuri sinun apuasi.

Tutkimustyö sisältää alkukyselyn. Kyselyyn vastataan nimettömästi ja vastauksia hyödynnetään niin, ettei niistä tunnista vastaajaa tai muita tämän henkilökohtaisia tietoja. Vastaaminen on vapaaehtoista.

Moniammatillisen yli organisaatiorajojen toimivan yhteistyön on tarkoitus lisätä kotiin tuotavien palveluiden asiakaslähtöisyyttä, monipuolisuutta, oikea-aikaisuutta ja turvallisuutta. Erityisesti ikääntyneiden asiakkaiden hoidontarpeet lisääntyvät ja haastavat kehittämään palveluita vastaamaan näihin yksilöllisemmin ja tehokkaammin.

Kevään 2018 aikana järjestetään kolme yhteiskehittämisen pajatapaamista. Niihin toivotaan osallistujia molemmista työyksiköistä ja eri ammattiryhmäedustajia. Voit ilmoittautua pajatapaamisiin vapaamuotoisella ilmoituksella sähköpostiosoitteeseen:

suvi.liimatainen@metropolia.fi

Tapaamisten ajankohta ja paikat ilmoitetaan osallistujille henkilökohtaisesti myöhemmin.

Kiitos vastauksistasi ja toivottavasti tavataan pajatapaamisissa!

Yhteistyöterveisin

sh Suvi Liimatainen, Kotisairaala

Metropolia ammattikorkeakoulu, YAMK opiskelija

Sähköinen alkukysely

Moniammatillinen yhteistyö, verkostoituminen & yhteiskehittämisen merkitys

Hei sinä kotihoidon tai kotisairaalan henkilökunnan arvoisa jäsen

Tämän kyselyn tarkoituksena ei ole häiritä tärkeää työtäsi, vaan tarkastella ja kerätä tietoa hoitoyksiköiden välisestä moniammatillisen yhteistyön sekä verkostoitumisen tarpeista.

Kysymyksiin vastaaminen tehdään anonyymisti eikä tämä vie kauaa arvokasta aikaasi. Valitse vastauksista (yksi) vaihtoehto, mikä parhaiten kuvaa sinun tämänhetkistä näkemystäsi. Muista vastata jokaiseen kysymykseen.

Kiitos kärsivällisyydestäsi!

Kyselyn loppupuolella Sana on vapaa! -kohdassa voit vielä kirjoittaa omin sanoin näkökulmia, mitkä koet tärkeäksi moniammatillisen yhteistyön ja verkostoitumisen kehittämistyön kannalta. Onko mielessäsi kenties kysymyksiä, erityisiä haasteita ja käytännön kokemuksia aiheisiin liittyen, joista haluat kertoa. Kaikki tieto on tärkeää!

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Taustatietoja

1. Työskentelen

kotihoidossa
kotisairaalassa

2. Ammattinimikkeeni on

lääkäri
sairaanhoitaja
perus- tai lähihoitaja
kodinhoitaja tai hoitoapulainen
fysioterapeutti
sosionomi
geronomi
sosiaalityöntekijä
jokin muu

3. Ammattiasemani on

esimies
tiimivastaava
työntekijä
osastonhoitaja

Väittämiä ja kysymyksiä moniammatillisuudesta

4. Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan mielestäni

eri ammattiryhmien edustajien ja asiantuntijoiden välistä yhteistyötä yhteistyötä oman tiimin ja hoitoyksikön jäsenten kanssa yhteistyötä eri hoitoyksiköiden välillä kaikkea edellä mainittua toimintaa en osaa sanoa

5. Koen, että hoitoyksikössäni asiakkaiden hoidossa hyödynnetään moniammatillista osaamista

kyllä riittävästi
jokseenkin riittävästi
ei riittävästi

en osaa sanoa

6.Mielestäni moniammatillinen yhteistyö on hyvä keino ratkaista hoitoon liittyviä haasteita ja ongelmatilanteita

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
eri mieltä
en osaa sanoa

7.Tiedän kenen puoleen käännyn asiakkaan hoitoon liittyvissä ongelmatilanteissa

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
jokseenkin eri mieltä
täysin eri mieltä
en osaa sanoa

8.Osaamistani ja ammattitaitoani hyödynnetään moniammatillisessa yhteistyössä hoitoyksikössäni

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
jokseenkin eri mieltä
täysin eri mieltä
en osaa sanoa

9.Koen, että esimieheni mahdollistaa moniammatillisen yhteistyön oman hoitoyksikköni sisällä

kyllä riittävästi
jokseenkin riittävästi
ei riittävästi
en osaa sanoa

10.Koen, että esimieheni kannustaa minua moniammatilliseen yhteistyöhön oman hoitoyksikköni sisällä

kyllä riittävästi
jokseenkin riittävästi
ei riittävästi
en osaa sanoa

11.Koen, että esimieheni mahdollistaa moniammatillisen yhteistyön eri asiantuntijoiden ja hoitoyksiköiden kanssa

kyllä riittävästi
jokseenkin riittävästi
ei riittävästi
en osaa sanoa

12.Koen, että esimieheni kannustaa minua moniammatilliseen yhteistyöhön eri asiantuntijoiden ja hoitoyksiköiden kanssa

kyllä riittävästi
jokseenkin riittävästi
ei riittävästi
en osaa sanoa

13.Moniammatillinen yhteistyö perustuu luottamukselliseen ja kunnioittavaan vuorovaikutukseen

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
jokseenkin eri mieltä
täysin eri mieltä
en osaa sanoa

14. Minkä kouluarvosanan antaisin tämän hetkisel­le hoitoyksikköni sisäiselle moniammatilliselle yhteistyölle

kiitettävä
hyvä
tydyttävä
heikko

15. Minkä kouluarvosanan antaisin tämän hetkisel­le hoitoyksikköni hyödyntämäl­le ulkoiselle moniammatilliselle yhteistyölle

kiitettävä
hyvä
tydyttävä
heikko

16. Mielestäni kotihoidon ja kotisairaalan ei tarvitse lisätä keskinäistä moniammatillista yhteistyötä

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
jokseenkin eri mieltä
täysin eri mieltä
en osaa sanoa

17. Moniammatillinen yhteistyö voi vaikuttaa palveluiden laatuun heikentävästi

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
jokseenkin eri mieltä
täysin eri mieltä
en osaa sanoa

Väittämiä ja kysymyksiä verkostoitumisesta

18. Verkostoituminen tarkoittaa mielestäni

moniammatillista yhteistyötä yhteisen ongelman ratkaisemiseksi avointa ja luottamuksellista vuorovaikutusta esimiehen koordinoimaa ja ylläpitämää yhteistyöverkostoa kaikkea edellä mainittua toimintaa
en osaa sanoa

19. Tiedonkulku kotihoidon ja kotisairaalan välillä on mielestäni

avointa ja sujuvaa
ajoittain avointa ja sujuvaa
usein sulkeutunutta ja ongelmallista
aina sulkeutunutta ja ongelmallista
en osaa sanoa

20. Hoitohenkilöstön työnkuvat kotihoidossa ovat minulle

selkeitä
jokseenkin selkeitä
vieraita
en osaa sanoa

21. Hoitohenkilöstön työnkuvat kotisairaalassa ovat minulle

selkeitä
jokseenkin selkeitä
vieraita
en osaa sanoa

22. Hoitohenkilöstön vastualueet kotihoidossa ovat minulle

selkeitä
jokseenkin selkeitä
vieraita
en osaa sanoa

23.Hoitohenkilöstön vastualueet kotisairaalassa ovat minulle

selkeitä
jokseenkin selkeitä
vieraita
en osaa sanoa

24.En näe tarvetta hoitoyksiköiden väliselle verkostoitumiselle samaa mieltä

jokseenkin samaa mieltä
jokseenkin eri mieltä
täysin eri mieltä
en osaa sanoa

Väittämiä ja kysymyksiä yhteiskehittämisestä

25.Yhteiskehittämisellä tarkoitetaan mielestäni

tasavertaisuuteen perustuvaa kehitystyötä
osallistavaa kehitystyötä
tavoitteellista yhteistyötä
luovaa ideointia
kaikkea edellä mainittua toimintaa
en osaa sanoa

26.Yhteiskehittäminen perustuu avoimeen vuorovaikutukseen

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
jokseenkin eri mieltä
täysin eri mieltä
en osaa sanoa

27.Yhteiskehittämiseen osallistumalla voin vaikuttaa hoitoyksikköni toimintatapoihin

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
jokseenkin eri mieltä
täysin eri mieltä
en osaa sanoa

28.Yhteiskehittämiseen osallistumalla voin vaikuttaa omaan työhöni

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
jokseenkin eri mieltä
täysin eri mieltä
en osaa sanoa

29.Olen kiinnostunut kehittämään oman hoitoyksikköni toimintatapoja

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
jokseenkin eri mieltä
täysin eri mieltä
en osaa sanoa

30.Olen kiinnostunut moniammatillisesta yhteiskehittämisestä yhdessä kotihoidon tai kotisairaalan henkilökunnan kanssa

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
jokseenkin eri mieltä
täysin eri mieltä
en osaa sanoa

31.SANA VAPAA!- OSIO

Voit vielä omin sanoin kirjoittaa aiheeseen liittyviä kysymyksiä, kokemuksia, haasteita ja/tai onnistumisen kokemuksia, joiden uskot hyödyttävän hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä ja verkostoitumista. KIITOS!

Kutsu yhteiskehittämisen pajaan

6-6-2018

Kirkkonummen kotihoito & kotisairaala

HEI JUURI SINÄ !

TERVETULOA KEHITTÄMÄÄN KOTIHOIDON JA KOTISAIRAALAN YHTEISTYÖTÄ SEKÄ YHTEISTYÖVERKOSTOA

TORSTAINA 14.6.2018 KLO 14, KOTIHOIDON TILOIHIN, KOKOUSHUONEESEEN

(KAIKILLE AVOIN TILAISUUS)

KEHITTÄMINEN LIITTYY PALVELUIDEN TEHOKKUUDEN JA VAIKUTTAVUUDEN LISÄÄMISEN TAVOITTEISIIN JA YAMK OPINNÄYTETYÖHÖN.

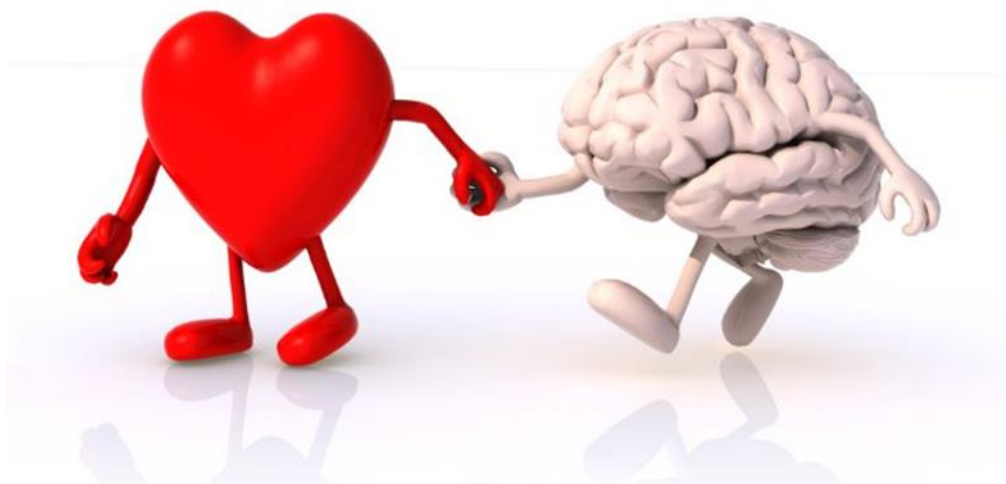
SINUN MIELIPITEELLÄSI ON VÄLIÄ EIKÄ SINULLA TARVITSE OLLA AIKAISEMPAA KOKEMUSTA KEHITTÄMISTYÖSTÄ.

LÄMPIMÄSTI TERVETULOA MUKAAN, JOSKO YHDESSÄ SAISIMME AIKAAN UUSIA YHTEISTYÖN TAPOJA. SAMALLA PÄÄSEMME TUTUSTUMAAN HOITOKSIKÖIDEN TOIMINTAAN RENNOSSA TILAISUUDESSA!

YT. Suvi Liimatainen

Kotisairaala, YAMK Vanhustyön tutkinto-opiskelija (opintovapaalla)

SUVI.LIIMATAINEN@METROPOLIA.FI



Informaatio ja suostumus

Moniammatillisen yhteistyön mahdollisuudet kotihoidon ja kotisairaalan välillä - kehittämistutkimukseen osallistujille

Tutkimuksellinen opinnäytetyö tarkastellee moniammatillisen yhteistyön ja verkostoitumisen merkityksiä kotiin vietävien hyvinvointipalveluiden näkökulmasta sekä näihin liittyvien yhteiskehittämisen vaikuttavuuden arviointia. Aineistonkeruumenetelmiä tulee olemaan useita. Menetelminä hyödynnetään mm. osallistuvaa havainnointia ja sähköisiä kyselyjä. Aineistoa täydennetään myös yhteiskehittämispajoissa syntyneiden moniammatillista yhteistyötä ja verkostoitumista tukevien tuotosten avulla. Tilaisuuksissa saatetaan hyödyntää videointia.

Tämä on kirjallinen suostumukseni, jonka mukaan antamani aineistot ja materiaalit ovat opinnäytetyöntekijän vapaassa käytössä tutkimustarkoitukseen. Aineistoa käsitellään niin, ettei julkaisuissa tai tutkimusprosessin eri vaiheissa, osallistujia tunnisteta ja vastaaminen esimerkiksi kyselyihin tehdään nimettömästi. Tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen.

Aineistonkeruun ja raportoinnin aikana opinnäytetyöntekijä sitoutuu noudattamaan tutkimuskomitean eettisiä periaatteita. Tutkimukseen osallistumisen voi peruuttaa missä vaiheessa tahansa, jolloin opinnäytetyöntekijä ei hyödynnä antamaanne materiaalia. Saadut aineistot hävitetään myös ohjeen mukaan opinnäytetyön julkaisemisen jälkeen. Opinnäytetyö julkaistaan Metropolia AMK julkisessa Thesus-tietokannassa.

Kaikissa aiheeseen liittyvissä asioissa ja kysymyksissä, voitte olla yhteydessä opinnäytetyöntekijään

suvi.liimatainen@metropolia.fi

Suvi Liimatainen, Kotisairaala, YAMK Vanhustyö tutkinto-opiskelija

_____/2018_____

Allekirjoitus ja nimenselvennys

päivämäärä ja paikka

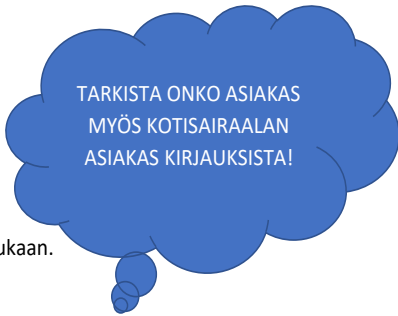
YHTEISTYÖ KOTISAIRAALAN KANSSA-yhteistyön kehittämisen tukena

Kirkkonummen kotisairaala tarjoaa sairaalatasoista hoitoa potilaan kotona.

Kotisairaalassa työskentelee sairaanhoitajia ja oma lääkäri.

Hoitopalvelut ovat suunnitelmallista, mutta myös päivystysluontoisia.

Kotisairaala tekee yhteistyötä kunnan muiden hoitoyksiköiden kanssa aina tarpeen mukaan.




TARKISTA ONKO ASIAKAS
MYÖS KOTISAIRAALAN
ASIAKAS KIRJAUKSISTA!

Kotihoidon kanssa kotisairaala tekee yhteistyötä mm. palliatiivisen hoidon tarpeessa olevien asiakkaiden kanssa.

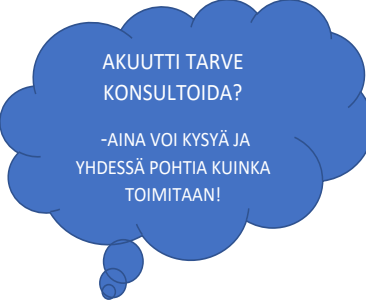
Tavoitteena on asiakkaiden kokonaisvaltainen hyvä hoito ja kotona olemisen mahdollisuuden tarjoaminen.

HUOLEHDITAA YHTEISTYÖSSÄ ASIAKKAIDEN KOKONAISSALTAISESTA JA HYVÄSTÄ HOIDOSTA

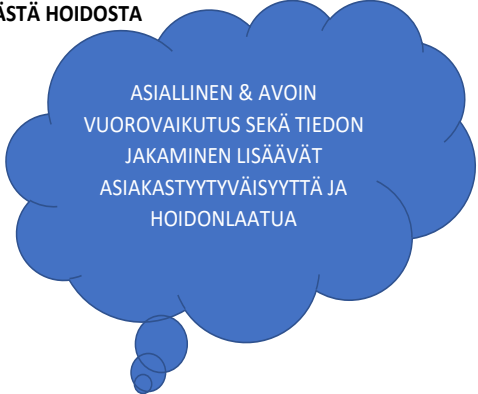
ERITYISESTI KIVUNHOIDOSTA!



KOTISAIRAALAN
SAIRAANHOITAJAT
GSM. 040-1269746



AKUUTTI TARVE
KONSULTOIDA?
-AINA VOI KYSYÄ JA
YHDESSÄ POHTIA KUINKA
TOIMITAAN!



ASIALLINEN & AVOIN
VUOROVAIKUTUS SEKÄ TIEDON
JAKAMINEN LISÄÄVÄT
ASIAKASTYYTYVÄISYYTTÄ JA
HOIDONLAATUA

Sähköinen palautekysely

PALAUTEKYSELY YHTEISKEHITTÄMISEEN OSALLISTUMISESTA

Palaute yhteiskehittämisestä

1.Yhteiskehittämisenpajoissa minun oli mahdollista tutustua toisen hoitoyksikön henkilökuntaan samaa mieltä

jokseenkin samaa mieltä
eri mieltä
en osaa sanoa

2.Yhteiskehittämisenpajoissa minun oli mahdollista tutustua toisen hoitoyksikön toimintaan

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
eri mieltä
en osaa sanoa

3.Yhteiskehittämisen pajoissa sain sanoa mielipiteeni ja osallistua ideointiin

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
eri mieltä
en osaa sanoa

4.Mielestäni vuorovaikutus yhteiskehittämisessä perustui tasavertaisuuteen ja luottamukseen

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
eri mieltä
en osaa sanoa

5.Yhteiskehittämisellä on ollut positiivisia vaikutuksia kotihoidon ja kotisairaalan keskinäiseen moniammatilliseen yhteistyöhön

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
eri mieltä
en osaa sanoa

6.Yhteiskehittäminen on parantanut tiedonkulkua kotihoidon ja kotisairaalan välillä

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
eri mieltä
en osaa sanoa

7.Yhteiskehittämisen avulla moniammatillinen yhteistyö hoitoyksiköiden välillä on lisääntynyt

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
eri mieltä
en osaa sanoa

8.Yhteiskehittämisen avulla hoitoyksiköiden välinen yhteistyöverkosto on vahvistunut

samaa mieltä

jokseenkin samaa mieltä
eri mieltä
en osaa sanoa

9.Minkä kouluarvosanan antaisin tämän hetkiselälle hoitoyksikköni hyödyntämälle ulkoiselle moniammatilliselle yhteistyölle

kiitettava
hyvä
tydyttävä
heikko

10.Yhteiskehittämistä ja hoitohenkilökunnan osallistamista tulisi hyödyntää jatkossakin hoitoyksikköni kehittämistyössä

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
eri mieltä
en osaa sanoa

11.Esimiesten tuki ja ohjaus moniammatillista yhteistyötä kohtaan on tällä hetkellä riittävää

samaa mieltä
jokseenkin samaa mieltä
eri mieltä
en osaa sanoa

12.Anna palautetta toiselle hoitoyksikölle moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvistä toiveista ja kehitysideoista jatkoa varten. Sekä palautetta yhteiskehittämisen toteutuksesta. Kiitos!