



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Katja Levander

Moniammatillisen yhteistoiminnan ydintekijät potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapia YAMK

Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma

Tutkimuksellinen kehittämistyö

25.11.2019

Tekijä Otsikko	Katja Levander Moniammatillisen yhteistoiminnan ydintekijät potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi
Sivumäärä Aika	48 sivua + 6 liitettä 25.11.2019
Tutkinto	Fysioterapeutti YAMK
Tutkinto-ohjelma	Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	Yliopettaja, Salla Sipari Yliopettaja, Pekka Paalasmaa
<p>Moniammatillinen työtapa käsitettä on käytetty jo pitkään, kun kuvataan sosiaali- ja terveysalan työtä. Moniammatillisen yhteistoiminnan keskiössä on ajatus potilaslähtöisestä toimintatavasta, jossa pyritään potilaan kokonaisvaltaiseen huomioimiseen sekä yhteisen ymmärryksen toimijoiden kesken.</p> <p>Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää Vankisairaalan moniammatillista yhteistoimintaa potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi. Kehittämistyön kehittämistehtävänä oli selvittää, mitä on hyvä moniammatillinen yhteistoiminta Vankisairaalassa tällä hetkellä ja selvittää, mitä mahdollisuuksia ja/tai uhkia on potilaslähtöisen tavoitteen asettamisessa sekä mitä uusia moniammatillisia yhteistoimintaan perustuvia toimintatapoja tarvitaan potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa.</p> <p>Kehittämistyössä käytettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Aineisto kerättiin hyödyntäen laadullisen aineiston keruumenetelmiä, kyselyjä sekä yhteiskehittelyä ja ryhmäkeskustelua. Kaikki aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Tulosten mukaan potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen ydintekijät olivat moniammatillisesti yhdessä määritellyt toimintatavat, yksilölliset-, konkreettiset tekijät, taloudellinen ja tuloksellinen toiminta, ympäristö ja asenteet/arvot sekä jatkumo/siirtymä siviiliin.</p> <p>Tuloksissa tuli esille, että potilaslähtöisen tavoitteiden asettamiseksi moniammatillista yhteistoimintaa pitää vielä kehittää, asiantuntijoiden osaaminen sekä roolit tulee tulla olla määriteltynä sekä tavoitteiden ja käsitteiden tulee olla yhdessä määritellyt. Moniammatillinen yhteistoiminta vaatii toisen työn ymmärtämistä ja luottamista toisen ammattilaisen tekemään työhön sekä oman osaamisen tuntemista ja jakamista. Vuorovaikutuksellinen dialogi oli tulosten mukaan tärkeä yhteisen ymmärryksen saavuttamiseksi. Tiedon kulua eri ammattiryhmien välillä tulee edistää.</p> <p>Tutkimuksellisessa kehittämistyössä tuotettua ehdotusta moniammatillisen yhteistoiminnan ydintekijöistä voidaan tulevaisuudessa hyödyntää kehitettäessä Vankisairaalan naisten osaston tai Psykiatrisen vankisairaalan moniammatillista yhteistoimintaa potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi.</p>	
Avainsanat	Moniammatillinen yhteistoiminta, potilaslähtöisyys, Vankisairaala

Author Title	Katja Levander Core Elements of Multi-Professional Collaboration for Setting Patient-Oriented Objectives
Number of Pages Date	48 pages + 6 appendices November 2019
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Rehabilitation
Instructors	Salla Sipari, Principal Lecturer, PhD Pekka Paalasmaa, Principal Lecturer, PhD
<p>The concept of multi-professional working method has been used for a long time when describing Social and Health work. The focus of multi-professional collaboration is on a patient-oriented approach that emphasizes the holistic care of patients and a common comprehension between the collaborating parties.</p> <p>The purpose of this research-based development study was to improve multi-professional collaboration between the Prison hospitals and to create a platform for patient-oriented objectives. The objectives of my research and development activities were to clarify the good practices of current multi-professional collaboration in a Prison hospital, to assess the opportunities and/or threats when setting the patient-oriented goals and to find out what type of new multi-professional collaboration approaches are needed when setting the patient-oriented goals.</p> <p>A functional research approach was used in this developmental study. The data were collected by using various methods such as collecting qualitative material, surveys, co-development and group discussion. All material was analyzed by using a data-driven content analysis.</p> <p>According to the results, the core elements of patient-centered objectives setting were multi-professionally defined operating procedures, individual-specific factors, the economic and productive activities, environment, and attitudes/values as well as the continuum/transition to civilian life.</p> <p>The results showed, in order to set the patient-oriented objectives, multi-professional collaboration needs to be further developed, the expertise of experts and their roles must be defined, and the objectives and concepts must be defined together. Multi-professional collaboration requires understanding and trusting in the work of another professional and knowing your expertise and sharing your knowledge. An interactive dialogue is perceived as an important issue in order to achieve a common understanding. In addition, the flow of information between different professions must be developed.</p> <p>In the future, the proposal for multi-professional collaboration can be utilised to develop the multi-professional cooperation of the Women's department in Prison hospitals or psychiatric Prison hospitals to set patient-oriented objectives.</p>	
Keywords	multi-professional collaboration, patient centeredness, Prison hospitals

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Moniammatillinen yhteistoiminta	2
2.1	Moniammatillinen yhteistoiminta sosiaali- ja terveysalalla	2
2.2	Vuorovaikutus moniammatillisessa yhteistoiminnassa	6
3	Potilaslähtöinen tavoitteen asettaminen	7
3.1	Potilaslähtöisyys kuntoutuksessa	7
3.2	Tavoitteellisuus kuntoutuksessa	10
3.3	Tavoitteen asettaminen kuntoutuksessa	11
4	Kehittämistyön toimintaympäristön kuvaus	12
4.1	Moniammatillinen yhteistoiminta Vankisairaalassa	12
4.2	Vankiterveydenhuolto	13
5	Kehittämistyön tavoite, tarkoitus ja kehittämiskysymykset	15
6	Menetelmälliset ratkaisut	16
6.1	Tutkimuksellinen lähestymistapa ja tiedon intressi	16
6.2	Tiedon tuottajien valinta	16
6.3	Aineiston kerääminen	17
6.4	Aineiston analysointi	20
6.5	Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen	20
7	Moniammatillinen yhteistoiminta potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa	22
7.1	Hyvä moniammatillinen yhteistoiminta Vankisairaalassa.	22
7.2	Mahdollisuudet potilaslähtöisessä tavoitteen asettamisessa	23
7.3	Uhat potilaslähtöisessä tavoitteen asettamisessa	25
7.4	Uudet moniammatilliset yhteistoiminnan toimintatavat potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa	27
8	Moniammatillisen yhteistoiminnan ydintekijät potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa Vankisairaalassa	30
9	Pohdinta	34
9.1	Tulosten pohdinta	34
9.2	Tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmälliset valinnat	40
9.3	Eettiset kysymykset	42

9.4 Moniammatillisen yhteistoiminnan jatkokehittäminen	43
Lähteet	44
Liitteet	
Liite 1. Tutkimushenkilötiedote	
Liite 2. Suostumusasiakirja	
Liite 3. Sähköinen kysely Vankisairaalan miesten osaston moniammatilliselle työyhteisölle	
Liite 4. Sähköinen kysely Vankisairaalan miesten osaston moniammatilliselle työyhteisölle	
Liite 5. Learning cafe- yhteiskehittely	
Liite 6. Näytteitä sisällönanalyysistä	
Kuvio 1. Moniammatillinen yhteistoiminta käsitteenä, mukaillen Isoherran ym. 2008	
Kuvio 2. Moniammatillisen yhteistyön ulottuvuudet mukaillen D'Amour ym. 2005	
Kuvio 3. Osa-alueet moniammatillisessa työskentelyssä ja niihin vaikuttavat tekijät mukaillen Bronsteinin (2003) jäsentelyä	
Kuvio 4. Potilaan hyvää tarkoittava alistamisen kehä (Deegan 1992: 12) mukaillen	
Kuvio 5. Potilaan valtaistumisen kehä Härkäpäättä (2002) mukaillen	
Kuvio 6. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet	
Kuvio 7. Toimintatutkimuksen suunnittelusykli mukaillen Heikkinen ym. 1999	
Kuvio 8. Hyvä potilaslähtöinen tavoitteen asettaminen Vankisairaalassa	
Kuvio 9. Moniammatillisen yhteistoiminnan ydintekijät potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa	
Kuvio 10. Yhteistyöprosessin jäsenyys ja vaiheittainen eteneminen mukaillen D'Amour ym. 2008	
Kuvio. 11 Osallisuuden portaat mukaillen Shier (2001)	
Taulukko 1. Aineiston keruu	
Taulukko 2. Kehittämistyön aikataulu	
URN:NBN:fi:amk-2019112823205	

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän uudistuksessa potilaslähtöisyys ja tavoitteellisuus ovat keskeisiä käsitteitä, jotka ovat palveluja ohjaavia periaatteita (STM 164/2017). Potilaslähtöistä kuntoutusmallia ajatellaan yksilön ja yhteiskunnan etuna. (Aalto – Vehko – Sinervo-Sainio – Muuri – Elovainio – Pekurinen 2017: 1). Potilaslähtöisyyden perustana on potilaan omien voimavarojen tukeminen sekä lisääminen, että itsenäinen pärjääminen ja yhteiskunnallinen toimijuus lisääntyisi. Täten yhteiskunnallinen vastuu yksilön selviytymisestä vähentyisi sekä tarvittavan palvelujen määrä vähentyisi. (Kallanranta – Piirainen 2003: 101.)

Sosiaali- ja terveysalan palvelujen tarjonta on perinteisesti rakentunut tuotanto- ja sektorilähtöisesti. Tämä lähtökohta on suurimpia haasteita potilaslähtöisen palvelutuotannon kehittämiseksi. (Stenvall – Virtanen 2012: 31.) Potilaiden odotukset, vaatimukset sekä nykyinen palvelutarjonta erityisesti julkisella sektorilla eivät kohtaa. Tämän takia palvelujärjestelmältä vaaditaan uutta, syvempää osaamista ja asiakasymmärrystä, jotta voidaan vastata potilaiden moninaisiin tarpeisiin ja odotuksiin. (Stenvall – Virtanen 2012: 32.)

Kuntoutuksen uudistamiskomitea määritteli uudessa selonteossaan kuntoutuksen olevan kuntoutujan tarpeisiin sekä tavoitteisiin pohjautuva suunnitelmallinen prosessi, jossa kuntoutuja ylläpitää sekä edistää toimintakykyään ammattilaisten oikea-aikaisten, saumattomien palveluiden avulla (Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita 2017:41: 35). Suunnitelma on sopimus, joka laaditaan kirjallisesti, jonka pohjalta voidaan myös arvioida kuntoutuksen vaikutus (Karhula – Veijola – Ylisassi 2016: ktm0019).

Selonteossa tuodaan esiin myös, että kuntoutuksen prosesseja tulee parantaa sekä diagnoosilähtöiset arviointimenetelmät eivät anna riittävää tietoa työ- ja toimintakyvyn arviointiin, kuntoutuksen toteuttamiseen ja tulosten arviointiin. Kuntoutuksen vaikutukset on helpompi tuoda esille, kun tavoite on selkeästi määritelty. (STM 164/2017.)

Suomalaisessa terveydenhuollossa on vahva professionaalinen piirre. Moniammatillisen työyhteisön jäsenillä on usein vahva autonomia työssään, mikä Stenvallin ja Virtasen

mukaan saattaa olla ongelma käytäntöjen ja toiminnan uudistamisessa sekä reviiriristiriidat ja kollegiaalinen arvostus voi sammuttaa yhteistoiminnan ja edistää yhtenäistä asiakkuusnäkökulman pirstaloitumista. (Stenvall – Virtanen 2012: 33.)

Normaalisuusperiaatteen mukaisesti vankien elinolojen tulisi vastata mahdollisimman paljon yhteiskunnan vallitsevia olosuhteita ja rangaistusten tulisi myös ehkäistä vankeuden aikaansaamia haittoja. Normaalisuusperiaate on keskeinen elementti käsiteltäessä rikosseuraamusalan asiakkaiden asemaa. Tällöin myös laitokset tulisi järjestää siten, että ne vastaavat yleisesti yhteiskunnassa noudatettavia periaatteita ja käytäntöjä. (Kaurala – Kylämarttila 2010: 1.) Vankiterveydenhuolto (VTH) järjestää terveyspalvelut kaikille Suomen vangeille. Normaaliuusperiaate ohjaa myös vankiterveydenhuollon toimintaa (VTH 2019). Normaaliuusperiaate pohjautuu Yhdistyneiden kansakuntien vankeinhoidon vähimmäissääntöihin, jotka tunnetaan Nelson Mandelan sääntöinä (RISE 2017: 5-6).

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus oli kehittää Vankisairaalan moniammatillista yhteistoimintaa potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi. Tuotoksena syntyi ehdotus moniammatillisista yhteistoiminnan ydintekijöistä potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi.

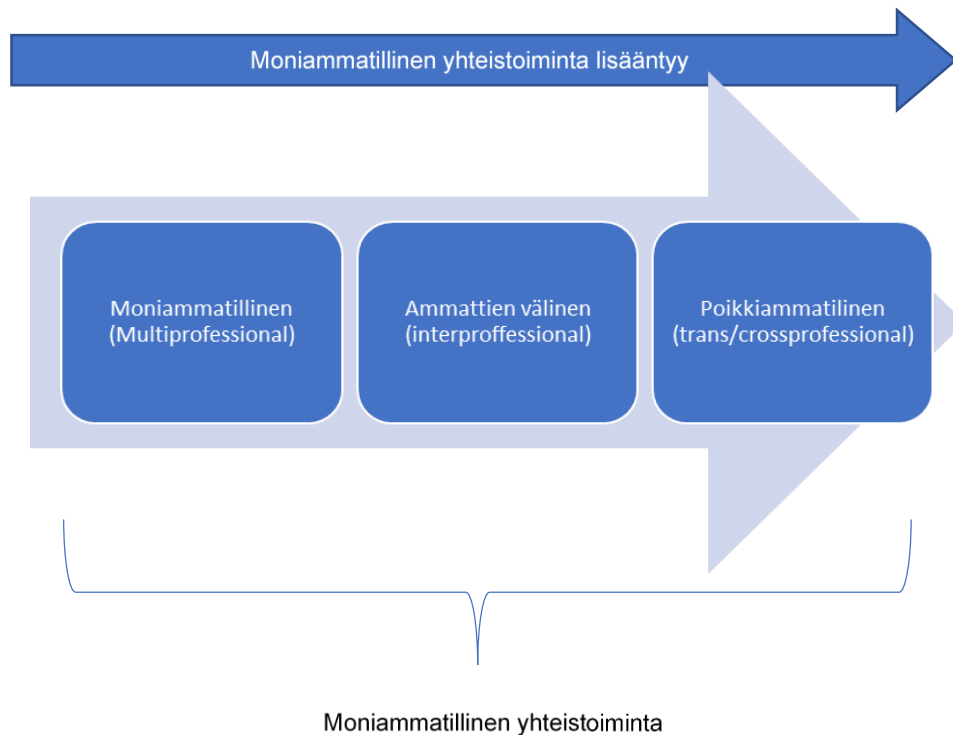
2 Moniammatillinen yhteistoiminta

2.1 Moniammatillinen yhteistoiminta sosiaali- ja terveysalalla

Moniammatillinen yhteistoiminta on sosiaali- ja terveysalalla sateenvarjo käsite, joka voi pitää sisällään monia eri määritelmiä, viitekehyksiä riippuen määrittelijän kontekstista. Isoherranen toteaa väitöstutkimuksessaan, että moniammatillisen yhteistoiminta käsitteen perusteellinen avaaminen voi poistaa väärinkäsityksiä ja ennakoasenteita, jotta moniammatillinen yhteistoiminta voi kehittyä. (Isoherranen 2012:19.) Käsitteen moninaisuus ja laajuus voi selittyä osin Suomen kielestä, jossa käsitteellä on monia merkityksiä eri yhteistyötavoissa (Isoherranen – Rekola – Nurminen 2008: 33).

Suomen kielessä moniammatillisuutta käytetään kuvaamaan yhteistyön eri tasoja, jota käytetään monimerkityksellisesti kontekstin mukaan. Englannin kielessä moniammatillisuus, multiprofessional, kuvataan käsitteenä tarkemmin ja samalla käsite kuvaa myös yhteistyötapaa. Ammattienvälisestä yhteistyöstä käytetään myös interprofessional- käsi-

tettä ja yhteistyöstä/toiminnasta, poikkiammatillisesta yhteistyöstä trans- tai crossprofessional käsitettä. (Isoherranen – Rekola – Nurminen 2008: 33–39; Thomas – Pollard – Sellman 2014: 12.)



Kuvio 1. Moniammatillinen yhteistoiminta käsitteenä, mukaillen Isoherran ym. 2008.

Moniammatillista yhteistoiminta nimekettä käytetään myös moniammatillisesta tiimityöskentelystä, joka on ammattilaisten rinnakkain työskentelyä ilman tiedon integroimista tai rajojen ylitystä (kts. kuvio 1). Tämän takia tarvitaan selkeä määritelmä mitä moniammatillinen yhteistoiminta on organisaatiossa. (Isoherranen 2012: 31-32.)

Moniammatillisuus käsitteenä on dynaaminen ja jatkuvasti määrittyvä käsite, jonka sisältöä sekä merkitystä luodaan yhteiskunnallisten, moniammatillistendiskurssien sekä yksittäisten työryhmien vuorovaikutustilanteissa. Työntekijöiden ja työryhmien moniammatilliselle yhteistoiminnalle antamista merkityksistä syntyy yhteistyökulttuuri, joka voi edistää tai rajoittaa käytäntöjä yhteistoiminnan kehitymisessä. (Pärnä 2012: 46,48.)

Moniammatillinen työtapa käsitettä on käytetty jo pitkään, kun kuvataan sosiaali- ja terveysalan työtä. Moniammatillisen yhteistoiminnan kuvataan myös olevan keino selvittää

tulevaisuuden haasteista. Moniammatillinen yhteistoiminta voi toimia potilaslähtöisen toimintatavan pohjana, jossa kootaan yhteen eri toimijoiden osaaminen sekä tieto ja muodostetaan yhteinen tavoite. (Isoherranen 2012: 10.) Moniammatillisen yhteistoiminnan keskiössä on ajatus potilaslähtöisestä toimintatavasta, jossa pyritään potilaan kokonaisvaltaiseen huomioimiseen sekä yhteiseen ymmärrykseen toimijoiden kesken (Isoherranen 2012:11, 20; Thomas – Pollard – Sellman 2014: 19).

D'Amourin ym. (2005) tekivät meta-analyysin moniammatillisesta yhteistoiminnasta, josta ilmeni käsitteen moninaisuus. Yhteistoiminta termi liittyi jakamiseen ja toimintaan kohti yhteistä tavoitetta harmonian ja luottamuksen hengessä. Analyysin tarkoituksena oli tuottaa tietoa ja ymmärrystä moniammatilliseen yhteistoimintaan. Meta-analyysissä todetaan moniammatilliseen yhteistoimintaan liittyvän useita alakäsitteitä, jotka liittyivät jakamiseen sekä teoreettisiin taustaoletuksiin, joista monet liittyivät organisaatioteorioihin. (D'Amourin ym. 2005: 118-121.) D'Amourin ym (2005). raportoivat, että moniammatillista yhteistoimintaa on kuvailtu jakamisen, kumppanuuden, vallan, keskinäinen riippuvuuden ja prosessi -käsitteiden avulla. Näitä elementtejä yhdistelemällä syntyy moniammatillisen yhteistoiminnan käytäntö (kts. kuvio 2) (D'Amourin ym. 2005: 118-119).



Kuvio 2. Moniammatillisen yhteistyön ulottuvuudet mukailen D'Amour ym. 2005

Jakaminen liitettiin meta-analyyssissä vastuun jakamiseen, jaettuun päätöksen tekoon, arvoihin, jaettuun hoitotyön filosofiaan, jaettuun suunnitteluun ja toteutukseen sekä jaettuihin ammatillisiin näkökulmiin. Kumppanuus liitettiin rehelliseen, avoimeen kommunikointiin, yhteisiin tavoitteisiin ja keskinäiseen luottamukseen. Keskinäinen riippuvuus liitettiin tietoisuuteen ja ymmärrykseen yhteistyöstä potilaslähtöisen toiminnan perustana. Kumppanuuteen liittyy myös yhteinen jaettu tavoite. Valta liitettiin jakamiseen ja tietoon, jotka jakaantuvat yhteistoimintaan osallistuvien kesken ja ylittää ammattinimikkeet. Yhteistyö/vuorovaikutus nähtiin kehittyvänä ja muuttuvana vuorovaikutusprosessina vaiheineen päätöksenteosta yhteiseen suunnitteluun. (D'Amourin ym. 2005: 118-121.)

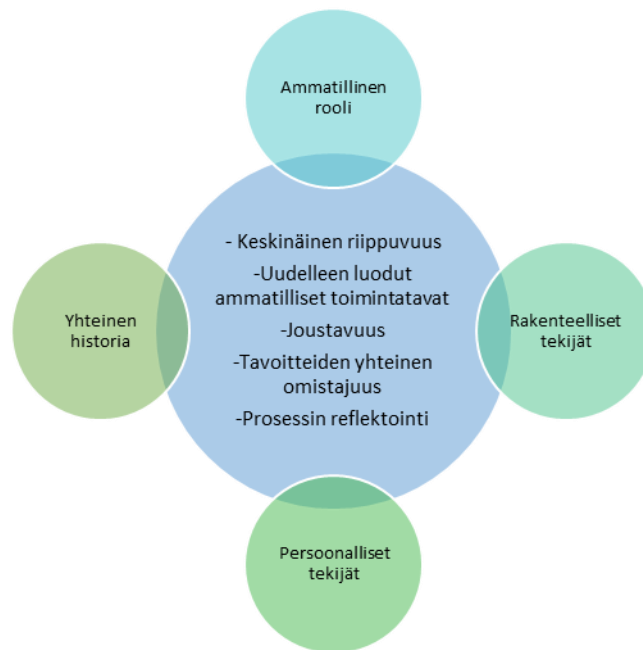
Moniammatillinen yhteistoiminta terveydenhuollossa nähdään kannattavana niin potilaan, organisaation sekä yksittäisten työntekijöiden kannalta (D'Amour ym. 2005: 116; Petri 2010: 73). Laura Petrin (2010) on havainnut moniammatillisen yhteistoiminnan liittyvän hyvään ja laadukkaaseen hoitoon, mikä näkyy hoidon vaikutuksessa ja potilastyytyväisyydessä. Organisaatiotasolla moniammatillisen yhteistoiminnan vaikutus näkyy taloudellisesti kulujen laskuna, joka on seurausta henkilöstön tuottavuuden parantumisesta, hoidon paremmasta koordinoinnista ja tehokkuudesta. Moniammatillinen yhteistoiminta lisäsi onnistuessaan henkilöstön työhyvinvointia, joka ilmeni lisääntyneenä työmoraalina, innokkuutena, pystyvyytenä sekä vähentyneenä uupumisena. (Petri 2010: 78-79.)

Laura Petrin (2010) on myös määritellyt käsitteenanalyysin avulla moniammatillista yhteistoimintaa. Petrin määritelmän mukaan terveydenhuollon kontekstissa moniammatillinen yhteistoiminnan onnistuminen vaatii ihmissuhdetaitoja, oman osaamisen tuntemista ja jakamista sekä ammattirooli tulee olla määritelty ja moniammatillista kouluttautumista. (Petri 2010: 73.)

Isoherrasen (2012) kehittämässä määritelmässä moniammatillisesta yhteistoiminnasta, on ydinasioina kokonaisvaltainen, potilaslähtöinen tiedon kokoaminen, sovitut välineet ja käytännöt tiedon kokoamiselle, mahdollisuus ammatillisille rajojen ylityksille, potilaslähtöiset organisaatioiden rajojen ylitykset ja jatkuvan arvioinnin sekä kehittämisen. (Isoherrasen 2012: 22.)

Laura Bronstein (2003) on määritellyt laajassa kirjallisuuskatsauksessaan moniammatillista yhteistoimintaa. Bronsteinin mukaan moniammatillinen yhteistoiminta on kaksi osainen, jossa ensimmäisessä osassa on viisi osa-aluetta, joiden varaan moniammatillisen

yhteistoiminnan hyödyt rakentuvat sekä toisessa osassa neljä tekijää, jotka vaikuttavat moniammatilliseen yhteistoimintaan (kts. kuvio 3). (Bronstein 2003: 299-301.)



Kuvio 3. Osa-alueet moniammatillisessa työskentelyssä ja niihin vaikuttavat tekijät mukaillen Bronsteinin (2003) jäsentelyä.

Bronstein (2003) määrittelee moniammatillisen yhteistoiminnan seuraavasti: ” *ihmisten välillä tapahtuva tehokas prosessi, joka edesauttaa tavoitteiden saavuttamisen tavalla, johon yksittäiset ammattiryhmät eivät erikseen työskentelemällä kykenisi*” (Bronstein 2003: 299).

2.2 Vuorovaikutus moniammatillisessa yhteistoiminnassa

Isoherrasen ym. (2008) mukaan nykyinen moniammatillinen yhteistoiminta tulee tunnistaa ja pyrkiä sellaiseen vuorovaikutukseen, jossa eri tieto ja näkökulmat saatetaan yhteen. Vuorovaikutustietoisella yhteistyöllä tarkoitetaan moniammatillisen työyhteisön tietoista oivaltamista yhteistoiminnan merkityksestä tiedon kokoamiseksi ja prosessoinniseksi. (Isoherranen – Rekola – Nurminen 2008: 36; Bronstein 2003: 300; Petri 2010: 77; Pärnä 2012: 65.)

Moniammatillisen yhteistoiminnan kehittyminen tarvitsee roolien määrittelyn, joka lisää työskentelyn tehokkuutta ja poistaa mahdollisia päällekkäisyyksiä sekä ristiriitaisia ta-

voitteita. Moniammatillinen yhteistoiminta on yksinkertaisimmillaan asiantuntijoiden työskentelyä saman asian äärellä. Yhteistoiminnan edellytyksenä ovat vuorovaikutustaidot sekä sosiaaliset suhteet. Yhteistyön sujuvuus edellyttää toimijoiden yhteistä kieltä, tavoitteiden sekä käsitteiden yhteistä määrittelyä tehtävän suorittamiseksi. (Isoherranen – Rekola – Nurminen 2008: 36; Petri 2010: 77; Bronstein 2003: 302.)

Yhteistoiminnassa on asiantuntijoiden oman erityisosaamisen ymmärtämisen merkitys merkityksellistä pyrittäessä keräämään yhteen eri asiantuntijoiden näkemyksiä. Lisäksi tarvitaan myös tietoa ja taitoa toteuttaa omaa asiantuntijuutta erilaisissa keskustelu- ja vuorovaikutustilanteissa, jotta pystyy antamaan osaamisensa yhteiseen käyttöön. (Isoherranen – Rekola – Nurminen 2008: 41-42; Petri 2010: 77.) Vahva ammatillinen identiteetti sekä työnkuvan selkeys antavat hyvän pohjan moniammatilliselle yhteistoiminnalle (Pärnä 2012: 137).

Moniammatillisen yhteistoiminnan tavoitteena on siis neuvotella yhteinen kokonaisnäkemys tavoitteineen erilaisista näkökulmista kootulla tiedolla. Tällöin voidaan puhua sosiaalisesti jaetusta kognitiosta, jota pidetään yhtenä moniammatillisen yhteistoiminnan ydinkäsitteenä. Moniammatillisen yhteistoiminnan tuloksena syntyvän ratkaisun tulisi olla sellainen, jonka kaikki ymmärtävät ja on tilanteeseen paras mahdollinen, jotta kaikki osapuolet voivat siihen sitoutua ja kokevat yhteisvastuuta tavoitteen saavuttamisesta, myös potilas. (Isoherranen – Rekola – Nurminen 2008: 44; Mönkkönen – Kekoni – Pehkonen 2019: 34.)

Pärnä (2012) kuvaa väitöstutkimuksessaan, että moniammatillinen yhteistoiminta koetaan mahdollisuutena oppia uutta muilta yhteistoimijoilta kuin uhkana omalle osaamiselle. Myös kunnioitus ja arvostus jokaisen työtä kohtaan lisäsi voimaantumisen kokemusta. (Pärnä 2012: 185.)

3 Potilaslähtöinen tavoitteen asettaminen

3.1 Potilaslähtöisyys kuntoutuksessa

Potilaslähtöisyys käsitteenä on moninainen ja riippuvainen asiayhteydestä. Potilaslähtöisyys voi olla toiminnan moraalinen sekä eettinen arvoperusta, jolloin työn lähtökohdissa korostuvat ihmisarvo, yhdenvertaisuus ja yksilöllisyys. Kun puhutaan potilaslähtöi-

syydestä tapana suhtautua potilaaseen, tällöin potilas ymmärretään yksilönä ja aktiivisena toimijana, joka vaikuttaa saamiinsa palveluihin. Potilaslähtöisyys palvelun luonteena tarkoittaa, että palvelut perustuvat potilaan ja työntekijän yhdessä sanoittamiin ratkaisuihin sekä potilaan kuulemiseen. Työntekijään liittyvässä potilaslähtöisyydessä korostuvat avoimuus, asiantuntijuus, aitous sekä tasavertaisuus. (Kiikkala 2000: 116 - 119.)

Sairaalayhteisössä potilasta on pitkään tarkasteltu vajavuusparadigman kautta, jolloin kuntoutuksen eteneminen on asiantuntijajohtoista ja potilaan vajavuuksiin keskittyvää. Vajaakuntoisuus on tulkittu yksilöllisenä vajavuutena, jota on sopeuttamalla, hoitamalla ja valmentamalla yritetty korjata (STM 2004: 24). Kuntoutuksen kehittämissuunnitelmassa (2004) kuntoutuksen paradigma kuvataan kehittyvän kohti valaistavaa tai ekologista paradigmaa (STM 2004: 24-25). Uusi paradigma korostaa potilaslähtöisyyttä ja on aktiivisuutta tukevaa, jolloin auttamis- ja tukitoimet ovat lähellä potilasta ja potilaan arkielämää sekä toimintaympäristöä (Järvikoski - Härkäpää 2011: 50–53.)

Kaikissa auttamis-, hoiva- ja kuntoutustoimissa on vaarana, että ammattilaiset eli asiantuntijat liittävätkin asiakkaaseen, potilaaseen tai kuntoutujaan yleistäviä leimoja, jotka korostavat eroja heidän ja tavallisen kansalaisen välillä. Tällöin ei potilasta ei kohdata yksilönä vaan erityisen sosiaaliryhmän edustajana, jossa korostuu yhteiskunnallinen toiseus. Tällöin potilasta saatetaan tarkastella kapeasti, joka voi korostaa vain ongelmia, avun tarvetta tai passiivisuutta. Tällöin avun pyytäminen ja sen perustelu saatetaan tulkita valittamiseksi. (Järvikoski - Härkäpää 2011: 184.)

”Vanki” on vahva leima, stigma. Leima säätelee muiden ihmisten havaintoja ja vuorovaikutusta, joka saattaa alkaa muuttaa leimatun ihmisen käsitystä itsestään peilinä ihmisten reaktioista, toimintatavoista ja alkaa käyttäytyä sen mukaisesti (kts. kuvio 4). Palvelujärjestelmässä leimaamisen on katsottu johtavan paternalistisiin asenteisiin, hyvää tarkoittaviin ja hoivaaviin toimintatapoihin, jotka alistavat ja kyseenalaistavat potilaan itsemääräämisoikeutta. (Järvikoski - Härkäpää 2011: 184-85.)



Kuvio 4. Potilaan hyvää tarkoittava alistamisen kehä (Deegan 1992: 12) mukailten.

Katja Valkama (2012) toteaa väitöstutkimuksessaan osallistumisen lisäävän osallisuutta (2012: 62). Hän tuo esiin, että osallisuuden kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa on tärkeää erityisesti sellaisten asiakasryhmien kohdalla, joilla on muutenkin puutteelliset vaikutusmahdollisuudet. Väitöstutkimuksessa tulee myös esiin, että asiakkaat haluavat olla osallisina omia asioita koskevissa palvelutilanteissa; he haluavat tehdä päätöksiä, valita ja vaikuttaa. Lisäksi Valkama toteaa, että kaikilla eri tasoilla tapahtuvaa asiakkaiden osallistumista tulisi lisätä. Asiakkaiden asiantuntijuutta tulisi hyödyntää palveluita suunniteltaessa ja kehitettäessä, ei pelkästään valmiiden palveluiden arvioinnissa. (Valkama 2012: 81.)

Potilaslähtöisyys on lisääntynyt myös arvioinnissa. Jo 1990-luvulla vaadittiin potilaiden ottamista mukaan arviointiin. Tuolloin käytetty mallit olivat ensisijaisesti potilastytyväisyystutkimuksia. Potilaslähtöisyys näkyi tuolloin laatujohtamisen muodossa, jolloin potilaan tyytyväisyys oli keskipisteenä palvelua arvioitaessa. Tänä päivänä arviointi on muuttunut monimuotoisemmaksi sekä potilasta kunnioittavaksi. Arviointi on demokratisoitunut ottaessaan mukaan potilaat ja sidosryhmät. Potilaat asettavat itse laatuksiteerinsä ja tekevät arvion niiden mukaisesti. Hallinnon ja politiikan asettamat tyytyväisyystavoitteet arviointiperustana ovat vaihtumassa potilaan omiin laatuksiteeriseisiin. (Hänninen – Julkunen – Hirsikoski – Högnabba – Paananen – Romo – Thomasén 2007: 11.)

3.2 Tavoitteellisuus kuntoutuksessa

Kuntoutus on tavoitteellista toimintaa, jonka tarkoituksena on potilaan elämäntilanteen muutos, parempi pärjääminen arjessa omassa toimintaympäristössä. Tavoitteellisuus kulkee käsikädessä suunnitelmallisuuden kanssa. Kuntoutus perustuu arvioon nykytilanteesta, mitä muutoksia nykyhetkeen tarvitaan ja millä keinoin tavoite on mahdollista saavuttaa. Yhteinen, tavoitteellinen suunnitelma on kuntoutuksen perusedellytys. (Järvikoski - Härköpää 2011: 33.)

Puhuttaessa potilaslähtöisestä, -keskeisestä kuntoutuksesta potilas on keskiössä osallistuen tasavertaisena kuntoutustavoitteiden asettamiseen. Kuntoutus on toimintaa, jossa potilas osallistuu kuntoutuksen tarpeen arvioon, tavoitteen asetteluun, toteutuksen suunnitteluun ja arviointiin. Tällöin potilas siis määrittelee itselleen merkitykselliset ja realistiset tavoitteet sekä suunnittelee millä keinoin tavoitteet saavutetaan yhdessä ammattilaisten kanssa (kts. kuvio 5). (Autti-Rämö – Salminen 2016: 14-15.)



Kuvio 5. Potilaan valtaistumisen kehä Härköpää (2002) mukailen.

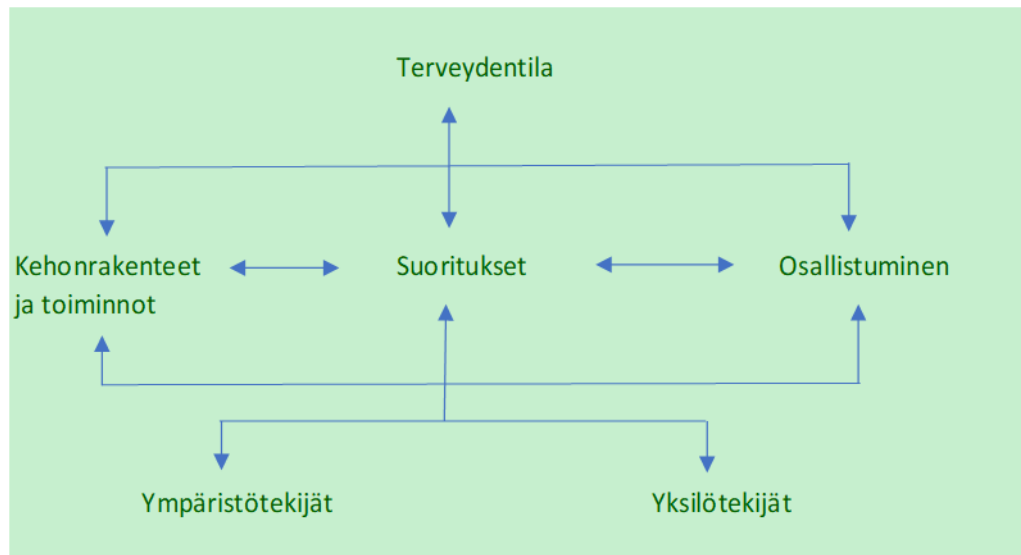
Potilaslähtöisessä toiminnassa vuorovaikutus ei voi edetä pelkästään potilaan ehdoilla vaan tiedon kokoaminen ja vuorovaikutus rakentuu vastavuoroisesti potilaan ja ammattilaisen kanssa. Vaikka potilaan ongelma on keskiössä ei se tarkoita, että potilaan roolia tulisi korostaa muiden roolien kustannuksella. Potilaan roolin korostaminen voi synnyttää

myös tilanteen, jossa potilas on keskiössä ja järjestelmä toimii potilaan ympärillä ilman, että potilas tulee kohdatuksi ja kuulluksi. Potilaan tulisi ennen kaikkea olla tasavertainen ammattilaisten kanssa. (Mönkkönen – Kekoni – Pehkonen 2019: 18.) Potilaslähtöinen toiminta on vuorovaikutuksellista dialogia, millä pyritään inhimilliseen vaikuttavuuteen, jossa korostuu potilaan kokemus toimintojen merkityksellisyydestä ja hyödyllisyydestä (Mönkkönen – Kekoni – Pehkonen 2019: 93).

3.3 Tavoitteen asettaminen kuntoutuksessa

Kuntoutuksen tavoitteet laaditaan kuntoutusprosessin alkuvaiheessa yhdessä potilaan kanssa, jossa ammattilaiset arvioivat ovatko kuntoutustavoitteet realistiset ja ovatko saavutettavissa kuntoutuksella. Tavoitteen asettamisen apuna voidaan käyttää ns. SMART-periaatetta. (Bovend'Eerd ym. 2009: 352-353.) Tavoite on Specific = Spesifinen, yksilöllinen, määritelty, Measurable = mitattava, Achievable = saavutettavissa oleva, Realistic/Relevant = realistinen, merkityksellinen, kuntoutustoimenpitein saavutettavissa ja Timed = mahdollista aikatauluttaa. Potilaan kanssa asetettujen tavoitteiden tulisi olla SMART-periaatteen mukaisia, yksityiskohtaisia, realistisia ja riittävän haastavia sekä kuntoutujalle merkityksellisiä kuntoutumiseen sitoutumisen, motivoitumisen ja saavuttamisen mahdollistamiseksi. (Bovend'Eerd ym. 2009: 354-360.)

Kuntoutustarpeen ja tavoitteiden tarkastelun kokonaisvaltaisena lähtökohtana on arjessa pärjääminen ja osallistuminen, jota voidaan tarkastella WHO:n ICF-luokituksen avulla, joka konkretisoi arjen toimintojen monimuotoisuutta (Paltamaa ym. 2011: 23). ICF eli International Classification of Functioning, Disability and Health on neutraali ja rakenteinen toimintakyvyn kuvaustapa, joka antaa yhteisen kielen moniammatilliseen sekä monialaiseen yhteistoimintaan toimintakyvyn ymmärtämisessä sekä jäsentämisessä, ja tuo tarvittavan rakenteen toimintakyvyn kuvaamiseen sekä rakenteiseen kirjaamiseen (kts. kuvio 6.) (Järvikoski - Härkäpää 2011: 96-99; Paltamaa – Perttilä 2015: 18).



Kuvio 6. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet

Vuorovaikutuksellisuus on ICF:n olennainen piirre. Yksilön toiminta vaikuttaa terveydentilaan, terveydentila vaikuttaa suorituksiin ja osallistumiseen, yksilön toiminta muuttaa ympäristöä ja muokkaa hänen ominaisuuksiaan eli eri osatekijöiden suhteet ovat dynaamisia – yhden osatekijän muutos merkitsee yleensä muutosta muissa osatekijöissä. ICF voi toimia kuntoutustyössä apuvälineenä ongelmien paikallistamiseen tarjoten samalla yhteisen viitekehyksen eri ammattiryhmille ja voi helpottaa työnjakoa. (Järvikoski - Härkäpää 2011: 98-99.)

4 Kehittämistyön toimintaympäristön kuvaus

4.1 Moniammatillinen yhteistoiminta Vankisairaалassa

Vankisairaala on valtakunnallinen vankeja hoitava yleislääkärijohtoinen somaattinen sairaala. Vankisairaala on ainulaatuinen ympäristö, joka muodostaa aivan omanlaisensa maailman. Sairaalapalveluiden toteuttamisessa vankilaympäristössä on omat haasteensa, miten hoito ja turvallisuus yhdistetään (WHO 2014:21).

Vankisairaalan käytössä on kolme osastoa. Kahdella osastolla hoidetaan somaattisesti sairaita miesvankeja, yhdellä osastolla naisvankeja. Potilaspaiikkoja on 34, joista 6 on naisvangeille.

Potilaat tulevat Vankisairaalaan läheteellä vankiloista tai siviilipuolen sairaaloista. Kehittämistyön toimintaympäristönä on Vankisairaalan miesten osastot. Somaattisten potilaiden hoidon moniammatillisen työryhmän muodostavat yleislääketieteen erikoislääkärit, sairaanhoitajat, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, psykologi ja tarvittaessa psykiatri. (Vankisairaala toimintasuunnitelma 2019.)

Moniammatillinen yhteistoiminta toteutuu miesten osastolla lääkärikierron aikana, nk. paperikierrolla, jonka jälkeen lääkäri kiertää osastolla potilaat sairaanhoitajan kanssa. Potilaat eivät osallistu kiertoon. Tavoitteen asettamisen käytännöt sekä arviointikeinot vaihtelevat eri ammattiryhmien välillä, joka osaltaan saattaa heikentää yhteistyötä sekä pirstaloi potilaasta saatavaa kuvaa tai tietoa.

Tammikuussa 2018 pidettiin Vankisairaalan moniammatilliselle työyhteisölle kehittämisiltapäivä, jonka tavoitteena oli kehittää miesten osaston lääkäri-/paperikiertoa potilaiden osallistumiseksi tavoitteen asettelussa. Kehittämisiltapäivä pohjautui Vankisairaalan miespotilaille tehtyyn kyselyyn syksyllä -17. Potilashaastatteluiden nousi esiin tarve valmistautumisen mahdollisuudesta lääkärin kiertoon tai moniammatillisen työryhmän tapaamiseen. Valmistautumisen tueksi toivottiin esitettä, jonka potilas saisi jo ennen Vankisairaalaan siirtymistä. Esitteeseen toivottiin kuvausta moniammatillisesta työryhmästä sekä mikä heidän työkuvansa on. Lisäksi esitteessä toivottiin olevan kysymykset, joita lääkärin kierrolla kysytään valmistautumisen mahdollistumiseksi. Lisäksi potilaat toivat esille toiveen konkreettisesta suunnitelmasta, jossa on kuvattuna kuka tekee, mitä tekee ja suunnitelman tulisi olla myös potilaalla itsellään.

Kehittämisiltapäivän lopputuloksena tila, jossa lääkärin kierto toteutui, vaihtui osaston kansliasta kokoustilaksi, jonka ajateltiin tukevan moniammatillista yhteistoimintaa sekä mahdollistaisi potilaiden osallistumisen. Lisäksi uudistettiin Vankisairaalan esite yhteistyössä miesten osastopotilaiden kanssa, joka tulisi antaa sijoitustalossa potilaalle ennen Vankisairaalaan siirtymistä. Esitteessä kerrotaan moniammatillisesta työtavasta sekä valmistetaan potilasta muutamalla kysymyksellä osallistumiseen moniammatilliseen kiertoon yhteisen tavoitteen asettamiseksi Vankisairaalan kuntoutusjaksolle.

4.2 Vankiterveydenhuolto

Vankiterveydenhuollon toiminta perustuu lakiin Vankiterveydenhuollon yksiköstä (1635/2015). Toimintaa ohjaa toimintasuunnitelman lisäksi laadittava valtakunnallinen

vankiterveydenhuollon kehittämisohjelma vuosille 2017-2021. Kehittämisohjelman perustana on laki vankiterveydenhuollon yksiköstä. Lain perusajatus on, että vangeilla on oikeus samaan terveyden- ja sairaanhoitoon kuin kantaväestöllä. (VTH toimintasuunnitelma 2019.)

Vankien terveydenhuollon tavoitteena on edistää vankien terveydentilaa, ehkäistä omalta osaltaan uusintarikollisuutta ja syrjäytymistä sekä edistää sijoittumista yhteiskuntaan. Sote -muutokset ja sen mahdollinen toimeenpano vaikuttavat myös vankiterveydenhuollon hoitojatkumoihin. Tulevaan kehittämisohjelmaan kirjataan vankiterveydenhuollon ja sen keskeisimpien yhteistyökumppaneiden yhteiset kehittämistavoitteet liittyen vankipotilaille suunnattuun ennaltaehkäisevään työhön, vankeuden aikaiseen hoitoon ja yhteiskuntaan sijoittumisen edesauttamiseen. Vankiterveydenhuollon strategiaan kehittämistoimenpiteisiin on nimetty vuosille 2018-2020 palveluprosessien kuvaaminen, arviointi ja kehittäminen potilaslähtöisesti. (VTH toimintasuunnitelma 2019.)

Vankiterveydenhuollon keskeinen yhteistyökumppani on Rikosseuraamuslaitos. Rikosseuraamuslaitos on sitoutunut suomalaisen yhteiskunnan tärkeinä pidettyihin arvoihin: ihmisarvon kunnioittamiseen ja oikeudenmukaisuuteen. Yksilön mahdollisuudesta muuttua ja kasvaa on työtä ohjaava käsitys. (RISE 2017.)

5 Kehittämistyön tavoite, tarkoitus ja kehittämiskysymykset

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää Vankisairaalan moniammatillista yhteistoimintaa potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi.

Kehittämistehtävät:

1. Selvittää, mitä on hyvä moniammatillinen yhteistoiminta Vankisairaalassa tällä hetkellä.
2. Selvittää, mitä mahdollisuuksia ja/tai uhkia on potilaslähtöisen tavoitteen asettamisessa.
3. Selvittää, mitä uusia moniammatillisia yhteistoimintaan perustuvia toimintatapoja tarvitaan potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa Vankisairaalassa.

Tuotoksena on ehdotus moniammatillisen yhteistoiminnan ydintekijöistä potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa

6 Menetelmälliset ratkaisut

6.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa ja tiedon intressi

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä käytin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Päädyin tähän lähestymistapaan, koska kehittämistyössä oli kysymys käytännöllisestä työelämään linkittyvästä toiminnasta. Päämääränä oli parantaa ja kehittää yhteisen ymmärryksen kautta nykyistä moniammatillista yhteistoimintaa potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi Vankisairaalaissa.

Toimintatutkimus on luonteeltaan yhteisöllinen prosessi, jonka takia se on myös yhteisön yhteinen oppimistapa. Toimintatutkimus on luonteeltaan kokemuksellista ja reflektointia, mikä edellyttää muutosvalmiutta yhteisöltä ja itsensä kehittämistä (Heikkinen – Huttunen – Moilanen 1999: 64-66.) Toimintatutkimuksen lähestymistapa sopi kehittämistyöhön, koska kehittäminen vaatii useiden tekijöiden näkökulman kehittämisen suunnasta, oli sitten heidän asemansa organisaatiossa mikä tahansa. (Heikkinen – Jyrämä 1999: 58.)

Jürgen Habermasin mukaan tiedon intressiä voidaan tarkastella kolmesta eri näkökulmasta, teknisen, praktisen ja emansipatorisen eli kriittisen kiinnostuksen. Kehittämistyössäni tiedonintressi oli emansipatorisesti suuntautunut, joka ohjasi kriittistä ja vapautumista edistävää tietoa. Tarkoituksena oli lisätä tutkittavien sekä tutkijan ymmärrystä tutkittavasta asiasta ja tämän kautta vaikuttaa myönteisesti ajattelu- ja toimintatapoihin myös tutkimustilanteen jälkeen. (Vilka 2015: 63-65.)

6.2 Tiedon tuottajien valinta

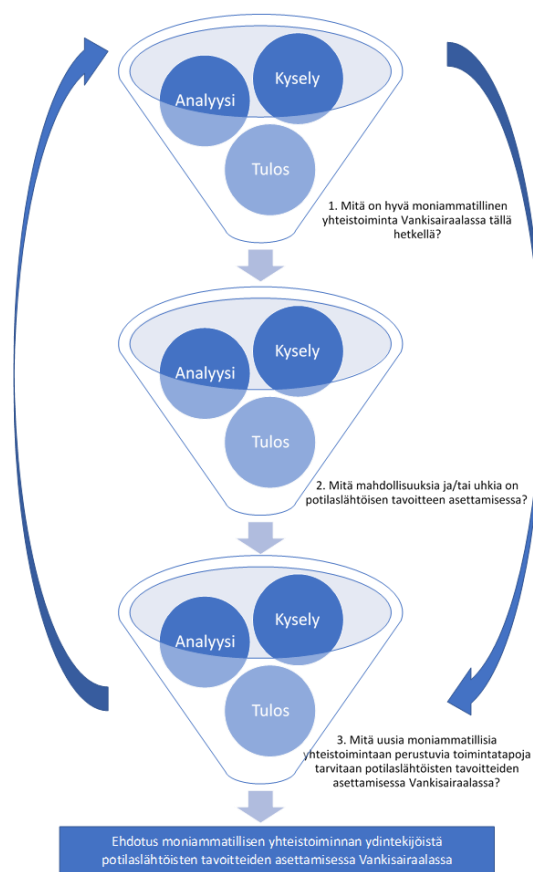
Tiedon tuottajina ja asiantuntijoina toimivat Vankisairaalan moniammatillinen työyhteisö, jotka työskentelevät yhdessä Vankisairaalan miesten osastolla. Moniammatillinen työyhteisö koostuu Vankisairaalan ylilääkäristä, osaston ylilääkäristä, ylihoitajasta, miesten osaston osastonhoitajasta, sairaanhoitajista, psykologista, sosiaalityöntekijästä, toimintaterapeutista ja fysioterapeutista.

Kehittämistyöntekijänä jaoin Vankisairaalan kaikille moniammatillisille työyhteisön jäsenille, heidän omiin postilokeroihinsa kirjalliset tiedotteet- ja suostumuslomakkeet (liite 1 ja 2). Palauttamalla suostumuslomakkeen kehittämistyöntekijän postilokeroon tai toimit-

tamalla suoraan kehittämistyöntekijälle, ammattilaiset ilmoittivat vapaaehtoisesta osallistumisestaan kehittämistyöhön. Lisäksi vapaaehtoisuudesta osallistua kehittämistyöhön muistutin kaikissa kyselyissä sekä kehittämispäivänä. Lisäksi kehittämistyöntekijänä kerroin tutkimuksellisesta kehittämistyöstä Vankisairaalan vankiterveydenhuollon viikkopalaverissa.

6.3 Aineiston kerääminen

Tässä kehittämistyössä hyödynsin laadullisen aineiston keruumenetelmiä, kyselyjä sekä yhteiskehittelyä ja ryhmäkeskusteluja. Toimintatutkimusprosessi muodostui joustavasti kehittämistehtävän edetessä eli suunnittelua seurasi toiminta, joka käytiin yhdessä läpi ja luotiin uusi, paranneltu versio, jota yhdessä arvioidaan. Toimintatutkimuksen ote oli reflektiivinen eli itseään tarkkaileva ja käytännönläheinen. (Heikkinen – Jyrkämä 1999: 36.) Kehittämistehtävät liittyivät oleellisesti Vankisairaalan miesten osaston ammattilaisten käytännön toimintaan sekä siihen sisältyvien haasteiden pohdintaan.



Kuvio 7. Toimintatutkimuksen suunnittelusykli mukailen Heikkinen ym. 1999

Yhteinen oppiminen ja ymmärrys pyrittiin mahdollistamaan Vankisairaalan kehittämispäivänä ryhmäkeskusteluihin ja Learning cafe- yhteiskehittelymenetelmän avulla. Orientaationa kolmanteen kehittämistehtävään toimivat kehittämistehtävät 1 ja 2. Kehittämistyössä edettiin toimintatutkimuksen ensimmäiseen sykliin eli suunnitelmavaiheeseen (kts. kuvio 7), joka muodostui kahdesta sähköisestä kyselystä ja yhteiskehittelystä sekä keskusteluista (taulukko 1)

Taulukko 1. Aineiston keruu

Kehittämistehtävä	Aineistonkeruu	Tuotos Analyysin tulos
Selvittää, mitä on hyvä moniammatillinen yhteistoiminta Vankisairaalassa tällä hetkellä	Sähköinen kysely- avoimet kysymykset	Kuvaus nykyhetken hyvästä moniammatillisesta yhteistoiminnasta Vankisairaalassa
Selvittää, mitä mahdollisuuksia ja/tai uhkia on potilaslähtöisen tavoitteen asettamisessa.	Sähköinen kysely- muokailtu SWOT	Potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen mahdollisuudet ja/tai mahdolliset uhat.
Selvittää, mitä uusia moniammatillisia yhteistoimintaan perustuvia toimintatapoja tarvitaan potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa Vankisairaalassa	Learning cafe ja keskustelut kehittämispäivänä	Perusteet moniammatillisesta yhteistoiminnasta potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa Vankisairaalassa

Kehittämistehtävien 1 ja 2 aineiston keräsin sähköisillä kyselyillä (liitteet 3 ja 4). Toimintaympäristön takia, sairaala erinäisine työaikoineen, toivoin sähköisten kyselyjen tavoitettavan paremmin Vankisairaalan miesten osaston moniammatillisen henkilökunnan kuin haastattelujen avulla.

Ensimmäiseen kehittämistehtävään aineisto kerättiin sähköisellä kyselyllä, jonka tavoitteena oli kuvata mitä on hyvä moniammatillinen yhteistoiminta Vankisairaalassa tällä

hetkellä. Kyselyn kysymykset tulivat teoreettisesta viitekehyksestä (Liite 3). Vastausaikaa oli 10 päivää, ajalla 1.4 - 10.4.2019. Lähetin kutsun sähköiseen kyselyyn 16 työntekijälle ja vastauksia tuli 15 työntekijältä.

Toisessa kehittämistehtävässä mukailin SWOT- analyysia. Kyselyn tavoitteena oli selvittää mitä mahdollisuuksia ja/tai uhkia on potilaslähtöisen tavoitteen asettamisessa (Liite 4). SWOT- tulee sanoista strengths (vahvuudet), weakness (heikkoudet), opportunities (mahdollisuudet) ja threats (uhkat) (Honkanen 2006: 410). Vahvuudet sekä heikkoudet jätin kyselyn ulkopuolelle, koska potilaslähtöisen tavoitteen asettaminen ei ole käytäntö Vankisairaalassa, eikä näin ollen sitä voida analysoida. Vastausaikaa oli 10 päivää, ajalla 17.4 - 26.4.2019. Lähetin kutsun sähköiseen kyselyyn 16 työntekijälle ja vastauksia tuli 13 työntekijältä.

Kolmas kehittämistehtävä toteutettiin Vankisairaalan kehittämispäivän yhteydessä 8.5.2019 Inkalan kartanossa yhteiskehittelymenetelmän ja ryhmäkeskustelujen avulla (liite 5). Kehittämispäivään osallistuivat koko miesten osaston moniammatillinen työyhteisö. Sähköisten kyselyjen tulosten yhteenvetoa käytin toimintatutkimuksen vaiheittaiselle etenemiselle tyypillisellä tavalla yhteiskehittelyn alustuksena (taulukko 1). Yhteiskehittelyn tavoitteena oli selvittää, mitä uusia moniammatillisia yhteistoimintaan perustuvia toimintatapoja tarvitaan potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa. Yhteiskehittelymenetelmänä käytin Learning cafe eli oppimiskahvilaa. Se on keskusteluun, tiedon luomiseen ja siirtämiseen tarkoitettu yhteistoimintamenetelmä (Innokylä 2019). Learning café -menetelmä mahdollisti koko työryhmän osallistumisen, vastauksien löytymisen esitettyihin kysymyksiin sekä yhteisen ymmärryksen syntymistä moniammatillisesta yhteistoiminnasta potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi Järvensivu – Nykänen – Rajala 2010: 68; Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2014: 162).

Learning cafessa keskityttiin ratkaisuun löytämiseen pöytäkunnittain jakautuneiden pienryhmien kautta. Jokaisella pöydällä oli sama teema, joka tarkentui edellisistä vaiheista eli kehittämistehtävien 1 ja 2 tuloksista. Pienryhmiin olin valinnut valmiiksi kirjurit, joka pysyivät omassa pöydässään koko ajan. Prosessin edetessä pöytäryhmien jäsenet vaihtoivat pöydästä toiseen, jolloin pöydän ympärille muotoutunut pienryhmä pohti aiempia tuotoksia ja ideoi niitä eteenpäin. Fläppi- papereihin kirjoitettiin vapaasti ideoita ja ajatuksia. Kierron jälkeen pöydissä koostettu tieto esitettiin koko ryhmälle ja jaettiin, minkä pohjalta käytiin keskustelua ja luotiin yhteistä ymmärrystä moniammatillisesta toimintatavasta potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi. (Innokylä 2019.) Esitykset uusista

moniammatillista toimintatavoista potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi ja niistä syntyneet yhteiskeskustelut äänitettiin sekä fläppeihin kirjatut ehdotukset valokuvattiin.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijänä olin mukana tutkittavassa työyhteisössä, osallistuen muutokseen tähtäävien väliintulojen kautta ja samalla myös vaikuttaen siihen (Heikkinen 2015: 214). Kehittämistyöntekijän roolissa esitin lisäkysymyksiä asian tarkentumiseksi, tai jos jokin asia jäi keskustelussa epäselväksi (Innokylä 2017).

6.4 Aineiston analysointi

Kehittämistyön ensimmäisessä ja toisessa sekä kolmannessa vaiheessa saadut aineistot analysoin aineistolähtöisellä analyysillä, jossa pyrin tekemään aineistosta käsitteellisen kokonaisuuden (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95). Kolmannessa kehittämistehtävässä nauhoitettavaa materiaalia kertyi 1 tunti ja 20 minuuttia. Litteroitua ainestoa kertyi 19 x A4 sivua (Arial 11, riviväli 1,5). Tämän jälkeen luin litteroidun aineiston useampaa kertaa sen sisältöön perehtyen. Seuraavaksi määrittelin analyysiyksikön, joka tässä työssä oli lauseen osa tai ajatuksellinen kokonaisuus. Sitten esitin aineistolle analyysikysymykset työn kehittämistehtävien mukaisesti. Analysointi muodostui kolmesta vaiheesta, jotka olivat aineiston pelkistäminen eli redusointi, ryhmittely eli klusterointi ja luokkien luominen eli abstrahointi. Redusointi vaiheessa aineistoon tein pelkistyksiä vastaamalla analyysikysymykseen valitun analyysiyksikön mukaisesti. Ryhmittely vaiheessa jatkoin analyysia yhdistämällä samansisältöisiä alaluokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2011:101.) Aineiston analyyseistä on näytteet liitteenä kehittämistehtävittäin (Liite 5).

6.5 Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen

Tutkimuksellisen kehittämistyö käynnistyi tammikuussa kehittämistarpeen määrittelyllä. Aihe nousi Vankisairaalaan omasta tarpeesta sekä organisaation kehittämisen myötä. Viitekehys, kehittämisen tarkoitus ja tavoite, menetelmälliset ratkaisut, aikataulu ja tarvittavat resurssit täsmentyivät tutkimussuunnitelmaan. Tutkimussuunnitelman hyväksymisen jälkeen hain tutkimusluvan kehittämistyölle Vankisairaalan ylilääkäriltä. Tutkimuslupa myönnettiin maaliskuussa 2019. Tutkimuksellinen kehittämistyö eteni suunnitellun ja laaditun aikataulun mukaisesti (taulukko 2).

Huhtikuussa 2019 toteutuivat molemmat sähköiset kyselyt, jotka toteutin SurveyMonkey Audience -paneelin avulla. Aineiston analyysia tapahtui kummankin sähköisen kyselyn

jälkeen, mutta lopullinen aineiston analyysi tapahtui elo- marraskuun 2019 aikana. Lopullinen kuvaus muodostui kehittämispäivän yhteiskehittelyn pohjalta. Lopullinen kirjallinen raportti ja tuotos valmistui lokakuun- marraskuun 2019 aikana.

Taulukko 2. Kehittämistyön aikataulu

Kehittämistyön vaiheet	Eteneminen
Kehittämistarpeen määrittely. Yhteinen käsitys muodostuu kehittämistyön tarpeesta ja rajauksesta Vankisairaalassa	Tammikuu 2019
Tutkimussuunnitelma Tutkimuslupa	Helmi- maaliskuu 2019
Kehittämistyön esittely viikkopalaverissa sekä tiimipalaverissa. 1. sähköinen kysely 1.4. -10.4.2019 + vastausten analysointi 2. sähköinen kysely 17.4. – 26.4.2019 + vastausten analysointi	Huhtikuu 2019
Yhteiskehittelyt ja keskustelut 8.5.2019 Inkalan kartanossa Vankisairaalan kehittämispäivän yhteydessä	Toukokuu 2019
Aineiston litterointi ja analysointi	Touko -heinäkuu 2019
Raportin kirjoittaminen ja kehittämistyön valmistuminen	Elo- marraskuu 2019
Tutkimuksellisen kehittämistyön esittäminen Vankisairaalassa	Tammikuu 2020

Valmistuttuaan työ on luettavissa avoimessa Theseus- tietokannassa sekä Vankiterveydenhuollon sisäisessä IMS- intrassa.

7 Moniammatillinen yhteistoiminta potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisissa

7.1 Hyvä moniammatillinen yhteistoiminta Vankisairaalassa.

Kehittäjätyöryhmän mukaan hyvä moniammatillinen yhteistoiminta tapahtuu lääkärin kierroilla, jonka perusta on avoimessa vuorovaikutuksessa, jossa kaikki osallistuvat ja ottavat vastuuta päätöksen teosta. Asiantuntijoiden erityisosaaminen tunnetaan, sitä jaetaan ja asiantuntijuutta rakennetaan yhdessä. Toiminta on potilaslähtöistä ja tavoitteellista. Tiedon kulun varmistamiseksi kirjatukset tehdään huolellisesti ja kaikki lukevat kirjauksia.

Avoin vuorovaikutus on avointa tiedon esille tuomista positiivisessa ilmapiirissä sekä avointa vuorovaikutusta ammattiryhmien kesken. Se on myös konkreettista fyysistä näkemistä. Yhteisen ymmärryksen saamiseksi käytetään yhteistä kieltä.

”Hyvin, jos kaikki osapuolet tuovat tietoa avoimesti ja oma-aloitteisesti esille”

”Monesti törmäykset johtuvat siitä, että puhutaan samasta asiasta eri kielellä, eikä siksi ymmärretä aina toista”

Lääkärikiertoja kehittäjätyöryhmä piti tärkeänä moniammatillisen tiedon kokoamiseksi. Tämän myös koettiin toimivan hyvin. Lääkärin kierrot ovat myös merkityksellisiä tiedonkulussa moniammatillisessa yhteistoiminnassa. **Tiedon kulku** on keskeistä moniammatillisessa yhteistoiminnassa, jonka perustana on hyvä kirjaaminen sekä toisten kirjausten lukeminen.

”Hyvin kirjaamalla ja aktiivisella osallistumisella paperikierroilla ym. foorumeilla”

Asiantuntijoiden erityisosaamisen tunnistaminen on tärkeää kehittäjätyöryhmän mukaan ja ammattiroolit tiedetään moniammatillisessa yhteistoiminnassa. Lisäksi tuotiin esille, että roolien tulee olla selkeät ja sovittu.

Asiantuntijuuden yhteisessä rakentumisessa erityisasiantuntijuus on yhteisessä käytössä ja erityisosaamiset huomioidaan hoitosuunnitelmassa. Lisäksi esille nousi roolien nivoutuminen yhteistoiminnassa sekä oman roolin tiedostaminen moniammatillisessa yhteistyössä.

”Kun jokainen ammattilainen tietää mitä hänen tulee tehdä, yhteistyö sujuu”

” Jossain määrin, mutta voisiko roolit nivoutua hoidollisesti enemmän yhteen. Roo-
lien ollessa selkeästi määritelty voisi paremmin olla vastuussa tietyistä osioista po-
tilaan hoidossa”

Asiantuntijuuden jakaminen on avointa, asiantuntijuuteen perustuvaa vuorovaiku-
tusta, jossa huomioidaan kaikki näkökulmat. Kehittäjätyöryhmä toi esille, että näkemyk-
siä tulisi tuoda aktiivisesti sekä omatoimisesti esille. Asiantuntijuuden jakamista on myös
toiminta hoito-ohjeiden ja suositusten mukaan.

”Parhaassa tapauksessa keskustelun kautta, jos kaikki näkökulmat on huomioitu”

” Aktiivisesti tuodaan esiin oma osaaminen yhteisen ratkaisun rakentumiseksi”

Osallistumista yhteiseen päätöksen tekoon ja vastuunottamisessa ollaan aktiivisia
ja tuodaan oma osaaminen yhteiseen käyttöön. Vuorovaikutus avointa statuksesta riip-
pumatta. Tietoa kootaan säännöllisesti kokonaiskuvan saamiseksi.

”Viikottaisilla moniammatillisilla kierroilla tieto kootaan yhteen ja saadaan kuva ko-
konaistilanteesta”

Potilaslähtöinen tavoitteellinen yhteistoiminta on potilaan tarpeista lähtevä ja tavoite
on määritelty hoidon tavoitteissa. Toiminta on suunnitelmallista ja kaikki pyrkivät samaa
tavoitteeseen. Tavoite on jaettu osatavoitteisiin, jotka ovat myös potilaalla tiedossa.
Kaikki tietävät oman osuuden tavoitteen saavuttamisessa.

”Hoidon tavoitteissa selkeämmin määritellä potilaan tavoite”

”sekä kunkin työntekijän oma osuus tavoitteen toteutumisessa”

7.2 Mahdollisuudet potilaslähtöisessä tavoitteen asettamisessa

Kehittäjätyöryhmän mukaan potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen tuomat mahdolli-
suudet liittyivät aikaan ja tuloksellisuuteen. Potilaslähtöisessä tavoitteen asettamisen
mahdollisuudet ilmenivät myös potilaan toimijuuden ja osallisuuden vahvistumisena,
kuntoutuksen yksilöllisyytenä ja jatkumona, jaettuna tavoitteena sekä kokonaisvaltaisuu-
tena. Edelleen tuloksissa ilmeni yhdenvertaisuus, yhteistoimijuus sekä työhyvinvoinnin
ja prosessien parantuminen.

Yhdessä tekemisen pohdittiin säästävän aikaa, jolloin **ajankäyttö tehokasta ja taloudellista**. Pyritään hyödyntämään aiempien tutkimustulosten ja erikoisalojen arvioiteja, jolloin **toiminta taloudellista**. Hoitoon sitoutuminen koettiin säästöä tuovaksi tekijäksi tulevaisuudessa. Potilaslähtöisen tavoitteen myötä kehittäjätyöryhmä pohti vältettävän turhilta hoitopäiviltä. Samalla saisi myös säästöä **hoitoaikojen lyhentymisen** myötä.

”Säästyä aikaa, kun yhdessä tehdään, eikä jokainen ammattiryhmä erikseen”

Suunnitelmallinen, tavoitteellinen hoitajakso, jossa työnjako sovittu tukee tavoitteiden saavuttamista. Koko hoitajakso olisi kattava ja suunnitelmallinen. Potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen mahdollisuutena kehittäjätyöryhmä pohti myös, että **hoidon tuoksellisuus** parantuu potilaslähtöisen tavoitteen myötä.

Potilaan toimijuuden vahvistuminen syntyisi kiinnostuksen heräämisen myötä oman hoitoonsa sekä vastuun ottamisen kautta. Potilaan rooli olisi myös keskeinen toteuttaja omassa hoidossa, jonka myötä ajateltiin tukevan pärjäämistä sekä **kuntoutumisen jatkumissa siviilissä**.

”Mikäli potilas saa vaikuttaa enemmän hoitoonsa, voisiko se motivoida potilasta mahdollisesti enemmän päihteettömyyteen ja rikoksettomampaan elämään”

Potilaan osallisuuden vahvistumista tapahtuisi myös potilaslähtöisen tavoitteen asettamisessa kehittäjätyöryhmän mielestä sekä antaisi myös potilaalle positiivisen kokemuksen yhteistyöstä virkamiesten kanssa. **Potilaslähtöinen yksilöllinen hoitosuunnitelma** olisi yhdessä sanoitettu sekä potilaslähtöinen tavoitteen asettaminen tukisi **potilaan kuulluksi tulemistä** ja potilaan tuntemukset tulisi huomioitua.

”Potilas ja ammattilaiset yhdessä keskustelevat ja suunnittelevat.”

Ammattialojen arvioinnit toimivat yhteisen synteetin ja yhteisen tavoitteen asettamisen pohjana, jolloin **ammattilaisilla jaettu tavoite** ja tukisi **potilaan kokonaisvaltaista huomioon ottamista**. Potilaan kokonaistilanne hahmottuisi sekä saataisiin laajempi kokonaiskuva. Laajempi kokonaiskuva saavutettaisiin moniammatillisilla näkökulmilla. **Yhteistoiminnan rajapinnoilla** pohdittiin lisääntyvän siviilipuolen terveystalouden kanssa.

”Perehdytään potilaan ajankohtaiseen ongelmaan monipuolisesti huomioiden eri ammattiosaajien näkökulma.”

Kuntoutusprosessin parantumista tapahtuisi potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen myötä. Potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen pohdittiin parantavan hoidon/kuntoutuksen vaikutusta, tehokkuutta, turvallisuutta, oikea-aikaisuutta ja tasa-arvoisuutta lisäksi **yhdenvertaista kohtelemista**. Kehittäjätyöryhmä pohti myös **työhyvinvoinnin parantuvan** henkilöstön työssä viihtyminen lisääntymisen takia.

7.3 Uhat potilaslähtöisessä tavoitteen asettamisessa

Kehittäjätyöryhmän mukaan potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen tuomat uhat liittyivät taloudelliseen toimintaan sekä hoitoon pääsemiseen ja henkilöstöresursseihin. Potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen uhkina ilmeni myös, että hoidon syy unohtuu, toiminta on lääkäri- ja arvovaltaista, toisten ammattiryhmien osaamista ja ammattitaitoa ei tunneta, avoin vuorovaikutus heikkoa päämäärän ja tavoitteen tunnistamiseksi, sitoutuminen sekä hoito/palvelu perustuu yksittäisen työntekijän näkemykseen tai mielipiteeseen tai eikä hyväksi koettuihin tai havaittuihin käytänteisiin tai yhteistyökumppaneiden arviot eivät ole samanarvoiset. Potilaslähtöisen tavoitteen uhkana nähtiin myös ymmärrys muutoksen tarkoituksesta ja tavoitteista, muutosvalmiutta, ongelmakohtien tunnistamisen ja prosessien sujuvuuden seurannan. Tuloksissa nousi myös potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen uhkana monialainen yhteistyö ja vankila toimintaympäristönä.

Kehittäjätyöryhmä pohti, onko **toiminta taloudellista**. Potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen pohdittiin vievän enemmän aikaa, ainakin aluksi. Lisäksi kehittäjätyöryhmä pohti **henkilöstöresurssien riittävyyttä** vuorotyön, loma-aikojen takia sekä ammattiryhmien riittävyys ryhmätyön etujen saavuttamiseksi koettiin haasteena. **Talouden kiristyminen** koettiin myös haasteeksi potilaslähtöisessä tavoitteen asettamisessa sekä **hoitoon pääseminen vaikeutuu**.

Hoidon syy unohtunut tai jäänyt muiden asioiden alle tai tavoite on epärealistinen. Yhteisen näkemyksen ja tavoitteen puuttuminen vaikeuttaa potilaslähtöistä tavoitteen asettamista, kehittäjätyöryhmän tuloksista nousi **avoin vuorovaikutus päämäärän ja tavoitteen tunnistamiseksi**.

” Hoitoon tulon syy häviää kaikkien muiden asioiden alle”

” Pitää olla yhteinen näkemys ja tavoite”

Lääkäri- ja arvovaltainen toiminta koettiin uhkana potilaslähtöiselle tavoitteen asettamiselle sekä **toisten ammattiryhmien osaamista ja ammattitaitoa ei tunneta**. Kehittäjätyöryhmä pohti, ettei tunnisteta moniammatillista yhteistoimintaa, jolloin työtä ja tuloksia ei arvosteta.

"Moniammatillisen työn ammatillisuuden tunteminen heikkoa - > työtä ei arvosteta ja sen tuloksia ei pidetä merkityksellisinä"

Hoito/palvelu perustuu yksittäisen työntekijän näkemykseen tai mielipiteeseen eikä hyväksi koettuihin tai havaittuihin käytänteisiin, jolloin ammattilaiset ilman perusteluja toteuttavat potilaan toiveita. Potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen uhkana kehittäjätyöryhmä koki myös painoarvon **yhteistyökumppanien arvioinneissa, etteivät ne ole samanarvoiset**.

"ja /tai mennään liiaksi potilaan joskus perusteettomien toiveiden mukaan"

"Jos yhteistyökumppaneista jonkun arvio saa liikaa painoarvoa"

Tarvitaan **ymmärrystä muutoksen tarkoituksesta ja tavoitteista** toimintatavoissa ja rutiineissa sekä ymmärrystä muutoksen perusteista/hyödyistä kehittäjätyöryhmän mukaan. **Muutosvalmiuden** kehittäjätyöryhmä nosti myös uhaksi potilaslähtöisessä tavoitteen asettamisessa, henkilöstön asenteet uusia toimintatapoja kohtaa ja joustavuus prosesseissa potilaan tilanteen mukaisesti.

Ongelmakohtien tunnistamisen kehittäjätyöryhmä nosti esille pohdittaessa uhkia potilaslähtöisessä tavoitteen asettamisessa sekä **prosessien sujuvuuden seuranta**. Kehittäjätyöryhmän mukaan prosesseja tulisi seurata aktiivisesti ongelma-kohtien tunnistamiseksi.

Monialainen yhteistyö nousi uhaksi potilaslähtöisessä tavoitteen asettamisessa yhteistyö Rikosseuraamuslaitoksen kanssa. Esille nousi osaston vartijoiden vaihtuminen sekä yksilölliset vartijoiden asenteet ja eri säännöt sijoitustaloissa sekä potilaiden siirtyminen takaisin sijoitustaloon. **Vankila toimintaympäristönä** nousi myös uhkana potilaslähtöisessä tavoitteen asettamisessa vankien oman hierarkia takia.

"Yhteistyö Risen kanssa pot. tavoitteiden mukaisesti saattaa asettaa haasteita"

"Toisten potilaiden mahd. aiheuttamat hankaluudet mm "vankikulttuuri"

7.4 Uudet moniammatilliset yhteistoiminnan toimintatavat potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa

Kehittäjätyöryhmä nosti esiin jo olemassa olevia toimintatapoja kehitettäväksi kuin kokonaan uusi toimintatapoja. Kehitettäväksi kohteiksi nousi tulotilanne osastolle, potilaan kuulluksi tuleminen ja kuntouksen yksilöllisyys, jaettu ymmärrys sekä tavoitteellinen toiminta. Kehittämisen tarvetta myös ammattiryhmien osaamisen tuntemisessa sekä oman asiantuntijuuden tunnistamisessa ja jakamisessa. Kehittämisen kohteeksi nousi myös kirjaamiskäytäntö, tiedon kulku, tiedon tuottaminen yhdessä, valmistautuminen ja jaettu ymmärrys sekä toiminnan suunnitelmallisuus ja taloudellinen ajankäyttö. Kehittämisen tarvetta koettiin myös kuntoutustyöryhmän toteuttamisessa.

Tulotilanteessa varmistetaan, että potilas on saanut Vankisairaalan esitteen, on tietoinen henkilökunnasta ja sairaalan toiminnoista. Tulotilanteessa potilas tapaa sairaanhoitajan ensi kerran, joka antaa potilaalle lomakkeen. Potilas kirjaa lomakkeelle toiveensa hoitajaksosta. Lomake voisi toimia keskusteltu pohjana kehittäjätyöryhmän mielestä, kun potilas tapaa ensimmäisen kerran lääkärin yhdessä sairaanhoitajan kanssa.

”tulohaastattelun yhteydessä potilas täyttäisi tällaisen lomakkeen, että mikä hänen ajatuksensa on nyt tältä hoitajaksolta, mitä hän hoidolta haluaa ja mihin hän on valmis sitoutumaan”

Potilaan kuulluksi tulemiseksi kehittäjätyöryhmä pohti lomaketta, johon potilas kirjoittanut toiveensa hoitajaksosta tukevan kuulluksi tulemista. Potilaan kirjaamat asiat lomakkeelle toimisi myös moniammatillisen keskustelun pohjana sekä potilaan ääni kuuluisi enemmän lääkärikierrolla. Hoidon tarpeenarvion jälkeen olisi potilaan tapaaminen ja potilaalle annetaan aikaa sanoittamiseen.

”sinne kierrolle, pitäis se potilaan ääni enempi tulla kuuluviin”

Potilaslähtöinen yksilöllinen hoitosuunnitelma on hoitosuunnitelma, johon kirjataan tavoite, keinot ja sekä alustava jakson pituus. Kehittäjätyöryhmän mielestä suunnitelman tulee perustua potilaan tarpeisiin ja tavoitteisiin. Suunnitelmaa ja tavoitetta välitavoitteiden tulisi tarkistaa säännöllisesti. Tavoite on potilaan itse kirjaamana lomakkeessa, jossa myös välitavoitteet kirjattuna.

Yhdessä tuotettu tietoa tulisi koota yhdessä ja toiminta kootun tiedon pohjalta. Esiin nousi myös, että ammattilaisten ja potilaan tulisi käsitellä asioita yhdessä kokonaisuuden hahmottumiseksi.

Tavoitteellisen toiminnan perusta on potilaslähtöinen yhteinen tavoite, joka ohjaa kaikkien ammattilaisten työtä. Tavoite ja keinot, joilla tavoite pyritään saavuttamaan, tulisi olla kaikkien ammattilaisten tiedossa. Tavoite tulee olla jaettu osa- ja/tai välitavoitteisiin, jotka ovat kaikilla tiedossa. Toteutumista seurataan jakson aikana. Tulosityy ja jakson tavoite tulee myös löytyä potilaan tiedoista. Kehittäjätyöryhmän mielestä kaikki osallistuvat hoitosuunnitelman tekemiseen. Koettiin, että myös haastaville potilaille tulee olla tavoite, tavoite voi olla myös haittoja vähentävä.

"hoidolle yhden yhteisen tavoitteen, joka on kaikkien ammattiryhmien tiedossa ja kukin ammattiryhmä omalla erityisasiantuntemuksellaan myöskin tekisi sitä yhteistä tavoitetta kohti ja siinä tulisi myös potilas kuulluksi"

"meidän tavoitteen asettamisesta ni, mä olen edelleen sitä mieltä, että meidän potilaat ei, jos mekään ei ihan hirveesti hahmoteta kokonaisuutta, osata yhdistää tai olla ajantasalla ni ei myöskään potilaat"

Tiedon kulkemiseksi tuli olla fyysistä näkemistä eikä pelkästään kirjausten lukemista tai kierroille osallistumista. Kehittäjätyöryhmä ehdotti, että osaston sairaanhoitajien raportteihin voisi osallistua muutkin ammattilaiset, raporttiaika tulee olla kuitenkin rauhoitettu muulta. Kirjausten lukeminen nousi merkittäväksi tiedon kulun edistäjäksi.

Sovittu kirjaamiskäytäntö koettiin tiedon kulun kannalta tärkeäksi, jonka takia kehittäjätyöryhmä ehdotti, että kirjaamiskäytäntö tulee olla sovittu. Kaikkien tulee kirjata ja kirjausten tulee olla huolellisia sekä käytetään rakenteista kirjaamista. Tavoite tulee olla kaikilla kirjattuna. Lisäksi ehdotettiin, että kaikki kirjoittavat hoitokertomukseen.

"hokella vois olla, vaikka erityistyöntekijän vastaanotto, niin sit sen vois käydä katsoomassa sieltä"

Oman asiantuntijuuden tunnistaminen ja jakaminen, kehittäjätyöryhmän mielestä lääkärikiertoilla tulisi kaikkien asiantuntijuus olla käytössä. Ammattiryhmien tulisi jakaa osaamisensa sekä tuoda aktiivisesti esiin oman ammattialansa näkemys ja tunnistaa se. Kehittäjätyöryhmä piti tärkeänä, että kaikkien **ammattiryhmien osaaminen tunnetaan**. Työnjako tulee olla sovittuna.

"tarviiko potilaan tietää mikä ammattiryhmä hänelle jos, hän itse kuvaa ongelman. Eikös se sitten niin kuin ammattilaisten asia arvioida kuka olisi se paras vastamaan"

"tavallaan aukastaan ehkä vielä niitä toimenkuvia kuka tekee mitäkin"

Valmistautuminen, kaikkien tulisi olla valmistautuneita lääkärintuottoon, myös potilaiden ja tarvittaessa ammattilaiset auttavat potilasta valmistautumaan.

"Kukaan ei ole kerennyt iäkäänkuin valmistautua saatikka se potilas sitten ittesään"

Kehittäjätyöryhmä pohti, että potilaan kanssa tulisi löytää konsensus, **jaettu ymmärrys** mihin eri toiminnoilla pyritään. Yhteisen ymmärryksen koettiin tukevan potilaan sitoutumista hoitoon. Potilas tulisi tavata moniammatillisesti ensimmäisten kahden viikon aikana. Kehittäjätyöryhmä toi esiin, että olisi myös ammattilaisten tärkeä tietää erityistyöntekijöiden toiminnan tavoitteista.

"et se potilas ymmärtää mihin niveltyy nää et käy nyt psykologilla tai fyssarilla tai ja tehdään sitä ja tätä"

"et kaikki tietää mihin kukakin erityistyöntekijä, et mikä, miks siellä käydään"

Paperikiertoja tulisi tiivistää, jotta **ajankäyttö taloudellista** sekä aikaa jäisi uusien potilaiden tapaamiseen moniammatillisesti. Kehittäjätyöryhmä painotti, että kaikkien tulee varata aikaa potilaiden tapaamiseen moniammatillisesti. Lisäksi tavoitteen asettaminen ja suunnitelmat tehtäisiin kiertopäivinä.

Kehittäjätyöryhmä koki, että kaiken kaikkiaan **toiminnan tulisi olla suunnitelmallista**. Myös ajankäyttö tulisi olla suunniteltu potilaiden tapaamiseksi moniammatillisesti.

"Et jotenkin niinkö kaikkienensa et se ois jotenkin suunnitelmallisempaa"

Kehittäjätyöryhmän mielestä tulisi **kuntoutustyöryhmä** toiminta toteuttaa useammalle potilaalle kohdennetusti. Kuntoutustyöryhmän toimintaa tulisi kehittää. Kierroilla tulisi sopia potilas, mitä työryhmällä tavoitellaan ja sovitaan ajankohta. Kehittäjätyöryhmä pohti, että kuntoutustyöryhmän ajankohdat tulisi olla ennalta sovittuna työn sovittamiseksi. Kuntoutustyöryhmässä toteutuisi moniammatillinen yhteistoiminta tiedon jakamiseksi

sekä voisi kartoittaa monialaista yhteistyötä. Kehittäjätyöryhmä koki, että tulisi olla kriteerit potilaista ketkä kuuluvat kuntoutustyöryhmään. Tärkeänä kehittäjätyöryhmä koki moniongelmaiset potilaat.

”Et ei voida olettaa myöskään et potilas olisi asiantuntija vaan hän saattaa psykologin kanssa työstää yhtä asiaa. Sitten papille lähettää asiointilomakkeita, rikosseuraamuslaitoksen esimiehelle ja sairaanhoitajien kanssa toimittaa kolmatta asiaa, et niin kuin tälläteeseellä moniammatillisella työryhmällä voitais puuttua myös siihen, että tiedettäs yhteisesti mitä on asioita kenenkin kanssa hoidossa.”

”niitä kriteereitä tai moniongelmaisia tai mitä tahansa, mutta ei niin että automaattisesti kaikille kuntoutustyöryhmä, mut joillakin kriteereillä niinkö se voisi kokoontua ja toki potilas sinne matkaan”

8 Moniammatillisen yhteistoiminnan ydintekijät potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa Vankisairaалassa

Kehittämistehtävien 1 ja 2 tulosten perusteella syntyi kuvaus moniammatillisen yhteistoiminnan ydintekijöistä potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi. Moniammatillisen yhteistoiminnan ydintekijät kiteytyivät viiteen kokonaisuuteen potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa (kuvio 8).



Kuvio 8. Hyvä potilaslähtöinen tavoitteiden asettaminen Vankisairaалassa.

Viisi kokonaisuutta muodostuvat yksilöllisistä-, konkreettisista tekijöistä, toimintatavasta, ympäristöstä ja asenteista/arvoista, taloudellisesta ja tuloksellisesta toiminnasta sekä jatkumosta/siirtymästä siviiliin.

Yksilölliset tekijät ovat perustana moniammatilliselle yhteistoiminnalle sekä tavoitteen asettamisessa. Yksilöllisyys toiminta ajattelu- ja toimintatapana tukee potilaan toimijuutta sekä kokoaa moniammatillisen yhteistoiminnan tavoitteen asettamisessa yksilöllisen suunnitelman ollessa keskiössä.

Toimintatavassa vuorovaikutus on avointa. Tärkeä yhteistoiminnan perusta on ammattiryhmien osaamisen tunteminen, osaamisen jakaminen sekä yhdessä osaamisen rakentuminen. Yhdessä tuotettu tieto ja yhdessä tehty tavoite tukee yhteistoimintaa tavoitteiden yhteisen omistajuuden kautta.

Ympäristö, asenteet/ arvot ovat muutosvalmiutta ja joustavuutta. Toiminta yhdenvertaista sekä sitoutunutta. Vankila toimintaympäristönä on huomioitu.

Tavoitteellisuus ja taloudellisuus toiminnassa saavutetaan prosessien sujuvuudella, tavoitteellisella toiminnalla sekä tavoitteiden saavuttamisella. Tavoitteiden saavuttamisen edellytyksenä työnjako on sovittu sekä resurssit huomioitu. Tavoitteellisuuden sekä taloudellisuuden nähtiin edistävän hoitoon pääsyä sekä hoitoaikojen lyhentymistä.

Jatkumo/siirtymä siviiliin mahdollistaa kuntoutumisen jatkumisen siviilissä, sijoitustaloissa tavoitteen toimien työvälineenä rajapinnoilla sekä ohjaten rinnakkaista työskentelyä tukien ajattelua aitoon potilaslähtöiseen toimintaan.

Kolmannen kehittämistehtävän tuloksien perusteella syntyi toimintakokonaisuus moniammatillisesta yhteistoiminnasta potilaslähtöisessä tavoitteen asettamisessa. Toimintakokonaisuuden vaiheiden tarkastelulla voidaan käytännönläheisesti tarkastella potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen ydintekijöitä. Potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen moniammatillisen yhteistoiminnan ydintekijät ovat dialoginen kohtaaminen ja vaikuttava vuorovaikutus, rajojen ylitys ja yhteisen tiedon muodostuminen, tavoitteiden yhteinen omistajuus ja keskinäinen riippuvuus, vuorovaikutuksen ja yhteisen tietämyksen rakentuminen. Keskeisiin tekijöihin vaikuttavat rakenteelliset tekijät, tiedon kulku sekä sovittu kirjaamiskäytäntö kuten kuviossa 9 on havainnollistettu.

Dialoginen kohtaaminen tapahtuu heti potilaan saapuessa osastolle. Tällöin esittäytyminen ja osastotoiminnan esittely. Tarvittaessa potilaalle annetaan osastoesite ja lomake, johon potilas kirjoittaa toiveensa osastojaksolle. Orientaatio osastojaksolle koettiin tärkeäksi.

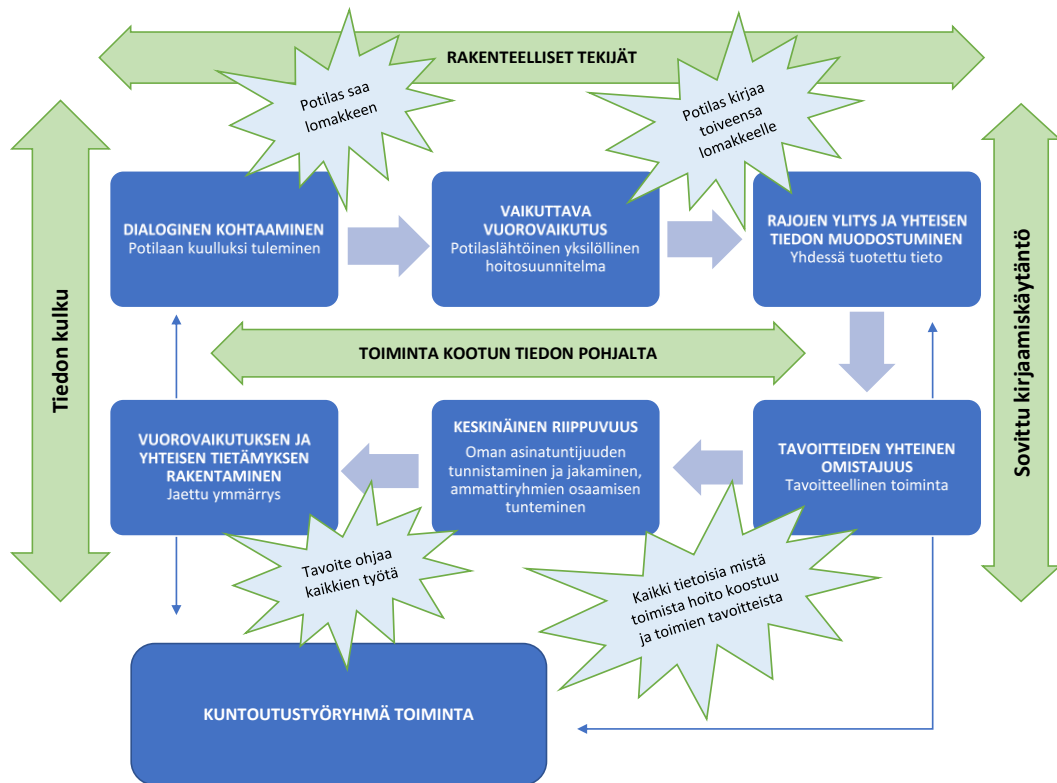
Vaikuttava vuorovaikutus on ammattilaisten ja potilaan vuorovaikutusta sekä ammattilaisten välistä. Vuorovaikutus perustuu luottamukseen sekä sen ajatellaan tukevan potilaan sitoutumista hoitoon/kuntoutukseen. Vuorovaikutuksen tukena sekä potilaan äänen kuulumisen apuna lomake koettiin hyväksi, lomake voi auttaa potilasta sanoittamisessa. Lomake toimii myös vuorovaikutuksen apuna ensimmäisessä tapaamisessa lääkärin ja hoitajan kanssa sekä yksilöllisestä potilaslähtöistä hoitosuunnitelmaan tehdessä.

Rajojen ylitys ja yhteisen tiedon muodostumisessa on kyse kokonaistilanteen muodostamisesta. Tietoa voidaan koota ammattilaisten toimesta tai potilaan mukana ollessa. Reflektioiva keskustelu vahvistaa potilaan toimijuutta sekä moniammatillista yhteistoimintaa toimintatapaa. Yhteisen tiedon muodostuminen perustuu luottamukseen, rohkeuteen ja avoimeen mieleen alettaessa rakentamaan tietoa yhdessä muiden ammattilaisten kanssa sekä auttaa ymmärtämään yhteistoiminnan merkityksen potilaan hoitoprosessissa.

Tavoitteiden yhteinen omistajuus on merkityksellinen hoidolle/kuntoutukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Kaikkien tulee olla sitoutuneita kokonaistavoitteeseen, joka ohjaa kaikkien työtä. Tavoitteiden yhteinen omistajuus on ammattilaisten ja potilaan jaettu vastuu koko jaksosta – tavoitteiden asettamisesta niiden saavuttamiseen saakka.

Keskinäinen riippuvuus on keskeinen moniammatillisen yhteistoiminta toimintavan osa-alue. Ammattilaisten tulee ymmärtää oma rooli moniammatillisessa yhteistoiminnassa sekä jokaiseen ammattilaiseen kohdistuva vaatimus luottaa toisiin ammattilaisiin sekä näiden asiantuntijuuteen.

Vuorovaikutuksen ja yhteisen tietämyksen rakentaminen on dialogista kohtaamista, jossa yhteinen ymmärrys rakentuu, erilaisten ajattelutapojen ymmärtämistä ja luottamuksen rakentamista. Yhteisellä ymmärryksellä pyritään luomaan selvyys siitä mitä hoidolla tavoitellaan, miten siihen pyritään ja millä toimilla, niin potilaalle kuin ammattilaisille sekä tukemaan konsensuksen löytämistä potilaan kanssa.



Kuvio 9. Moniammatillisen yhteistoiminnan ydintekijät potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa

Keskeisiin tekijöihin vaikuttavat seuraavat tekijät: rakenteelliset tekijät, tiedon kulku sekä kirjaamiskäytäntö vaikuttavat osaltaan moniammatilliseen yhteistoimintaan toimintatapaa potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa. **Rakenteellisiin tekijöihin** lukeutuu taloudellinen toiminta. Ajankäytön tulee olla suunnitelmallista sekä huomioida henkilöstöressurit, mitä saamme yhdessä aikaiseksi, mitä lisäarvoa se potilaalle tuottaa sekä millä kokoonpanolla potilas tavataan moniammatillisesti.

Tiedon kulun sujumiseksi kaikkien tulee lukea kirjaukset. Hoitajien raportteihin voi kuka tahansa osallistua ja on tärkeää, että on myös fyysistä näkemistä tiedon vaihtamiseksi. Erityistyöntekijät kirjaavat myös hokee (hoitokertomukseen) vastaanottokäynnit ja lisäksi tarkemman kirjauksen omalle erityisnäkömälle.

Sovittu kirjaamiskäytäntö tukee myös tiedon kulkua. Tavoite tulee olla kirjattuna kaikilla ammattilaisilla sekä kirjauksessa noudetaan rakenteellista kirjaustapaa.

Moniammatillisen yhteistoiminnan keskeinen osa-alue Vankisairaalassa on **kuntoutustyöryhmätoiminta**, yksilöllinen, tarpeen mukainen hoitokokous, jossa rakennetaan yhteistä suuntaa ja kartoitetaan monialaisia yhteistyöverkostoja. Kuntoutustyöryhmä toimintaan koettiin kehittämisen tarvetta. Kehittämisen tarve etenkin kriteeristöön, keille potilaille kuntoutustyöryhmä toteutetaan ja mihin työryhmä toiminnalla pyritään. Työryhmän tapaamiset tulisi olla ennalta sovittuja työn sovittamisen kannalta. Moniongelmaiset potilaat koettiin yhdeksi potilasryhmäksi kuntoutustyöryhmälle kuuluvista potilaista.

9 Pohdinta

9.1 Tulosten pohdinta

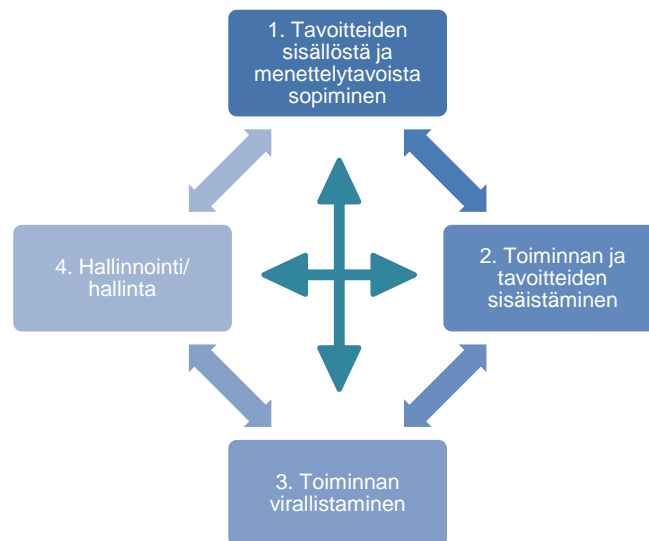
Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tuotettiin ehdotus Vankisairaalan moniammatillisen yhteistoiminnan ydintekijöistä potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi. Työssä kuvataan mitä on hyvä potilaslähtöinen tavoitteen asettaminen tällä hetkellä, mitä mahdollisuuksia ja uhkia potilaslähtöinen tavoitteen asettaminen tuo sekä tuoda esiin mitä uusia moniammatillisia yhteistoimintaan perustuvia toimintatapoja tarvitaan potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa.

Kehittämistyön tuloksista korostui, että moniammatillinen yhteistoiminta nähdään keskeiseksi keinoksi potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa. Yhteistoiminta tarvitsee onnistuakseen vuorovaikutusosaamista, keskinäisen riippuvuuden oivaltamista, jolla tarkoitetaan jokaisen ammattilaisen kykyä ymmärtää oma rooli yhteistoiminnassa sekä vaatimusta luottaa moniammatillisen kokoonpanon toisiin jäseniin sekä asiantuntijuuteen.

Kehittämistyössä kehittäjätyöryhmä tunnistivat moniammatillisen yhteistoiminta työtavan osatekijöitä, joiden varaan potilaslähtöinen toimintatapa rakentuu sekä moniammatilliseen yhteistoimintaan vaikuttavia tekijöitä (kts. D'Amourin ym. 2005: 118-121; Bronstein 2003: 299-301; Isoherranen 2012:10). Kehittämistyön tulokset ovat samansuuntaisia aiempiin moniammatillista yhteistoimintaa käsittelevien tutkimusten kanssa (kts. Petri 2010: 73,78-79; Isoherranen 2012: 22).

Potilaan saaman hyödyn kannalta olisi tärkeää, että moniammatillinen yhteistoiminta on sujuvaa. Yhteistoiminnan tulisi olla dynaamista, aktiivisesti muuntuvaa sekä muuntavaa, konkreettisista asioista koostuva prosessi (kts. Brostein 2003: 300-301). Prosessin jä-

sentämisessä on nähtävissä sen vaiheittainen eteneminen. Moniammatillista yhteistoimintaa voisi alkaa kehittämään tarkastelemalla prosessin eri vaiheita sekä yhteisellä reflektiolla. (kts. kuvio 10.) (D'Amour – Goulet – Labadie – Martín-Rodrigues – Pineault 2008: 3.) Prosessin seuranta ja reflektio mahdollistaisi myös yhteisen oppimisen ja loisi tilaan uusille, kehittyville toimintatavoille. (Mönkkönen – Kekoni – Pehkonen 2019: 20, 141). Prosessien sujuvuus ja seuranta nousi myös tuloksissa esille.



Kuvio 10. Yhteistyöprosessin jäsenyys ja vaiheittainen eteneminen mukailen D'Amour ym. 2008.

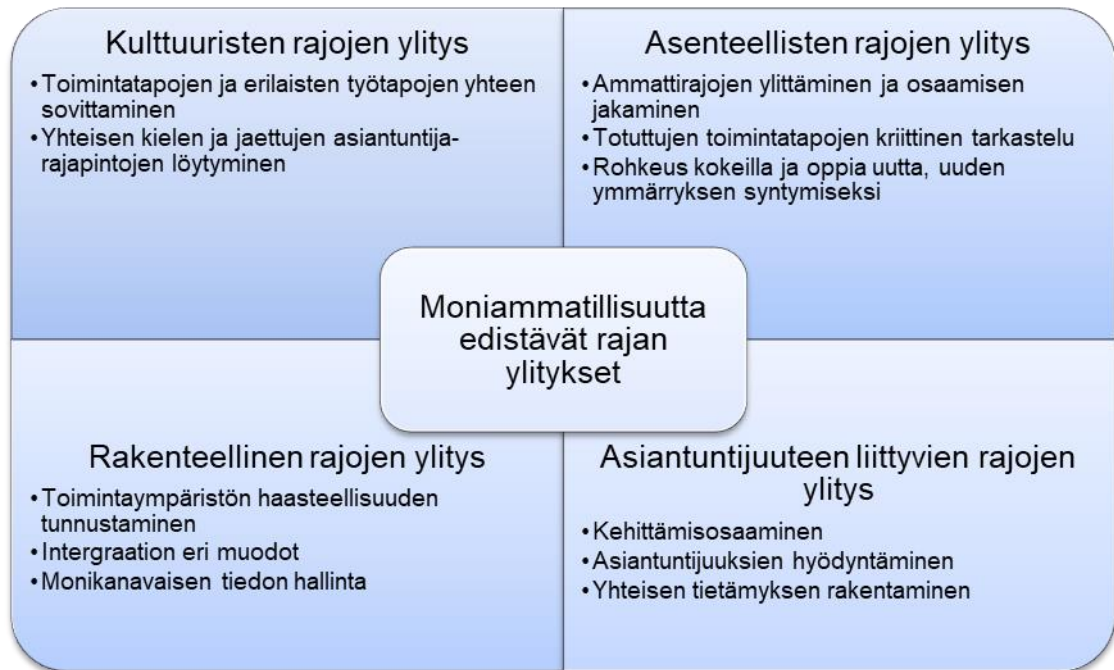
Moniammatillisen yhteistoiminta toimintatavan kehittämisen ensimmäisessä vaiheessa tulisi sopia yhdessä menettelytavoista ja yhteisen tiedon muodostamisen kautta luodaan yhteinen jaettu tavoite moniammatilliselle yhteistoiminnalle (ks. Isoherranen – Rekola – Nurminen 2008:42). Tässä sovittaisiin myös yhteisesti toimintatavoista, joita nousi kehittämispäivänä mm. kirjaamisesta, sekä sovitut tiedon välittämisen keinot. Olisi myös tärkeää pohtia odotuksista yhteistoiminnalle yhteisen kehittymisen ja oppimisen mahdollistumiseksi reflektion kautta. Toisessa vaiheessa sisäistyisi yhdessä sovittu toiminnan tavoite moniammatilliselle yhteistoiminnalle ja syntyisi yhteenkuuluvuuden tunnetta (ks. Isoherranen – Rekola – Nurminen 2008:44). Tietoisuus keskinäisestä riippuvuudesta lisääntyisi yhteisen ymmärryksen syntymiseksi ja tukisi luottamuksen sekä arvostuksen tunteen syventymistä. Kolmannessa vaiheessa yhteistoiminnasta tehtäisiin kuvaus, ”virallistetaan” ja sovittaisiin pelisäännöt, roolien ja tavoitteiden selkeyttämiseksi (Bronstein 2003: 302). Neljännessä vaiheessa johtamisen tulisi mahdollistaa sekä tukea moniammatillista yhteistoimintaa sekä sen kehittymistä. Johtamisen avulla ohjataan ja tuetaan

moniammatillista yhteistoimintaa uusien innovaatioiden sekä organisaatorajojen ylittävien yhteistoimintakäytäntöjen kehittämiseksi, joka tuli aineistosta esille prosessien seuraamisena sekä ongelmakohtien tunnistamisena ja henkilöstöresurssien huomioimisena. (D'Amour ym. 2008: 2-3.)

Vuorovaikutuksen lähtökohtana on, miten suhtaudumme toiseen tasavertaisena toimijana ja miten kohtaamme hänet kunnioittavasti omine näkökulmineen. Kohtaamiseen liittyy kokemus arvostetuksi tulemisesta, oli kyse potilaasta tai kollegasta. Kohtaamisen onnistumiseksi tarvitaan sovitut käytännöt ja puitteet, jotka tukevat ja tarjoavat edellytyksen vuorovaikutukselle. Vuorovaikutuksen rakenteista, fyysisten tilojen tulisi mahdollistaa monisuuntainen vuorovaikutus sekä keskustelulle tulisi olla askelmerkit sekä sovitut pelisäännöt. (Mönkkönen – Kekoni – Pehkonen 2019: 34.) Tämä on hyvin huomioituna kokoustilassa, jossa lääkärintieto toteutuvat, voisiko istumajärjestystä muuttamalla edistää vuorovaikutusta vielä paremmaksi?

Hyvää tarkoittavan potilaskeskeiseen vuorovaikutukseen liittyy mukaan menemisen problematiikka kohtaamisen kannalta tarkasteltuna. Mukaan meneminen on asian ymmärtämisen kannalta tärkeää, mutta ei ole ehdoton vaatimus. Jos vuorovaikutus menee täysin toisen ehdoilla, ei vuorovaikutus tuota kummallekaan mitään uutta ja tämä voi myös hämärtää vastuuta. (Mönkkönen 2018: 85.) Kehittäjätyöryhmä nosti esille, että ammattilaisten toiminta tulee perustua ammattilaisen yhdessä jakamaan näkemykseen sekä hyviin käytäntöihin. Aaltola ja Ketola näkevät kognitiivisen empatian keinona auttaa havaitsemaan muiden tunteita ilman, että menee liikaa mukaan. On tärkeää osata lukea hienovaraisia motiiveja mm. millä lailla potilas käyttää jotain tilannetta hyödyksi eikä ota sitä vakavissaan. (Aaltola – Keto 2017:49-51.) Potilaslähtöisen vuorovaikutuksen ongelmien tunnistaminen on tärkeää potilaslähtöisen toiminnan kehittämiseksi sekä potilaan osallistumiseksi yhteiseen tiedonmuodostukseen (Mönkkönen 2018: 105).

Kehittäjätyöryhmän tuloksissa korostui yhteisen tiedon ja ymmärryksen sekä yhteisen tiedon muodostamisen merkitys, jotka ovat moniammatillisuutta edistäviä tekijöitä ja joissa tarvitaan rajojen ylittämistä. Keskinäistä riippuvuutta voidaan kuvata moniammatillisuutta edistävien rajanylitysten kautta sekä rajapintoja tulisi yhdessä kartoittaa (kts. kuvio 11). Rajapintojen kartoittamisen jälkeen, voisi ammattiroolit sekä osaamiset sanoittaa auki epäselvyyksien välttämiseksi, johon tarve nousi aineistosta sekä kehittämispäivänä käydyissä keskusteluissa (Thomas – Pollard – Sellman 2014: 24). Samalla luotaisiin pohjaa yhdessä jaettuun identiteettiin, luottamukseen ja avoimuuteen.



Kuvio 11. Rajapinnat moniammatillisessa yhteistoiminnassa mukailten Mönkkönen ym. 2019.

Yhteinen tietämys vaatii toisten ammattilaisten työn tuntemista, joka nousi myös tuloksissa, ja on edellytys toisen toimijuuden tunnustamiselle. Vaatii ponnisteluja, eri näkökulmien avointa kohtaamista ja erityisesti luottamusta, jotta kunnioittavalle, kriittiselle keskustelle tulee tilaa. Jokaisen erityisosaaminen sulautuu osaksi yhteistä tietämystä potilaan parhaaksi sekä yhteisiin käytäntöihin. (Mönkkönen – Kekoni – Pehkonen 2019: 29-30,34.) Yhteinen tietämys toimii ammattilaisten toiminnan pohjana, vaatii rohkeutta katsoa asioita uudesta perspektiivistä. Sairaalaympäristössä lääketieteen edustajan, lääkärin rooli voi korostua ja sen myötä mielletään status korkeammaksi kuin muiden jäsenten, jota pohdittiin myös kehittämispäivänä. Tarvitaan rohkeaa ja luottamuksellista vuorovai-kusta tuoda oma osaaminen ja näkemys esille sekä kokemusta oman osaamisen arvos-tamisesta, jotta jokainen uskaltaa tuo oman näkökulmansa esille. (Mönkkönen – Kekoni – Pehkonen 2019: 24.)

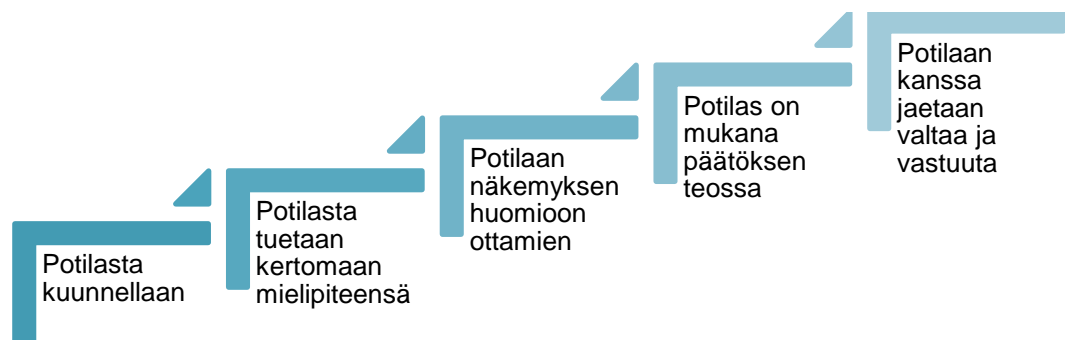
Luottamus ja avoimuus ovat keskeisiä tekijöistä moniammatillisessa yhteistoiminnassa. Avoimuus kuvantui aineistossa yhdessä tuotetun tiedon kautta sekä sovittuna kirjaamis-käytäntönä. Luottamus kuvataan syntyvän empatian kautta, kun opitaan ymmärtämään toisen jäsenen rooli moniammatillisessa yhteistoiminnassa ja avoimuuden kuvataan pa-rantavan sitoutumista yhteistoimintaan. (Mönkkönen – Kekoni – Pehkonen 2019: 22; Thomas – Pollard – Sellman 2014: 25-27.) Luottamusta voidaan lisätä myös yhteisen,

jaetun tavoitteen avulla. Yhteinen, jaettu tavoite ja sen saavuttamiseksi suunnitellut toiminnot sitouttavat moniammatillista yhteistoimintaa ja siten edistävät osallistujien välistä luottamuksen syntyä ja syvyyttä. Vahvimmillaan sidos on me-tilaisessa toiminnassa, yhteinen tavoite luo pohjan vastavuoroiselle luottamussuhteelle sekä jaettu tavoite toteuttaa toimijoiden yhteenkuuluvia intressejä. (Hallamaa 2017: 146-147.) Moniammatillisen työryhmän jokainen jäsen voi omalla toiminnallaan edistää tai heikentää me-tilaista yhteistoimijuutta. Yhteinen historia, aiemmat kokemukset yhteistoiminnasta vaikuttavat moniammatillisen yhteistoiminnan sujuvuuteen (Hallamaa 2017: 146-147; Mönkkönen – Kekoni – Pehkonen 2019: 20; Bronstein 2003: 304). Olisikin tärkeää saada moniammatillisen työryhmän jäsenet motivoitumaan ja sitoutumaan yhteistoimintaan. Suunnitelmallisen yhteistoiminnan toteutumiseksi keskeinen tekijä on moniammatillisen työryhmän jäsenten omatoiminta, halu ylläpitää motivaatiota sekä sitoutumista tavoitteeseen, jonka saavuttaminen edellyttää kaikkien panosta. (Hallamaa 2017: 149.) Kehittäjätyöryhmän tuloksissa pohditaan asenteita, sekä ymmärrystä muutoksien tarpeesta sekä muutosvastarinnasta, voisiko sitä lievittää kirkastamalla tavoitetta, mitä potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan Vankisairaalassa ja vankiterveydenhuollossa sekä mitä sillä tavoitellaan organisaatiotasolla?

Fyysisen näkemisen merkitys nousi myös kehittämispäivän keskusteluissa ja tuotoksissa. Fyysinen, konkreettinen näkeminen vahvistaa myös yhteenkuuluvuuden tunnetta. Sovitut yhteiset kokoontumispaikat, yhteinen kasvokkain näkeminen, yhteiset päämäärät ovat tärkeitä yhteenkuuluvuutta lisääviä tekijöitä, vaikkakin toimet ovat erillään Vankisairaalan infrastruktuurin takia. Yhteenkuuluvuuden tunne vahvistuu, kun jokaisen työpanos nähdään merkityksellisenä osana yhteistä kokonaisuutta ja tavoitteen saavuttamista. Vuorovaikutusta ja luottamuksen kehittymistä voi tukea yhteisöllisyydellä ja yhteenkuuluvuuden tunteella, joka ei synny hetkessä, mutta sen kehittymien tulisi mahdollistaa, positiivisen vaikutuksen takia työhyvinvointiin ja työn sujuvuuteen. (Jahkonen – Toivanen – Eskelinen – Heikkilä – Järvensivu 2015: 38-45.).

Yhteisvastuullisuus tavoitteen saavuttamisesta koettiin parantavan kuntoutusprosessia ja hoidon tuloksellisuutta. Mahdollisuus vaikuttaa itseään koskevaan päätöksen tekoon ja vastuunottamiseen koettiin motivoivan potilasta hoitoon/kuntoutukseen sekä lisäävän potilaan osallisuuden kokemusta ja toimijuuden tukemista. (Alanko – Karhula – Piirainen – Kröger – Nikander 2017: 5.) Vaikka potilaslähtöinen toiminta on perusta, tarvitaan myös ammattilaisten keskinäisiä kokouksia tiedon välittämiseksi sekä yhteisen tietämyksen rakentumiseksi, kuten aiemmissa kappaleissa on tuotu esille.

Potilaan kuuleminen painottui tuloksissa enemmän kuin potilaan osallistuminen. Potilaan osallistuminen tuotiin selkeästi esille kuntoutustyöryhmä toimintaa pohdittaessa, mutta konkreettinen käytäntö potilaan osallistumiseksi tavoitteen asettamiseen tulee vielä ratkaista, kuitenkin ymmärrys potilaan osallistumisen merkityksestä tavoitteen asettamiseen tuli vahvasti esille. Potilaan osallistumisen tasoa kuntoutusprosessissa voisi tarkastella Shierin (2001) mallin avulla, joka voisi toimia potilaan osallisuuden arvioinnissa kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa, niin organisaatiotasolla kuin yksilövastaanoitoilla (kts. kuvio 12).



Kuvio 12. Osallisuuden portaat mukailten (Shier 2001: 109.)

Potilaslähtöisyys korostui perustana moniammatilliselle yhteistoiminnalle sekä tavoitteen asettamisessa. Potilaslähtöisyys perustuu ajatukselle, että jokainen potilas kohdataan yksilönä ja hoito/kuntoutus järjestetään potilaan tarpeista lähtien. Potilaan äänen kuulemista vahvistettiin ottamalla käyttöön lomake ”Oma näkemys hoidon tarpeesta”, jonka potilas täyttää itse tultuaan Vankisairaalaan. Lomake alustavasti suuntaa ammattilaisten työtä ja auttaa potilasta orientoitumaan osastojaksolle.

Tuloksista nousi kuntoutustyöryhmä toiminta, joka koettiin tarpeelliseksi, mutta ryhmän toimintaa tulisi kehittää sekä pohtia kuntoutustyöryhmälle kuuluvat potilasryhmät. Kuntoutusryhmätoiminta pohdittiin mahdollisuutena moniongelmaisille tai haastaville potilaille kuntoutukseen/hoitoon sitoutumisen parantumiseksi sekä säännöllisiä ajankohtia toivottiin kuntoutustyöryhmän toteuttamiseksi työn sovittamiseksi. Lisäksi pohdittiin, että kuntoutustyöryhmässä voisi kartoittaa monialaista, kolmannen sektorin tai perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä potilaan kuntoutumisen tueksi. Voisiko kuntoutustyöryhmän toiminnan pohjana hyödyntää Kelan palvelukuvauksia kuntoutuspalveluista esimerkiksi aikuisten yleissairauksien moniammatillisen yksilökuntoutuksen- tai eri kuntoutus-

kurssien palvelukuvauksia (KELA 2019)? Kelan palvelukuvauksien hyödyntäminen yhdenmukaistaisi toimintaa perusterveydenhuollon kanssa sekä kuntoutussuunnitelma tukisi potilaan siirtymistä siviiliin tai tulevaisuudessa helpottaisi pääsyä Kelan järjestämään kuntoutukseen potilaan ollessa avolaitoksessa. Pohdittavaksi jää, jos kuntoutustyöryhmässä tehdään kuntoutussuunnitelma potilaan kanssa tavoitteineen, missä ja kuka arvioi tavoitteiden saavuttamisen, jos potilas siirtynyt sijoitustaloon? Voisiko tavoitteiden saavuttamista arvioida Vankisairaалassa moniammatillisesti? Tavoitteiden saavuttamisen yhteinen arviointi samalla kehittäisi Vankisairaalan kuntoutusprosessia ja mahdollistaisi prosessin yhteisen reflektion. Tulisi myös sopia organisaatiotasoisesti mihin suunnitelma kirjataan yhteisen tiedon ja ymmärryksen jakamiseksi sekä kuntoutumisen jatkumisen tukemiseksi. Voisiko Vankisairaala ja vankiterveydenhuolto olla osa soten integroituja palvelupolkuja tulevaisuudessa? (ks. Hujala – Lammintakanen 2018: 20). Potilailla on moninaisia ongelmia, joita voisi verrata siviilipuolen ns. integraatioasiakkaisiin (STM 24/2018). Vankiterveydenhuollolla ja Vankisairaалalla on ainutlaatuinen mahdollisuus tavoittaa potilaat, jotka saattavat olla vailla perusterveydenhuollon kontaktia, sekä ovat keskeinen osa muita huonommin voivaa väestöä. (WHO 2007: 8,22; WHO 2014: 2; STM 24/2018). Otettaessa huomioon, että n. 90% vangeista on päihde- ja 70% mielen-terveysongelmia. Lisäksi muu sairastaminen on monikertaista verrattuna muuhun väestöön. (STM tiedote 103:2018).

Yksinään ei yksikään ammattiryhmä tai tieteen ala pysty määrittelemään kaikkia holistisen elämän monimutkaisia ilmiöitä. Kokonaisuus on moniulotteinen, jota tulee tarkastella monista suunnista. Yksittäisten eri osien tutkiminen voi irrottaa ne kokonaisuudesta, jolloin kokonaiskuvasta tulee pirstaleinen. (Koskela 2013: 26; Isoherranen 2004: 30.) Ehjän kokonaiskuvan saamiseksi tarvitaan asiantuntijuuden yhdistävää ja ammattirajoja ylittävää vuorovaikutusta, toiminnan ja ajattelun yhdistämistä kokonaisuuden hahmottamiseksi (Isoherranen 2004: 30-31; Katisko – Kolkka – Vuokila-Oikkonen 2014: 10-11).

9.2 Tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmälliset valinnat

Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö pohjautui tarpeeseen moniammatillisen yhteistoininnan kehittämisestä potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi. Kehittämistyön tavoite ja tarkoitus sekä kehittämistehtävät määrittivät menetelmälliset ratkaisut. Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa tuki kehittämistyötä, koska kysymys oli käytännöllisestä työelämään linkittyvästä toiminnasta.

Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa osoittautui sopivaksi kehittämistyöhön, koska kehittäminen vaati useiden tekijöiden näkökulman kehittämisen suunnasta. (Heikkinen – Jyrkämä 1999: 58). Päämääränä oli parantaa ja kehittää yhteisen ymmärryksen kautta nykyistä moniammatillista yhteistoimintaa potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi. Valitut tiedonkeräysmenetelmät osoittautuivat tarkoituksen mukaisiksi ja toimintatutkimuksen syklit etenivät suunnitellusti.

Ensimmäinen aineistonkeräys toteutettiin sähköisesti. Sähköisen kyselyn avoimien kysymyksien teemat nousivat teoriasta ja tuottivat kuvauksen mitä on hyvä moniammatillinen yhteistoiminta tällä hetkellä. Toiseen kehittämistehtävään kerättiin aineisto myös sähköisellä kyselyllä. Toisessa kehittämistehtävässä mukailtiin SWOT- kyselyä, painotuen tulevaan, mitä mahdollisuuksia ja/tai uhkia potilaslähtöinen tavoitteen asettaminen tuo. Kolmas aineistonkeräys toteutettiin yhteiskehittelymenetelmän avulla. Yhteiskehittelyn pohjana toimi sähköisten kyselyjen lähes valmiiksi analysoidut vastaukset. Yhteiskehittelyssä pyrittiin mahdollistamaan koko Vankisairaalan miesten osaston moniammatillisen työyhteisön yhteinen pohdinta uusista toimintatavoista sekä toiminnan yhteinen kehittäminen. Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän rooli oli yhteiskehittelyssä toimia fasilitaattorina, osallistujilla oli täysi vastuu tiedon tuottamisesta. Fasilitaattorin roolissa kehittämistyön tekijä osallistui muutokseen tähtäävien väliintulojen kautta ja samalla myös vaikuttaen siihen (Heikkinen 2015: 214).

Laadullisen aineiston keruumenetelmät, sähköiset kyselyt sekä yhteiskehittely ja ryhmäkeskustelut tuottivat monipuolisen aineiston. Aineiston analysointia toteutui jokaisen aineiston keruuvaiheen jälkeen, joka mahdollisti vuoropuhelun teorian, aineison ja analyysin välillä. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä on pyritty kuvaamaan kehittämistyön etenemisvaiheet selkeästi ja mahdollisimman tarkasti luotettavuuden varmistamiseksi.

Luotettavuutta ja yleistettävyyttä tarkastellaan laadullisen tutkimuksen arvioinnissa. Analyysivaiheessa huolehdiin, ettei yleistämistä tehty tutkimusaineistosta vaan tulkinnasta, ja pyrin miettimään erilaisia tulkintoja sekä välttämään liian suoria luokkien yhdistelyä. Tutkimuksen toteuttamista ja luotettavuutta ei voi irrottaa toistaan, luotettavuuden kriteeri on kehittäjä ja hänen rehellisyytensä. Kehittämistyöntekijänä siis arvioin kehittämistyön luotettavuutta tekemissäni valinnoissa, etenkin teorian, analyysitavan ja johtopäätösten aikana. (Vilka 2005: 157-159; Kananen 2014: 134-135.) Kehittämistyön onnistumisen kannalta, oli tärkeää pohtia ilmiötä laajemmassa kontekstissa, eikä vain oman työroolini

tai työyhteisön kautta, jonka takia pidin taukoja kehittämistyön tekemisessä, jotka helpottivat ilmiön tarkastelua etäämmältä. (Kananen 2014: 137-138.) Omaa roolia kehittämistyön prosessissa helpotti kokemus kehittämissympäristössä työskentelystä ja muodostunut ymmärrys kehitettävästä kohteesta.

9.3 Eettiset kysymykset

Tutkimuksellisesta kehittämistyötä ohjasi hyvä tieteellinen käytäntö. Pysin toimimaan hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa sekä sen tuotokset uskottavia. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä sitouduin toimimaan rehellisesti ja vilpittömästi sekä noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Kehittämistyössä noudatin avoimuutta sekä kontrolloitavuutta, jolloin kävivät myös ilmi salassapitovelvollisuudet sekä vaitiolovelvollisuudet. (Vilkkä 2015: 41-53; Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta 2012: 6.)

Kaikki kerätty tieto käsiteltiin luottamuksellisesti eikä ketään yksittäistä henkilöä voida tunnistaa lopullisesta raportista. Raportoin tutkimuksellisen kehittämistyön vaiheista ja etenemisestä avoimesti, rehellisesti sekä johdonmukaisesti. Lähteiden merkitsemisessä toimin annettujen ohjeiden mukaisesti (Tuomi – Sarajärvi 2009: 132-133.) Tutkimuksellisen kehittämistyön luotettavuutta lisättiin kehittämistyön prosessikuvauksella sekä menetelmävalintojen auki kirjoittamisella. Tutkimusaineiston analysointiin ei osallistunut ulkopuolisia henkilöitä ja kaikki taltioitu materiaali hävitettiin kehittämistyön valmistuttua.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tein yhteistyössä Vankisairaalan miesten osaston moniammatillisen työyhteisön kanssa. Työstä laadittiin sopimus työntekijän, Vankisairaalan ja Metropolia Ammattikorkeakoulun välille. Tutkimuslupa anottiin Vankisairaalan ylilääkäriltä vapaamuotoisella anomuksella, jonka liitteeksi tuli tutkimussuunnitelma, joka hyväksyttiin oppilaitoksessa.

Kehittäjätyöryhmälle jaettiin tiedotus- ja suostumuslomakkeet (liitteet 1-2). Tiedotuslomakkeessa kuvattiin tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite ja tarkoitus, aineistonkeräystavat ja niiden käyttötavat sekä tietojen suojaamistavat. Palauttamalla suostumuslomakkeen ammattilaiset ilmoittivat vapaaehtoisesta osallistumisestaan kehittämistyöhön. Vapaaehtoisuudesta muistutettiin kaikissa kyselyissä sekä kehittämispäivänä ennen yhteiskehittelyä sekä käytiin vielä suostumuslomake läpi ja varmistuttiin siitä, että henkilö on

tietoinen siitä, mihin hän osallistuu. Osallistujilla oli oikeus keskeyttää ilman perusteluita ja heitä tiedotettiin kaikissa yhteyksissä.

9.4 Moniammatillisen yhteistoiminnan jatkokehittäminen

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä tuotettua ehdotusta moniammatillisen yhteistoiminnan ydintekijöitä voidaan tulevaisuudessa hyödyntää kehitettäessä Vankisairaalan naisten osaston tai Psykiatrisen vankisairaalan moniammatillista yhteistoimintaa potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi. Ydinkohtia voidaan myös hyödyntää pohdittaessa rikosseuraamuslaitoksen kanssa tapahtuvasta yhteistyöstä potilaiden/kuntoutujien työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi sekä potilaiden siirtyessä perusterveydenhuollon piiriin kuntoutumisjatkumon varmistamiseksi.

Jatkotutkimuksena voisi selvittää miten ammattilaiset kokevat moniammatillisen yhteistoiminnan potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa sekä kuinka potilaat kokevat potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen ja mitä etua tai haittaa siitä on heille ollut.

”On hyvä odottaa muilta hyvää, toimia siltä pohjalta, että muut ovat rehellisiä ja kunniallisia, sillä kun heihin suhtautuu sillä tavoin, houkuttelee usein esiin rehellisyyttä ja kunniallisuutta”.

Nelson Mandela

Lähteet

Aalto, Anna-Mari – Vehko, Tuulikki – Sinervo, Timo – Sainio, Salla – Muuri, Anu – Elovainio, Marko – Pekurinen, Markku 2017: Terveystuonon asiakaslähtöisyys, palvelujen käyttäjien kokemuksia terveyspalvelujen toiminnasta. THL. Tutkimuksesta tiiviisti: 2017_012. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<http://www.julkari.fi/handle/10024/134728>>. Luettu 30.7.2018

Aaltola, Elisa – Keto, Sami 2017. Empatia. Myötäelämisen tiede. Riika: Into Kustannus Oy.

Alanko, Tuulikki – Karhula, Maarit – Piirainen, Arja – Kröger, Teppo – Nikander, Riku 2017. Kuntoutuksen osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin. Loppuraportti. Kelan tutkimus. Työpapereita 113/2017. Helsinki. Saatavilla myös sähköisesti: <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/175226/Tyopapereita113.pdf?sequence=1>>. Luettu 15.11.2019.

Autti-Rämö, Ilona – Salminen, Anna-Liisa 2016. Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Julkaisussa: Autti-Rämö, Ilona – Salminen, Anna-Liisa – Rajavaara, Marketta – Ylinen, Aarne (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim.

Bovend'Eerd T JH – Botell, RE – Wade, DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling. A practical guide. Clinical Rehabilitation 2009; 23. Luettavissa: <https://www.sdu.dk/-/media/files/om_sdu/institutter/statskundskab/mastersekretariatet/mr/mr+temadage/rehabiliteringsseminar+061213/artikler/writing+smart+rehabilitation+goals+and+acvhieving+goal+attainment+-+a+practical+guide.pdf>. Luettu 17.2.2019.

Bronstein, R. Laura 2003. A Model for Interdisciplinary Collaboration. Social Work, Volume 48, Issue 3, July 2003.

D'Amour, Danielle – Ferrada-Videla, Marcela – San Martin Rodriguez, Leticia – Beau lieu, Marie Dominique 2005. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. Journal of Interprofessional Care: 19.

D'Amour, Danielle – Goulet, Lise – Labadie, Jean-Francois – San Martín-Rodrigues, Leticia – Pineault, Raynald 2008. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Services Research 8. Article number: 188 (2008). Saatavilla sähköisesti: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188>>. Luettu 16.11.2019.

Deegan, Patricia.E. 1992. The independent living movement and people with psychiatric disabilities. Taking back control over our lives. Psychosocial Rehabilitation Journal; Volume 15(3). Jan 1992, 3-9.

Hallamaa, Jaana 2017. Yhdessä toimimisen etiikka. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Heikkinen, Hannu L.T – Jyrkämä, Jyrki 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen, Hannu L.T – Huttunen, Rauno – Moilanen, Pentti. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä, toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY.

Heikkinen, Hannu L.T. 2015. Toimintatutkimus: kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa: Valli, Rauno – Aaltola, Juhani: Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva: PS-Kustannus.

Hujala, Anneli – Lamintakanen, Johanna 2018. Paljon sote-palvelujatarvitsevat ihmiset keskiöön. KAKS-kunnallisalan kehittämissäätö. Kunnallisalan kehittämissäätöjen julkaisu 12. Saatavilla sähköisesti: <<https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/01/paljon-sote-palveluja-tarvitsevat-ihmiset-keskioon.pdf>>. Luettu 16.11.2019.

Hänninen, Kaija – Julkunen, Ilse – Hirsikoski, Riitta – Högnabba, Stina – Paananen, Ilkka – Romo, Henna – Thomasén, Tarya 2007. Asiakkaat oppimisen käynnistäjinä. Raportti BIKVA-arviointimenetelmän oppimisen kehistä. Stakes. Helsinki. Valopaino Oy. Saatavilla myös sähköisesti: <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75691/R6-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>>. Luettu 10.2.2019.

Innokylä. Verkkosivusto: <<https://www.innokyla.fi/web/malli2825539>>. Luettu 16.3.2019.

Isoherranen, Kaarina – Rekola, Leena – Nurminen, Raija 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Isoherranen, Kaarina 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsinki: Helsingin yliopisto. Saatavilla myös sähköisesti: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf>. Luettu 10.2.2019.

Jahkonen, Minna – Toivanen, Minna – Eskelinen, Kaisa – Heikkilä, Heli – Järvensivu, Heli 2015. Rajoja rikkova työ. Kohti sujuvia toimintakäytäntöjä verkostoituvassa ja lohkoutuvassa työssä. Helsinki: Työterveyslaitos. Saatavilla sähköisesti: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132191/Rajoja_rikkova_työ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 16.11.2019.

Järvensivu, Timo – Nykänen, Katri – Rajala, Rika 2010. Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Muutosvoimaa vanhustyön osaamiseen - hankkeen julkaisu. Versio 1.0. Saatavilla myös sähköisesti: <<https://www.seugolaid.fi/wp-content/uploads/2017/03/Verkostojohtamisen-opas-versio-1-0-30-12-2010.pdf>>. Luettu 1.8.2019.

Järvikoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. WSOY.

Kallanranta, Tapani – Piirainen, Keijo 2003. Kuntoutuspalvelut kuntoutuksen ja muutoksen tukena. Teoksessa Kallanranta, Tapani – Rissanen, Paavo – Vilkkumaa, Ilpo (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim

Kananen, Jorma 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisusarja

Kansaneläkelaitos, Kela. Kuntoutuskurssit. Verkkosivusto: <<https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-kuntoutuspalvelut-palveluntuottajille-palvelukuvaukset-kuntoutuskurssit>>. Päivitetty 12.11.2019. Luettu 15.11.2019.

Kansaneläkelaitos, Kela. Moniammatilliset yksilöpalvelut. Verkkosivusto: <<https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-kuntoutuspalvelut-palveluntuottajille-palvelukuvaukset-moniammatillinen-kuntoutus>>. Päivitetty 12.11.2019. Luettu 15.11.2019.

Karhula, Maarit – Veijola, Arja – Ylisassi, Hilikka 2016. Tavoitteiden asettamisen käytäntö. Teoksessa: Autti-Rämö, Ilona – Salminen, Anna-Liisa – Rajavaara, Marketta – Ylinen, Aarne (toim): Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim. Tallinna: Printon Trükikoda.

Katisko, Marja – Kolkka, Marjo – Vuokila-Oikkonen, Päivi 2014. Moniammatillinen ja monialainen osaaminen sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja liikunta-alojen koulutuksessa. Opetushallitus. Raportit ja selvitykset 2014:2. Saatavilla sähköisesti: <https://koulutus-toimikunnat.fi/download/155899_moniammatillinen_ja_monialainen_osaaminen_sosiaali_terveys_kuntoutus_ja_lii.pdf>.

Kaurala, Marjatta – Kylämarttila, Veikko 2010. Rangaistuksesta vapautuvan kuntoutujan asema. Kriminaalihuollon tukisäätiö. Raportteja 2/2010. Helsinki: Kopio Niini Oy.

Kiikkala, Irma 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko-Juvonen, Susanna – Ruotsalainen, Pekka – Kiikkala, Irma (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere: Tammi.

Koskela, Seija 2013. ”Mie teen vaan oman työni”. Toimintatutkimus moniammatillisen yhteistyön ja osaamisen kehittämisestä. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta.

Mönkkönen, Katariina – Kekoni, Taru – Pehkonen, Aini 2019. Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

Paltamaa, Jaana – Karhula, Maarit – Suomela-Markkanen, Tiina – Autti-Rämö, Ilona (toim.) 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä vaikeavammaisen kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Saatavilla sähköisesti: <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24581/Hyvan%20kuntoutuskaytannon%20perusta.pdf?sequence=148&isAllowed=y>>. Luettu 1.11.2019.

Paltamaa, Jaana – Perttilä, Pirkko 2015. Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Saatavilla sähköisesti: <<https://www.kela.fi/documents/10180/751941/Tutkimuksia137.pdf>>. Luettu 10.9.2019.

Petri, Laura 2010. Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. Nursing Forum; Volume 45, No. 2, April-June 2010. Wiley Periodicals, Inc.

Pärnä, Katariina 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Akateeminen väitöskirja. Turku: Turun yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Saatavilla sähköisesti: <<https://www.utupub.fi/bitstream/handle/1>>. Luettu 1.11.2019.

Rikosseuraamuslaitos 2017. Yhdistyneiden kansakuntien vankeinhoidon vähimmäissäännöt. Nelson Mandela-säännöt. Verkkojulkaisu: <https://www.rikosseuraamus.fi/material/attachments/rise/julkaisut-muut/MZQ5sInI7/Vankeinhoidon_va776himma776issa776a776nno776t_low.pdf>. Luettu 9.11.2019.

Shier, Harry. Pathways to participation. Openings, opportunities and obligations. A new model of enhancing children's participation in decision-making, in line with article 12.1 of the United Nations Convention on the Rights of the child. Children and Society 2001; 15: 107–117.

Stenvall, Jari – Virtanen, Petri 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanoma Oy.

STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Helsinki: 2004. Saatavilla sähköisesti: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74455/Kuntoutuksen_tutkimuksen_kehittamisohjelma_fi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 30.3.2019.

STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Saatavilla myös sähköisesti: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Luettu 15.4.2018.

STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 24/2018. Vankiterveydenhuollon toiminnan ja organisoinnin arviointi. Saatavilla myös sähköisesti: <<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160955>>. Luettu 1.11.2019.

STM, Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 103/2018. Vangit arvioivat saamansa hoidon hyväksi, vankiterveydenhuollon järjestämisessä kuitenkin paljon parannettavaa. Saatavilla myös sähköisesti: <https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/selvitys-vangit-arvioivat-saamansa-hoidon-hyvaksi-vankiterveydenhuollon-jarjestamisessa-kuitenkin-paljon-parannettavaa>. Luettu 1.11.2019.

THL 2019. ICF-luokitus. Verkkojulkaisu: <<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>>. Luettu 25.2.2019.

THL, Sote-uudistus 2019. Asiakasosallisuus palvelujärjestelmässä. Verkkojulkaisu: <<https://thl.fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus/asiakasosallisuus-palvelujarjestelmassa>>. Luettu 17.2.2019.

Thomas, Judith – Pollard, Katherine – Sellman, Derek 2014. Interprofessional Working in Health and Social Care: Professional Perspectives. London: Red Glope Press.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valkama, Katja 2012. Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Vaasa: Vaasan yliopisto. Saatavilla myös sähköisesti: <https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-412-4.pdf>. Luettu 10.2.2019.

Vankisairaala toimintasuunnitelma 2019. Sisäinen intranet. Vaatii kirjautumisen.

Vankiterveydenhuollon toimintasuunnitelma 2019. Sisäinen intranet. Vaatii kirjautumisen.

Vankiterveydenhuolto. Verkkosivusto: <<https://www.vth.fi/>>. Luettu 30.10.2019.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

World Health Organisation 2004. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Stakes. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Jyväskylä: Bookwell Oy.

World Health Organisation 2007. Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. Saatavilla myös sähköisesti: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf>. Luettu 18.11.2019.

World Health Organisation 2014. Prisons and Health. A WHO guide to the essentials in prison health. Saatavilla myös sähköisesti: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf>. Luettu 18.11.2019.

Liite 1. Tutkimushenkilötiedote

TUTKIMUSHENKILÖTIEDOTE

Tervetuloa kehittämään Vankisairaalan moniammatillista yhteistoimintaa!

Tervetuloa mukaan kehittämään Vankisairaalan moniammatillista yhteistoimintaa potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi!

Pyydän sinua vastaamaan kahteen sähköiseen kyselyyn sekä osallistumaan kehittämispäivän yhteydessä pidettävään yhteiskehittelyyn. Ensimmäisessä kyselyssä kuvataan mitä on hyvä moniammatillinen yhteistoiminta Vankisairaalassa tällä hetkellä. Ensimmäisen kyselyn lähetän ilmoittamaasi sähköpostiin huhtikuun 2019 alussa, jossa vastausaika on 1.4.-10.4.2019. Toisessa kyselyssä selvitetään mitä mahdollisuuksia ja/tai uhkia on potilaslähtöisen tavoitteen asettamisessa. Kyselyn lähetän 17.4. jossa vastausaika on 26.4.2019 asti. Yhteiskehittelyn materiaali kerätään Learning Cafe –menetelmällä, joka toteutetaan osana Vankisairaalan kehittämispäivää. Yhteiskehittely äänitetään ja tuotokset valokuvataan.

Kehittämistyö on osa Kuntoutuksen ylemmän amk-tutkinnon opintojani Metropolia Ammattikorkeakoulussa. Kehittämistyön tutkimussuunnitelma on hyväksytty Metropoliasa ja kehittämistyölle on myönnetty tutkimuslupa vankiterveydenhuollon yksiköstä Vankisairaalan ylilääkäriltä.

Kehittämistyöhön osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja jokaisella osallistujalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Kaikki kerätävä tieto käsitellään luottamuksellisesti eikä ketään yksittäistä henkilöä voida tunnistaa lopullisesta raportista. Tutkimusaineiston analysointiin ei osallistu ulkopuolisia henkilöitä ja kaikki taltioitu materiaali hävitetään kehittämistyön valmistuttua. Valmis työ on saatavissa elektronisena versiona Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston Theseus -tietokannasta ja se löytyy myös kansitettuna koulun kirjastosta sekä VTH:n sisäisestä intrasta.

Yhteystietoni löydät tämän tiedotteen alalaidasta. Annan mielelläni lisätietoa kehittämistyöstäni myös puhelimitse.

Katja Levander, P. xxx .Sähköposti: XX

Liite 2. Suostumusasiakirja

Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt ”Moniammatillisen yhteistyön perusteet Vankisairaalassa yhteistoimintaa potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi” kehittämistyötä koskevan tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta, tietojen keräämisestä, säilytyksestä ja minulla on ollut mahdollisuus saada lisätietoja suullisesti.

Ymmärrän, että osallistumiseni tutkimukselliseen kehittämistyöhön on vapaaehtoista ja voin perustelematta keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa. Keskeytyksen ilmoitan tutkimuksellisen kehittämistyön tekijälle Katja Levanderille joko suullisesti tai kirjallisesti. Kehittämistyön tekijän yhteystiedot löytyvät tämän suostumuslomakkeen alalaidasta.

Suostun osallistumaan tutkimukseen vapaaehtoisesti.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus + sähköpostiosoite

Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Suostumus allekirjoitetaan kahtena kappaleena, yksi suostumuksen antajalle ja yksi suostumuksen vastaanottajalle

Katja Levander

Puh. XXX

Sähköposti: XXX

Liite 3. Sähköinen kysely Vankisairaalan miesten osaston moniammatilliselle työyhteisölle

Toteutus fi.surveymonkey.com avulla.

Moniammatillisen yhteistoiminnan perusteet

Arvon kollega,

Kehittämistyön tavoitteena on kehittää Vankisairaalan moniammatillista yhteistoimintaa potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa.

Oheisella kyselylomakkeella pyrin saamaan tietoa siitä, mitä on hyvä moniammatillinen yhteistoiminta Vankisairaalassa tällä hetkellä.

Vastausaikaa Sinulla on 1.4 - 10.4.2019. Vastaan mielelläni kaikkiin tutkimusta ja kyselylomaketta koskeviin kysymyksiin.

Kiitos jo etukäteen vastauksestasi!

Katja

1. Miten moniammatillisessa yhteistoiminnassa vuorovaikutus toimii yhteisen tiedon kokoamiseksi?
2. Onko roolit, asiantuntijoiden oma erityisosaaminen, moniammatillisessa yhteistoiminnassa selkeästi määritelty?
3. Miten yhteinen ratkaisu rakentuu moniammatillisessa yhteistoiminnassa?
4. Miten moniammatillisessa yhteistoiminnassa jokaisen erityisosaaminen tulee yhteiseen käyttöön?

Liite 4. Sähköinen kysely Vankisairaalan miesten osaston moniammatilliselle työyhteisölle

Toteutus fi.surveymonkey.com avulla.

Moniammatillisen yhteistoiminnan perusteet

Arvon kollega,

Kehittämistyön tavoitteena on kehittää Vankisairaalan moniammatillista yhteistoimintaa potilaslähtöisten tavoitteiden asettamiseksi.

Oheisella kyselylomakkeella pyrin saamaan tietoa siitä, mitä mahdollisuuksia ja/tai uhkia potilaslähtöisen tavoitteen asettamisessa on.

Vastausaikaa Sinulla on 17.4 - 26.4.2019. Vastaan mielelläni kaikkiin tutkimusta ja kyselylomaketta koskeviin kysymyksiin.

Kiitos jo etukäteen vastauksestasi!

Katja

Pohjustuksena:

”Moniammatillinen yhteistoiminta voi toimia potilaslähtöisen toimintatavan pohjana, jossa kootaan yhteen eri toimijoiden osaaminen sekä tieto ja muodostetaan yhteinen tavoite”.

1. MAHDOLLISUUDET:

Mitä mahdollisuuksia moniammatillinen yhteistoiminta potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa tuo? Pohdi myös yhteiskunnallisesti, ammatillinen ja taloudellinen näkökulma

2. UHAT:

Mitkä ovat ulkoiset uhat moniammatillisessa yhteistyössä potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa? Huomioi myös lähitulevaisuudessa näkyvät asiat ja tekijät, jotka voivat aiheuttaa ongelmia.

Liite 5. Learning cafe- yhteiskehittely

Yhteiskehittelytilaisuus osana Vankisairaalan kehittämispäivää 8.5.2019 klo 8.30-11.30
Inkalan kartanossa

Sähköisten kyselyjen tulosten yhteenvetoa käytetään yhteiskehittelyn alustuksena. Yhteiskehittelyn tavoitteena selvittää, mitä uusia moniammatillisia yhteistoimintaan perustuvia toimintatapoja tarvitaan potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa. Keskustelut ja yhteenvedot videoidaan sekä tuotokset valokuvataan.

Alustava aikataulu, jota mukautetaan sähköisten kyselyn yhteen vedon jälkeen.

8.30 – 9.15 Yhteiskehittely käynnistetään sähköisten kyselyjen tulosten läpikäynnillä.

9.15 – 9.30 Tauko

9.30 – 10.30 Sähköisten kyselyjen tulosten yhteenvedon jälkeen osallistujat jaetaan neljään ryhmään. Kehittäminen tapahtuu Learning Cafe-menetelmän mukaisesti, 15 min / paikka, jokaisessa pisteessä kiertäen. Jokaisesta ryhmästä valitaan yksi henkilö, joka jää aloituspaikan kirjuriksi.

1. paikka: Mitä uutta toiminnassa tarvitaan tavoitteen asettamisessa?
2. paikka: Mitä uutta toiminnassa tarvitaan tavoitteen asettamisessa?
3. paikka: Mitä uutta toiminnassa tarvitaan tavoitteen asettamisessa?
4. paikka: Mitä uutta toiminnassa tarvitaan tavoitteen asettamisessa?

10.30 – 11.20 Kierron jälkeen pisteissä koostettu tieto esitetään ja jaetaan, minkä pohjalta käydään keskustelua ja luodaan yhteistä ymmärrystä aiheesta.

11.20 – 11.30 Tilaisuuden päätös ja loppusanat.

Liite 6. Näytteitä sisällönanalyysistä

Mitä on hyvä moniammatillinen yhteistoiminta Vankisairaalassa tällä hetkellä?		
Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Konsultointi	Kommunikointi	Tiedonkulku yhteistoiminnassa
Tavoite määritelty hoidon tavoitteissa Kirjaaminen, aktiivinen osallistuminen yhteisillä foorumeilla	Kirjaaminen	
Kirjauksien lukeminen		
Kirjaamista		
Kirjaamista		
Roolit selkeät moniammatillisessa työtavassa	Ammattiroolit sovittu	Asiantuntijoiden erityisosaamisen tunnistamista
Ammattiroolit		
Roolit sovittu		
Roolien nivoutuminen, eri osapuolten roolit yhteistyössä	Erityisosaamisen hyödyntäminen	
Hyödynnetään moniammatillisesta erityisosaamista		
Erityisosaamisen huomioiminen hoitosuunnitelmissa	Erityisosaaminen tuodaan yhteiseen käyttöön	Asiantuntijuuden yhteistä rakentamista
Erityisosaaminen yhteisessä käytössä		
Oman roolin tiedostaminen moniammatillisessa yhteistyössä		
Konsultointi	Tiedonhankinta	Tiedonkulku yhteistoiminnassa
Kirjauksien lukeminen		
Kirjaaminen	Rakenteinen kirjaaminen	
Kirjaaminen		
Aktiivinen osallistuminen yhteisillä foorumeilla	Tiedon kulku ja vuorovaikutus	
Yhteiset palaverit		
Tiedon kokoaminen viikoittaisilla kierroilla kokonaiskuvan saamiseksi		

Mitä mahdollisuuksia on potilaslähtöisessä tavoitteen asettamisessa?		
Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
Työ tehokasta	Ajankäytön tehokasta ja taloudellista	Taloudellisuus
Taloudellinen ajankäyttö		
Yhdessä tekeminen säästää aikaa		
Vältetään turhia hoitopäiviä	Hoitoaikojen lyhentyminen	
Säästää hoitoaikojen lyhentymisestä		
Taloudellista	Toiminta taloudellista	
Aiempien tutkimustulosten sekä erikoisalojen arviointien hyödyntäminen on taloudellista		
Hoitoon sitoutuminen tuo säästöä tulevaisuudessa		
Työnjako sovittu		
Suunnitelmallinen ja kattava hoitojakso	Suunniteltu palvelukokonaisuus	Tavoitteellinen hoitosuunnitelma
Hoidon vaikuttavuuden parantuminen	Hoidon vaikuttavuus	
Tavoitteet saavutettavissa	Tavoitteiden saavuttaminen	
Hoidon tulokset parantuvat		
Kuntoutumisen jatkuminen siviilissä	Potilaan toimijuuden vahvistumista	Potilas osallistuu hoitosuunnitelman tekemiseen
Potilaan kiinnostuksen herääminen omaan hoitoonsa		
Vastuunottaminen		
Potilas keskeinen toteuttaja omassa hoidossa	Potilaan osallisuuden vahvistumista	
Positiivinen kokemus yhteistyöstä virkamiesten kanssa		
Potilaan osallistuminen hoitoonsa tukee pärjäämistä siviilissä		

Mitä uhkia on potilaslähtöisessä tavoitteen asettamisessa?		
Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
Muutos toimintatavoissa ja rutineissa	Ymmärrys muutoksen tarkoituksesta ja tavoitteista	Muutosviestintä
Ymmärrys muutoksen perusteista/hyödyistä		
Joustavuus prosesseissa potilaan tilanteen mukaan	Muutosvalmius	
Asenteet uusiin toimintatapoihin		
Ongelmakohtien tunnistaminen	Prosessien sujuvuuden seuranta	Prosessien sujuvuus
Aktiivinen prosessien seuranta		
Ei tunnisteta moniammatillista työtä, jolloin työtä ja tuloksia ei arvosteta	Toisten ammattiryhmien osaamista ja ammattitaitoa ei tunneta	Osaaminen ja ammattitaito jää hyödyntämättä
Yhteinen näkemys ja tavoite	Jaettu näkemys ja tavoite	Tavoitteisiin sitoutuminen
Kaikkien ammattiryhmien sitoutuminen	Sitoutuminen	
Yhteistyökumppaneiden arviot eriarvoiset	Ammattilaisten arviot eriarvoiset	Ammattilaisten tuottama tieto eriarvoisia
Ammattilaiset ilman perustelua toteuttavat potilaiden toiveita	Hoito/palvelu perustuu yksittäisen työntekijän näkemykseen tai mielipiteeseen eikä hyväksi koettuihin tai havaittuihin käytänteisiin	Hoito ei perustu tieteellisesti tutkittuun tietoon, näyttöön ja hyviin käytänteisiin
Yhteistyö Rikosseuraamuslaitoksen kanssa	Monialainen yhteistyö	Yhteistoiminta rajapinnoilla
Potilaiden siirtyminen		
Eri säännöt sijoitustaloissa		
Vartijoiden vaihtuminen sekä yksilöiden asenteet	Vartijaresurssit	
Vartijoiden yksilölliset asenteet	Vartijoiden asenteet	
Vankien oma hierarkia	Vankila toimintaympäristönä	

Mitä uusia moniammatillisia yhteistoimintaan perustuvia toimintatapoja tarvitaan potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa Vankisairaалassa?		
Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
Kaikkien asiantuntijuus paperikierrolla käytössä	Oman asiantuntijuuden tunnistaminen ja jakaminen	Asiantuntijuudet ja osaaminen tunnistetaan
Oman asiantuntijuuden jakaminen		
Ammattiryhmien osaamisen jakaminen		
Ammattiryhmät jakavat osaamisensa		
Ammattilaiset arvioivat potilaan kuvauksen perusteella kenen ammattialaan kuuluu		
Potilas esitellään seuraavalla kierrolla, lääkäri yhdessä muiden ammattiryhmien kanssa arvioivat hoidon tarvetta		
Ammattiryhmien osaamisen tunteminen	Ammattiryhmien osaamisen tunteminen	
Ammattiryhmien osaamisen tunteminen ja sovittu työnjako		
Potilas tietoinen mistä toimista hoito koostuu.	Yhteisen tietämyksen rakentaminen	Yhteistyö ja vuorovaikutus
Potilas tietoinen toimenpiteiden syistä		
Konsensuksen löytäminen yhdessä potilaan kanssa		
Yhteisen ymmärryksen saavuttaminen ja potilaan sitoutuminen hoitoon	Yhteisen ymmärryksen luominen	
Jaettu yhteisen ymmärryksen luominen mihin eri toiminnoilla pyritään		