

Mervi Leppänen

## Kuntoutuskokous

Sairaanhoitajien kokemukset moniammatillisen yhteistyöpalaverin  
sisällöstä ja toteutumisesta

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen

Sairaanhoitaja (YAMK)

Opinnäytetyö

30.10.2017

Tekijä Otsikko  Sivumäärä Aika	Mervi Leppänen Kuntoutuskokous, sairaanhoitajien kokemukset moniammatillisen yhteistyöpalaverin sisällöstä ja toteutumisesta 47 sivua + 2 liitettä 30.10.2017
Tutkinto	Sairaanhoitaja (YAMK)
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysalan johtamisen koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveysalan johtaminen
Ohjaaja	Lehtori Marjatta Komulainen
<p>Kuntoutuskokousta pidetään osaston tärkeimpänä kokouksena potilaan kuntoutumisen ja kotiutumisen edistämiseksi, sillä kuntoutuskokouksessa eri alojen mielipiteiden pohjalta muodostetaan yhteinen näkemys hoitajakson tavoitteista. Osastotyössä kotiutuksen tehostamiseen liittyviä kehittämistarpeita ovat kuntoutuskäytänteiden tehostaminen niin ajallisesti kuin tiedollisesti. Kokouskäytännöt vievät merkittävästi työaikaa työyhteisön jäseniltä, joten toiminnan tuloksellisuuden kannalta on järkevää, että kaikki työyhteisön jäsenet tuntevat kokouskäytännön.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa kehittämissuhteita kuntoutuskokouskäytäntöihin ja kuntoutuskokouksen sujuvuuteen sekä tuottaa tietoa kuntoutuskokouskäytännön kehittämiseen. Opinnäytetyö toteutettiin Laakson sairaalassa, joka on yksi Helsingin kaupungin sairaaloista. Kaupunginsairaaloissa on viikoittainen kuntoutuskokouskäytäntö ja Kaupunginsairaalan johtoryhmän hyväksymä ohjeistus kuntoutuskokouksesta.</p> <p>Opinnäytetyössä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineistonkeruu toteutettiin teemahaastattelulla, haastatteleamalla yhdeksää sairaanhoitajaa yksilohaastatteluina. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä ja aineiston tulokset kuvattiin opinnäytetyön teemojen kautta. Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata kuntoutuskokouskäytännön sujuvuutta ja vaikuttavuutta sairaanhoitajien kokemana.</p> <p>Kuntoutuskokous nähtiin hyvin asia- ja tehtäväkeskeisenä tilanteena. Potilas ei ole fyysisesti läsnä kuntoutuskokouksessa, joten pohdittavaksi jää, kuinka kuntoutuskokous vastaa potilaiden tarpeisiin ja odotuksiin. Kuntoutuskokouksen valmistautumiseen täytyy varata riittävästi aikaa sekä selkeästi määrittellä mitä tietoja potilaasta tuodaan kokoukseen. Sujuva kokouksentilanne vaatii selkeää työnjakoa sekä avointa ilmapiiriä, jossa puheenvuorot jakautuvat tasapuolisesti osallistujien kesken. Potilaan tunteminen edesauttaa kokouksen sujuvuutta. Perehtymisen tärkeys on välttämätöntä, jotta kokouksesta tulee asiakaslähtöisempi. Kuntoutuskokouksella vaikutetaan potilaan hoitoprosessin etenemiseen, hoitoketjun sujumiseen ja hoitajakson pituuteen. Kuntoutuskokouksen nähtiin nopeuttavan potilaiden hoitajakson tavoitteiden saavuttamista ja kotiutumista.</p>	
Avainsanat	kuntoutus, kokous, vuorovaikutus, asiakaslähtöisyys

Author Title Number of Pages Date	Mervi Leppänen Rehabilitation meeting, Nurses' experiences of the content and the implementation of a multi-professional meeting 47 pages + 2 appendices 30 October 2017
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Health and Social Care Management, Master`s program
Specialisation option	Health and Social Care Management
Instructor	Marjatta Komulainen, Lecture
<p>A rehabilitation meeting is considered as the most important meeting of the hospital ward to promote patient`s rehabilitation and recovery. The rehabilitation meeting will provide a solid view for the goals of a care period. At the hospital ward rehabilitation practices need to be developed concerning the time spent and the content of information. Rehabilitation practices requires significant amount of working hours. Therefore a successful operation is profitable when everyone is familiar with the rehabilitation meeting practice.</p> <p>The aim of this thesis was to provide development suggestions for the rehabilitation meeting practices and provide information on the development of the rehabilitation meeting practices. This thesis was carried out in the Laakso Hospital, which is one of the Helsinki City owned Hospitals. Every Hospital carry out a weekly rehabilitation meeting and instructions of the content have been approved by City Management Team.</p> <p>This thesis was a qualitative study and the data collection method was a theme interview. Interviews were conducted by interviewing nine nurses individually. The material was analyzed by using inductive content analysis. The results of the data were described through the themes of the thesis. The purpose of this thesis was to describe the fluency and effectiveness of the rehabilitation meeting practice as experienced by the registered nurses.</p> <p>A rehabilitation meeting was seen as a matter and a task-centered situation. The patient is not physically present at the rehabilitation meeting, so it remains to be considered how the rehabilitation meeting correspond to the needs and expectations of the patients. Preparation for the rehabilitation meeting takes time and you need to clearly define what information about the patient is being brought to the meeting. A smooth meeting situation requires a clear distribution of work and an open atmosphere where the statements would be clearly divided among the participants. Knowing the patient will help the fluency of the meeting. The importance of orientation is essential, so that the meeting becomes more customer-oriented. Rehabilitation meeting affects the progression of the care process, the fluency of the care chain and the length of the care period. The rehabilitation meeting was considered to speed up the achievement of the goals of the treatment and the length of a hospital care period.</p>	
Keywords	rehabilitation, meeting, interaction, customer orientation

## Sisällys

<b>1</b>	<b>Johdanto</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Toimintaympäristö</b>	<b>2</b>
2.1	Toimintaympäristön kuvaus	3
2.2	Kuntoutuskokous	3
<b>3</b>	<b>Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat</b>	<b>5</b>
3.1	Asiakaslähtöisyys	7
3.1.1	Asiakaslähtöinen toiminta	8
3.1.2	Asiakaslähtöiset palvelut	10
3.2	Vuorovaikutus	11
3.2.1	Vuorovaikutus kokoustilanteessa	12
3.2.2	Vuorovaikutus organisaatiokulttuurissa	15
<b>4</b>	<b>Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>Opinnäytetyön toteuttaminen</b>	<b>17</b>
5.1	Tutkimusmenetelmä	17
5.2	Aineiston keruu	19
5.3	Aineiston sisällönanalyysi	21
<b>6</b>	<b>Haastattelujen tulokset</b>	<b>23</b>
6.1	Kuntoutuskokouksen sujuvuus	24
6.1.1	Kokemukset valmistautumisesta kuntoutuskokoukseen	24
6.1.2	Kokemukset kuntoutuskokoustilanteesta	26
6.2	Kuntoutuskokouksen vaikuttavuus	29
6.2.1	Kokemukset osallistumisesta kuntoutuskokoukseen	29
6.2.2	Kokemukset kuntoutuskokouksen päämäärästä	31
<b>7</b>	<b>Pohdinta</b>	<b>33</b>
7.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	34
7.2	Tulosten pohdinta	35
7.3	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	39
	Lähteet	43

## Liitteet

Liite 1. Haastattelurunko

Liite 2. Esimerkkejä sisällönanalyysistä

## 1 Johdanto

Julkisen sektorin toimintaa sosiaali- ja terveydenhuollossa tarkastellaan kriittisemmin ja tarkemmin tulevaisuudessa. Uusien toiminta- ja työtapojen kehittäminen asiakaskeisiksi lisääntyy yhteiskunnan rakenteellisen monimuotoisuuden lisääntyessä. (Isoheranen – Rekola – Nurminen 2008:10.) Asiakkaiden tarpeita joudutaan arvioimaan uudelleen ja muutosten toteuttamiseen kehittämään uusia toimintatapoja sekä osaamista. Yhteiskunnan muutoksessa myös palvelut muuttuvat.

Sosiaali- ja terveysviraston strategiset tavoitteet painottavat palvelukulttuurin uudistamista, integroituvia palveluita ja hoitoa sekä palveluiden tuottavuuden ja saatavuuden parantamista (Helsingin kaupunki strategiaohjelma 2013 – 2016: 6). Tavoitteena on, että ikääntyneelle väestölle suunnattu laitosasuminen korvataan asteittain kotiin vietävillä palveluilla ja palveluasumisella. Tämä laitoshoidon määrän vähentäminen tulee tehdä hallitusti turvaten palveluketjun sujuvuus. Oman toiminnan paikkoja tulee käyttää tarkoituksenmukaisesti ja tehokkaasti. Hyvällä suunnittelulla ja valmistelulla turvataan kotona selviytyminen ja ehkäistään sairaalaan takaisin joutumista.

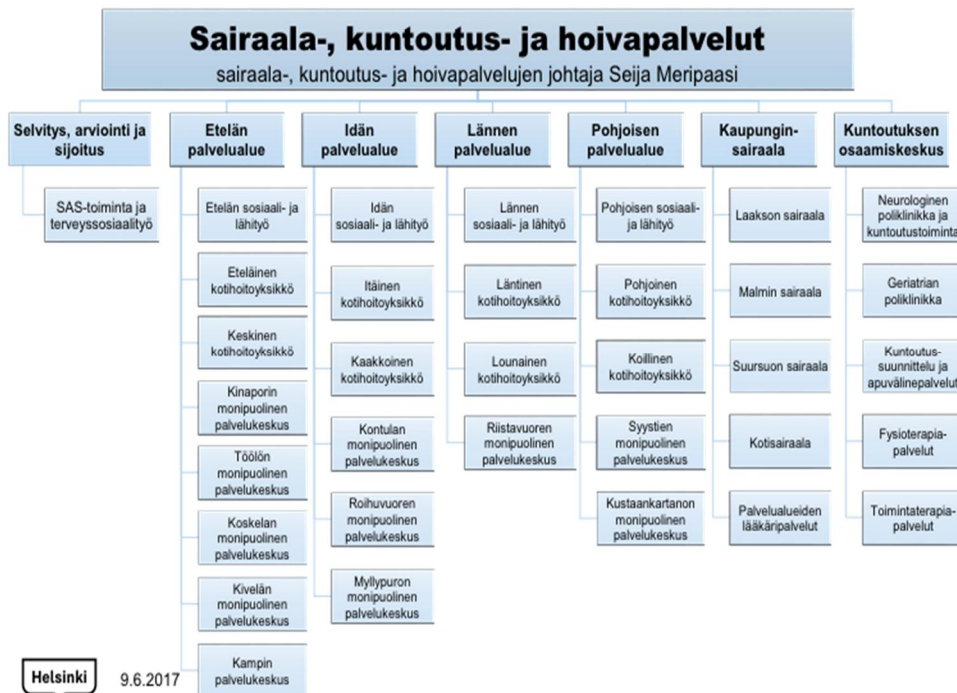
Osastotyössä kotiutuksen tehostamiseen liittyviä kehittämistarpeita ovat kuntoutuskäytäntöjen kehittäminen ja niiden tehostaminen niin ajallisesti kuin tiedollisesti. Kuntoutuskokouskäytäntöjen yhtenäistäminen ja avaaminen ovat palveluketjuun kohdistuva kehittämiskohde. Palveluita tulee tuottaa ja kehittää, jotta asiakkaiden tarpeisiin ja ongelmiin osataan vastata. Kokouskäytäntöjen kehittäminen ja tiedonkulun sujuvoittaminen voi tuoda konkreettista hyötyä asiakkaalle.

Helsingin kaupunginsairaaloiden osastoilla on viikoittainen kuntoutuskokouskäytäntö ja kaupunginsairaalan johtoryhmän hyväksymä ohjeistus kokouksen kulusta. Kokouskäytänteet vievät merkittävästi työaikaa työyhteisön jäseniltä, joten toiminnan tuloksellisuuden kannalta on järkevää, että kaikki tuntevat kokouskäytännön. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa, kun kuntoutuskokousohjetta tai kuntoutuskokouskäytänteitä osastokohtaisesti päivitetään.

## 2 Toimintaympäristö

Helsinki uudisti 1.6.2017 alkaen johtamisrakenteen lisäksi kaupunkiorganisaatiotaan, joten virastojen sijaan Helsinkiin muodostettiin keskushallinnon lisäksi neljä toimialaa. Toimialat ovat kasvatuksen ja koulutuksen toimiala, kaupunkiympäristön toimiala, kulttuurin ja vapaa-ajan toimiala sekä sosiaali- ja terveystoimiala.

Opinnäytetyö toteutetaan Laakson sairaalassa, joka kuuluu Helsingin sosiaali- ja terveystoimen sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluosaston, kaupunginsairaalan alaisuuteen. Kaupunginsairaalaan kuuluvat Laakson sairaalan lisäksi Malmin ja Suursuon sairaalat, kotisairaala ja palvelualueiden lääkäripalvelut (kuvio 1).



Kuvio 1. Helsingin kaupunki 2017. Laakson sairaalan sijoittuminen Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluiden organisaatiokaaviossa.

## 2.1 Toimintaympäristön kuvaus

Laakson sairaalan osastojaksoille noin puolet potilaista saapuvat Haartmanin sairaalan päivystysyksiköstä. Loput potilaat tulevat HUS: n eri klinikoilta sekä yksittäisiä potilaita saapuu jatkohoitoon kotoa suoraan, kotisairaalaan tai muista kaupungin yksiköistä. Osastojaksojen tehtävänä on järjestää kuntoutumista ja toimintakykyä tukevaa sairaalahoitoa, jonka jälkeen potilaat pyritään kotiuttamaan omaan kotiin tai entiseen hoitopaikkaan. Hoitajaksojen pituus vaihtelee yksilöllisesti, muutamasta päivästä useaan kuukauteen. Keskimääräisesti potilaan hoitajakso on noin 20 päivää ja 80 % potilaista kotiutuu. Osa potilaista siirtyy jatkohoitoon arviointi- ja kuntoutusosastoille tai heille haetaan ympärivuorokautista hoitopaikkaa. (Helmi intra 9.10.17.)

Laakson sairaalaan kuuluu 12 osastoa, joista yksi akuutti geriatrinen osasto sijaitsee Haartmanin sairaalan tiloissa. Potilaspaikkoja Laakson sairaalassa on 304. Laakson sairaalan akuuttivuodeosastot eroavat jonkin verran toisistaan profiilintien ja työnjakomallien suhteen, mutta jokaista osastoa yhdistää moniammatillinen yhteistyö. Moniammatillisen tiimin muodostavat vastuuhoitaja, osastonhoitaja, lääkäri, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti. Jokaiselle potilaalle laaditaan hoitoon tullessa yksilöllinen hoitosuunnitelma ja hoidon tavoitteena on potilaan toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukeminen. Jokaisella osastolla on viikoittainen kuntoutuskokouskäytäntö. (Helmi intra 9.10.17.)

## 2.2 Kuntoutuskokous

Tässä luvussa kuvaan kuntoutuskokouksen kulkua niin kuin se Helsingin kaupungin Kaupunginsairaalan johtoryhmän hyväksymässä muistiossa 24.2.2017 on ohjeistettu. Ohjeessa kerrotaan kuntoutuskokouksen tavoitteet, kokousaika, kokouksen kulku, kokoukseen osallistujat sekä kuka kirjaa päätökset. Vuodeosastokohtaisesti saattaa kuitenkin olla eroavaisuuksia ja omia käytänteitä. Ohjetta voidaan hyödyntää esimerkiksi uusien työntekijöiden perehdyttämisessä.

Kaupunginsairaalan akuuttiosastoilla on viikoittainen kuntoutuskokouskäytäntö. Kokous pidetään kerran viikossa sovittuna aikana ja sen maksimikesto on noin 1- 1,5 tuntia. Kokouksen puheenjohtajana toimii yleensä osastonlääkäri ja potilaan esittelijänä ja päätös-



ten kirjaajana potilaan parhaiten tunteva hoitaja. Näin ollen hoitajat vaihtuvat kesken kokouksen, sillä he esittelevät oman tiimin tai moduulin potilaat. Kokouksen kulku ja esitysjärjestys sovitaan etukäteen ja vaihdot tehdään viiveettä. Moniammatilliseen kuntoutuskokoukseen osallistuvat koko hoitotiimi, hoitohenkilökunnan edustaja, osastonhoitaja, lääkäri, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti, lisäksi tarvittaessa muu erityistyöntekijä.

Kuntoutuskokouksen tavoitteena on tiimityön keinoin muodostaa yhteinen näkemys potilaan kuntoutuksen tavoitteista ja keinoista. Potilaan kuntoutumistarpeita ja mahdollisuuksia arvioidaan sekä päätetään yksilöllisistä kuntoutumistavoitteista koko kuntoutusjakson ajalta tai laaditaan potilaan hoitoon viikkotavoitteita. Kuntoutuskokouksessa keskustellaan kuntoutumisen keinoista ja määritetään sekä sovitaan tarvittavista terapioiden. Lääketieteellisiä asioita ei selvitetä kuntoutuskokouksessa, vaan lääkärinkierrolla tai kokouksen jälkeen.

Osaston kuntoutuskokous on oleellinen osa potilaan hoitojaksoa ja kotiutusprosessia. Kuntoutuskokousta voidaan pitää osaston tärkeimpänä kokouksena potilaan kotiutuksen edistämiseksi, sillä eri alojen mielipiteiden pohjalta muodostetaan yhteinen näkemys hoitojakson tavoitteista ja keinoista. Yhteistä näkemystä muodostettaessa tulee kunnioittaa potilaan omia odotuksia ja hoitotahtoa.

Kuntoutuskokouksessa arvioidaan tarvittaessa myös potilaan sosiaalista tilannetta. Tarkoitus on sopia hoitoneuvotteluiden tarpeesta, kotikäyntien suunnittelusta ja eri tahojen yhteydenotoista esimerkiksi kotihoito, kotiutustiimit ja omaiset. Kokouksessa päätetään tarvittaessa myös hoitotasoehdotuksen tekemisestä (SAS – prosessin käynnistys), mikäli todetaan, että potilaalla ei ole enää mahdollisuuksia kuntoutua kotiin tai entiseen hoitopaikkaan. Lisäksi jo SAS- päätöksen saaneiden siirtokuntoisuus tarkastetaan.

Kuntoutuskokouksen päätösten kirjaamisesta potilastietojärjestelmä Pegasokseen on omat ohjeet. Kokouksessa ollut hoitotyön edustaja kirjaa päätökset hoitokertomukseen otsikolla moniammatillinen työryhmä. Tärkeää on kirjata kuka tehtävistä vastaa sekä tehtävien aikataulu eli kuka tekee, mitä tekee ja mihin mennessä.

Kuntoutuskokouksessa moniammatilliselta yhteistyöltä vaaditaan paljon. Eri toimijoiden kesken tulisi vallita selkeä työnjako, tiedon tulee kulkea riittävästi ja näin taata potilaalle

katkeamaton palveluketju (Kähäri - Wiik – Niemi – Rantanen 2008: 218). Kuntoutuskokous voidaan nähdä organisaation tarjoamana palveluna, jossa korostuvat päivittäisen toiminnan inhimilliset tilanteet ja haasteet. Kuntoutuskokouksessa vuorovaikutuksella on merkitystä, koska sen avulla tuotetaan ratkaisuja haasteisiin, sovitaan työnjaosta ja päätetään yhdessä menettelytavoista tiedonjaon ohella (Syväjärvi – Pietiläinen 2016: 29).

### 3 Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

Tässä luvussa käsittelen opinnäytetyön teoreettista tietoperustaa. Olen koonnut sitä lainasäädännön, kirjallisuuden ja virallisten ohjeistusten kautta. Tutkimuksia olen etsinyt Medic, Cinahl, Medlisen ja Pubmed tietokannoista. Hakusanoina on käytetty ”asiakaslähtöisyys”, ”kehittäminen”, ”vuorovaikutuksen kehittäminen”, ”vuorovaikutus”, ”kuntoutus”, ”kokous”, ”neuvottelu sekä näiden erilaisia yhdistelmiä.

Tässä opinnäytetyössä nostan vuorovaikutuksen ja asiakaslähtöisyyden keskiöön kuntoutuskokouskäytäntöjen kehittämiseksi, sillä moniammatillisen tiimin toimivan vuorovaikutuksen kannalta kriittisintä näyttää olevan se, että ymmärretäänkö tiimin vuorovaikutuksen olevan keskeistä omassa työssä ja tavoitteiden toteutumisessa. Vuorovaikutuksen tulisi olla niin sujuvaa, että yhteistyön synergia edut saavutetaan, sekä samalla työntekijät kokevat yhteistyön olevan merkityksellinen osa omaa työtä haluttujen tulosten saavuttamiseksi. (Aira 2012: 141.)

Kuntoutuskokous on potilaan kuntoutusprosessiin oleellisena osana liittyvä yhteistyön foorumi, jossa työntekijöiden viestintätaidot ovat osa ammatillista osaamista. Kuntoutusprosessiin kuuluu potilaan kuntoutuksen etenemisen ja tavoitteiden saavuttamisen arviointi. Kuntoutusprosessi voi kehittyä kuntoutujan omasta aloitteesta, mutta useimmiten näin ei kuitenkaan ole, sillä potilas tarvitsee tarvittavien tietojen saamisessa ja päätösten teossa apua ja ohjausta (Järvikoski – Härkäpää 2011: 194 - 201). Kuntoutuskokouksessa potilas ei ole fyysisesti läsnä, joten on ensisijaisen tärkeää, että toimivassa kuntoutuskokouksessa tulee olla sovittuna vuorovaikutuskäytänteet, jotta tiimi keskittyy tavoitteiden kannalta oleellisiin asioihin. Kokouksen vuorovaikutuskäytänteiden tulee olla rakennettuja niin, että kokoustilanteen toimintatavat voivat olla ennakoivia, suunnitelmallisia ja innovatiivisia (Aira 2012: 141).

Kaarina Mönkkönen (2002) on tutkinut väitöskirjassaan dialogisuutta kommunikaationa sekä vastaamisen, vallan ja vastuun merkitystä asiakastyön vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuskulttuurin sanotaan muuttuvan yhteiskunnan eri instituutioiden muuttuessa. Asiakastyössä vuorovaikutuskulttuurin muutos merkitsee siirtymistä asiakaskeskeisestä näkemyksestä asiakkaan tarpeet paremmin huomioivaan näkökulmaan. (Mönkkönen 2002: 11.) Kuntoutuskokouksesta ei ole tehty aiemmin tutkimuksia, joten vertailua ei tässä opinnäytetyössä voida tehdä, vaan opinnäytetyön painopisteenä on tarkastella kuntoutuskokousta vuorovaikutuksen ja asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Helsingin kaupungille Kaupunginsairaalaan kuntoutuskokouskäytäntö on muotoutunut vuosien saatossa. Kehittämistyö ”Kuntoutuskokous vuodeosastolla” vuodelta 2000 on tehty Koskelan sairaalaan osasto N6:n työntekijöiden ja Helsingin ammattikorkeakoulun yhteistyönä. Siinä kehittämishankkeessa mainitaan, että Koskelan sairaalassa kuntoutuskokoukset alkoivat jo 1980 luvun puolivälissä sosiaalityöntekijöiden aloitteesta, sillä sosiaalityöntekijät eivät kokeneet saavansa tarpeeksi tietoa potilaista. Tuolloin kokousta kutsuttiin ”sossun kokoukseksi”. (Kujala – Kuokkanen – Niskanen – Outinen – Salin-Laine 2000.) Kehittämishankkeen loppuraporttia ei löytynyt verkosta, vaan sain paperiversion työstä sairaanhoitajalta, joka oli ollut mukana sitä työstämässä. Nykyinen kuntoutuskokouksen rakenne ei ole juurikaan muuttunut niistä ajoista. Jo tuolloin toivottiin kuntoutuskokouskäytännön yhtenäistämistä eri osastojen välillä sekä potilaiden kuntoutuksen ja jatkohoidon suunnittelun yhtenäistämistä. Nykyiseen kuntoutuskokouksen ohjeistukseen tehdään päivityksiä Kaupunginsairaalan johtoryhmän toimesta.

Vuosina 2004 ja 2005 Helsingin kaupunki ja Ikäinstituutti tekivät tutkimuksen, jossa tutkittiin ikäihmisten kokemuksia kuntoutusjaksosta ja siitä, miten arki sujui kuntoutusjakson jälkeen. Tutkimuksen mukaan on mahdollista, että kotiuttamiskäytänteiden kuvaaminen ja aukaiseminen tehostaisi palveluiden ja hoitoketjun sujuvuutta. (Rajaniemi – Sarvimäki 2005:4.) Näin ollen on perusteltua sanoa, että kuntoutuskokouksen kehittäminen on hyödyllinen kehittämiskohde myös vuorovaikutuksen ja asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Työyhteisöjen käytänteet sisältävät jatkuvaa ja päättymätöntä viestintää. On tärkeää pohtia minkälaiset kokouskäytännöt ja viestintätavat tukevat työpaikan perustehtävää ja auttavat tavoitteiden saavuttamisessa. Työilmapiirimittausten tulosten mukaan lähes poikkeuksetta on puutteita tiedon kulussa ja palautteen saannissa (Niipola – Rauramo 2008: 2). Lisäksi on hyvä pohtia avautuvatko potilaan jatkohoitoon tai kotiutukseen kotiutukseen liittyvätkö käytänteet potilaalle. Ihmiset kaipaavat tietoa itseään koskevasta

asioista ja haluavat vaikuttaa päätöksentekoon. Asiakslähtöisyys ei ole itseisarvo sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikka niin usein ajatellaan. Asiakkaan kanssa tapahtuvia toimintatapoja ei välttämättä kyseenalaisteta, vaikka toimintatapojen kehittäminen sitä yleensä vaatii (Virtanen – Suoheimo – Lamminmäki – Ahonen – Suokas 2011: 46).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa palvelurakenteiden uudistamisen tarkastelu on välttämätöntä, jotta palveluista saadaan laadultaan parempia ja kustannustehokkaampia ilman lisäresursointia. Palveluista tulee aikaansaada toimivia niin, että ne tuottavat palveluiden käyttäjille hyötyä ainakin välillisesti. Hyöty voi olla ilmetä parempana saatavuutena, kokemuksena tai hoidon laatuna. (Stenvall – Virtanen 2012: 21, 51.) Kokouskäytäntöjen kehittäminen ja tiedonkulun sujuvoittaminen voi tuoda näin ollen konkreettista hyötyä asiakkaalle. Tässä opinnäytetyössä kuntoutuskokous nähdään potilaan saamana palveluna hoitajaksolla.

Myönteinen palvelukokemus tukee palveluiden uskottavuutta. Palveluiden käyttäjän tulee tuntee olevansa palveluiden keskiössä ja huolenpidon kohteena. Yhtä tärkeää on, että palveluiden käyttäjä antaa oman panoksensa lopputuloksen saavuttamiseksi. Mikäli potilas tuntee, että hänen asioista huolehditaan ja hän on toiminnassa keskiössä, pystyy hän tekemään enemmän palveluprosessin onnistumiseksi. (Støstad 2016: 192.) Tämän vuoksi on tärkeää vahvistaa hyvän palvelun osaamista asiakslähtöisyyden ja toimivan vuorovaikutuksen näkökulmasta myös kuntoutuskokouksen kehittämisessä.

### 3.1 Asiakslähtöisyys

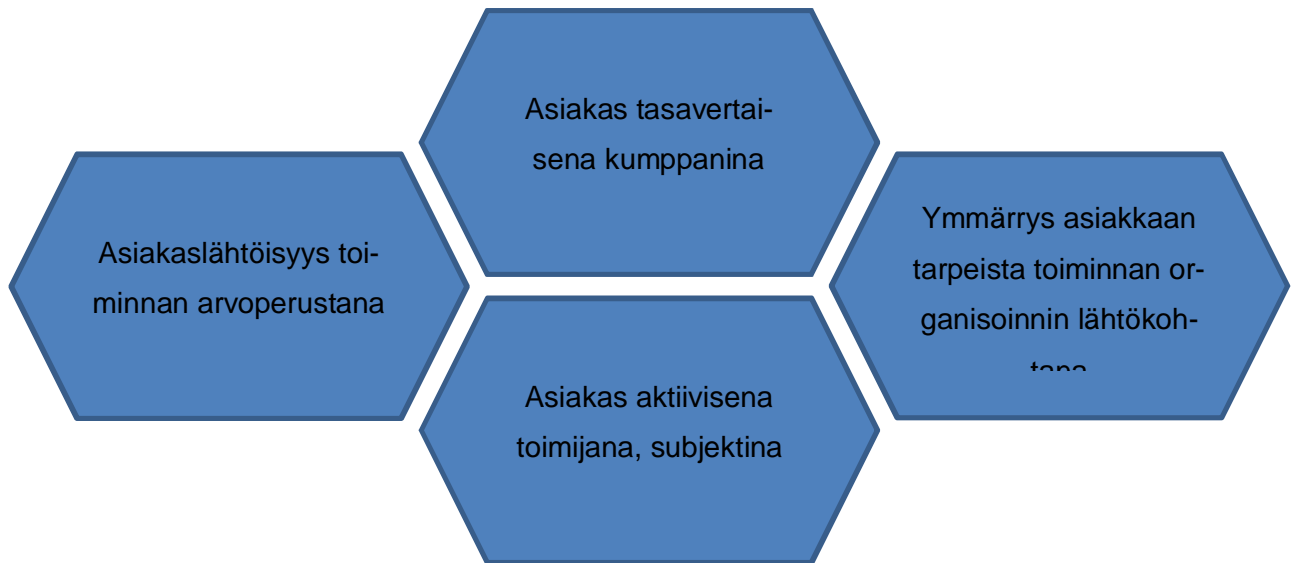
Tässä opinnäytetyössä käytän synonyymeinä asiayhteydestä riippuen termejä asiakas ja potilas, asiakslähtöisyys ja potilaslähtöisyys. Kaseva (2011:15) mainitsee, että Terveydenhuollon tutkimuksissa puhutaan suureksi osaksi potilaista (patient), mutta myös esimerkiksi palveluiden käyttäjistä (service users), kuluttajista (consumers), asiakkaista (clients), yksilöistä (individuals), kansalaisista (public) ja selviytyjistä (survivors). Käsitettä asiakslähtöisyys käytetään yleisesti terveystalouksissa silloin, kun asiakkaan hoito ja palvelu järjestetään asiakkaan tarpeet huomioiden ja asiakas on palvelujen keskipisteessä (Ruotsalainen 2000:16).

Asiakaslähtöisyyttä on eritelty ja tarkasteltu suomalaisessa tutkimuksessa monesta eri näkökulmasta. Minna Suorsan (2002:39) mukaan sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakaslähtöisyyden ytimessä on asiakkaan ja työntekijän yhteistyösuhde. Hän toteaa, että asiakaslähtöisyydellä ei ole vain yhtä määritelmää, sillä se pitää sisällään hyvin paljon erilaisia merkityksiä ja asioita. Yleensä sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan asiakkaan tarpeiden, toiveiden ja odotusten huomioimista toiminnan lähtökohtana. Asiakaslähtöisyyttä voidaan pitää yhtenä nykyisen palvelujärjestelmäkustelun avaintermienä, jolloin asiakaslähtöisyys nähdään tiettyjen ehtojen velvoittamana ja tiettyihin eettisiin käsityksiin perustuvana niin sanottuna arvottavana toimintana. Asiakasta, ammattilaista ja itse palveluprosessin luonnetta voidaan arvioida asiakaslähtöisyyden kautta. (Anttonen – Haveri – Lehto – Palukka 2012: 52 – 53.)

### 3.1.1 Asiakaslähtöinen toiminta

Asiakaslähtöinen toiminta edellyttää sujuvaa kommunikaatiota ja tiedonsiirtoa, jotta pystymme vastaamaan paremmin asiakkaiden odotuksiin ja kokemuksiin palveluista. Asiakkaan tietoisuuden kasvaessa tarvitsemme uudentyyppistä viestintää, mitä olemme tottuneet tekemään. Asiakkaalla tulee olla vaikutusmahdollisuus omaan hoitoon ja saamaansa palveluun, vaikka vastakkain asetetaan yleensä ammattilainen ja ”potilas”( Virtanen ym. 2011: 27).

Virtasen ym. (2011) mukaan asiakaslähtöisyyden perimmäinen olemus sosiaali- ja terveyssektorilla voidaan tiivistää neljään keskeiseen ulottuvuuteen (kuviot 2). Siinä nähdään asiakaslähtöisyys toiminnan arvoperustana, joka perustuu ihmisarvoisuudelle. Asiakasta ei nähdä passiivisena palveluiden kohteena, vaan hän on aktiivinen toimija. Asiakaslähtöisessä toiminnassa toiminta tapahtuu asiakkaan tarpeista käsin, sillä hän on oman elämänsä asiantuntija. Tällöin hän on myös palveluprosessissa yhdenvertainen työntekijän kanssa. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaan muuttuessa toiminnan subjektiksi, tulee hän tarvitsemaan riittävästi tietoa mahdollisuuksista ja tarjolla olevista vaihtoehdoista itseään koskevaan päätöksentekoon (Pekurinen – Räikkönen – Leinonen 2008: 20). Asiakkaan sanotaan olevan sitoutuneempi ja motivoituneempi silloin, kun on voinut itse osallistua toiminnan suunnitteluun (Järvikoski – Härkäpää 2011: 194 - 201).



Kuvio 2. Asiakaslähtöisyyden rakennuspuut (Virtanen ym. 2011.)

Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja valinnanvapaus ovat keskeisiä asiakaslähtöisyyttä määrittäviä tekijöitä. Asiakaskeskeisyyden kehittäminen auttaa vastaamaan moneen sosiaali- ja terveyssektorin uudistamistarpeeseen. Asiakaslähtöiset toimintatavat auttavat lisäämään työntekijöiden ja asiakkaiden tyytyväisyyttä, palveluiden kustannustehokkuutta ja hoidon vaikuttavuutta. (Virtanen ym. 2011: 10.) Asiakaslähtöisyys on palveluiden parantamisen perusajatus. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812). Myös ns. Vanhuspalvelulaissa sanotaan, että ikäihmisellä tulee olla vaikutusmahdollisuus sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan sekä mahdollisuus osallistua valintoja koskevaan päätöksentekoon (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980). Asiakkaiden tarpeisiin ja ongelmiin tulee osata vastata, sekä muistaa palvelujen käyttäjien osallistumisen mahdollisuudet (Sitra 2015/92). Organisaation tulee ymmärtää asiakkaiden tarpeet kokonaisuutena ja pystyä tuottamaan palvelut tarkoituksenmukaisesti ja niin, että palvelut ovat laadukkaita sekä käytettäviä (Stenvall ym. 2012: 154).

### 3.1.2 Asiakslähtöiset palvelut

Asiakkaan merkitys sosiaali- ja terveystalvissa on laajasti tunnustettu asia, mutta siitä huolimatta organisaatiot luovat ja määrittelevät asiakslähtöisyyttä omista tarpeista ja intresseistä käsin. Hoitoprosesseja kehitettäessä ammattikuntakeskeisestä ajattelutavasta tulee pyrkiä eroon ja potilas tulee nähdä osana hoitoprosessia. Jotta asiakkaan itsemääräämisoikeus ja yhdenvertaisuus palveluissa toteutuisi, täytyy asiakkaan osallisuus nähdä palveluissa resurssina ja toimijana palvelun kohteen sijaan. Asiakkaan osallistuminen syntyy vuorovaikutuksen kehittämisen tuloksena. (Virtanen ym. 2011: 29.)

Asiakkaiden ja potilaiden aseman vahvistuminen ja valinnanvapauden lisääntyminen tulee olemaan palvelurakenteiden muutoksessa huomattava haaste. Asiakkaiden ja potilaiden mukaan ottamista palveluiden kehittämiseen tulee painottaa, mutta samalla muistaa, että osallisuuden ja valinnanvapauden lisääminen saattaa haastaa sosiaali- ja terveydenhuollon perinteiset toimintatavat ja rakenteet. Asiakkaan asema ja asiakasohjaus vahvistuvat valinnanvapauden lisääntyessä. Palvelusetelit ja henkilökohtainen budjetointi muuttavat ohjausjärjestelmiä asiakaskeskeisempään suuntaan. Tutkimukset osoittavat, että asiakkaan osallisuuden asteella on vaikutusta asiakkaan aktiivisuuteen. Itsemäärääminen on edistänyt toimintaan sitoutumista (Kaseva 2011: 45).

Asiakkaiden ja palvelujen käyttäjien tarpeiden kannalta tarkasteltuna sosiaali- ja terveystalvisten uudistaminen ei ole yksiselitteistä eikä mustavalkoista, sillä asiakkuus merkitsee erilaisia asioita ja sitä voidaan tulkita ja käsitteellistää monin eri tavoin. Asiakkaan asema tai rooli on erilainen, kun tarkastellaan asiakkaiden asemaa juridisena kysymyksenä, palvelujen käyttäjän asemaa kuluttajana tai palvelujen käyttäjän asemaa hallinnollisissa käytännöissä. (Stenvall – Virtanen 2012: 142 -143.)

Sosiaali- ja terveystalvisten erityispiirteisiin kuuluu se, että ne ovat monimutkaisia, täyttävät perustarpeita ja että monesti käyttäjät ovat hyvin haavoittuvia. Palveluntarjoajilla on suuri ylivoima asiakkaaseen nähden osaamisessa sekä laatuun, että voimavarojen käyttöön liittyvissä kysymyksissä. Palveluntarjoajilla on usein enemmän tietoa esimerkiksi vaihtoehtoisista toimenpiteiden suoritustavoista. Hyvä palvelu on kuitenkin nähtävä sosiaali- ja terveydenhuollon laadun perustana. Potilaiden ja omaisten tiedonsaannin ja vuoropuhelun tarpeeseen tulee kiinnittää huomiota. (Stødstad 2016:42.)

### 3.2 Vuorovaikutus

Vuorovaikutuksen sanotaan olevan taito, jota voi oppia ja opiskella, mutta koskaan ei ole täysin oppinut. Vuorovaikutustaitoja opitaan ihmisiä kohtaamalla sekä oppimalla omista onnistumisista ja epäonnistumisista. Vuorovaikutuksen haaste on, että ihmiset ajattelevat asioista eri tavalla ja asiat saavat erilaisia merkityksiä. Näillä merkityksillä on vaikutusta ihmisten ajatteluun ja toimintaan. Vuorovaikutuksen onnistuminen edellyttää itsensä johtamisen taitoa. Puhumisen lisäksi vuorovaikutuksen onnistuminen edellyttää kuuntelemista ja moniäänisyyden hyväksymistä. (Mäkisalo – Ropponen 2011: 100 - 103, 168.) Toimiva vuorovaikutus on terveydenhuollon asiakaspalvelutyössä olennaista.

Vuorovaikutusta on määritelty monin tavoin. Kurtti (2012) määrittelee vuorovaikutuksen prosessiksi, joka on ihmisten välistä, jatkuvaa ja tilanteista riippuvaista. Tämän tulkintaprosessin aikana viestitään ja vaikutetaan muihin, sekä luodaan yhteyksiä toisiin, samalla saaden arviota omasta toiminnasta. Vuorovaikutus muotoutuu erilaisten sosiaalisten toimintayhteyksien mukaisesti ja siihen liittyy oleellisesti viestintä eli kommunikaatio. Vuorovaikutukseen tarvitaan aina vähintään kaksi henkilöä. (Kurtti 2012:15.)

Kommunikaatio nähdään vuorovaikutuksen ytimenä, jonka tehtävänä on tiedon välittäminen ja ihmissuhteiden rakentaminen. Kommunikaatio voi olla sanatonta tai sanallista. Sanallisen kommunikaation haasteina voi olla se, että sanojen merkitykset avautuvat toiselle eri lailla kuin oli tarkoitettu tai yksilön kyky ilmaista itseään on rajallista. Kommunikaatiosta suurin osa on kuitenkin sanatonta. (Kurtti 2012: 51.)

Aira (2012) määrittelee väitöskirjassaan vuorovaikutuksen ihmisten välillä tapahtuvaksi merkitysten luomiseksi, jakamiseksi, vaihtamiseksi ja neuvottelemiseksi. Merkitykset koskevat käsiteltävää asiaa, ihmisten käsityksiä itsestä, ympäristöstä ja suhteesta vuorovaikutuksen toiseen osapuoleen. Vuorovaikutus on näin ollen kognitiivinen prosessi ja sekä havaittavissa olevaa viestintäkäyttäytymistä. (Aira 2012:22.)

Airan (2012) mukaan yhteistyön toimivuutta voidaan tarkastella vuorovaikutuksen kautta. Kuntoutuskokousta voidaan kutsua toimivaksi yhteistyöksi, sillä se on kaikille osapuolille sopivaa yhteistyötä ja tavoitteita toteuttavaa toimintaa. Toimiva yhteistyö edellyttää, että vuorovaikutus on aktiivista ja tavoitteellista. Työelämässä vuorovaikutussuhteita leimaa usein tehtäväkeskeisyys. Tällöin vuorovaikutussuhteet rakentuvat yleensä jonkin työhön



liittyvän tehtävän ympärille. Vuorovaikutussuhteesta voidaan puhua vasta kun vuorovaikutus on toistuvaa tai sillä on merkitystä itselle. Vuorovaikutussuhteiden tulee edistää yhteistyötä, ei päinvastoin. (Aira 2012: 51 - 54.)

### 3.2.1 Vuorovaikutus kokoustilanteessa

Kuntoutuskokous on yhteistyöpalaveri, jota ohjaa tietty sääntöihin ja rooleihin sidottu vuorovaikutusjärjestys. Kuntoutuskokous eroaa virallisesta kokouksesta siinä, että kuntoutuskokouksessa päätökset eivät voi syntyä ilman keskustelua. Kuntoutuskokous edellyttää neuvottelevaa työskentelytapaa, jossa osallistujilta edellytetään kykyä löytää yhteisymmärrys eri näkemyksistä (Kansanen 1999: 11). Kuntoutuskokouksessa on piirteitä kokouksen, neuvottelun ja palaverin käytännöistä. Tavoitteet ja toivottu lopputulos ohjaavat lopulta kokoontumisen luonnetta. Neuvottelut ovat vapaamuotoisempia kuin kokoukset. Neuvotteluissa pyritään keskustellen ja sovitellen kaikkia osapuolia tyydyttävään ratkaisuun ilman ennalta määriteltyjä menettelytapoja. Neuvottelu eroaa palavereista siinä, että palavereita ei valmistella yleensä ennakoon ja niissä syntyneet sopimukset eivät ole yhtä sitovia. Neuvotteluissa ei yleensä ole puheenjohtajaa, ainoastaan asian esittelijä. (Roivas – Karjalainen 2013: 137.) Yhtenäistä näille kokoontumisille on se, että turvataan osallistujien vaikutusmahdollisuudet ja riittävä osallistuminen. Kokoukset, neuvottelut ja palaverit ovat vuorovaikutustilanteita, joissa on tärkeää tavoitella avoimen ja myönteisen vuorovaikutussuhteen syntymistä ja ylläpitämistä. Avoimella ilmapiirillä on suuri merkitys onnistumisen kannalta.

Neuvotteleva ja yhteistoiminnallinen asenne osallistujien kesken on toiminnan laadun kehittämisen ja ylläpitämisen lähtökohta. Tämä ei ainoastaan riitä, vaan on huomioitava, että kuntoutuskokouskäytäntöjen kehittäminen ja suunnittelu ovat herkkää ja kokonaisvaltaista. Pelkästään hyvällä vuorovaikutuksella ei saada laadukasta palvelukokemusta aikaiseksi, vaan siihen vaikuttavat myös tilat ja tilasuunnittelu. (Stenvall – Virtanen 2012: 65.) Huomioimmeko missä kuntoutuskokous pidetään tai että, onko kuntoutuskokouksessa tietty istumajärjestys, joka mahdollisesti heijastaa organisaation valtarakenteita. Lisäksi työyhteisöissä toimii erilaisia ihmisiä, joilla on erilaisia käsityksiä elämästä ja työstä. Keskustelun avulla onkin tärkeää saada esille erilaisten käsitysten kirjo, jotta pystytään saamaan erilaiset näkökulmat esille ja luomaan yhteistä todellisuutta. Vuorovaikutuksella pyritään laajentamaan näkemyksiä sekä oppimaan toinen toisilta (Mäkisalo-Ropponen 2011: 99).

Kuntoutuskokoukseen osallistuu monia toimijoita eri ammattiryhmistä. Kokouksen sujuminen ja toimivuus riippuvat pitkälti työntekijöiden asenteista ja välittämisestä. Hyvä keskinäinen vuorovaikutus, toisia arvostava kohtelu ja palveluasenne ovat oleelliset yhteistyön ominaisuudet (Suhonen – Röberg – Hupli 2015). Laadukas kuntoutuskokous on asiakaslähtöinen ja asiakkaan tilannetta ymmärtävä tapahtuma, jossa jokaisella kokoukseen osallistuvalla on vastuu ja mahdollisuus toimia. Ryhmässä tapahtuva pohdinta on tärkeää, sillä erilaisten käsitysten ja kokemusten käsittely korostuvat aiempaa enemmän erilaisissa ratkaisutilanteissa (Kansanen 1999:10). Ryhmässä on myös kyettävä tekemään päätöksiä ja on mieltävä sellaisia ratkaisuja tai päätöstä, johon kaikki voivat sitoutua (Mäkisalo 2003: 94). Kokoukseen valmistautumiseen tulisi näin ollen panostaa, sillä se muodostaa perustan asian asioiden käsittelylle ja päätöksenteolle (Niipola – Rauramo 2008: 6).

Ajantasainen ja jatkuva tiedonkulku on keskeistä toimivassa palvelukokonaisuudessa. Kokouskäytännöt vievät merkittävästi työaikaa kaikilta työyhteisön jäseniltä, joten toiminnan tuloksellisuuden kannalta on järkevää, jos kaikki osallistujat tuntevat kokouskäytännön. Kokoustoiminta edellyttää vuorovaikutustaitojen soveltamista yhteistoiminnan tavoitteellisen työskentelyn muotoihin (Kansanen 1999:11). Vuorovaikutus vaikuttaa merkittävästi kokousten hyödyllisyyteen. Sujuva viestintä edesauttaa ajatusten vaihtoa, jolloin vuorovaikutuksesta voi muotoutua työyhteisön aito resurssi. (Surakka 2006: 78.) Suuntaamalla huomiota vuorovaikutukseen saamme mahdollisuuden tarkastella organisaation toimintaa ja sen ihanteita tarkemmin. Vuorovaikutustutkijat ovat Puurtion ja Kykyrin (2015) mukaan kiinnostuneita siitä, miten asiakaslähtöisyys näkyy niissä tilanteissa, joissa sen odotetaan toteutuvan, kuinka asiakkaan puheeseen vastataan, miten yhteistyöstä asiakkaan kanssa neuvotellaan sekä millä käsitteillä asiakkaan kanssa keskustellaan. Tuleeko asiakkaan näkökulma näkyväksi, perustelluksi ja oikeutetuksi erilaisissa virallisissa kokouksissa ja kuinka niissä puhutaan asiakkaasta (Puurtio – Kykyri 2015: 58).

Kokoustilanteessa vuorovaikutus rakentuu hetki hetkeltä edeten. Siinä osallistujat orientoituvat sosiaaliseen tilanteeseen kontekstuaalisen tiedon pohjalta sekä reagoimalla muiden osallistujien tekoihin. Kokoustilanne on yhteistoimintaa ja keskinäistä koordinaation harjoittamista, jossa puheenvuoro siirtyy toiselle, se keskeytetään tai puhutaan päälle. (Puurtio – Kykyri 2015: 64.) Nämä kokoukseen osallistumisen muodot siirtyvät

perimätietona vanhoilta työntekijöiltä uusille, sillä organisaatiokulttuurin sanotaan olevan myös perittyä. Uusi työntekijä oppii hämmästyttävän nopeasti, miten palaverissa toimitaan tai millä käsitteillä niissä keskustellaan. Osallistumisen muodoilla ei ole välttämättä näin ollen mitään suoranaista perustetta. Tavoitela kuitenkin on, että kulttuuriin sisältyvät sosiaaliset rituaalit ovat tarkoituksenmukaisia ilman erityisiä ponnisteluja. (Puro 2002: 150.) Aikojen kuluessa muotoutuneet käytänteet vaikuttavat siis siihen, miten kokoustapahtumassa edetään. Pyrkimys on, että kaikilla osallistujilla on samanlaiset mahdollisuudet vaikuttaa ja että kokous etenisi jouhevasti ja ripeästi. (Andersson – Kylänpää 2002: 134.)

Kokoustilanteessa on tärkeää, miten keskusteluja käydään ja millaisia asioita niissä käsitellään. Pienetkin tauot ja ynähtelyt vaikuttavat vuorovaikutuksen rakentumiseen, sillä ne mahdollistavat vuoron vaihdon ja toimivat niin sanottuina minimipalautteina puhujalle ja informaationa muille osallistujille. (Puurtio – Kykyri 2015: 64.) Monet kommunikaatioon liittyvät ongelmat syntyvät siksi, että kuuntelijat vähättelevät kuulemaansa, pitävät asioita itsestäänselvyyksinä ja yksinkertaisina tai unohtuvat ajattelemaan aivan muita asioita. Kommunikaatio on tehokasta silloin, kun vastaanottaja ymmärtää sanoman sellaisena ja yhtä tarkasti kuin lähettäjä on sen tarkoittanut. Täytyy muistaa, että ihmiselle on luontaista luoda ja tulkita merkityksiä myös silloin kun emme puhu. Useat lähettämistämme viesteistä ovat tahattomia. Kuuntelutilanteisiin saattaa liittyä oletuksia tai saatamme poimia vain meille mieluisat asiat tai päinvastoin. (Heikkilä, J. – Heikkilä, K. 2001: 106; Dunderfelt 2016: 127.) Nonverbaali viesti ilmaisee merkityksiä, muokkaa verbaalista viestiä ja säätelee vuorovaikutuksen kulkua. Tutkijoiden mukaan jopa 60 – 90 % välittämestämme viestinnästä on nonverbaalia viestintää (Anderson – Kylänpää 2002:15; Munter – Hamilton 2014:113). Sanattoman viestinnän piiriin kuuluu niin sanottu peilautumisilmiö, jolla tarkoitetaan sitä, että keskenään kommunikoivat ihmiset alkavat huomaamattaan matkia toisiaan esimerkiksi ilmein ja elein. Tätä virittyneisyyttä kannattaa käyttää tietoisesti hyväkseen, koska sen tiedetään edesauttavan keskustelua (Väisänen – Niemelä – Suua 2009: 31). Keskusteluun osallistujien eleiden ja liikkeiden samansuuntaisuus kertoo yhteisymmärryksen lisääntymisestä (Hirvihuhta – Litovaara 2009: 75).

Kokoustilanteessa osallistujat vaikuttavat toisiinsa sekä tiedostamattomasti että tietoisesti. Välitön palautteen saaminen ja antamisen mahdollisuus muokkaavat osallistujien käyttäytymistä ja keskustelun etenemistä. Vaarana on yksisuuntainen viestiminen, jossa

ei oteta huomioon toisten viestejä tai ei edes anneta mahdollisuutta toisille omien viestien lähettämiseen. Näin tasavertaisen kanssakäymisen mahdollisuudet kaventuvat ja hedelmällistä vuorovaikutusta ei pääse syntymään. Onnistunut kokoustilanne riippuu paljon siis siitä, millainen vuorovaikutus kokoukseen osallistujien välille syntyy. Avoimessa ja vapautuneessa ilmapiirissä ihmiset uskaltavat ilmaista ajatuksiaan ja eriäviä mielipiteitä sekä osallistua kokoukseen. Tällöin luonnollisesti edistetään asioiden käsittelyä ja tavoitteisiin pääsemistä. (Jattu-Wahlström – Kallio 1992: 15.) Osallistumisessa on kysymys vaikuttamisesta siihen työjärjestelmään, jonka osa yksilö on. Osallistuminen vaikuttaa työsuoritukseen ja työssä jaksamiseen, sillä osallistuminen on informaation, tiedon, valtuuksien ja vallan uudelleenjakoa organisaation sisällä. (Borgman – Packalen 2002: 87.)

Kokoustilanteen tulisi olla keskusteleva, jossa ihmiset ajattelevat yhdessä ja heidän välillään vallitsee luottamuksellinen suhde. Yhdessä ajatteleva tarkoittaa, että ihmistä ei aseteta tärkeysjärjestykseen tai ettei kukaan huolehdi vain omasta asemastaan keskustelussa. Dialogi on omien näkemysten jakamista, jotta ymmärtäisimme toisiamme paremmin. Reflektoidulla yhdessä voidaan tuottaa uutta ilmettä koko organisaatioon, mutta ennen kaikkea löytää asiakasta parhaiten palvelevat vastaukset. (Heikkilä, J. – Heikkilä, K. 2005: 202.)

Kokoustilanteen johtamisella on merkitystä kokouksen onnistumiselle. Anneli Hujala (2008) on väitöskirjassaan todennut, että johtaminen rakentuu vastavuoroisessa, keskusteluun ja kieleen perustuvassa vuorovaikutuksessa. Siinä johtamisen moniäänisyydellä tarkoitetaan erilaisten näkökulmien läsnäoloa, esilletuloa ja hyödyntämistä johtamisessa. Moniäänisyydestä kertoo kokemusten vaihto, asioista keskustelu ja keskustelun vastavuoroisuus.

### 3.2.2 Vuorovaikutus organisaatiokulttuurissa

Kommunikaatio on olennainen osa organisaatiokulttuuria. Organisaation kommunikaatiokulttuuri näkyy ja tuntuu jokaisen käyttäytymisessä peilaten ajan henkeä. Elävä ja rohkea kommunikaatiokulttuuri mahdollistaa nopean informaation välittämisen ja ylläpitää keskinäistä vuorovaikutusta organisaation sisä- ja ulkopuolella. Organisaatio tarvitsee monitasoista, esteetöntä ja monisuuntaista kommunikaatiota kehittyäkseen. Perinteisen

keskustelun sijaan tulisi pyrkiä avoimeen dialogiin. (Heikkilä, J. – Heikkilä, K. 2005: 201 - 205.)

Organisaatiokulttuuri on aina opittua. Henkilöstö oppii kuukausien ja vuosien myötä tavun ja kielen, jolla omassa työyhteisössä puhutaan. Organisaation strategian kannalta on keskeistä miettiä, onko kielen käyttöön liittyvä kulttuuri mielekäs, sisältääkö se ammattitermejä ja slangia, jota on vaikea ymmärtää. Toisaalta ammattislangi on tärkeä osa työyhteisön omaa identiteettiä, asiantuntijuutta ja ammattitaitoa, mutta toisaalta se saattaa rajoittaa yhteistyömahdollisuuksien muodostumista. (Puro 2002: 149.)

Vuorovaikutuksen rakenteiden ja merkityksen laaja tarkastelu organisaation ja palvelujärjestelmien näkökulmasta on perusteltua, sillä vuorovaikutustilanteissa käytetty kieli tulee nähdä resurssina, jolla rakennetaan uusia toimintakäytäntöjä. Osapuolten mahdollisuudet vaikuttaa kielelliseen resurssiin tosin vaihtelevat. Vuorovaikutuksen rakenteiden ja resurssien merkitystä tarkastellaan kriittisessä diskurssianalyysissä (CDA) sekä Foucaultin kriittisessä diskurssinäkökulmassa. Näissä näkökulmissa vuorovaikutuksen nähdään ilmentävän organisatorista valtaa ja toimijoiden erilaisia sosiaalisia asemia. Vuorovaikutus nähdään myös tekoina, jotka liittyvät organisaation ja sen jäsenten toimintakäytäntöihin ja historiaan. (Syväjärvi ym. 2016: 31, 41.)

#### **4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Helsingin kaupungin kaupunginsairaalan kuntoutuskokouskäytännön sujuvuutta ja vaikuttavuutta sairaanhoitajien kokemana. Tavoitteena on tuottaa kehittämis ehdotuksia kuntoutuskokouskäytänteisiin ja kuntoutuskokouksen sujuvuuteen sekä tuottaa tietoa kuntoutuskokouksen kehittämiseen.

Kuntoutuskokouksen kehittäminen ja uudistaminen ovat perusteltuja, sillä kuntoutuskokous on oleellisessa osassa potilaan hoitoprosessissa. Kuntoutuskokouksessa eri alojen mielipiteiden pohjalta muodostetaan yhteinen näkemys potilaan hoitojakson tavoitteista ja keinoista. Potilas saa konkreettista hyötyä, jos hänen tarpeisiinsa ja ongelmiinsa osataan vastata. Opinnäytetyö on osa sairaanhoitaja YAMK opintoja, joten kuntoutuskokouskäytänteiden tarkastelu rajataan tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien näkökulmaan.

Opinnäytetyössä vastataan seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on kuntoutuskokouksen sujumisesta?
2. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on kuntoutuskokouksen vaikuttavuudesta potilaiden kotiuttamiseen?

## 5 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyön toteuttaminen pohjautuu organisaation strategioihin ja linjauksiin. Helsingin kaupungin strategiaohjelma 2013 – 2016 painottaa muun muassa palvelukulttuurin uudistamista sekä palveluiden tuottavuuden ja saatavuuden parantamista. Kuntoutuskouso- kouskäytännön kehittämällä ja uudistamisella pyritään tehostamaan niin ajallisesti kuin tiedollisesti potilaan saamaan hyvää palvelua sekä samalla turvaamaan palveluketjun sujuvuus.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin Laakson sairaalassa, joka on yksi Helsingin kaupungin Kaupunginsairaaloista. Työskentelen itse Laakson sairaalassa, joten opinnäytetyö oli luontevaa tehdä sinne. Oma kokemukseni kuntoutuskokoukseen osallistumisesta ja toimimisesta innoitti aiheen pariin.

Tämä opinnäytetyöprosessi aloitettiin elokuussa 2016 aiheen suunnittelulla ja rajauksella. Aiheen varmistuttua myös työnantajan edustaja oli kiinnostunut ja lupasi tukensa opinnäytetyön tekemiselle. Syksy 2016 oli teoriaan tutustumista ja tutkimussuunnitelman tekoa. Tutkimussuunnitelma oli valmis joulukuussa 2016 ja tutkimuslupa myönnettiin Helsingin kaupungilta 27.12.2016. Haastattelut toteutettiin helmi – maaliskuun aikana 2017. Loppukevät ja kesä 2017 olivat tutkimustulosten avaamista ja analysointia. Syksyllä 2017 opinnäytetyön kirjoitustyö jatkui teoriaa täydentäen. Opinnäytetyö valmistui palautettavaan muotoon lokakuussa 2017.

### 5.1 Tutkimusmenetelmä

Tässä opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmetodina laadullista eli kvalitatiivista tutkimusta, koska opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia kun-

toutuskokouskäytänteiden sujuvuudesta ja saada tietoa kuntoutuskokouksen kehittämiseen. Tässä opinnäytetyössä ei pyritty tilastollisiin yleistyksiin, vaan pyrittiin kuvaamaan kuntoutuskokousta ilmiönä sekä ymmärtämään ja löytämään tarkoituksenmukainen tulkinta tutkittavalle ilmiölle. Tällöin on tärkeää, että sairaanhoitajat, joilta tietoa kerättiin, tunsivat tutkittavan ilmiön tai että heillä oli kokemusta asiasta. (Tuomi – Sarajärvi 2004: 87- 88.)

Laadullisessa tutkimuksessa korostuu ihmisten kokemusten, käsitysten, tulkintojen ja näkemysten kuvaus. Laadullinen tutkimus liittyy vahvasti uskomuksiin, asenteisiin ja käyttäytymisen muutoksiin, joten laadullisen tutkimus sopii kuvaamaan sellaisia tutkimusalueita, joista emme tiedä juuri mitään. Laadullinen tutkimusote sopii myös tutkimusalueeseen silloin, jos etsitään uutta näkökulmaa asiaan tai asiaa halutaan tutkia ymmärtämisen näkökulmasta. Näiden eri lähestymistapojen yhdenmukaisena tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009:50.)

Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että asioita tarkastellaan luonnollisissa olosuhteissa yksilön toiveita ja tuntemuksia kuunnellen. Laadullinen tutkimus liittyy yleensä tilanteisiin, joissa edellytetään, että aineiston keruun paikat, tilanteet tai hoitoyhteisöt kuvataan tarkasti. Tutkimusasetelmat ovat laadullisessa tutkimuksessa joustavia, jolloin tiedonkeruu ja aineiston hakeminen voi kehittyä tutkimusprosessin aikana. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009:51.)

Laadullista lähestymistapaa käytettäessä tutkija pyrkii löytämään keräämästään aineistosta yleisiä yhtäläisyyksiä. Yhtäläisyyksien pohjalta tutkija luo alustavia ehdotuksia käsitteistä ja lopulta päätyy yhtenäiseen, sisäisesti loogiseen käsitteen määrittelyyn. (Janhonen – Mikkonen 2001:15.) Tutkijan täytyy kyetä hahmottamaan oman tietoisuutensa kehittyminen tutkimuksen kuluessa, sillä laadullista tutkimusta voidaan luonnehtia prosessiksi, jonka eri vaiheita ei voi välttämättä etukäteen jäsentää. Tutkimustehtävää tai aineistonkeruuta koskevat ratkaisut voivat hahmottua vähitellen tutkimuksen edetessä. Tällä tutkimusotteen avoimuudella tutkija pyrkii tavoittamaan tutkittavien näkemyksen tutkittavasta ilmiöstä tai ymmärtämään ihmisen toimintaa tutkittavassa ympäristössä. (Kiviniemi 2010: 70.)

Kiviniemen (2010) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tutkimusasetelmia koskevan rajaamisen tarpeellisuutta on aiheellista korostaa. Kaikkea tutkimusaineistosta kerättyä ei kannata sisällyttää varsinaiseen tutkimusraporttiin, vaan rajaamalla pyritään löytämään mielekäs ja selkeästi rajattu ongelmanasettelu. Tutkijan oma mielenkiinto ja tarkastelunäkökulma vaikuttavat aineistonkeruuseen ja kerätyn aineiston luonteeseen. Laadullisessa aineistossa todellisuus siis välittyy tutkijan tulkinnallisten tarkasteluperspektiivien välittämänä eikä kuvaa sellaisenaan todellisuutta. Rajaamisessa on myös kyse tulkinnallisesta rajauksesta. (Kiviniemi 2010: 73.)

## 5.2 Aineiston keruu

Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelulla pyrittiin keräämään sellainen aineisto, jonka pohjalta voidaan tehdä luotettavasti tutkittavasta ilmiöstä johtopäätöksiä. Haastattelutilanteessa vuorovaikutus rakentuu ihmisten sanoista ja niiden kielellisestä merkityksestä ja tulkinnasta. (Hirsjärvi – Hurme 2004:48, 66.)

Aineiston hankinta tapahtui harkinnanvaraisesti, niin että tutkimukseen valikoitui henkilöitä, joilla on kokemusta kuntoutuskokouksesta ja jotka suostuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti. Tavoite oli, että tutkimukseen osallistujat kertovat omin sanoin kuntoutuskokoukseen liittyvistä kokemuksistaan. Haastattelupyyntö ja tutkimustiedote lähetettiin Laakson sairaalan osastojen osastonhoitajille, jotka välittivät haastattelupyynnön ja tutkimustiedotteen eteenpäin oman osaston sairaanhoitajille. Laadullisessa tutkimuksessa haastatteluun osallistuneiden valinta ei perustu aineiston kylläntymisen tavoittelemiseen, vaan kylläntyminen (saturaatio) liittyy haastatteluun osallistuneiden koettujen merkitysten ja yhteisten kokemussisältöjen löytämiseen (Janhonen – Nikkonen 2001: 127). Haastatteluihin osallistuneet sairaanhoitajat olivat iältään 23–58 vuotiaita naisia, joilla oli työkokemusta 3–30 vuoteen. Kuntoutuskokous kokemusta kaikilla oli 1–20 vuoteen.



Taulukko 1. Haastateltavien taustatiedot (n = 9)

Taustatiedot	n
Sukupuoli	
Nainen	9
Mies	0
Ikä	
20 - 30	1
31 - 40	2
41 - 50	3
51 - 60	3
Työkokemusta vuosina	3 - 30 v
Kuntoutuskokous kokemusta vuosina	1 - 20 v

Tutkimusaineisto koottiin haastattelemalla yhteensä yhdeksää sairaanhoitajaa yksilöhaastatteluina, sillä yksilöhaastattelu mahdollistaa luottamuksellisen aineistonkeruutilanteen. Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja tietoiseen suostumukseen. Haastateltaville kerrottiin, mikä on tutkimuksen luonne ja että he voisivat kieltäytyä tai keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin vain. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 1997: 27.) Haastateltaville kerrottiin, että aineisto hävitetään sen jälkeen, kun se on auki kirjoitettu. Haastattelutilanteen alkuun haastateltaville kerrottiin myös haastattelun teemat ja haastattelutilanteen kulku. Haastattelussa käytettiin tarvittaessa teemoihin liittyvää haastattelurunkoa apuna haastattelutilanteen sujumisen takaamiseksi (liite 1).

Haastattelut suoritettiin helmi – maaliskuun aikana 2017. Tutkimusaineisto koottiin sairaalan tiloissa, sairaanhoitajien omilla osastoilla ja haastattelutilannetta varten varatulla tilalla. Yksi haastattelu suoritettiin haastattelijan omalla osastolla. Haastattelut suoritettiin haastattelijan ja sairaanhoitajien osalta heidän työaikanaan. Haastateltavat haastateltiin kerran ja jokaiseen haastatteluun varattiin tunti aikaa. Haastatteluihin kului aikaa keskimäärin 20 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin sanatarkasti auki. Sanasanaan puhtaaksikirjoitus eli litterointi tehtiin koko haastatteludialogista. (Hirsjärvi – Hurme 2004: 138.) Litteroitua tekstiä kertyi 56 sivua.

Haastattelun teemoja ohjasivat opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Teemat rakennettiin opinnäytetyöntekijän työkokemuksen ja tutkimusaiheeseen perehtymisen pohjalta. Haastatteluissa oli kaksi pääteemaa: kuntoutuskokouksen sujuvuus ja kuntoutuskokouksen vaikuttavuus.

### 5.3 Aineiston sisällönanalyysi

Aineiston analyysimenetelmäksi valikoitui sisällönanalyysi, sillä sen avulla pyritään tiivistämään aineistoa ja löytämään aineiston kuvauksista merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009, 134). Sisällönanalyysi perustuu tulintaan ja päättelyyn. Sen avulla on tarkoitus luoda selkeä sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi – Sarajärvi 2004: 110.) Sisällönanalyysissä on olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. (Janhonen – Nikkonen 2001: 23.)

Sisällönanalyysi-prosessista muodostuu erilainen riippuen siitä, perustuuko analyysi induktiiviseen tai deduktiiviseen päättelyyn. Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi toteutettiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Induktiivisessa sisällönanalyysissä sanat luokitellaan niiden teoreettisten merkitysten perusteella ja se perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen ongelmanasettelu ohjaa. Induktiivisessa päättelyssä noudatetaan loogisia sääntöjä ja siirrytään konkreettisesta aineistosta sen käsitteelliseen kuvaukseen. (Janhonen – Mikkonen 2001:24.) Sisällönanalyysi ei ole kovin formuloitua ja se ei etene yleensä suoraviivaisesti. Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi yksittäinen lause tai sana. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 135.)

Miles ja Huberin (1984) mukaan aineistolähtöinen laadullinen eli induktiivinen aineiston analyysi on kolmivaiheinen prosessi (kuvio 3), johon kuuluu aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi – Sarajärvi 2004: 110.)

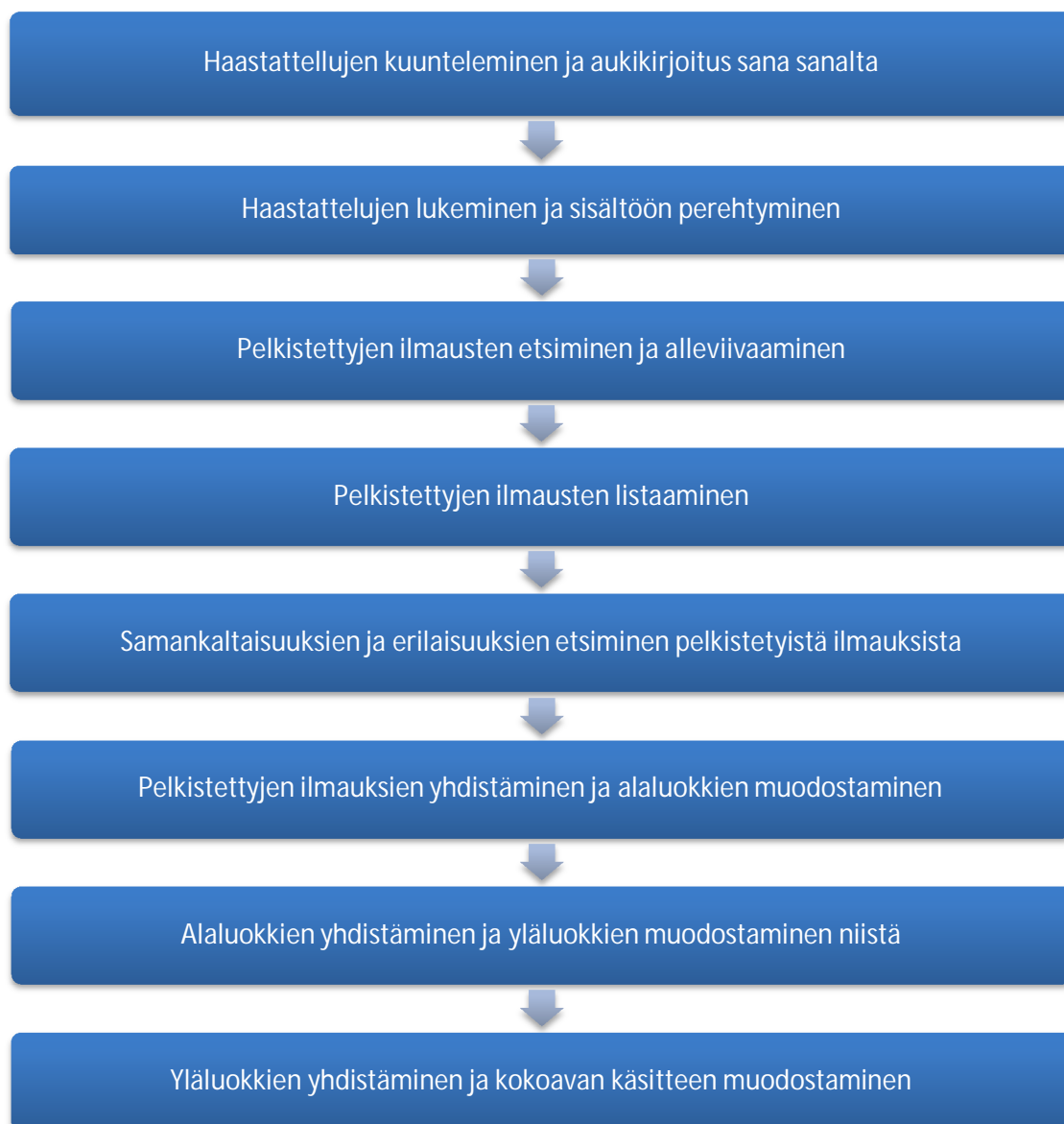


Kuvio 3. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi – Sarajärvi 2004:110)

Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tiivis ja selkeään muotoon järjestetty aineisto kadottamatta kuitenkaan sen sisältämää informaatiota. Tarkoituksena on luoda mielekästä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota informaatioarvon lisäämiseksi, jotta tutkittavasta ilmiöstä voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä. Aineiston analyysi on loogista päättelyä ja tulkintaa, koska alkuun aineisto pilkkotaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudeksi johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi. Laadullisessa aineistossa analyysiä tapahtuu koko tutkimusprosessin ajan. (Tuomi – Sarajärvi 2004: 104.)

Kuviossa 4 esitetään tutkimusaineiston analyysin eteneminen vaiheittain. Tässä opinäytetyössä kokonaiskuvan ymmärtämiseksi litteroitu aineisto tulostettiin ja luettiin läpi useaan kertaan. Auki kirjoitetusta aineistosta etsittiin ilmaisuja, jotka kuvasivat tutkimustehtävän kysymyksiä. Ilmaisuja alleviivattiin ja siirrettiin sen jälkeen peräkkäin erivärisille muistilapuille ja taulukoihin. Informaatio pyrittiin tiivistämään ja pilkkomaan osiin.

Aineistosta nostettuja alkuperäisilmaisuja tutkittiin tarkoin, ja aineistosta haettiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin ja yhdistettiin luokiksi. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alaluokiksi ja edelleen alaluokat ryhmiteltiin yläluokiksi. Käsitteitä yhdistelemällä aineisto tiivistyi ja saatiin muodostettua kokoava käsite tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi. Tämän opinäytetyön lopussa (liite 2) on esimerkkejä sisällönanalyysin etenemisestä.



Kuvio 4. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen vaiheittain (Tuomi – Sarajärvi 2004:111)

## 6 Haastattelujen tulokset

Tässä luvussa esitellään opinnäytetyön tulokset opinnäytetyön teemojen kuntoutuskokouksen sujumuuden ja kuntoutuskokouksen vaikuttavuuden kautta. Aineiston yhteys osoitetaan käyttämällä perinteisesti suoria lainauksia tutkimusaineistosta. Sairaanhoida-

jien näkemyksiä kuntoutuskokouksen sujuvuudesta ja vaikuttavuudesta vuodeosastotyössä tarkasteltiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin kautta. Analyysin avulla muodostui kuva siitä, miten kuntoutuskokouksen sujuminen ja vaikuttavuus voidaan tämän tutkimusaineiston perusteella ymmärtää. Tulokset esitellään tutkimuksesta esille nousevien yläluokkien kautta. Niitä olivat kokemukset valmistautumisesta kuntoutuskokoukseen, kokemukset kuntoutuskokoustilanteesta, kokemukset kuntoutuskokoukseen osallistumisesta ja kokemukset kuntoutuskokouksen päämäärästä. Pääluokaksi muotoutuivat sairaanhoitajien kokemukset kuntoutuskokouksen sisällöstä ja toteutumisesta.

## 6.1 Kuntoutuskokouksen sujuvuus

Kuntoutuskokouksen sujuvuutta edistävinä osa-alueina nähtiin kuntoutuskokoukseen valmistautuminen ja kokoustilanne.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Tiedonkeruu Perehtyminen Potilaan tunteminen	Kokemukset valmistautumisesta kuntoutuskokoukseen	Sairaanhoitajien kokemukset kuntoutuskokouksen sisällöstä ja toteutumisesta
Puheenvuorot Moniammatillinen työnjako Ilmapiiri Vuorovaikutus	Kokemukset kuntoutuskokoustilanteesta	

### 6.1.1 Kokemukset valmistautumisesta kuntoutuskokoukseen

Kuntoutuskokouksen sujuvuuteen vaikuttaa kokoukseen etukäteen valmistautuminen. Keskeisinä asioina valmistautumisessa nousivat potilaan tunteminen ja perehtyminen potilaan taustatietoihin. Kuntoutuskokous on osastoilla kerran viikossa sovittuna päivänä sovittuun kellon aikaan, mutta silti valmistautuminen kokoukseen nähtiin haasteellisenä. Siihen vaikuttaa muun muassa potilaiden sekä hoitajien vaihtuvuus.

*”harvemmin pystyy paneutuu mitenkään, et jos on joku uus potilas niin mä yritän et mä kerkeäisin etes koneelta kattoo niitä taustoja..”*

*”valmistaudun lukemalla potilaiden taustatietoja ja hyvä kun on ollu edellisenä päivänä töissä”*

Hoitajilla ei ole usein etukäteen selvillä kuka hoitajista osallistuu kuntoutuskokoukseen, jolloin valmistautuminen ei aina ole mahdollista. Valmistautuminen nähtiin aikaa vievänä, mutta tarpeellisena potilaan kokonaisvaltaisen tuntemisen kannalta. Kollegiaalisuus, sujuva vuorovaikutus sekä tietojen vaihto ovat oleellisia asioita, jos itse ei tunne potilasta etukäteen.

*”valitaan sillon aamulla siihen kokoukseen sellanen hoitaja joka on ollu eniten siinä modulissa ja tuntee potilaat..”*

*”usein ei oo aikaa valmistautua mitenkään, aika usein itse asiassa”*

*”ideaalitalanne on, että tuntee jo niitä potilaita aiemmin ja on perehtynyt niinku kokonaisvaltaisesti niiden haasteisiin ja ongelmiin”*

*”mä yleensä kysyn läpi sairaanhoitajat et onks jotain sanottavaa tai kysyttävää tai arvioiks ne eri tavalla”*

Potilaan tunteminen käsitettiin konkreettisenä potilaaseen tutustumisena. Hoitaja on tällöin tavannut potilaan etukäteen, keskustellut ja osallistunut potilaan hoitotoimenpiteisiin. Myös omaisiin tutustumisen edesauttaa valmistautumista kuntoutuskokoukseen. Omaisilta saatu tieto koettiin merkitykselliseksi hoitoprosessin etenemiseksi. Potilaan tunteminen koettiin tärkeäksi, jotta potilaan omia kokemuksia voidaan tuoda kokouksessa esille.

*”kyllä täytyy tuntee potilaan et voi mennä kokoukseen, tietty aina auttaa jos oon hoitanut sitä”*

*”en mä tiedä tuleeks sitä puolusteltuu, mut kyl mä koetan niitä toiveita kertoo siellä jos mä tiedän..kun se ei oo itte mukana”*

*”ideaalia on että on vaikka jutellu jo potilaan omaisen kanssa, sit voi viedä tietoo paremmin kokoukseen”*

Valmistautuminen kuntoutuskokoukseen nähtiin myös perehtymisenä potilaan taustatietoihin. Perehtyminen nähtiin potilaan hoitosuunnitelmaan ja hoitokertomukseen tutustumisena. Tärkeäksi koettiin selvittää etukäteen edellisessä kokouksessa sovitut asiat, potilaiden apuvälinetilanne, kotitilanne sekä potilaan sen hetkinen vointi. Perehtyminen on tulosten mukaan potilaan taustojen lukemista hoitokertomuksesta.

*”kyllä sitä vähän yrittää käydä läpi ja kattoo noita hosuja ja muuta mitä on kirjattu ja sovittu ehkä jo edellisessä kuntoutuskokouksessa ja tuota..vähän mieltä”*

*”katson edellisen kokouksen..se on aika paljon sitä, että mä perehdyn sen potilaan siihen mitä siinä välissä on edellisen ja tän tulevan kokouksen välillä..niitä asioita”*

*”tarkistan hoitokertomuksesta miten potilas on liikkunut aiemmin tai onko sillä apuvälineitä”*

*”mä yritän vähän hahmottaa, mä luen raporttia silloin keskiviikkoisin ja luen vähän sieltä että mitä tässä on suunniteltu”*

### 6.1.2 Kokemukset kuntoutuskokoustilanteesta

Kuntoutuskokous nähtiin hyvin asiakeskeisenä tilanteena, jolta toivottiin suunnitelmallisuutta ja konkreettisia asioita. Kuntoutuskokouksen toivotaan olevan foorumi, jossa tehdään selkeitä päätöksiä sekä luodaan potilaan saamalle hoidolle tavoitteita. Tavoitteiden koettiin jäävän usein epäselviksi, varsinkin jos ei tiedetä potilaan jatkohoidon päämäärää.

*”joskus tulee semmonen tunne, että et no oliko tästä nyt mitään hyötyä koko kuntoutuskokouksesta, että se vois olla semmosta täsmällisempää”*

*”sit päädyttiin kuitenkin siihen, että kuntoutus jatkuu ja sitten ei oikein pääse selville, että et onks tällä nyt niinku joku tavoite”*

Kokoustilanteessa korostuu moniammatillisuus ja selkeä työnjako tehtävien kesken. Tarpeelliseksi koettiin nimetä selvästi kuka hoitaa mitäkin.

*”Pääsääntöisesti kokous toimii, mä koen että jokainen hoitaa sitä omaa osaamisaluettaan”*

*”keskustellaan mitä konkreettisesti tehdään, jotta kotiutuminen onnistuis nopeammin ja siinä tavoitteiden mukaisesti että ihan konkreettisia asioita mitä kukakin tekee”*

*”jokainen hoitaa oman ruutunsa, täytyy olla selvät yhteydenotot, jotta asiat ei jää leijumaan”*

Kuntoutuskokouksessa käsiteltäviksi asioiksi nimettiin potilaan sen hetkinen tilanne, potilaan aktiviteetti, toimintakyky ja voimavarat, esteet kotiutumiselle, kotiolot, kotikäynti, jatkokuntoutusasiat sekä lääkeasiat. Sairaanhoidajilla oli tiedossa, että lääketieteelliset asiat käsitellään kuntoutuskokouksen jälkeen tai lääkärinkierrolla, mutta lääkeasiat koettiin joskus tarpeelliseksi hoitaa siinä samalla asioiden eteenpäin sujumiseksi. Toisaalta kokouksen keston ei toivottu venyvän. Kokoustilanne nähtiin sujuvana silloin, jos kokoukselle määritellään selkeä aikaraja ja siinä pysytään ilman tarpeettomia keskeytyksiä. Aikataulussa pysyminen luo pohjan onnistuneelle kokoukselle.

*”eihän se mikään lääkärinkierto ole se kuntoutuskokous, mut et joskus tulee semmosia niinku akuutteja asioita lääkemuutoksiin liittyen”*

*”joskus ne lääkeasiat on tarpeellista hoitaa siinä samassa”*



*”pyritytty siihen, että kokous kestäis 45 minuuttia, mennään reippaasti asiat läpi just ne mitkä kuuluu kuntsariin eikä mitään lääkärinkierron asioita”*

*”kokous venyy jos jollain soi puhelin”*

Kokoustilanne ymmärrettiin vuorovaikutustilanteena, mutta selkeä tuntemusten vaihto ja puheenvuorojen tasapuolinen jakautuminen osallistujien kesken haittaa kokouksen tarkoitusta ja sujuvaa etenemistä. Kokoustilanteen vuorovaikutukseen vaikuttaa hoitajien mielestä työntekijöiden asema organisaation hierarkiassa. Kuntoutuskokouksen puheenjohtajana toimii lääkäri, jolla on suuri merkitys vastuu- ja valtakysymyksissä. Puheenjohtajan roolissa on tärkeää linjaamis- ja päättämistaidot, mutta myös tunneilmaston luominen ja tunteiden huomioiminen. Kokouksen yhteistoiminnallisuus ja moniammatillinen merkitys vähenevät, jos kokouksen kaikki osallistujat eivät saa tai uskalla kertoa omaa näkemystään potilaan tilanteesta. Sujuva kokoustilanne vaatii avoimen ilma-  
piirin.

*”juttu rönsyilee”*

*”lääkärit keskustelelee keskenään, sit ne alkaa keskustelelee lääkemääräyksistä, ei niitä voi keskeyttää”*

*”mielipiteiden ja tuntemustenvaihto jää puuttumaan, lääkäri tekee päätökset ja hoitaja ei uskalla sanoa mielipidettään”*

*”riippuu puheenjohtajasta, tunnelma saattaa olla sit siellä...kaikki vähän tuskastuneita...tunneilmapiiri vaikuttaa sujuvuuteen”*

## 6.2 Kuntoutuskokouksen vaikuttavuus

Tässä opinnäytetyössä kuntoutuskokouksen vaikuttavuus nähtiin kuntoutuskokoukseen osallistumisen ja päämäärän kautta.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄ-LUOKKA
Kirjaaminen Puheenvuorot Potilaan näkemyksen esiintuominen	Kokemukset osallistumisesta kuntoutuskokoukseen	Sairaanhoidtajien kokemukset kuntoutuskokouksen sisällöstä ja toteutumisesta
Päätöksenteko Tiedonkulku Moniammatillinen keskustelu Potilaan kuntoutuminen Potilaan kotiutuminen	Kokemukset kuntoutuskokouksen päämäärästä	

### 6.2.1 Kokemukset osallistumisesta kuntoutuskokoukseen

Kuntoutuskokoukseen osallistuminen nähtiin tehtäväkeskeisenä tilanteena. Hoitajat kertovat oman osuutensa, hoitotyön näkökulman kokouksessa, mutta isona osana nähtiin hoitajalla muodostunut niin sanottu sihteerin rooli. Hoitajien tehtävä on kirjata kokouksilanteesta käsitellyt asiat ylös potilastietojärjestelmään, joka häiritsi osan vastaajan mielestä kokoukseen osallistumista. Tasapuolinen osallistuminen vaatii selkeitä puheenvuoroja osallistujien kesken.

*”jos sä kirjaat sä et tavallaan osallistu, se on hoitajan näkökulmasta vähän huono. Oma osuus jää niin pieneks, et eikä sulla oo niinku vapaata mieltä ja osallistumaan siihen...”*

*”mä oon kirjuriina, et oon kirjannu ylös ja sit oon pyrkiny olee aktiivinen siinä ja tuomaan omaa näkemystä jos pystyn”*

*”kyl mä yritän vaikka mä kirjaan ni sanoa sen niinku jos siin joku jumppari sano tai joku muu sitä asiaa ni sanon sit johonkin väliin”*

Osallistuminen kokoukseen on hoitajien mukaan potilaan puolesta puhumista, jolloin valmistautumisen merkitys korostuu. Hoitajat kertovat hoitotyön näkemyksen aiempien kirjaamisten perusteella tai omiin havaintoihin perustuen. Kokoukseen pyritään tuomaan potilaan ja/ tai omaisen näkemys sen hetkisestä toimintakyvystä, hoidon tavoitteista ja toiveista esimerkiksi jatkohoidon suhteen.

*” siin kokoustilanteessa kertoo potilaan sen hetkisen toimintakyvyn ja sitten ihan miten omaiset on mukana hoidossa ja tota ihan siitä potilaan motivoitumisesta oman hoitonsa aktivoitumiseen... tuon esiin ongelmia mikä kuntoutumisen esteenä...mikä haittaa kotiutumista”*

Tulosten mukaan potilaiden toiveet ja oma näkemys jäävät vähäiseksi, jos hoitaja ei ole valmistautunut kokoukseen, hänellä ei ole riittäviä taustatietoja tai hän ei tunne potilasta etukäteen. Potilas ei ole fyysisesti läsnä kokouksessa, jolloin koettiin, että potilaan osallistuminen omaan hoidon suunnitteluun jää vähäiseksi tai potilas ei näin ollen osallistu lainkaan. Kokous nähtiin henkilökunnan kokouksena, jossa päätökset tehdään potilaan puolesta.

*” kyllä se vähän on semmonen tunne, että potilaalla ei oo hirveesti sananvaltaa”*

*”potilaan osallisuus on aika vähäistä. Et joskus oon miettinyt, että tuolla me vaan kuntoutuskokouksessa sovitaan potilaitten puolesta näitä asioita eikä tavallaan kysytä potilaitten mielipidettä...sit vaan kerrotaan, että tällästä sovittiin”*

*”potilaan osuus on pieni. Aloituspalaverithan me pidetään potilaan luona mut kuntoutuskokoukset on niinku sillä tavalla että potilas ei oikeen osallistu ollenkaan...potilaat kyllä odottaa mitä siellä päätettiin...et mut potilaan osallisuus on sillä lailla pieni...hän on odottamassa mihin tulokseen tultiin, että mikäs hänen kohtalonsa on...että kyl se on aikamoista valtaa mitä henkilökunta tavallaan käyttää siinä”*

### 6.2.2 Kokemukset kuntoutuskokouksen päämäärästä

Kuntoutuskokous koettiin merkitykselliseksi, koska sen nähtiin selkeyttävän potilaan hoitajakson tavoitteet ja eteneminen. Kuntoutuskokouksen päämääräksi muotoutui moniammatillinen keskustelu, tiedonkulku, päätöksenteko, potilaan kuntoutuminen ja potilaan kotiutuminen. Kuntoutuskokous nähtiin tilanteena, jossa jokaisen potilaan asioihin paneuduttiin ja niitä pysähdyttiin miettimään potilaslähtöisesti. Moniammatillisen tiimityön merkitys korostui. Kaikkien ammattiryhmien ollessa yhdessä paikalla tiedonkulku paranee ja saadaan kokonaiskuva potilaan sen hetkisestä tilanteesta.

*”se on tiimin yhteistä aikaa...siin on sosiaalityöntekijäkin mitä ei oikeestaan muuten nähdä osastolla”*

*”en mä ehkä välttämättä vois olla ilman kuntoutuskokousta, kyl mä nään, että se on potilaan kotiutumisen kannalta ja eteenpäin siirtymisen kannalta oleellista”*

*”kuntoutuskokouksella on suuri merkitys, koska silloin on läsnä kaikki moniammatillisen työryhmän työntekijät niin siellä tulee semmonen selkee käsitys”*

Tiedonkulkua pidettiin tärkeänä asiana potilaan kuntoutusprosessin etenemisen kannalta. Jos kuntoutuskokouksessa ei ole kirjattu asioita ylös, saatetaan samoista asioista keskustella vielä seuraavassa kuntoutuskokouksessa. Tällöin hoitajat kokivat, että potilaan kuntoutuminen viivästyy. Myös hoitajien vaihtuvuuden nähtiin vaikuttavan tiedonkuluun.

Kuntoutuskokous nähtiin tilanteena, johon mennään päättämään yhteisistä asioista. Päätösasiat nähtiin kokouksen pääasioina ja niiden toivottiin olevan konkreettisia ja suunnitelmallisia. Päätösten ja suunnitelmien koettiin toteutuvat paremmin, jos ne pilkottiin pienempiin osiin esimerkiksi viikko- tai aikatavoitteisiin.

*”aikaraja olisi hyvä määritellä”*

*”iso vaikutus et suunnitellaan et ensi viikoksi kotiin se ja se päivä.. sit aletaan samantien soittelee kotihoitoon ja omaisiin”*

Toisaalta yhtä tärkeänä kuin päätöksiä tekeminen, nähtiin päätöksistä kiinnipitäminen. Kokouksessa päätetyt asiat kirjataan ylös potilastietojärjestelmään, mutta toteutus, asioiden käytäntöön paneminen ja seuranta jäivät puutteelliseksi.

*”ettei sitä mitenkään seurata et onko se niinku toteutunut... et se nyt vaan kirjataan sinne ja siellä on”*

*”ei tuu selkeitä päätöksiä, jää vähä sellaseks epämääräseks”*

*”kyllä päätöksistä pitäis pitää kiinni”*

Yhdessä sovitulla päätöksillä nähtiin olevan merkitystä potilaan saamalle kuntoutukselle, jopa edesauttavan potilasta kuntoutumaan. Moniammatillinen keskustelu kannustaa jokaista työryhmän jäsentä toimimaan potilaan hyväksi aktiivisemmin. Keskeisenä päämääränä kuntoutuskokouksessa nähtiin se, että aikaansaadaan myönteisiä tuloksia, jotka edistävät potilasta kuntoutumaan. Kuntoutuskokouksessa arvioidaan potilaiden kuntoutumismahdollisuudet sekä siihen tarvittavat keinot ja aika. Kuntoutuskokouksen nähtiin vahvistavan kuntouttavan hoitotyön laatua osastoilla. Potilaat saavat aktiivisemmin ja tavoitteellisemmin kuntoutusta osastoilla, esimerkiksi niin, että potilaita kävelytetään tai nostetaan vuoteesta ylös aktiivisemmin.

*”aletaan odottamaan enemmän ja vaatimaan toiminnallisuutta”*

*”tulee sovittua tavoitteet...sovitaan asioita esimerkiks et nostetaan potilas päivittäin pystyyn”*

*”että kun sovitaan vaikka että kuntoutus jatkuu ja täytyy harjoitella kävelmistä tai muuta niin sit ei käytännössä kuitenkaan tehdä sitä”*

*”katotaan miten on lähteny käyntiin ja missä mennään ja vaihdetaanko apuvälinettä ja ajatellaanko kotikäyntiä”*

Kuntoutuskokouksella nähtiin olevan vaikutusta potilaan hoitoprosessin etenemiseen, hoitoketjun sujumiseen ja hoitajakson pituuteen. Kuntoutuskokous nähtiin oleellisena osana potilaan hoitajaksossa potilaan kotiutumisen, kuntoutumisen tai jatkohoitopaikan kannalta. Kuntoutuskokouksen nähtiin nopeuttavan potilaiden tavoitteiden saavuttamista ja kotiutumista. Jatkohoidon huolellinen suunnittelu, kokonaistilanteen kartoitus ja moniammatilliset ratkaisuehdotukset luovat pohjan onnistuneelle kotiutukselle. Tulosten mukaan kotiutukset viivästyvät ilman kuntoutuskokousta.

*”kuntoutuskokous nopeuttaa kotiuttamista ja niiden tavoitteiden asettamista ja ettei tarvii aina odottaa sitä viikkoa”*

*” kuntsari selkeyttää tota mis niinku mennään ja mitä tapahtuu ja kuka lähtee kotiin, muuten ei tapahdu mitään”*

## 7 Pohdinta

Tässä kappaleessa pohdin opinnäytetyön luotettavuuteen ja eettisyyteen liittyviä asioita sekä tulosten pohjalta muodostamiani johtopäätöksiä sekä kehittämisehdotuksia. Tätä opinnäytetyötä varten haastattelin yhdeksää kokenutta sairaanhoitajaa Laakson sairaalan eri vuodeosastoilla. Haastattelut olivat yksittäisten sairaanhoitajien subjektiivisia näkemyksiä kuntoutuskokouksen sujumisesta ja vaikuttavuudesta. Oma mielenkiintoni ja kokemukseni vuodeosastotyöstä antoi lähtökohdat kuntoutuskokouksen tarkastelulle sekä lisäsi työn luotettavuutta. Tässä opinnäytetyössä pyrin objektiivisuuteen ja puolueettomuuteen jättämällä oman työpisteeni haastatteluiden ulkopuolelle. Näin ollen minulla ei ollut minkäänlaista roolia suhteessa haastateltaviin. Laakson sairaalassa on kolme toista vuodeosastoa ja haastattelut tehtiin niistä kahdeksalle, joten täysin yleistettävää tulosta ei näiden haastattelujen pohjalta voida luoda. Yhdellä osastolle tein kaksi haastattelua. Haastattelijana olin kokematon. Pohdittavakseni jäi, johdattelinko haastateltavia liikaa käyttämällä teemahaastattelussa apukysymyksiä haastattelutilanteen sujuvoittamiseksi.

Opinnäytetyön eettisyyttä tukee ajatus siitä, että vuodeosastojen hoitotyön tulee perustua hoitotyön etiikkaan ja arvoihin, sekä pyrkimykseen toteuttaa oikeudenmukaisia ja

vastuullisia ratkaisuja. Opinnäytetyön aihe nousi työelämästä, mielenkiinnostani kehittää ja arvioida työyhteisön toimintatapoja. Moniammatillisessa yhteistyöpalaverissa hoitotyön eettiset arvot korostuvat pyrkimyksenä edistää potilaan saamaa hyvää hoitoa.

### 7.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin tieteelliselle tutkimustyölle asetettuja vaatimuksia kunnioittaen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) eettisiä vaatimuksia. Eettiset kysymykset huomioitiin aiheen valinnasta tutkimustulosten raportointiin ja tutkimusaineiston säilyttämiseen saakka. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin työelämän ohjaajalla ja opinnäytetyön ohjaajalla ennen tutkimuksen toteuttamista. Opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupa organisaation käytännön mukaisesti. Tutkimuslupa opinnäytetyölle myönnettiin 27.12.2016.

Opinnäytetyön haastateltavat valikoituivat vapaaehtoisesti ja heille lähetettiin informaatiokirje. Haastattelupäivät sovittiin haastateltavien kesken heille sopiville päiville. Haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja kerrottiin haastattelun teemat tarkemmin. Haastateltavat allekirjoittivat suostumuskirjeen ja heille kerrottiin, että he voivat keskeyttää haastattelun, milloin haluavat. Haastateltaville kerrottiin myös, että valmiiseen opinnäytetyöhön tulee suoria lainauksia haastatteluista, mutta he eivät ole tunnistettavissa niistä ja että haastattelut hävitetään asianmukaisesti, kun ne ovat analysoitu.

Kaikilla Kaupunginsairaalan vuodeosastoilla on kuntoutuskokouskäytäntö, mutta tämä opinnäytetyö tehtiin vain Laakson sairaalaan. Haastateltavia sairaanhoitajia oli yhdeksän. Näin ollen tuloksia ei voida yleistää koko Kaupunginsairaalaan, mutta niistä saattaa olla hyötyä osastojen kuntoutuskokouskäytäntöjen kehittämiseksi. Kuntoutuskokousohje määrittelee kokouksen kulun ja muut siihen liittyvät asiat, mutta työpisteillä saattaa olla omia käytänteitä liittyen esimerkiksi kuntoutuskokousajankohtaan. Tätä tapahtuu jo nyt Laakson sairaalan sisälläkin.

Tämä opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus, jolloin tutkimuksen luotettavuus asiat liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen (Janhonen – Nikkonen 2001: 36). Opinnäytetyössä vältettiin epärehellisyttä kaikissa osavaiheissa. Tekstiä lainattaessa lainaus osoitettiin lähdemerkinnöin ja tutkimuksessa käytetyt menetelmät selostettiin huolellisesti. Haasteena oli, miten pystyin pelkistämään aineiston niin,

että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa asiaa, ilman etteivät ennakkoletukset ohjaa tutkimusta. Tutkijan on tärkeää tiedostaa, että kerätyn aineiston tieto on riippuvaista siitä, miten tutkija on saavuttanut tutkittavan ilmiön. Luotettavuus korostuu, kun tulosten ja aineiston välille pystytään osoittamaan yhteys. (Janhonen – Nikkonen 2001: 36 - 37.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin suoria lainauksia haastatteluista, jotta lukijalla on mahdollisuus pohtia mistä aineisto on muodotunut. Pitkiä lainauksia ei käytetty, jotta analyysistä ei tulisi jäsentymätöntä. Pohdin myös, oliko haastatteluissa murreilmaisuja, jotka vaikeuttavat raportointia. Tässä opinnäytetyössä alkuperäisilmauksia ei muokattu yleiskielelle, vaan jätettiin ne sellaisiksi kuvauksen elävöittämiseksi. Vastausten anti saattaa johtua haastattelijan kokemattomuudesta, kysymysten asettelusta tai siitä, oliko opinnäytetyön teemat valittu tai ymmärretty oikein.

Tässä opinnäytetyössä on liitteenä kuvaus siitä, miten aineiston analysointi eteni. Aineiston ja suhteen kuvaus on tärkeä luotettavuuskysymys. Uskottavuus edellyttää sitä, lukija saa selvän analyysin vaiheista, tutkimuksen vahvuuksista ja rajoituksista sekä siitä, miten hyvin luokitukset ja kategoriat kattavat aineiston. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 160.)

## 7.2 Tulosten pohdinta

Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin sairaanhoitajien kokemuksia kuntoutuskokouksen sujumisesta ja vaikuttavuudesta. Tarkoituksena oli kuvata Helsingin kaupungin kaupunginsairaalan kuntoutuskokouskäytännön sisältöä ja toteumista sairaanhoitajan kokeman. Tulokset vastasivat opinnäytetyön tarkoitukseen ja antoivat selkeän kuvan kuntoutuskokouskäytännön sisällöstä ja toteutumisesta. Tuloksista ilmeni, että kuntoutuskokouskäytäntö oli kaikille haastateltaville tuttu ja että he olivat sisäistäneet tämän toimintaympäristön. Haastateltavat eivät maininneet, olivatko he tietoisia kuntoutuskokousohjeesta, tietävätkö he mitä kuntoutuskokousohje pitää sisällään tai onko kuntoutuskokousohje käytössä osastolla. Kuntoutuskokouksessa toimiminen saattaa näin ollen olla osalle haastateltavista organisaatiossa opittua käyttäytymistä. Terveystieteiden tutkimuksessa opimme puhetapoja, eleitä ja rooleja, jotka kuvastavat kokemusta, koulutustaustaa tai työpaikan kulttuuria (Väisänen ym. 2009: 29). Oman kokemukseni mukaan kuntoutuskokousohjetta ei käydä läpi esimerkiksi uuden työntekijän perehdyttämisessä. Haastattelut kuvasivat sitä, että käytännössä toimitaan kuitenkin lähes ohjeen mukaan. Kuntoutuskokousohjeessa kerrotaan muun muassa kokouksen sisältö ja käsiteltävät asiat,



mutta ohjeessa ei ole mainintaa siitä, kuinka kuntoutuskokoukseen valmistaudutaan. Tämä luo haasteita työn suunnitteluun ja organisointiin. Organisaatiotasolla johtamisella on suuri merkitys toimintatapoja ja asenteita muutettaessa (Virtanen ym. 2011:21). Pohdin, että valmistautumiseen täytyy varata tietty aika sekä selkeästi määritellä, mitä tietoja potilaasta tuodaan kokoukseen. Kuntoutuskokousohjeeseen tulee kirjata selkeämmin valmistautumiseen liittyvät asiat varsinkin, jos ohjetta käytetään esimerkiksi perehtymisen apuvälineenä. Tällä hetkellä niitä ei ole lainkaan.

Jokainen haastateltava piti kuntoutuskokoukseen valmistautumista ensiarvoisen tärkeänä. Se, että tuntee potilaan ja on perehtynyt potilaan taustatietoihin edesauttaa kokouksen sujuvuutta. Pelkkä tiedonkeruu ei riitä, vaan potilas halutaan tuntea etukäteen konkreettisesti esimerkiksi niin, että on osallistunut aiemmin potilaan hoitotoimiin. Potilaan tunteminen edellyttää niin sanottua välitöntä hoitotyötä, jolloin hoitaja on toiminut potilaan kanssa kasvotusten. Perehtyminen nähtiin potilaan taustojen lukemisena hoitokertomuksesta, sekä potilaan hoitosuunnitelmaan tutustumisena. Näin ollen kirjaamisen merkitys korostuu luotettavan ja ajantasaisen informaation saamiseksi.

Haastattelujen perusteella ilmeni, että hoitajilla ei ollut selkeästi tiedossa kuka menee vuorollaan kuntoutuskokoukseen. Valmistautuminen koettiin aikaa vievänä ja vaatii työnsäjoillisia muutoksia osastojen toimintakäytänteisiin. Hoitajat valitsivat joukostaan sen, joka tuntee potilaan parhaiten ja kenen vuoro on osallistua kuntoutuskokoukseen. Tämä edellyttää kollegiaalisuutta sekä toimivaa työilmapiiriä, jos tavoitetilana työyhteisössä on itseohjautuvuus ilman, että esimies määrittäisi kuntoutuskokoukseen osallistujat.

Hoitajat kokivat perehtymisen erittäin tärkeäksi, jotta kokouksessa saadaan tehtyä päätöksiä nopeammin ja potilaskohtaisesti. Potilastietojen kerääminen ja hyödyntäminen päätöksiä tehtäessä on ehdotonta palveluiden kehittämiseksi asiakaslähtöisempään suuntaan (Virtanen ym. 2011: 2). Hoitajilla oli selkeästi aito kiinnostus toimia potilaan puolesta puhujina ja asianajajina. Tiedonkeruuseen, perehtymiseen ja potilaan tuntemiseen kaivattiin aikaa. Kuinka paljon ja mikä on riittävästi, on varmasti kehittämishaasteena, sillä tulosten mukaan hoitajien oman tietämyksen tuonti ja puheenvuorojen toteutuminen kuntoutuskokouksessa koettiin vähäisenä. Kokouksen sihteerinä toiminen haittasi haastateltavien mukaan osallistumisen mahdollisuuksia.

Osallistujien keskinäinen vuorovaikutus vaikuttaa merkittävästi kuntoutuskokouksen sujumiseen ja hyödyllisyyteen. Kohtaamisen näkökulmasta huonosti toimiva vuorovaikutus voi lisätä osallistujien turhautumista, passiivisuutta ja jopa epäuskoa koko organisaatioon ja yhdessä toimimisen etuihin. (Surakka 2006:78.) Haastattelujen mukaan puheenvuorot eivät jakaudu kuntoutuskokouksessa tasapuolisesti. Kuntoutuskokouksessa puheenvuorojen jakaantumisesta ei ole sovittu, jolloin ilmaantuu tilanteita, että kaikki osallistujat eivät pääse kertomaan omaa näkemystään potilaan tilanteesta. Hoitajat ilmaisivat myös, että heillä saattaa olla korkea kynnyks ilmaista mielipidettään kuntoutuskokouksilanteessa. Tämä saattaa liittyä puutteelliseen valmistautumiseen tai yhtä lailla hoitajan turvattomuuden tunteeseen. Epävarmuus ja tiedonpuute voivat olla rajoittavina tekijöinä. Kun osallistujilla on aikaa orientoitua ennakolta kokoukseen ja osallistujat tietävät itseensä kohdistuvat odotukset, on kokouksessa helpompi siirtyä nopeasti itse asiaan. Näin tavoitteet saavutetaan nopeammin ja tehokkaammin. (Tiililä 2016: 68.)

Puheenjohtajalla on merkittävä rooli kuntoutuskokouksen sujumisen kannalta. Haastateltavat toivoivat puheenjohtajan ottavan vastuun puheenvuorojen jakamisesta ja sallimisesta. Puheenjohtajan tulee olla tasapuolinen ja luoda linjaamis- ja päättämistaitojen ohella kokouksen tunneilmapiiri avoimeksi ja luottamukselliseksi. Kuntoutuskokouksen tarkoitus mitätöityy, jos osallistujilla ei ole mahdollisuutta sanoa omaa mielipidettään. Tällöin ei puhuta toimivasta yhteistyöstä eikä päästä kuntoutuskokouksen olennaiseen tarkoitukseen. Vuorovaikutuksen tulisi edistää yhteistyötä, olla aktiivista ja tavoitteellista (Aira 2012:53). Vuorovaikutuksen selkeys liittyy myös kiinteästi vuorovaikutuksen onnistumisen edellytyksiin (Mäkisalo – Ropponen 2011: 105).

Tässä opinnäytetyössä haastateltavat eivät kuvanneet kokoustilanteen oheisviestintää millään tavalla, mutta tiedetään, että kokoustilanteessa tai erilaisissa neuvotteluissa puhumisella on merkitystä niin kuin hiljaisuudellakin. Oheisviestintä voi olla joko vaikuttamisen vahvistaja tai se voi vähentää vaikutusta (Niipola – Rauramo 2008: 13). Hyvä työyhteisö on kannustava, arvostava ja vastuuta jakava. Moniammatillisuus on jaettava asiantuntijuutta, jossa potilaan tilannetta pohditaan yhdessä muiden kanssa, kukin oman ammattiosaamisen kautta. (Vilen – Leppämäki – Ekström 2002: 344.)

Kuntoutuskokouksen toivottiin olevan tiivis ja suunnitelmallinen foorumi, jossa on selkeä aikaraja. Aikataulussa pysyminen luo pohjan sujuvalle ja onnistuneelle kuntoutuskokouk-

selle. Keskeytykset, kuten esimerkiksi puhelimen vastaaminen kesken kokouksen hidastavat kuntoutuskokouksen sujuvuutta. Tärkeänä koettiin, että kuntoutuskokouksessa pysytään aiheessa, tehdään selkeitä päätöksiä sekä luodaan potilaan hoidolle tavoitteita. Lääkärinkierron asiat toivottiin hoituvan kuntoutuskokouksen ulkopuolella lääkärierolla. Osa haastateltavista koki, että osa lääkeasioista voitaisiin hoitaa kuntoutuskokouksen yhteydessä, jotta nopeutetaan potilaan hoitoprosessia tai oman työn sujuvuutta. Lääketieteellisten asioiden käsittely voisi joissakin tapauksissa nopeuttaa potilaiden kuntoutustavoitteiden saavuttamista. Tämä on ristiriidassa kaupunginsairaalaan kuntoutuskokous ohjeen kanssa. Siinä sanotaan, että lääketieteelliset asiat selvitetään lääkärierolla tai kokouksen jälkeen.

Kuntoutuskokous nähtiin henkilökunnan kokouksena, jossa päätökset tehdään potilaan puolesta. Potilaan osallistuminen kuvattiin vähäiseksi tai potilaan osallistumista ei hoitajien mielestä ollut lainkaan. Potilas ei ole mukana kuntoutuskokouksessa, vaan henkilökunta määrittelee ja määrää potilaan asioista. Tämä laittaa pohtimaan ajatusta siitä, vastaako kuntoutuskokous potilaiden odotuksiin ja tarpeisiin, sillä osallisuudella on vaikutusta heihin ja hoidon tuloksiin. Hoidon laadun voidaan ajatella myös parantuvan, jos potilas on osallisena ja osallistuu omaan hoitoonsa. (Kujala 2003:49.)

Tämän opinnäytetyön tulokset vastaavat aiempaa tutkimusta siinä, että asiakaslähtöisyys saattaa jäädä osastoilla ideaaliseksi ilmiöksi. Järnströmin (2011) mukaan vanhuksen tasavertaisessa vuorovaikutuksessa ja osallistumisessa on parannettavaa. Vanhukilla ei ole riittäviä mahdollisuuksia osallistua oman hoidon suunnitteluun eli vanhus ei ole osallisena asioissaan. Vanhukset kokivat tiedonsaannissa olevan puutteita esimerkiksi jatkohoitosuunnitelmiin liittyen. (Järnström 2011:194.)

Osallistuminen nähtiin tässä opinnäytetyössä hyvin tehtäväkeskeisenä tilanteena. Kuntoutuskokoukseen osallistuminen edellyttää hoitajalta sihteerinä toimimista, joka häiritsi osan vastaajien mielestä kokoukseen osallistumista. Osa haastateltavista koki, etteivät osallistu lainkaan kuntoutuskokoukseen kirjaamisen takia, jolloin potilaan toiveet ja näkemykset jäivät vähäisiksi. Kirjaaminen on tärkeää ja välttämätöntä, mutta pohdittavaksi jää onko tarpeellista kirjata asioita kokouksen yhteydessä vai voisiko kirjaamisen tehdä kuntoutuskokouksen jälkeen lisäämättä työmäärää tai ajankäyttöä kuntoutuskokoukseen liittyen. Kirjaamiseen liittyvät käytänteet ovat työyksikötasoisesti muunneltavissa.

Tehtäväkeskeinen työskentelytapa ei kuntoutuskokouksympäristössä edistä työyhteisön vuorovaikutussuhteiden toimivuutta.

Kuntoutuskokous koettiin merkitykselliseksi foorumiksi, jossa korostuu moniammatillisen keskustelun, tiedonkulun ja päätösten tekemisen merkitys. Kuntoutuskokoukselta toivottiin konkreettisia päätöksiä ja suunnitelmallisuutta, sillä kuntoutuskokouksella nähtiin olevan vaikutusta potilaan kuntoutumiseen ja kotiutumismahdollisuuksiin. Kuntoutuskokous edesauttaa potilasta kotiutumaan, sillä kaikkien ammattiryhmien ollessa paikalla tiedonkulku paranee ja saadaan kokonaisnäkemys potilaan tilanteesta. Tähän potilaan kokonaistilanteen arvioon tulisi panostaa, jotta kotiutuksen mahdolliset haasteet tavoitettaisiin ajoissa. Puutteellinen arvio potilaan toimintakyvystä voi esimerkiksi aiheuttaa tilanteita, että potilas ei pärjää kotona ja joutuu uudestaan sairaalaan. Joanna Kosken (2017) ja Mira Palosen (2016) tutkimustulokset puoltavat myös ajatusta huolellisen valmistelun tärkeydestä sujuvan kotiutuksen turvaamiseksi.

### 7.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Kuntoutuskokousta voidaan pitää vaikuttamisen paikkana monella tapaa. Vaikuttavat toimet edellyttävät yleensä liittymistä osaksi laajempaa toimintakokonaisuutta sekä yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Kuntoutuskokouksella vaikutetaan konkreettisesti esimerkiksi hoitajakson pituuteen tavoitteellisina kotiutuspäivinä tai hoitoprosessin etenemiseen nopeampana kuntouttavan hoitotyön aloittamisena. Voidaan sanoa, että potilaan onnistunut hoitoprosessi rakentuu monissa yhteistyöverkostoissa, jotka ovat aina vuorovaikutuksellisia haasteita. Vuorovaikutusta evästää työntekijöiden ammatillisuus, sekä myös asiakkaan ja työntekijän kokonaiskäsitykset asiakkaan tilanteesta ja maailmankuvasta. Kaikkialla sosiaali- ja terveysalalla pyritään kuitenkin ihmisen tukemiseen ja ihmisen terveyden sekä elämänhallinnan kasvamiseen. Yksityiskohtaiset tavoitteet määrittelevät, millaista vuorovaikutusta milloinkin käytetään. Tavoitteet tulee laatia aina asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen pohjalta, minkä vuoksi on tärkeää kuunnella myös asiakkaan ehdotuksia. (Vilen ym.2002:32.)

Tässä opinnäytetyössä kuntoutuskokous nähtiin tilanteena, jossa jokaisen potilaan asiointiin paneuduttiin henkilökohtaisesti, mutta potilaan ei nähty osallistuvan kokoukseen lainkaan. Kuntoutuskokous nähtiin asia- ja tehtäväkeskeisenä tilanteena. Hoitajat kertoi-

vat pääasiassa siitä, kuinka kuntoutuskokouksessa toimitaan ja mitä tehtäviä kuntoutuskokoukseen sisältyy. Potilaalla ei vastausten mukaan nähty olevan aktiivista roolia omassa palveluprosessissaan. Haastateltavat kokivat kuntoutuskokouksen olevan henkilökunnan kokous, jossa päätökset tehdään potilaan puolesta. Tämä puoltaa ajatusta siitä, että kuntoutuskokous on eri ammattiryhmien yhteinen työväline, jota käytetään potilaan hoidon suunnittelussa ja tiedon välittämisessä. Kuntoutuskokous mahdollistaa sujuvan työnjaon, jolloin yhteistyökenttä hahmottuu. Näin ajateltuna potilaan läsnäolo ei ole perusteltua.

Asiakaslähtöisyyden näkökulmasta potilaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun on ensiarvoisen tärkeää. Järnströmin (2011) mukaan potilaiden asiakaslähtöisyyden haastaa tehokkuusajattelu palvelujärjestelmässä, työntekijälähtöisyys, hierarkkisuus, rutiininomaisuus ja medikalisaatiopainotteisuus. Kuntoutuskokous on osa potilaan monista kotiutusprosessia. Kuntoutuskokouksessa on painetta luoda potilaan hoidolle tavoitteita ja päätyä kotiuttamaan potilas mahdollisimman nopeasti tehokkuuden maksimoimiseksi. Tutkimukset ovat osoittaneet, että mahdollisimman aikaisin aloitettu kotiutuksen suunnittelu takaa todennäköisemmin onnistuneen kotiutuksen. Kotiutusta tulee lähestyä monesta eri näkökulmasta ja kotiutuksen suunnittelussa tulisi olla mukana eri ammattialojen edustajia. (Lämsä 2013: 110.) Tämä tukee ajatusta kuntoutuskokouksen hyödyllisyydestä osana kotiutusprosessia sekä vastaa tämän opinnäytetyön tuloksiin.

Kuntoutuskokouksessa lääkäri perinteisesti päättää hoitopäätöksistä ja viime kädessä kotiutuksesta. Lämsän (2013) mukaan kotiuttamiskeskusteluiden moniperusteisuutta ja moniammatillisuutta voidaan pitää tavoiteltavana, vaikkakin se saattaa tuottaa päätöksentekoon hankaluuksia, sillä loppujen lopuksi päätöksenteko kuuluu lääkärille. Tässä opinnäytetyössä lääkärin puheenjohtajuutta ei kyseenalaistettu päätöstenteossa, ainoastaan vuorovaikutuksen toimivuuteen lääkärillä nähtiin olevan suuri rooli. Kuntoutuskousohjeessa sanotaan, että kuntoutuskokouksen puheenjohtaja on osastonhoitaja tai lääkäri, sekä kokouksessa on potilaan esittelijä, joka on potilaan parhaiten tunteva hoitaja. Tässä opinnäytetyössä kaikki haastateltavat sanoivat lääkärin olevan puheenjohtajan, joka esittelee potilaan. Erillistä esittelijää ei mainittu. Tämä saattaa vaikuttaa siihen, että puheenvuoroja ei tule jaettua tai se on hyvin epämääräistä. Puheenjohtajalla nähtiin olevan suuri merkitys kuntoutuskokouksen sujuvuuden kannalta.

Tämän opinnäytetyön mukaan kuntoutuskokous on tärkeä ja hyödyllinen foorumi, jonka käytänteet ovat juurtuneet osaksi osastojen viikoittaista toimintaa. Käytössä olevaa kuntoutuskokousohjetta noudatetaan pääsääntöisesti, osastokohtaisia eroavaisuuksia varmaankin löytyy. Itse näen, että osastotyö toimintaympäristönä on muuttunut vuosien varrella yhä kompleksisimmaksi ja olemme siirtyneet jatkuvaan muutosprosessiin. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla palveluiden kehittäminen ja uudistaminen ovat tätä päivää. Kuntoutuskokouksen päivittäminen ainakin jokaisen osaston kannalta omanlaiseksi ja potilaan osallisuuden lisääminen on oleellista. Potilaan fyysinen läsnäolo ei mielestäni ole välttämätöntä, jos kuntoutuskokouksen valmistautumiseen saada panostettua ja tätä kautta tuotua potilaan ääntä kuuluviin.

Tätä opinnäytetyötä tehdessäni tiedän, että kuntoutuskokouskäytänteitä on muutettu ja kokouskäytäntöjä on saatu kevennettyä. Harkittavaksi jää, tarvitseeko jokaista osaston potilasta käsitellä kuntoutuskokouksessa ja jos ei, voisiko potilas olla fyysisesti läsnä. Osastojen tulisi tarkentaa omia pelisääntöjä kokouskäytänteisiin liittyen. Esimerkiksi aikarajan vetäminen koettiin tässä opinnäytetyössä tarpeelliseksi. Potilaan fyysinen läsnäolo saattaisi pidentää kokouksen pituutta kohtuuttomasti. Kuntoutuskokouspaikan siirtäminen esimerkiksi lääkärin huoneesta kansliaan voi keventää ja nopeuttaa kokouksen kulkua. Toisaalta voidaan miettiä, onko tila liian meluisa tai muita häiritsevä kokouksen pitämiseen. Kuinka toteutamme Syväjärven ja Pietiläisen (2012) ajatuksen siitä, että työyhteisöjen tulisi olla samanaikaisesti sekä inhimillisesti miellyttävä työympäristö että tuottaa tehokkaasti asiakkaan kannalta laadukasta palvelua on varmasti tulevaisuuden haasteemme.

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista haastatella potilaita ja selvittää, miten potilaat ymmärtävät kuntoutuskokouksen merkityksen oman hoidon suunnittelussa. Kuinka he saavat puheenvuoron ja äänen kuuluviin. Myös moniammatillisesti toteutetut haastattelut voisivat tuoda uudenlaista näkökulmaa asiakaslähtöisyyden ja vuorovaikutuksen kehittämiseksi kuntoutuskokouksessa.

Kuntoutuskokouksen kehittämiseksi on hyvät lähtökohdat. Uudistaminen edellyttää kuitenkin myös itsestäänselvyyksien kyseenalaistamista (Toikko – Rantanen 2009: 174). Tässä opinnäytetyössä kuntoutuskokouskäytäntö oli haastateltaville tuttu ja he olivat sisäistäneet toimintatavat, mutta ei ole selvää pystyvätkö hoitajat määrittelemään mihin

toimintatavat perustuvat. Tällöin ollaan vahvasti tekemisessä hiljaisen tiedon (tacit knowledge) kanssa, jonka merkitystä kehittämistoiminnan yhteydessä ei voi mielestäni vähätellä. Hiljainen tieto kytkettynä omaan sosiaaliseen kontekstiinsa voi muodostaa keskeisen kehittämistoiminnan tiedonlähteen. Hiljaista tietoa tuotetaan vuorovaikutuksessa, vaikka sitä ei aina voi tai tarvitse ilmasta sanoin. (Toikko – Rantanen 2009:40.)

Omien hyvien käytäntöjen testaaminen matalalla kynnyksellä omassa työyksikössä saattaa synnyttää ennalta arvaamattomia tuloksia. Kyseenalaistamalla itsestään selvyudet saatamme saada aikaan toimivampia työmenetelmiä tehokkaammin. Tässä opinnäytetyössä toivottiin kuntoutuskokouksen olevan tiiviimpi ja jäsentyneempi. Työajankäyttö tulee suunnitella järkevästi, jotta kokoukseen osallistumisesta on kaikille hyötyä. On tärkeää huomata, millaista hukkaa kuntoutuskokoustilanteessa esiintyy ja olisiko sitä mahdollista kehittää esimerkiksi Lean menetelmien avulla. Harkittavaksi jää, onko perinteisen kokouksen aika jo ohi. Mielestäni hyvä pohjatyö kehittämiselle on tehty. Kuntoutuskokoukset on ollut kaupunginsairaalassa jo vuosikaudet. Kaikki tietävät mitä ollaan tekemässä, miksi ja mitkä ovat tavoitteet. Yhteinen näkemys oleellisista asioista on olemassa. Muutosprosessi ja uusien toimintatapojen kehittäminen perustuvat johdon ja henkilöstön laajaan osallistumiseen. Osallistavalla ja osallistuvalla johtamistavalla veloitetaan henkilökunta antamaan oma panoksensa yhteisten tavoitteiden toteuttamiseen.

## Lähteet

Aira, Annaleena 2012. Toimiva työyhteisö – Työyhteisön vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Andersson, Sari – Kylänpää, Esa 2002. Käytännön puheviestintää. Jyväskylä: Gummerus.

Anttonen, Anneli – Haveri, Arto – Lehto, Juhani – Palukka, Hannele (toim.) 2012. Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Borgman, Merja – Packalen, Esa 2002. Parhaat käytännöt työyhteisön kehittämiseen. Helsinki: Tammi.

Dunderfelt, Tony 2016. Läsnaoleva kohtaaminen. Jyväskylä: PS – Kustannus.

Heikkilä, Jorma – Heikkilä, Kristiina 2001. Dialogi – Avain innovatiivisuuteen. Helsinki: WSOY.

Heikkilä, Jorma – Heikkilä, Kristiina 2005. Voimaantuminen työyhteisön haasteena. Helsinki: WSOY

Helmi intra 9.10.2017. Helsingin kaupunki. Verkkodokumentti. [http://helmi.hel.fi/Sote/osastot/sairaala\\_kuntoutus\\_ja-hoivapalvelut/kaupunginsairaala/laaksonsairaala/Sivut/perehtyminen.aspx](http://helmi.hel.fi/Sote/osastot/sairaala_kuntoutus_ja-hoivapalvelut/kaupunginsairaala/laaksonsairaala/Sivut/perehtyminen.aspx). Luettu 20.9.2017.

Helsingin kaupunki. Kaupunginsairaalan johtoryhmä. Kuntoutuskokousohje. Päivitetty versio 27.2.2017. Verkkodokumentti. <http://helmi.hel.fi/Search/Sivut/results.aspx?k=kuntoutuskokous>. Luettu 26.6.17

Helsingin kaupunki 2017. Laakson sairaalan sijoittuminen sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluiden organisaatiossa. Verkkodokumentti. [http://helmi.hel.fi/Sote/osastot/Documents/SOTE\\_Sariaala\\_kuntoutus\\_hoiva\\_fi.pdf](http://helmi.hel.fi/Sote/osastot/Documents/SOTE_Sariaala_kuntoutus_hoiva_fi.pdf). Luettu 9.10.17.

Helsingin kaupunki strategiaohjelma 2013-2016. <http://www.hel.fi/www.Helsinki.fi/kaupunki-ja-hallinto/strategia-ja-talous/strategiaohjelma>. Luettu 20.9.16.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirvihuhta, Harri – Litovaara, Anneli 2009. Ratkaisun taito. Helsinki: Tammi.



Hujala, Anneli 2008. Johtamisen moniäänisyys. Johtaminen vuorovaikutuksena ja puhuntana hoivayrityksissä. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

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

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Jattu-Wahlström, Merja – Kallio, Hilka 1992. Neuvottelutaito. Jyväskylän yliopisto. Soveltavan kielentutkimuksen keskus. Kielikeskusmateriaalia n:o 92.

Järnström, Sanna 2011. ”En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

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

Kaseva Kaisa 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – Integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri. Tutkimus hoitotieteessä 2009. Helsinki: WSOY.

Kansanen, Anneli 1999. Neuvottelu- ja kokoustaito. Markkinointi- instituutin kirjasarja N:o 50. Helsinki: WSOY.

Kiviniemi, Kari 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, Juhani – Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Juva: PS-kustannus.

Koski, Joanna 2017. Sairaalasta kotihoitoon – Toimintatutkimus kotiutusprosessin kehittämistä lean- menetelmää hyödyntäen. Pro gradu. Itä- Suomen yliopisto. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20170394/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20170394.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170394/urn_nbn_fi_uef-20170394.pdf). Luettu 13.9.17.

Kujala, Eila 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kujala, Marita – Kuokkanen, Ulla – Niskanen, Kristiina – Outinen, Irja – Salin-Laine, Mirrette 2000. Kuntoutuskokouksen toiminnan kehittämishanke. Koskelan sairaala osasto N6. Helsingin Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitoketjujen ja välimuotojen kehittäminen 7.3.2000.

Kurtti, Juha 2012. Hiljainen tieto ja työssä oppiminen. Edellytysten luominen hiljaisen tiedon hyödyntämiselle röntgenhoitajien työyhteisöissä. Väitöskirja: Tampereen yliopisto.

Kähäri-Wiik, Kaija – Niemi, Aira – Rantanen, Anneli 2008. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>. Luettu 24.4.17.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. Luettu 18.10.16.

Lämsä, Riikka 2013. Potilaskertomus etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Munter, Mary – Hamilton, Lynn 2014. Guide to Managerial Communication. Tenth Edition. Pearson New International Edition. Pearson Education Limited.

Mäkisalo, Merja 2003. Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Helsinki: Tammi.

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

Mönkkönen, Kaarina 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet nro.94. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Niipola, Sira – Rauramo, Päivi 2008. Hyvät kokouskäytännöt työpaikan arjessa. Työturvallisuuskeskus TTK.

Palonen, Mira 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus. Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Pekurinen, Markku – Räikkönen, Outi – Leinonen, Outi 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38/ 2008. STAKES. Helsinki.

Puurtio, Risto – Kykyri, Virpi-Liisa (toim.) 2015. Konsultointi keskusteluna. Vuorovaikutuksen vivahteita ja tilanneherkkää tasapainoilua. Oulu: Metanoia instituutti.

Puro, Jukka-Pekka 2002. Esimiehen viestintätaidot. Helsinki: WSOY.

Rajaniemi, Jere – Sarvimäki, Anneli 2005. Ikäihmisten kokemuksia kotiinkuntoutuksesta. Helsingin kaupungin kotiinkuntoutusyksiköiden arviointia. Ikäinstituutti. Raportteja 1/ 2005.

Roivas, Marianne – Karjalainen, Anna Liisa 2013. Sosiaali- ja terveystieteen viestintä. Helsinki: Edita.

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

Sitran selvityksiä 92. Huomisen Sote. Millaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään meidän tulisi pyrkiä ja miten se tehdään. Helsinki 2015.

Suorsa, M 2002. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Pro gradu tutkielma. Tampere: Hoitotieteenlaitos, Tampereen yliopisto.

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

Stødstad, Jan – Erik 2016. Parempaa palvelua. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti, hoivan ja koulun tulevaisuus. Työväen Sivistysliitto TSL. Helsinki: Into.

Suhonen, Riitta – Röberg, Susanne – Hupli, Maija – Koskenniemi, Jaana – Stolt, Minna – Leino-Kilpi, Helena. Muistipotilaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuudet. Hoitotiede 2015, 27 (4), 259-273.

Surakka, Tarja (Toim.) 2006. Työyhteisön palaverit – yhdessä tavoitteisiin. Helsinki: Edita.

Syvjäärvi, Antti – Pietiläinen, Ville (toim.) 2016. Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen. Verkkojulkaisu. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0344-0>. Luettu 11.8.17.

Tiililä, Maarit 2016. Innosta onnistumaan – yhdessä! Kauppakamari 2016. Helsingin Kamari Oy.

Toikko, Timo – Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere University Press.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkojulkaisu. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) . Luettu 24.8.17.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vilen, Marika – Leppämäki, Päivi – Ekström, Leena 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Virtanen, Petri – Suoheimo, Maria – Lamminmäki, Sara – Ahonen, Päivi – Suokas, Markku 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali - ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. <https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>. Luettu 29.4.17.

Väisänen, Leena – Niemelä, Mika – Suua, Pirkko 2009. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.

## Haastattelurunko

1. Miten valmistaudut kuntoutuskokoukseen?
2. Mitä asioita käsiteltiin?
3. Mitä asioita jäi mielestänne puuttumaan?
4. Mistä olisitte halunneet keskustella lisää?
5. Mitkä asiat estävät tai edistävät kuntoutuskokouksen sujuvuutta?
6. Kuvailisitko, millaisia kokemuksia teillä on kuntoutuskokouksen sujumisesta?
7. Kertoisitteko, miten olette osallistuneet kuntoutuskokoukseen ja sen suunnitteluun?
8. Millaisena näette potilaan osallisuuden kuntoutuskokouksessa?
9. Miten kuvailisitte kuntoutuskokouksen vaikuttavuutta potilaan kotiutumiseen?
10. Mikä merkitys kuntoutuskokouksella on potilaan kuntoutuksen edistymiselle ja kotiutumiselle?

## Esimerkkejä sisällönanalyysistä

Alkuperäinen ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<p>"tarkistan hoitokertomuksesta miten potilas on liikkunut aiemmin tai onko sillä apuvälineitä"</p> <p>"kyl sitä vähä yrittää käydä läpi noita ho-suja ja muuta mitä on kirjattu ja sovittu ehkä jo edellisessä kuntoutuskokouksessa ...ja tuota ...vähän miettiä"</p> <p>"luen noi potilaitten viime päivien asiat mut sit mä luen mitä apuja ja miten paljon sillä on...etin tietoo"</p>	Tiedonkeruu	Kokemukset val-mistautumisesta kuntoutuskokouk-seen	Sairaanhoitajien kokemukset kun-toutuskokouksen sisällöstä ja toteu-tumisesta
<p>"hoitajan pitäis olla perillä potilaan tilan-teesta ja voinnista ja pystyä sanomaan mielipide"</p> <p>"katson edellisen kokouksen...se on aika paljon sitä et mä perehdyn sen potilaan siihen mitä siinä välissä on edellisen ja tän tulevan kokouksen välillä niitä asioita"</p>	Perehtyminen		
<p>"haluan tuntea etukäteen potilaat..."</p> <p>"mä yleensä kysyn läpi sairaanhoitajat et onks jotain sanottavaa vai kysyttävää tai arvioiks ne eri tavalla...jos mä en tunne potilasta"</p> <p>"hyvä jos on hoitanu potilasta ennen ko-kousta"</p>	Potilaan tuntemi-nen		
<p>"lääkärit puhuu keskenään"</p> <p>"lääkärit keskustelee keskenään, sit ne al-kaa keskustelee lääkemääräyksistä, ei niitä voi keskeyttää"</p> <p>"ei selkeesti osoteta että kuka sanoo mitä-kin, ei sit aina"</p>	Puheenvuorot	Kokemukset kun-toutuskokoustilan-teesta	
<p>" pääsääntöisesti kokoustoimii, mä koen että jokainen hoitaa sitä omaa osaamis-alueitaan"</p> <p>"jokainen hoitaa oman ruutunsa, täytyy olla selvät yhteydenotot, jotta asiat ei jää leijumaan"</p>	Moniammatillinen työnjako		

<p>"riippuu puheenjohtajasta, tunnelma saattaa olla sit siellä...kaikki vähän tuskas-tuneita...tunneilmapiiri vaikuttaa sujuvuuteen"</p> <p>"jos kaikki on nuutuneita niin ei siin ittekään jaksu innostua"</p> <p>"täytyy olla rohkeus sanoa"</p>	Ilmapiiri		
<p>"mielipiteiden ja tuntemusten vaihto jää puuttumaan, lääkäri tekee päätökset ja hoitaja ei uskalla sanoa mielipidettään"</p> <p>"kaikkien täytyy olla tasavertasia vuorovaikutuksessa, kyl se aikalailla onkin"</p>	Vuorovaikutus		

Alkuperäinen ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
<p>"siin on vähä niinku kirjaaja, aika menee kirjaamiseen, sä et välttämättä sano siinä yhtään mitään kun sä yrität kirjoittaa"</p> <p>"jos sä kirjaat, sä et tavallaan osallistu..."</p> <p>"hoitajan osuus jää pieneksi, kun kirjaa ei tavallaan osallistu"</p>	Kirjaaminen	Kokemukset osallistumisesta kuntoutuskokoukseen	Sairaanhoitajien kokemukset kuntoutuskokouksen sisällöstä ja toteutumisesta
<p>"riippuu lääkäristäkin kuka vetää sitä kokousta et ei lähdetä seilaa muihin asioihin.."</p> <p>"keskustelu saattaa rönsyillä niin että ajatus katkee.. ei tiedä kenen vuoro oli.."</p>	Puheenvuorot		
<p><i>"potilasta vois enemmän kuunnella ja vois enemmän vaimistella siihen että nyt on tehty tämmönen päätös"</i></p> <p>"kyllä se vähän on semmonen tunne , että potilaalla ei oo hirveesti sananvaltaa"</p> <p>"potilaan osallisuus on aika vähäistä. Et joskus oon miettinyt, että tuolla me vaan kuntoutuskokouksessa sovitaan potilaitten puolesta näitä asioita eikä kysytä potilaitten mielipidettä...sit vaan kerrotaan että tällasta sovittiin"</p>	Potilaan näkemyksen esiintuominen		

<p>"välillä on antoisa kuntsari, välillä ei osata päättää.."</p> <p>"ei tuu selkeitä päätöksiä, jää vähä sellaseks epämääräseks.."</p> <p>"kyllä päätöksistä täytyis aina pitää kiinni"</p>	Päätöksenteko	Kokemukset kuntoutuskokouksen päämääristä	
<p>"välillä on antoisa kuntsari, välillä ei osata päättää.."</p> <p>"ei tuu selkeitä päätöksiä, jää vähä sellaseks epämääräseks.."</p> <p>"kyllä päätöksistä täytyis aina pitää kiinni"</p>	Tiedonkulku		
<p>"siellä on läsnä kaikki moniammatillisen työryhmän jäsenet niin siellä tulee sellainen selkee käsitys"</p> <p>"fysioterapeutin kanssa ei tuu joka päivä keskusteltua niin siellä tulee käsiteltyä asiat"</p> <p>"yhtenäistä linjausta ..moniammatillisuuden takia kokoonnutaan yhteen, muuten jää aika repaleiseksi"</p>	Moniammatillinen keskustelu		
<p>"tulee sovitut tavoitteet...sovitaan asioita esimerkiksi että nostetaan potilas pystyyn"</p> <p>"kun on tavoitteet, tulee kuntoutettua paremmin"</p> <p>"katotaan miten on lähteny käyntiin ja missä mennään ja vaihdetaanko apuvälinettä ja ajatellaanko kotikäyntiä"</p>	Potilaan kuntoutuminen		
<p>"kuntsari selkeyttää tota mis niinku mennään ja mitä tapahtuu ja kuka lähtee kotiin, muuten ei tapahdu mitään"</p> <p>"nopeuttaa kotiinlähtöä"</p> <p>"nopeuttaa kotiuttamista ja niiden tavoitteiden asettamista ettei tarvii aina odottaa sitä viikkoa..."</p>	Potilaan kotiutuminen		