



# Toimintatutkimus moniammatillisen kuntopalaverin dokumentoinnin kehittämisestä

Sanna Tuppurainen

OPINNÄYTETYÖ  
Toukokuu 2023

Monialaisen kuntoutuksen ylempi tutkinto-ohjelma

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Monialaisen kuntoutuksen ylempi tutkinto-ohjelma

TUPPURAINEN, SANNA:

Toimintatutkimus moniammatillisen kuntopalaverin dokumentoinnin kehittämistä

Opinnäytetyö 93 sivua, joista liitteitä 12 sivua  
Toukokuu 2023

---

Dokumentointi on tärkeä osa moniammatillista päätöksentekoprosessia. Eri ammattiryhmien etiikka, näkemyserot ja tarpeet nähdään moniammatilliseen päätöksentekoprosessiin vaikuttavana. Moniammatillisen yhteistyön dokumentointi koetaan usein kuitenkin haasteellisena.

Tämän työelämälähtöisen opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten dokumentoinnilla voidaan tukea hoidon- ja kuntoutussuunnitelman arviointia, tavoitteita ja toteutumista moniammatillisessa päätöksentekoprosessissa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää laadullisen toimintatutkimuksen menetelmien avulla, potilaslähtöinen sekä yhteneväinen ohjeistus ja toimintamalli.

Toimintatutkimuksen aineiston keruu toteutettiin kolmen moniammatillisen intervention, sekä koko työyhteisön osallistavan palaute- ja kehittämisehdotusten avulla. Interventioihin osallistuneet toimijat (N=13) ratkaisivat interventioissa keskeisimmät teemat, kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämisen ja kirjaamisvastuun jakamisen, yhteisesti sovittujen sekä jaettujen toimintatapojen avulla. Aineistot analysointiin abduktiivisen analyysin – sekä toimijoiden itsearvioinnin avulla.

Toimintatutkimuksen avulla kehitettiin Sastamalan Kampussairaalan osastoille 1–3, moniammatilliseen kuntopalaveriin perehdytysohje – sekä kirjaamisen malli. Perehdytysohje ja kirjaamisen malli rakennettiin toimintatutkimuksen praktista näkökulmaa ja interventioissa tuotettua tietoa sekä tutkimus- ja teoretietoa hyödyntäen. Perehdytysohjeeseen - sekä kirjaamisen malliin ovat vaikuttaneet moniammatillisen työyhteisön näkökulmat.

Johtopäätöksenä voidaan todeta toimintatutkimuksen soveltuvuus moniammatillisen työyhteisön osallistavana, työelämälähtöisenä menetelmänä. Moniammatillinen työyhteisö tuotti kehittämistyön avulla käytännönläheisiä ja toteuttamiskelpoisia oman moniammatillisen työyhteisön tarpeisiin soveltuvia keinoja. Jatkotutkimusehdotuksena vaikuttavan moniammatillisen yhteistyön avulla, voidaan kehittää jatkossakin työyhteisöihin moniammatillisia toimintamalleja.

---

Asiasanat: moniammatillinen yhteistyö, hoidon- ja kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus, potilaslähtöisyys, dokumentointi

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Master`s Degree Programme in Rehabilitation

TUPPURAINEN SANNA:

Action Research on Developing Documentation in Multi-Professional Care and Rehabilitation Meetings

Bachelor's thesis 93 pages, appendices 12 pages  
May 2023

---

Documentation is an important part of the multi-professional decision-making process. In multidisciplinary cooperation documentation is often perceived challenging.

The aim was to develop multi-professional documentation in Sastamala Campus Hospital in a multidisciplinary decision-making process. The purpose was to investigate a healthcare professional`s perspective on ways to promote multi-professional documentation in a patient- oriented way.

The thesis is a participatory development work in which qualitative research was used. The material was collected through the methods of three multi-professional interventions and questionnaire involving the work community. The material was analysed using abductive analysis and self-assessment.

As a result of the action research, a uniform induction manual and documentation template were created for the multi-professional meeting. The induction guidelines and the recording model have been influenced by the perspectives of the multidisciplinary working community.

Overall, the work community has the opportunity to develop further the induction guidelines and the documentation template according to needs.

---

Key words: multiprofessional, planning care and rehabilitation, patient – centredness, documentation

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
1.1	Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen .....	6
1.2	Toimintaympäristön kuvaus .....	7
2	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	9
2.1	Moniammatillinen yhteistyö .....	9
2.1.1	Neuvottelut, kokoukset ja palaverit .....	12
2.1.2	Lait ja säädökset.....	14
2.1.3	Potilaslähtöisyys .....	15
2.2	Hoidon ja kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus .....	16
2.2.1	Toimintakyvyn arviointi .....	19
2.2.2	Dokumentointi.....	22
2.2.3	Rakenteisen kirjaamisen ja päätöksenteon vaiheet.....	23
2.3	Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys .....	25
3	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	26
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	27
4.1	Toimintatutkimus työelämälähtöisenä tutkimuksena .....	27
4.2	Toimintatutkimusprosessin kuvaus .....	30
4.3	Aineiston keruun ja analyysin toteutus .....	34
5	TULOKSET .....	46
5.1	Teemakeskustelun tulokset.....	46
5.2	Toiminnan arvioinnin tulokset.....	51
5.3	Havainnoinnin tulokset .....	54
5.4	Moniammatillisen kehittämistyön tulos .....	55
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	58
6.1	Tulosten tarkastelu .....	58
6.2	Dokumentoinnin merkitys ja vaikuttavuus .....	64
6.3	Eettisyys.....	64
6.4	Luotettavuus .....	66
6.5	Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotukset .....	70
	LÄHTEET .....	72
	LIITTEET .....	81
	Liite 1. Sähköinen tiedote 1.....	81
	Liite 2. Tiedote ja suostumus toimintatutkimukseen osallistuville.....	82
	Liite 3. Keskusteluteemat.....	83
	Liite 4. Teemahaastattelun analyysitaulukosta esimerkki .....	84
	Liite 5. Teemakeskustelun teemoitettu analyysitaulukko .....	86

Liite 6. Palautekysely toimijoille .....	91
Liite 7. Sähköinen tiedote 2.....	92
Liite 8. Palaute- ja kehittämissuhteet-kyselylomake työyhteisölle .	93

## 1 JOHDANTO

### 1.1 Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen

Moniammatillinen työyhteisö sisältää valtavan määrän tietoa, taitoa ja kokemusta. Esihenkilöiden ja johtamisen haasteena on saada nämä henkilöstön voimavarat ja osaaminen entistä paremmin integroitumaan yhteisen perustehtävän toteuttamiseen. (Lappalainen 1951, Järvinen 2016,121; Mönkkönen, Kekoni & Pehkonen 2019, 34.) Hoitotyön päämäärää kuvaili jo 1950- luvulla Tyne Lappalainen tutkimuksessaan seuraavasti; ”Tehkäämme sairaalahoito potilaslähtöiseksi, tämä päämäärä on saavutettavissa, jos sairaaloiden koko henkilökunta todella ymmärtää oman- ja yhteisvastuunsa, sekä tuntee työskentelevänsä hyvin suunnitellun ja johdetun työn rauhallisessa ja turvallisessa ilmapiirissä”. Lappalaisen ajatukset ovat hoitotyön ydin edelleen 2020-luvulla. (Lappalainen 1951, Kangasniemi 2017.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen (2023) myötä eri alojen asiantuntijuuksien ja palveluiden yhteensovittaminen vaatii monitahoista muutosta organisaatiotasolla, sekä myös ihmisten välisen yhteistyön uudistumista. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työn, toiminnan ja yhteistyön sujuvoittaminen, mahdollistaa potilaiden kannalta paremman ja yhteisvertaisen palvelun kehittämistä. (Mönkkönen ym. 2019, 35; Koivisto & Tiirinki 2020, 41.)

Sote- alan palvelurakennemuutoksen lähtökohdaksi ja tavoitteeksi on asetettu asiakas- ja potilaslähtöisyys. Hoidon- ja palvelun lähtökohdaksi ei kuitenkaan riitä pelkkä tavoitteen nimeäminen, vaan sen tulee näkyä myös organisaatioiden toiminnassa. Organisaatioiden on oltava oppivia (Senge 1990) ja muuttuvia, kehittyvien toimintamallien mukana. Hyvällä työn- sekä johtamisen suunnittelulla voidaan vaikuttaa asiakas- sekä potilaslähtöisyyden toteutumiseen. (Kangasniemi 2017.) Sengen (1990) mukaan organisaatio ei opi vain virheitä korjaamalla, vaan tarkastelemalla niiden takana olevaa toimintaa. Silloin päästään vaikuttamaan organisaation ja työyhteisöjen toimintamalleihin sekä luomaan niistä entistä kehittyneempiä. (Senge 1990, Tuomi & Sumkin 2012, 13.)

Työyhteisöjen toiminnalliset kentät vaativat tulevaisuuden muutoksissa menestyäkseen strategisia toimintamalleja, joiden ydin on olemassa olevan tilanteen tunnistaminen, sekä todellisten lähtökohtien tarkastelu (Tuomi & Sumkin 2012, 14, 23). Sote- alalla työnjako on perinteisesti rakentunut vahvasti ammattihenkilö- ja tehtävälähtöisyyteen. Käsitukset asiakaslähtöisyydestä voivat vaihdella eri ammattiryhmien välillä, jolloin asiakas saattaa tulla kohdatuksi eri palveluissa, eri tavoin. Tämän perinteisen lähtökohdan muuttaminen edellyttää uudenlaista ajattelutapaa, sekä taitoa tunnistaa työtehtävien mahdolliset päällekkäisyydet tai niiden aukot. (Kangasniemi 2017.) On tarve kehittää aiempia toimintatapoja, - sekä luoda uusia toimintamalleja, jotka tukevat sosiaali- ja terveydenhuollon alan kehittymistä. Yhteisen osaamisen tavoitteellinen kehittäminen, vaatii tietoista suunnittelua. (Tuomi & Sumkin 2012, 31.)

Opinnäytetyön taustalla on työelämälähtöisen kehittämistarpeen tunnistaminen. Moniammatillinen hoidon- ja kuntoutuksen suunnittelu, toteutus, sekä dokumentointi liittyvät vahvasti toisiinsa moniammatillisessa päätöksenteon prosessissa. Moniammatillinen dokumentointi koetaan kuitenkin yhä haasteellisena. (Holma 2009, 57.) Laadullisen toimintatutkimuksen tavoitteena on kehittää Sastamalan Kampussairaalan osastoilla, moniammatillisen työyhteisön dokumentoinnin käytäntöä kuntopalaverissa.

## **1.2 Toimintaympäristön kuvaus**

Sastamalan Kampussairaalassa, aiemmin Sastamalan Terveyskeskussairaala, toteutetaan lyhytaikaista hoitoa, palliatiivista hoitoa, saattohoitoa, kuntoutusta ja erikoissairaanhoidon jatkohoitoa. Sastamalan Kampussairaalassa on kolme osastoa, joiden erikoisosaaminen on keskitetty osastojen välille. Hoidon keskeisenä periaatteena on potilaan omatoimisuuden tukeminen, sekä toimintakyvyn säilyttäminen ja palauttaminen. Yhteistyö omaisten kanssa on tärkeässä osassa. Potilaan hoito toteutetaan yksilövastuisena hoitotyönä. Jokaiselle potilaalle on nimetty jokaiselle päivälle vastuuhoitaja, joka on perehtynyt potilaan hoidon suunnitteluun, on mukana lääkärinkierrolla ja toimii yhteistyössä omaisten kanssa. Hoito toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä. Potilaan hoitoon voi osallistua

hoitavan lääkärin ja osaston sairaanhoitajien ja lähihoitajien lisäksi eri alojen asiantuntijoita; fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä, diabeteshoitaja, kotiutusta koordinoiva hoitaja sekä kotihoiton hoitajat. (Sastamalan seudun sosiaali- ja terveysterveyst, 2022; Sastamalan Kampussairaala 2023.)

Sastamalan Kampussairaalassa arvioidaan moniammatillisessa yhteistyössä viikoittain osastopotilaiden hoidon- ja kuntoutuksen suunnittelua, sekä toteutusta. Hoidon- ja kuntoutuksen suunnittelu sisältää potilaan hoidon tarpeen, -tavoitteen sekä - arvioinnin. Tästä moniammatillisen yhteistyön toimintamallista käytetään nimitystä "kuntopalaveri". Kuntopalaveriin kokoontuvat osastopotilaiden hoitoon- ja kuntoutukseen osallistuvat, eri ammattiryhmiä edustavat asiantuntijat. Moniammatillisuutta osastojen palavereissa edustavat viikoittain; lääkärit, fysioterapeutit, sairaanhoitajat, lähihoitajat, toimintaterapeutti, koordinoiva hoitaja sekä sosiaalityöntekijä. (Sastamalan Kampussairaala 2023.)



## 2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoriapohja koostuu moniammatillisesta yhteistyöstä, potilaslähtöisestä hoidon- ja kuntoutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta, sekä dokumentoinnista. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet nousevat kansallisista sosiaali- ja terveysalan ohjeistuksista, jotka pohjautuvat lainsäädäntöön. Teoriapohjaa täydentävät kansallinen, - sekä kansainvälinen kirjallisuus ja - tutkimukset.

### 2.1 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö on ollut jo pitkään vakiintunut toimintatapa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Kun käytetään sanaa ”moniammatillinen”, sillä tarkoitetaan tavallisesti usean eri ammattinimikettä edustavan työntekijän ja useimmiten myös eri tieteenalaa edustavien ammattien yhteistyötä (multiprofessional). Toisaalta eri tieteenaloja edustavien ammattien yhteistyöstä käytetään usein myös termiä ”monialainen” (multidisciplinary). Usein mietitään näiden käsitteiden tulkinnassa eroavaisuuksia, tärkeintä kuitenkin on se, että niitä yhdistää sama piirre; yhteiseen päämäärään tähtääminen. (Holma 2009, 27; Mönkkönen ym. 2019, 15)

Moniammatillista yhteistyötä ja sen käsitteistöä on laajasti tutkinut 1990-luvulta lähtien Kaarina Isoherranen (2012) väitöskirjassaan ”Uhka- vai mahdollisuusmoniammatillista yhteistyötä kehittämässä”. Väitöskirja on johdattanut sen monipuolisen ja kansainvälisten lähteiden avulla tiedonhakuja eteenpäin. Moniammatillista yhteistyötä kuvaillaan toimintana, jossa eri ammattiryhmät työskentelevät asiakaslähtöisesti oman asiantuntijuutensa ja taitojensa pohjalta. Yhteistyön tarkoituksena on vuorovaikutuksen kautta muiden asiantuntijoiden kanssa rakentaa yhteinen tavoite ja käsitys tarvittavista toimenpiteistä tai hakea ratkaisuja ongelmiin. Moniammatillisessa yhteistyössä on havaittu korostuvan viisi eri käytännön näkökulmaa: asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset, sekä verkostojen huomioiminen. (Isoherranen 2012, 13–15.)

Moniammatillinen yhteistoiminta on sosiaali- ja terveysalalla sateenvarjokäsite, joka voi pitää sisällään monia eri määritelmiä ja viitekehyksiä, riippuen määrittelijän kontekstista (Isoherranen 2012, 19). Työntekijöiden ja työryhmien moniammatilliselle yhteistoiminnalle antamista merkityksistä syntyy yhteistyökulttuuri, joka voi edistää tai rajoittaa käytäntöjä yhteistoiminnan kehittymiselle (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 36).

Moniammatillisen työskentelyn kannalta ammatillisia taitoja voidaan katsoa kolmelta eri ulottuvuudelta. Näitä ulottuvuuksia ovat substanssiosaaminen, vuorovaikutusosaaminen sekä prosessiosaaminen. Substanssiosaamisella tarkoitetaan ammattialakohtaista osaamista, joka sisältää tietoja sekä taitoja. Vuorovaikutusosaaminen sisältää vastavuoroisen kohtaamisen potilaiden, hänen omaistensa tai toisten ammattilaisten kanssa. Prosessiosaamiseen kuuluu käytössä olevan ajan tarkoituksenmukainen hyödyntäminen sekä tekemisten oikea ajoitus. Moniammatillisen työn vaikuttavuus syntyy yhteistoiminnasta, jolloin kaikkien toimijoiden osaamista tarvitaan. (Mönkkönen & Kekoni 2020, 227.)

Kansainvälisesti tunnettu tutkija Laura Bronstein (2003) on selvittänyt laajassa kirjallisuuskatsauksessa millainen moniammatillinen yhteistoiminta olisi mahdollisimman toimivaa. Bronstein kuvaa moniammatillisen yhteistoiminnan edellytyksenä vuorovaikutustaidot, sekä sosiaaliset suhteet. Sujuva yhteistyö edellyttää yhteistä kieltä, yhteisiä tavoitteita sekä yhteistä käsitteiden määrittelyä tehtävien suorittamiseksi. Vuorovaikutustietoisella yhteistyöllä korostetaan tiedon ja näkökulmien saattamista yhteen. (Bronstein 2003, 300–303; Holma 2009, 27–28.) Moniammatillisen yhteistoiminnan keskiössä on ajatus potilaslähtöisestä toimintatavasta, jossa pyritään potilaan kokonaisvaltaiseen huomioimiseen sekä yhteiseen ymmärryksen toimijoiden kesken. Potilaslähtöisyys on toimintatavan pohja, jossa kootaan yhteen eri toimijoiden osaaminen sekä tieto, jonka pohjalta muodostetaan yhteinen tavoite (Isoherranen 2012, 11; Thomas, Pollard & Snellmann 2014, 19; Rissanen 2020, 120.)

Moniammatillisen yhteistyön merkittäviä haasteita ovat tutkimuksien (Bronstein 2003) mukaan erilaiset historialliset, rakenteelliset, ammatilliset ja persoonalliset tekijät, joiden vaikutuksia potilastyön kirjaamistavoissa ovat mm. dokumentoinnin

päällekkäisyys ja irrallisuus, sekä tavoittamattomuus toisistaan. Ammattien väliset valtakysymykset, ja erilaiset asemat tiimissä tai ryhmässä ovat tyypillisiä haasteita moniammatillisessa yhteistyössä ja useiden tutkimuksien mukaan siihen vaikuttavia tekijöitä. Myös ammattilaisten erilaiset koulutustaustat, tietope- rustat, sekä arvot voivat heikentää yhteistyön sujuvuutta erilaisissa tiimeissä. (Holma 2009, 27–28; Mönkkönen ym. 2019, 19, 23.) Ammattiryhmien historialli- set eroavaisuudet, erilainen koulutus, sekä erilaiset ammatilliset kulttuurit muo- dostavat vakiintuneet toimintakäytännöt ja ammatilliset lähestymistavat. Amma- tilliset näkökulmat asioihin, sekä ammattiryhmien oma kieli haastavat moniam- matillisen yhteistyön sujuvoittamista. Keskinäisen luottamuksen puute, ammatti- identiteetti, asenteet, roolien epäselvyys, sekä tiedon puute toisen ammattiryh- män työstä heikentää yhteistyön onnistumista. (Holma 2009, 27–28; Rissanen 2020, 120.)

Tutkimustiedon mukaan (Hall 2005, Jones & Phillips 2016) moniammatillisen yh- teistyön esteitä voivat olla kielteiset asenteet, sekä tietämättömyys toisten am- mattiryhmien työstä. Vahvan ammatti-identiteetti on rakennettu oman alan asian- tuntijuuteen, jo koulutuksesta lähtien. Moniammatillista työtä koskevissa tutki- muksissa (Shrader, Kern, Zoller & Blue 2013, Rydenfält, Borell & Erlingsdottir 2019) on muutospaineiden myötä myös ammatti- identiteettiin liittyvissä ajattelu- tavoissa tapahtumassa muutoksia. (Mönkkönen & Kekoni 2020, 222.)

Opinnäytetyö ajoittuu yhteiskunnassa tapahtuvaan isoon sosiaali- ja terveysalan palvelurakennemuutokseen. Sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatiota on suunniteltu jo vuosikymmenten ajan, jonka tavoitteena on integroida sote- palve- lut yhtenäisemmäksi kokonaisuudeksi. (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos 2023a.) Sote- palveluiden integrointi tuo mukanaan perinteisten ammattiroolien rinnalle ammattiroolijaon mallin, joka tarkoituksenmukaisesti sallii perinteisten ammatillis- ten rajapintojen ylittämisen myös toisten ammattilaisten asiantuntemuksen alu- eelle. Tarkoituksenmukaisessa moniammatillisessa yhteistyössä rajapintoja kut- sutaan yhdyspinnoiksi. (Mönkkönen ym. 2019, 15–16.)

Moniammatillinen osaaminen on laajalti tunnustettu, sekä tunnistettu sote- alan työssä. WHO:n raportissa “Framework for Action on Interprofessional Education

and Collaborative Practice” (Gilbert, Yan & Hoffman 2010) korostettiin jo terveydenhuollon kokonaisvaltaisen, sekä monitieteisen koulutuksen merkitystä globaalilla tasolla. Palvelurakennemuutoksen (2023) yhteydessä moniammatillisen koulutautumisen tärkeyttä on tuotu keskusteluissa esille kuitenkin vain vähän. (Mönkkönen ym. 2019, 113.)

Tulevaisuudessa sujuvien prosessien edellytyksenä ovat eri asiantuntijoiden osaamisen yhdistäminen, uudenlaisen liikkumavaran ja muuttuvan työympäristön myötä. Haasteena onkin, miten asiantuntijoiden tieto hyödynnetään potilaiden palveluprosessissa joustavasti yli perinteisten ammattikuntien rajojen. (Mönkkönen & Kekoni 2020, 226.)

### **2.1.1 Neuvottelut, kokoukset ja palaverit**

Neuvotteluja, kokouksia ja palavereita pidetään työyhteisöissä erilaisia tarkoituksia varten. Ne voivat olla epävirallisia tapaamisia, viikkopalavereita, ideointipalavereita tai vaikka osa jonkin yksittäisen asian sopimista. Kokouksella tarkoitetaan tilaisuutta, johon on kokoontunut useita henkilöitä keskustelemaan, kuuntelemaan ja tekemään päätöksiä. Kokouksissa painotetaan sovittuja menettelytapoja ja sääntöjä. Näin pyritään mahdollistamaan kokouksen osallistujille mahdollisimman yhdenvertaiset osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet ja toisaalta kokouksen joustava ja riittävän nopea eteneminen. Kun työpaikalla suunnitellaan kokouuskäytäntöjä, on hyvä pohtia yhdessä niiden tavoitteita, sisältöjä, ajankäyttöä ja osallistumista. (Niipola & Rauramo 2008, 4.)

Moniammatillisten kokouksien käytännöt ovat työyhteisökohtaisia, johtuen sosiaali- ja terveydenhuollon erikoisaloista, asiakasryhmistä, sekä potilaskohtaisista palvelutarpeista. Sairaanhoidon työyhteisöissä toimintatavat määritellään ympäristön, potilasryhmien sekä kontekstin mukaan (Isoherranen 2005, 23; Mönkkönen 2019, 27). Sairaanhoidon- ja kuntoutuksen suunnittelussa termit kuten ”moniammatillinen yhteistoiminta”, ”hoitopalaveri”, ”kuntoutuskokous” – tai ”kuntopalaveri”, kuvaavat yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamalleja - tai moniammatillisen yhteistoiminnan tapaa, jossa lähtökohtaisesti viikoittain moniammatillinen tiimi kokoontuu neuvottelemaan ja jakamaan tietoa potilaan tarpeista,

toimintakyvystä, sekä hoidon- ja kuntoutuksen tavoitteista. Tavoitteet ja toivottu lopputulos ohjaavat pitkälti kokoontumisen luonnetta. Kuviossa 1 on kuvattuna kokouksen yleiset periaatteet (Niipola & Rauramo 2008, 9).



KUVIO 1. Kokouksen yleiset periaatteet (Niipola & Rauramo 2008, 9).

Työelämän kokoustilanteet voivat olla hyvin erilaisia. Työpaikkojen tavallisimmat kokoukset ovat tietyille kohderyhmälle suunnattuja, joissa kokoonnutaan erilaisilla henkilökokoonpanoilla. Moniammatilliseen kokoukseen jokaisen ammattiryhmän edustaja tuo oman asiantuntijuutensa ja ryhmältä vaaditaan yhteistyö- ja kommunikaatiotaitoja. (Niipola & Rauramo 2008, 10.)

Hyvä kokous edistää yhteisöllisyyttä, jossa vahvoina avainkäsitteinä ovat dialogisuus ja luottamus. Dialogisuuteen kuuluu läsnäolo, ajattelu, kuunteleminen, sekä yhteinen osallistuminen, ei pelkästään puhuminen. Dialogisuus perustuu siihen, ettei kenelläkään ole absoluuttista totuutta asiasta, vaan kaikki ovat tulleet tarkastelemaan asioita, ilmaisemaan mielipiteensä ja valmiita keskustelemaan sekä hyväksymään toisten mielipiteitä. Luottamusta taas lisää avoimuus, hyväksyntä, tuki, yhteistyöhalun osittaminen sekä jakaminen. (Niipola & Rauramo 2008, 4, 12–14.)

Kokouksen toimivuuden kannalta on hyvä tunnistaa, miten luottamusta voidaan lisätä ja mikä luottamusta vähentää. Sanaton viestintä voi ilmetä käyttäytymisessä ilmein sekä elein. Myös se, kenen viereen kokouksessa istut tai kenen viereen et koskaan istu, ovat osa luottamukseen liittyviä tekoja. Moniammatillinen yhteistyö, kokouksien tarkoitus ja tavoitteet täyttyvät, kun onnistutaan luomaan yhteiset kokonaisnäkemykset. (Niipola & Rauramo 2008, 4, 12–14.)

Moniammatillisella kuntopalaverilla tarkoitetaan eri ammattiryhmien välistä vuorovaikutuksellista ja tavoitteellista päätöksentekoa. Moniammatillisen työskenteilyn merkittävä etuus on se, että asiakkaan tai potilaan tarpeet huomioidaan eri ammattiryhmien näkökulmista samalla kertaa. (Järvikoski 2013, 58.)

### **2.1.2 Lait ja säädökset**

Suomessa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä ohjaavat useat eri lait. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (2021/612) ohjaa uusia hyvinvointialueita palveluiden järjestämiseen, kehittämiseen, ohjaukseen, sekä valvontaan. Terveysdenhuoltolain (2010/1326) säädetään terveydenhuollon palveluista ja Sosiaalihuoltolain (2014/1301) avulla säädetään puolestaan sosiaalipalveluiden lainsäädännöstä. Terveysden- sekä sosiaalihuollon käyttäjän asemaa ja oikeuksia suojaavat; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), sekä Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2022/990). Myös terveyden- ja sosiaalihuollon henkilöstöstä on säädetty laeilla; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/259) ja Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (2015/817). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023a.)

Erytyislakeja on säädetty esimerkiksi vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (1987/380), sekä Työterveyshuoltolaki (2001/1383) ja Tartuntatautilaki (2016/1227). Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöllä on lainmukainen velvollisuus monialaiseen yhteistyöhön ja tarvittavaan tiedonvaihtoon potilaiden edun, palveluiden ja tarpeiden selvittämisessä, sekä hoidon suunnittelussa eri hoitoprosessin vaiheissa. Yleisten lakien lisäksi on säädetty potilasasia-

kirjojen käsittelyä, hoitotyön kirjaamista ja sote- alan henkilöstön kirjaamisvelvollisuuksia määrittävät lait, periaatteet, sekä asetukset (Henkilötietolaki 1999/523), sekä STM:n asetus potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä (2001/99). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) edellyttää ennen monialaiseen tai moniammatilliseen yhteistyöhön ryhtymistä, että asiakkaalta tai potilaalta on pyydettävä suostumus yhteistyön aloittamiseen ja tiedonvaihtoon sote- alan ammattilaisten välillä. (Syväoja & Äijälä 2009, 76; STM 2023a.)

### 2.1.3 Potilaslähtöisyys

Hoitotyössä asiakaslähtöisyys perustuu lainsäädäntöön (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Terveydenhuoltolaki 2010/1326). Parhaimmillaan asiakaslähtöisyys- ja osallisuus konkretisoituvat erilaisissa hoitotyön- ja kuntoutuksen tilanteissa, joissa asiakas on itse mukana toteutuksessa eli määrittelemässä toiminnan tarkoitusta, sekä on luomassa toimintaan ratkaisuja. Asiakaslähtöisyys on organisaatioiden ja työntekijöiden toimintatapaan liittyvä käsite. Asiakaslähtöisyyttä kuvataan tämän opinnäytetyön kontekstin, yhteistyöorganisaation ja työyhteisön määritelmän mukaan – potilaslähtöisyys. (THL 2023b.)

Sairaalahoidossa potilaan hoito tapahtuu yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaille annetaan tarvittavat tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, sen vaikutuksista, sekä erilaisista hoitovaihtoehdoista. Potilas suostuu ammattilaisten väliseen tiedon jakamiseen hoitosuhteen alkaessa. (Valvira 2023.) Potilasta informoidaan hänen oikeuksistaan, sekä moniammatillisen yhteistyön mahdollisuudesta osastohoidon aikana. Käytännössä potilaan kanssa tulee keskustella hoitosuhteen aikana potilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta, huomioiden potilaan omat tavoitteet ja odotukset. Potilasasiakirjoihin dokumentoidaan potilaan mahdollinen hoitotahto. Potilaan kanssa keskustellessa tulee huomioida, että potilas tulee ymmärretyksi. Potilaan edunmukaisesti voidaan myös yhdessä määritellä läheinen tai laillinen edustaja toimimaan potilaan puolesta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 1992/785.)

Potilaan osallisuutta korostetaan omassa hoito- ja kuntoutusprosessissa. Potilas on paras asiantuntija oman elämänsä kokemuksissa. Tällä tarkoitetaan omien

vahvuuksien ja oman roolin merkityksen ymmärtämistä hoito- ja kuntoutusprosessissa. Hoidon- ja kuntoutuksen asiantuntijoiden tulee huomioida potilas tasa-veroisena toimijana, suunnitellessaan hoitoa, kuntoutusta sekä toteutusta. Potilaan tavat ratkoa hoidon- ja kuntoutumisen haasteita ei kuitenkaan aina ole yhtä tehokkaita kuin asiantuntijoiden, jolloin tarvitaan yhteistyötaitoja vahvistamaan potilaiden osallistamiseen. (THL 2023b.)

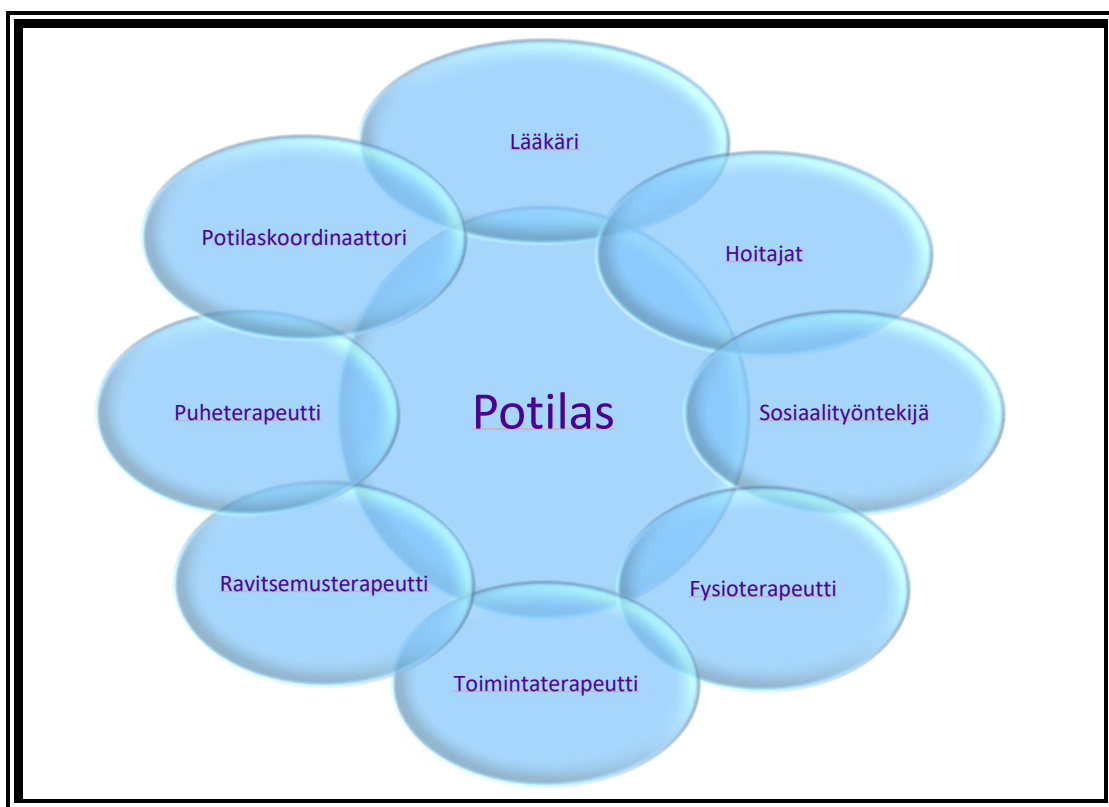
Potilaskeskeisyys on tärkeä osa hoidon suunnittelua ja hoidon laatua. Hyvää hoitoa ja laatua ovat esimerkiksi potilasturvallisuus, yhdenvertaisuus, sekä henkilöstön ammattitaito ja osaaminen. Hoidon tarpeen arvioinnissa merkittävänä laatu-  
mittareina pidetään esimerkiksi hoitoprosessin mielekkyyttä, palveluiden saata-  
vuutta, viestintää, kohteliaisuutta, uskottavuutta, turvallisuutta, luotettavuutta,  
sekä asiakkaan ymmärtämistä. Sairaaloissa on laadittava myös suunnitelma laa-  
dunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta. Yksittäiset hoitoyksiköt voivat määritellä  
tarkemmin yksilövastuisen hoitotyön osa-alueet, joita ovat potilaslähtöisyys, vas-  
tuullisuus, jatkuvuus, koordinointi, itsenäisyys ja kokonaisvaltaisuus, joiden poh-  
jalta laadukasta ja potilaslähtöistä hoitotyötä toteutetaan. (Syväoja & Äijälä 2009,  
208; THL 2023c.)

## **2.2 Hoidon ja kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus**

Potilastyöstä nousevat tarpeet määrittävät moniammatillisen yhteistyön sisällön ja toimintatavat. Tämän vuoksi moniammatillisen yhteistyön tulee olla suunnitel-  
mallista. (Isoherranen 2012, 15; Lehmuskoski ym. 2021, 11–17.) Terveysthuol-  
lon erilaisissa toimintaympäristöissä kokoontuvat moniammatilliset asiantuntijat,  
asiakkaiden, sekä potilaiden hoidon- ja kuntoutuksen suunnitteluun (tarve, tavoite  
ja arviointi) ja toteutukseen. Tätä moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata  
myös prosessina, jossa kaksi tai useampi ammattilainen työskentelee yhdessä,  
jakaen tietämyksensä ja osaamisensa tasavertaisesti, sekä kunnioittavat tois-  
tensa mielipiteitä. (Isoherranen 2012, 16.) Sairaanhoidossa oleville potilaille on  
laadittava suunnitelma tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta varten (Laki potilaan  
asemasta ja oikeuksista 1992/785; Terveysthuoltolaki 2010/1326; STM 2023a).



Moniammatillisessa yhteistyössä eri alojen asiantuntemus kootaan yhteen arviomaan mitä tukea, hoitoa ja kuntoutuspalveluita potilaille järjestetään. Monialainen- ja moniammatillinen hoidon- ja kuntoutustarpeen arviointi perustuu yhteistyöhön, jossa eri alojen asiantuntijat osallistuvat asiakkaan tai potilaan hoito- ja kuntoutusprosessiin samaan aikaan (kuvio 2). Moniammatillisten asiantuntijoiden laatimassa suunnitelmassa tulee olla kuvattuna toteutuksen, eli hoidon ja kuntoutuksen järjestäminen, sekä toteutukselle suunniteltu aikataulu. Lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelu toteutetaan yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa. Yhteinen moniammatillinen suunnittelu, sekä toteutus, muodostavat yhden toiminnallisen kokonaisuuden eli hoito- ja kuntoutussuunnitelman. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010/1326.) Potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä, jolloin eri päätöksentekovaiheissa potilaalle on annettava mahdollisuus ymmärtää eri hoitovaihtoehtot, sekä olla mukana päätöksenteossa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785).



KUVIO 2. Esimerkkikuva moniammatillisesta yhteistyöstä Sastamalan Kampussairaalan osastoilla (Sastamalan Kampussairaala 2023).

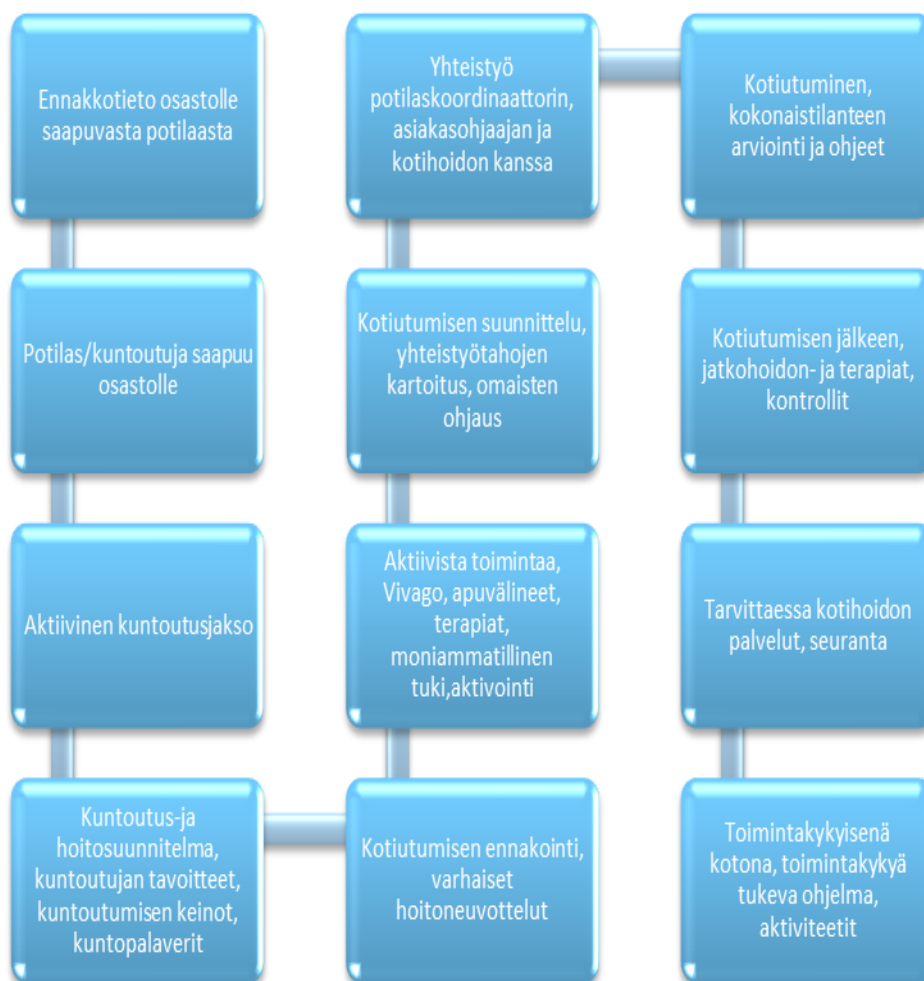
Kuntoutussuunnitelmassa tuodaan esiin potilaan yksilölliset haasteet, tarpeet ja toiveet toimintakyvyn ylläpitämiseksi, paranemiseksi tai toimintakykyä heikentävien tekijöiden ennaltaehkäisemiseksi. Kuntoutussuunnitelman laadinnassa voidaan hyödyntää tarpeen mukaan terveydenhuollon työntekijöiden, kuten fysioterapeutin, kuntoutusohjaajan, sosiaalityöntekijän, ravitsemusterapeutin, toimintaterapeutin arviointia kuntoutujan toimintakyvystä. Suunnitelmassa mainitaan käytetyt arviointimenetelmät sekä niiden tulokset. Hyvän kuntoutuskäytännön mukainen kuntoutussuunnitelma sisältää kuntoutujalle merkitykselliset, konkreettiset ja saavutettavissa olevat tavoitteet, jotka määritellään aina yksilöllisesti. (Terveyskylä 2020.)

Jatkohoidon suunnittelulla kuvataan moniammatillisen hoidon, kuntoutuksen, sekä tutkimusten ja toimenpiteiden koordinoitua. Moniammatillisen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus dokumentoidaan hoitotyön prosessin mukaan hoitosuunnitelman loppuosaan; potilaan tarpeet, hoitotyön tavoitteet, auttamismenetelmät, toteutus ja arviointi. Potilaan asiakirjoihin merkitään olennaisimmat hoitoon liittyvät tiedot ja päätökset. (Kinnunen ym. 2019.)

Asiantuntijoiden hyvää keskinäistä yhteistyötä tarvitaan, jotta potilas saa tarvitsemansa tuen, sekä tavoitteiden asettamisessa, että pyrkiessään etenemään niitä kohti. (Järvikoski 2013, 57). Moniammatillisessa yhteistyössä hoitosuhteen luotamuksellisuus edellyttää erityistä huolellisuutta myös potilastietojen käsittelyssä. Potilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa saa käsitellä vain ne, jotka osallistuvat potilaan hoitoon (Valvira 2023). Hoito- ja kuntoutussuunnitelman tulee olla selkeästi ja ymmärrettävästi toteutettu, jotta siihen on kaikkien hoitoon osallistuvien asiantuntijoiden helppo sitoutua (Isoherranen 2005, 23; Lehmuskoski ym. 2021, 23).

Potilaiden hoidon järjestelyä ja -tukkeinoja voidaan kuvata eri organisaatioissa asiakkuuspolkujen avulla. Asiakkuuspolulla moniammatilliset asiantuntijat työskentelevät tiiviissä yhteistyössä. (Tays 2023.) Moniammatillisen hoidon- ja kuntoutuksen järjestelyä voidaan kuvata esimerkiksi toimintakykyä tukevana hoito- ja kuntoutuspolkuna (kuviot 3). Hoito- ja kuntoutuspolku on moniammatillisen tiimin tärkeä yhteistyön väline, jonka avulla jokainen ammattiryhmä tekee yhteis-

työtä potilaan hyväksi. (Lehmuskoski ym. 2021, 23.) Hoito- ja kuntoutuspolku ohjaa potilaan hoitoprosessissa myös hoidollisen päätöksenteon vaiheita (FinnCC-käyttäjäopas 4.0, 2019).



KUVIO 3. Toimintakykyä tukeva hoito- ja kuntoutuspolku, Sastamalan Kampus-sairaalan osasto 3 (mukaillen, Suurkari & Ojala, 2019).

### 2.2.1 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyllä määritellään potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja kognitiiviset edellytykset selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää. Näillä jokapäiväisillä toiminnoilla voidaan tarkoittaa työtä, opiskelua, vapaa-aikaa, harrastuksia, sekä itsestä ja toisista huolehtimista. Potilaan suoriutumiseen vaikuttavat myös ympäristötekijät kuten esteettömyys, asenteet ja käytössä olevat apu-

välineet, sekä toisen henkilön apu. Sote-alalla käytetään toimintakyvyn kuvaamisen tukena, Maailman terveysjärjestön (WHO) toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä International Classification of Functioning, Disability and Health eli ICF- luokitusmääritelmää. (THL 2023d.)

ICF-viitekehys sopii hyvin toimintakyvyn tarkasteluun kaikessa kuntoutuksessa, koska se huomioi sekä ihmisen yksilölliset ominaisuudet, terveydentilan, suoriutumisen ja osallistumisen kyvyt, että ympäristön, kuten esimerkiksi tarjolla olevat palvelut, fyysiset esteet, asenteet ja etuudet. ICF:n avulla voidaan kuvata toimintakykyä ja sen rajoitteita, sekä käyttää luokitusta toimintakykymittareilla, havainnoinnilla ja haastatellen, sekä linkittää saadut tulokset ICF-koodeihin. Toimintakykytieto kirjataan rakenteisesti käyttäen kansallisia tietosisältöjä (toimintakykymerkintä ja toimintakykyarvio), jotka ovat saman sisältöisiä sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. (THL 2023d.)

Toimintakyvyn arviointiin on kehitetty asiantuntijoiden valmistelemia suosituksia ja erilaisia mittareita, joiden koordinoinnista vastaa Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (2023). Suositusten tavoitteena on yhtenäistää toimintakyvyn arviointikäytäntöjä. TOIMIA- tietokanta on osana Terveysportti- sivustoa, joka ylläpitää sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille ajankohtaista tietoa esimerkiksi toimintakyvyn mittaamisen apuvälineistä, sekä arvioinnista, TOIMIA- käsikirjojen avulla. Kontekstista riippuen, käytössä on satoja erilaisia toimintakyvyn arvioinnin mittareita. Yleisiä sosiaali- terveysalan toimintakyvyn mittareita ovat RAI (Resident Assessment Instrumental) - järjestelmä, GAS (Goal Attainment Scaling) - menetelmä, IADL (Instrumental Activities of Daily Living) - asteikko sekä toiminnallinen tasapainotesti (Functional Balance Test). (THL 2023e.)

RAI- järjestelmässä kerätään testin avulla tietoa, iäkkään asiakkaan tai potilaan toimintakyvystä standardoidusti, haastatteleamalla ja havainnoimalla. RAI- testin avulla kartoitetaan laaja-alaisesti terveydentilaa, toimintakykyä, ympäristötekijöitä, saatuja apuja, sekä avun- ja palveluiden tarvetta. GAS- menetelmä perustuu yksilölähtöiseen tavoitteen asettamiseen ja sen mukaisten suunnitelmien asettamiseen siten, että asetetut tavoitteet toteutuvat. Tavoitteet laaditaan moniammatillisen työryhmän kanssa. GAS- menetelmä on käytössä laajasti eri potilasryhmillä. IADL- on sähköinen kyselylomake, joka on suunniteltu selvittämään

iäkkäiden potilaiden toiminnanvajautta, kartoittaa päivittäisen asioiden hoitamiseen liittyvää toimintakykyä ja siihen liittyen ulkopuolisen avun tarvetta, sekä toimia palvelujen suunnittelun apuna ja hoidon vaikutusten arviointivälineenä. Toiminnallisen tasapainotestin avulla voidaan kartoittaa työikäisen tasapainon ja liikkeen hallintaa. (THL 2023e.)

Tietoa toimintakyvystä tarvitaan, kun arvioidaan potilaan työkykyä, avun, hoidon tai kuntoutuksen tarvetta. Hoito- ja kuntoutustarpeen oikea-aikainen havaitseminen edellyttää vahvaa ammattitaitoa ja asiakkaan tai potilaan kuulemista. Hoitoprosessissa kuntoutuksen käynnistäminen edellyttää toimivaa yhteistyötä asiakkaan, hänen läheistensä, lääkärin ja moniammatillisen työryhmän kesken. (STM 2020.)

Terveydenhuoltolain päivityksen mukaan (2023), hyvinvointialueiden on järjestettävä potilaille tasavertainen sairaanhoitoon liittyvä toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi. Kuntoutuskokoukset- ja palaverit ovat yleinen käytäntö moniammatillisen potilastyön hoidon- ja kuntoutuspolun arvioinnin toteuttamisessa. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326.) Potilaslähtöisessä kuntoutuksessa, kuntoutuja on keskiössä, osallistuen omien kuntoutustavoitteidensa asettamiseen. Kuntoutuja on ymmärrettävä asiantuntijaksi ja aktiiviseksi toimijaksi, sekä omien kuntoutustavoitteiden laatimisessa, että päätöksenteossa. (Alanko ym. 2017, 6.) Useimmat tutkimukset ovat osoittaneet, että kuntoutujan oma käsitys toimintakyvystään ja hänen itse asettamansa henkilökohtaiset tavoitteet vaikuttavat ratkaisevasti siihen, millaiseksi tulevaisuus määräytyy (Järvikoski 2013, 24).

Hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatii hoitava lääkäri, yhteistyössä kuntoutujan, hänen läheistensä ja moniammatillisen tiimin kanssa. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta saadaan helposti käsitys potilaan hoitoon liittyvästä kokonaistilanteesta, jolla ohjataan hoitoa sekä kuntoutusta, sekä siihen liittyvää moniammatillista yhteistyötä. Hoito- ja kuntoutussuunnitelman avulla voidaan koordinoida ja suunnitella potilaan hoitoa, sitouttaa ja motivoida potilasta omaan hoitoonsa, sekä ohjeistaa potilasta ja heidän läheisiään. (OmaKanta 2023.) Kuntoutuksen oikea-aikaisuus, potilaiden ongelmien ja vahvuuksien tunnistamista, pidetään edellytyk-

senä hyvän kuntoutuskäytännön toteutumiselle. Potilaiden kuntoutustarvetta arvioidaan moniammatillisessa yhteistyössä eri kuntoutuksen asiantuntijoiden kanssa. (Palomäki 2011, 120.)

### **2.2.2 Dokumentointi**

Dokumentointi on ratkaiseva osa hoidon tarpeen arviointia. Dokumentoinnin tulee noudattaa hoitosuunnitelmaa, joka on muuttuva potilaan hoidon edetessä. On tärkeää, että dokumentointi on selkeää, jotta niiden olennaiset tiedot välittyvät tehokkaasti ja potilasturvallisesti. (Asha 2023.) Potilasasiakirjojen keskeinen tehtävä on palvella hoidon suunnittelua, toteutusta ja seuranta. Kirjatun tiedon tulee olla laadultaan asianmukaista, selkeää ja yksiselitteistä. (Niemi ym. 2006, 314.) Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstöllä on kirjaamisvelvollisuus potilaan hoito- tai palveluprosessin eri vaiheissa. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata potilaskohtaiset tiedot eri ammattiryhmien osallistumisesta, vastuiden jakautuminen eri toimijoiden kesken, sekä arviot, tavoitteet ja toiminnot, yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (Lehmuskoski ym. 2021, 23.)

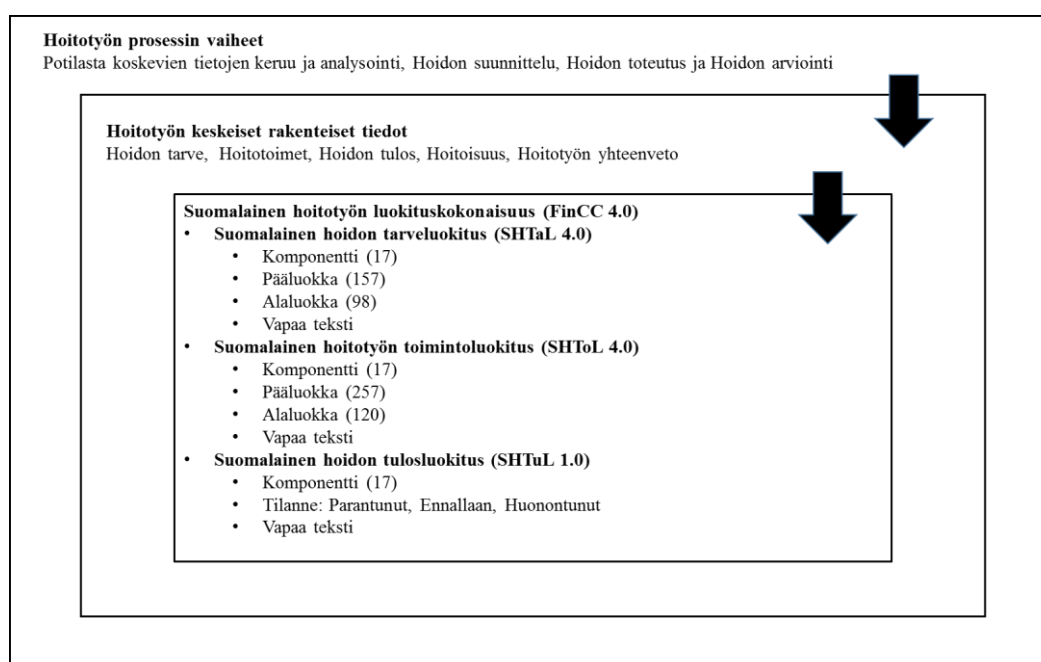
Potilaskertomus ja siihen tehtävät merkinnät palvelevat ensisijaisesti potilaan hoito- ja kuntoutuspolun onnistumista sekä potilaan tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuuden turvaamista. Moniammatillisissa tapaamisissa käytetään apuna potilaskertomukseen kirjattuja dokumentteja, sekä potilaskohtaisesti suullisia ensikäden ja toisen käden kertomuksia. (Nikander 2003.) On tärkeää löytää moniammatilliseen yhteistyöhön yhdessä sovitut toimintatavat, jotka tavoittavat potilaan kanssa toimijat ja helpottavat informaation jakamista potilaalle ja heidän omaisilleen. Tehdyn työn kirjaaminen on välttämätön osa palvelutuotantoa ja ilman sitä ammatillinen työskentely ei ole mahdollista, eikä ainakaan tehokasta. (Lehmuskoski ym. 2021, 28.)

Onnistunut hoitotyön kirjaaminen edistää potilaslähtöistä hoitotyötä, sen suunnitelmallisuutta, tavoitteellisuutta ja juridista oikeellisuutta. Se myös edistää luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. Jokaisen ammattiryhmän edustajan tulee merkitä näkyvästi ja ajantasaisesti potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarvittavat tiedot potilasasiakirjoihin

(THL 2023f). Virallisia kirjaamisohjeita noudatetaan myös moniammatillisten taapaamisten sisällön kirjaamisessa organisaatio- ja potilasjärjestelmäkohtaisen kirjaamisen alustalle (Lehmuskoski ym. 2021, 23).

### 2.2.3 Rakenteisen kirjaamisen ja päätöksenteon vaiheet

Hoitotyön kirjaamisen lähtökohtana on potilaan tarpeet. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä ohjaavan lain (2021/784) mukaan sote-alan toimintayksiköissä edellytetään sähköistä potilaskertomusta, jossa on yhteiset rakenteiset ydintiedot. (Syväoja & Äijälä 2009, 86; THL 2023g). Rakenteinen, määrämuotoinen tieto tarkoittaa tiedon kirjaamista ja tallentamista yhteisten, sovittujen rakenteiden avulla. Rakenteinen kirjaaminen sisältää käytännössä sovittuja toimintatapoja, eli mitä kirjataan (sisältö) ja miten kirjataan (rakenne). Rakenteistamalla eli järjestelemällä voidaan luokitella potilaasta kirjattavat tiedot. Tietoja kirjataan käyttämällä Finnish Care Classification eli FinCC – luokituskonaisuuden (kuvio 4) mukaisia otsikoita, luokituksia ja koodeja. Hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisia keskeisiä rakenteisia tietoja ovat hoidon tarve, hoitotoimet, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. (FinnCC- käyttäjäopas 4.0, 2019.)



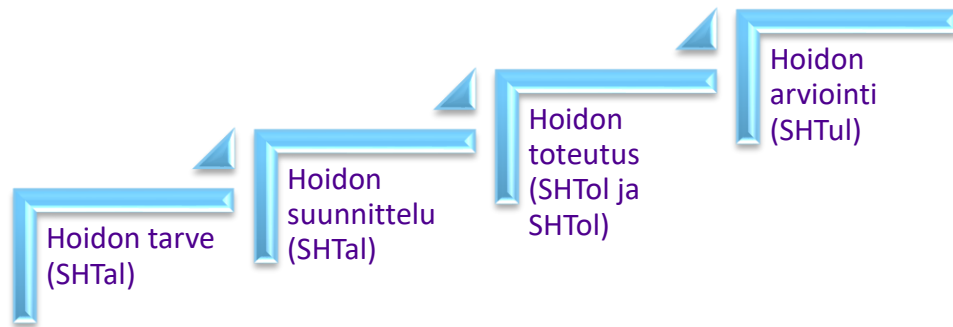
KUVIO 4. Suomalaisen hoitotyön kirjaamismalli FinCC 4.0- mukaan (Mykkänen 2019, mukaillen Tanttu 2009).

Hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokitusta käytetään potilaan päivittäisen hoidon rakenteiseen kirjaamiseen poliklinikoilla ja vuodeosastoilla, perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Molempia luokituksia voidaan käyttää erikseen, mutta suurin hyöty saadaan niiden rinnakkaisesta käytöstä. Kun potilaan hoidon tarvetta ja annettua hoitoa kuvataan hoitoprosessin eri vaiheissa tarve- ja toimintoluokitusten avulla, saadaan johdonmukainen kokonaiskuva potilaan voinnista ja siinä tapahtuneista muutoksista. (FinnCC- käyttäjäopas 4.0, 2019.) Luokituksia täydennetään vapaalla, kuvailevalla tekstillä, joka liittyy potilaan yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja hoidon toteutumiseen. Kirjattujen tietojen yhtenäisyys helpottaa potilaan hoitoa koskevien tietojen hakua potilastietojärjestelmästä ja tuottaa hoitotyöhön ajattelun toimintamallin. (Syväoja & Äijälä 2009, 86.)

Hoidon suunnittelun eli hoidollisen päätöksenteon vaiheet ohjaavat hoitotyössä tiedonkeruuta ja tiedon analysointia, joiden pohjalta määritellään, sekä priorisoidaan hoidon tarve. Hoidon tarpeen määrittämiseen kuuluu potilasta koskevien tiedon kerääminen ja analysointi. Tulotilanteessa hoidon tarve on henkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä, olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimenpiteiden avulla. Hoidon suunnitteluvaiheessa määritellään myös hoidon tavoitteet ja keinot. Hoidon tavoitteet asetetaan suhteessa hoidon tarpeisiin. Kirjaukset ja komponenttien käyttäminen tulee tehdä potilaslähtöisesti, eli tavoitteet kirjataan potilaan tilana, ei hoitotyön toimintona. (FinnCC- käyttäjäopas 4.0, 2019.)

Hoidolle voidaan asettaa kokonaistavoite ja välitavoitteita. Hoitotyön toimintojen toteutus sekä hoitotyön tulokset, eli arviointi sisältävät omat päätöksenteon vaiheet. Hoitotyön auttamismenetelmät eli keinot valitaan asetettujen tavoitteiden ja hoitotyön periaatteiden mukaisesti. Hoitotoimenpiteet voivat olla joko hoitajien omaan asiantuntemukseen perustuvia, tai lääkärin määräyksiä. Hoidon tulosten arvioinnissa hyödynnetään kaikkia hoitotyön prosessin päätöksenteon vaiheita, keinoja ja mittareita. Hoidon arviointia tehdään suhteessa hoidon tarpeisiin, tavoitteisiin ja toteutuneeseen hoitoon (kuvio 5). Hoidon tulokset kuvaavat potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia. Hoidon tuloksissa arvioidaan, miten potilaan hoidon tarpeeseen on vastattu ja miten hoidon tavoitteet ovat toteutuneet käytetyillä hoitotyön auttamismenetelmillä. (Syväoja & Äijälä 2009, 77, 88).





KUVIO 5. Hoidollisen päätöksenteon prosessimallin vaiheiden mukainen kirjaaminen SHTal, SHTul- ja SHTol- luokitusten avulla (FinnCC- luokituskokonaisuuden käyttäjäopas 2019; Syväoja & Äijälä 2009).

### 2.3 Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys

Teoreettinen viitekehys (kuvio 6) pohjautuu kansalliseen, sekä kansainväliseen tiedonhakuun. Teorian pohjalta on aineistosta noussut opinnäytetyön aiheeseen keskeisesti liittyvät pääkäsitteet; moniammatillinen yhteistyö, hoidon- ja kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus, potilaslähtöisyys, sekä dokumentointi.



KUVIO 6. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys.

### 3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää dokumentoinnin käytäntöä, joka palvelee potilaan tasavertaista hoidon suunnittelua, arviointia ja toteutusta. Tarkoituksena on luoda potilaslähtöinen ja yhteneväinen, potilaiden hoito- ja kuntoutuspolkua tasavertaisesti palveleva dokumentoinnin ohjeistus.

Tutkimuskysymykset ovat;

1. Miten hoidon- ja kuntoutustarpeen arviointi, suhteessa hoidon tarpeeseen, tavoitteisiin ja toteutumiseen näkyy dokumentoinnissa?
2. Miten dokumentoinnilla voidaan tukea hoidon- ja kuntoutussuunnitelman arviointia, tavoitteita ja toteutumista?

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tutkimusmetodiksi on valittu toimintatutkimus opinnäytetyön aiheen, lähtökohdan ja toiminnan tavoitteen eli praktisen tiedonintressin pohjalta. Praktinen näkökulma kuvaa toiminnan tehokkuuden tavoitteita, eli päämäärää. Päämääränä opinnäytetyössä on ammatillinen kehittyminen, toimijoiden parantunut itseymmärrys, sekä uudenlaisen tietoisuuden kehittyminen. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 46; Vilkkä 2015, 68.)

### 4.1 Toimintatutkimus työelämälähtöisenä tutkimuksena

Toimintatutkimuksen juuret liitetään yleensä Kurt Lewiniin (1890- 1947), joka otti toimintatutkimus- käsitteen (action research) käyttöön 1940- luvulla ensimmäisen kerran artikkelissa ”Action Research and Minority Promblems” (O’Brien 1998, Kananen 2014, 18; Suojanen 2014). Lewinille toimintatutkimuksen kuvataan olleen järkiperäistä toimintaa, joka eteni vaiheittain kohti asetettuja tavoitteita, erilaisten pienien toistuvien vaiheiden kautta. Nämä vaiheet sisälsivät suunnittelua, toimeenpanoa, analysointia sekä tulosten arviointia. Toimintatutkimuksen syntyyn ja kehittämiseen liitettyjä nimiä ovat myös John Collier (1884- 1968) sekä John Dewey (1859-1952). Collier teki 1940- luvulla kokeita Intiaanireservateissa, joissa tutkijat ja intiaanit kehittivät yhdessä maanviljelystä. Deweyn ajattelussa korostui toiminnan, kokeilun ja vähitellen keräytyvän kokemuksen rooli tiedon perustana. Dewey korosti myös teorian ja käytännön yhteyttä toisiinsa. (Kananen 2014, 18; Puusa & Juuti 2020, 269.)

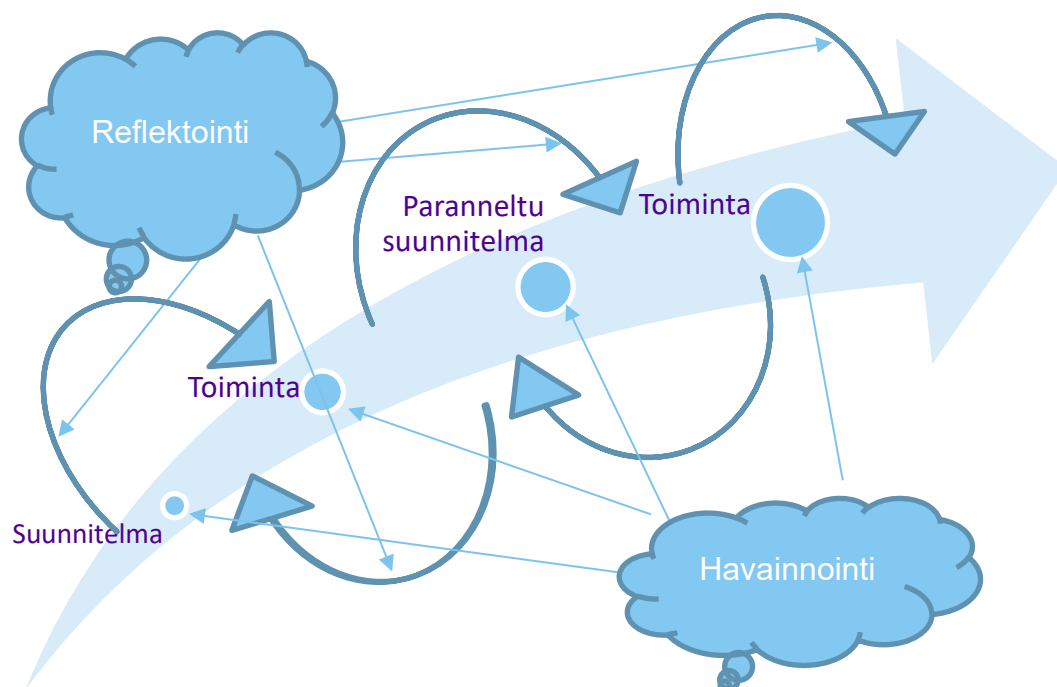
Suomessa toimintatutkimusta on ollut viemässä eteenpäin 1980- luvun lopulta lähtien Yrjö Engenström, joka julkaisi teoksen ”Kehittävä työntutkimus” (1995). Teoksella on ollut merkittävä panos suomalaisessa työn tutkimuksessa. Toimintatutkimus eroaa kehittämistutkimuksesta, perustuen siihen, että toimintatutkimuksessa tutkija itse on muutosprosessissa mukana, mutta kehittämistutkimuksessa ei. Toimintatutkimus kohdistuu lähinnä ihmisiin, erityisesti sosiaaliseen toimintaan, joka pohjautuu vuorovaikutukseen (Carr & Kemmis 1986, 166; Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010,16), mutta kehittämistutkimuksessa kohteena voivat

olla myös pelkästään prosessit tai toiminnot. (Kananen 2014, 20; Suojanen 2014.)

Tutkimusmenetelmäksi toimintatutkimus sopii sen työelämäsoveltuvuuden vuoksi. Toimintatutkimus on pienimuotoisimmillaan oman työn kehittämistä, käytännön työelämässä toimivien ihmisten oman työn tutkimista ja kehittämistä, tavoitteena lisätä organisaation itseyymmärrystä ja ennen kaikkea kehittää konkreettisia muutostoimia ja viedä niitä käytäntöön. (Anttila 2014, 7.4.5; Kananen 2014, 11; Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 17; Puusa & Juuti 2020, 268.)

Toimintatutkimus on kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen muoto. Laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan kokonaista joukkoa erilaisia tulkinnallisia, luonnollisissa olosuhteissa toteutettavia tutkimuskäytäntöjä (Denzin & Lincoln 2005,3, Metsämuuronen 2008, 9). Laadullinen, kvalitatiivinen tutkimus soveltuu parhaiten tilanteisiin, joissa ilmiöstä ei ole aikaisempaa tietoa, teoriaa tai tutkimusta, tai kun ilmiöstä halutaan saada syvälinen näkemys (Syrjälä 1994, 12–13; Metsämuuronen 2008, 14; Kananen 2014, 23).

Toimintatutkimus on prosessi, jossa ymmärrys ja tulkinta lisääntyvät vähitellen prosessin aikana (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 36). Lewin kehitti myös toimintatutkimuksen perusmallin (kuvio 7), jota voidaan kuvata useina erilaisina versioina, mutta perusajatukseltaan samankaltaisena tutkimuksesta toiseen. Lewinin hahmottelema toimintatutkimus etenee siis spiraalinomaisena, sykleittäin etenevänä prosessina. Se lähtee liikkeelle ongelman havaitsemisesta, tunnistamisesta ja kartoittamisesta. Ongelman pohjalta tehdään tutkimus- ja muutossuunnitelma, jota lähdetään reflektoiden toteuttamaan. Suunnitelman toteutumista havainnoidaan ja arvioidaan, muutetaan ja täsmennetään. Tämän jälkeen uudistettua suunnitelmaa toteutetaan, seurataan ja arvioidaan edelleen. Prosessi jatkuu, kunnes tavoitellut muutokset saavutetaan tai todetaan niiden olevan saavuttamattomissa. (Carr & Kemmis 1986, 166; Jyrkämä 1999).



KUVIO 7. Toimintatutkimuksen perusmalli, (mukaillen, Carr & Kemmis 1986; Heikkinen & Jyrkämä 1999).

Toiminnan tutkivaan kehittämiseen voidaan soveltaa useita lähestymistapoja. Omintakeista toimintatutkimuksellisen lähestymistavalle on tutkimuksen ja käytännön samanaikaisuus, eli toimintatutkimus yhdistää käytäntöä ja teoriaa, jossa käytetään monenlaisia aineistoja ja menetelmiä (Jyrkämä 1999; Metsämuuronen, 2008, 14; Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 40; Kananen 2014, 28; Puusa & Juuti 2020, 268).

Toimintatutkimusta kuvataan myös sekoituksena muita tutkimusmenetelmiä - kvalitatiivista ja kvantitatiivista, sekä ”tutkimusperheenä” (Kemmis & McTaggard 2005), johon kuuluu useita erilaisia tutkimusmuotoja. Oleellisia elementtejä toimintatutkimuksessa ovat; toiminnan kehittäminen eli muutos, yhteistoiminta, tutkimus ja toimijan eli tutkijan mukanaolo. Toimintatutkimuksessa pyritään siis vastaamaan johonkin käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan tai kehittämään olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. (Kemmis & McTaggard 2005, 560–562; Metsämuuronen 2008, 29; Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 19; Kananen 2014, 13–14; Puusa & Juuti, 2020, 268.)

Toimintatutkimukseen liittyy keskeisenä elementtinä myös oppiminen. Oppiminen tai muutos voi kohdistua esimerkiksi organisaation toimintatapoihin tai vallit-

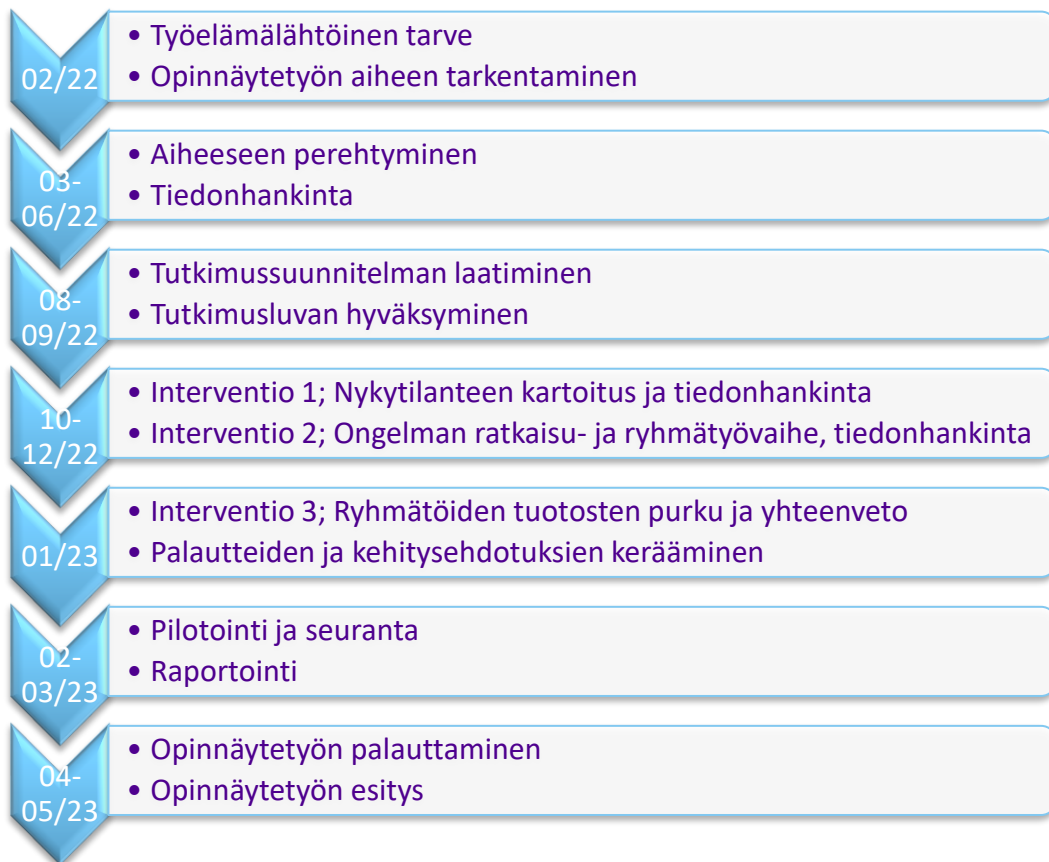
seviin asenteisiin. Oppiminen on yhdessä oppimista sekä uuden tiedon rakentamista, johon osallistuvat usein kaikki toimijat työyhteisössä. (Cohen & Manion 1995; 188–189; Metsämuuronen 2008, 30; Puusa & Juuti 2020, 268.)

Toimintatutkimuksen tavoitteena on kehittää työyhteisön toimintaa, joten tutkijalta edellytetään kiinnostusta havainnoida, analysoida ja ymmärtää muutoksia. Tutkijan tai ryhmän vetäjän (Pedler 1996) rooli on moninainen ja vetäjän tuleekin hallita tutkimuksen prosessi, sen vaiheet sekä ryhmäkäyttäytyminen. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 94). Tutkija käynnistää muutoksen ja rohkaisee organisaatiota tarttumaan asioihin, jotta niitä voidaan kehittää heidän omalta kannaltaan paremmiksi. Tutkijalla voi olla organisaatiossa sisä- tai ulkopuolinen rooli; toimija-tutkija tai tutkija-toimija, mikä vaikuttaa tutkimuskohteen tarkastelemiseen, sekä tutkijan suhtautumiseen aineistonsa, sen analysointiin ja kielenkäyttöön. Tutkija käyttää myös omia havaintojaan tutkimusmateriaalina muun aineiston sijasta, tai sen lisäksi, jolloin ymmärrys prosessista kasvaa hiljalleen. (Pedler 1996, 256; Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 29, 94–95; Kananen 2014, 68–69.)

## 4.2 Toimintatutkimusprosessin kuvaus

Keväällä 2022 Sastamalan Kampussairaalan osastojen yhteinen moniammatillinen työryhmä kokoontui suunnittelemaan yhdenmukaisia käytäntöjä osastojen kuntopalaverien toteutukselle. Kuntopalaverien kehittämisen tavoitteena oli helpottaa konkreettisesti henkilökunnan työntekoa työnkierrossa, tuoda paremmin esille potilaan oikeudet, sekä tehostaa osastoilla hoidon-, kuntoutuksen ja jatkohoidon suunnittelua. Työryhmässä päätettiin missä palaverit järjestetään, keitä palaveriin osallistuu, sekä ajankohdat osastojen palavereille. Vastuunjakoon, potilaslähtöisyyteen sekä perehdytykseen kiinnitettiin huomiota. (Tavast 2022.) Yhdenmukaisen kuntopalaverin toimintamallin kehittämisen keskeisenä aiheena oli siihen liittyvän kirjaamisen kehittäminen. Kuntopalaverien sisällöllinen, hoidon- ja kuntoutustarpeen suunnittelu, sekä moniammatillinen dokumentointi näyttäytyi työryhmän arvioinnissa haasteellisena. (Tavast 2022.) Osana työryhmää, ehdotin yhtenäiseen toimintamalliin perehtymistä tarkemmin moniammatillisen dokumentoinnin kehittämisen näkökulmasta, opinnäytetyön avulla. Työyhteisö tuki opinnäytetyön aiheen valintaa.

Opinnäytetyön tutkimuslupa hyväksyttiin Sastamalan kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluissa syyskuussa 2022. Tutkimusluvan voimassaolo tarkastettiin luvan antajalta, yhteistyötahon siirryttyä vuoden 2023 alussa Pirkanmaan hyvinvointialueelle. Opinnäytetyön aikataulusuunnitelma käytiin läpi kuntopalaverin kehittämistyöryhmän tapaamisessa syyskuussa 2022. Tapaamisessa kerättiin opinnäytetyön toiminnalliseen osuuteen vapaaehtoisesti osallistuvien yhteystiedot. Syyskuussa 2022 lähetettiin sähköisesti ensimmäinen tiedote (liite 1) opinnäytetyön toteutuksesta osastojen 1-3 moniammatilliselle työyhteisölle. Aineiston keruu ja analyysi toteutettiin lokakuun 2022 – tammikuun 2023 välillä. Helmikuussa 2023 tehtiin työyhteisössä vertaisarviointi, eli käytännön testaus sekä kerättiin kehitysehdotuksia ennen lopullisen tuotoksen pilotointia. Keväällä 2023 opinnäytetyöraportti vietiin lopulliseen tarkastukseen. Hyväksytty opinnäytetyöraportti esitettiin työyhteisölle, sekä pyydettiin työelämän yhteistyökumppanilta palaute. Kuviossa 8 kuvattuna opinnäytetyöprosessin aikataulu vaiheineen.



KUVIO 8. Opinnäytetyöprosessin vaiheet ja aikataulu.

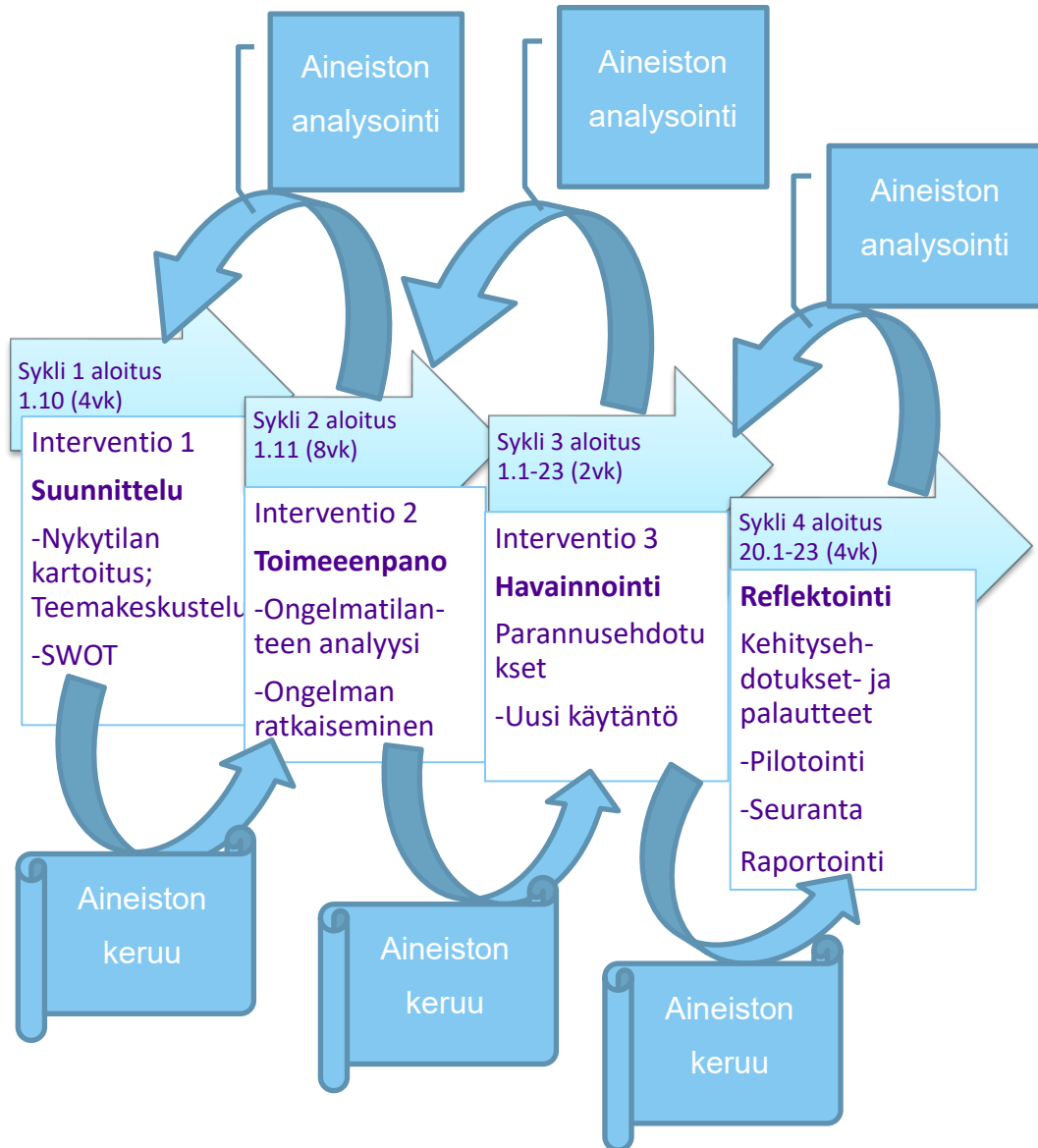
Toimintatutkimuksen kehittämiskohde syntyi työelämälähtöisestä tarpeesta karkeasti määriteltynä ”kuntopalaverin dokumentoinnin kehittäminen yhteneväiseksi ja potilaslähtöiseksi”. Toimintatutkimuksen toiminnalliseen osuuteen valikoitui Sastamalan Kampussairaalan osastojen 1-3, moniammatillisesta työyhteisöstä vapaaehtoiset, eri ammattiryhmiä edustavat toimijat. Toimijoihin (N=13) kuului lääkäreitä, hoitajia, fysioterapeutteja, koordinoiva hoitaja, sosiaalityöntekijä sekä toimintaterapeutti. Toimintatutkimuksen toimijat valittiin informanteiksi harkinnanvaraisesti, perustuen heidän osallisuuteensa sekä aikaisempaan kokemukseensa moniammatillisesta hoidon- ja kuntoutuksen suunnittelusta sekä toteutuksesta (Kananen 2014, 48; Puusa & Juuti 2020, 270).

Laadullisen aineiston keruu tapahtui useassa eri tiedonkeruu- ja analyysivaiheessa, useasti rinnakkaisesti eri menetelmin, jolloin myös analyysia tehtiin syklisen tutkimusprosessin ajan. Prosessin aikainen tiedonkeruu, toiminnan arviointi ja havainnointi, toiminnan suunnittelu ja toimeenpano toteutuivat osittain vuoroitellen sekä päällekkäin. Useat peräkkäiset aineiston keruun ja -analysoinnin syklit muodostivat spiraalin, jossa toiminta ja ajattelu liittyivät toisiinsa peräkkäin. (Kananen 2014, 34, 56.)

Aineistosta kerättiin ratkaisua tutkimusongelmaan ja siitä johdettuihin tutkimuskysymyksiin. Toimintatutkimuksen prosessin hallintaa, aikataulua ja suunnittelua selkeyttämään pilkottiin prosessi vaiheittaiseksi malliksi, joka tukee tutkimusasetelman tavoitteiden määrittelyä muutosprosessin avulla. Muutosprosessissa läpivietäviä aineiston keruun vaiheita kutsutaan Interventioiksi. Interventioissa ratkottiin nykytilan ongelmia ja etsittiin ongelmille kehittämisehdotuksia. Interventioissa tuotettujen aineistojen pohjalta arvioitiin tavoitteellisia ratkaisumahdollisuuksia. (Kananen 2014, 34, 56.)

Toimintatutkimuksen toteutuksen syklit ja aikataulu kuvattuna prosessimallissa (kuvio 9). Tämä prosessi näyttäytyi kokonaisuudessaan tarkemmin kuvattuna yhtenä isona syklinä, jonka jokainen sykli, interventiot 1- 3 (suunnittelu, toimeenpano, havainnointi) – sekä koko työyhteisön osallistava sykli 4 (reflektointi), sisälsivät myös interaktiivisen tiedonkeruun syklin vaiheet (1- 4); suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin sekä reflektoinnin. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 80; Kananen 2014, 13.)





KUVIO 9. Toimintatutkimusprosessin syklit ja aikataulu.

Sykliden mukaan eriteltiin ja yhdisteltiin syntyneitä aineistoja. Aineistojen analysoinnin pohjalta hahmoteltiin aineistojen kokonaisuus. Analysointia ei voi kuvata laadullisen tutkimuksen viimeisenä vaiheena, vaan koko tutkimusprosessin eri vaiheissa olevana toimintana, joka ohjasi itsessään tutkimusprosessia ja tiedonkeruuta (Kananen, 2014, 21). Toimintatutkimuksen sykliä seurasi aina uusi sykli, joka lähti siitä mihin ensimmäisen syklin aikana päästiin, tai sitten kohteena oli uusi ongelma ja sen poistaminen.

### 4.3 Aineiston keruun ja analyysin toteutus

Toimintatutkimus eteni aiempaan tutkimuskirjallisuuteen, sekä toimintatutkimuksen metodologiaan tutustuen kuten Metsämuuronen kuvaa prosessia (2008, 31). Koko työyhteisö osallistettiin toiminnan kehittämiseen avoimella ja ajantasaisella tiedottamisella prosessin aikana. Tiedottamisella ja osallisuudella tuotiin esiin mahdollisuus vaikuttaa oman työyhteisön kehittämiseen. (Isola ym. 2017, 5.)

Teoriatieto pohjusti interventioihin valmistautumista ja määritteli toiminnan strategiset menetelmät (Kananen 2014, 58–59). Etukäteen varmistetut resurssit eli toimiva välineistö ja tukimateriaalit, sekä käytettävissä olevat tilat, tukivat prosessin toteutuksen etenemisestä. Alustavan lähtökohdan tavoitteet määrittelivät ensimmäisen intervention aineiston keruun menetelmät eli SWOT- itsearviointilomakkeen ja teemakeskustelun kysymykset.

Seuraavissa luvuissa tarkemmin kuvattuna toimintatutkimuksen prosessin syklit 1–4. Interventioiden (syklit 1- 3) toiminnallinen sisältö muodostui eri vaiheiden aineiston keruun ja analyysin pohjalta, joita tuki teoriatieto, sekä kerätty havainnointimateriaali ja yhteinen reflektio. Neljäs sykli osallisti kaikki työyhteisön jäsenet toiminnan kehittämiseen. Syklit muodostivat sisällöllisesti omat syklit vaiheiden 1- 4; suunnittelu (1), toimeenpano (2), havainnointi (3) ja reflektointi (4).

#### **Sykli 1. Nykytilan kartoitus**

Intervention alussa käytiin läpi toimijoiden (n=13) kanssa opinnäytetyön tiedote- ja suostumuslomakkeen (liite 2) sisältö. Tutustumis- ja järjestäytymisvaiheessa pyrittiin löytämään luottamus toimijoiden ja oman roolini välillä. Yleistä keskustelua käytiin hieman jännittyneessä tunnelmassa. Kaikki toimijat tunsivat tai vähintään tiesivät toisensa entuudestaan. Opinnäytetyön tekijän roolissa havainnoin ja tunnustelin toimijoiden välistä kommunikaatiota, sekä rohkaisin toimijoita keskusteluun. Suunnitelmavaiheen (vaihe 1) alussa käytiin teoriatiedon tuella läpi tutkimuksen taustatiedot.

Intervention teoriapohja perustui sosiaali- ja terveysalan moniammatillista yhteistyötä ja moniammatillista kirjaamista ohjaaviin lakeihin ja suosituksiin (Tervey-

denhuoltolaki 2010/1326/Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Lehmuskoski ym. 2021). Tukimateriaalina käytin aihetta tukevaa kirjallisuutta, tutkimuspäiväkirjan muistiinpanoja, sekä teoriapohjaa tukevia informatiivisia sivustoja. Tukimateriaalin avulla valmistauduin tarvittaessa reagoimaan toimijoiden erilaisiin kysymyksiin, reaktioihin tai yllättäviin suunnan muutoksiin intervention aikana. Ensimmäisessä syklistä kuvataan (kuvio 10) nykytilan kartoitus (vaiheet 1-4).



KUVIO 10. Ensimmäinen sykli: nykytilan kartoitus.

Toimeenpanovaiheessa (vaihe 2) ongelman määrittely aloitettiin tutkimusongelmasta johdetulla nykytilaa kartoittavalla kysymyksellä; Miten moniammatillisen kuntopalaverin potilaslähtöisen hoidon – ja kuntoutustarpeen suunnittelu, arviointi, toteutus ja dokumentointi toteutuu nykytilanteessa? Ensimmäisenä aineistonkeruutapana toimijat arvioivat kuntopalaverin nykytilannetta SWOT-nelikenttäänalyysin avulla, jossa vahvuudet (S), heikkoudet (W), mahdollisuudet (O) ja uhat (T) toimivat yksilöllisen itsearvioinnin apuna. (THL 2023h.)

Ongelman määrittelyvaihe eteni puolistrukturoidulla teemakeskustelulla. Teemakeskustelussa kartoittava tutkimuskysymys arvioitiin toimijoiden asiantuntijuuden avulla, nykytilan kartoitusta täydentävänä, toisena tutkimusmenetelmänä. Teemakeskustelussa kartoittavan tutkimuskysymyksen alaotsikot tukivat keskustelun syvyyttä; a) rakenteinen, - b) moniammatillinen, - sekä c) potilaslähtöinen näkökulma. Kartoittavaan tutkimuskysymykseen lisätyt alaotsikot täydensivät toisen aineiston keruutavan eli puolistrukturoidun teemakeskustelun rungon (liite 3).

Prosessin eteenpäin viejän roolissa tallensin teemakeskustelun Microsoft Teams- yhteisöalustalle, ilman kamerayhteyttä. Toimijat keskustelivat teemasta vapaasti 45 minuuttia. Tallenteen aineistoa tukemaan keräsin kenttämuistiinpanoja strukturoimattoman, suoran havainnoinnin menetelmillä havainnointipäiväkirjaan (vaihe 3). Seurasin toimijoiden muodostaman ringin ulkopuolella keskustelun aikataulua, ryhmän dynamiikkaa ja puheenvuoroja. Tarvittaessa ohjasin toimijoita takaisin aiheeseen tarkentavilla kysymyksillä. Ongelman määrittely (vaihe 1), nykytilan kartoittaminen (vaihe 2), sekä havainnointi (vaihe 3) sisältyivät puolistrukturoituun teemakeskusteluun, jossa toimeenpano- ja havainnointivaihe (vaihe 2), sekä reflektio (vaihe 4) vuorottelivat, sekä – tapahtuivat osittain päällekkäin intervention edetessä.

Intervention sisältö reflektoitii (vaihe 4) yhdessä toimijoiden kanssa. Reflektiössä toimijat tarkensivat tutkimuskysymyksen asettelua, sekä ensimmäisen intervention teeman. Toimijat pohtivat myös moniammatillisen kuntopalaverin nykyistä nimeä ja sen mahdollista tarvetta muuttaa nykyisestä. Reflektiossa keräsin suullisesti toimijoilta palautetta- sekä kehitysehdotuksia seuraavaan interventiioon. Toiveet tarvittavasta lisäinformaatiosta huomioin seuraavaa tapaamista varten muistiinpanoihin ja informoin toimijoita seuraavan intervention ajankohdasta. Yhteisen reflektoinnin sekä interventiossa kerättyjen aineistojen pohjalta arvioin ja analysoin tuloksia suhteessa määriteltäviin tavoitteisiin. Tuloksien pohjalta suunnittelin toisen intervention (sykli 2) vaiheineen (1- 4).

## **Sykli 2. Ongelmatilanteen analyysi ja ongelman ratkaiseminen**

Ryhmäkoko (n=11) ja ryhmädynamiikka oli muuttunut toisessa interventiossa. Kaksi toimijaa jäi pois alkuperäisestä ryhmästä, kaksi puuttui ja kaksi toimijaa oli vaihtunut. Toimijoiden vaihtuminen sallittiin, perustuen koko työyhteisön osallisuuteen kehittämiskohteen ongelman ratkaisussa (Kananen 2014, 75). Toisessa syklissä (kuvio 11), kuvataan ongelmatilanteen analyysin ja ongelman ratkaisemisen vaiheet 1-4.



KUVIO 11. Toinen sykli: ongelmatilanteen analyysi ja ongelman ratkaiseminen.

Suunnitteluvaiheessa (vaihe 1) käytiin läpi yhdessä toimijoiden kanssa ensimmäisen intervention sisältö. Teoriaosuudessa Power Point- esityksen avulla käytiin läpi lakiin perustuvat Terveystieteiden tutkimuskeskityksen kirjaamisohjeet (THL 2023g), sekä Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaan ja rakenteisen hoitosuunnitelman kirjaamisen ohjeet (Lehmuskoski ym. 2022). Teoriatiedon tuella käsiteltiin sote- alan henkilöstöä koskevaa kirjaamista, moniammatillisen yhteistyön kirjaamisvastuun ja -velvollisuuksien näkökulmasta. Ensimmäisessä interventiossa kerätyt aineistot; SWOT- nelikenttäanalyysin yhteenvedo sekä teemahaastattelun analyysin tulokset, käytiin läpi yhdessä toimijoiden kanssa. Analyysitaulukon kuvasin alaluokasta yläluokkaan (liite 4), josta muodostui lopulta teemoitettu analyysitaulukko (liite 5).

SWOT- analyysin yhteenvedon (kuvio 12) pohjalta toimijat keskustelivat itsearviointin havainnoista (vaihe 2). SWOT- analyysin yhteenvedo kuvasti toimijoille kuntopalaverin dokumentoinnin nykytilannetta, jonka tuloksellista sisältöä hyödynnettiin tavoitetilan määrittelyssä. Yhteenvedo tulostettiin toimijoille tukimateriaaliksi interventioihin.

<b>VAHVUUDET (S)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SELKEÄ SUUNNITELMA</li> <li>- POTILASLÄHTÖISYYS</li> <li>- SELKEÄ SUUNNITELMA/KIRJ- JAUS</li> </ul>	<b>HEIKKOUEDET (W)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ROOLIT</li> <li>- OTSIKOINTI</li> <li>- MERKINTÄTAVAT/MIKÄ VAIHTO- EHTO?</li> <li>- YHTENÄISET OHJEET</li> <li>- SELKEÄT TOIMINTATAVAT</li> <li>- TIEDON JAKAMINEN, YHTENÄI- SET OHJEET</li> <li>- SELKEÄT JA YHTENÄISET OHJEET</li> </ul>
<b>MAHDOLLISUUDET (O)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- YHTENÄISET OHJEET</li> <li>- SELKEÄT OHJEET</li> <li>- POTILASLÄHTÖISYYS</li> <li>- MERKINTÄTAVAT</li> <li>- ROOLIT</li> </ul>	<b>UHAT (T)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- POTILASLÄHTÖISYYS</li> <li>- EPÄSELVYYS</li> <li>- ROOLIT</li> <li>- MERKINTÄTAVAT</li> </ul>

KUVIO 12. Toimijoiden SWOT- nelikenttäanalyysin yhteenveto.

Teemakeskustelun aineiston analyysitapa perustui teoriasidonnaisen tutkimuksen lähestymistapaan. Teoreettinen viitekehys, sekä opinnäytetyön tekijän ennakkokäsitykset ohjasivat prosessin etenemistä ja kartoittavaksi määritellyn tutkimuskysymyksen muotoilua. Aineiston analyysi ei suoraan perustunut teoriaan, mutta kytkentöjä siihen oli havaittavissa. Teoriasidonnaista lähestymistapaa kutsutaan abduktiiviseksi päättelyksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 99.) Aineiston tutustumisvaiheessa, purin aineiston ja tiivistin aineiston litteroimalla, eli auki kirjoittamalla Microsoft Teams- yhteisösovelluksen tallenteen avulla. Abduktiivisen aineiston analyysi käsitteli vain nauhoitettua keskustelua. Litteroitua aineistoa syntyi yhteensä 17 sivua, fonttikoolla 12 ja riviväli 1,5. Aineiston pelkistäminen eli redusointi sisälsi aineiston tiivistämisen luettuun muotoon.

Sisällön analyysiä ohjasi tutkimusongelmasta kartoittavaksi määritelty tutkimuskysymys, sekä siitä johdetut kolme alaotsikkoa. Aineistoa tarkastelin kokonaisuutena, eli havainnoimalla koko aineiston sisäistä rakennetta. Havainnointi perustui kuitenkin ennakkokäsityksiin, jolloin analyysitapa ei noudattanut puhdasta induktiivista sisällön analyysitapaa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 98). Aineistoa järjestämällä etsin aineistosta samankaltaisuuksia tarkoittavia asioita. Luokittelun avulla muodostin yksinkertaistettuja, kognitiivisia värikoodeja aineistoon, joiden avulla

etsin vastauksia teemakeskustelun kartoittavaan tutkimuskysymykseen. Värikoodailla pyrin löytämään aineistosta ulottuvuuksia ja käsitteellisiä kerroksia, joiden avulla ryhmittelin aineistoa eri luokkiin. Värikoodauksen jälkeisessä analyysissä pyrin aineistosta löytämään koodauskehikon avulla rakenteita, säännönmukaisuuksia, teemoja ja malleja eli ratkaisua tutkimusongelmaan ja siitä johdettuihin kysymyksiin. (Kananen 2014, 104–109; Puusa & Juuti 2020, 148.) Koodauksen pohjalta samaan asiaan liittyvät käsitteet alkoivat näyttäytyä aineistossa teemoina, jolloin alaotsikoiden näkökulmat linkittyivät sisällöllisesti toisiinsa. Lopulta abduktiivisen aineiston analyysistä muodostui teemoitettu analyysitaulukko (Liite 4).

Nykytilannetta kartoittava analyysitaulukko on kokonaisuudessaan teemoitettuna liitteessä 4. Teemakeskustelun esimerkkitaulukossa (taulukko 1) esiin tulleiden käsitteiden määrää kuvastetaan esiintyvyyksiluvulla (f).

TAULUKKO 1. Esimerkki teemakeskustelun analyysistä.

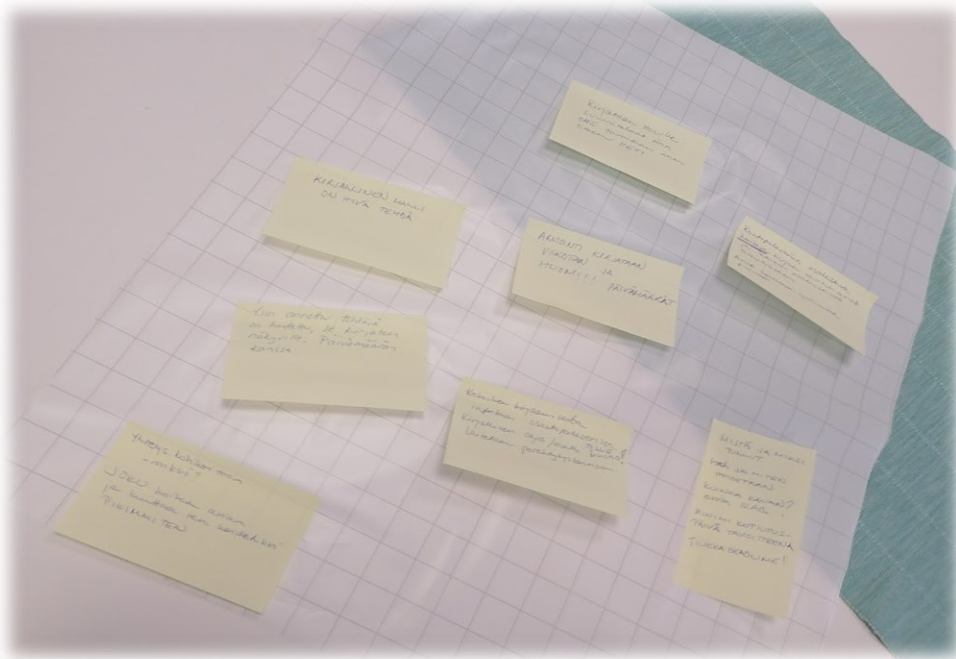
<i>PALAVERIN NYKYTILANNE (f=esiintyvyys teemakeskustelussa)</i>	
<i><u>ALALUOKKA</u></i>	<i><u>YLÄLUOKKA/TEEMAT</u></i>
<i>Kirjaamistapa kirjavaa Kirjaamistavoissa eroavaisuuksia Keskitetään yksi kirjaamistapa Ei toimivaa kirjaamistapaa Kirjaamistapa ei noudata mitään ohjeita</i>	<b>(f=5)</b>          <b>Kirjaamistapojen eroavaisuus</b>
<i>ei lainkaan näkyvää kirjaimista, ei tietoa onko kirjattuna Kirjauksien tarkkuus vaihtelevaa</i>	<b>(f=3)</b>          <b>Tieto kirjaamisesta epävarmaa</b>

Toimeenpanovaiheessa (vaihe 2) keskusteltiin teemakeskustelun analyysistä heränneistä ajatuksista ja havainnoista toimijoiden kanssa. Prosessin vetäjän roolissa tein muistiinpanoja havainnoiden keskustelua, tunnereaktioita, sekä sanallista - että sanatonta ilmaisua, jolloin toimeenpano (vaihe 2) -, sekä havainnointivaihe (vaihe 3), ja reflektio (vaihe 4) etenivät jälleen vuorotellen - sekä osittain myös päällekkäin. Analyysin läpikäyminen herätti monenlaisia tunteita toimijoissa. Ryhmätyön- toteutusvaiheessa (vaihe 3), ohjasin toimijoita kirjoittamaan analyysistä heränneitä ajatuksia paperille. SWOT- analyysin yhteenvedon ja teemakeskustelun aineiston pohjalta esiin tulleet kuntopalaverin kehittämisalueet, ohjasivat toimijoita ongelmanratkaisuvaiheessa eteenpäin. Kuntopalaverin nykytilan arviointi toi esiin sekä ratkaistavia ongelmia, että ratkaisuun johtavia keinoja.

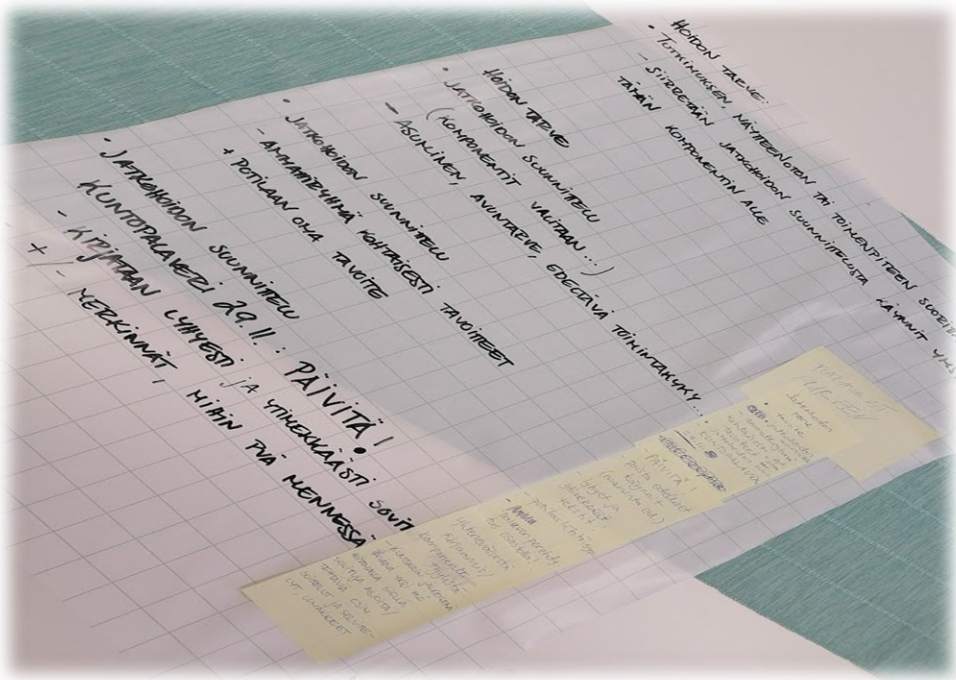
Ennen ryhmiin jakautumista yksi toimija joutui poistumaan. Toimijat jaettiin kahteen viiden hengen ryhmään; ryhmät 1 ja 2. Interventiossa käytettiin ongelman ratkaisun apukeinoina Mind map- tekniikkaa, sekä mukaillen KJ- menetelmää (Kananen 2014, 40). Ryhmille jaettiin toiminnan tueksi SWOT- analyysin yhteenvedo (kuvio 12), teemakeskustelun analyysitaulukko (liite 4), sekä aineistoista nousseita apukysymyksiä. Opinnäytetyön tekijänä havainnoin ryhmien dynamiikkaa sekä toiminnan ja toteutuksen etenemistä. Tein muistiinpanoja sekä vastasin heränneisiin kysymyksiin, samalla avustin ryhmiä toteutuksessa eteenpäin.

Toteutusvaiheessa (vaihe 3) ryhmät keräsivät KJ- menetelmän avulla post-it- lapuille aineiston analyysin pohjalta nousseiden teemojen ratkaistavia, sekä ratkaisuun johtavia tekijöitä. Keräysvaiheen jälkeen tekijät ryhmiteltiin siten, että samaa tarkoittavat tekijät muodostivat omat ryhmänsä, ryhmät nimettiin ja ryhmiteltiin suurempiin ryhmiin niin, että pääryhmiä jäi vain muutama. KJ- menetelmä toteutettiin isoilla fläppitauluilla. Ideat kirjoitettiin lapuille, laput kiinnitettiin taululle ja siirrettiin ryhmittelyvaiheessa omaan ryhmäänsä (kuvat 1 ja 2). Ryhmittely tehtiin ryhmätyönä, jolloin tuotos oli ryhmän tuotos, johon sitouduttiin ja varmistuttiin yhteisestä näkemyksestä. Ryhmä 2 käytti annettujen tukimateriaalien (liitteet 4, 5 sekä kuvio 12) lisäksi, – tavoitteiden saavuttamisen tukena, myös itseohjautuvasti Pegasos- käyttöjärjestelmän hoito- ja kuntoutussuunnitelman pohjaa. Ryhmässä 2 koettiin mallipohjan auttavan heitä yhdistämään teemoja sekä rakenteisen kirjaamisen komponentteja paremmin. Toteutusvaiheen tuotokset ovat kuvissa 1 ja 2.





KUVA 1. Ryhmä 1 – Toteutusvaiheen (vaihe 3) tavoitteiden määrittely.



KUVA 2. Ryhmä 2 – Toteutusvaiheen (vaihe 3) tavoitteiden määrittely.

Intervention sisältö reflektoidiin (vaihe 4) lopuksi yhdessä toimijoiden kanssa. Reflektiossa toimijat tarkensivat tutkimuskysymyksen asettelua ja toiminnan tavoitteita, sekä pohtivat uudestaan moniammatillisen kuntopalaverin nimeä. Reflektiossa keräsin suullisesti toimijoilta palaute- ja kehitysehdotuksia seuraavaa interventiota varten. Myös toiveet tarvittavasta lisäinformaatiosta keräsin seuraavaa

tapaamista varten. Lopuksi pohjustin toimijoille seuraavan intervention alustavan suunnitelman. Yhteisen reflektoinnin sekä interventiossa kerättyjen aineistojen pohjalta arvioin ja analysoin tuloksia suhteessa esiin tulleisiin tavoitteisiin. Tuloksien pohjalta suunnittelin kolmannen intervention (sykli 3) vaiheineen (1- 4).

### Sykli 3. Havainnointivaihe; Parannusehdotukset ja uusi käytäntö

Ryhmäkoko (n=9) oli muuttunut kolmannessa interventiossa. Toimijoiden vaihtuminen sallittiin, perustuen koko työyhteisön osallisuuteen kehittämiskohteen ongelman ratkaisussa (Kananen 2014, 75). Suunnitteluvaiheessa (vaihe 1) käytiin toimijoiden kanssa läpi ensimmäisen, sekä toisen intervention aineistojen analysoinnin ja yhteenvetojen tulokset, nykytilan arvioinnista ryhmätöiden ongelmanratkaisuvaiheessa määriteltyyn tavoitetilaa. Kolmannessa syklissä (kuvio 13) kuvataan parannusehdotukset ja uuden käytännön vaiheet (1-4).



KUVIO 13. Kolmas sykli: parannusehdotukset ja uusi käytäntö.

Toimeenpanovaiheessa (vaihe 2) esittelin toimijoille ongelmanratkaisuvaiheen ryhmätöiden (kuvat 1-2) pohjalta määriteltyjen tavoitteiden yhteenvedon, josta muodostui tavoitetilaa kuvastavat teemat (kuvio 14). Ryhmätöiden yhteenveto arvioitiin yhdessä toimijoiden kanssa suhteessa ongelmanratkaisuvaiheessa asetettuihin tavoitteisiin ja valmisteltiin yhdessä Word- tiedostoon työyhteisölle pilotoitava kuntopalaverin perehdytysohje, sekä kirjaamisen malli.

<b>Kuntopalaverin dokumentoinnin tavoitetila teemoitettuna</b>
<b>RATKAISTAVIEN ONGELMIEN TAVOITE</b>
<b>Yhteneväiset kirjaamistavat</b>
<b>Kirjaamisen merkityksen korostaminen</b>
<b>Potilaslähtöinen kirjaaminen</b>
<b>Yhteneväiset kirjaamiskäytännöt</b>
<b>Viikoittainen arviointi näkyville</b>
<b>Sovitaan yhtenäiset kirjaamisen merkintätavat</b>
<b>Ammattiryhmien vastuut- ja velvollisuudet dokumentoinnissa</b>
<b>Moniammatillisen yhteistyön pelisäännöt</b>
<b>Ajankäytön arviointi</b>
<b>Kuntopalaverin otsikoinnin arviointi</b>
<b>RATKAISUUN JOHTAVIA KEINOJA:</b>
<b>Potilaslähtöinen kirjaaminen</b>
<b>Potilaslähtöisyyden korostaminen</b>
<b>Yksilöllinen hoidon- ja kuntoutustarpeen suunnittelu</b>
<b>Kirjataan yhden ohjeen mukaisesti</b>
<b>Ammattiryhmien väliset vastuut- ja velvollisuudet dokumentoinnissa</b>
<b>Potilaan oikeudet</b>

KUVIO 14. Kuntopalaverin dokumentoinnin tavoitetila teemoitettuna.

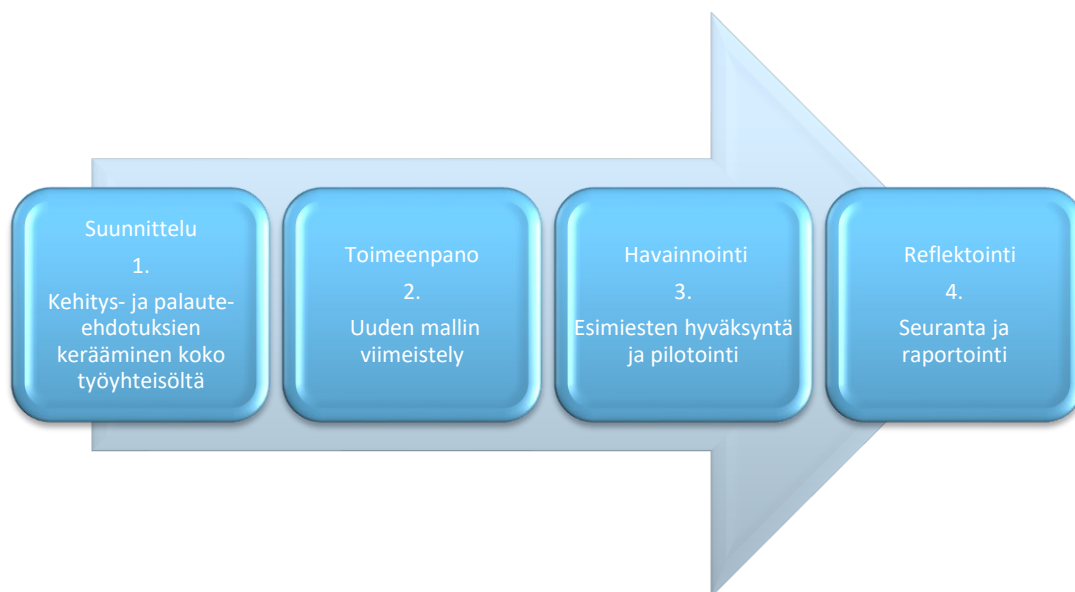
Opinnäytetyön tekijänä havainnoin toimijoiden keskustelua, tunnereaktioita, sekä sanallista - että sanatonta ilmaisua tekemällä muistiinpanoja, jolloin toimeenpano (vaihe 2) -, sekä havainnointivaihe (vaihe 3), ja reflektio (vaihe 4) etenivät jälleen vuorotellen sekä osittain päällekkäin. Kaikki toimijat osallistuivat kolmannessa interventiossa avoimesti keskusteluihin. Ennen reflektiota (vaihe 4) kaksi toimijaa joutui poistumaan. Reflektoinnissa toimijat (n=7) vahvistivat yhteisen tuotoksen, eli perehdytysohjeen pilotoinnin Sastamalan Kampussairaalan osastoille 1–3.

Yhteisen reflektoinnin sekä interventiossa kerättyjen aineistojen pohjalta arvioitiin ja analysoitiin interventioden tuloksia suhteessa lähtötilanteeseen. Interventioden sisällöllistä loppuarviointia, sekä toimijoiden itsearviointia varten jaoin paikalla oleville toimijoille (n=7) lomakkeen (liite 6). Toimijoiden alkutilanteen SWOT-

nelikenttäänalyysin, sekä loppuarviointilomakkeen avulla reflektointiin yhdessä interventioiden tuottamia aineistoja, tavoitteiden saavuttamista, sekä niiden mahdollista hyödyntämistä käytännössä (Kananen 2014, 123). Itsearviointissa kysymykset pohjautuivat ongelmatilanteen kartoittamisesta, lopullisen tuotoksen pilotointiin. Vastauksien pohjalta arvioitiin toimintatutkimuksen tavoitteiden saavuttamista. (Kananen 2014, 117.) Tuloksien pohjalta suunnittelin koko työyhteisöä osallistavan neljännen syklin, vaiheineen (1-4).

#### **Sykli 4. Kehitysehdotukset ja palautteet, pilotointi ja seuranta**

Toinen sähköinen tiedote (liite 7) lähetettiin suunnitelmavaiheessa (vaihe 1) koko työyhteisölle. Tiedotteen avulla informoitiin työyhteisöä opinnäytetyön toiminnallisen osuuden päättymisestä, sekä pyydettiin palaute- ja kehittämissuhteita Forms- ohjelman (liite 8) avulla yhden viikon ajan, ennen perehdytysohjeen sekä kirjaamismallin pilotointia. Neljännessä syklissä (kuviokuva 15) kuvataan kehitysehdotuksien- ja palautteiden keruu, mallin pilotointi sekä seurantavaihe (vaiheet 1-4).



Kuvio 15. Neljäs sykli: kehitysehdotukset- ja palautteet, pilotointi ja seuranta.

Suunnitteluvaiheen (vaihe 1) aikana seurasin toisen sähköisen tiedotteen vaikutuksia työyhteisössä; havainnoin, sekä reflektoin työntekijöiden reaktioita, asenteita, puhetta ja toimintaa. Aineistojen synteesi, sekä parannus – että kehitysehdotukset ja palautteet kerättiin työyhteisön jäseniltä ennen uuden mallin pilotointia. Toimeenpanovaiheessa (vaihe 2) keräsin palautteet- ja kehittämissuhteet,

joiden pohjalta tuotos viimeisteltiin pilotointivaiheeseen (liite 9). Havainnointivaiheessa (vaihe 3) pilotoinnin hyväksyi osastojen ylläkäri, sekä osastojen esihenkilöt. Koordinoiva hoitaja jakoi sähköisen viestin pilotoinnista moniammatilliselle työyhteisölle, jonka jälkeen esihenkilöt jakoivat informaatiota vielä osastotunneilla.

Opinnäytetyön tekijänä havainnoin (vaihe 3) pilotoinnin toteutumista käytännössä. Havainnoin työyhteisön keskusteluja, tunnereaktioita, sekä sanallista - että sanatonta ilmaisua, jolloin toimeenpanovaihe (vaihe 2), sekä havainnointivaihe (vaihe 3), sekä reflektio (vaihe 4) etenivät jälleen vuorotellen- sekä osittain päällekkäin. Havainnointivaiheessa työyhteisön seurannan aikaiset huomiot, palautteet- ja kehittämissuhteudet keräsin muistiinpanoihin.

Prosessin lopuksi reflektoin (vaihe 4) lähtötilannetta nykytilanteeseen ja sen välittömiä vaikutuksia asetettujen tavoitteiden pohjalta ja täydensin havainnointipäiväkirjan merkintöjä. Esihenkilöt vahvistivat uuden mallin pilotoinnin osastoille. Uuden mallin pilotoinnin toteutumisen seuranta ja havainnointia toteutin raportoinnin valmistelun yhteydessä. Reflektoinnin sekä interventiossa kerättyjen aineistojen pohjalta arvioin ja analysoin toiminnan tuloksia suhteessa lähtötilanteessa määriteltyihin tavoitteisiin.

## 5 TULOKSET

Seuraavissa kappaleissa opinnäytetyön tuloksia arvioidaan suhteessa esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Toimintatutkimuksen interventioiden pohjalta syntyneiden aineistojen, sekä analyysien avulla arvioidaan muutosprosessissa saavutettuja toiminnan tuloksia.

### 5.1 Teemakeskustelun tulokset

Dokumentoinnin arvioitiin toteutuvan nykytilanteessa hyvin vaihtelevasti eri osastojen, sekä eri asiantuntijoiden välillä, ilman yhtenäistä tai selkeää käytäntöä. Vaihtelevuus dokumentoinnin tarkkuudessa ja eroavaisuuksissa, koettiin vaikuttavan yleisesti tiedonkulkuun. Tiedonkulkua koettiin hankaloittavan myös epätie-toisuus viikoittaisen potilaskohtaisen suunnittelun ja arvioinnin toteutumisesta, johtuen puutteellisesta sekä ajanmukaisesta dokumentoinnista. Kuntopalaverissa toteutetun päätöksenteon tulokset eivät aina olleet näkyvillä potilaan suunnitelmassa. Päivämäärien sekä ajanmukaisen dokumentoinnin puuttuminen potilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta vaikutti suunnittelun, sekä arvioinnin luotettavuuteen. Potilaan suunnitelman arviointi, sekä dokumentointi koettiin silloin toteutuneen epävarmasti, jolloin myös hoidon- ja kuntoutuksen tavoitteiden toteuttaminen, oli saattanut jäädä kokonaan tekemättä. Epäselvä ja epäluotettava dokumentointi koettiin potilaan hoidon- ja kuntoutuksen edistämisen kannalta haasteellisena.

*”ihan täysin erilaista osastoilla toimiminen, että, tosi kirjavaa, jos olenkaan, elikkä tosi erilaisilla tarkkuudella toiset laittaa vähän ylimalkaisesti ja toiset vähän tarkemmin”, ”vanhaa tietoa suunnitelmissa”, ”----sitten jälkeen päin edes tiedä onko siihen edes kaikkia kirjattu”, ”en noudata mitään järkevää metodia”, ”---niin se ei ole kauhean rakenteellista kirjaamista sen takia, että kaikki tekee ne omat juttunsa omiin papereihinsa”*

Henkilökunnan vaihtuvuuden koettiin tuovan myös omat haasteensa hoidon- ja kuntoutuksen suunnitteluun, sekä toteuttamiseen. Vaihtuvuuden koettiin aiheuttavan erilaisia linjauksia ja tapoja toimintamallin, sekä dokumentoinnin toteuttamisessa. Kuntopalaverin päätöksenteon dokumentointitapaan toivottiinkin yhteistä ja selkeää linjaa. Hoidon- ja kuntoutuksen suunnittelun arvioitiin toteutuvan yksilöllisesti. Yksilöllisestä hoidon- ja kuntoutustarpeen arvioinnista johtuen koettiin epäselvänä, mitä kuntopalaverista kuuluu kirjata potilaan tietoihin.

Ammattiryhmien näkemykset olivat eroavaisia yhteisen päätöksenteon pohjalta tuotetun tiedon kirjaamisen tarpeesta sekä määrästä. Osa ammattiryhmistä koki tarkemman kirjaamistavan edistävän hoidon- ja kuntoutuksen toteuttamista, kun taas joidenkin ammattiryhmien mielestä lyhyt yhteenveto voisi olla riittävä. Vaihtelevien kirjaamistapojen arvioitiin vaikuttavan myös siihen, millä tavalla moniammatillisesti suunnitellut potilaan hoidon- ja kuntoutumisen tavoitteet toteutuvat. Kuntopalaverissa moniammatillisesti määritellyt potilaan hoidon- ja kuntoutuksen tavoitteet saattoivat näkyä kirjauksissa yhdellä lauseella, yleisellä tasolla kuvattuna ja taas harvemmin koettiin, että tavoitteita olisi kuvailtu yksityiskohtaisemmin. Toimivia käytössä olevia keinoja dokumentoinnin toteutuksen seurannassa koettiin olevan (+/-) – merkintätavan käyttäminen. Merkintätapa ei ollut kuitenkaan kaikkien osastojen yhteinen toimintatapa, eikä sitä käytetty yhtenäisesti kirjaamisen tukena.

*”tuota suunnitelmassa pitäisi olla varmaan tavoitteet vähän isompia, miten sinne sitten sovitaan”, ”Mä näkisin, että semmoinen yhteenveto voisi olla vaan. Ihan kauheasti tarvitse olla niin ihmeellinen”, ”mutta sovitut asiat pitää mun mielestä olla siinä hoitosuunnitelman, siinä kansilehdessä ja se on niinku siinä lyhyesti ytimekkäästi kirjoitettu”, ”Mutta kun siinä on paljonkin asiaa, jota pitää palastelemaan pienempiinkin osiin”, ---”että mitä mä tänne kirjaan ei ole kuitenkaan niinku se ydinjuttu siinä. Mutta olisiko se sen ydin? Minkä äärellä meidän pitäisi nyt olla?”*

Kirjaamisen merkitystä ja sen tavoitteellisuutta arvioitiin syvemmin myös eri osastojen näkökulmasta, sekä potilaskohtaisesta näkökulmasta. Toiset ammattiryhmät eivät kokeneet kuntopalaverin kirjauksien olevan kovinkaan merkityksellisiä,

kun taas toisille ammattiryhmille kuntopalaverin kirjaamisen tarkkuus ja luotettavuus olivat merkittävässä roolissa hoidon- ja kuntoutuksen toteuttamisessa. Osa toimijoista arvioi myös laajemman kirjaamistavan tärkeyden korostuvan erityisesti potilaan näkökulmasta.

Näkemyserot dokumentoinnin merkityksestä koettiin vaikuttavan suoraan myös siihen mitä potilaan tietoihin lopulta kirjataan hoidon- ja kuntoutuksen suunnittelusta. Osa ammattiryhmistä kirjaisi lyhyen yhteenvedon kuntopalaverista potilaan tietoihin, kun taas toiset ammattiryhmät korostivat yksityiskohtaisemman kirjaamistavan merkitystä potilaan hoidon- ja kuntoutuksen toteutumisen kannalta. Kuntopalaverissa tapahtuvalla potilaskohtaisella kirjaamisella ei koettu olevan yhtä suurta merkitystä kaikkien potilaiden kohdalla. Osa toimijoista arvioi vain osan potilaista hyötyvän tarkemmin kirjatun tiedon sisällöstä. Kirjaamisen sisällön arvioitiin olevan myös hoidon- sekä kuntoutuksen toteuttamiseen vaikuttava tekijä. Toimijat olivat yhtä mieltä yhteisesti sovittujen asioiden ja tiedon kirjaamisen tärkeydestä potilaan suunnitelmaan, eroavaisuudet nousivat ammattiryhmäkohtaisesti kohdistuviin tarpeisiin.

*” ----että mitä lisäarvoa olisi tullut sellaista laajemmasta rakenteista kirjaamisesta näiden potilaiden hoidon kannalta”, ” ---sitten --- taas se kirjaaminen kyllä niin kuin korostuu, --- ja sitten siellä lukee aika paljon vain sitä, että kuntoutus jatkuu osastolla”, ” ---niille potilaille palaverissa, jossa ei ole tarve sen kyseisen potilaan asioita käsitellä, niin siihen silloin mitään tarvitse kirjata”, ”sitten --- taas se kirjaaminen kyllä niin kuin korostuu, koska tuota siellä on niin pitkiä ne hoitajakset”*

Potilaan hoidon- ja kuntoutuksen tavoitteellisen suunnittelun ja arvioinnin koettiin pääasiassa toteutuvan kuntopalaverissa. Keskeiset käsiteltävät asiat arvioitiin tulevan käsiteltyä myös moniammatillisesti. Sisällöllisesti keskustelun koettiin tukevan yksilöllistä hoidon- ja kuntoutuksen arviointia. Hoidon- ja kuntoutuksen arviointiin myös olevan osittain päällekkäisiä osa-alueita potilaan kokonaishoidossa. Osa ammattiryhmistä koki lisäksi, ettei moniammatillisessa hoidon- ja kuntoutuks-



sen suunnittelussa aina välttämättä synny mitään dokumentoitavaa potilaan tietoihin. Yksilöllisestä hoidon- ja kuntoutuksen suunnittelusta johtuen, potilaskoh-  
taiseen arvioinnin kuvailtiin vaihtelevan.

*”Hoitoon niinku kuntoutukseen niinku keskittyvää, mutta esimerkiksi  
--- muulla osastolla me puhutaan kyllä kaikesta muusta”, ”Ei me siellä  
turhia puhuta nimenomaan vaan se mitä varten se on tarpeen”, ”Kai-  
killa potilaille kuntoutus ei tule kuin osaksi sitä keskustelua”, ”Nää  
asiat nimittäin ei ole vaan kuntoutusta tai hoitoa”, ”Eiks se kuitenkin  
se koko kuntoutuskin sisällä sen potilaan hoidon?”*

Ammattiryhmien kirjaamisvastuut ja - velvollisuudet herättivät runsaasti keskus-  
telua. Ammattiryhmien välillä löytyi erilaisia näkemyksiä kuntopalaverissa tapah-  
tuvan päätöksenteon kirjaamisvastuusta. Osa ammattiryhmistä koki kirjaamis-  
vastuun olevan itsellään, kun taas joidenkin ammattiryhmien mielestä kirjaamis-  
vastuu oli vain yhdellä ammattiryhmällä. Eroavia mielipiteitä kirjaamisvastuusta  
löytyi jokaisella ammattiryhmällä. Esiin tuotiin moniammatillisuuden tärkeys ja  
merkitys potilaiden hoidon- ja kuntoutuksen suunnittelussa, sekä toteuttami-  
sessa, mutta ammattiryhmien välinen tehtävänjako ja sen myötä kirjaamisvel-  
lisyys aiheutti myös epäselvyyttä.

Moniammatillisten työtehtävien kautta pohdittiin myös ammattiryhmien välisen  
kirjaamisvastuun- ja velvollisuuksien selkiyttämistä. Kirjaamisvastuun jakamisen  
todettiin tuovan selkeyttä ammattiryhmien väliseen hoidon- ja kuntoutuksen to-  
teuttamiseen. Myös oman ammattisanaston tunteminen vahvisti eri ammattiryh-  
mien ajatuksia kirjaamisvastuun jakamisesta ammattiryhmittäin toteutettavaksi.  
Kirjaamisvastuun ymmärrettiin toisaalta kuuluvan jokaiselle moniammatillisen  
ryhmän edustajalle, joka osallistuu potilaan hoitoon- sekä kuntoutukseen. Esteitä  
kirjaamisvastuun jakamiselle tuotiin myös esiin. Näkemuserot kirjaamisvastuun  
jakamisesta vaihtelivat ammattiryhmien välillä. Ammattiryhmien väliset työtehtä-  
vät koettiin osittain yhteisiksi ja toteutuvan ajoittain päällekkäin, jonka vuoksi il-  
meni epäselvyyttä myös kirjaamiskäytännöissä. Toisaalta keskustelussa nostet-  
tiin esille yhden ammattiryhmän merkitys potilaan päivittäisessä hoidossa, jolloin  
myös kirjaamisvastuun koettiin kuuluvan samalle ammattiryhmälle.

*”miehelläni kirjaan itse ne mitä olen luvannut selvittää”, ”Et osataanko me se teidän puolelta taas kirjata, --- niin no ei mitenkään niin tarkasti ollenkaan, tietenkään”, ”Joka ainoa voisi kirjoittaa omat osuutensa ja sitä päivitettäisiin sitä mukaan. ” Mutta jos me ajatellaan, että palaverissa jos sovitaan että arvioidaan vielä jotakin taikka järjestetään jotakin, niin me kirjoitetaan se itse”, ”Ei pelkästään hoitajien juttu, että vaan jokainen kirjaa, mutta pitäisi olla, oma paikka, sama tyyli, niin nää tukisi sitä tietysti”, ” se on yhteistyötä moniammatillista, sellaista on se. Se on niinku lähtökohta”*

Dokumentoinnin ja rakenteisen kirjaamisen ongelmiin pohdittiin myös ratkaisuja. Yhtenäisen kirjaamistavan arvioitiin tuovan selkeyttä ja luotettavuutta verrattuna nykyisiin toimintatapoihin. Kehittämisehdotuksena esitettiin myös yhtenäistä kirjaamisen ohjeistusta, jonka avulla voitaisiin perehdyttää uusia, sekä vanhoja työntekijöitä, sekä jakaa tietoa Kampussairaalan osastojen työntekijöille tasapuolisesti. Myös yhtenäisen otsikoinnin koettiin edistävän tiedonkulkua ja ymmärrystä eri ammattiryhmien välillä. Hoito- ja kuntoutussuunnitelman tietojen päivittäminen koettiin yhtenä potilaan hoidon – ja kuntoutuksen toteuttamista edistävänä tekijänä.

*”Nyt olisi kaikilla potilailla sama ikään kuin samat väliotsikot jossain kirjattuna auki ja sitten sinne olisi helppo lisätä siihen etusivulle click ja lisätään tähän kohtaan tällä kertaa”, ”---Päivitetään kun asiat on käsitelty viikoittain”, ”käytetään tietynlaista pohjaa, homogeenistä, toistettavuutta”, ”Yritettäisiin keskittää kirjaaminen yhteen tapaan. Niinku yksi tapa ja pohja”, ”Vähän tarkoittit sitä, että olisi joku tietty sovittu paikka”*

Viikoittaiseen kuntopalaveriin käytettyä, varattua ja toteutunutta aikaa, arvioitiin yleisellä keskustelun tasolla. Toisaalta koettiin tärkeänä, että palaverit pysyvät tiiviinä, mutta esiin tuotiin myös, että palaveriin varattu aika ei aina ole riittävä kaikkien potilaiden hoidon- ja kuntoutuksen suunnitteluun, sekä arviointiin. Eroavaisuuksia näkemyksissä nousi esille eri ammattiryhmien välillä.

*”Kokoukset on hyviä, kun on lyhyitä ja ytimekkäitä”, ”ne kuntopalaverit on siis puoli tuntia, se ei välttämättä aina riitä”*

Myös kuntopalaverin otsikoinnin arviointi jäi keskustelussa yleiselle tasolle. Sisällön ja otsikoinnin vastaavuutta arvioitiin lyhyesti muutamalla lauseella. Joidenkin ammattiryhmien mielestä nykyinen otsikko on jo pitkälle vakiintunut käytäntö, ettei keskustelua aiheesta ollut tarvetta enempää käydä. Aiheesta ei noussut esiin muita ehdotuksia tai eriäviä mielipiteitä. Lopulta toimijat olivat tyytyväisiä nykyiseen otsikkoon tai kokivat etteivät keksineet parempaa nimeä kuvastamaan moniammatillista tapaamista.

*”Onko kuntopalaveri ikään se oikea sana sille en mä tiedä mitä, se on ollut vakiintunut käytäntö, niin se on ehkä kun siinä käydään potilaan kuntoa läpi, kyllä”, ”Kuntopalaveri on lyhyt ja ytimekäs ja se on koskenut tätä”*

## **5.2 Toiminnan arvioinnin tulokset**

Itsearviointiin osallistuneet toimijat arvioivat SWOT- nelikenttäanalyysin, sekä loppuarvioinnin avulla interventioiden tuottamia aineistoja, tavoitteiden eli päämäärän saavuttamista, sekä tavoitteiden mahdollista hyödyntämistä käytännössä. Arvioinnin osa-alueita olivat ammatillinen kehittyminen, itseymmärryksen arviointi, sekä uudenlaisen tietoisuuden kehittyminen. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 46; Vilka 2015, 68.) Toimijat kokivat interventioiden sisältäneen riittävästi informaatiota toiminnan kokonaisuuden ymmärtämiseen. Interventioiden edetessä toimijoiden ajatukset ja ymmärrys toiminnan sisällöstä oli kasvanut ja aiheen tärkeys oli noussut esiin. Kuntopalaverin dokumentoinnin merkitys potilaslähtöisessä hoidon- ja kuntoutustarpeen suunnittelussa ja toteutuksessa oli noussut esiin laajemmin käsiteltyjen näkökulmien avulla. Näkökulmien avulla tavoitteet toiminnalle olivat selkeytyneet.

*”punainen lanka alusta loppuun”, ”Aluksi oli hankala jotenkin hahmottaa kokonaisuutta, mutta tilanne korjaantui toiminnan edetessä”,*

*”Laajempi näkökulma tarpeiden kirjaamiseen”, ”Kuntopalaverin merkityksen tärkeys ja siinä käsiteltävien asioiden hyöty potilaiden hoidossa on muuttunut”*

Osa toimijoista oli alkanut kiinnittää huomiota yhä enemmän potilaan hoitosuunnitelman ja sen kokonaisuuden selkeyteen. Toiminnan edetessä potilaan hoidon- ja kuntoutuksen jatkosuunnitelmassa kiinnitettiin enemmän huomiota tavoitteiden päivittämiseen, yksityiskohtaisemman dokumentoinnin avulla. Osa toimijoista ei ollut vielä muuttanut toimintatapojaan. Dokumentointiin oli yleisesti kiinnitetty kuitenkin enemmän huomiota ja kirjaamisen potilaslähtöinen näkökulma oli selkiytynyt. Potilaan jatkosuunnitelman tietoja oli päivitetty tarkemmin ajallaan ja tieto kuntopalaverin suunnittelussa tapahtuvasta päätöksenteosta, oli tuotu paremmin näkyväksi.

*”Ohjeiden päivittämiseen olen kiinnittänyt huomiota, sekä kotiutukseen liittyvää infoa tarkentanut, jotta se on kaikille helposti luettavaa”*  
*”Kirjaamiseen ja asioiden tarkastamiseen”, ”Enemmän huomiota hoitosuunnitelman selkeyteen”, ”Kotiutukseen liittyvään infoon kiinnitän enemmän huomiota, jotta se on kaikille helposti luettavaa ja tiedostettavaa”*

Uuden perehdytysohjeen ja kirjaamisen mallin käyttöönottoon, sitoutui arvioinnin perusteella kaikki vastanneet toimijat. Eri ammattiryhmien vastuut ja velvollisuudet ymmärrettiin dokumentoinnissa paremmin. Kirjaamiskäytänteiden yhtenäistämisen ja uuden ohjeen mukaan toimimisen, koettiin olevan tärkeää. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen koettiin nopeuttavan ja selkiyttävän potilaiden asioiden hoitamista moniammatillisesti. Kirjaamistapojen kehittämisen koettiin olevan hyvä alku käytäntöjen kehittämiselle.

*”Tietenkin! Päivitän tietoja ajanmukaisesti”, ”Kyllä, toivottavasti saamme tästä opinnäytetyöstä hyvän pohjan kuntopalaverin kirjausten hoitamiseen”, ”Kuntopalaverin kirjaamisen selkiyttäminen on tärkeää”, ”Kyllä, en osaa vielä tarkentaa”, ”Todennäköisesti tulee helpottamaan ja nopeuttamaan potilaan asioihin perehtymistä”*

*”Kyllä, oman osuuden otan käyttöön”, ”Kyllä aion, jos uusi toimintamalli hyväksytään ja otetaan käyttöön. Aion täyttää oman ammattiryhmäni osuuden uuden kirjaamismallin mukaan ja pitää oman osuuteni ajan tasalla”*

Kuntopalaverin dokumentoinnin kehittämisen ja hoito- sekä kuntoutussuunnitelman kirjaamisen yhtenäistämisen koettiin kokonaisuudessaan olevan hyödyllistä, sekä nostavan potilasturvallisuutta. Kirjaamisen toteutuksen seuranta ja tarkemman dokumentoinnin koettiin helpottavan tiedonkulun paranemista, sekä potilaan asioiden hoitamista. Moniammatillisen yhteistyön koettiin paranevan yhtenäisellä kirjaamisen ohjeella.

*”Hyödyllinen – uuden asian vieminen eteenpäin – tiedon jakaminen”  
 ”Varmasti helpottaa tiedon löytymistä ja selkiyttää potilaan hoidon kokonaisuutta”, ”Toivon kovasti, että olisi hyötyä”, ”Hyödyllinen. Käytäntöjen yhtenäisyys on ”helppoutta” asioiden hoitamiseen”, ”Tärkeää, tiedonkulku paranee ja potilasturvallisuus nousee, kun kaikki tietävät sovitut ja suunnitellut asiat”, ”Hyödyllistä, selkiyttää toimintaa ja osataan tehdä saman mallin mukaan. Potilas saa samansisältöiset ohjeet ja työ tulee tehtyä”, ”Tulevaisuuden kannalta tarpeen ja on tärkeää yhtenäistää käytäntöjä”*

Toimijoiden ja työyhteisön jäseniltä saadut kehittämissuositukset- ja palautteet kokosin yhteen. Yleistä positiivista palautetta annettiin myös suullisesti ja kehittämissuosituksia toiminnasta sekä sen sisällöstä, kommentoitiin myös sähköpostitse. Dokumentoinnin kehittämisen tärkeyden koettiin yhtenäistävän osastojen välisiä toimintatapoja, sekä selkiyttävän potilaiden yksilöllisten toiveiden ja asioiden toteuttamista. Interventioissa määriteltyjen tavoitteiden saavuttamista arvioitiin kokonaisuudessaan, asteikolla (heikko 1- kiitettävä 5), tuloksella neljä (4).

*”Selkeä kokonaisuus”, ”Aihe on tärkeä ja tukee osastojen välistä työntekoa. Auttaa selkiyttämään päivän hoidettavia töitä”, ”Tarpeellinen, toinen juttu on, kuinka noudatetaan”, ”Jos onnistuu, on kyllä hyvä”, ”Tosi selkeä ja hyvä uudistus”, ”Pikkuhiljaa varmaan alkaa toimimaan”, ”Olisi kyllä tärkeä juttu, jos osataan toimia”*

### 5.3 Havainnoinnin tulokset

Havainnoinnin avulla tarkastelin interventioissa toimijoiden ryhmädynamiikkaa ja dialogisuutta, vuorovaikutuksellisesta näkökulmasta. Ryhmän tunnelma oli ensimmäisessä interventiossa lataukseltaan odottava ja jännittynyt, mutta vuorovaikutuksellinen. Ryhmän keskustelua ohjasi eri ammattiryhmien näkökulmat, suhteessa hoidon- ja kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Sekä kielellisten, että eleellisten havainnointien perusteella ryhmän dialogisuutta ohjasi sekä ammattiryhmien välinen hierarkia että toimijoiden väliset suhteet. Hierarkian ja suhteiden vaikutukset vuorovaikutustilanteeseen toivat keskusteluun ajoittain dominoivia elementtejä. Äänensävyjen ja painotuksien avulla vahvistettiin osittain myös oman ammattiryhmän näkökantoja. Erilaisilla liikehdinnöillä sekä nyökkäyksillä tuotiin esille yhteisymmärrystä, eri ammattiryhmien välisiä mielipiteitä kohtaan. Keskustelu pysyi aktiivisena koko teemakeskustelun ajan, ensimmäisessä interventiossa. Osa ammattiryhmien jäsenistä osallistui teemakeskusteluun vähemmän kuin toiset.

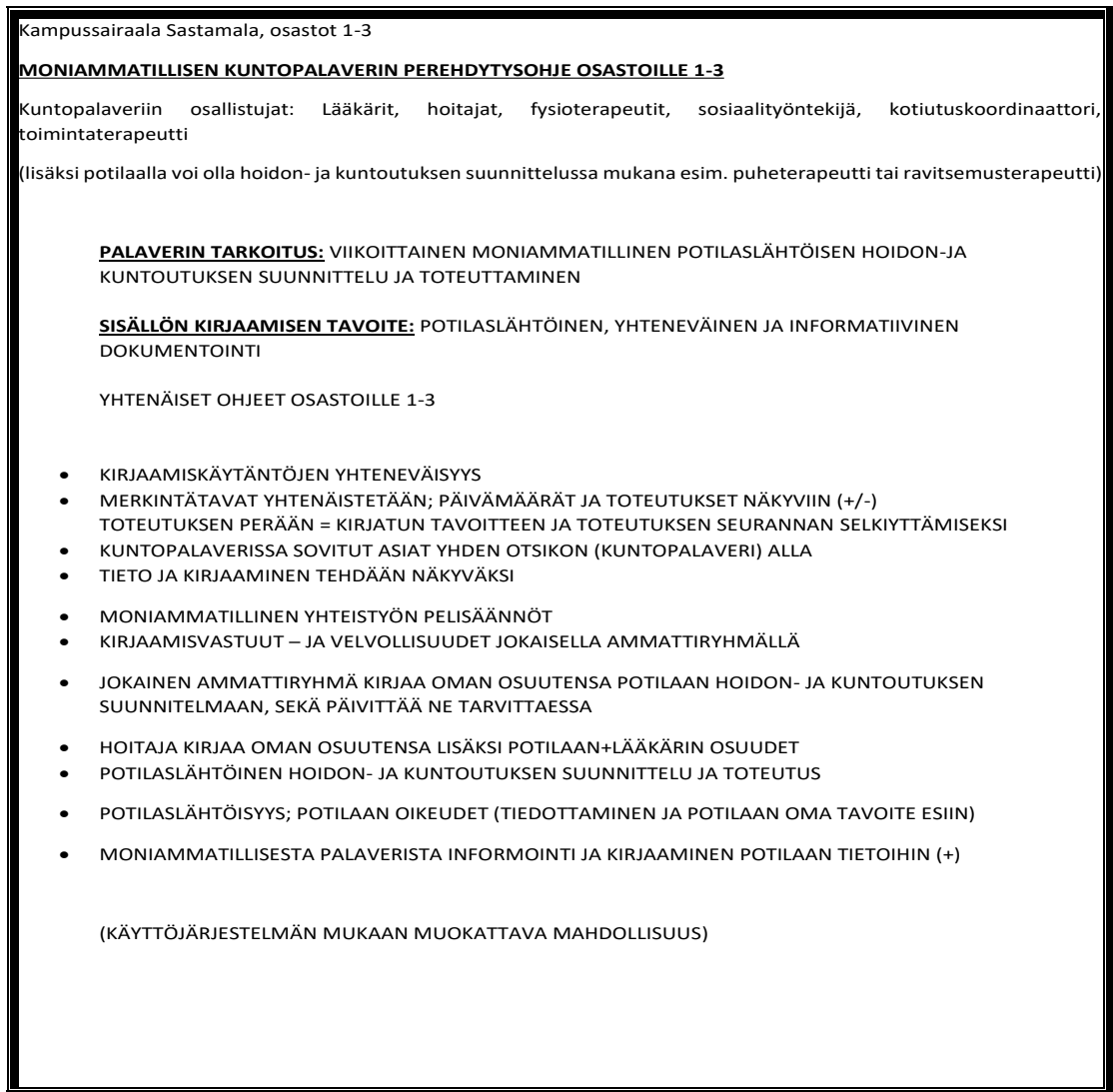
Toisessa ja kolmannessa interventiossa ryhmäkoko pienentyi ja samalla myös ryhmädynamiikka muuttui. Ryhmädynamiikka sisälsi avointa kommunikaatiota eri ammattiryhmien välillä. Ryhmän pienempi koko ja ammattiryhmien edustajien hierarkian muuttuminen lähemmäs toisiaan, toivat keskusteluun myös enemmän dialogisuutta. Ryhmän tasavertaisemmat suhteet sekä ryhmän jäsenten keskinäiset suhteet toisiinsa vaikuttivat mahdollisesti myös ryhmäidentiteetin syntyneeseen. Kaikkien toimijoiden ääni oli kuuluvilla ja yhteisymmärryksen lisääntyminen näkyi rentoutuneena keskusteluna. Kolmannen intervention dialogisuus ja kommunikaatio oli selvästi vapautunutta ja rentoutunutta. Keskustelua käytiin iloisesti ja huumoria käytettiin keskustelussa mukana. Asenne oli muuttunut avoimeksi ryhmän jäsenten välillä. Ryhmän keskustelu oli innostunutta ja ilmapiiri oli toisiaan kannustava.

Pilotointivaiheessa havainnoin muutosvaiheen aiheuttamia reaktioita työyhteisössä. Havaintojen mukaan kuntopalaverin dokumentoinnissa tapahtui muutoksia osastoilla. Ensimmäisellä viikolla muutoksia oli näkyvissä yhdellä osastolla ja seuraavilla viikoilla toisella osastolla. Yksi osasto ei ollut vielä muuttanut toimintatapojaan kuntopalaverin dokumentoinnissa. Havaintojen mukaan potilaiden

hoito - ja kuntoutussuunnitelmat olivat muuttuneet kokonaisuudessaan yksityiskohtaisemmaksi kirjaamisen osalta. Kuntopalaverin päätöksentekoon liittyvän jatkohoidon suunnittelun osiossa uutta kirjaamisen mallia toteutettiin jo tarkasti.

#### **5.4 Moniammatillisen kehittämistyön tulos**

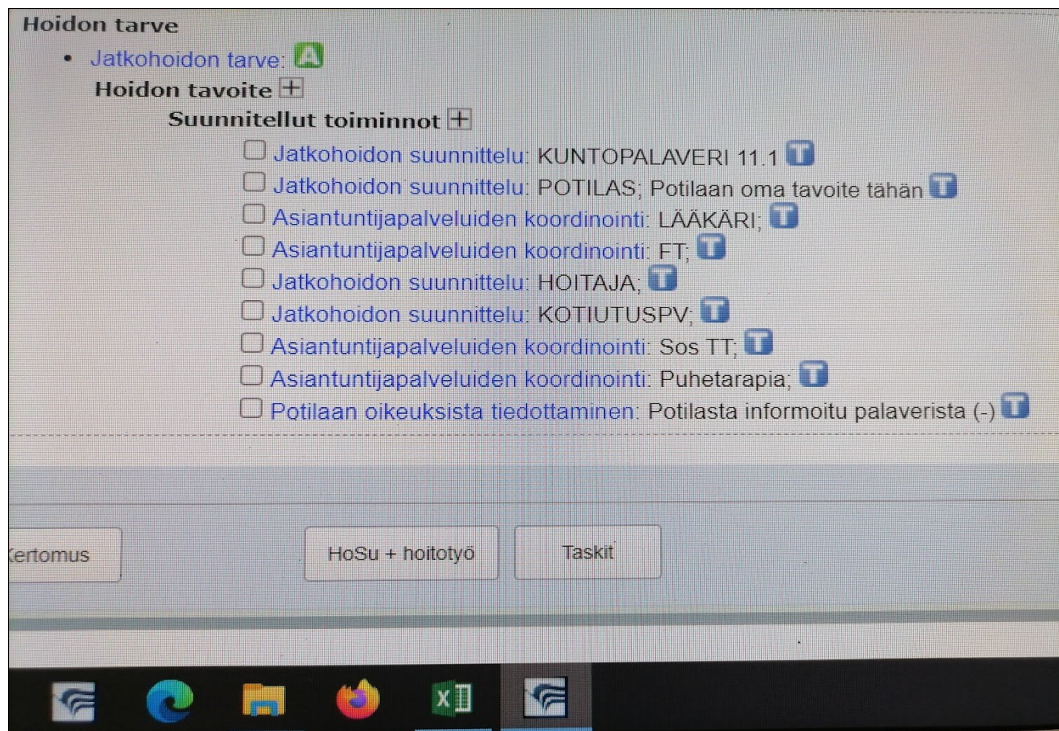
Toimintatutkimuksen tuloksena syntyi moniammatillisen kuntopalaverin perehdytysohje (kuva 3) - sekä kuntopalaverin kirjaamisen malli (kuva 4), Sastamalan Kampussairaalan osastoille 1–3. Moniammatillisen kuntopalaverin perehdytysohje, sekä yhteneväisen ja potilaslähtöisen kirjaamisen malli, perustuvat moniammatillisissa interventioissa tuotettuun tietoon. Perehdytysohjeessa- sekä kirjaamisen mallissa on hyödynnetty tutkimus- ja teoretietoa, työyhteisön moniammatillisten asiantuntijoiden tuottamien aineistojen ja teemojen tukena. Perehdytysohjeeseen- sekä kirjaamisen malliin ovat vaikuttaneet moniammatillisen työyhteisön näkökulmat. (vrt. Kananen 2014, 48.)



KUVA 3. Kuntopalaverin perehdytysohje Sastamalan Kampussairaalan osastoille 1-3.

Kirjaamisen mallin avulla kuntopalaverissa tapahtuvan moniammatillisen päätöksenteon dokumentointi toteutetaan potilaslähtöisesti sekä ammattiryhmäkohtaisesti potilastietoihin. Hoidollisen päätöksenteon prosessimallin vaiheiden mukainen kirjaaminen toteutetaan FinnCC- komponenttien, SHTal, SHTul- ja SHTol- luokitusten avulla, joita käytetään potilaan tarpeiden mukaisesti. Kuva 4 havainnollistaa moniammatillisen kuntopalaverin päätöksenteon mukaista dokumentointia, potilaslähtöisesti sekä ammattiryhmäkohtaisesti potilaan hoitosuunnitelmaan. (FinnCC- luokituskokonaisuuden käyttäjäopas 2019; Syväoja & Äijälä 2009).





KUVA 4. Mallikuva Pegasos- käyttöjärjestelmään kirjaamisesta.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Toimintatutkimus moniammatillisen kuntopalaverin dokumentoinnin kehittämistä – opinnäytetyön viimeisessä osiossa käsitellään toimintatutkimuksen tavoitteen ja tarkoituksen, sekä työtä ohjanneiden kysymysten pohjalta syntyneitä johtopäätöksiä - sekä pohdintoja.

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Ensimmäinen interventio kartoitti kuntopalaverin dokumentoinnin nykytilanteen, nelikenttäanalyysin sekä teemahaastattelun avulla. Toinen interventio tuotti aineistojen analyysin avulla, kuntopalaverin dokumentoinnissa ratkaistavat ongelmat, sekä keinot niiden saavuttamiseksi. Kolmas interventio tuotti aineistojen analyysin avulla, kuntopalaverin dokumentoinnin tavoitetilan teemat sekä työyhteisölle esiteltävän alustavan kuntopalaverin perehdytysohjeen sekä kirjaamisen mallin. Toimijat arvioivat toiminnan tavoitteiden saavuttamista vertaamalla alkutilannetta, toiminnan lopputulokseen. Viimeisen intervention jälkeen osallistui koko työyhteisö perehdytysohjeen, sekä kirjaamisen mallin kehittämistyöhön, palauteja kehittämis ehdotusten avulla. Kehittämistyön tuloksena valmistui Sastamalan Kampussairaalan osastojen moniammatillisen kuntopalaverin toimintamalliin, ensimmäinen moniammatillisen päätöksenteon ja dokumentoinnin perehdytysohje, sekä kirjaamisen malli. Opinnäytetyön toteutuksen menetelmillä tuetaan moniammatillisen yhteistyön kehittämistä ja tavoitteiden saavuttamista. Opinnäytetyön aineiston keruun menetelmien avulla peilataan tuotettua tietoa, aiempaan tutkimustietoon (Kananen 2014, 10 – 45).

Työelämän muutostarve ja moniammatillisuutta kuvaavien käsitteiden lisääntyminen kuvastaa laajempaa tarvetta tarkastella sekä kehittää moniammatillisen yhteistyön erilaisia toimintamalleja. (Stenvall & Virtanen 2012, Syväjärvi & Pietiläinen 2016, Mönkkönen & Kekoni 2020, 215.) Opinnäytetyön avulla työyhteisöön syntyi moniammatillista keskustelua, yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Moniammatillisen yhteistyön avulla tuotettiin tietoa kaikille ammattiryhmille työyhteisö-

sössä tasapuolisesti. Avoimella keskustelulla kehitettiin työyhteisön yhteistä toimintamallia. Yhteisesti suunnitellun toimintamallin avulla lisätään ammattiryhmien välistä luottamusta, dialogisuutta sekä tasa-arvoista kohtelua. Opinnäytetyön avulla kehitetään työyhteisön yhteistyöosaamista.

2000-luvun alkupuolelta lähtien yhteistyötaitoihin on alettu kiinnittää yhä enemmän huomiota. Käytettyjen käsitteiden rinnalle on muodostunut yhteistoimintaa kuvastavia osa-alueita. Työyhteisön vuorovaikutustaidot, sekä sosiaaliset suhteet nähdään moniammatillisen yhteistyön sujuvuuteen vaikuttavina osa-alueina. Vaikuttavaa vuorovaikutusta kuvastetaan vuorovaikutusosaamisen, yhteistoiminnan ja dialogisuuden käsitteillä. (Mönkkönen ym. 2019, 44).

Moniammatillisen kuntopalaverin yhtenäisellä perehdytysohjeella ja kirjaamisen mallilla, edistetään moniammatillisen kuntopalaverin dokumentoinnin käytäntöä sekä lisätään potilaslähtöisen hoidon- ja kuntoutuksen suunnittelun sekä toteuttamisen laatua. Opinnäytetyön tuloksien mukaan, yhteisesti sovitun, yhdenmukaisen kirjaamistavan koetaan olevan potilasturvallisuuteen vaikuttava osa-alue, potilaan hoidon- ja kuntoutuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa. Tutkimustiedon mukaan potilaan hoitoketjussa ilmenneiden hoitovirheiden laiminlyönti, ilmenee puutteellisena moniammatillisena yhteistyönä, sekä puutteellisena dokumentointina (Collin, Valleala, Herranen & Paloniemi & Pyhälä – Liljeström 2012, Oikeusministeriö 2013; Mönkkönen & Kekoni 2020, 220).

Moniammatilliseen yhteistyöhön liittyy eettisiä, sekä lainsäädännöllisiä haasteita. Haasteet voivat liittyä esimerkiksi tietojen luovuttamiseen tai potilastietojen kirjaamiseen. Jokainen ammattiryhmän edustaja noudattaa erityisesti omaa ammattiryhmäänsä koskevia lakeja ja suosituksia, yhteisten yleisten lakien ja suositusten mukaisesti. Ammattiryhmien väliset näkemyserot moniammatillisessa yhteistyössä pohjautuvat siis oman ammatti-identiteetin lisäksi myös arvoihin. Moniammatillisessa päätöksentekotilanteessa saatetaan esimerkiksi joutua ristiriitisiin ammattilaisten erilaisten eettisten periaatteiden, sekä arvoriistiriitojen vuoksi. (Banks 2005, Weinberg & Banks 2019, Juujärvi, Kallunki & Luostari 2020, Mönkkönen & Kekoni 2020, 219.)

Ammattiryhmien etiikka, ammatilliset näkemyserot sekä erilaiset tarpeet vaikuttavat yhteiseen päätöksentekoon (Helkama 2013, Mönkkönen ym. 2019, 60; Rissanen 2020, 120). Moniammatillisen päätöksenteon tulee tutkimustiedon mukaan noudattaa jäsenettyä prosessia, jotta voidaan tehdä yksilöllistä, tietoon sekä arvoihin perustuvaa ja luotettavaa päätöksentekoa (Lègare ym. 2011.) Opinnäytetyön tuloksien mukaan, yhteisen päätöksenteon pohjalta kirjatulla tiedolla todetaan olevan vaikutusta hoidon- ja kuntoutuksen toteutukseen, jolloin ajanmukaisen ja luotettavan dokumentoinnin merkitys potilaan kokonaishoidossa korostuu.

Moniammatillisessa dokumentoinnissa yhteinen päämäärä on se, että potilas saa mahdollisimman luotettava ja turvallisen, hoidon ja kuntoutuksen terveydenhuollon organisaatiossa (Holma 2009, 27). Päätöksentekoon liittyvä dokumentointi koetaan merkityksellisenä ja vaikuttavana, riippuen ammattiryhmän työnkuvasta, ilmenee opinnäytetyön tuloksista. Moniammatillisessa kuntopalaverissa tehdyt päätökset ja päätöksenteon dokumentointi, koetaankin vaikuttavan sisällöllisesti eri tavoin, eri ammattiryhmien edustajien työskentelyyn. Ammattiryhmien väliset näkemyserot pohjautuivat ammattiryhmien erilaisiin tiedon tarpeisiin moniammatillisessa päätöksentekoprosessissa. (Holma 2009, 27– 28.)

Moniammatillisen dokumentoinnin näkökulmissa ja käytännöissä on tutkimustiedon mukaan eroavaisuuksia eri ammattiryhmien välillä. Haasteita moniammatillisessa kirjaamisessa on osa-alueilla, joissa jokainen ammattiryhmä puhuu ja kirjaa omaa ammattikieltään olettaen, että toiset ymmärtävät. Jokaisella ammattiryhmällä on käytössään myös erilaiset, alakohtaiset mittarit ja luokittelut. Alakohtaisuus johtaa myös siihen, että ammattiryhmien välillä on eroavaisuuksia myös kirjaamistavoissa. (Holma 2009, 27– 28.) Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että hoidon- ja kuntoutuksen suunnittelussa, dokumentoinnin sisällöllinen tarkoitus ja merkitys vaihtelee eri ammattiryhmien välillä. Kirjaamisvastuun jakamisella alakohtaisesti voidaan edistää myös potilaslähtöisen hoidon- ja kuntoutuksen toteuttamista ammattiryhmäkohtaisesti.

Kirjaamistapojen- sekä käytäntöjen eroavaisuudet eri ammattiryhmien välillä, johtavat moniammatillisessa yhteistyössä näkökulmaan, jossa toimitaan yhdessä, mutta omien ammattiryhmien ehdoilla, potilaan kokonaishoidon tarpeiden ohi.

Yhteinen näkemys potilaan hoidon ja kuntoutuksen tavoitteista uupuu, eikä kaikilla ole selvää käsitystä omasta tehtävästä tässä yhteisessä prosessissa. (Holma 2009, 27– 28.) Opinnäytetyön tuloksista ilmenee kirjallisuuden kanssa yhteneväisyyksiä, jossa eri ammattiryhmät tukevat näkemuseroillaan oman asiantuntijuuden tietotarpeita dokumentoinnissa, yhteisen, potilaslähtöisen tietotarpeen sijaan. Ymmärryksen puute aiheuttaa sen, ettei arvosteta muiden, erityisesti pienten ammattiryhmien tai alemmalla hierarkian tasolla toimivien työn merkitystä, työtapoja tai työmenettelyjä (Holma 2009, 27– 28). Potilaan yksilöllisen hoidon- ja kuntoutuksen dokumentoinnissa esiintyi opinnäytetyön tuloksissa ristiriitaisuutta kuntopalaverin dokumentoinnin yleisten laatuvaatimusten, sekä eri ammattiryhmien tarpeiden välillä.

Opinnäytetyön tuloksien mukaan, selkeästi määritellyt roolit ja kirjaamisvastuu helpottavat tiedon kulkua, sekä hoidon- ja kuntoutuksen toteuttamista, jolloin kirjaamisvastuun jakamisella ammattiryhmäkohtaisesti, voidaan vahvistaa myös kirjatun tiedon luotettavuutta potilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman arvioinnissa ja toteuttamisessa. Myös kirjallisuuden mukaan, kirjaamisvastuun jakamisen avulla varmistetaan sujuvaa tiedonkulkua, sekä selkiytetään roolijakoa (Isoherranen 2012, 22). Haasteellisena koetaan, ymmärretäänkö moniammatillisessa tiimissä kaikkia ammattisanastoja ja tavoittaako potilaskirjaukset kaikki ammattiryhmät (Holma 2009, 27– 28). Tutkimustiedon mukaan ammattiryhmien välisiä näkemuseroja dokumentoinnissa voidaan vähentää kehittämällä sähköisiä potilastietojärjestelmiä eri ammattiryhmien, sekä teknologia-asiantuntijoiden kanssa yhteistyötä tehden (Green & Thomas 2008).

Tarkoituksenmukaisesti palveleva sähköinen potilaskertomus on toimiva moniammatillisen työskentelyn alusta, mikäli sen sisältöä käytetään sitoutuneesti yleisesti sovittuja kertomusrakenteita, luokituksia ja sanastoja noudattaen. Sähköisten potilasjärjestelmien on todettu tuottavan tehokkaita työkaluja tiedon jakamiseen (Rissanen 2020, 120). Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että eri ammattiryhmät välittävät potilastietoja pääasiassa keskenään vain tehtyjen kirjauksien perusteella, jolloin dokumentoinnin tulee olla luotettavaa, informatiivista, sekä ajanmukaisesti tuotettua. Ajanmukaisella dokumentoinnilla korostetaan kirjatun tiedon luotettavuutta ja potilasturvallisuutta. Sähköisten potilaskertomusten rooli

nousee dokumentoinnissa ja tiedonvaihdossa yhä tärkeämmäksi (Berndt & Fischer 2018).

Opinnäytetyön tuloksien mukaan, kuntopalaverin päätöksenteon dokumentoinnin tulee olla näkyvää kaikille eri ammattiryhmille. Näkyvän päätöksenteon avulla potilaan tietoja voidaan jakaa tarkoituksenmukaisesti myös potilaalle ja omaisille. Potilaskohtaisten tietojen tarkka ja avoin dokumentointi tuo esille myös potilaan osallisuuden, potilaan oman hoidon - sekä kuntoutuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa. Hoito- ja kuntoutussuunnitelman toteuttamisessa on huomioitava myös potilaan omat näkemykset ja toiveet. Potilaan roolia oman hoidon, sekä kuntoutuksen osallisuudessa ja suunnittelussa, sekä siihen liittyvässä tiedonsaannissa, on vahvistettu lainsäädännön turvin. Dokumentoinnin tulee siis olla lähtökohtaisesti aiempaa selkeämpää. (Mönkkönen & Kekoni 2020, 220.)

Potilaan vaikuttava hoitoprosessi mahdollistetaan moniammatillisen yhteistyön sujuvuudella. Ajoittain kuitenkin eri ammattiryhmien välinen yhteistyö koetaan (esim. Hujala & Lammintakanen 2018, Tiilikainen, Hujala, Kannasoja, Rissanen & Närhi 2019) hajanaiseksi, päällekkäiseksi tai ristiriitaiseksi. (Mönkkönen & Kekoni 2020, 226.) Yhteisesti määritellyt moniammatillisen toiminnan tavoitteet, mutta eri ammattiryhmien väliset työtehtävät, linkittyvät ajoittain päällekkäiseksi, erityisesti hoitotyön ja kuntoutuksen osalta. Moniammatillisissa tiimeissä saattaa olla epäselvyyksiä näistä jaetun työn rooleista. (Best & Williams 2019.)

Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että yhteisesti sovituilla toimintatavoilla voidaan vähentää päällekkäisyyttä kirjaamistavoissa, sekä hoidon- ja kuntoutuksen toteuttamisessa. Tutkimustiedon mukaan eri ammattiryhmät ja ammattilaiset voivat parantaa yhteisissä palavereissa yhteistyön sujuvuutta, tunnistamalla moniammatillisen yhteistyön esteet, sekä avoimesti pyrkiä parantamaan ymmärrystä, vuorovaikutusta, tiedon jakamista, sekä asenteita (Lee ym. 2021). Näkemyseroja voidaan madaltaa avoimella ja myönteisellä kiinnostuksella toisten ammattiryhmien työtehtäviä kohtaan. Arvostus, keskinäinen luottamus ja myönteiset asenteet ovat yhteistyötä edistäviä, sekä näkemyseroja yhdistävä tekijä. (Rissanen 2020, 120.)

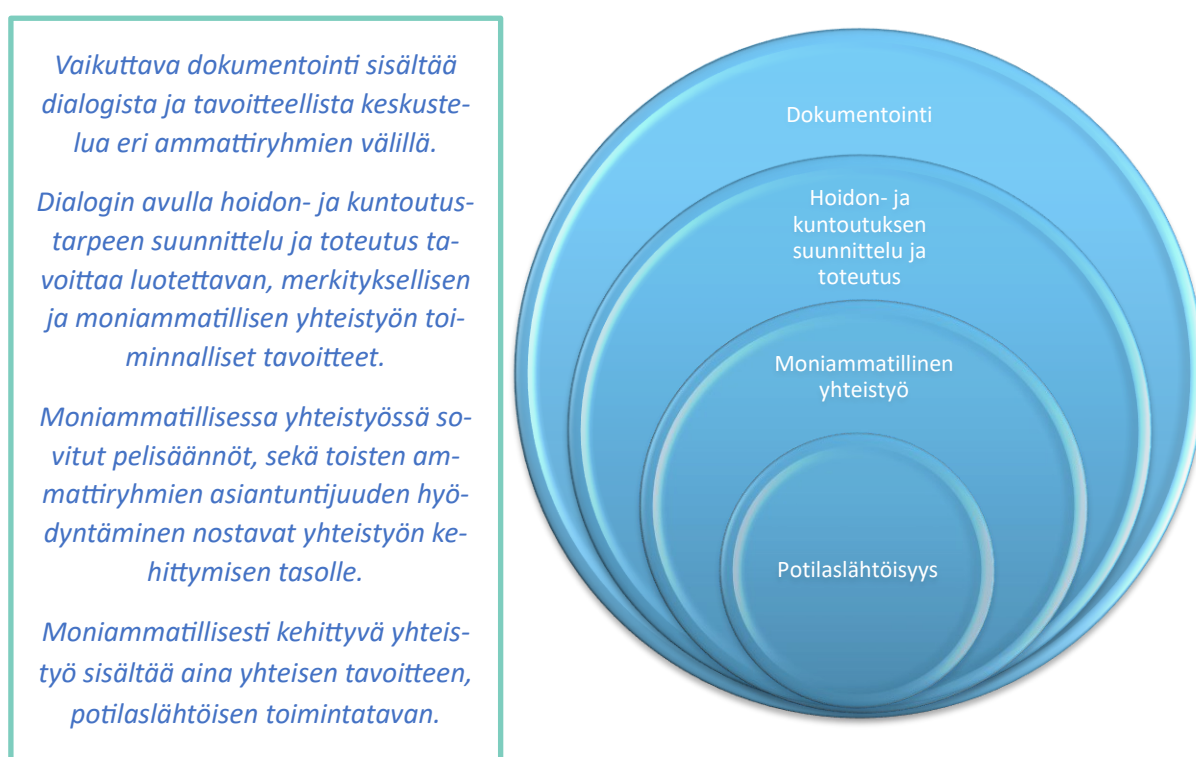
Moniammatillisessa työskentelyssä on tärkeää tunnistaa erilaisia tapoja työskennellä, jolloin myös yhteisen tiedon rakentaminen on mahdollista. (Mönkkönen ym. 2019, 60 –61.) Moniammatillisten, yhteisten pelisääntöjen luominen, sekä niiden noudattaminen, dialogisuus, tasavertainen kohtelu, sekä asiantuntemuksen arvostaminen ovat lähtökohtaisesti moniammatillisen yhteistyön sujuvuutta edistävä tekijä. (Rissanen 2015, 120.) Toimiva moniammatillinen yhteistyö edellyttää tasavertaista suhdetta kaikkien kesken. Ammattiryhmien välisen asiantuntemuksen kunnioitus, sekä yhteiset tulkinnat, edesauttavat yhteisten näkemysten syntymistä. (Holma 2009, 27– 28; Rissanen 2015, 139.)

Opinnäytetyön tuloksien mukaan, jaetulla yhteistyöllä saavutetaan potilaan hoidon kokonaisuudessa tehokkuutta ja lisätään potilasturvallisuutta. Myös tutkimustiedon mukaan avoimella, arvostavalla ja sujuvalla moniammatillisella yhteistyöllä voidaan helpottaa myös potilaan osallistumista hoitoa koskevaan päätöksentekoon, jolla voi olla myös kuntoutumisen tehokkuuteen parantava vaikutus. (Sohi, Champagne & Schindler 2015.) Moniammatillinen työskentely on useiden tutkimuksien mukaan toiminnan vaikuttavuutta parantava tekijä (Järvikoski 2013, 57; Silvennoinen - Nuora 2020, 67).

Oman toiminnan ja ymmärryksen kehittyminen, sekä itsensä johtaminen ovat erityisen tärkeitä taitoja, kun toimenkuvat muuttuvat ja työtehtävät monipuolistuvat. Näitä muutoksia voidaan tukea organisaatiotasolla ja johtamisella. Kyse ei ole vain yksittäisten työntekijöiden organisointikykyjen kehittämisestä, vaan muutoksen on tapahduttava työyhteisössä kokonaisvaltaisesti. Moniammatillisen yhteistyön uskottiin paranevan kiinnittämällä potilaslähtöiseen kirjaamistapaan enemmän huomiota. Myös tutkimustiedon mukaan räätälöidyillä interventioilla voidaan parantaa hoitoprosesseja, sekä ammattiryhmien välisen yhteistyön organisaatiokohtaisia näkökulmia. (Van den Bulke, Vyt, Vanheule, Hoste, Decruyenaere & Benoit 2016.)

## 6.2 Dokumentoinnin merkitys ja vaikuttavuus

Opinnäytetyön tuloksien avulla tuodaan esiin moniammatillisen yhteistyön sekä siihen liittyvän dokumentoinnin merkitys ja vaikuttavuus potilaslähtöisen hoidon- ja kuntoutuksen suunnitteluun sekä toteutukseen. Moniammatillisen kuntopalaverin perehdytysohjeen, sekä yhtenäisen kirjaamisen mallin avulla ohjataan eri alojen asiantuntijoita toteuttamaan työyhteisössä yhtenäistä kuntopalaverin dokumentoinnin toimintamallia. Toimintamalliin johtaneet tulokset nostivat dokumentointiin merkityksellisesti vaikuttavat osa-alueet, sekä niiden suhteet toisiinsa (kuvio 16).



KUVIO 16. Toimintamalliin johtaneet merkitykselliset ja vaikuttavat osa-alueet, sekä niiden suhteet toisiinsa.

## 6.3 Eettisyys

Tämä opinnäytetyö on toteutettu hyvää tieteellistä käytäntöä ja Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiä toimintatapoja noudattaen, joita ovat rehellisyys, huolellisuus, sekä tarkkuus tutkimustyössä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 150).



Suunnittelin, toteutin ja raportoin opinnäytetyön yksityiskohtaisesti ja läpinäkyvästi, käyttäen tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, jotka ovat opinnäytetyöhön soveltuvien kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. (Arene 2020, 5; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.)

Opinnäytetyön toiminnallisessa osuudessa tutkittavat henkilöt informoin asianmukaisia, eettisiä toimintatapoja noudattaen. Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen, jolloin tutkittavalla henkilöllä oli mahdollisuus perua osallistumisensa milloin tahansa. Tutkimuksen osallistujille annoin mahdollisuuden tutustua kirjallisesti osallistumissuostumukseen. Tutkimuksen tavoitteet kuvasin osallistujille asianmukaisella tavalla sekä vastasin heränneisiin kysymyksiin. (Arene 2020, 5; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.)

Opinnäytetyön tietoperustassa perehdyin laajasti aihetta käsitteleviin aineistoihin, joita olivat kansalliset sosiaali- ja terveystieteen ohjeistukset, lait- sekä säännökset, sekä kansallinen ja kansainvälinen kirjallisuus, - sekä tutkimukset. Opinnäytetyö dokumentoin ja raportoin avoimesti sekä rehellisesti, noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä, Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeen mukaan (Kirjallisen raportoinnin opas: TAMK 2023). Raportoinnissa huomioin tekijänoikeudet ja asianmukaiset aineistojen hallintaan liittyvät osa-alueet. Opinnäytetyössä huomioin tutkijoiden aikaisemmat työt, kunnioittaen heidän saavutuksiaan, kuvaamalla luotettavasti opinnäytetyössä käytetyt lähdeviittaukset. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 164.)

Opinnäytetyössä käytetyt dokumentit säilytin, raportoin, sekä hävitin asianmukaisesti ja luotettavasti. (Arene 2020, 5; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.) Ensimmäisen intervention teemakeskustelun nauhoitin Teams- yhteisösovelluksen avulla väliaikaisesti Microsoft Teams- palvelimelle, joka oli käytettävissä vain omilla oikeuksillani. Tallenteen kopioin mahdollisimman pian omalle tietokoneelleni, jonka jälkeen poistin tallenteen lopullisesti palvelimelta. Käytin tallennetta aineiston litterointiin sekä aineiston analysointiin. Interventioiden suunnittelua varten kerätyn muun materiaalin ja kirjallisen aineiston tuhosin, kun niiden käytölle ei ollut enää tarvetta. Opinnäytetyötä varten hain tutkimusluvan yhteistyöta-

holta, joka on dokumentoitu Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti Wihin- ohjelmatiedostoon. (Arene 2020, 5; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.)

#### 6.4 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa opinnäytetyön luotettavuutta ja pätevyyttä, eli uskottavuutta ja vakavuutta arvioidaan kokonaisvaltaista, sekä kriittistä tarkastelua toteuttaen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Tuomi & Sarajärvi 2018, 161–163). Opinnäytetyöprosessi on toteutettu monipuolisen tiedonkeruun-, käytettyjen menetelmien avoimen kuvaamisen ja tulosten tarkan dokumentaation avulla (Kananen 2014, 134).

Opinnäytetyön avulla kehitetty toimintamalli on tuotettu lähtökohtaisesti yksittäisen organisaation käyttöön. Tutkimuskohteen määrittelystä nousseet arvolähtökohdat, ihmiskäsitykset sekä toiminnan tavoitteet, vaikuttivat myös roolissani opinnäytetyön tekijänä. Toimintatutkimuksen luonne mahdollisti opinnäytetyön tekijänä osallistumiseni muutosprosessiin yhdessä tutkittavien, aktiivisten toimijoiden kanssa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Kananen 2014, 69). Työyhteisön jäsenenä ja opinnäytetyön tekijänä on huomioitava vaikutukset objektiivisuuteeni, opinnäytetyön aineistojen tulkinnassa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Tuomi & Sarajärvi 2018, 154).

Monipuolisen aineiston keruun toteuttamisen ja muutoksen saavuttamisen avulla, tuetaan opinnäytetyön luotettavuuden arviointia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 143; Kananen 2014, 114.) Opinnäytetyön teoreettinen tietoperusta täydentyi opinnäytetyön edetessä sekä kansallisilla, että kansainvälisillä tutkimuksilla ja menetelmäkirjallisuudella. Tiedonhaun täydentyessä, myös opinnäytetyön aihe ja tutkimusmenetelmän käyttäminen tarkentui. Prosessin aikainen tiedonkeruu oli tärkeä osa tulosten arviointia ja niiden saavuttamista (Kananen 104, 137). Opinnäytetyö on raportoitu siten, että ulkopuolinen lukija pystyy seuraamaan toimintatutkimuksen toteuttamisen etenemistä. Aineiston keruun- sekä aineiston analyysien muodostamat pääsyklit, sisälsivät tässä opinnäytetyössä omat sisällölliset syk-

linsä, jolloin aineiston keruun ja – analyysin tarkka dokumentointi olivat keskeisessä roolissa. Sykliä sisällöllisen dokumentaation rakentamista ja omaa ymmärrystäni opinnäytetyön toteuttamisessa ovat tukeneet menetelmäkirjallisuus sekä asiantunteva ohjaus.

Opinnäytetyö rakentui kokonaisuudessaan toimintatutkimuksen syklien mukaan. Prosessin syklistyys alkoi näyttäytyä konkreettisesti, alkaen ensimmäisen intervention suunnittelusta. Suunnittelin ensimmäisen intervention huolellisesti, jotta interventiossa saavutettujen aineistojen avulla, myös ymmärryksemme prosessista toimijoiden kanssa lisääntyisi. Luotin siihen, että aineistoilla saavutetut tulokset johtavat toiminnassa eteenpäin. Prosessiin liittyvät toiminnot suunnittelin yhden syklin kerrallaan. Interventioiden sisällöt suunnittelin vain pääkohtaisesti, edellisten syklien muodostamien aineistojen avulla. Tiedostin aineistojen mukanaan tuomat ja sisällöllisesti muuttuvat mahdollisuudet, jotka kuuluvat toimintatutkimuksen luonteeseen. Uudet sykliä sisältöineen syntyivät siis toiminnassa, edellisten syklien aineistojen avulla. Ymmärsin roolini interventioissa toiminnan eteenpäin viejänä, antaen toimijoille tilaa määrittellä ja tuottaa aineistoja itse. Uskalsin luottaa siihen, että aineistot ohjaisivat toimintatutkimuksen toteuttamista opinnäytetyössäni koko prosessin ajan.

Opinnäytetyön tekijänä osallistuin itse interventioihin toimintatutkimusta läpivievänä, havainnoiden ja haastatellen sekä keräten tutkimusmateriaalia myös muistiinpanoilla (Puusa & Juuti 2020, 267). Tutkimuspäiväkirjan avulla oli mahdollista palata kerättyjen aineistojen äärelle. Havainnoinnin ja muistiinpanojen avulla palasin interventioiden tunnelmaan, sekä toiminnan sisällä tapahtuneisiin muutoksiin. Tallenne ja muu kerätty materiaali, auttoivat kokoamaan aineistoja esitettäväksi toimijoille ja samalla rakentamaan toimintaa eteenpäin. Roolini opinnäytetyön tekijänä ja sen mahdollinen vaikutus eli reaktiivisuus suoran havainnoinnin tilanteessa, on huomioitava havainnoinnin tuloksien jäsentämisessä. (Anttila 1996, 218 – 224; Kananen 2014, 83–84.)

Haastavuutta opinnäytetyöprosessin aikana nosti oman roolini osallisuus työntekijänä, kehittämistyön kohteena olevassa työyhteisössä. Omat ennakkokäsitykset sekä – asenteet omaa rooliani, että työyhteisöä kohtaan, vaikuttivat väistä-

mättä työn objektiivisuuteen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tarkastelin opinnäytetyössä kerättyjä aineistoja ja saavutettuja tuloksia useaan kertaan, ja pidin tarkastelujen ja analysoinnin välissä pidempiäkin taukoja. Lisäämällä aikaa interventioiden ja aineistojen tarkastelun sekä -analysoinnin välille, koin pysyvänä irtautumaan kauemmas työyhteisön jäsenen roolista, sekä ennakkokäsityksistäni aineistoihin.

Tutkimusmenetelmien sopivuutta tähän opinnäytetyöhön vahvistetaan käytettyjen menetelmien avulla saatujen tutkimuskysymysten vastaavuudella vertaillen opinnäytetyön tuloksiin (Vilka 2015, 193). Ongelmatilanteen analyysin avulla saavutettiin ratkaistavat teemat, joiden pohjalta syntyi ongelmanratkaisuvaiheessa toiminnan tavoitteet. Tavoitteiden avulla saavutettujen tuloksien ja johtopäätöksien avulla vastattiin alkuperäiseen tutkimusongelmaan. Aiemmalla tutkimustiedolla tuetaan opinnäytetyössä saavutettuja tuloksia. Interventioiden vaikuttavuutta ja muutosten saavuttamista opinnäytetyön avulla, arvioitiin toiminnassa saavutettujen tuloksien pohjalta sekä tutkimustulosten vertailulla aiempaan tutkimustietoon (Kananen 2014, 69; Vilka 2015, 68; Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 46).

Opinnäytetyössäni aineistojen riittävyttä eli saturaatiota, kohdistetaan laadullisen tutkimuksen tutkimuskohtaiseen pätevyyteen eli onko käytetyillä aineistoilla saavutettu riittävät tulokset ja ovatko aineistojen pohjalta tehdyt päätelmät oikeita (Kananen 2014, 69; Vilka 2015, 189). Opinnäytetyössä kerättyjen aineistojen avulla saavutettiin selkeästi määritellyt ja tarkasteltavat nykytilan ongelmat. Kehittämistyöni tavoitteen saavuttamisen mittareina toimineiden menetelmien avulla opinnäytetyön toiminnalliseen osuuteen osallistuneet toimijat kokivat tiedon ja ymmärryksen lisääntyneen toiminnan edetessä. Yhteisen päätöksenteon tärkeys ja sen vaikutukset potilaan hoidon- ja kuntoutuksen suunnitteluun näytettyivät loppuarvioinnissa uudella tavalla. Aineistojen analyysien avulla saavutettiin tietoa, jonka avulla voitiin lisätä ymmärrystä ja saavutettiin sen avulla muutos työyhteisössä (Kananen 2014, 135).

Opinnäytetyöprosessin aikana huomasin refleктоivani omaa toimintaani, samassa tahdissa opinnäytetyön toteutuksen syklien mukaisesti. Käytännön näkökulmasta toimintatutkimuksen toteuttamiseen kytkeytyi aina uuden oppimista ja

oivaltamista, sekä siihen johtavan prosessin tarkkailua (Kananen 2014, 63). Jokaiseen interventioon valmistautumisen koin ”läpinäkyvänä aukkona”. Läpinäkyvällä aukolla kuvastan, etten voinut suunnitella toiminnallisia interventioita tai omaa toimintaani ennalta aukottomasti ja se lisäsi oman roolini haastavuutta. Haastavuutta näissä ”läpinäkyvän aukon” - olosuhteissa, lisäsi myös luottamuksellisen suhteen rakentaminen toimijoiden kanssa. Luottamuksellinen suhde saavutettiin toisen intervention aikana. Se näkyi vuorovaikutuksessa roolini ja toimijoiden välillä ja sain sekä sanallista, että sanatonta positiivista palautetta toimijoilta.

Interventioiden tapahtumia vein eteenpäin menetelmäkirjallisuuden, teoratiedon sekä oman johtamiskokemukseni ja sosiaalisten taitojen avulla. Menetelmäkirjallisuuden, johtamiskokemusteni ja sosiaalisten taitojeni tuella pystyin kohtaamaan interventioiden ”läpinäkyvän aukon”. Toimintatutkimuksen tutkimuskäytäntöä ja toimintatutkijoiden rooleja on tutkinut Kuula A. (1999) väitöskirjassaan ja siihen liittyvässä teoksessaan; Toimintatutkimus: Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä (2000), keräten kirjeitse toimintatutkijoiden konkreettisia kokemuksia ja ajatuksia tutkimusprosessista ja kenttätyöstä. Tutkijan roolin dilemma yhdisti lähes kaikkia kirjeiden kirjoittajia. Muutoksen toteuttamiseen toimintatutkimuksen aikana liittyi keskeisesti yksi ristiriita; missä määrin tutkijan pitää tai hän edes saa aktiivisesti vaikuttaa prosessin kulkuun. (Kuula 1999, 116.)

Tutkimuspäiväkirjan sekä suoran havainnoinnin avulla täydensin kehittämistyön tuloksia. Ryhmäidentiteetti kasvoi toiminnan edetessä luottamukselliseksi vuorovaikutukseksi, joka mahdollisti myös vuorovaikutuksellisen toiminnan interventioidissa (Perttula & Syväjärvi 2012, 64). Koko työyhteisöä osallistava palaute- ja kehittämislomake ei saavuttanut pilotointiin merkittävästi vaikuttavia vastausmääriä, eikä – vastauksia, mikä vähentää tulosten luotettavuutta. Siirtyminen uudelle hyvinvointialueelle saattoi vaikuttaa saavutettuun vähäiseen vastausmäärään. Myös työyhteisön jäsenten sähköpostiosoitteiden vaihtuminen tai toimimattomat sähköpostiosoitteet saattoivat vaikuttaa vastausmääriin. Myöskään saapuneita sähköposteja ei välttämättä oltu luettu. Opinnäytetyön aihe myöskään välttämättä ollut kiinnostava työyhteisön tai yhteisen kehittämistyön osallistumattomuuteen oli jokin muu syy. Saadut palautteet olivat kuitenkin muutosprosessia kannustavia ja positiivisia.

Alkuperäisen aikataulusuunnitelman venyminen aiheutti opinnäytetyön loppuvaiheessa enemmän työmäärää, mutta koen aikataulun venymisen olleen välttämättömyyttä ja nostavan aineistojen analyysin luotettavuutta. Koin roolissani tapahtuvan kasvua toimintatutkimuksen mukana, syklinäisesti, koko prosessin edetessä. Luotin prosessin mukanaan tuomaan tietoon ja toteutin tiedonhaun ja käytännön vuorottelua syklinomaisesti. Oma oppiminen jatkui prosessin loppuun asti ja ymmärrys laadullisesta tutkimusmenetelmästä lisääntyi.

Tutkimusmenetelmän avulla tuotiin moniammatilliseen keskusteluun näkökulmien avulla syvyyttä sekä käytössä olevien käsitteiden uudelleen arviointia. Laadullisen tutkimusmenetelmän käyttäminen tuki myös kehittämistyön juurruttamista onnistuneesti työyhteisöön. (Vilkkä 2015, 186.) Tavoitteiden pohjalta onnistuttiin rakentamaan ja pilotoimaan uusi perehdytysohje sekä kirjaamisen malli. Tutkimustulosten johtopäätöksiin vaikuttivat oma käsitykseni sekä ymmärrykseni toimintatutkimuksen prosessista.

Uskoin moniammatillisten toimijoiden ja työyhteisön voimaan sekä heidän tahtotilaansa kehittää ja muuttaa vanhoja toimintatapoja. Omaan toimeenpanijan roolissa myös omassa työssäni ja uskoin tämän prosessin läpiviemiseen. Työyhteisöt tarvitsevat ihmisiä, jotka toimivat ja toteuttavat muutoksia sekä vievät niitä eteenpäin käytäntöön. Tässä opinnäytetyössä onnistuimme yhdessä moniammatillisen yhteistyön voimalla. Omat arvoni toin mukaan prosessiin, joita ovat oikeudenmukaisuus, rehellisyys sekä ihmislähtöisyys.

## **6.5 Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotukset**

Opinnäytetyön avulla kehitetty kuntopalaverin perehdytysohje ja kirjaamisen malli ovat Sastamalan Kampussairaalan moniammatillisen työyhteisön hyödynnettävissä. Toimenpide- ehdotuksena voidaan perehdytysohjeen ja kirjaamisen mallin avulla jatkokehittää moniammatillisen yhteistyön toimintamallia, esimerkiksi koordinoimalla vuosittaista, moniammatillisen päätöksenteon ja - dokumentoinnin toteuttamisen seuranta sekä perehdytysohjeiden säännöllistä päivittämistä.

Perehdytysohje ja kirjaamisen malli eivät kuitenkaan yksinään riitä muuttamaan käytänteitä, vaan vaikuttavien ja pitkäaikaisten muutosten taustalle tarvitaan myös olemassa olevien käsitteiden jatkuvaa arviointia työyhteisöissä. Muutoksien mukana tulevia kehitystarpeita voidaan toimenpide- ehdotuksena tarkastella esimerkiksi työyhteisöissä koordinoitusti vuosittain, moniammatillisen ja ennakkoluulottoman kehittämissyhteistyön avulla. Moniammatillinen kehittämissyhteistyö voitaisiin juurruttaa organisaatiokulttuuriin työelämän muutosten mukana, avoimen ja keskustelevan johtamiskulttuurin tuella.

Sote- alan organisaatiot kilpailevat työntekijöistä tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. Toimenpide- ehdotuksena työyhteisöjen huomio kiinnittyisi erityisesti työyhteisöjen houkuttelevuuteen. Työyhteisöt voisivat markkinoida itseään esimerkiksi kehittyvän ja moniammatillisen yhteistyömallin avulla.

Jatkotutkimusaiheena työyhteisöissä voitaisiin kartoittaa vaihtoehtoisia tapoja toteuttaa moniammatillista yhteistyötä ja päätöksentekoa. Moniammatillisen yhteistyön vaikuttavan potentiaalın sekä yhteistyön voiman avulla, voitaisiin kehittää jatkossakin työyhteisöjen toimintamalleja. Työelämän muutokset vaikuttavat väistämättä työn tekemisen tapoihin, ammatti-identiteettiin, sekä asiantuntijuuteen ja sitä kautta erilaisiin prosesseihin. Johtamistapojen johdonmukaisuus, yhteistyötoiminta, riittävät organisaatorakenteet, sekä riittävät resurssit vaikuttavat työn mielekkyyteen sekä edesauttavat yhteisen tavoitteen saavuttamista (Johansson 2011; Rissanen 2020, 121).

Kehittäminen ja kehittyminen on tärkeä osa ammatti-identiteettiä. Muuttuvassa työympäristössä oman osaamiseen kehittämiseen tulee kiinnittää jokaisen ammattilaisen yhä enemmän huomiota. Työn integraation myötä kehittyvät myös työtehtävät ja se mahdollistaa myös asiantuntijuuden kasvun. Asiantuntijuuden ja ammatti-identiteetin kasvun rajattomuus ja rajat, määritelläänkin tulevaisuudessa yhä enemmän, organisaatiokulttuurien ja asiantuntijoiden kohtaamisalustoilla.

## LÄHTEET

- Alanko, T. Karhula, M. Piirainen, A. Kröger, T. & Nikander, R. 2017. Kuntoutu-  
jan osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen  
arviointiin - Loppuraportti. Kelan tutkimus. Pdf-dokumentti. Viitattu 24.2.2022.  
Vaatii käyttöoikeuden. [https://www.tandfonline-  
com.libproxy.tuni.fi/doi/abs/10.1080/09638288.2018.1463398](https://www.tandfonline-com.libproxy.tuni.fi/doi/abs/10.1080/09638288.2018.1463398)
- Andersson, S. 2002. Käytännön puheviestintä. Jyväskylä: Gummerus.
- Anttila, P. 2002. Tutkimisen taito ja tiedonhallinta. Verkkosivu. Viitattu 2.7.2022.  
[https://metodix.fi/2014/05/17/anttila-pirkko-tutkimisen-taito-ja-tiedon-han-  
kinta/#top](https://metodix.fi/2014/05/17/anttila-pirkko-tutkimisen-taito-ja-tiedon-han-<br/>kinta/#top)
- ARENE. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. 2020.  
Verkkosivu. Viitattu 2.2.2022. [https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Rapor-  
tit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-  
JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUK-  
SET%202020.pdf?\\_t=1578480382](https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Rapor-<br/>tit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-<br/>JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUK-<br/>SET%202020.pdf?_t=1578480382)
- Asha. American Speech- Language- Hearing Association. 2023. Documentation  
in Health Care. Viitattu 1.4.2023. [https://www.asha.org/Practice-Portal/Professi-  
onal-Issues/Documentation-in-Health-Care/#collapse\\_1](https://www.asha.org/Practice-Portal/Professi-<br/>onal-Issues/Documentation-in-Health-Care/#collapse_1)
- Banks S. 2012. Ethics and Values in Social Work. Palgrave, Basingstoke. Vii-  
tattu 3.3.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.vlebooks.com/Home/TCS>
- Berndt, M. and Fischer, M.R. 2018. 'The role of electronic health records in clini-  
cal reasoning', Annals of the New York Academy of Sciences, 1434(1), pp.  
109–114. doi:10.1111/nyas.13849. Viitattu 3.3.2023. Vaatii käyttöoikeuden.  
[http://libproxy.tuni.fi/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?di-  
rect=true&AuthType=coo-  
kie.ip,uid&db=cmedm&AN=29766520&lang=fi&site=ehost-live&scope=site](http://libproxy.tuni.fi/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?di-<br/>rect=true&AuthType=coo-<br/>kie.ip,uid&db=cmedm&AN=29766520&lang=fi&site=ehost-live&scope=site)
- Bronstein, L. 2003. A model for interdisciplinary collaboration. Social work 48:3,  
297-306. Viitattu 2.5.2022. Vaatii käyttöoikeuden. [https://www.pro-  
quest.com/docview/215270983?accountid=14242&parentSessionId=piXAxjT-  
nkNI9DhZFN4OQ5VMqFaKx1aYESihcPGKozOg%3D&pg-origsite=primo](https://www.pro-<br/>quest.com/docview/215270983?accountid=14242&parentSessionId=piXAxjT-<br/>nkNI9DhZFN4OQ5VMqFaKx1aYESihcPGKozOg%3D&pg-origsite=primo)
- Carr, W. & Kemmis, S. 1983. Becoming critical: Knowing through action re-  
search. Victoria: Deakin University.
- Cohen, L & Manion, L. 1995. Research Methods on Education. 4. Edition. Lon-  
don: Routledge. Viitattu 2.3.2023. Vaatii käyttöoikeuden. [https://www.tandfon-  
line-com.libproxy.tuni.fi/doi/full/10.1111/j.1467-8527.2007.00388\\_4.x](https://www.tandfon-<br/>line-com.libproxy.tuni.fi/doi/full/10.1111/j.1467-8527.2007.00388_4.x)
- COPE- hanke. 2017. Osaavan työvoiman varmistaminen sosiaali- ja terveyden-  
huollon murroksessa. Verkkosivu. Viitattu 10.6.2022. [https://www.aka.fi/strategi-  
nen-tutkimus/strateginen-tutkimus/strateginen-tutkimus-pahkinankuoressa/oh-  
jelmat-ja-hankkeet/paattyneet-ohjelmat/work/cope/](https://www.aka.fi/strategi-<br/>nen-tutkimus/strateginen-tutkimus/strateginen-tutkimus-pahkinankuoressa/oh-<br/>jelmat-ja-hankkeet/paattyneet-ohjelmat/work/cope/)



FinCC 4.0. 2019. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäopas. Yhteistyötilat. Verkkosivu. Viitattu 10.7.2022. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/pages/viewpage.action?pageId=56886413>

Gilbert, J., Yan, J. & Hoffman, S. 2010. A WHO report: Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. WHO. Geneva. Viitattu 2.3.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21174039/>

Green, S.D., & Thomas, J.D. 2008. 'Interdisciplinary collaboration and the electronic medical record', *Pediatric Nursing*, 34(3), pp. 225–240. Available at: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=ccm&AN=105801782&lang=fi&site=ehost-live&scope=site>. Viitattu 2.4.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.proquest.com/docview/199535032?accountid=14242&parentSessionId=tfLi-mOtLCsyOSDH%2FvZ26uMaPTrFOS%2B5lc6JkWDCNrU%3D&pg-origsite=primo>

Hall, P. 2005. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care* 1, 188–196.

Health Foundation. 2023. Multiprofessional. Verkkosivu. Viitattu 1.4.2023. <https://www.health.org.uk/search?textsearch=multiprofessional>

Heikkinen, H., Syrjälä, L. & Rovio, E. 2007. Syrjälä, L. (toim). Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2. tarkistettu painos. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Holma, T. 2009. Sairaalaviesti. Moniammatillinen kirjaaminen. Kuntaliitto. Verkkosivu. Viitattu 30.4.2022. <https://docplayer.fi/1615877-Sairaalaviesti-sjukhusinfo-2-09.html>

Hujala A., & Lammintakanen, J. 2018. Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat keskiöön. Onnistu sote-integraatiossa -tutkimushankkeen tutkimusraportti. Kunnallissalan kehittämissätiön julkaisu 12. Verkkosivu. Viitattu 2.2.2023. <https://kaks.fi/julkaisut/paljon-sote-palveluja-tarvitsevat-ihmisetkeskioon/>

Iijalainen, K. 2017. Ikääntyneen asiakkaan moniammatillinen arviointi- ja kuntoutusprosessi – Kehittämistoiminta Lean- ajattelutapaa hyödyntäen. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen YAMK. Laurea ammattikorkeakoulu. Viitattu 28.4.2022. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/124144/iijalainen\\_Kaisa.pdf?sequence=124.4.2022](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/124144/iijalainen_Kaisa.pdf?sequence=124.4.2022).

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

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus: moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Sosiaalitieteiden laitos. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18. Väitöskirja. Viitattu 20.2.2022. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen\\_vaitoskirja.pdf](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf)

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä -moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY, Oppimateriaalit Oy.

Isola A-M., Kaartinen H., Leemann L., Lääperi, R., Schneider, T., Valtari S. & Keto-Tokoi, A. 2017. Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Työpaperi. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 1.3.2023. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN\\_ISBN\\_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN_ISBN_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Jakonen, E. 2021. Moniammatillisen kuntoutustiimin toimivuus akuuttivuodeosastolla. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus YAMK. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 24.4.2022. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/490094/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6%20Jakonen%20Emilia.pdf?sequence=2>

Johansson, G., Sandahl, C. & Andershed, B. 2011. Authentic and congruent leadership providing excellent work environment in palliative care. International journal of health care quality assurance incorporating Leadership in health services. 24 (2), 135–149. Viitattu 3.4.2023. Vaatii käyttöoikeuden, <https://www.proquest.com/docview/864099305?accountid=14242&parentSessionId=Cdc3KMnuNDW77L%2FBN0gVU%2FhW0B76nYEKQB%2BGhmsseUso%3D&pq-origsite=primo>

Jones, B. & Farya, P. 2016. Social work and interprofessional education in health care: a call for continued leadership. Journal of Social Work Education 52(1), 18–29. Viitattu 2.4.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.tandfonline.com.libproxy.tuni.fi/doi/full/10.1080/10437797.2016.1112629>

Juujärvi, S., Kallunki, E. & Luostari, H. 2020. Ethical Decision Making of Social Welfare Workers in the Transition of Services: The Ethics of Care and Justice Perspectives. Ethics and Social Welfare 14(1), 65–83. Viitattu 2.4.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.tandfonline.com.libproxy.tuni.fi/doi/full/10.1080/17496535.2019.1710546>

Jyrkämä, J. 1999. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 25.1.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusasetelma/toimintatutkimus/>

Järvinen, P. 2016. Onnistu esimiehenä. 12. painos. Helsinki: Alma Talent.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy.

Kangasniemi, M. 2017. Terveydenhuolto on muutoksessa, -entä muuttuvatko työ ja tehtävä? Tutkiva Hoitotyö. Vol 15. Iss 2. Helsinki. Viitattu 2.3.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.proquest.com/docview/2758123130?parentSessionId=e0CBv0Ojjgh7VxxsQlwZBAHrxwWEOFEj4w3Cq%2FKqDIE%3D&pq-origsite=primo&accountid=14242>

Kemmis, S. & McTaggart, R. 1988. The Action Research Planner. Deakin: University Press.

Kinnunen, U-M., Liljamo, P., Härkönen, M., Ukkola, T., Kuusisto, A., Hassinen, T. & Moilanen, K. 2019. Potilaskertomuksen tietorakenteet. FinnCC- luokituskonaisuuden käyttäjäopas FinnCC 4.0. Verkkosivu. Viitattu 16.3.2023.

<https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/FLKJ1/Potilaskertomuksen+tietorakenteet>

Koivisto, J. & Tiirinki, H. (toim.) 2020:38. Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. Verkkosivu. Viitattu 8.9.2022. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162382/VNTEAS\\_2020\\_38.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162382/VNTEAS_2020_38.pdf)

Kolb, D. A. 1984. Experiential learning. Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs. N. J.: Prentice Hall.

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino. Tammer-paino Oy.

Laki hyvinvointialueesta. 29.6.2021/ 611. Verkkosivu. Viitattu 18.8.2022.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2021/20210611>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Verkkosivu. Viitattu

28.4.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 9.12.2022/990. Verkkosivu. Viitattu 1.3.2023.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2022/20220990>

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä. 26.6.2015/817. Verkkosivu. Viitattu

3.3.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150817>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559. Verkkosivu. Viitattu

3.3.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940559>

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista.

3.4.1987/380. Verkkosivu. Viitattu 3.3.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1987/19870380>

Lee, M., Ong, Y.H. and Martimianakis, M.A. 2021. 'Understanding decision-making in interprofessional team meetings through interpretative repertoires and discursive devices', Journal of Interprofessional Care, 35 (2), pp. 164–174. doi:10.1080/13561820.2020.1732889. Viitattu 2.4.2023. Vaatii käyttöoikeuden.

<http://libproxy.tuni.fi/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie.ip,uid&db=ccm&AN=149380948&lang=fi&site=ehost-live&scope=site>

Légaré F et al. 2011. 'Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model', Journal of Interprofessional Care, 25(1), pp. 18–25. doi:10.3109/13561820.2010.490502. Viitattu

2.4.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <http://libproxy.tuni.fi/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie.ip,uid&db=ccm&AN=104960137&lang=fi&site=ehost-live&scope=site>

- Lehmuskoski, A., Ålander, A., Immonen, M., Virtanen, N., Lohijoki, H. & Jokinen, T. 2021. Kirjaaminen monialaisessa yhteistyössä. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos ja Sote-uudistus. Pdf-dokumentti. Verkkosivu. Viitattu 20.2.2022. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULMOKI>
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. International Methelp Ky. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. 2019. Moniammatillinen yhteistyövaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus.
- Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita.
- Niipola, S. & Rauramo, P. 2008. Rauramo, P. (toim.) Hyvät kokouskäytännöt työpaikan arjessa. Työturvallisuuskeskus. TTK. Edita Prima Oy.
- Nikander, P. 2003. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Artikkelijulkaisu. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Academia. Viitattu 10.7.2022. Vaatii käyttöoikeuden. [https://www.academia.edu/284486/Moniammatillinen\\_Yhteisty%C3%B6\\_Sosiaali\\_Ja\\_TerveysHuollon\\_Haasteena](https://www.academia.edu/284486/Moniammatillinen_Yhteisty%C3%B6_Sosiaali_Ja_TerveysHuollon_Haasteena)
- O'Brien, R. 1998. An Overview of the Methodological Approach of Action Research. Faculty of Information Studies, University of Toronto.
- OmaKanta. 2023. Terveys- ja hoitosuunnitelma. Verkkosivu. Viitattu 3.3.2023. <https://www.kanta.fi/omakanta>
- Palomäki, S. 2011. Asiakkaiden osallisuus kuntoutustutkimusprosessissa. Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta Tampereen Yliopistollisessa sairaalassa. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaattitutkimus. Tampereen Yliopisto. Verkkosivu. Viitattu 1.2.2023. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/76580>
- Pedler, M. 1996. Action Learning for Managers. Biddles: Guildford.
- Perttula, J. & Syväjärvi, A. (toim.) 2012. Johtamisen psykologia. Ihmisten johtaminen muuttuvassa työelämässä. Jyväskylä: PS- kustannus.
- Puusa, A. & Juuti, P. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Tallinna. Gaudeamus.
- Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) 2020. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Rydenfält C., Borell J. & Erlingsdottir, G. 2019. What do doctors mean when they talk about teamwork? Possible implications for interprofessional care. Journal of Interprofessional Care 33(6), 714–723. Viitattu 3.3.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <https://web-s-ebshost-com.libproxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=3407c7ca-8acd-4499-ba57-0919d8e0111e%40redis>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Verkkosivu. Viitattu 1.5.2023. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/viittausohje.html>

Sastamalan Kampussairaala. 2023. Pirkanmaan hyvinvointialue. Verkkosivu. Viitattu 2.3.2023. <https://www.pirha.fi/web/guest>

Seittamaa-Hakkarainen, P. 2022. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Verkkosivu. Viitattu 8.1.2022. <https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon-analyysi/>

Senge, P. 1990. The Fifth Discipline. The Art & Paractice of The Learning Organization.

Shrader S., Kern D., Zoller J. & Blue, A. 2013. Interprofessional teamwork skills as predictors of clinical outcomes in a simulated healthcare setting. Journal of Allied Health 42(1), 1–6. Viitattu 2.4.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.proquest.com/docview/1443469003?OpenUrlReflid=info:xri/sid:primo&accountid=14242>

Sohi, J., Champagne, M., & Shidler, S. 2015. 'Improving health care professionals' collaboration to facilitate patient participation in decisions regarding life-prolonging care: An action research project', Journal of Interprofessional Care, 29(5), pp. 409–414. doi:10.3109/13561820.2015.1027335. Viitattu 3.4.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <http://libproxy.tuni.fi/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=ccm&AN=110221194&lang=fi&site=ehost-live&scope=site>

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. Verkkosivu. Viitattu 3.1.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:39. Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma vuosille 2020-2022. Verkkosivu. Viitattu 28.4.2022. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162622/STM\\_2020\\_39.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162622/STM_2020_39.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2023a. Lainsäädäntö. Verkkosivu. Viitattu 3.3.2023. <https://stm.fi/sotepalvelut/lainsaadanto>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2023b. Kuntoutus. Verkkosivu. Viitattu 22.2.2022. <https://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 2009/298. Verkkosivu. Viitattu 4.3.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298#Pidp446178640>

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Helsinki: Tieto-sanoma Oy.

Suojanen, U. 2014. Toimintatutkimus ammatillisen kehittymisen välineenä. Verkkosivu. Viitattu 27.4.2022. <https://metodix.fi/2014/05/19/suojanen-toiminta-tutkimus/>

Suurkari, M. & Ojala, A-M. 2019. Toimintakykyä kotiin. Akuuttivaiheen kuntoutus Sastamalan hyvinvointikampuksella. Diasarja. Tays Sastamala. PSHP.

Syrjälä, L. 1994. Tapaustutkimus opettajan ja tutkijan työvälineenä. Teoksessa Syrjälä, L., Ahonen., S, Syrjäläinen, E. & Saari S. 1994, 10-66. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma: Kirjapaino Westpoint Oy, Kirjayhtymä Oy.

Syväjärvi, A. & Pietiläinen, V. (toim.) 2016. Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen. Tampere: Tampere University Press.

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vammalan Kirjapaino Oy.

Tartuntatautilaki. 21.12.2016/1227. Verkkosivu. Viitattu 3.3.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161227>

Tavast, K. 2022. Kuntopalaverien kehittämistyöryhmä. Moniammatillisen työryhmän muistiot. Sastamalan Terveyskeskussairaala. Sotesi.

Tays. 2023. Hoito- ja palveluketjut. Verkkosivu. Viitattu 4.4.2023. <https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoketjut>

Teams. 2022. World Health Organization. Verkkosivu. Viitattu 1.4.2023. <https://www.who.int/teams/>

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326. Verkkosivu. Viitattu 4.3.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P9>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2023a. Sote-uudistus. Verkkosivu. Viitattu 6.4.2022. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2023b. Asiakslähtöisyys. Tutkimus- ja kehittäminen. Verkkosivu. Viitattu 10.3.2023. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/sosku/sosiaalisen-kuntoutuksen-opas/palvelun-sisallot/yksilotyoskentely/asiakslähtöisyys>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2023c. Hoidon laatu Suomessa. EU- terveydenhoito- verkkosivusto. Viitattu 3.3.2023. <https://www.eu-terveydenhoito.fi/hoitoon-ulkomailta-suomeen/terveydenhuoltojarjestelma-suomessa/hoidon-laatu-suomessa/>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2023d. Toimintakyky. ICH-luokitus. Verkkosivu. Viitattu 6.3.2022. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/sanasto>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2023e. Toimia-tietokanta. Verkkosivu. Viitattu 12.6.2022. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/etusivu/toimia-tietokanta>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2023f. Potilastiedon arkisto. Verkkosivu. Viitattu 5.2.2023. <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tiedonhallinnan-ohjaus/terveydenhuollon-tiedonhallinta/potilastiedon-arkisto>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2023g. Kirjaaminen. Verkkosivu. Viitattu 20.7.2022. <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kirjaaminen>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, THL. 2023h. Itsearviointi. Verkkosivu. Viitattu 10.1.2023. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtamisen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus/hankkeet-ja-hanketuki/arviointi/itsearviointi>

Terveyskylä. 2020. Intoa kuntoutumiseen- opas. Verkkosivu. Viitattu 1.5.2022. <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/ammattilaiset/kuntoutumisen-tukeminen/kuntoutujan-motivaation-ja-tavoitteen-asettamisen-tukeminen>

Thomas, J., Pollard, K. & Snellmann, D. 2014. Interprofessional Working in Health and Social Care: Professional Perspectives. Viitattu 3.3.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <https://academic-oup-com.libproxy.tuni.fi/bjsw/article/40/6/2011/1635814?login=true&token=eyJhbGciOiJub25lIn0.eyJle-HAiOiJlE2ODYwNDY4NjMsImp0aSI6IjM2ZmRjY2VhLTlzMzODktN-DYzMy05YjZhLWE2ZWY0NTZhNDM4YSJ9>.

Tiilikainen, E., Hujala, A., Kannasoja, S., Rissanen, S. & Närhi, K. 2019. "They're always in a hurry" – older people's perceptions of access and recognition in health and social care services. Health Social Care Community. DOI.org/10.1111/hsc.12718. Viitattu 2.4.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <https://onlinelibrary-wiley-com.libproxy.tuni.fi/doi/full/10.1111/hsc.12718>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, L. & Sumkin, T. 2012. Osaamisen ja työn johtaminen. Helsinki: Sanoma Pro.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2023. Ohjeet ja aineistot. TENK. Verkkosivu. Viitattu 15.3.2023. <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot>

Työterveyshuoltolaki. 21.12.2001/1383. Verkkosivu. Viitattu 3.3.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20011383>

Valvira. 2023. Potilasasiakirjat. Verkkosivu. Viitattu 2.2.2023. [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/potilasasiakirjat/potilasasiakirjojen\\_sailyttaminen](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/potilasasiakirjat/potilasasiakirjojen_sailyttaminen)

Van den Bulcke, B., Vyt, A., Vanheule, S., Hoste, E., Decruyenaere, J. & Benoit, D. 2016. 'The perceived quality of interprofessional teamwork in an intensive care unit: A single centre intervention study', Journal of Interprofessional Care, 30(3), pp. 301–308. doi:10.3109/13561820.2016.1146876. Viitattu 2.4.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <http://libproxy.tuni.fi/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie.ip,uid&db=ccm&AN=116264301&lang=fi&site=ehost-live&scope=site>

Van Dongen, J.J. et al. 2016. 'Developing interprofessional care plans in chronic care: a scoping review', BMC Family Practice, 17, pp. 1–9. doi:10.1186/s12875-016-0535-7. Viitattu 2.4.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <http://libproxy.tuni.fi/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=ccm&AN=118309222&lang=fi&site=ehost-live&scope=site>

Vierula, T., Pösö, T. & Paavilainen, E. 2019. Moniammatillisuus ja palveluntarvearviointi lapsi- ja perhepalveluissa. Ammattilaisten näkemykset pulmakohdista. Analyysi. Verkkosivu. Viitattu 3.3.2022. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138273/YP1903\\_Vierulaym.pdf?sequence=2](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138273/YP1903_Vierulaym.pdf?sequence=2)

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. painos. Juva: PS- kustannus. Bookwell Oy.

Weinberg, M. & Banks, S. 2019. Practicing Ethically in Unethical Times: Everyday Resistance in Social Work, Ethics and Social Welfare 13(4), 361–376. Viitattu 2.4.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.tandfonline.com.libproxy.tuni.fi/doi/full/10.1080/17496535.2019.1597141>

World Health Organisation. 2022. Kuntoutus 2030- aloite. Verkkosivu. Viitattu 6.3.2022. <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>



## LIITTEET

### Liite 1. Sähköinen tiedote 1

#### **Ensitiedote Sastamalan Kampussairaalan osastojen 1–3 kuntopalaveriin osallistuvalla moniammatilliselle henkilökunnalle.**

##### **Tutkimuksen taustatiedot**

Tämä on Tampereen ammattikorkeakoulun, Sosiaali- ja terveystieteiden (YAMK), Monialaisen kuntoutuksen ylemmän tutkinnon opinnäytetyö. Opinnäytetyö toteutetaan Sastamalan Kampussairaalan kanssa yhteistyössä. Opinnäytetyön toimintaan osallistuu kuntopalaverien moniammatillisesta kehitystyöryhmästä vapaaehtoisesti valitut henkilöt. Opinnäytetyö toteutetaan 10/2022–02/2023.

##### **Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja merkitys**

Opinnäytetyön tarkoitus on luoda potilaslähtöinen, potilaiden hoito- ja kuntoutuspolkua tasavertaisesti palveleva kirjaamisen ohjeistus kuntopalaveriin. Tavoitteena on kehittää moniammatillisen yhteistyön pohjalta kirjaamisen käytäntöä, joka palvelee asiakkaan tasavertaista hoidon suunnittelua ja toteutusta.

##### **Tuotos**

Opinnäytetyöhön toiminnallisesti osallistuvan moniammatillisen ryhmän tuotos pilotoidaan käytännössä Sastamalan Kampussairaalan osastoilla 1–3, talven 2023 aikana. Moniammatillisiin kuntopalaveriin osallistuvalla henkilökunnalta kerätään palautetta ja kehittämissuhteita avoimella lomakkeella. Lopullista tuotosta kehitetään palautteiden pohjalta, näin koko työyhteisöllä on mahdollisuus vaikuttaa yhtenäisen tavoitteen saavuttamiseksi.

Opinnäytetyön tekijän yhteystiedot:

Sanna Tuppurainen

Sairaanhoitaja, TAMK-opiskelija Tampereen ammattikorkeakoulu

Monialaisen kuntoutuksen tutkinto-ohjelma

sanna.tuppurainen(at)tuni.fi

## Liite 2. Tiedote ja suostumus toimintatutkimukseen osallistuville

### **MONIAMMATILLINEN KUNTOPALAVERI – POTILASLÄHTÖINEN JA YHTENEVÄINEN KIRJAAMINEN**

#### **Tutkimuksen taustatiedot**

Tämä on Tampereen ammattikorkeakoulun, Sosiaali- ja terveysalan (YAMK), Monialaisen kuntoutuksen ylemmän tutkinnon opinnäytetyö. Opinnäytetyö toteutetaan Sastamalan Kampussairaalan kanssa yhteistyössä. Opinnäytetyön toimintaan osallistuu kuntopalaverien moniammatillisesta kehitystyöryhmästä vapaaehtoisesti valitut henkilöt. Opinnäytetyö toteutetaan 10/2022–02/2023.

#### **Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja merkitys**

Opinnäytetyön tarkoitus on luoda potilaslähtöinen, potilaiden hoito- ja kuntoutuspolkua tasavertaisesti palveleva kirjaamisen ohjeistus kuntopalaveriin. Tavoitteena on kehittää moniammatillisen yhteistyön pohjalta kirjaamisen käytäntöä, joka palvelee asiakkaan tasavertaista hoidon suunnittelua ja toteutusta.

#### **Tutkimuksen käyttötarkoitus, käsittely ja säilyttäminen**

Kaikki kerättävä tieto käsitellään luottamuksellisesti eikä ketään yksittäistä henkilöä voi tunnistaa julkaistavasta raportista. Tutkimusaineiston analysointiin ei osallistu ketään ulkopuolisia henkilöitä. Kaikki kerätty ja tallennettu materiaali hävitetään kehittämistyön valmistuttua. Valmis opinnäytetyöraportti on saatavissa sähköisenä Theseus -tietokannasta.

#### **Menettelytavat, joihin tutkittavat osallistuvat**

Menettelytapana toimintatutkimus. Toimintaryhmän teemakeskustelu nauhoitetaan ja litteroidaan TEAMS-formaatin avulla.

Interventiot.

#### **Miten ja mihin tutkimustuloksia aiotaan käyttää**

Sastamalan Kampussairaalan kuntopalaverien potilaslähtöisen kirjaamistavan kehittämiseen.

#### **Tutkittavien oikeudet**

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt Sastamalan Kampussairaalan toimintaryhmää koskevan opinnäytetyön tiedotteen tutkimuksesta. Tiedotteesta olen saanut riittävästi tietoa kehittämistyön tarkoituksesta, tietojen keräämisestä ja säilytyksestä ja minulla on ollut mahdollisuus saada lisätietoja suullisesti. Ymmärrän, että osallistumiseni kehittämistyöhön on vapaaehtoista ja voin perustelematta keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa. Keskeytyksen ilmoitan tutkimuksen tekijälle, Sanna Tuppuraiselle kirjallisesti. Yhteystiedot löytyvät tämän lomakkeen alalaidasta.

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Allekirjoitus ja päiväys

Opinnäytetyön tekijän yhteystiedot:

Sanna Tuppurainen

Sairaanhoitaja, TAMK-opiskelija Tampereen ammattikorkeakoulu

sanna.tuppurainen(at)tuni.fi

Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot:

Marja- Leena Lähteenmäki

Fysioterapian yliopettaja, Tampereen ammattikorkeakoulu

marja-leena.lahteenmaki(at)tuni.fi

### Liite 3. Keskusteluteemat

Ti 11.10.2022 Klo 14.15–15.15

Paikka: Kokoustila Saari

Aihe: Moniammatillinen kuntopalaveri – dokumentoinnin kehittäminen  
Nykytilan arviointi; SWOT- analyysi ja teemakeskustelu.

Keskusteluteemat

1. Miten moniammatillisen kuntopalaverin hoidon – ja kuntoutustarpeen suunnittelu, arviointi, seuranta ja dokumentointi toteutuu nykytilanteessa?
  - a. potilaslähtöinen näkökulma
  - b. moniammatillinen näkökulma
  - c. rakenteisen kirjaamisen näkökulma

## Liite 4. Teemahaastattelun analyysitaulukosta esimerkki

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<i>---että hyvinkin kirjavasti,</i>	Kirjaaminen toteutuu kirjavasti	Kirjaamistapa kirjavaa	Kirjaamistapojen eroavaisuus
<i>jos ollenkaan, oikeastaan niinku mikään näistä kohdista kirjaamista</i>	jos olleenkaan kirjaamista	ei lainkaan näkyvää kirjaamista	
<i>en noudata mitään järkevää metodia</i>	xxx ei noudata mitään metodia	Kirjaamistapa ei noudata mitään ohjeita	
<i>no meillä ei tommosta ole</i>	Ei meillä tommosta kirjaamistapaa ole	Kirjaamistavoissa eroavaisuuksia	Hyvä toteutuksen kirjaamistapa
<i>kirjataan hienosti kaikki ylös ja merkitään miinuksella tai päivämäärällä</i>	kirjataan hienosti, kun merkitään toteutuminen +/- tai päivämäärällä	Kirjaamisen toteutukselle on todettu hyvä tapa merkitä +/-	
<i>+/- hyvä tapa kirjata ne</i>	Kirjaamisen toteutukselle on todettu hyvä tapa merkitä (+/-)	Hyvä tapa kirjata (+/-) -merkintä	
<i>----että mitä lisäarvoa olisi tullut sel- laista laajemmasta rakenteista kirjaamisesta näiden potilaiden hoidon kannalta.</i>	Mitä lisäarvoa olisi laajemmasta kirjaamisesta potilaiden hoidon kannalta tullut	Lisäarvon merkitys potilaalle laajemmasta kirjaamisesta	Kirjaamisen tarkoitus
<i>---sitten --- taas se kirjaaminen kyllä niin kuin korostuu, koska tuota siellä</i>	Yhdellä osastolla korostuu kirjaami-	Kirjaamisen tärkeys korostuu pitkissä hoitajaksoissa	Kirjaamisen tarkoitus

<i>on niin pitkiä ne hoitajaksot ja sitten se on aika paljon sitä, että kuntoutus jatkuu osastolla.</i>	sen tärkeys pitkien hoitajaksojen vuoksi		
<i>että se on tosi sekava lukea ylipäättään ---, niin kuin pääasiassa ne hoitosuunnitelmat on hyviä, mutta niitä ei päivitetä.</i>	Suunnitelmia ei päivitetä ja ovat sekavia	Suunnitelman päivittäminen puutteellista ja sekavaa	Suunnitelman toteutus puutteellista
<i>Lääkärit ja hoitajat vaihtuu ja hoidon toteuttaminen tai suunnitteleminen tahtoo sitten jäädä</i>	Ammattilaisten vaihtuvuus vaikuttaa hoidon toteuttamiseen ja suunnitteluun negatiivisesti	Hoidon toteuttamiseen ja suunnitteluun vaikuttavat asiat	
<i>Eiks se kuitenkin se koko kuntoutuksikin sisällä sen potilaan hoidon?</i>	Eikö kuntoutuskin sisällä potilaan hoidon	Potilaan hoitoon sisältyy kuntoutus	Moniammatillinen yhteistyö
<i>se on yhteistyötä moniammatillista, sellaista on se. Se on niinku lähtökohta</i>	se on moniammatillista yhteistyötä lähtökohtana	Moniammatillinen yhteistyö lähtökohtana	

## Liite 5. Teemakeskustelun teemoitettu analyysitaulukko

<i>PALAVERIN NYKYTILANNE</i> (f=esiintyvyys teemakeskustelussa)		<i>(PALAVERIN TAVOITETILA)</i>
<u>ALALUOKKA</u>		<u>YLÄLUOKKA/TEEMAT</u>
<i>Kirjaamistapa kirjavaa Kirjaamistavoissa eroavaisuuksia Keskitetään yksi kirjaamistapa Ei toimivaa kirjaamistapaa Kirjaamistapa ei noudata mitään ohjeita</i>	<b>(f=5)</b>	<b>Kirjaamistapojen eroavaisuus  (YHTENÄINEN KIRJAAMISEN OHJE)</b>
<i>ei lainkaan näkyvää kirjaimista ei tietoa onko kirjattuna Kirjauksien tarkkuus vaihtelevaa</i>	<b>(f=3)</b>	<b>Tieto kirjaamisesta epävarmaa  (TIETO NÄKYVÄKSI)</b>
<i>Eri käytännöt, eri osastoilla kirjaamisen käytäntö saisi olla sama Kirjaajien määrän vähentäminen Keskitytään liikaa kirjaamiseen koneella Kirjaaja voisi vaihtaa puolta toiselle kokouksen puolivälissä</i>	<b>(f=4)</b>	<b>Kirjaamiskäytäntöjen eroavaisuus  (KIRJAAMISKÄYTÄNTÖJEN YHTENÄISTÄMINEN)</b>
<i>Kirjataan yhden kaavan mukaan Käytetään yhtä pohjaa Kaavake/pohja suunnitelmalle, mitä kirjataan Käytettäisiin yhteistä pohjaa/kaavaketta mihin kirjataan Sovitut asiat kirjataan suunnitelmaan Kaikilla potilailla väliotsikot, johon kirjataan</i>	<b>(f=5)</b>	<b>Kirjataan yhden ohjeen mukaan  (YHTENÄINEN OHJEISTUS)</b>

<p><i>Kirjaamisen toteutukselle on todettu hyvä tapa merkitä +/-</i>  <i>Ei haluta tekstiä, laitetaan vaan miinus perään</i>  <i>Merkintätavan (+/-) - toteutuksen heikkous</i>  <i>Päivämäärien käyttäminen toteutuksen pohjana</i>  <i>Päivämäärä kannattaa joka tapauksessa vaihtaa, vaikka ei kirjausta</i>  <i>Kokoukset hyviä, jos sovitut suunnitelmat toteutuvat</i></p>	(f=6)	<p><b>Kirjaamismerkinnät yhteneväiseksi</b></p>
<p><i>Kirjaamisen tarkoitus</i>  <i>Lisäarvon merkitys potilaalle</i>  <i>laajemmasta kirjaamisesta</i>  <i>Kirjaamisen tärkeys korostuu pitkissä hoitajaksoissa</i>  <i>Potilaista ei ollut mitään kirjaamisen arvoista, kun tavoitteet olivat esillä</i>  <i>Yhteenvedo voi olla riittävä</i>  <i>Sisältö suunnitelmassa lyhyesti ja ytimekkäästi</i></p>	(f=6)	<p><b>Potilaslähtöinen kirjaaminen</b></p>
<p><i>Kokonaistilanteen katsaus, ei aina sisällä kuntoutusta, voi olla osa sitä</i>  <i>Kuntoutus ei ole pelkästään keskustelussa keskiössä kaikilla</i>  <i>Kokouksen sisältöjen vaihtelu</i>  <i>Kuntoutuksen suunnittelu on yhdellä osastolla tärkeä asia</i>  <i>ja seuraaminen on yhdellä osastolla tärkeä asia</i>  <i>Paljon keskusteltavia asioita</i>  <i>Kokouksessa puhutaan mikä on tarpeen</i>  <i>Potilaan hoitoon sisältyy kuntoutus</i></p>	(f=14)	<p><b>Yksilöllinen hoidon- ja kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus</b></p>
		<p><b>(POTILASLÄHTÖINEN HOIDON- JA KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS)</b></p>

*Mistä keskustellaan, ei pik-  
kutarkkaa nippelitietoa  
mukaan  
Kaikkien potilaiden asioita  
ei  
käsitellä eikä kirjata  
Kokous tai palaveri, sisältö  
voi olla mitä vaan  
Keskustellaan muustakin  
kuin kuntoutuksesta  
keskustelu hoidon suunnit-  
telusta  
Keskustelu hoidon arvioin-  
nista  
Tavoitteiden tulisi olla  
isompia, tarkempia, miten  
sovitaan*

*Suunnitelman arviointi  
puutteellista  
Arviointi  
vaihtelevaa, koska keskus-  
telun sisältö vaihtelee  
Arviointi vaihtelevaa,  
koska kokouksessa keskus-  
tellaan useista asioista  
Hoidon toteuttamiseen ja  
suunnitteluun vaikuttavat  
asiat*

*Sisältö arvioidaan viikoit-  
tain suunnitelmassa  
Ammattiryhmät kirjaa itse  
sovitut asiat  
Ammattiryhmien kirjauk-  
sien tarpeellisuuden arvi-  
ointi  
Jos lääkäri kirjaisi niin ei  
kyllä toimisi, kun halutaan  
käydä nopeasti läpi  
Ammattiryhmä kirjaa itse  
asiat, jotka selvittävät Hoi-  
tajat kirjaa omat tavoitteet  
Kaikilla omat tavat kirjata  
Ei vain hoitajien juttu, Pi-  
täisi kirjata yhdellä tapaa,  
yhteen paikkaan  
Hoitajat kirjaavat koska on  
paljon hoidollista*

(f=5)

**Suunnitelman toteuttami-  
nen on puutteellista tai  
vaihtelevaa**

**POTILASLÄHTÖINEN  
SUUNNITTELU**

(f=14)

**Ammattiryhmien väliset  
kirjaamisvelvoitteet- ja  
vastuut**

**(AMMATTIRYHMIEN VAS-  
TUUT- JA VELVOLLISUU-  
DET DOKUMENTOIN-  
NISSA)**



<p><i>Yksi ammattiryhmä hoitaa muutenkin kaikki potilaan asiat ja silloin myös kirjaa Hoidon päävastuu hoitajilla, silloin myös kirjaamisen päävastuu Ammattiryhmät kirjaavat omat osuudet Yhdellä ammattiryhmällä päävastuu koota hoidollinen juttu Jokainen ammattiryhmä voisi kirjata omat osuudet, päivittää se sovittuun paikkaan hoitajat ja fysioterapeutit luonnollisemmat kirjaajat vaatii yhden ammattiryhmän panostuksen tehdä samalla tavalla kirjaukset</i></p>		
<p><i>Käytetään samoja sanoja, kaikki tiedetään mistä puhutaan Paljon moniammatillisia asioita hoidettavana Ammattien väliset työtehtävät yhteisiä Toisen ammattiryhmän asioiden kirjaaminen Ammattiryhmien omat sanastot</i></p>	<p><b>(f=8)</b></p>	<p><b>Moniammatillisen yhteistyön pelisäännöt</b></p> <p><b>(MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ)</b></p>
<p><i>Epäselvyys yhteisten tehtävien kirjaamisessa Moniammatillinen yhteistyö lähtökohtana Asiat viedään eteenpäin Kuvastaako nykyinen otsikko kokouksen sisältöä Nykyinen otsikointi ja sisälön vastaavuus Vastaako kokouksen otsikointi sisältöä, ollut vakiintunut käytäntö</i></p>	<p><b>(f=3)</b></p>	<p><b>Kokouksen otsikoinnin arviointi</b></p> <p><b>(KOKOUKSEN OTSIKOINTI)</b></p>
<p><i>Kokoukseen käytetty aika riittämätön</i></p>	<p><b>(f=3)</b></p>	<p><b>Ajankäytön arviointi (AJANKÄYTTÖ)</b></p>

*Tunti varattuna kokouk-  
selle ja se kertoo hoidon  
ideasta  
Nopea läpikäynti  
Lyhyt ja ytimekäs kokous  
on hyvä*

*Potilaan suostumuksen ky-  
syminen ja kirjaaminen  
Kommunikaatio potilaan ja  
omaisten kanssa  
Moniammatillinen keskus-  
telu ilman potilaan läsnä-  
oloa*

**(f=3)**

**Potilaan oikeudet**

**(POTILASLÄHTÖISYYS)**

## Liite 6. Palautekysely toimijoille

**PALAUTEKYSELY TOIMINTATUTKIMUKSEEN OSALLISTUVILLE TOIMIJOILLE 10.1-23**

1. SISÄLSIKÖ INTERVENTIOT TARPEEKSI INFORMAATIOTA TOIMINNAN SISÄLLÖSTÄ?
2. INTERVENTIOT 1-3. MUUTTUIKO TOIMINNAN EDESSÄ JOKIN TOIMINTATAPASI TAI AJATUKSESI AIHEESEEN LIITTYEN? JOS, NIIN MITEN?
3. OLETKO JO OTTANUT KÄYTTÖÖN JONKIN UUDEN TOIMINTATAVAN AIHEESEEN LIITTYEN? JOS OLET, NIIN MITÄ NE OVAT?
4. AIOTKO HYÖDYNTÄÄ tai KÄYTTÄÄ JATKOSSA UUTTA PEREHDYTYSOHJETTA TAI KIRJAIMISEN MALLIA? TARKENNA VASTAUSTASI.
5. KOETKO AIHEESEEN LIITTYVÄN TOIMINNAN KEHITTÄMISEN OLEVAN HYÖDYLLISTÄ TAI HYÖDYTÖNTÄ OMAAN TYÖHÖSI LIITTYEN? TARKENNA VASTAUSTASI.
6. PALAUTTEESI JA KEHITTÄMISEHDOTUKSESI TOIMINNASTA TAI SEN SISÄLLÖSTÄ OPINNÄYTETYÖN TEKIJÄLLE?
7. MUITA KOMMENTTEJA TAI KYSYMYKSIÄ?
8. KOKONAI SARVOSANASI (1-5), \_\_\_\_\_ (1=HEIKKO -> 5=KIITETTÄVÄ)

**KIITOS YHTEISTYÖSTÄSI!**

## Liite 7. Sähköinen tiedote 2

### **Toinen tiedote Sastamalan Kampussairaalan osastojen 1–3 kuntopalaverihin osallistuvalla moniammatillisella henkilökunnalla.**

#### **Testaus, palaute ja kehittämisehdotukset**

Moniammatillisen kuntopalaverin - potilaslähtöiseen ja yhteneväiseen kirjaamiseen liittyvä toiminnallinen osuus on moniammatillisella toimintaryhmällä päättynyt.

**Ryhmän tuotos; perehdytysohje perehdytyskansioon sekä kuntopalaverin tarkennettu kirjaamisen malli osastoille 1–3** liitteenä. Otamme huomioon palaute- ja kehittämisehdotuksia kaikilta osastojen 1–3 moniammatilliseen kuntopalaveriin osallistuvalla henkilökunnalla. Palaute- ja kehittämisehdotuksia voi laittaa mukana olevan liitetiedoston avulla yhden viikon ajan, lomake sulkeutuu 20.1.2023.

#### **Tutkimuksen taustatiedot**

Tämä opinnäytetyö on Tampereen ammattikorkeakoulun, Monialaisen kuntoutuksen ylemmän tutkinnon (YAMK) opinnäytetyö. Opinnäytetyö toteutetaan Sastamalan Kampussairaalan kanssa yhteistyössä. Opinnäytetyön toimintatutkimukseen osallistui kuntopalaverien moniammatillisesta kehitystyöryhmästä vapaaehtoisesti valitut henkilöt. Tutkimus toteutetaan 10/2022–02/2023.

#### **Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja merkitys**

Opinnäytetyön tarkoitus on luoda potilaslähtöinen, potilaiden hoito- ja kuntoutuspolkua tasavertaisesti palveleva ohjeistus kuntopalaveriin. Tavoitteena on kehittää moniammatillisen yhteistyön pohjalta kirjaamisen käytäntöä, joka palvelee asiakkaan tasavertaista hoidon suunnittelua ja toteutusta.

#### **Tuotos**

Toimintatutkimukseen toiminnalliseen osuuteen osallistuvan moniammatillisen työryhmän tuotos, pilotoidaan Sastamalan Kampussairaalan osastoilla 1–3, tammikuussa 2023. Moniammatillisiin kuntopalaverihin osallistuvalla henkilökunnalta kerätään palautetta ja kehittämisehdotuksia avoimella kyselylomakkeella. Lopullista tuotosta kehitetään vastauksien avulla, näin koko työyhteisöllä on mahdollisuus vaikuttaa yhtenäisen tavoitteen saavuttamiseksi.

Opinnäytetyön tekijän yhteystiedot:

Sanna Tuppurainen

Sairaanhoidtaja, TAMK-opiskelija Tampereen ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan (YAMK),

Monialaisen kuntoutuksen tutkinto-ohjelma

sanna.tuppurainen(at)tuni.fi

## Liite 8. Palaute- ja kehittämis ehdotukset-kyselylomake työyhteisölle

### Palaute- ja kehittämis ehdotukset koko työyhteisöltä

#### Moniammatillinen kuntopalaveri

1. Puuttuuko perehdytysohjeesta jotakin mielestäsi oleellista tietoa? Kirjaa alle vastauksesi ja kehitysehdotuksesi.
2. Puuttuuko kokouksen kirjaamisen mallista jotakin mielestäsi oleellista tietoa? Kirjaa alle vastauksesi ja kehitysehdotuksesi.
3. Onko perehdytysohjeessa riittävästi tietoa uusille työntekijöille? Kirjaa alle vastauksesi ja kehitysehdotuksesi?
4. Miten muuten kehittäisit perehdytysohjetta tai kirjaamisen mallia ennen pilotointia? Kirjaa alle vastauksesi.
5. Mitä muita kehitysehdotuksia tai palautetta tulee mieleesi?