



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Ikääntyneen asiakkaan moniammatillinen arviointi- ja kuntoutusprosessi

## - Kehittämistoiminta Lean-ajattelutapaa käyttäen

Iijalainen, Kaisa

2017 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Ikääntyneen asiakkaan moniammatillinen arviointi- ja  
kuntoutusprosessi  
- Kehittämistoiminta Lean ajattelutapaa käyttäen

Iijalainen, Kaisa  
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen  
Opinnäytetyö  
Maaliskuu, 2017

lijalainen, Kaisa

**Ikääntyneen asiakkaan moniammatillinen arviointi- ja kuntoutusprosessi  
- Kehittämistoiminta Lean ajattelutapaa käyttäen**

Vuosi 2017 Sivumäärä 76

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä ja tukea työntekijöiden yhteistä ymmärrystä asiakkaan moniammatillisesta arviointi- ja kuntoutusprosessista. Tavoitteena oli tehdä näkyväksi asiakkaan moniammatillinen arviointi- ja kuntoutusprosessi osastolla sekä kehittää prosessin toimintakäytäntöjä toiminnan tehostamiseksi. Kehittämisessä kiinnitettiin huomiota asiakkaan osallisuuteen, ammattiryhmien työnjakoon sekä tiedonkulkuun prosessin aikana. Kehittämistoiminta kohdentui erään monipuolisen palvelukeskuksen arviointi- ja kuntoutusosastoon, jonka asiakkaat ovat pääsääntöisesti yli 65-vuotiaita. Kehittämistoimintaan osallistui koko osaston moniammatillinen tiimi.

Kehittämistoiminta kesti noin puolen vuoden ajan jakautuen kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisen vaiheen tavoitteena oli koota yhteen työntekijöiden näkemykset prosessista. Toisessa vaiheessa kehitettiin valittuja prosessin kohtia ja toimintakäytäntöjä. Kolmannessa vaiheessa tehtiin näkyväksi asiakkaan moniammatillinen arviointi- ja kuntoutusprosessi ja laadittiin siitä käsikirja työntekijöille. Kehittämistoiminta tapahtui pääosin työpaja- ja pienryhmätyöskentelyinä, joissa sovellettiin learning cafe- ja A3-menetelmiä. Aineistoa kerättiin työpajoissa, pienryhmissä ja yhteenvetotilaisuuksissa syntyneistä materiaaleista sekä havainnointipäiväkirjaan kirjoitetuista muistiinpanoista.

Opinnäytetyön keskeiset lähtökohdat ovat Lean ajattelussa, tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa ja moniammatillisessa yhteistyössä. Johtoajatuksena on, että selkeillä prosesseilla ja yhtenäisillä toimintakäytännöillä voidaan tukea työyhteisön toimivuutta ja tehostaa palvelun laatua.

Kehittämistoiminnassa toteutui työntekijälähtöinen kehittäminen. Toiminta eteni syklimäisesti noudattaen Lean ajattelulle tyypillistä PDCA-mallia. Alkuperäisen opinnäytetyön suunnitelmaa tarkennettiin kehittämistoiminnan aikana erityisesti suunnan ja tavoitteiden osalta. Kehittämistoiminnan lopputuotoksina syntyi asiakastaulu tiedonkulun tukemiseksi moniammatillisessa tiimissä sekä käsikirja työntekijöille asiakkaan moniammatillisesta arviointi- ja kuntoutusprosessista. Prosessin kuvaaminen sellaisena kuin se tällä hetkellä on, tarjoaa hyvän pohjan jatkokehittämiselle. Työpajamuotoinen kehittäminen koettiin onnistuneeksi toimintamuodoksi ja prosessin tarkastelu sekä yhteiskehittäminen tärkeäksi. Työntekijät kokivat yhteisen ymmärryksen arviointi- ja kuntoutusprosessista lisääntyneen kehittämistoiminnan ansiosta. Jatkossa arviointi- ja kuntoutusprosessia tulisi tarkastella vahvemmin asiakkaan näkökulmasta huomioiden päivittäinen asiakkaalle arvoa tuottava aika.

Asiasanat: Lean, tutkimuksellinen kehittämistoiminta, moniammatillinen yhteistyö

Iijalainen, Kaisa

**Multi-professional assessment and rehabilitation process of an elderly person - Using the Lean method**

Year	2017	Pages	76
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to increase employees' common understanding of the multi-professional assessment and rehabilitation process. Visualizing the process and procedures served as a basis for further development. The most important aspects of development were customer involvement, professional roles within the team and sharing of information. Development work focused on a department where most of the customers were over 65 years old. The whole multi-professional team of the department was involved in making this study.

The development process took about six months and was divided into three different phases. The aim in the first phase was to summarize how the employees understand the process. In the second phase chosen parts of the process were developed further. In the third phase the multi-professional assessment and rehabilitation process was visualized and turned into a working manual. Development was mainly done in workshops and small groups. Learning Cafe and A3 methods were used. Material was collected in workshops, small groups and wrap up meetings and from notes in the observation matrix.

This thesis is based on Lean philosophy, research development and multi-professional co-operation. Clear processes and unified procedures can support the working community and increase service quality.

Employees were allowed to take part in the development project. Progress was made in cycles according to the PDCA model. As the project progressed the outcomes were compared to the original plan. Outcomes include a board to support the sharing of information in a multi-professional team and a manual for the employees. Visualization of the process as it is today serves as a good basis for further development. Workshops were identified as a good method for development. The employees felt that common understanding of the multi-professional assessment and rehabilitation process increased as a result of the development work. In further research the process should be reviewed from the customer's perspective focusing on the measurement of added value.

Keywords: Lean, Research Development, Multi-professional co-operation

## Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Lean yleisesti .....	9
2.1	Lean käsite .....	9
2.2	Työn standardointi, hukka ja virtaustehokkuus.....	10
3	Tutkimuksellinen kehittämistoiminta .....	12
3.1	Kehittämistoiminnan kulku .....	12
3.2	Kehittämistoiminta sosiaali- ja terveysalalla .....	14
4	Moniammatillinen yhteistyö ja asiakaslähtöisyys.....	16
5	Kehittämistehtävän tavoite ja tarkoitus .....	18
5.1	Käytetyt menetelmät.....	18
5.2	Aineisto ja arviointi .....	19
6	Työyksikön kuvaus .....	20
7	Käytännön kehittämistoiminta.....	22
7.1	Ensimmäinen vaihe .....	24
7.1.1	Työpajatyöskentely .....	24
7.1.2	Yhteenvetotilaisuus .....	26
7.1.3	Pohdintaa ensimmäisestä vaiheesta .....	27
7.2	Toinen vaihe .....	27
7.2.1	Pienryhmätyöskentely .....	28
7.2.2	Työpajatapaamiset ja yhteenvetotilaisuus .....	30
7.2.3	Pohdintaa toisesta vaiheesta.....	31
7.3	Kolmas vaihe .....	32
7.3.1	Työpajatyöskentely ja yhteenvetotilaisuus.....	32
7.3.2	Pohdintaa kolmannelta vaiheesta .....	33
8	Tulokset.....	35
8.1	Asiakkaan moniammatillinen arviointi- ja kuntoutusprosessi .....	35
8.2	Asiakastaulu .....	39
8.3	Kehittämistoiminta prosessina .....	42
8.3.1	Työpajatyöskentely .....	43
8.3.2	Yhteiskehittäminen .....	44
8.4	Prosessin selkiytyminen ja yhteisen ymmärryksen lisääntyminen .....	46
8.5	Moniammatillisuus ja asiakaslähtöisyys .....	47
8.6	Virtaustehokkuus ja hukkakohdat .....	49
9	Yhteenveto .....	52
10	Pohdinta ja jatkokehittämisaiheet.....	54
	Lähteet .....	57
	Kuviot.. ..	60
	Taulukot .....	61

Liitteet..... 62

## 1 Johdanto

Tulevan Sote-uudistuksen tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palveluiden yhdenvertaisuutta ja saada kustannusten kasvu hallintaan. Yhtenä keinona tähän on resurssien oikea-aikainen ja tehokas käyttö. Uudistus tulee todennäköisesti lisäämään asiakkaiden valinnanvapautta julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin palveluntuottajan välillä. (Sote-uudistus 2017). Nämä tekijät ohjaavat voimakkaasti tarkastelemaan palveluiden tuottamista, tehokkuutta ja läpinäkyvyyttä kaikissa sosiaali- ja terveysalan palveluissa. Asiakkaat tarvitsevat enemmän tietoa palveluiden sisällöstä valintapäätöksensä tueksi.

Stenvall ja Virtanen (2012) esittävät oletuksen, että sosiaali- ja terveyspalveluja voidaan uudistaa ja kehittää merkittäväällä tavalla ilman resurssien lisäämistä. Tarvitaan uudentyyppistä ajattelua ja ennakkoluulotonta uudistushalua sekä näkemyksellisyyttä. Kehittämistoiminta on jatkuva prosessi, jossa tulisi näkyä muun muassa innovaatioiden avoimuus, työntekijöiden mukaan ottaminen ja asiakkaiden rooli. Suomalaisessa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä on 1990-luvulta lähtien panostettu moniammatillisuuteen, jotta asiakkuusnäkökulma olisi yhtenäinen ja kokonaisvaltainen pirstaleisuuden sijaan. Asiakaslähtöinen näkemys palvelujen kehittämisessä tukee tuloksellisuutta, laadukkuutta ja tehokkuutta. (Stenvall & Virtanen 2012, 21- 36.)

Stenvallin ja Virtasen (2012) ajatukset kehittämisestä ovat yhteneväisiä Lean ajattelun kanssa, joka on viimeisen viiden vuoden aikana tullut vahvemmin mukaan sosiaali- ja terveysalalle. Leanin lähtökohta on työn jatkuva kehittäminen ihmisiä kunnioittaen ja asiakaslähtöisyys huomioiden. Lean ajattelutavassa korostetaan kokonaisuusien hahmottamista ja asiakkaiden tarpeisiin keskittymistä (Modig & Åhlström 2013, 67). Leanissä ja tutkimuksellisessa kehittämisessä voidaan nähdä yhteneväisyyksiä. Koska Lean ajattelutapa on sosiaali- ja terveysalalla vielä melko uutta ja hakee ilmenemismuotojaan, olen työssäni tarkastellut sitä rinnakkain tutkimuksellisen kehittämis toiminnan kanssa.

Helsingin Sosiaali- ja terveysvirasto asetti tavoitteiksi vuosille 2013 - 2016 muun muassa henkilöstön ymmärtämyksen syventämisen omaa työtä ja työyhteisön perustehtävää kohtaan sekä toimintaprosessien sujuvuuden tarkastelun (Strategiasuunnitelma 2013). Tämä opinnäytetyö toteutettiin erään helsinkiläisen ikääntyneiden arviointi- ja kuntoutusosaston kehittämis toimintana. Kehittämis toiminta kohdentui työprosessien hallintaan. Toiminnan tavoitteena oli tehdä näkyväksi asiakkaan moniammatillinen arviointi- ja kuntoutusprosessi sekä lisätä ja tukea henkilöstön ymmärtämystä kyseisestä prosessista osastolla. Yleisellä tasolla geriatrinen arviointi- ja kuntoutusprosessi rakentuu tiedonkeruusta, tavoitteiden

asettamisesta ja järjestelmällisestä moniammatillisesta yhteistyöstä asiakkaan kanssa tavoitteiden saavuttamiseksi (esim. Saarela & Valvanne 1999; Strandberg 2013).

Tarve arviointi- ja kuntoutusprosessin kehittämiseksi syntyi, kun aiempi prosessikuvaus todettiin osittain vanhentuneen ja toimintakäytännössä oli vaihtelevuutta. Lisäksi sosiaali- ja terveystieteiden osastossa ryhdyttiin 2015 yhtenäistämään kaikkien arviointi- ja kuntoutusyksiköiden asiakkaan arviointi- ja kuntoutusprosessia. Yhtenäinen malli tarjoaa yläkäsitteitä prosessiin ja osastollamme tehty kehittämistyö avaa prosessin eri vaiheet käytännön tasolle kyseisessä yksikössä. Koko kaupungin yhtenäisen mallin valmistuttua voidaan tekemäämme prosessikuvaukseen tehdä tarkennuksia.

Toimintaympäristö on itselleni tuttu, sillä olen työskennellyt kyseisessä yksikössä yli neljän vuoden ajan. Kehittämistoiminnan aikana työskentelin sosiaaliohjaajana osana moniammatillista tiimiä. Kehittämistoimintaan osallistui yksikön koko 20 henkinen moniammatillinen tiimi, mikä sopii tutkimuksellisen kehittämistoiminnan periaatteisiin ja Lean ajattelutapaan (esim. Heikkinen & Jyrkämä 1999; Kuusela 2005).

Opinnäytetyön aineisto muodostui havainnointipäiväkirjasta sekä kehittämistoiminnan aikana järjestettyjen työpajojen materiaaleista. Kehittämistoiminta tapahtui syklisesti noudattaen Leanille tunnusomaista PDCA-mallia, jossa toiminnan suuntaa tarkastettiin tarpeen mukaan. Osittain tästä johtuen kehittämistoiminnan tavoitteet ja keinot muuttuivat jonkin verran toiminnan aikana.

Alkuperäisen tavoitteen mukaan arviointi- ja kuntoutusprosessin ja toimintakäytäntöjen tarkastelulla pyrittiin löytämään sellaisia toimintakäytäntöjä, jotka lyhentäisivät asiakkaiden oloaika osastolla eli mahdollisuuksia virtaustehokkuuden parantamiseen. Osastolla virtaustehokkuudessa on suuria eroja asiakkaiden vaihtelevien terveydentilojen ja toimintakyvyn vuoksi. Oletuksena oli, että se mihin voidaan vaikuttaa, on prosessin sujuvuuteen ja työn organisointiin liittyvät asiat. Näin ollen kehittämistoiminnasta rajattiin pois itse kuntoutuksen vaikuttavuus asiakkaan jakson pituuteen vaikuttavana tekijänä ja keskityttiin asiakkaan arviointi- ja kuntoutusprosessia tukeviin toimintakäytäntöihin ja moniammatillisen tiimin työnjakoon asiakasnäkökulma huomioiden.

Kehittämistoiminnan aikana päädyimme työyhteisönä keskittymään arviointi- ja kuntoutusprosessin toimintakäytäntöjen tarkasteluun sekä kuvaamiseen ja prosessin toteutumisen ajallinen seuranta jäi pois (=virtaustehokkuus). Lopputuotoksena kehittämistoiminnassa syntyi arviointi- ja kuntoutusprosessin seuranta varten asiakastaulu sekä työntekijöille käsikirja asiakkaan moniammatillisesta arviointi- ja kuntoutusprosessista.



## 2 Lean yleisesti

Prosessijohtamisesta tuli 1990-luvulla yleisesti hyväksytty lähestymistapa työelämän kehittämisessä ja erityisesti Lean ajattelusta sen yhtenä ilmenemismuotona. Kehittämisessä pyrittiin jo tuolloin sisällyttämään henkilöstöä osallistavia piirteitä sen sijaan, että kehittäminen olisi erillistä toimintaa. Perinteisesti organisaatiota on kuvattu tehtävän tai toiminnon mukaisesti. Kuvaamalla organisaatioita prosessien kautta ja mallintamalla keskeisiä prosesseja on helpompi nähdä ongelmakohtia ja etsiä niihin kestäviä ratkaisuja niin tuloksellisuuden kuin työelämän laadun parantamiseksi. Työprosessit ovat yksi tyypillisimmistä kehittämistoiminnoista. Työprosessin toimivuus on konkreettinen ja helposti havaittavissa oleva asia, joka voidaan nähdä niin työn sujuvuuden kuin asiakkaan saaman hyödyn näkökulmasta. (Alasoini 2011, 45-48.)

Prosessiajattelun taustalla on, että siinä on sekä jotakin toistuvaa että pysyvää ja sitä jotakin voidaan mallintaa ja kehittää. Prosessi on kokonaisuus, joka muodostuu toisiinsa liittyvistä toiminnoista. Laadukas prosessi noudattaa sille asetettuja vaatimuksia ja kuvastaa palvelujen tuottamiseen käytettyä osaamista. Oletetaan, että prosessit tuottavat haluttuja tuloksia, aikaansaavat tehokkuutta ja minimoivat resursseja. Prosessien tulisi myös olla joustavia ja sopeutua muuttuviin olosuhteisiin. Lähtökohtana on, että prosessit lähtevät asiakkaan tarpeesta. Asiakkaan tarve aktivoi prosessin, mutta asiakkaan ei tarvitse olla kaikissa vaiheissa mukana. Tavoitteena on, että selkeillä prosesseilla niihin osallistuvat henkilöt ymmärtävät oman roolinsa ja tehtävänsä osana kokonaisuutta. (Stenvall & Virtanen 2012, 66-69.) Prosesseilla voidaan niin ikään tukea työpaikan perustehtävän kirkastamista ja tätä kautta tukea työyhteisön toimivuutta (mm. Järvinen 2008).

### 2.1 Lean käsite

Lean käsite on levinnyt ympäri maailmaa, mutta sen määritelmä ei ole vakiintunut (Modig & Åhlström 2013, 6). Professori Jeffrey K. Liker on jaotellut neljään osa-alueeseen kiteyttämänsä Lean ajattelun periaatteet 1) pitkän tähtäimen filosofia 2) oikea prosessi tuottaa oikeat tulokset 3) työntekijöitä ja kumppaneita kehittämällä tuotetaan lisäarvoa 4) jatkuva taustaongelmien ratkominen edistää organisaation oppimista (Liker 2006). Leanin keskiössä on organisaation ja henkilöstön ongelmanratkaisutaitojen kehittäminen (Lean yhdistys 2016). Lean voidaan kuvata muun muassa filosofiaksi, ajattelutavaksi, toimintastrategiaksi ja johtamismenetelmäksi. Tässä työssä olen päätenyt käyttämään termiä Lean tai Lean ajattelutapa. Modig ja Åhlström (2013) määrittelevät Leanin toimintastrategiaksi tavoitteiden saavuttamiseksi. Lean ajattelussa arvot muodostavat kaiken

perustan, joka johtaa periaatteisiin tehdä oikeita asioita oikeaan aikaan ja jatkuvaan parantamiseen sekä korostaa hyvää virtaustehokkuutta. Näitä periaatteita pyritään toteuttamaan erilaisilla menetelmillä, joissa käytetään hyödyksi monenlaisia työkaluja ja toimintoja. (Modig & Åhlström 2013.) Lean ajattelutavassa tarjotaan paljon erilaisia työkaluja kehittämistoimintaan kuten kanban-taulu ja A3. Työkalut eivät ole kuitenkaan itsetarkoitus vaan ne auttavat päämäärän tavoittamisessa. Työkalut tai -menetelmät eivät myöskään toimi samalla tavoin kaikissa yksiköissä ja asiayhteyksissä eikä ole mielekästä pakottaa työyhteisöjä niiden käyttämiseen vaikka organisaatiossa elettäisiin Lean ajattelun mukaisesti (Graban 2012, 79).

Lean on lähtöisin teollisuuden alalta. 2000-luvulta lähtien sitä on kansainvälisesti ryhdytty hyödyntämään yhä enemmän palvelualojen lisäksi myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomessa esimerkiksi HUS on käyttänyt Lean lähestymistapaa ainakin kolmessakymmenessä hankkeessa. Espoossa Leania sovelletaan johtoryhmätasolla ja monissa yksiköissä. Siellä on muun muassa kehitetty toimintamalli lonkkamurtumapotilaiden hoitoon sekä saatu lyhennettyä toimeentulotuen käsittelyaikoja kehittämällä prosesseja Leania hyödyntäen (Pesonen 2016). Pohjois-Karjalan keskussairaalassa lääkkeellisten liuosten toimituslogistiikkaa uudistettiin Lean ajatteluun liittyvän kanban-menetelmän avulla. Arvion mukaan uudistuksen kustannukset olivat 5500 euroa ja potilastyöhön saatiin lisää työaika 5000 tuntia vuodessa. (Puolakka 2015). Esimerkiksi Kanadassa on sairaaloiden suunnittelu- ja rakennusvaiheista lähtien hyödynnetty Leania.

## 2.2 Työn standardointi, hukka ja virtaustehokkuus

Leanissa korostuu asioiden jatkuva kehittäminen ja parantaminen. Kehittämistyön tulisi tapahtua siellä, missä ongelmakohta on ja lähellä toimijoita. Tämän ajattelutavan mukaisesti työtä tulee tarkastella siitä näkökulmasta, mitkä asiat tuottavat asiakkaalle arvoa. Tarkastelun tueksi toiminnasta tulisi tehdä arvovirta-/prosessikuvauksia ja standardoida eli vakioida toimintakäytännöt. Ennen työn vakauttamista ja kestävästä parantamisesta prosessit pitää standardoida. Yhtenäiset toimintakäytännöt paitsi sujuvoittavat työntekoa myös tukevat asiakkaiden tasa-arvoista kohtelua ja palvelun tasalaatuisuutta.

Graban (2012) toteaa, että sama työ tehdään usein monin eri tavoin ja uudet ohjeistukset eivät saavuta kaikkia. Organisaatioissa prosesseja voidaan nähdä kolmella tavalla; sellaisena millainen prosessi käytännössä on, millaiseksi sen kuvittelemme sekä sellaisena kuin sen tulisi olla. Muun muassa näistä syistä nousee tarve työn vakioinnille työn laadun parantamiseksi. (Graban 2012, 49-65.)

Grunden & Hagood (2011) kuvaa Leania jäsennellyksi tavaksi tarkastella toimintaa, etsiä siitä hukkaa ja ratkaista ongelmia. Tavoitteena on aina edetä kohti ihannetilannetta ja kaiken toiminnan ja sen vaiheiden tulee liittyä tehtävään. Hukka on asiakkaalle arvoa tuottamatonta toimintaa ja sen poistamiseen tulee pyrkiä. Hukkaa ovat esimerkiksi työvaiheet ja toimenpiteet, jotka kuluttavat resursseja, mutta eivät lisää arvoa. Leanin mukaan on nimetty kahdeksan hukan muotoa 1) virheet, työssä on virheitä tai tarpeettomia vaiheita 2) ylituotanto, tehdään enemmän kuin asiakas tarvitsee sillä hetkellä tai liian aikaisin tarpeisiin nähden, tuplatarkastukset 3) odotus, ollaan ns. tyhjäkäynnillä, kun jokin ei ole vielä valmis 4) inhimilliset voimavarat, työntekijöiden ideoiden ja luovuuden sivuuttaminen 5) kuljettaminen, turha ihmisten, asiakkaiden tai tavaroiden kuljettaminen 6) varasto, turhat varastointikustannukset 7) liike, turha tavaroiden etsiminen ja järjesteleminen 8) yliprosessointi, tarpeetonta, epäolennaista työtä asiakkaan kannalta (Grunden & Hagood 2011, 11-14; Eloranta J. 2016).

Lean ajattelun yksi perustavoitteista on virtaustehokkuuden parantaminen. Virtaustehokkuudella tarkoitetaan valmistumisnopeutta. (Torkkola 2015, 196-197). Modigin ja Åhlströmin (2013) mukaan prosessit ovat virtaustehokkuuden perusta, jotka muodostuvat joukosta toimintoja, joiden läpi virtausyksiköt kulkevat. Lean toimintastrategiassa virtaustehokkuuteen sisältyy käsite "arvoa tuottava aika". Arvoa syntyy, kun virtausyksikölle tapahtuu jotain ja se etenee. Leanin mukaista on määritellä prosessit asiakkaan näkökulman mukaan eli mitkä tekijät tai toiminnot tuottavat asiakkaalle arvoa. (Modig & Åhlström 2013, 19-23.)

Graafinen kuvaus nykytilasta edistää yhteistä ymmärtämistä ja antaa yhteisen kielen. Kuvaamalla arvovirta eri virtojen yhteydet tulevat näkyviin ja hukan tunnistaminen helpottuu. Lisäksi kuvaaminen havainnollistaa prosessiin liittyviä päätöksiä. Kun arvovirtakuvaus tehdään yhdessä, auttaa se sitouttamaan henkilöstöä kehittämiseen, löytämään kehityskohteita ja helpottaa kehitysideoiden esilletuontia. (Eloranta, J 2016.)

Lean ajattelun periaatteita hyödynnetään tässä kehittämistyössä tekemällä arvovirtakuvaus arviointi- ja kuntoutusosaston pääprosessista yhdessä osaston henkilökunnan kanssa ja etsimällä prosessista mahdollisia kehittämiskohteita sekä hukkaa. Toimintatavat pyritään vakioimaan työn tehokkuuden ja tasalaatuisuuden saavuttamiseksi. Kehittämistoiminnassa pyritään tarkastelemaan prosessia asiakaslähtöisesti. Kehittämistoiminnassa syntyvä arvovirtakuvaus tullaan tekemään graafiseen muotoon.

### 3 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Tutkimuksellista kehittämistoimintaa voidaan tarkastella toimijoiden osallistumisen, kehittämisprosessin ja tiedontuotannon kannalta. Kehittäminen voi kohdentua toimintatavan tai toimintarakenteen kehittämiseen ja voi laajuudeltaan olla yhteen henkilöön tai laajaan organisaatioon liittyvää. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa, kuten muussakin kehittämistoiminnassa, on keskeistä tavoitteellisuus ja pyrkimys muutokseen.

Tutkimuksellisesta kehittämistoimintaa voidaan lähestyä joko tutkimuksellisuuden tai kehittämistoiminnan kautta. Lähestyttäessä kehittävän tutkimuksen suunnasta, tapahtuu kehittäminen enemmän tutkimuksen ehdoilla, kun taas tutkimuksellisessa kehittämisessä pyritään hyödyntämään tutkimuksellisia periaatteita tarpeen mukaan. Jälkimmäisessä edetään kehittämistoiminnan ehdoilla. Tutkimusavusteinen kehittäminen liittyy vahvasti käytännön kehittämiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 9-34.) Leanin mukaisessa kehittämisessä tavoitteena on käytännön kehittäminen faktoihin ja kokemukseen perustuen. Leanin erilaisten menetelmien ja työkalujen käytön taustalla voidaan nähdä yhteneväisyyksiä tutkimukselliseen kehittämistoimintaan.

#### 3.1 Kehittämistoiminnan kulku

Toikon ja Rantasen (2009) mukaan kehittämistoimintaa voidaan lähestyä joko suunnittelu- tai prosessorientoituneesti. Suunnitteluorientoituneessa kehittämisessä pyritään ennakoitavissa olevaan stabiiliin toimintaan, jossa prosessin vaiheet on pyritty rajaamaan ja määrittelemään tarkasti. Prosessorientoituneessa toiminnassa puolestaan korostuu toiminnan reflektiivisyys. Kehittämistoiminnan aikana syntynyt uusi tieto vaikuttaa toimintaympäristön ja tavoitteen muuntumiseen. Refleктоitaessa peilataan uutta tietoa aiempaan, tarkastellaan eri näkökulmia, perusteita ja käytännön seurauksia. Kehittämistoiminnassa reflektoinnilla tavoitellaan kehittämisen menetelmien ja toimintatapojen, sekä toisaalta kehittämistoiminnan perusteluiden ja organisoinnin uudelleen arviointia. (Toikko & Rantanen 2009, 49-52.)

Kehittämisprosessia voidaan kuvata erilaisilla malleilla ja erottaa siitä eri vaiheita. Esimerkiksi Toikko ja Rantanen ovat kuvanneet kehittämisprosessia jakaen sen viiteen vaiheeseen; perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja levitys. Perustelun tavoitteena on ymmärtää mitä ja miksi kehitetään. Ihanne olisi, että kehittämistoiminnan tavoite olisi mahdollisimman konkreettinen. Organisoinnilla tarkoitetaan kehittämistoiminnan käytännön suunnittelua ja valmistelua. Tässä vaiheessa määritellään myös toimijat. Toteutusvaiheeseen kuuluu kehittämisen ideointi, priorisointi, kokeilu ja mallintaminen. Arvioinnin tavoitteena on

tuottaa tietoa, joka ohjaa kehittämistoimintaa sekä punnita, miten tavoitteet on saavutettu. Kehittämisprosessin viimeinen vaihe on levittäminen. Tulosten levittäminen voi tapahtua esimerkiksi tuotteistamisen kautta ja vaatii usein erillisen prosessin. (Toikko & Rantanen 2009, 56-63.)

Kehittämisprosessin kulku on mahdollista kuvata monella tavalla. Prosessi voi edetä esimerkiksi suoraviivaisesti tai spiraalimaisesti. Spiraalimallissa eri kehittämistoiminnan vaiheet muodostavat toistuvan kehän. (Toikko & Rantanen 2009, 64-67). Kehittäminen etenee syklimäisesti noudattaen kaavaa, jossa toistuu toiminta, havainnointi, reflektointi ja uudelleensuunnittelu. Kehittämistoiminnassa syklejä voi olla useita. Syklit ovat kuitenkin harvoin selkeitä vaan eri vaiheet voivat mennä limittäin toistensa kanssa. (Heikkinen & Jyrkämä 1999.)

Kehittämisorientoitunut organisaatio todennäköisesti onnistuu kehittämishankkeen toteutuksessa. Vuorovaikutustaidot sekä keskusteleva ilmapiiri edesauttavat kehittämistoimintaa ja yhteisöllisyys tukee ideoiden saattamista käytäntöön. (Stenvall & Virtanen 2012, 200.) Kehittämistoiminta on sosiaalinen prosessi, joka edellyttää vuorovaikutusta ja ihmisten aktiivista osallistumista. Kehittämistoiminnan onnistumisen kannalta on merkityksellistä, että siihen osallistuu henkilöt, joiden elämään kehittämistoiminta liittyy. Osallistuminen perustuu dialogiin, jossa paitsi toimijat osallistuvat kehittämiseen myös kehittäjä osallistuu käytännön toimintaan. Tutkimuksellisesta kehittämistoiminnasta riippuen toimijoiden roolit voivat korostua eri tavoin. (Toikko & Rantanen 2009, 89-96.) Toimintatutkimus on yksi kehittävän tutkimuksen muoto. Sille on tyypillistä, että tutkija on aktiivinen toimija (esim. Kananen 2014, 24). Tutkijan rooli voi tutkimuksen/kehittämistyön aikana vaihdella. Perinteisessä tutkimuksessa voidaan tutkijan aktiivinen toimijuus tai kohteena olevassa yksikössä sisällä oleminen katsoa haasteelliseksi objektiivisuuden kannalta. Toimintatutkimuksessa tämä sen sijaan voidaan lukea jopa eduksi.

Kehittämistoimintaan vaikuttaa se kenen ehdoilla kehittäminen etenee ja mistä kehittämistoiminta on lähtöisin. Kehittämistoiminnassa voidaan esimerkiksi tavoitella toimijoiden maailman ymmärtämistä, toimijat voivat osallistua itse kehittämisen päävastuun ollessa kehittäjällä tai toimijat voidaan nähdä tasavertaisina kehittäjinä. (Toikko & Rantanen 2009, 48-97.)

Lean ajattelutavan mukaan kehittämisen tulisi ensisijaisesti edetä alhaalta ylöspäin ja tapahtua siellä missä varsinainen työ tehdään. Leanissa käytetään japaninkielistä sanaa Gemba, joka tarkoittaa "todellista paikkaa". Ajatuksena on, että johtaja menee paikan päälle, jossa työ tehdään, saamaan empiiristä tietoa. Tuolloin käsitys toiminnasta ei perustu mielikuviin tai kertomuksiin. (Torkkola 2015, 125.) Lean ajattelun mukaisesti parannukset ja

työn kehittäminen eivät voi tulla ulkoapäin esimerkiksi konsulttien toimesta. Kaikilla työntekijöille tulee olla mahdollisuus tunnistaa ja ratkoa ongelmia. Johdon tehtävänä on tukea työntekijöitä antamalla tarvittavat välineet ja ohjausta kehittämistyöhön. Lean on tapa johtaa ja elää läpi koko organisaation aina johdosta kenttätyöntekijöihin ei sarja ongelmanratkaisuprojekteja. (Grunden & Hagood 2011, 8-11.) Kehittämistoiminnan voidaan siten ajatella olevan sekä järjestelmä- ja työntekijälähtöistä.

Leanissa työn kehittämisen tulee olla järjestelmällistä ja suunnitelmallista. Lean ajattelutavan mukaan on parempi yrittää jotakin ratkaisua kuin käyttää paljon aikaa täydellisen ratkaisun kehittämiseen. Kehittämistoiminta noudattaa useimmiten niin sanottua PDCA-mallia (Plan-Do-Check-Act). PDCA-mallin on alun perin kehittänyt yhdysvaltalainen tilastotieteilijä Edwards Deming. PDCA -malli on tieteellinen menetelmä, jossa hypoteesi asetetaan kokeiltavaksi ja tarkastellaan siitä saatuja tuloksia. Tulokset mahdollistavat uuden kehittämisen. (Graban 2012, 18-25.) Suomeksi PDCA-mallin käsitteet ovat suunnittelu, toiminta, havainnointi, reflektointi.

Lean ajattelutavan, jatkuvan parantamisen kehä PDCA, voidaan ajatella spiraalimaisena kehittämistoimintana, jossa kehittäminen etenee kerroksittain suunnitelmasta muutoksiin, havainnointiin ja reflektointiin (kuvio 1).



Kuvio 1: PDCA-malli

Tässä opinnäytetyössä lähestymistapa on tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa, jossa kehittäminen kohdentuu työntekijätasolla toimintakäytäntöihin. Kehittämisen taustalla on ajatus PDCA-mallista eikä kehittämisen päämäärää ja toiminnan suuntaa ole vahvasti sidottu.

### 3.2 Kehittämistoiminta sosiaali- ja terveysalalla

Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamista ja kehittämistyötä voidaan lähestyä kolmesta eri suunnasta. Kehittämistyötä tulisi tarkastella järjestelmä-, asiakas- ja työntekijälähtöisyydestä käsin. Järjestelmälähtöisyyttä tarvitaan johtamisjärjestelmään ja johtamiseen liittyviin

menettelytapoihin, asiakkaiden tarpeet ja palvelun käyttäjien tilanteet pitää tuntea eikä työntekijälähtöisyyttä voi sivuuttaa, koska henkilöstöä voidaan pitää tärkeimpänä voimavarana (Stenvall & Virtanen 2012, 99-102). Käyttäjä- ja toimijälähtöistä kehittämistä voidaan lähestyä eri suunnista. Työntekijöillä on tietoa esimerkiksi palvelun käytöstä ja käyttöympäristöstä sekä muutostarpeista. Tavoitteena on, että työntekijälähtöistä kehittämistä pyrittäisiin arkipäiväistämään ja kehittämisestä tulisi osa normaalia työtä. Tässä organisaatiokulttuurilla on suuri merkitys. (Stenvall & Virtanen 2012, 191-193.)

Sosiaali- ja terveysalalla kehittämistoiminta on ollut usein irrallista toimintaa. Se on ollut valtaosin projektiluontoista ja vahvasti henkilösidonnaista, jolloin rahoituksen päätyttyä tai henkilömuutosten tapahduttua aikaansaannokset uhkaavat valua hukkaan. (Stenvall & Virtanen 2012.) Viime vuosina on alettu kiinnittää enemmän huomiota työntekijälähtöiseen kehittämistoimintaan. Esimerkkejä tällaisista hankkeista on Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen Osuva-hanke ja Työterveyslaitoksen Toimi-hanke. Osuva-hankkeessa (Saarisilta & Heikkilä 2015) tutkittiin osallistuvan innovaatiotoiminnan johtamista ja sen edistämiseen liittyviä tekijöitä sosiaali- ja terveysalan rakennemuutoksessa. Tutkimuksessa todettiin, että työntekijät pitivät usein organisaatioita uudistushaluisena ja kokivat, että heillä on hyvä mahdollisuus osallistua kehittämiseen. Kuitenkin suureksi ongelmaksi osoittautui se, ettei työntekijöiden ideoita ei käsitellä ja viedä eteenpäin. Tutkimustuloksissa todetaan, että työskentelyolosuhteet ja esimiehen tuki ovat oleellisia tekijöitä työntekijöiden innovatiivisuuden kannalta. Keskeisiä tekijöitä ovat myös työn voimavaretkijät kuten vaikutusmahdollisuudet ja työryhmän ilmapiiri. Innovaatiotoimintaa edistää muun muassa asiakasymmärrys, työn sujuvuus ja mielekäs organisointi, riittävän avoin organisaatiokulttuuri, älykäs ja luottamukseen perustuva johtaminen sekä jakavat työtavat. (Saarisilta & Heikkilä 2015.)

Toimi-hankkeessa tarkasteltiin työntekijöistä lähtevää kehittämistä vanhuspalvelutyössä. Tavoitteena oli edistää työntekijöiden kehittämistoimijuutta. Ajatuksena oli, että työntekijöiden innovatiivisia ajatuksia olisi voitava käyttää paremmin hyödyksi tuottavuuden ja työhyvinvoinnin edistämiseksi. Tuloksina todettiin muun muassa, että työntekijöiden aloitteellisuuteen vaaditaan esimiehen tukea ja resurssien antamista niin parannusehdotusten käytäntöön viemiseen kuin kehittämiskulttuurin edistämiseen. (Ylihassi ym. 2016.)

Niin Osuva-hankkeen kuin Toimi-hankkeen tulokset ovat samansuuntaisia Lean ajattelun kanssa. Tässä tarkasteltavana olevassa kehittämistoiminnassa työntekijöille mahdollistetaan osallistuminen kehittämistyöhön ja heidän ideoitaan viedään eteenpäin toiminnan kehittämiseksi. Kehittämistoiminnan onnistumiselle suotuisaa positiivista toimintakulttuuria pyritään tukemaan.

#### 4 Moniammatillinen yhteistyö ja asiakaslähtöisyys

Moniammatillisen yhteistyön käsitteelle ei ole olemassa vakiintunutta määritelmää. Yleisesti moniammatillisuudessa on kyse yhteistyöstä, jonka jäsenillä on erilaista osaamista ja valtuuksia suorittaa tiettyjä tehtäviä. Käytettävissä oleva tieto ja osaaminen yhdistetään erilaisten ryhmän toimintamallien keinoin kokonaisvaltaisen käsityksen saamiseksi. (Kontio 2013, 18-19.) Sosiaali- ja terveysalalla moniammatillista yhteistyötä kuvaa tiimipohjainen, asiakaslähtöinen ja yhteisöllinen asiantuntijatyö (Isoherranen 2012, 5).

Moniammatillinen yhteistyö on tärkeää ikääntyneiden laadukkaan palvelukokonaisuuden suunnittelussa, koordinoinnissa ja toteuttamisessa. On kiinnitettävä huomiota siihen, missä ja miten moniammatillinen yhteistyö on tehokkainta. (Berglund ym. 2013; Johansson, Ehklund & Gosman-Hedström 2010.) Asiantuntijoiden valta ja tietämys suhteessa asiakkaaseen painottuu moniammatillisessa yhteistyössä. On pidettävä kuitenkin huolta siitä, että asiakkaan ihmisarvoa kunnioitetaan, asiakas tulee kuulluksi ja hän osallistuu omaan hoitoonsa. Onnistuessaan moniammatillinen yhteistyö, johon asiakas osallistuu, turvaa tasapuolisen ja läpinäkyvän päätöksenteon. (Laine 2014, 26-27.)

Moniammatillinen yhteistyön kehittäminen vaatii tietynlaista asennoitumista ja vuorovaikutustaitoja sekä roolien sopeuttamista tiimin sisällä. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää muun muassa yksilötasolla toisen kunnioittamista ja hyviä vuorovaikutustaitoja sekä organisaatiokulttuurin näkökulmasta joustavia rooleja, yhteisen tiedon luomista ja vastuuajattelun kehittymistä. (Katajamäki 2010; Isoherranen 2012.) Joustavuus tulee usein esiin asiakaslähtöisessä työskentelyssä, jossa kaikkien osaamista hyödynnetään. Oman vastuualueensa lisäksi jokainen ammattilainen on vastuussa myös kokonaisuuden onnistumisesta. Työskentely moniammatillisessa tiimissä vaatii lisäksi kykyä tunnistaa moninäkökulmaisuuksien merkitys ja valmiutta oman toiminnan arviointiin sekä yhdessä kehittämiseen (Isoherranen 2012, 152).

Sosiaalialan ammattilaisen eettisissä ohjeissa todetaan, että sosiaalialan työn on oltava verkostoitunutta ja moniammatillista asiakkaan mahdollisimman hyvän auttamisen toteuttamiseksi. Niin ikään ohjeistus kehottaa sosiaalialan ammattilaisia edistämään avointa keskustelua asiakaskeskeisen moniammatillisen työn menettelytavoista sekä työn tavoitteista. (Talentia 2013, 26-27.)

Asiakaslähtöisyys on peruslähtökohta sosiaali- ja terveysalan työssä, joskaan sen huomioon ottaminen ja toteuttaminen ei ole itsestään selvää (esim. Eloranta 2009; Grönlund 2010; Järnström 2011). Järnströmin (2011) tutki asiakkuutta ja asiakaslähtöisyyttä geriatrisessa sairaalassa. Hän nosti haasteiksi asiakkuudelle ja asiakaslähtöisyydelle muun muassa



palvelujärjestelmän tehokkuusajattelun, järjestelmän joustamattomuuden, työntekijälähtöisyyden, hierarkisuuden, rutiininomaisuuden ja medikalisaatiopainottaisuuden. Leanissä tavoitellaan paitsi tehokkuutta hukkaa poistamalla, myös asiakastyytyväisyyttä ja toimintaa tarkastellaan asiakasnäkökulmasta. Elorannan (2009) tutkimuksessa tarkasteltiin ikääntyneiden kotona asumista sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön näkökulmasta. Sekä Elorannan että Järnströmin tutkimuksessa nousi esiin se, että asiakkaiden ja ammattihenkilöstön näkemykset toteutetusta hoidosta poikkesivat toisistaan eikä tieto asiakkaiden ja henkilöstön välillä kulkenut sujuvasti. Elorannan tutkimuksessa ilmeni myös se, että asiakkaan voimavarojen tukemista vaikeutti muun muassa tavoitteeton ja epäyhtenäinen tapa toimia.

Yhteisesti jaettu ja tuotettu tieto lisää ymmärrystä. Tehokkaan ja tuloksellisen yhteistyön kannalta tiedon välittyminen on merkittävä tekijä. (Salminen 2008.) Tiedonkulku on yksi isoimmista haasteista moniammatillisessa yhteistyössä. Tiedonkulku on usean tekijän summa, johon vaikuttavat monet asiat, kuten osastolla esimerkiksi eri ammattiryhmien välillä yhteisen kielen ja terminologian käyttäminen, työvuorot, asiakastietojärjestelmät ja variaatiot toimintakäytännöissä.

Käsillä olevassa kehittämistoiminnassa lähtökohtana on moniammatillisen arviointi- ja kuntoutusprosessin kuvaaminen asiakaslähtöisesti. Järnströmin tutkimukseen (2011) viitaten haasteena tässä kehittämistyössä on löytää tasapaino asiakaslähtöisyyden ja prosessin vakioitavien toimintakäytäntöjen sekä tehokkuuden kanssa. Tässä työssä, kuten Lean ajattelussakin, toimintaa ei tule tehostaa asiakaslähtöisyyden kustannuksella. Kehittävien toimintatapojen vakioinnilla pyritään kiinnittämään huomiota tiedonkulkuun sekä tarjoamaan asiakkaille laadukasta palvelua. Lean ajattelussa pyritään organisaation ja toiminnan läpinäkyvyyteen, jolloin kaikki työntekijät ovat tietoisia prosessin kulusta ja toistensa rooleista prosessin eri vaiheissa. Kaikilla työntekijöillä on myös vastuu prosessin valvonnasta ja sen etenemisestä oikealla tavalla.

## 5 Kehittämistehtävän tavoite ja tarkoitus

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on lisätä ja tukea työntekijöiden yhteistä ymmärtämystä asiakkaan moniammatillisesta arviointi- ja kuntoutusprosessista. Tavoitteena on kehittää toimintakäytäntöjä toiminnan tehostamiseksi ja vakioimiseksi sekä tehdä näkyväksi asiakkaan moniammatillinen arviointi- ja kuntoutusprosessi osastolla.

Kehittämistoiminnassa etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin

- 1) miten tuetaan asiakkaan osallisuutta ja toimijuutta prosessin eri vaiheissa?
- 2) mitä kukin ammattiryhmä/ammattihenkilö tekee prosessin eri vaiheissa?
- 3) miten varmistetaan tiedonkulku ja arviointi- ja kuntoutusprosessin kokonaiskuvan säilyttäminen?

### 5.1 Käytetyt menetelmät

Kehittämistoimintaa tehtiin yhdellä arviointi- ja kuntoutusosastolla noin puolen vuoden aikana. Osaston koko moniammatillinen tiimi osallistui kehittämistoimintaan. Pääasiallinen kehittämistyö tapahtui ryhmissä työpajatapaamisissa. Työpajatyöskentelystä käytetään myös yleisesti nimitystä työkonferenssi. Työkonferenssi perustuu vuoropuheluun ja sillä tavoitellaan työyhteisön laajaa osallistumista kehittämistyöhön (Innokylä 2012). Työkonferenssit koostuvat perinteisesti pienempien ryhmien keskinäisistä tapaamisista sekä ryhmien välisistä yhteisistä tapaamisista, joissa käydään läpi pienryhmien keskustelujen tulokset (Leinonen 2016, 39-40).

Työpajatapaamisissa työskentelymenetelmänä käytettiin Learnin cafe -menetelmää soveltaen. Learning Cafe menetelmän tavoitteena on yhteisen näkemyksen luominen, ideoiden jalostuminen ja levitys (mm. Hyppönen & Linden 2009, 41; Innokylä 2017). Perinteisesti toteutetussa Learning Cafessa kukin ryhmä käsittelee jotakin teemaa tai kysymystä ensimmäisenä, ja siirtyy tämän jälkeen seuraavaan. Tällöin jokainen pääsee jatkamaan jo aloitettua pohdintaa. Yleensä ryhmien työskentely tapahtuu samanaikaisesti ja ryhmien tulosten purkaminen tilaisuuden päätteeksi.

Työpajatyöskentelyn lisäksi kehittämistoimintaa tapahtui pienryhmissä, joissa hyödynnettiin A3-ongelmanratkaisumentelmää. A3-työkalu on Lean ajattelutapaan liittyvä ongelmanratkaisun- ja kehittämistoiminnan työkalu. Se noudattaa kehittämisen PDCA-mallia. Tavoitteena on kuvata ongelma, etsiä siihen juurisyyt ja ratkaisumalli sekä tehdä seurantasuunnitelma kirjaten kaikki tiivistetysti yhdelle A3-kokoiselle paperille. Käytin

hyväkseni soveltaen Sari Torkkolan suomentamaa mallia A3-menetelmästä (Torkkola 2015, 36-37).

## 5.2 Aineisto ja arviointi

Kehittämistehtävän aineisto muodostui työpajoissa, pienryhmätyöskentelyssä ja yhteenvetotilaisuuksissa syntyneistä materiaaleista sekä havainnointipäiväkirjasta.

Kehittämistoiminnan koordinoinnin ohella työskentelin sosiaaliohjaajana kyseisellä arviointi- ja kuntoutusosastolla ja samalla havainnoin osaston toimintaa. Osallistuvan havainnoinnin huomioita kirjasin havainnointipäiväkirjaan, joka oli merkittävä osa aineistoa (vrt. esim. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1998, 209-215). Havainnointipäiväkirjaan kirjasin muistiinpanoja ja havaintoja niin virallisista kehittämistoiminnan tilanteista ja kokouksista kuin epävirallisista tilanteista työpäivien aikana. Karkea jaottelu havainnoitavien asioiden kohdalla oli arviointi- ja kuntoutusprosessiin, sen toteutumiseen ja toimintakäytäntöihin liittyvät asiat sekä kehittämistoimintaan prosessina liittyvät asiat. Kirjaamisessa huomioin työntekijöiden, asiakkaiden, omaisten sekä omia henkilökohtaisia kokemuksia. Kirjauksissa näkyi oman roolini vaihtelu työntekijän ja opinnäytetyöntekijän välillä.

Havainnointipäiväkirjaan kirjoitin muistiin kehittämistoimintaan osallistuneiden kommentteja ja kirjallista palautetta. Tässä kehittämistoiminnan raportissa suorat lainaukset ovat merkitty kursivilla. Anonymiteetin suojaamiseksi lainauksiin ei ole merkitty ammattiryhmää, ajankohtaa tai muita tunnistetietoja.

Arviointi oli sekä toiminnan aikaista formatiivista arviointia kohdistuen itse kehittämistoimintaprosessiin että summatiivista arviointia kohdistuen tuloksiin ja vaikutuksiin (Seppänen-Järvelä 2004, 19-20). Arvioinnissa korostui refleктоiva itsearviointi. Moniammatilliselta tiimiltä keräätettiin palautetta ja arviointia työpajojen sekä yhteenvetotilaisuuksien yhteydessä. Lisäksi oli mahdollisuus jatkuvaan kirjalliseen palautteeseen muun muassa viestivihon välityksellä. Kehittämistoiminnan aikana tehty arviointi vaikutti toiminnan etenemiseen ja suuntaan. Refleктоin myös omaa toimintaani kehittämistoiminnan koordinoijana.

Kehittämistoiminnan päätteeksi arviointia konkreettisista kehittämistoiminnan tuloksista keräättiin työyhteisön ulkopuolisilta henkilöiltä vertaisarviointina. Vertaisarvioinnin periaatteena on muun muassa saada ulkoinen näkemys asiasta ja levittää hyviä käytäntöjä. Kehittämistehtävän raportoinnissa kehittämistoimintaa analysoitiin ja arvioitiin aineistolähtöisesti suhteessa tavoitteisiin hyödyntäen aineistotriangulaatiota.

## 6 Työyksikön kuvaus

Opinnäytetyö kohdentuu yhteen Helsingin kaupungin arviointi- ja kuntoutusosastoon. Arviointi- ja kuntoutusosasto kuuluu monipuoliseen palvelukeskukseen.

Helsingin kaupungilla on vuonna 2016 ikääntyneiden arviointia- ja kuntoutusyksikköjä yhdeksässä monipuolisessa palvelukeskuksessa eri puolilla Helsinkiä. Lisäksi joitakin paikkoja on muiden yksiköiden yhteydessä. Kaiken kaikkiaan asiakaspaikkoja on yhteensä 235. Yksiköissä järjestetään sairaalahoidon jälkeistä sekä kotoa tulevien moniammatillista geriatria arviointia ja kuntoutusta. Asiakas tulee arviointi- ja kuntoutusosastolle kokonaisvaltaiseen arviointiin ja kuntoutukseen silloin kun sitä ei pystytä syystä tai toisesta tekemään kotona vaan tarvitaan intensiivistä jaksoa. Syyt arviointi- ja kuntoutusjaksolle ovat moninaiset esimerkiksi kotona pärjäämättömyys kaatumisten vuoksi tai hidas kuntoutuminen aivoinfarktin jälkeen. Suurella osalla asiakkaista on jonkinasteista muistin alenemaa. Yleisenä päätavoitteena on saada asiakas kuntoutumaan niin hyvin, että hän jakson päätteeksi kotiuduttuaan selviää kotonaan mahdollisimman pitkään tarvittavien tukipalveluiden turvin. Tarvittaessa asiakkaalle voidaan hakea arviointi- ja kuntoutusjaksolla ympärivuorokautisen hoidon paikkaa eli käynnistää SAP-prosessi (Selvitä, Arvioi, Palveluohjaa).

Asiakkaat ohjautuvat arviointi- ja kuntoutusjaksolle lääkärin läheteellä. Lähetete perustuu ammattihenkilön arvioon ja suositukseen, harvoin asiakkaan tai omaisen pyyntöön. Lähetteet kulkevat keskitetyn lähetekäsittelyn kautta. Asiakas voi myös ohjautua arviointi- ja kuntoutusyksikköön ns. kriisiasiakkuutena. Jaksolle sosiaalityöntekijä tekee sosiaalihuoltolain mukaisen sijoituspäätöksen. Yksikössä asiakkaalle tehdään kokonaisvaltainen toimintakyvyn ja geriatrinen arvio, laaditaan hoitosuunnitelma ja tuetaan asiakkaan kuntoutumista tavoitteiden mukaisesti. Jakson aikana tehdään yhteistyötä asiakkaan mahdollisten omaisten ja muiden yhteistyötahojen kuten kotihoidon sekä sosiaali- ja lähityön kanssa.

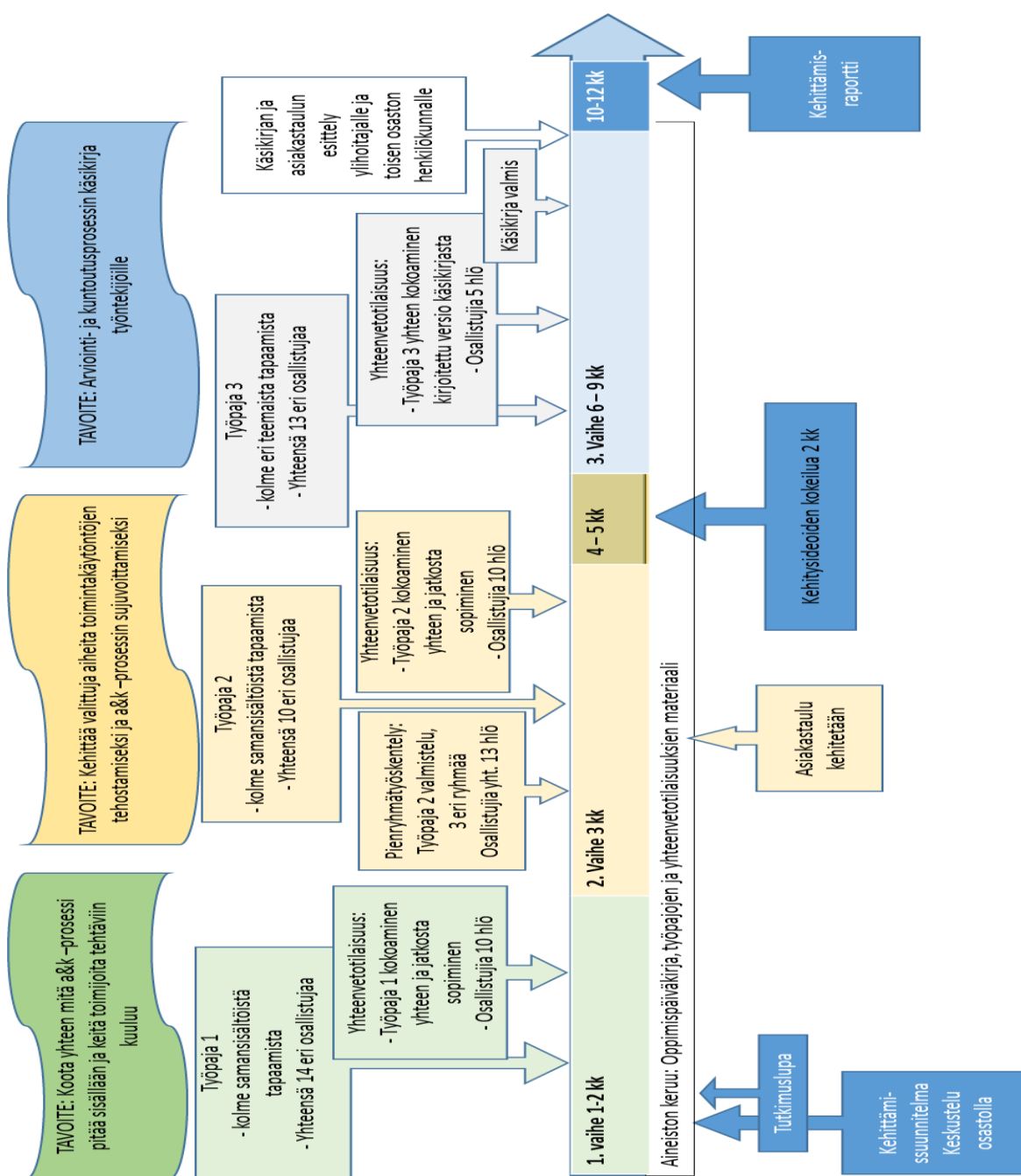
Arviointi- ja kuntoutusosastolla, jonka kehittämistoimintaa tarkastellaan, työskentelee moniammatillinen tiimi, johon kuuluu lääkäri, sairaanhoitajia, perushoitajia, fysio- ja toimintaterapeutti, sosiaaliohjaaja ja -työntekijä. Yksikön esimiehinä toimii osastonhoitaja. Hallinnollisesti lääkäri ja sosiaalityöntekijä kuuluvat kukin eri organisaatioihin. Asiakaspaikkoja osastolla on 23. Asiakkaat ovat pääsääntöisesti yli 65-vuotiaita. Vuonna 2016 arviointi- ja kuntoutusjaksoja alkoi yhteensä 90 ja päättyi 89. Kotoa arviointi- ja kuntoutusosastolle tuli 16,7 % asiakkaista ja muut sairaalasta, päivystyksestä tai kriisiosastolta. Jaksot kestivät keskimäärin 93 vuorokautta. Osastolta kotiutui noin 37 % asiakkaista ja noin 38 % asiakkaista siirtyi palveluasumisen tai laitoshoidon yksikköön. SAS-ratkaisuja tehtiin yhteensä 29 kappaletta (SAS= Selvitä, Arvioi, Sijoita eli hoitotasoratkaisu ympärivuorokautisesta hoidosta). Jatkohoitoon siirtyi asiakkaista 14,5% ja noin 11%

hoitjaksoista päättyi asiakkaan menehtymiseen. Edellisiin vuosiin verrattuna kotiutuneiden määrä laski huomattavasti, sillä esimerkiksi vuonna 2015 asiakkaista kotiutui lähes puolet.

Helsingin Sosiaali- ja terveystieteiden sairaala-, kuntoutus- ja hoivaosasto on asettanut arviointi- ja kuntoutusyksiköille tavoitteeksi hoitjaksojen lyhenemisen ja asiakkaiden kotiutusmäärien kasvattamisen. Tavoiteltava hoitjakson pituus on noin 3 viikkoa.

## 7 Käytännön kehittämistoiminta

Kehittämistehtävä muodostui arviointi- ja kuntoutusosaston kehittämistoiminnan suunnittelemisesta, dokumentoinnista sekä työpajatyöskentelyn ohjaamisesta ja työntekijän käsikirjan kokoamisesta. Kehittämistoiminnan aktiivinen tarkastelujakso kesti noin 7 kuukautta ja kokonaisuudessaan kehittämistehtävän työstäminen suunnitteluvaiheesta valmiiseen kehittämisarporttiin lähes vuoden (kuvio 2).



Kuvio 2: Kehittämistehtävän eteneminen projektikuukausittain

Kehittämistoiminnan vaiheita oli kolme. Ensimmäisen vaiheen tavoite oli koota yhteen henkilökunnan näkemys siitä, mitä arviointi- ja kuntoutusprosessiin kuuluu. Toisen vaiheen tavoite oli kehittää valittuja aiheita toimintakäytäntöjen tehostamiseksi ja arviointi- ja kuntoutusprosessin sujuvoittamiseksi. Kolmannen vaiheen tavoitteena oli koota prosessikuvaus asiakkaan moniammatillisesta arviointi- ja kuntoutusprosessista käsikirjaksi työntekijöille.

Pääasiallinen kehittämistoiminta tapahtui työpajoissa, joiden suunnittelusta ja toteutuksesta olin vastuussa. Työpajoja järjestettiin kussakin kehittämistoiminnan vaiheessa, Työpaja 1, Työpaja 2 ja Työpaja 3. Jokainen työpaja järjestettiin kolmena iltapäivänä pääosin saman sisältöisinä, jotta mahdollisimman monella oli mahdollisuus osallistua niihin. Näin ollen työpajatapaamisia oli kaiken kaikkiaan yhteensä yhdeksän.

Jokainen osaston työntekijä sai henkilökohtaisen kutsun työpajoihin, jonka lisäksi henkilökunnan taukotilassa oli yhteinen kutsu ja tiedote työpajoista. Osastonhoitaja jakoi henkilökunnan työpajatapaamisiin työvuorojen mahdollistamalla tavalla.

Kunkin työpajan tapaamiset järjestettiin samalla viikolla kolmena iltapäivänä ja seuraavalla viikolla yhteenvetotilaisuus. Työpajatapaamiset kestivät 45 minuuttia. Ajankohdaksi työskentelylle valittiin iltapäivä lounaan jälkeen, jotta siitä olisi mahdollisimman vähän häiriötä asiakkaille ja osaston muulle työskentelylle. Tuolloin suuri osa asiakkaista on lepäämässä ja henkilökunnasta paikalla aamu- ja iltavuorolaisia.

Työpajat päättyivät yhteenvetotilaisuuteen, jossa koottiin yhteen aikaansaannokset ja tapaamisissa käydyt keskustelut. Yhteenvetotilaisuudet kestivät noin tunnin. Näissä tilaisuuksissa oli mahdollisuus tehdä tarvittavia lisäyksiä ja korjauksia ehdotuksiin. Lisäksi keskustelua oli mahdollisuus käydä osastokokouksissa ja kirjallisesti kahvihuoneessa olevan viestivihkon välityksellä. Yhteenvetotilaisuuksissa päätettiin yhdessä miten kehittämistoimintaa jatketaan. Periaatteena oli Leanin mukaisesti ”just-do-it” eli otetaan heti kokeiluun esiin tulevat pienet ja helposti toteutettavissa olevat asiat toimintatapojen kehittämiseksi ja arviointi- ja kuntoutusprosessin sujuvoittamiseksi.

Varsinainen kehittämistoiminnan tarkastelujakso päättyi työntekijän käsikirjan valmistumiseen ja asiakastaulun sekä käsikirjan esittelemiseen ylihoitajalle ja toisen arviointi- ja kuntoutusosaston henkilökunnalle.

## 7.1 Ensimmäinen vaihe

Kehittämistoiminnan ensimmäisessä vaiheessa laadin suunnitelman kehittämistoiminnalle yhteistyössä osastonhoitajan kanssa ja esittelin sen osaston muulle henkilökunnalle osastokokouksissa. Suunnitteluvaiheen ja kaupungilta saamani tutkimusluvan jälkeen pidettiin Työpaja 1 ja sen yhteenvetotilaisuus.

### 7.1.1 Työpajatyöskentely

Työpajan 1 tavoitteena oli koota yhteen, mitä asiakkaan arviointi- ja kuntoutusprosessi osastollamme pitää sisällään ja keitä toimijoita kuhunkin vaiheeseen liittyä. Työpaja 1 toteutettiin saman sisältöisenä kolmena perättäisenä iltapäivänä siten, että kussakin työpajatapaamisessa oli 3-5 henkilöä. Yhteensä tapaamisiin osallistui 14 henkilöä. Seuraava työpajatapaaminen aloitettiin kertomalla työpajan tavoite ja esittelemällä mitä edellinen ryhmä oli tuottanut. Uusi ryhmä jatkoi tiedon tuottamista samalle paperille.

Arviointi- ja kuntoutusprosessi oli jaoteltu otsikkotasolla luentotaululehtiölle kolmeen vaiheeseen “asiakas tulee”, “asiakas on” ja “asiakas lähtee”. Kunkin otsikon alle lähdettiin listaamaan siihen liittyviä asioita. Jokaisen vaiheen työstämiseen oli varattu 7 minuuttia aikaa. Listauksen jälkeen ryhmän tehtävänä oli valita 2-4 tärkeintä kehittämisen aihetta tai prosessin kohtaa, joka tulisi kuvata tarkemmin (taulukko 1).



Asiakas tulee	Asiakas on	Asiakas lähtee
puhelinraportin vastaanotto (vsh/ph ottaa) -> vastuuhoitaja päätetään	kuntsari (ajankäyttö)/ vartti +	päätös asiakkaan kotiutuksesta (mitkä asiat vaikuttaa) <b>tasapuolisuus +++</b>
Asiakkaan vastaanotto - vaateluttelo/ rahat <b>mikä kunto? Arvoesineet/ korut ym.</b>	lääkäri/ ft/ tt alkuarvot + sos.ohj. tapaaminen	kotiutuskokous (kuka järjestää?, missä? <b>milloin pidetään kenelle? sovitaan</b> lääkkeiden tilaus, kuljetuksen ajankohta, rahat kuljetukseen, eväät/ ruuat kotiin, tarkista vaatteet)
osaston/ hoitajan esittely (joskus asiakas odottaa yksin)	hosu + rai + mmse + rava (vastuuhoitaja)	kotiutuslista (+ kirjekuori)
koneelle kirjaaminen <b>lupa? ruoka?</b>	- tehdään mahd. aikaisin + <b>moniammatillisuus näkyviin!</b>	kuljetuksen tilaaminen (sosohj.)
Tarkista onko rahaa, omat apuvälineet, vaatteet, Kela-kortti, kengät	- avataan heti; voi aloittaa yksinkertaise ja edetä siitä	apuvälineet (fys)
<b>Vartista informoiminen asiakkaalle</b>	- tärkeä erityisesti diabetikoiden kohdalla ja jos sosemainen ruoka	lääkkeet (tarv. Eväspaketti) - <b>vastuunjako</b>
Apuvälineiden kirjaaminen, huom. lepolastat ym.	liikkumissuunnitelma	<b>kohoon yhteys - kuka? Päätetään, jotta koitus ei veny</b>
<b>sänky, huone, wc - mikä tarve?</b>	kuntoutus + arviointi päivittäin	<b>muutostöiden järjestäminen (terapeutit/ omainen?)</b>
<b>lääkkeet ohjeineen huoneen pöydälle</b>	- kuntoutuspotentiaalin arviointi	puhelinraportti uuteen paikkaan (vsh/ vastuuhoitaja)
(ainakin) kaksi vastaanottamassa (vsh ja ph, mieluiten vastuuhoitaja, jos mahdollista - ensi kontaktin merkitys)	hoitoneuvottelu (pakollinen 2-4 vko) <b>ketkä läsnä? +</b>	saattaja (kuka?)
työn jako	<b>välisarvot</b>	jos palvelutaloon, kuka järjestää tavarat (vaatteet ym.), jos omaiset ei käytettävissä (sos.ohj.)
osaston esittely; miksi tullut, mikä paikka, väliaikaisuus	<b>omaisyhteistyö + koho ym. tahot yhteistyö</b>	
	tiedotus (liikkuminen, kunt. suunnitelma --- <b>miten? +</b>	
	<b>raportointi - kirjaamisen tärkeys! +</b>	
	yhteinen sävel eri ammattiryhmien ja asianaisten kanssa kuntoutukselle tärkeää	
	päivittäinen tietojen vaihto	

Taulukko 1: Työpaja 1 tapaamisten ryhmätöiden tulokset yhteenkoottuna

Taulukkoon on koottu eri sarakkeisiin arviointi- ja kuntoutusprosessin vaiheet, joita työpajatapaamisissa työstiittiin. Taulukossa ensimmäisen tapaamisen teksti on mustalla, toisen punaisella ja kolmannen tapaamisen lilalla. Vihreä plus-merkki (+) tarkoittaa teemaa/aihetta, joita ryhmät ehdottivat tarkemmin työstiittäväksi. Taulukosta näkyy, miten eri työpajatapaamisissa jatkettiin edellisen/edellisten kirjaamia ajatuksia.

Arviointi- ja kuntoutusprosessin työstämisen lisäksi esittelin lyhyesti laatimani prosessitaulukon (liite 1) ja pyysin siitä mielipiteitä. Prosessitaulukon ideana oli olla työväline arviointi- ja kuntoutusprosessin seuraamiseen. Prosessitaulukkoon oli koottu asioita, jotka pääsääntöisesti toteutuvat jokaisen asiakkaan kohdalla, joita tilastoidaan (Sairaala-, kuntoutus- ja hoivaosaston pyynnöstä) ja jotka olettamukseni mukaan vaikuttavat prosessin etenemiseen. Prosessitaulukosta oltiin montaa mieltä. Toisaalta arveltiin sen selkiyttävän ja oletettavasti nopeuttavan prosessin alun toimintaa sekä yhtenäistävän työtä. Toisaalta taulukon ulkoasua kritisoitiin ja toivottiin sisällön moniammatillista yhteistä suunnittelua. Ideoita taulukon käytöstä tuli jonkin verran, mutta myös epäiltiin, ettei taulukkoa tule käytettyä.

Viimeinen tehtävä työpajatapaamisessa oli antaa palautetta työpajatyöskentelystä sekä meneillään olevasta kehittämistoiminnasta. Työskentelytapa ja kehittämistoiminnan aihe sai osakseen positiivista palautetta. Hyväksi koettiin ajankäytön hallinta työpajatapaamisen aikana. Aikaa yhdelle tapaamiselle oli 45 minuuttia ja se oli jaettu tehtäväkohtaiseksi. Aikataulusta pidettiin tiukasti kiinni. Toiveena esitettiin, että myös kuntoutuskokouksessa kiinnitettäisiin enemmän huomiota ajankäyttöön. Palautteen mukaan kehittämistyö koettiin tarpeelliseksi ja arvioitiin sen selkiyttävän työnjakoa, jakavan vastuuta sekä yhtenäistävän toimintakäytäntöjä. Huomiota herätti se, että vastuuhuojalla on paljon tehtäviä prosessin eri vaiheissa. Huolena on miten toimitaan, jos vastuuhuojaja on poissa.

### 7.1.2 Yhteenvetotilaisuus

Yhteenvetotilaisuus järjestettiin työpajatapaamisten jälkeen seuraavalla viikolla. Siihen osallistui itseni lisäksi kymmenen henkilöä (10), joista suurin osa oli mukana työpajatapaamisissa. Tilaisuudessa käytiin läpi työpajatapaamisessa tuotettu materiaali. Tuossa vaiheessa oli mahdollisuus tehdä lisäyksiä tai tarkennuksia. Näitä ei tullut. Todettiin, että todella paljon oltiin saatu koottua ja nostettua esiin asioita. Tilaisuudessa eräs totesi *“Tosi kiva yhdessä näin miettiä, kun ei olla porukalla näitä koskaan mietitty”*. Tähän kuitenkin huomautettiin, että prosessia on aiemminkin käsitelty, mutta siitä on jo useita vuosia aikaa.

Yhteenvetotilaisuudessa valittiin yhdessä jatkotyöstettävät aiheet. Työpajatapaamisissa kannatusta olivat saaneet “kuntsari” eli kuntoutuskokous, hoitoneuvottelu, tiedotus (liikkuminen, kuntoutussuunnitelma), raportointi sekä päätös asiakkaan kotiutuksesta. Lisäksi ehdotettiin alkuvarttia tarkasteltavaksi. Alkuvartin eli moniammatillisen alkukartoituksen sisältöä oli jo aiemmin aloitettu yhden työntekijän toimesta työstämään. Yhdessä päätettiin, että se jätetään pois tästä kehittämistoiminnan vaiheesta.

Kuntoutuskokousta ehdottanut ryhmä kertoi toivovansa, että kokous saataisiin pidettyä tiiviisti ja tehokkaasti, jottei se turhaan venyisi. Sisällöllisesti kuntoutuskokoukseen liittyviä asioita voitaisiin käsitellä muiden teemojen yhteydessä. Yhdessä totesimme tämän olevan tarkoituksenmukaista. Muodostimme ehdotuksista kolme kokonaisuutta 1) hoitoneuvottelu 2) hoitosuunnitelmat, tiedotus ja raportointi 3) päätös asiakkaan kotiutuksesta/ ympärivuorokautisen hoitopaikan hakemisesta (eli SAP-prosessin käynnistämisestä). Päätimme jatkaa kehittämistoimintaa siten, että pienryhmissä valmisteltaisiin kolmea valittua kokonaisuutta seuraavia työpajatapaamisia varten.

### 7.1.3 Pohdintaa ensimmäisestä vaiheesta

Työpaja oli onnistunut. Se näytti herättävän innostusta ja kiinnostusta. Keskustelu työpajatapaamisessa oli vilkasta. Vaikutti siltä, että kaikilla oli suurilta osin yhtäläinen ajatus siitä, mitä asioita arviointi- ja kuntoutusprosessi pitää sisällään. Kuitenkin monien asioiden kohdalla heräsi kysymyksiä erityisesti työnjaon ja vastuiden osalta; Kenen tehtävä on ottaa kotihoitoon yhteys? Ketkä osallistuvat hoitoneuvotteluun? Milloin pidetään kotiutuskokous?

Olisi ollut mielenkiintoista toteuttaa työpajatapaamiset siten, että jokaisessa olisi työstetty "asiakas tulee", "asiakas on" ja "asiakas lähtee" ja tämän jälkeen tarkastella kuinka samanlaisia/erilaisia kuvauksista olisi tullut. Tämä olisi kuitenkin vienyt huomattavan paljon aikaa. Koen merkitykselliseksi sen, että vaikka työskentely oli jaettu kolmelle iltapäivälle, teimme kuitenkin yhden yhteiset kuvaukset.

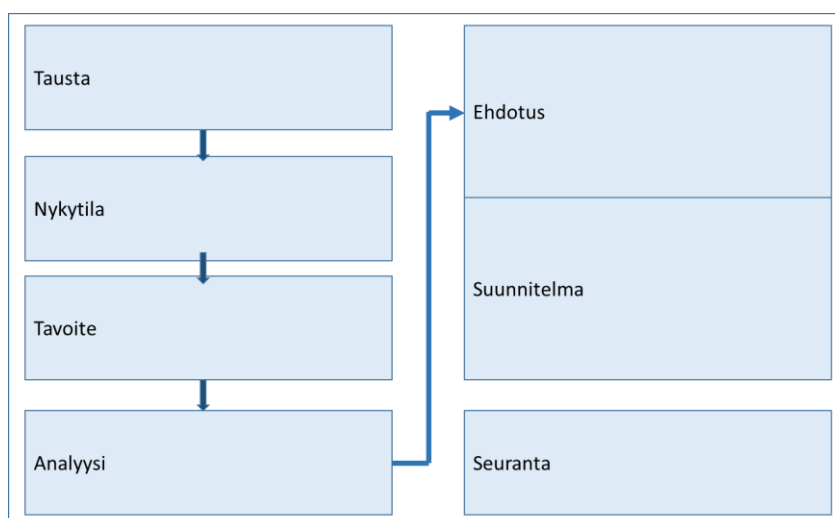
## 7.2 Toinen vaihe

Kehittämistoiminnan toisen vaiheen tavoitteena oli kehittää valittuja aiheita (1. hoitoneuvottelu 2. hoitosuunnitelmat, tiedotus ja raportointi 3. päätös asiakkaan kotiutuksesta/ ympärivuorokautisen hoitopaikan hakemisesta) toimintakäytäntöjen kehittämiseksi ja arviointi- ja kuntoutusprosessin sujuvoittamiseksi. Ennen Työpaja 2 tapaamisia pienryhmissä työstettiin alustavat ehdotukset edellisessä yhteenvetotilaisuudessa päätetyistä aiheista A3-menetelmää hyödyntäen.

### 7.2.1 Pienryhmätyöskentely

Pienryhmät muodostettiin ensimmäisen kehittämisvaiheen yhteenvetotilaisuuden päätteeksi. Kaikilla halukkailla oli mahdollisuus osallistua. Pienryhmiin ilmoittautui vielä myöhemmin mukaan henkilöitä, jotka eivät olleet päässeet mukaan yhteenvetotilaisuuteen. Teemoja ryhtyi työstämään kolme 4-5 hengen moniammatillista pienryhmää. Pienryhmien tapaamiset kestivät kukin noin 1 tunti 15 minuuttia. Työstämisessä käytettiin hyödyksi A3-työkalua, jonka idean esittelin pienryhmille.

A3-mallin otsikot ohjasivat pienryhmien keskustelua (kuvio 3). Ongelmien analyysiä teimme miksi-kysymysten avulla. Ehdotukset ja suunnitelma yhdistettiin esitykseksi työpajatapaamisiin. Varsinaisesta seurannasta ei tässä vaiheessa sovittu.



Kuvio 3: A3-ongelmanratkaisumenetelmä

Päätös kotiutuksesta / SAP-prosessin aloituksesta

SAP-prosessi tulee sanoista selvitä, arvioi, palveluohjaa. Arviointi- ja kuntoutusosastolla se tarkoittaa käytännössä ympärivuorokautisen hoitopaikan hakemista. Voidakseen saada ympärivuorokautisen hoitopaikan tulee asiakkaan saada arviot omasta toimintakyvystään moniammatilliselta tiimiltä, joiden perusteella SAS (SAS= selvitys, arviointi ja sijoitus)-työpari tekee päätöksen ja ratkaisun hoitotasosta. Työparin muodostavat arviointipäällikkö ja hoitoketjulääkäri.

Pienryhmässä käydyssä keskustelussa tuli esiin huoli asiakkaiden mahdollisesta epätasa-arvoisesta kohtelusta sekä hoitajaksojen pitkittymisen mahdollisuudesta, koska

kotiutuspäätöstä tai päätöstä SAP-prosessin aloittamisesta ei tehdä järjestelmällisesti. Pienryhmä ehdotti tavoitteeksi turvallisen ja mahdollisimman realistisen kotiutuksen, jotta asiakas selviäisi kotonaan sekä toisaalta jonkinlaisten perusteiden määrittämisen, joka yhdenmukaistaisi kotiutus päätöksiä. Ajatuksena oli listata kysymyksiä, jotka tulisi huomioida kuntoutuskokouksissa asiakkaan kuntoutumista ja jakson päättymistä arvioitaessa.

Pienryhmässä koettiin, että toimintakäytäntöjen kehittämiseksi ei tullut varsinaista ratkaisua tai ratkaisevaa ehdotusta vaan keskustelussa syntyi lisää uusia kysymyksiä. Keskustelussa tunnistettiin, että henkilökunnan asenne ja persoonallisuus saattavat vaikuttaa kotiutus päätökseen, samoin asiakkaan hoidollisuus. Lisäksi huomioitiin, että keskittymällä varsinaiseen asiakkaan ongelmaan ja lähetteessä mainittuun tavoitteeseen hoitajakso voisi lyhentyä. Ehdotuksena oli tavoitella tasa-arvoa ja yksilöllisyyttä seuraavin keinoin: käydään kaikkien asiakkaiden osalta samaa kysymyslistaa läpi toimintakyvystä, mutta jokaisen kohdalla painotetaan sitä asiaa, jonka vuoksi asiakas on tullut osastolle.

Hoitosuunnitelmat, raportointi ja tiedonkulku

Pienryhmäkeskustelussa tuli esiin, että kirjaamis- ja raportointi käytännöissä on haasteita. Koettiin, että aiemmin raportit kestivät liian pitkään, mutta tällä hetkellä raportointia ei juuri ole ja tärkeätkin asiat jäävät kertomatta sekä toisinaan myös kirjaamatta. Tietoa asiakkaan kuntoutumisesta ja jakson etenemisestä ei ole riittävästi kaikilla osapuolilla. Tavoitteeksi pienryhmässä asetettiin muun muassa kirjaamisen tehostaminen. Huomattiin, että aiemmin käytössä ollut yöhoitajan kirjoittama lyhyt raportti yön tapahtumista oli jäänyt pois. Päätettiin korjata asia heti ja aktivoida käytäntö uudelleen.

Pienryhmässä esittelin kuvan asiakastaulusta, jonka avulla eräällä osastolla viestitään ja seurataan asiakkaan kuntoutumista. Pienryhmässä innostuttiin asiakastaulun kokeilemisesta ja sitä päätettiin kokeilla heti tekemällä prototyyppi asiakastaulusta. Tavoitteeksi asiakastaululle asetettiin päällekkäisen kirjaamisen välttäminen, vähentää irtonaisten viestilappujen käyttöä ja toimia ohjaavana informaation lähteenä. Vanha taulupohja oli olemassa kansliassa, joten kokeilu oli helppo toteuttaa heti. Asiakastaulusta tehtiin jo ennen Työpaja 2 tapaamisten alkua ensimmäinen prototyyppi.

Käytännön toteutukseksi pienryhmässä ehdotettiin lyhyttä kirjallista raportointia, moniammatillisuuden näkymistä hoitosuunnitelmissa esim. lisäämällä toimintaterapiasuunnitelma, työvuorossa ajankäytön suunnittelua sekä asiakastaulua kansliaan.

## Hoitoneuvottelut

Pienryhmälle oli ongelmia löytää kaikille ryhmäläisille sopiva ajankohta. Tämän vuoksi päädyttiin kokoontumaan kahdessa osassa. Keskusteluissa todettiin, että vuosien varrella on ollut hyvin vaihtelevia käytäntöjä hoitoneuvottelujen järjestämisestä. Toisinaan hoitoneuvotteluja oli pidetty kaikille, toisinaan vain silloin kun haetaan asiakkaalle ympärivuorokautista hoitopaikkaa ja joskus lähinnä omaisten pyynnöstä. Todettiin, että joitakin viikkoja aiemmin oli tullut päätös, että kaikille pidetään järjestelmällisesti hoitoneuvottelu, mutta tämä ei ollut kaikilla tiedossa. Pienryhmän tehtävänä oli erityisesti tehdä hoitoneuvottelusta toimintamalli tai kuvaus.

Pienryhmässä työstettiin seuraava ehdotus: Alkuvartissa sovitaan ajankohta hoitoneuvottelulle, osallistujina asiakkaan ja mahdollisten omaisten lisäksi vastuuhoitaja, sosiaaliohjaaja ja tarpeen mukaan fysioterapeutti ja/tai toimintaterapeutti. Hoitoneuvottelussa käydään läpi asiakkaan taustatilanne, tämänhetkinen tilanne sekä suunnitelma. Yhteisesti pohdittavaksi esitettiin, miten toimitaan, jos asiakkaalla ei ole omaisia, jos asiakas ei halua heitä mukaan tai jos omaiset eivät halua osallistua.

### 7.2.2 Työpajatapaamiset ja yhteenvetotilaisuus

Työpaja 2 järjestettiin kuukausi Työpaja 1 jälkeen. Työpajatapaamisissa tarkoituksena oli esitellä pienryhmissä tehdyt alustavat ehdotukset, käydä niistä keskustelua ja tehdä mahdollisia muutoksia. Tapaamiset järjestettiin kuten ensimmäiselläkin kerralla eli kolmena perättäisenä iltapäivänä ja niiden kesto oli 45 minuuttia. Osallistujia oli kussakin tapaamisessa 3-5 ja yhteensä kymmenen (10) henkilöä itseni lisäksi.

Ensimmäinen työpajatapaaminen järjestettiin niin, että kävin systemaattisesti läpi kaikki kolme A3-ehdotusta. Työskentelytapa tuntui sekavalta eikä se synnyttänyt juurikaan keskustelua. Toiseen tapaamiseen kokosin A3-ehdotuksista tiivistelmän, jotka jaoin jokaiselle osallistujalle. Ennen niihin paneutumista esittelin kansliaan kootun asiakastaulun ja keskustelimme siitä. A3-ehdotukset alustivat hyvin keskustelun. Asioista oltiin samanmielisiä kuin pienryhmässä, eikä muutosehdotuksiin tullut isompia lisäyksiä. Ehdotettiin, että sosiaaliohjaaja voisi kutsua hoitoneuvottelun koolle vastuuhoitajan ollessa estynyt. Lisäksi pohdittiin voisiko ja pitäisikö asiakkaista tehdä säännöllisesti pidempiä kirjallisia väliarvioita. Viimeisessä työpajatapaamisessa toivottiin kehittämistoiminnalta jotain konkreettista ja prosessin yksinkertaistamista. Varsinaisia muutos- tai lisäysehdotuksia pienryhmissä tehtyihin A3-ehdotuksiin ei tullut.

Työpajatapaamisten jälkeen pidettiin yhteenvetotilaisuus. Tilaisuuteen osallistui yhdeksän henkilöä. Yhteiseen tilaisuuteen laadin hahmotelman arviointi- ja kuntoutus prosessikuvauksesta sekä koonnin ehdotuksista työpajatapaamisissa syntyneiden materiaalien pohjalta (liite 2).

Materiaali jaettiin kaikille osallistujille. Kaikki paikallaolijat osastonhoitajaa lukuun ottamatta olivat osallistuneet työpajatapaamisiin. Esittelin tiivistetysti A3-ehdotukset ja tapaamisissa käydyin keskustelun. Joitakin asioita oli jo otettu käytäntöön kuten hoitoneuvottelujen järjestäminen hoitajakson alussa ja asiakastaulun perustaminen kansliaan.

Yhteenvetotilaisuudessa päätimme, että asiakastauluun ei tehdä huomattavia muutoksia tulevan kahden kuukauden lomakauden aikana. Hoitoneuvottelut päätettiin järjestää kuten oli ehdotettu. Tarvittaessa hoitoneuvottelut järjestetään yhdistettynä kuntoutuskokoukseen mikäli omaisia ei ole tai yhdistettynä kotiutuskokoukseen, jos kotiutuminen on tiedossa lähiaikoina. Kotiutus päätöksen ja SAP-prosessin aloituksen tueksi päätettiin tehdä huoneentaulu asiakkaan arvioinnissa huomioon otavista asioista. Sovimme, että kirjoitan sen ehdotuksen mukaisesti. Keskustelua ei juuri tilaisuudessa syntynyt ja kuten eräs totesi *“mitäs tässä nyt on, kun on valmiiksi pureskeltuja asioita.”* Sovimme, että parin kuukauden kuluessa teen asiakkaan arviointi- ja kuntoutusjaksosta prosessikuvauksen ja tarkastelemme, miten kehitetyt toimintakäytännöt toteutuvat

Yhteenvetotilaisuuden jälkeen kokosin sovitut asiat ja jaoin yhteenvedot jokaiselle yksikön työntekijälle. Neuvotteluhuoneeseen kokosin ehdotuksen pohjalta huoneentaulun asiakkaan kotikuntoisuuden arvioinnin tueksi sekä muokkasin asiakastaulua lisäehdotusten mukaisesti.

### 7.2.3 Pohdintaa toisesta vaiheesta

Hoitosuunnitelma, tiedotus, raportointi -pienryhmässä sovellettiin huomattavasti A3-menetelmää. Sitä tarkasteltaessa huomaa, että taustatilanne, nykytilan kuvaus, analyysi ja ehdotus eivät aina kohtaa keskenään. Ehdotus asiakastaulusta ei ehkä anna suoranaisesti vastauksia Työpaja 1 heränneeseen tarpeeseen. Pienryhmissä ja työpajatapaamisissa käydyissä keskusteluissa syntyi arvokasta ammattieettistä pohdintaa. Keskusteluissa tunnistettiin omia heikkouksia ja pyrittiin huomioimaan asioita asiakaslähtöisesti.

### 7.3 Kolmas vaihe

Alkuperäinen suunnitelma oli kahden kuukauden kuluttua toisen yhteenvetotilaisuuden jälkeen ja lomakauden jälkeen arvioida, miten arviointi- ja kuntoutusprosessi toteutuu ja miten työpajoissa yhteisesti sovitut asiat toteutuvat käytännössä. Osastonhoitaja ehdotti kuitenkin, että työpajatyöskentelyä voisi vielä jatkaa. Työpaja 3 teemaksi päätimme hänen kanssaan “Arviointi- ja kuntoutusprosessin käsikirja työntekijöille”.

#### 7.3.1 Työpajatyöskentely ja yhteenvetotilaisuus

Aiempien työpajojen pohjalta olin koonnut arviointi- ja kuntoutusprosessista kaavion. Työpaja 3 tavoitteena oli kirjoittaa auki käsikirjaan, mitä kaavion vaiheet pitävät sisällään; ketkä osallistuvat, kuka on vastuussa, sisältö, kuka kirjaa. Koska eri vaiheita on yhdeksän (9), päätin toteuttaa työpajatapaamiset siten, että jokaisessa tapaamisessa käsiteltäisiin 1-3 aihetta. Yhteenveto tilaisuudessa koottaisiin kaikki yhteen ja tuolloin olisi mahdollista käydä yhteistä keskustelua kaikista kohdista sekä tehdä tarvittavia muutoksia.

Työpajatapaamiset järjestettiin edellisten tavoin kolmena iltapäivänä ja ne kestivät noin 45 minuuttia. Työpajatapaamisiin osallistui itseni lisäksi yhteensä 13 henkilöä. Jokaisessa tapaamisessa oli 3-5 henkilöä. Kaikissa tapaamisissa päädyimme työskentelemään siten, että itse toimin kirjuriina ja tapaamisten jälkeen kirjoitin muistiinpanot puhtaaksi. Ensimmäisessä työpajatapaamisessa aiheena oli asiakas tulee osastolle ja kuntoutuskokous, toisessa hoitoneuvottelu, kotiutuskokous ja kotikäynti ja viimeisessä tapaamisessa käsitelimme SAP-prosessia. Muita emme ehtineet yhdessä työstämään, joten päädyin kirjoittamaan itse alkuvartista, tukikäynnistä ja arviointi- ja kuntoutusjakson päättymisestä. Puhtaaksi kirjoitetut muistiinpanot olivat kahvihuoneessa kaikkien luettavana ja kommentoitavina noin kaksi viikkoa. Lisäsin teksteihin ehdotuksen, että jokaiseen prosessin kohtaan lisättäisiin tavoite. Ehdotus sai kannatusta, muutoin tekstejä ei kommentoitu.

Työpajatapaamisissa tuli esiin, että käsikirja nähtiin hyvänä lisänä perehdyttämiselle, mutta todettiin, ettei se voi korvata niin sanotusti vieressä oppimista. Koettiin, että on hyvä asia, kun toimintakäytännöt on kirjattu ja niihin voi aina palata ja tarkistaa miten on sovittu tehtävän. Eräs koki, että arvokeskustelua tulisi käydä toimintakäytäntöjen lisäksi (tai mieluiten tulisi aloittaa siitä). Käsikirjaa tehtäessä huomattiin, että asiat eivät aina toteudu samalla tavalla ja se vaikuttaa toimintakäytäntöihin. Esimerkiksi jos uusi asiakas tulee aamupäivällä tai iltapäivällä, voivat toimintakäytännöt olla erilaiset jo ainoastaan



henkilökuntarakenteen vuoksi. Kaiken kaikkiaan käsikirja ja prosessin käsittely koettiin positiiviseksi kuin myös se, että asiat on koottuna yhteen.

Yhteenvetotilaisuuteen osallistui lisäksi neljä henkilöä. Kävimme läpi työntekijän käsikirjan hahmotelman. Päätimme kirjoittaa tavoitteet jokaiseen prosessin kohtaan ja lisäksi kirjasimme muutaman tarkennuksen. Yhteenvetotilaisuuden päätteeksi eräs totesi, että *“tämä selkiytti koko jutun”*. Yhteenvetotilaisuuden jälkeen kirjoitin käsikirjan puhtaaksi ja vein henkilökunnan kahvihuoneeseen viikon ajaksi luettavaksi ja tarkastettavaksi ennen käsikirjan viimeistelyä.

Käsikirjaan tuli yksi kirjallinen kommentti, jossa pohdittiin, että käsikirja tarvitsisi jonkinlaisen johdannon ja tarkemman kuvauksen arviointi- ja kuntoutusosastosta sekä -prosessista, jotta se aukeaisi paremmin. Eräs totesi, että arviointi- ja kuntoutusprosessin pitäisi todennäköisesti toteutua juuri kuvatulla tavalla, mutta käytännössä suuriakin vaihteluja voi olla. Eräs työntekijä totesi, ettei ole päässyt osallistumaan kuin yhteen työpajatapaamiseen. Hän tutki ensimmäiseksi prosessin arvovirtakuvausta ja häneltä tuli kysymyksiä ja ehdotuksia miten kaaviota voisi avata. Kehotin häntä jatkamaan käsikirjan lukemista ja juuri näihin hänen esittämiin kysymyksiin ja ehdotuksiin löytyi vastaukset. Tämä kertonee siitä, että käsikirjasta löytyy tarvittavat tiedot.

Käsikirja lähetettiin sosiaalityöntekijän esimiehelle kommentoitavaksi. Kehitysehdotuksena tuli muutama lisäys, jotka koskivat sosiaalityöntekijän roolia sekä ehdotus tekniseen toteutukseen.

Kolmas vaihe päättyi siihen, että asiakastaulu ja valmis työntekijän käsikirja esiteltiin ylihoitajalle sekä toisen arviointi- ja kuntoutusosaston moniammatillisella tiimille. Heidän antama palaute ja arviointi on huomioitu Tulokset-luvussa.

### 7.3.2 Pohdintaa kolmannelta vaiheesta

Työpaja 3 olisi voinut suunnitella toisin. Jokaisessa pienryhmässä aika loppui kesken vaikka aiemmissa työpajoissa oli suurelta osin jo tuotettu tarvittava tieto, ja nyt oli tarkoituksena koota tiedot yhteen käsikirjaksi muutamia tarkennuksia tehden. Selkeämmät apukysymykset tai väliotsikot olisivat voineet jäsentää ja nopeuttaa työskentelyä. Esimerkiksi valmis lomake, johon olisi otsikoitu; osallistujat, järjestäminen, sisältö, kirjaus, tavoite.

Työpaja 3 aikaan osastolla oli paljon hoitoa paljon tarvitsevia asiakkaita ja henkilökunnassa vajautta. Yhteenvetotilaisuuden aikana yksi asiakas oli siirtymässä pois osastolta ja toinen

tulossa sisään. Tämän vuoksi osallistujia oli vähän verrattuna edellisiin yhteenvetotilaisuuksiin. Keskusteluissa tuli esiin, että juuri nyt työ on erityisen kuormittavaa ja henkilökunta väsynyttä.

Toisen arviointi- ja kuntoutusosaston henkilökunta oli kiinnostunut tehdystä kehittämistoiminnasta. Vertaisarviointiin olisi voinut panostaa enemmän. Nyt arviointi jäi asiakastaulun ja työntekijän käsikirjan esittelyn yhteydessä hieman kevyeksi avoimeksi keskusteluksi.

## 8 Tulokset

Tässä luvussa esittelen kehittämistoiminnan konkreettiset tuotokset, tarkastelen kehittämistoimintaa prosessina sekä esittelen moniammatillisen tiimin yhteisen ymmärryksen lisääntymistä ja toimintakäytäntöjen kehittämistä virtaustehokkuuden sekä hukan näkökulmasta.

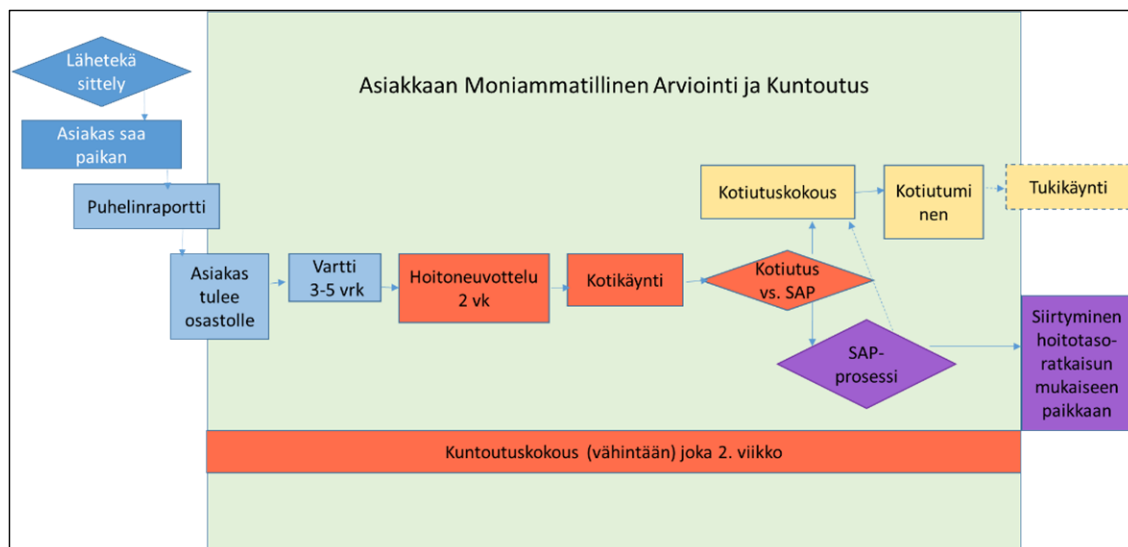
Kehittämistoiminnan tarkoituksena oli siis lisätä ja tukea työntekijöiden yhteistä ymmärrystä asiakkaan moniammatillisesta arviointi- ja kuntoutusprosessista. Tavoitteena oli tehdä näkyväksi asiakasprosessi osastolla sekä kehittää toimintakäytäntöjä toiminnan tehostamiseksi. Kehittämisessä kiinnitettiin erityishuomio ammattiryhmien työnjakoon, sujuvaan tiedonkulkuun sekä asiakkaan osallisuuden tukemiseen arviointi- ja kuntoutusprosessin aikana. Kehittämistoiminnan aikana syntyi kaksi konkreettista tuotosta; työntekijän käsikirja asiakkaan moniammatillisesta arviointi- ja kuntoutusprosessista sekä asiakastaulu.

### 8.1 Asiakkaan moniammatillinen arviointi- ja kuntoutusprosessi

Moniammatillisen tiimin kanssa yhdessä koottu prosessikuvaus oli perusteltua kehittämistoimintaa ja sen toiminnan kuvaaminen merkityksellistä.

Työpaja 1 ja Työpaja 2 materiaaleista syntyi pohja arviointi- ja kuntoutusprosessin käsikirjaksi työntekijälle ja arvovirtakuvaus asiakkaan arviointi- ja kuntoutusprosessista (kuvio 4). Työntekijän käsikirjan sisältö asiakkaan arviointi- ja kuntoutusprosessista tuotettiin yhdessä ja minä kokosin sen (liite 3). Käsikirja sai lopulliseksi muodokseen laminoitua A4-kokoisen viuhkan.

Käsikirja kuvaa arviointi- ja kuntoutusprosessia yhdellä kaupungin arviointi- ja kuntoutusosastoista sellaisena, kuin se sillä hetkellä näyttäytyi. Käsikirja on tehty moniammatilliselle tiimille tavoitellen asiakasnäkökulmaa ja asiakaslähtöisyyttä sekä huomioiden tiedon kulkemisen haaste tiimissä. Tiedonkulun varmistamiseksi esimerkiksi prosessin eri kohtiin nimettiin kuka kirjaa ja mihin tarvittavat tiedot hoitoneuvotteluista. Työntekijän käsikirjan teossa on tavoiteltu Leanin mukaista arvovirtakuvausta, jossa huomio kohdistetaan asiakkaalle arvoa tuottaviin toimintakäytäntöihin.



Kuvio 4: Asiakkaan moniammatillinen arviointi ja kuntoutus -prosessikuvaus

Asiakkaan arviointi- ja kuntoutusprosessi etenee siten, että lääkäri tekee asiakkaalle lähetteen arviointi- ja kuntoutusjaksolle. Lähetekäsittelyssä päätetään pääseekö asiakas arviointi- ja kuntoutusjaksolle vai ei. Kun asiakkaalle tarjotaan osastolta paikkaa, otetaan lähettävältä taholta puhelinraportti, koskien asiakkaan sen hetkistä terveydentilaa ja toimintakykyä sekä kotitilannetta. Asiakkaan toimintakyvyn ja tilanteen arviointi sekä kuntoutus alkavat heti osastolle tulon jälkeen, joskin puhelinraportin vastaanoton yhteydessä aloitetaan lähtötilanteen kartoitus. Prosessikuvauksessa taustalla oleva laatikko kuvastaa koko jakson ajan tapahtuvaa arviointia ja kuntoutusta.

Osastolla pidetään kuntoutuskokous vähintään joka toinen viikko, jonka tavoite on asiakkaan tilanteen säännöllinen moniammatillinen arviointi. Kuntoutuskokouksiin osallistuu koko moniammatillinen tiimi. Kuntoutuskokouksen tavoite on asiakkaan tilanteen säännöllinen moniammatillinen arviointi.

Työpaja 2:ssa koottiin niin sanotuksi huoneentauluksi muistilista asiakkaan arvioinnissa huomioitavista asioista (kuvio 5). Kuntoutuskokouksissa asiakkaan tilannetta arvioidaan näiden asioiden kannalta. Lisäksi huoneentaulun tavoitteena on muun muassa tukea moniammatillista tiimiä asiakkaiden tasavertaisessa kohtelussa.



Kuvio 5: Asiakkaan arvioinnissa huomioitavaa -huoneentaulu

Asiakkaan tultua osastolle eri ammattiryhmien edustajat tapaavat asiakkaan ja sovitaan alkuvartista eli moniammatillisesta alkukartoituksesta, jonka fysioterapeutti kutsuu koolle. Alkuvartti pidetään 3-5 vuorokauden kuluttua jakson alkamisesta. Sen tavoitteena on suunnitella asiakkaan kanssa arviointi- ja kuntoutusjakson tavoite ja kulku. Alkuvarttiin osallistuvat hoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaaliohjaaja sekä tarvittaessa sosiaalityöntekijä.

Kahden viikon kuluttua jakson alusta järjestetään hoitoneuvottelu, johon osallistujat sovitaan vartin yhteydessä. Hoitoneuvottelun kutsuu koolle asiakkaan vastuuhoidaja. Hoitoneuvottelun tavoitteena on erityisesti asiakkaan ja omaisten kuuleminen. Neuvottelussa käydään läpi asiakkaan tilannetta ennen hoitajakson alkua ja tällä hetkellä sekä tarkennetaan kuntoutussuunnitelmaa.

Tarpeen mukaan asiakkaalle tehdään kotikäynti, jonka tavoitteena on arvioida asiakkaan fyysistä kotiympäristöä sekä kotiin orientoitumista. Kotikäynnin kokoonpano riippuu asiakkaan tilanteesta ja tarpeesta. Kuntoutuskokouksessa sovitaan kuka on kotikäynnin järjestämisestä vastuussa.

Arviointi- ja kuntoutusjakson päätteeksi asiakas kotiutetaan. Kuntoutuskokouksessa tehdyn kotiutus päätöksen jälkeen, sosiaaliohjaaja kutsuu koolle kotiutuskokouksen. Kotiutuskokouksen tavoitteena on asiakkaan turvallinen kotiutuminen. Kotiutuskokoukseen osallistuu asiakkaan lisäksi, omainen, vastuuhoidaja tai tiimin sairaanhoitaja, sosiaaliohjaaja,

kotihoito sekä tarpeen mukaan fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Kotiutuskokouksessa keskustellaan muun muassa asiakkaan toimintakyvystä, hoitajakson kulusta sekä sovitaan kotona asumista tukevista palveluista. Kotiutuskokouksen tavoite on asiakkaan turvallinen kotiutuminen.

Asiakkaan kotiuduttua, hänelle voidaan tehdä tarpeen mukaan tukikäyntejä. Tukikäynneistä sovitaan kotiutuskokouksessa tai tarve voi ilmetä kotiutumisen jälkeen. Tukikäynnit räätälöidään yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden mukaan. Käyntien tavoitteena on tukea asiakkaan kotona asumista hoitajakson jälkeen.

Arviointi- ja kuntoutusjaksolla arvioidaan asiakkaan palvelun tarvetta ja kotikuntoisuutta. Mikäli asiakkaan tilanne vaatii, aloitetaan ympärivuorokautisen hoitopaikan hakeminen. Asiasta päätetään kuntoutuskokouksessa asiakkaan ja omaisten kuulemisen jälkeen ja käynnistetään SAP-prosessi. Ympärivuorokautisen hoitopaikan hakeminen voidaan aloittaa myös asiakkaan omasta pyynnöstä. SAP-prosessista muodostui oma erillinen kaavio, johon eriteltiin eri ammattiryhmien tehtävät (liite 4). SAP-prosessin tavoitteena on, että asiakas saa tarkoituksenmukaisen hoitopaikan.

Asiakkaan saatua SAS-työparilta hoitotasoratkaisun, asiakas jää toimintakyvyn ja tilanteen niin vaatiessa odottamaan osastolle hoitotasoratkaisun mukaista hoitopaikkaa. SAS-työparin ratkaisu voi olla myös niin sanottu "kotipäätös", jolloin aloitetaan kotiutumiseen liittyvien asioiden valmistelu.

Asiakkaan arviointi- ja kuntoutusjakso päättyy asiakkaan lähtiessä osastolta. Hänestä laaditaan loppuarviot, annetaan puhelinraportti seuraavalle hoitotaholle ja huolehditaan muun muassa lääkehoidon jatkuvuudesta siirtymäajalla. Tavoitteena on asiakkaan turvallinen siirtyminen osastolta. Asiakkaan lähdettyä toimitaan potilasarkistoon arkistoitavat asiakaspaperit.

Prosessikuvaukseen eikä työntekijän käsikirjaan ole eritelty yksittäisten ammattiryhmien toimintakäytäntöjä asiakkaan arviointi- ja kuntoutusjaksolla, kuten missä vaiheessa fysioterapeutin tulisi tehdä alkuarvio. Käsikirjassa on pyritty selventämään vastuun- ja tehtävien jakoa ammattiryhmien kesken.

Työntekijän käsikirja oli esillä taukuhuoneessa yli viikon ja useamman kerran työntekijöitä kehoitettiin tutustumaan siihen ja kommentoimaan sitä. Tarkkaa käsitystä siitä, kuinka moni todella tutustui käsikirjaan ei ole, mutta alle viiden kuulin tai luin sitä kommentoineen. Oli erittäin merkityksellistä, että henkilökunta osallistui kehittämistoimintaan ja sitä kautta käsikirjan sisällön tuottamiseen. Ennalta sovittu ja konkreettinen yhdessä työskentely oli

todennäköisesti yhteistä ymmärrystä tukevampaa kuin henkilön itsensä varaan jäävä tutustuminen kirjalliseen materiaaliin.

Kehittämistoiminnan aikana työyhteisössä käydyn keskustelun lisäksi työntekijän käsikirjaa sekä prosessikuvausta asiakkaan moniammatillisesta arviointi- ja kuntoutusprosessista arvioi toisen vastaavan osaston henkilökunta, monipuolisen palvelukeskuksen ylihoitaja sekä alueen johtava sosiaalityöntekijä.

Työntekijän käsikirjaan koottiin kuvaus tämän hetkisestä arviointi- ja kuntoutusprosessin toimintakäytännöistä. Mutta käytännössä prosessissa on silti vaihtelevuutta, kuten eräs työntekijä pohti

*“---Joo, noinhan sen pitäisi varmaan mennä, mutta ei se käytännössä mene---”*

Arviossa osaston ulkopuolisilta henkilöiltä saimme, että olemme tehneet suuren ja hyvän työn kootessamme työntekijän käsikirjan. Lisäksi koettiin, että käsikirja antaa hyvän kuvan osastolla tapahtuvasta toiminnasta arviointi- ja kuntoutusprosessin toteuttamisen kannalta henkilölle, joka ei osastolla työskentele. Useampi henkilö toi esiin, että prosessikuvaus ja käsikirja ovat käyttökelpoisia työkaluja, joita ei aiemmin ole ollut käytössä.

*“Kun sitä katsoo, niin juuri noinhan se tietysti menee”*

Laajan prosessin kuvaamisessa yksinkertaisesti on omat riskinsä. Jotakin oleellista voi jäädä pois. Esiteltäessä asiakastaulua sekä työntekijän käsikirjaa, joka sisältää prosessikuvauksen ylihoitajalle ja toisen arviointi- ja kuntoutusosaston moniammatilliselle tiimille pääasiallinen palaute oli, että prosessi on selkeästi kuvattu. Työntekijän käsikirjasta arvioitiin, että se helpottaa erityisesti uusia työntekijöitä ja opiskelijoita sekä auttaa perehdyttämisessä. Lisäksi todettiin, että muistissa on paljon asioita ja on helpottavaa, kun prosessiin liittyviä asioita on koottuna käsikirjaan ylös, josta niitä voi tarkistaa.

## 8.2 Asiakastaulu

Asiakastaululla pyrittiin lisäämään tiedonkulkua moniammatillisissa tiimissä asiakkaan arviointi- ja kuntoutusprosessin etenemisestä. Sen kehittämisessä hyödynnettiin Leanin ajattelun ideaa PDCA-mallista konkreettisesti ongelman ratkaisussa. Esimerkiksi joissakin tuotantotehtaissa, uusi linjasto saatetaan ensimmäisen suunnitelman jälkeen valmistaa kokeiluversiona pahvista, jotta voidaan demonstroida linjaston toimintaa ja tehdä tarvittavia parannuksia ennen varsinaisen linjaston rakentamista. Tämä mahdollistaa suunnitelman nopean kokeilun, kokemusten keräämisen ja jatkokehittämisen ennen suurempia

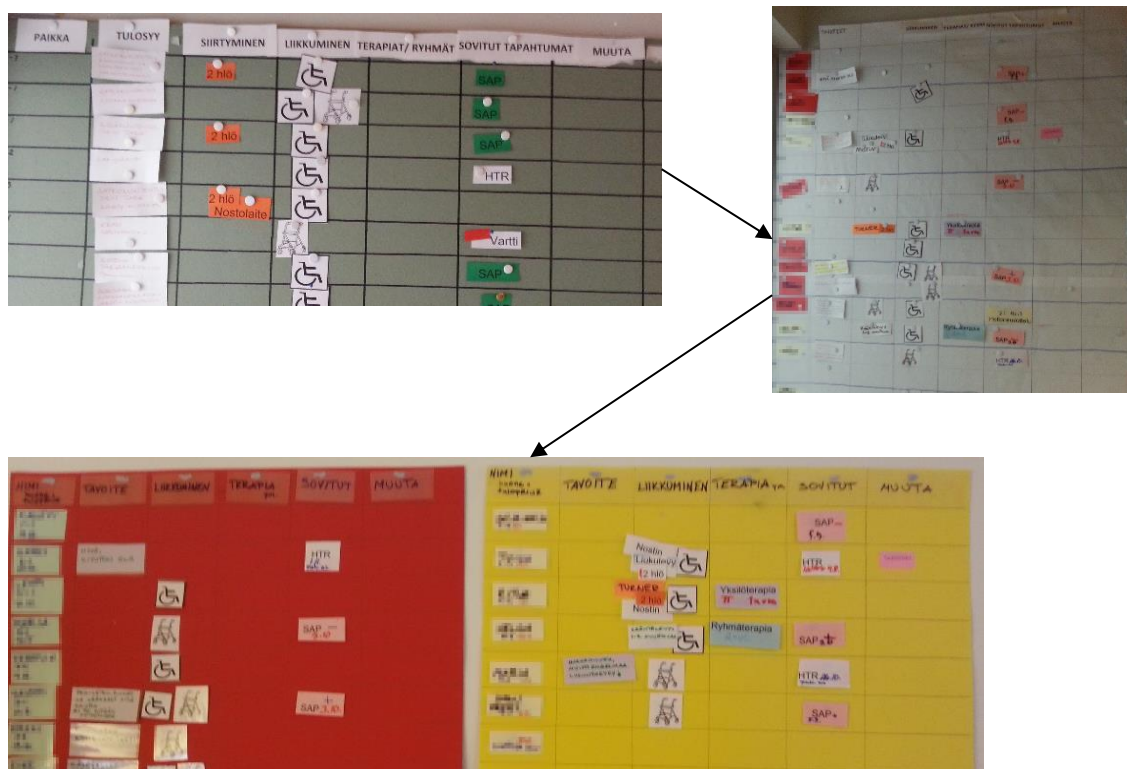
investointeja ja epätydyttäviä ratkaisuja. Tätä ajatusta seuraten ryhdyttiin kehittämään asiakastaulua olemassa olevista materiaaleista. Käytimme hyväksemme kansliasta löytynyttä ilmoitustaulua ja paperia.

Ensimmäinen versio asiakastaulusta laadittiin pienryhmässä ennen varsinaisia Työpaja 2 tapaamisia. Varsinaiset asiakastiedot täydensin tauluun itse. Asiakastaulun viereen oli laitettu palautelappu, johon toivottiin kommentteja ja kehitysehdotuksia. Erityisesti Työpaja 2 tapaamisissa kerättiin kootusti kehittämissideoita ja palautetta asiakastaulusta.

Ensimmäisessä versiossa asiakastaulussa oli seitsemän saraketta paikka, tulosy, siirtyminen, liikkuminen, terapiat/ryhmät, sovitut tapahtumat ja muuta. Viimeissä versioissa siirtyminen ja liikkuminen yhdistettiin ja tulosy-sarakkeen nimi muutettiin tavoitteeksi. Ajatuksena on siis on, että taulusta voi nähdä koska asiakas on tullut ja missä huoneessa hänen paikka on. Tavoite kertoo jakson tavoitteesta, joka voi muuttua kuntoutuksen edetessä. Liikkumisen ja siirtymisten kohdalla olevat symbolit kertovat asiakkaan pääasiallisesta liikkumistavasta. Terapiat ym. sarakkeissa selviää erityisesti suunnitellut ryhmäfyioterapiapäivät, jolloin mahdollisia päällekkäisiä menoja voidaan paremmin välttää. Sovittuihin tapahtumiin merkitään varttien, hoitoneuvottelujen ja kotiutuskokousten ajankohdat sekä mahdollinen päätöspäivämäärä SAP-prosessin aloittamisesta. Lisäksi sarakkeeseen tulee merkitä asiakkaan saama hoitotasoratkaisu, kotiutuminen tai siirtyminen jatkohoitoonpaikkaan. Taulun päivittämisestä on sovittu erikseen.

Kaksi kuukautta toisen työpajan yhteenvedon jälkeen asiakastaulua ja sen käyttöä arvioitiin. Käyttö oli ollut vähäistä eikä taulua oltu juuri päivitetty. Tähän osaltaan vaikuttanee se, että tuohon aikaan moni vakituisesta henkilökunnasta oli lomalla. Asiakastaulu koettiin kansliassa ongelmalliseksi muun muassa rauhattomuuden ja tilan ahtauden vuoksi. Palautetta tuli siitä, että sitä on vaikea lukea, (liikaa asiaa, vaikea hahmottaa) ja että se on väärässä paikassa. Päätimme jatkaa sen kehittämistä. Osastollamme asiakkaat ja hoitohenkilökunta on jaettu kahteen tiimiin. Niinpä asiakastaulu jaettiin tiimien mukaisiin väreihin. Taulut siirrettiin taukotilaan seinälle, jotta niitä olisi helpompi lukea rauhassa. Taulut tehtiin kartongille, joten niitä pystyi tarvittaessa siirtämään helposti esimerkiksi kuntoutuskokouksiin. Asiakastaulun visuaalista kehittymistä on kuvattu kuviossa 6.





Kuvio 6: Asiakastaulun kehitysvaiheet

Toisen osaston henkilökunta antoi oman arvion asiakastaulusta. Taulun arveltiin palvelevan hyvin silloin, kun ne ovat ajantasaisia. Suurimman hyödyn arvioitiin koituvan sijaisille ja lomalta palaavalle. Kuvat ja visuaalisuus koettiin hyviksi esimerkiksi liikkumisen apuvälineitä kuvaavat symbolit pyörätuolista ja rollaattorista. Ryhmässä pohdittiin voisiko siellä olla merkintä onko asiakkaan liikkuminen itsenäistä vai ei ja tulisiko etunimen lisäksi tai sijasta olla sukunimi. Esiin nousi kysymys siitä, voisiko asiakastaulu olla sähköinen, mutta todettiin myös, ettei se silloin palvelisi itse tarkoitusta. Asiakastaulun tarkoituksena on ollut olla suoraan näkyvillä ilman, että tarvitsee avata tietokonetta. Hoitotasoratkaisut koettiin hyväksi ja tärkeäksi näkyä taulussa. Arvioitiin, että moniammatillisen tiimin työntekijät hyötyvät taulusta eri tavoin esimerkiksi terapeutit ja sosiaaliohjaaja todennäköisesti seuraavat ja tulkitsevat eri tavoin taulussa olevaa informaatiota. Palautteena toisen yksikön henkilökunta sanoi myös, että asiakastaulussa on varmasti paljon kehitettävää vielä ja toisaalta pohdittiin voisiko asiakastaulu toimia heidän osastolla.

Lean ajattelutapaan liittyy vahvasti niiden toimijoiden osallistuminen koko kehittämistyöprosessiin ja ongelmanratkaisuun keitä asia koskee. Täydennettyäni taulun pohdin olisiko sitoutuminen asiakastaulun käyttämisen ollut vahvempaa, mikäli useampia olisi

ollut mukana asiakastietojen viemisessä taululle mukana. Vähitellen henkilökunta on alkanut käyttämään taulua ja päivittämään sitä.

*“Jos tietoja jää siihen eikä sitä päivitetä, voi asiakasturvallisuus kärsiä”*

*“päällekkäistä, tiedot on monessa paikassa”*

*“mitään ylimääräistä ei ehdi tehdä perustyön ohella”*

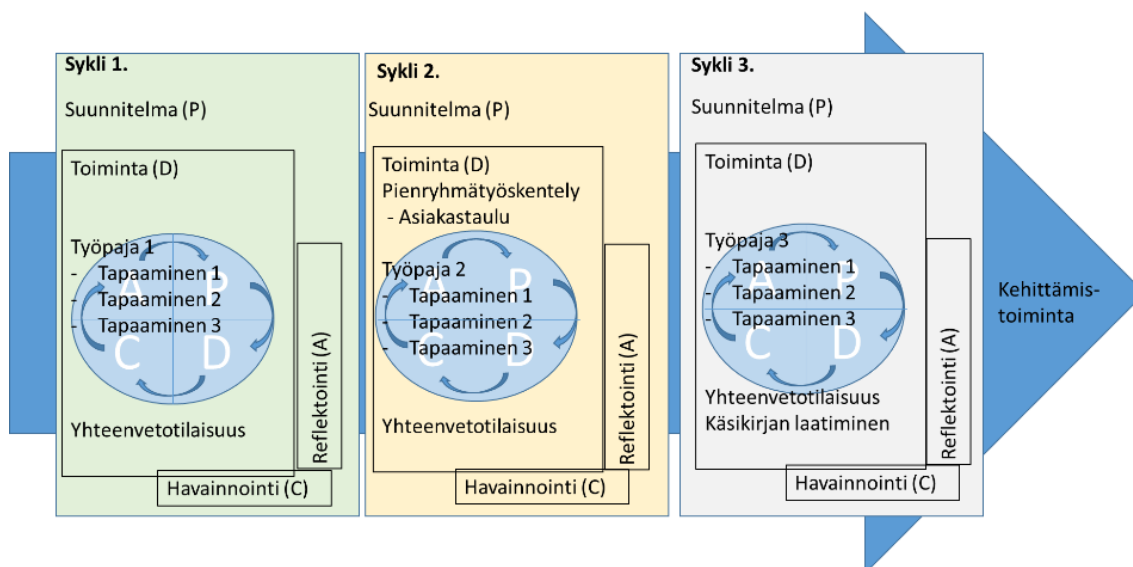
*”tää on just hyvä, kun tästä näkee (koko tilanteen)”*

Asiakastaulu on otettu vaihtelevasti käyttöön. Saatujen palautteiden mukaan vaikuttaisi siltä, että asiakastaulu on kerännyt positiivisempaa palautetta heiltä, jotka eivät työskentele osastolla täysipäiväisesti tai joiden varsinaisia asiakkaita ovat kaikki osaston asiakkaat. Asiakastaulun kehittäminen on ollut jatkuvaa. Ideoita on tullut ja niitä on toteutettu ”just-do-it” -periaatteella.

### 8.3 Kehittämistoiminta prosessina

Tarkasteltavassa kehittämistoiminnassa korostui prosessorientoituneisuus. Toiminnalle oli asetettu tietty suunnitelma, mutta kehittämisen aikana suunnitelmaa tarkastettiin. PDCA-mallin luonne tuli esiin toiminnan kehittyessä ja muuttaessaan alkuperäistä suunnitelmaa, kuten virtaustehokkuuden mittaaminen prosessitaulukon muodossa jäi pois.

Kehittämistoiminnassa ei aina tiedetä etukäteen mikä ja millainen lopputulos tulee olemaan. Niin kävi tämänkin kehittämistoiminnan kohdalla. Veijola on todennut Kuulaa mukailleen, että ei ole eduksi, mikäli tutkija on tiukasti sitoutunut yhteen teoriaan tai toimintamalliin. Tuolloin tutkija tulee helposti liikaa ohjanneeksi tutkimuksen tai sen tulosten suuntaa (Veijola, 2004, 90-91).



Kuvio 7: Kehittämistoiminnan kolme sykliä

Kehittämistoiminnassa toteutui kolme sykliä, jossa laadittu suunnitelma (P) toteutettiin (D), tein siitä havaintoja (C) ja reflektoin (A) (kuvio 7). Ensimmäisen ja toisen syklin jälkeen tein tarkentavia suunnitelmia alkuperäiseen verrattuna ja tarkistin suunnitelmaa. Lisäksi havainnoin työpajatapaamisia ja reflektoin omaa toimintaani ohjatessani työpajoja. Pyrin kehittämään työpajatapaamisten ohjaamista tekemieni huomioiden perusteella. Esimerkiksi Työpaja 2 kohdalla huomasin ensimmäisen tapaamisen jälkeen, että se kannattaa aloittaa asiakastaulun esittelemisellä ja vasta tämän jälkeen keskittyä muihin asioihin.

### 8.3.1 Työpajatyöskentely

Työpajatapaamisissa ryhmät olivat pieniä, 3-5 henkilöä. Mielestäni tämä oli hyvä asia. Tämä mahdollisti paremmin jokaisen työntekijän puheenvuoron saamisen sekä auttoi aikataulussa pysymistä. Palautteena koettiin, että työpajatapaamiset olivat sopivan mittaisia, jolloin keskittyminen pysyi yllä ja toiminta oli tehokasta.

Ensimmäisissä työpajatapaamisissa Learning Cafen teemat (”Asiakas tulee”, ”Asiakas on”, ”Asiakas lähtee”) olivat tarkoituksenmukaisia ja niiden avulla saatiin kerättyä tarvittavaa informaatiota arviointi- ja kuntoutusprosessin kuvaamista varten. Otsikot pilkkoivat riittäväällä väljyydellä arviointi- ja kuntoutusprosessin. Keskusteluissa prosessia pohdittiin monella tasolla huomioiden niin määrällisiä kuin laadullisia asioita sekä kuvaten yksittäisten ammattiryhmien ja moniammatillisen tiimin toimia. (Esimerkiksi ”lääkkeet ohjeineen huoneen pöydälle” ja ”hoitoneuvottelu” tai ”kotiutuskokous”.)

Kehittämistoiminnan toisessa vaiheessa työstettiin valittuja teemoja pienryhmissä hyödyntäen A3-työkalua. Päädyin käyttämään työkalua soveltaen sitä lähinnä keskustelun ohjaamiseen. Juurisyiden etsiminen jäi melko yleiselle tasolle. Useimmiten keskustelussa päädyttiin siihen, että on saatu ohjeet toimia tietyllä tavalla tai ohjeistus puuttuu. Riippuen juurisyiden etsijöiden asemasta organisaatiossa ja suhteesta ratkaistavaan ongelmaan, voivat löydettyt juurisyöt ongelmiin olla erilaisia.

A3 oli mielestäni toimiva menetelmä haasteiden ratkaisemiseen. Se ohjasi monipuolisesti käsittelemään valittuja kehittämisen kohteita. Työkalun tehokas käyttö vie huomattavasti enemmän aikaa kuin mitä tässä kehittämistoiminnan vaiheessa oli mahdollista käyttää.

Koskela (2013a) on pohtinut tutkijan roolin dilemmaa väitöstutkimusta tehdessään omassa työyhteisössä todeten, että tutkimusta tehdessä on saattanut tutkijana huomata epäkohtia, joihin työntekijänä olisi voinut pikaisesti puuttua, mutta tutkijana ei. Itse huomasin myös pohtivani esimerkiksi työpajoja vetäessäni, että työntekijänä olisin todennäköisesti osallistunut enemmän käytyihin keskusteluihin ja tuonut esiin mielipiteitäni kuin nyt työpajojen vetäjänä. Tapaamisissa osallistuin keskusteluun jonkin verran riippuen ryhmäläisten aktiivisuudesta. Pyrin antamaan tilaa ryhmän itsensä tuottaa tietoa enkä tarkasti ohjannut keskustelun suuntaa. Koin tarkoituksenmukaiseksi antaa keskustelun kulkea joustavasti annetun teeman ympärillä.

### 8.3.2 Yhteiskehittäminen

Kehittämistoiminnan aiheena asiakkaan arviointi- ja kuntoutusprosessin työstäminen oli hyvä. Työyhteisöstä nousi pohdintoja, ettei aiemmin näistä asioista ole keskusteltu ja että pysähtyminen asiakasprosessin äärelle oli tärkeää. Moniammatillisuus ja yhteistyö näkyy mielestäni kokonaisuudessaan hyvin niin työntekijän käsikirjassa kuin koko kehittämistyössä. Kehittämistyön aikana pidettiin tärkeänä, että eri ammattiryhmistä oli edustaja ainakin jossakin työpajan vaiheessa.

Kehittämistoiminta työpajoihin tapahtui siellä, missä itse asiakkaiden arviointi ja kuntoutuskin ja mukana olivat he keitä asia koski. Kaikilla moniammatillisen tiimin jäsenillä oli mahdollisuus osallistua kehittämistoimintaan. Työskentelyssä toteutui Lean ajattelutavan mukainen mahdollisuus työntekijöille osallistua kehittämistoimintaan (Grunden & Hagood 2011). Kehittäminen oli toimijalähtöistä ja työntekijät nostivat itse esiin aiheita, joita koettiin ongelmallisiksi tai joihin kaivattiin muutosta.

*“Juuri näin lähestymällä ja osallistamalla väki lähtee mukaan”*

Kehittämistoimintaa voi tehdä monella eri tavalla. Työyhteisössä on ollut kokemuksia aikaisemmilta vuosilta, jolloin muutokset tulivat enemmän organisaatiosta ylhäältäpäin annettuina ja työntekijöiden mielipiteitä otettiin melko vähän huomioon. Ylhäältä alaspäin - lähestymistavassa muutoksen vaikutukset voivat jäädä pieniksi (esim. Toikko & Rantanen 2009; Stenvall & Virtanen 2012).

Kehittämistoiminnan aikana näkyi henkilökunnan innostus ja kiinnostus. Eräs joka ei ollut päässyt ensimmäiseen yhteenvetotilaisuuteen mukaan, tuli myöhemmin tiedustelemaan mihin pienryhmään voisi osallistua. Toinen ehdotti, että voisi pohtia alkuvartteja yhdessä toisen työntekijän kanssa, jottei hänen tarvitse yksin. (Alkuvartit eivät olleet edes varsinaisesti sovittu kehittämiskohteeksi!) Innostuneisuuteen kiinnitettiin huomiota myös työntekijöiden keskuudessa *“olen positiivisesti yllättynyt henkilökunnan aktiivisuudesta”*. Saarisillan ja Heikkilän (2015) peräänkuuluttamat jakavat työtavat, jotka tukevat innovaatiotoimintaa, välittyi työskentelyssä varsinkin kehittämistoiminnan alkuvaiheessa.

Koen mielekkääksi sen, että kaikilla työntekijöillä on ollut mahdollisuus osallistua kuvaamaan ja kehittämään osastollamme tehtävää työtä. Eräs työntekijä ensimmäisen työpajan aikana kysyi huolestuneena, että *”ei kai vaan joku pieni porukka päättää, miten täällä jatkossa toimitaan”*. Tässä tulee näkyviin yksi Lean ajattelutavan kulmakivistä eli se, että mahdollisuuksien mukaan kaikki otetaan mukaan kehittämistyöhön ja tekemään päätöksiä.

Ryhmässä tehtävässä päätöksenteossa voi tulla esiin erilaisia sosiaalipsykologisia ilmiöitä, jotka vaikuttavat päätöksiin (esim. Isoherranen 2005). Joidenkin ryhmän jäsenten voi olla vaikea esittää omia mielipiteitään. Jotkut puolestaan voivat olla hyvinkin voimakastahtoisia. Työpajatyöskentelyssä ja yhteenvetotilaisuuksissa osallistujien kokoonpano vaihteli ja omien mielipiteiden esittämiselle oli useita mahdollisuuksia. Eri yhteyksissä korostui toive, että kaikki voisivat olla päättämässä ja vaikuttamassa asioihin. Tämä toive huomioitiin järjestämällä useita työpajatapaamisia vaihtelevilla kokoonpanoilla ja yhteenvetotilaisuuksia jokaisen vaiheen päätteeksi, jotta mahdollisimman moni pääsi mukaan konkreettiseen kehittämistoimintaan. Kaikkien kolmen eri työpajojen jälkeen pidettiin yhteenvetotilaisuus, jossa tehtiin lopulliset päätökset seuraavasta vaiheesta. Työpajojen ja yhteenvetotilaisuuksien lisäksi dialogia oli mahdollisuus käydä muulloinkin esimerkiksi epävirallisissa tilanteissa tai kirjallisessa muodossa.

Ensimmäisessä työpajassa eräs työntekijä totesi puoliksi leikillään, että on epäreilua, kun seuraava ryhmä näkee heidän kirjaamat asiat, eikä toisten tarvitse aloittaa alusta ja pääsevät siten helpommalla. Kaiken kaikkiaan mielestäni vaikutti siltä, että kehittämisen ilmapiiri oli positiivinen ja keskusteluja käytiin hyvässä hengessä.

Osastonhoitajan kanssa keskusteltiin ennen työpajojen alkua hänen roolistaan ja osallistumisestaan työpajoihin. Hän teki tietoisin valinnan osallistua kahdessa ensimmäisessä työpajassa yhteenvetotilaisuuteen, muttei työpajatapaamisiin. Päätös perustui valintaan antaa tilaa työntekijöille. Työpaja 3 kohdalla hän osallistui yhteen työpajatapaamiseen yhteenvetotilaisuuden lisäksi. Lopulliset päätökset toimintakäytännöistä sekä kehittämistoiminnan etenemisestä teki osastonhoitaja. Nämä mielestäni olivat osoitusta luottamukseen perustuvasta johtamisesta, jotka edesauttavat innovatiivista kehittämistä (esim. Saarisilta & Heikkilä 2015).

Työpajatapaamisissa ja pienryhmissä ehdotettiin otettavaksi uudelleen käyttöön joitakin käytäntöjä, joista on aiemmin luovuttu. Tällaisia olivat esimerkiksi raportointikäytäntö, jossa koko hoitohenkilökunta sekä aamu- että iltavuorosta olisi läsnä ja korvaava hoitaja -malli, jolloin vastuuhoidajan lisäksi asiakkaalle olisi nimetty korvaavahoitaja. Nämä ehdotukset eivät toteutuneet. Lisäksi ehdotettiin myös käytäntöjä, joihin ei ole mahdollista palata muuttuneiden ohjelmien tai uusien ohjeistusten vuoksi.

#### 8.4 Prosessin selkiytyminen ja yhteisen ymmärryksen lisääntyminen

Koen, että oli merkityksellistä kuvata arviointi- ja kuntoutusprosessia selkeiden konkreettisten toimintojen kautta. Nämä prosessin vaiheet oli kirjattu myös kaupungin yhteiseen arviointi- ja kuntoutusprosessi -mallin silloiseen versioon.

*”Kyllä teen, kun tiedän, mitä pitää tehdä.”*

Pitkäaikaiset sijaiset ovat tuoneet esiin, että perehdytystä voisi osastolla parantaa. Osastolla ei ole ollut saatavilla aiemmin kirjallisena tietoa asiakkaan arviointi- ja kuntoutusprosessista ja mitä eri työntekijöiden tehtäviin prosessin kannalta tarkkaan ottaen kuuluu.

Yhteisen ymmärryksen rakentaminen nousi useasti esiin eri henkilöiden toimesta. Huolimatta siitä oliko henkilö työskennellyt kyseisessä yksikössä useamman vuoden vai muutaman kuukauden, monet kokivat, että yhteinen prosessin tarkastelu selkiytti kokonaisuuden hahmottamista.

*”Hyvä homma! Ku tuntuu, että tässä on niin paljon tätä kaikkea ja ku vähän kaikkea pitäisi”*

Työyhteisön arjessa tulee harvoin pysähtyä tarkastelemaan, mikä on yksikön perustehtävä, toteutuuko se sovitulla tavalla, miten sitä voisi parantaa. Salmisen mukaan (2008) juuri yhteisesti jaettu sekä tuotettu tieto lisää ymmärtämystä ja nimenomaan tiedon välittyminen on avaintekijä tehokkaassa yhteistyössä.

*“Idealiikaan prosessia ei saada toimimaan, jos heikkoihin kohtiin ei puututa”*

Toivon, että osastolla tehty yhteinen kehittämistoiminta tukisi myös jatkossa mahdollisiin heikkoihin kohtiin puuttumista. Ryhmänä työskennellessä työpajatapaamisissa kehitetään paitsi omaa työtä ja toimintatapoja, myös yhteisön tapaa toimia yhdessä (Koskimies, Pyhäjoki & Arnkil 2012, 7).

*“Onpa vaikeeta”*

*“paljon, mutta asiaa”*

Työpajojen yhteenvetotilaisuuksissa ja erityisesti työntekijän käsikirjan kokoamisen yhteydessä useampi työntekijä toi esiin hämmennyksen siitä, kuinka paljon asiakkaan moniammatilliseen arviointi- ja kuntoutusprosessiin liittyy erilaisia asioita ja muistettavaa. Kuitenkin lähes kaikki tekevät niitä päivittäin. Käsitykseni on, että arviointi- ja kuntoutusprosessin näkyväksi tekeminen tuki työntekijöitä kokonaiskuvan ymmärtämisessä.

## 8.5 Moniammatillisuus ja asiakaslähtöisyys

Isoherranen toteaa (2005, 151), että moniammatillinen tiimityön kehittäminen on laatutyötä. Asiakas saa parempaa palvelua, kun työ ei ole pirstaloitunutta ja yhteinen tavoite on selkeänä kaikilla. Tarkasteltaessa asiakkaan arviointi- ja kuntoutusprosessia voidaan huomata, että jokaiseen vaiheeseen osallistuu vähintään kahden eri ammattiryhmän edustajia. Berglund ym. (2013) sekä Johansson ym. (2010) painottavat moniammatillista yhteistyötä tehtäessä, että tulee pohtia missä ja miten se on tehokasta. Asiakkaan moniammatillisessa arviointi- ja kuntoutusprosessissa tähän kiinnitettiin erityisesti huomioita esimerkiksi hoitoneuvottelujen ja kotiutuskokousten kohdalla. Kaikkien eri ammattiryhmien edustajat eivät ole automaattisesti läsnä kaikissa hoitoneuvotteluissa ja kotiutuskokouksissa. Jokaisen asiakkaan kohdalla arvioidaan erikseen keitä moniammatillisesta tiimistä tulisi olla paikalla.

Työpajassa 1 koottiin mitä eri arviointi- ja kuntoutusprosessin vaiheet pitävät sisällään. Työskentelyssä näkyi moniammatillisuus ja eri näkökulmat asiakasprosessiin sekä toisaalta epätietoisuus toisten työn sisällöstä. Toisten tekemä työ saattoi olla vierasta *“En tiennytkään,*

*että teette niin*” tai *“Miksi teet niin*” tai *“en tiennyt, että se kestää niin pitkään”*. Prosessin vaiheeseen luettiin usein asioita, joita oma ammattiryhmä tekee. Valtaosa moniammatillisesta tiimistä edustaa hoitotyötä, joka osittain näkyy myös työntekijän käsikirjassa. Ongelmakysymykset näyttäytyvät eri ammattilaisille hänen oman perustehtävänsä näkökulmasta (Koskela 2013 b).

Lääkäri eikä sosiaalityöntekijä osallistunut työpajoihin eikä yhteenvetotilaisuuksiin, mutta heillä oli mahdollisuus muun muassa keskustelun kautta osallistua yksikön kehittämistoimintaan. Lääkäriin ja sosiaalityöntekijän aktiivisempi osallistuminen olisi varmasti tuonut lisää näkökulmia arviointi- ja kuntoutusprosessiin. Huomioitavaa kuitenkin on, että aikana jolloin työpajoja järjestettiin sekä lääkäri että sosiaalityöntekijä vaihtuivat. Lääkäri ja sosiaalityöntekijä osallistuivat työntekijän käsikirjan tekoon sen viimeistelyvaiheessa.

Laine (2014) peräänkuuluttaa asiakkaan osallisuutta ja kuulluksi tulemistä moniammatillisessa yhteistyössä. Arviointi- ja kuntoutusprosessiin on kirjattu asiakkaan osallistuminen muun muassa alkuvarttiin, jolloin erityisesti kartoitetaan asiakkaan omia tavoitteita jaksolle. Asiakkaan moniammatillisen arviointi- ja kuntoutusprosessin käsikirjaan kirjattiin tavoite jokaiseen prosessin kohtaan. Tavoitteella kuvataan sitä, mitä kyseinen prosessin kohta merkitsee asiakkaan kannalta. Vaikka prosessikuvausta pyrittiin laatimaan asiakaslähtöisesti, näin jälkikäteen huomaa, ettei se täysin sitä ole. Esimerkiksi käsikirjan kohdassa ”kuntoutuskokous” ei ole huomioitu sitä, voisiko asiakas voisi olla läsnä kokouksessa tai sitä kuka kertoo asiakkaalle, mitä kokouksessa päätettiin. Osittain tulee myös vaikutelma asiakkaan passiivisesta roolista omassa arviointi- ja kuntoutusprosessissaan ja hänen päättävänsä omista asioista on epäselvä. Käsikirjassa esimerkiksi lukee, että kotikäynnin osalta kuntoutuskokouksessa sovitaan kutsutaanko kotihoito mukaan kotikäynnille vai ei. Asiakaslähtöisessä työskentelyssä asiakkaan mielipidettä kotihoidon läsnäoloon tulisi ensin tiedustella. Nämä esimerkit muistuttavat Järnströmin (2011) ja Elorannan (2009) tutkimuksista, joissa nostettiin esiin sosiaali- ja terveysalan työntekijälähtöisyys ja hierarkisuus. Valtaosalla arviointi- ja kuntoutusosaston asiakkaista on jonkin asteista muistinalenemaa, joka melko usein vaikuttaa myös asiakkaan kykyyn arvioida realistisesti omaa tilannettaan ja toimintakykyään. Tämän vuoksi tulisi etsiä erilaisia keinoja asiakaslähtöisyyden ja asiakkaan toimijuuden tukemiseen.

Asiakaslähtöisyyttä olisi voinut parantaa ottamalla asiakkaat ja/tai omaiset mukaan prosessin työstämiseen. Siihen ei kuitenkaan tämän kehittämistoiminnan puitteissa ollut mahdollisuutta.



## 8.6 Virtaustehokkuus ja hukkakohdat

Alkuperäinen suunnitelma oli tarkastella arviointi- ja kuntoutusprosessin virtaustehokkuutta myös ajallisesti mitattuna kehittämistoiminnan aikana ja etsiä sen tiedon avulla prosessista mahdollisia hukkakohdia. Suunnitelmana oli seurata toimintakäytäntöjen kehittämisen ja prosessin kuvaamisen vaikuttavuutta virtaustehokkuuteen. Päätin luopua tästä suunnitelmasta, koska seurattava ajanjakso oli lyhyt luotettavaan muutosten vaikuttavuuden mittaamiseen. Lisäksi koin tärkeämmäksi keskittyä muiden toimijoiden työpajoissa esiin nostamiin asioihin sekä arviointi- ja kuntoutusprosessin näkyväksi tekemiseen.

Arviointi- ja kuntoutusprosessin kuvaamisen yhteydessä asetimme yhdessä aikamääreitä (esimerkiksi koska järjestetään alkuvartti ja hoitoneuvottelut). Kehittämistoiminnan suunnitteluvaiheessa prosessitaulukko oli merkittävässä roolissa erityisesti virtaustehokkuuden arvioinnin ja dokumentoinnin välineenä. Alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen käytin prosessitaulukkoa ainoastaan tarkastellessani hoitoneuvottelujen järjestämistä kehittämistoiminnan aikana sen alku-, keski- ja loppuvaiheessa. Valitsin nämä kohdat tarkastelun kohteeksi, koska kehittämistoiminnan toisessa vaiheessa tehtiin yhteinen päätös, että kaikille asiakkaille järjestetään hoitoneuvottelu kahden viikon kuluttua arviointi- ja kuntoutusjakson alettua.

Työpaja 1 jälkeen kokeiltiin mallia, jossa ennen alkuvarttia katsottiin hoitoneuvottelulle mahdollinen ajankohta työntekijöiden kesken ja ehdotettiin sitä alkuvartissa asiakkaalle. Tämä kokeilu vaikutti hyvältä käytännöltä ja se päätettiin ottaa käyttöön. Parhaimmillaan alkuvartti pidettiin kahden päivän kuluttua siitä, kun asiakas tuli osastolle ja hoitoneuvottelu järjestettiin kahden viikon kuluttua.

Ennen kehittämistoiminnan ja työpajojen alkua, hoitoneuvotteluja järjestettiin tarpeen mukaan ja yleensä silloin, jos asiakkaalle päädyttiin aloittamaan SAP-prosessi. Kotiutuvien asiakkaiden kohdalla järjestettiin kotiutuskokous. Tuolloin esimerkiksi kahden kuukauden tarkastelun aikana alkoi yksitoista (11) arviointi- ja kuntoutusjaksoa ja keskimäärin 58,6 vuorokauden kuluttua järjestettiin hoitoneuvottelu. Päätöksestä aloittaa järjestelmälliset hoitoneuvottelut kaikkien asiakkaiden kohdalla, alkoi kahden kuukauden aikana yhdeksän (9) arviointi- ja kuntoutusjaksoa. Näiden jaksosten hoitoneuvottelut pidettiin keskimäärin 13,14 vuorokauden kuluessa. Tosin kahden asiakkaan kohdalla hoitoneuvotteluja ei järjestetty lainkaan. Hoitoneuvottelu pidettiin aikaisintaan seitsemän (7) vuorokauden ja viimeistään 18 vuorokauden kuluttua jakson alusta. Tarkasteltavan kehittämistoiminnan ajanjakson kahden viimeisen kuukauden aikana arviointi- ja kuntoutusjaksoja alkoi yhteensä kolmetoista (13) ja hoitoneuvottelut järjestettiin keskimäärin 15,9 vuorokauden kuluttua. Kaikkien tuolloin jaksonsa aloittaneiden asiakkaiden kohdalla hoitoneuvottelut järjestettiin, mutta ajankohtien

välillä oli hyvin suuria vaihteluja. Erään asiakkaan kohdalla hoitoneuvottelu järjestettiin kahden (2) vuorokauden kuluttua ja toisessa tilanteessa hoitoneuvottelu pidettiin 41 vuorokauden kuluttua. Tästä voidaan päätellä, että arviointi- ja kuntoutusprosessi ei toteudu täysin sovitus mukaisesti.

Prosessitaulukon käyttö jäi vähäiselle eikä muita tiimin jäseniä ohjattu sen käyttöön. Prosessitaulukko voidaan kuitenkin ajatella olevan ensimmäinen versio asiakastaulusta, joka kehittämistoiminnan aikana syntyi. Toisen arviointi- ja kuntoutusosaston osastonhoitaja oli kiinnostunut prosessitaulukon kokeilusta. Hänelle tämä mahdollisuus tarjottiin, mutta taulukon käyttö jäi vähäiseksi.

Oman arvioni mukaan prosessitaulukko oli vääränlainen työkalu yhteiseen käyttöön ainakin ennen arviointi- ja kuntoutusprosessin kuvaamista. Taulukon mukaisista seurattavista asioista ei oltu tehty selkeitä ohjeistuksia tai aikataulutusta, missä vaiheessa ne tulisi tehdä. Lisäksi taulukko oli etäällä käytännön työstä ja sen merkitys ja vaikuttavuus toiminnan kehittämiseksi oletettavasti koettiin kaukaa haetulta. Prosessitaulukon heikkoudeksi koin myös sen, ettei sitä oltu työstetty yhdessä moniammatillisessa tiimissä. Nyt kun arviointi- ja kuntoutusprosessi on kuvattu ja toimintakäytännöistä sovittu, prosessin toteutumista voisi arvioida ja ajallisesti mitata prosessitaulukkoa hyödyntämällä.

Arviointi- ja kuntoutusprosessin virtaustehokkuutta voi tarkastella siihen liittyvien hukkien kautta eli asioiden, jotka eivät tuota asiakkaalle arvoa, mutta kuluttavat resursseja. Yksi hukan muoto on yliprosessointi (mm. Grunden & Hagood 2011). Yhdeksi virtaustehokkuutta hidastavaksi tekijäksi eräässä työpajatapaamisessa nostettiin esiin se, että päätös SAP-prosessin käynnistämisestä tai kotiutuksesta pitkittyy. Tämän ongelman ratkaisun tueksi kehittämistoiminnan aikana tehtiin lista asiakkaan arvioinnissa huomioitavista asioista, jota kuntoutuskokouksissa voi hyödyntää. Työpajaryhmän arvion mukaan kokeneet työntekijät pystyvät arvioimaan parin viikon aikana alkaako asiakkaan kuntoutuminen vai ei. Jatkossa tulisi kiinnittää huomiota siihen, miten tämä hiljainen tieto voitaisiin saada tehokkaammin käyttöön arviointi- ja kuntoutusprosessin eteenpäin viemiseksi.

Odottaminen ja tyhjäkäynti ovat yleisimpiä hukan muotoja (Grunden & Hagood 2011). Arviointi- ja kuntoutusprosessissa odottamista voi tapahtua monessa kohdassa. Esimerkiksi yhdessä työpajatapaamisessa nostettiin ongelmaksi kuntoutuskokouksessa tehtävät päätökset. Toisinaan kuntoutuskokouksessa on päätetty, että asiakkaan tilannetta arvioidaan uudelleen viikon kuluttua, mutta ei ole sovittu mitä viikon aikana pitäisi tehdä tai millaisiin asioihin tulisi kiinnittää huomiota. Ratkaisuna tällaisille tilanteille sovittiin, että kuntoutuskokouksissa tehdään selkeitä, konkreettisia päätöksiä ja niiden kirjaamiseen kiinnitetään erityistä huomiota. Tarvittaessa päätöksistä kirjataan hoitosuunnitelmaan ja/tai viedään merkintä

asiakastauluun. Pisimmät odotusajat arviointi- ja kuntoutusjaksojen aikana muodostuu SAP-prosessin aikana. Asiakkaan saatua hoitotasoratkaisu ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan, kaupunki osoittaa kolmessa kuukaudessa hoitotasoratkaisun mukaisen paikan. Useimmiten odotusaika on ollut noin kolme kuukautta. Tämän odotusajan lyhentämiseen osastolla ei pystytä vaikuttamaan.

Odotusta voi syntyä myös tilanteissa, joissa asiakkaalle on tehtävä kotikäynti, johon osallistuu esimerkiksi kaksi eri ammattiryhmän edustajaa. Aikataulujen yhteensovittaminen saattaa olla. Tämän mahdollisen odotusajan lyhentämiseksi työntekijän käsikirjaan kirjattiin erityishuomio, ettei kotikäynti saa viivästyä työvuorollisista syistä.

Eräässä työpajatapaamisessa ryhmä pohti, että jos kotiutus ei onnistu, niin tulisi miettiä, mistä asiat johtuvat ja oliko mahdollisesti jotain mitä emme tulleet huomioineeksi jakson aikana. Epäonnistunut kotiutus voidaan luokitella kahdeksasta hukan lajista ”virheeksi” (Grunden & Hagood 2011). Turvallisen ja onnistuneen kotiutumisen varmistamiseksi työntekijän käsikirjaan kirjattiin ohjeistus kotiutuskokouksesta, arviointi- ja kuntoutusprosessin päätöksestä sekä tukikäynneistä.

Keskustelussa virtaustehokkuudesta nousi esiin moniammatillisen tiimin erimielisyys asiakkaan kuntoisuudesta. Tällainen tilanne voi hukan kannalta johtaa esimerkiksi yliprosessointiin, odottamiseen tai virheisiin. Tällaiset tilanteet voivat olla myös varsinaista asiakkaalle arvoa tuottavaa aikaa, kun moniammatillisessa yhteistyössä pohditaan ja selvitetään asiakkaan tilannetta monesta näkökulmasta.

Yksi hukan muoto on inhimillisten voimavarojen sivuuttaminen (Grunden & Hagood 2011). Arviointi- ja kuntoutusprosessin virtaustehokkuuden kannalta on tärkeää, että jatkossakin tarkastellaan prosessin toimintakäytäntöjä ja parannetaan niitä pitämällä työntekijät aktiivisesti mukana kehittämistoiminnassa.

## 9 Yhteenveto

Kehittämistoiminnan tavoitteena oli lisätä ja tukea työntekijöiden ymmärrystä asiakkaan moniammatillisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessista. Lisäksi tavoitteena oli kehittää käytäntöjä työnjaon selkiyttämiseksi ja toiminnan tehostamiseksi. Tarkoituksena oli kiinnittää huomioita prosessissa asiakkaan osallisuuteen, siihen mitä kukin ammattiryhmä tekee prosessin eri vaiheissa sekä tiedon kulkuun.

Kehittämistoiminnan kohteeksi valikoitui työyhteisön tarpeesta asiakkaan moniammatillisen arviointi- ja kuntoutusprosessin tarkastelu toimintakäytäntöineen ja työnjakoineen. Lean ajattelutavan mukaisesti kehittämiseen osallistuivat he keitä asia koskee eli osaston työntekijät. Jokainen arviointi- ja kuntoutusosaston moniammatillisesta tiimistä osallistui ainakin johonkin kehittämistoiminnan vaiheeseen. Useimmat osallistuivat useampaan työpajatapaamiseen, pienryhmätyöskentelyyn tai yhteenvetotilaisuuteen. Samaan aikaan kun toimin kehittämistoiminnassa vetovastuullisena ja koordinoijana, toimin yhtenä työntekijänä osaston moniammatillisessa tiimissä. Koska toiminta oli työntekijälähtöistä, voisi henkilökunnan ajatella olevan sitoutunutta kehittämistoiminnan tuloksiin (mm. Stenvall & Virtanen 2012; Toikko & Rantanen 2009).

Onnistuneen kehittämistoiminnan ja moniammatillisen työskentelyn kulmakiviä ovat muun muassa hyvät vuorovaikutustaidot ja keskusteleva ilmapiiri. Työpajoissa syntyi paljon keskustelua ja ideoita työstettiin yhdessä eteenpäin. Kehittämistoiminnalle asetettiin tavoitteeksi selkiyttää työnjakoa. Toimintatapojen yhtenäistämällä ja tehtäväjaon määrittelyllä pyrittiin asiakkaiden tasa-arvoiseen kohteluun sekä hukan vähentämiseen (Graban 2012). Ennako oletuksena oli, ettei työnjako ole selvää. Useissa keskusteluissa eri työpajoissa tulikin esiin, *“niin mutta kenen tehtävä on olla yhteydessä kotihoitoon?”* tai *“ketkä osallistuvat hoitoneuvotteluun”*. Kehittämistoiminnan aikana saatiin kuvattua arviointi- ja kuntoutusprosessin keskeiset kohdat ja määriteltyä moniammatillisen tiimin tehtäväjaot. Tästä koottiin työntekijän käsikirjaksi asiakkaan moniammatillinen arviointi- ja kuntoutusprosessi.

Osastolla on tehty pitkään moniammatillista tiimityötä ja näyttäisi siltä, että tehtäviä voidaan soveltaen jakaa ammattikuntien rajojen yli asiakkaan parhaaksi ja arviointi- ja kuntoutusprosessin eteenpäin viemiseksi (vrt. Katajamäki 2010; Isoherranen 2012). Esimerkiksi kotikäyntien järjestelyn vastuuhenkilö määräytyy asiakkaan tarpeen mukaan ja hoitoneuvottelun vetovastuullinen sovitaan tarvittaessa tilanteen mukaan.

Tiedon välittyminen asiakkaan arviointi- ja kuntoutusprosessin kulusta oli yksi huomioitavista asioista kehittämistoiminnassa. Työntekijän käsikirjaan kirjattiin kuka kirjaa ja mihin,

asiakkaan arviointi- ja kuntoutusprosessin kannalta merkittävät tiedot eri tilanteissa. Tällöin asiat tulee varmemmin kirjattua ja kaikki tiedävät mistä tiedot löytyvät. Lisäksi yhdeksi tiedonjaon välineeksi laadittiin asiakastaulu. Asiakastaulusta on kehittämistoiminnan päättyessä käytössä kolmas versio eikä se todennäköisesti vielä ole saavuttanut lopullista muotoaan.

Työpajatapaamisissa käydyissä keskusteluissa tuli esiin, että vaikka asiakkaalle on tehty asianmukainen hoitosuunnitelma, saatetaan toiminnassa unohtaa asiakkaan varsinainen tulosy ja keskitytään kuntoutuksessa sekä arvioinnissa epäolennaiseen. Tämän vuoksi asiakastauluun laitettiin sarake ”tavoite”, johon kirjataan näkyviin asiakkaan konkreettinen tavoite jaksolle. Tarkoituksena on, että asiakkaan tavoite on aina esillä moniammatilliselle tiimille ja ohjaa siten voimakkaammin kuntoutuksen ja arvioinnin suuntaa. Henkilökohtaisesti arvioin sen yhdeksi tärkeimmäksi asiaksi asiakastaulussa. Tämä sarake on asiakastaulussa usein kuitenkin tyhjä.

Prosessikuvauksen eli arvovirtakuvauksen lähtökohtana oli tarkastella arviointi- ja kuntoutusprosessia asiakkaan näkökulmasta ja miten se ihannetilanteessa toimii (vrt. Grunden & Hagood 2011; Modig & Åhlström 2013). Työntekijän käsikirjaan kirjattiin asiakkaan kannalta tavoite kuhunkin prosessin vaiheeseen. Vaikka arviointi- ja kuntoutusprosessi on nyt kuvattu, on sen toteutumisessa yhä monia variaatioita jo asiakkaiden iän, terveyden- ja toimintakyvyn vuoksi. Prosessin tulee voida olla joustava ja asiakas huomioon ottava. Kehittämistoiminnan aikana tuli esiin arkipäiväisiä ongelmia, jotka vaikuttavat arviointi- ja kuntoutusprosessin keston. Esimerkiksi tarvittavien apuvälineiden saamisessa kotiutuvalle asiakkaalle voi kestää useita päiviä. Kuten eräs työntekijä totesi

*“ei riitä, että prosessi saadaan kuntoon vaan arki pitää saada myös rullaamaan”.*

Kehittämistoiminta eteni syklimäisesti noudattaen PDCA-mallia, jossa toimintaa reflektointiin ja tehtiin tarvittavia korjaavia toimenpiteitä. Toiminnassa pyrittiin tekemään nopeasti toteutettavia muutoksia ”just-do-it” -periaatteella (Modig & Åhlström 2013). Esimerkiksi asiakastaulusta tehtiin heti ensimmäinen versio ja otettiin se kokeilukäyttöön. Työpajoissa ja pienryhmissä käydyissä keskusteluissa tuli esiin sellaisiakin kehittämissuhteita, joita ei tämän opinnäytetyön puitteissa otettu tarkempaan tarkasteluun ja lähdetty viemään eteenpäin kuten esimerkiksi päivittäiseen kirjaamiseen liittyviä asioita.

## 10 Pohdinta ja jatkokehittämisaiheet

Opinnäytetyölle on laadittu tutkimussuunnitelma ja sille on haettu sekä saatu tutkimuslupa. Kehittämistoimintaan osallistuville on kerrottu tehtävästä opinnäytetyöstä. Kirjallisessa raportissa on huomioitu osallistujien ja asiakkaiden anonymiteetti. Kehittämistoiminta on toteutettu eettisesti ja hyviä tutkimuksellisia käytäntöjä noudattaen.

Prosessin kuvaamisen kanssa pyrimme samanaikaisesti poistamaan hukkaa, etsimään mahdollisia epäkohtia prosessista sekä toimintakäytännöistä ja ratkaisemaan niitä. Tavoitteena prosessin tarkastelussa oli asiakaslähtöisyys, mutta lopputulosta arvioitaessa olen skeptinen asiakaslähtöisyyden riittävästä näkymisestä (esimerkiksi kuntoutuskokouksien kohdalla ei ole kirjattu, miten asiakas saa tiedon kuntoutuskokouksissa sovituista asioista).

Asiakkailta ja omaisilta ei tämän kehittämistoiminnan aikana järjestelmällisesti kerätty mielipiteitä arviointi- ja kuntoutusprosessiin liittyen, mutta heidän antamallaan palautteellaan on ollut vaikutusta. Esimerkiksi eräät omaiset olivat kovin pahoillaan, ettei hoitoneuvottelua oltu hoitojakson alkuvaiheessa järjestetty ja heidän näkemyksiään kuultu. Tähän tarpeeseen vastattiin kehittämällä hoitoneuvottelukäytäntöjä ja kirjaamalla prosessiin, että hoitoneuvottelu järjestetään kaikille kahden viikon kuluttua osastolle tulon jälkeen. Tämän toimintamallin muutoksen jälkeen useat omaiset ovat antaneetkin palautetta, että on mukavaa, kun omaisiin otetaan kontaktia ja hekin tulevat kuulluksi.

Entä onnistuttiinko tavoitteessa kuvata prosessi huomioiden asiakkaalle arvoa tuottavat toiminnot vai kuvattiinko pelkät työntekijöiden rutiinit prosessin aikana? Siitä voidaan olla montaa mieltä. Arviointi- ja kuntoutusprosessi on jäsennelty, prosessi etenee systemaattisesti ja eri vaiheet tai toimintakäytännöt ovat perusteltu asiakkaan kannalta. Lisäksi kuvauksesta näkyy moniammatillisuus, työnjako on selvennetty ja tiedon kulkuun kiinnitetty huomiota. Tässä hetkessä voidaan todeta arviointi- ja kuntoutusprosessin olevan vielä samanlainen, jollaiseksi se kuvattiin muutama kuukausi sitten. Lean ajattelussa korostetaan työn jatkuvaa kehittämistä ja parantamista. Kehittäminen ja parantaminen tulee jatkumaan myös tämän arviointi- ja kuntoutusprosessin kohdalla.

Tehokkuusajattelu mielletään helposti saman työn tekemiseen samoilla tai pienemmillä resursseilla nopeampaan tahtiin. Lean ajattelutavan mukaan tehokkuuden parantamisessa korostuu kuitenkin työn kehittäminen prosesseja tarkastelemalla ja siinä ilmeneviä ongelma- ja hukkakohtia ratkomalla. Näiden kautta pyritään kokonaisvaltaisesti tehokkaampaan toimintaan. Kehittämisen fokuksena tulisi olla asiakaslähtöisyys ja se mitkä asiat tuottavat asiakkaalle arvoa. Työn standardoinnin mukanaan tuomat yhtenäiset toimintakäytännöt paitsi sujuvoittavat työntekoa myös tukevat asiakkaiden tasa-arvoista kohtelua ja palvelun

tasalaatuisuutta. Kehittämistyön tulisi tapahtua siellä, missä ongelmakohta on ja lähellä toimijoita. Näiden Leaniin liittyvien huomioiden valossa Lean ajattelutapa on hyvin sovellettavissa sosiaali- ja terveystieteiden organisaatioissa.

Julkisten palveluiden tarkastelu ja tavoittelu tehdä oikeita asioita oikea-aikaisesti on myös yhteiskuntavastuullista toimintaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa vuosille 2012-2015 kannustetaan ”toimivien käytäntöjen hallittua käyttöönottoa ja toimimattomista luopumista” (STM 2012, 27). Vaikka KASTE-ohjelma on virallisesti päättynyt, on edellä mainittu kannustus yhä ajankohtainen ja vietävissä ruohonjuuritasolle palveluiden laadun ja tehokkuuden tarkastelemiseksi. Niin ikään KASTE-ohjelmassa pyrittiin löytämään käytäntöjä, joilla henkilöstöä voitaisiin osallistaa parantamaan prosessien toimivuutta. Näitä kannustuksia voidaan pitää kimmokkeina nyt tehdylle kehittämis-toiminnalle. Arviointi- ja kuntoutusosastolla kokeiltiin uudenlaista yhdessä kehittämisen mallia työpajojen avulla, johon liittyy tutkimuksellisen kehittämistoiminnan ote. Kehittämis-toiminnan muotona työpajat koettiin mielekkäiksi ja seuraavista työpajoista toisen aiheen tiimoilta on jo sovittu. Erityisen positiivinen huomio kehittämistoiminnan aikana oli se, että lyhyehköillä interventioilla työpäivien aikana koko moniammatillinen tiimi pystyi osallistumaan tehokkaasti kehittämistoimintaan. Erillisiä poissaoloja tai kustannuksia toiminnasta ei koitunut esimerkiksi sijaiskustannusten muodossa.

Asiakas- tai palveluiden prosessikuvauksia on tehty monissa paikoissa ja eri yhteyksissä. Siten tämä kehittämis-toiminta ei tuonut tutkimuksellisesti uutta tietoa. Saatuja kokemuksia kehittämistoiminnasta ja työtavoista voi kuitenkin hyödyntää laaja-alaisesti erilaisissa toimipaikoissa. Myös itse asiakkaan moniammatillisen arviointi- ja kuntoutusprosessin kuvausta voi käyttää hyödyksi toisissa vastaavissa yksiköissä sekä kaupungin yhtenäisen prosessikuvauksen luomisessa. Tämän kehittämistoiminnan arvo perustuu kuitenkin erityisesti yhden yksikön toiminnan kehittämiselle sekä työyhteisön yhteisen ymmärryksen lisäämiselle. Arviointi- ja kuntoutusprosessin yhteinen tarkasteleminen ja aukikirjoittaminen auttoi työntekijöitä prosessin kokonaisuuden hahmottamisessa ja jäsentämisessä. Yhtenäiset käytännöt sujuvoittavat työntekoa ja helpottavat muun muassa hoitojaksosta informoimisessa asiakkaalle ja omaisille.

Jotta työtä voi kehittää, on tunnettava nykyinen tilanne ja yksi keino siihen on kuvata mitä tällä hetkellä tehdään. Juuri sitä tässä kehittämis-toiminnassa tehtiin ja yhteisen ymmärtämisen muodostamisessa onnistuttiin hyvin. Koko opinnäytetyön tekeminen oli erittäin mielenkiintoinen ja suuri oppimisen prosessi. Raportin kirjoittamisvaiheessa havahtuin usein tämän kehittämistehtävän kaksijakoisuuteen. Asiakkaan moniammatillisen arviointi- ja kuntoutusprosessin tarkastelu tuntui merkitykselliseltä koko työyhteisölle. Toisaalta kehittämistoiminnan tarkastelu oli merkityksellistä ja siihen liittyvät havainnot levitettävissä

laajemmaltikin. Itselleni molemmat näkökulmat olivat tärkeitä ja niiden painoarvo vaihteli kehittämistehtävää työstäessäni. Merkittävä tekijä koko kehittämistoiminnan onnistumiselle oli esimieheltä saatu tuki ja palaute sekä lukuisat reflektiiviset keskustelut.

Seuraavia kehittämistoiminnan ja tutkimuksen kohteita arviointi- ja kuntoutusprosessiin liittyen voisi olla

- 1) Lean ajatteluun pohjautuva arvoa tuottavan ajan tarkastelu: Asiakkaan päivän kulku; mitataan välitöntä arvoa tuottavaa aikaa arviointi- ja kuntoutusjakson aikana sekä tarkastellaan, miten henkilöstöressurit tulisi kohdentaa tehokkaasti
- 2) Yhteistyö omaisten ja muiden tahojen kanssa prosessin tehokkuuteen vaikuttavana tekijänä
- 3) Arviointi- ja kuntoutusjakson vaikuttavuus - mikä kuntoutuksessa on vaikuttavaa ja kuinka pitkään asiakas on kotona jakson jälkeen.



## Lähteet

Alasoini, T. 2011. Hyvinvointia työstä. Kuinka työelämää voi kehittää kestäväällä tavalla? Raportteja 76. Helsinki. Tykes.

Berglund, H., Wilhelman, K. Blomberg, S., Dunér, A., Kjellegren K. & Hasson, H. 2013. Older people's views of quality of care: a randomised controlled study of continuum of care. Accepted for publication 17.1.2013. Journal of clinical Nursing. October 2013; 22(19/20), 2934-2944.

Eloranta, S. 2009. Supporting older people`s independent living at home through social and health care collaboration. University of Turku. From the Department of Nursing Science. Turku: Painosalama.

Graban, M. 2012. Lean hospitals. Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement. CRC Press.

Grunden, N. & Hagood, C. 2011. Lean-Led Hospital Desing. Creating teh Efficient Hospital of the Future. CRC Press.

Grönlund, R. 2010. Pitkään kotona - kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 111, 2010. Sastamala: Vammalan Kirjapaino

Heikkinen, H. L.T. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Siinä tutkija missä tekijä. toim. Heikkinen, H.L.T., Huttunen, R. & Moilanen, P. Juva: WSOY, 25-62

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1998. Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer-Paino.

Hyppönen, O. & Lindén, S. 2009. Opettajan käsikirja - opintojaksojen rakenteet. opetusmenetelmät ja arviointi. Teknillisen korkeakoulun Opetuksen ja opiskelun tuen julkaisuja 4/2009. Espoo.

Isoherranen, K. 2004. Moniammatillinen yhteistyö. Välineitä koulutukseen ja työyhteisön kehittämiseen. Porvoo: WSOY.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus: moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja. Helsinki: Unigrafia.

Johansson, G., Eklund, K. & Gosman-Hedström, G. 2010. Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. May 2010; 17(2): 101-116.

Järnström, S. 2011. "En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni". Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Tampereen yliopisto, Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Väitöstutkimus. Tampere: University Press.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona: miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Katajamäki, E. 2010. Moniammatillisuus ja sen oppiminen : tapaustutkimus ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalta. Tampereen yliopisto, Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Tampere: University Press.

Kontio, M. 2013. Jaetun ymmärryksen rakentuminen moniammatillisten oppilashuoltoryhmien kokouksissa. Väitöstutkimus. Oulun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Tampere: Juvenes Print.

- Koskimies, M., Pyhäjoki, J. & Arnkil, T.E. 2012. Hyvien käytäntöjen dialogit. Opas dialogisen kehittämisen ja kulttuurisen muutoksen tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print.
- Koskela, S. 2013a. "Mie teen vaan oman työni". Toimintatutkimus moniammatillisen yhteistyön ja ohjausosaamisen kehittämisestä. Väitöstutkimus. Jyväskylän yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta. Jyväskylä: University Printing House.
- Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Työturvallisuuskeskus. Raporttisarja 2005, 2.
- Laine, H. 2014. Sosiaalityö terveydenhuollossa on positiiviseen häiriköintiin perustuvaa taiteilua. Teoksessa *Terveys ja sosiaalityö*. Metteri, A., Valokivi & Ylinen, S. (toim.). Juva: PS-kustannus, 26-31.
- Leinonen, M. 2016. Toimintatutkimus ja työkonferenssimenetelmä työpaikkojen tasa-arvon edistämiseksi. Väitöstutkimus. Tampereen yliopiston yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampere: Juvenes Print.
- Liker, J. 2006. *Toyotan tapaan*. suom. Niemi, M. Alkuperäisteos *The Toyota way*. Readme.fi. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino.
- Modig, N. & Åhlström, P. 2013. *Tätä on Lean*. suom. Tillman, M. Alkuperäisteos *Detta är Lean*. Bulls Graphics. Halmstad.
- Pesonen, E-S. 2016. Hukka pois, ja sote-säästöjä voi syntyä virtaustehokkuudesta. *Kauppalehti* 11.2.2016.
- Puolakka, M. 2015. Sairaala Joensuussa omaksui Toyotalta - 5500 euroa varastotarpeisiin, 5000 lisätuntia hoitotyöhön. *Tekniikka ja talous* 27.10.2015.
- Saarisilta, J. & Heikkilä, J. (toim.) 2015 *Yhdessä innovoimaan - osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveystieteiden muutoksessa*. Osuva-tutkimushankkeen loppuraportti. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print.
- Saarela, M. & Valvanne, J. 1999. Geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus. *Duodecim*. 1999; 115, 15: 1611-18
- Salminen, U. 2008 *Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa*. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitospuolisessa kuntoutuksessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98. Kelan tutkimusosasto. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Seppänen-Järvelä, R. 2004. *Prosessiarvioitni kehittämisprojektissa*. Opas käytäntöihin. Stakes, FinSoc Arviointiraportteja 4/2004. Helsinki.
- STM 2012. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015*. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisu 2012:1. Helsinki.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. *Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen*. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Tietosanoma. Tallinna: AS paket.
- Strandberg, T. 2013. Geriatrisen arviointi ja kuntoutus Pohjoismaissa. (*Suomen lääkäri* 9/98). Viitattu 13.2.2016. <http://www.gernet.fi/artikkelit/1293/geriatrisen-arviointi-ja-kuntoutus-pohjoismaissa-suomen-laakarilehti-9-98>
- Strategiasuunnitelma 2013. Helsingin Sosiaali- ja terveysviraston Strategiasuunnitelma vuosille 2014-2016

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Juvenes Print.

Veijola, A. 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön - lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Väitöstutkimus. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulu: University Press.

Ylihassi, H., Hasu, M., Heikkilä, H., Käpykangas, S., Saari, E., Seppänen, L. & Valtanen, E. 2016. Työntekijöiden kehittämistoimijuutta edistämässä. Kehittämismenetelmäkokeilujen tuloksia vanhuspalveluissa. Työterveyslaitos. Tampere: Juvenes Print

Sähköiset ja ei painetut lähteet

Eloranta, J. luento 18.2.2016. Laurea.Tikkurila.

Innokylä 2012. Työkonferenssi. Viitattu 19.3.2017. <https://www.innokyla.fi/web/malli110463>

Innokylä.2017. Learning cafe eli oppimiskahvila. Viitattu 21.2.2017. <https://www.innokyla.fi/web/malli2825539>

Koskela, S. 2013b. Tarkastelussa moniammatillinen yhteistyö ja sen edellytykset. Elinikäisen oppimisen verkkolehti. 2013 28/03. Päivitetty 22.1.2015. <http://verkkolehdet.jamk.fi/elo/2013/03/28/tarkastelussa-moniammatillinen-yhteistyö-ja-sen-edellytykset/>

Lean-yhdistys. Viitattu 7.2.2016. <http://www.leanyhdistys.fi/>

Sote-uudistus. THL. Viitattu 24.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus>

## Kuviot

Kuvio 1: PDCA-malli .....	14
Kuvio 2: Kehittämistehtävän eteneminen projektikuukausittain.....	22
Kuvio 3: A3-ongelmanratkaisumenetelmä .....	28
Kuvio 4: Asiakkaan moniammatillinen arviointi ja kuntoutus -prosessikuvaus.....	36
Kuvio 5: Asiakkaan arvioinnissa huomioitavaa -huoneentaulu .....	37
Kuvio 6: Asiakastaulun kehitysvaiheet .....	41
Kuvio 7: Kehittämistoiminnan kolme sykliä .....	43

## Taulukot

Taulukko 1: Työpaja 1 tapaamisten ryhmätöiden tulokset yhteenkoottuna .....	25
---	----

## Liitteet

Liite 1: Prosessitaulukon ensimmäinen versio .....	63
Liite 2: A3 yhteenvedot/ ehdotukset toimintakäytännöiksi .....	64
Liite 3: Työntekijän käsikirja asiakkaan moniammatillisesta arviointi- ja kuntoutusprosessista .....	65
Liite 4: SAP-prosessi osastolla .....	76

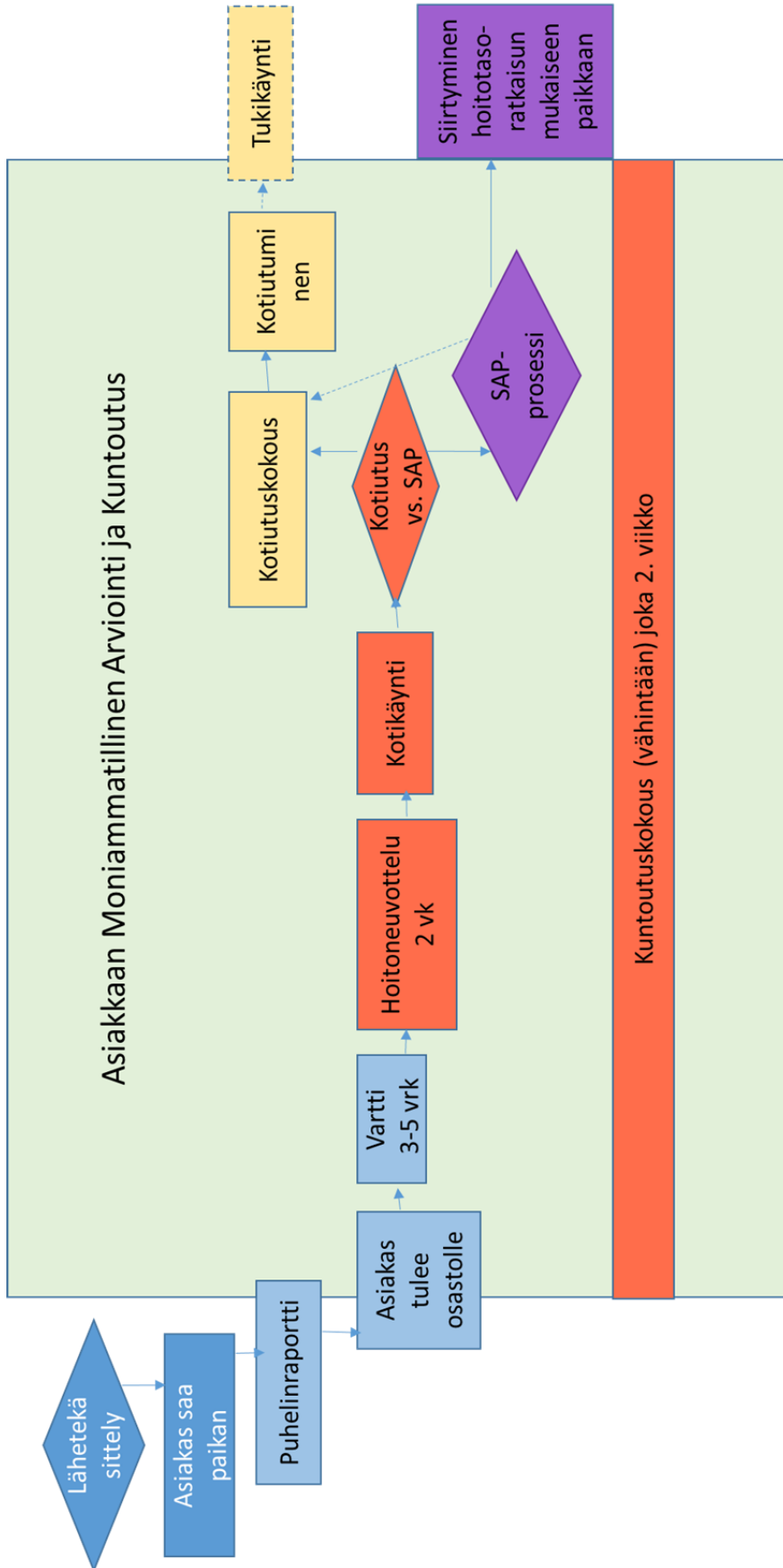


Liite 2: A3 yhteenvedot/ ehdotukset toimintakäytännöiksi

<p><b>HOSU, Tiedotus, Raportointi</b></p>	<p><b>KOTIUTUS/ SAP aloitus päätös</b></p>
<p><b>Ehdotus</b></p>	<p><b>Ehdotus</b></p>
<p>Asiakastaulu kansilaan Kuntoutuskousten kirjaukset heti kuntoutuskokouksissa (kirjauksiin mitä päätettiin, tarkemmin kuin "kuntoutus jatkuu") Lyhyesti raportointi asiakaslistalle erityistilanteissa (terveydentilaa koskien) Toimintaterapiasuunnitelma samoin kuin liikkumissuunnitelma Päivittäisen kirjaamisen tarkeys, Huom! Sisältö → Tiedonkulun paraneminen asiakkaan jaksos kuluista</p>	<p>"Kriteeristö" kotiutukselle/ huomioitavat asiat huoneen tauluna neuvotteluhuoneen seinälle - liikkuminen, ravitseminen, peseytyminen, pukeutuminen - psyyke / asiaton touhuilu (turvallisuus) - orientoituminen/ muisti - harhailu - yön ajan avuntarve / avuntarve koko vuorokauden aikana (= riittääkö koho 3 x vrk) - lääkitys - avun vastaanottaminen / hoitokielteisyys? - Pitäisikö kriteerini olla: osaako hälyttää apua? → tasa-arvoinen kohtelu, turvallinen ja realistinen kotiutuminen, ei turhia jaksos venymisiä (tiedetään mitä seurataan ja on huomioitu oleelliset asiat)</p>
<p><b>HOITONEUVOTTELU</b></p>	
<p><b>Ehdotus</b></p>	
<p>Pidetään kaikille 2 vk kulluttua Vartin yhteydessä sovitaan ajankohta Omahoitaja kutsuu koolle, jos hän on estynyt, niin sosiaaliohjaaja kutsuu Osallistujat: Asiakas, omaiset (jos mahdollista), omahoitaja (jos ei ole paikalla, tiimin sh päättää kuka menee), sosiaaliohjaaja, fysio- ja toimintaterapeutti tarpeen mukaan (päätetään vartissa). Harkinnan varaisesti kutsutaan koho mukaan Lyhyen jaksos ollessa kyseessä voidaan pitää yhdistetty hoitoneuvottelu + kotiutuskokous Sisältö: taustatiedot, tämän hetkinen tilanne, suunnitelma, osastons esittely Jos omainen ei osallistu, asiakas kutsutaan mukaan kuntasariin = hoitoneuvottelu → Asiakas ja omainen tietoisia arviointi- ja kuntoutusjaksoista, asiakkaan kuuleminen/ osallisuus, molemminpuolinen tiedonkulun paraneminen</p>	



Liite 3: Työntekijän käsikirja asiakkaan moniammatillisesta arviointi- ja kuntoutusprosessista



## ASIAKKAAN ARVIOINTI- JA KUNTOUTUSJAKSON ALKU

- Puhelinraportti (kts. "Puhelinraportti" (*huom. ei tässä opinnäytetyön käsikirjaversiossa*))

Aamulla hoitohenkilökunta sopii kuka ottaa puhelinraportin vastaan; vastuusairaanhoitaja vai asiakkaan tuleva vastuuhoitaja

Raportin vastaanottaja kirjoittaa asiakkaan nimen asiakastauluun

- Asiakkaan tullessa osastolle sovitaan tehtävänjaosta (kts. "Uusi asiakas")
- Lääkäri tekee alkuarvion ensimmäisenä mahdollisena päivänä
- Fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaaliohjaaja käyvät tapaamassa asiakkaan ensimmäisten päivien aikana
- Sosiaaliohjaaja ottaa yhteyttä kotihoitoon
- Sosiaalityöntekijä tekee sijoituspäätöksen viikon kuluessa

## **ALKUVARTTI - moniammatillinen alkukartoitus**

### **Osallistujat:**

Asiakas, vastuuhoitaja (tai muu tiimin hoitaja), fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaaliohjaaja, tarvittaessa sosiaalityöntekijä

### **Järjestäminen:**

- Järjestetään 3-5 vrk:n kuluttua asiakkaan osastolle tulon jälkeen, kesto 15 min
- Fysioterapeutti kutsuu koolle ja ilmoittaa ajankohdan asianosaisille + merkitsee asiakastauluun

### **Sisältö:**

Osastolle tulon syy (lähetteessä)  
Osaston ja henkilökunnan esittely  
Asiakkaan oma tavoite ja toiveet jaksolle  
Alustava suunnitelma jaksolle  
Hoitoneuvottelu (ketkä osallistuvat, ehdotus ajankohdasta)

### **Kirjaaminen:**

- Hoitaja kirjaa alkuvartin Pegasoksen kertomuksen Hoi-näkymään (otsikolla Moniammatillinen alkukartoitus)

**Tavoite:** Suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa arviointi- ja kuntoutusjakson tavoite ja kulku

## KUNTOUTUSKOKOUS

### Osallistujat:

Lääkäri, vastuusairaanhoitaja, vuorossa olevat tiimin hoitajat, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaaliohjaaja, sosiaalityöntekijä

### Järjestäminen ja sisältö:

- Vuoroviikoin käsitellään tiimien asiakkaat. Tarvittaessa asiakkaan asioita ja tilannetta käsitellään useammin.
- kts. ”Asiakkaan arvioinnissa huomioitavaa”
- Käydään läpi Haipro ja Sospro-ilmoitukset

### Kirjaaminen:

- Vastuusairaanhoitaja ohjaa kokouksen ja kirjaa sovitut asiat Pegasoksen kertomuksen Hoi-näkymään
- Tieto merkittävästä päätöksestä kirjataan Pegasoksen huomiokenttään sekä asiakastauluun, vastuuhoitaja kirjaa tehdyt merkittävät päätökset hoitosuunnitelmaan

**Tavoite:** Asiakkaan tilanteen säännöllinen moniammatillinen arviointi

## HOITONEUVOTTELU

### Osallistujat:

- Asiakas, omaiset, vastuuhoitaja (jos estynyt, tiimin sh päättää kuka korvaa), sosiaaliohjaaja, fysioterapeutti ja/tai toimintaterapeutti tarpeen mukaan.
- Sosiaalityöntekijä, mikäli suunnitteilla on SAP-prosessin aloittaminen tai muutoin on tarpeen
  - Kotihoito, jos on ollut asiakkuus aiemminkin ja kotiutuminen on tiedossa

### Järjestäminen:

- Järjestetään 2 viikon kuluttua osastolle tulon jälkeen (alkuvartin yhteydessä sovitaan ajankohta)
- Vastuuhoitaja kutsuu koolle. Jos vastuuhoitaja on estynyt, sosiaaliohjaaja kutsuu koolle. Koollekutsuja merkitsee ajankohdan asiakastauluun.

### Sisältö:

Osaston esittely  
Asiakkaan taustatilanne  
Tämänhetkinen tilanne ja toimintakyky  
Kuntoutussuunnitelma

### Ennen hoitoneuvottelua:

- Moniammatillisena tiiminä käydään läpi asiakkaan tilanne ja alustava suunnitelma sekä sovitaan hoitoneuvottelun "puheenjohtaja"

### Kirjaaminen:

- Hoitaja kirjaa Hoi-näkymälle, muut ammattiryhmät tarvittaessa omien kirjaamisohjeiden mukaisesti (toisten teksteihin voi viitata)

### Huom!

- Hoitoneuvottelu järjestetään vaikka omaisia/ läheisiä ei olisi tulossa mukaan. Tuolloin hoitoneuvottelu voidaan pitää kuntoutuskokouksen yhteydessä.
- Lyhyen hoitojakson aikana voidaan yhdistää hoitoneuvottelu ja kotiutuskokous.

**Tavoite:** Asiakkaan ja omaisten kuuleminen

## KOTIKÄYNTI

### Osallistujat:

Kokoonpano riippuu asiakkaan tilanteesta ja tarpeesta  
Asiakas, omainen, fysioterapeutti/ toimintaterapeutti/ sosiaalihoaja ja  
vastuuhoitaja (tai joku muu tiimin hoitaja)

### Järjestäminen:

- Kuntoutuskokouksessa arvioidaan ja sovitaan kutsutaanko kotihoito kotikäynnille mukaan
- Kuntoutuskokouksessa sovitaan kuka ottaa vastuun kotikäynnin järjestämisestä
  - ✓ keskustelu asiakkaan kanssa
  - ✓ omaiselle ilmoitus kotikäynnistä ja kutsutaan käynnille mukaan
  - ✓ ajankohdan sopiminen
  - ✓ kyydin tilaaminen (ulkoinen kuljetus)
  - ✓ kotiavain

### Sisältö:

- Kotikäyntien sisältö ja tarkoitus riippuvat asiakkaan tilanteesta sekä tarpeista
- Kotikäynnillä tehdään muutostyöarvio
- Tarkistetaan, mitä apuvälineitä on lainassa/ käytössä ja mahdollisesti otetaan kotoa apuvälineitä mukaan.

### Kirjaaminen:

- Kotikäynnillä mukana olleet työntekijät sopivat kirjaamisesta

Huom!

- Kotikäynti ei saa viivästyä työvuorollisista syistä

**Tavoite:** Asiakkaan fyysisen kotiympäristön ja kotiin orientoitumisen arviointi

### **SAP-prosessi**

- Hoitoneuvottelun jälkeisessä kuntoutuskokouksessa tehdään päätös suunnasta arviointi- ja kuntoutusjakson jälkeen (kotiin vai Sap-prosessiin, kts. "Asiakkaan arvioinnissa huomioitavaa")
- Kuntoutuskokouksessa kirjataan päätös Sap-prosessin aloituksesta Hoi-näkymälle. Vastuusairaanhoitaja merkitsee tiedon asiakastauluun (Sap + pvä)
- Sosiaalityöntekijä tekee Sap-arvioihin kannen ja tuo sen lääkärinkanslian Sap - arviot lokeroon punaiseen muovikuoreen
- Sosiaalityöntekijä kuulee asiakas ja omaista sekä toimittaa palveluasuntohakemuksen taloudellisten asioiden hoitajalle, joka palauttaa hakemuksen 2 viikon kuluessa sos.tt:lle.
- Lääkäri, sosiaalityöntekijä ja vastuuhoitaja kirjoittavat Sap-arviot 2 viikon kuluessa.
- Lääkäri ottaa kantaa kykeneekö asiakas ymmärtämään hakemuksen merkityksen.  
- Toimiessaan itse hakijana asiakas allekirjoittaa hakemuksen
- Vastuuhoitaja kokoaa punaiseen muovitaskuun kopion MMSE-testistä (< 1kk vanha), Ravan, lääkelistan ja hoitajan SAP-arvion
- Sosiaaliohjaaja toimittaa osastolla kootut paperit sosiaalityöntekijälle.
- Sosiaalityöntekijä kokoaa arviot, arava selvitykset ym. ja lähettää ne Sas-toimistoon

### **SAS-työparin ratkaisun jälkeen**

- Sas-työparin tekee päätöksen ja toimittaa sen sosiaalityöntekijälle. Sos.tt. kirjaa tiedot sos-näkymälle ja huomiokenttään, ilmoittaa osastolle ja omaiselle (ja asiakkaalle?)
- Fysioterapeutti ja/tai toimintaterapeutti tarkistaa ja huolehtii asiakkaalle tarvittavat apuvälineet
- Vastuuhoitaja antaa asiakkaalle / omaisille infokirjeen "Tietoa hoitotasoratkaisun saaneelle"
- Vastuusairaanhoitaja tekee Pegasokseen statusmuutoksen
- Sosiaaliohjaaja siirtää SAS-työparin ratkaisun asiakastuluun (HTR+ pvä)

SAP-prosessi		2 viikon kuluessa				
Vastuuhoitaja		Ostaa kopion MIMSC:stä (< 1kk vanha), päivittää ja tulostaa Ranan sekä tulostaa lääkelistan	Kirjoittaa ja tulostaa hoitajan Sap-annion			Antaa asiakkaalle/omaiselle infokirjeen "Tietoa hoitotasoratkaisun saaneille"
Lääkäri		Kirjoittaa ja tulostaa lääkäriin Sap-annion	Ostaa kampan ymmärtäkö asiakas hakemuksen merkityksen			
		Tuo Sas-hakemuksen kansilehden osastolle	Tuo Sas-hakemuksen punaisen muovitaskuun	Tuo Sas-hakemuksen		
		Hoitoneuvottelun jälkeisessä kuntoutuksessa	Kokouksen päätettävien SAP-prosessin aloitukseksi	Kuulee asiakasta ja omaisia hoitajalle	Toimittaa palveluasuunto hakemuksen taloudellisten asioiden hoitajalle	Ilmoittaa SAS-työparin päättökseen asiakkaalle/omaiselle ja kirjaa SAS-työparin päättökseen Pegasokseen (sos.näkymä) ja huomiokenttä)
Sosiaaliohjeuttaja				Kirjoittaa sos.tt.m Sap-annion ja tekee arava selvityksen	Kokoaa Sap-anniot ja toimittaa SAS-toimistoon	
Sosiaaliohjeuttaja				Toimittaa osastoilta hoitajan ja lääkärin Sap-anniot, MIMSC:n kopion, Ranan ja lääkelistan sos.tt:lle		Merkitsee tiedon asiakastauluun (HTR + palvelu)
Fysioterapeutti						Huolehtii tarvittavista apuvälineistä
Toimintaterapeutti						Huolehtii tarvittavista apuvälineistä
						Tekee statusmuutoksen Pegasokseen
Vastuunhoitaja						



## **KOTIUTUSKOKOUS**

### **Osallistujat:**

Asiakas, omainen, vastuuhoitaja tai tiimin sairaanhoitaja, sosiaaliohjaaja, fysioterapeutti ja/ tai toimintaterapeutti tarpeen mukaan, kotihoito (tarvittaessa lääkäri ja/ tai sosiaalityöntekijä)

### **Järjestäminen:**

- Sosiaaliohjaaja kutsuu koolle ja merkitsee ajankohdan asiakastauluun
- Järjestetään osastolla tai kotona

### **Sisältö:**

- Keskustellaan asiakkaan toimintakyvystä ja hoitajakson kulusta
- Sovitaan kotona asumista tukevista palveluista
- Käydään läpi lääkitys, lääkkeiden tilaaminen
- Selvitetään lisäävainten tarve ja kuka huolehtii niiden teettämisestä
- Sovitaan kotiutumisaikajankohda
- Tarkistetaan onko kotiavain asiakkaalla ja tarvitaanko saattajaa
  
- kts. "Asiakas kotiutuu"

### **Ennen kotiutuskokousta:**

- Moniammatillisena tiiminä käydään läpi asiakkaan tilanne ja alustava suunnitelma sekä sovitaan kotiutuskokouksen "puheenjohtaja"

### **Kirjaaminen:**

Hoitaja kirjaa kotiutuskokouksesta HOI-näkymälle, muut ammattiryhmät tarvittaessa omien kirjaamisohjeiden mukaisesti (toisten teksteihin voi viitata)

**Tavoite:** Asiakkaan turvallinen kotiutuminen

## **ASIAKKAAN ARVIOINTI- JA KUNTOUTUSJAKSON PÄÄTTYMINEN**

- Asiakas siirtyy kotiin, palvelutaloon tai laitokseen
  - Kun asiakkaan lähtöpäivästä on sovittu, merkitään lähtöpäivä asiakastauluun
  - Hoitaja, lääkäri ja fysioterapeutti tekevät loppuarviot (tarvittaessa myös toimintaterapeutti ja sosiaaliohjaaja)
  - Kansliaan kootaan kirjekuoreen asiakkaan mukaan loppuarviot ym.
  - kts. "Asiakkaan kotiutuessa" (*huom. ei tässä opinnäytetyön käsikirjaversiossa*)
  - Seuraavalle hoitavalle taholle annetaan puhelinraportti
  - Asiakas uloskirjataan
  - Asiakaspaperit toimitetaan arkistoitavaksi

**Tavoite:** Turvallinen siirtyminen osastolta

## **TUKIKÄYNTI**

### **Osallistujat:**

Fysioterapeutti/ toimintaterapeutti/ sosiaaliohjaaja/ hoitaja

### **Järjestäminen:**

- Tukikäynneistä voidaan sopia kotiutuskokouksessa tai tarve voi ilmetä kotiutumisen jälkeen ja pyyntö tulla esim. kotihoidosta.
- Tukikäyntejä tai tukisoiittoja voidaan tehdä n. 1-5 ja ne räätälöidään yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden mukaan.

### **Kirjaaminen:**

Käynnit kirjataan Pegasoksen kertomukseen ammattiryhmien kirjaamisohjeiden mukaisesti

**Tavoite:** Tukea kotona asumista

## Liite 4: SAP-prosessi osastolla

SAP-prosessi		2 viikon kuluessa			
		Ottaa kopion MMSE:stä (< 1kk vanha), päivittää ja tulostaa Ravan sekä tulostaa lääkelistan	Kirjoittaa ja tulostaa hoitajan Sap-arvion		Antaa asiakkaalle/omaiselle infokirjeen "Tietoa hoitotasotkaisun saaneelle"
<b>Vastuuhoitaja</b>		Kirjoittaa ja tulostaa lääkärin Sap-arvion	Ottaa kantaa ymmärtääkö asiakas hakemuksen merkityksen		
<b>Lääkäri</b>		Tuo Sas-hakemuksen kansilehden osastolle	Toimittaa palveluasuntohakemuksen taloudellisten asioiden hoitajalle	Ilmoittaa SAS-työparin päätöksen asiakkaalle/omaiselle ja kirjaa SAS-työparin päätöksen Pegasokseen (sos-näkymä ja huomiokenttä)	
<b>Sosiaalityöntekijä</b>	Hoitoneuvottelun jälkeisessä kuntoutuskouksessa päätetään SAP-prosessin aloituksesta	Kuulee asiakasta ja omaisia	Kirjoittaa sos.tt.:n Sap-arvion ja tekee arava selvityksen	Kokoaa Sap-arviot ja toimittaa SAS-toimistoon	
<b>Sosiaaliohjaaja</b>			Toimittaa osastolta hoitajan ja lääkärin Sap-arviot, MMSE:n kopion, Ravan ja lääkelistan sos.tt.:lle		Merkitsee tiedon asiakastauluun (HTR + päivä)
<b>Fysioterapeutti</b>					Huolehtii tarvittavista apuvälineistä
<b>Toimintaterapeutti</b>					Huolehtii tarvittavista apuvälineistä
<b>Vastuusairaanhoitaja</b>					Tekee statusmuutoksen Pegasokseen