

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto (Ikäosaaminen)

Nelli Pitkänen & Tuula Pölonen

POTILASTIETOJEN KIRJAAMISEN JA MONIAMMATILLISEN YHTEISTYÖN
KEHITTÄMINEN AKTIVOIVAN ARJEN TUEN JAKSOLLA

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2017

**OPINNÄYTETYÖ****Huhtikuu 2017**Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammatti-
korkeakoulututkinto (Ikäosaaminen)

Tikkarinne 9

80200 JOENSUU

+358 13 260 600

Tekijät

Nelli Pitkänen & Tuula Pölönen

Nimeke

Potilastietojen kirjaamisen ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen aktivoivan arjen tuen jaksolla

Toimeksiantaja

Kuopion kaupunki

Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön aiheena oli potilastietojen kirjaamisen ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen aktivoivan arjen tuen jaksolla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää aktivoivan arjen tuen asiakkaiden hoitajakson kirjaamista ja kirjaamisen käytänteitä asiakaslähtöisen ja rakenteisen kirjaamisen näkökulmista. Lisäksi tarkoituksena oli kehittää moniammatillista yhteistyötä ja tiedonsiirtoa toimintakäytänteiden yhdenmukaistamiseksi. Opinnäytetyön kehittämistyön tehtävänä oli laatia toimintaohje työntekijöille potilastietojen kirjaamisesta, tiedonsiirron menettelytavoista ja moniammatillisesta yhteistyöstä aktivoivan arjen tuen jaksolle.

Opinnäytetyössä oli tutkimuksellisen kehittämistoiminnan piirteitä. Tutkimuksellisessa osuudessa arvioitiin potilaskirjauksia asiakkailta, jotka olivat kotiutuneet terveyskeskussairaalaan aktivoivan arjen tuen asiakkaina. Kirjaamisen analyysi toi esille puutteita kirjaamisessa sekä asiasisällön että potilastietojärjestelmässä tiedon kirjaamisen paikan osalta. Kehittämistoimintaa oli kehittämistyöryhmätyöskentely, jossa sairaalan ja kotihoidon työntekijöistä muodostettu työryhmä laati toimintaohjeen aktivoivan arjen tuen jaksolle.

Kieli

suomi

Sivuja 70

Liitteet 6

Liitesivumäärä 13

Asiasanat

Rakenteinen kirjaaminen, asiakaslähtöisyys, tiedonsiirto, moniammatillisuus, kotikuntoutus



THESIS
April 2017
Master's Programme in Active Ageing

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
FINLAND
+358 13 260 600

Authors

Nelli Pitkänen & Tuula Pölönen

Title

Developing Patient Data Documentation and Multidisciplinary Collaboration During Supportive Period in Activities of Daily Living

Commissioned by

City of Kuopio

Abstract

This thesis discusses how to develop patient data documentation and multidisciplinary collaboration during a supportive period in activities of daily living. The purpose of this thesis was to develop the content of the patient data documentation among patients attending a supportive period in activities of daily living and to develop the documentation practices from the viewpoint of client-oriented and structured documentation. Furthermore, the purpose was to develop multidisciplinary from the perspective of collaboration and data transfer to standardize the practices. The purpose of the developmental aspect of this thesis was to create guidelines for the employees on the documentation of the patient data, the procedures in data transfer and multidisciplinary collaboration for the supportive period in activities of daily living.

The thesis has some features of developmental research. In the research part, the patient data documentation was evaluated among those clients who had been discharged from a health centre hospital as clients receiving support in activities of daily living. The analysis of the documentation disclosed some deficiencies in it, both in the subject matter and in the location of the data documentation in the patient information system. The development activity, that is typical of a developmental research activity, was realised in a development team work formed of employees both from the hospital and from the home care services and they compiled a guideline for the supportive period in activities of daily living.

Language

Finnish

Pages 70

Appendices 6

Pages of Appendices 13

Keywords

Structured documentation, client-oriented approach, data transfer, multidisciplinary, home-based rehabilitation

Sisältö

1	Johdanto	6
2	Potilastietojen kirjaaminen, tiedonsiirto ja moniammatillinen yhteistyö	7
2.1	Asiakaslähtöinen ja rakenteinen kirjaaminen	7
2.2	Hoitosuunnitelma ja hoitotyön yhteenveto	8
2.3	ICF-luokitus.....	9
2.4	Puutteet kirjaamisessa aikaisempien tutkimusten perusteella	10
2.5	Kirjaamisen arviointi.....	11
2.6	Moniammatillinen yhteistyö ja sujuva tiedonsiirto	11
3	Kotikuntoutus	13
3.1	Kotikuntoutuksen määrittely.....	13
3.2	Lähtökohdat ja keskeiset asiat kotikuntoutuksessa	13
3.3	Kotikuntoutus Kuopion kaupungissa	14
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät.....	16
5	Opinnäytetyön toteutus	17
5.1	Toimintaympäristö	17
5.2	Tutkimuksellinen kehittämistoiminta	17
5.3	Opinnäytetyön tekijöiden rooli, osallistujat ja kehittämismenetelmät..	19
5.4	Suunnitteluvaihe	21
5.5	Toteutusvaihe	22
5.5.1	Kirjaamisen arviointi: aineiston keruu ja analysointi.....	23
5.5.2	Kehittämistyöryhmätyöskentely	28
5.5.3	Toimintaohjeen pilotointivaihe.....	30
5.6	Tulosten juurruttaminen	32
6	Opinnäytetyön tulokset ja tuotos	33
6.1	Kirjaamisen arvioinnin tulokset	33
6.1.1	Asiakaslähtöinen kirjaaminen	34
6.1.2	Rakenteinen kirjaaminen	37
6.1.3	Moniammatillinen yhteistyö.....	39
6.1.4	Tiedonsiirto aktivoivan arjen tuen jaksolla	41
6.2	Yhteenveto kirjaamisen arvioinnin esilletuomista kehittämiskohteista	43
6.3	Toimintaohje aktivoivan arjen tuen jaksolle.....	45
7	Pohdinta.....	46
7.1	Opinnäytetyöprosessin tarkastelu.....	46
7.2	Tulosten tarkastelu	49
7.3	Eettisyys ja luotettavuus	49
7.4	Jatkotutkimusaiheet	53
	Lähteet	54

Liitteet

Liite 1	Kirjaamisen arviointilomake
Liite 2	Kuopion kaupungissa aktivoivan arjen tuen jaksolla käytettävät mit- tarit
Liite 3	Ohjeistus pilotointivaiheesta kohdeyksiköihin
Liite 4	Kuopion kaupungin AATU- toiminnallinen ohje
Liite 5	Kehittämistyöryhmätyöskentelyn arviointi
Liite 6	Opinnäytetyön tuotos: toimintaohje

- Kuvio 1. ICF-toimintakykyluokituskaavio
- Kuvio 2. Kirjaamisen arviointiprosessi
- Kuvio 3. Analyysiprosessi yläluokka 1
- Kuvio 4. Analyysiprosessi yläluokka 2
- Kuvio 5. Kehittämistyöryhmän tapaamiskertojen sisällöt
- Kuvio 6. Opinnäytetyöprosessi ja aikataulukkaavio
- Kuvio 7. Aktivoivan arjen tuen jaksolle asetetut tavoitteet sairaalassa jakson alussa
- Kuvio 8. Tavoitteiden jakautuminen ICF-pääluokkien mukaan
- Kuvio 9. Viikkoyhteenvedon teko kotihoidossa aktivoivan arjen tuen jaksolla
- Kuvio 10. Ensipalaverin pito aktivoivan arjen tuen jaksolla sairaalassa
- Kuvio 11. Moniammatillinen aloituskäynti aktivoivan arjen tuen jaksolla asiakkaan kotiutuessa

- Taulukko 1 Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan tehtävät tässä opinnäytetyössä
- Taulukko 2 Esimerkki analyysirungon muodostumisesta
- Taulukko 3 Toimintakyky ja saavutetut tavoitteet kirjattu aktivoivan arjen tuen jaksolla
- Taulukko 4 Tehdyt alkumittaukset (N=31) ja loppumittaukset (N=28)

1 Johdanto

Ikääntyneen ihmisen kotona asumisen tukeminen on tällä hetkellä yhteiskunnallisesti keskeinen ja ajankohtainen aihe, sillä ikärakenteen muuttuessa palvelurakenteita on muutettava ja kehitettävä. Suomessa ja myös monessa muussa maassa ympäri maailmaa on kehitetty uusia palveluita tukemaan ikääntyneen asiakkaan kotikuntoisuutta ja elämänlaatua. (Krook & Einset 2014.)

Erilaiset siirtymävaiheet, kuten sairaalasta kotiutuminen, ovat erityisen haavoittuvia palvelujen laadun ja vaikuttavuuden kannalta. Jos tällaisessa siirtymävaiheessa ei jatkohoitoa ole tarkkaan suunniteltu eikä sitä toteuteta yhteistyössä eri tahojen kanssa, potilaan saaman hoidon laatu ja hoidon vaikuttavuus heikenevät. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 7.) Potilaan näkökulmasta eri ammattiryhmien ja hoitopaikkojen välillä tapahtuva tiedonkulku on tärkeä hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden kannalta (Kaila & Kuivalainen 2014, 113). Tällä hetkellä yksi tiedonkulun haasteista on sähköinen rakenteinen kirjaaminen. Rakenteisessa kirjaamisessa ja käytänteissä on suuria eroja valtakunnallisesti. (Kaila & Kuivalainen 2014, 113, 121.)

Tämän opinnäytetyön tarve perustui Kuopion kaupungin uuden toimintamallin, aktivoivan arjen tuen (AATU) kehittämisen tarpeeseen. Lähtökohtana olivat aktivoivan arjen tuen toimintamallin alkukartoituksessa esiin tulleet puutteet kirjaamisen sisällössä ja sairaalan ja kotihoidon välillä tapahtuvassa tiedonsiirrossa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää asiakkaiden hoitojakson kirjaamisen sisältöä ja kirjaamisen käytänteitä asiakaslähtöisen ja rakenteisen kirjaamisen näkökulmista. Lisäksi tarkoituksena oli kehittää moniammatillista yhteistyötä ja tiedonsiirtoa toimintakäytänteiden yhdenmukaistamiseksi.

Tässä opinnäytetyössä arvioitiin sairaalasta kotihoitoon siirtyvän asiakkaan potilastietojärjestelmään kirjattuja potilastietoja ja sitä varten laadittiin arviointilomake. Arviointilomakkeen avulla saatiin tietoa sekä asiakaslähtöisen ja rakenteisen kirjaamisen että moniammatillisen yhteistyön ja tiedonsiirron toteutumisesta jak-

son aikana. Pääosaa opinnäytetyössä edusti kirjaamisen, moniammatillisen yhteistyön ja tiedonsiirron kehittäminen moniammatillisessa kehittämistyöryhmässä. Kehittämistyöryhmätyöskentelyn tavoitteena oli laatia toimintaohje helpottamaan työntekijöiden työtä aktivoivan arjen tuen jaksolla. Toimintaohjeella on tarkoitus saada työntekijät kirjaamaan ja välittämään tiedot yhdenmukaisesti, jotta tiedonsiirto ja potilastietojen löytäminen potilasasiakirjoista olisi aikaisempaa helpompaa ja selkeämpää. Lisäksi toimintaohjeen tavoitteena on selkeyttää moniammatillista yhteistyötä työn sujuvuuden parantumiseksi.

2 Potilastietojen kirjaaminen, tiedonsiirto ja moniammatillinen yhteistyö

2.1 Asiakaslähtöinen ja rakenteinen kirjaaminen

Hoitotyössä asiakaslähtöisyyden keskeisenä tekijänä ovat asiakkaan tarpeet ja lähtökohtana se, että asiakas ei ole toiminnan kohde vaan aktiivinen toimija voimavarojensa ja taitojensa mukaan (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 69). Hoitotyössä asiakaslähtöisyyden tulee näkyä myös potilaskirjauksissa, jolloin kirjaaminen perustuu asiakkaan yksilölliseen tilanteeseen (Kärkkäinen 2007, 92). Hoitoon liittyvät tarpeelliset tiedot on kirjattava riittävän laajasti ja ymmärrettävästi, jotta niistä saa jokainen niitä lukeva selkeän käsityksen hoidon toteuttamisesta (Iivanainen & Syväoja 2012, 11, 15). Potilasasiakirjoihin kirjataan kaikki ne tiedot, jotka helpottavat hoidon suunnittelua, terveydentilan seurantaa, hoidon toteutusta ja hoidon arviointia (Ensio & Saranto 2004, 38–40; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a, 13; THL 2015b, 26). Tärkeimpiä kirjattavia potilastietoja ovat ”hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto” (THL 2015c, 92).

Aiempien tutkimusten mukaan kotiutuksen yhteydessä tärkeimpiä kirjattavia asioita ovat ikäänntyneen sairaalaan tulosy, potilaan taustatiedot, nykyiset oireet ja toimintakyky, tehdyt mittaukset, tutkimukset ja hoitotoimenpiteet. Tärkeitä ovat myös jatkohoitoa suunnittaessa käytössä olevat tukipalvelut ja lisäpalvelu-

jen tarve. (Hattunen, Juutilainen & Riikonen 2015, 56.) Lisäksi Koikkalaisen, Immosen, Rossin & Kuittisen (2013, 20) tekemässä tutkimuksessa on nostettu esille, että potilasasiakirjoissa tulisi olla kotihoidon yhteystiedot. Myös kontrollikäynneistä, jatkotutkimuksista ja jatkohoidosta toivottiin yhteenvetoa (Koikkalainen ym. 2013, 10, 23).

Hoitotyössä käytetään valtakunnallista ohjeistusta ja käytäntöjä potilastietojen kirjaamiseen. Tätä sähköisen potilastietojärjestelmän kirjaamismallia kutsutaan rakenteiseksi kirjaamiseksi. Rakenteinen kirjaaminen helpottaa tietojen kirjaamista ja sen avulla potilastietojen laatu paranee. (THL 2015d, 5; THL 2015e, 15.) Rakenteisessa kirjaamisessa potilastiedot kirjataan potilasasiakirjoihin käytämällä sovittuja luokituksia, koodistoja, tietorakenteita ja otsikoita. Lisäksi potilastietoja täydennetään kirjoittamalla omaa vapaamuotoista tekstiä. Rakenteisessa kirjaamisessa löytyy kirjaamisosiot jokaiseen hoitoprosessin vaiheeseen: tulotilanteen selvitykseen, hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Rakenteinen kirjaaminen helpottaa hoidon toteutuksen seurantaa, ja kirjatun tiedon saa käytettyä uudestaan esimerkiksi hoitotyön yhteenvetoon. Samalla rakenteisen kirjaamisen periaatteella kirjaavat eri ammattiryhmät omat asiakkaan hoitoon liittyvät tiedot potilasasiakirjoihin. (THL 2015b, 25–26; THL 2015f, 28, 36.)

2.2 Hoitosuunnitelma ja hoitotyön yhteenveto

Hoitosuunnitelma on kokonaisuus asiakkaan tarvitsemista hoidoista, kuntoutuksesta ja palveluista. Tämän suunnitelman tarkoituksena on määritellä asiakaslähtöiset ja yksilölliset tarpeet, nykyinen elämäntilanne, selkeät tavoitteet, keinot ja toimenpiteet, joiden avulla määritetyt tavoitteet ovat saavutettavissa, vastuunjako sekä aikataulusuunnitelma hoidon ja kuntoutumisen seurannasta. Hoitosuunnitelma tulee laatia yhdessä asiakkaan kanssa moniammatillisesti. Yhdessä asiakkaan kanssa laadittu suunnitelma motivoi asiakasta tavoitteiden saavuttamisessa. (Reuter 2013; Päivärinta & Haverinen 2002, 3, 13.) Tässä opinnäytetyössä käytetään hoitosuunnitelman käsitettä, kun käsitellään asiakkaan jatkohoito- ja kuntoutusasioita, sillä asiakkaan hoitoon ja kuntoutukseen keskeisesti liittyvät asiat kirjataan aktivoivan arjen tuen jaksolla hoitosuunnitelmaan.

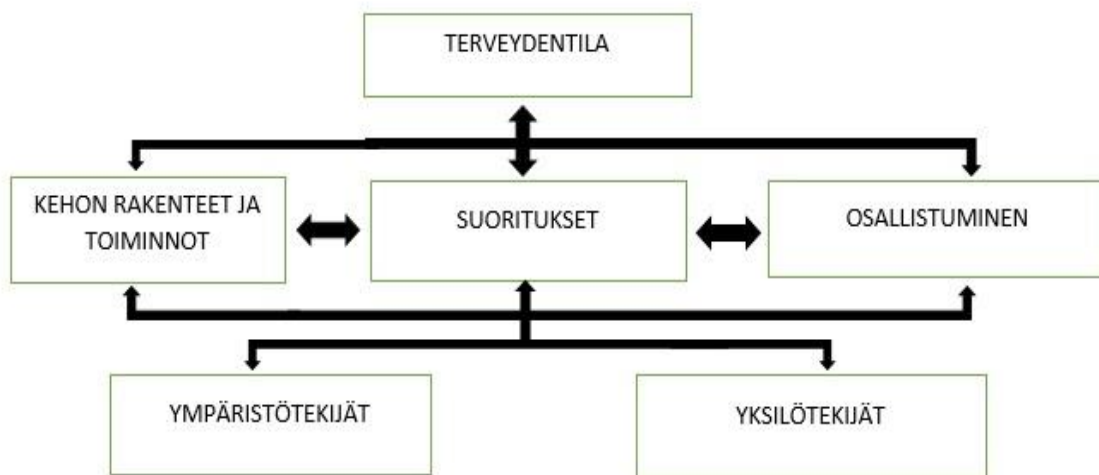
Potilaan hoitajakson ajalta tehdään hoitotyön yhteenveto. Tähän kirjataan hoidon ajalta keskeiset tiedot helposti luettavaan muotoon käyttäen rakenteisia tietoja, omaa vapaamuotoista tekstiä ja jo aikaisemmin kirjattua tietoa. Hoitotyön yhteenveto on arvio potilaan nykytilanteesta verrattuna tulotilanteeseen. Siihen kirjataan selkeästi tulotilanne, hoidon tarve, tavoitteet, tehdyt hoitotyön toiminnot, annettu hoito ja saadut hoidon tulokset. Hoitotyön yhteenvetoon tarkoituksena on turvata hoidon jatkuminen potilaan kotiutuessa kotihoidon piiriin tai siirtyessä seuraavaan hoitopaikkaan. (Iivanainen & Syväoja 2012, 18; THL 2015c, 92–93.)

2.3 ICF-luokitus

ICF-luokitus on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. ICF jakaantuu ruumiin/kehon toiminnot, suoritukset, osallistuminen sekä ympäristö- ja yksilötekijät osa-alueisiin (Kuvio 1) (THL 2016.) ICF-luokituksessa korostetaan, että tavoitteita ja niiden saavuttamista tulee kuvata erityisesti suoritusten ja osallistumisen kautta (Anttila & Paltamaa 2015, 5). ICF-luokituksen avulla voidaan kuvata, miten sairauden ja vamman vaikutukset näkyvät ihmisen arjessa ja elämässä (THL 2016).

ICF ohjaa ottamaan asiakkaan huomioon kokonaisvaltaisesti ja asiakaslähtöisesti. ICF ohjaa myös tarkkaan ja monipuoliseen toimintakyvyn kuvaamiseen, mikä auttaa asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen sisällön suunnittelua ja kohdentamista. ICF-luokituksen avulla kirjattu tieto on yhtenäisessä muodossa ja tieto välittyy kaikille asiakasta hoitaville tahoille samanlaisena, joten tiedon jatkokäytömahdollisuudet lisääntyvät. (Anttila & Paltamaa 2015, 5–7.) Yhdenmukaisesti tehdyt toimintakyvyn kuvaukset ja kirjaaminen luovat myös edellytykset oikeasuuntaisille johtopäätöksille ja asiakkaiden yhdenvertaisuus parantuu. Tämän vuoksi on keskeistä, että sähköisessä potilaskertomuksessa käytetään yhtenäisiä kansallisia rakenteita. ICF-luokituksen avulla muun muassa rakenteinen kirjaaminen ja hoitosuunnitelmien sisältö jäsentyvät selkeästi. (Paltamaa & Perttinen 2015, 8,17.)

Vaikka ICF-luokitus julkaistiin yli 15 vuotta sitten ja suomeksi luokitus käännettiin vuonna 2004, sen käyttö ei ole vielä vakiintunut Suomessa terveydenhuollossa (Paltamaa & Perttinen 2015, 20). Tutkimukset osoittavat, että ICF on yleisesti tunnettu, mutta tähän mennessä vähän käytetty terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskuudessa (Rantakömi-Stansfield, Valtamo, Piirainen & Sjögren 2015, 29).



Kuvio 1. ICF-toimintakykyluokituskaavio (THL 2016).

2.4 Puutteet kirjaamisessa aikaisempien tutkimusten perusteella

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että hoitotyön kirjaamisessa on puutteita. Järveläisen (2014, 34) mukaan potilastietoihin kirjattu tieto on yleensä lista siitä, mitä hoitajat ovat tehneet. Myös Kailan & Kuivalaisen (2014, 102) mukaan potilasasiakirjoihin kirjataan enemmän hoitajan tekemisiä ja kirjaaminen on vähemmän potilaslähtöistä, tavoitteellista kirjaamista. He mainitsevat tutkimuksessaan myös sen, että potilasohjausta tehdään enemmän kuin sitä kirjataan eli kaikkea ei tule kirjattua (Kaila & Kuivalainen 2014, 110).

Järveläisen tutkimuksen (2014, 30, 33) mukaan toisille hoitotyöntekijöille kirjaaminen on vaikeaa ja Hallilan (2005, 116) mukaan hoitajat kirjaavat samat asiat kukin omalla tavallaan. Järveläinen mainitsee tutkimuksessaan, että tiedonkulkua vaikeuttaa kirjaamiseen liittyvien ohjeiden puute. Hänen mukaan myös sairaalasta kotihoitoon suullisesti annetut ohjeet ovat usein riittämättömät

varsinkin silloin, kun uusi asiakas tulee kotihoidon asiakkaaksi. (Järveläinen 2014, 34–35.)

Järveläisen (2014, 33) tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että hoitosuunnitelmat tehtiin vajavaisesti tai niitä ei ollut tehty ollenkaan. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, ettei suunnitelmia päivitetty tai laadittua suunnitelmaa ei noudatettu (Järveläinen 2014, 33). Hattusen ym. (2015, 67) mukaan kirjauksista puuttuu sairaalaan tulossyy ja potilaan perussairaudet. Ikääntyneiden ravitsemustilaan ja päihitteiden käyttöön liittyviä asioita ei kirjata riittävästi. Potilaan sosiaalinen toimintakyky tulee useimmiten huomioitua, mutta psyykinen toimintakyky jää vähemmälle huomioille. (Hattunen ym. 2015, 68–69.)

2.5 Kirjaamisen arviointi

Kirjaamisen arviointia tehdään, kun tarkastellaan potilasasiakirjoihin tehtyjä kirjauksia. Arviointi tehdään usein hoitajakson jälkeen, koska silloin voidaan tarkastella koko hoitajakson ajalta tehtyjä kirjauksia. Potilasasiakirjoista saadaan tietoa kuinka usein tietyt asiat ilmenevät kirjauksissa eli tehdään määrällistä arviointia. (Hallila 2005, 112–116; Ensio & Saranto 2007, 136.)

Laadullisessa arvioinnissa tarkastellaan muun muassa tekstien kielellisiä piirteitä. Samaan aikaan kun tarkastellaan kirjauksia, voidaan etsiä tietoja hoitotyön toiminnoista ja niiden vaikutuksista potilaiden hoidon tuloksiin. Potilastietoja tarkasteltaessa on muistettava, että asiakkaan henkilötiedot ja tiedot, joista asiakkaan voi tunnistaa, eivät saa tulla esille, kun arviointia raportoidaan. (Hallila 2005, 112–116; Ensio & Saranto 2007, 136.)

2.6 Moniammatillinen yhteistyö ja sujuva tiedonsiirto

Hoitoalalla moniammatillisuudella tarkoitetaan eri ammattialojen asiantuntijoiden välistä yhteistyötä. Tässä yhteistyössä eri ammattiryhmät suunnittelevat ja toteuttavat potilaan hoitoa käyttäen hyväksi jokaisen oman alansa asiantuntijuut-

ta. Keskeistä moniammatillisessa työskentelyssä on koota potilaan hoitoon liittyvät tiedot yhteen niin, että hänen tilanteesta saadaan kokonaisvaltainen näkemys. Myös potilaan kuuluu itse olla mukana tässä yhteistyössä omien mahdollisuuksiensa mukaan. Kaikki ovat mukana tasavertaisina toimijoina. (Isoherranen 2005, 13–16; Hämäläinen & Malin 2000, 29.) Tässä opinnäytetyössä moniammatillisuudesta käytetään moniammatillinen yhteistyö- ja tiedonsiirtokäsitteitä.

Moniammatillisen yhteistyön onnistumiseksi tiedonsiirron täytyy onnistua sujuvasti eri ammattilaisten välillä. Tärkeää on myös tiedon välittyminen potilaalle itselleen ja hänen läheisilleen. Lisäksi tarvitaan yhteisesti sovittuja käytäntöjä ja toimintatapoja. Moniammatillisen yhteistyön haasteena on aikaisempien tutkimusten perusteella nähty ongelmat tiedonsiirrossa ja toimintatavoissa. (Isoherranen 2005, 134–139; Kotro & Parhiala 2015, 22; Isoherranen 2012, 33–34.)

Tiedonsiirron kannalta on olennaista se, miten potilaan hoitoon liittyvät asiat ovat kirjattuna potilasasiakirjoihin. ”Potilaan hoidon dokumentointi on keskeinen tiedon kulun tae” (Mykkänen, Huovinen, Miettinen & Saranto 2011, 62). Pakarisen (2008, 30) mukaan ”suullinen tiedonvälitys toimii kirjallisen tiedonvälityksen tukena”. Hänen mukaan kirjaamisen tulee olla aikaisempaa tarkempaa ja monipuolisempaa (Pakarinen 2008, 31).

Hoitojakson aikana tehdyllä asianmukaisella kirjaamisella turvataan tiedonsiirto kotihoitoon (Ensio & Saranto 2004, 44; Jalonen 2012, 46). Koikkalainen ym. (2013, 2, 5) tuovat tutkimuksessaan esille, että hyvä kirjaaminen ja sen avulla tapahtuva tiedonsiirto ovat tärkeitä asiakkaan siirtyessä sairaalasta kotihoitoon. Järveläinen (2014, 34, 38) tuo tutkimuksessaan esille, että ongelmat tiedonkulussa ja kirjaamisessa vaikuttavat potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja estävät asiakkaan kuntoutumista.

3 Kotikuntoutus

3.1 Kotikuntoutuksen määrittely

Suomessa kotikuntoutuksen sisältöä ei ole yleisesti määritelty, vaan jokainen toimija käyttää sitä tällä hetkellä omalla tavalla omissa palveluissaan (Forss 2016, 34). Forss (2016, 35) määrittelee kotikuntoutuksen prosessiksi, joka toteutetaan yhdessä asiakkaan kanssa hänen luonnollisessa toimintaympäristössä, arjen normaalien toimintojen äärellä.

Englannin kielessä kotikuntoutus-käsitteestä käytetään reablement tai restorative home care-termejä (AgeUK 2016). Norjassa, missä kotikuntoutusta on paljon tutkittu ja kehitetty, kotikuntoutuksesta käytetään sanaa hverdagsrehabilitering, joka tarkoittaa suomeksi jokapäiväistä kuntoutusta. Norjassa asiakkaan kuntouttaminen lähtee kysymyksestä, mitkä ovat tärkeitä toimia juuri sinulle. (Hverdagsrehabilitering 2014; KS 2015.) Tässä opinnäytetyössä kotikuntoutuksella tarkoitetaan asiakkaan kanssa yhdessä toteutettavaa toimintakyvyn tukemista aktiivisen kotikuntoutuksen keinoin asiakkaan omassa toimintaympäristössä.

3.2 Lähtökohdat ja keskeiset asiat kotikuntoutuksessa

Suomessa vanhuspalvelulain tavoitteena on edistää ikääntyneen väestön kotona asumisen mahdollisuuksia lisäämällä ja monipuolistamalla kuntoutumista edistäviä palveluja ja vahvistaa näiden palveluiden osuutta palvelurakenteessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 37–38). Kotikuntoutus on juuri yksi olennainen keino, jolla tuetaan ikäihmisen toimintakykyä, jotta hän pysyy kotikuntoisena mahdollisimman pitkään (Suomalainen 2016, 10).

Eri maissa kotikuntoutusta on kehitetty hieman eri tavalla ja se on käytössä hieman erilaisilla toimintatavoilla, mutta kaikkialla maailmassa tavoitteet ja lähtökohdat tämän tyyppisessä toiminnassa ovat samanlaiset. Asiakkaalle pyritään tarjoamaan oikea-aikaisesti ja joustavasti kohdennettuja palveluja, joilla pyritään

tukemaan ja kehittämään asiakkaan itsenäisen elämän taitoja. Tavoitteena on, että asiakas voi toimia mahdollisimman omatoimisesti omassa toimintaympäristössään arjen askareita tehden. Jaksot ovat suunnitelmallisesti alkavia ja ajallisesti rajattuja jaksoja. Palveluissa painotetaan kokonaisvaltaista, yksilöllistä ja asiakaslähtöistä lähestymistapaa. (AgeUK 2016; Lewin, Alfonso & Alan 2013.)

Kotikuntoutuksessa keskeistä on moniammatillisuus ja kuntouttava työote sekä selkeät ja asiakaslähtöiset tavoitteet (Simonen ym. 2014, 4; Taura-Jokinen 2016a, 24; Taura-Jokinen 2016b, 30–31). Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan työskentelytapaa, jossa tuetaan asiakasta toimimaan kaikissa arkipäivän toiminnoissa asiakkaan oma maksimaalinen toimintakyky huomioiden (Vernerin 2014). Ruotsissa ja Norjassa tehtyjen tutkimusten mukaan kotikuntoutuksessa keskeisenä tekijänä on tehdä yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma asiakkaan omilla tavoitteilla ja tehdä tiivistä yhteistyötä läheisten ja kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien kanssa. Harjoitteiden on oltava yksilöllisesti suunniteltu. Niistä myös tehtävä kirjalliset ohjeet. Kotihoidon henkilökuntaa tulisi tarpeen mukaan ohjeistaa harjoitteiden ohjaamisesta asiakkaalle. Tutkimuksissa tuli esille myös kuntouttavan työotteen merkitys. Kuntouttavan työotteen mukaisesti ammattilaisten on tärkeää kannustaa ja ohjata asiakasta tekemään päivittäiset toiminnot mahdollisimman omatoimisesti. Lisäksi tutkimuksissa korostettiin moniammatillisuuden ja sujuvan tiedonsiirron tärkeyttä. (Borås stad 2010, 7, 18; Tuntland, Aaslund, Espehaug, Forland & Kjekken 2015.)

3.3 Kotikuntoutus Kuopion kaupungissa

Kuopion kaupungissa pidetään tärkeänä palvelurakenteen kehittämistä ikärakenteen muuttuessa. Omassa kodissa asumista pyritään tukemaan mahdollisimman pitkään (Kuopion kaupunki 2016a). Kuopion kaupungissa yhtenä uutena tukimuotona kotikuntoisuuden säilymiseksi on aloitettu vuoden 2016 alusta alkaen aktiivinen kotikuntoutus, jota kutsutaan nimellä aktivoiva arjen tuki (AATU) (Kuopion kaupunki 2016b).

Aktivoiva arjen tukijakso on kehitetty asiakkaille, joiden toimintakyvyssä on viitteitä heikkenemisestä tai toimintakyky on radikaalisti muuttunut esimerkiksi trauman vuoksi. Jakson avulla toimintakykyä pyritään tukemaan ja arjessa selviytymistä, asiakkaan omassa toimintaympäristössä, pyritään parantamaan. Jakso voi alkaa kotihoidossa tai sairaalassa osastojaksolla. Tällä jaksolla on keskeistä, että asiakas itse laatii jakson tavoitteen, jonka pohjalta laaditaan hoitosuunnitelma moniammatillisesti yhdessä asiakkaan kanssa. (Pohjois-Savon liitto 2016, 24-26.) Aktivoivan arjen tuen jaksolle on laadittu maaliskuussa 2016 toiminnallinen ohje (liite 4). Jaksolla käytetään asiakkaan fyysisen suorituskyvyn arviointiin SPPB-testiä, kaatumisvaaran arviointiin FRAT-mittaria sekä ravitsemustilan arviointiin MNA-testiä. Lisäksi tarvittaessa käytetään muistin arvioimiseksi MMSE-testiä sekä mielialan arvioimiseksi GDS15-mittaria (liite 2).

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää aktivoivan arjen tuen asiakkaiden hoitajakson kirjaamisen sisältöä ja kirjaamisen käytänteitä asiakaslähtöisen ja rakenteisen kirjaamisen näkökulmista. Lisäksi tarkoituksena on kehittää moniammatillista yhteistyötä ja tiedonsiirtoa toimintakäytänteiden yhdenmukaistamiseksi.

Tiedontuotannon tehtävät:

1. Miten asiakaslähtöinen kirjaaminen toteutuu tällä hetkellä aktivoivan arjen tuen jaksolla?
2. Miten rakenteinen kirjaaminen toteutuu tällä hetkellä aktivoivan arjen tuen jaksolla?
3. Miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu tällä hetkellä aktivoivan arjen tuen jaksolla?

Kehittämistyön tehtävä:

1. Laatia toimintaohje työntekijöille potilastietojen kirjaamisesta, tiedonsiirron menettelytavoista ja moniammatillisesta yhteistyöstä aktivoivan arjen tuen jaksolle.

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Toimintaympäristö

Toimintaympäristönä opinnäytetyössä oli Kuopion kaupungin terveyskeskussairaalan neljä kuntoutusosastoa ja kaupungin kotihoito. Sairaalasta valittiin kaikki neljä kuntoutusosastoa, koska kaikista niistä kotiutui aktivoivan arjen tuen asiakkaita tarkastelujaksolla. Opinnäytetyöhön valittiin terveyskeskussairaalasta kotiutuneet aktivoivan arjen tuen asiakkaat, sillä haluttiin tutkia ja kehittää siirtymävaiheen eli sairaalasta kotihoitoon siirtyvän asiakkaan hoitoketjua kirjaamisen ja moniammatillisen yhteistyön sekä tiedonsiirron näkökulmista.

Kotihoitoon kuuluu kolme aluetta, eteläinen-, keskinen- ja pohjoinen kotihoidon alueet. Koko kotihoidon kenttä oli opinnäytetyön toimintaympäristöä, koska aktivoivan arjen tuen toimintamalli on käytössä koko kaupungissa. Kotihoidosta keskeisenä toimintaympäristönä oli pohjoinen kotihoidon alue, jossa opinnäytetyön lopputuotos, toimintaohjeen pilotointi tapahtui.

5.2 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Tutkimuksellisella kehittämistoiminnalla tarkoitetaan tutkimustoiminnan ja kehittämistoiminnan yhteyttä. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa pyritään hyödyntämään tutkimuksellisia periaatteita, mutta pääpaino on kehittämistoiminnassa. Kehittämistoiminnalla tavoitellaan jotakin uutta, parempaa ja tehokkaampaa toimintatapaa tai menetelmää. Kehittämistoiminnan lähtökohtana voivat olla nykyisessä tilanteessa esiintyvät ongelmat tai toivo jostakin uudesta ja paremmasta. Tutkimustoiminnan päätehtävänä on tuottaa käytäntöön soveltuvaa ja hyödynnettävää tietoa käytänteiden kehittämiseksi. (Toikko & Rantanen 2009, 16, 22, 113.)

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta on prosessi, johon kuuluu syklisyys (Arola & Suhonen 2014, 16). Toikko & Rantasen (2009, 56–57) mukaan kehittämis-

prosessiin sisältyy viisi tehtävää: perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja tulosten/tuotoksen juurruttaminen. Perustelulla vastataan kysymykseen, miksi kyseessä olevaa asiaa pitää kehittää juuri nyt. Kehittämistoiminnan organisoinnilla tarkoitetaan käytännön toteutuksen suunnittelua. Toteutusvaihe on käytännön tekemistä, jossa resurssit kohdennetaan tietyn, suunnitellun asian kehittämiseen. Arvioinnin tehtävänä on tuottaa tietoa, jonka avulla kehittämisprosessia viedään eteenpäin ja voidaan arvioida prosessin onnistumista. Juurruttamisvaiheessa tuloksista ja tuotoksesta levitetään tietoa, jotta mahdollisimman laaja käyttäjäkunta hyötyy ja saa tiedon kehittävästä asiasta. Tulosten levittäminen vaatii usein omaa erillistä prosessiaan, joten se ei välttämättä sisälly varsinaisen kehittämisprosessin sisälle. (Toikko & Rantanen 2009, 56–61.)

Tässä opinnäytetyössä oli tutkimuksellisen kehittämistoiminnan piirteitä. Tutkimuksellinen osuus oli osa tämän opinnäytetyön prosessia. Pääpaino oli kehittämistoiminnassa. Tutkimuksellista osuutta oli potilasasiakirjoihin tehtyjen kirjaamisten arviointi, jonka avulla haluttiin selvittää kirjaamiskäytänteitä, tiedonsiirron toimintatapoja ja moniammatillista yhteistyötä aktivoivan arjen tuen jaksolla. Kehittämistoimintaa oli kehittämistyöryhmätyöskentely. Kehittämistoiminnassa hyödynnettiin tutkimuksesta saatuja tietoja ja kehitettiin aktivoivan arjen tuen kirjaamis- ja tiedonsiirtokäytänteitä sekä moniammatillista yhteistyötä. Tämän opinnäytetyön tutkimuksellisen kehittämistoiminnan tehtävät on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan tehtävät tässä opinnäytetyössä.

Kehittämistoiminnan tehtävät	Kehittämisenäkökulma	Tutkimusnäkökulma
1. Perustelu	<ul style="list-style-type: none"> - Kehittämistyön lähtökohdat: uuden toimintamallin kehittäminen - Organisaation strategia: tuetaan kotikuntoisuutta mahdollisimman pitkään 	<ul style="list-style-type: none"> - Tietoperusta: <ul style="list-style-type: none"> • kirjaaminen • moniammatillinen yhteistyö ja tiedonsiirto • kotikuntoutus - Aikaisempi tutkimus: osoittaneet kirjaamisessa ja moniammatillisessa yhteistyössä olevan haasteita - Alku- ja tarvekartoitus: uuden toimintamallin alkukartoituksessa esiin tulleet puutteet kirjaamisessa ja tiedonsiirrossa
2. Organisointi	<ul style="list-style-type: none"> - Suunnitelman laadinta - Tavoitteiden asettelu - Toimijoiden valinta - Resurssien määrittäminen 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiedontuotannon tavoitteen ja tutkimuskysymysten määrittäminen
3. Toteutus	<ul style="list-style-type: none"> - Osallistavan kehittämistyön menetelmät: <ul style="list-style-type: none"> • aivoriihi • pyöreän pöydän keskustelu 	<ul style="list-style-type: none"> - Tutkimusaineiston kerääminen: potilasasiakirjojen kirjaamisen arviointi laadittua arviointilomaketta käyttäen
4. Arviointi	<ul style="list-style-type: none"> - Toiminnan arviointi: jokaisella kehittämistyöryhmäkerralla <u>pyydetty palaute</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Aineiston analysointi: deduktiivinen sisällön analyysi
5. Tuotokset/tulokset	<ul style="list-style-type: none"> - Kehittämistoiminnan konkreettinen tuotos: toimintaohje aktivoivan arjen tuen jaksolle 	<ul style="list-style-type: none"> - Tutkimustulokset: eroavaisuudet ja puutteet kirjaamisessa ja tiedonsiirtokäytänteissä ja moniammatillisen yhteistyön kehittämisen tarve
6. Juurruttaminen	<ul style="list-style-type: none"> - Koulutus/esittelytilaisuudet: koko organisaation AATU-seurantapalavereissa tulosten ja tuotoksen esittelyt 	

5.3 Opinnäytetyön tekijöiden rooli, osallistujat ja kehittämismenetelmät

Kehittämistyössä, jossa tutkimus on osa kehittämisprosessia, on olennaista se, että tutkijat on pyydetty paikkaan, jossa kehitystyö tehdään. Tutkija toimii aktiivisena osallistujana ohjaten toimintatapoja ja jäsentäen toimintaa ja ratkaisumalleja. (O'Brien 2016.) Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyön tekijät olivat tutkijan

roolissa kirjaamisen arviointeja tehdessä. Opinnäytetyön tekijöiden tehtävänä oli antaa tietoa kirjaamisen arvioinnin tuloksista kehittämistyöryhmän jäsenille lopputuotoksen rungoksi. Kehittämistyöryhmässä opinnäytetyöntekijät olivat keskustelun herättäjiä ja tasavertaisia osallistujia toisten toimijoiden kanssa kehittämistoiminnassa.

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa on tärkeää eri toimijoiden osallistuminen ja yhteinen toiminta asetettujen tavoitteiden suuntaisesti (Arola & Suhonen 2014, 19; Toikko & Rantanen 2008, 89). Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa voidaan puhua eri näkökulmista kehittämisestä. Yksi näkökulma on toimijalähtöinen kehittäminen, jolla tarkoitetaan kehittämistyöhön osallistuvien toimijoiden, kuten ammattilaisten osaamisen yhdistämistä. Toimijat ovat tasavertaisia osallistujia, jolloin he suunnittelevat ja kehittävät toimintaa yhdessä kehittäjien kanssa (Arola & Suhonen 2014, 21). Tämä opinnäytetyö pohjautui toimijalähtöiseen kehittämiseen.

Toimijalähtöisessä toiminnassa ovat mukana mukaan ne henkilöt, joita kehittäminen keskeisesti koskee (Arola & Suhonen 2014, 19). Tämän opinnäytetyön kehittämistyöryhmään osallistui opinnäytetyöntekijöiden lisäksi kuusi Kuopion kaupungin työntekijää. Kehittämistyöryhmän osallistujat valikoituivat mukaan ylihoitajan ja osastonhoitajien kanssa käytyjen keskustelujen myötä. Kehittämistyöryhmään valittiin työntekijät, joilla oli aikaisempaa kokemusta kirjaamisen kehittämisestä ja aktivoivan arjen tuen toiminnasta. Osallistujilta kysyttiin puhelimitse tai sähköpostitse halukkuutta osallistua kehittämistyöryhmään ja osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Työntekijät olivat sairaalapalveluista apulaisosastonhoitaja ja sairaanhoitaja sekä kotihoidosta sairaanhoitaja, lähihoitaja, palvelualue-esimies ja aktivoivan arjen tuen fysioterapeutti. Näin opinnäytetyön kehittämistyöryhmässä oli osallistujia sekä sairaala- että kotihoidon palveluista ja mahdollisimman monesta ammattiryhmästä. Kehittämistyöryhmään osallistujia kutsutaan tässä opinnäytetyössä toimijoiksi.

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa menetelmillä on tärkeä tehtävä, sillä ne ovat välineitä tavoitteiden saavuttamiseksi (Arola & Suhonen 2014, 19). Toimijalähtöisessä kehittämisessä tietoa voidaan tuottaa erilaisten yhteistoimin-

nallisten menetelmien avulla, kuten aivoriihimenetelmällä. Aivoriihimenetelmässä tavoitteena on ryhmäläisten kesken vapaa ideointi käsiteltävästä aiheesta. Tavoitteena on saada mahdollisimman paljon erilaisia ideoita. Ideointivaiheessa kirjataan kaikki esille tulevat ideat ylös. Arviointivaiheessa pyritään yhdistelemään ja parantelemaan esille tulleita ideoita. Valintavaiheessa, kun ideat on kerätty, voidaan niitä niputtaa yhteen. (Innokylä 2012.) Aivoriihimenetelmä valittiin osallistavaksi menetelmäksi ensimmäiseen kehittämistyöryhmän tapaamiseen, sillä sen avulla saatiin toimijat hyvin mukaan lopputuotoksen ideointiin. Menetelmän avulla saatiin erilaisia ideoita ja näkökulmia lopputuotoksen muodosta.

Toinen esimerkki yhteistoiminnallisesta menetelmästä on pyöreän pöydän keskustelu, jossa osallistujien kesken käydään yhdessä keskustelua valitusta aiheesta. Jokainen osallistuja saa kertoa oman mielipiteensä ja kokemuksensa aiheesta ja näin muut pääsevät kuulemaan eri näkökulmia aiheesta. Keskustelussa on vetäjä, joka toimii kysymysten esittäjänä ja keskustelun herättelijänä. (Jelli 2016.) Pyöreän pöydän keskustelu valittiin kehittämistyöryhmätyöskentelyyn toiseksi menetelmäksi, jotta toimijat saatiin keskustelemaan ja kertomaan näkemyksiään tämän hetken tilanteesta aktivoivan arjen tuen toiminnassa. Keskustelun pohjalta saatiin runsaasti ideoita tuotoksen sisällöstä.

5.4 Suunnitteluvaihe

Opinnäytetyön suunnitteluvaihe alkoi loppuvuodesta 2015, jolloin kotikuntoutukseen liittyvä kehittäminen nousi opinnäytetyön aiheeksi ajankohtaisuutensa vuoksi (kuvio 6). Kuopion kaupungissa aktiivista kotikuntoutusta oli aloitettu suunnitella vuoden 2015 aikana ja uusi toimintamalli otettiin käyttöön vuoden 2016 alusta. Uuden toimintamallin käytänteistä ja niiden toteutumisesta käytännön työssä haluttiin lisätietoa ja toimintaa haluttiin kehitettävän. Tämän opinnäytetyön tarve perustui siis Kuopion kaupungin uuden toimintamallin eli aktivoivan arjen tuen (AATU), tutkimisen ja kehittämisen tarpeeseen. Lähtökohtana oli AATU -toimintamallin alkukartoituksessa esiin tulleet puutteet kirjaamisen sisällössä ja tiedonsiirrossa.

Suunnitteluvaiheessa on tärkeää sitouttaa johtoa tavoitteiden määrittämiseen, jotta tarvittavista aika- ja henkilöresursseista voidaan sopia yhdessä (Arola & Suhonen 2014, 18). Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa tehtiin yhteistyötä Kuopion kaupungin kuntoutuspäällikön sekä terveyskeskussairaalan ylilääkärin ja ylihoitajan kanssa, jotta opinnäytetyön aihe oli johtoa kiinnostava ja johto saatiin sitoutumaan kehitettävään aiheeseen. Suunnitteluvaiheessa olivat mukana myös osastonhoitajat, jotta opinnäytetyön kehittämistyö olisi mahdollisimman työelämälähtöinen ja palvelisi mahdollisimman tarkoituksen mukaisesti työelämää.

Suunnitteluvaiheessa loppuvuodesta 2015 oltiin ensin yhteydessä johdon henkilöihin sähköpostin välityksellä opinnäytetyöprosessista ja aiheesta. Helmikuussa ja toukokuussa 2016 pidettiin ylihoitajan ja ylilääkärin kanssa palavereita, joiden myötä opinnäytetyön aiheeksi muodostui aktivoivan arjen tuen asiakkaiden potilastietojen kirjaamisen, tiedonsiirron ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen. Suunnitteluvaiheessa opinnäytetyön ydinasioiksi muotoutuivat kirjaaminen, tiedonsiirto, asiakaslähtöisyys, moniammatillinen yhteistyö ja niiden merkitys onnistuneelle kotikuntoutukselle. Suunnitteluvaiheessa kehittämistyöryhmän kokoonpano mietittiin yhdessä ylihoitajan ja osastonhoitajien kanssa. Lisäksi suunnitteluvaiheessa opinnäytetyön aikana käytetyt osallistavat menetelmät muotoutuivat ylihoitajan kanssa käytyjen keskustelujen myötä.

5.5 Toteutusvaihe

Toteutusvaihe koostui kirjaamisen arvioinnista, kehittämistyöryhmätyöskentelystä ja pilotointivaiheesta (kuvio 6). Tässä opinnäytetyössä kirjaamisen arviointi toteutettiin, jotta saatiin tietoa asiakaslähtöisen ja rakenteisen kirjaamisen sekä moniammatillisen yhteistyön ja tiedonsiirron toteutumisesta aktivoivan arjen tuen jaksoilla.

Kehittämistyöryhmä perustettiin, jotta yhdessä kentällä toimivien työntekijöiden kanssa voitiin kehittää asiakaslähtöistä ja rakenteista kirjaamista sekä moni-

ammattillista yhteistyötä ja tiedonsiirron menettelytapoja. Pilotointivaiheen tarkoituksena oli testata eli pilotoida toimintaohjeen toimivuutta käytännössä.

5.5.1 Kirjaamisen arviointi: aineiston keruu ja analysointi

Ennen kirjaamisten arviointia selvitettiin lupa-asiat tutkimuksen tekemiselle. Tutkimusluvan myönsi Kuopion kaupungin kuntoutusjohtaja. Tutkimusluvan myötä saatiin oikeudet Pegasos-potilastietojärjestelmään syyskuun-joulukuun 2016 väliselle ajalle, jotta päästiin tutkimaan aktivoivan arjen tuen asiakkaiden potilaskirjauksia.

Kirjaamisen arvioinnissa tutkittiin maaliskuun-elokuun 2016 aikana Kuopion kaupungin terveyskeskussairaalaan kotiutuneiden aktivoivan arjen tuen asiakkaiden potilastietoihin tehtyjä kirjauksia. Aikaväli valittiin sen vuoksi, koska viralliset, kirjalliset toiminnalliset ohjeet ovat tulleet työntekijöiden käyttöön maaliskuussa 2016. Lopetuspäiväksi valittiin elokuun viimeinen päivä, sillä siihen mennessä kaikki alkaneet aktivoivan arjen tuen jaksot olivat päättyneet, kun kirjaamisen arviointeja tehtiin syys-lokakuun 2016 aikana. Näin pystyttiin arvioimaan kokonaiset jaksot. Tutkimusosio oli kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Otokoko oli 31 aktiivisen arjen tuen asiakasta. Kirjaamisen arvioinnista saatujen tulosten avulla pystyttiin kehittämään kehittämistyöryhmässä käytänteitä, joissa havaittiin eroavaisuuksia tai puutteita työntekijöiden kesken.

Kirjaamisten arvioimiseksi ensin laadittiin arviointilomake, jotta saatiin potilasasiakirjoista selvitettyä tutkimuskysymyksiin liittyviä asioita (liite 1). Arviointilomakkeen laadinnan pohjana käytettiin AATU-toiminnallista ohjetta (liite 4), jotta saatiin selville, miten hyvin ohjeen ohjeistus toteutui tarkastelujaksolla käytänteiden osalta. Lisäksi laadittiin kysymyksiä, joiden avulla saatiin tietoa kirjaamisesta ja tiedonsiirtokäytänteistä.

Ennen kirjaamisten arviointia lomake hyväksyttiin toimeksiantajan puolella ylihoitajalla. Sen jälkeen molemmat opinnäytetyön tekijät arvioivat kahden saman asiakkaan potilasasiakirjojen kirjaukset arviointilomaketta käyttäen. Ris-

tiintarkastuksen avulla varmistettiin arviointilomakkeen luotettavuus. Ristiintarkastuksen perusteella arviointilomake oli reliaabeli eli luotettava, sillä opinnäytetyön tekijät olivat arvioineet kirjaamiset samalla tavalla tai samansuuntaisesti. Lisäksi arvioitiin, että kysymykset olivat valideja, sillä kysymykset vastasivat niihin kysymyksiin, joihin haluttiinkin vastaukset.

Arviointilomaketta käyttäen molemmat opinnäytetyön tekijät arvioivat kirjaamisen sisällön maaliskuu- elokuun 2016 välisellä ajalla sairaalasta kotiutuneiden aktiivisen arjen tuen asiakkaiden potilasasiakirjoista (kuva 2). Kirjaamisessa tarkasteltiin sairaalakirjauksista lääkärin ja fysioterapeutin ammattilehtiä. Lisäksi sairaalajakson kirjauksista tarkasteltiin hoitosuunnitelmaa ja hoitotyön yhteenvedon. Toimintakyky-osiosta tarkasteltiin mittarituloksia, joista näkyi jakson alku- ja loppumittaukset. Kotihoidon kirjauksista tarkasteltiin hoitosuunnitelmaa ja päivittäismerkintöjä. Lisäksi tarkasteltiin viikkoyhteenvedoja sekä hoitotyön yhteenvedoja koko jaksosta ja fysio- tai toimintaterapian tekstejä. Kotihoidossa tarkasteltiin myös lääkärin ammattilehtiä, suunnitelmien osalta jakson alussa ja lopussa. Kirjaamisen arvioinnissa selvitettiin myös muutamia lisäkysymyksiä, joihin toimeksiantaja halusi vastauksia (liite 1).

KIRJAAMISEN ARVIOINTIPROSESSI



Kuvio 2. Kirjaamisen arviointiprosessi.

Kirjaamisen arvioinnin jälkeen tulokset analysoitiin deduktiivisen eli teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla. Tuomi & Sarajärvi (2009, 91) mukaan laadullisen aineiston perusanalyysimenetelmänä käytetään sisällönanalyysiä. Analyysin on tarkoitus jäsentää aineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä analyysi nojautuu teoriatietoon, joka on esitetty tutkimuksessa. Teorialähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostaminen, jonka jälkeen analyysirungon sisälle muodostetaan erilaisia luokituksia tai kategorioita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97, 113).

Tässä opinnäytetyössä kirjaamisen arvioinnin analyysirunko muodostui teorialiedon pohjalta. Lähtökohtana olivat kirjaaminen ja moniammatillinen yhteistyö. Kirjaamisen arvioinnin tulokset kirjattiin alkuun kysymyksittäin tekstiksi. Aineistosta etsittiin tutkimustehtävien mukaan yläluokkaan sopivia

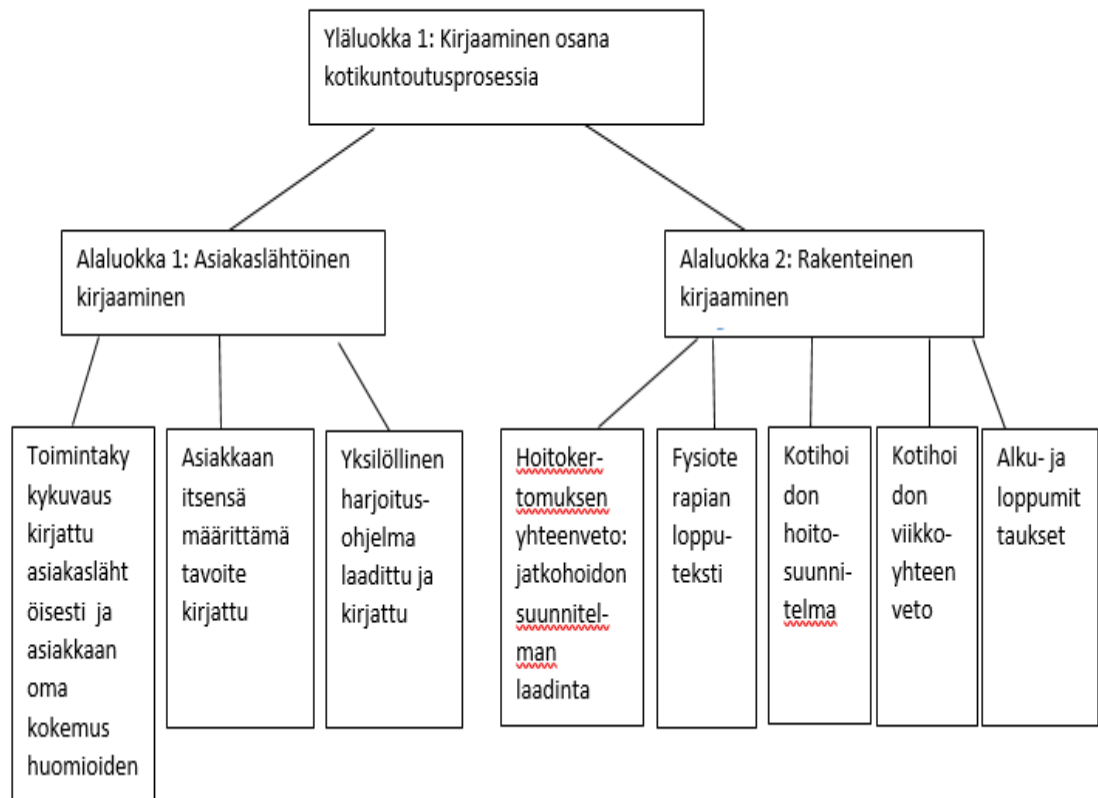
ilmauksia. Alkuperäisilmaukset ryhmiteltiin pelkistettyihin ilmauksiin ja ne ryhmiteltiin tutkimustehtävien mukaan samaan ryhmään. Alaluokat muodostuivat yläluokkien ja analyysin tulosten pohjalta (taulukko 2).

Taulukko 2. Esimerkki analyysirungon muodostumisesta (mukaillen Tuomi, Sarajärvi 2009, 116).

Yläluokka	Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Tutkimustehtävä	Alaluokka
Kirjaaminen osana kotikuntoutusprosessia	Tavoitteena rollaattorilla liikkumisen onnistuminen Tavoitteena fyysisen toimintakyvyn kohentaminen Asiakas ei osaa määritellä tavoitetta jaksolle	Asiakaslähtöinen tavoite Tavoite määritelty ammattilaisen näkökulmasta Asiakas ei osannut itse määritellä tavoitetta jaksolle	Miten asiakaslähtöinen kirjaaminen toteutuu tällä hetkellä aktivoivan arjen tuen jaksolla?	Asiakaslähtöinen kirjaaminen

Analyysin pohjalta muodostui kaksi yläluokkaa, jotka molemmat jakautuivat kahteen alaluokkaan. Kirjaamisen arvioinnin tulokset on esitetty alaluokkien mukaisesti. Yläluokiksi muodostuivat kirjaaminen osana kotikuntoutusprosessia (kuvio 3) ja moniammatillisuus osana kotikuntoutusprosessia (kuvio 4), sillä kirjaamisen ja moniammatillisuuden onnistuminen ovat tärkeitä kotikuntoutuksessa ja ne yhdessä mahdollistavat myös tiedonsiirron onnistumisen. Alaluokat olivat asiakaslähtöinen kirjaaminen ja rakenteinen kirjaaminen ja moniammatillinen yhteistyö ja tiedonsiirto.

ANALYYSIPROSESSI



Kuvio 3. Analyysiprosessi yläluokka 1.



Kuvio 4. Analyysiprosessi yläluokka 2.

5.5.2 Kehittämistyöryhmätyöskentely

Kehittämistyön lähtökohtana olivat kirjaamisen arvioinnin tulokset ja toimijoiden omat kokemukset aktivoivan arjen tuen toiminnasta. Kehittämistyöryhmätyöskentelyn tavoitteena oli laatia toimintaohje asiakaslähtöisestä ja rakenteisesta kirjaamisesta sekä moniammatillisesta yhteistyöstä ja tiedonsiirrostä aktivoivan arjen tuen jaksolle. Kehittämistyöryhmän tapaamiskertoja oli kerran kuukaudessa: yhteensä neljä tapaamista lokakuun 2016 ja tammikuun 2017 välisenä aikana (kuvio 5).

Kehittämistyöryhmätyöskentelyn aikana sairaalan ylihoitaja siirtyi muihin työtehtäviin, joten aktivoivan arjen tuen toiminnan ja tämän opinnäytetyön osalta ylihoitajan tilalle keskeiseksi henkilöksi tuli kotihoidon asiantuntijalääkäri. Kehittämistyöryhmätoiminnan aikana oltiin tiiviisti yhteydessä sähköpostitse ja palaverissa kotihoidon asiantuntijalääkäriin ja sairaalan ylilääkäriin, jotta johdon mielipiteet pystyttiin myös ottamaan huomioon kehittämistyön aikana. Lisäksi opinnäytetyön aihe ja tulokset esiteltiin koko organisaation aktivoivan arjen tuen seurantalaverissa, jolloin isommalla työntekijäjoukolla oli mahdollisuus vaikuttaa opinnäytetyön tuotokseen.

Ensimmäinen kehittämistyöryhmän tapaamiskerta pidettiin lokakuussa 2016. Ensimmäisen tapaamiskerran tavoitteena oli yhdessä miettiä ja päättää lopputuotoksen muoto. Tapaamisessa opinnäytetyön tekijät esittelivät toimijoille kirjaamisen arvioinnin tulokset, joiden pohjalta oli tarkoitus lähteä kehittämään aktivoivan arjen tuen kirjaamista, moniammatillista yhteistyötä ja tiedonsiirtokäytänteitä. Ensimmäiselle tapaamiskerralle osallistui opinnäytetyön tekijöiden lisäksi viisi toimijaa.

Tapaamiskerralla pohdittiin yhdessä kehittämistyöryhmätyöskentelyn lopputuotoksen muotoa aivoriihimenetelmällä. Toimijoiden ehdotuksia oli ohjeistus, malli tai tarkistuslista tehdyistä toimista aktivoivan arjen tuen jaksolle. Lopullista päätöstä lopputuotoksen muodosta ei saatu päätettyä ensimmäisellä tapaamiskerralla vaan se jäi seuraavaan tapaamiseen päätettäväksi.

Ensimmäisen ja toisen kehittämistyöryhmätapaamiskerran välillä oli koko organisaation aktivoivan arjen tuen seurantalaveri, jossa opinnäytetyön tekijät esittelivät kirjaamisen arvioinnin tulokset. Opinnäytetyön lopputuotoksen muotoa pohdittiin seurantalaverissa osallistujien kanssa, mutta muotoa ei täysin saatu palaverissa päätettyä, joten opinnäytetyön tekijät sopivat asiantuntijalääkärin ja ylilääkärin kanssa vielä yhteisen tapaamisen heti palaverin jälkeen. Lääkäreiden kanssa tapaamisessa hahmoteltiin lopputuotoksen muodoksi toimintaohjetta.

Toinen kehittämistyöryhmätapaaminen pidettiin marraskuun lopussa 2016. Toisen kerran tavoitteena oli päättää yhdessä toimijoiden kanssa lopputuotoksen muoto ja aloittaa työstäminen. Tapaamiskerralle pääsi osallistumaan neljä toimijaa. Tapaamiskerralla opinnäytetyön tekijät esittelivät lääkäreiden kanssa hahmoteltua lopputuotoksen muotoa. Tapaamiskerralle asetetut tavoitteet saavutettiin hyvin, sillä lopputuotoksen muodoksi saatiin päätettyä toimintaohje. Lisäksi pyöreän pöydän keskustelumenetelmällä saatiin työstettyä toimintaohjeen runkoa. Tapaamiskerralla sovittiin toimijoiden kanssa, että aikaansaatu toimintaohje lähetettiin myös toimijoille, jotka eivät päässeet osallistumaan tapaamiseen, jotta kaikki saivat vielä kommentoida ohjetta ja sen sisältöä.

Kolmas kehittämistyöryhmätapaaminen pidettiin joulukuussa 2016. Kolmannen tapaamiskerran tavoitteena oli yhdessä työstää toimintaohjeen sisältö mahdollisimman valmiiksi. Lisäksi tavoitteena oli päättää toimintaohjeen ulkoasun muoto ja ohjeiden jaottelu. Tapaamiskerralle pääsi osallistumaan neljä toimijaa. Tapaamiskerralla käytiin läpi edelliskerralla aikaan saatu tuotos ja edellisen kerran tuotoksesta ylilääkäriltä ja asiantuntijalääkäriltä saadut kommentit. Toimintaohjeen työstämistä jatkettiin edellisen kerran tapaan pyöreän pöydän keskustelulla.

Tapaamiskerralle asetetut tavoitteet saavutettiin hyvin, sillä toimintaohjeen muodoksi saatiin yhdessä päätettyä taulukkomuoto ja ohjeiden jaottelu sekä toimintaohjeen sisältö. Tiettyjen kirjaamisten otsikointi ja paikka, minne teksti kirjataan, jäi vielä seuraavaan kertaan päätettäväksi.

Neljäs kehittämistyöryhmätapaaminen pidettiin tammikuun alussa 2017. Tapaamiseen pääsi osallistumaan neljä toimijaa. Tapaamiskerran tavoitteena oli saada toimintaohje valmiiksi pilotointivaiheeseen ja pilotointipaikkojen sopiminen ja pilotointivaiheen ajankohta. Asetetut tavoitteet saavutettiin hyvin, sillä toimintaohje saatiin valmiiksi pilotointikuntoon ja pilotointipaikat ja ajankohta saatiin sovittua.



Kuvio 5. Kehittämistyöryhmän tapaamiskertojen sisällöt.

Jokaiselta kehittämistyöryhmäkerralta toimijoilta pyydettiin nimetöntä arviointia joko tapaamisen sisällöstä, työskentelystä tai toimintatavasta asteikolla 1-5 (liite 5). Lisäksi viimeisellä kerralla pyydettiin palautetta kehittämisprosessista kokonaisuutena. Jokaisella kerralla ja koko prosessin arvioinnin tulosten keskiarvo oli yli 4 arvioitaessa 1–5 asteikolla.

5.5.3 Toimintaohjeen pilotointivaihe

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa keskeistä on kehitettävän palvelun tai tuotteen käytettävyys. Keskeistä on varmistaa, että kehitetty palvelu tai tuote

soveltuu käytettäväksi aidoissa arjen toimintaympäristöissä. (Toikko & Rantanen 2009, 95.) Tässä opinnäytetyössä toimintaohjetta oli tarkoitus pilotoida eli testata käytännössä tammi–helmikuussa 2017 neljän viikon ajan terveyskeskussairaalan neljällä kuntoutusosastolla ja kotihoidossa kahdessa pohjoisen kotihoidon alueen tiimissä. Sairaalassa valittiin kaikki osastot, koska sairaalassa on osastokohtaisesti sen verran vähän aktivoivan arjen tuen asiakkaita, että saatiin kuitenkin mahdollisimman laajasti kokemuksia myös sairaalasta. Kotihoidosta valittiin tiimit, joissa molemmissa oli määrällisesti eniten aktivoivan arjen tuen asiakkaita ja toisessa tiimissä työskenteli lisäksi kaksi kehittämistyöryhmän jäsentä. Pilotoinnin avulla toimintaohje haluttiin tehdä työntekijöille tutummaksi ja osallistuttaa isompi joukko työntekijöitä toimintaohjeen kehittämiseen. Pilotoinnista saadulla palautteella toimintaohjetta kehitettiin ennen käyttöönottoa.

Toimintaohjeen pilotoinnista oltiin yhteydessä sairaalan osastojen osastonhoitajiin ja kotiutushoitajiin ja pyydettiin antamaan toimintaohje tiedoksi työntekijöille niiltä osin, miten yksikössä oli aktivoivan arjen tuen asiakkaita. Myös sairaalan osastojen fysio- ja toimintaterapeuteille pidettiin esittelytoimintaohjeesta. Toisen kotihoidon pilotointivaiheen yksikön tiimipalaverissa käytiin pitämässä toimintaohjeesta ja pilotointivaiheesta esittely. Toiseen sovittuun kotihoidon yksikköön ei saatu sovittuun pilotointivaiheen aikana järjestymään esittelytilaisuutta, joten se jäi tästä opinnäytetyöstä pois. Toimintaohjeen käytöstä ja palautteen antosta annettiin kaikkiin pilotointikohteisiin kirjalliset ohjeet (liite 3).

Pilotointivaiheen aikana tuli palautetta toimintaohjeen sisällöstä ja muutosehdotuksia. Palautetta tuli toimintaohjeen selkeästä rakenteesta ja kokonaisuutensa paremmasta hahmottamisesta taulukoiden avulla. Palautetta tuli myös kirjaamispaikkojen konkreettisesta määrittelystä. Moni piti hyvänä, että tietty kirjaamispaikka on määriteltynä kullekin asialle. Moni palautteen antaja kuitenkin myönsi, että tarvitsee todella harjoittelua ja paneutumista toimintaohjeeseen, että kaikki asiat tulee kirjattua ohjeen mukaisesti. Muutosehdotuksena tuli toimintaohjeeseen konkreettisesti määritellä työtehtävien järjestämisvastuut, kuten minkä ammattiryhmän vastuulla on kunkin alku- ja loppumittauksen teettäminen

asiakkaalle. Pilotoinnin lopussa toimintahjeeseen tehtiin pilotointivaiheessa esiin tulleet muutosehdotukset.

5.6 Tulosten juurruttaminen

Juuruttamisella tarkoitetaan kehittämistyön tulosten eteenpäin levittämistä (Nousiainen 2006, 14–15). Juurruttaminen on monivaiheinen prosessi, joka alkaa jo prosessin alussa ja jatkuu projektin mukana. Juurruttamisessa keskeistä on tiivis yhteistyö henkilöstön kanssa, jotta kehitettävästä asiasta tulee osa työnteon arkea. (Peltola & Vuorento 2007, 95–96.) Kehittämistyön tulosten juurruttamiseen vaikuttaa myös, millainen tarve kehittämistyöllä on perustoiminnan kannalta. Kehittämistyön tuloksena syntyneen tuotoksen selkeys ja käyttökelpoisuus ovat avainasemassa käytännön juurruttamisessa (Peltola & Vuorento 2007, 74, 82.) Kehittämistyöryhmään valittiin kentältä työntekijöitä, jotta lopputuotoksesta saatiin käytännön työhön mahdollisimman toimiva ja tarpeellinen työkalu. Uuden toimintamallin vuoksi kehitetylle toimintaohjeelle oli tarvetta ohjeiden selkeytymiseksi ja käytäntöjen yhdenmukaistumiseksi.

Tässä opinnäytetyössä juurruttamista olivat kehittämistyön aikana kirjaamisen arvioinnin tulosten ja toimintaohjeen eli tuotoksen esittämiset koko organisaation aktivoivan arjen tuen (AATU) seurantalavereissa (kuvio 6). Lisäksi kehittämistyöryhmän jäsenet olivat avainasemassa opinnäytetyöprosessin tuloksena saadun toimintaohjeen juurruttamisessa käytäntöön. Kehittämistyöryhmän jäsenet olivat eri palveluyksiköistä ja näin tietoa saatiin heidän kauttaan levitettyä organisaatiossa jo kehittämistyön aikana ja tuotoksen valmistuttua. Muutoin juurruttamisen suunnittelu ja juurruttamisprosessi jäivät tämän opinnäytetyöprosessin ulkopuolelle.



Kuvio 6. Opinnäytetyön prosessi ja aikataulukaavio.

6 Opinnäytetyön tulokset ja tuotos

6.1 Kirjaamisen arvioinnin tulokset

Kirjaamisen arvioinnin tulokset on esitetty analyysin alaluokkien mukaan. Kyselylomakkeen kysymykset jaoteltiin kuuluviksi joko asiakaslähtöiseen kirjaamiseen, rakenteiseen kirjaamiseen, moniammatilliseen yhteistyöhön tai tiedonsiirtoon.

Sairaalassa tehdyissä potilaskirjauksissa kokonaislukumäärä (N) oli 31 asiakasta. Kotihoidon kirjauksissa kokonaislukumäärä (N) oli 28 asiakasta, sillä kolme

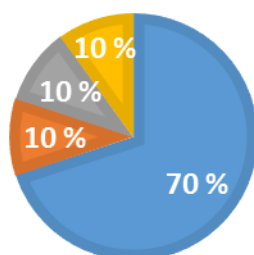
asiakasta, joille oli aloitettu aktivoiva arjen tuen jakso sairaalassa, eivät kuitenkaan kotiutuneet ja jakso lopetettiin tuloksettomana sairaalassa.

6.1.1 Asiakaslähtöinen kirjaaminen

Aktivoivan arjen tuen toiminnassa asiakaslähtöisyys on keskeinen tekijä ja sen on tarkoitus näkyä myös potilaskirjauksissa. Tässä analyysissä asiakaslähtöisyyttä tarkasteltiin sen mukaan, oliko asiakas aktiivinen tekijä vai kohde. AATU-toiminnallisen ohjeen mukaan asiakkaan on itse asetettava tavoite aktivoivan arjen tuen jaksolle. Kotiharjoitusohjeet tulee olla yksilöllisesti laadittu kullekin asiakkaalle. Lisäksi jakson alussa kirjataan potilaspapereihin asiakkaan kokemus omasta toimintakyvystään. Jakson lopussa tavoitteiden saavuttamista arvioidaan ja toimintakyvyn muutosta verrataan suhteessa alkutilanteeseen. Aktivoiva arjen tukijakson kirjaamisohjeissa ei ole ohjeistusta ICF:n käytöstä, mutta tässä opinnäytetyössä potilasasiakirjoista tarkasteltiin, mihin luokkiin tavoitteet ja toimintakykykuvaukset kuuluivat.

Analyysi osoitti, että asiakas oli määrittänyt tavoitteet ja ne kirjattiin suurimmaksi osaksi asiakaslähtöisesti, kuten ”tavoitteena rollaattorilla liikkumisen onnistuminen”. Toisinaan asiakas ei ollut osannut määritellä itse tavoitetta. Osalla asiakkaista jakson tavoitteet olivat ammattilaisen näkökulmasta sekä sairaalan että kotihoidon kirjauksissa. Tällöin kirjaukset eivät olleet asiakaslähtöisiä vaan ilmaukset olivat esimerkiksi ”tavoitteena liikuntakyvyn palauttaminen”. (kuvio 7). Asetettujen tavoitteiden saavuttaminen jakson lopussa mainittiin puolella (N=28) asiakkaista (taulukko 3).

- Asiakas itse määrittänyt tavoitteen
- Tavoite määritelty ammattilaisen näkökulmasta
- Asiakas ei osannut määrittellä itse tavoitetta
- Tavoitetta ei löytynyt kirjauksista



Kuvio 7. Aktivoivan arjen tuen jaksolle asetetut tavoitteet sairaalassa jakson alussa (N= 31).

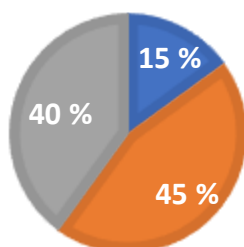
Asiakkaan toimintakykykuvauksessa kirjattiin kattavasti perusliikkumista, kuten sitä, miten asiakas liikkuu ja siirtyy. Lisäksi kuvailtiin tasapainoa, lihas- ja niveltason toimintakykyä ja päivittäisten toimien onnistumista. Asiakkaan oma kokemus toimintakyvystä sairaalassa fysioterapian ammattilehdillä tai hoitotyönyhteenvedoissa näkyi vain viidesosalla (N=31) ja kotihoidon kirjauksissa vain joka seitsemännellä (N=28) (taulukko 3). Lisäksi kotihoidon loppukirjauksissa toimintakyvyn muutosta suhteessa alkutilanteeseen nähden oli verrattu vain neljänneksellä (N=28) (taulukko 3).

Taulukko 3. Toimintakyky ja saavutetut tavoitteet kirjattu aktivoivan arjen tuen jaksolla.

Asiakkaan oma kokemus toimintakyvystä kirjattu sairaalan lopputeksteihin (N=31)	20 % (n=6)
Asiakkaan oma kokemus toimintakyvystä kirjattu kotihoidon teksteissä jakson lopussa (N=28)	15 % (n=4)
Toimintakyvyn muutos suhteessa alkutilanteeseen verrattuna kirjattu kotihoidossa jakson lopussa (N=28)	25 % (n=7)
Saavutetut tavoitteet kirjattu potilaskirjauksissa jakson lopussa (pääosin fysioterapialehdellä) (N=28)	50 % (n=14)

Tavoitteiden asettelu samoin kuin toimintakykykuvaus rajoittuivat ICF-luokituksen mukaan suorituksiin ja ruumiin ja kehon toimintoihin. Osallistumisen taso jäi tavoitteista ja toimintakykykuvauksissa puuttumaan kokonaan. Tavoite oli usein liian laajasti ilmaistu, vaikka Reuter (2013) mukaan yhdessä asiakkaan kanssa laadittu tarkka ja asiakaslähtöinen suunnitelma motivoi parhaiten asiakasta tavoitteiden saavuttamisessa. Lisäksi ICF-luokituksessa korostetaan, että tavoitteita ja niiden saavuttamista tulee kuvata erityisesti suoritusten ja osallistumisen kautta (Anttila & Paltamaa 2015, 5). Liian laajasti määritelty tavoite ei kuulunut mihinkään tiettyyn ICF-luokkaan vaan siinä oli elementtejä lähes kaikista ICF-luokista, kuten ”Tavoitteena kotiin pääsy ja kotona selviytyminen.” (Kuvio 8).

■ Kehon rakenteet ja toiminnot
 ■ Suoritukset
 ■ Kuuluu useampaan luokkaan



Kuvio 8. Tavoitteiden jakautuminen ICF-pääluokkien mukaan (N=31).

Kotihoidossa päivittäiskirjauksissa oli paljon kirjavuutta, sillä osa oli kirjattu asiakaslähtöisesti ja asiakkaan toimintakykyä kuvaillen, kuten ”Kävely olohuoneesta keittiön pöydän ääreen rollaattorin tuella onnistunut vakaasti, ruokaillut itsenäisesti esille laitetun ruuan”. Osa kirjauksista oli hoitajan näkökulmasta, kuten ”Käytetty wc:ssä”. Lisäksi kaikilla asiakkailla ei ollut päivittäiskirjauksia jokaiselta käynniltä eikä myöskään jokaiselta päivältä.

Analyysi osoitti, että suurimmalle osalle asiakkaista laadittiin kotiharjoitusohjeet, mutta kirjauksista ei aina käynyt ilmi, oliko harjoitteet laadittu yksilöllisesti. Tuntlandin ym. (2015) mukaan kotikuntoutuksessa on tärkeää, että harjoitteet laaditaan yksilöllisesti ja harjoitteista tehdään kirjalliset ohjeet. Analyysi toi esille myös kirjavuutta, miten harjoitteet kirjattiin fysioterapeutin ammattilehdelle.

Laaditut kotiharjoitukset liittyivät enemmän lihasvoimaharjoitteluun. Päivittäisten toimien harjoittelu jäi pääosin huomiomatta, vaikka aktivoivan arjen tuen jaksolla keskeisenä tekijänä on asiakkaan toimintakyvyn tukeminen asiakkaan omassa toimintaympäristössä kotikuntoisuuden ylläpymiseksi.

Merkintöjä kotiharjoitteiden tekemisistä oli yli puolella (N=28) asiakastapauksista. Osalla kirjattiin tehdyt harjoitteet ja toistomäärät sekä asiakkaan oma kokemus harjoittelusta. Neljäsosalla (N=28) asiakkaista ei päivittäiskirjauksissa mainittu harjoitteiden tekemistä lainkaan. Tulokseen vaikutti se, että osalla ei ollut lainkaan motivaatiota harjoitteisiin ja osa ei pystynyt perussairautensa vuoksi tekemään harjoitteita. Lisäksi osa asiakkaista teki kirjausten perusteella harjoitteet omatoimisesti tai laadittua harjoitusohjelmaa ei ollut.

Analyysin perusteella tavoitteiden määrittelyssä, asiakkaan toimintakyvyn kuvauksessa ja yksilöllisten harjoitteluohjeiden laadinnassa oli eroja. Saman suuntaisiin havaintoihin päätyi myös Järveläinen (2014, 34) omassa tutkimuksessaan, jossa hän toteaa, että asiakaslähtöisessä kirjaamisessa on eroja ja puutteita.

6.1.2 Rakenteinen kirjaaminen

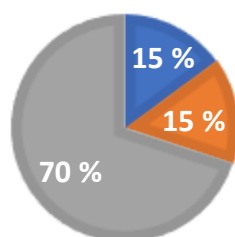
AATU-toiminnallisessa ohjeessa rakenteisen kirjaamisen näkökulmasta katsottuna oli puutteellinen ohjeistus. Työntekijöiltä puuttui siis yhdenmukaiset ohjeet siitä, minkä otsikon tai luokituksen alle tiedot asiakkaaseen ja aktivoivan arjen tuen jaksoon liittyen tulee kirjata. Tämä saattaa selittää, että kirjaamisen arvioinnissa tuli esille eroja kirjaamiskäytännöissä. Rakenteisen kirjaamisen osalta tarkasteltuna AATU-toiminnallisen ohjeen mukaan sairaalasta tehtyyn hoitotyön yhteenvetoon tulee kirjata tieto asiakkaan aktivoivan arjen tuen jaksosta, mutta ohjeessa ei ollut määriteltynä yhtenäistä kirjaamispaikkaa. Lisäksi hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hoidon tavoite ja toimet, joiden avulla tavoitteisiin pyritään pääsemään. Toiminnallisen ohjeen mukaan kotihoidon sairaanhoitajan on tehtävä viikoittain hoitotyöyhteenveto jokaisesta aktivoivan arjen tuen asiakkaas-

ta. Lisäksi asiakkaalle myös tehdään sovitut mittaukset ennen ja jälkeen aktivoivan arjen tuen jakson.

Kirjaamisen arviointi osoitti, että tieto asiakkaan aktivoivan arjen tuen jaksosta hoitotyönyhteenvetoon oli kirjattu hyvin vaihtelevasti. Vaihtelevuutta oli nimenomaan siinä, miten asia ilmaistiin ja minkä luokittelun alta tieto löytyi. Kotihoidossa hoitosuunnitelman osalta hoidon tavoitteet ja suunnitellut toiminnot esiintyivät hoitosuunnitelmassa vain puolella asiakkaista (N=28). Kuten aikaisemmatkin tutkimukset ovat osoittaneet, myös tämä analyysi toi esille, että hoitosuunnitelmien sisältö on vajavaista tai niitä ei ole tehty lainkaan (Järveläinen 2014,33).

Kirjaamisen arviointi osoitti, että eniten puutteita oli viikoittaisten hoitotyön yhteenvetojen kirjauksissa, sillä se tehtiin vain joka seitsemännelle asiakkaalle (N=28) (kuvio 9). Muutamalla se tehtiin vain osittain jakson ajalta.

- Viikkoyhteenveto tehty joka viikolta
- Viikkoyhteenveto tehty osittain jakson ajalta
- Viikkoyhteenvettoa ei tehty



Kuvio 9. Viikkoyhteenvedon teko kotihoidossa aktivoivan arjen tuen jaksolla (N=28).

Kirjaamisen arviointi osoitti myös, että alku- ja lopputestien tuloksia ei löytynyt kaikilta asiakkailta. Loppumittausten tuloksia löytyi myös selvästi vähemmän kuin alkumittausten tuloksia (taulukko 4). Alkutestien tekeminen jäi tekemättä usein silloin, jos aktivoiva arjen tukijakso oli alkanut epämääräisesti ilman ensipalaveria ja moniammatillista sopimista. Loppumittausten tekemättä jättämiseen vaikutti jaksojen epämääräiset lopetukset ja moniammatillisen yhteistyön puuttuminen. Loppumittausten teossa oli myös viivettä, sillä loppumittaukset tehtiin muutamalla asiakkaalla vasta parin viikon päästä jakson

päättymisen jälkeen. Analyysin mukaan asiakkaan ravitsemustilan eli MNA-testin tuloksia oli huomattavasti vähemmän, kuin fyysisen suorituskyvyn eli SPPB-testin tai kaatumisvaaran eli FRAT-mittarin tuloksia. Aikaisempienkin tutkimusten mukaan ikääntyneiden ravitsemustilaan liittyviä asioista ei kirjata riittävästi (Hattunen ym. 2015, 68–69).

Taulukko 4. Tehdyt alkumittaukset (N=31) ja loppumittaukset (N=28).

TESTI	ALKUMITTAUS	LOPPUMITTAUS
SPPB	80 %	60 %
FRAT	55 %	10 %
MNA	20 %	0 %
MMSE	25 %	0 %
GDS 15	3 %	0 %

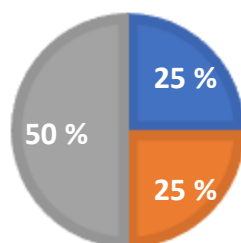
6.1.3 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisuus on aktivoivan arjen tuen jaksolle määritelty niin, että ”Asiakstarpeen mukaisesti tuki on hoitajan, fysioterapeutin, toimintaterapeutin, lääkärin ja mahdollisen läheisen yhteistyönä toteutettavaa toimintaa”. AATUn toiminnallisessa ohjeessa moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta on ohjeistus fysioterapeutin kotikäynnistä ja ensipalaverin pidosta jakson alussa. Lisäksi jatkohoitosuunnitelma jakson lopussa tulisi laatia moniammatillisesti loppuarviokäynnillä ja jokainen ammattiryhmä kirjaisi suunnitelman omalle ammattilehdelleen. AATUn ohjeen mukaan kotihoidon moniammatilliseen aloituskäyntiin ei ole varsinaista ohjetta. Myöskään loppupalaverin pitämiseen eikä jakson lopettamiseen ole selkeää ohjetta.

Analyysi osoitti, että fysioterapeutin kotikäynti ennen kotiutumista toteutui noin kolmanneksella (N=28). Kotikäynnillä selvitettiin yleensä apuvälinetarvetta ja kotona liikkumisen ja selviytymisen onnistumista tarvittavien tukitoimien avulla. Syyinä siihen miksi kotikäyntiä ei suurimmalla osalla tehty, oli todennäköisesti se, että yleensä aktivoivan arjen tuen jakso aloitettiin vasta päivä tai pari päivää ennen kotiutusta. Joidenkin asiakkaiden kirjauksissa kuitenkin mainittiin, että tieto kotiympäristöstä ja asiakkaan selviytymisestä kotonaan saatiin asiakkaan läheisiltä.

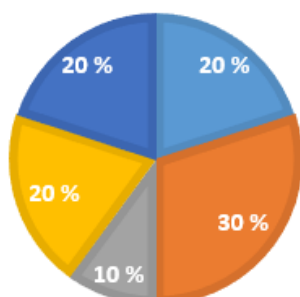
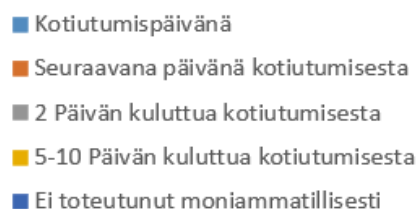
Ensipalaverin pidon osalta oli suuresti vaihtelevuutta, sillä palaveri pidettiin vain noin puolelle (N=28) asiakkaista (kuvio 10). Osalle näistä ensipalaveri pidettiin niin, että palaveriin osallistui asiakkaan ja hänen läheistensä lisäksi sairaalan osaston ja kotihoidon tai kotiutusyksikön henkilökuntaa. Tämän kaltaisen ensipalaverin tarkoituksena oli suunnitella kotiutukseen liittyvät asiat tarkkaan ja tavoitteena oli kotiuttaa asiakas muutaman päivän sisällä. Osalle taas ensipalaveri pidettiin niin sanotusti osaston sisäisenä palaverina, jossa oli mukana asiakas itse sekä osaston henkilökuntaa. Palaverissa suunniteltiin asiakkaan kotiutumismahdollisuuksia ja aktivoivan arjen tuen jakson hyötyä kotikuntoisuuden ylläpysymiseksi tai parantumiseksi.

- Kotihoidon ja sairaalan yhteispalaveri
- Sairaalaosaston sisäisenä
- Ei pidetty



Kuvio 10. Ensipalaverin pito aktivoivan arjen tuen jakson alussa sairaalassa (N=31).

Kirjaamisen arviointi osoitti, että kotihoidon moniammatillisten aloituskäyntien toteutumisessa oli suurta kirjavuutta (kuvio 11). Aloituskäynti tapahtui jopa 10 päivää sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Aloituskäynnin asiakkaan luokse tekivät fysioterapeutti yhdessä kotiutusyksikön tai kotihoidon hoitajan kanssa. Kotiutusyksikön asiakkaan luokse tehtiin aloituskäynti pääsääntöisesti kotiutuksen yhteydessä, kun taas kotihoidon asiakkaan kohdalla aloituskäynnin toteutumisessa oli huomattavia eroja. Viidenneksellä (N=28) kotihoidon hoitajan ja fysioterapeutin aloituskäynti tehtiin vasta 5–10 päivän kuluttua kotiutumisesta. Osalle asiakkaista jakson alussa ei ollut ollenkaan moniammatillista käyntiä.



Kuvio 11. Moniammatillinen aloituskäynti aktivoivan arjen tuen jaksolla asiakkaan kotiutuessa (N=28).

Moniammatillinen loppupalaveri kotihoidossa jakson lopussa pidettiin kolmanneksella (N=28). Loppupalaveriin osallistui jäseniä monesta ammattiryhmästä. Muutaman asiakkaan kohdalla fysioterapeutti teki loppuarviokäynnin yksin. Kirjaamisen arvioinnin perusteella jatkohoitosuunnitelma laadittiin puolelle (N=28) asiakkaista joko loppupalaverin yhteydessä moniammatillisesti tai fysioterapeutin tekemänä. Eniten juuri jatkohoitosuunnitelmasta mainittiinkin fysioterapeutin ammattilehdellä, joissa suunnitelmat olivat perusteellisia selvityksiä asiakkaan sen hetkisestä tilanteesta ja jatkosuunnitelmista. Analyysin perusteella moniammatillisessa yhteistyössä oli eroavaisuuksia ja puutteita. Eri ammattilaisten yhteistyö oli ajoittain vähäistä ja toisinaan yhteistyössä oli viivettä.

6.1.4 Tiedonsiirto aktivoivan arjen tuen jaksolla

Tiedonsiirron osalta tarkasteltiin, minkälaisia mainintoja eri ammattiryhmien kirjauksissa oli aktivoivan arjen tuki jaksosta potilasasiakirjoissa. Kirjallisuuden mukaan asianmukaisella kirjaamisella turvataan erityisesti hoidon joustava jatkuminen ja tiedonsiirto kotihoitoon (Ensio & Saranto 2004, 44; Jalonen 2012, 46). AATU ohjeen mukaan lääkäri aloittaa jakson ja kirjaa aloituksen omalle ammattilehdelleen. Fysioterapeutti puolestaan tekee tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa ja suunnittelee harjoitteet. Lääkärin ammattilehdellä näkyi

kaikilla asiakkailla, että lääkäri teki päätöksen asiakkaan aktivoivan arjen tukijakson alkamisesta. Tieto jakson alkamisesta näkyi lähes aina lääkärin ja fysioterapeuttien ammattilehdillä, mutta jakson jatkumista kotihoidossa ei kuitenkaan mainittu jokaisen asiakkaan kohdalla.

Hoitajien ammattilehdillä oli enemmän vaihtelevuutta. Hoitajien kirjauksissa myös kirjauksen paikka ja otsikointi potilastietojärjestelmässä vaihteli. Sairaalakirjauksissa hoitotyön yhteenvedossa mainittiin pääsääntöisesti jossakin kohtaa pelkästään aktivoivan arjen tukijakso, mutta ei muita mainintoja jaksosta, kuten esimerkiksi tavoitteita. Yhdellä kotiutuneella asiakkaalla ei ollut sairaalasta laadittua hoitotyön yhteenvetoa lainkaan. Kirjallisuuden mukaan hoitotyön yhteenvedossa tulee olla keskeisimmät tiedot asiakkaan hoitoon liittyen, jotta hoidon jatkuminen voidaan turvata potilaan kotiutuessa kotihoidon piiriin (Iivanainen & Syväoja 2012, 18). Voidaan todeta, että tämän kirjaamisen analyysin perusteella aktivoivan arjen tuen jaksojen hoitotyön yhteenvedoissa oli puutteita.

Lisäksi tarkasteltiin, kuinka usein sairaalasta oltiin puhelimitse yhteydessä kotihoitoon. Joka toisen (N=31) asiakkaan kohdalla sairaalan osastolta soitettiin kotihoitoon ja kerrottiin aktivoivan arjen tuen jakson asiakuudesta. Myös kolmanneksella (N=31) sairaalan osaston fysioterapeutti oli yhteydessä kotihoidon aktivoivan arjen tuen fysioterapeuttiin. Tällöin kotihoidon terapeutti oli heti alusta asti tietoinen asiakkaan aktivoivan arjen tuen jaksosta ja pystyi siten itse olemaan aktiivisesti yhteydessä kotihoidon hoitajien kanssa. Tutkimusten mukaan suullisesti annettu tieto on yksistään riittämätön, mutta se kuitenkin on hyvä tuki kirjalliselle tiedonvälitykselle (Järveläinen 2014, 35; Pakarinen 2008, 30).

Analyysin perusteella tiedonsiirrossa oli puutteita yhdenmukaisten käytänteiden puuttumisen vuoksi. Analyysin perusteella voidaan päätellä, että kotihoidossa oli vaikea toteuttaa aktivoivan arjen tukijaksoa tavoitteellisesti pelkästään kirjallisen tiedon perusteella, koska kirjalliset tiedot kotihoitoon olivat useinkin puutteelliset. Kirjattua tietoa täydensi suullinen tieto, joka yleensä annettiin samaa ammattiryhmää edustavalle työntekijälle. On hyvä kuitenkin huomioida,

että ensipalaveri pidettiin sairaalan osastolla ennen kotiutumista neljännekselle niin, että sairaalan ja kotihoidon henkilökunta tekivät moniammatillisesti yhteistyötä keskenään.

6.2 Yhteenveto kirjaamisen arvioinnin esilletuomista kehittämiskohteista

Kirjaamisen arvioinnin perusteella asiakaslähtöisessä ja rakenteisessa kirjaamisessa sekä moniammatillisessa yhteistyössä ja tiedonsiirrossa oli eroavaisuuksia ja puutteita ja näin ollen kehitettävää. Samansuuntaisia havaintoja ovat tehneet myös Kaila & Kuivalainen (2014, 12), jotka toteavat tutkimuksessaan, että potilasasiakirjoihin kirjataan enemmän hoitajien tekemisiä ja kirjaaminen on vähemmän potilaslähtöistä, tavoitteellista kirjaamista. Järveläisen (2014, 33–35) tutkimuksessa nousi esille hoitosuunnitelmien puuttuminen tai päivityksen puute sekä tiedonsiirron ongelmat ammattihenkilöiden välillä sekä asiakkaille ja läheisille. Lisäksi aikaisempien tutkimusten mukaan moniammatillisen yhteistyön haasteita ovat ongelmat tiedonsiirrossa ja toimintatavoissa (Kotro & Parhiala 2015, 22).

Aktivoivan arjen tuen toiminnan kirjaamisessa tulisi kiinnittää tavoitteiden asettelussa huomiota nimenomaan kokonaisvaltaisempaan ja konkreettisempaan tavoitteen asetteluun sekä tavoitteen asetteluun muotoon, jotta tavoite on potilastiedoissa asiakaslähtöisesti määriteltynä. Lisäksi tulisi kiinnittää huomiota asiakkaan kokonaisvaltaisempaan, ICF-luokituksen ja asiakkaan oman kokemuksen huomioivaan toimintakykykuvaukseen. Tällöin toimintakyvyn arviointi olisi laajempaa ja asiakaslähtöisempää jakson aikana. Asiakasta myös velvoitettaisiin ottamaan enemmän itse vastuuta itsestään ja ajattelemaan tilannettaan. Asiakkaan tiedostaessa oman toimintakykynsä myös tavoitteiden asettaminen olisi helpompaa ja asiakas saataisiin näin myös osallistumaan paremmin oman hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Lisäksi kehittämistä toimintakykykuvauksessa jakson lopussa tarvitaan nimenomaan toimintakyvyn muutoksen vertaamiseen alkutilanteeseen nähden.

Jatkossa tulisi myös huomioida, että jokaisesta käyntikerrasta kirjataan käynnin sisältö asiakaslähtöisesti. Kirjauksissa olisi hyvä olla selvästi, mitä asiakas on tehnyt ja miten suoriutunut asiakaskäynnillä tehdyissä toiminnoissa. Lisäksi jatkossa harjoitteiden tulee olla enemmän päivittäisiä toimia tukevia ja yksilöllisesti laadittu asiakkaan toimintakyky ja toimintaympäristö huomioiden. Jatkossa on myös tärkeää, että harjoitteet olisivat kirjattuna potilastietoihin harjoitteina, sillä paperiversion kadotessa voisi potilastiedoista katsoa harjoitteet.

Rakenteisen kirjaamisen osalta toimintatapoja tulee kehittää niin, että samaan asiayhteyteen liittyvät tiedot löytyvät samojen otsikoiden ja luokittelujen alta jokaisen asiakkaan kohdalla. Näin tiedon löytyminen on helpompaa. Hoitosuunnitelman osalta kirjaamista tulee kehittää siten, että hoidon tarve, hoidon tavoite ja suunnitellut toiminnot luokittelujen sisällöllinen kirjaaminen yhdenmukaistuu. Samoin myös hoitotyön yhteenvetoon tieto aktivoivasta arjen tuesta tulee kirjata jatkossa yhdenmukaisesti. Viikkoyhteenveto on ohjeistettava ja myös sen tekijä määriteltävä tarkemmin. Samoin työntekijät tarvitsevat selkeän ohjeen, minne tämä yhteenveto kirjataan potilastietojärjestelmässä. Jatkohoitosuunnitelman kirjaamista tulee kehittää, että se on pääpiirteissään saman sisältöinen jokaisella asiakkaalla. Alku- ja loppumittauksen osalta tulee kiinnittää huomiota siihen, että kaikille asiakkaille tehdään sovitut mittaukset oikea-aikaisesti ja tulokset kirjataan oikeaan paikkaan.

Moniammatillisuuden kehittämisen näkökulmasta olisi tärkeää jatkossa kiinnittää huomiota, että tehtävän jako ja tehtävät aktivoivan arjen tuen jaksolla on suunniteltu ja selvät. Kotikäynti tulisi pyrkiä toteuttamaan tai kotiympäristöstä tulisi saada selvyys jollain muulla tavalla. Tässä on mielekästä huomioida se, onko asiakas ollut aikaisemmin kotihoidon asiakkaana vai onko kyseessä uusi kotihoidon asiakas. Asiakkaan avun tarpeen mukaan kotikäynnin voi tehdä fysio- tai toimintaterapeutti.

Toimintaohjeessa olisi hyvä olla maininta, että ensipalaveri tulee pyrkiä pitämään osastolla ennen asiakkaan kotiutumista moniammatillisesti. Vaihtoehtona voisi olla, että osaston hoitaja sopii puhelimitse jatkohoitoon

liittyvistä asioista jatkohoitotahon kanssa. Sovitut asiat tulee myös kirjata hoitosuunnitelmaan. Lisäksi on tärkeä huomioida, että aloituskäynti ja kuntoutuksen alkaminen tapahtuvat mahdollisimman pian sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Aloituskäynnille on hyvä olla aikaraja, jolloin se tulisi viimeistään tehdä.

Jatkossa on tärkeä, että jokainen ammattiryhmä tekee jakson loputtua yhteenedon asiakkaan aktivoivan arjen tuen jaksosta. Tämän laadintaa helpottaa paljonkin, jos loppupalaveri on pidetty. Toimintaohjeistuksessa olisi hyvä mainita, että jokainen ammattiryhmä osallistuu jatkohoidon suunnitelman laadintaan ja kirjaa sen omille ammattilehdilleen. Jatkohoitosuunnitelmasta tulisi olla maininta jokaisen asiakkaan kohdalla. On myös toivottavaa, että kaikki aktivoivan arjen tuen jaksoon liittyvät lopputekstit kirjoitetaan potilastietojärjestelmiin mahdollisimman pian jakson loppumisen jälkeen.

6.3 Toimintaohje aktivoivan arjen tuen jaksolle

Tämän opinnäytetyön lopputuotos oli toimintaohje aktivoivan arjen tuen jaksolle (liite 6). Toimintaohje työstettiin kehittämistyöryhmässä, mutta kehittämistoimintaan osallistuivat myös asiantuntijalääkäri ja sairaalan ylilääkäri sekä kentällä toimivat työntekijät aktivoivan arjen tuen seurantapalavereiden sekä pilotointivaiheen kautta. Toimintaohjeeseen valittiin asiat, jotka nousivat kirjaamisen arvioinnissa esille puutteellisina tai joissa oli eriäviä käytänteitä työntekijöiden kesken asiakaslähtöisen ja rakenteisen kirjaamisen sekä moniammatillisen yhteistyön ja tiedonsiirron osalta. Lisäksi toimintaohjeen pohjana olivat kehittämistyöhön osallistuneiden henkilöiden kokemukset sekä aikaisemmin laadittu AATU-toiminnallinen ohje.

Toimintaohjeen tavoitteena on saada jatkossa työntekijät kirjaamaan ja välittämään tiedot yhdenmukaisesti, jotta tiedonsiirto ja potilastietojen löytäminen potilasasiakirjoista olisi aikaisempaa helpompaa ja selkeämpää. Lisäksi tavoitteena on toimintaohjeen avulla moniammatillisen yhteistyön kehittyminen työn sujuvuuden ja tiedonsiirron parantumiseksi.

7 Pohdinta

7.1 Opinnäytetyöprosessin tarkastelu

Aikataulullisesti opinnäytetyön tekeminen oli toimeksiantajalle ajankohtainen. Toimeksiantaja oli havainnut puutteet aktivoivan arjen tuen toiminnassa, ja se tarvitsi muutosta. Opinnäytetyön lähtökohdaksi nousi havaitut ongelmat ja puutteet aktivoivan arjen tuen jakson kirjaamisessa ja tiedonkulussa sekä moniammatillisessa yhteistyössä. Työntekijöillä oli ohjeita tämän jakson toteuttamisesta, mutta näitä ohjeita ei toteutettu työskentelyssä suunnitellulla ja toivotulla tavalla. Ohjeita oli laadittu eri vaiheessa uuden toimintamallin aloituksesta ja ohjeita oli tullut työntekijöiden tietoon vaihtelevasti. Ohjeita oli eri paikoissa tallennettuna ja ohjeita oli useita erilaisia. Ohjeista saattoi olla vaikea löytää sillä hetkellä tarvittava ja olennainen tieto. Kirjaamisohjeista puuttui myös selkeät ohjeet rakenteista kirjaamista ajatellen ja tämän vuoksi tietoja oli kirjattu potilastietoihin hyvin eri paikkoihin. Tästä johtuen selkeämmälle ohjeelle oli tarve.

Opinnäytetyön teoriaosuus muotoutui kirjaamisen, moniammatillisuuden ja tiedonsiirron näkökulmasta. Aikaisempia tutkimuksia hoitotyön kirjaamisesta on paljon ja niiden mukaan kirjaamisessa on puutteita. Haluttiin saada nimenomaan tietoa, miten käytännössä aktivoivan arjen tuen jaksolla kirjaaminen, moniammatillinen yhteistyö ja tiedonsiirto onnistuivat ja missä oli kehitettävää. Opinnäytetyön aihe liittyi keskeisesti myös ikääntyneen kuntouttavaan toimintaan, joten teoriaosuudessa käsiteltiin myös kotikuntoutuksen merkitystä. Näin saatiin teoriasisältöön kaikki ne tärkeät osa-alueet, jotka aktivoivan arjen tuen jakson toteuttamisessa ovat keskeisiä.

Toimeksiantaja oli hyvin mukana opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa, vaikka prosessin aikana ylihoitaja siirtyi muihin työtehtäviin. Muutoksista huolimatta toimeksiantajan mielenkiinto aktivoivan arjen tuen kehittämistä kohtaan säilyi hyvänä. Toimeksiantajalla oli tarve saada aktivoivan arjen tuen mallia toimivammaksi, joten tämä opinnäytetyö tuli tarpeeseen.

Aihe kiinnosti, koska opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen ja opinnäytetyön tekijöiden työtehtävät liittyivät kotiutusprosesseihin ja kotikuntoutukseen, joten sitoutuneisuus prosessiin oli vahvaa. Opinnäytetyöprosessissa opinnäytetyön tekijöiden oma työote ja kirjaaminen kehittyivät aikaisempaa asiakaslähtöisempään suuntaan. Rakenteiseen kirjaamiseen ja sen merkitykseen kiinnitettiin myös enemmän huomiota omassa kirjaamisessa. Prosessi harjaannutti ajattelemaan asiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessia tarkemmin kokonaisuutena. Lisäksi prosessi vahvisti molempien työntekijöiden käsitystä moniammatillisen yhteistyön tärkeydestä sekä avoimesta ja selkeästä viestinnästä. Opinnäytetyön tekijät olivat eri ammattiryhmien edustajia, toinen sairaanhoitaja ja toinen fysioterapeutti. Näin opinnäytetyön tekijät toivat omat ammattinäkökulmat prosessin aikana esille ja erilaiset näkemykset täydensivät toisiaan.

Kirjaamisen arviointi toteutui suunnitelman mukaisesti syksyn 2016 aikana. Alkuun otoskooksi määriteltiin 30-50 asiakasta. Tässä opinnäytetyössä otoskoko oli 31, joten tavoitteeseen päästiin. Kirjaamisen analyysillä saatiin vastaukset tarvittaviin kysymyksiin.

Kehittämistyöryhmätyöskentely onnistui pääosin suunnitelmien mukaan, vaikka kehittämistyöryhmään oli alkujaan tarkoituksena osallistuttaa enemmän toimijoita. Kuitenkin ylihoitajan ja osastonhoitajien kanssa käytyjen keskustelujen myötä päädyttiin kuuteen toimijaan, jotta ryhmä pysyi tiiviinä ja tapaamisten järjestely oli helpompaa. Millään kerralla eivät kaikki toimijat ollut paikalla, mutta jokainen toimija pääsi mukaan vähintään kahteen tapaamiseen. Toimijat, jotka eivät päässeet tulemaan paikalle, pystyivät kommentoimaan kullakin kerralla aikaan saatua tuotosta ja näin saivat olla mukana kehittämisessä koko prosessin ajan.

Työskentelyä helpotti toimeksiantajalta tulleet ohjeet ja neuvot tuotoksen muodosta ja tyylistä. Myös toimijoiden moniammatillisuus helpotti tuotoksen aikaan saamista, koska heillä oli selkeät käsitykset siitä, millaiselle ohjeelle oli tarve. Tapaamiskerroilla käytetyt osallistavat menetelmät olivat toimivia kyseiselle ryhmälle. Jokaisella tapaamiskerralla arvioitiin aikaan saadun ohjeen sisältöä ja käytännöllisyyttä. Ohjeeseen tehtiin muutokset ehdotusten pohjalta. Ohjetta myös hyväksyttiin toimeksiantajalla kehittämistyöryhmäkertojen välillä, mikä

helpotti asian jatkamista seuraavalla tapaamiskerralla. Jokaisella tapaamiskerralla ohjeen laatiminen edistyi suunnitellulla tavalla ja kehittämistyöryhmätyöskentelyt saatiin läpikäytyä, kuten alussa toimijoiden kanssa sovittiin. Työskentely oli kokonaisuudessaan sujuvaa. Toimijoiden sekä pilotointivaiheesta saatujen muutosehdotusten ansiosta sekä toimeksiantajan tiiviin mukana olon johdosta toimintaohjeesta tuli toimiva ja selkeä kokonaisuus.

Pyydetyn arvioinnin tulosten keskiarvo oli joka kerta yli 4 (liite 5) eli voidaan päätellä, että työskentely onnistui kokonaisuudessaan hyvin. Toimijat kokivat myös, että kehittämistyöryhmätyöskentely hyödytti heidän omaa työtään.

Pilotointivaiheessa alussa tieto toimintaohjeesta ja sen pilotoinnista lähetettiin tiedoksi sähköpostilla ja tarpeen mukaan käytiin ohjeistamassa toimintaohjeen käytössä. Pilotointivaihe saatiin sairaalassa alkamaan sovitusti tammikuussa. Tähän vaikutti se, että toinen opinnäytetyön tekijä työskenteli sairaalassa ja näin hän pystyi organisoimaan ja ohjeistamaan työntekijöitä ohjeen käytössä tiiviimmin. Kotihoidossa oli alkuun hankaluuksia saada yhteyttä pilotointialueiden palvelualue-esimiehiin, sillä he olivat juuri poissa töistä pilotoinnin alkuvaiheessa. Pilotointivaiheen aloitus venyikin helmikuulle ja toiseen kotihoidon yksikköön esittelytilaisuutta ei saatu sovittua alkuvuoden aikana, joten se jäi kokonaan pois tästä opinnäytetyöstä. Toisaalta kotihoidossa avainasemassa olivat kehittämistyöryhmän toimijat, joiden kautta tieto työntekijöille meni toimintaohjeesta ja sen kokeilusta käytännössä. Kokonaisuudessaan pilotointivaiheesta saadun palautteen perusteella pilotointi koettiin tarpeelliseksi, koska näin työntekijät laajemmin saivat vaikuttaa toimintaohjeen sisältöön ja toimintaohje saatiin käyttöön toimivaksi.

Tuotoksen juurruttamiseksi tuotos esiteltiin aktivoivan arjen tuen palaverissa, jossa oli osallistujia eri yksiköistä eri puolilta kaupunkia. Toimeksiantaja oli tyytyväinen aikaan saatuun toimintaohjeeseen. Myös palaverissa mukana olleiden työntekijöiden mukaan toimintaohje vaikutti toimivalta ja hyödylliseltä. Palaverissa olleet työntekijät pystyivät viemään tiedon toimintaohjeesta omalle alueelle. Lisäksi toinen opinnäytetyön tekijä jatkoi työskentelyä kohdeorganisaatiossa,

joten hän jatkoi tuotoksen juurruttamisen suunnittelua johdon ja muiden työntekijöiden kanssa sekä tuotoksen juurruttamista käytäntöön.

7.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tavoite ja tehtävät saavutettiin. Tarkoitus muokkautui ja tarkentui kehittämistyön aikana, mikä on tyypillistä tutkimukselliselle kehittämistoiminnalle. Kirjaamisen arvioinnissa saatiin vastaukset tutkimustehtäviin. Kehittämistyön tuloksena saatiin kehitettyä aktivoivan arjen tuen toimintaa suunnitelman mukaisesti.

Kirjaamisen analyysia varten tehdyt kysymykset nousivat aikaisemmista ohjeista ja asioista, joita toimeksiantaja halusi selvitetävän. Näin saatiin selville, kuinka ohjeita noudatettiin. Kirjausten analyysi toi esille juuri niitä asioita, joita ennen opinnäytetyön aloittamista oli toimeksiantajakin huomionnut. Tässä opinnäytetyössä tehty kirjaamisen analysointi osoitti toimeksiantajan huomiot oikeiksi ja toi ongelmat ja puutteet näkyviksi. Analyysin tulosten pohjalta pystyttiin kehittämään toimintaa yhdenmukaisemmaksi ja toimivammaksi.

7.3 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöprosessissa on keskeistä tarkastella eettisyyttä ja luotettavuutta (Tuomi & Sarajarvi 2009, 132). Tieteellisen tutkimuksen edellytyksenä on, että tutkimus suoritetaan hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta se voi olla eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja sen tulokset uskottavia. Hyvään tieteellisen käytäntöön kuuluvat rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus ja avoimuus sekä toisten tutkijoiden ja toimijoiden kunnioitus ja huomioon ottaminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.)

Luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat tutkijan rooli ja asema, aineiston keruu ja analysointi, käsitteiden määrittely, olosuhteet ja kehittämistoimintaan osallistujien asema (Tuomi & Sarajarvi 2009, 140–141). Tämän opinnäytetyön tekijöis-

tä toinen työskenteli kohdeorganisaatiossa, jossa kehittämistyö tehtiin. Näin hän tunsi organisaation kulttuurin ja pystyi heti alusta alkaen olemaan yhteydessä kehittämistyöhön kuuluvien keskeisten henkilöiden kanssa. Toinen opinnäytetyöntekijä oli organisaation ulkopuolelta, joten hänen näkemykset ja rooli toivat neutraaliutta opinnäytetyön tekijöiden välille. Hän työskenteli toisessa organisaatiossa kotihoidossa ja pystyi siten tuomaan esille uusia näkökulmia ja myös kyseenalaisti toimintaa ja käytänteitä.

Tutkimuksen luotettavuuden yksi käsite on validiteetti eli se kertoo, onko mitattu ja tutkittu niitä asioita, joihin on haluttu saada vastaus. Luotettavuuden toisena käsitteenä käytetään reliaabelia eli toistettavuutta. (Heikkilä 2004, 29, 186–187.) Opinnäytetyössä kirjaamisen arvioinnin luotettavuutta pyrittiin lisäämään testaamalla alkuun arviointilomake opinnäytetyöntekijöiden välisellä ristiinarvioinnilla. Sen avulla saatiin selville, että arviointilomake oli reliaabeli, sillä molemmat opinnäytetyöntekijät saivat samansuuntaisia vastauksia kirjaamisen arvioinnista. Arviointilomakkeen kysymykset olivat myös valideja, sillä kysymyksillä saatiin vastaukset haluttuihin asioihin.

Tulosten luotettavuutta mittaa myös riittävä otoskoko ja sen tarkka määrittely (Heikkilä 2004, 29, 188). Kirjaamisen arvioinnin luotettavuutta pyrittiin lisäämään ottamalla kaikki maaliskuun ja elokuun 2016 välillä sairaalasta kotiutuneet aktivoivan arjen tuen asiakkaat, jotta saatiin mahdollisimman iso otoskoko. Ajanjakso valittiin myös sen vuoksi, jotta saatiin arvioitavaksi kokonaiset aktivoivan arjen tuen jaksot. Alkuvuoden aktiivisen arjen tuen jaksoja ei valittu kirjaamisen arviointiin, koska työntekijät olivat saaneet vasta maaliskuussa kirjalliset toiminnalliset ohjeet aktivoivan arjen tuen toimintaan (liite 4).

Tutkimustyötä tehdessä on erityisen tärkeä huomioida asiapapereita koskeva tietosuoja ja tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden yksityisyyden suoja (Heikkilä 2004, 31; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014). Tutkimuslupa saatiin ennen kirjaamisen arviointia. Tutkimusluvan saaminen oli edellytys, jotta saatiin käyttöoikeudet potilastietojärjestelmään. Potilastietojärjestelmään kirjattiin ennen kirjaamisen tarkastelua, että potilastietojen tarkastelun tarkoituksena on tieteellinen tutkimus. Opinnäytetyön aineiston keruuvaiheessa oltiin tietosuo-

jan kannalta huolellisia ja tarkkoja. Asiakirjat, jotka tarvittiin kirjaamisen analysointivaiheessa, säilytettiin kohdeorganisaatiossa lukollisessa paikassa ja hävitettiin silppuripaperina. Kirjaamisen arviointilomakkeisiin ei merkitty henkilötietoja vaan ne numeroitiin. Näin varmistettiin tietosuoja ja siten henkilötietojen ei ollut mahdollista päätyä ulkopuolisille ihmisille. Tietosuojan kannalta myös kirjaamisen arvioinnin tulokset esitettiin sairaala- ja kotihoitojaottelulla, joten potilastietoja kirjannutta työntekijääkään ei voida tunnistaa.

Tutkimuksen vaiheet tulisi kirjata tarkasti (Kananen 2008, 83). Tässä opinnäytetyössä koko opinnäytetyöprosessi ja tulokset pyrittiin kirjaamaan tarkasti ja selkeästi, jotta lukija saa selvän ja luotettavan kuvan prosessista ja tuloksista. Koko aineistonkeruun ja analyysivaiheen aikana opinnäytetyöntekijät tutustuivat tarkasti tutkimus- ja analyysimenetelmiin ja niiden pohjalta prosessin aikana tapahtui myös omaa soveltamista ja oivaltamista.

Opinnäytetyön tietoperustaan valittiin keskeiset käsitteet tutkimustehtävien kannalta. Teoriatietoon käytettiin mahdollisimman uutta lähdemateriaalia, jotta tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Teoriaan valittiin alan kirjallisuutta ja uusimpia kotimaisia ja ulkomaisia tutkimuksia. Lisäksi opinnäytetyötä kirjoittaessa vältettiin toisen kirjoittaman tekstin kopiointia ja kirjauksissa viitattiin toisten julkaisuihin asianmukaisella tavalla.

Kehittämistoiminta on sosiaalista kanssakäymistä ja keskeistä on osallistujien sitoutuminen koko kehittämisprosessiin. Osallistujien sitoutuminen vaikuttaa aineiston, menetelmien ja tuotosten luotettavuuteen. (Toikko & Rantanen 2009, 124.) Tässä opinnäytetyössä kehittämistoimintaan osallistuneet toimijat valikoituivat ylihoitajan kanssa käytyjen keskustelujen myötä. Tutkimuksen eettisyyden kannalta kehittämistyöryhmään osallistuminen oli toimijoille täysin vapaaehtoista. Ennen kehittämistyöryhmään osallistumista toimijoille kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja kehittämistyöryhmätyöskentelyn tavoitteet.

Tutkimukselliseen kehittämistoimintaan kuuluu tiivistä prosessin arviointi, mikä osaltaan lisää tulosten luotettavuutta. Arviointiaineistoja kerätään, jotta kehittämistoimintaa voidaan kohdentaa ja täsmentää. Arvioinnin perusteella siis ohja-

taan prosessia (Toikko & Rantanen 2009, 82–83.) Jokaisen kehittämistyöryhmätapaamisen lopussa toimijoita pyydettiin arvioimaan työskentelyä ja sen toimivuutta. Tapaamiskertojen alussa toimijoille pidettiin alustus sen hetkisestä tilanteesta. Tämän toimijat kokivat edesauttaneen työskentelyä kohti tavoitetta. Toimijat kokivat myös, että työskentelytapa tapaamisissa oli toimivaa. Saadun arvioinnin perusteella oli mahdollista kehittää työskentelytapoja. Toimijat arvioivat työskentelyn hyväksi ja tämän vuoksi työskentelytapa oli kaikissa kehittämistyöryhmätapaamisissa samantapainen, vain kehittämismenetelmää vaihdettiin käsiteltävän asian mukaan.

Tutkimuksen on oltava myös tarpeellinen ja käyttökelpoinen (Heikkilä 2004, 32). Opinnäytetyön aihe oli uuden toimintamallin myötä ajankohtainen ja kirjaamisen käytänteet sekä moniammatillisen yhteistyön kehittäminen kiinnostivat työntekijöitä. Kehittämistyöryhmään osallistuneet toimijat olivat hyvin eri puolilta kaupunkia ja eri työyksiköistä, joten kaikille sopivaa tapaamisaikaa oli erittäin vaikea järjestää, mikä näkyikin siinä, ettei millään tapaamiskerralla kaikki olleet paikalla. Toimijat olivat kuitenkin sitoutuneita kehittämistoimintaan, koska tapaamiskerralta poissaolleet toimijat kommentoivat aikaansaatua tuotosta sähköpostin välityksellä.

Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa kehittämisen tuloksena syntyneen tuotoksen käyttökelpoisuutta. Kehittämistoiminnan myötä syntynyt tuotos tulee olla hyödyllinen. (Toikko & Rantanen 2009, 121–122.) Tässä opinnäytetyössä kehittämistoiminnan tuotos palvelee työntekijöitä niin, että kirjaaminen ja tiedon siirtokäytänteet sekä moniammatillinen yhteistyö selkeytyvät ja kotiutukset ja aktiivinen kotikuntoutus ovat entistä sujuvampia. Tuotos on selkeä ja yksinkertainen ohje. Se on myös helppolukuinen ja ymmärrettävä. Ohje on selkeä toimintamalli, kuinka toimitaan, kun tulee uusi aktivoivan arjen tuen asiakas. Ohje todennäköisesti helpottaa työntekijöiden työtä ja selkeyttää asiakastietojen kirjaamista sekä ikääntyneen asiakkaan hoitoa ja kuntouttavaa toimintaa.

Kehittämistoiminnan tuloksena syntyneen tuotoksen luotettavuutta kuvaa myös siirrettävyys. Jos tuotos on mahdollisimman helposti siirrettävissä jonnekin toiseen ympäristöön, silloin tuotos on myös luotettava. Toisaalta tuotos voi olla

ympäristösidonnainen, jolloin on tärkeää kuvata kehittämistoiminnan toteutus, tulokset ja tuotokset mahdollisimman tarkasti, jotta muut voivat arvioida tulosten käyttökelpoisuutta omassa toimintaympäristössään. (Toikko & Rantanen 2009, 125–126.) Opinnäytetyön lopputuotoksena syntynyt toimintaohje on käyttövalmis juuri aktivoivan arjen tuen toimintaan. Ohjetta voidaan hyödyntää myös muiden kotiutuvien asiakkaiden kohdalla tarkemman rakenteisen ja asiakaslähtöisen kirjaamisen sekä moniammatillisen yhteistyön osalta. Aikaansaatu tuotos otettiin heti käyttöön aktivoivan arjen tuen toiminnassa.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Tämä opinnäytetyö toi ajankohtaista tietoa aktivoivan arjen tuen toiminnasta ja käytänteistä tarkastelujaksolla. Työstä saatiin tietoa kehitettävistä asioista. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selvittää, muuttuuko kirjaaminen asiakaslähtöisemmäksi ja rakenteisen kirjaamisen ohjeenmukaiseksi sekä toteutuuko moniammatillinen yhteistyö opinnäytetyönä laaditun toimintaohjeen mukaisesti.

Opinnäytetyön kehittämistyöryhmässä nousi esille tarve kehittää kotihoidossa käytössä olevaa Hilkka asiakastieto- ja toiminnanohjausjärjestelmää. Toisena jatkotutkimus- tai kehittämisaiheena olisikin mielenkiintoista selvittää, voisiko kotihoidossa käytössä olevaa Hilkka-järjestelmää kehittää niin, että kaikki potilastietojärjestelmään kirjatut ammattilehdet näkyisivät mobiililaitteesta. Näin kaikki kirjattu tieto asiakkaasta olisi saatavilla mobiililaitteesta kentällä toimies- sa.

Lähteet

- AgeUK 2016. Intermediate care and reablement.
http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/Factsheets/FS76_Intermediate_care_and_reablement_fcs.pdf?dtrk=true. 13.9.2016.
- Anttila, H & Paltamaa, J. 2015. ICF tulee osaksi tietojärjestelmiä. *Fysioterapia*. 62 (3), 4–10.
- Arola, M. & Suhonen, L. 2014. Osallistava tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tiainen, A. (toim.) YAMK työelämää kehittämässä. Sosiaali- ja terveysalan näkökulmia työhyvinvointiin. Joensuu: Karelia ammattikorkeakoulu, 14–22.
- Borås Stad. 2010. Slutrapport. Hemrehabilitering i Borås Stad 2007-2009. Hemrehab enligt Boråsmodellen.
http://www.boras.se/download/18.5aed8157140a3535d8e8000402/rapport_hemrehabilitering.pdf 21.7.2016.
- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo
- Ensio, A. & Saranto, K. 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa Hopia, Hanna & Koponen, Leena. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Suomen sairaanhoitajaliitto, 123–138.
- Forss, J. 2016. Ikääntyneiden kuntoutuksessa arki on yhteinen viitekehys. *Fysioterapia*. 63 (2), 34–37.
- Hallila, L. 2005. Hoitotyön kirjallisten suunnitelmien tarkastelu – nursing audit. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi, 111–119.
- Hattunen, A. & Juutilainen, J-M. & Riikonen, A. 2015. Ikääntyneiden potilaiden kotiutuksen tietojen kirjaaminen Riihimäen terveyskeskuksen päivystyksessä.
<https://www.theseus.fi/handle/10024/97304>.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Edita. Helsinki.
- Hverdagsrehabilitering. 2014. Hva er hverdagsrehabilitering?
<http://hverdagsrehabilitering.no/hva-er-hverdagsrehabilitering>.
- Hämäläinen, M-L & Malin, V. 2000. Harjaantumisoppilaiden vanhempien kokemuksia moniammatillisesta yhteistyössä. Pro gradu tutkielma. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto.
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/7808/hamal_malin.pdf?sequence=1. 1.2.2017.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. Hoida ja kirjaa. 2012. SanomaPro. Helsinki. 7. uudistettu painos.
- Innokylä. 2012. Aivoriihi.
<https://www.innokyla.fi/web/malli109565>. 30.10.2016.
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillisen yhteistyö. Vantaa. WSOY.
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsinki. Helsingin yliopisto.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf
- Jalonen, M. 2014. Turvallinen kotiutus Porin perusturvan kotihoidossa.
<https://www.theseus.fi/handle/10024/77506>.

- Jelli 2016. Tiedonhankinta ja toimintasuunnittelu.
<http://www.jelli.fi/osallisuus/osallisuuden-tyokalupakki/tiedonhankinta-ja-toiminnansuunnittelumenetelmät/>
 27.11.2016.
- Järveläinen, H. Kuntoumisen jatkuminen kotihoidossa. 2014. Saimaan AMK. Opinäytetyö. Johtamisen suuntautumisvaihtoehto YAMK. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/78322/Jarvelainen_Hanna.pdf?sequence=1. 30.10.2016.
- Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2014. Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin kehittäminen ja tulokset. Kaila, A. (toim.) Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008-2013. Joensuu: Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja 20/2014, 113–122. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/4571866/Kaila,%20Arja+Potilasohjaus+vaikuttavammaksi.pdf/c67dcf5e-3047-4ec8-af1a-10eb5e173cf5>. 27.7.2016.
- Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja – sarja. Jyväskylän ammattikorkeakoulu: Jyväskylä.
- Koikkalainen, L. & Immonen, S. & Rossi, V. & Kuittinen, K. 2013. Onnistunut kotiutus – kotiutusohje sairaanhoitajille erikoissairaanhoidon. <https://publications.theseus.fi/handle/10024/69339>. 27.7.2016.
- Kotro, I & Parhiala, E. 2015. Moniammatillinen yhteistyö hoitotyössä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Opinäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99253/Kotro_lina%20ja%20Parhiala_Emmi.%20pdf.pdf?sequence=1. 3.2.2017.
- Kuopion kaupunki. 2016a. Vanhusten asumispalvelut. <https://www.kuopio.fi/web/sosiaalipalvelut/asumispalvelut>. 29.6.2016.
- Kuopion kaupunki 2016b. Vuoden 2016 Talousarvion seuranta/toinen osavuosi-katsaus. <https://www.kuopio.fi/documents/7369547/7501044/201607+Toinen+osavuosi+katsaus+2016.pdf/0438c131-b089-47c9-9668-1d965aee50f7>. 21.1.2017.
- Krook, P. & Einset, E. 2014. Uusi toimintamalli tuo kuntoutuksen kotiin. Kuntoutusportti. <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/teema-artikkelit/?bid=1310>. 29.6.2016.
- KS. 2015. Hverdagsrehabilitering - for økt livskvalitet. http://www.ks.no/hverdagsrehabilitering_ 29.9.2016
- Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeisen hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus. http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L5_4.html. 3.11.2016.
- Lewin, G., Alfonso, H. & Alan, J. 2013. Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. Clinical interventions in Aging 8/2013, 1273-1281. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3794867/>. 29.9.2016.
- Mykkänen, M., Huovinen, H., Miettinen, M. & Saranto, K. 2011. Dokumentointi parantaa turvallisuutta ja laatua. Sairaanhoitaja 6-7/2011, Vol.84, 62–65.
- Nousiainen, K. 2006. Miksi kehittämistyön tulokset eivät juurru käytäntöön?

- Sosiaaliturva (3), 14–15.
- O'Brien, R. 2016. An Overview of the Methodological Approach of Action Research.
<http://web.net/robrien/papers/arfinal.html>. 3.11.2016.
- Pakarinen, S. 2008. Sairaanhoidtajien ja perushoitajien kokemuksia hiljaisen raporin käytöstä terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
http://www.karelia.fi/julkaisut/sahkoinenjulkaisu/pakarinen_opinnaytetyo.pdf. 8.8.2016.
- Paltamaa, J. & Perttinen, P. 2015. ICF-projektin (2012-2014) lähtökohdat, tavoitteet ja toteutus. Teoksessa Paltamaa, J. & Perttinen, P. (toim.) Toimintakyvyn arviointi ICF teoriasta käytäntöön. Tampere: Juvenes Print, 20–25.
- Peltola, U. & Vuorento, M. 2007. Juurruttamisen edistäjät ja estäjät. Kokemuksia työllisyyspalvelujen kehittämishankkeista. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
https://kuntoutussaatio.fi/files/172/Juurruttamisen_edistajat_ja_estajat.pdf. 22.1.2017.
- Pohjois-Savon liitto. 2016. Pohjois-Savon sote-palveluiden tuottaminen. Ikään tyvä. Väliraportti 29.4.2016.
http://www.pohjois-savo.fi/media/ikaantyneet_valiraportti_29042016.pdf. 4.8.2016.
- Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111535/op52.pdf?sequence=1>. 29.9.2016.
- Rantakömi–Stansfield, S., Valtamo, A., Piirainen, A. & Sjögren, T. 2015. ICF:n juurruttaminen: järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Paltamaa, J. & Perttinen, P. (toim.) Toimintakyvyn arviointi ICF teoriasta käytäntöön. Tampere: Juvenes Print, 29–41.
- Reuter, A. 2013. Kuntoutussuunnitelma. Kuntoutusportti.
<http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutussuunnitelma/>. 29.6.2016.
- Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2013:11.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1. 27.6.2016.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Kärkihanke Kehitetään ikäihmisten kotihoidtoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö.
http://stm.fi/documents/1271139/1957330/IO_Hankesuunnitelma.pdf/644a357d-bee9-4682-83f4-c7e2020d74d4. 27.6.2016.
- Suomalainen, T. 2016. Kotikuntoutus sote-uudistuksen ytimessä. Fysioterapia 63 (2), 10–11.
- Taura-Jokinen, E. 2016a. Asiakkaalta iso kiitos! Fysioterapia 63 (2), 24–28.
- Taura-Jokinen, E. 2016b. Jyväskyläläinen tutkimus pureutuu sairaalakierteen katkaisuun. Fysioterapia 63 (2), 30–33.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2015a. Oppaan tausta ja tavoite. Teok-

- sessä Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. (toim.) Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. Versio 2015. Helsinki: Suomen yliopistopaino Oy, 13–14.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015b. Rakenteiden käytön ja hyödyntämisen periaatteita. Teoksessa Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. (toim.) Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. Versio 2015. Helsinki: Suomen yliopistopaino Oy, 25–27.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015c. Yhteenvetotiedot. Teoksessa Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. (toim.) Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. Versio 2015. Helsinki: Suomen yliopistopaino Oy, 90–93.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015d. Tiivistelmä. Teoksessa Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. (toim.) Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. Versio 2015. Helsinki: Suomen yliopistopaino Oy, 5.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015e. Rakenteistamisen merkitys terveyden huollossa. Teoksessa Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. (toim.) Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. Versio 2015. Helsinki: Suomen yliopistopaino Oy, 15–16.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015f. Sähköisen potilaskertomuksen näkyvät, hoitoprosessin vaihe, otsikot ja rakenteiset tiedot. Teoksessa Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. (toim.) Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. Versio 2015. Helsinki: Suomen yliopistopaino Oy, 28–47.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. ICF-luokitus.
<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>. 8.1.2017.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Tuntland, H., Aaslund, M.K., Espehaug, B., Forland, O. & Kjeker, I. 2015. BMC Geriatrics. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled.
<http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-015-0142-9>. 13.9.2016.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö.
<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>. 5.3.2017.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2014. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. Ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettiset periaatteet.
<http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistie-teiss%C3%A4/eettiset-periaatteet#3>. 20.3.2017.
- Vernerä 2014. Toimintakykyä ylläpitävä työote.

<http://verneri.net/yleis/toimintakyky-yllapitava-tyoote>. 17.3.2017.

Kirjaamisen arviointilomake

Kirjaamisen arviointilomake aktivoivan arjen tuen jaksolta

1. Onko alkumittaukset tehty?
2. Näkyykö jakson alussa kirjatuissa teksteissä asiakkaan oma kokemus toimintakyvystä?
3. Miten kuntoutujan toimintakykyä on kuvattu sairaalasta kotiutuessa?
4. Onko jakson tavoitteena asiakkaan oma tavoite?
5. Miten asiakkaan tavoite jaksolle on kirjattu?
6. Onko jaksolle laadittu yksilöllinen harjoitusohjelma?
7. Miten harjoitusohjelma on kirjattu?
8. Onko ensipalaveri pidetty ennen kotiutumista?
9. Näkyykö AATU-jakson aloitus potilasasiakirjoissa?
10. Miten tiedon siirto on toteutettu?

Kotihoidossa:

11. Hoitosuunnitelman tekeminen?
12. Miten moniammatillinen yhteispalaveri kotihoidossa on toteutunut?
13. Miten kuntoutujan toimintakykyä on kuvattu päivittäisten toimien yhteydessä?
14. Onko laadittujen kotiharjoitteiden tekeminen kirjattu päivittäiskirjauksiin?
15. Miten harjoitteiden teko on kirjattu?
16. Onko kotihoidossa tehty viikoittainen hoitotyön yhteenveto?

Jakson lopussa:

17. Onko asetettujen tavoitteiden saavuttaminen kirjattu?
18. Miten tavoitteiden saavuttaminen on kirjattu?
19. Miten asiakkaan toimintakykyä on kuvattu jakson lopussa?
20. Onko loppumittaukset tehty?
21. Onko jakson lopussa pidetty loppupalaveri?
22. Onko AATU-jakson lopussa laadittu jatkohoitosuunnitelma?
23. Miten jatkohoitosuunnitelma on kirjattu?

Lisäksi toimeksiantaja halusi seuraaviin kysymyksiin vastaukset:

24. Palasiko asiakas sairaalaan?
25. Kuinka pitkä AATU-jakso oli?

Kuopion kaupungissa aktivoivan arjen tuen jaksolla käytettävät mittarit

Kuopion kaupungissa aktivoivan arjen tuen jaksolla käytettävät mittarit

SPPB-testi (Short Physical Performance Battery) koostuu kolmesta eri testiosiosta, joiden avulla saadaan tietoa testattavan tasapainosta seisten, kävelystä ja alaraajojen lihasvoimasta. Jokainen testiosio pisteytetään asteikolla 0-4 pistettä ja lopuksi lasketaan kaikkien testiosioden pisteet yhteen. Näin ollen testin kokonaispistemäärä voi olla maksimissaan 12 pistettä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016b.)

FRAT-mittarilla (Falls Risk Assessment Tool) neljän eri osion (kaatumishistoria, lääkitys, henkinen tila ja kognitio/muisti) kysymysten avulla selvitetään henkilön kaatumisriskiä (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015g). MNA-testi (Mini Nutritional assessment) on ravitsemustilan arvioimiseksi kysymyssarja, jonka avulla voidaan arvioida ikääntyneen (yli 65 vuotiaan) henkilön virhe- ja aliravitsemusriskiä (Strandberg 2013).

MMSE (Mini Mental State Examination) on muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu testi. Testi kartoittaa kysymyksien ja tehtävien avulla mitattavan henkilön orientaatiota aikaan ja paikkaan, mieleen painamista ja palauttamista, laskeamista, lukemista, kirjoittamista ja ohjeiden noudattamista. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016c.) GDS-15-mittari on erityisesti ikääntyneiden masennusoireiden tunnistamiseen kehitetty mittari. Mittari sisältää 15 kyllä-ei kysymystä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013.)

Ohjeistus pilotointivaiheesta kohdeyksiköihin

Liitteenä AATU-jaksolle kehitetty toimintaohje. Ohje on laadittu osana YAMK-opinnäytetyötä ja sitä on ollut laatimassa sairaalan- ja kotihoidon työntekijöitä yhdessä opinnäytetyön tekijöiden kanssa. Toimintaohjeen pohjana on käytetty AATU-toiminnallista ohjetta ja opinnäytetyön tekijöiden kirjaamisen arvioinnin tuloksia sekä kehittämistyöryhmäläisten kokemuksia/näkemyksiä.

Ohjeistus jakaantuu jakson alkuun, sairaalasta kotiutusvaiheeseen ja kotihoitossa jatkuvaan AATU-jakson vaiheisiin. Ohjeistuksen tavoitteena on yhdenmukaistaa kirjaamis- ja toimintakäytänteitä AATU-jaksolla.

Tämän ohjeen toimivuutta olisi nyt tarkoitus testata käytännössä. Harjulan sairaalassa pilotointi olisi tarkoitus tapahtua osastoilla 1, 2, 4 ja 5 niiltä osin kuin AATU-asiakkaita kullakin osastolla on. Pilotointivaihe olisi tarkoitus aloittaa vko 3 ja kestää 4 vkoa (ad. vkolle 7).

Voidaan mielellään tulla esittelemään ohje osastolle esim. viikkotiimiin tai jollekin muulle sovitulle ajalle esim. tällä viikolla (kotiutushoitajien kanssa voidaan myös käydä ohje läpi).

Jos ei mielestänne ole tarvetta tulla esittelemään ohjetta, pyytäisin ystävällisesti välittämään viestin työntekijöille, jotta he testaisivat käytännötyössä ohjetta AATU-asiakkaille ja antaisivat ohjeesta palautetta. Palautteen voi lähettää sähköpostilla osoitteeseen nelli.pitkanen(at)kuopio.fi

Kuopion kaupungin AATU-toiminnallinen ohje

AATU-JAKSO KOTIHOIDOSSA –toiminnallinen ohje

AATU= Aktivoiva arjen tuki

- AATU-jakso on kotihoidon asiakkaalle suunnitelmallisesti aloitettu aktiivoivan arjen tavoitteellinen tukeminen 4-6 viikon jaksona.
- Asiakstarpeen mukaisesti tuki on hoitajan, fysioterapeutin, toimintaterapeutin, lääkärin ja mahdollisen läheisen yhteistyönä toteutettavaa toimintaa, jossa asiakkaan arjen sujumista pyritään parantamaan.
- Ensisijainen jakson tavoite on **asiakkaan itsensä asettama, jonka pohjalta laaditaan toimintasuunnitelma.**
- AATU täydentää hoidossa toteutettavaa kuntouttavaa hoitotyötä.
- Kotihoidon AATU-asiakkaat:
 - o Sairaalasta kotiutuva kotihoidon asiakas, jonka toimintakyky on laskenut.
 - o Kotona oleva kotihoidon asiakas, jonka toimintakyky on laskenut ja asiakas on vaarassa joutua raskaampien palveluiden piiriin.
 - o Muut asiakasryhmät, joilla ilmenee selkeä kotona selviytymisen uhka.
 - tilapäisen kotihoidon asiakas
 - omaishoidon piirissä oleva asiakas
 - muistihoitajan tukiasiakas

AATU-jaksolla käytetyt mittarit alussa ja lopussa

Tarkista, onko alkumittaukset tehty jo sairaalassa AATU-jakson alussa, jolloin alkumittausta ei tarvitse toistaa.

- Fyysinen toimintakyky –SBBP, tehdään fysioterapeutin ja omahoitajan yhteistyönä alussa ja lopussa
- Kaatumisriskin arviointi –FRAT. Kotihoidon omahoitaja tekee alussa.
- Ravitsemustila –MNA. Kotihoidon omahoitaja tekee Aatu-jakson alussa.
- Toimintakyky – asiakaskortti, päivitys kotona AATU-jakson alussa ja lopussa. Omahoitaja tekee kotihoidossa.
- Lisäksi tarvittaessa: Kognitio (MMSE), Toimintakyky (ADCS-ADL), Mieliala (GDS-15)

Kuopion kaupungin AATU-toiminnallinen ohje

AATU-JAKSON ALOITTAMINEN KOTIHOIDON ASIAKKAALLE

- Ensipalaveri pidetään **aina** eri toimijoiden kanssa kaikilla AATU-asiakkailla
 - o asiakkaan hoitoon osallistuvat toimijat osallistuvat
 - o suunnitellaan jakson tavoitteet sekä yhteistyö eri toimijoiden välillä
 - o päätetään jakson aikana tapahtuvat seurantapalaverit, jotka sairaanhoitaja ilmoittaa palaverista estyneille toimijoille
 - o asiakkaalle ja hänen läheiselleen kerrotaan AATU-jakson kustannukset ja annetaan kirjallinen asiakastiedote
- Sairaalassa tai muulla osastolla oleva kotihoidon asiakas:
 - o osastolta ottavat yhteyttä sairaanhoitajaan
 - o pidetään ensipalaveri osastolla ennen kotiutusta
 - o tehdään tarvittavat toimintakykymittaukset, kysytään ja kirjataan asiakkaan oma tavoite osastolla
 - o osaston fysioterapeutti tekee kotikäynnin, jotta AATU-suunnitelma mahdollistuisi kotiympäristössä.
- Kotihoidossa
 - o kotihoidon tiimin lääkäri, sairaanhoitaja tai omahoitaja tai tiimin muu hoitaja havaitsee asiakkaan toimintakyvyn muutoksen.
 - o sairaanhoitaja
 - muuttaa asiakkaan voimassa olevan KUKOTIPALVELUN KUKOTUAATUKSI (erillinen Pegasos-ohje) ja täydentää päivärivitiedot sekä päivärivin lisätiedot
 - voimassa olevaa KUKOTIPALVELUA EI SAA PÄÄTTÄÄ tai asiakasta ULOSKIRJATA TIIMISTÄ SILLOIN KUN ASIAKKAALLE MUUTETAAN PALVELU KUKOTUAATU:ksi
 - HUOM ! KUKOTUAATU PALVELUJAKSO EI SAA OLLA YHTÄAIKAA VOIMASSA KUKOTIPALVELUN KANSSA
 - palvelu- ja hoitosuunnitelman jokaisen päivärivin lisätiedot kenttään lisätään joka käynnille ensimmäiseksi numerokoodien jälkeen **Aktivoiva arjen tuki**.
 - täydentää asiakkaan hoitosuunnitelman kotihoidon hoitosuunnitelman mukaisesti huomioiden asiakkaan yksilöllisyyden ja lisää AATU-asiakkaalle seuraavanlaisen hoidon tarpeen ensimmäiseksi:
 - Hoidon tarve: otsikko Aktiviteetin muutos
 - Hoidon tavoite: AATU-käyntien tavoite kirjataan vapaalla tekstillä. **TÄMÄ ON ASIAKKAAN ITSENSÄ ASETTAMA TAVOITE AATU-JAKSOLLE.**

Kuopion kaupungin AATU-toiminnallinen ohje

- Suunnitellut toiminnot: komponentti Aktiviteetti, pääluokkaotsikko Aktiviteettia edistävä toimintatämä otsikko nousee Hilikka käyntikirjauksiin.
- Palveluesimies allekirjoittaa AATU- jakson palvelu- ja hoitosuunnitelman.
 - varmistaa, ettei KUKOTUAATU ja KUKOTIPALVELUIDEN alkamis- ja loppumispäivämäärissä ole päällekkäisyyttä.
- Omahoitaja tai muu tiimin hoitaja
 - tekee tarvittavat toimintakykyä mittaavat alkumittaukset ja kirjaa ne sairaskertomusjärjestelmään.
- Kotihoidon tiimin lääkäri
 - tekee kotikäynnin ja kartoittaa asiakkaan mahdolliset kuntoutumisen esteet.
 - tarkistaa lääkityksen.
 - päättää jakson aloituksesta.
 - tarkistaa alkumittaukset ja tarkentaa jatkosuunnitelmaa niiden perusteella.
- Fysioterapeutti
 - tekee yhteistyössä oman hoitajan tai muun tiimin hoitajan kanssa tarvittavat toimintakykyä mittaavat alkumittaukset ja kirjaa ne sairaskertomusjärjestelmään.
 - tarkastaa kotiympäristön apuvälinetarpeen.
 - laatii yhteistyössä hoitotiimin kanssa asiakkaan tavoitteen tähtäävää kuntoutumissuunnitelmaa ja laatii yksilöllisen harjoitusohjelman ja ohjaa sen toteuttamisessa asiakasta ja tiimiä.
- Läheinen osallistetaan tukemaan asiakkaan asettamia AATU-tavoitteita, osallistuu ensipalaveriin.

AATU-JAKSON AIKANA

- Sairaanhoitaja
 - tekee viikoittain arvioivan kirjauksen hoitosuunnitelmasta Arvioinnin kautta.
 - tekee Aktiviteetin muutos-kohtaan arvioinnin yhteenvedona viikosta.
 - seuraa jakson edistymistä ja tukee hoitajia hoidon toteutuksessa.

Kuopion kaupungin AATU-toiminnallinen ohje

- päivittävää tarvittaessa yhteistyössä omanhoitajan kanssa hoitosuunnitelmaa ja palvelu- ja hoitosuunnitelmaa.
- tarvittaessa konsultoi kotihoidon lääkäriä.
- Lähihoitajat/kodinhoitajat
 - toteuttavat asiakkaalle tehtyä kuntoutumissuunnitelmaa ja yksilöllistä harjoitusohjelmaa.
 - kirjaavat normaalisti päivittäisen kirjauksen **joka asiakaskäynniltä** tarpeiden alle.
 - kirjauksissa korostuu toimintakyvyn arviointi ja kuvaus, miten eri toiminnoissa asiakkaan toimintakykyä on tuettu kuntouttavalla työotteella.
 - AKTIVOINTI MUUTOS KOHTAAN EI KIRJATA PÄIVITTÄISIKIRJAUKSIA.
- Omahoitaja ja hänen valtuuttama hoitaja
 - kirjaavat toimintakykytestien tulokset Pegasoksen toimintakykyosioon.
 - päivittää tarvittaessa yhteistyössä sairaanhoitajan kanssa hoitosuunnitelmaa ja palvelu- ja hoitosuunnitelmaa.
 - konsultoivat fysioterapeuttia ja toimintaterapeuttia tarvittaessa kuntoutumisen seurannan ja harjoitusohjelman päivittämisen osalta.

AATU-JAKSON LOPUTTUA

- Asiakkaan asettamia tavoitteita tarkastellaan
 - asiakkaan oman mielipiteen ja
 - jakson lopussa toistettujen mittareiden avulla.
- Omahoitaja tai muu tiimin hoitaja
 - tekee tarvittavat toimintakykyä mittaavat loppumittaukset ja kirjaa ne sairauskertomusjärjestelmään.
 - päivittää hoitosuunnitelman.
 - tarv. suunnittelee jatkohoidon yhdessä tiimin kanssa.
 - jatkavat asiakkaan hoitoa kuntouttavalla työotteella.
- Kotisairaanhoitaja
 - tekee koko AATU-jaksosta väliarvion yhteistyössä omahoitajan kanssa.
 - **muuttaa** palvelu- ja hoitosuunnitelman palvelun KUKOTUAATUSTA KUKOTIPALVELUKSI (erillinen Pegasos-ohje) ja täydentää päiväritiedot sekä päiväriivin lisätiedot.

Kuopion kaupungin AATU-toiminnallinen ohje

- HUOM! KUKOTIPALVELU EI SAA ALKAA SAMANA PÄIVÄNÄ KUN KUKOTUAATU LOPPUU.
- ilmoittaa palveluesimiehelle AATU- jakson päättymispäivän.
- tarv. suunnittelee jatkohoidon yhdessä tiimin kanssa.

- Palveluesimies
 - allekirjoittaa muutetun palvelu- ja hoitosuunnitelman KUKOTIPALVELUNA.
 - varmistaa, ettei KUKOTUAATU ja KUKOTIPALVELUIDEN alkamis- ja loppumispäivämäärissä ole päällekkäisyyttä.

- Fysioterapeutti
 - tekee yhteistyössä oman hoitajan tai muun tiimin hoitajan kanssa tarvittavat toimintakykyä mittaavat loppumittaukset ja kirjaa ne sairaskertomusjärjestelmään.
 - kirjaa alku- ja loppumittausten perusteella arvioiden toimintakyvyn fyysiset muutokset.

- Kotihoidon lääkäri
 - tekee AATU-jakson toteutumisesta yhteenvedon.suunnittelee jatkohoidon yhdessä tiimin kanssa.

Kehittämistyöryhmätyöskentelyn arviointi

Arviointilomakkeet kehittämistyöryhmätapaamisissa

Ensimmäisen tapaamiskerran arviointilomake

- Arvioi asteikolla 1-5 miten ensimmäisellä tapaamiskerralla käydyt asiat edesauttavat kirjaamisen ja moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä?
1 ei lainkaan 2 heikosti 3 tyydyttävästi 4 hyvin 5 erinomaisesti
- Arvioi asteikolla 1-5 ensimmäisen tapaamiskerran työskentelytavan toimivuutta?
1 erittäin heikko 2 heikko 3 tyydyttävä 4 hyvä 5 erinomainen

Molempien vastausten keskiarvo: 4,2.

Toisen tapaamiskerran arviointilomake

- Arvioi asteikolla 1-5 miten toisen tapaamiskerran alkuun pidetty alustus auttoi tapaamiskerran työskentelyssä?
1 ei lainkaan 2 heikosti 3 tyydyttävästi 4 hyvin 5 erinomaisesti
- Arvioi asteikolla 1-5 toisen tapaamiskerran työskentelytavan toimivuutta?
1 erittäin heikko 2 heikko 3 tyydyttävä 4 hyvä 5 erinomainen

Molempien vastausten keskiarvo: 4,3.

Kolmannen kerran arviointilomake

- Arvioi asteikolla 1-5 miten kolmannen tapaamiskerran alkuun pidetty alustus auttoi tapaamiskerran työskentelyssä?
1 ei lainkaan 2 heikosti 3 tyydyttävästi 4 hyvin 5 erinomaisesti
- Arvioi asteikolla 1-5 kolmannen tapaamiskerran työskentelytavan toimivuutta?
1 erittäin heikko 2 heikko 3 tyydyttävä 4 hyvä 5 erinomainen

Molempien vastausten keskiarvo: 4,5.

Kehittämistyöryhmätyöskentelyn arviointi

Neljännen kerran arviointilomake

- Arvioi asteikolla 1-5 neljännen tapaamiskerran työskentelytavan toimivuutta?

1 erittäin heikko 2 heikko 3 tyydyttävä 4 hyvä 5 erinomainen

Vastauksen keskiarvo: 4,75.

- Arvioi asteikolla 1-5 saitko riittävästi tietoa käsiteltävästä asiasta kussakin vaiheessa kehittämisprosessin aikana?

1 en lainkaan 2 heikosti 3 tyydyttävästi 4 hyvin 5 erinomaisesti

Vastauksen keskiarvo: 5.

- Arvioi asteikolla 1-5 miten tapaamiskertojen sisällöt tukivat toimintaohjeen valmiiksi saamisessa?

1 ei lainkaan 2 heikosti 3 tyydyttävästi 4 hyvin 5 erinomaisesti

Vastauksen keskiarvo: 4,5.

- Arvioi asteikolla 1-5 miten tarpeellinen kehittämistyöryhmätyöskentely oli sinun työtehtäviä ajatellen?

1 ei lainkaan 2 vähän 3 keskinertaisesti 4 paljon 5 erittäin paljon

Vastauksen keskiarvo: 4,25

Opinnäytetyön tuotos: toimintaohje

TOIMINTAOHJE: AKTIVOIVAN ARJEN TUEN JAKSON ALUSSA	TEHTY, tarv. pvm
Lääkärin päätös ja perustelu AATU-jakson aloituksesta kirjattu potilasasiakirjoihin	
Asiakkaan oma tavoite jaksolle on keskusteltu asiakkaan kanssa ja kirjattu Hosulle (hoidon tavoitekohtaan)	
Ensipalaveri pidetty/ puhelimitse sovittu jatkohoito moniammatillisesti (HOSULLE tiedot käydystä keskustelusta jatkohoidon suunnittelu-kohtaan	
Hoitosuunnitelma päivitetty tukemaan AATU-jaksoa <ul style="list-style-type: none"> - Hoidon tarve: aktiviteetin muutos - Hoidon tavoite: Asiakkaan OMA asettama tavoite - Suunnitellut toiminnot: komponentti Aktiviteetti, pääluokkaotsikko Aktiviteettiä edistävä toiminto ja LISÄKSI tieto yksilöllisistä harjoitusohjeista, missää vaiheessa päivää toteutetaan jne.) 	
Alkumittaukset tehty ja kirjattu toimintakyky-osioon	
SPPB (fysioterapeutti)	
FRAT (hoitaja)	
MNA (hoitaja)	
MMSE (tarvittaessa) (hoitaja)	
GDS-15 (tarvittaessa) (hoitaja)	
Muu mittari	
Fysio/toimintaterapeutti laatinut asiakkaalle yksilölliset harjoitteluohjeet kirjallisena	
Fysio/toimintaterapeutin kotikäynti tehty	
Apuvälineasiat kartoitettu kotiin	
Apuvälineet hankittuna kotiin	

Opinnäytetyön tuotos: toimintaohje

SAIRAALASTA KOTIUTUVA AATU-ASIAKAS:	TEHTY, tarv. pvm
HOI HOKE YHT-lehti, jossa tieto AATU-jaksosta, tavoitteista, toimintakyvystä ja muista keskeisistä tiedoista, hoidon toteutus-kohtaan otsikolla jatkohoidon suunnitelman laatiminen	
Fysio/toimintaterapeutti tehnyt loppuyhteenveton osastolla tapahtuneesta AATU-jaksosta: <ul style="list-style-type: none"> - asiakkaan oma tavoite kirjattu - toimintakykykuvaus ICF-luokitus ja asiakkaan oma kokemus huomioiden - jatkohoitosuunnitelma laadittu hoidon arviointi-kohtaan väliarvio-otsikon alle, fraasi: aktivoiva arjen tuki	
Fysio/toimintaterapeutti kirjannut yksilölliset kotiharjoitteet FYST/TOI-lehdelle ja tehnyt kirjalliset ohjeet x2 kotiin (harjoitteet päivittäisiä toimia tukevia)	
Fysio/toimintaterapeutti ollut yhteydessä kotihoidon AATU-terapeuttiin	

Opinnäytetyön tuotos: toimintaohje

TOIMINTAOHJE: AKTIVOIVAN ARJEN TUEN JAKSOLLE KOTIHOITTOON	TEHTY, tarv. pvm
Alkumittaustietojen tarkistus, loppumittausten ohjelmointi (pvm. sopiminen) jakson loppuun	
Kotisairaanhoidtaja on informoinut läheisiä ja tiimiä AATU-jakson yksityiskohdista ja työnjako tiimissä sovittu	
Kotihoidon hoitajan ja AATU-terapeutin yhteiskäynti kotiutuspäivänä tai viimeistään kolmen päivän sisällä kotiutumisesta/jakson aloituksesta	
Kirjaukset JOKA ASIAKASKÄYNNILTÄ asiakaslähtöisesti, kirjaa asiakkaan toimintakykyä kuvaavasti (mitä asiakas tehnyt ja miten tehnyt/suoriutunut)	
Kotisairaanhoidtaja tehnyt viikkoyhteenvedon jokaiselta AATU-jakson viikolta aktiviteetin muutos-kohtaan	
Sairaanhoidtaja on järjestänyt moniammatillisen loppupalaverin AATU-jakson loppuun	
Loppumittaukset tehty ja tulokset kirjattu toimintakyky-osioon	
SPPB (fysioterapeutti)	
muu mittari	
Jakson lopuksi yhteenveto AATU-jaksosta (lääkäri (GER-lehti), fysio/toimintaterapeutti (FYST/TOI-lehti, väliarvio), hoitaja (HOI HOKE YHT-lehti, väliarvio) <ul style="list-style-type: none"> - verrataan toimintakyvyn muutosta alkutilanteeseen: mittaritulokset, asiakkaan oma kokemus - onko tavoitteet saavutettu - jatkohoitosuunnitelman kirjaus 	

