

Moniammatillinen yhteistyö ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelussa

Katariina Stenman
PRO GRADU -TUTKIELMA
Hoitotiede
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
16.7. 2025
Turku

Pro gradu -tutkielma

Oppiaine: Hoitotiede

Tekijä(t): Katariina Stenman

Otsikko: Moniammatillinen yhteistyö ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelussa

Ohjaaja(t): TtT Terhi Lemetti, professori Riitta Suhonen

Sivumäärä: 49 sivua, 3 liitesivua

Päivämäärä: 16.7.2025

Tiivistelmä:

Väestö Suomessa ikääntyy, hoivapaikkoja vähennetään ja ikääntyneet ihmiset asuvat omassa kodissa sinne vietävien palvelujen turvin entistä pidempään. Sairaalaan joutuessaan, ikääntyneellä ihmisellä voi olla monia terveysongelmia ja hänen hoitonsa vaatii moniammatillista osaamista.

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata, mitä moniammatillinen yhteistyö on ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelussa perusterveydenhuollon sairaalassa ja mitkä tekijät edistävät tai estävät yhteistyötä. Tavoitteena on hyödyntää tutkimustietoa moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä ja johtamisessa ikääntyneiden hoidon ja sen suunnittelun kontekstissa.

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena, ja aineisto kerättiin haastatteleamalla kolmea moniammatillista ryhmää, joissa oli yhteensä kymmenen osallistujaa. Aineisto analysoitiin temaattisen aineistoanalyysin menetelmällä. Tutkimuskohteena oli moniammatillinen yhteistyö perusterveydenhuollon sairaalaympäristössä.

Tuloksena tunnistettiin neljä keskeistä teemaa, jotka kuvaavat moniammatillista yhteistyötä ikääntyneen hoidon suunnittelussa: 1) kommunikaatio, 2) ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelu ja toteutus, 3) ammattiryhmien roolit sekä 4) sovitut käytännöt. Moniammatillista yhteistyötä edistäviksi tekijöiksi nousi ammattilaisten välinen luottamus ja toimiva viestintä. Estäviksi tekijöiksi tunnistettiin tiedon siirtyminen eri toimijoiden välillä ja ammattilaisten vaihtuminen tiimissä.

Tutkimus osoittaa, että toimiva moniammatillinen yhteistyö perustuu selkeään viestintään, yhteiseen suunnitteluun ja vastuunjakoon sekä vakiintuneisiin toimintamalleihin. Ikääntyneen hoidon suunnittelu sairaalassa on pitkä prosessi ja siinä korostuu voinnin ja toimintakyvyn jatkuva arviointi sekä eri toimijoiden välinen yhteistyö. Tutkimusta ja kehittämistyötä tarvitaan erityisesti ikääntyneiden kokonaistilanteen selvittämiseen ja viestintään moniammatillisen tiimin, omaisten ja ikääntyneen hoidossa mukana olevien eri toimijoiden välillä.

Avainsanat: Moniammatillinen yhteistyö, ikääntynyt ihminen, ryhmähaastattelu

Master's Thesis

Subject: Nursing Science

Authors: Katariina Stenman

Title: Interprofessional collaboration in the planning of care for older people

Supervisors: Professor, PhD Riitta Suhonen; PhD Terhi Lemetti

Number of pages: 49 pages, 3 appendix pages

Date: 16.7.2025

When an older person is hospitalized, they usually have multiple problems and treatment requires multidisciplinary care. With well-functioning and effective interprofessional collaboration, the goals of treatment can be achieved. Researching multidisciplinary collaboration in planning the care of the elderly provides important information for developing practices and collaboration so that the elderly receive smooth, individualized care and can participate in planning their care.

The aim of this Master's thesis is to examine what multidisciplinary collaboration entails in the planning of care for older people, and which factors promote or hinder such collaboration. The goal is to utilize research findings to support the development and management of multidisciplinary collaboration in the context of older people care and care planning.

The research data was collected by interviewing three interprofessional teams and ten professionals in total. The data was analyzed using thematic analysis.

The study was conducted with a qualitative research design, with data collected through focus group interviews. The focus of the study was on multidisciplinary collaboration in a primary healthcare hospital environment.

The results identified four key themes that describe multidisciplinary collaboration in planning care for older adults: communication, planning and implementation of elderly care, professional roles, and established practices. The study demonstrates that effective multidisciplinary collaboration is based on clear communication, joint planning and division of responsibilities, and established operational models.

The findings can be used to develop practical work and guide the leadership of multidisciplinary collaboration to improve older people care. Research is needed to develop effective communication between different actors in the care chain for the older persons.

Keywords: Interprofessional collaboration, older people, focus group interview

Sisällysluettelo

1	Johdanto	6
2	Tutkimuksen tausta	8
2.1	Moniammatillinen yhteistyö	8
2.2	Ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelu	10
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	13
4	Tutkimuksen empiirinen toteutus	14
4.1	Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat	14
4.2	Tutkimukseen osallistujat.....	15
4.3	Aineistonkeruu	16
4.4	Aineiston analyysi	18
5	Tutkimustulokset	21
5.1	Kommunikaatio yhteistyössä ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelussa	21
5.2	Ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelu ja toteutus	25
5.3	Ammattiryhmien roolit	31
5.4	Sovitut käytännöt.....	35
6	Pohdinta	38
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu	38
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	40
6.3	Tutkimuksen eettisyys	43
6.4	Johtopäätökset.....	44
6.5	Jatkotutkimusehdotukset	45
	Lähteet	47
	Liitteet	50
	Liite 1. Tiedote tutkimuksesta	50
	Liite 2. Haastattelurunko	52
	Liite 3 Suostumus osallistua tieteelliseen tutkimukseen	53

1 Johdanto

Ikääntyvien väestön määrä Suomessa kasvaa jatkuvasti, ikä tuo tullessaan terveysongelmia ja tämä tuo uusia haasteita terveydenhuoltoon ja erityisesti hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Väestön ikääntymisen on arvioitu nousevan yli 65-vuotiaiden osalta 31,1 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä Suomessa (Tilastokeskuksen väestöennuste 2021). Suomen väestöstä 75 vuotta täyttäneitä ennustetaan olevan vuonna 2030 noin 780 000 ja vuonna 2040 jo noin 900 000 (STM 2014).

Suomessa ikääntyneillä on useampi krooninen sairaus tai vamma kuin muissa EU-maissa. Euroopan terveysraportti vuodelta 2024 sisältää useita suosituksia ikääntyvän väestön terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseen ja terveyspalveluiden parantamiseksi. Raportissa kuntien ja hyvinvointialueiden tulisi erityisesti kehittää yhteistyörakenteita ikääntyneiden hoidossa, tukea toimintakykyä, parantaa pitkäaikaishoidon resursseja ja uudistaa käytäntöjä. (OECD 2024.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton yhteisessä laatusuosituksessa on tavoitteena turvata hyvä ikääntyminen ja vaikuttavat palvelut ja hoito niitä tarvitseville ikääntyneille henkilöille. Hyvinvointialueet järjestävät perusterveydenhuollon sairaaloissa sairaalatasoisen hoidon ja kuntoutuksen ikääntyneille. Hyvinvointialueiden on varmistettava terveydenhuollossa riittävän ja ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ikääntyneiden terveydenhuollon palveluissa ja monialaista yhteistyötä edistävien toimintamallien kehittäminen. (STM 2024.) Terveysturvalaki määrää perusterveydenhuollon toiminnan jatkuvan vahvistamisen ja terveydenhuollon toimijoiden yhteistyön edistämisen hyvinvointialueella ja eri toimialojen välillä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Finlex.8.7.2022/581, 1§).

Kansallisen linjauksen mukaan ikääntyneet ihmiset voivat asua kotonaan kotiin vietävien palvelujen turvin, kuten kotihoidon ja kotisairaalan tukemana. Ympäri vuorokautiseen palveluasumiseen siirrytään vasta, kun kotona asuminen ei onnistu intensiivisenkään kotihoidon turvin. Laitoshoidosta ollaan luopumassa kokonaan. (THL 2024) Sairaaloissa hoidetaan ikääntyneitä, jotka voivat olla ovat hauraita, monisairaita iäkkäitä ihmisiä ilman turvaverkkoa ja hoidon suunnittelu ja toteutus voivat olla haastavia (STM 2014).

Ikääntyneen ihmisen toimintakyky laskee nopeasti sairaalahoidossa ja hoidon suunnitteluun tarvitaan kokonaisvaltaista asiantuntemusta. Ikääntyneellä voi olla psyykkisiä, sosiaalisia ja toimintakykyyn vaikuttavia ongelmia. Ikääntyneiden kokonaisvaltainen hoito ja ongelmien ratkaisu vaatii asiantuntevaa yhteistyötä eri toimijoiden ja omaisten kanssa, jotta voidaan taata laadukas ja kokonaisvaltainen hoito ja kuntoutus ikääntyvälle väestölle. (THL 2023.) Moniammatillisella yhteistyöllä saavutetaan potilaislähtöinen hoito ja päätöksenteko potilaiden ja ammattilaisten kannalta (Isoherranen 2012; Nikander 2013).

Moniammatillisen yhteistyön onnistuminen takaa potilaan sujuvan hoidon ja tuloksena on yksilölliset tavoitteelliset hoitosuunnitelmat. Keskeisimpiä tekijöitä yhteistyössä ovat viestintä, roolien selkeys, luottamus ja yhteinen tavoite hoidolle. Moniammatillisella yhteistyöllä saadaan aikaan laadukasta ja asiakaslähtöistä hoitoa. Moniammatillisen yhteistyön muodot vaativat monia yhteistyömuotoja, käytäntöjä, yhteistavoitetta ja jatkuvaa kehittämistä. (Isoherranen 2012.)

Tutkimuksessa haastateltiin moniammatillisen tiimin jäseniä perusterveydenhuollon sairaalan osastoilla ja kuvataan heidän kokemuksiaan moniammatillisesta yhteistyöstä ikääntyneen henkilön hoidon suunnittelussa. Perusterveydenhuollon sairaalassa työskentelee lääketieteen, hoitotyön, kuntoutuksen ja sosiaalityön ammattilaisia. Tuloksissa ei ole haluttu eritellä ammattiryhmien erillisiä kokemuksia, koska tavoitteena oli saada tiimien yhteinen näkökulma yhteistyön toteutumisesta. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa moniammatillisten tiimien yhteistyön, johtamisen ja ikääntyneiden ihmisten hoidon suunnittelun ja toteutuksen kehittämiseen.

2 Tutkimuksen tausta

2.1 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö on keskeinen käsite sosiaali- ja terveydenhuollossa. Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan eri alojen asiantuntijoiden tavoitteellista työskentelyä. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuvat roolien selkeys, tiimin yhteinen päätöksenteko ja asiakkaan osallisuus (Isoherranen 2012; STM 2014). Moniammatillisen yhteistyön käsitettä käytetään sosiaali- ja terveydenhuollossa Suomessa kuvaamaan eri asiantuntijoiden työskentelyä yhdessä yhteisen päämäärän ja tavoitteen saavuttamiseksi. (Karukivi ym. 2023; Isoherranen 2012). Terveydenhuollossa moniammatilliseen tiimiin ikääntyneen ihmisen hoidossa kuuluu monen alan ammattilaisia kuten lääketieteen, hoitotieteen, kuntoutuksen ja sosiaalisen tuen alueelta. (STM 2024).

Isoherranen (2012) kuvaa moniammatillisen yhteistyön prosessina, jossa monen eri alan asiantuntija käsittelee yhteistä ongelmaa. Isoherranen (2012) määrittelee tutkimuksessaan moniammatillisen yhteistyön asiakas- ja potilaslähtöisenä, yksilöllisenä ja potilaan koko elämän huomioivana työskentelynä. Eri asiantuntijoiden ja potilaan omat sekä läheisten tiedot ja kokemukset kootaan yhteen, joista muodostuu kokonaiskuva. Vuorovaikutusprosessissa neuvotellaan ja rakennetaan potilaslähtöinen tavoite, joka vaatii moniammatilliselta tiimiltä yhteistä tiedonmuodostusta ja ammatillisten rajojen joustavaa ylittämistä. (Isoherranen 2012.) Eri ammattiryhmien yhteistyö terveydenhuollossa on keino, jolla voidaan saavuttaa kokonaisvaltainen arvio ikääntyvien ihmisten hoidon tarpeesta (Duner 2013). Moniammatillisessa yhteistyössä ammattilaisilta vaadittavia taitoja on kyky käsitellä tietoa sekä suunnitella hoitoa kokonaisvaltaisesti (Giardulli ym. 2024).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa moniammatillista yhteistyötä tehdään eri tasoilla strategisessa johtamisessa sekä potilaan päivittäisessä hoitotyössä ja kuntoutuksessa. Moniammatillisissa työryhmissä terveydenhuollossa työskentelee eri ammattiryhmien edustajia.

Moniammatilliseksi yhteistyöksi kutsutaan vähintään kahden eri ammattiryhmän edustajan työskentelyä yhdessä potilashoidon ja suunnittelun eteen (Nikander 2013).

Toimivasta moniammatillisesta yhteistyöstä hyötyy potilas, omainen, työntekijät sekä organisaatio. Potilaslähtöinen hoidon suunnittelu rakentuu toimivasta moniammatillisesta yhteistyöstä ja käytännöistä (Isoherranen 2012; Duner 2013).

Aiemmasta tutkimuksesta löytyi vain vähän tutkimuksia moniammatillisesta yhteistyöstä koko moniammatillisen tiimin kuvaamana ikääntyneiden hoidon suunnittelusta sairaalaolosuhteissa. Esimerkiksi Duner (2013) tutki moniammatillista yhteistyötä iäkkäiden ihmisten hoidon suunnittelussa Ruotsissa sairaalassa ja kotihoidossa. Tutkimuksessaan hän toteaa, että haasteellisinta moniammatillisessa yhteistyössä ovat usein vuorovaikutukselliset tilanteet. Yhteiset viralliset aikataulut, jotka ovat tiedossa kaikilla tiimin jäsenillä, tuovat mahdollisuuden keskustella potilaiden kokonaisvaltaisesta hoidosta. Moniammatillinen tiimi arvioi keskusteluiden antavan kokonaisvaltaisen kuvan ikääntyneen hoidosta, mutta tutkimukseen osallistujat kuvasivat tasapainoilevansa omien ja tiimin roolien välillä. Yhteistyö opetti kaikille pääasiassa toistensa osaamista ja oli tasapainoilua itsenäisen ammatillisen keskustelun ja moniammatillisen keskustelun välillä. Tutkimuksessa moniammatillisen keskustelun koettiin vastaamaan parhaiten ikääntyneiden ihmisten tarpeisiin. Toimiva malli moniammatillisen tiimin päätöksenteossa tuo tutkimuksen tuloksena mahdollisuuden selvittää mitä ikääntyneet todella haluavat hoidoltaan. (Duner 2013.) Dahlke ym. (2020) selvitti moniammatillisen henkilöstön näkemyksiä moniammatillisesta yhteistyöstä ja hoidosta sairaalahoidossa olevien ikääntyneiden potilaiden kohdalla. Aineistosta tunnistettiin kolme teemaa, jotka olivat: 1) potilaan ja perheen tunteminen, 2) toiminnalliset tarpeet ja 3) viestintäprosessit.

Tutkimuksessaan Isoherranen (2012) toteaa moniammatillisen yhteistyön olevan asiakas- ja potilaslähtöistä työskentelyä, jossa on huomioitu iäkkään ihmisen yksilöllisyys. Eri asiantuntijoiden tiedot kootaan yhteen muodostaen kokonaisuus potilaan tilanteesta. Moniammatillinen yhteistyö on vuorovaikutusprosessi, jossa ratkaistaan ongelmia yhteisesti sovituilla käytännöillä kaikkien ammattilaisten yhteisillä periaatteilla. (Isoherranen 2012.) Giardulli ym. (2024) kirjallisuuskatsauksessa kuvataan moniammatillisessa tiimissä olevan vaadittavia tietoja ja taitoja. Moniammatillisen tiimin jäsenillä on oltava tietoisuus omasta roolistaan tiimissä. Moniammatillisessa tiimissä työskentelyyn terveydenhuollon ammattilaisilta vaadittavia taitoja olivat tiedon kokonaisvaltainen käsittelykyky, viestintä, potilaiden havainnointikyky, hoidon suunnittelu, organisointikyky, käytäntöjen kehittäminen, itseohjautuvuus ja halu oppia yhdessä potilaan tavoitteiden saavuttamiseksi. (Giardulli ym. 2024)

Karukivi ym. (2023) osoittaa, miten tärkeää moniammatillinen yhteistyö on syöpäpotilaiden hoidossa ja kuinka tutkimusta tulisi kohdentaa moniammatillista toimintaa edistävien interventioiden tutkintaan (Karukivi ym. 2023).

Collin ym. (2013) tutkivat moniammatillista yhteistyötä haastattelemalla moniammatillista työryhmää ja heidän toimintaansa sairaalan päivystyksen hoitoprosessissa Suomessa. Tutkimuksen tuloksena tunnistettiin kolme yhteistyön muotoa, jotka olivat rinnakkain työskentely, moniammatillinen hoidon suunnittelu ja vaativien potilaiden hoito. Tutkimuksessa todettiin, että hoitoprosessin koordinointia tulisi kehittää moniammatilliseksi ja tärkeintä oli yhteiset toimivat käytänteet yhteistyössä. (Collin ym. 2013.) Kesonen ym. (2024.) tutkivat moniammatillista yhteistyötä erityistason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Tutkimuksen tuloksena moniammatillinen tiimi kuvasi yhteistyötä tiimin jäsenten osaamisen yhdistämisenä, potilaiden tarve lähtöisenä hoitona, tiimin välisenä kommunikaationa ja kollegiaalisuutena yli ammatillisten rajojen. (Kesonen ym. 2024.)

2.2 Ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelu

Terveystieteissä ikääntyneellä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän haurastumisen vuoksi (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta. Finlex.8.7.2022/581, 3§). Ikääntymisen seurauksena heikentynyt toimintakyky, akuutit terveysongelma, krooniset etenevät sairaudet, kaatumiset, sekavuus tai elinolosuhteiden ongelmat voivat laukaista sairaalahoidon tarpeen (Wuorela & Viikari 2019).

Ikääntyneiden hoidossa yhtenä tärkeänä palvelujärjestelmän osana on sairaala, jossa moniammatillista yhteistyötä hoidon suunnittelussa toteutetaan ikääntyneen ihmisen vaatiessa sairaalahoitoa. Sairaalaan potilaat kotiutuvat omiin koteihinsa ja saattavat tarvita kotona asumista tukevia palveluita, jotka myönnetään lääketieteellisen ja moniammatillisen kokonais- arvioon perusteella (THL 2024). Sairaalan akuuttiosastot eivät ole aina sopivin ympäristö ikääntyneiden monisairaiden potilaiden hoitoon, koska niissä painotetaan usein

akuuttien sairauden hoitoa, kokonaisvaltaisen tilanteen selvittämisen sijaan (Dahlke ym. 2020).

Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Iäkkäiden on tarkoituksena saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalveluja ajoissa ja yksilöllisesti toimintakyvyn heikentyessä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista. Finlex.8.7.2022/581, 6§). Iäkkäiden henkilöiden osuus väestöstä kasvaa Suomessa ja hallitusohjelman mukaan hyvinvointialueiden tulee parantaa ja kehittää palvelujärjestelmän toimivuutta ja toimintatapoja (STM 2024). Hyvinvointialueen käytettävissä on oltava riittävästi monipuolista asiantuntemusta ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn tukemiseksi sekä sosiaali- ja terveystalvelujen laadukasta järjestämistä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista. Finlex.8.7.2022/581, 1§).

Kun ikääntynyt monisairas henkilö joutuu sairaalaan sairauksien, vammojen tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi, tulisi yksilöllinen hoitosuunnitelma ja geriatrinen kokonaisvaltainen arviointi tehdä moniammatillisesti ja heti hoitajakson alkaessa, jotta ikääntyneen toimintakyky ei laske (Käypä hoito -suositus 2021). Ikääntyneiden hoidossa on tavoitteena oikea-aikainen ja turvallinen kotiutuminen. Jotta ikääntyneen toimintakyvystä saadaan muodostettua kokonaisvaltainen kuva ja hoidon tavoitteet, tarvitaan esimerkiksi geriatrian ja kuntoutuksen asiantuntijoilta. Hoidon kokonaisvaltaiseen suunnitteluun sairaalassa tarvitaan usein hoitajan, lääkärin, fysio-, -toiminta-, -puhe-, - ravitsemusterapeutin ja sosiaalihoitajan arviota (Wuorela & Viikari 2019).

Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan yhteisymmärryksessä potilaan ja potilaan hoitoon osallistuvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa. Terveys- ja hoitosuunnitelma tehdään potilaalle esimerkiksi, kun potilas käyttää paljon palveluita tai hänellä on pitkäaikaista seuranta/huotoa ja kuntoutusta vaativa terveydentila. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista. Finlex.28.10.2022/876, 5§). Toimivan moniammatillisen yhteistyön edellytys hoidon suunnittelussa on, että toimijoiden yhteistyöllä muodostuu saumaton kokonaisuus. Kun palveluja kehitetään ja integroidaan, ja kaikkien eri ammattiryhmien ammattitaitoa

arvostetaan, kokonaisvaltainen hoito toteutuu ja ikääntyneet saavat paremmin apua terveysongelmiinsa erikoisalojen asiantuntijoilta. (THL 2024)

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata mitä moniammatillinen yhteistyö on ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelussa ja mitkä tekijät edistävät ja estävät yhteistyötä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä. Tässä tutkimuksessa tuotettiin kuvaus moniammatillisesta yhteistyöstä ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelussa perusterveydenhuollon sairaalassa.

Tutkimuksella pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Mitä moniammatillinen yhteistyö on ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelussa perusterveydenhuollon sairaalassa?
- 2) Mitkä ovat moniammatillista yhteistyötä edistävät tekijät ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelussa perusterveydenhuollon sairaalassa?
- 3) Mitkä ovat moniammatillista yhteistyötä estävät tekijät ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelussa perusterveydenhuollon sairaalassa?

4 Tutkimuksen empiirinen toteutus

4.1 Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat

Tämä tutkimus on toteutettu laadullisena teemahaastatteluna. Teemahaastattelut toteutettiin fokusryhmissä ryhmähaastatteluina. Tutkimusaineisto analysoitiin Braun & Clarken kehittämän refleksiivisen teemaattisen-analyysimallin mukaisesti, jolla tunnistetaan merkityksellisiä kaavoja eli teemoja aineistosta. (Braun & Clarke, 2006) Ryhmähaastattelu on laadullinen tutkimusmenetelmä, jolla pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä erilaisten näkökulmien kautta. Terveystieteissä sitä on käytetty tutkittaessa potilaiden näkökulmaa ja kokemuksia sekä terveydenhuollon ammattilaisten toiminnan tutkimisessa. Tutkija toimii haastattelijana, jonka tarkoituksena on saada keskustelevasti erilaiset näkökulmat esille. Tärkeää ryhmähaastatteluissa on tutkijan sulkeistaminen eli pyrkimys asettaa omat ennakkokäsityksensä syrjään. Tutkijan tulee kuvata oma suhteensa tutkimuskohteeseen. (Palonen ym. 2022; Bevan 2014; Eskola & Suonranta 2022).

Haastattelemalla moniammatillista ikääntyneitä ihmisiä hoitavaa tiimiä pyrittiin muodostamaan heidän yhteinen näkökulmansa yhteistyöstä hoidon suunnittelussa. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa yhteistyöstä osallistujien kuvaamana heidän luonnollisessa työympäristössään. Keskeisenä tutkimuksessa oli saada osallistujien subjektiiviset kokemukset ja syvällinen tieto esiin haastattelemalla yhdessä työskenteleviä eri ammattiryhmien edustajia yhdessä. (Palonen ym. 2022; Bevan 2014)

Tässä tutkimuksessa aineisto analysoidaan temaattisella aineiston analyysillä ja tulokset esitetään moniammatillisen yhteistyön teema-alueina ja niitä edistävinä ja estävinä tekijöinä ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelussa. Braun ja Clarke (2006) kehittivät temaattisen analyysin menetelmän ja se on laajasti käytetty laadullisessa tutkimuksessa. Tulokset aineistosta voidaan esittää teema-alueina, teoreettisena mallina ja lainauksina aineistosta. (Mäntyranta & Kaila, 2008; Braun & Clarke 2006). Tämän tutkimuksen tulokset esitetään teema-alueina ja samalla kuvataan teema-alueita edistäviä ja estäviä tekijöitä lainauksina aineistosta.

4.2 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimuksessa aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla, jossa osallistujina oli moniammatillisen tiimin jäseniä. Tutkimukseen osallistujat ovat henkilöitä, joilla on kokemusta moniammatillisesta yhteistyöstä ja he voivat tuottaa parhaiten tietoa tästä ilmiöstä. Hoidon kokonaisvaltaiseen suunnitteluun sairaalassa tarvitaan usein hoitajan, lääkärin, fysio-, -toiminta-, -puhe-, -ravitsemusterapeutin ja sosiaalihoitajan arviota (Wuorela & Viikari 2019). Tässä tutkimuksessa moniammatillisiin tiimeihin kuului hoitotyöntekijöitä, lääkäreitä ja fysioterapeutteja.

Tässä laadullisessa tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraista otantaa, koska tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata moniammatillisesti toteutettavaa ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelua. Tutkimuksen osallistujat eli informantit on valittu tarkoituksenmukaisesti ja perustellen. (Palonen & Kylmä, 2022.) Osallistujat olivat samalla hyvinvointialueilla toimivia moniammatillisia tiimejä ja niitä tutkittiin haastatteleamalla. Tutkimuksen tuloksien kannalta tärkeää oli aineiston laatu. Tutkimukseen osallistuivat samassa moniammatillisessa tiimissä työskennelleet eri alojen edustajat. Ryhmät olivat työskennelleet yhdessä samalla osastolla ja pieni ryhmä koko tuttujen ihmisten kesken mahdollisti kaikille osallistujille luottamuksellisen ilmapiirin keskustelulle. Tutkimuksen aineisto kerättiin tekemällä kolme ryhmähaastattelua verkossa (n=10). Jokaisessa haastattelussa oli lääkäri, hoitaja ja terapeutti osallistujina. Yhteensä eri ryhmähaastatteluissa osallistujia oli kymmenen.

Haastatteluja tehtiin kahdessa eri terveyskeskus sairaalassa kolmen eri osaston moniammatilliselle tiimille. Haastatteluihin osallistuivat suostumuksensa antaneet vapaaehtoiset edustajat sairaanhoitajista, lähi- ja perushoitajista, lääkäreistä, fysio- tai toimintaterapeuteista. Näissä sairaaloissa potilaista suurin osa on ikääntyviä henkilöitä ja jokaiseen moniammatilliseen iäkkäitä ihmisiä hoitavaan tiimiin kuuluu aina vähintään lääkäri, hoitajat ja fysioterapeutti.

4.3 Aineistonkeruu

Ryhmähaastattelu oli aineistonkeruu menetelmä, koska sillä saadaan aikaan keskustelua tutkittavasta aiheesta ja monipuolisia näkökulmia. Ryhmähaastattelu on laadullisen tutkimuksen menetelmä, jonka avulla voidaan ymmärtää usean ihmisen kokemuksia ja vuorovaikutusta samaan aikaan yhdistämällä eri näkökulmia keskustelun avulla.

Ryhmähaastattelussa keskustelu ja vuorovaikutus osallistujien välillä voi tuoda esiin uusia näkökulmia ja syventää käsitystä tutkittavasta aiheesta. (Hirsjärvi & Hurme 2001; Mäntyranta & Kaila 2008.) Tutkimuksesta tiedotettiin hyvinvointialueella esihenkilöitä, jotka veivät tiedon tutkimuksesta henkilöstölle. Haastatteluja ennen tutkimukseen osallistuville vapaaehtoisille lähetettiin tiedote tutkimuksesta (liite 1), haastattelurunko (liite 2) ja suostumuslomake (liite 3).

Haastatteluissa mielenkiinnon kohteena on keskustelu, ryhmän vuorovaikutus ja miten yhteinen näkemys muotoutuu. Tutkijan rooli ryhmähaastattelussa on toimia moderaattorina ja rohkaisijana tehtävänä on saada kaikki haastatteluun osallistuvat mukaan keskusteluun. Haastattelijalla on tärkeä rooli, koska hänen tulee rohkaista kaikkia osallistumaan keskusteluun ja huolehtia, että ryhmä pysyy aiheen piirissä koko haastattelun ajan. Haastattelijan tulee antaa keskustelun kehittyä myös luonnollisesti keskeyttämättä, mutta hän voi esittää tarkentavia kysymyksiä. (Pietilä 2017.)

Verkkovälitteinen aineistonkeruu muodostui COVID-19 pandemian aikana ihmistieteissä vakiintuneeksi aineistonkeruu menetelmäksi (Hokka ym. 2022) Tutkimuksen toteuttamiseksi Teams- sovellus valittiin alustaksi, koska se oli vakiintunut tälläkin hyvinvointialueella terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön ja oli tuttu järjestelmä. Verkkovälitteisellä haastattelulla pystyttiin mahdollistamaan haastatteluun osallistuminen omalta työpisteeltä terveysturvallisesti.

Haastattelut toteutettiin refleksiivisenä teemahaastatteluna. Aineistonkeruu ryhmähaastattelussa perustuu laajoille avoimille tutkimuskysymyksille, jotta osallistujien kokemukset saadaan esiin ilman johdattelua (Palonen & Kylmä 2022). Menetelmällä pyritään ymmärtämään moniammatillista yhteistyötä osallistujien kuvaamana syvällisesti. Ryhmähaastattelulla pyritään rikkaaseen monipuoliseen aineistoon. Haastateltaessa saadaan

esiin ryhmän yhteisiä kokemuksia ja voidaan ymmärtää sen ryhmädynamiikkaa ja mielipiteiden muodostumista. Ryhmähaastattelulla voidaan tuoda esiin uusia ideoita ja näkökulmia keskustelevalle haastattelulle myötä. (Eskola & Suoranta 2022)

Haastattelut etenivät haastattelurungon (liite 2) mukaisesti avoimilla kysymyksillä moniammatillisesta yhteistyöstä. (Eskola & Suoranta 2022; Hirsjärvi & Hurme 2001) Keskustelu oli vapaamuotoista ja puheenvuoroja ei tarvinnut erikseen pyytää pienessä ryhmässä. Haastateltavat rakensivat ajatuksiaan ja jatkoivat keskustelua ja pohdintaa toistensa puheenvuorojen pohjalta. Haastatteluihin oli myös valmiiksi laadittuna apukysymyksiä pohjautuen tutkittuun tietoon, jotka eivät kuitenkaan ohjanneet ryhmäkeskustelua liikaa. Apukysymyksinä pyydettiin kertomaan tai tarkentamaan lisää ja saamaan kaikki haastattelussa olevat mukaan keskustelemalla tuomaan esiin omia kokemuksiaan. Ensimmäinen tutkimuskysymys oli: Mitä moniammatillinen yhteistyö on ikääntyneen hoidon suunnittelussa?

Aineisto litteroitiin tekstiksi ja lisäksi haastatteluista tehtiin muistiinpanoja ryhmän keskustelusta heti haastattelujen jälkeen. Haastatteluissa kaikki osallistujat osallistuivat keskusteluun ja toivat omia kokemuksiaan esiin. Haastatteluissa ei syntynyt vaikutelmaa, että joku osallistujista ei olisi uskaltanut tuoda omia kokemuksiaan tai mielipiteitään esiin.

Tutkijana olin perehtynyt aiheeseen kirjallisuuskatsauksen muodossa ja minulla oli sen pohjalta tietoa aiheesta. Tavoitteena oli saada esiin moniammatillinen näkökulma ilman ennako-oletuksia. Haastatteluissa tämä tarkoitti lisäkysymyksiä ja pyyntöä tarkentaa osallistujien kuvaamia tilanteita käytännön kokemuksina ja rohkaista kaikkia tuomaan esiin oman kokemuksensa.

4.4 Aineiston analyysi

Tutkimuksen aineisto analysoitiin temaattisella sisällön analyysillä. Braun ja Clarken (2006) temaattinen laadullinen analyysi, joka sopii tämän tutkimuksen haastatteluista saadun aineiston analysointiin. Aineiston analyysimenetelmänä on temaattinen sisällön analyysi, jonka avulla voidaan tuottaa uusia oivalluksia saada ymmärrystä sosiaalisista ilmiöistä. Temaattisen analyysin avulla pystytään tunnistamaan aineistosta tutkimuskysymyksiin vastauksia. Aineisto tematisoidaan nostamalla esiin aineistossa toistuvia teemoja. Analyysin aikana tutkija pyrkii tunnistamaan aineistosta merkityksellisiä malleja, jotka auttavat vastaamaan tutkimuskysymykseen ja antavat ymmärrystä ilmiöstä. (Braun & Clarke 2006; Naeem ym. 2023.)

Temaattisen analyysin keskittyy aineiston kontekstiin ja auttaa syventämään ymmärrystä ilmiöstä. Aineiston analyysissä oli kuusi vaihetta: 1) aineistoon tutustuminen, 2) koodien luominen, 3) teemojen etsiminen, 4) teemojen tarkastelu, 5) teemojen määrittely ja nimeäminen ja 6) raportointi. Analyysissä on käytetty joustavasti palaten teemoihin ja aineiston koodeihin uudestaan aineiston kertyessä. Analyysin vaiheet yhdistyivät analyysin edetessä. Aineiston analyysi on joustava prosessi, jossa liikutaan edestakaisin aineistoon ja teemoihin. (Braun & Clarke 2006)

Aineiston ensimmäisessä vaiheessa aineisto litteroitiin ja kirjattiin muistiinpanot kaikista haastatteluista täydentämään aineistoa. Aineistoon perehdyttiin huolellisesti lukemalla tekstit useaan kertaan ja samalla merkitsemällä tekstissä, jotka olivat merkityksellisiä ja vastasivat tutkimuskysymyksiin. Koodit kerättiin taulukoiksi.

Aineistosta tutkija tunnistaa keskeiset kohdat, ja valitsee sitaatit kuvaamaan osallistujien näkemyksiä (Naeem ym. 2023) Jokainen haastattelu litteroitiin ja analysoitiin heti haastattelun jälkeen ja kaikki haastattelut vielä niiden valmistuttua yhdessä. Aineistoa luettiin niin paljon, että siitä pystyttiin muodostamaan kokonaisuus. Myös haastattelun kuvailevat suorat sitaatit valittiin aineistosta.

Temaattisella analyysillä aineistosta nostettiin keskeisiä ajatuksia ja merkityksiä eli koodeja ja näistä muodostettiin taulukoita. Aineistoa koodattiin tunnistamalla vastauksista

merkityksellisiä yksiköitä, kuten lauseita ja sanoja (Maguire & Delahunt 2017; Braun & Clarke 2006.) Seuraavassa esimerkkejä aineiston koodeista (Taulukko 1).

Taulukko 1. Esimerkkejä analyysissä muodostuneista koodeista koko aineistosta.

Esimerkkejä koodeista	Suoria lainauksia aineistosta
Vuoropuhelua Yhdessä sovittuja asioita Hyvä ilmapiiri Yhteistä keskustelua palavereissa	<i>”Tällä hetkellä on toimiva tiedonkulku. On itsestä kiinni, jos on joku asia mitä on huomioinut potilaan voinnissa, niin se on minun tehtävä tuoda se esiin”</i> <i>”Täällä uskaltaa esittää omia näkemyksiä”</i> <i>”Kun tavoite on sovittu, tulee kaikkien pitää siitä kiinni</i>
Työtä yhteisten tavoitteiden eteen Vedetään yhtä köyttä Kuntoutumisen edistämistä Toimintatapoja Ohjeet ja määräykset	<i>”Kaikki tietävät, että tavoite on kotiutua”</i> <i>”Jos potilas pitää mobilisoida, niin pitää voida aukottomasti luottaa, että näin tulee tapahtumaan”</i>
Yhteiset työtilat Vakituinen henkilöstö	<i>”Me ollaan tässä samalla käytävällä missä nämä kaikki potilastilat. Ollaan oikeastaan koko ajan läsnä ja voi tulla lennostakin pyytämään apuun.”</i> <i>”Meillä on muodostunut hyvä ja toimiva tiimi, aina voi tulla kysymään.”</i>

Temaattisessa aineistolähtöisessä analyysissä keskitytään aineistossa esiintyviin toistuviin teemoihin liittyen tutkimuskysymyksiin ja niiden tunnistamiseen ja tulkintaan. Temaattisessa analyysissä aineiston teemat kuvaavat ja yhdistävät monia ilmiöitä toisiinsa. (Braun & Clarke 2006; Maguire & Delahunt 2017.) Aineistoa tulkitaan ja siitä muodostuu teemoja eli merkitysrakenteita, jotka liittyvät tutkimuskysymyksiin. Teemoja ja niiden sisältöä havainnollistetaan olennaisilla aineistoesimerkeillä, joita nostettiin esiin koko aineiston käsittelyn ajan taulukoihin.

Aineiston sanoista ja lauseista muodostettiin **taulukoita**, joista yhdisteltiin samaa asiaa merkitseviä lauseita ja sanoja. Tämän jälkeen samaa ilmiötä kuvaavia ja samaa asiaa merkitseviä lauseita ja sanoja yhdisteltiin teemoiksi, jotka kuvasivat yhdessä merkityksiä. Teemojen rakentaminen ja muodostuminen eteni aineistoon tutustumisen myötä. Teemat vastasivat tutkimus kysymykseen ja samalla varmistui, että aineiston vastasi tutkimuskysymyksiin. Aineiston lauseista ja sanoista muodostettiin teemat, jotka toistuivat kaikissa ryhmähaastatteluissa kuvaten moniammatillista yhteistyötä ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelussa riippumatta kontekstista.

Tässä tutkimuksessa aineistosta moniammatillisen yhteistyön teemoja tunnistettiin neljä ja ne vastasivat tutkimuskysymykseen, mitä moniammatillinen yhteistyö on. Näihin teemoihin liittyviä alkuperäisiä lainauksia taulukoitiin havainnoimaan aineistoa. Tämän jälkeen moniammatillisen yhteistyön teemojen edistäviä ja estäviä tekijöitä ja niitä kuvaavia sitaatteja eriteltiin kunkin teeman mukaan omiin taulukoihin. Lopuksi tehtiin aineistosta ja sen teemoista yhteenveto ja liitettiin teemat sisältöineen vastaamaan tutkimuskysymyksiin seuraavassa tutkimusten tulososassa. Jokaiseen teemaan liittyi myös edistäviä ja estäviä tekijöitä, jotka on kuvattu tulososassa.

Tutkimuksen raportoinnissa on pyritty kuvaamaan analyysiprosessi ja sen tulokset selkeästi sekä läpinäkyvästi. Koko tutkimuksen ajan esitetään suoria lainauksia aineistosta tukemaan ja havainnollistamaan niistä tehtyjä tulkintoja. Raportoinnissa on käytetty taulukoita kokoamaan teemoja ja niitä edistäviä ja estäviä tekijöitä.

5 Tutkimustulokset

Moniammatillinen yhteistyö ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelussa perusterveydenhuollon sairaalassa sisältää seuraavat neljä teemaa: 1) kommunikaatio, 2) ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelu ja toteutus, 3) ammattiryhmien roolit ja, 4) sovitut käytännöt. Jokaiseen teemaan liittyen tuli tutkimuksessa ilmi edistäviä ja estäviä tekijöitä (taulukot 2,3,4 ja 5). Lisäksi tutkimukseen osallistujat toivat esiin kehittämisehdotuksia.

5.1 Kommunikaatio yhteistyössä ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelussa

Kommunikaatiota on suullista ja kirjallista ja ilman sitä ei ole yhteistyötä. Kommunikointia tapahtui myös potilaan, omaisten ja muiden toimijoiden kanssa osallistujien kuvaamana. Suullinen kommunikaatio oli useimmin keskustelua arjessa ja kommunikaatiotilanteiksi kuvattiinkin usein vuoropuheluksi käytävällä. Käytävällä tapahtuvan vuoropuhelun edellytyksenä oli kaikkien tiimin jäsenten läsnäolo ja osallistuminen hoitoon arjessa. Hoitajien ja terapeuttien osalta tämä tarkoitti yhdessä tapahtuvaa kuntouttamista ja lääkäreillä potilaskiertoja yhdessä hoitajien ja tarvittaessa terapeuttien kanssa potilaan luona. Arjen hoitotyössä terapeuttien ja hoitajien yhdessä työskentelyn lomassa käyty keskustelu ja potilaan tilan arviointi oli tärkeää hoitajille ja terapeuteille. Lääkärit eivät arjen hoitotyössä päässeet aina mukaan kuulemaan ja näkemään potilaan tilaa ja he kokivatkin yhteiset sovitut kokoukset tärkeämmiksi.

”Näin kun miettii kuntoutuksellista näkökulmaa, niin jää vähän pintapuoliseksi. Potilaat hyötyisivät erillisestä omasta viidestä minuutista ja se palvelisi meitä, kun kaikki on paikalla”

”Tavallaan lääkärin on hyvin sellainen lääketieteellinen näkökulma niin joskus siihen saa käytännöllisempää otetta siinä, kun vähän pohditaan yhdessä”.

Hoidon suunnittelun kannalta tärkein suullinen kommunikointi tapahtui erilaisissa sovituissa kokouksissa, joihin osallistui koko potilasta hoitava tiimi. Näissä kokouksissa tärkeintä oli säännöllisyys ja jokapäiväiset kokoontumiset koettiin tärkeiksi. Vuoropuhelu moniammatillisen tiimin kokoontuessa sisälsi keskustelua potilaan voinnin muutoksista ja jatkohoidon suunnittelemista. Kokoukset olivat osastoilla aamuisin ja ne koettiin tärkeiksi, koska niissä oli mahdollisuus tavata koko tiimi päivittäin. Päivittäinen säännöllinen tapaaminen koettiin tuovan jatkuvuutta hoitoon ja sen suunnitteluun. Tärkeintä oli yhdessä olo ja kokemus siitä, että työtä tehdään yhteisen tavoitteen eteen. Tiimin keskustellessa rakentui ammattiryhmien omista havainnoista yhteinen näkökulma ikääntyneen hoitoon. Kommunikointi koski useimmin potilaan vointia ja havaintoja voinnin vaihtelusta. Toimivan kommunikaation edellytyksenä oli uskaltaa tuoda ilmi omat havainnot ja mielipiteet. Haastateltavat kokivat toistensa tuntemisen tuovan luottamusta ja uskalluksen kertoa havaintojaan. Kaikkien ammattiryhmien havaintoja pidettiin tärkeänä.

”Otan siinä kyllä muutakin asiaa esiin, kun siinä on kaikki paikalla. Ehkä meillä on ollut mielen päällä jotain kuntoutukseen liittyen. Just, että tätä rouvaa pitää nostaa nyt ihan kunnolla ylös.”

”Palaverit on mun mielestä madaltanut kynnystä puuttua asioihin, että on paljon helpompi lähestyä muun muassa lääkäreitä siinä. Yleensä siinä on aina joku, joka tuntee potilaan.”

Luottamus moniammatillisessa tiimissä muodostui tuntemisen kautta. Toisten työskentelyn seuraaminen ja kommunikointi edistivät turvallista ympäristöä ja antoivat uskallusta tuoda esiin omia havaintoja ja kysymyksiä ammattiryhmien välillä. Hyvä yleinen työilmapiiri oli luottamuksellisen ja avoimen kommunikoinnin edellytys. Tiimin keskinäisen luottamuksen rakentuminen edellytti kollegoiden tuntemista ja sitoutumista yhteisiin toimintatapoihin. uskallus tuoda omia mielipiteitään, kysymyksiä ja havaintoja osoitti ilmapiirin olevan luottamuksellinen. Potilaiden hoidossa ilmenneen ongelman tuominen moniammatillisen tiimin yhdessä ratkaistavaksi osoitti luottamusta koko tiimiä kohtaan. Mikään ammattiryhmä ei kokenut jäävänsä yksin haastavien tilanteiden kanssa. Ongelman ratkaisemiseksi päätöksen tekoon koettiin, että aika yhteiselle keskustelulle oli tärkeää.

”Voi helposti lähestyä toista ammattiryhmää ja käydä vuoropuhelua ja kysyä jos joku asia mietityttää ja jakaa huomioita. Se ainakin vaikuttaa positiivisesti.”

”Minä ja erityistyöntekijät ja hoitajat pallotellaan, mikä näillä potilailla mahtaisi olla tai mistä siinä on kysymys.”

Ikääntyneiden ihmisten hoidossa hoidon suunnittelua toteutettiin hoitajakson kuluessa pidempään, jos ikääntyneen sairauksien hoito, toimintakyky ja hänen kotona pärjäämisensä ei ollut selvillä heti hoitajakson alussa. Akuutti sairauden hoitojen edetessä, moniammatillisen tiimin oli helpompi arvioida kokonaistilannetta ja muodostaa hoidolle realistisia tavoitteita. Hoidon tavoitteiden asettamiseksi tarvittiin kommunikointia potilaan, omaisten ja muiden toimijoiden kanssa. Sairaalassa moniammatillisen hoitavan tiimin näkemys erosi usein kotihoidon näkemyksestä sairaalan joutumisen syynä olevan heikentyneen terveystilanteen vuoksi. Kommunikointi omaisten ja kotihoidon kanssa tarvitsi usein suullisen kontaktin, jotta kokonaistilanne hahmottui paremmin. Yhteinen kieli ei kommunikoinnissa ollut niin selvää, kuin oman tiimin kesken.

”Potilaita tulee huonoilla esitiedoilla erikoissairaanhoidosta ja ilman ohjeita mobilisoinnista. Kotihoidon piirissä olevilta on vaikea saada arviota ikääntyneen kotona pärjäämisestä. Kotihoito saattaa arvioida pärjäämistä eri tavalla ja omaiset ovatkin kannatelleet kaiken aikaa. Jos olisi ollut paremmin tiedossa, jos on ollut vaikka samassa tilassa pari vuotta, niin meidän keinot ei riitä varmastikaan kuntouttamaan, kun entiselle tasolle.”

Ryhmähaastattelujen seuraavina kysymyksinä esitettiin osallistujille: Mitkä tekijät edistävät ja mitkä estävät yhteistyötä? Vastausten perusteella sama tekijä kommunikaatiossa toimiessaan saattoi edistää yhteistyötä ja sen puute tai toimimattomuus esti sitä. Kaikissa kolmessa haastattelussa samoja asioita nousi edistävinä ja estävinä tekijöinä esiin. Näitä on kuvattuna seuraavassa taulukossa. Kommunikaatiota edistävät ja estävät tekijät ovat suorita sitaatteja haastatteluista. Suorilla sitaateilla kuvataan todellista tilannetta ja niin voidaan erottaa estävät tekijät ja tarttua niiden kehittämiseen. Kommunikointia tapahtui useaan suuntaan ja edistäviä ja estäviä tekijöitä hoidon suunnittelun edetessä hoitajaksolla tuli useita esiin (taulukko 2).

Työtilojen läheisyys edisti ja helpotti kommunikaatiota ja niissä paikoissa, joissa työskentelytilat olivat kaukana toisistaan, koettiin sen vähentävän kommunikaatiota. Fyysinen läheisyys madalsi kynnystä mennä keskustelemaan työn lomassa potilaan hoitoon liittyvissä kysymyksissä. Ammattiryhmien työskentelytilojen koettiin tärkeänä sijaita osaston yhteydessä, jotta potilaiden tilaa ja toimintakykyä oli helpompi havainnoida. Rakennusten arkkitehtuurin suhteen toivottiin, sosiaalituloja, jossa voisi käydä yhdessä virkistäytymässä ja tiimin olisi mahdollisuus oppia tuntemaan toisiaan.

”Olisi hyvä, että voisi tulla nykyisemään helposti hihasta ja kysymään.”

”Moniammatillisessa yhteistyössä on tärkeää, että puhutaan joskus muustakin, kuin potilaista, että pidetään kahvitauko tai jotain vastaavaa.”

Kirjallinen kommunikointi tiimin sisällä koettiin sujuvan hyvin. Kirjallinen kommunikointi sisälsi yhdessä sovittuja kirjaamiskäytäntöjä. Hoitosuunnitelmaa päivittivät hoitohenkilöstö ja se toimi kaikkien ammattiryhmien tiedon saantiin potilaan suunnitelluista tavoitteista hoitajaksoilla. Lääkärit kirjasivat hoito-ohjeita, epikriiseja ja määräyksiä. Terapeutit kirjasivat arviot liikkumisesta ja toimintakyvystä. Kotiutushoitajan kirjaukset sisälsivät kotitilanteen selvittelyä ja jatkohoidon suunnittelua. Organisaation sisällä kirjaukset olivat hyvin löydettävissä ja niiden päivittämistä pidettiin tärkeänä. Sairaalan ulkopuolisten organisaatioiden kanssa tiedon vaihtoa haittasivat erilliset potilastietojärjestelmät, joiden välillä tieto ei siirtynyt toivotulla tavalla. Kommunikointia oli puhelimitse lähettäviin yksiköihin ja kotihoitoon kirjallisen tiedon puuttumisen vuoksi.

”Aikaisempien hoitajaksojen kirjauksia ei ole nähtävissä”

”Tietoja potilaasta tulee tippuen, papereilla ja osa Kannasta ja niitä joutuu etsimään.”

Taulukko 2. Kommunikaatioon liittyvät edistävät ja estävät tekijät.

Edistävät tekijät	Kommunikaatio	Estävät tekijät
Läsnäolo ja paikka yhteiselle keskustelulle.	Kommunikaation mahdollistaa yhteisissä tiloissa työskentely ja yhteiset sosiaalilat.	Ei yhteistä sosiaalitilaa ja työtilat kaukana toisistaan.
Tiivis vuoropuhelu		Kiire ”Ei ole tarpeeksi aikaa käsitellä yhdessä potilaiden tilannetta.”
Luottamus	Moniammatillisen tiimin luottamus ja ilmapiiri vaikuttavat myös kommunikaatioon.	Ei noudateta yhdessä sovittuja sääntöjä
Toistensa tunteminen		Toimimaton tiedonkulku eri toimijoiden välillä
Uskallus tuoda esiin oma ammatillinen näkemys	Kirjallinen kommunikaatio on tärkeässä osassa yhteistyötä.	Vaihtuvat henkilöstö
Hyvä työilmapiiri		Aikaisempien hoitajaksojen kirjauksia ei ole nähtävissä.
Yhteishenki	Yhteisen näkökulman muodostaminen ja päätöksenteko edellyttivät toimivaa kommunikaatiota.	
Uskallus lähestyä toista ammattiryhmää		

5.2 Ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelu ja toteutus

Ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelu sairaalassa on pitkä prosessi sisältää eri vaiheita. Aluksi moniammatillinen tiimi arvioi potilaan sairaalan tulotilannetta. Ensimmäisenä tehtiin suunnitelma sairaalaan tulositynän olevan akuutin sairauden tai ongelman hoitamiseen. Tämän sairauksien hoitoon keskittyvän hoitosuunnitelman teki potilasta hoitava lääkäri.

”Aamupalaverissa käsitellään uudet potilaat ja sairaalaan tulosyy ja lääkäri antaa omalta osaltaan suunnitelmat, miten edetään ja miten tavoitteeseen päästään. Fysioterapeutti tekee oman suunnitelmansa siitä mitä potilaan kuntoutuminen tarvitsee.”

Moniammatillisilla tiimeillä oli tiedossa ikääntyneiden potilaiden kohdalla yleisenä tavoitteena kotiutuminen omaan kotiin. Hoidon suunnittelu alkoi osallistujien kertomana lähettävän tahon tai aikaisemman hoitopaikan tietojen selvittelyllä. Tietoa tarvittiin potilaan aiemmista hoitajaksoista, sairauksista ja usein myös kotihoidolta. Hoitajat tai kotiutusohitaja oli useimmin yhteydessä kotihoitoon ja omaisiin, selvittääkseen edellytyksiä sairaalasta kotiutumiselle. Lääkärit toivat esiin haasteita tiedonkulussa, etenkin ikääntyneen siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhoitoon. Tiedonsiirtymisen ongelmia aiheuttivat käytössä olevat eri potilastietojärjestelmät, joiden välillä kirjaukset eivät siirtyneet tai ne jäivät puutteelliseksi. Hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyi myös muita edistäviä ja estäviä tekijöitä (taulukko 3).

”Potilastiedot eivät siirry eri järjestelmien välillä ja erikoissairaanhoidosta ei aina saada potilaan mukana tarvittavaa tietoa. Alueella on monta eri järjestelmää ja kaikki ei siirry Kantaan. Usein soitetaan kotihoitoon, lähettävälle osastolle ja omaisille.”

Hoitojakson aluksi lääkäri tutki potilaan ja teki lääketieteellisen hoidon suunnittelun. Hoitajan vastaanottaessa potilaan hän haastatteli ikääntyneen ja teki hoitotyön suunnitelman. Haastatteluissa nousi esiin osastoilla käytössä oleva aamupalaveri, jossa potilaat esiteltiin. Palaverissa suunniteltiin hoitoa, kaikkien potilaaseen ja hänen tilanteeseensa tutustuneiden tietojen pohjalta. Tiiminä koottiin tietoa potilaasta ja pyrittiin tunnistamaan ikääntyneen potilaan yksilölliset hoidon tarpeet. Tämä aamupalaveri toimi hyvin, mutta siinä ei riittänyt aika tarkempaan hoidon suunnitteluun.

”Se on madaltanut kynnyistä sitten puuttua asioihin, on paljon helpompi lähestyä muun muassa lääkäreitä siinä.”

”Siinä on yleensä aina joku, joka tuntee potilaan ja jos on jotain aukkoja tiedossa, niin joku täydentää.”

Potilaan hoidon historiaa ja hoito-ohjeita selvitettiin kirjallisen materiaalin ja potilaan haastattelun perusteella. Potilastietojen välittymisessä oli yleisesti ongelmaa hoitopaikkojen välillä. Aikaisempien hoitajaksojen kirjauksia ei ole ollut aina helposti saatavilla tai niitä ei tullut potilaan mukana hänen siirtyessä sairaalaan. Epäselvillä jatkohoidon ja kuntoutuksen ohjeilla tulevien potilaiden kohdalla terapeuttien arvio koettiin välttämättömäksi heti hoidon suunnittelun alkaessa, jotta ikääntyneen toimintakyky ei laskisi sairaan siirtyessä.

”Sairaalaan tulee puutteellisilla ohjeilla monet leikatut ja sitten aletaan selvittämään, miten mobilisaatio on ajateltu jatkossa. Niillä on niukat tiedot jatkoa ajatellen, että miten voi tehdä ja miten kannattaa jatkaa.”

Fysioterapeutin koettiin olevan perehtynyt siihen, miten ikääntynyt on pärjännyt kotona ja mitä apuvälineitä hänellä on ollut käytössä. Terapeutit kirjasivat potilaan toimintakyvyn ja kuntoutuksen suunnitelman potilastietojärjestelmään. Tietoa potilaan voinnista lukivat kaikki ammattiryhmät potilastietojärjestelmästä. Ajantasaisen tiedon saanti potilaan voinnista ja hoitosuunnitelmasta saattoi hankaloitua, koska aina ei muistettu päivittää hoitosuunnitelmaa tai ei osattu etsiä muiden ammattiryhmien kirjauksia. Kirjallisen hoitosuunnitelman tekeminen mahdollisimman pian pidettiin tärkeänä, koska sillä voitiin varmistaa hoidon ja kuntoutuksen nopea aloitus. Nopealla hoidolla mobilisoinnin toteutuksella ehkäistiin kääntyneen toimintakyvyn laskua sairaalaan siirtyessä.

Ikääntyneen oma arvio toimintakyvystä ja voinnista kysyttiin hoitajakson alussa, mutta usein tarvittiin lisätietoa omaisilta tai kotihoitolta. Yhteyden omaisiin tai kotihoitoon otti yleensä hoitaja tai kotiutushoitaja. Terapeuttien tarvitessa tarkempaa tietoa toimintakyvystä kotona, olivat he yhteydessä omaisiin. Muistisairaudet ja kognitio saattoivat johtaa väärään kuvaan aiemmasta sairaalaan hoitoon johtaneesta tilanteesta. Omaisilta saatu tieto koettiin tärkeäksi, koska omainen oli usein tietoisin todellisesta tilanteesta ja tunsikin ikääntyneen parhaiten.

”Hoitajan näkökulmasta ollaan yhteydessä sinne kotihoitoon ja näihin muihin jatkohoitopaikkoihin sitten yhteydessä ja tehdään yhteistyötä heidän kanssaan. Omaisten ja kotihoitovieraiden arviot saattoivat erota toisistaan ja siksi oli tärkeää selvittää kumpikin näkökulma. Onko tämä enää kotiutettavissa omaisten mielestä, ja toki se on avartavaa kuulla, koska kotihoitovieraiden käydessä ne voi skarpata viisi minuuttia ja omaisten harteilla on loppu vuorokausi”

Ikääntyneen ollessa mukana lääkärintierrolla, käytiin hänen omat tavoitteensa läpi. Potilaan omaa tavoitetta terapeutit kysyivät aina arvioidessaan toimintakykyä ja tiimiä arjen hoitotyössä ohjasi potilaan huoneessa oleva taulu, johon kirjattiin liikkuminen ja ohjeet mobilisointiin kaikkien nähtäväksi ja toteutettavaksi. Hoitohenkilökunnan ja terapeuttien yhdessä työskentely käytännössä koettiin kirkastavan yhteistä näkemystä ikääntyneen kuntoutuksesta ja vahvistavan kuntouttavan työotteen soveltamista käytännön hoitotyössä. Potilashuoneen taulu koettiin käytännölliseksi hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja tiedon välittämisessä kaikille:

”Jos on joku spesifi asia, että ikääntynyt pystyy tekemään jotain itse, niin kaikki näkee sen sieltä taululta.”

”Muistisairas saattaa kieltäytyä nousemasta ja mobilisointi ja aktivointi ei onnistu, kun potilas sanoo, että sänkyyn nyt ja heti. Kaikilla pitää olla kuntouttava ote ja samat toimintaperiaatteet”

Yhteiset pelisäännöt koettiin tarpeelliseksi. Kuntoutus nähtiin osana kaikkea päivittäistä toimintaa ja siihen olivat kaikki sitoutuneita. Haastatteluissa tuli esiin matala kynnyksellä mennä keskustelemaan toisen ammattilaisen kanssa, jos jokin mietityttää ikääntyneen hoidossa ja neuvottelemaan kuntoutusmuodosta. Hoidon jatkuessa toivottiin mahdollisuutta kaikkien potilaiden asioiden moniammatilliseen käsittelyyn päivittäin.

”Yhteisten tavoitteiden näkyväksi tekeminen edistäisi yhteistyötä. Tavoitteeseen pääsyssä on se että otetaan huomioon kaikki ja kaikki niin kuin hyväksyy sen ja menee niiden yhteisten suunnitelmien perusteella”

”Me tehtiin ne osaston pelisäännöt, että syödään päiväsalissa ja kannustetaan omatoimisuuteen kaikki.”

Hoitotyössä kokemus ja muiden ammattiryhmien työn tuntemisen tärkeys nousivat esiin. Osastoilla oli paljon keikkalaisia ja kaikille ei työskentelytavat olleet tuttuja. Ikääntyneiden hoidossa kokonaistilanteen hahmottaminen koettiin vaikeaksi, kun henkilökunta vaihtui

paljon. Ikääntyneen hoidon suunnitteluun oli vaikea ottaa kantaa, kun ei tunnettu potilaan tilannetta ja tavoitteita tai ehditty ottamaan kaikesta selvää. Hoitosuunnitelman noudattaminen ja päivittäminen askarrutti tiimeissä. Haastatteluissa tuotiin esiin myös ammattilaisten kykyä arvioida potilaan vointia. Osastolla työskentelevien sijaisten ei koettu aina pystyvän hoidon suunnitteluun, koska heillä ei ollut aikaa perehtyä kokonaisvaltaisesti potilaisiin. Tämän koettiin osittain hidastavan ikääntyneen kuntoutumista. Myös vakituisen henkilöstön tiedonkulku ikääntyneen potilaan tilan ja tavoitteiden vaihtuessa koettiin vaihtelevaksi. Luottamus kaikkien tiimiläisten kanssa ei ollut aina aukotonta.

”On varmasti petrattavaa siinä, että kaikki noudattaisivat sitä ja suunnitelmakin täytyy päivittää, koska helposti jää joku vanha tapa. Hoitopäiviä saataisiin varmasti vähennettyä sillä.”

”Se on monesta asiasta kiinni, osaako hoitaja lukea potilasta, vai onko sellainen luovuttaja tyyppi. Toiset saa potilaan kävelemään ja toiset sanoo, ettei jalat kannaa.”

Ikääntyneiden potilaiden hoidon suunnitteluun vaikutti hyvinvointialueella osastojen profiloituminen ja muutokset. Yhteisesti koettiin koulutuksen tarvetta, kun uusia potilasryhmiä hoidettiin osastoilla ja hoitoa keskitettiin eri sairaaloihin hyvinvointialueella. Jatkokuntoutuksen järjestämisessä koettiin olevan myös vaikeuksia ikääntyneiden kohdalla. Jatkokuntoutus suositusten koettiin olevan niukkoja potilaan saapuessa. Hyvinvointialueen sisällä olevien jatkohoitomahdollisuuksien tarjonta ei ollut aina selvillä kaikille ja eri toimijoiden valjastaminen ikääntyneen jatkohoitoon kotona koettiin aikaa vieväksi. Toimintakyvyn selvittäminen oli moniammatillisten tiimien mielestä välillä haastavaa. Kotihoidon näkemys toimintakyvystä saattoi olla erilainen kuin omaisilla. Omaisten rooli hoidon ja kotiutumisen tukitoimien ja suunnittelun kannalta osoittautui tärkeäksi.

”Alue on iso ja on vaikea tietää, miten pienemmissäkin paikoissa on järjestetty nyt palvelut kotiin, mihin alueeseen potilas kuuluu ja mihin ottaa yhteyttä.”

Kehitysideoina tuotiin esiin tarve strukturoidulle lomakkeelle, joka helpottaisi kartoittamaan hoidon tarvetta. Omahoitajan aktiivisuuden varaan jäi usein ikääntyneen kotitilanteen selvittely ja sen koettiin hidastavan hoidon suunnittelua. Tiimin mielestä pitäisi olla yhtäläinen lähestymistapa, että otettaisiin selville aikaisemmassa vaiheessa mikä siellä kotona

on ollut tilanne. Kotitilanteen selvittäminen toisi ikääntyneen hoidon suunnitteluun realistisemmat tavoitteet.

”Omaisten mielestä potilas ei ole enää kotiutettavissa, mutta heiltä saa realistista kuvaa, joka voi olla ristiriidassa kotihoidon kanssa. Pitää kuulla omaisia, jos he ovat huolehtineet ikääntyneestä kotona.”

Taulukko 3. Ikääntyneen ihmisen hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvät, edistävät ja estävät tekijät.

Edistävät tekijät	Ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelu ja toteutus	Estävät tekijät
Säännölliset kokoukset	Teema sisältää potilaan ja omaisten mukaan ottamisen hoitoon. Hoidon tavoitteisiin yhteinen sitoutuminen ja tavoitteiden näkyväksi tekeminen nousevat tärkeimmiksi yhteistyössä.	Erilaiset lähestymistavat ammatti ryhmittäin.
Tiedossa oleva yhteinen tavoite	Kokouksiin, joissa käsitellään potilaan hoitoa, tulisi olla arjessa aikaa.	Puutteelliset taustatiedot hoidon suunnitteluun.
Tiedonkulku eri toimijoiden välillä.	Hyvät fyysiset toimintaan sopivat tilat mahdollistavat yhteistyön ja potilaan hoidon ja kuntoutuksen suunnittelun ja toteutuksen.	Ei ole sovittua kokousta, missä voi laajemmin käsitellä potilaan asioita.
Yhdessä työskentely	Pysyvä henkilöstö on edellytys potilaiden tuntemiselle ja hoidon	Lääkärin kierrot harvoin.
Luottamus		Muistisairaudet vaikeuttavat kuntoutumista.
Potilas on mukana hoidon suunnittelussa.		Tilat eivät mahdollista kuntoutusta.
Potilaan ja omaisen informointi		Vaihtuva henkilöstö, sijaiset.
Potilaskierrot		Ei informoida omaista
Omaisten kuuleminen		

Määräysten, periaatteiden ja sääntöjen noudattaminen	suunnittelulle ja jatkuvuudelle.	Huonot resurssit
Yhteisen tavoitteen tiedostus koko tiimillä		Omaisten ja kotihoidon eriävät näkemykset hoidosta
Hyvin kirjatut tavoitteet		Suunnittelematon kotiutus ja jatkohoito
Aikaisin laadittu suunnitelma		Aikaisempien hoitajaksojen kirjauksia ei ole saatavilla

5.3 Ammattiryhmien roolit

Moniammatillisen tiimin jäsenten roolit ovat jakautuneet ja tiimin jäsenten kesken. Roolien selkeys tiimissä ilmeni toisen ammattiryhmän työn sisällön tuntemisena. Uskallusta ja luottamusta yhteistyössä vaati omien ammatillisten havaintojen tuominen esiin hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Luottamukseen moniammatillisessa tiimissä vaikutti toistensa tunteminen. Yhteinen työskentely opetti tuntemaan toisen ammattiryhmän työskentelytapoja. Kokemus yhdessä työskentelystä ikääntyneiden arjessa auttoivat tunnistamaan toisen ammattiryhmän työskentelytapaa ja eroja rooleissa. Tärkeäksi asiaksi nousi monialainen osaaminen. Tiimeissä toisten ammattiryhmien näkemyksiä arvostettiin ja niitä haluttiin kuulla.

”Moniammatillisuus on sitä, että kukin tavallaan oman spesialiteettinsa puolesta toimii potilaan parhaaksi.”

”Kun suunnitellaan potilaan hoitoa, niin yleensä on aina joku joka voi täydentää aukkoja tiedoissa ja pyytää kaveriksi arvioimaan tilannetta vaikka liikkumisessa.”

Tiimeissä roolien mukaisia tehtäviä oli jaettu potilaan hoidon suunnittelussa. Fysioterapeutti esittelee potilaan toimintakyvyn ja sitten lääkäri kertoo sen lääketieteellisen kannanoton, ja hoitajat toteuttavat hoitoa tiettyyn suuntaan. Suunnitelmaa ja tavoitetta käytiin läpi yhdessä ja koettiin, että kaikki pääsevät antamaan oman ammatillisen näkemyksensä ja hyväksyvät laaditun suunnitelman potilaan kuntoutumiseksi ja kotiutumiseen pääsemiseksi. Ikääntyneiden potilaiden kohdalla liikkumisen ja toimintakyvyn arviointi korostui kaikilla ammattiryhmillä yhteisesti.

*”Matala kynnys mennä kysymään mitä tahansa potilaan vointiin liittyvää.
Koetaan että on pitkä pinna ja voidaan mennä kertomaan kaikista asioista.”*

Yhdessä sovitut käytännöt ja periaatteet, kuten kuntouttavan työotteen toteutuminen edistivät ammattiryhmien välistä luottamusta. Sairaanhoidajan ja fysioterapeutin yhteinen ikääntyneen potilaan kävelyttäminen osastolla oli tuonut sairaanhoitajalle näkemyksen, että aina voi pyytää fysioterapeuttia mukaan.

Ikääntyneiden potilaiden kohdalla mahdolliset muistisairaudet ja muut toimintakyvyn haasteet vaikuttivat siihen, mikä ammattiryhmä selvitti hoitoon liittyviä ongelmia. Ikääntyneeltä kysyttiin aina itseltään hoidosta ja he olivat mukana lääkärinkierroilla. Fysioterapeutti selvitti apuvälineitä ja liikkumista, lääkäri sairauksiin liittyvää hoitoa ja sairaanhoitaja huolehti hoitotyöstä. Kokonaistilanteen selvittäminen ja yhteys omaisiin otettiin usein vaihtelevasti eri ammattiryhmän toimesta. Yhteisesti tärkeänä pidettiin yhteistä tiedossa olevaa tavoitetta ja kannustamista kuntoutukseen.

”Ei jätetä sänkyyn makaamaan, kannustetaan sieltä sängystä ylös. Kaikilla on tiedossa, että tavoitteena on kotiutuminen.”

”Jos huomaa, että tämä potilas on maannut tässä pidempään, niin kierretään useammin.”

Ammattiryhmien välisessä yhteistyössä ja rooleissa liittyi tuli esiin niitä edistäviä ja estäviä tekijöitä (taulukko 4). Fyysiset tilat osastoilla erosivat toisistaan. Fyysiset työtilat aiheuttivat haasteita toiminnalle. Jos työtilat olivat erillään, ei toinen ammattiryhmä ollut helposti tavoitettavissa. Ahtaat tilat osastoilla saattoivat olla esteenä kuntoutukselle. Kävelyharjoittelu ei onnistu ahtaissa tiloissa ja silloin muilta ammattiryhmiltä saattoi jäädä näkemättä ikääntyneen harjoittelu ja sen hetkinen toimintakyky arjessa. Ahtaat tai useamman potilaan yhteiset potilashuoneet eivät mahdollistaneet moniammatillisia kiertoja potilaan luona tilan puutteen vuoksi. Työtilojen sijaitessa yhdessä, oli yhteistyö helpompaa. Ammattilaiset näkivät toistensa työskentelyä ja oppivat samalla tuntemaan toisiaan.

”Kyllä aika helposti koputtelee ovelle, kun on asiaa.”

”Fysioterapeutit on potilastilojen yhteydessä niin ollaan koko ajan läsnä ja voi tulla lennostakin pyytämään helposti.”

Terapeuttien puolelta kuntoutuminen ja yhteisesti sovitut asiat korostuivat enemmän. Heidän roolinsa oli selkeä ja kirjatun tekstin lisäksi he kokivat keskustelun tärkeäksi. Terapeutit toivat esiin haasteita fyysisissä tiloissa ja miettivät yhteistyön toteutumista kuntouksen näkökulmasta. Fysioterapeuttia konsultoitiin ja heidän roolinsa oli selvillä kaikissa haastatteluissa. Fysioterapeutit toivat esiin yhdessä työskentelyn tärkeyden käytännössä. Tämä tarkoitti samassa fyysisessä tilassa työskentelyä ja yhdessä potilaiden kävelyttämistä tai siirtämistä kuntouttavalla työotteella.

Eri ammattiryhmät kokivat oman roolinsa tehtävät selkeinä. Hoitaja vastasi hoitotyöstä sen suunnittelusta ja toteutuksesta. Terapeutti kuntoutuksen tarpeen arvioinnista, suunnittelusta ja toteutuksesta yhdessä koko henkilöstön kanssa. Lääkäri vastasi lääketieteellisestä puolesta, määräyksistä ja hoitosuunnitelmasta. Selkeät roolit tukivat moniammatillista vuoropuhelua ja toista ammattiryhmää osattiin konsultoida aina potilaan tarpeiden mukaan. Haastattelutilanteissa tutkijana aistin ammattilaisten välisen arvostuksen toisiaan ja heidän osaamistaan kohtaan.

”Koen että meille on muotoutunut tiivistä ja hyvää yhteistyötä. Voi luottaa, että kaikki selvittävät asioita ja tuovat oman ammatillisen näkemyksen potilaan hoitoon.”

Taulukko 4. Ammattiryhmien rooleihin liittyvät edistävät ja estävät tekijät.

Edistävät tekijät	Ammattiryhmien roolit	Estävät tekijät
Sovitut tehtävät ammatti rooleittain	Miten yhteiset tavoitteet muodostuvat. Sovitut tehtävät, toimintatavat ja toisen ammattiryhmän toiminta.	Tehtävän jakoa ei ole sovittu
Yhteinen tavoite		Ei tunneta toisia
Luottamus	Uskallus ja luottamus puhua asioista ja tuoda omat	Ei uskalleta kertoa omaa näkemystä
Helppo lähestyä	huomiot esiin potilaan hoidossa ja sen	Ei lueta toisten ammattiryhmien tekstejä
Yhteinen työskentely historia	suunnittelussa sekä aika ja paikka keskustelulle, jossa	Yhteinen tavoite ei ole selvillä
Yhteisesti sovitut säännöt ja ohjeet	kaikilla on mahdollisuus esittää omia havaintojaan.	Vaihtuva henkilökunta
Prosessi aukikirjoitettu lääkärin määräysten noudattaminen, hoitajien ja fysioterapeuttien yhteistyö kuntoutumisen edistämiseksi.	Keskeisenä toistensa tunteminen ja yhteinen työskentely. Yhteiset fyysiset työ- ja sosiaalityilat olivat edellytys toistensa tuntemiselle ja luottamuksen rakentumiselle.	Ei tunneta toisia

5.4 Sovitut käytännöt

Yhdeksi yhteistyötä kuvaavaksi teemaksi muodostui sovitut käytännöt hoidon suunnittelussa. Sovittujen käytäntöjen toimivuutta arvioivat eri ammattiryhmät eri haastatteluissa eri tavoin. Moniammatillisia kokouksia pidettiin tärkeinä ja erityisesti lääkärit ja fysioterapeutit kokivat niille olevan liian vähän aikaa. Ikääntyneiden hoidossa koettiin tärkeänä saada mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva sairauksista, fyysisestä ja psyykkisestä toimintakyvystä ja kotona pärjäämisestä, koska hoidon suunnitteluun kuului myös jatkohoidon tarpeen arviointi ja suunnittelu. Hoitokokouksia, joissa käsiteltiin ikääntyneen asioita syvällisemmin, oli lopetettu. Hoitajat kokivat kokouksissa olevan päällekkäisyyttä ja niiden koettiin vievän liikaa aikaa potilashoidosta. Arjen työssä koettu kiire vaikutti siihen, että aika priorisoitiin välittömään potilastyöhön. Aika yhteiselle ongelmien selvittämiseksi koettiin kuitenkin tärkeänä, mutta resurssien koettiin riittävän välittömään hoitotyöhön ja kuntoutukseen. Sovittuihin käytäntöihin liittyi useita edistäviä ja estäviä tekijöitä (taulukko 5).

”Meillä on kuntoutuskokoukset muuten lopetettu, missä käsiteltiin kaikki potilaat ja pystyi vähän laajemmin niitä potilaan asioita käsittelee, niin mä pikkasen kaipaen sitä, kun välillä on semmonen tunne, että jää vähän niinku ulkopuolelle asioista.”

Yhteisissä säännöllisissä kokouksissa koettiin vuoropuhelun toimivan luonnollisesti ja uskallus lisääntyi puhua potilaan asioista, korostui etenkin hoitajilla. Yhteisenä käytäntönä kaikilla osastoilla oli jokapäiväinen kokous, jossa käytiin läpi uudet potilaat ja akuutit asiat potilaiden hoidossa.

”Kun siinä on kaikki paikallaan, ehkä meillä on ollut jotain mielen päällä kuntoutukseen liittyen, että tätä potilasta pitää nyt nostaa ihan kunnolla ylös”.

Haastattelussa tulee esiin, että terapeutit ja lääkärit ilmaisivat tarvetta pidemmälle kokoukselle, jossa voisi käsitellä potilaiden tilannetta tarkemmin. Kuntoutuksellisesta näkökulmasta osallistajat arvioivat lyhyessä ajassa potilaan asioiden käsittelyn jäävän pintapuoliseksi. Havaintojen vaihtaminen potilaan voinnista koettiin auttavan hoidon suunnittelussa ja tavoitteiden kirkastamisessa. Kaikkea ammattilaisten havaintoa tai ajatuksia ei ollut kirjattuna potilastietoihin ja arviointiin koettiin tarvittavan usein terapeutista

ammattitaitoa ja käytännöstä hoitajan näkemystä. Lääkäriin tekemä hoitosuunnitelma vaati myös lääkäreiden näkökulmasta hoitajien ja terapeuttien näkemyksen ja arvion.

Moniammatillinen potilaskierto oli koettu hyväksi, koska siinä oli myös potilas läsnä ja kaikki ammattiryhmät jakoivat näkemyksensä ja tavoite oli myös ikääntyneen tiedossa. Käytännössä tämä yhteinen kierto kuitenkin koettiin vievän aikaa hoidosta ja kuntoutuksesta liikaa.

Lääkärit kiersivät pääasiassa potilaskierroja yksin ja potilaan tarpeen mukaan hoitajan tai fysioterapeutin kanssa. Fysioterapeutin tai hoitajan mukana olo koettiin lisäävän informaatiota kokonaistilanteesta kierrolla. Moniammatillisella kierrolla oli mahdollisuus nähdä yhdessä sen hetkinen toimintakyky ja liikkuminen sekä iäkkään oma käsitys sairaalahoidosta ja tavoitteistaan.

”Yhteinen kierto vei koko aamupäivän. Tarvittaessa napataan kierrolle mukaan myös terapeutti ja mennään yhdessä katsomaan potilaan tilaa. Hoitajat osaavat kertoa voinnista, kun kyseessä on muistisairaus.”

Taulukko 5. Sovittuihin käytäntöihin liittyvät edistävät ja estävät tekijät.

Edistävät tekijät	Sovitut käytännöt	Estävät tekijät
Moniammatillinen palaveri	Työnjaolliset asiat, ja sovittujen käytänteiden olemassaolo ja työajan resurssointi.	Ei aikaa kokouksiin
Moniammatilliset potilaskierrot		Ajan puute kokouksissa
Käytänteiden yhteinen kehittäminen		Erikoissairaanhoidon kanssa ei valitettavasti moniammatillisuutta
Ongelmien ratkaisu		Harvat potilaskierrot
Tuki päätöksentekoon		Ei yhteistä keskustelua ja yhteistyön kehittämistä
Sovittu kirjaaminen		

<p>Kuntouttava hoitotyö</p> <p>Palvelujärjestelmän tunteminen</p>		<p>Johdon puolelta tulevat uudistukset.</p> <p>Hoitajien avustavat tehtävät</p> <p>Riittämättömät resurssit</p> <p>Vaihtuva henkilöstö</p>
---	--	--

6 Pohdinta

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata mitä moniammatillinen yhteistyö on ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelussa ja mitkä tekijät edistävät ja estävät yhteistyötä. Tutkimuksen tavoitteena oli hyödyntää tuloksia moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä ikääntyvien ihmisten hoidossa ja sen suunnittelussa moniammatillisesti. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että moniammatillinen yhteistyö ikääntyneiden hoidon suunnittelussa on kontekstista riippuva prosessi. Yhteistyön onnistuminen perustuu kommunikaatioon, yhteisiin tavoitteisiin, toimiviin käytäntöihin ja moniammatillisen henkilöstön pysyvyyteen. Tutkimuksen tuloksena syntyneet teemat vastasivat tutkimuskysymykseen, mitä moniammatillinen yhteistyö on ikääntyneen hoidon suunnittelussa.

Kommunikaatio koettiin tärkeimpänä yhteistyössä. Aiemmissa tutkimuksissa vuorovaikutus ja yhteinen keskustelu moniammatillisessa yhteistyössä on tunnistettu tärkeimmiksi yhteistyön osa-alueiksi (Isoherranen 2012; Duner 2013) vastaten tämän tutkimuksen tuloksia. Moniammatillisen tiimin jäsenten välinen luottamus nousi edellytykseksi sille, että uskallettiin kysyä ja keskustella kaikesta tiimin sisällä. Kirjauksia pidettiin tärkeänä, mutta ikääntyneiden hoidon suunnittelussa tarvittiin myös keskustelua. Kaikkia epäilyksiä ja pohdintoja ei kirjata ennen moniammatillista keskustelua ja yhteydenottoa omaisiin kokonaistilanteen selvittämiseksi. Kommunikaatio toimi haastatteluihin osallistuneiden tiimien sisällä hyvin, mutta vaikeutui selvästi, kun kommunikaatiosta puhuttiin muiden toimijoiden kanssa. Tämä osoitti, että kommunikaatio tavat ovat erilaisia eri yksiköissä ja yhteistyön tavat vaikuttavat moniammatillisen yhteistyön sujuvuuteen toimipaikka kohtaisesti. Tämä tuli ilmi erityisesti useammassa eri tiimissä ja toimipaikoissa työskennelleiltä ammattilaisilta.

Tutkimuksessa tunnistettiin yhteistyön vaativuus juuri ikääntyneiden ihmisten hoidon suunnittelussa perusterveydenhuollon sairaalassa. Ikääntyneiden ihmisten hoidon suunnittelu kesti koko sairaalahoidon ajan, toisin kuin esimerkiksi lyhyillä sairaalajaksoilla päivystyksessä tai erikoissairaanhoidossa. Ikääntyneiden hoidon suunnittelussa erityisesti sairaalan joutumiseen johtaneen tilanteen selvittely on ratkaiseva hoidon tavoitteiden muodostamiseksi ja sairaalasta kotiutumiseksi ja tähän tarvittiin tietoa mahdolliselta

kotiavulta ja omaisilta. Yhteistyö omaisten kanssa korostui kaikkien ammattiryhmien näkökulmasta. Kaikkien ammattiryhmien toimesta oli pidetty yhteyttä omaisiin, mutta yhteydenotosta ei ollut sovittua käytäntöä. Kokonaisvaltaisen tilanteen hahmottaminen hoidon suunnittelun alkaessa oli tärkeää hoidon suunnittelun alkaessa. Näiden tietojen välittyminen kaikille ikääntyneitä potilasta hoitavien ammattilaisten koettiin tärkeänä. Haastatteluissa esitettiin tarve strukturoidulle kirjaamiselle kokonaisvaltaisesta toimintakyvyn arvioinnista. Duner (2013) tutkimuksessaan totesi moniammatillisen yhteistyön toimivan paremmin hoidon suunnittelussa hoivayksiköissä kuin sairaala osastolla, koska hoivayksiköissä tunnettiin ikääntynyt paremmin ja sairaalassa kokonaistilanteen selvittely alkoi ikääntyneen taustoihin tutustumisella.

Tässä tutkimuksissa vaihtuva henkilöstö ja lyhyet sijaisuudet niin lääkäreillä kuin hoitajillakin vaikuttivat yhteistyön kehittämiseen estävästi. Pysyvä henkilöstö oli tutustunut toisiinsa yhdessä työskennellessään ja luottamus kasvoi tuntemisen myötä tiimin jäsenten kesken. Kun tiimin jäsenet oppivat tuntemaan toistensa työtapoja ja osaamista, kasvoi heidän välisensä arvostus ja luottamus. Tutkimuksessa ilmeni myös, että henkilöstön pysyvyys tukee moniammatillisen yhteistyön tapojen kehittämistä. Vakiintuneissa tiimeissä luottamus on rakentunut ja toisten työtapoja on opittu, mikä nopeuttaa hoidon suunnittelua ja helpottaa yhteistyötä. Vastaavasti henkilöstön vaihtuvuus ja sijaisuudet heikentävät yhteistyön jatkuvuutta ja vaikeuttavat tavoitteiden muodostamista sekä yhteisten toimintatapojen noudattamista. Pysyvä toisensa tunteva henkilöstö kykeni joustavaan vuorovaikutukseen, ja työskentelyssä tehtävät eivät olleet rajautuneet tarkasti tietyille ammattiryhmälle. Lääkärien ja hoitajien henkilöstön vaihtuminen koettiin haasteelliseksi. Terapeuttien ammattiryhmässä ei tullut esiin ongelmaa henkilöstön vaihtuvuuden osalta. Aiemmassa tutkimuksessa on tunnistettu haasteelliseksi moniammatillisen tiimin jäsenten vaihtuminen. Henkilöstön vaihtuminen hidasti yhteisen tiedon ja toimivien käytänteiden rakentumista. (Collin ym. 2013.)

Ammattilaisten roolien ja tehtävien selkeys olivat tärkeitä, jotta hoito etenisi tavoitteellisesti ja yhteisten sopimusten mukaan vastaten aikaisempia tutkimustuloksia. Aiemmin Duner (2013) totesi tutkimuksessa, että ammattiryhmien roolien selkeyttäminen on tärkeää ja kaikilla tulee olla tietoisuus omasta roolistaan, jotta kaikki ymmärtävät oman tehtävänsä arviointi- ja suunnittelu prosessissa. Roolien selkeys mahdollisti moniammatillisten tiimien osallistumisen päätöksentekoon. (Duner 2013; Giardulli ym. 2024.)

Tiedon välittyminen hoito paikasta toiseen ei sujunut ongelmitta ja ikääntyneen potilaan mukana ei aina tullut tarvittavaa tietoa osastoille. Hoitojakson tavoite oli kirjattuna hoitotyön suunnitelmaan, mutta suunnitelmaa ei aina päivitetty. Ikääntyneen oman tavoitteen kysyminen oli erityisesti lääkäreiden rutiinia potilaskierroilla. Omaisten informointi taas oli usein hoitajien tehtävänä.

Yhteistyön käytännöt ilmenivät sovittuina yhteisinä kokoontumisina. Hoitokokousten lopettaminen tai niiden hankala sovittaminen arkeen koettiin ongelmana. Hoidon suunnitteluun ei arjen hoitotyön ja kuntoutuksen ohessa koettu olevan tarpeeksi aikaa. Haasteena koettiin vaihtuva henkilöstö niin hoitohenkilöstön kuin lääkäreidenkin puolelta. Koska kokonaisvaltaisen tiedon vaihtoon ei aina ollut aikaa, hoidon jatkuvuus koettiin haasteelliseksi. Suullinen kommunikointi ja ajatusten vaihto ammattilaisten kesken osoittautui kirjallista tietoa tukevaksi ja sen arvioitiin olevan tarpeen erityisesti ikääntyneiden moniongelmaisten potilaiden hoidon suunnittelussa. Aiemmassa tutkimuksessa viestintään liittyvien yhteistyön käytänteiden ja prosessien yhteinen kehittäminen oli tärkeää (Giardulli ym. 2024).

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuus laadullisessa tutkimuksessa voidaan arvioida neljän kriteerin mukaan. Kriteerejä ovat **uskottavuus** (credibility), **luotettavuus** (dependability), **vahvistettavuus** (confirmability) ja **siirrettävyys** (transferability) tutkimusprosessin ja tutkimusmenetelmien osalta. Luotettavuudesta kertoo se, miten tarkasti tutkija kertoo koko tutkimusprosessin toteuttamista. Tutkimuksen luotettavuutta näiden kriteerien mukaan tarkastellaan tutkimusprosessin mukaisessa järjestyksessä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteerit ovat apuna luotettavuuden arvioimisessa koko prosessin ajan (Kylmä ym. 2007; Graneheim & Lundman, 2004).

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan lähtöoletukset voivat vaikuttaa tutkimuksen analyysiin ja tutkimustulosten tulkintaan ja **uskottavuuteen** (Kylmä ym. 2007). Tässä tutkimuksessa tutkijan oma ymmärrys aiheesta on muodostunut moniammatillisen yhteistyön eri muodoista vuosikymmenen ajalta terveydenhuollossa. Tutkijana tämä oli tiedostettu asia ja

pyrkimyksenä oli muodostaa kokonaisvaltainen käsitys puhtaasti haastatteluaineiston pohjalta, joka vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimuksen kohteen valinta teko niin, ettei tutkija ollut itse työskennellyt osana haastateltavia tiimejä. Haastatteluissa tutkijana pyrin laittamaan omat kokemukseni moniammatillisten tiimien johtamisesta ja aiemmista kokemuksista syrjään ja kuulemaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti moniammatillisen tiimin omia kokemuksia.

Avointen haastattelukysymysten valinnalla haluttiin varmistua siitä, ettei teoria ja aiemmat tutkimustulokset vaikuta ohjaavasti osallistujien vastauksiin ja niiden suuntaan. Tarkentavat kysymykset haastatteluissa tehtiin osallistujien vastausten perusteella.

Useamman eri osaston haastattelu tuki tutkimuksen **vahvistettavuutta**. Tutkimuksen aineistonkeruuseen valittiin ryhmähaastattelu, jotta saatiin mahdollisimman kattava kuva tutkittavasta aiheesta. Tämä toteutettiin verkkovälitteisesti. Verkossa tapahtuvalla haastattelulla mahdollistettiin osallistuminen laajemmalla maantieteelliseltä alueelta, osallistuneiden tiimien toimiessa myös fyysisesti eri sairaaloissa. Aineistoa arvioitiin aina ryhmähaastattelujen jälkeen ja jokainen haastatteluaineisto luettiin ja täydennettiin muistiinpanoilla. Aineistossa tutkimuskysymyksiin vastaavia koodeja, eli sanoja ja merkityksiä merkittiin värikoodein litteroidusta tekstistä ja koottiin taulukoihin. Näin varmistuttiin aineiston vastaavan tutkimuskysymyksiin.

Terveysturvallisuuden liittyvät rajoitukset sairaala olosuhteissa ja epidemiat osastoilla vaikuttivat verkossa tapahtuvien haastattelujen valintaan. Ryhmähaastattelulla voidaan saavuttaa laaja näkökulma tutkittavasta aiheesta. Verkossa tapahtuvat verkkosovellukset ovat vakiintuneet aineistonkeruu menetelmäksi niiden tullessa normaaliksi työvälineeksi ja keskustelukanavaksi. (Hokka ym. 2022.)

Tutkimustulokset kuvaavat yhden hyvinvointialueen sisällä tapahtuvaa moniammatillista yhteistyötä ja osa tuloksista on siirrettävissä myös samankaltaisiin osastoihin, mikä vahvisti tutkimustulosten **siirrettävyyttä**. Tutkimustuloksiin vaikuttivat toimipaikkakohtaiset yksilölliset toimintatavat ja käytännöt sekä tiimien kokoonpano. Toimintatavoissa on eroja, mutta tutkimusten päätulosten siirrettävyys ja yhteistyön toimivuuden peilaaminen muissa perusterveydenhuollon sairaaloissa on mahdollista tämän tutkimuksen myötä.

Tutkimuksen raportoinnissa varmistetaan ovatko tutkimuksen tulokset vastanneet tutkimuskysymyksiin. Aineistoa analysoidessa on kiinnitettävä huomiota, että informanttien kuvaama sisältö ei muutu eikä tutkija tee siitä omaa tulkintaa. Temaattisessa analyysissä tutkija tekee kuitenkin aina omia johtopäätöksiään tulkitessaan aineistoa ja muodostaessaan siitä tuloksena olevia teemoja. Tutkimuksen luotettavuutta lisää sisällön analyysin tarkka kuvaus ja onnistunut raportointi. (Elo ym. 2022; Hirsjärvi ym. 2001; Braun & Clarke 2006.) Informanttien kuvaamaa sisältöä ja sen alkuperäisyyttä on haluttu tässä tutkimuksessa vahvistaa esittämällä suoria sitaatteja ja vastauksia haastatteluista tulosten raportoinnissa. Analysoidessa alkuperäisiä sanoja ja lauseita on yhdistelty niitä kuvaaviin teemoihin. Teemat muodostuivat tutkijan suorasta aineiston tulkinnasta ilman teoreettista lähtökohtaa. Tutkimuksen tuloksissa on tuotu esimerkkejä johtopäätösten ja analysoinnin perusteeksi koko tutkimuksen ajan.

Tutkimustulosten siirrettävyys tarkoittaa tulosten siirrettävyyttä samankaltaisiin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa tutkimus tehtiin perusterveydenhuollon sairaalan osastoilla ja konteksti kuvattiin tarkasti. Tutkimustulosten käyttö vastaavissa yksiköissä on mahdollista ja voi auttaa tunnistamaan ja arvioimaan moniammatillista yhteistyötä edistäviä ja estäviä tekijöitä ikääntyneiden hoidon suunnittelussa.

Tuloksien analysoinnissa arvioitiin tulosten siirrettävyyttä ryhmien kokoonpanon suhteen (Braun & Clarke 2006). Ikääntyneitä ihmisiä hoidetaan usein samankaltaisella moniammatillisella kokoonpanolla perusterveydenhuollon sairaaloissa. Perustiimiin kuuluu vähintään lääkäri, hoitaja ja terapeutti. Tässä tutkimuksessa ryhmähaastatteluihin osallistuivat nämä kolme ammattiryhmää ja tulokset ovat tämän perusteella osin siirrettävissä muihin samankaltaisiin konteksteihin. Tutkimuksen tuloksena olevat teemat esiintyvät kaikissa samanlaisissa ikääntyneitä hoitavissa ja kuntouttavissa sairaaloissa. Teemojen edistävät ja estävät tekijät ovat kuitenkin kontekstista riippuvia ja voivat olla joko edistäviä tai estäviä tekijöitä. Esimerkiksi vaihtuvan henkilöstön ollessa yhteistyötä estävä tekijä haastattelujen perusteella, pysyvä henkilöstö on yhteistyötä edistävä tekijä sellaisessa kontekstissa, jossa henkilöstö ei vaihdu usein.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus toteutettiin hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tutkimuksesta ei aiheutunut tutkittavina oleville ihmisille, yhteisöille tai organisaatiolle merkittäviä riskejä, vahinkoja tai haittoja. (TENK 2023.)

Laadullisessa tutkimuksessa eettisenä periaatteena on osallistujien suojeleminen heidän tuodessaan esiin henkilökohtaisia kokemuksiaan (Palonen ym. 2022). Pyrkimyksenä oli kuvata tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä mahdollisimman yksityiskohtaisesti tutkimukseen osallistujia suojellen. Eettisyys otettiin huomioon haastattelutilanteissa informoimalla haastateltavia vapaaehtoisuudesta, luottamuksellisuudesta, haastattelujen nauhoittamisesta, haastateltavien anonymiteetistä, aineiston säilyttämisestä ja raportoinnista.

Tutkimuslupa haettiin hyvinvointialueelta ja lupa myönnettiin kehittämisjohtajan päätöksellä 12.11.2024 diaarinumerolla 2024–4220. Tutkimukseen osallistuivat vapaaehtoiset, jotka rekrytoitiin esimiesten kautta samasta yhdessä toimineesta tiimistä ja yksiköstä. Tutkittaville lähetettiin tiedote tutkimuksesta (liite 1) sekä suostumus tutkimukseen (liite 3) sähköpostitse. Tutkittavat vastasivat tutkimukseen suostumisesta ja osallistumisesta tutkijalle sähköpostiin. Tutkimuksen tutkimuskysymykset lähetettiin myös etukäteen, joten osallistujat olivat tietoisia haastattelun sisällöstä. Tutkimuksen haastattelut toteutettiin Teams- ryhmähaastatteluilla, koska yhteinen paikka ja aika oli muutoin vaikea järjestää haastateltavien työskennellessä omissa työpisteissään. Myös epidemia tilanteet vaikuttivat sairaalassa tapahtuvien haastatteluiden järjestämiseen. Videohaastattelussa osallistujat näkivät toisensa ja se mahdollisti non-verbaalisen viestinnän. Videokuvan käyttäminen haastatteluissa oli vapaaehtoista. Haastatteluiden kestoksi määriteltiin yksi tunti työaikana, jolla pyrittiin välttämään raskautta ja haastatteluiden mahdollisesti tuomaa stressiä. Tässä tutkimuksessa ei tarvittu eettisen lautakunnan ennakoarviointia.

Haastattelutilanteessa kerrottiin tutkimuksen tavoitteet ja tutkija esitteli itsensä ja kertoi haastattelujen nauhoittamisesta ja kysyi vielä tähän osallistujilta suostumuksen ennen nauhoituksen aloitusta. Haastattelutilanteissa pyrittiin avoimeen luottamukselliseen ilmapiiriin. Haastattelut pidettiin oman yksikön tiimiläisille, jotta keskustelu olisi mahdollisimman luontevaa ja avointa. Luottamuksellinen ilmapiiri ryhmähaastatteluissa syntyi osallistujien jo tunnettuaan toisensa ja työskenneltyään yhdessä. Tutkijalla oli koko

haastattelujen ajan kamera päällä, jotta luottamus heräisi ja aito kiinnostus osallistujien kertomaan välittyisi. Avoimilla kysymyksillä pyrittiin saamaan mahdollisimman monipuolisesti eri ammattiryhmien mielipiteitä ja kokemuksia esiin.

Aineisto säilytettiin tietoturvallisesti ja sitä käsitteli vain tutkija. Haastattelut nauhoitettiin ja säilytettiin tietoturvallisesti sähköisesti salasanojen takana ja sitä käsitteli vain tutkimuksen toteuttaja ja hänen ohjaajansa. Tutkimuksen ohjaajat näkivät tutkimusaineiston litteroituna tekstinä Turun yliopiston Sea life tallennustilasta analyysivaiheen ajan tietoturvallisesti. Litteroitu teksti säilytettiin, kunnes raportointi oli valmis. (Euroopan Unioni direktiivi 95/46/EY (EU) 2016.)

Kaikki tutkimustulokset raportoitiin ketään loukkaamattomaan sävyyn. Tulokset raportoitiin niin, ettei osallistujia voida tunnistaa. Raportoidessa luokiteltiin vain tutkittavien ammattiryhmä, niin ettei terapeutteja erotettu fysio,- toiminta, - ravitsemus- tai puheterapeuteiksi. Näin yksittäisiä tai määrältään vähäisten ammattiryhmien edustajien anonyymiys säilyi. Haastattelun alkaessa alussa taustatietona kysyttiin vain osallistujien ammattiryhmät. Ryhmähaastatteluihin osallistuneita ammattiryhminä olivat hoitajat, lääkärit ja terapeutit. Tutkimuksen kohteena olevaa organisaatiota ei mainittu nimeltä raportoinnissa, jotta henkilöitä tai organisaatiota ei tunnisteta. Esimerkit toimivista tai toimimattomista käytännöistä raportoidaan niin, ettei niistä myöskään voida tunnistaa henkilöitä tai paikkoja. Haastatteluissa esiin tulleet esimerkit toimivista ja toimimattomista käytännöistä raportoitiin niin, ettei niistä voi tunnistaa henkilöitä, paikkoja tai organisaatiota. Viittaukset tehtiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti.

6.4 Johtopäätökset

Ikääntyneen hoidon suunnittelu sairaalaympäristössä on pitkä ja kokonaisvaltainen prosessi, ja siinä korostuu jatkuva arviointi, yhteistyö ja tiedonkeruu eri toimijoilta. Tutkimuksen mukaan onnistuneessa hoidon suunnittelussa keskeistä on toimintakyvyn ja kotona pärjäämisen arviointi, johon tarvitaan laaja-alaisesti tietoa eri toimijoilta.

Toimiva kommunikaatio on edellytys yhteiselle hoidon suunnittelulle ja toteutukselle. Toimivien viestintätapojen avulla ammattilaiset voivat muodostaa yhteisen tavoitteen. Potilastietojen siirtyminen toimijoiden välillä nopeutti hoidon aloitusta ja auttoi ammattilaisia suunnittelemaan hoitoa.

Haastatteluissa tuli esiin se, että tiimit eivät olleet aiemmin miettineet tai keskustelleet yhteistyöstä. Yhteistyön käytänteiden kehittäminen moniammatillisesti oli osallistujien mielestä tärkeää. Tutkimus perustui laadulliseen aineistoon ja sen tulokset ovat kontekstisidonnaisia, eikä niitä voi sellaisenaan yleistää kaikkiin sairaalaympäristöihin.

6.5 Jatkotutkimusehdotukset

Ikääntyneiden ihmisten hoidon suunnittelua tehdään monissa eri konteksteissa terveydenhuollossa. Monialaisen asiantuntijuuden tarve kokonaisvaltaisen hoidon järjestämiseksi kasvaa. Moniammatillisia interventioita kehitetään ja niiden implementoinnin tutkimusta tarvitaan jatkossa, että saadaan toimivia käytäntöjä käyttöön.

Potilastietojärjestelmien kehittäminen ja yhteensopivuus ovat myös ajankohtainen kehittämiskohde jopa saman hyvinvointialueen sisällä. Tarve yhtenäisille käytännöille ja järjestelmien paremmalle yhteensopivuudelle tunnistettiin tutkimuksessa. Jatkossa olisi hyödyllistä tarkastella, miten tietojärjestelmien kehittäminen voisi konkreettisesti tukea tiedon välittymistä ja yhteistyötä ammattilaisten välillä.

Eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä olisi tarpeen tutkia, jotta voitaisiin kehittää kuntouttavaa yhteistyötä terapeuttien, lääkäreiden ja hoitajien välillä. Ikääntyneineen hoidon järjestämisen edistämiseksi olisi tutkittava eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja tiedon kulkua.

Lisäksi omaisten roolin ja osallistamisen vaikutuksia hoidon laatuun olisi tarpeen tutkia syvällisemmin. Omaisten roolin ja tärkeyden korostuessa ikääntyvien ihmisten asuessa kotona pidempään tuo tarvetta tutkia omaisten odotuksia ja kokemuksia hoidosta. Hoidon suunnittelun kohteena olevien ikääntyvien ihmisten kokemukset auttaisivat kehittämään hoidon suunnittelua vastaamaan paremmin heidän yksilöllisiin tarpeisiinsa. Tämä korostaa tarvetta strukturoiduille toimintamalleille ja prosessien kuvaamiselle omaisyhteistyössä.

Prosessikuvaukset tukisivat uusien työntekijöiden perehtymistä ja edistäisivät ikääntyneiden hoidon suunnittelua.

Toimintatutkimuksella voidaan jatkossa jalkauttaa jo toimivia käytäntöjä. Palveluohjauksen, sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon kanssa tehtävän yhteistyön kehittäminen on myös merkittävä ikääntyneiden hoidon järjestämisen kannalta.

Moniammatillisen yhteistyön käytänteiden tutkiminen eri toimijoiden välillä antaisi arvokasta tietoa yhteistyön kehittämiseksi ikääntyneiden ihmisten hoidon suunnitteluun ja toteutukseen.

Lähteet

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Collin, K., Valleala, U. M., Herranen, S., Paloniemi, S., & Pyhälä-Liljeström, P. (2013). Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 49(1). Noudettu osoitteesta <https://journal.fi/sla/article/view/9343>
- Dahlke S, Hunter KF, Reshef Kalogirou M, Negrin K, Fox M, Wagg A. Perspectives about Interprofessional Collaboration and Patient-Centred Care. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. 2020;39(3):443-455.
- Duner A. 2013. Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: a study of interprofessional collaboration and professional boundaries. *J Interprof Care*. 2013 May;27(3):246-53. doi: 10.3109/13561820.2012.757730. Epub 2013 Jan 23. PMID: 23343434.
- EUROOPAN PARLAMENTIN JA NEUVOSTON ASETUS (EU) 2016/679, annettu 27 päivänä huhtikuuta 2016, luonnollisten henkilöiden suojelusta henkilötietojen käsittelyssä sekä näiden tietojen vapaasta liikkuvuudesta ja direktiivin 95/46/EY kumoamisesta (yleinen tietosuojaa-asetus) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679>
- Elo S., Kajula O., Tohmola A., Kääriäinen M. (2022). Laadullisen sisällön analyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*. <https://www.proquest.com/openview/b718c1a9b13c28f2611a5280e8336295/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=406341>
- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008 Apr;62(1):107-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x. PMID: 18352969. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18352969/>
- Jari Eskola, Juha Suonranta. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2022. Vastapaino.
- Finlex. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista. Finlex.8.7.2022. [Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista | 980/2012 | Lainsäädäntö | Finlex](#)
- Gardheim U., Lundman B. (2004) Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness

https://www.researchgate.net/publication/8881380_Qualitative_Content_Analysis_in_Nursing_Research_Concepts_Procedures_and_Measures_to_Achieve_Trustworthines

- Giardulli, B., Pagnucci, N., Przyłęcki, P., Koutra, K., Walsh, N., Androulakis, C., Battista, S. (2025). Terveys- ja sosiaalialan ammattilaisten laaja-alaiset taidot ja osaaminen yhteisöpohjaisissa moniammatillisissa tiimeissä: nopea katsaus. *Moniammatillisen hoidon lehti*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/13561820.2025.2495018>
- Grove, S. K., Gray, J., & Burns, N. (2013). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 7. painos. Elsevier.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena. 2001. *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hokka J., Kurtti E., Olsson P. 2022. Zoom-ryhmähaastattelun toimijuuksia rakentamassa: uusmaterialistisia tulkintoja verkkovälitteisestä vuorovaikutuksesta. *Vuosikerta*. 29, Nro 1, Sivut 114-136. <https://doi.org/10.30666/elore.112294>, [Zoom-ryhmähaastattelun toimijuuksia rakentamassa: uusmaterialistisia tulkintoja verkkovälitteisestä vuorovaikutuksesta - pdf](#)
- Isoherranen K. (2012). Uhka vai mahdollisuus: moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. <https://helda.helsinki.fi/items/51ed8920-b079-46de-89d2-f6c6183e1ee2>
- Karukivi J., Stolt M., Heikkilä H., Kuusisto H., Leino-Kilpi H., Rautava P., Rekunen M, Sulosaari V. 2023. Sairaanhoidtajien näkemykset moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta syöpää sairastavien potilaiden hoitotyössä. *Tutkiva hoitotyö* 19(4), 12-19
- Kesonen P., Salminen L., Haavisto E., 2024. Moniammatillinen yhteistyö erityistason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. *Hoitotiede* Vol 26 Nro 3. [Moniammatillinen yhteistyö erityistason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa | Hoitotiede](#)
- Maguire, M., & Delahunt, B. (2017). *Doing a Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide for Learning and Teaching Scholars*
- Mäntyranta T., Kaila M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2008;124(13):1507-13 [Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä](#)
- Naeem, M., Ozuem, W., Howell, K., & Ranfagni, S. (2023). A Step-by-Step Process of Thematic Analysis to Develop a Conceptual Model in Qualitative

- Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 22. <https://doi.org/10.1177/16094069231205789> (Original work published 2023)
- OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.
- Palonen, M., & Kylmä, J. (2022). Avoin haastattelu ja teemahaastattelu aineistonkeruumenetelminä laadullisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede*, 34(4), 281-294. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202301301875>
- Pietilä, Ilkka (2017) Ryhmäkeskustelu. Teoksessa Matti Hyvärinen & Pirjo Nikander & Johanna Ruusuvoori (toim.) *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tampere: Vastapaino, 111–130.
- STM. Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5436-6>
- STM. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- TENK. hyvä tieteellinen käytäntö. 2023. [Hyvä tieteellinen käytäntö \(HTK\) | Tutkimuseettinen neuvottelukunta](https://www.tenk.fi/hyva-tieteellinen-kaeytaento-(htk)-|tutkimuseettinen-neuvottelukunta)
- THL. Kehittyvät iäkkäiden palvelut Suomessa: Vanhuspalvelujen tila -seurannan tuloksia 2023.
- THL. Muuttuvat vanhuspalvelut.2024
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-324-9> *Muuttuvat vanhuspalvelut - THL*
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkajulkaisu].
ISSN=1798-5137. 2021, Liitekuvio 4. Väestö iän ja sukupuolen mukaan 2060, ennuste 2021 . Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 11.6.2025].
Saantitapa: https://stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn_2021_2021-09-30_kuv_004_fi.html
- Wuorela M., Viikari L. 2019. Vanhuksen toimintakyvyn arviointi akuuttisairaanhoidossa Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2019;135(17):1579-85. [Vanhuksen toimintakyvyn arviointi akuuttisairaanhoidossa](https://doi.org/10.23934/2474-2990/1579-85)

Liitteet

Liite 1. Tiedote tutkimuksesta

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Moniammatillinen näkökulma yhteistyöhön ikääntyneen hoidon suunnittelussa perusterveydenhuollon sairaalassa

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Sinua pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan moniammatillista yhteistyötä ikääntyneen hoidon suunnittelussa. Tarkoituksena on kuvata moniammatillisen tiimin yhteistyötä edistäviä ja estäviä tekijöitä ikääntyneen hoidon suunnittelussa perusterveydenhuollon sairaalassa. Tavoitteena on hyödyntää tietoa moniammatillisen yhteistyön ja ikääntyneiden potilaiden sujuvan hoidon kehittämiseen. Tutkimus toteutetaan ryhmähaastatteluna Teams-alustalla.

Sinua pyydetään osallistumaan tähän tutkimukseen, koska työskentelet moniammatillisen tiimin jäsenenä terveyskeskussairaalassa. Ryhmähaastatteluun kutsutaan hoitajia, lääkäreitä ja terapeutteja. Ryhmähaastatteluun kutsutaan yhteensä 4–6 eri ammattiryhmän edustajaa saman osaston tiimistä. Tutkimukseen osallistujalta odotetaan kokemusta moniammatillisesta yhteistyöstä ikääntyneiden hoidon suunnittelussa sairaalassa.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää tutkimuksen tai peruuttaa antamasi suostumuksen osallistua tutkimukseen milloin tahansa ja siihen saakka kerättyä aineistoa voidaan käyttää tutkimuksesta.

Tutkimuksen toteuttaja

Tämän tutkimuksen toteuttavat Katariina Stenman TtM-opiskelija sekä ohjaajat Professori, TtT Riitta Suhonen ja TtT Terhi Lemetti, Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto

Tutkimuksen kulku

Tutkimuksessa osallistut yhteen noin tunnin mittaiseen moniammatilliseen ryhmähaastatteluun Teams- alustalla. Kutsu haastatteluun lähetetään sähköpostiisi kalenterikutsuna.

Tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvat hyödyt ja haitat

Tutkimuksesta ei ole Sinulle suoraa hyötyä. Tutkimus tuo tietoa ikääntyneen ihmisen hoidon suunnittelusta moniammatillisessa yhteistyössä. Tutkimustiedon avulla voidaan kehittää uusia käytäntöjä sujuvaan yhteistyöhön, moniammatillisen tiimin johtamiseen ja laadukkaaseen ja sujuvaan hoidon suunnitteluun. Tutkimus tuo myös tietoa, jolla edistää ikääntyneiden potilaiden

sujuvaa hoitoa, kuntoutumista, sairaalasta kotiutumista sekä jatkohoidon järjestämistä.

Tutkimuksesta maksettavat korvaukset

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Henkilötietojen käsittely

Tutkimuksessa saadut tiedot ovat luottamuksellisia. Tutkittavien suojaamiseksi tutkimukseen osallistujien taustatietoja kuvataan vain ammattiryhmien tasolla kuten hoitaja, lääkäri ja terapeutti. Tutkimuksen kohteena olevaa organisaatiota eikä sijaintia mainita nimeltä raportoinnissa. Esimerkit toimivista tai toimimattomista käytännöistä raportoidaan niin, ettei niistä voida tunnistaa henkilöitä, paikkoja tai organisaatioita.

Tutkimusaineiston säilyttäminen ja tutkimustulosten raportointi

Alkuperäinen aineisto on kuvaa, ääntä ja tekstiä. Teams- alustan litterointitoimintoa käytetään, ja sen vastaavuus puhuttuun sisältöön varmistetaan jokaisen ryhmähaastattelun jälkeen, ja aineisto muodostaa tekstiaineiston. Nauhoitteet hävitetään heti tutkimuksen raportoinnin valmistuttua.

Tutkimusaineisto siirretään ja arkistoidaan Turun yliopiston tietoturvalliseen, käyttäjätunnuksin ja salasanoin turvattuun Seafire- pilvipalveluun, josta se poistetaan raportoinnin valmistuttua. Aineistoa käsittelevät vain tutkimuksen toteuttaja ja tutkimuksen ohjaajat.

Tutkimustulokset raportoidaan julkaistavassa opinnäytetyössä. Tutkimus raportoidaan keväällä 2025 ja toimitetaan tutkittavan organisaation käyttöön.

Lisätietojen antajan yhteystiedot

Sinulla on mahdollisuus kysyä tutkimukseen liittyviä lisätietoja.

Katariina Stenman
TtM-opiskelija
Tutkija
Turun yliopisto/Hoitotieteen laitos
katste@utu.fi
0405743187

Terhi Lemetti
TtT
Ohjaaja
Turun yliopisto/Hoitotieteen laitos
terhi.lemetti@hus.fi

Riitta Suhonen, professori
Turun yliopisto/Hoitotieteen laitos
riisuh@utu.fi

Liite 2. Haastattelurunko

Orientaatio tutkimusaiheeseen ja tutkimuksen tarkoituksen ja toteutuksen kuvaus tehdään ryhmähaastattelun aluksi.

Aluksi jokainen ryhmähaastatteluun osallistuva kuvaa ammatillisen taustaansa tiiviisti ja työkokemuksensa.

Tutustumisen jälkeen johdatellaan tutkimuksen aihepiiriin:

Kysymykset koskevat tilannetta, kun moniammatillinen tiimi suunnittelee ikääntyneen potilaan hoitoa.

-Mitä moniammatillinen yhteistyö on ikääntyneen hoidon suunnittelussa sairaalassa?

-Mitä ovat yhteistyötä edistävät tekijät moniammatillisessa yhteistyössä?

- Mitä ovat yhteistyötä estävät tekijät moniammatillisessa yhteistyössä?

Tarkentavat kysymykset ja pyyntö esimerkeistä

Millaisia moniammatillisen yhteistyön toimivia käytänteitä ja haasteita ammattilaiset ovat kokeneet ikääntyneen hoidon suunnittelussa sairaalassa?

Miten vuorovaikutus tiimissä toimii? (yhteinen kieli ja keskustelu, yhteinen tavoitteen muodostaminen, päätöksenteko)

Miten olemassa olevat käytännöt tiimissä toimivat, mitkä eivät toimi? (kokouskäytännöt, koulutus, dokumentointi, työnjako, johtamiskulttuuri, koulutus, jotain muuta)

Miten tiimin roolit ovat jakautuneet? (asiantuntijuus, luottamus, toisen työn tuntemus, jotain muuta)

Liite 3 Suostumus osallistua tieteelliseen tutkimukseen

Suostumus osallistua tieteelliseen tutkimukseen

Tutkimuksen nimi: Moniammatillinen näkökulma yhteistyöhön ikääntyneen hoidon suunnittelussa perusterveydenhuollon sairaalassa

Tutkimuspaikka:

Tutkimuksen toteuttaja: Katariina Stenman, TtK, TtM-opiskelija, Turun yliopisto

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen.

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani tutkimustiedotteen. Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voin milloin tahansa syytä kertomatta keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen tai peruuttaa antamani suostumuksen ilman kielteisiä seurauksia. Minusta keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen saakka kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Olen saanut riittävät tiedot tutkimuksesta. Minulla on ollut mahdollisuus esittää tutkijoille tarkentavia kysymyksiä. Tähän sähköpostiin vastaamalla osoitan suostumukseni tutkimukseen osallistumiseen.

Suostun siihen, että haastatteluni tallennetaan Teams-alustalle tutkimustarkoitusta varten, mutta tallenne raportoidaan kirjallisesti tutkimustuloksissa ja julkaisuissa niin, että minua ei voi niistä tunnistaa.

Kyllä Ei

Suostun siihen, että tunnisteeton tutkimusaineisto voidaan arkistoida ja avata muiden tutkijoiden käyttöön.

Kyllä Ei

Vahvistus

Olen antanut suostumukseni vastaamalla tähän viestiin sähköpostilla, ja tutkija on dokumentoinut sen luotettavalla tavalla.

Yhteystiedot

Katariina Stenman
katste@utu.fi
040 5743187