

Reija Aho

Kuntouttava työote moniammatillisena yhteistyönä
hoitokoti Antinrinteen ja kuntoutuspalveluiden henkilöstön
kuvaamana Rinnekoti-Säätiössä

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Fysioterapeutti YAMK
Kuntoutuksen koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Päivämäärä 19.12.2011

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Reija Aho. Kuntouttava työote moniammatillisena yhteistyönä hoitokoti Antinrinteen ja kuntoutuspalveluiden henkilöstön kuvaamana Rinnekodissa. 59 sivua + 5 liitettä 19.12.2011
Tutkinto	Fysioterapeutti YAMK
Koulutusohjelma	Kuntoutus
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Yliopettaja, FT Pekka Paalasmaa Yliopettaja, FT Salla Sipari
<p>Kehittämistyön tarkoituksena oli luoda ymmärrystä ja tuottaa tietoa siitä, mitä kuntouttava työote on Antinrinteen hoitokodin hoitohenkilöstön ja kuntoutuspalveluiden terapeuttien kuvaamana. Lisäksi kehittämistyössä selvitettiin, miten moniammatillista yhteistyötä tehdään kuntouttavan työotteen toteuttamisessa.</p> <p>Tavoitteena on, että tämän yhdessä tuotetun tiedon avulla henkilöstö ymmärtää, mitä kuntouttava työote heidän työssään käytännössä merkitsee ja miten se tukee kehitysvammaisen asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämistä koko hänen elämäkaarensa ajan.</p> <p>Kehittämistyö oli toimintatutkimus, jossa aineisto kerättiin ryhmähaastatteluna. Lisäksi moniammatillisen yhteistyön edistävät sekä estävät tekijät kysyttiin kirjallisesti. Aineisto analysoitiin induktiivisesti sisällönanalyyysillä.</p> <p>Tulosten perusteella kuntouttavaan työotteeseen kuvattiin kuuluvan yhtenäiset tavoitteet, henkilöstön työtä tukevat toimet ja asiakaslähtöisyys. Moniammatillinen yhteistyö kuvattiin toteutuvan vuorovaikutuksellisenä keskusteluna, neuvonta- ja ohjaustyönä eri ammattiryhmien välillä ja terapeuttien konsultointina.</p> <p>Johtopäätöksinä voidaan todeta, että kuntouttava työote todettiin kuuluvan kaikille asiakkaan kanssa työskenteleville henkilöille arjen hoitotyöhön liittyen. Se perustuu tavoitteen asettamiselle yhdessä asiakkaan kanssa ja toteutuu parhaiten moniammatillisena yhteistyönä eri ammattiryhmien kesken.</p> <p>Kehittämistyön tuloksien avulla saatua tietoa voidaan käyttää kuntouttavan työotteen toimintamallin kehittämiseksi Rinnekoti-Säätiössä.</p>	
Avainsanat	kehitysvammaisuus, kuntouttava työote, moniammatillisuus, yhteistyö

Author(s) Title Number of Pages Date	Reija Aho The view of Multi-professional Collaboration In Rehabilitative Patient Care By Nursing Staff In Nursing Home Antinrinne And Rehabilitation Professionals In Rinnekoti-Foundation. 59 pages + 5 appendices 19.12.2011
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Rehabilitation
Specialisation option	
Instructor(s)	Pekka Paalasmaa, PhD, Principal Lecture Salla Sipari, PhD, Principal Lecture
<p>The purpose of this study was to establish understanding and produce information of how rehabilitative patient care is seen by the nursing staff of nursing home Antinrinne and by the therapists from the rehabilitation services. The study investigated how the multi-professional collaboration is carried out in order to ensure the rehabilitative approach in patient care.</p> <p>The aim is that the produced information will help the nursing staff to identify with the rehabilitative approach in their own work and to verify its significance in substantiating the patients' functional ability throughout his life.</p> <p>The method for this study was a functional examination, where data was collected by a group interview. In addition the factors that were seen as inhibiting or prohibiting to the multi-professional teamwork were asked in written. The material was analyzed inductively by contextual analysis.</p> <p>The results described the rehabilitative approach in patient care as mutual goals, the actions to support the staff and as a focus in client orientation.</p> <p>The multi-professional collaboration was described to be happening as an interactive communication, counseling and guidance between the different professionals and as consultations from the therapists.</p> <p>As a conclusion it can be stated that the rehabilitative approach was seen to concern everyone who works in daily patient care duties. It is based on setting the goals for the patient in co-operation with the patient himself and it is most effective when it is done with multi-professional collaboration between the different professional groups.</p> <p>The results from this work can be used in enhancing the model of rehabilitative approach within patient care in Rinnekoti-Foundation.</p>	
Keywords	intellectual disability, rehabilitation, multi-professional collaboration

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kehitysvammaisuuden määrittely	3
3	Kehittämissympäristönä Rinnekoti-Säätiö	5
3.1	Rinnekoti-Säätiön palveluiden kuvaus	5
3.2	Rinnekoti-Säätiön tutkimus- ja kuntoutuskeskuksen hoitokodit	7
3.3	Hoitokoti Antinrinne	8
3.4	Kuntoutuspalvelut	9
4	Kuntouttavalla työotteella tuetaan asukkaan toimintakykyä	11
5	Moniammatillisuus käsitteenä ja sen ulottuvuudet	14
5.1	Moniammatillinen yhteistyö Rinnekodissa	17
5.2	Moniammatillinen yhteistyö hoitokodeissa sekä kuntoutuspalveluissa	17
6	Kehittämistyön tarkoitus, tavoitteet ja kehittämiskysymykset	19
7	Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa kuntouttavan työotteen sekä moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen	20
7.1	Kehittämistyön kulku	22
7.2	Aineistonhankinta	23
7.3	Aineiston analysointi	27
8	Tulokset	30
8.1	Kuntouttava työote	30
8.2	Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen	37
9	Tulosten yhteenveto ja pohdintaa	49

Lähteet

Liitteet

Liite 1. Lupahakemus

Liite 2. Tiedote

Liite 3. Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Liite 4. Esimerkki sisällön analysoinnin etenemisestä

Liite 5. Taulukko 4. Moniammatillisen yhteistyön edistävät ja estävät tekijät kirjallisista vastauksista

1 Johdanto

Tänä päivänä Suomessa arvioidaan olevan 35 000–40 000 kehitysvammaista. Kehitysvammaisten laitoshoidossa oli vuonna 2010 noin 2 000 henkilöä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Rinnekoti-Säätiön tutkimus- ja kuntoutuskeskuksen hoitokodeissa (Espoon Lakistossa sijaitseva Rinnekoti) kehitysvammaisia asukkaita oli vuonna 2010 yhteensä 290 henkilöä, kun se vuonna 2000 oli 354 henkilöä. Ympäri vuorokautisen hoidon tarve tutkimus- ja kuntoutuskeskuksessa on tasaisesti vähentynyt ja suunta jatkuu. Jatkossa osa asiakkaista siirtyy avohuollon palvelujen piiriin. Tähän on syynä valtioneuvoston 21.1.2010 tekemä periaatepäätös ohjelmasta kehitysvammaisten asumisen ja siihen liittyvien palvelujen järjestämiseksi vuosina 2010–2015. Ohjelman tavoitteena on vähentää laitospaikkoja suunnitelmallisesti ja hallitusti tuottamalla kehitysvammaisten henkilöiden tarpeita sekä toiveita vastaavia asumisratkaisuja ja tarjoamalla yksilöllisiä palveluja ja tukea. Osalla avun ja hoidon tarve on niin suuri, että vaativa ympärivuorokautinen hoito on välttämätöntä muodossa tai toisessa myös tulevaisuudessa. (Rinnekoti-Säätiö 2010: 7; Terveyden- ja hyvinvointilaitos 2011: 3.)

Nyt ja tulevaisuudessa kehitysvammaisten ikääntyminen tuo haasteita sekä hoitotyöhön, että kuntoutuksen asiantuntijoille, kuten esimerkiksi fysio- ja toimintaterapeutit, puheterapeutit, psykologit. Kehitysvammaisten kuntoutukselliset haasteet ovat ikääntymisen myötä moninaisempia ja siksi liikunta- ja toimintakyvyn ylläpitoa joudutaan lähestymään moniammatillisella kuntouttavalla työotteella myös Rinnekodissa. Jotta asukkaiden tarpeisiin vastataan parhaalla mahdollisella tavalla, yhteistyön on oltava tavoitteellisempaa, asukaslähtöisempää sekä osallistavampaa. Sosiaali- ja terveysministeriön (2004: 21) kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelmassa Kasteessa painotetaan moniammatillisen yhteistyön kehittämistä, minkä on todettu olevan avain hyviin kuntoutustuloksiin. Samassa ohjelmassa (Sosiaali ja terveysministeriö 2004: 21) todetaan, että kuntouttava työote ei ole vielä vakiintunut selkeäksi osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon työtä. Tämän vuoksi tarvittiin kuntouttavan työotteen kuvausta. Tämä on hyvä lähtökohta sen kehittämiseksi ja vakiinnuttamiseksi koko Rinnekoti-Säätiössä.

Kuntouttavaa työotetta kutsutaan lähteistä riippuen erilaisin käsittein kuten, esimerkiksi kuntouttava työtapana, kuntouttava hoitotyö tai kuntoutumista tukeva työtapana. Kaikki

käsitteet pitävät sisällään kuntoutuksellisten toimintojen toteuttamisen jokaisen hoito- ja/sekä kuntoutustilanteiden yhteydessä, asiakkaan voimavarat ja toimintakyky huomioiden. Hoito- ja kuntoutustilanteessa asiakkaan annetaan tehdä itse kaikki mihin hän pystyy, työntekijän toimiessa kannustavana tukena tai ohjaajana. Kuntouttava työote on tapa tehdä työtä yhdessä asiakkaan kanssa. Tässä työssä on käytetty kuntouttava työote sanaa kuvaamaan niitä toimia, jotka tukevat asiakkaan arjessa selviytymistä mahdollisimman itsenäisesti.

Kehittämistyön aihe on lähtenyt käytännön tarpeesta kehittää moniammatillista yhteistyötä hoitohenkilöstön ja terapeuttien kesken asukkaiden kuntoutuksessa. Yhteistyön myötä voidaan paremmin tukea ja ylläpitää asiakkaiden toimintakykyä ja sitä kautta parantaa heidän arkea.

Kehittämistyön tarkoituksena oli yhdessä Antinrinteen hoitokodin hoitohenkilökunnan ja kuntoutuspalveluiden terapeuttien kanssa luoda ymmärrystä siitä, mitä kuntouttava työote heidän kuvaamaansa on. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, mitkä ovat moniammatillisen yhteistyön edistäviä ja estäviä tekijöitä asiakkaan kuntouttavan työotteen toteutumisessa. Tuotetun tiedon avulla työyhteisössä pystytään kehittämään moniammatillista yhteistyötä, jolla tuetaan asiakkaan kuntoutuksellista arkea. Tutkimuksen tulokset luovat perustaa Rinnekoti- Säätiön kuntouttavan työotteen toimintamallin kehittämiseksi.

Suomen valtakunnallisessa vammaispoliittisessa ohjelmassa (VAMPO) on todettu, että vammaisten henkilöiden yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys taataan perustuslaissa. Jokaisella on oikeus elää omaa elämäänsä, saada arvostusta ja tulla kuulluksi ja ymmärretyksi omilla viestintäkeinoillaan ja -muodoillaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010: 29.) Kuntouttavalla työotteella pyritään tukemaan ja osallistamaan kehitysvammaista henkilöä toimimaan arjessa mahdollisimman itsenäisesti käyttäen hänen omia voimavarojaan ja osaamistaan arkisissa toimissa. Lisäksi pyritään tukemaan kehitysvammaista asiakasta koko hänen elämäkaarensa eri elämän vaiheissa, jotta hän pystyy elämään hyvän ja mahdollisimman täysipainoisen elämän.

2 Kehitysvammaisuuden määrittely

Vammaiseksi luokitellun ihmisen määritelmässä on perusteena ihmisen fyysinen tai psyykinen erilaisuus verrattuna valtaväestöön. Koska vammaisuus ei ole sairaus josta voi parantua, vaan pysyvä olotila, on kyse vammaisen ihmisen yksilöllisestä haitasta suhteessa elämän realiteetteihin. Yleisesti vammaisuuden määritelmä kuvaa muiden käsitystä vammaisesta henkilöstä, eikä huomioi henkilön todellista kapasiteettia tai toiveita ihmisenä. Yhteiskunnan tärkein pyrkimys on vähentää vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja tukea henkilön selviytymistä arjessa. (Lampinen 2007: 27-28; Kaski – Manninen - Pihko 2009: 22.) Rinnekoti-Säätiössä tavoitteena on asiakkaan kokonaisvaltainen hoitaminen sekä kuntoutus. Rinnekoti-Säätiössä huomioidaan henkilön toiminnan rajoitteet ja tuetaan häntä hänen tarpeidensa sekä olemassa olevien voimavarojen mukaan eri arjen toiminnoissa kaikissa elämänkaaren vaiheissa.

Kehitysvammaisuutta voidaan tarkastella ja määritellä usealla eri tavalla, esimerkiksi lääketieteen, diagnoosien, toimintakyvyn tai sosiaalisuuden näkökulmasta. Nykyisin se määritellään toimintakyvyn rajoittuneisuudeksi. (Verner 2011; Rissanen - Kallaranta - Suikkanen 2009: 507.)

Uusien asioiden oppiminen ja käsitteellinen ajattelu on kehitysvammaisille vaikeaa, vaikkakin kehitysvammaiset ihmiset oppivat monia asioita samalla tavalla kuin valtaväestö. Kehitysvammaisuuden kuvaamiseen on yleisesti käytetty älykkyydosamäärän mittaamista. Maailman terveysjärjestö (WHO) on määritellyt tautiluokituksen ICD 10:n (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), mukaan äyllisen kehitysvammaisuuden tilana, jossa henkisen suorituskyyvyn kehitys on estynyt tai epätäydellinen. Äyllinen kehitysvammaisuus voi esiintyä yksinään tai siihen voi liittyä fyysinen tai psyykinen tila. (Kaski ym. 2009: 16; Malm – Matero – Repo - Talvela 2006: 16.)

The American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) esittämä malli äyllisestä kehitysvammaisuudesta on perustaltaan toiminnallinen ja määrittelyssä ratkaisevat tekijät ovat edellytykset, ympäristö ja toimintakyky. Sen mukaan kehitysvammaisuudella tarkoitetaan nykyisen toimintakyvyn huomattavaa rajoitusta. Tilalle on ominaista merkittävästi keskimääräistä heikompi äyllinen suorituskyyky, johon

samanaikaisesti liittyy rajoituksia kahdessa tai useammassa seuraavista arkitaitojen osa-alueista: kommunikaatio, itsestä huolehtiminen, kotona asuminen, sosiaaliset taidot, yhteisössä toimiminen, itsehallinta, terveys ja turvallisuus, oppimiskyky, vapaa-aika ja työ. AAIDD:n määritelmän mukaan kehitysvammaisuus ilmenee ennen 18 vuoden ikää. (Kaski ym. 2009: 16 -17; Rissanen, ym. 2008: 507-508.)

Perinteisesti kehitysvammaisuutta kuten muutakin vammaisuutta on tarkasteltu lääketieteestä eli lääketieteen näkökulmasta. Rinnalla on pitkään ollut toimintakyvyn näkökulma, jossa pohditaan ihmisen valmiuksia selviytyä eri ympäristöissä. Viime vuosina on alettu puhua vaikeimmin vammaisista ihmisistä omana ryhmänään. Kansainvälisissä yhteyksissä käytetään lyhennettä PMD, *Profound Multiple Disabilities*. Sillä tarkoitetaan kaikkein vaikeimmin kehitysvammaisia ja monivammaisia ihmisiä. Heitä on kaikista kehitysvammaisista 5–10 %. (Verner 2011.) Viime vuosina on kehitysvammaisuutta alettu tarkastella erityisesti sosiaalisesta näkökulmasta. Sen puitteissa huomioidaan, että vamman sijaan ihmisten mahdollisuuksia rajoittavat usein erityisesti riippuvuus muista ihmisistä, ennakkoluulot ja syrjintä. (Verner 2011.)

Tarkkoja lukuja kehitysvammaisuuden esiintymisestä ei ole. Kasken (2009: 23.) mukaan Suomessa lasketaan epidemiologisten tutkimusten perusteella älyllisen kehitysvammaisuuden esiintyvän 1 %:lla väestöstä eli 50 000 henkilöllä kun taas Ripatti ja Paara (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinninlaitos 2011.) ovat kirjoittaneet kehitysvammaisia olevan Suomessa 35.000 – 40.000 henkilöä. Luvut vaihtelevat, koska kaikki kehitysvammaiset henkilöt eivät ole kehitysvammahuollon piirissä, eikä kaikilla ole diagnosoitu kehitysvammaa.

Vaikean kehitysvammaisuuden esiintymisluku tunnetaan parhaiten ja se on kansainvälisestikin verrattavissa oleva melko vakio, eli n. 0,4 % kouluikäisistä lapsista. Kansainvälisissä tutkimuksissa älyllisen kehitysvammaisuuden arvioidaan esiintyvän 3 %:lla, kun siihen lasketaan lievä kehitysvammaisuus mukaan. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinninlaitos (2011) ja Kaski ym. (2009: 22 – 23.)

3 Kehittämisympäristönä Rinnekoti–Säätiö

Avo- ja laitoshoidon palveluja antavia tutkimus-, kuntoutus- tai palvelukeskuksia on Suomessa tällä hetkellä 15, joista Rinnekoti-Säätiö (Rinnekoti) on yksi. Laitospaikkojen määrä on hyvin erilainen maan eri osissa. Vuonna 2007 maamme laitoshoidossa oli yhteensä 2 220 kehitysvammaista henkilöä, kun se vuonna 2010 oli 2000 henkilöä. (Kaski ym. 2009: 334; Terveysten- ja hyvinvointilaitos 2011: 7.) Rinnekoti-Säätiössä laitosasiakkaita oli vuosina 2009 306 ja 2010 heitä oli 290 henkilöä. (Rinnekoti – Säätiön vuosikertomus 2010). Laitosasiakkaiden määrä laskee vuosittain ja vuonna 2015 Rinnekoti-Säätiössä on laskettu olevan noin 150 hoitokodeissa asuvaa henkilöä.

Rinnekodin toiminta käynnistyi vuonna 1927 Helsingin Diakonissalaitoksella, kun sisar Aino Miettinen otti hoidettavakseen kaksi kehitysvammaista lasta. Rinnekoti-Säätiö perustettiin vuonna 1957. Sen toiminta perustuu eri laeissa yksityisille palveluntuottajille annettuun oikeuteen tuottaa palveluja kuntayhtymille, kunnille tai muille palveluja haluaville. Rinnekoti-Säätiö monipuolistaa jatkuvasti palvelujaan ja pitää samanaikaisesti huolta perustehtävästään erityispalveluja tarvitsevien ja vaikeimmin vammaisten asumis- ja hoitopaikkojen sekä palvelujen saatavuudesta. (Rinnekoti-Säätiö vuosikertomus 2010: 1-2.)

Rinnekoti-Säätiön palveluja ovat laitoshoidon palvelut, asumispalvelut (RK-asunnot), perhehoito, päivä- ja työtoimintapalvelut, poliklinikka- ja asiantuntijapalvelut sekä Rinnekodin koulu. Palveluiden sisällöt suunnitellaan asiakaslähtöisesti heidän tarpeidensa mukaan, yhdessä asiakkaan, hänen läheistensä ja kotikuntien edustajien kanssa. (Rinnekoti-Säätiö vuosikertomus 2010.)

3.1 Rinnekoti-Säätiön palveluiden kuvaus

Rinnekodin palveluissa pidetään tärkeänä yksilökeskeistä elämänsuunnittelua, joka tukee asiakkaan valinnanmahdollisuuksia ja itsenäistä päätöksentekoa koko hänen elämänsä ajan.

Asiantuntijapalvelut jakaantuvat lasten ja nuorten palveluihin, sekä aikuisten palveluihin. Palveluiden keskeinen toimintamuoto on eri ammattien välinen yhteistyö ja mo-

niammatillisen toimintatavan tunteminen ja hyödyntäminen. Asiantuntijoiden yhteistyö muodostuu eri kokoonpanoista ja moniammatillisista työryhmistä riippuen asiakkaan tarpeista. *Rinnekodin poliklinikka* tarjoaa yksilölliset hoito-, kuntoutus- ja tutkimuspalvelut sekä kotona, että palveluasunnoissa asuville kehitysvammaisille asiakkaille. Kuntoutuspoliklinikka käynnillä selvitetään asiakkaan yksilölliset kuntoutus- ja tukitoimien tarpeet. Kuntoutussuunnitelma, työkykyarvio tai muu lausunto laaditaan moniammatillisesti esimerkiksi Kelan tai vammaispalveluita tuottavien tahojen käyttöön. (Rinnekotisäätiö vuosikertomus 2010.)

Genetiikan palvelut sisältävät perinnöllisyyslääketieteen erikoislääkärin tutkimuksia kehitysvammaisuuden syyn selvittämiseksi. Diagnoosin avulla tuotetaan tietoa todetusta kehitysvammaoireyhtymästä, sen ennusteesta, hoidosta, seurannasta, kuntoutusmahdollisuuksista, periytymisestä ja uusiintumisriskistä, sekä tarvittaessa sikiö- tai alkiodiagnostiikan mahdollisuuksista. Laboratorio ottaa vastaan näytteitä myös muista hoitoyksiköistä ympäri Suomea. Lisäksi muita asiantuntijapalveluita ovat muun muassa kuntien tai kuntaryhmien tilaamat konsultaatio-, asiantuntija- tai valmennuskäynnit. (Rinnekotisäätiö vuosikertomus 2010.)

Tutkimus ja kuntoutuskeskuksen hoitokodit tarjoavat kattavasti eri-ikäisille kehitysvammaisille ympärivuorokautisen hoiva-, kuntoutus-, terveydenhoidon, perussairaanhoidon, päivä ja työtoiminnan sekä vapaa-ajan palvelut. Hoitokotien henkilöstöön kuuluu moniammatillinen, ammattitaitoinen ja koulutettu henkilöstö, jota johtaa kehitysvammalääketieteeseen perehtynyt erikoislääkäri yhteistyössä sosiaalityön, psykologian ja hoitotyön johtavien työntekijöiden kanssa. (Rinnekotisäätiö vuosikertomus 2010.)

Asumispalvelut (RK-asunnot) tarjoavat kehitysvammaisille laadukasta, turvallista, viihtyisää ja asukkaan tarpeenmukaista asumista, jossa tuetaan jokapäiväisiä elämäntoimintoja. Suurin osa asunnoista sijaitsee muun väestön keskellä tavanomaiseen asumiseen liittyvine oikeuksineen ja velvollisuuksineen. Kehitysvammaisella ihmisellä on asumisen lisäksi oikeus riittäviin päivittäisiin aktiviteetteihin. Kokonaisuus suunnitellaan yksilöllisen palvelusuunnitelman avulla yhteistyössä asiakkaan, hänen läheisten, kotikunnan edustajan ja RK-asuntojen edustajan kanssa. Palvelusuunnitelma sisältää asumiseen, terveyteen, työhön ja toimintaan sekä vapaa-aikaan ja talouteen liittyvät asiat, jossa huomioidaan asiakkaan edut ja oikeudet.

RK-asunnoissa voidaan tarjota asiakkaan tarpeen mukaan erilaisia asumispalveluiden muotoja. Jokaisessa RK-asuntojen yksikössä on määritelty painotusalueita, joiden avulla voidaan löytää oikeanlainen asumisympäristö tukipalveluineen ja virikkeineen. Tällaisia asumismuotoja on tuettu asuminen, ohjattu asuminen, autettu asuminen, vaativa autettu asuminen ja lyhytaikainen asuminen. (Rinnekoti-Säätiö vuosikertomus 2010.)

Perhehoidossa kehitysvammaisen asuu perhehoitajan kotona perheenjäsenenä. Viihtyisä ja turvallinen koti pysyvine ihmissuhteineen mahdollistaa yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamisen. Palvelusisältö suunnitellaan yhdessä kehitysvammaisen henkilön, läheisten ja kotikunnan kanssa ja ne kirjataan yksilölliseen tuki- ja palvelusuunnitelmaan. Perhehoidon palveluiden rinnalla voidaan tilapäisesti käyttää myös muita säätiön palveluja.

Rinnekoti-Säätiön erityispalvelut tarjoavat erityispalveluina muun muassa infektiohoito- ja sekä erityistason yksilöllisiä hoito- ja kuntoutuspalveluita. (Rinnekoti-Säätiö vuosikertomus 2010.)

3.2 Rinnekoti-Säätiön tutkimus- ja kuntoutuskeskuksen hoitokodit

Tutkimus- ja kuntoutuskeskuksessa Espoon Lakistossa on tällä hetkellä 25 hoitokotia. Hoitokodit ovat profiloituneet yksilöllisesti asiakasryhmien tarpeisiin muun muassa iän, sekä tarvittavan päivittäisen avun ja hoidollisuuden mukaan. Rinnekoti-Säätiön tutkimus- ja kuntoutuskeskuksen hoitokodit Espoon Lakistossa tarjoavat kehitysvammaisille asuinympäristön, jossa erilaisista toimintakyvyn rajoituksista huolimatta on mahdollisuuksia osallistua ja tulla ymmärretyksi. Hoitokotien toiminta perustuu ammatilliseen osaamiseen, näyttöön perustuviin käytäntöihin ja asiakkaille laadittuihin yksilöllisiin hoito- ja ohjaussuunnitelmiin, sekä säännöllisesti vähintään kolmen vuoden välein moniammatillisen työryhmän laatimiin kuntoutussuunnitelmiin. Uudistetussa organisaatiomallissa hoitokotien toiminnasta vastaavat palvelujohtaja, palvelupäällikkö, hoitotyön koordinaattori ja esimiehet. (Rinnekoti-Säätiö vuosikertomus 2010.)

Rinnekoti-Säätiön hoitokodeissa eri-ikäiset kehitysvammaiset saavat tarvitsemansa ympärivuorokautisen kokonaishoidon. Hoidon perusta on asiakaslähtöisyys ja tieteellisen ja kokemuksen kautta saatu riittävä näyttö. Asiakkaista yhä suurempi osa tulee hoito-

kotiin lyhytaikaiselle tutkimus- ja hoitokodille määräajaksi, esimerkiksi perheen jaksamista tukevaan tilapäishoittoon. Osalla kehitysvammaisista henkilöistä avun ja hoidon tarve on jatkuvasti niin suuri, että hoitokodista muodostuu heille pysyvä, turvallinen koti. Pysyvän hoitokotiasumisen taustalla voi olla esimerkiksi vaikea- ja monivammaisuus, pitkäaikaissairaus, mielenterveysongelmat, vaikeasti tulkittava käyttäytyminen tai autismiin liittyvät palvelutarpeet. (Rinnekoti–Säätiö vuosikertomus 2010.)

Vaativaa ja erityisen vaativaa hoitopalvelua tarjoavat Rinnekodin hoitokodit ovat pitkälle erikoistuneet erilaisten vaativien asiakasryhmien hoitoon ja kuntoutukseen. Asiakkaiden erityistarpeiden vuoksi henkilöstömitoitus ja asiantuntijoiden käyttö on suurempi kuin tavanomaisissa hoitopalveluissa. Henkilöstöä koulutetaan jatkuvasti asiakkaiden erityispiirteiden mukaisesti.

Lasten ja nuorten hoitokodit tarjoavat hoitoa ja kuntoutusta autistisille ja vaikeasteisesti haastaville, sekä monivammaisille lapsille ja nuorille yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Hoitokotien henkilöstön tukena ovat Rinnekoti–Säätiön asiantuntijat ja monipuoliset palvelut.

Lyhytaikaisen hoidon ja kuntoutuksen yksiköt ovat erikoistuneet tarjoamaan lyhytaikaista hoitoa monivammaisille lapsille ja nuorille, joiden hoito vaatii nopeita erikoisjärjestelyjä. Lasten kuntoutuskoti tarjoaa myös perheen levon turvaavaa hoitoa erikseen sovittuina ajankohtina. *Psykiatrian kuntoutus- ja kriisipalvelut* ovat nuorille ja aikuisille kehitysvammaisille, joilla on vaikeaa ja haastavaa käyttäytymistä tai mielenterveydellisiä ongelmia.

3.3 Hoitokoti Antinrinne

Laitoshoidon toimintayksikköjä ovat liikuntavammaisten yksiköt, vaikeavammaisten, käytökseltään vaikeasti tulkittavien ja/tai avuttomien yksiköt, sekä sosiaalista ja asumispalveluihin valmentavaa kuntoutusta tarvitsevien yksiköt. Tähän kehittämistyöhön osallistui hoitokoti Antinrinteen hoitohenkilöstö kuntoutuspalveluiden terapeuttien lisäksi. Hoitokoti valikoitui tutkimukseen, koska tutkija työskentelee tässä hoitokodissa fysioterapeuttina ja osastonhoitajalta ja henkilökunnalta löytyi mielenkiintoa tutkimuk-

seen osallistumiseen. Antinrinne on 15 paikkainen hoitokoti vaikea- ja monivammaisille kehitysvammaisille aikuisille ja ikääntyville sekä vanhuksille. Lisäksi hoitokoti on profiloitunut saattohoitoon. Asiakkailta voi olla vammaisuuteensa lisäksi somaattisia sairauksia, joihin he tarvitsevat jatkuvaa hoitoa. Asiakkaat ovat pääasiassa vanhuksia. Osastolla asuu 6 naista ja 9 miestä. Asiakkaiden vaatimat hoito- ja kuntoutuspalvelut suunnitellaan moniammatillisena yhteistyönä. Käytettävissä on muun muassa fysio-, toiminta-, puhe- ja ravitsemusterapeuttien erityisosaaminen. Kullekin asiakkaalle on nimetty omahoitaja, joka suunnittelee yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa kokonaisuhoitoa. Osaston oma lääkäri tekee tiivistä yhteistyötä hoitohenkilöstön, sekä terapeuttien kanssa. Henkilökuntaan kuuluu 14 työhönsä sitoutunutta työntekijää, jotka ovat sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisia, sekä hoitoapulaisia- ja avustajia. (1 terveydenhoitaja, joka toimii osastonhoitajana, 4 lähihoitajaa, 2 palveluavustajaa, 6 hoitoapulaista sekä oppisopimusopiskelija). (Rinnekoti-Säätiön vuosikertomus 2010, Hoitokoti Antinrinteen esite.)

3.4 Kuntoutuspalvelut

Kuntoutuspalvelut ovat osa asiantuntijapalveluja Rinnekoti - Säätiön tutkimus- ja kuntoutusyksikössä. Kuntoutuspalveluissa työskentelee kuntoutuslääkäri, vastaava fysioterapeutti, 2 fysioterapeuttia, 2 toimintaterapeuttia, 2 puheterapeuttia, kuvataide- ja musiikkiterapeutti sekä seksuaaliterapeutti. Kuntoutuspalveluiden esimiehenä toimii ylilääkäri ja fysioterapeuttien esimies on vastaava fysioterapeutti. Terapeutit tekevät tiivistä yhteistyötä erikoislääkärien kanssa, joista muun muassa kuntoutuslääkäri on yksi tärkeä osa moniammatillisessa tiimityöskentelyssä, sekä kuntoutuksen kehittämisessä.

Terapeuttien palvelut muodostuvat hoitokotien asiakkaiden liikunta- ja toimintakyky- sekä apuvälinetarvearvioista sekä tarvearvioiden perusteella toteutettavista terapioista sekä ryhmätoiminnasta. Kuntoutuspalveluiden terapeutit ohjaavat ja neuvovat hoitohenkilöstöä arjen toimintoihin liittyvissä, asiakkaiden kuntoutumista tukevilla hoidoilla ja toiminnoilla. Terapeutit osallistuvat asiantuntijoina erilaisiin moniammatillisiin kuntoutuksellisiin työryhmiin ja heidän työtehtäviinsä kuuluu myös oman ammatillisen työn kehittäminen moniammatillisena toimintana.

Fysio- ja toimintaterapeuteilla on nimetyt vastuu hoitokodit, joiden terapeuttisen toiminnan suunnittelusta, ohjauksesta ja toteutuksesta he vastaavat tehden yhteistyötä hoitohenkilöstön sekä muiden kehitysvammaisen asiakkaan verkostoon kuuluvien ammatti- ja lähihenkilöiden kanssa.

4 Kuntouttavalla työotteella tuetaan asukkaan toimintakykyä

Kuntoutus on määritelty Valtioneuvoston kuntoutusselonteossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002: 3) ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. Se eroaa tavanomaisesta hoidosta ja huollosta monialaisuutensa sekä menetelmiensä vuoksi. Hoidon ja kuntoutuksen raja ei kuitenkaan ole kaikissa tilanteissa selvä. Kuntoutujan oma osallisuus kuntoutusprosessissa ja vaikuttaminen ympäristöön ovat tämän päivän kuntoutuksen ydinkysymyksiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002: 3; Järvikoski – Härkäpää 1995: 182.)

Kuntouttavan työotteen (Holma, – Heimonen, - Voutilainen 2002; Heimonen – Voutilainen 1998; Siipola 2001) käsitteellä tarkoitetaan kuntoutuksen toteuttamista jokaisen hoitotilanteen yhteydessä ottamalla asiakkaan voimavara, t sekä toimintakyky huomiioon. Kuntouttavasta työotteesta käytetään myös nimitystä kuntoutumista edistävä hoitotyö (Suvikas – Laurell – Nordman 2009; Routasalo – Lauri 2001; Ilvonen 2004; Kelhä 2006; Mäntynen 2007; Vähäkangas 2010) tai siitä voidaan myös käyttää käsitettä toiminnallinen kuntoutus (Siipola 2001).

Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan konkreettisesti sitä, että asiakas tekee itse kaiken sen mihin hän pystyy hoitajan toimiessa motivoijana ja ohjaajana. Holman ym (2002: 43-45) mukaan kuntouttava työote on tapa tehdä arjen työtä, joka näkyy hoitajan tavassa kohdata asiakas. Siipola (2001) on käsiteanalyysissään todennut, kuntoutumista edistävän hoitoyön olevan toimintaa, jota tekemisen tapa määrittää ja sen sisältöön vaikuttavat hoitajan tiedot, taidot ja asenteet.

Kuntoutumista tukevalla työtavalla tarkoitetaan sellaista asiakastyötappaa, jossa hoitaja tukee ja kannustaa kuntoutujaa selviytymään mahdollisimman itsenäisesti arkitoimintaan ja hallitsemaan arkielämäänsä omien voimavarojensa ja toimintakykynsä mukaan. Hoitaja ei tee asioita kuntoutujan puolesta, vaan yhdessä hänen kanssaan. (Kähäri-Wiik – Niemi - Rantanen 2006.)

Kuntouttava työote edellyttää hoitohenkilökunnalta omien asenteidensa tunnistamista ja että he omaavat hyvän ammatillisen tietoperustan, sekä taitoa toimia ihmisten kanssa vuorovaikutuksessa. Taitoa kertyy kokemuksen kautta, mutta tiedon saaminen ja vahvistaminen vaatii jatkuvaa opiskelua. (Holma ym. 2005: 44 - 45.)

Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan kaikkea sitä toimintakykyä edistävää ja tukevaa toimintaa, jota hoitohenkilöstö tekee osana päivittäistä työtään. Siipolan (2001) mukaan kuntouttava hoitotyö on tavoitteellista ja toteutuu tiimityönä. Viime vuosina käyttöön otettu kuntouttavan työotteen käsite korostaa niin koti- kuin laitoshoidossakin, jokaisen hoitotilanteen toteuttamista asiakkaan toimintakyvyn ja voimavarojen huomiioon ottavalla tavalla. Kuntouttava työote on tapa tehdä arjen työtä yhdessä asukkaan kanssa toimien. (Holma ym. 2002: 43.)

Koivikko ja Autti-Rämö (2006: 1908) ovat artikkelissaan; Mitä on kehitysvammaisen hyvä kuntoutus? todenneet myös, että kuntoutus on nähtävä arkeen liittyvänä kokonaisuutena, jossa yksilön mahdollisuudet ja rajoitukset on huomioitu. Samoin Hannu Heiskala (2002: 2015) on todennut, että kuntoutuksen keskeiseksi päämääräksi on asetettava päivittäisistä toiminnoista selviytyminen ja tämän päämäärän toteutus on liitettävä osaksi arkea. On tärkeää tunnistaa ne kehitysvammaisen liikunta- ja toimintakyvyn osa-alueet, jotka tuottavat ongelmia ja joissa edistyminen tuo asianomaiselle itselleen eniten hyötyä.

Kehitysvammaisen selviytymiseen vaikuttavat osatekijät voidaan parhaiten hahmottaa WHO:n toimintakykyluokituksen ICF:n (International Classification of Functioning, Disability and Health) avulla. Se on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (WHO 2007: 3.) Markus Kasken ym. (2009: 15.) mukaan ihmisen toimintakyky koostuu monista osatekijöistä ja sen kuvaaminen on monimutkainen prosessi.

ICF:ssä (WHO 2007: 3-9.) kuvataan sekä biopsykososiaalista, että toiminnallista tilaa kehon toimintojen, suoritusten ja osallistumisen aihealueilla. Toimintakyky on yläkäsite, joka kattaa kaikki ruumiin ja kehon toiminnot, suoritukset sekä osallistumisen. Juuri yksilön selviytymiseen vaikuttavat osatekijät voidaan parhaiten hahmottaa ICF:n avulla.

Arjesta selviytymiseen kuuluu aina monia asioita. Kuntoutuksessa pyritään näiden heikkojen osastekijöiden tunnistamiseen ja vahvistamiseen yksilön toimintakyvyn parantamiseksi. Kehitysvammaisen lapsen kuntoutusta ei voida rajata kasvatuksen ja opetuksen erillisiksi toiminnoiksi. Samoin aikuisten kuntoutuksen päämäärät liittyvät enemmän jokapäiväisistä toiminnoista selviytymisen, käyttämättömien voimavarojen tunnistamiseen, sekä jo unohtuneiden taitojen uudelleen löytämiseen. Kehitysvammaisten kuntoutuksessa tärkeä painopiste on arkitilanteiden harjoittelussa, jotta uudet opittavissa olevat taidot voivat siirtyä omaan ympäristöön ja arjen tilanteisiin. (Kaski ym. 2009:)

Kehitysvammaisen kuntoutus perustuukin ensisijaisesti yhteisön kykyyn siirtää kuntoutustoimenpiteet osaksi arkea, kuten ICF korostaa. Tähän liittyy voimakkaasti realistiset kuntoutuksen tavoitteet sekä kehitysvammaisen yksilön hyväksyminen omana itsenään. Tutkimuksissa Abbeduto, Boudreau (2004) ovat arvioineet, että arjen tilanteisiin liittyvät harjoitukset ovat kehitysvammaisille parhaat (Koivikko – Autti-Rämön 2006: 1910 mukaan).

Kuntouttavan työtteen toteutuminen suunnitelmallisesti ja tavoitteiden saavuttaminen edellyttävät jatkuvaa ja järjestelmällistä kirjaamista. Hoitaja kirjaa kuntoutumisen edistymisen ja arvioi kuntoutustiimin kanssa, miten kuntoutuminen on onnistunut, sekä miten tavoitteisiin on päästy. Hoitajat vastaavat asiakkaan kuntoutumisesta ympäri vuorokauden ja edelleen mahdollistavat kuntoutumisen, esimerkiksi antamalla kipulääkkeen ennen kuntoutumisharjoituksia. He informoivat omaisia ja kuntoutujaa kuntoutumisesta ja tukevat kuntoutujaa kuntoutumisprosessissa ja rohkaisevat omatoimisuuteen. Kuntoutumisen arviointi antaa myös palautetta hoitajille heidän oman työnsä tuloksista ja kehittämistarpeista. (Holma ym 2005: 44-)

Heimonen ja Voutilainen (1998: 202) ovat kirjoittaneet Sirissa Gustavssonin (1998) mukaillen, että työyhteisön toiminnassa on erilaisia vaikuttavia tekijöitä, mitkä ovat pohjana kuntouttavaa työtä toteutettaessa. Hänen mukaansa myös työntekijä itse voi joko auttaa tai estää kuntouttavan työtteen toteutumista.

5 Moniammatillisuus käsitteenä ja sen ulottuvuudet

Moniammatillisen yhteistyön käsitettä on käytetty eri ammattiryhmien yhteistyön kuvauksissa ja asiantuntijoiden piirissä 1980-luvun lopulta asti. Suomeen termin käyttö vakiintui 1990-luvulla. Moniammatillisen (multiprofessional, interprofesional, trans-/crossprofessional) yhteistyön käsitettä käytetään varsin laajasti ja epämääräisesti. Sen avulla kuvataan hyvin monenlaisia asiantuntijoiden yhteistyötapoja. Suomen kielessä moniammatillisen yhteistyön käsitteelle ei ole synonyymia. Moniammatillisessa yhteistyössä on mukana useita asiantuntijoita sekä mahdollisesti eri organisaatioita. (Isoherranen 2008: 29-37.)

Moniammatillisuutta tutkinut Isoherranen (2008) kuvaa teoksessaan Enemmän yhdessä, moniammatillisen yhteistyön viittä kohtaa, jotka korostuvat moniammatillisessa yhteistyössä. Kohdat ovat asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökumien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset sekä verkostojen huomioiminen. Moniammatillisen yhteistyön lähtökohtana on aina asiakas ja hänen tarpeensa ja toiveensa. Moniammatillisessa yhteistyössä puhutaan synergiasta, kun ryhmän tai tiimin yhteistyö tuottaa positiivisemmän ja paremman tuloksen kuin yksittäin tai rinnakkain työskentely. Moniammatillisuuden käsitettä käytetään laajasti kuvaamaan asiantuntijoiden yhteistyötä. Se on kuitenkin sateenvarjokäsite, jonka alta löytyy monenlaisia yhteistyömuotoja. Moniammatillisuudessa eri asiantuntijoiden tieto ja osaaminen integroidaan prosessien kautta yhteen asiakasta unohtamatta. (Isoherranen 2004: 13-14, Isoherranen ym.2008: 34-38.) Nikanderin (2003: 279) mukaan moniammatillinen yhteistyö nähdään yhtenä keskeisenä toimintatapana, jonka avulla sosiaali- ja terveydenhuollon haasteisiin voidaan vastata.

Kyky tehdä yhteistyötä on aina ollut hyvin keskeinen tekijä ihmisen kehityksessä ja sen avulla on kyetty ratkomaan eteen tulleita ongelmia. Yhteistyötä tapahtuu monilla eri tasoilla ja mitä monimutkaisempia asioita yhteistyön puitteissa käsitellään, sitä tärkeämmäksi tulevat yhteinen kieli, käsitteet sekä vuorovaikutukseen liittyvät säännöt. Nykyiset työyhteisöt vaativat toimiakseen yhä kehittyneempiä yhteistyömuotoja. Tekniikan kehittyminen on mahdollistanut uudenlaisten yhteyksien ja verkostojen luomisen. (Isoherranen 2008:26.) Moniammatillisen toimintakulttuurin kehittäminen edellyttää

yhteistä visiota, tavoitteita, osaamisen analyysia ja ennen kaikkea toimintaa (Karila - Nummenmaa 2001; 3).

Teoreettisena lähtökohtana uudelle yhteistyön tasolle on systemaattinen ajattelu. Systemi on kokonaisuus, jonka erilliset osat ovat yhteydessä ja vaikutussuhteessa toisiinsa ja joilla on yhteinen tavoite. Systeminen kokonaisuus synnyttää ominaisuuksia, joita ei voi havaita systeemin yksittäisessä osassa, vaan ne ovat kaikkien systeemin osasten summa. (Isoherranen 2008:29.)

Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevät rinnakkain eri alojen ammattilaiset. Eri ammattiryhmät näkevät ja käsitteellistävät asiakkaan eri tavoin. Jokaisella ammattiryhmällä on oma ammattiosaamisalueensa, joka korostuu heidän näkemyksissään. Jotta moniammatillisessa ryhmässä käsiteltävät asiat eivät pirstaloituisi, on tärkeää että tieto saadaan kerättyä ja kokonaiskäsitely saavutettua. Tästä syystä on erityisen tärkeää pitää yllä avointa dialogia, jonka päämäärä on kaikille yhteinen. (Isoherranen 2008:32.)

Moniammatillisessa yhteistyössä eri alojen asiantuntijat vastaavat oman alansa erityisosaamisesta. Ammattihenkilöt, joilla on erilaista osaamista ja valtuuksia suorittaa tiettyjä tehtäviä. Tällöin on tärkeää vertailla ammattitaitojaan ja löytää yhteisen osaamisen alueet, sekä tunnistaa omat erityistaidot ja - tiedot. Keskeistä yhteistyössä on jatkuva vuorovaikutus ja tarkoituksenmukaisuus. Moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvilla tulee olla selkeä kuva sekä omasta että toisten rooleista. (Qvretveit 1995, 157–158.)

Dialogi on oleellinen osa moniammatillista yhteistyötä, sillä sen avulla jaetaan yhteistä ymmärrystä. Dialogin tavoitteena on saavuttaa yhteinen ymmärrys käsiteltävästä asiasta ja sitä ei kukaan voi yksin saavuttaa. Moniäänisyys onkin dialogin ominainen piirre. Dialogin tavoitteena on keskustella asioista yhdessä ja tehdä johtopäätöksiä. Moniäänisyys mahdollistaa eri käsitysten rinnakkaisen pohtimisen. Kaikkien mielipiteet tulisi ottaa huomioon, vaikka ne eivät aina sopusikaan omaan ajatteluun. Isoherrasen (2004) mukaan on tärkeää olla avoin, omata kuuntelemisen taito, sekä kunnioittaa muiden mielipiteitä ja asiantuntija lausumia vaikka toisen näkökulma ei aina olisikaan mieleinen. "Näin keskustelussa syntyy parhaimmillaan kokonaiskuva kartoitettavasta ilmiöstä, tapahtuu siirtyminen yksilöllisestä tiedosta yhteisölliseen tietoon ja rakentuu jaettua ymmärrystä." (Isoherranen 2004: 25.)

Moniammatillinen yhteistyö on käsitteenä laaja ja siihen voidaan liittää myös käsitteet tiimityöskentely ja yhteistoiminnallisuus (co-operation). Moniammatillisessa tiimityössä yhdistetään nopeasti tarpeellinen ja käytettävissä oleva tieto, sekä voimavarat. Tiimi koostuu pienestä ryhmästä henkilöitä, minkä tarkoituksena on saavuttaa yhteinen päämäärä. (Qvretveit 1995: 92-93; Nikander 2005: 280.)

Tiimit ovat kokonaisvaltaisen tiedon keruun kannalta avain asemassa. Yhteistyön kehittäminen voi myös johtaa demokraattisempaan päätöksen tekoon. Tämä vaatii yhteisöllä uudenlaista roolien, tietojen ja vastuiden soveltamista työyhteisössä. Moniammatillisen yhteistyön keskiössä on kokonaisvaltaisen käsityksen saaminen olemassa olevasta tiedosta. Yhteistyön mahdollistamiseksi on luotava edellytykset tiedon kokoamiselle, prosessoinnille ja yhteisen tavoitteen rakentamiselle. Asiantuntijoiden omien tavoitteiden lisäksi tarvitaan selkeä yhteinen asiakaskohtainen tavoite. Asiakaslähtöisen kokonaisvaltaisen tiedon kokoamiseksi tulee kaikkien toimijoiden voida vaikuttaa päätöksen tekoon ja antaa tiimin käyttöön oma osaaminen ja näkökulma omalta erityisosaamisalueeltaan. Tiimit mahdollistavat joustavan asiakaslähtöisen rakenteen, tiedon keruun ja käsittelyn. Näin saadaan käyttöön systeemin tuottama lisäarvo. Tiimi työskentely mahdollistaa oman tietopohjan tunnistamisen ja saattamisen yhteen toisten asiantuntijoiden tiedon kanssa, jolloin saadaan tuotetuksi "koko totuus". Sovitut yhteiset tapaukset ja yhteistoiminnan arvioinnit mahdollistavat moniammatillisen yhteistyön idean toteutumisen. (Isoherranen 2008: 31-32, 84-87.)

Ryhmätoiminnassa eri ihmisillä on erilaisia rooleja. Moniammatillisessa yhteistyössä keskustellaan paljon myös roolimäärityksistä ja aikaisempien roolirajojen ylityksistä tiimin sisällä. Siksi ymmärrys rooleista on tärkeää yhteistyötä kehitettäessä. Rooleja on erilaisia kuten esimerkiksi virallinen rooli, joka muodostuu asiantuntijuuden ja mahdollisen ryhmän antaman roolin kautta. Epävirallinen rooli puolestaan muodostuu persoonallisuuden piirteistä, tavoista ja käyttäytymisestä ryhmässä. Joskus ryhmän kommunikatio ei etene tavoitteen suuntaisesti siksi, että persoonat eivät tule toimeen keskenään. Tällaisissa tilanteissa tarvitaan sosiaalista osaamista hyvän tavoitteellisen keskusteluprosessin syntymiseksi. Kun pyritään tehokkaaseen yhteistyöhön, roolien päällekkäisyyksiä pyritään poistamaan. Työryhmän tai tiimin jäsenet voivat tarvittaessa pyytää tiimistä tai esimieheltä roolinsa täsmentämistä. Rooliristiriitatilanteiden välttämiseksi on muutostilanteissa erityisen tärkeää määritellä roolit uudella tavalla selkeästi kaikille.

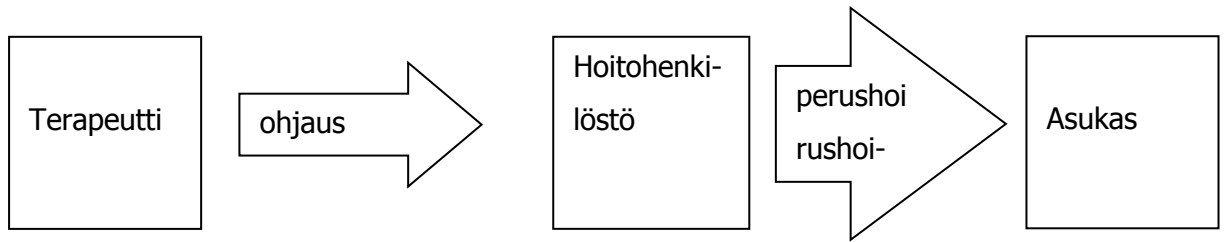
Roolien määrittelyssä, on myös tärkeitä huomioida mikä on sellaista osaamista, jota kaikilla ryhmän jäsenillä on, ja mikä on toisaalta jokaisen erityisosaamista. Ryhmä tai tiimityöskentelyssä kokonaisvastuu on kollektiivinen. Yhteinen roolien täsmentäminen nopeuttaa muutosta, lisää ryhmän toiminnan tehokkuutta ja sen jäsenten työhyvinvointia. (Isoherranen 2005: 41-43.)

5.1 Moniammatillinen yhteistyö Rinnekodissa

Moniammatillinen yhteistyö Rinnekoti-Säätiössä vaatii monien eri ammattiosajien saumatonta yhteistyötä, johon kuuluu hyvä kommunikointi, vuorovaikutus, yhtenäiset kirjaamiskäytännöt, asiakkaan ja henkilöstön yhdessä laatimat kuntoutuksen tavoitteet ja suunnitelmallisuus. Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on asiakkaan tarvitseman kokonaisuuden toteuttaminen sekä kuntoutusprosessin toteutuminen. Yhteistyössä on mahdollista yhdistää erilaista osaamista ja asiantuntijuutta rakentamalla yhteisiä toimintatapoja ja -malleja ja visioita. (Launis 1997: 130-131.) Myllysen (2008) tutkimuksessa todettiin Rinnekodissa tehtävän monenlaista moniammatillista yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen tarpeiden arvioinnissa, suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa. Yhteistyön muodot ja tahot vaihtelivat asiakkaiden, työntekijöiden tai työyksiköiden tarpeista riippuen. Hänen mukaansa moniammatillinen yhteistyö on Rinnekodissa keskeinen työväline asiakkaan hyvässä kokonaisuudessa.

5.2 Moniammatillinen yhteistyö hoitokodeissa sekä kuntoutuspalveluissa

Kuntoutuspalveluiden asiantuntija terapeuttien yhtenä perustehtävänä on ohjata ja neuvoa hoitohenkilöstöä hoitokotien asukkaiden kuntoutumista tukevissa toiminnoissa arkeen kohdennettuna. Eri ammattikuntiin kuuluvien työntekijöiden yhteistyön uskotaan takaavan tasapuolisemman ja läpinäkyvämmän hoito- ja päätöksentekotyön niin terveydenhuoltohenkilöstön kuin asiakkaidenkin kannalta (Nikander 2005: 279). Tällä hetkellä ohjaus ja neuvonta toiminta toteutuu pääsääntöisesti yksilöllisenä ohjauksena asukkaan tarpeiden mukaisesti. Toiminta on ohjauksellista toimintaa terapeuteilta hoitajille (Kuvio 1)



Kuvio 1. Rinnekodin tämänhetkinen toimintapa terapeuttien ohjaus- ja neuvonta toiminnassa.

Hoitokodeissa yhteistyö toteutuu hoitotyön, lääketieteen, psykologian sosiaalityön, kuntoutuksen sekä päivä- ja työtoimintojen asiantuntijoiden kesken. Hoitokodin asiakkaalle laaditaan kuntoutussuunnitelma yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaisensa tai lähihenkilön/edunvalvojan, kunnan kehitysvammahuollon edustajan, lääkärin, palvelukoordinaattorin, sosiaalityöntekijän sekä hoitokodin esimiehen kanssa. Asiakkaan palvelukokonaisuus muodostuu hoitokotien henkilökunnan, päivä- ja työtoimintojen, tukipalvelujen sekä kuntoutuksen asiantuntijoiden yhteistyönä.

6 Kehittämistyön tarkoitus, tavoitteet ja kehittämiskysymykset

Kehittämistyön tarkoituksena oli luoda ymmärrystä siitä, mitä kuntouttava työote on Antinrinteen hoitokodin hoitohenkilöstön ja kuntoutuspalveluiden terapeuttien kuvaamana. Lisäksi kehittämistyössä selvitettiin, miten moniammatillista yhteistyötä tehdään kuntouttavan työotteen toteuttamiseksi.

Kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa yhdessä Antinrinteen hoitokodin henkilöstön ja kuntoutuspalveluiden terapeuttien kanssa kuntouttavan työotteen toimintamallin kehittämisen taustaksi. Tavoitteena on, että tämän yhdessä tuotetun tiedon avulla henkilöstö ymmärtää mitä kuntouttava työote heidän työssään käytännössä merkitsee ja miten se tukee kehitysvammaisen asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämistä koko hänen elämäkaarensa ajan.

Kehittämiskysymykset:

1. Mitä kuntouttava työote on hoitohenkilöstön sekä terapeuttien kuvaamana?
2. Miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu?

7 Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa kuntouttavan työotteen sekä moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen

Työelämän kehittämistarpeet voivat saada alkunsa valtakunnallisista, alueellisista tai yksittäisten organisaatioiden ja työyhteisöjen strategioista tai kehittämistarpeista. Kehittämishanke työpaikalla voi lähteä myös siellä esiintyvistä ongelmatilanteista tai työhyvinvointia heikentävistä asioista, joiden syitä ei tunnisteta työyhteisössä. Terveystuollossa kehittämishankkeen käynnistämisen lähtökohtana on useasti ollut jonkin asian kehittäminen, uusien ratkaisujen löytäminen jo olemassa oleviin ongelmiin tai uusien asioiden esille tuominen. (Heikkilä – Jokinen – Nurmela 2008: 60.)

Kuntoutuksen asiantuntijana olen eri hoitokodeissa työskennellessäni havainnut moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeet. Moniammatillista yhteistyötä tulee kehittää, jotta kuntouttava työote saataisiin Rinnekodissa parhaalla mahdollisella tavalla osaksi asiakkaan arkea. Kehittämistoiminta voi kohdistua yksittäisiin työntekijöihin ja heidän ammatilliseen osaamiseensa. Tällöin tavoitteena on saada aikaan muutosta työnteon tavoissa ja menetelmissä (Toikko – Rantanen 2009: 16). Tässä kehittämistyössä selvitettiin miten moniammatillista yhteistyötä tehdään asiakkaan kuntouttavan työotteen toteuttamisessa.

Kehittämistoiminta rakentuu useiden eri toimijoiden sitoutumisen ja aktiivisen osallistumisen varaan, vaikka toimijoilla voi olla erilaiset intressit. Kehittämisessä toimijoilla voi olla myös erilaisia näkemyksiä, joita sovitellaan sekä muodostetaan yhteistä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. (Toikko – Rantanen 2009: 10.)

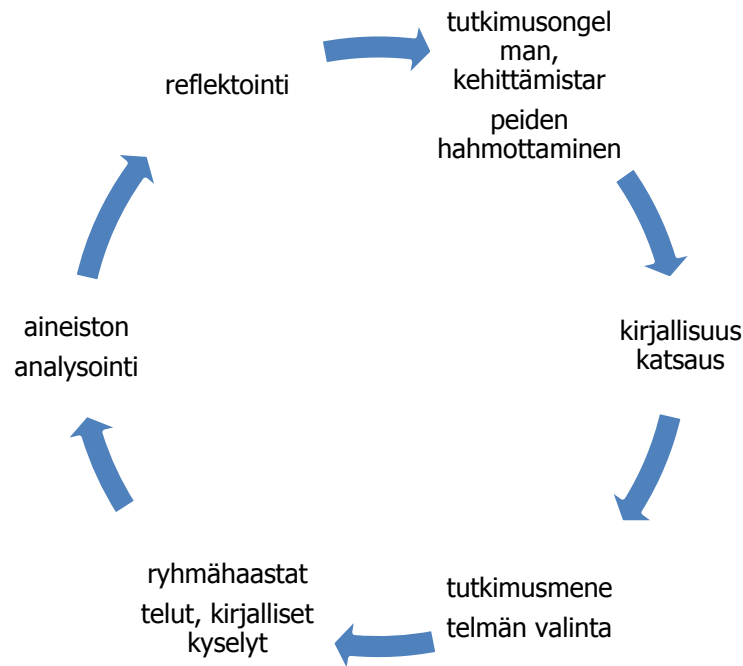
Tutkittavalle kehittämistyölle on tyypillistä, että siinä tunnustetaan kehitettävää työtä tekevien kyky ja oikeus tietämiseen. Lähtökohtana on osallistuva tutkimus, jossa tutkimus nähdään selkeästi yhteisöä rakentavana ja muuttavan voimana. Tutkimukselliseen kehittämistyöhön kuuluu osana kriittisyys ja kyseenalaistaminen. (Toikka – Rantanen 2009: 157.)

Moniammatillinen kehittäminen koskettaa useita vuorovaikutuksessa olevia eri ammattiryhmiä. Kehittämisessä korostuu ammattiryhmien välinen yhteistyö, jonka avulla saadaan kunkin toimijan erityisosaaminen parhaalla mahdollisella tavalla hyödynnetyksi.

Tästä seuraa oppimista, joka kehittää myös käsityksiä ja toimintamalleja. Kehittämistyön onnistuminen vaatii myös johdon sitoutumista, riittäviä resursseja, yhtenäistä kehittämisen halua, pitkäjänteisyyttä ja selkeää tiedottamista. (Heikkilä ym. 2008: 55-61.)

Tämän kehittämistyön tutkimuksellinen lähestymistapa on toimintatutkimuksellinen. Tämä on suunnittelu vaihe, jossa tuotettiin tietoa kuntouttavan työtteen toimintamallin kehittämiseksi Rinnekoti-Säätiössä. Toimintatutkimukselle on luonteenomaista toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus. Sen yhtenä pyrkimyksenä on toiminnan kehittäminen ja muutoksen aikaansaaminen. Toiminnan käsitteellä toimintatutkimuksessa tarkoitetaan kaikkea sosiaalista toimintaa. Sen ensisijaisena tarkoituksena on tutkia ja kehittää ihmisten yhteistoimintaa. (Aaltola – Valli 2007:196 – 197; Anttila 2005: 439; Heikkinen – Rovio – Syrjälä 2006: 16-19.)

Toimintatutkimukselle tyypillistä on tutkimusprosessin syklisyys, jossa vuorottelevat suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi kierroksina (Aaltola – Valli 2007: 203). Tässä kehittämistyössä toteutettiin toimintatutkimuksen ensimmäinen, eli suunnittelu vaihe. Olen kuvannut tämän vaiheen kuviossa 2. Suunnittelu vaihe on yksi tutkimusprosessin sykleistä, joka yhdessä muiden syklien kanssa muodostaa toimintatutkimuksen spiraalimaisen etenemisen (Aaltola – Valli 2007:2). Tämän mallin mukainen kehittäminen vaatii pitkäjännitteistä prosessia, joka on alkanut tämän kehittämistyön tekemisellä. Suunnittelu vaihe muodostaa vasta lähtökohdan kuntouttavan työtteen toimintamallin kehittämiseksi. (Toikko - Rantanen 2009: 67.) Näin tuotettiin uutta tietoa kuntouttavan työtteen ymmärryksestä, siitä miten haastateltavat sen ymmärtävät ja siitä mitkä heidän mielestään ovat moniammatillisen yhteistyön edistävät ja estävät tekijät. Tällä tuotetulla tiedolla luotiin pohjaa kuntouttavan työtteen toimintamallin sekä moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi Rinnekoti-Säätiön tutkimus- ja hoitokotiyksiköissä sekä kuntoutuspalveluissa.



Kuvio 2. Toimintatutkimuksen syklin ensimmäinen osio eli suunnitteluvaihe tässä kehittämissä työssä.

Kehittämistyö oli tutkimustyyppiltään empiirinen, siinä pyrittiin saamaan ymmärrystä, mitä kuntouttava työote haastateltavien mielestä on ja miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu käytännössä (Tuomi – Sarajärvi 209: 19). Lähestymistapa oli induktiivinen, jolloin siinä pyrittiin aineistolähtöisesti ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Kehittämistyölle piti asettaa tietty päätepiste ja tavoite, koska toimijoita oli vaikea saada mukaan useammalle kuin yhdelle tapaamiskerralle.

7.1 Kehittämistyön kulku

Kehittämistyön aiheidean suunnittelu alkoi syksyllä 2010 yhteiskeskusteluilla johtavan ylilääkäri Markus Kasken, ylilääkäri Pia Höglundin ja kuntoutuslääkäri Rauni Mielosen kanssa. Aihetta pidettiin hyvin mielenkiintoisena ja ajankohtaisena, niin asiakasnäkökulmasta, kuin kuntouttavan työotteen kehittämisen kannalta koko organisaatiossa. Kävin keskusteluja omassa työyhteisössäni aiheesta, sekä esitin aihetta hoitokoti Antinrinteen henkilöstölle heidän osastotunnillaan. Olen kuvannut taulukossa 1 sivulla 23 kehittämistyön kulkua.

Kävin keväällä 2011 yhteiskeskustelun Antinrinteen hoitokodin osastonhoitajan kanssa, jossa selvitin hänelle kehittämistyön tavoitteet, tarkoituksen ja alustavan etenemisaikataulun. Samoin sovin hänen kanssaan alustavat pienryhmäkeskustelujen toteutuspäivät. Tämä tehtiin etukäteisvalmisteluina, ennen tutkimusluvan saantia, jotta osastonhoitaja pystyi tekemään työvuorosuunnittelun. Näin luotiin kaikille työntekijöille mahdollisuus osallistua pienryhmäkeskusteluihin. Tutkimussuunnitelma esitettiin Metropolia-assa. Pienien korjauksien jälkeen tutkimussuunnitelma voitiin lähettää hyväksyttäväksi Rinnekoti-Säätiön johtavalle ylilääkärille.

Taulukko 1. Opinnäytetyön eteneminen ajallisesti

Syyskuu 2010	Kehittämistyön aiheisiin.	Metropolia
Marraskuu 2010	Kehittämistyön aiheen esittely Rinnekoti-Säätiön johtavalle ylilääkärille Markus Kaskelle ja opinnäytetyön aiheen esittely hoitokodin ja kuntoutuspalveluiden henkilökunnalle.	Rinnekoti
29.11.2011	Opinnäytetyö seminaari aiheanalyysin esitys.	Metropolia
9.12.2011	Kehittämistyön aiheanalyysin esittely Rinnekodissa hoitokodinesimiehelle sekä kuntoutuslääkärille.	Rinnekoti
20.1.2011	Kehittämissuunnitelman esitys	Rinnekoti
27.1.2011	Kehittämistyön suunnitelman esitys	Metropolia
Helmikuu 2011	Alustava suunnittelu ja sopiminen hoitokodin osastonhoitajan sekä terapeuttien kanssa pienryhmäkeskustelujen aikataulutuksesta.	Rinnekoti
11.2.2011	Tutkimusluvan hyväksyminen	Rinnekoti-
Maalis-huhtikuu 2011	Aineiston kerääminen	Rinnekoti
Touko-lokakuu 2011	Aineiston analysointi, johtopäätöksien ja kehittämistyön raportointi	
Marraskuu 2011	Kehittämistyön esitys	Metropolia

7.2 Aineistonhankinta

Ennen aineiston hankintaa tekijä haki tutkimusluvan kehittämistyölle. Tutkimuslupa haettiin kirjallisesti Rinnekoti-Säätiöstä helmikuussa 2011 (liite 1). Lupa myönnettiin 11.2.2011. Tämän lisäksi tehtiin kehittämistyön tekemisestä sopimus Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Rinnekoti-Säätiön välille. Aineisto, jonka olen kuvannut taulukossa 2 sivulla 28, kerättiin keväällä 2011.

Aineiston keruumenetelmäksi valittiin ryhmähaastattelu, jonka myötä pyrittiin luomaan yhteistä ymmärrystä kuntouttavasta työtteesta sekä jaettua asiantuntijuutta. Pienryhmäkeskustelujen lisäksi moniammatillisen yhteistyön edistävät ja estävät tekijät kysyttiin kirjallisena, jonka vastaukset olen esittänyt taulukkona liitteessä 5. Ryhmähaastattelulla on tietty tarkoitus, eli saada vastauksia tutkimuskysymyksiin. Ryhmän koko on yleensä 5-6 henkilöä ja tutkijan on tarkoitus saada aikaan haastattelurungon tai teemojen avulla keskustelua tutkittavasta ilmiöstä. (Anttila 2005: 198.)

Toimijat valikoituivat pienryhmiin satunnaisesti sen mukaan miten osastonhoitaja oli työvuorot sopinut. Terapeutit puolestaan ilmoittautuivat pienryhmäkeskusteluihin omien työaikataulujensa mukaisesti. Kaikki toimijat osallistuivat vapaaehtoisesti pienryhmäkeskusteluihin. Heille myös selvitettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoinen luonne. Näin taattiin toimijoiden ”oikeudet” ja eettisyys tutkimukseen osallistumiselle. Toimijat allekirjoittivat suostumuksen (liite2) osallistumiseensa ja ymmärsivät opinnäytetyön merkityksen. Toimijat saivat kaikki sekä suullisen, että kirjallisen tiedon tutkimusaiheesta. Siten heillä oli mahdollisuus kysyä aiheesta tutkijalta joko välittömästi tai myöhemmin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004.)

Kaikkia toimijoita ei saatu yhtä aikaa ryhmäkeskusteluun. Jaoin heidät satunnaisesti kolmeen ryhmään. Kaikissa kolmessa ryhmässä kysyin samat kehittämiskysymykset. Ensimmäisessä pienryhmässä oli yhteensä 7 työntekijää ja toisessa 4 työntekijää, sekä kolmannessa 7 työntekijää. Kaikki pienryhmät olivat sekaryhmiä, joissa oli eri ammattiosaajia paikalla. Yhteensä toimijoita oli 18, joista 21 toimijaa alunperin allekirjoittivat suostumuksen pienryhmäkeskusteluihin. Poissaolot johtuivat sairauslomista ja vapaapäivistä. Osastonhoitaja oli pyrkinyt tekemään työvuorolistat niin, että kaikkien olisi ollut mahdollista osallistua pienryhmäkeskusteluihin. Olen kuvannut taulukossa 3 eri ryhmäkeskusteluihin osallistujien ammatit.

Taulukko 3 Pienryhmäkeskusteluihin osallistujat, ammattiryhmittäin.

I Pienryhmä yhteensä 7 työntekijää	osastonhoitaja, 1 fysioterapeutti, 1 toimintaterapeutti, 2 lähihoitajaa, hoitoapulainen
II Pienryhmä yhteensä 4 työntekijää	fysioterapeutti, toimintaterapeutti, 2 lähihoitajaa
III Pienryhmä yhteensä 7 työntekijää	2 puheterapeuttia, musiikkiterapeutti, kuvataideterapeutti, 3 lähihoitajaa.

Pienryhmäkeskustelut kestivät 1-2 tuntia, sen mukaan miten työntekijät saivat aikaan keskustelua. Pienryhmien keskusteluaikaan vaikuttivat myös vaihtelevat työtilanteet hoitokodissa. Ensimmäinen haastattelu kesti 2h. Kaksi viimeistä olivat lyhyempiä. Toiseksi viimeinen keskustelu kesti 1h 45 min ja viimeinen keskustelu 1h. Ajan lyhydestä huolimatta kaikissa ryhmissä saatiin aikaan hyvää ja pohtivaa vuorovaikutuksellista keskustelua. Keskustelussa ilmeni myös kriittisiä näkökulmia ja mielipiteitä jakavia kommentteja.

Ryhmäkeskustelu on joustava ja nopea tapa saada tietoa laajalta kohderyhmältä. Ryhmäkeskustelussa pyritään vapaamuotoisuuteen, jolloin jokainen osallistuja pystyy spontaanisti ja vapautuneesti keskustelemaan aiheesta. Keskustelun aikana osallistujat pysyvät tekemään huomioita ja tuottamaan monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Jos keskustelu ei tunnu etenevän tutkimuksen kannalta suotuisasti, haastattelija voi toistaa kysymykset tai johdatella keskustelua oikeaan suuntaan. (Anttila 2006:198; Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2005: 61; Tuomi – Sarajärvi 2002: 75.)

Ryhmäkeskustelun etuna voidaan pitää sitä, että mahdolliset väärinkäsitykset on mahdollista oikaista heti keskustelun yhteydessä, mikäli niitä ilmenee. Keskustelun eksyessä aiheesta kyselijä palautti haastateltavat takaisin kehittämisaiheisiin. Ryhmäkeskustelussa voidaan myös saada esille sellaista tietoa, mitä esimerkiksi kyselyn yhteydessä ei saataisi. Tällaista tietoa on esimerkiksi niin kutsuttu hiljainen tieto. (Hirsjärvi ym. 2000: 61; Tuomi – Sarajärvi 2002: 75.)

Kehittämistyöntekijä toimi kyselijänä, eikä osallistunut aineiston tuottamiseen. Tämä sopi hyvin kehittämistyöntekijän rooliksi, koska tarkoituksena oli saada tietoa miten toimijat ymmärtävät kuntouttavan työtteen ja miten moniammatillista yhteistyötä tehdään asiakkaan kuntouttavan työtteen toteuttamisessa.

Ryhmäkeskustelun avulla pyrittiin yhdessä työntekijöiden kanssa selvittämään, mitä heidän mielestä kuntoutusta tukeva työote on ja miten he tällä hetkellä toteuttavat sitä työssään. Analysoitu aineisto lähetettiin sähköpostilla työntekijöille. (Anttila 2005: 444). Aineisto reflektointiin kerran, lähettämällä analysoitu aineisto sähköpostitse.

Pienryhmätapaamiset toteutuivat maaliskuun alkuun. Taulukossa 4 (sivulla 27) olen kuvannut aineiston keräämisen ja tutkimuksen etenemisen aikataulun. Pienryhmäkeskustelut videoitiin. Kuvatut videot säilytettiin tarkasti koko tutkimuksen ajan kehittämistyön tekijän kotona ja ne hävitettiin asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä. Aineistoa kertyi yhteensä neljä tuntia ja neljäkymmentäviisi minuuttia. Tutkimustyöntekijä litteroi videot kirjoitettuun muotoon. Aineiston, eli videoitujen keskustelujen muuttaminen tekstimuotoon mahdollistaa jatkokäsittelyn, jolloin aineisto on helpommin tulkittavissa, ymmärrettävissä ja luokiteltavissa. Litteroinnin pitää vastata haastateltavien lausumia ja merkityksiä sanatarkasti. Videoinnin puhetta ei saa muokata. Opinnäytetyöntekijä litteroi videot sanasta sanaan, kuitenkin niin, että litteroinnin ulkopuolelle jäivät täytesanat ja keskustelut, jotka poikkesivat täysin aiheesta. (Tuomi, Sarajärvi 2009: 92.) Pienryhmäkeskusteluista kertyi yhteensä 41 A4- kokoista liuskaa tekstiä (fonttikoko 11, riviväli 1,5). Ensimmäisestä haastattelusta kertyi alkuperäistä litteroitua aineistoa 20 sivua, toisesta 11 sivua ja kolmannesta 10 sivua.

Alkuperäiseen kehittämiskysymykseen mitkä ovat moniammatillisen yhteistyön edistävät ja estävät tekijät, hoitokodin hoitohenkilöstö vastasi keräämällä ja kirjoittamalla ajatuksiaan ”fläppipaperille”. He toteuttivat toimipisteissään itsellistä ryhmätyöskentelyä osastonhoitajan johdolla. Kuntoutuspalveluiden terapeuttien työpisteiden ollessa eri rakennuksissa, katsoin selkeämmäksi lähettää kolmannen alkuperäisen kysymyksen heille sähköpostilla, johon kukin terapeutti sai vastata itsenäisesti. Vastausaikaa toiseen kysymykseen he saivat kaksi viikkoa.

Taulukko 4. Taulukko aineiston keräämisen etenemisestä

Kehittämiskysymykset	Aineiston keruu menetelmät	Ajankohta	Aineiston analysointi
1. Mitä kuntouttava työote on hoitohenkilöstön sekä terapeuttien kuvaamana? 2. Miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu?	Kolmen ryhmän pienryhmäkeskustelut. Kaikissa ryhmissä samat kysymykset. (Videointi)	11.3., 18.3., 8.4.2011 1-2h/ pienryhmä	Aineiston analysointi.
Mitkä tekijät edistävät ja estävät moniammatillisen yhteistyön toteutumista?	Analysoitu aineisto lähetetään sähköpostitse kaikille pienryhmäkeskusteluun osallistujille. Hoitajat kirjaavat yhteiseen "fläppi" paperille" moniammatilliset yhteistyön edistävät sekä estävät tekijät. Terapeutit lähettävät edistävät ja estävät tekijät sähköpostitse Vastausaikaa 2 viikkoa.	18.4.2011	"Fläppi"-paperi sekä sähköposti tuotoksien yhteenvedo.
1-2 kehittämiskysymyksiin vastaukset	tutkimusaineiston sisällön analysointi, tuloksien yhteenvedo, arviointi.	touko-lokakuu 2011	Pienryhmähaastattelu- sekä kirjallisen aineiston sisällön analysointi. Tulokset ja yhteenvedo ja arviointi.

7.3 Aineiston analysointi

Tutkimusaineisto muodostui toimijoiden ryhmäkeskusteluista, josta saatiin kahteen alkuperäiseen tutkimuskysymykseen vastaukset. Kirjallinen aineisto ("fläppipaperi" ja sähköpostivastaukset) tuotti alkuperäiseen kolmanteen kehittämiskysymykseen vastauksen. Lisäksi keskustelu aineistosta nousi vastauksia alkuperäiseen kolmanteen kehittämiskysymykseen. Kuitenkin analysoinnin edetessä tutkija havaitsi, että alkuperäinen kehittämiskysymys "miten moniammatillinen kuntouttava työote koetaan toteutuvan nykyisellään asukkaan toimintakyvyn tukemisena?" sisälsi samoja kysymys elementtejä muiden kysymyksien kanssa. Täten kehittämiskysymykset "miten moniammatillinen kuntoutumista tukeva työote koetaan toteutuvan nykyisellään asukkaan toimintakyvyn tukemisena" sekä "mitkä ovat moniammatillisen yhteistyön edistävät sekä estävät tekijät" yhdistettiin vastaamaan kysymykseen "miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu". Kehittämiskysymykset muuttuivat ja täsmentyivät aineiston analyysin aikana (Hirsjärvi ym. 2000: 209).

Tässä kehittämistyössä käytin analyysimenetelmänä aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Sisällön analyysissä tulee määrittää aineiston analyysiyksikkö. Se voi olla joko yksittäinen sana, lauseen osa, lause tai useita lauseita sisältävä ajatuskokonaisuus. (Tuomi – Sarajärvi 2003: 112.) Sisällönanalyysiyksikkönä käytin joko lausetta tai useita lauseita sisältäviä ajatuskokonaisuuksia. Näin sain laajemman näkökulman tutkittavasta aiheesta. Analyysiyksiköt valitaan tutkimuksesta niiden tarkoituksen ja tehtävän asettelun mukaisesti. Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus, eli sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Analyysin avulla aineistosta saadaan tiivis ja selkeästi luettava kokonaisuus. Näin se on lukijaystävällistä. (Tuomi-Sarajärvi 2003:110.)

Tarkalla analyysin ja johtopäätöksen kuvauksella luotiin kehittämistyölle luotettavuutta. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkijan on selvennettävä, miten aineisto on analysoitu ja miten tuloksiin ja johtopäätöksiin on päästy. Tutkijan tulee antaa riittävästi tietoa, jotta lukija pystyy sekä ymmärtämään miten tutkimus on tehty, että arvioimaan tuloksia. (Tuomi, Sarajärvi 2009: 141.)

Teknisesti aineistolähtöinen analyysi on kolmivaiheinen. Analyysin vaiheet ovat aineiston redusointi, klusterointi sekä abstrahointi (Tuomi, Sarajärvi 2009: 141).

Kuuntelin videot moneen otteeseen, jotta mitään oleellista ei jäänyt pois. Litteroinnin jälkeen tutustuin tekstiin useaan kertaan, jotta sain aineistosta kokonaiskuvan. Usean lukemisen jälkeen poistin aineistosta epäoleellisen asiasisällön. (Tuomi – Sarajärvi 2009:101).

Aluksi etsin tekstistä vastauksia kehittämiskysymykseen. Muodostin alkuperäisilmaisuisista pelkistettyjä lausumia. Tuomi ja Sarajärven (2009:109-113) mukaan ensin on tunnistettava ne asiat, joista tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita, jonka jälkeen näitä kiinnostuksen kohteita ilmaisevia lauseita pelkistetään yksittäisiksi ilmaisuiksi (redusointivaihe) Tässä vaiheessa muodostin tekstistä luettavia, kieliopillisesti sekä suomenkielellisesti oikeita lauseita, kuitenkin hävittämättä alkuperäisilmaisujen sisältöä. Käytin värikoodia yliviivaten samaa tarkoittavat lauseet ja lausekokonaisuudet. Pelkistetyt ilmaisut ryhmittelin yhtäläisten ilmaisujen joukoiksi ja samaa tarkoittavat ilmaisut yhdis-

tin samaan alaluokkaan (kategoriaan). Luokalle annoin sen sisältöä kuvaavan nimen. Liitteessä 4 olen kuvannut yhdellä esimerkillä aineiston analysoinnin etenemistä.

Aineiston klusterointivaiheessa syntyneet aineiston alaluokat lähetin toimijoille reflektoitavaksi sähköpostitse. Toimijoilta ei tullut lisäkommentteja eikä lisäyksiä analysoituun tekstiin. Tein lopullisen analysoinnin kesän ja syksyn 2011 aikana, josta syntyi aineiston tulokset. Abstrahointia jatkoin niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta oli mahdollista. Tässä prosessissa edetään alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin, jotka ovat luettavissa tuloksissa ja pohdinta osuudessa. (Tuomi, Sarajärvi 2009: 111.)

Olen myös pyrkinyt ymmärtämään ja tulkitsemaan toimijoiden omia ajatuksia ja näkökulmia koko aineiston analysoinnin ajan huolella. Tällä olen pyrkinyt lisäämään aineiston analysoinnin luotettavuutta. Samoin eri tutkimusvaiheiden tarkka kuvaus ja raportointi sekä tehtyjen ratkaisujen kuvaus ja perustelut lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. (Eskola – Suoranta 1999: 147-149.)

Moniammatillisen yhteistyön edistävät ja estävät tekijät kysyttiin kirjallisena, johon hoitohenkilöstö sai vastata ”fläppipaperille” ja terapeutit sähköpostitse. Terapeuteista vain kaksi kahdeksasta vastasi kysymykseen. Kirjallisen aineiston olen ryhmitellyt taulukko muotoon, jossa edistävät ja estävät tekijät on kuvattu omiin sarakkeisiin. Taulukko 4 on esitetty liitteessä 5. Samoin taulukossa on jaoteltu hoitohenkilöstön sekä terapeuttien vastaukset omiksi sarakkeiksi.

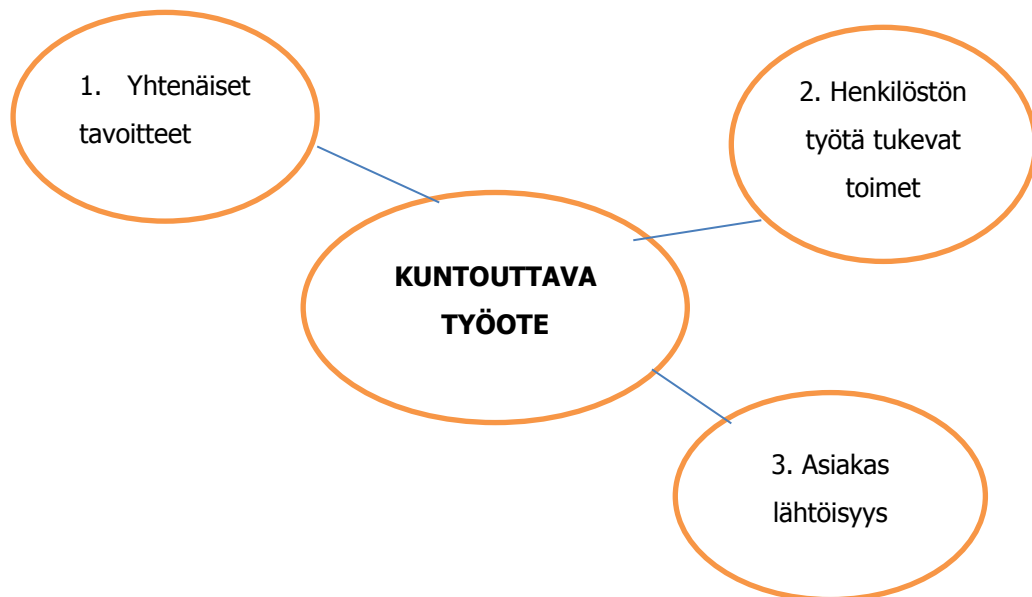
Pienryhmäkeskusteluissa tuli myös edistäviin ja estäviin tekijöihin vastauksia. Työntekijät lähtivät itse spontaanisti miettimään moniammatillisen yhteistyön edistäviä ja estäviä tekijöitä. Pienryhmäkeskustelujen aineisto on analysoitu sisällönanalyysillä (kuvio 5 ja 6). Analysoidusta aineistosta sekä kirjallisista aineistosta muodostettiin yhteenveto, mikä on luettavissa tuloksissa (kuvio 7).

8 Tulokset

Toimijat pohtivat kuntoutuksen kuuluvan koko hoitohenkilöstölle ja sen olevan kokonaisvaltaista arkeen kuuluvaa hoitamista. Laajemmin ajateltuna kuntouttava työote on heidän mielestään arjen helpottamista ja työkuulttuuriin osaksi kuuluvaa. Kuntouttavan työotteen pitäisi näkyä kaikissa päivittäisissä hoitotoiminnoissa, joiden avulla tuetaan ja ylläpidetään asiakkaiden liikunta- ja toimintakykyä. Arkitoimintojen yhteydessä asiakkaille pitäisi antaa erilaisia sensorisia aisti- ja tuntokokemuksia.

”Ylipäättään ihmisen asentoa vaihdetaan, joka ei pysty itse vaihtaa sitä se on sitä asentohoitoa. Niil asukkailla joilla on haastavampi tai vaikeampia virheasentoja niin sitten jonkun terapeutin ohjaus voi olla tarpeen mutta kaikkihan sitä silti toteuttaa tietämättään. Kuntoutus ei ole mikään erityinen sana vaan se on sitä arkee.”

8.1 Kuntouttava työote



Kuvio 3. Kuntouttava työote

Yhtenäiset tavoitteet

Toimijoiden mielestä heidän pitäisi yhdessä asiakkaan kanssa työskennellä kohti samoja tavoitteita ja tavoitteiden pitää olla realistiset. Toimijat kokivat, että kuntouttavan työn tulisi olla suunnitelmallista ja kaikkien pitäisi tietää ja tuntea asiakkaan hoitosuunnitelma. Lisäksi kaikkien pitäisi olla tietoisia asiakkaan tavoitteista vaikka ne olisivat pieniäkin.

”Ajatellaan samoin ja työntekijät työskentelevät samoja tavoitteita kohti yhdessä asukkaan kanssa.”

”Ja tuntee se asukas... Se koskee kaikkia käy siellä sitten hoitajia, terapeutteja, lääkäreitä kaikilla pitää olla se yhteinen tavoite, mä ainakin koen et se kuntoutus lähtee siitä.”

*Työhön sitoutuminen ja työntekijöiden pysyvyys koettiin tärkeäksi, kuten myös se, että asiakkaan kanssa työskentelee ihmisiä jotka tuntevat heidät. Tällöin työntekijät osaavat ja pystyvät tulkitsemaan asiakkaita ja heidän tarpeitaan. **Rinnekodin arvot; lähimmäisyys, asiantuntijuus, hyvä elämä** todettiin kuuluvan kuntouttavaan työtöteeseen.*

”Se on lähtökohta, että henkilökunta pysyy ettei joka päivä eri ihminen töissä ...

”Se vaatii sitoutuneisuutta et kaikki on sitoutuu just siihen samaan et ku tavoite on määritelty mikä se on niin ku tietyn yksilön kohalla et kaikki si toutus toimimaan et ne ei mee sitten ristiin et osa toteuttaa ja osa ei, et se olis tavoitteiden mukaista sitten.”

Vuosien varrella on erilaisia ”vanhoja” käytäntöjä jäänyt pois kuten esimerkiksi pari-työskentely, säännölliset osastotunnit johon osallistuivat terapeutit. Aiemmin uuden työntekijän perehdytykseen osallistui koko hoitokodin henkilöstö. Näin uuden työntekijän perehdyttäminen oli kattavampaa. Näitä käytäntöjä kaivattiin takaisin helpottamaan asiakkaan tarpeiden tuntemista ja hänen kanssaan toimimista. Vanhojen työtapojen koettiin tukevan suunnitelmallista ja tavoitteellista työskentelyä asiakkaan kanssa. Joissakin hoitokodeissa on terapeuttien toimesta tehty niin sanotut henkilökohtaiset asento- ja liikehoitokansiot, jotka tukevat kuntouttavaa hoitotyötä. Tällaisten kansioden käyttöön ottoa toivottiin ja se koettiin olevan myös hyvä perehdytyksen työkalu.

”Se oli minusta näppärä ... niin sieltä voi tirkistää siitä lapusta että mitäs tälle muuta piti tehdä”.

Henkilöstön työtä tukevat toimet

Kuntouttavaan työtöteeseen koettiin isona osana kuuluvan henkilöstön ohjaus, neuvonta, perehdytys ja koulutus. Hoitohenkilöstö kaipasi enemmän ohjausta etenkin asento- hoitojen toteutuksesta ja toivoivat ohjauksen tapahtuvan yhdessä asiakkaan kanssa.

Terapeutit taas kokivat yhteisten osastotuntien järjestämisessä vaikeutta hoitohenkilöstön suuren vaihtuvuuden sekä siitä johtuvan sitoutumattomuuden vuoksi.

Perehdytys aiheutti paljon kriittistä ja huolestunutta keskustelua jokaisessa pienryhmäkeskustelussa. Rinnekodissa on viimeaikoina jatkuvasti lyhennetty perehdytys aikaa ja tällä hetkellä sen sanottiin olevan kolme päivää. Tämä oli toimijoiden mielestä huoletuttavaa. Perehdytys koettiin liian nopeaksi ja kiireellä tapahtuvaksi. Kiireen vuoksi ei perehdytyksessä ehditä eikä pystytä huomioimaan asiakkaan yksilöllisiä tarpeita eikä niiden huomioimiseen voida ohjata. Perehdytyksessä käydään nopeasti läpi perustyö, johon ei kuulu juurikaan kuntoutuksellisia elementtejä.

”Mul tuli alkuun vähän semmonen pelko kun mut perehdytettiin ja mun perehdyttäminen tapahtu viikossa ja tota nopeestihan ne tulee ja täytyy saada se päivärutiini toimimaan, niin kyl mä vähän aikaa olin että tässä se nyt oli ruuat, vaippa tuoliin okei.”

Asiakas koettiin olevan persoona, jonka tarpeet ja toiveet tulisi huomioida yksilöllisesti. Perehdytysajan lyhentyessä hoitohenkilöstö koki, että he eivät sillä tahdilla kerkeä eikä pysty tarpeeksi syvällisesti perehtymään asiakkaiden hoidollisiin saatikka kuntoutuksellisiin toimiin. Asiakkaiden hoitaminen koettiin myös raskaana ja hoidollisena.

”Asukas on yksilö mun mielestä pitäis perhdyttää jokaiseen asukkaan ihan sil taval et jokaista asukasta hoitaa sit vast on perehdytetty. Et näkee ne kaikki asentohoidot, et saa hoidettua parityö nä jokaista asukasta ja siihen ei viikko riitä.”

”Et kauhulla ku mä kuuntelin jossain vaiheessa sivukorvalla ku jossain puhuttiin täst perhdyttämisestä uudelle, työntekijälle et se varmaan ka penee kokoajan se peehdytys aika. Niin ittee vaan kauhistutti, no se on varmaan ihan eri asia jos sen on valmiiksi sellanen ihminen jolla on alan koulutus. No ittekin ku on tullut suoraan pystymättästä enkä tajuu yh tään mitää jos mut olisi kolmessa päivässä perehdytetty niin mä varmaan olisin neljäntenä päivänä lähteny.”

Hoitohenkilöstö koki saavansa hyvin ohjausta ja neuvontaa fysio- ja toimintaterapeuteilta. Toisaalta terapeutit kokivat, että he eivät saa tarpeeksi hyvin ja nopeasti tietoa ohjauksen ja neuvonnan tarpeesta. Tämän vuoksi asiakkaan liikunta- ja toimintakyky saattaa olla jo todella huono ennen kuin tieto kuntoutuksen tarpeesta tulee terapeuttien tietoon. Tähän haluttiin löytää keinoja ja toimintatapoja, jotta tiedonkulku asiakkaan toimintakyvyn huonontumisesta saavuttaisi terapeutit nopeammin. Uuden potilastietojärjestelmä Mediatriin toivottiin tuovan tähän parannusta.

”Se mitä mä ite koen niin ku terapeutina mikä on mun mielestä haasteellinen tässä moniammatillisessa työssä osastojen kanssa niin on se että ei saa sitä tietoa. Et tieto ei koskaan tavota meitä.”

Terapeutit totesivat, että aika ajoin on turhauttavaa mennä osastolle ohjaamaan kun koko hoitohenkilökunta ei ole siihen sitoutunutta. Sitoutumisella koettiin olevan suuri tärkeys, jotta pystytään ottamaan ohjausta vastaan ja olemaan motivoituneita asiakkaiden kuntoutuksellisiin toimiin. Muutamissa hoitokodeissa tiedettiin olevan käytössä säännölliset kuukausipalaverit. Palavereissa käsitellään henkilöstön vihkoon keräämiä aiheita. Tämän todettiin vaativan myös henkilöstön sitoutumista. Samanlaista käytäntöä toivottiin jokaiseen hoitokotiin. Tietotekniikan ja uuden potilastietojärjestelmän toivottiin tuovan tiedon kulkuun uusia mahdollisuuksia.

”Lääkäri näkee sen myös et hei tässä on tapahtunut semmonen ja tämmönen juttu et mediatri helpottaa varmaan tätä juttua et se tieto on heti kaikkien silmillä et ku ruvetaan kirjaamaan se näkyy siellä ja et on tullu muutos et ne tiedot pysyvät siellä... ja sit et se helpottaa kaikkien läheteiden tekemistä meillekin ja kaikkea tietojen välitystä.”

Moniammatillisten osastotuntien säännöllisyys koettiin tärkeäksi kuntoutuksellisten asioiden tiedottamisen ja toteuttamisen kannalta. Kuntoutuksellisten asioiden ohjaukseen toivottiin koko henkilökunnan osallistumista, eikä vain aktiivisempien ja kuntoutuksellisista asioista kiinnostuneimpien. Parityöskentely herätti myös keskustelua. Todettiin, että hoitotyötä pitäisi tehdä enemmän pareittain. Moniammatillisesti työskenneltäessä opitaan toisilta kollegoilta. Terapeuttien kanssa työskentelyä toivottiin, jotta opitaan konkreettisesti ja yksilöllisesti tekemään kuntouttavia toimia asiakkaiden kanssa.

”Koulutus tai ohjaus kuntouttavaan työhön olis kaikille meille paikallaan.”

Koulutusta koettiin tarvittavan myös kehitysvammaisuuden erityispiirteistä ja niihin liittyvistä kuntoutuksellisista toimista. Näistä asioista on hoitokodeissa olemassa Kun-va kansio. Rinnekodin hoitokoteihin on valikoitunut hoitajien keskuudesta yksi kuntoutusvastaava. Kuntoutusvastaavan kansio sisältää asento- ja aistitoimintoja tukevia ohjeistuksia sekä apuvälineiden käyttöön liittyviä ohjeita. Vaikka osa hoitohenkilökunnasta tiesi Kun-va kansion olemassaolosta, he eivät olleet sitä lukeneet.

Pienryhmäkeskusteluissa huomioitiin, että asiakkaiden avustamisen määrän tulisi olla sellainen, että hoitohenkilökunta ei rasita itseään. Samoin työotteiden ja työtapojen tulisi olla paitsi asiakkaiden, myös hoitohenkilökunnan kannalta ergonomisia ja turvallisia. Koettiin, että juuri työotteiden pitää olla asiakkaille miellyttävän tuntuista ja sopivia. Ei pitäisi olla liian ”auttavat” otteet, jotta asiakas tuntee tekevänsä itsekin. Kuitenkin todettiin, että kiireen ja resurssipulan vuoksi monesti autetaan liikaa vaikka asiakas pystyisi tekemään erilaisia toimintoja itse. Huomioitiin kuitenkin, että on hoitohenkilökunnan omista toimintatavoista kiinni tukevatko he asiakkaiden itsenäistä toimintaa vai eivät.

”henkilökunnan oma ergonomia et ei omia paikkoja hajota et se on huomioitu kans siinä turvallisuudessa et molempien on turvallista olla sen asukkaan kun työntekijän.”

Asiakaslähtöisyys

Jokaisessa pienryhmäkeskustelussa koettiin, että kuntouttavaan työotteeseen kuuluu asiakkaan kannustaminen ja motivoiminen mahdollisimman itsenäiseen toimintaan. Asiakkaalle tulee antaa aikaa toimia mahdollisimman itsenäisesti hänen omien resurssien ja voimavarojensa mukaan. Hoitaja tukee asiakkaan toimintaa erilaisin keinoin ja apuvälinein sen sijaan että tekisi toimet asiakkaan puolesta. Jokaisen asiakkaan voimavaroja tulisi hyödyntää mahdollisimman hyvin. Pienryhmäkeskusteluissa esitettiin, että asiakkailta pitäisi osata vaatia heidän toimintatason mukaista toimintaa ja avustaa heitä vain sen mukaan kun on tarvetta.

”Annetaan aikaa niin ku se tehdä itte, niiden omien resurssien mukaan tuetaan sitä.”

Asiakkaan tunteminen koettiin hyvin tärkeänä. Sen myötä osataan tulkita hänen tarpeitaan ja tiedetään mitä hän osaa ja pystyy tekemään itse ja missä määrin tarvitsee apua. Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus koettiin olevan heikentävä asia. Toimijat pohtivat ja totesivat, että hoitohenkilökunnan suuri vaihtuvuus ei ole asiakaslähtöistä toimintaa. Asiakkaalle on erittäin tärkeää, että hänen kanssaan toimii tuttu ja turvallinen henkilö. Monella asiakkaalla on kommunikoinnin vaikeutta tai heillä ei ole keinoja tuoda omia mielipiteitään ja toiveitaan julki. Tällöin esimerkiksi omahoitaja, joka tuntee asiakkaan ja voi pienestäkin eleestä ja ilmeestä tietää mitä hän haluaa. Tämä lisää asiakkaiden turvallisuuden tuntua lisäten heidän hyvän elämän elementtejä.

”Sekin huomio pitäis tehdä, niinku osata muuttaa sitä toimintaa sen mukai sesti, että miten se asukkaan vointi ja mihin suuntaan se menee ja millälaila että edesauttaako se hänen olemistaan, toimintaa vai jarruttaako se”

Asiakkaan oman äänen ja mielipiteen kuuluviin saaminen koettiin niiden asiakkaiden kohdalla haastavaksi, jotka eivät pysty kommunikoimaan puheella. Käytännössä todettiin olevan tärkeää löytää ja oppia sellaisia keinoja, joiden avulla heihin saadaan vuorovaikutuksellista kontaktia. Näiden erilaisten vuorovaikutuksellisten kommunikaatiokeinojen löytämiseen ja käyttämiseen hoitohenkilökunta toivoi ohjausta ja neuvontaa terapeuteilta. Asiakkaalle on hyvä selittää asioita eli kertoa siitä, mitä kulloinkin ollaan tekemässä. Näin päästään parempaan vuorovaikutukseen ja näin myös asiakas itse pystyy paremmin orientoitumaan käsillä olevaan hetkeen.

”Siinä on myös se vuorovaikutuksenkin merkitys aika tärkeä mun mielestä, että sanotetaan niitä tilanteita, että toinen tietää mitä tapahtuu ettei kovin äkkiä lähetä tekemään niitä. Vaan niin ku semmon vuorovaikutus myös mukaan...”

Tärkeäksi osaksi kuntouttavaa työtettä koettiin asiakkaiden kanssa keskusteleminen ja heille puhuminen, kun pyritään saamaan heidät osalliseksi toimintaa. Hoitohenkilöstön mielestä nuoremmat työntekijät eivät välttämättä aina osaa ottaa kontaktia sellaisten asiakkaiden kanssa, joilla ei ole kommunikointi keinoja omasta takaa.

”Se on jostain pienestä ilmeestä ja tämmösestä koottava se hyvän olon tunne mikä heille tulee. Työ tehdään aika yks oikoseen ja paljon mitään puhumatta ja pukahtamatta. Niin kuitenkin kyllähän nää äänen sävystä tietää paljon asioista, sanojakin menee perille sitten joillekin, ei kaikille.... Nuorilta puuttuu semmonen et he ei osaa jutella kehitysvammaiselle ja käyttää sitä hyväksensä sitä puhetta. Siinä et ojenna nyt sitä kättä, hopi hopi se auttaa siinä työssä, et kukahan opettas nuorille näitä tämmösiä juttuja.”

”On se vähän jos sä meet ihmisen luo etkä sä sano mitään, on se kun menis ihan tunteettoman pölkyn luo, että pyörittele sitä siinä sitten vaan eikä sano mitään. on se aika luonnotonta.”

Asiakkaat pitää huomioida ja heidän yksilöllisyyttään ja itsemääräämisoikeuttaan pitää kunnioittaa. Hoitokoti on heidän kotinsa, jossa hoitohenkilöstö työskentelee ja jossa vallitsevat tietyt lainalaisuudet ja toimintatavat. Kehitysvammaisille on taattu tietyt oikeudet, joiden puitteissa heitä pitää kuunnella ja jokainen heistä tulee huomioida yksilönä. Toimijat toivoivat, että heillä olisi asiakkaille enemmän aikaa. Asiakkaat ovat tänä päivän ikääntymisen vuoksi huonokuntoisempia ja vaativat siksi enemmän hoitoa. Täl-

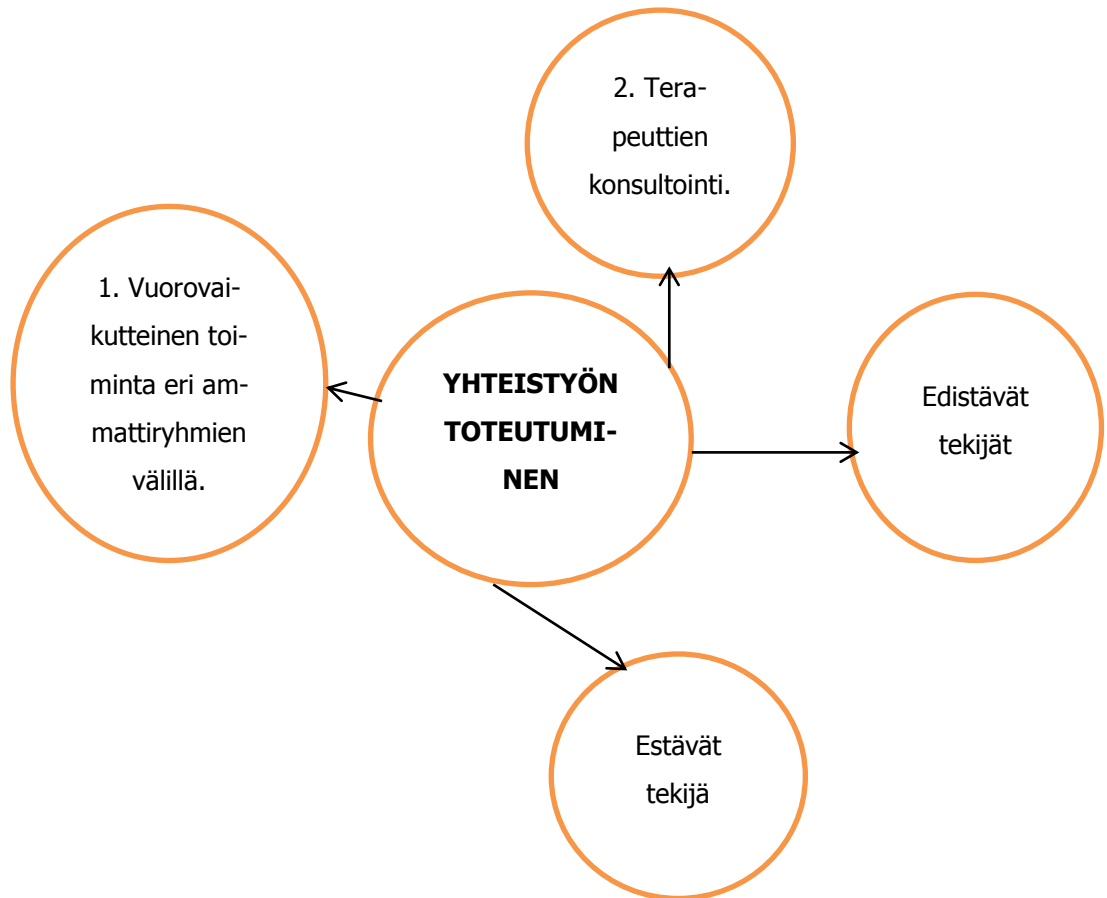
löin suurin osa työajasta menee hoitotyöhön, eikä henkilöstölle välttämättä jää aikaa esimerkiksi pelkkään seurusteluun asiakkaiden kanssa.

”Sitä mä oon ajatellu että tosi tärkeä kuntouttava työ et kohdelaan niitä ihmisinä ja mietitään kuka tää persoonallisuus on. mieti tään esim. kuka tää asukas on, mistä se tykkää ja mitkä sille tärkeitä asioita.”

Asiakkaan viriketoiminta ja sosiaaliset suhteet todettiin kuntouttavaan työotteeseen kuuluvaksi. Koettiin, että asiakkaan elämän laadun kannalta on tärkeää, että päivässä on toimintaa. Toiminnan pitää olla asiakkaalle mielekästä eli sellaista mistä hän itse pitää. Todettiin, että aikaisempina vuosina virikkeellistä toimintaa, kuten erilaisia tapahtumia ja retkiä oli paljon enemmän. Syytä virikkeellisen toiminnan vähyyteen ei suoraan osattu sanoa, mutta tässäkin todettiin henkilöstön vähyyden olevan yksi syy. Ulkoilu asiakkaiden kanssa koettiin ennen kuuluneen hoitotyöhön, mutta nyt sekin on jäänyt vähemmälle.

”Mä olen sitä mieltä että tämmösiä listoja ei pitäisi olla olemassa vaan että se olis ilman muuta selvä juttu tän päivän ohjelma jos on kaunis ilman, niin lähetään ulos.”

8.2 Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen



Kuvio 4. Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen

Vuorovaikutteinen toiminta eri ammattiryhmien välillä

Ammattihenkilöiden välinen yhteistyö kuvattiin toteutuvan silloin, kun keskustellaan asukkaan terveydellisistä ja toimintakykyyn liittyvistä asioista muiden kollegojen kanssa. Hoitokodin päivittäisellä osastotunnilla keskustellaan ja kirjataan ylös asukkaisiin liittyvät hoitotyön ja sairaanhoidolliset asiat. Kuntoutukseen liittyvistä asioista keskustellaan lääkärin kanssa ja otetaan tarvittaessa yhteyttä terapeutteihin. Kynnys ottaa terapeutteihin yhteyttä tuntui olevan korkea. Terapeutteihin otettiin yhteyttä vasta silloin, kun asukkaan toimintakyky huonontui niin paljon, että se vaikutti asukkaan päivittäiseen toimintaan ja hoidettavuuteen. Moniammatillinen yhteistyö kuvattiin sekä ohjeiden ja neuvonnan saamiseksi että keskusteluksi asukkaan terveyden tilasta, hoito- toimenpiteistä ja lääkityksistä yhdessä lääkärin ja kollegoiden kanssa.

"Kyl mä oon huomannut jos mä tarviin jossakin apua niin olen ottanut yhteyttä fysioterapialle. otamme yhteyttä toimintaterapeutteihin, tarpeen vaatiessa."

Lääkäri on se henkilö jonka kanssa ollaan eniten tekemisissä

Terapeuttien konsultointi

Terapeuttien konsultointia kuvattiin ohjaus ja neuvonnan toiminnaksi. Terapeutteihin otetaan yhteyttä nimenomaan kuntoutusta ja apuvälineitä koskevissa asioissa. Terapeuteilta kysytään ohjausta ja neuvontaa tarpeen mukaan. Moniammatillista yhteistyötä toivottiin, kuitenkin ohjauksen, neuvonnan tyylisenä toimintana käytäntöön sovelletuna. Samoin moniammatillista yhteistyötä haluttiin säännölliseksi toiminnaksi, jotta kuntoutukselliset toimet tulisivat tutuiksi ja ne sisäistettäisiin arkityöhön kuuluvaksi.

"Toimintaterapeuteilta pyydetään ohjeistuksia lastojen pukemiseen halutaan tarkkojakin ohjeita kellonajoista. Työntekijöiden on helppo mieltää lastojen pukeminen kun niille on tarkat ohjeistukset ja kellonajat."

Terapeuteilla oli enemmän yhteistyökumppaneita ja heillä oli selkeämpi kuva moniammatillisesta yhteistyöstä kuin hoitohenkilökunnalla. Silti heidän eivät kuvanneet sen tarkemmin millä tavalla he sitä toteuttavat. Terapeutit tekevät moniammatillista yhteistyötä muiden asiantuntijoiden kanssa Rinnekoti-Säätiössä.

Asiakkaan toimintakyvystä keskustellaan hoitokodin raportilla sekä lääkärin kierroilla. Asiakkaat eivät ole näissä keskusteluissa mukana. Toimijoilta puuttuu selkeä strategia ja toimintamalli siitä, mitä tehdään silloin kun asukkaiden toimintakykyyn tulee ongelmia. Toimijat toivat esille moniammatillisen lääkärikierron tärkeyden, tällöin asiakkaan asioihin voitaisiin heti puuttua moniammatillisesti.

"...olisi säännöllisin väliajoin palavereja ja et oltais kerätty aineistoa ja sitä keskusteltas niistä ja sitä jos terapeuttienkin näkemys on et täl vois olla hyöty...viedään lääkärille ja se olis valmiiksi pureskeltu juttu että tää on ollut nyt moniammatillisessa tiimissä..."

Erilaiset toimintakyvyn seurantavälineitä kerrottiin olevan kommunikaatiopassi ja liittopassi, joiden avulla asiakkaan toimintakykyä seurataan vuositason tasolla. Asiakkaiden hoidosta keskustellaan ja raportoidaan päivittäin, mutta kuntoutukselliset asiat jäävät usein vähemmälle. Hoitohenkilöstöllä ei ole asiakkaan toimintakyvyn arvioimiseksi mi-

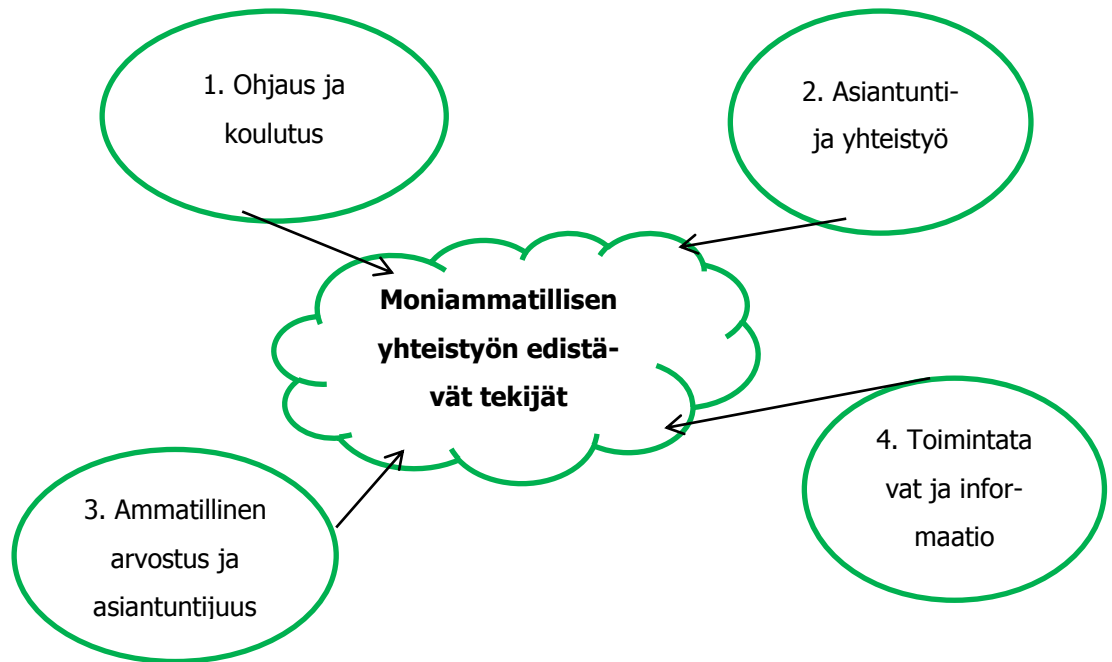
tään toimivaa mittaria käytössä tällä hetkellä. Terapeutit kirjaavat omille kertomuslehdilleen asiakkaan kuntoutukseen liittyvät tavoitteet ja toteutukset. Näitä ei kuitenkaan monikaan hoitohenkilöstöstä käy lukemassa. Tämä oli myös yksi asia, johon uuden potilastietojärjestelmän toivottiin tuovan muutosta ja parannusta. Potilastietojärjestelmän uskottiin helpottavan erilaisten asiakkaan kuntoutukseen liittyvien asioiden kirjaamista muun muassa kuntoutukselliset tavoitteet ja suunnitelmat sekä terapiajaksot olisivat selkeästi ja heti nähtävissä sieltä esimerkiksi päivittäisellä lehdellä.

”kyllä kuntoutukselliset asiat saattaa tulla ihan päivittäisessä raportissakin puheeksi”.

Moniammatillisen yhteistyön edistäväillä ja estävillä tekijöillä koettiin olevan myös suuri merkitys kuntouttavan työotteen toteutumiselle ja sen tärkeyden ymmärtämiselle asiakkaan kuntouttavissa toimissa. Samoista asioista keskusteltiin jokaisessa haastattelu-ryhmässä. Kaikki ilmiötä kuvaavat edistävät ja estävät tekijät koettiin olevan yhtä tärkeitä eikä yksikään luokkaa kuvaava asia noussut voimakkaammin keskusteluissa esille.

Olen kuvannut hoitohenkilöstön ja terapeuttien kirjallisissa aineistoissa kuvatut moniammatillisen yhteistyön edistävät ja ehkäisevät tekijät taulukkona (taulukko 5) liitteessä 5 sekä haastattelu aineiston sisällön analyysillä muodostetut luokat kuvioilla 5 ja 6.

Edistävät tekijät yhteistyölle



Kuvio 5. Moniammatillisen yhteistyön edistävät tekijät haastatteluaineistosta.

Ohjaus ja koulutus

Yhteistyötä edistäväksi yläluokaksi muodostui ohjaus asukaslähtöisesti, parityöskentely, työkaverien ohjaus ja neuvonta sekä asiantuntijoiden ohjaus. Kuntouttavan työn ohjaus (tarkoitetaan tässä myös kuntouttava työote) todettiin tärkeänä toteuttaa yhdessä asukkaan kanssa. Näin ohjattavat otteet ja asennot jäävät paremmin mieleen, kun niitä on päässyt konkreettisesti toteuttamaan. Näin taataan, että erilaiset otteet ja asennot tulevat oikeaoppisesti tehtyä ja ne ovat asukkaalle toimivia. Ajan kuluessa niistä tulisi arkeen kuuluva käytäntö, jota koko henkilöstö noudattaisi. Käytännössä tapahtuva ohjaus todettiin parhaaksi opetustavaksi. Työntekijöillä on erilaisia tapoja oppia, kuitenkin monet olivat kokeneet käytännön harjoittelun parhaaksi tavaksi sisäistää asioita. Työkaverien ohjaus ja neuvonta ja etenkin parityöskentelyä kaivattiin, juuri raskashoitoisten sekä haastavasti käyttäytyvien asukkaiden hoitamisessa ja kuntouttamisessa. Tämän koettiin keventävän hoitohenkilöstön työtä. Tärkeätä on myös huomioida ergonomiset seikat työasennoissa ja tavoissa. Parityöskentely asukkaan kanssa koettiin myös hyväksi tavaksi oppia ja kehittää omaa työtä.

“...näyttää minkälaisia otteita asukkaalle olis hyvä, ihan konkreettisesti näyttämällä tää asukas miten se laitetaan mikä sille olisi hyvä”

Asiantuntija yhteistyö

Tähän luokkaan syntyi alaluokka taseisia luokkia. Säännölliset moniammatilliset yhteistyö tapaamiset, matalakynnyksinen yhteydenotto, toimiva työyhteisö sekä hyvä työnorganisointi.

Niissä työyhteisöissä, joissa yhteistyö toimii ja työilmapiiri on hyvä, havaittiin aktiivisempia yhteydenottoja terapeutteihin. Näin myös kynnyksen yhteydenottoihin kuntoutuksellisisa asioissa on madaltunut. Yhteisiä ja säännöllisiä moniammatillisia kokouksia, ohjausta sekä koulutusta toivottiin toteutuvan. Näille toimille todettiin olevan tarvetta. Yhteistyön koettiin olevan tarpeellista ja tärkeää, jotta asiakkaiden kuntoutuksellisten asioiden käsittelyyn saataisiin moniammatillista näkemystä. Lääkärin kiertojen toivottiin olevan suunnitelmallisempia ja säännöllisiä, jotta terapeuttien osallistuminen niihin olisi myös mahdollista. Tämä mahdollistaisi oman työn suunnittelun niin hoitokodeissa kuin kuntoutuspalveluissa. Yhteistyön lisääntyminen helpottaa yhteydenottoa vähäisemminkin asiakkaan kuntoutukseen liittyvissä asioissa. Yhteistyön lisääntyessä kynnyksen pyytää ohjausta ja neuvoa terapeuteilta madaltuisi.

“niin et ne olis säännönmukaisia ne tapaamiset, tietyn väliajoin...jossain hoitokodissa se on toteutettu vaikka kerran kuukaudessa ja se kierto on suunniteltu, niin että se lääkäri on siinä mukana, se on sovittu että kierto on puolittuntia pidempi.”

Ammatillinen arvostus ja asiantuntijuus

Hoitohenkilöstö on tärkeässä roolissa asukkaan hoitoprosessissa. Hoitokodeissa on erittäin korkeaa ammattiosaamista, jota ei tarpeeksi tuoda esille. Terapeutit arvostivat korkealle hoitohenkilöstön juuri asiakkaan tuntemisessa. Hoitohenkilöstöllä on paljon hiljaista tietoa asiakkaasta, jota ei kirjata vaan se on läsnä. Haluttiin korostaa, että hoitajien ammattitaitoa arvostetaan ja sitä pitäisi tuoda voimakkaammin esille asiakkaan kuntoutusta suunniteltaessa.

“Tehtäs sitä näkyväksi tätä mistä te puhutte ja mitä te jo teette tehtäs sitä näkyväks.”

Samoin toisen sekä oman työn arvostusta korostettiin. Arvostuksen tulisi näkyä kuuntelemisen taitona sekä vuorovaikutuksellisuutena. Työkaverin tulisi voida neuvoa toista ilman, että sitä koetaan toisen ammattitaidon aliarvioimisena. Esimiehen tuki koettiin erittäin tärkeäksi. Esimiehellä tulee olla johtamisen lisäksi substanssiosaamista, jotta hän ymmärtää kentällä esiintyviä ongelmia ja ristiriitoja.

”niin se on vähän huono homma, että nykyisin ei oteta sitä oppia vastaan vaikka sitä haluttas antaakki. Sit sitä ei uskalla mennä antaa kun kerran saa nenillensä. Vaikka näkkee, että se tekee ihan hullusti, antaaapa tehä, en mene.”

Vanhemmilla työntekijöillä on paljon ns. hiljaista tietoa, jota helposti aliarvioidaan. Rinnekoti-Säätiössä on hoitohenkilöstöä, joilla on kymmenien vuosien vankka työkokemus kehitysvamma-alalta. Heillä on tietoa ja taitoa kehitysvammaisten ihmisten kanssa työskentelystä. Neuvojen ja ohjeiden vastaanottaminen koettiin turhauttavana, etenkin joidenkin nuorten vastavalmistuneiden hoitajien ja hoitoapulaisten ja -avustajien kohdalla. Uusien työntekijöiden rekrytointi puhutti, etenkin pidempään hoitotyössä olleita. Rekrytoinnissa pitäisi olla kattavampi seula arvioida kehitysvammaisten henkilöiden kanssa työskentelevien sopivuus alalle.

”...mä yhdelle uudelle ihmiselle sanoin ...petas siinä sänkyä että ei jää niitä laskoksia että laita kunnolla ne patjan alle. jaaha et onks tää ihan armeijan touhua täällä, sain vastaukses.”

Toimintatavat ja informaatio

Rinnekoti-Säätiössä todettiin olevan tiedonkulun ongelmia organisaation kaikilla tasoilla. Tämä koettiin yhteistyön kannalta haastavaksi tekijäksi. Tämä vaikeuttaa terapeuttien työtä, kun hoitokodeissa on informaatio katkoksia eikä asiakkaan tilasta saada tietoa. Myös kirjaamiskäytännöissä on vaihtelevuutta. Terapeutit kirjaavat potilastietoihin käynneistään vain oleelliset asiat, samoin fysioterapia lehdelle, mutta kaikki hoitajat eivät lue niitä. Tähän haluttiin muutosta ja uuden Mediatri-potilastietojärjestelmän toivottiin parantavan tilannetta. Näin kaikilla olisi mahdollisuus päästä lukemaan tarvittavat tiedot asukkaista. Tämä lisää informaation saamista asiakkaan kuntoutuksellisista tavoitteista ja meneillään olevista terapioiden ym. asiakkaan elämään liittyvistä asioista. Tähän todettiin niin sanotun info vihkon käyttöön oton olevan oiva ratkaisu. Vihko toimisi tiedon kulun välineenä, niin terapeuteilta hoitajille kuin päinvastoin. Kaikki yhdessä sovitut hoitolinjaukset kuntoutuksessa on hyvä kirjata, jotta se on kaikkien luettavissa.

Uusi potilastietojärjestelmä mahdollistaa virallisten suunnitelmien, kuntoutuksellisten tavoitteiden kirjaamisen ja lukemisen. Samoin terapeutit näkevät päivittäisestä kirjauksista asiakkaiden yleiskunnossa tapahtuneet muutokset, jotka voivat vaikuttaa hänen liikunta- ja toimintakykyyn.

Estävät tekijät yhteistyölle



Kuvio 6. Moniammatillisen yhteistyön estävät tekijät haastatteluaineistosta

Riittämätön resurssointi

Hoitohenkilöstön vähyys hoitokodeissa tuli monen toimijan puheenvuorossa esille. Henkilökunta "pula" ja vaihtuvuus näkyy joka tasolla. Sillä koettiin olevan suuri merkitys asiakkaiden kokonaisvaltaiseen hoitamiseen sekä moniammatillisen yhteistyön toteutumiseksi. Rinnekoti-Säätiössä on paljon sitoutunutta hoitohenkilöstöä, jolla on korkea työmoraali ja sitoutuneisuus työhön. Huono henkilöstöresurssointi vaikuttaa työhön ja sen tekemiseen. Se lisää kiirettä ja kiristää tunteita vaikuttaen työilmapiiriin työmotivaation laskiessa. Monet toimijoista kokivat, että moniammatillisen yhteistyön estäville tekijöille ei ole vain yhtä ainuttakaan tekijää vaan se on monen tekijän summa.

Terveysthuollon henkilöstön kelpoisuusasetus sekä mitoitukset ohjaavat henkilöstörakenteen muotoutumista, minkä arviointi on yksi organisaation ylimmän johdon tehtävä. Keskusteluissa todettiin erittäin tärkeäksi, että organisaation ylimmän johdon, etenkin hoitohallinnon johdon tulisi olla kiinnostunut hoitohenkilöstön arjesta ja omasta substanssi osaamista. Myös dialogisuutta toivottiin lisää ylimmän johdon sekä henkilöstön välille juuri resurssointi asioissa.

”mun mielestä se pitäisi tuoda esille siinä vaiheessa kun tulee töihin, että tota miten odotetaan sitoutuvan tähän kehitysvammaisten hoitamiseen ja sitten jos tuntee että ei ole valmis, niin sitten lähtee pois.”

”osastonhoitajan pitää olla ajan tasalla, sitouttaa ihmiset. Osastonhoitajalla on iso rooli, se on sit eri asia miten organisaatio tukee näitä.”

Kiire

Toimijoita huolestutti lääkärien kiire. Lääkärikiertojen epäsäännöllisyys sekä usein niin sanotut ”paperikierrat”, joissa ei ehditä eikä pystytä käymään asukkaan kuntoutuksellisia asioita syvällisemmin läpi. Hoitohenkilöstön suurimpia kiireen aiheuttajia kuvattiin olevan vähäinen henkilöstö. Perustyötä ei aina omassa vuorossa kyetä tekemään, kun aamuvuorossa on minimi henkilöstömäärä suurta asukasmäärää kohden.

”kaikki muu akuutti työ vie kaiken ajan, ja ne ei viikkoon edes tuu tai edes kattois asukkaita, tehhään paperikiertoja, puhelimella tehhään lääkäri kiertoja ettei keretä kosketta sitä asiakasta.”

Toimivien yhteistyökäytäntöjen puuttuminen

Moniammatillinen yhteistyö lähtee jo yhteisestä keskustelusta, dialogisuudesta sekä vuorovaikutuksellisuudesta. Jos sitä ei ole, niin yhteistyölle ei ole perusteita. Yhteisten palaverien vähyyttä koettiin suurena esteenä moniammatillisen yhteistyön toteutumiselle. Työhön sitoutumisessa pidettiin tärkeänä, että tullaan sovittuihin yhteistyö- ja kuntoutuspalaveriin sekä osastotunneille, jossa terapeutti mukana. Jos tällaista keskustelua ei käydä, ei moniammatillinen yhteistyö tule koskaan onnistumaan.

Toimijat totesivat, että aikaisempina vuosina hoitokodeissa on ollut käytäntönä osastotunnit. Niissä terapeutit tai ulkopuolinen kouluttaja piti sovituista aiheista koulutusta ja ohjausta. Osastotunnit olivat säännöllisiä ja ne olivat kirjattu työlistoihin. Osastotuntien

aiheet olivat lähtöisin hoitohenkilökunnan tarpeista. Tällaisten osastotuntien pitämiselle todettiin olevan edelleen tarvetta.

”niitä voi varmaan yrittää kehittää. et osasto saisi ite suunnitella et ketä pyytää ja mistä aiheesta niin mä ajattelin et se voi olla yks semmonen joka vois.”

Terapeutit tuntuivat olevan erittäin turhautuneita, kun heidän ohjaamat kuntoutukselliset asiat eivät toteudu, vaikka niistä on sovittu. Tämäkin vaatii yhteistä keskustelua ja tapaamisia. Yhteisillä moniammatillisilla viikottain järjestettävillä yhteistyökokouksilla pystyttäisiin keskustelemaan asiakkaan kuntoutuksellisista asioista sekä syistä miksi esimerkiksi tietyt kuntoutukselliset toimet eivät ole toteutuneet. Samalla voitaisiin esimerkiksi tarkistaa asukkaan tavoitteet ja asettaa ne uudestaan jos niihin nähdään tarvetta.

Huono työilmapiiri ja oman ja toisen ammattitaidon arvostaminen vaikuttaa yhteistyöhön. Nykyään ei voida enää tehdä työtä yksin, kaikessa tarvitaan tiimityttä, yhdessä tekemistä, dialogisuutta. On tärkeää että kaikkien työntekijöiden mielipiteitä kuunnellaan, niistä keskustellaan ja tehdään yhteistyötä.

Motivaation puute

Työilmapiiri koettiin aika ajoon raskaaksi, jolloin se vaikutti työn tekemiseen, motivaatioon sekä asukkaisiin. Oman jaksamisen tärkeys työssä pohditutti toimijoita, jolloin nähtiin esimiehen sekä johdon tuen tärkeys. Kun hoitohenkilöstöllä on asenne työhön paikallaan, niin sitä jaksaa tehdä pidempään ja paremmin työtään kehitysvammaisen henkilön kanssa. Keskustelua herätti erinäisten työhyvinvointia lisäävien työkalujen käyttöönotto, kuten työnohjaus, työpaikkakouluttaminen ja perehdytys. Molemmissa työyhteisöissä oli meneillään ryhmätyönohjaukset.

Epäselvä työnkuva

Epäselvä työnkuva, työn organisointi, toimintatapa yksintyöskentelylle, ”vanhoillinen” ajattelumalli kuntoutuksen kuuluminen vain terapeuteille tuotiin ryhmähaastatteluissa esille estävinä tekijöinä. Toisen työn tuntemista pidettiin tärkeänä. Samoin toimijat totesivat työskentelevänsä aina yksin, mikä saattaa liittyä hoitokodin ja tai hoitotyön toimintakulttuuriin. Parityöskentelyä haluttiin lähteä kokeilemaan. Tässä toimijat pohtivat ainaisen resurssipulan vaikeuttavan sen toteuttamista. Toisaalta keskustelua herätti terapeuttien mukana olo esimerkiksi aamutoimissa, jolloin päästäisiin näkemään toisen työtä ja näin yhteistyö toteutuisi. Tästä olisi tukea niin hoitohenkilökunnalle, terapeuteille kuin asiakkaalle. Yhdessä toimien pystyttäisiin myös asiakkaan toimintakykyisyyttä pohtimaan monelta asiantuntija näkökantilta.

Kuntoutuksen työn sisältö oli monille epäselvä. Kuntoutuksellisia toimia ei mielletty hoitajan rooliin kuuluvaksi. Kuitenkin puheenvuoroissa kuntouttavan työotteen kohdalla tuli esiin, että sen pitäisi kuulua kaikkeen toimintaan asiakkaan kanssa arjessa toimies- sa. Kuntoutuksellisten toimien kuulumattomuutta perusteltiin sillä että hoitajia ei ole opetettu koulutuksessa eikä aika riitä. Toisaalta tämä on myös asenne kysymys.

”niin kun sen työn tekee niin siinä ei tule pieneen mieleenkään et sä iltapäivällä alkaisit jumppamaan. Ei mun enää tuu mieleen ruveta ketään jumppamaan. En mä kyllä osakkaan en mä ole saanut sellaseen koulu tusta.”

”mä niin ku mietin, että mitä se moniammatillisuus meikäläisen osalta voi ylipäättänsä olla muuta ku tulla ja tarjota sitä omaa asiantuntijuus alueel ta.”

Puutteellinen tiedonkulku

Tiedon kulku koettiin olevan puutteellinen kaikilla organisaation tasoilla. Terapeutit eivät saa tarpeeksi ajoissa tietoa asukkaiden toimintakyvyn muutoksista. Näin heidän on vaikea vastata kuntoutuksellisen prosessin toimivuudesta. Tällä on asukaan kokonai- shoitoon ja kuntoutukseen suuri merkitys. Samoin se vaikuttaa suuresti asiakkaan hyvinvointiin ja arkielämän sujumiseen. Perus hoitotyön viedessä suurimman osan työ- ajasta ja huono henkilöresursointi aiheuttaa kiirettä. Yhteistyöhön ei ole aikaa eikä lii- oin aina motivaatiota.

Hoitokodin sisäisiä ongelmia koettiin olevan tiedon kulku. Hoitajan ollessa vapailla ei hänelle aina muisteta informoida asukkaan kuntoutuksellisista asioista.

9 Tulosten yhteenveto ja pohdintaa

Kehittämistyön tarkoituksena oli vastata kysymykseen mitä kuntouttava työote on Antinrinteen hoitokodin henkilöstön ja kuntoutuspalveluiden terapeuttien kuvaamana. Aineistosta saatiin vastaus myös toiseen kehittämiskysymykseen miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu. Tuloksien pohjalta voidaan lähteä kehittämään kuntouttavan työotteen toimintamallia Rinnekoti-Säätiössä. Toteutuakseen se vaatii moniammatillista yhteistyön kehittämistä käytännössä.

Kuntouttava työote näyttäytyy Rinnekodissa monella eri tavalla riippuen kenen ammattiryhmän kannalta sitä katsotaan. Kuntouttava työote on yksi keino lisätä asiakkaan hyvää elämää, arjen toiminnoissa. Jotta asiakkaalla olisi hoitokodissa hyvä elää, kuuluu hyvään hoitoon ja kuntoutukseen asiantunteva lähimmäisestä huolehtiminen. Myös asiakkaiden toimintakykyä pyritään ylläpitämään, jotta heidän itsenäinen liikunta- ja toimintakykynsä säilyisi mahdollisimman pitkään. Sitä kautta myös heidän mahdollisuutensa osallistuvaan toimintaan omassa ympäristössään säilyvät.

Kuntoutusta on määritelty monin eri tavoin. Kuntoutuksen tavoitteet ja sisältö näyttäytyvät aina sen mukaisesti millaisesta näkökulmasta sitä tarkastellaan. Kuntoutus voidaan ymmärtää, joko kiinteänä osana terveydenhuoltoa tai sitten painottaa sen ammatillisia, työhön liittyviä tai sosiaalisia aspekteja (Suikkanen 1995: 15-16.) Tässä tutkimustyössä käsitys kuntoutuksesta painottui kehitysvammaisen henkilön arjen toiminnoissa tapahtuvaan kuntouttavan työotteen ymmärtämiseen.

Järvikoski ja Härkäpää (2008: 51-52) ovat todenneet, että kuntoutus on ymmärretty yksilön hyvän tuottajana. Taustana on ihmisen oikeus ihmisarvoiseen elämään, oikeus onnellisuuteen, hyvinvointiin, vapauteen, itsenäisyyteen ja oikeudenmukaiseen kohteluun. Tämä korostui tutkimuksen tuloksissa. Asiakas koettiin olevan yksilöllinen persoona, jonka tarpeet, toiveet ja itsemääräämisoikeus tulisi huomioida. Toisaalta kehitysvammaisen oman äänen kuuluviin saaminen todettiin haasteelliseksi heidän kommunikointivaikeuksiensa vuoksi. Erilaisten kommunikointi välineiden ja keinojen käytölle toivottiin ohjausta.

Tämän tutkimuksen tuloksissa moniammatillisen yhteistyön estävinä tekijöinä todettiin, että asiantuntijoiden osaamista ei osattu hyödyntää ja tiedonkulku asiakkaan kuntoutuksen tarpeesta oli hidasta, jolloin kuntoutusprosessiin pääsi tulemaan suuri viive. Kuusela (2009) on tutkimuksessaan ikäihmisen fyysisen toimintakyvyn tukemisessa todennut, että moniammatillisen osaamisen näkökulmasta ei kaikkien asiantuntijoiden osaamista hyödynnetä riittävästi.

Kuntoutus tarkoittaa prosessia, jonka avulla vammaisia tai vajaakuntoisia henkilöitä autetaan itse saavuttamaan ja ylläpitämään mahdollisimman hyvä fyysisen, aistimukSELLISEN, älyllisen, psyykkisen tai sosiaalisen toiminnan taso. Näin heillä on mahdollisuus elää mahdollisimman itsenäistä elämää. (Rissanen ym. 2008: 510.) Tämän työn tuloksissa kuntouttava työote ymmärrettiin asiakkaan itsenäistä toiminnallisuutta tukevana toimintana, johon pyritään hyvällä suunnitelmallisuudella, tavoitteellisuudella kohti asiakkaan hyvää elämää koko hänen elämänsä aikana. Toiminta vaatii hoitohenkilöstöltä sekä terapeuteilta hyvää yhteistyötä, sitoutuneisuutta, osaamista ja vahvaa ammattitaitoa. Näihin päästään hyvällä ja kattavalla työhön perehdytyksellä, ohjauksella sekä koulutuksella.

Tuloksissa tuli esille, että kuntoutus kuuluu koko hoitohenkilöstölle ja se on kokonaisvaltaista hoitamista, johon sisältyy arjessa tapahtuvat ja tehtävät päivittäiset toiminnot. Vähäkangas (2010: 21) on tutkimuksessaan myös todennut, että kuntoutumista edistävä työote tarkoittaa kaikkien hoitohenkilökuntaan kuuluvien toteuttamaa, yhteisiin toimintatapoihin perustuvaa toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää toimintaa. Henkilökunnan käyttäessä kuntouttavaa työotetta he tukevat ja kannustavat kehitysvammaista henkilöä käyttämään omia jäljellä olevia voimavarjoaan ja toimintakykyään arjen toiminnoissa (STM 2008, 27).

Kelhä (2006:7-8) on todennut, että kuntoutumista edistävä työote on asenne ja työtapo, jossa ei tehdä asioita asiakkaan puolesta vaan tuetaan hänen itsenäisyyttään, yksilöllisyyttään ja itsemääräämisoikeuttaan. Asiat tehdään yhdessä tukien ja kannustaen. Tässä tutkimuksessa johtopäätöksissä todetaan kuntouttavan työotteen kuuluvan kaikille ammattiryhmille ja osaksi asiakkaan päivittäistä arkea. Toisaalta tuloksissa esiintyi ristiriitaisuutta, keskusteluissa todettiin kuntoutuksen kuuluvan vain terapeuteille ja hoitajille hoitotyö. Aineistossa kuntouttava työote ilmeni monessa merkityksessä muun

muassa terapeuttien kuntoutuksena, hoitajien hoitotyönä, monenlaisena tekemisenä (muun muassa perehdytys, ohjaus- ja neuvonta) ja asiakkaan arkitoimintoina. Henkilöstön erilaisista toimintamalleista ja ammatillisesta ja koulutuksellisesta taustasta johtuen työntekijöillä on kuitenkin erilainen tietämys ja näkemys siitä, mitä kuntoutumista tukeva työote tarkoittaa käytännön arjen työssä. Tämä vaatii jatkossa moniammatillista keskustelua ja yhteisen ymmärryksen luomista.

Kuntoutuksen kuulumisesta arjen hoitotyöhön aiheutti ristiriitaisia mielipiteitä. Kuntouttavien hoitotoimien toivottiin tulevaisuudessa olevan niin selkeästi osa hoitotyöhön kuuluvaa toimintaa, että sitä ei kenenkään tarvitse kyseenalaistaa.

”Siksihän sitä työtä tehdään tai aatellaan, siksi me täällä ollaan niin sittenhän sit on perusta poies et jos aatellaan et ei oo kuntoutuk selle aikaa sehän on meidän elämän arkea.

Tuloksissa henkilökunnan perehdyttämiselle ja kouluttamiselle annettiin painoarvoa, jotta pystytään paremmalla asiantuntijuudella luomaan edellytyksiä hyvälle hoidolle sekä kuntoutuksen toteutumiselle. Näin turvataan asiakkaiden laadukas ja ihmisarvoinen elämä Rinnekodissa. Laitoshoidossa asuvilla kehitysvammaisilla henkilöillä ei välttämättä ole itsellään tietoa ja ymmärrystä, mitä elämänlaadulla tarkoitetaan. Kehitysvammaiselle on tärkeää miten hän kokee ja tuntee eri asiat ja onko hänellä sen myötä hyvä vai huono olla. Useasti hän ei edes pysty ilmaisemaan itseään muuten kuin ilmein tai elein. Ammattitaitoisen ja asiantuntevan hoitohenkilöstön todettiin olevan tässä tärkeässä roolissa, jotta he osaisivat ja pystyisivät tulkitsemaan asukkaan omaa halua ja tahtoa.

Rinnekoti-Säätiössä yhteiskunnalliset päätökset, ohjeistukset sekä lakiuudistukset vaikuttavat läheisesti työnorganisointiin sekä vaatimuksiin. Tänä päivänä yksittäiseltä työntekijältä vaaditaan laaja-alaista osaamista kehitysvamma-alalla sekä fyysisiä sekä psyykkisiä voimavaroja. Maailma ja työ ovat muuttuneet niin monimutkaiseksi, ettei voida kuitenkaan ajatella yhden ihmisen hallitsevan kaikkea. Organisaatioiden osaaminen muodostuu kuitenkin sen yhteisestä osaamispääomasta. (Isoherranen ym. 2008:9.)

Toisaalta todettiin, että kiire ja resurssipula eivät ole ainoita esteitä vaan myös erilaiset toiminta- ja työskentelytavat, sekä työn suunnitelmallisuus voivat olla esteenä kuntout-

tavan työotteen toteutumiselle. Hoitotyö vie suurimman osan työajasta, koska asiakkaat ovat tänä päivänä hoidollisempia. Työaika menee hoitotyöhön, muun muassa syöttämisiin, pesuihin. Hoitotyö koettiin erittäin raskaaksi ja kuormittavaksi.

”Estäviä tämmösiä ikäviä puolia kuntouttavan työotteen toteutumisessa on tää jatkuva resurssipula, kiire, ei ole tarpeeksi työntekijöitä eikä sitä aikaa ole tarpeeksi että tuota sen on se just.”

Moniammatillisen yhteistyön tärkeys korostuu asiakkaan kokonaisvaltaisessa hoitamisessa sekä hyvän elämän tukemisessa. Moniammatillisuuden kehittämisessä on olennaista tunnistaa samoissa toimintatilanteissa läsnä olevien tai yhteistä työtä jakavien ammattiryhmien erityisosaamisen alueet. Tuloksissa todettiin moniammatillisen yhteistyön edistäviksi tekijöiksi toisen ammatillisen arvostuksen sekä työn tuntemisen. Sosiaali- ja terveydenhuollon (2004:29-30) kansallisessa kehittämissuunnitelmassa Kasteessa todetaan, että hyvinvointi on tavoitteena yhteiskuntamme kaikilla tasoilla. Kehitysvammaisten ihmisten kohdalla haasteelliseksi muodostuu heidän oman mielipiteen sekä tahtonsa tulkitseminen erinäisten kognitiivisten sekä kommunikaatio vaikeuksien vuoksi. Siksi on tärkeää kehittää moniammatillista yhteistyötä, jotta voidaan hyödyntää kaikkien kehitysvammaisen henkilön kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden substanssiosaamista heidän hyvinvoinnin tukemisessa.

Terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia edistävien olosuhteiden ja palveluiden vahvistaminen, ongelmien ennalta ehkäisy ja varhainen puuttuminen ovat kustannustehokkaita ja usein myös vaikuttavia tapoja parantaa ihmisten elämänlaatua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: 29-30). Tutkimuksessa keskustelijat totesivat asiakkaiden hyvän elämän koostuvan pienistäkin arkisista asioista, joilla ylläpidetään ja parannetaan heidän hyvinvointiaan. Työntekijöiden työhön sitoutuminen, motivaatio sekä osaaminen ovat edellytykset sen saavuttamiseksi. Säännöllisillä yhteistyökokouksilla dialogisuudella ja laadukkailla mittareilla varmistetaan tavoitteiden saavuttaminen.

Karila ja Nummenmaan (2001: 35) ovat todenneet Honkakosken (1995) tutkimuksen pohjalta, että verkostoituva ja moniammatillinen osaaminen vaatii kykyä toimia erilaisissa työryhmissä yli ammatillisten rajojen ja viitekehysten. Työntekijän tulee osata suhteuttaa oma ammatillinen osaaminen laajempaan yhteyteen ja hänen tulee tiedostaa oma sekä toisaalta muiden osaaminen.

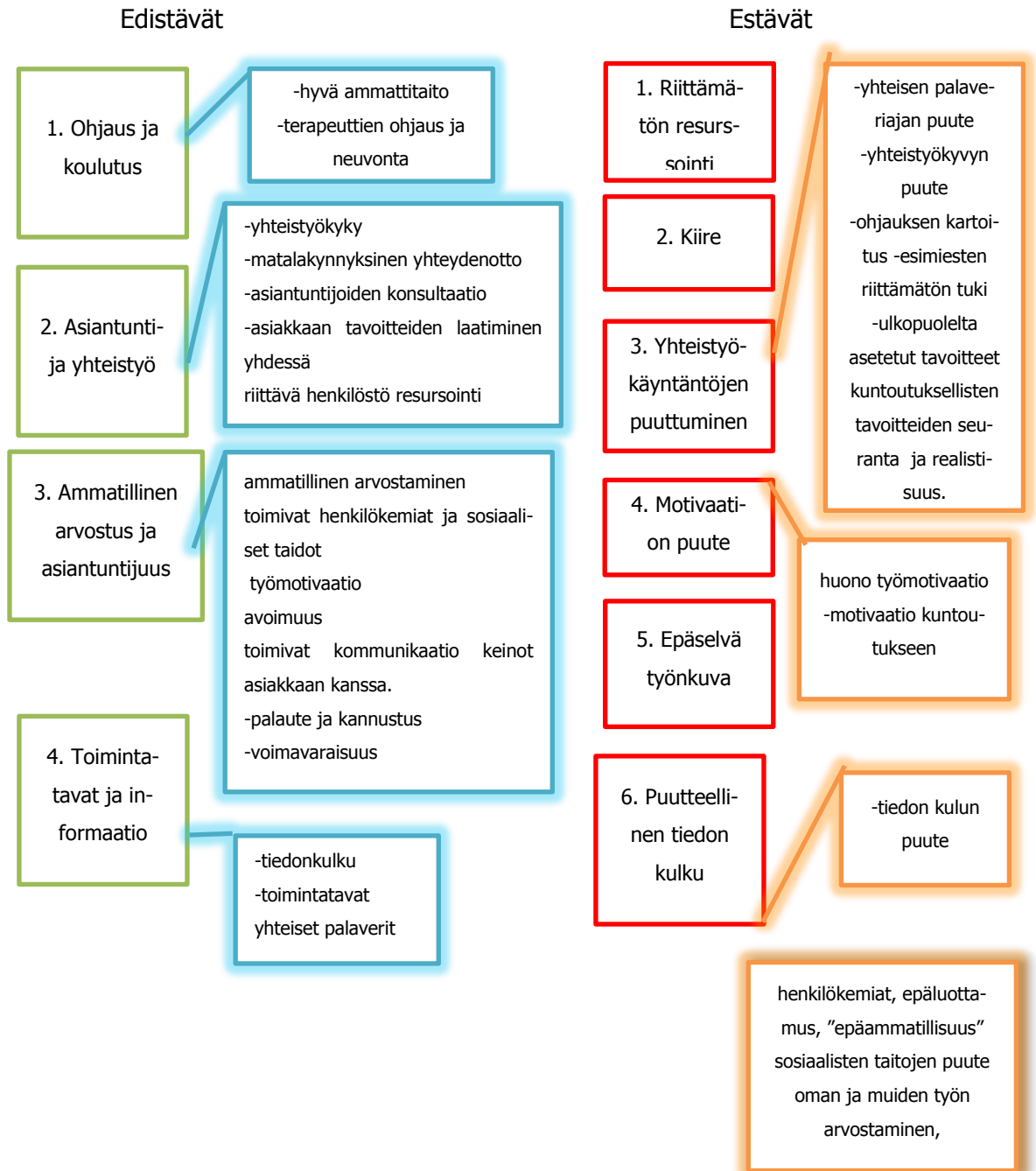
Tuloksissa vähäinen henkilöstöresursointi vaikutti työn tekemiseen, aiheutti työssä kuormittumista sekä perushoitotyön lisäksi hoitajilla ei ollut aina aikaa kuntoutuksellisille toimille. Sosiaali- ja terveystalvelujen henkilöstörakenteen kehittämistä ohjaavat lainsäädäntö sekä sosiaali- ja terveystalveluoliittiset linjaukset. Terveystalveluoliittisen henkilöstön mitoitust perustuu vain epäsuorasti lainsäädäntöön toisin kuten esimerkiksi lasten päi-vähoidossa. (Suomen fysioterapeutit 2011: 4-10; Karila - Nummenmaa 2001: 37.)

Yhteistyötä voidaan tarkastella eri näkökulmista kuten asiakkaan ja työntekijöiden kesken, moniammatillisessa työryhmässä sekä eri organisaatioissa toimivien työntekijöiden välillä. Yhteistyön ei todettu olevan selkeätä ja siinä näkyi hoitohenkilöstöllä edelleen sairauskeskeinen ajattelu malli. Yhteistyötä toivottiin, mutta sen koettiin olevan puutteellista ja kaikki tuntui jäävän kiireen alle. Kiire on usein moneen asiaan liitetty termi. Mutta onko kiire todellinen syy? Vai voisiko esimerkiksi työ olla suunnitelmallisempaa, tarkemmin määriteltyä sekä tavoitteellisempaa?

Salmelaisen (2008: 1.) tutkimuksessa, joka oli osahanke Kelan IKÄ-hankeessa, todetaan, että kirjalliset dokumentit välittivät hyvin tietoa sosiaalisesta toimintakyvystä sekä elinympäristöstä, elämäntilanteesta, kotona selviytymisestä sekä avun tarpeesta. Tieto yhteisissä kokouksissa kuntoutujasta välittyi, jos yhdyshenkilö tunsii kuntoutujia, sekä oli perehtynyt kunnan tarjoamiin palveluihin. Tuloksissa toimijoiden mukaan asiakkaan tunteminen koettiin tärkeänä asiana, jolloin pystytään paremmin havainnoimaan hänen toimintakykyänsä. Näin pystytään paremmin vastaamaan hänen tarpeisiinsa. Kuitenkin asiakkaan hoitoa, kuntoutusta koskevan tiedon kulun puutteet koettiin olevan hoidon jatkuvuuden ja kuntoutusprosessin yksi keskeinen ongelma. Salmelainen (2008) on todennut tutkimuksessaan että toimivan hoitoketjun suurimpia haasteita on eri toimijoiden välisen ajantasaisen tiedonkulun varmistaminen. Salmelaisen (2008: 101) tutkimuksessa hän piti tärkeänä matalaa tiedottamisen kynnyistä yhteistyön sujumista edistävänä ja myönteisenä tekijänä. Tutkimustuloksissa terapeutit olivat todenneet yhdeksi moniammatillisen yhteistyön edistävänä tekijänä matalaa kynnyistä yhteyden ottoon. He totesivat kuntouttavan työtteen ohjaamisessa tämän tärkeäksi tekijäksi.

Kirjallisesta sekä haastattelu aineistosta löytyi yhteneväisiä tekijöitä moniammatillisen yhteistyön edistäviin sekä estäviin tekijöihin.. Olen kuviossa 7 liittänyt haastattelu aineistosta syntyneet luokat (vihreät ja punaiset laatikot) sekä kirjallisen (turkoosit ja

oranssit laatikot) aineiston yhteen. Olen verrannut kirjallisia vastauksia haastattelu aineistosta nousseiden luokkien sisältöihin ja sen mukaan liittänyt ne kuhunkin laatikkoon.



Kuvio 7. Moniammatillisen yhteistyön edistävät ja estävät tekijät kirjallinen ja haastattelu aineisto.

Terapeuttien ja hoitohenkilöstön yhteistyöhön tulisi sisältyä säännöllisyys sekä toimivampi tiedonkulku, mitkä koettiin olevan yhtenä edistävinä tekijöinä moniammatilliselle yhteistyölle. Keskustelua herätti uusi potilastietojärjestelmä Mediatriin käyttöönotto ja sen mahdollisuudet tiedonkulun parantamiselle, etenkin asiakkaan terveyteen, sairaanhoitoon sekä kuntoutukseen liittyvissä asioissa. Uudessa potilastietojärjestelmässä toi-

vottiin olevan paikka, johon asiakkaan kuntoutukselliset tavoitteet ja suunnitelma voidaan kirjata.

Ilman toimivaa yhteistyötä sekä tiedon kulkua ei yhteistyöllä ole edellytyksiä. Organisaation rakenteen olisi oltava sellainen, että se mahdollistaa moniammatillisen yhteistyön. Rinnekoti-Säätiössä pyritään avoimeen dialogiseen keskusteluun johdon sekä esimiesten että työntekijöiden välillä. Tuloksissa todettiin, että asioista keskustellaan, mutta kaivattiin säännöllisiä moniammatillisia kokouksia sekä yhteisiä toimintatapoja, joilla voidaan edistää asiakkaan kuntoutuksellisia toimia. Tämä vaatii suunnitelmallisuutta, kaikkien työntekijöiden sitoutuneisuutta sekä esimiehien kannustavaa esimerkiksi ja tukea toiminnalle. Terapeutit ovat pyrkineet tekemän työnsä osastoilla näkyväksi, jotta kynnys yhteydenottoihin olisi mahdollisimman matala. Hoitohenkilöstön ohjauksen tarpeen määrittelyyn tarvitaan parempaa tietoa esimiesten sekä terapeuttien toimesta. Kun yhteistyö lisääntyy, myös edellä mainitut näkökohdat ovat helpompi kartoittaa.

Henkilöstön yhteistyötä edistää kyky toimia tiimissä, sosiaaliset taidot, avoimuus, toisen ammatin ja työnarvostus. Nämä tekijät tulivat esille sekä kirjallisissa vastauksissa, että haastattelu aineistossa.

Edistävissä yhteistyötekijöissä hoitohenkilöstön kirjallisissa vastauksissa painottuivat työn- ja työyhteisöön liittyvät tekijät. Terapeuteilla oli asiakkaan osallisuus yksi tärkeä edistävä tekijä. Esimerkiksi asiakkaalle voidaan tarjota enemmän kuvallisia ilmaisu keinoja, jolloin kommunikaation keinojen lisäämisen myötä yhteistyö asiakkaan ja henkilöstön välillä paranee. Asiakkaiden kuntoutuksellisten tavoitteiden laatiminen yhdessä henkilöstön ja asiakkaan kanssa koettiin edistäväksi tekijäksi. Toisaalta yhteisesti laadittavien tavoitteiden asettelussa koettiin olevan haastetta niiden kehitysvammaisten asiakkaiden kohdalla, joilla on kommunikointi vaikeutta tulla ymmärretyksi.

Huono työilmapiiri vaikuttaa itse työn tekemiseen sekä asiakkaiden hyvinvoinnin lisäksi aikaa vieviin välien selvittelyihin. Tästä todettiin kärsivän niin hoitohenkilöstön kuin asiakkaan. Tutkimuksessa yhteistyötekijöiden estävät tekijät hoitokodissa korostuivat ammattitaitoon, työhön, työn tekemiseen sekä sosiaalisiin suhteisiin työyhteisössä. Sairaanhoidtajien puute sekä määrällisesti suuri kouluttamattomien hoitoavustajien – ja apulaisten määrä koettiin yhdeksi estäväksi tekijäksi yhteistyölle. Se on suoraan korre-

laatio huonolle työmotivaatiolle sekä sen kehittämiseksi. Toisaalta todettiin, että kehittämiseksi ei riitä aikaa kun kaikki työaika menee perustyöhön ja ohjaamiseen.

Kirjallisessa aineistossa estävät tekijät liittyivät voimakkaammin itse työhön sekä työhyvinvointitekijöihin kuten esimerkiksi työntekijöiden henkilökemiat, hoitokodin sisäisiin ongelmiin liittyvät tekijät. Asiakkaan liikunta- ja toimintakyvyn seurantamenetelmien- ja mittarien puutteellisuus ja tavoitteiden säännöllinen tarkastelu koettiin yhdeksi suureksi estäväksi tekijäksi. Toisaalta todettiin, että kiire ja resurssipula eivät ole ainoita esteitä vaan myös erilaiset toiminta- ja työskentelytavat, sekä työn suunnitelmallisuus voivat olla esteenä kuntouttavan työotteen toteutumiselle. Hoitotyö vie suurimman osan työajasta, koska asiakkaat ovat tänä päivänä hoidollisempia. Työaika menee perushoitoon, muun muassa syöttämisiin, pesuihin. Hoitotyö koettiin erittäin raskaaksi ja kuormittavaksi.

Kuntoutuksen kuulumisesta arjen hoitotyöhön aiheutti ristiriitaisia mielipiteitä. Kuntouttavien hoitotoimien toivottiin tulevaisuudessa olevan niin selkeästi osa työhön kuuluvaa toimintaa, että sitä ei kenenkään tarvitse kyseenalaistaa.

”Siksihän sitä työtä tehdään tai aatellaan, siksi me täällä ollaan niin sittenhän sit on perusta poies et jos aatellaan et ei oo kuntoutuk selle aikaa sehän on meidän elämän arkea.”

Kuntouttava työote tarvitsee onnistuakseen toimintatapojen kehittämistä Rinnekoti-Säätiössä. Työn uudelleen organisointi, sekä henkilökunnan ohjaus ja koulutus voivat omalta osaltaan vahvistaa kuntouttavan työotteen toteutumista kehitysvammaisen henkilön arjessa. Tutkimuksessa tuli moneen otteeseen esille hoitohenkilöstön resurssipula, mutta niiden lisääminen ei aina ole se yksi ja ainoa parantamisen keino, vaan kyse voi olla myös toimintatavoista. Monesti syyt heikkoihin toimintatapoihin ovat syvällä työkuulttuurissa, jota pelkkä resurssien lisääminen ei aina paranna. Todelliset muutokset saadaan aikaan pitkäjänteisellä moniammatillisella kehittämistyöllä. Tutkimus oli kuntouttavan työotteen toimintamallin kehittämisprosessin suunnitelman ensimmäinen vaihe, jossa tehtiin selvittävää tutkimusta, mitä kuntouttava työote on hoitohenkilöstön sekä terapeuttien kuvaamana.

Rinnekoti-Säätiössä on asiantuntevaa ja ammattinsa osaavaa työlleen omistautunutta henkilökuntaa, mutta tieto ja taito eivät aina kohtaa käytännössä asukkaan toimintaky-

kyä tukevana toimintana. Haasteena on saada kuntouttava työote toteutumaan moniammatillisesti asukkaan yksilöllisiä tarpeita vastaavaksi. Tällä hetkellä käytännön työskentelymuoto on enimmäkseen hoitohenkilöstön sekä terapeuttien yksilösuoritusta, josta aika ajoin puuttuu dialogisuus. Lisäksi olisi tärkeitä luoda Rinnekotiin uusi toiminta kulttuuri, jossa sisäistetään kuntoutus arjen työhön kuuluvaksi eikä erillisiksi terapeuttien osaamisalueeksi. Tämä edellyttää uutta ajattelu mallia työskentelyyn sekä lisäkoulutusta hoitohenkilöstölle. Organisaation johdon ja esimiesten olisi tuettava tätä kehitystä.

Hoitohenkilöstön sekä terapeuttien moniammatillisen yhteistyön kehittämistä tarvitaan. Tutkimuksen esille nostamat edistävät ja estävät tekijät ohjaavat moniammatillisen yhteistyön kehittämistä Rinnekoti-Säätiön hoito- ja kuntoutuskeskuksessa. Ne antavat hoitohallinnon ja kuntoutuspalveluiden esimiehille tietoa, mitkä ovat mahdolliset kehittämiskohteet lähitulevaisuudessa.

Tutkimuksen luotettavuus

Olen kuvannut selkeästi ja tarkasti aineiston keruun sekä analysoinnin. Olen esittänyt yhdellä esimerkillä analysoinnin eri vaiheet (liite 4). Tällä olen pyrkinyt vahvistamaan tutkimuksen validiutta sekä tutkijan päättelyä, jonka lukija voi itse arvioida. Raportoinnissa erilaisten taulukoiden ja kuvioiden käytöllä olen pyrkinyt lisäämään lukijan ymmärrystä tutkimuksen erivaiheista, aineiston analysoinnista sekä saaduista tuloksista. Olen käyttänyt tutkimuksessani läpi koko tulos osion alkuperäisilmaisuja, joilla olen pyrkinyt elävöittämään raporttiosuutta. Näin olen lukijalle antanut mahdollisuuden arvioida aineiston ja tulokinnan validiutta. Aineiston keruussa sekä analysoinnissa olen pyrkinyt olemaan mahdollisimman objektiivinen. Koska työskentelen kaikkien haastateltavien kanssa samassa työpaikassa, minun piti tiedostaa oma roolini, sekä välttää omia ennakko-oletuksia. Tämän olen pyrkinyt tiedostamaan läpi koko tutkimuksen eri vaiheissa.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija joutuu jatkuvasti pohtimaan tekemiään ratkaisuja ja näin ottamaan yhtä aikaa kantaa sekä analyysin kattavuuteen, että tekemäänsä työn luotettavuuteen (Eskola – Suoranta 1999).

Haastattelun etuna muihin tiedonkeruumuotoihin verrattuna on sen helppo mukauttavuus tilanteen edellyttämällä tavalla. Samoin tulkinnalle annetaan liikkumavaraa. (Hirsjärvi ym. 1997: 194.) Alkuperäiseen toiseen tutkimuskysymykseen vastauksia etsiessäni aineistosta ilmeni toimijoiden vastanneen keiden kanssa he moniammatillista yhteistyötä tällä hetkellä toteuttavat. Näin toinen tutkimuskysymyksen sisältö supistui koskemaan yhteistyön muotoa tällä hetkellä.

Haastattelun teko edellyttää huolellista suunnittelua haastattelijalta (Hirsjärvi ym. 1995: 195). Tutkijana olisin voinut tehdä tutkimuskysymysvaiheen suunnitellummin ja huolellisemmin. Tämä olisi vaatinut tarkempaa perehtymistä ilmiöön ja siitä olevaan teoria- ja tutkimusaineistoon. Tämä olisi helpottanut tutkimuskysymyksen laadinnassa.

Tutkija ei osallistunut keskusteluihin, vaan oli kyselijän ja tulkitsijan roolissa. Toisen tutkimuskysymyksen kohdalla olisin voinut selventää ja tarkentaa kysymystä esimerkiksi lisäkysymyksillä heti haastattelutilanteessa, jolloin toimijat olisivat pystyneet tulkitsemaan sen ymmärrettävämmin ja vastanneet tarkemmin kysymykseen (Hirsjärvi ym. 1995: 194).

Kehittämiskysymyksen luotettavuutta heikentävä asia oli analysoidun aineiston reflektointi. Haastateltavat pääsivät kokoontumaan vain kerran, mikä selkeästi heikensi aineiston tulkintaa, koska he eivät päässeet sitä toiseen kertaan käsittelemään ryhmäkeskusteluna. Aineiston analysointivaiheen reflektointi sähköpostitse ei ollut paras mahdollinen tapa ja siihen ei saatu yhtään vastausta. Syynä vastaamattomuuteen saattoi olla kiire, jolloin ei ollut aikaa syventyä lukemaan sähköpostia. Samoja syitä oletan myös terapeuttien vähäiseen vastaamattomuuteen (N=2) toiseen tutkimuskysymyksen mitkä ovat moniammatillisen yhteistyön edistävät ja estävät tekijät. Haastattelun suunnittelussa minun olisi pitänyt ottaa nämä seikat huomioon paremmin ja kysyä ryhmähaastattelussa moniammatillisen yhteistyön edistävät ja estävät tekijät, jolloin tuloksien tulkinnalle ei olisi jäänyt niin suurta paino arvoa. Vastaamattomuuden syitä on vaikea tietää ja ennustaa. Myös sähköpostivastauksia oli vaikeampi tulkita, kun se jäi pelkästään tutkijan oman ymmärryksen varaan.

Lähteet

Aaltola, Juhani – Valli, Raine Ikkunoita tutkimusmetodeihin I metodin valinta ja aineistokeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle Uudistettu painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Anttila, Pirkko 2005. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi.

Eskola, J. - Suoranta, J. 2009. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heikkilä, Asta – Jokinen, Pirkko – Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Heikkinen, Hannu L.T. - Rovio, Esa - Syrjälä, Leena (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon – Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy.

Heiskala, Hannu. 2000. Miksi vaikeavammaisia lapsia kuntoutetaan? Artikkelit Duodecim 116: 2014-18.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Heimonen, Sirkkaliisa - Voutilainen, Päivi (toim.) 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Holma, T – Heimonen, S-L - Voutilainen P. 2002. Kuntouttava työote. Teoksessa; Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman K., Paasivaara L., Eloniemi-Sulkava U., Finne-Soveri H. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes oppaita 49. Gummerus Oy.

Ilvonen, Kati 2002. Kuntoutumista edistävä hoitotyö vanhusten lyhytaikaishoidon yksikön hoitohenkilökunnan kuvaamana. Pro gradu-opinnäytetyö. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Isoherranen, Kaarina 2004 Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: WSOY.

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

Järvikoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY

Järvikoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 1995: Mitä kuntoutus on ? Teoksessa Suikkanen, A – Härkäpää, K – Järvikoski, A – Kallaranta, T – Piirainen, K – Repo, M – Wikström, J Kuntoutuksen ulottuvuudet. Juva:WSOY.

Karila, Kirsti - Nummenmaa, Raija 2001. Matkalla moniammatillisuuteen. Kuvauskohteenä päiväkoti. Juva: WS Bookwell Oy.

Kaski, Markus (toim). – Manninen, Anja – Pihko, Helena 2009. Kehitysvammaisuus. Helsinki: WSOY.

Kelhä Paula: 2006 Kuntouttavan hoitotyön sisältö sotainvalidien laitos-hoidossa: hoitohenkilökunnan näkökulma. Pro gradu-opinnäytetyö. Oulu: Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Kivikko, Matti – Autti-Rämö, Ilona 2006. Mitä on kehitysvammaisten hyvä kuntoutus? Artikkel. Duodecim. 122 (15). 1907- 1912.

Kuusela, Marja 2009. Moniammatillinen osaaminen kotihoidossa olevien ikäihmisten fyysisen toimintakyvyn tukemisessa kotihoidon ammattihenkilöiden kuvaamana. Pro gradu-opinnäytetyö. Turun yliopisto, Hoitotieteenlaitos.

Kähäri-Wiik, Kaija - Niemi, Aira - Rantanen, Anneli 2006. Kuntoutuksella toimintakykyä. Oppimateriaalit. Helsinki: WSOY.

Lampinen, Reija 2007. Omat polut! Vammaisesta lapsesta täysivaltaiseksi aikuiseksi. Helsinki: Edita.

Launis, Kirsti 1997. Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa: Kirjonen, Juhani – Remes, Pirkko – Eteläpelto, Anneli (toim.): Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino. 122-133.

Malm, Marita – Matero, Marja – Repo, Marjo -Talvela, Eeva-Liisa 2006. Esteistä mahdollisuuksiin, vammaistyön perusteet. WSOYpro.

Myllynen, Kristiina 2008. Yhteistä työtä – Rinnekodin laitoshoidon moniammatillinen yhteistyö. Opinnäytetyö. Metropolia ylempi ammattikorkeakoulu Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen.

Mäntynen, Raija 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteenlaitos.

Nikander Pirjo. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma .Artikkeli. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2003: 40 279-290.

Qvretveit, John. 1995. Moniammatillisen yhteistyön opas. Helsinki: Hakapaino.

Rinnekoti – Säätio vuosikertomus 2010. < <http://rinnekoti.fi>>. Luettu 17.9.2011.

Rissanen, Paavo – Kallaranta, Tapani – Suikkanen, Asko 2009. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.

Routasalo, Pirkko - Lauri, Sirkka 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. Artikkel. Gerontologia. (3). 207–214.

Salmelainen, Ulla 2008. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa: moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitosmuotoisessa kuntoutuksessa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Seppälä, Heikki 2001. Kehitysvammaisten kuntoutus. Teoksessa Kallaranta, Tapani – Rissanen, Paavo - Vilkkumaa, Ilpo 2001. Kuntoutus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino

Siipola, Sari 2001. Vanhusten kuntouttava hoitotyö – Käsiteanalyysi. Pro gradu - tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2002:6. <<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf>>. Luettu 17.9.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2003:19.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Kehitysvammaisten yksilöllinen asuminen. Pitkäaikaisesta laitosasumisesta kohti yksilöllisempiä asumisratkaisuja. toim. Niemelä, Markku – Brandt, Krista Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:73 Helsinki. <http://pre20090115.stm.fi/vk1202213422750/passthru.pdf> Luettu 6.9.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Vammaispoliittinen ohjelma VAMPO. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisu 2010.

Suomen fysioterapeutit. 2011. Terapiahenkilöstötarpeen arviointi kansainvälisten kokemusten valossa. pdf-tiedosto 150811. Luettu 6.9.2011.

Suvikas, Annukka – Laurell, Leena – Nordman, Pia 2009. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita Prima Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. toim. Ripatti, Päivi. Kehitysvammaisten asuminen. Uusi reformi 2010-2015. Helsinki: Yliopistopaino.

Toikko, Timo – Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen sekä tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2004. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy. Verkkodokumentti. <www.tenk.fi/HTK/htkfi.pdf>. Luettu 5.11.2010.

WHO 2007. ICF toimintakyvyn toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Helsinki: Stakes.

Vähäkangas, Pia 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Oulun yliopisto. <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/654df847-a315-42e2-ab92-bebb8df864b7>>. Luettu 23.9.2011.

Vernerinet <<http://verneri.net/yleis/kehitysvammaisuus/mita-kehitysvammaisuus-on.html>>. Luettu 19.5.2011.

Lupahakemus

Reija Aho

Kuntoutuksen koulutusohjelma (YAMK)

Metropolia Ammattikorkeakoulu

11.2.2011

Rinnekoti-Säätiö

Koordinaattori Anne Honkanen

Rinnekodintie 10

01890 Espoo

Tutkimuslupahakemus

Työskentelen vastaavana fysioterapeuttina kuntoutuspalveluissa. Suoritan työn ohessa Metropolia Ammattikorkeakoulussa kuntoutuksen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Haen lupaa tehdä opinnäytetyötutkimusta Rinnekoti-Säätiön Lakiston Antinrinteen sekä kuntoutuspalvelujen henkilöstön kanssa.

Tutkimuksen nimi	Moniammatillisella yhteistyöllä kohti asukkaan hyvää elämää.
Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää mitä kuntoutumista tukeva työote on Antinrinteen hoitokodin hoitohenkilöstön sekä kuntoutuspalveluiden terapeuttien kuvaamana. Samoin selvitetään mitkä tekijät tukevat tai estävät moniammatillisen yhteistyön toteutumista. asukkaan kuntoutumista tukevassa toiminnassa.
Tutkimuksen tavoite	Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla yhdessä kehitetään moniammatillista asukkaan kuntoutumista tukevaa yhteistyötä.
Tutkimusympäristö	Rinnekoti-Säätiön hoitokoti Antinrinne ja kuntoutuspalvelu

Tutkimuksen suorittaja	Reija Aho, Opiskelija Metropolia Ammattikorkeakoulu Kuntoutuksen koulutusohjelma, ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tutkimusaika	Tutkimus suoritetaan vuoden 2011 aikana ja opinnäytetyö valmistuu syksyllä 2012.
Aineiston kerääminen	Aineistoa kerätään laadullisella aineistonkeruumenetelmällä. Työntekijöiden ryhmäkeskusteluilla pienryhmissä sekä kirjallisilla tuotoksilla. Ryhmäkeskustelut videoidaan. Tutkimukseen osallistujille tiedotetaan tutkimuksen kulusta suullisesti sekä kirjallisesti. Samoin heiltä pyydetään kirjallinen suostumus tutkimuksen osallistumisesta sekä pienryhmäkeskustelujen videoinnista. Tutkimus tehdään yleisiä tutkimuksen eettisiä periaatteita noudattaen.

Tutkija sitoutuu noudattamaan voimassaolevia tutkimusaineiston ja tietosuojalain sääntöön liittyviä ohjeita.

Päätös tutkimusluvasta:

Hyväksytty _____

Hylätty _____

Allekirjoitukset

nimen selvennys

Tiedote

Hyvä tutkimuksen osallistuja,

Pyydän Teitä osallistumaan tutkimukselliseen kehittämistyöhön. Kehittämistyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla yhdessä Antinrinteen hoitohenkilöstön sekä kuntoutuspalveluiden terapeuttien kanssa kehitetään moniammatillista asukkaan kuntoutumista tukevaa yhteistyötä

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, mitä kuntoutumista tukeva työote on Antinrinteen hoitokodin hoitohenkilöstön sekä kuntoutuspalveluiden terapeuttien kuvaamana. Samoin selvitetään, mitkä tekijät tukevat tai estävät moniammatillisen yhteistyön toteutumista. asukkaan kuntoutumista tukevassa toiminnassa.

Metropolian ammattikorkeakoulun kuntoutuksen koulutusohjelmassa toteutetaan opinäytetyönä tutkimus moniammatillisen asukkaan kuntoutumista tukevan yhteistyön esiintymisestä Antinrinteen hoitokodissa sekä kuntoutuspalveluissa.

Tutkimusaineisto kerätään kevään 2011 aikana Antinrinteen hoitokodin sekä kuntoutuspalveluiden työntekijöiden ryhmäkeskusteluilla. Ryhmäkeskusteluryhmiä on kolme ja ryhmä-keskusteluihin on varattu aikaa noin kaksi (2) tuntia per ryhmä. Ryhmät koontuvat yhden kerran ja ryhmistä muodostettu ydinhenkilöryhmä kokoontuu kerran. Pienryhmät kokoontuvat tarvittaessa vielä syksyllä 2011 uudestaan.

Ryhmäkeskustelut videoidaan ja kirjoitetaan kirjoitettuun muotoon. Videot säilytetään asianmukaisessa lukollisessa kaapissa tutkijan työpaikalla. Kirjoitus vaiheessa työntekijöiden nimet jätetään pois. Näin taataan tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuvien henkilöiden anonymiteetti. Tallenteet hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista eikä siitä aiheudu osallistujille minkäänlaisia kustannuksia.

Lisätietoja antaa tutkimuksen tekijä. Reija Aho, puh: 0400 531 220 tai 391.

Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Olen saanut moniammatillisesta yhteistyön kehittämisestä tietoa työn tekijältä siten, että tiedän kehittämistyön koskevan asukkaan kuntoutumista tukevaa moniammatillista yhteistyötä.

Tiedän, että kehittämistyö on samalla vastaava fysioterapeutti Reija Ahon opinnäytetyö ylemmässä ammattikorkeakoulututkinnossa.

Opinnäytetyötä varten yhteiset aiheeseen liittyvät keskustelut videoidaan, tuotetut kirjalliset materiaalit talletetaan myöhempää analyysia varten. Yksittäisten henkilöiden nimiä ei tuoda esille opinnäytetyön kirjallisessa tuotoksessa ja video materiaali hävitetään työn valmistuttua.

Saadun tiedon perusteella olen saanut riittävän selvityksen kehittämistyön tarkoitukselta, tietojen keräämisestä ja säilytyksestä, ja minulla on ollut mahdollisuus saada lisätietoja suullisesti.

Ymmärrän, että osallistumiseni kehittämistyöhön on vapaaehtoista ja voin perustelematta keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa.

Suostun siihen, että ryhmäkeskustelut videoidaan ja keskustelussa esiin tulleita asioita tullaan käyttämään tutkimuksessa. Videotallenteet hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Henkilöllisyyteni ei tule ilmi lopullisesta tutkimuksesta.

Suostun osallistumaan kehittämistyöhön vapaaehtoisesti

Päiväys

Suostun osallistumaan videointiin: Suostumuksen vastaanottaja:

Osallistujan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijä

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Esimerkki sisällön analysoinnin etenemisestä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<p>-sellaisessa työyhteisössä kun työskentely ilmapiiri on hyvä niin siellä tullaan paremmin kysymään opastusta ja moniammatillinen yhteistyö onnistuu.</p> <p>-kun on hyvä fiilis ja energiaa niin silloin tehdään yhdessä ja organisoidaan sitä työtä yhdessä</p> <p>-toivoisin että lääkärin yhteydenoton jälkeen meille tulisi hänen lähetteellä pyyntö</p> <p>-jos arki ei toimi ja asukkaan toimintakyvyssä on jotain ongelmaa toivotaan että otettaisiin yhteyttä</p> <p>-toivotaan terapeutteihin matalakynnyksistä yhteydenottoa.</p> <p>mietitään moniammatillisesti tilanteita, esimerkiksi apuvälineiden tarvetta</p> <p>-tehdään lääkärikierroja sovitusti moniammatillisina.</p> <p>-aktiivisemmat yhteydenotot terapeutteihin</p> <p>-yhteiset säännölliset palaverit yhteiset palaverit</p> <p>-pidetään säännöllisesti, kuukausittain moniammatillinen palaveri, johon kerätty asioita.</p>	<p>-toimivassa työyhteisössä yhteistyö sujuvampaa</p> <p>psykykinen hyvinvointi vaikuttaa työorganisointiin ja sen tekemiseen.</p> <p>-lääkäriltä terapeutin konsultointipyyntö lähetteellä</p> <p>-asukkaan toimintakyvyn muutoksissa konsultaatiopyyntö terapeuteille.</p> <p>terapeutteihin matalakynnyksinen yhteydenotto</p> <p>-moniammatillinen yhteistyö asukkaan toimintakyvyn kartoituksessa.</p> <p>-säännöllinen moniammatillinen yhteistyö eri asiantuntijoiden kanssa</p> <p>säännölliset moniammatilliset miitit.</p> <p>säännölliset kuntoutusmiitit</p>	<p>toimiva työyhteisö</p> <p>hyvä työn organisointi</p> <p>matalakynnyksinen yhteydenotto</p> <p>-eri asiantuntijoiden välinen yhteistyö</p> <p>Säännölliset moniammatilliset yhteistyö tapaamiset</p>	<p>Asiantuntijoiden yhteistyö</p>

Taulukko 5. Moniammatillisen yhteistyön edistävät ja estävät tekijät kirjallisista vastauksista.

Edistävät tekijät hoitohenkilöstön tuottamana (fläbbipaperi)	Edistävät tekijät terapeuttien tuottamana (sähköpostivastaukset) N=2 (8)
<ul style="list-style-type: none"> -toisen ammatin ja työn arvostaminen luottamus -oman työn arvostaminen yhteiset palaverit -toimivat henkilökemiat hyvä informaation kulku ammattisuus -yhteistyökyky -hyvä työmotivaatio -sosiaaliset taidot hyvä ammattitaitoja asenne avoimuus 	<ul style="list-style-type: none"> -erityistyöntekijöiden aktiivien kartoittaminen hoitokotien tarvitsemaan ohjauksen ja opastukseen. -tavoite arkipäivän toteutukset hoitajilla ja asiantuntijat konsultoivia. -tehostamalla tiedonkulkua ja "höllentämällä" luutuneita toimintatapoja vaikuttaa asiakkaan laadukkaampaan elämään. -tarjota asukkaille enemmän kuvallisen ilmaisun mahdollisuuksia -matalampi kynnyks ottaa yhteyttä terapeutteihin -riittävä resurssointi -työntekijöiden motivaatio nähdä ja kohdella asukasta yksilönä -kuntoutuksen tavoitteiden asettaminen yhdessä terapeuttien ja hoitohenkilöstön kanssa yhdessä -riittävät voimavarat -palautteen antaminen ja kannustus

Estävät tekijät hoitohenkilöstön tuottamana (fläbbipaperi)	Estävät tekijät terapeuttien tuottamana (sähköpostivastaukset) N=2(8)
<ul style="list-style-type: none"> -oman työn ja muiden työn arvostamisen puute -epäluottamus -yhteisen palaveriajan puute -toimivien henkilökemioiden puute -tiedonkulun puute -"epäammattillisuus" -yhteistyökyvyn puute -sosiaalisten taitojen puute -huono työmotivaatio "huono" tai puutteellinen ammattitaito sekä asenne 	<ul style="list-style-type: none"> -kiire -resurssipula -erityistyöntekijät voisivat ehkä aktiivisemmin kartoittaa hoitokotien tarvetta opastukseen ja ohjaukseen. -riittämätön resurssointi -vähäinen motivaatio kuntouttavaan hoitotyöhön -esimiesten riittämätön tuki -ulkopuolelta asetetut tavoitteet -asukkaan edistyksen seurannan puute ja tavoitteiden realistisuuden tarkkailu