MONIAMMATILLISELLA YHTEISTYÖLLÄ KOHTI ASIAKKAAN OSALLISUUTTA IKÄÄNTYNEEN KOTIINKUNTOUTUKSESSA

Kuntoutuksen koulutusohjelma,
Toimintaterapeutti YAMK
Opinnäytetyö
Syksy 2009

Annika Honkavaara

Metropolia

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala

Koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto
Kuntoutuksen ylempi ammattikorkeakoulututkinto	Toimintaterapeutti (YAMK)

Tekijä/Tekijät

Annika Honkavaara

Työn nimi

Moniammatillisella yhteistyöllä kohti asiakkaan osallisuutta ikääntyneen kotiinkuntoutuksessa

Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	Syksy 2009	39 + 3 liitettä

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Kuntokartanon moniammatillista toimintaa niin, että toiminta tukisi entistä paremmin ikäihmisten kotiinkuntoutumista. Opinnäytetyön tutkimustehtävinä oli selvittää moniammatillisen yhteistoiminnan nykytilaa sekä selvittää yhteistyössä henkilökunnan kanssa, mikä on moniammatillisen yhteistoiminnan päämäärä ja miten päämäärään päästään.

Opinnäytetyössä käytettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Tutkimusaineisto kerättiin ryhmäkeskusteluista joihin osallistui Kustaankartanon vanhustenkeskuksen kotiinkuntoutusyksikkö Kuntokartanon L-talon henkilökuntaa. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Opinäytetyön taustalla oli kolme tarkastelunäkökulmaa: moniammatillinen yhteistyö ikääntyneen toimintakyvyn tukemisessa, ikääntyneen toimintakyky ja ikääntyneen kotona selviytyminen.

Tutkimustulosten perusteella moniammatillisen yhteistoiminnan nykytila rakentui perustehtävän epäselkeydestä, moniammatillisesta yhteistyössä keskinäisen yhteistyön kehittämisen ja osaamisen hyödyntämisen tarpeesta, tiedonkulun puutteesta ja asiakkaan vähäisestä osallisuudesta. Kotiinkuntoutuksen moniammatillisen yhteistoiminnan kehittämisen päämääränä nähtiin perustehtävän selkiyttäminen, asiakkaan osallisuus, kotiinkuntoutusyksikön kuntoutustoiminnan kehittäminen, työnjaolliset tekijät moniammatillinesessa yhteistyössä ja yhteistyö asiakkaan verkostojen kanssa. Toimintaa haluttiin lähteä kehittämään Kuntokartanon ja asiakkaan toimintaverkoston yhteistoimintana asiakkaan osallisuutta tukien.

Avainsanat

moniammatillinen yhteistyö, asiakkan osallisuus, perustehtävä, ikääntyneen toimintakyky

Helsinki Metropolia University of Applied Sciences

Degree Programme in	Degree
Study Programme in Rehabilitation	Master of Health Care

Author/Authors

Annika Honkavaara

Title

Towards Clients`Participation in Multiprofessional Collaboration in Elderly People´s Rehabilitation

Type of Work	Date	Pages
Final Project	Fall 2009	39 + 3 appendices

ABSTRACT

The aim of this final project was to improve and develop the multiprofessional actions in Kuntokartano in order to help the home recovery of elderly people. The study focused on finding out the current state of the collaboration and to increase collobaration of the workers so that, during the elderly home recovery period, the individual skills and personal strength of the workers could be utilised better. Also the aim was to find out how to increase the participation of the clients in the decision - making.

Action research approach was used in the final project. The study material was gathered from the group conversations which some of the workers of Kustaankartanos elderly centre intermediate care unit attended. The study material was analyzed by study content.

In the background of the final project were three examine points: multiprofessional work in supporting the capacity of the elderly people, the capacity of the eldery people and the survival of the elderly people at home.

Based on the study results, the current state of the multiprofessional collabaration problems derived from the ambiguity of the primary tasks, multiprofessional collabaration, lack of information flow and customership. The areas of development in the intermediate care of multiprofessional colloboration included clarification of primary tasks, client participation, developing the intermediate care units rehabilitation procedure, multiprofessional collobaration and collabaration with the clients' networks. There was a desire to develop the procedure between Kuntokartano and client as activity network by co-operation supporting the clients participation.

Keywords

multiprofessional collaboration, customerrship, primary task, elderly people capacity

Sisältö

JOHDANTO 4
2 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ TOIMINTAKYVYN TUKEMISESSA 7
3 IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKY 9
4 IKÄÄNTYNEEN KOTONA SELVIYTYMINEN 11
5 KOTIINKUNTOUTUSYKSIKKÖ KUNTOKARTANO 12
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT . 13
7 MENETELMÄLLISET RATKAISUT 13
7.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa 13
7.2 Opinnäytetyön eteneminen 16
7.3 Aineiston kerääminen ja analysointi 17
8 TULOKSET MONIAMMATILLISESTA YHTEISTYÖSTÄ 19
8.1 Moniammatillinen yhteistyö ikääntyneen toimintakyvyn tukemisessa. 19
8.2 Päämääränä perustehtävän selkiyttäminen 21
8.3 Moniammatillisella yhteistoiminnalla kohti osallistavaa kuntoutusta 23
8.4 Tulosten yhteenveto 26
9 POHDINTA 28
LÄHTEET: 35

LIITTEET:
Liite 1 Tiedote ja suostumus henkilökunnalle
Liite 2 Ensimmäisen tutkimuskysymyksen sisällönanalyysi
Liite 3 Toisen tutkimuskysymyksen sisällönanalyysi

JOHDANTO

Ikääntyneen väestön määrä kasvaa sitä mukaa, kuin suuret ikäluokat jäävät eläkkeelle ja vanhenevat. Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 17 prosentista 27 prosenttiin vuoteen 2040 ja 29 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Työikäisten (15 – 64 – vuotiaiden) osuus väestöstä pienenee nykyisestä 66 prosentista 58 prosenttiin vuoteen 2040 ja 56 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Työikäisten määrä alkaa vähentyä vuonna 2010, jolloin sotien jälkeiset suuret ikäluokat siirtyvät eläkeikään. (Tilastokeskus 2009.)

Yksilön ikääntyessä toimintakykyyn tulee muutoksia. Vanhuuden mukanaan tuoma heikkous, sairaudet ja vammat saavat aikaan eriasteisia toimintakyvyn vajeita (Zechner – Valokivi 2009: 154). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008 – 2011 ilmaisee tavoitteeksi, että vanhusten hyvinvointi paranee. Jos toimintakyky on hyvä, arkiaskareet sujuvat ja vanhuksilla on voimia sosiaalistenkin suhteiden ylläpitoon. Tavoitteena on myös vähentää pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien vanhusten määrää. Helsingin vanhuspalveluohjelman vuosille 2006 - 2009 mukaan kansallisissa vanhusten palveluja koskevissa hankkeissa ja ohjelmissa painotetaan kotona asumisen ensisijaisuutta ja palvelujen oikeata sisältöä ja kohdentamista. Palveluiden on määrä olla elämänlaatua, itsemääräämisoikeutta ja itsenäistä selviytymistä tukevia (Helsingin kaupunki 2006). Helsingin sosiaaliviraston vanhuusvision vuoteen 2010 mukaan ikäihmiset voivat asua ja vanheta turvallisesti, olla elämässä mukana ja nauttia siitä.

Niin valtakunnallisesti kuin kuntatasolla ikäihmisten hoidossa ja kuntoutuksessa tavoitellaan kotona asumisen tukemista ja mahdollistamista. Kaikissa ohjelmissa painotetaan fyysisen toimintakyvyn lisäksi sekä psyykkistä hyvinvointia että sosiaalista osallistumista. Suomessa vanhusten kotona asuminen on asetettu ensisijaiseksi tavoitteeksi. Koskisen (2007) mukaan vanhusten kotona asumisen ensisijaisuutta ei kyetä saavuttamaan väestön vanhenemisen jatkuessa ilman laaja-alaista kuntoutuskäytäntöä, joka perustuu uudenlaiseen näkemykseen vanhuudesta. Kuntoutuksen perustaksi tulee ottaa gerontologisen tutkimuksen esiin nostamat vanhusten taloudelliset, sosiokulttuuriset, sosiaaliset ja psyykkiset voimavarat. Voimavaralähtöinen kuntoutus perustuu laaja-alaiseen, sosiokulttuuriseen näkemykseen vanhenemisesta. Kuntoutustarvetta arvioita-

essa on tärkeä selvittää vanhuksen elämänkokonaisuus, arjen jäsentyminen, elämänhistoria ja elämäntapa. Käytännössä vanhuksen ja kuntoutustiimin maailmat eivät juuri kohtaa vaikka lähtökohtana tulisi olla kuntoutujan omat määrittelyt ja merkitykset.

Kuntoutus on kuntoutuksen historian alusta alkaen ollut perustaltaan vajavuuskeskeistä. Kuntoutus on ollut erittäin medikalisoitua: sairaus-, vika-, vammanäkökulma on vallitseva. Vajaakuntoisuutta on pyritty parantamaan yksilöä hoitamalla, mukauttamalla ja valmentamalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: 24.) Kuntoutus on perustunut yksilön rajoitusten korjaamiseen, ei voimavarojen hyödyntämiseen. Sairaus-, vika-, vammanäkökulman rinnalla on myös sosiaalisen kuntoutuksen tarve, jota ei voi aina perustella lääketieteellisesti. Tämä näkökulma on ollut kuitenkin vaikeampi määritellä.

Kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa on korostunut asiantuntijakeskeisyys, erikoistuminen ja hierarkkisuus, kuntoutujan ollessa kuntoutuksen kohteena. Kuntoutus on pirstaleista, kuntoutukseen osallistuu parhaimmillaan tai pahimmillaan lukematon määrä ihmisiä, joista jokaisella on oma erityisosaamisensa. Yhteistyötä ja tiedonkulkua eri toimijoiden välissä on vähän. Moniammatillinen tiimityö on ollut jo viimeisen vuosikymmenen muoti-ilmiö, kuinka se käytännössä toimii, on täysin eri asia.

Vajavuuskeskeinen ajattelumalli on siirtynyt tai siirtymässä enemmän kohti ekologista ajattelumallia. Uusi paradigma painottaa kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksia ja aktiivista osallistumista sekä yksilön ja ympäristön (fyysinen ja sosiaalinen) välistä suhdetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: 21,24.) Tavoitteena on siirtää kuntoutustoiminta yksilön toimintaympäristöön ja tehdä kuntoutujasta oman elämänsä subjekti.

Tarve moniammatillisen yhteistyön kehittämiselle lähti Kuntokartanon kotiinkuntoutusosasto L-talosta. Kuntokartanon toiminta pohjautuu kuntoutumista edistävään ja toimintakykyä ylläpitävään hoitotyöhön, joka toteutuu moniammatillisena yhteistyönä. Tavoitteena on, että asiakas on mukana kuntoutusjakson tavoitteiden asettamisessa. Kuntoutusjakson pyrkimyksenä on, että asiakasta tuetaan arjessa selviytymiseen vahvistamalla hänen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyään sekä etsimällä yhdessä hänen kanssaan uusia selviytymiskeinoja ja toimintatapoja. Kuntoutus painottuu tällä hetkellä hyvin pitkälle fyysiseen toimintakykyyn. Kuntokartanossa työskentelee ammattitaitoista henkilökuntaa, jonka yksilöllistä osaamista, henkilökohtaisia vahvuuksia ja hiljaista tietoa ei hyödynnetä riittävästi laaja-alaisen kuntoutuksen suunnittelussa.

Keskeisiä käsitteitä ovat moniammatillinen yhteistyö, ikääntyneen toimintakyky ja ikääntyneen kotona selviytyminen. Opinnäytetyössä käytetään käsitteitä asiakas, ikääntynyt ja vanhus asiayhteyksistä riippuen. Tarkoituksena on kehittää Kuntokartanon toimintatapoja niin, että ikääntyneiden asiakkaiden toimintakyky paranee siten, että kotona selviytyminen on mahdollista. Opinnäytetyö toteutetaan toimintatutkimuksena, joka raportoidaan kirjallisesti. Opinnäytetyön tärkein lopputulos ei ole kuitenkaan raportti, vaan toimintakäytäntöjen muuttuminen.

2 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ TOIMINTAKYVYN TUKEMISESSA

Moniammatillisesta yhteistyölle löytyy useita eri määritelmiä ja nimityksiä. Moniammatillisen (multiprofessional, interprofessional, trans- tai crossprofessional) yhteistyön käsitettä käytetään monimerkityksisesti kuvaamaan erittäin monenlaista asiantuntijoiden yhteistyön tapaa. Yksinkertaisimmillaan moniammatillisuus viittaa eri ammattikuntien väliseen yhteistyöhön, joka toteutuu organisaation sisällä tai organisaatioiden välillä. (Isoherranen; 2008: 33.) Moniammatillinen yhteistyö on työskentelyä asiakas- ja työlähtöisesti niin, että eri ammattiryhmät yhdistävät tietonsa ja taitonsa, pyrkien mahdollisimman tasa-arvoiseen päätöksentekoon (Isoherranen 2005: 14).

Engeströmin (1995) mukaan yhteistoiminta on aktiivista osallistumista ja yhteisissä tilanteissa toimimista. Verkostossa yhdistetään resursseja, syvennetään omaa tietoa, saadaan lisäarvoa omalle osaamiselle, koordinoidaan ja sovitetaan toimintoja yhteen. Tiukasta työnjaosta luovutaan, siirrytään joustavuuteen, yhdessä tekemiseen ja erikoistumisesta monialaisuuteen. Tässä työssä käsite yhteistoiminta mahdollistaa näkemyksen siitä, että asiakas, hänen verkostonsa ja Kuntokartanon moniammatillinen työryhmä ovat aktiivisina osallistujina kuntoutuksessa. Moniamatillinen yhteistyö taas pitää sisällään toimintakäytänteet ja työnjaon.

Ikääntyneiden kuntoutuksella pyritään ylläpitämään, edistämään tai parantamaan iäkkään toimintakykyä. Kuntoutuksen tavoitteena on iäkkään selviytyminen jokapäiväisistä toimista mahdollisimman itsenäisesti tai mahdollisten apuvälineiden turvin. Tutkimusten mukaan tavoite onnistuu parhaiten, kun kuntoutukseen osallistuu moniammatillinen tiimi. (Cameron – Kurrle 2002.)

Rissasen ja Aallon (2002) mukaan tutkimustulokset osoittavat, että aktiivinen moniammatillinen geriatrinen kuntoutus kannattaa. Moniammatillisella kuntoutuksella voidaan vaikuttaa ikääntyneiden toimintakykyyn ja laitoshoidon tarpeeseen. Näyttöä löytyi hitaasti toipuvilla potilailla ja tarkkaan valituista potilasaineistoista. Vanhusten erilaisia kuntoutus- ja jatkohoitomalleja koskeva tieto on kuitenkin puutteellista. Tieto rajoittuu aivohalvausyksiköiden ja geriatristen kuntoutusyksiköiden toimintaan sekä kotiuttamiskäytäntöön. Näidenkään kustannusvaikuttavuutta ei ole tutkittu riittävästi. Monet kuntoutuksen osat, esimerkiksi aivoinfarktipotilaiden puheterapia ja pitkään jatkuva fysiote-

rapia, ovat jääneet täysin tutkimusten ulkopuolelle. Vanhusten yksinäisyyden lievittämiseen ja sosiaalisen eristäytymisen vähentämiseen tähtäävistä toimenpiteistä ei ole niin paljoa tutkimustietoa.

Käypä hoito – suositusten (2006) mukaan, keskittäessä avohoidossa asuneiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutus vanhusten sairauksiin perehtyneisiin moniammatillisiin kuntoutusyksiköihin, voidaan nopeuttaa ikääntyneen toimintakyvyn palautumista, lyhentää sairaalahoitoa ja vähentää pitkäaikaiseen sairaalahoitoon joutumista. Lonkka murtuman jälkeinen tehostettu moniammatillinen kuntoutus saattaa vähentää ensimmäisen vuoden kokonaiskustannuksia. Moniammatillisen kuntoutusyksikön toiminnassa korostuvat varhainen holistinen geriatrinen arviointi, varhainen mobilisointi, asiakkaan/ potilaan omatoimisuus sekä yhteistyö asiakkaan, hänen omaisensa ja avohoidon kanssa. Erityisesti lonkkamurtumapotilaiden leikkauksenjälkeisen kuntoutuksen keskittämisestä moniammatillisiin geriatrisiin kuntoutusyksiköihin hyötyvät dementoituneet lonkkamurtumapotilaat.

Verrattaessa hoitoa akuuttiyksiköissä vuodeosastohoitoon, on vanhusten hoidon geriatrisissa akuutti-yksiköissä todettu vähentävän toiminnanvajeita ja lisäävän kotona asumisen todennäköisyyttä. Aiemmat tulokset geriatrisen arvioinnin vaikuttavuudesta metaanalyysein ovat olleet pääsääntöisesti myönteisiä. Aiheesta tehtyyn ensimmäiseen systemoituun katsaukseen löytyi vain viisi satunnaistettua, kontrolloitua tutkimusta. Niissä oli ollut mukana yli 3 500 potilasta. Geriatriset akuuttiyksiköt vähensivät toiminnanvajeiden riskiä verrattuna perinteisiin vuodeosastoihin sekä lisäsivät kotona asumisen todennäköisyyttä. (Baztán, Suárez-García, López-Arrieta , Rodríguez-Mañas , Rodríguez-Artalejo. 2009.)

Iäkkäillä on usein monia ongelmia samaan aikaan. Useat sairaudet, heikentynyt toimintakyky, heikko taloudellinen tilanne, yksinäisyys ja muistamattomuus voivat olla kaikki yhden henkilön seuralaisina. Moniammatillisella yhteistyöllä tavoitellaan iäkkäiden asiakkaiden mahdollisimman hyvää elämänlaatua ja hyvinvointia. Moniammatillinen yhteistyö perustuu vuorovaikutukseen. Kun yhteistyöllä on yhteinen tavoite, siitä johdettuja tavoitteita on helpompi täsmentää ammattitaitojen ja työtehtävien mukaisesti. Näin kunkin ammattilaisen osaamisalueet tulevat parhaalla mahdollisella tavalla hyödynnetyksi. (Heikkinen 2008: 345.)

Ikääntyneen elämäntilanteeseen liittyvän tiedon kokoaminen ja välittyminen on onnistuneen kuntoutustoiminnan edellytyksiä. Tämä taas edellyttää moniammatillista yhteisarviointia. Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan eri ammattiryhmiin kuuluvien asiantuntijoiden yhteistyötä erilaisissa verkostoissa ja työryhmissä, joissa jaetaan osaamista, valtaa ja tietoa. Tavoitteena on saada aikaan sellaista, johon ei yksin pystytä. (Salmelainen 2008: 19.)

Salmelaisen (2008) mukaan ikääntyneiden kuntoutuksessa moniammatillisen yhteistyön hyvään sujumiseen vaikuttaa, että tiedottaminen on monikanavaista, tiedotetaan omaehtoisesti ja yhteydenottaminen lisääntyy. Toiminnassa huomioidaan etukäteisvalmistelu, yhdessä tekeminen ja asioiden jämäkkä hoitaminen. Moniammatillisen yhteistyön toiminnan piirteitä ovat: sitoutuneisuus, vastuunotto, avoimuus, luotettavuus, vastavuoroisuus, yhteistyötä edistävät tilannetekijät, tutut yhteistyötahot, pieni paikkakunta, hyvät aikaresurssit ja tehtävien jakaminen.

Ikääntyminen asettaa useita ehtoja kuntoutustyölle ja kuntoutuspalvelujärjestelmälle. Työntekijöiden on tärkeä ymmärtää ikääntyneen ihmisen erityisyyttä kuntoutujana. Jotta kuntoutus onnistuu, tulisi jokaisella työntekijäryhmällä olla nykyistä laajemmat tiedot vanhenemisprosesseista, vanhuudesta elämänvaiheena ja vanhan asiakkaan erityisyydestä. Vanhuspolitiikan tunteminen on tärkeää. Lisäksi työntekijät tarvitsevat tietoa hyvistä käytännöistä sekä yhteyksistä joissa ikääntyneiden kuntoutus tapahtuu. Moniammatillinen työote on muutakin kuin eri ammattiryhmien mukanaoloa kuntoutustoiminnassa. Se on ennen kaikkea halua määritellä kuntoutukselle yhteiset lähtökohdat ja tavoitteet sekä arvioida kuntoutuksen tuloksellisuutta laajassa viitekehyksessä. (Koskinen – Pitkälä – Saarenheimo 2008: 550-551.)

3 IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKY

Toimintakyvyn määritelmät vaihtuvat niin tieteenalan kuin näkökulman mukaan. Toimintakyvyn määrittelyyn ei ole vain yhtä oikeaa, kaikilla tutkimusalueilla hyväksyttyä määritelmää. Toimintakyky käsitettä voidaan tarkastella joko voimavaralähtöisesti, jäljellä olevan toimintakyvyn mukaan tai toimintakyvyn rajoitusten mukaan. (Salmelainen 2008:40; Lyyra 2007: 21.) Kun puhutaan toimintakyvystä, sairaudet ovat vain osa sitä.

Toimintakykyyn liittyy laajasti käsite hyvinvointi. Yksilön oma henkilöllisyys, historialliseen aikaan liittyvä kulttuuri, ympäristön määrittelemät mallit muodostavat yhteyden, jossa yksilö arvioi omaa toimintaansa. Tutkittaessa toimintaa oleellinen kysymys elämänlaadun kannalta liittyy henkilökohtaisiin tavoitteisiin ja korvaavien keinojen käyttöön. (Laukkanen 2008: 261.)

Ikääntyneillä toimintakykyyn vaikuttaa ratkaisevasti se, miten he suoriutuvat arkielämän tehtävistä, kuten itsestä huolehtimisesta ja asioinneista. (Salmelainen 2008:40; Lyyra 2007: 21.) Päivittäisissä perustoiminnoissa ja henkilökohtaisessa hygieniassa selviytymisessä, esimerkiksi pukeutumisella ja peseytymisellä, arvioidaan lähinnä fyysistä toimintakykyä. Asioiden hoitaminen ja kodin ulkopuolella toimiminen edellyttävät myös sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä. Sosiaalilääketieteellisestä kriisikynnyksestä puhutaan silloin, kun ikääntyneellä vaikeuksia selvitä asioiden hoitamisesta esimerkiksi kauppa- ja raha-asioiden hoitamisesta. (Laukkanen 2008: 264-265.)

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen eli ICF-luokituksen (International Classification of Functional, Disability and Health) mukaan toimintakyky koostuu ruumiin/kehon toiminnoista ja rakenteesta, suorituksista ja osallistumisesta. Suoritus kuvaa tehtävää tai toimea, jonka yksilö toteuttaa. Osallistuminen kuvaa taas osallisuutta elämän tilanteisiin. Toimintakyvyn katsotaan olevan vuorovaikutuksessa terveydentilan sekä erilaisten yksilö- ja ympäristötekijöiden kanssa. (WHO & Stakes 2004: 18). Lyyra (2007) on käyttänyt ICF-luokitusta seuraavasti: sairaus tai joku muu häiriö terveydentilassa saa aikaan elimistön muutoksia, jotka vähentävät aktiivista osallistumista. Tämä taas johtaa omatoimisuuden laskuun ja avun tarpeen kasvamiseen.

Toimintakyky jaetaan usein kolmeen osa-alueeseen: fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Nämä osa-alueet ovat kuitenkin jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Yleisesti fyysisellä toimintakyvyllä ymmärretään elimistön toiminnallista kykyä suoriutua sille asetetuista fyysistä ponnisteluista vaativista tehtävistä. Fyysinen toimintakyky perustuu tuki- ja liikuntaelimistön ja hengitys – ja verenkiertoelimistön toimintaa. (Pohjolainen 2009: 48.)

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä ottaa vastaan tietoa, käsitellä sitä sekä muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta kykyä tuntea ja kokea. Psyykkisen toimintakyvyn merkittäviä osa-alueita ovat älylliset ja tiedolliset toiminnot joita ovat kog-

nitiiviset toiminnot (havaitseminen, muisti, oppiminen, ajattelu, päätöksenteko, ongelmanratkaisu sekä mieliala, elämänhallinta ja psyykkinen hyvinvointi), persoonallisuus (luonteenpiirteet, minäkuva, itsearvostus ja sosiaaliset taidot), mielenterveys ja psyykkinen hyvinvointi (tunne-elämä, mieliala ja ihmissuhteiden toimivuus), psykofysiologiset toiminnot (aistihavainnot ja psykomotoriikka). (Heimonen 2009: 55.)

Sosiaalialan sanaston (2007) mukaan sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä tulla toimeen yhteiskunnassa vallitsevien arvojen ja normien mukaisesti. Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä selviytyä arkipäivän välttämättömistä toiminnoista, vuorovaikutussuhteista sekä niistä rooleista, jotka hänellä on omassa toimintaympäristössään.

Toimintakyky päivittäistä toimista suoriutumisen ja fyysisen-, psyykkisen- ja sosiaalisen toimintakyvyn mukaan ovat usein rinnakkain käytössä. Kuntokartanossa ikääntyneiden toimintakykyä tarkastellaan näiden näkökulmien kautta. ICF on vielä vieras näkökulma, jonka käyttöönottaminen mahdollistaisi kuitenkin moniammatillisessa työryhmässä yhteisen kielen toimintakyvyn tarkasteluun.

4 IKÄÄNTYNEEN KOTONA SELVIYTYMINEN

Omassa kodissa asuminen mahdollisimman pitkään on useimpien iäkkäiden toive. Ikääntyneen toimintakyky, omat tavoitteet, mahdollisesti puolison tai lasten apu ja ulkopuolisen tuen saaminen ja vastaanottaminen ratkaisevat hyvin pitkälle sen, millaisella toimintakyvyllä on mahdollista selviytyä kotona. (Laukkanen 2008: 268.) Ikääntyneen kotona selviytymiseen vaikuttaa suuresti myös ympäristön rakenteelliset tekijät. Ikääntyneen arkielämän ja kotona selviytymisen sujuvuuden perustavia ehtoja ovat liikkumisen esteettömyys ja turvallisuus. (Eloranta – Punkanen 2008: 36.)

Kotona omatoimisesti selviytyminen elämän loppuun saakka edellyttää päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Lisäksi siihen vaikuttaa mahdollisuus poistua asunnosta ja pääsy takaisin asuntoon sekä vapaus liikkua kodin ulkopuolella. Vähimmillään kotona selviytyminen edellyttää esteetöntä mahdollisuutta siirtyä vuoteeseen ja sieltä pois, pääsyä wc:hen sekä ravinnon ja nesteiden saantia. (Finne-Soveri 2006: 130.) Kotona asu-

minen on uhattuna, kun päivittäiset perustoiminnot (pukeutuminen, peseytyminen, syöminen ja wc:ssä käyminen) eivät enää suju (Laukkanen 2008: 265).

Tutkimustulosten mukaan hoidon asiantuntijoiden näkökulmista iäkkäiden kotona suoriutumisessa keskeistä on kohtuullisen hyvät kognitiiviset toiminnot ja oireiden, erityisesti virtsatievaivojen vähäisyys. Kotona asumista edistää myös sosiaalinen tuki. Tutkimusten mukaan kotona asumista voivat vaikeuttaa monet eri tekijät, kuten sairaudet ja fyysinen heikkeneminen (esimerkiksi dementia), psykososiaaliset tekijät (esimerkiksi turvattomuus), omaishoitajien ongelmat, asuinympäristöön liittyvät tekijät ja muut tekijät (esimerkiksi ikä ja sukupuoli). (Valta 2008: 107; Laatikainen 2009: 30.)

Iäkkäiden omien kokemusten perusteella kotona suoriutumiseen vaikuttivat hyvän ympäristön luomat henkiset, fyysiset, sosiaaliset ja vertauskuvalliset elementit, kuten läheiset ihmissuhteet, kotiympäristö, sekä henkiset ja luovat elementit. Iäkkäät kokivat tärkeänä koti- ja lähiympäristön, jossa voi liikkua niin ulkona kuin sisälläkin turvallisesti. Näin iäkkäät lievittivät pahaa oloa, pelkoa, huolta ja yksinäisyyttä sekä edistävät hyvää oloa. Merkityksellisenä iäkkäät kokivat avun ja tuen saannin lapsilta, lähiomaisilta ja yhteiskunnan palvelujärjestelmältä. (Valta 2008: 108.)

5 KOTIINKUNTOUTUSYKSIKKÖ KUNTOKARTANO

Opinnäytetyö tehtiin Helsingin kaupungin sosiaaliviraston Kustaankartanon vanhustenkeskuksen kotiinkuntotusyksikkö Kuntokartanossa, jossa annetaan lyhytaikaista kuntoutusta ikääntyneille, yli 65-vuotiaille helsinkiläisille (Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto 2009). Kotiinkuntoutustoiminta alkoi tammikuussa 2004 kahdella Helsingin kaupungin sosiaaliviraston Riistavuoren ja Roihuvuoren vanhustenkeskuksen (Riisla ja Roiha) osastoilla. Toiminta siirtyi toukokuussa 2005 Kustaankartanon vanhustenkeskuksen alaisuuteen.

Kotiinkuntotusosastolla on 56 asiakaspaikkaa, toiminta jakautuu kahteen taloon (L- ja M-talot), joissa kummassakin on kaksi solua. Kuntoutuksen tavoitteena on, että asiakas kotiutuu omaan kotiinsa tai palvelutaloon. Yksikön toiminnan tarkoituksena on ehkäistä pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumista. Yksikön asiakkaan tulevat Helsingin kau-

pungin terveyskeskuksen sairaaloista, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaaloista ja suoraan kotoaan kotihoidon lähetteellä. Kuntokartanon toimintaideologia pohjautuu kuntoutumista edistävään ja toimintakykyä ylläpitävään hoitotyöhön, joka toteutuu moniammatillisena toimintana.

Kuntokartanon henkilökuntaan kuuluu osastonhoitajia (2 henkilöä, 1/ talo), sairaanhoitajia (19 henkilöä), lähihoitajia (14 henkilöä), sosiaalityöntekijä (1 henkilö), fysioterapeutteja (3 henkilöä, 1/L- talo ja 2/ M-talo), toimintaterapeutteja (2 henkilöä, 1/talo), sosionomeja (2 henkilöä, 1/talo), osastonsihteeri (1 henkilö), laitosapulasia (2 henkilöä, 1/talo). Osaston lääkäripalvelut tuotetaan ostopalveluna, 36 tuntia / viikko L- ja M- talot yhteensä. (Kustaankartanon vanhustenkeskuksen esite.) Opinnäytetyö toteutettiin Kuntokartanon L-talossa. Tutkimukseen osallistui koko L-talon moniammatillinen työryhmä.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Kuntokartanon moniammatillista toimintaa niin, että toiminta tukee entistä paremmin ikäihmisten kotiinkuntoutumista.
Tutkimustehtävinä oli selvittää 1) moniammatillisen yhteistoiminnan nykytilaa sekä 2) selvittää yhteistyössä henkilökunnan kanssa mikä on moniammatillisen yhteistoiminnan päämäärä ja 3) miten päämäärään päästään.

7 MENETELMÄLLISET RATKAISUT

7.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa

Kehittämisessä käytettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Toimintatutkimuksella tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi ja tutkitaan ihmisten toimintaa. Toimintatutkimuksen tavoitteena on kehittää käytäntöjä paremmaksi. Toimintatutkimus pohjautuu vuorovaikutukseen, kohdistuen erityisesti sosiaaliseen toimintaan. Toimintatutkimus on tavallisesti ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa kehitellään

ja kokeillaan uusia toimintatapoja. Toimintatutkimus edellyttää yhteistyötä muiden kanssa ja vaatii ihmisten välisen yhteistoiminnan ja vuorovaikutuksen edistämistä. Toiminnan laajuuden mukaan toimintatutkimus voidaan jaotella viiteen analyysitasoon: yksilö, ryhmä, ryhmien väliset suhteet, organisaatio, alueellinen verkosto. Tässä tutkimuksessa keskitytään yhteistoiminnalliseen tutkimukseen (ryhmä), koska tavoitteena on kehittää työyhteisön toimintaa. (Heikkinen 2006: 16 - 18.)

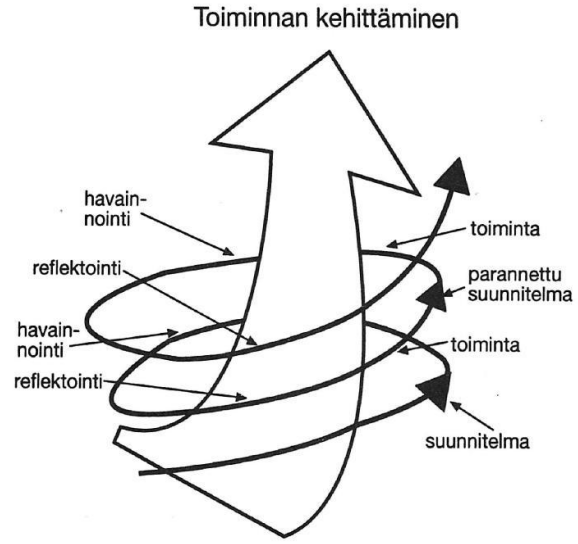
Opinnäytetyöllä tehtiin interventio Kuntokartanon moniammatilliseen yhteistyöhön sekä kehitettiin uusia taitoja työskennellä yhdessä. Opinnäytetyön tekijä osallistui ryhmäkeskusteluihin aktiivisena yhdessä ryhmän kanssa. Opinnäytetyön avulla pyrittiin ratkaisemaan moniammatillisen yhteistyön ongelmia, joilla taas on suora yhteys asiakkaan kuntoutukseen (Anttila 2006: 440).

Ensimmäisen kehittämiskeskustelun tehtävänä oli selvittää, mitä moniammatillinen yhteistyö sisältää nykyisin ja miten se toteutuu Kuntokartanon L-talossa. Toisen vaiheen tehtävä oli selvittää, millaiseen toimintaan halutaan pyrittävän. Ensimmäisen ryhmäkeskustelun aihe lähetettiin osallistujille etukäteen pohdittavaksi. Ensimmäisen vaiheen tulokset palautettiin toisen vaiheen keskusteluihin pelkistettyinä ilmauksina, jonka pohjalta käytiin keskustelua millaiseen toimintaan halutaan Kuntokartanon L-talossa pyrittävän. Toisen vaiheen keskustelun päätteeksi työryhmässä päätettiin kehittämisen kannalta olennaisin asia, mitä lähdetään ensimmäiseksi kehittämään. Kolmannessa vaiheessa pohdittiin, miten moniammatillisen yhteistoiminnan tulee toteutua. Kolmannen vaiheen työskentelyssä käytettiin nelikenttä mallia, jonka taustalla oli aikaisempien keskustelujen tulokset. Taulukossa 1 on kuvattu kehittämistyön vaiheet prosessi.

TAULUKKO 1 Kehittämistyön vaiheet

Tutkimustehtävä	Toiminta Reflektointi	Aineiston kerääminen	Aineiston analysointi	Tulos
Selvitettiin moniammatillisen yhteistoiminnan nykytila	Henkilökunnasta koostuva työryhmä	Henkilökunnalle lähetettiin sähköpostilla etukäteen pohdittavaksi opinnäytetyön ensimmäinen tutkimustehtävä, jonka pohjalta käytiin keskustelua kehittämiskokouksessa.	Ryhmäkeskustelusta litteroidun aineiston sisällönanalyysi.	Kuvaus toiminnan nykytilasta, joka vietiin seuraavan tapaamisen/ tapaamisten pohjaksi
Mikä on moniammatillisen yhteistyön kehittämisen päämäärä	Henkilökunnasta koostuva työryhmä	Aineisto kerättiin ryhmäkeskustelussa.	Ryhmäkeskustelusta litteroidun aineiston sisällönanalyysi	Kuvaus moniammatillisen toiminnan päämäärästä, jota reflektoitiin seuraavassa kehittämiskokouksessa/ kokouksissa.
Miten tavoitteisiin päästään	Henkilökunnasta koostuva työryhmä	Ryhmäkeskustelu, nelikenttä työskentelyä	Sisällönanalyysi	Kuvaus, siitä miten tavoitteisiin päästään

Toimintatutkimus eteni sykleittäin (Kuvio 1). Toimintatutkimuksen prosessiin kuuluu suunnitelma, toiminta/ toteutus, havainnointi, reflektointi/ arviointi (Heikkinen 2006: 35). Tämä opinnäytetyö oli vain osa toimintatutkimuksen kokonaisuutta. Tässä opinnäytetyössä kuvataan toimintatutkimuksen suunnitelmavaihe. Suunnitteluvaiheen sisällä syntyy pienempi sykli, jossa ilmenevät kaikki toimintatutkimuksen koko syklin elementit.



Kuva 1. Toimintatutkimuksen spiraali.

Kuvio 1 Toimintatutkimuksen spiraali (Heikkinen – Huttunen – Moilanen 1999:37).

Tämän toimintatutkimusta mukailevan opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää uutta lähestymistapaa tai uusia taitoja moniammatilliseen yhteistyöhön sekä selvittää ongelmia, joilla on suora yhteys käytännölliseen toimintaan. Toiminnan tavoitteena oli muuttaa työyhteisön toimintaa ja samalla lisätä sekä tietoa että ymmärrystä muutosta kohtaan. Moniammatillinen yhteistyö voi kehittyä vain, jos sen jäsenet ovat aktiivisia osallistujia muutosprosessissa. (Anttila 2006: 440 – 442). Sitoutuminen yhteistyöhön onnistuu, jos henkilöstö saa olla vaikuttamassa muutokseen. Työyhteisön osallistuessa tutkimukseen tutkimus on läpinäkyvä ja siinä syntyy avointa dialogia tutkijan ja työyhteisön kesken. (Heikkinen 2006: 33.)

7.2 Opinnäytetyön eteneminen

Kuntokartanossa oli opinnäytetyön alkaessa varsin pysyvä, tasainen ja kehittämismyönteinen ilmapiiri. Opinnäytetyön aiheen ideoiminen aloitettiin yhdessä Kuntokartanon L-talon osastonhoitajan kanssa lokakuussa 2008. Vaikka yksikössä oli toiminut moniammatillinen työryhmä osastojen perustamisesta (2004) alkaen, osastolla koettiin, ettei moniammatillista osaamista hyödynnetty päivittäisessä työssä riittävästi. Kun aiheidea oli pohdittu yhdessä osastonhoitajan kanssa, esiteltiin aihe Kustaankartanon ylihoitajalle. Ylihoitajan hyväksyttyä työ, esiteltiin aihe koko työyhteisölle. Opinnäytteen aihe sai kannatuksen ja tuen myös työyhteisöltä. Opinnäytetyönsuunnitelma hyväksytettiin Kus-

taankartanon johtajalla ennen kuin se lähetettiin Helsingin kaupungin sosiaaliviraston eettiselle toimikunnalle. Sosiaaliviraston eettiseltä toimikunnalta tuli puolto ja lupa helmikuussa 2009. Opinnäyteyön esittelemisen ja kehittämiskeskustelujen alkamisen välissä oli vajaa puoli vuotta, jolloin pyrin kuitenkin raportoimaan henkilökunnalle opinnäytetyön etenemisvaiheista. Opinnäyteyön kehittämistyöryhmän kokoontumiset tapahtuivat huhtikuu – syyskuu 2009 välillä. Ensimmäisen vaiheen keskustelujen jälkeen alkoi kesälomakausi, joka katkaisi kehittämiskokoukset noin kahdeksi kuukaudeksi. Kehittämishanke päättyi opinnäytetyön julkaisuun joulukuussa 2009. Ohessa oleva aikataulu (TAULUKKO 2) selvittää opinnäyteyön etenemistä.

TAULUKKO 2 Opinnäytetyön eteneminen

Aika	**Toteutus, osallistujat**
Lokakuu 2008	Aiheen idea pohtiminen opinnäytetyön tekijä ja osastonhoitaja Mari Tervonen
Lokakuu 2008	Aiheidean esittely/ hyväksyttäminen Opinnäytetyön tekijä ja ylihoitaja Maritta Haavisto
Marraskuu 2008	Opinnäytetyön aiheen esittely Opinnäytetyön tekijä ja Kuntokartanon L-talon henkilökunta
Joulukuu 2008	Keskustelu opinnäytetyön etenemisestä ja tavoitteista. Tekijä ja oh Mari Tervonen
Helmikuu 2009	Tutkimussuunnitelman lähettäminen sosiaalivirasto
Helmikuu/ maaliskuu 2009	Tutkimussuunnitelman hyväksyminen, tutkimusluvat
Maaliskuu 2009	Opinnäytetyön käynnistäminen
Huhtikuu - syyskuu 2009	Kehittämistyöryhmän kokoontumiset, aineiston kerääminen
Elokuu – syyskuu 2009	Aineiston analysointi
Lokakuu - marraskuu 2009	Opinnäytetyön kirjoittaminen
Joulukuu 2009	Opinnäytetyön julkaiseminen

7.3 Aineiston kerääminen ja analysointi

Opinnäyteyön aineisto kerättiin kehittämiskokouksista, joihin osallistui Kuntokartanon L-talon henkilökuntaa. Opinnäytetyöhön liittyviä kehittämiskokouksia oli viisi, jotka kestivät 1-1.5 tuntia/ kerta. Kahdessa ensimmäisessä tapaamisessa kerättiin aineisto ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, kahdessa seuraavassa toiseen tutkimuskysymykseen ja viimeisessä kehittämiskokouksessa kolmanteen tutkimuskysymykseen. Kehittämiskokousten määrää ei sovittu etukäteen.

Kehittämiskokouksiin osallistui vaihtelevasti henkilökuntaa. Kehittämiskokousten ajankohdat sovittiin yhdessä osastonhoitajan kanssa, jonka jälkeen osastonhoitaja katsoi työvuorosuunnittelun mukaisesti keskusteluihin osallistujat. Tavoitteena oli kuitenkin, ettei kokoonpano vaihdu täysin jokaisessa kokouksessa. Viiteen kehittämiskokoukseen osallistui lisäkseni osaston fysioterapeutti (5/5), sairaanhoitajia (8/ 5), lähihoitajia (3/5), sosionomi (1/5), sosiaalityöntekijä (2/5) ja osastonhoitaja (1/5). Jokaisessa kokouksessa oli 4- 6 henkilöä. Kehittämiskokoukset järjestettiin yhtä lukuun ottamatta työyksikön ulkopuolella.

Kehittämiskokoukset nauhoitettiin, jonka jälkeen opinnäytetyön tekijä purki nauhoitukset. Nauhoitukset litteroitiin sanasta sanaan, kuitenkin niin että, jos keskustelu poikkesi täysin aiheesta, jätettiin se pois litteroinnista. Kehittämiskokouksista kertyi 38 A 4:n liuskaa tekstiä. Ensimmäisen ja toisen tutkimuskysymyksen tuotokset yhdistettiin kumpikin tutkimuskysymyksen mukaan yhdeksi analysoitavaksi kokonaisuudeksi. Haastatteluaineiston analysoimiseen menetelmäksi valittiin sisällönanalyysi, koska aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda selkeä ja sanallinen kuvaus moniammatillisesta yhteistyöstä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon kadottamatta sen sisältämää tietoa. Analyysilla luodaan selkeyttä aineistoon, jotta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 109.)

Litteroitujen haastattelujen analysointi tapahtui tekstianalyysina, jonka analyysiyksikkönä oli lause tai ajatuskokonaisuus. Aineiston luokittelu tapahtui aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Aineistolähtöisen analyysin ajateltiin antavan enemmän tilaa aineistolle ja arvostavan aineistoa enemmän. Usean lukukerran jälkeen aineistosta kerättiin tutkimuskysymysten kannalta vain oleellinen aineisto, jonka pohjalta ryhmiteltiin usein toistuvat aiheet ja yhdisteltiin ne omiksi alaluokiksi. Ryhmittelyä jatkettiin niin, että saatiin yläluokat. Yläluokista ei muodostunut enää pääluokkia.

Aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käytettiin kahden ensimmäisen tutkimuskysymyksen analyysimenetelmänä. Kolmannen tutkimuskysymykseen haettiin vastausta nelikentän avulla, joka oli muotoutunut toisen vaiheen kehittämistyöryhmän tuotoksen sisällönanalyysin pohjalta. Ryhmäkeskusteluun osallistujia pyydettiin kirjoittamaan tarralapuille omaa perustehtävää ja sijoittamaan tarralappuja nelikentällä. Kehittämiskokous nauhoitettiin ja nauhoituksista tullut lisäinformaatio lisättiin aineistoon. Kehittämiskokoukses-

sa käytettiin analyysivälineenä nelikenttää. Henkilökunta sai mahdollisuuden sijoittaa tarralappuja nelikenttään sen mukaan miten perustehtävä sijoittuu nelikenttään tai mitä näistä kehittämällä tuetaan parhaiten asiakkaan toimintakykyä. Nelikenttä rakentui x – y – akselien muodostamassa kuviossa, jossa x – akselilla olivat asiakkaan osallisuutta tukien – asiakkaan toimintakyvyn eri osa-alueet huomioiden ja y - akselilla olivat Kuntokartanon ja asiakkaan toimintaverkoston yhteistoimintana – kotiinkuntoutus yksiköiden tukemana toimintana tuloksiin. (Kuvio 2).

8 TULOKSET MONIAMMATILLISESTA YHTEISTYÖSTÄ

8.1 Moniammatillinen yhteistyö ikääntyneen toimintakyvyn tukemisessa.

Aineiston perusteella Kuntokartanon moniammatillisen yhteistoiminnan nykytila näyttäytyi neljään yläluokkaan (Liite 2): perustehtävä, moniammatillinen yhteistyö, tiedonkulku ja asiakkuus.

Perustehtävä

Ryhmäkeskusteluista muotoutui kuva Kuntokartanon L-talon perustehtävän toteutumisesta. Henkilökunta ei tunne toistensa perustehtävää, etenkin sosiaaliohjaajan ja sosiaalityöntekijän perustehtävät eivät olleet yleisesti tunnettuja. Organisaation toiminnan perustehtävä sen sijaan tunnettiin. Toiminnasta on tehty kirjallinen prosessikuvaus, toiminta toteutuu käytännössä eri tavoin.

> *”Kyllähän meillä on hieno prosessi jonka pitäis auttaa yhteistyöhön, miten hyvin se toimii se on toinen juttu”*

Henkilökunta koki, etteivät sovitut käytännöt toteudu. Moniammatillisen yhteistyön ongelmana koettiin myös se, että kuntouttava hoitotyö on edelleen vierasta.

> *”Mut mun mielestä se peruslähtökohta on se että yks meidän suurista ongelmista on se et on henkilökuntaa joka ei oo sisäistäny sitä mitä kuntouttava hoitotyö on. Silloin jos se ei oo kirkkaana ni ei hahmota ni silloin ei hahmota mikä on pikkutiimi tai hoitokokous tai joku muu laajempi kokonaisuus.”*

Moniammatillinen yhteistyö

Toisena keskusteluissa nähtiin, että moniammatillinen yhteistyö toteutuu osittain, mutta toiminnan määrittely koettiin vaikeana. Henkilökunta kunnioittaa vakituista henkilökuntaa ja joitain yhteisiä käytäntöjä kuten yhteisiä aamukokoontumisia. Moniammatillinen yhteistyö painottuu kokous käytäntöihin.

> *”Moniammatillinen yhteistyö on aika semmoista kokouspainotteista”*

Moniammatillisen yhteistyön ongelmana nähtiin se, että henkilökunta keskittyy omaan perustehtäväänsä. Osaston lääkäripalvelut tuotetaan ostopalveluina ja yhteistyö lääkärien kanssa kuvattiin vähäisenä. Aineistossa painottui osaston kokoukset, joissa ei kuitenkaan luoda yhteistä näkemystä moniammatillisesti.

> *”Keskustelua muttei välttämättä yhteistyötä vaan jokainen tekee omaa juttuaan”*

Tiedon kulku

Kolmas moniammatillisen yhteistyön esille noussut tekijä oli tiedon kulku. Tiedon saaminen vaatii henkilöltä omaa aktiivisuutta. Henkilökunta koki myös, ettei heitä informoida tarpeeksi. Asioita tai tietoa ei kyseenalaisteta, vaan ne hyväksytään sellaisenaan.

> *”Kyll se vaatii et saat tiedon ihan ja vaan ainoastaan susta ittsestäs kiinni.”*

> *”Tiedonkulkuun vielä jos mä itse ottais ja kyselis ni mä en tietäis juuri ollenkaan.”*

Asiakkuus

Asiakkuus oli neljäs Kuntokartanon moniammatillisen yhteistyön esille noussut asia. Henkilökunnan mukaan asiakkaan osallisuus oli heikkoa. Asiakkaasta luotiin usein kuva epikriisien perusteella.

> *”Usein luodaan asiakkaasta kuva papereiden perusteella”*

Asiakas ei osallistunut tai osallistui harvoin moniammatillisiin keskusteluihin. Asiakkaan osallisuus näkyi lähinnä hoitokokouksissa. Asiakkaan fyysiset ongelmat koettiin helpompina ratkaista kuin muut ongelmat ja keinot muihin ongelmiin nähtiin rajallisina.

> *”Kun me keskustellaan joskus moniammatillisesti ni asiakas ei oo koskaan läsnä, tai on joskus mut harvoin. Ainoo on ne hoitokokoukset jos oma kanta viedään läpi. ”*

8.2 Päämääränä perustehtävän selkiyttäminen

Aineiston kautta muotoutui Kuntokartanon L-talon moniammatillisen yhteistyön päämäärä (LIITE 3). Kuntokartanon moniammatillisen yhteistoiminnan päämäärä kuvattiin viiteen yläluokkaan ryhmiteltynä: asiakkaan osallisuus, perustehtävän selkiyttäminen, kotiinkuntoutusyksikön kuntoutustoiminnan kehittäminen, moniammatillinen yhteistyö ja yhteistyö asiakkaan verkostojen kanssa.

Päämääränä perustehtävän selkiyttäminen

Työn kehittämisen päämääränä nähtiin ammattiryhmien perustehtävän selkeyttäminen. Tämä nousi esille jokaisessa keskustelussa. Eri tehtävänkuvien ymmärtämisessä oli vaikeuksia. Työntekijät kokivat, että perusasiat ja käsitteet tulee olla selvillä ennen kuin lähdetään kehittämään toimintaa eteenpäin. Perustehtävän selkeys nousi keskustelun päätteeksi ensisijaiseksi kehittämisen kohteeksi.

> *”mun mielestä jos me puhutaan et pitäis olla moiniammatillista ni lähtis sitä meijän kaikkien sitä keskinäistä yhteistyötä kehittämään ja avata se niinku jälleen kerran silleen et tavallaan et tiedetään et missä asioissa voidaan tukeutua kenenkin ammattitaitoon tai muuten jonkun henkilön erikoisosaamiseen meil on varmaan valtava määrä erikoisosaamista ammatillisen koulutuksen ulkopuolelle jota me voitais hyödyntää*
>
> *se on sitä perustehtävän selkiyttämistä edelleen*
>
> *niin jälleen kerran*
>
> *mut et täs on se et ei se oo selvillä se perustehtävä nää on vaan irrallisia jokaisen yksinään puuhaamia juttuja*
>
> *elikkä se perustehtävän selkiyttäminen”*

Päämääränä asiakkaan osallisuus

Asiakkaan osallisuus nousi toisena päämääränä moniammatillisen yhteistoiminnan kehittämisessä. Tällä hetkellä koettiin työ työntekijälähtöisenä, asiakas kuitenkin nähtiin työn lähtökohtana ja asiakkaan osallisuus miellettiin erittäin tärkeänä. Nähtiin, että asiakkaan ääni pitäisi kuulua paremmin kuntoutuskokouksissa ja että asiakas tulisi ottaa paremmin mukaan hoitosuunnitelman tekoon.

> *”mä ainakin näkisin sen et se asiakas et asiakkaalle yhdessä asiakkaan kanssa suunniteltais hoitotyönsuunnitelma se ois se monammatillinen elikkä et siinä hyödynnettäis niinku jokaisen elikkä se lähtee sielt pikkutiimin kautta et se jos meillä ois suunniteltu yhdessä.”*

Päämääränä kotiinkuntoutusyksikön kuntoutustoiminnan kehittäminen

Kolmanneksi kehittämisen päämääräksi nousi Kotiinkuntoutusyksikön kuntoutustoiminnan kehittäminen. Toiminta nähtiin tällä hetkellä hyvin hoitopainotteisena.

> *”mä jäin miettimään mä en oikee pääsyy eteenpäin tosta hoitotyö ja niinku hoitosuunnitelma ja kuntoutussuunnitelma niinku me kuitenki ollaan kuntoutusyksikkö nää tulee sairaalasta jossa ne pitäis olla hoidettu ni minkä takia meil on niin hoitopainotteista tää touhu. meillähän pitäis olla kuntoutuspainotteista.”*

> *”mitä te sanotte asiakkaan omaiselle ku se kysyy et teil on tämmönen hoitotyönlähtöinen tää kuntoutus mitä se on mitä sillä tarkotetaan onks se sitä et putsataan ja puunataan ja paijataan missä kohtaa siinä on se kuntoutus? vai onko se se et ne kävelee siihen noutopöytään hakee sen ruoan onko se hoivaa ja sen myötä kuntoutusta? mitä se sanotte jos omaiset kysyy mitä te tarkoitatte sillä? nyt ku mä oikeen mietin ni mä en tajuu”*

Henkilökunta koki, että toimintaohjeiden selkiyttämiseen tulisi panostaa ja kuntoutustyön menetelmiä tulisi laajentaa.

Päämääränä moniammatillinen yhteistyö

Neljäntenä moniammatillisen yhteistoiminnan päämääränä nähtiin moniammatillisen yhteistoiminnan kehittäminen. Työntekijöiden keskinäinen yhteistoiminta ja siihen sitoutuminen miellettiin tärkeänä. Myös sitoutumista sovittuihin käytäntöihin pidettiin keskeisenä. Eri ammattiryhmien osaamisen hyödyntämistä tulisi kehittää. Ryhmäkeskusteluista kävi myös ilmi, että työntekijöiden keskinäiseen dialogiin tulisi panostaa.

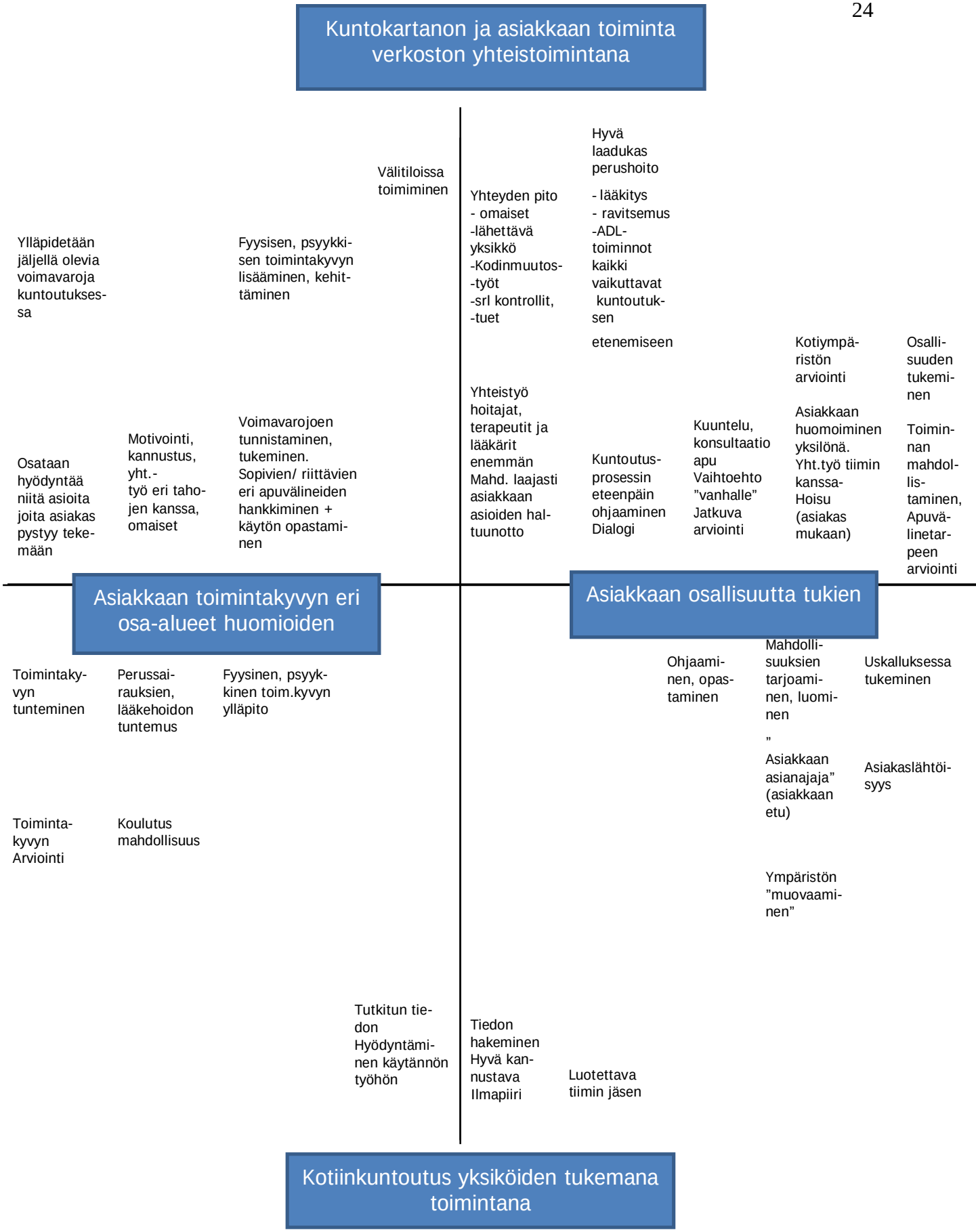
> *”tääl oli ihan lopussa jotain et se asiakas ei osallistu moniammatillisiin keskusteluihin ja näkyy vain hoitokokouksissa se on mun mielestä aika suuri juttu jos se on hävinny se asiakas sit se et miten se ois moniammatillista ni kyll se meidän eri ammattiryhmien väliulle pitäis saada semmosta läpinäkyvää dialogia.”*

Päämääränä yhteistyö asiakkaan verkostojen kanssa

Viimeiseksi kehittämiskohteeksi nousi yhteistyön kehittäminen asiakkaan verkostojen kanssa. Ryhmäkeskusteluissa nousi esiin, että yhteistyötä kotihoidon kanssa tulisi tiivistää. Nähtiin, että jos asiakkaan aikaisempi kotona pärjääminen on tiedossa, kuntoutusjakson suunnitteleminenkin helpottuu. Työyhteisöllä olisi tiedossa asiakkaan toimintakyky ennen jaksoa ja minkälaiseen ympäristöön asiakas on palaamassa.

8.3 Moniammatillisella yhteistoiminnalla kohti osallistavaa kuntoutusta

Pääpaino nelikentässä kohdistui Kuntokartanon ja asiakkaan toimintaverkoston yhteistoimina asiakkaan osallisuutta tukien. Tärkeänä koettiin myös Kotiinkuntoutus yksiköiden tukemana toimintana asiakkaan osallisuutta tukien. Painotus molemmissa asiakkaan osallisuutta tukien. Ei niin merkityksellisinä taas Kotiinkuntoutusyksiköiden tukemana toimintana asiakkaan toimintakyvyn eri osa-alueet huomioiden ja Kuntokartanon ja asiakkaan toimintaverkoston yhteistoiminta asiakkaan toimintakyvyn eri osa-alueet huomioiden. Jokainen nelikenttä työskentelyyn osallistunut näki työnsä erilailla, eikä samoja merkityksiä juurikaan esiintynyt. Kuviossa 2 Moniammatillisen yhteistoiminnan kehittämisen nelikenttä.



Kuvio 2 Moniammatillisen yhteistoiminnan kehittämisen nelikenttä

Kuntokartanon ja asiakkaan toimintaverkoston yhteistoiminta asiakkaan osallisuutta tukien

Toiminnan mahdollistaminen ja osallisuuden tukeminen nähtiin tärkeänä. Perustehtävän mukaan tärkeänä koettiin asiakkaan huomioiminen yksilönä. Niin kotiympäristön- kuin apuvälinetarpeen arvioinnissa haluttiin enemmän asiakkaan osallisuutta. Yhteistyö tiimin kanssa, hoitosuunnitelmaan tehtäessä niin, että asiakaskin osallistuu, miellettiin tärkeänä. Lisäksi asiakkaan jatkuva arviointi jossa asiakkaan osallisuus korostuu.

Kuntokartanon ja asiakkaan toimintaverkoston yhteistoiminnassa esille nousi yhteydenpito omaisiin, lähettävään yksikköön, asunnon muutostöistä vastaaviin, sairaaloihin (kontrollikäynnit, ortoosit). Myös hyvän ja laadukkaan perushoidon (lääkitys, ravitsemus, ADL - toiminnot) vaikutukset kuntoutumisen etenemiseen, nähtiin osana perustehtävää.

Nelikenttä työskentelyssä ilmeni, että hoitajien, terapeuttien ja lääkärien välille haluttiin enemmän keskinäistä yhteistyötä. Asiakkaiden asioiden mahdollisimman laaja haltuunotto miellettiin tärkeänä. Kuntoutusprosessin eteenpäin ohjaaminen ja dialogi koettiin osaksi perustehtävää. Asiakkaan kuuntelu (konsultaatioapu) ja vaihtoehtojen miettiminen ”vanhojen” tilalle asiakkaan osallisuutta tukien nousivat keinoiksi.

Kotiinkuntoutus yksiköiden tukema toiminta asiakkaan osallisuutta tukien

Uskalluksessa tukeminen, mahdollisuuksien tarjoaminen ja luominen sekä asiakkaan ohjaaminen ja opastaminen painottuivat tässä kohtaa. Keinona nähtiin ”asiakkaan asianajajana” toimiminen, sillä toisinaan on vaikea erottaa asiakkaan ääni omaisten äänestä. Ympäristön ”muovaaminen” niin, että tuettaisiin asiakkaan osallisuutta, nähtiin keskeisenä. Asiakkaan osallisuuden tukemisen keinoksi koettiin myös asiakaslähtöisyys. Lisäksi tiedon hakeminen, hyvä ja kannustava ilmapiiri sekä luotettava tiimin jäsenenä toimiminen korostuivat tässä kohdin nelikenttää.

Kotiinkuntoutusyksiköiden tukemana toimintana asiakkaan toimintakyvyn eri osa-alueet huomioiden.

Tässä osiossa näyttäytyi tutkitun tiedon hyödyntäminen käytännön työhön. Asiakkaiden toimintakyvyn eri osa – alueiden huomioiden painotuksessa ilmeni toimintakyvyn tun-

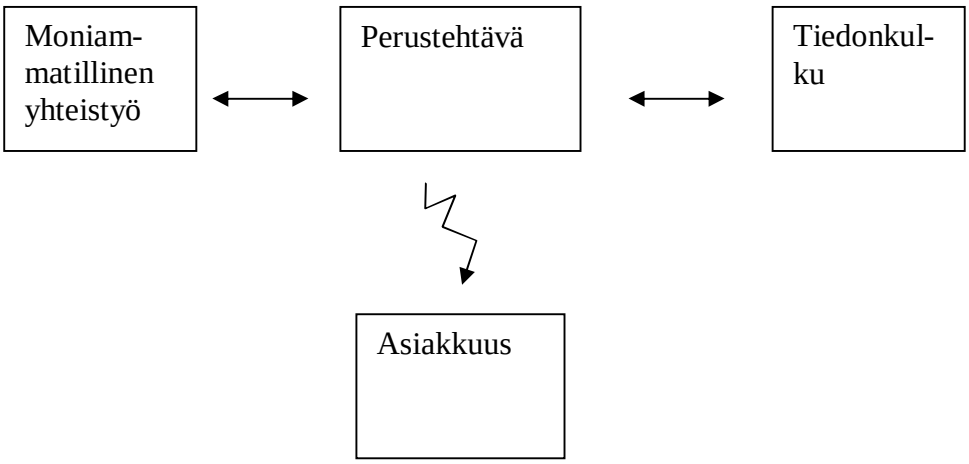
teminen ja arviointi, perussairauksien ja lääkehoidon tuntemus sekä fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ylläpitäminen. Lisäksi mahdollisuus koulutuksiin nähtiin keinona siihen, miten moniammatilliseen yhteistoimintaan päästään.

Kuntokartanon ja asiakkaan toimintaverkoston yhteistoiminta asiakkaan toimintakyvyn eri osa-alueet huomioiden

Asiakkaan jäljellä olevien voimavarojen ylläpitäminen kuntoutuksessa, sekä taito hyödyntää niitä asioita joita asiakas pystyy tekemää, nähtiin merkityksellisenä. Kuntokartanon ja asiakkaan toimintaverkoston yhteistoimintaan painottuivat fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn lisäämine, kehittäminen ja välitiloissa toimiminen. Välitiloissa toimimisella tarkoitettiin tässä kohdin, sitä kun on ”monta herraa joita pitää palvella”: asiakas, omainen, virasto. Usein tässä kohtaa eivät järjestelmän ja asiakkaan tarpeet kohtaa.

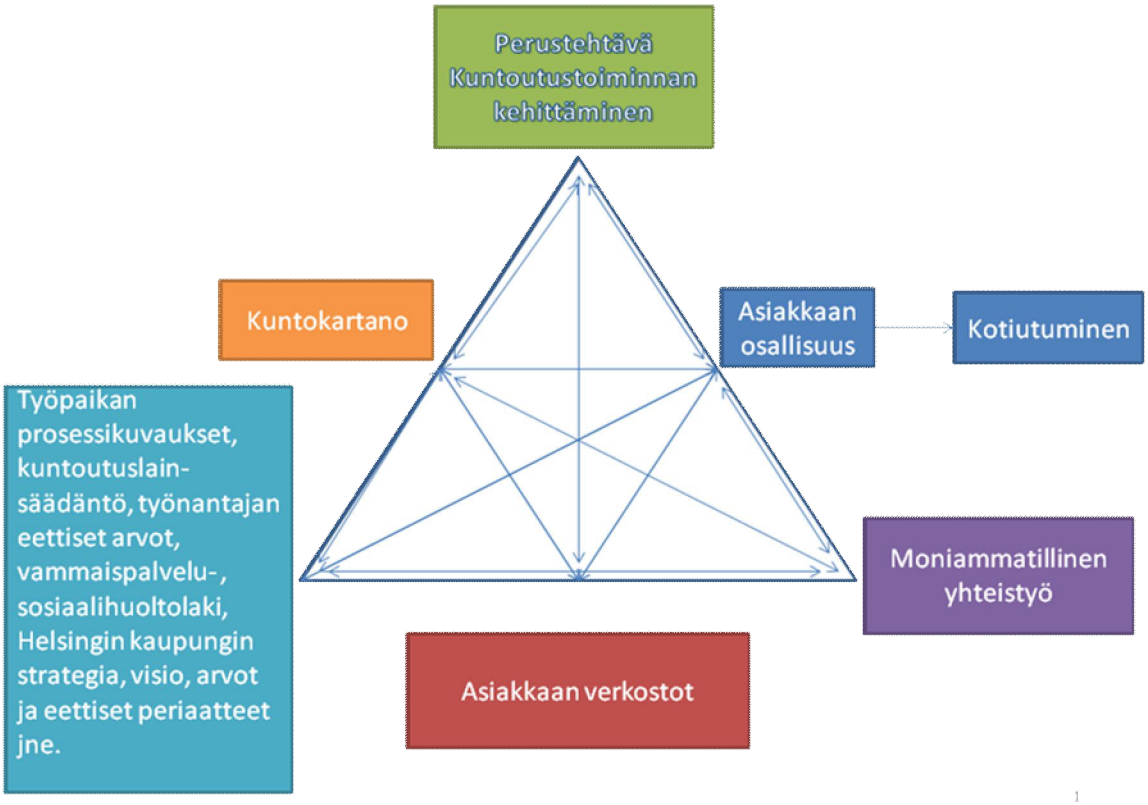
8.4 Tulosten yhteenveto

Moniammattillisen yhteistoiminnan nykytila rakentui neljään osioon: moniammatillinen yhteistyö, perustehtävä, tiedonkulku ja asiakkuus. Perustehtävä, moniammatillinen yhteistyö ja tiedonkulku ilmenivät työntekijöiden tehtävinä. Asiakkuus tai sen puuttuminen esiintyi taas irrallisena tehtävästä. Seuraavassa kuviossa on Kuntokartanon nykytila.



Kuvio 3 Kuntokartanon yhteistoiminnan nykytila

Kuntokartanon moniammatillisen yhteistoiminnan päämääräksi nostettiin asiakkaan osallisuus, perustehtävän selkiyttäminen, kotiinkuntoutus yksikön kuntoutustoiminnan kehittäminen, moniammatillinen yhteistyö ja yhteistyö asiakkaan verkostojen kanssa. Nykytilan ja päämäärän välille on tapahtunut selkeä muutos. Nykytilan asiakkuus on muuttunut asiakkaan osallisuudeksi. Moniammatillinen yhteistyö ja perustehtävä nähtiin edelleen päämääränä, joiden rinnalle oli noussut yhteistyö asiakkaan verkostojen kanssa ja kotiinkuntoutus yksikön kuntoutustoiminnan kehittäminen. Uuden kohteen ja motiivin hahmottaminen sekä uuden toimintamallin muodostaminen merkitsevät vaihetta, jossa työyhteisön jäsenet hahmottavat ja suunnittelevat ratkaisun nykyvaiheen ristiriitoihin (Engeström 1995: 90). Kuviossa 4 kuvataan Kuntokartanon yhteistoiminnan päämäärää Engerströmin (1987, 78) toimintajärjestelmän rakenne kolmiomallin avulla



Kuvio 4 Kuntokartanon yhteistoiminnan päämäärä

Yhteistoiminnan kehittämisen ensisijaiseksi päämääräksi asetettiin perustehtävän selkiyttäminen, joka on tässä kuviossa 4, näyttäytyy keinona asiakkaan osallisuuden tueksi. Yhteisöllisenä tekijänä nähtiin Kuntokartanon ja asiakkaan toimintaverkoston yhteis-

toiminta asiakkaan osallisuutta tukien. Kuviossa toimijana on Kuntokartano ja työnjakona moniammatillinen yhteistyö. Sääntöinä ovat työpaikan prosessikuvaukset, kuntoutuslainsäädäntö ja niin edes päin. Toiminnan tuloksena asiakkaan osallisuus ja sitä kautta koko toiminnan päämäärä eli asiakkaan kotiutuminen.

9 POHDINTA

Tulosten pohdinta

”Jokainen ihminen miettii ainakin joskus elämänsä tarkoitusta. Vastaavasti pohdimme työssä sitä, mikä on tehtävämme tarkoitus. Tarkoituksen löytäminen ja ymmärtäminen merkitsee sitä, että ihminen mieltää itsensä osaksi jotain suurempaa kokonaisuutta. Jos toiminnalta puuttuu tarkoitus, ihminen kokee toivottomuutta.” (Silvennoinen – Kauppinen 2006: 9.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Kuntokartanon moniammatillista toimintaa niin, että toiminta tukee entistä paremmin ikäihmisten kotiinkuntoutumista. Kuntokartanon L-talon moniammatillinen yhteistoiminnan nykytila kuvattiin varsin ongelmakeskeisenä. Keskusteluissa todettiin, että moniammatillisen yhteistoiminnan nykytilassa on havaittavissa perustehtävän epäselkeys, joka nostettiin myös ensisijaiseksi kehittämisen kohteeksi moniammatillisen yhteistoiminnan päämäärän määrittelyssä. Eri ammattiryhmien toimenkuvat eivät olleet tiedossa ja työtä tehdään oman perustehtävän rajoissa. Rekolan (2008) mukaan moniammatillinen yhteistyö edellyttää osapuolten roolien selkeyttä, päätöksentekoon osallistumista ja vastuuta. Asiakkaan tilannetta ei välttämättä osata tarkastella kokonaisuutena vaan kukin ammattiryhmä arvioi sitä oman erikoisosaamisensa kautta. Usein saattaa olla myös, että asiakkaan ääni, tarpeet jäävät kuulematta. Kuntokartanossa ammattiroolin selkeyteen saattaa vaikuttaa se, että osa osaston työtehtävistä menee lomittain. Ja toisaalta myös se, että osastolla on runsaasti ”harmaan alueen” tehtäviä, jotka eivät kuulu kenellekään ja toisaalta kuuluvat kaikille.

Nelikenttä työskentelyssä, miten moniammatillista yhteistoimintaa lähdetään kehittämään, työskentelyssä oli mukana viiden eri ammattiryhmän edustaja tai edustajia, työntekijät eivät kuvanneet perustehtäväänsä eri ammattitehtävien tai -suoritteiden kautta, vaan enemmän kokonaisuuksien kautta. Keskustelussa ei noussut kertaakaan esille se ettei tunneta toisen perustehtävää. Nelikenttä aineistosta syntyy kuva, että eri perustehtävät ovat tunnettuja, mutta eri ihmisten erikoisosaaminen vieraampaa. Vaikutelmaksi syntyy myös, että jokainen tietää tai tuntee eri perustehtävät, muttei sitä, mihin se sijoittuu asiakkaan kuntoutusprosessin kokonaisuudessa.

Keskusteluista nousi esille, että henkilökunta tuntee Kotiinkuntoutus toiminnan perustehtävän. Koko kotiinkuntoutusprosessin perustehtävän lopputulos oli siis selvillä, mut-

tei tunteeko henkilökunta osaprosessien sisällöt ja miten ne vaikuttavat prosessin lopputulokseen.

Silvennoisen ja Kauppisen (2006) mukaan organisaation toiminta-ajatus, missio kertoo miksi yksikkö on olemassa, keitä ja mitä se palvele. Olemassaolon tarkoitusta ei ilmaista organisaation sisältä, se ilmaistaan aina ulkoapäin. Käytännön toiminnassa toiminta-ajatuksella on tärkeä merkitys. Mikäli toiminta-ajatus katoaa, kadottaan yksikkö otteen toimintansa tarkoituksesta. Toiminta-ajatuksen selkiyttäminen vaatii henkilöstölle mahdollisuuden käsitellä näitä asioita, jotta heillä on mahdollisuus sisäistää toimintansa osaksi suurempaa kokonaisuutta.

Moniammatillisen yhteistoiminnan pulmana ilmeni kuinka vaikea on määritellä moniammatillisen yhteistyön nykytila. Isoherrasen (2008) mukaan moniammatillista yhteistyötä toteutettaessa on huomioitava seuraavat asiat: asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoamisen mahdollisuus, vuorovaikutustaidot, roolien rajojen muutokset ja yhteydet verkostoihin. Henkilökunta arvosti toisiaan ja toistensa ammattitaitoa. Tämä on myös ristiriidassa siihen, ettei tunneta toisten ammattien perustehtävää. Moniammatillisuus miellettiin kokouskeskeisenä. Tutkimusten mukaan moniammatillinen työskentely on usein rinnakkain tapahtuvaa työskentelyä, jossa ei käytetä riittävästi moniammatillista tiedon prosessointia. (Forssen – Nyqvist – Raitanen 2009: 3.)

Asiakkaan osallisuus kuntoutuksen suunnittelussa ja kuntoutuksessa nähtiin erittäin merkittävänä. Asiakkaasta luodaan usein kuva epikriisien perusteella eikä asiakas osallistu tai osallistuu harvoin moniammatillisiin keskusteluihin. Vanhustyön keskusliiton Geriatrisen kuntoutuksen tutkimushanke osoitti ongelmia ikääntyneen henkilön kuntoutuspolulla. Asiakaslähtöisyys toimii heikosti ikääntyneiden kuntoutujien kohdalla. Myös Kelan Geriatrisen kuntoutuksen kehittämishanke päätyi vastaaviin tuloksiin. Iäkäs henkilö on usein toimenpiteiden passiivinen kohde, jolloin hänen ohitse puhutaan ja toiveensa ohitetaan. Passiivisena objektina oleminen korostaa sivustakatsojan roolia ja on ristiriidassa kuntoutuksen perusolettamuksen kanssa. Ikääntyneen tulisi olla vahvasti osallisena omassa kuntoutusprosessissaan ja kuntoutuksen tulisi tukea ikääntyneen aktiivista toimijuutta. Heikko asiakaslähtöisyys johtaa ikääntyneen heikkoon sitoutumiseen kuntoutuksen tavoitteista. Jos iäkäs ei koe kuntoutuksen tavoitteita omikseen, hän ei voi sitoutua niihin pitkällä tähtäimellä. Heikko sitoutuminen taas näkyy kuntoutuksen heikkona tuloksellisuutena. (Pitkälä ym. 2007: 3854.)

Salmelaisen (2008) mukaan kirjalliset dokumentit välittävät hyvin tietoa kuntoutujan terveydentilasta ja fyysisestä toimintakyvystä, mutta vain niukasti tietoa sosiaalisesta toimintakyvystä ja tilannetekijöistä, kuten kotiympäristöstä, elämäntilanteesta ja avun tarpeesta. Henkilökohtaisten tapaamisten ja yhteisten työskentelyfoorumien kautta välittyi parhaiten tietoa kuntoutujan kotona selviytymisestä ja elinympäristöstä. Hyvä yhteistyö on tiedon välittämistä ja tiedon saamista, yhteistä sopimista, vastavuoroisuutta ja vastuunottoa. Vaikka asiakas halutaan mukaan keskusteluihin, ei mielletä hänen äänensä kuulemista henkilökunnan välityksellä.

Asiakkuus ja asiakkaan osallisuus keskustelussa nousi esiin tässä kehittämisessä resurssien riittämättömyys ja se voiko asiakkaan osallisuuteen vaikuttaa. Nähtiin myös, että asiakkaan osallisuuden tukemisessa on huomioitava järjestelmän ja organisaation asettamat rajoitteet. Koettiin etteivät kysyntä ja tarjonta aina kohtaa. Mäkiniemen – Routsalon ja Pitkälän tutkimuksessa Asiakaslähtöisyys kuntoutustyössä – ikäihmisen kuntoutuspolun solmukohtia (2005) ilmeni, että asiakaslähtöisyydessä ilmeni runsaasti ongelmia sekä organisaatiotasolla, käytännön tasolla että ammattilaisten ja asiakkaiden vuorovaikutustasolla. Organisaatioiden jäykät periaatteet, heikot resurssit ja ontuvan hoidon jatkuvuuden sekä organisaatioiden puutteellisen yhteistyön vuoksi oli tarpeiden vastaamisessa ongelmia. Työntekijöillä oli neuvottomuutta haasteellisissa asiakastilanteissa erityisesti asiakkaan ja omaisen esittäessä ristiriitaisia toiveita ja asiakkaan tuodessa esille luottamuksellisia ongelmiaan. Voisi siis ajatella, että kotiinkuntoutusprosessin eri osaprosessien työstäminen on edelleen tärkeä pohtia asiakkaan osallisuuden kannalta.

Opinnäytetyön toteutuksen pohdinta

Kehittämistyön aihe sai varsin hyvän vastaanoton koko työyhteisöltä. Myös lähiesimiehen tuki kehittämistyölle ja sille käytettävälle ajalle oli merkittävä. Tutkimusaineisto kerättiin kokonaisuudessa työaikana. Esimies valitsi kehittämiskokouksiin osallistuneet työntekijät työvuorosuunnittelun mukaisesti, katsoen ajallisesti sopivan päivän kehittämiskokouksen pitämiseen. Kehittämiskokouksiin osallistui noin puolet henkilökunnasta, joku kerran, joku jokaiseen ja joku taas muutamaan. Tämä oli osallistuneiden subjektiivinen kokemus ja näkemys moniammatillisesta yhteistoiminnasta. Lisäksi työyhteisön asettamat rajat ja reunaehdot sekä työtavat ja -menetelmät vaikuttivat tulokseen. Tulokset olisivat saattaneet olla täysin erilaisia jos kehittämiskokouksiin olisi osallistunut koko työyhteisö. Tai jos samanlainen interventio olisi tehty Kuntokartanon M-taloon.

Opinnäytetyön aikana osastolla pidettiin yksi puolen päivän ja yksi kokopäiväinen kehittämispäivä, joiden aiheet liittyivät tiiviisti myös opinnäytetyön aiheeseen. Toisessa käsiteltiin ammattien rooleja ja toisessa kotiinkuntoutusprosessia. Kehittämispäivien sisältö ei ollut opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa tiedossa. Kuinka paljon näillä oli vaikutusta opinnäytetyöhön, sitä on vaikea arvioida.

Kehittämiskokoukset saivat positiivista palautetta henkilökunnalta. Asioiden yhdessä pohtiminen miellettiin tärkeänä ja dialogia lisäävänä. Etenkin nelikenttä työskentely koettiin haasteellisena, mutta erittäin antoisana. Sen käyttämistä ehdotettiin koko työyhteisölle. Ja näin jälkeenpäin ajatellen nelikenttää olisi voinut hyödyntää koko kehittämisprosessin jokaisessa vaiheessa. Tämäntyyppinen yhteistoiminta eri asioiden käsittelyssä on jatkossakin erinomainen tapa työstää asioita.

Tämä prosessi on tarkoitus esitellä työyhteisölle joulukuussa 2009 - tammikuussa 2010, jonka jälkeen aikataulutetaan miten toimintatutkimuksen spiraalin suunnitelmavaihe etenee toteutusasteelle. Opinnäytetyön tulokset tullaan esittelemään myös Kuntokartanon M-talolle.

Opinnäytetyön luotettavuus ja eettiset kysymykset ja

Opinnäytetyössä yhdistyy kokemusperäinen tieto, teoreettinen tieto ja tulkitseva tieto ja tulokset. Toimintatutkimuksen perusolettamuksena on, että oppiminen on luonteeltaan kokemuksellinen ja reflektiivinen prosessi. Konkreettisia kokemuksia havainnoimalla, reflektoimalla ja näitä kokemuksia käsitteellistämällä ihmiset voivat oppia ja luoda tietoa. Tutkimuksen prosessiluonteisuus antaa oman vivahteensa myös sen luotettavuuden tarkasteluun. Perinteisesti tutkimukseen kuuluu oleellisesti sen luotettavuuden arviointi. (Kiviniemi 1999: 78; Huttunen – Kakkori – Heikkinen 1999: 111.)

Opinnäytetyössä käytettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa ja opinnäytetyön analyysimenetelmät olivat laadullisia. Reliabiliteetin ja validiteetin käsitteet eivät kuitenkaan sovi sellaisenaan toimintatutkimukseen. Koska toimintatutkimuksella on tarkoitus tehdä interventio, sama tulos ei ole periaatteessa saavutettavissa intervention jälkeen, koska intervention jälkeen tilanne on jo toinen. Näin ollen etenkin reliabiliteetin käsite on huonosti sopiva. (Huttunen – Kakkori – Heikkinen: 1999: 113-114.) Tutkimuksen luotettavuutta on pohdittava validiteetin mukaisesti ilmentämällä aineiston analyysit, tulokset ja opinnäytetyön tekijän menettely (Hirsjärvi – Remes – Saajavaara 2000: 214).

Opinnäytetyössä on pyritty kuvailemaan mahdollisimman tarkasti ja selvästi opinnäytetyön lähtökohta, menetelmälliset valinnat, aineiston keruu ja analysointi. Opinnäyteyön tekijä on pyrkinyt kuvauksessaan totuuteen ja tarkkaan kuvaukseen. Kehittämiskokouksen tulokset palautettiin seuraaviin kokouksiin työryhmän hyväksyttäviksi. Kiviniemi (1999) kuvaa Lincolnia ja Gugania (1985) mukaillen toimintatutkimuksen luotettavuuden tarkastelun osana tarkastuskäytäntöä, jossa osallistujat arvioivat saatuja tuloksia ja siinä tehtyjä tukintoja. Opinnäytetyön raportoinnissa pyrin vahvistamaan tuloksia taulukoin ja suorin lainauksin. Lisäksi aineiston analysoinnit on liitetty liitetiedostoiksi.

Aineiston luotettavuutta arvioitaessa on huomioitava, että aineiston keruuseen ei osallistunut koko Kuntokartanon L-talon työyhteisö eikä laajemmassa tarkastelussa koko Kuntokartano (L- ja M-talo). Aineistosta ei voi olettaa tavoitettavan tiedon yleistettävyyttä. Aineistossa paneuduttava sen laadulliseen sisältöön, jossa pyrittiin saamaan aineistosta yhteisöllinen tulkinta. Aineiston luotettavuuteen myös vaikuttaa opinnäyteyön tekijän ymmärrys aineiston rajaamisesta.

Toimintatutkimuksen mukaan kehittämistyön tekijä oli osallistuvassa roolissa, joka ei pysy vain tutkijan roolissa, vaan on muutosprosessissa mukana ihmisenä, jolta odotetaan myötäelämistä ja tarvittaessa apua ongelmatilanteisiin (Vilkka 2006: 71). Kehittämisprosessin analysointi ja raportointi tapahtui opinnäyteyön tekijältä, joka toimi sekä aktiivisena osallistujana että tutkijan roolissa hankkeessa. Tutkija on tällöin väistämättä aineistoa raportoidessaan tulkintojen tekijä. (Kiviniemi 1999:80). Olisiko ulkopuolinen tutkija tai joku muu hankkeeseen osallistuja saanut aivan erilaisia tuloksia samoista tutkimuskysymyksistä? Joku toinen tutkija tai hankkeeseen osallistuja olisi saattanut löytää samalle aineistolle toisenlaisen luokitusperustan ja painottaa enemmän joitakin muita aineistosta löydettäviä ulottuvuuksia (Kiviniemi 1999: 80).

Olin kehittämiskokouksissa yksi osastojen perustamisesta lähtien työskennelleistä työntekijöistä ja nähnyt koko kotiinkuntoutuksen toimintakaaren. Pyrin sulkemaan omat mielipiteeni kehittämistarpeista työn ulkopuolelle, kuinka paljon ne lopulta tulokseen vaikuttivat, sitä on vaikea arvioida.

Opinnäytetyössä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä ja tutkimusetiikkaa. Tutkimus tehtiin Kustaankartanon kotiinkuntoutusosasto Kuntokartanon henkilökunnan kanssa

yhteistyössä. Tutkimussuunnitelma hyväksytettiin Kustaankartanon vanhustenkeskuksen johtajalla Leena Pohjolalla. Tämän jälkeen tutkimussuunnitelma lähetettiin Helsingin kaupungin sosiaaliviraston Vanhusten palvelujen vastuualueen, Toiminnan ja johtamisen tukeen hyväksyttäväksi. Tutkimuksesta tehtiin vakiosopimus Metropolia ammattikorkeakoulun kanssa.

Tutkimukseen osallistuvalle henkilökunnalle annettiin riittävästi informaatiota tutkimuksesta, henkilökunta tiesi mihin osallistuu. Työntekijät osallistuivat vapaaehtoisesti tutkimukseen, käytännössä kuitenkin kehittämiskokoukset tapahtuivat työaikana ja työnantajan osoittamana. Kehittämiskokoukset nauhoitettiin ja nauhoitukset litteroitiin. Yksittäisen työntekijän henkilöllisyyttä tai mielipiteitä ei voi tunnistaa. Mahdollinen asiakkaiden näkökulma tulee ilmi ainoastaan kehittämiskokouksissa käydyissä keskusteluissa asiakastapausten kautta. Yksittäisen asiakkaan henkilöllisyys ei tule esille.

Vuorotyön ja työvuorosuunnittelun takia eivät kaikki työntekijät voineet olla jokaisessa moniammatillisen yhteistyön kehittämiskokouksessa mukana. Tutkimukseen osallistuva henkilökunta pidettiin koko ajan tasalla tutkimuksen etenemisestä. Jokaisen kehittämiskokouksen materiaali tuotiin seuraavan kokoukseen hyväksytettäväksi. Tutkija osallistui aktiivisesti tutkimukseen, tehden tarkoituksellisen intervention kotiinkuntotusosaston toimintaan. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää muun muassa kuntoutuksen laadun parantamisessa. Tutkimustulokset omistetaan Kuntokartanon työyhteisöön.

Jatkokysymykset ja kehittämistarpeet

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin työntekijöiden kautta kotiinkuntoutusyksikkö Kuntokartanon L-talon nykytilaa, toiminnan kehittämisen päämäärää ja sitä miten päämäärään päästään. Kuntokartanon toiminnan aikana ei ole tehty kertaakaan asiakastyytyväisyys kyselyä, joka on pohjana laadukkaalle kuntoutustyölle. Jotta toiminnassa voidaan lähteä kehittämään asiakkaan osallisuutta, on seuraavaksi tärkeää saada asiakkaan ääni kuuluviin.

LÄHTEET:

Anttila, Pirkko 2006: TUTKIVA TOIMINTA ja ilmaisu, teos, tekeminen. Akatiimi.

Baztán, Juan J - Suárez-García, Francisco, M - López-Arrieta, Jesús, Rodríguez-Mañas, Leocadio - Rodríguez-Artalejo, Fernando. 2009- Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. BMJ 2009;338:b5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19164393. Luettu 19.10.2009

Cameron, Ian D – Kurrle, Susan E 2002: Rehabilitation and older people. http://www.mja.com.au/public/issues/177_07_071002/cam10158_fm.html. Luettu 19.09.2009.

Eloranta, Tuija – Punkanen, Tiina 2008: Vireään vanhuuteen. Helsinki. Tammi.

Engeström, Yrjö 1987: Learning by expanding an activity-theoretical approach to developmental research. Helsinki. Orienta-konsultit.

Engeström, Yrjö 1995: Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki. Hallinnon kehittämiskeskus.

Forssen, Katja – Nyqvist, Leo – Raitanen, Anniina 2009: Mihin sosiaalityö tarvitsee moniammatillisuutta. Forssen, Katja – Nyqvist, Leo – Raitanen, Anniina. Tutkiva Sosiaalityö. Moniammatillisuus sosiaalityön mahdollisuutena. Talentia – lehti/ Sosiaalityön tutkimusseura. http://www.sosiaalityontutkimuksenseura.fi/muuttiedotteet/Tutkiva_sosiaalityo_2009_net.pdf. Luettu 22.10.2009.

Finne-Soveri, Harriet 2006: Kotiympäristön arviointi. Teoksessa Finne-Soveri, Harriet – Björkgren, Magnus – Vähäkangas, Pia – Noro, Anja (toim.): Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. 130.

Heikkinen, Hannu L.T 2006: Tutkiva ote toimintaan - Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, Hannu L.T – Rovio, Esa – Syrjälä, Leena (toim.): Toi-

minnasta tietoon – toimintatutkimuksen menetelmät ja lähetymistavat. Kansanvalitusseura. Helsinki. 15-38.

Heikkinen, Riitta-Liisa 2008: Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa Heikkinen, Eino – Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Helsinki. Duodecim. 449 – 457.

Heimonen, Sirkkaliisa 2009: Toimintakyvyn osa-alueita: Psyykkinen toimintakyky. Teoksessa Pohjolainen, Pertti – Heimonen, Sirkkaliisa (toim.): Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Helsinki. Ikäinstituutti. 55.

Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto 2009: Kustaankartanon vanhustekeskuksen esite. http://www.hel.fi/wps/portal/Sosiaalivirasto/Artikkeli?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/Sosv/fi/Vanhusten+palvelut/Vanhainkodit/Kustaankartanon+vanhainkotiosastot/kustaankartano_talo_m

Helsingin kaupungin vanhuspalveluohjelma vuosille 2006-2009. http://www.hel2.fi/Terveyskeskus/hela/Terveyslautakunta/Esityslistat/liitteet/060250390.doc Luettu 3.1.2009

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2000: Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huttunen, Rauno – Kakkori, Leena – Heikkinen, Hannu L.T. 1999: Toiminta, tutkimus ja totuus. Teoksessa: Heikkinen, Hannu L.T. – Huttunen, Raimo – Moilanen, Pentti (toim.). Siinä tutkija missä tekijä – Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä. PS-kustannus. 111, 113-114.

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

Isoherranen, Kaarina 2008: Yhteistyön uusi haaste – moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa: Isoherranen, Kaarina – Rekola, Leena – Nurminen, Raija: Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki. WSOY. 35.

Kiviniemi, Kari 1999: Toimintatutkimus yhteisöllisenä projektina. Teoksessa: Heikkinen, Hannu L.T. – Huttunen, Raimo – Moilanen, Pentti (toim.). Siinä tutkija missä tekijä – Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä. PS-kustannus.

Koskinen, Simo 2007: Ikäihmisten kuntoutuksessa painopiste asetettava voimavaroihin. Suomen Lääkärilehti 42/2007 vsk 62. http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2007/SLL422007-3847.pdf. Luettu 18.10.2009

Koskinen, Simo – Pitkälä, Kaisu – Saarenheimo, Marja 2008: Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa Rissanen, Paavo – Kallanranta, Tapani – Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. Helsinki. Duodecim. 550-551

Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta tausta aineisto valtioneuvoston kuntoutusselontekoon. Sosiaali- ja terveysministeriö. Rissanen, Pekka – Aalto, Anna-Maija 2002. http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/taustaraportti/luku15.htm. Luettu 3.1.2009.

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

Käypä hoito – suositukset. Lonkkamurtumapotilaiden hoito 2006. http://www.kaypahoito.fi/. Luettu 19.10.2009.

Laukkanen, Piia 2008: Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehyksestä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, Eino – Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Helsinki. Duodecim. 261 – 278.

Laatikainen, Tanja 2009: Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 66/2009. Helsinki. Kela.

Lehmuskoski, Antero – Kuusisto-Niemi, Sirpa 2007: Sosiaalialan sanasto asiakastietojärjestelmää varten. Kuopion yliopisto. Terveyshallinnon ja -talouden laitos.

http://www.sosiaaliportti.fi/File/4bb58e7e-c18a-4906-acdd-c285937ff812/Sanasto.pdf Luettu 17.10.2009.

Lyyra, Tiina-Mari 2007: Terveyden edistämisen lähtökohdat. Teoksessa Lyyra, Tiina-Mari - Pikkarainen, Aila – Tiikkainen, Pirjo (toim.): Vanheneminen ja terveys. Helsinki. Edita. 15 – 37.

Mäkiniemi, Marja – Routasalo, Pirkko – Pitkälä, Kaisu 2005: Asiakaslähtöisyys kuntoutustyössä – ikäihmisen kuntoutuspolun solmukohtia. Teoksessa Pitkälä, Kaisu – Savikko, Niina – Routasalo, Pirkko (toim.): Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. Helsinki. Vanhustyön Keskusliitto. 139.

Pitkälä, Kaisu – Eloniemi-Sulkala, Ulla – Huusko, Tiina – Laakkonen, Marja-Liisa – Pietila, Minna – Raivio, Minna – Routasalo, Pirkko – Saarenheimo, Marja – Savikko, Niina – Stranberg, Timo – Tilvis, Reijo 2007: Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää. Suomen Lääkärilehti 42/ 2007 vsk 62.

Pohjolainen, Pertti 2009: Toimintakyvyn osa-alueita – Fyysinen toimintakyky. Teoksessa Pohjolainen, Pertti – Heimonen, Sirkkaliisa (toim.): Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Helsinki. Ikäinstituutti. 48.

Rekola Leena 2008: Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen vaikuttavia kehityssuuntia. Teoksessa Isoherranen, Kaarina – Rekola, Leena – Nurminen, Raija: Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki. WSOY. 15 - 16.

Salmelainen, Ulla 2008: Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitosmuotoisessa kuntoutuksessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia.

Salmelainen, Ulla 2009: Välittyykö tieto ja toimiiko yhteistyö ikääntyneiden kuntoutuksessa. Vanhuuden voimavarat ja gerontologinen kuntoutus – seminaari. Gero Center 26.3.2009. http://www.gerocenter.fi/ullasalmelainen_seminaari2009.pdf. Luettu 19.10.2009.

Silvennoinen, Markku – Kauppinen, Risto 2006: Onnistu alaisena – näin johdan esimiestä ja itseäni. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sosiaali- ja terveyshuollon kansallinen kehittämisohjelma, KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysviraston julkaisuja 2008:6.

Tilastokeskus 2009. Tilasto. Väestö. Väestöennuste 2009 – 2060. http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html Luettu 18.10.2006.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki. Tammi.

Valta. Anja 2008: Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoitajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto.

Vilkka, Hanna 2006: Tutki ja havainnoi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

WHO. ICF – toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Stakes.

Zechner, Minna – Valokivi, Heli 2009. Hoivan tarve ja vanhan ihmisen toimintakyky. Teoksessa Anttonen, Anneli – Valokivi, Heli – Zechner, Minna (toim.): Hoiva – tutkimus, politiikka ja arki. Tampere. Vastapaino.

TIEDOTE HENKILÖKUNNALLE

Hyvä työyhteisön jäsen,

Pyydän Teitä osallistumaan tutkimukseen, jossa kehitetään moniammatillista yhteistyötä Kuntokartanon L-talossa. Tutkimukseen kuuluu kehittämiskokouksia, joissa Teidän osaamistanne ja ammattitaitoanne hyödynnetään yhteistyökäytäntöjen edistämiseksi. Tutkimukseen osallistuminen tapahtuu työaikana.

Kehittämiskokoukset nauhoitetaan ja kirjoitetaan tekstiksi nauhan perusteella. Tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä. Tutkija sitoutuu siihen, ettei käytä saamiaan tietoja osallistujan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi tai muiden sellaisten etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus.

Henkilökunnan nimet häivytetään aineistosta eikä yksittäisten henkilöiden tuottamaan aineistoa nimetä. Yksittäisten henkilöiden tiedot ja vastaukset ovat luottamuksellisia.

SUOSTUMUS

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta moniammatillisen yhteistyön kehittämisestä ja mahdollisuuden esittää kysymyksiä. Ymmärrän, että nauhoitukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Annan luvan käyttää tietojani tutkimukseen yllä olevan kuvauksen mukaisesti.

_____
Päiväys

Suostun osallistumaan nauhoitukseen:
Suostumuksen vastaanottaja:

_____	_____
Osallistujan allekirjoitus	Tutkijan allekirjoitus
_____	_____
Nimen selvennys	Nimen selvennys

Tiedustelut:
Annika Honkavaara

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
Ei osata hyödyntää sosiaaliohjaajan ammattitaitoa Sosiaaliohjaajan työnkuva ei ole täysin selvä Sosiaaliohjaajan työnkuva ei ole kaikille tuttu Ei tunneta sosiaalityöntekijän perustehtävää Ei tunneta sosiaaliohjaajan perustehtävää Sosiaalityöntekijän perustehtävää ei ole laskujen hoitaminen	Sosiaaliohjaajan ja sosiaalityöntekijän työtehtävät eivät ole tuttuja	Perustehtävä
Ei tunneta eri ammattiryhmien perustehtävää Ei tunneta eri ammattiryhmien perustehtävää Tunnetaan osan osaamisalueet. Ei osata hyödyntää eri ammattien osaamista Ei tunneta eri ammattiryhmien perustehtävää. Jokainen tekee omaa perustehtäväänsä	Eri ammattiryhmät eivät tunne toistensa perustehtävää	

- Asiakkaat ovat työn perusta
- Toiminta toteutuu paperilla, mutta ei käytännössä
- Tunnetaan toimintaa ohjaava prosessi, jonka toimivuutta kyseenalaistetaan

→ Tunnetaan toiminnan perustehtävä

- Toiminta toteutuu paperilla, mutta ei käytännössä
- Tunnetaan toimintaa ohjaava prosessi, jonka toimivuutta kyseenalaistetaan

→ Toiminta on erilaista kirjallisissa kuvauksissa ja käytännössä

- Kuntouttava hoitotyö on vierasta
- Yhteistyö painottuu kokouksiin
- Yhteistyö on kokouspainotteista

→ Kuntouttava hoitotyö on vierasta

- Aamukokoukset ja kuntoutuskokoukset ovat moniammatillisia
- Hoitokokoukset ovat moniammatillisia perustehtävää
- Moniammatillisuus toteutuu kokouksina

→ Moniammatillisuus toteutuu kokouksina

- Ei ole riittävästi vuorovaikutusta

→ Sovitut käytännöt eivät toteudu

→ Perustehtävä

Sovittuja käytäntöjä ei ehditä toteuttaa Keinoja työskentelyyn puuttuu Sovitut pikkutiimit eivät toteudu	Sovitut käytännöt eivät toteudu	Perustehtävä
Asiakas ei osallistu moniammatillisiin keskusteluihin Asiakkaan osallisuus näkyy vain hoitokokouksissa Asiakkaasta luodaan kuva epikriisien perusteella Asiakkaan fyysiset ongelmat koetaan helpompina kuin muut. Keinot muihin ongelmiin ovat rajalliset. Kuntoutuskokoukset eivät toteudu asiakaslähtöisesti	Asiakkaan osallisuus on heikkoa	Asiakkuus
Työntekijöitä ei informoida Tiedon saaminen vaatii omaa aktiivisuutta Tiedon saaminen vaatii omaa aktiivisuutta Tiedonkulussa on ongelmia	Tiedonkulussa on ongelmia	
Asioita ei kyseenalaisteta	Asioita ei kyseenalaisteta	

Tiedon kulku

Hoitokokouksissa ei ole luotu yhteistä näkemystä
Kuntoutuskokoukset eivät toteudu moniammatillisesti
Jokainen ammattiryhmä puhuu oman ammattinäkemyksensä

Kokouksissa ei luoda moniammatillista näkemystä

Yhteistyö toteutuu osittain

Yhteistyö toimii osittain
Yhteistyö painottuu, kun on ongelmakohtia

Yhteistä aamukokoontumista arvostetaan

Aamukokoontuminen koetaan hyvänä käytäntönä
Aamukokoukset koetaan hyvinä

Vakituista henkilökuntaa kunnioitetaan

Työntekijöiden ammattitaitoa arvostetaan
Yhteistyö toimii vakituisen henkilöstön ollessa paikalla

Lääkärien kanssa ei ole yhteistyötä
Lääkärien kanssa ei olla vuorovaikutuksessa
Lääkärit eivät osallistu kuntoutuskokouksiin

Yhteistyö lääkärien kanssa on vähäistä

Moniammatillinen yhteistyö

Toisen tutkimuskysymyksen sisällönanalyysi

Lääkäriasioista keskustelu vihkon välityksellä ei ole toimivaa

Yhteistyö lääkärien kanssa on vähäistä

Jokainen tekee omaa perustehtäväänsä

Kokoonnutaan moniammatillisesti, jokainen tekee omaa perustehtäväänsä

Ei hyödynnetä riittävästi eri ammattiryhmien osaamista

Aamuisin kokoonnutaan yhdessä, jonka jälkeen jokainen lähtee tekemään omiaan

Kukin keskittyy omaan perustehtäväänsä

Jokainen tekee omaa työtään

Hoitajat ja terapeutit ei työskentele yhdessä

Jokainen tekee omaa perustehtäväänsä

Jokainen tekee omaa perustehtäväänsä, ei ylitetä oman ammatin rajoja

Tunnetaan tavoite, mutta jokainen tekee omaa perustehtäväänsä

Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillista yhteistyötä on jotenkin vaikea konkretisoida
Moniammatillisuus ei ole näkyvää
Moniammatillisuutta on vaikea nimetä

Moniammatillista yhteistyötä on vaikea kuvata

Moniammatillinen yhteistyö

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Työ ei ole asiakaskeskeistä vaan painottuu työntekijän tekemiseen Asiakkaan osallisuus on hävinnyt Asiakkaan ääni tulisi kuulua kuntoutuskokouksissa	Asiakkaan osallisuus on tärkeää	Asiakkaan osallisuus
Työ perustuu asiakkaisiin Moniammatillisen yhteistoiminnan päämääränä on asiakas	Asiakas on työn lähtökohta	
Hoitotyönsuunnitelmat pitäisi tehdä yhdessä asiakkaan kanssa moniammatillista tiimiä hyödyntäen Hoitotyön suunnitelmassa tulisi näkyä tavoitteellisuus tai ainakin asiakkaan halu osallistua. Kun hoitosuunnitelma hyväksytetään asiakkaalla, tiedetään missä hän tarvitsee apua	Hoitosuunntielma tulee tehdä asiakkaan kanssa	

Perustehtävän selkiyttäminen on tärkeää. Perusasiat ja käsitteet tulee olla selvillä ennen kuin lähdetään kehittämään toimintaa eteenpäin Eri tehtävänkuvien ymmärtämisessä on vaikeuksia	Perustehtävä tulee olla selvillä	Perustehtävä
Hoitosuunnitelman tekoa tulisi kehittää Pikkutiimeille tulisi tehdä toimintaohje.	Toimintaohjeiden selkiyttämiseen tulee panostaa	Kotiinkuntoutus yksikön kuntoutustoiminnan kehittäminen
Kuntoutusyksikössä käytetään termiä hoitosuunnitelma ja toiminta on hoitopainotteista. Toiminnan tulisi olla kuntoutuspainotteista	Toiminta kuntoutusyksikössä on hoitopainotteista	
Sosiaalityön tulisi olla myös ennaltaehkäisevää. Kuntoutuksen tulisi olla kokonaisvaltaista	Työn menetelmiä tulee laajentaa	
Työntekijöiden välille pitäisi saada dialogia. Moniammatillisuudesta puhuttaessa keskinäisen yhteistyön kehittäminen	Työntekijöiden keskinäisen yhteistyön kehittäminen ja siihen sitoutuminen on tärkeää	Moniammatillinen yhteistyö

ja sen avaaminen on tärkeää. Jotta tiedetään mihin ammattitaitoon tai erikoisosaamiseen voidaan tukeutua Toiminnassa on tärkeää siihen sitoutuminen	Eri ammattiryhmien osaamista tulee hyödyntää	Moniammatillinen yhteistyö
Pikkutiimin ollessa toimiva koko tiimi tietäisi asiakkaan näkökannan asiaan Hoitosuunnitelman teossa tulisi hyödyntää jokaisen ammattiryhmän osaamista	Eri ammattiryhmien osaamista tulee hyödyntää	
Yhteistyötä kotihoidon kanssa tulisi tiivistää. Asiakkaan aikaisempi kotona pärjääminen tulee olla tiedossa, jotta kuntoutusjakson suunnitteleminen helpottuu.	Asiakkaan verkostojen tietoja tulee hyödyntää	Yhteistyö asiakkaan verkostojen kanssa