

Annika Myllynen

MONIAMMATILLINEN TYÖRYHMÄ LÄÄKINNÄLLISEN
KUNTOUTUKSEN ARVIOINNIN, SUUNNITTELUN JA
SEURANNAN TUKENA

Kuntoutusohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelma
2016



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

MONIAMMATILLINEN TYÖRYHMÄ LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN ARVIOINNIN, SUUNNITTELUN JA SEURANNAN TUKENA

Myllynen, Annika
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma
Joulukuu 2016
Ohjaaja: Leppänen, Erja
Sivumäärä: 36
Liitteitä: 2

Asiasanat: kuntoutus, lääkinällinen kuntoutus, moniammatillisuus, työryhmät

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaiselle aikuisten lääkinällisen kuntoutuksen moniammatilliselle työryhmälle on tarve Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden virastossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää avoterveydenhuollon moniammatillista työryhmätoimintaa Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden virastossa.

Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena. Tutkimusjoukkona oli Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden viraston avoterveydenhuollon lääkäreitä, kuntoutussuunnittelijoita, kuntoutusohjaaja, fysio-, toiminta- ja puheterapeutteja sekä vammaispalvelun sosiaalityöntekijöitä. Kyselylomake lähetettiin sähköpostitse verkkolomakkeena. Vastauksia saapui 41 kappaletta, jolloin vastausprosentiksi muodostui 46 %. Vastaajien joukossa olivat kaikki ammattiryhmät edustettuina.

Kyselytutkimuksen perusteella lääkinällisen kuntoutuksen moniammatilliselle työryhmälle on selvästi tarvetta Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden virastossa. Moniammatillinen työryhmä koettiin tarpeelliseksi kuntoutujille, joiden toimintakyky ja kyky selviytyä arjesta ovat selvästi alentuneet sekä kuntoutujille, joilla on usean palvelun tarve. Työryhmän toiminnan koettiin tukevan kuntoutussuunnitelman laatimista. Moniammatilliseen työryhmään tulisi osallistua eri asiantuntijoita kuntoutujan tarpeen mukaan. Lisäksi työryhmän kokoonpanossa olisi hyvä olla vakinainen jäsenistö. Yhteishenkilöksi moniammatillisen työryhmän ja kuntoutujan välillä soveltuisi parhaiten kuntoutussuunnittelija tai -ohjaaja. Kuntoutujan asian voisi lähettää työryhmän käsittelyyn kuka tahansa, joka tarpeen tunnistaa.

Moniammatillinen työryhmä voi olla hyvä työkalu, jota voidaan hyödyntää lääkinällisen kuntoutuksen arvioinnissa, suunnittelussa, seurannassa ja palveluiden koordinoinnissa. Työryhmän on hyvä olla joustava, matalan kynnyksen ryhmä, jotta sen toiminta perustuu kuntoutujan tarpeeseen. Tämän opinnäytetyön pohjalta pystytään kehittämään lääkinällisen kuntoutuksen moniammatillista työryhmätoimintaa ja luomaan kuntoutujalähtöinen toimintaprosessi moniammatillisen työryhmän toiminnasta.

MULTI-PROFESSIONAL TEAMWORK IN MEDICAL REHABILITATION EVALUATION, PLANNING AND CONTROLLING

Myllynen, Annika

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation Counselling and Planning

December 2016

Supervisor: Leppänen, Erja

Number of pages: 36

Appendices: 2

Key words: rehabilitation, medical rehabilitation, multi-professional work, teamwork

The purpose of this thesis was to solve the need for multi-professional teamwork in medical rehabilitation at the department of social services and health care, Helsinki. The aim of this thesis was to produce new information that can be used to create multi-professional teamwork at the outpatient clinic services for the department of social services and health care, Helsinki.

This thesis was carried out as an electronic questionnaire survey. Doctors, rehabilitation planners and counsellor, physiotherapists, occupational therapists and speech therapists from the outpatient clinic services, and social workers from social services for the disabled participated in the questionnaire survey. The questionnaire was sent as an electronic form by e-mail. Forty-one answers were given and the response rate was 46 %. There were answers from every professional group.

There is an obvious need for the multi-professional teamwork in medical rehabilitation at the department of social services and health care, Helsinki. Multi-professional teamwork is needed for the rehabilitees who have impairments in order for them to both survive the activities of daily living and have the needed services provided. Multi-professional teamwork is also needed for support when a plan of rehabilitation is drawn up. The specialist group of the multi-professional team should be based on the need of the rehabilitee. In addition, there should be permanent specialists within the group. A rehabilitation planner or counsellor could be the most suitable specialist for the contact between the multi-professional team and the rehabilitee. The state of the rehabilitee could be presented by anyone who recognizes the need for multi-professional teamwork.

Multi-professional teamwork can be a useful tool for medical rehabilitation evaluation, planning, controlling and service coordinating. Multi-professional teamwork should be adaptable and based on the need of the rehabilitee. Multi-professional teamwork and the process of rehabilitee-oriented teamwork can be created by this thesis.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 KUNTOUTUS	7
2.1 Kuntoutus ja vajaakuntoisuus	7
2.2 Kunta ja Kansaneläkelaitos lääkinällisen kuntoutuksen järjestäjinä.....	8
2.3 Kuntoutussuunnitelma.....	9
3 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ.....	11
3.1 Moniammatillinen työryhmä.....	11
3.2 Moniammatillisten työryhmien toiminta lääkinällisessä kuntoutuksessa	12
4 ICF-LUOKITUKSEN VIITEKEHYS	14
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	16
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUMINEN	17
6.1 Tutkimusjoukko	17
6.2 Aineiston hankinta	17
6.3 Aineiston analyysi	18
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	20
7.1 Moniammatillisen työryhmän tarve	20
7.2 Moniammatillisen työryhmän asiantuntijat.....	22
7.3 Moniammatillisen työryhmän toiminta.....	23
8 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	26
8.1 Moniammatillinen työryhmä kuntoutuksen suunnittelussa ja koordinoinnissa	26
8.2 Asiantuntijoiden osallistuminen kuntoutujalähtöisesti	27
8.3 Kuntoutujan tarpeesta lähtävä joustava toimintamalli	29
9 POHDINTA	31
9.1 Opinnäytetyön toteutumisen arviointi.....	31
9.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	32
9.3 Jatkotutkimusaiheet.....	33
LÄHTEET.....	34
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomen kuntoutusjärjestelmä on monitahoinen ja hajanainen. Tämä johtuu osaksi siitä, että kullakin kuntoutuksen osajärjestelmällä on oma vahva historiansa ja omat institutionaaliset toimijansa. Kuntoutusjärjestelmän valtakunnan tason ongelmana on nähty kokonaisjärjestelmän ohjauksen ja koordinoinnin puutteellisuus. Asiakas saattaa pudota osajärjestelmien väliin, jolloin riski jäädä tarvittavien kuntoutuspalveluiden ulkopuolelle kasvaa. (Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2015, 14.) Kuntoutuspalveluiden kysyntä ja tarjonta kohtaisivat paremmin, jos tieto kuntoutuspalveluista olisi yhdessä paikassa tai käytössä olisi kuntoutuskoordinaattorin palveluita (Shemeikka ym. 2013, 28).

Moniammatillisten työryhmien toiminta on globaalisti laajentunut viime vuosina, mikä voidaan todeta useiden maiden lisääntyneissä raporteissa. Käytännön toiminnassa moniammatillisten työryhmien hyödyt on huomattu useaan otteeseen kansainvälisesti. Myös terveys- ja sosiaalipalveluissa moniammatillisten työryhmien toiminta on lisääntynyt. Lisääntyneeseen toimintaan ovat osaltaan vaikuttaneet tutkimukset, joissa on todettu moniammatillisten työryhmien olevan olennainen työkalu koordinoinnin ja yhteistyön parantumiseksi, korkealaatuisen hoidon toteutumiseksi, työn tehokkuuden kehittämiseksi sekä turvallisuuden edistämiseksi. (Reeves, Lewin, Espin & Zwarenstein 2010, 11–12.)

Vuoden 2016–2019 hallituskauden yksi kärkihankkeista on palveluiden asiakaslähtöisyyden parantuminen. Tavoitteena on uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon prosesseja, joissa asiakas on keskiössä. Tarkoituksena on tuottaa asiakkaan tarpeesta lähtöisin olevia, moniammatillisia, koordinoituja, oikea-aikaisia ja omatoimisuutta tukevia matalan kynnyksen toiminta- ja palveluprosesseja. (Staff, Parjanne & Heinämäki 2016, 15; Valtionneuvoston kanslia 2015, 46.) Tämän perustana on yhteistyö valtion, kuntien, järjestöjen, yksityisen sektorin, työelämän toimijoiden ja seurakuntien kesken (Staff, Parjanne & Heinämäki 2016, 15).

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden kuntoutuksen osaamiskeskus. Kuntoutuksen osaamiskeskus kuuluu sosiaali- ja terveystieteiden sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluiden osastoon. Kuntoutuksen osaamiskeskus tarjoaa muun muassa geriatrian ja neurologian poliklinikkapalveluita, kuntoutuksen vuodeosastopalveluita, kuntoutussuunnittelu-, kuntoutusohjaus- ja apuvälinepalveluita sekä fysio-, toiminta- ja aikuisten puheterapiapalveluita. (Helsingin kaupungin www-sivut 2016.)

Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden meneillään olevan palveluiden uudistamisen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen vuoksi oli ajankohtaista selvittää, millaiselle aikuisten lääkinällisen kuntoutuksen moniammatilliselle työryhmälle on tarve Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden osastossa (Helsingin kaupungin www-sivut 2016; Salmi henkilökohtainen tiedonanto 25.1.2016). Moniammatillisen työryhmätoiminnan aloittamisen selvitys on kirjattu myös Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden vuoden 2016 käyttösunnitelmaan (Käyttösunnitelma 2016, 22). Nykyisin Helsingin kaupungin avoterveydenhuollossa toimii moniammatillinen työryhmä ainoastaan kuntoutuksen osaamiskeskuksen neurologian poliklinikalla (Salmi henkilökohtainen tiedonanto 25.1.2016).

2 KUNTOUTUS

2.1 Kuntoutus ja vajaakuntoisuus

Kuntoutus on muutosprosessi, jonka tavoitteena on edistää sairaan, vammaisen tai vajaakuntoisen ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä. Kuntoutus on suunnitelmallista, monialaista ja pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2016; Kuntoutusselonteko 2002, 3.) Kuntoutuksella pyritään turvaamaan tavanomaisen elämän edellytykset. Vaikuttava, oikea-aikainen ja kustannustehokas kuntoutus edellyttää kuntoutujan asettamista toiminnan ytimeen ja siirtymistä pois järjestelmä- ja asiantuntijakeskeisyydestä. (Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2015, 18.) Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon, sosiaalivakuutuksen ja työhallinnon lakisääteinen kuntoutus perustuu todettuun oireeseen, sairauteen, vajaakuntoisuuteen tai vammaan. Kuntoutuksen perusteiksi on vähitellen tullut mukaan myös työkyvyn heikkenemisen tai vakavan sosiaalisen syrjäytymisen uhka. (Kuntoutusselonteko 2002, 3.)

Maailman terveysjärjestö WHO (World Health Organization) määrittelee kuntoutuksen prosessiksi, jonka tarkoituksena on mahdollistaa vajaakuntoisen ihmisen optimaalinen fyysisen, aistillisen, älyllisen, psykologisen ja sosiaalisen toiminnan tason saavuttaminen ja ylläpitäminen. Kuntoutus tarjoaa vajaakuntoiselle ihmiselle välineet, joita hän tarvitsee saavuttaakseen itsenäisyyden ja itsemääräämisoikeuden. (World Health Organizationin www-sivut 2016.)

Vajaakuntoisuus voidaan määritellä vammaisuutena, häiriönä tai toiminnan ja osallistumisen rajoitteena. Vajaakuntoisuus on yksilön terveydentilan sekä yksilö- ja ympäristötekijöiden välinen vuorovaikutussuhde. Vajaakuntoiset ovat erityisen herkkiä terveydenhuollon palveluiden puutteelle. Riippuen ryhmästä ja ympäristöstä vajaakuntoiset saattavat herkemmin saada sekundaarisairauksia, ikään liittyviä sairauksia ja olla monisairaita. Lisäksi vajaakuntoisuus saattaa olla yhteydessä terveyden riskikäyttämiseen ja ennenaikaiseen kuolemaan. (World Health Organizationin www-sivut 2016.)

2.2 Kunta ja Kansaneläkelaitos lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäjinä

Terveydenhuoltolaissa perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveys- huoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoidoa, kotisairaanhoidoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa sekä mielenterveys- ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 3 §).

Kunnan on järjestettävä potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinnällinen kuntoutus, johon kuuluu kuntoutusneuvonta ja -ohjaus, potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutustutkimus, toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat ja muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet, apuvälinepalvelut ja sopeutumisvalmennus. Kunta on vastuussa potilaan lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelusta ja kuntoutussuunnitelman laatimisesta. Lisäksi kunta vastaa kuntoutuspalvelun ohjauksesta, seurannasta ja nimeää potilaalle tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 29 §.)

Jos potilas tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty kunnan tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää perusterveydenhuollossa, kunnan tehtävänä on huolehtia siitä, että potilaalle annetaan tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista. Hänet on ohjattava tarpeen mukaan sairaanhoitopiiriin, sosiaali-, työhallinto- tai opetusviranomaisen, Kansaneläkelaitoksen tai muun palvelujen järjestäjän piiriin. Potilaan yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa määritellään palvelujen yhteensovittaminen muiden kuntoutusta antavien tahojen kanssa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 30 §.)

Kansaneläkelaitos järjestää vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena terapioiden ja moniammatillisia kuntoutuspalveluja. Kuntoutusta järjestetään alle 65-vuotiaille sairausvakuutuslain mukaisesti vakuutetulle työstä, opiskelusta tai muista arjen toiminnoista suoriutumista ja osallistumista varten. Kuntoutuksen myöntämiselle on edellytyksenä, että kuntoutujalla on sairaus tai vamma sekä sairauteen tai vammaan liittyvä suoritus- ja osallistumisrajoite, josta aiheutuu vähintään vuoden kestävä kuntoutustarve. Suori-

tus- ja osallistumisrajoite tulee olla niin suuri, että kuntoutujalla on sen vuoksi huomattavia vaikeuksia suoriutumisessa arjen toiminnoista ja osallistumisessa kotona, opiskelussa, työelämässä tai muissa elämäntilanteissa. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005, 9–10 §.)

Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen tarpeen arvioissa otetaan kokonaisvaltaisesti huomioon kuntoutujan toimintakykyyn vaikuttavat tekijät, joita ovat lääketieteellinen terveydentila, kehon rakenteet ja toiminnot, suoritukset, osallistuminen sekä yksilö- ja ympäristötekijät. Kuntoutuksen tulee olla perustellusti tarpeen mahdollistamaan kuntoutujan arjen toiminnoista suoriutumista ja osallistumista. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005, 9 §.) Lisäksi vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen lähtökohtana on kuntoutujan oma aktiivisuus kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteiden asettamisessa ja kuntoutuksen toteuttamisessa (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2016).

Kansaneläkelaitos ei järjestä sairaanhoitoon välittömästi liittyvää lääkinnällistä kuntoutusta eikä kuntoutuja saa olla julkisessa laitoshoidossa. Kansaneläkelaitos ei myöskään järjestä sellaista kuntoutusta, jonka tavoitteet ovat vain hoidollisia. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005, 9 §.)

2.3 Kuntoutussuunnitelma

Kuntoutussuunnitelma on kuntoutujan kuntoutumisen kokonaisjärjestelyjen tueksi laadittu kirjallinen asiakirja (Kuntoutusportin www-sivut 2016). Kuntoutussuunnitelma laaditaan kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä yhdessä kuntoutujan, hänen omaisensa, läheisensä tai hänen laillisen edustajansa kanssa (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005, 9 §; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 4 a §). Vastuu kuntoutussuunnitelman laatimisesta on hoitavalla lääkäriä (Kuntoutusportin www-sivut 2016). Kuntoutuksen tarve on kuitenkin arvioitava ja kuntoutussuunnitelma laadittava moniammatillisesti kuhunkin organisaatioon soveltuvalla tavalla (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 7).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 4 a §) sanotaan, että terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava suunnitelma, joka koskee tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta. Terveydenhuoltolain (1326/2010, 29 §) mukaan lääkinnällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö määritellään yksilöllisesti kirjallisessa kuntoutussuunnitelmassa. Lisäksi vaativassa lääkinnällisessä kuntoutuksessa Kansaneläkelaitos edellyttää hyvän kuntoutuskäytännön mukaisesti kirjallista kuntoutussuunnitelmaa, joka laaditaan vähintään yhdeksi vuodeksi ja enintään kolmeksi vuodeksi (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005, 9 §).

Kuntoutussuunnitelmassa tulee olla kirjattuna kuntoutujan sairautta koskevat tiedot sekä sairauden aiheuttama lääketieteellinen ja toiminnallinen haitta päivittäisissä toimissa, töissä, opinnoissa tai muissa elämäntilanteissa. Suunnitelmassa tulee kuvata kuntoutujan toimintakyvyn haitta, vaikeuksien ilmeneminen jokapäiväisessä elämässä sekä käytetyt arviointimenetelmät. Suunnitelmaan kirjataan myös kuntoutujan aiemmin saama kuntoutus ja sen vaikutukset. Kuntoutussuunnitelmaan laaditaan kuntoutuksen realistiset lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet sekä kirjataan suositeltavat kuntoutustoimenpiteet mukaan lukien suositeltavat apuväline- ja sosiaalipalvelut. (Kuntoutusportin [www-sivut 2016](#); Kansaneläkelaitoksen [www-sivut 2016](#); Paltamaa ym. 2011, 7.) Kokonaisuudessaan suunnitelmassa tulee selvitä, miten kuntoutuksen odotetaan turvaavan tai parantavan kuntoutujan selviytymistä jokapäiväisistä toiminnoista (Kansaneläkelaitoksen [www-sivut 2016](#)). Kuntoutussuunnitelma voidaan kirjata terveydenhuollon potilastietojärjestelmän sairauskertomuslehdelle, sosiaalitoimessa palvelusuunnitelmalomakkeelle, Kansaneläkelaitoksen kuntoutussuunnitelmalomakkeelle (KU 207-lomake) tai B-lääkärinlausuntoon ([Kuntoutusportin www-sivut 2016](#); Kansaneläkelaitoksen [www-sivut 2016](#)).

3 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

3.1 Moniammatillinen työryhmä

Moniammatillinen yhteistyö on käsitteenä moninainen ja siitä on monenlaisia määritelmiä. Moniammatillinen yhteistyö, sen vaatimukset ja muodot ovat kontekstisidonnaisia. Ammatillisten rajojen ja kuntoutujalähtöisten organisaatorajojen ylitys on mahdollista moniammatillisen yhteistyön avulla. (Isoherranen 2012, 19–22.) Sosiaali- ja terveysalalla moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata kuntoutujalähtöisenä työskentelynä, jossa huomioidaan kuntoutujan elämä kokonaisuutena. Yhteisessä tiedonkäsittelyssä, esimerkiksi kokouksessa, eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan kuntoutujalähtöisesti yhteen. Käsittelyn tavoitteena on rakentaa yhteinen käsitys kuntoutujan tilanteesta, tavoitteista, tarvittavista toimenpiteistä ja ongelmien ratkaisuksista. Tiedon kokoaminen yhteen tapahtuu joustavasti, sovitulla välineillä tai foorumeilla ja sovittuja toimintaperiaatteita noudattaen. Kuntoutuja tai hänen läheisensä on tarvittaessa mukana keskusteluissa. (Isoherranen 2012, 19–22; Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 34.)

Moniammatillisuus on sekä yhteisöllistä että yksilöllistä. Yhteisön näkökulmasta moniammatillisuus tarkoittaa sitä, että yhteisö tuottaa vaadittavan osaamisen jäsentensä osaamisen avulla. Yksilön näkökulmasta moniammatillisuus kuvaa sellaisia sosiaali- ja terveysalan pätevyyskäsitteitä, joissa korostuvat yleiset työelämävalmiudet ja yleiset taidot kuten asenteet, päätöksentekotaidot, ongelmanratkaisutaidot, sosiaalisessa kanssakäymisessä tarvittavat taidot ja tavoitteellisen oppimisen taidot. (Katajamäki 2010, 26.)

Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on, että kaikki osallistujat voivat vaikuttaa keskusteluun ja päätöksentekoon sekä tuoda esille oman näkökulmansa ja osaamisensa. Yhteistyön edellytyksinä ovat osallistujien avoin kommunikaatio ja vuorovaikutus. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää osallistujien roolien ja tehtävien selkeyttä, päätöksentekoon osallistumista ja vastuuta. Kun kootaan kuntoutujalähtöisesti kokonaisvaltaista tietoa, täytyy tunnustaa kaikkien asiantuntijoiden erityistieto, erityisosaaminen ja asiantuntijuus. (Isoherranen ym. 2008, 15–34.)

Vaikeavammaisen kuntoutuksen suunnittelu- ja hoitovastuu tulisi olla ammattitaitoisella ja moniammatillisella työryhmällä, joka vastaa myös vaikeavammaisen kuntoutuksen seurannasta ja kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuuden säännöllisestä arvioinnista (Paltamaa ym. 2011, 6–8). Useiden tutkimusten mukaan monialainen ja hyvin toimiva yhteistyö on toiminnan vaikuttavuutta parantava tekijä. Lisäksi monialaisen työskentelyn merkittävä etu on, että kuntoutujan erilaiset tarpeet otetaan huomioon samalla kerralla. (Järvikoski 2013, 57–58.) On myös esitetty ajatus, että moniammatillisen yhteistyön kehittäminen organisaatiossa johtaa tasa-arvoisempaan päätöksentekoon (Isoherranen ym. 2008, 32).

3.2 Moniammatillisten työryhmien toiminta lääkinnällisessä kuntoutuksessa

Lääkinnällisen kuntoutuksen moniammatillisten työryhmien tarkoitus, tavoitteet, toimintaperiaatteet, kohderyhmät ja osallistujat vaihtelevat kunnittain. Seuraavissa tekstikappaleissa esitellään Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen neurologian poliklinikan, Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan, Espoon avokuntoutuspalveluiden ja Turun kaupungin hyvinvointitoimialan lääkinnällisen kuntoutuksen moniammatillisten työryhmien toimintaa. Työryhmien toiminnan kuvaamiseen on saatu kirjallinen lupa kustakin organisaatiosta.

Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen neurologian poliklinikalla toimii lääkinnällisen kuntoutuksen moniammatillinen työryhmä. Työryhmä kokoontuu kaksi kertaa kuukaudessa ja siihen osallistuu pääsääntöisesti erikoislääkäreitä, kuntoutusohjaaja, sosiaalityöntekijä, fysio- ja toimintaterapeutti, sihteeri sekä tarvittaessa kuntoutujalähtöisesti muita asiantuntijoita kuten puheterapeutti tai neuropsykologi. Työryhmässä käsitellään uusien kuntoutujien lähetteet, kuntoutuspaikat sekä tarvittaessa arvioidaan yksittäisen kuntoutujan kokonaisvaltainen tilanne ja suunnitellaan jatkokuntoutus. (Pyyhtiä henkilökohtainen tiedonanto 24.2.2016.)

Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla avoterveydenhuollossa toimii lääkinnällisen kuntoutuksen alueelliset moniammatilliset työryhmät: lasten, aikuisten ja kehitysvammaisten työryhmä. Aikuisten moniammatillinen työryhmä kokoontuu

kaksi kertaa kuukaudessa ja siihen osallistuu nimetty terveystieteiden lääkäri, kuntoutussihteeri, fysio-, toiminta- ja puheterapeutti, tarvittaessa sosiaalityöntekijä sekä erikseen sovittuna kuntoutuja, kuntoutujan omainen, läheinen tai edustaja. Työryhmässä laaditaan kuntoutussuunnitelma kuntoutujille, joiden kuntoutus on järjestynyt Kansaneläkelaitoksen toimesta, Vantaan kaupungin maksusitoumuksella tai lääkinnällisen kuntoutuksen omana toimintana. Aina ennen työryhmän käsittelyä tehdään terapia-arvio lääkinnällisen kuntoutuksen omana toimintana. (Törneblom henkilökohtainen tiedonanto 15.4.2016.)

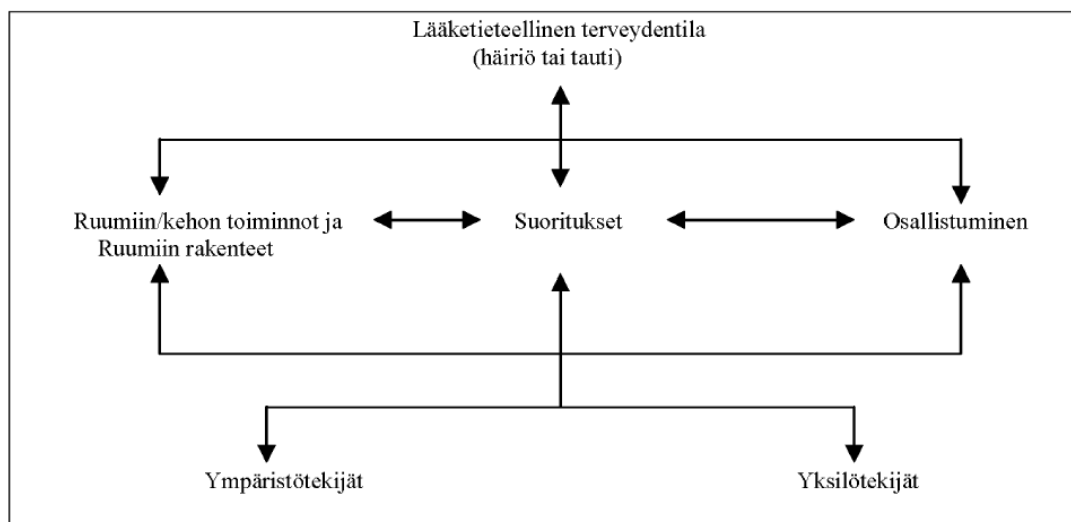
Espoon avokuntoutuspalveluiden lääkinnällisen kuntoutuksen moniammatilliseen työryhmään osallistuu lääkäri, kaksi kuntoutussuunnittelijaa, vammaispalvelun sosiaalityöntekijä, fysio-, toiminta- ja puheterapeutti sekä erikseen sovittuna kuntoutuja, kuntoutujan omainen, läheinen tai edustaja, omalääkäri, erikoissairaanhoidon edustaja tai yksityinen hoitava terapeutti. Työryhmän kohderyhmänä on Kansaneläkelaitoksen vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin kuuluvat kuntoutujat ja muut kuntoutujat, joiden tilanne edellyttää moniammatillista selvittämistä, kannanottoa tai suunnitelmaa. Työryhmän käsittelyyn pääsemiseksi aloitteentekijänä voi toimia lääkäri, kuntoutussuunnittelija, terapeutit, vammaispalvelujen tai aikuissosiaalityöntekijä, Kansaneläkelaitos, yksityinen taho, kuntoutuja itse tai kuntoutujan omainen, tukihenkilö tai edunvalvoja. Työryhmän tehtävänä on laatia kuntoutujille kuntoutussuunnitelma. Aina ennen työryhmän käsittelyä tehdään terapia-arvio lääkinnällisen kuntoutuksen omana toimintana. (Linna-Kantor & Neuvonen henkilökohtainen tiedonanto 12.4.2016.)

Turun kaupungin hyvinvointitoimialan lääkinnällisen kuntoutuksen moniammatilliseen työryhmään kuuluu kuntoutusohjaaja, fysioterapian osastonhoitaja ja ylilääkärinä toimiva fysiatrian erikoislääkäri. Työryhmä tekee päätöksiä vain Turun kaupungin lääkinnällisen kuntoutuksen myöntämistä kuntoutuksen maksusitoumuksista. Palveluntuottajan terapiapalautteen pohjalta tehdään jatkosuunnitelma ja tarvittaessa terapia-arvio suoritetaan lääkinnällisen kuntoutuksen omana toimintana. Myös myönnetty terapia voidaan toteuttaa omana toimintana. (Österman henkilökohtainen tiedonanto 2.5.2016.)

4 ICF-LUOKITUKSEN VIITEKEHYS

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus tunnetaan lyhenteellä ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) ja se tarjoaa viitekehysten kuvata toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 3). ICF-luokitus kuvaa, miten sairauden ja vamman vaikutukset näkyvät ihmisen elämässä. ICF-luokituksen avulla voidaan ymmärtää toimintakyky ja toimintarajoitteet moniulotteisena, vuorovaikutuksellisena ja dynaamisena tilana, joka koostuu terveydentilan sekä yksilö- ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2016.)

Yksilön toimintakyky määräytyy yksilön lääketieteellisen terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden (ympäristö- ja yksilötekijät) vuorovaikutuksen tuloksena (Kuva 1). Ruumiin/kehon toimintoja ovat elinjärjestelmien fysiologiset toiminnot ja ruumiin rakenteita ovat ruumiin anatomiset osat. Suoritus on tehtävä tai toimi, jonka yksilö toteuttaa ja osallistuminen on osallistumista elämän tilanteisiin. Ympäristötekijät ovat se fyysinen, sosiaalinen ja asenneympäristö, jossa yksilö elää ja asuu. Yksilötekijät muodostavat yksilön elämän ja elämän tietyn taustan. Yksilötekijöitä ovat muun muassa sukupuoli, ikä, elämäntavat, sosiaalinen tausta, koulutus, entiset ja nykyiset kokemukset, yleinen käyttäytymismalli ja yksilön henkiset vahvuudet. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 10–18.)



Kuva 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet.

Kuntoutuksen asiantuntijoiden keskuudessa varsin laajasti hyväksytty ICF-luokitus kuvaa toimintakykyä kokonaisvaltaisena ilmiönä ja voi siten luoda perustan eri ammattiryhmien väliselle yhteistyölle (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2016; Järvikoski 2013, 57). ICF-luokituksen viitekehystä suositellaan noudatettavan kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteiden asettelussa ja vaikuttavuuden arvioinnissa. Lisäksi suositellaan, että viitekehystä hyödynnetään arvioinnissa, jotta arviointi on yhdenmukaista, laaja-alaista ja kaikki toimintakyvyn osa-alueet tulevat huomioituiksi. ICF-luokitusta voidaan käyttää yhteisenä viitekehysenä moniammatillisessa työssä kuntoutusprosessin eri vaiheissa. (Paltamaa ym. 2011, 7–11.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaiselle aikuisten lääkinnällisen kuntoutuksen moniammatilliselle työryhmälle on tarve Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää avoterveydenhuollon moniammatillista työryhmätoimintaa Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa.

Opinnäytetyökysymykset:

1. Millaisille kuntoutujille moniammatillinen työryhmä on tarpeellinen?
2. Keitä asiantuntijoita moniammatillisessa työryhmässä tarvitaan?
3. Millaista moniammatillisen työryhmän toimintaa tarvitaan?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUMINEN

6.1 Tutkimusjoukko

Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena. Tutkimusjoukkona oli Helsingin sosiaali- ja terveysviraston avoterveydenhuollon lääkäreitä, kuntoutussuunnittelijoita, kuntoutusohjaaja, fysio-, toiminta- ja puheterapeutteja sekä vammaispalvelun sosiaalityöntekijöitä. Avoterveydenhuollolla tarkoitetaan tässä työssä poliklinikkatyötä. Eri ammattiryhmien esimiehet valikoivat kyselyyn vastaavat henkilöt. Opinnäytetyön tekemiseen saatiin asianmukainen lupa Helsingin sosiaali- ja terveysvirastolta.

Kyselylomake lähetettiin 89 sähköpostiosoitteeseen. Aineisto kerättiin aikavälillä 1.6.–17.7.2016, jonka aikana lähetettiin kaksi muistutusviestiä. Määräaikaan mennessä saapui 41 vastausta eli vastausprosentiksi muodostui 46 %. Vastaajien joukossa olivat kaikki ammattiryhmät edustettuina.

6.2 Aineiston hankinta

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi valittiin kyselylomake, joka soveltuu aineiston keräämiseen hyvin, jos tutkittavia on paljon ja he ovat hajallaan (Vilka 2007, 28). Kyselylomakkeeseen laadittiin sekä määrällisiä että laadullisia kysymyksiä. Kyselylomake (Liite 1) luotiin E-lomake-ohjelmistolla. E-lomake-ohjelmisto toimii selainpohjaisesti, jolloin ohjelma luo lomakkeelle oman internet-osoitteen, jossa se käytettiin täyttämässä (Eduix Oy:n www-sivut 2016). Kyselylomake testattiin eli pilotoitiin ennen varsinaisen aineiston keräämistä. Pilotointiin osallistui seitsemän henkilöä eri ammattialoilta. Pilotoinnin jälkeen lomakkeen asetuksia ja sijoittelua hieman muokattiin saatujen kommenttien perusteella.

Kyselylomake lähetettiin sähköpostitse verkkolomakkeena. Sähköpostiviestiin laadittiin kaikille vastaanottajille samanlainen saatekirje (Liite 2). Sähköpostit lähetettiin piiloviestinä, jolloin vastaanottajalta estettiin muiden vastaanottajien sähköpostiosoitteiden näkeminen. E-lomake-ohjelmisto tallentaa vastaukset nimettöminä, jolloin vastaukset käsiteltiin täysin anonymisti (Eduix Oy:n www-sivut 2016).

Kyselylomakkeessa kysymysten muoto oli vakioitu. Vakioidulla kyselylomakkeella kaikilta kyselyyn vastaavilta kysyttiin samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Kyselylomakkeessa käytettiin monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä ja sekamuotoisia kysymyksiä. Monivalintakysymyksissä vastausvaihtoehdot oli asetettu valmiiksi, avoimiin kysymyksiin vastaaja kirjasi spontaaneja mielipiteitä ja sekamuotoisissa kysymyksissä osa vastausvaihtoehdoista on annettu. (Vilkkä 2007, 28–69.)

Kyselytutkimuksessa mittarit koostuivat kysymyksistä ja väitteistä. Osiolla tarkoitetaan yksittäistä kysymystä tai väitettä, joka mittaa vain yhtä asiaa. Mittari on osioista koostuva kokonaisuus, joka mittaa useita toisiinsa liittyviä asioita. (Vehkalahti 2014, 17–23.) Opinnäytetyön kyselylomakkeen mittarit koottiin lähdekirjallisuuden, henkilökohtaisten tiedonantojen sekä toimeksiantajan kommenttien pohjalta.

6.3 Aineiston analyysi

Määrällinen aineisto analysoitiin Microsoft Excel-pohjaisella Tixel-ohjelmalla. Määrällinen aineisto sisälsi sekä kvalitatiivisia muuttujia (laatuero- ja järjestyksasteikko) että kvantitatiivisia muuttujia (välimatka-asteikko). Kvalitatiivisista muuttujista laadittiin yksiulotteisia jakaumia. Yksiulotteisella jakaumalla saatiin selvitettyä, mitkä olivat usein esiintyviä arvoja ja mitkä harvoin esiintyviä. Kvalitatiivisen muuttujan arvot kävivät sellaisenaan jakauman luokiksi. Jokaiselle luokalle laskettiin, kuinka monta kertaa se esiintyi havaintomatriisin sarakkeessa. Jakaumien havainnollistamiseksi laadittiin jokaisesta kvalitatiivisesta muuttujasta pylväsdiagrammi. Kvantitatiivisille eli välimatka-asteikon muuttujille laskettiin keskiarvo ja mediaani. Keskiarvo saatiin laskemalla muuttujien arvot yhteen ja jakamalla yhteenlaskettavien lukumäärällä. Mediaani oli muuttujan arvojen keskimäinen luku. (Manninen & Hakanen 2016, 34–52.)

Kyselylomakkeen avoimet vastaukset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä. Johtopäätösten tekemisessä pyritään ym-

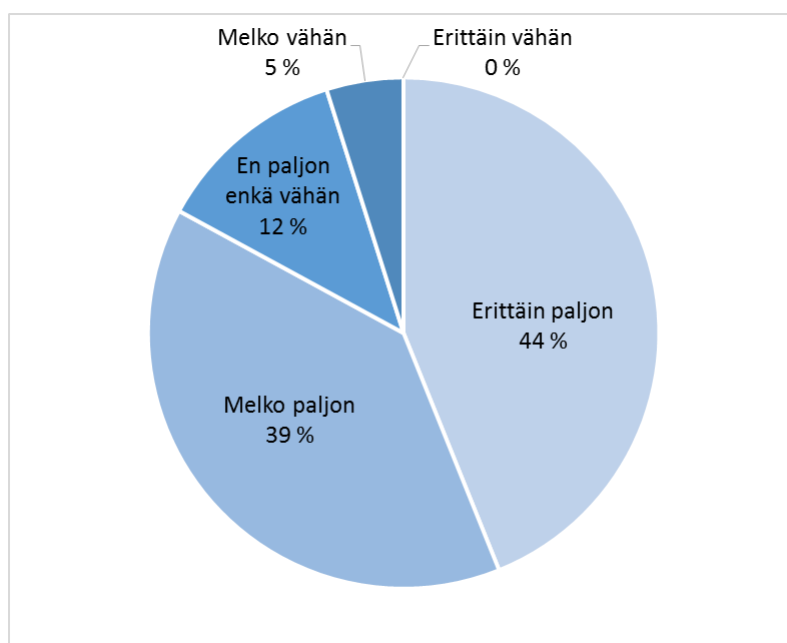
märtämään, mitä asiat tutkittavalle merkitsevät. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on kolme vaihetta: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113.)

Ensin aineisto jäsenneltiin ja koottiin yhteen opinnäytetyökysymysten mukaisesti. Aineiston pelkistämävaiheessa aineistosta karsittiin pois opinnäytetyölle epäolennainen, jonka jälkeen aineistosta etsittiin opinnäytetyön kysymyksenasettelua kuvaavia ilmauksia. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia kuvaavia ilmauksia. Samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset ryhmiteltiin taulukkoon, jossa ne yhdistettiin yhdeksi luokaksi. Luokat nimettiin ilmausten sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Aineiston käsitteellistämävaiheessa empiirinen aineisto eli luokista muodostetut käsitteet liitettiin teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–113.) Teoreettisina käsitteinä käytettiin opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen käsitteitä.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

7.1 Moniammatillisen työryhmän tarve

Kyselytutkimuksen mukaan aikuisten lääkinällisen kuntoutuksen moniammatilliselle työryhmälle on selvästi tarvetta Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa (Kuvio 1). Vastaajista 44 % koki erittäin paljon tarvetta ja 39 % melko paljon tarvetta moniammatillisen työryhmän toiminnalle. Vastaajista kukaan ei kokenut, että moniammatilliselle työryhmälle olisi erittäin vähän tarvetta.



Kuvio 1. Vastaajien näkemys moniammatillisen työryhmän tarpeesta. Vastausten prosentuaalinen jakauma työryhmän tarpeesta.

Vastaajien mukaan moniammatillinen työryhmä on tarpeellinen kuntoutujille, joilla on laaja-alaisia fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia ja joiden toimintakyky sekä kyky selviytyä arjesta on alentunut tai uhkaa alentua merkittävästi. Työryhmä koettiin tarpeelliseksi erityisesti moniongelmaisille ja -sairaille, vaikeavammaisille, vastavammautuneille, neurologista sairautta sekä harvinaista sairautta sairastaville kuntoutujille, joilla on jokin merkittävä toimintakykyä alentava tai uhkaava haitta.

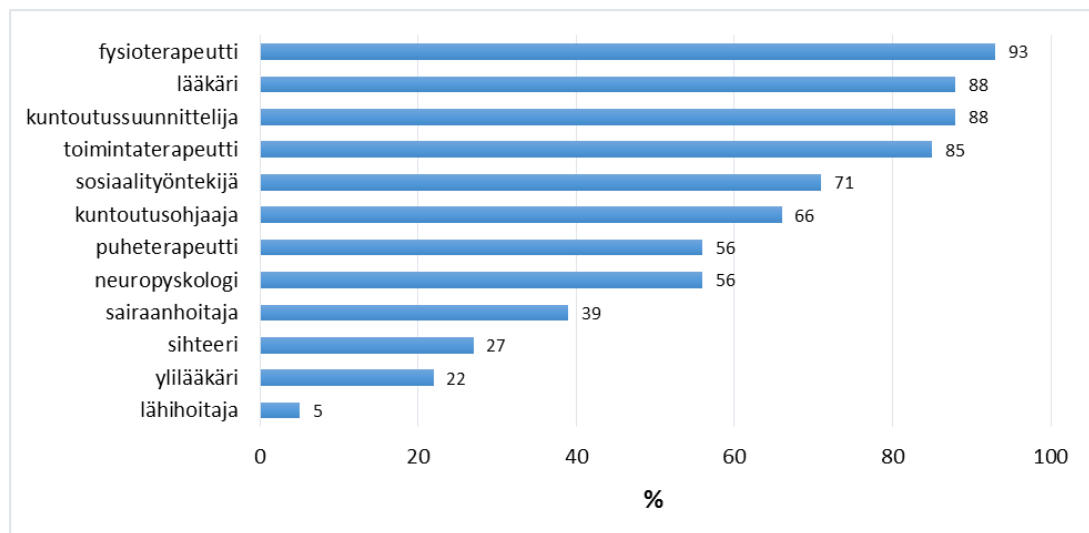
Moniammatillisen työryhmän toiminta nähtiin tarpeellisena, kun tarvitaan moniammatillista kuntoutusarviota, suunnittelua ja seurantaa. Tällöin pystytään moniammatillisesti tukemaan kuntoutujia, joilla on usean terapian tai palvelun tarve. Usein kuntoutujan asiat voivat olla monen palvelusektorin alueella. Moniammatillisen työryhmän toiminta todettiin hyväksi työkaluksi kuntoutujan tarvitsemien palveluiden koordinoiminnin tueksi.

Joissakin vastauksissa tuli esille, että moniammatillista työryhmä tarvitaan, jos kuntoutuksen tarpeessa ja toteutuksessa on ilmennyt ristiriitoja. Esimerkiksi kuntoutujan toiveet ja tavoitteet eivät ole kohdanneet myönnetyn kuntoutuksen kanssa, kuntoutuksen järjestäminen ei ole toteutunut toivotulla tavalla, kokonaisvaltaista toimintakykyarviota ei ole tehty tai kuntoutuspäätöksen tekeminen oli vaikeaa. Osassa vastauksia tuli esille, että palveluiden tarvisijoissa on väliinpuotoajia, joilla on vaikeuksia hakeutua itsenäisesti palveluiden piiriin. Vastaaajien mukaan moniammatillinen työryhmä on selvästi tarpeellinen ristiriitatilanteissa ja väliinpuotoajien auttamisessa. Työryhmän toimintaa kaivattiin avuksi myös kuntoutujille, jotka tarvitsevat työkyvyn arviointia ja tukemista.

Vastaaajien mielestä moniammatillista työryhmää tarvitaan mukaan kuntoutussuunnitelman laadintaan. Vastaaajista 81 % oli sitä mieltä, että moniammatillisen työryhmän toiminta tukee erittäin paljon tai melko paljon kuntoutussuunnitelman laatimista Kansaneläkelaitoksen vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen piirissä oleville kuntoutujille. Vastaaajista 88 % koki työryhmän toiminnan tukevan erittäin paljon tai melko paljon kuntoutussuunnitelman laatimista kaupungin maksusitoumuksella terapiassa käyville kuntoutujille. Vastaaajista 78 % koki moniammatillisen työryhmän toiminnan tukevan erittäin paljon tai melko paljon kuntoutussuunnitelman laatimista kaupungin omassa lääkinnällisen kuntoutuksen terapiassa käyville kuntoutujille. Moniammatillista työryhmää kaivattiin kuntoutussuunnitelman laadinnan tueksi myös kuntoutujille, jotka siirtyvät erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

7.2 Moniammatillisen työryhmän asiantuntijat

Moniammatillisen työryhmän toimintaan haluttiin osallistuvan kuntoutujalähtöisesti eri asiantuntijoita. Vastaajien mielestä työryhmän kokoonpano voisi vaihdella kuntoutujan tarpeen mukaan. Tärkeäksi koettiin matalan kynnyksen mahdollisuus konsultoida eri asiantuntijoita sekä tarvittaessa kutsua heitä mukaan työryhmän kokouksiin. Vastaajien mielestä työryhmässä voi kuitenkin olla vakinainen jäsenistö, joka pitää työryhmän koossa. Yli 60 % vastaajista toivoi työryhmän jäseniksi lääkärin, kuntoutussuunnittelijan, fysioterapeutin, toimintaterapeutin, kuntoutusohjaajan ja sosiaalityöntekijän (Kuvio 2). Työryhmään osallistuvan lääkärin toivottiin olevan kuntoutujaa hoitava lääkäri tai muuten kuntoutuspotilaita hoitava lääkäri. Lääkärin läsnäoloa perusteltiin lisäksi hänen päätösvallallaan.



Kuvio 2. Vastaajien näkemys työryhmään osallistuvien asiantuntijoiden tarpeesta. Vastausten prosentuaalinen jakauma asiantuntijoiden osallistumisen tarpeesta.

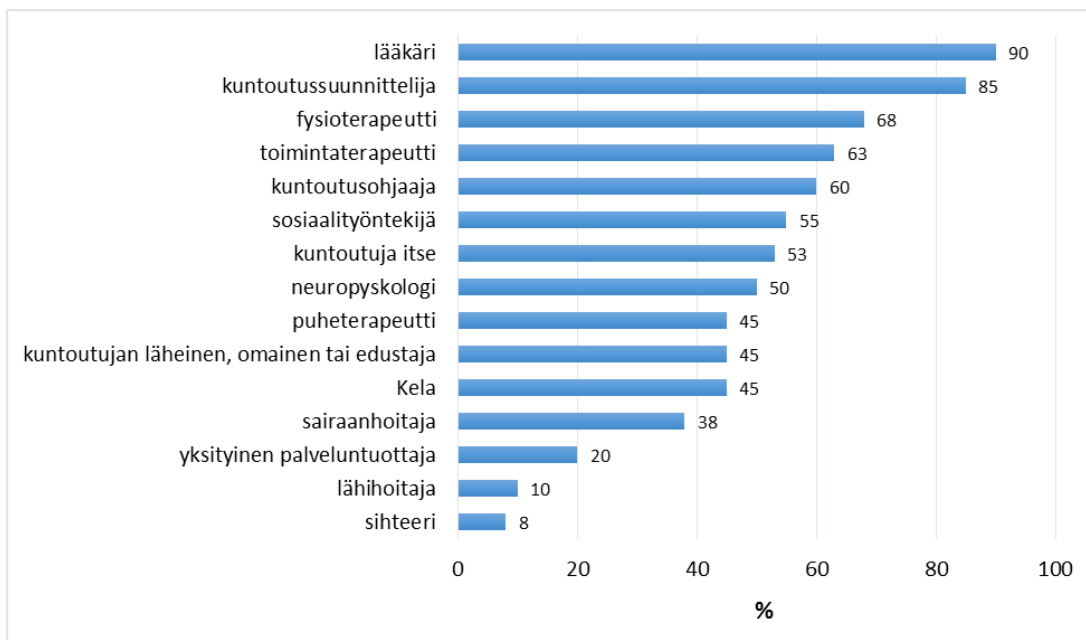
Kyselylomakkeessa kysyttiin moniammatilliseen työryhmään osallistuvien asiantuntijoiden vähimmäis- ja enimmäislukumäärät. Vastauksissa vähimmäislukumäärä vaihteli kolmen ja kymmenen osallistujan välillä. Vähimmäisosallistujamäärän keskiarvo oli viisi osallistujaa ja mediaani oli neljä osallistujaa. Enimmäislukumäärä vaihteli viiden ja viidentoista osallistujan välillä. Enimmäisosallistujamäärän keskiarvo ja mediaani olivat kahdeksan osallistujaa.

Mielipiteet kuntoutujan osallistumisesta moniammatillisen työryhmän kokouksiin vaihtelivat. Kun kysyttiin, tulisiko kuntoutujan osallistua työryhmän kokouksiin, vastaajista 28 % vastasi aina, 70 % vastasi tarvittaessa ja 3 % vastasi ei koskaan. Vastaa- jien mukaan kuntoutuksen suunnittelu kuitenkin onnistuisi parhaiten, jos kuntoutuja on mukana kokouksessa. Vastauksissa myös mainittiin, että kuntoutuja on paras it- sensä asiantuntija ja osallistumalla kokoukseen kuntoutuja sitoutuu suunnitelmaan. Käytännössä kuitenkin kuntoutujan osallistuminen koettiin haastavaksi järjestää re- surssipuutteen vuoksi. Kokoukset usein venyvät, jos kuntoutuja on mukana. Osa vas- taajista oli sitä mieltä, että kuntoutujan osallistumista voidaan korvata sillä, että hänen mielipiteensä välitetään työryhmän tiedoksi asiantuntijan kautta.

Mielipiteissä kuntoutujan läheisen tai yksityisen terapiapalveluntuottajan osallistumi- sesta työryhmän kokouksiin oli vain lievää vaihtelua. Kuntoutujan läheisen, omaisen tai edustajan osallistuminen työryhmän kokouksiin koettiin tarpeelliseksi tarvittaessa 95 % vastaajan mielestä. Harvat vastasivat aina tai ei koskaan. Yksityisen terapiapal- veluntuottajan osallistuminen työryhmän kokouksiin pidettiin tarpeellisena tarvitta- essa 85 % vastaajan mielestä. Tässäkin kohtaa harvat vastasivat aina tai ei koskaan.

7.3 Moniammatillisen työryhmän toiminta

Vastaajien mielestä lähes kuka tahansa voi toimia aloitteentekijänä lähettääkseen kun- toutujan asian moniammatillisen työryhmän käsittelyyn. Aloitteentekijän tulee tunnis- taa kuntoutujan moniammatillisen työryhmän käsittelyn tarve. Yli puolet vastaajista koki sopivimmaksi aloitteentekijäksi lääkärin, kuntoutussuunnittelijan ja -ohjaajan, sosiaalityöntekijän, fysio- ja toimintaterapeutin, neuropsykologin ja kuntoutujan (Ku- vio 3).



Kuvio 3. Vastaajien näkemys sopivasta aloitteentekijästä. Vastausten prosentuaalinen jakauma aloitteentekijästä.

Vastaajien mukaan soveltuvin yhteyshenkilö toimimaan kuntoutujan ja moniammatillisen työryhmän välillä oli kuntoutussuunnittelija tai -ohjaaja. Vastaajista 44 % koki kuntoutussuunnittelijan ja 37 % kuntoutusohjaajan olevan soveltuvin yhteyshenkilö. Esimerkiksi, kun yhteyshenkilö on saanut tiedon kuntoutujan kuntoutussuunnitelman päättymisestä, hän ohjaa kuntoutujan asian työryhmän käsittelyyn. Ennen työryhmän käsittelyä yhteyshenkilö voi pyytää tarvittaessa kaupungin omassa lääkinnällisen kuntoutuksen toiminnassa jatkoterapia-arviota.

Vastaajista selvä enemmistö (63 %) oli sitä mieltä, että lääkäri sopii parhaiten moniammatillisen työryhmän puheenjohtajaksi. Puheenjohtajaksi ehdotettiin myös sitä asiantuntijaa, joka tuntee kuntoutujan parhaiten. Puheenjohtaja voi olla myös vaihtuva ja tilanteen mukaan sovittava.

Moniammatillisessa työryhmässä sovituista asioista pitää kirjata potilastietojärjestelmään ja tilanteen mukaan laatia kuntoutussuunnitelma. Vastaajista enemmistö oli sitä mieltä, että kuntoutussuunnittelija olisi sopivin henkilö kirjaamaan työryhmässä sovitut asiat potilastietojärjestelmään. Kirjaaja voisi kuitenkin olla myös aloitteentekijä,

kuntoutujan tunteva asiantuntija tai se henkilö, joka kulloinkin sovitaan. Lisäksi enemmistön mielestä kuntoutussuunnittelija soveltuu parhaiten kuntoutussuunnitelman kirjaamiseen.

Moniammatillisen työryhmän tai työryhmien toiminta voisi olla Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden keskitettyä tai alueellista. Keskitetyssä mallissa olisi vain yksi työryhmä ja alueellisessa mallissa olisi useampi työryhmä Helsingin kaupungin alueella. Vastaajista 59 % kannatti alueellista mallia ja 41 % kannatti keskitettyä mallia. Vastauksissa alueellisen mallin työryhmien lukumäärä vaihteli kahden ja seitsemän työryhmän välillä. Työryhmien lukumäärän keskiarvo ja mediaani oli neljä.

Vastauksissa oli erilaisia perusteluja alueellisesta ja keskitetystä mallista. Alueellisessa mallissa työryhmän vastuulla olevien kuntoutujien määrän koettiin pysyvän paremmin hallinnassa. Alueellisen mallin optimaalinen työryhmien lukumäärä oli neljä. Tällöin esimerkiksi pohjoisessa, idässä, etelässä ja lännessä voisi toimia oma työryhmänsä. Eräs vastaaja totesi Itä-Helsingin alueella olevan eniten palveluiden tarvitsejoita, jolloin idässä voisi olla yksi työryhmä ja muualla Helsingin alueella toinen työryhmä. Keskitetty malli sen sijaan koettiin tasa-arvoisempana ja oikeudenmukaisempana, kun kuntoutujan asiat käsitellään samalla tavalla samoin kriteerein. Lisäksi keskitetyssä mallissa mahdollisuus osaamisen jakamiseen ja työn kehittämiseen koettiin parempana.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Moniammatillinen työryhmä kuntoutuksen suunnittelussa ja koordinoinnissa

Aikuisten lääkinnällisen kuntoutuksen moniammatilliselle työryhmälle on selvästi tarvetta Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden keskuksessa. Työryhmä on tarpeellinen kuntoutujille, joiden toimintakyky ja kyky selviytyä arjesta ovat selvästi alentuneet. Erityisesti työryhmä koettiin tarpeelliseksi moniongelmaisille ja -sairaille, vaikeavammaisille, vastavammautuneille sekä harvinaista tai neurologista sairautta sairastaville kuntoutujille. Usein näillä kuntoutujilla on usean palvelun ja terapian tarve sekä asiat monen palvelusektorin alueella, minkä vuoksi moniammatillisen työryhmän tukea tarvitaan. Lisäksi vastauksissa ilmeni selvästi työryhmän tarve, kun kuntoutujalla on toimintakyvyn alenemisen uhka. Tämä voidaan tulkita tarpeena ennaltaehkäisevään toimintaan.

Kuntoutujalla saattaa olla myös riski joutua väliinputoajaksi esimerkiksi hoitovastuun siirtyessä tai ollessaan epätietoinen kuntoutuksen tarpeesta tai järjestäjästä. Moniammatillinen työryhmä voi olla hyvänä tukena väliinputoajien löytymiseksi ja auttamiseksi mutta myös muita toimintamalleja varmasti tarvitaan. Lisäksi ristiriitatilanteissa moniammatillisessa työryhmässä pystytään yhdessä miettimään ratkaisuja tilanteisiin ja jakamaan vastuuta.

Isoherranen ym. (2008, 34) ja Järvikoski (2013, 58) yhtyvät samaan ajatukseen siitä, kuinka moniammatillisessa yhteistyössä voidaan huomioida samalla kerralla kuntoutujan elämä kokonaisuudessaan ja kuntoutujan erilaiset tarpeet. Juuri tällaista yhteistyötä moniongelmaisten ja -sairaiden kuntoutukseen varmasti tarvitaan. Myös Reeves ym. (2010, 11) toteavat, että moniammatillinen yhteistyö on tärkeä työkalu koordinoinnin ja yhteistyön parantumiseksi. Tätä toteamusta tukevat lisäksi Shemeikka ym. (2013, 28), joiden mukaan kuntoutuspalveluihin ohjautuminen voisi sujua paremmin, jos tieto kuntoutuspalveluista olisi yhdessä paikassa tai käytössä olisi kuntoutuskoordinaattorin palveluita. Moniammatillinen työryhmä voidaan nähdä tällaisena palveluna.

Kyselyyn vastaajista selvä enemmistö koki työryhmän toiminnan tukevan kuntoutussuunnitelman laatimista riippumatta kuntoutuksen järjestäjätahosta. Terveystieteiden lain (1326/2010, 29 §) mukaan kunnalla on vastuu kuntoutussuunnitelman laatimisesta ja Paltamaa ym. (2011, 7) suosittelevat kuntoutussuunnitelman laatimista moniammatillisesti. Lisäksi kuntoutussuunnitelmaan tulee kirjata suositeltavat kuntoutustoimenpiteet sekä apuväline- ja sosiaalipalvelut, mikä vaatii usean eri asiantuntijan näkökulman (Kuntoutusportin www-sivut 2016). Moniammatillisen työryhmän toiminta voi olla varteenotettava toimintatapa kuntoutussuunnitelman laatimisen tueksi. Tämä toimintatapa on jo todettu hyödylliseksi käytännön tasolla Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan sekä Espoon avokuntoutuspalveluiden lääkinnällisen kuntoutuksen moniammatillisissa työryhmissä, joissa laaditaan kuntoutussuunnitelmia (Törnblom 15.4.2016; Linna-Kantor & Neuvonen 12.4.2016 henkilökohtaiset tiedonannot).

Kunnalla on vastuu kuntoutuspalveluiden ohjauksesta (Terveystieteiden laki 1326/2010, 29 §). Ohjaustarpeen arviointi ja suunnittelu on mahdollista toteuttaa moniammatillisessa työryhmässä, jolloin usean eri alan asiantuntijat ovat samaan aikaan koolla. Tällainen yhteistyö myös saattaa lisätä työn tehokkuutta, kuten Reeves ym. (2010, 11) kirjoittavat.

8.2 Asiantuntijoiden osallistuminen kuntoutujalähtöisesti

Vastaajilla oli selvä näkemys siitä, että moniammatilliseen työryhmään tulisi osallistua eri asiantuntijoita kuntoutujan tarpeen mukaan. Työryhmän kokoonpanossa olisi kuitenkin hyvä olla vakinainen jäsenistö, joka pitää työryhmän koossa ja kutsuu tarpeen mukaan muita asiantuntijoita mukaan työryhmään. Vakinaisina asiantuntijoina voisi olla lääkäri, kuntoutussuunnittelija ja -ohjaaja, fysio- ja toimintaterapeutti sekä sosiaalityöntekijä. Isoherranen ym. (2008, 15–34) nostavat esille olennaisen suosituksen moniammatillisen työryhmän kokoonpanosta: kun kootaan kuntoutujalähtöisesti asiantuntijoiden tiedot ja taidot yhteen, eri asiantuntijoiden erityisosaaminen ja asiantuntijuus tulee tunnistaa sekä osallistujien roolien ja tehtävien pitää olla selkeät. Jotta tämä suositus on mahdollista toteuttaa, tulisi jokaisen työryhmään osallistuvan asiantuntijan tuntee muiden työryhmään osallistuvien asiantuntijoiden osaamisalueet. Esimerkiksi kuntoutussuunnittelijan ja -ohjaajan sekä fysio- ja toimintaterapeutin erityisosaaminen

ja työnkuva saattavat olla osittain epäselviä. Kun tietoisuus eri asiantuntijoiden osaamisesta lisääntyy, voi myös työryhmään osallistuvien asiantuntijoiden roolien ja tehtävien jakaminen olla helpompaa ja selkeämpää. Jos eri asiantuntijoiden osaamisalueita ei tunneta, kannattaa asiantuntijoiden osaaminen ja työnkuvat esitellä, mikä on mahdollista monin eri keinoin.

Helsingin sosiaali- ja terveysviraston neurologian poliklinikan, Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan sekä Espoon avokuntoutuspalveluiden lääkinnällisen kuntoutuksen moniammatillisten työryhmien toimintaan osallistuu kuntoutujan tarpeen mukaan eri asiantuntijoita. Lisäksi kaikissa edellä mainituissa työryhmissä on lääkäri mukana. (Törneblom 15.4.2016; Linna-Kantor & Neuvonen 12.4.2016; Pyyhtiä 24.2.2016 henkilökohtaiset tiedonannot.) Myös nämä toimintamallit osoittavat käytännön tasolla sen, että asiantuntijoiden osallistuminen kuntoutujalähtöisesti on kannattavaa. Työryhmässä on tärkeää lääkärin läsnäolo, koska lääkärillä on vastuu kuntoutussuunnitelman laatimisesta (Kuntoutusportin www-sivut 2016).

Moniammatilliseen työryhmään osallistuvien asiantuntijoiden vähimmäis- ja enimmäislukumäärän hajonta oli suuri, minkä vuoksi selkeitä johtopäätöksiä optimaalisesta ryhmäkoosta ei voida tehdä. Vastausten keskiarvon perusteella ryhmäkoko voisi vaihdella viiden ja kahdeksan osallistujan välillä. Tällöin työryhmä voisi pysyä riittävän tiiviinä, mikä saattaa helpottaa keskustelua. Isoherranen ym. (2008, 16) toteavatkin, että moniammatillisen yhteistyön onnistuminen edellyttää osallistujien avointa kommunikaatiota ja vuorovaikutusta.

Mielipiteet kuntoutujan, hänen omaisensa, läheisensä tai edustajansa tai yksityisen terapiapalveluntuottajan osallistumisesta työryhmien toimintaan olivat yhdensuuntaiset. Edellä mainittujen henkilöiden osallistuminen työryhmien toimintaan koettiin mahdollisena, jos sille on selvää tarvetta. Jos kuntoutuja ei osallistu työryhmän toimintaan, hänen mielipiteensä pitää tuoda julki muulla tavalla. Tiedonvälitys voisi toimia esimerkiksi työryhmään osallistuvan asiantuntijan kautta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 4 a §) sekä Laki Kansaeläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005, 9 §) edellyttävät, että kuntoutussuunnitelma laaditaan yhdessä tai yhteisymmärryksessä kuntoutujan, hänen omaisensa, läheisensä tai hänen

laillisen edustajansa kanssa. Isoherranen ym. (2008, 34) lisäksi kirjoittavat määritellässään moniammatillista yhteistyötä, että kuntoutuja tai hänen läheisensä on tarvittaessa mukana keskusteluissa. Myös Vantaan ja Espoon lääkinnällisen kuntoutuksen moniammatillisissa työryhmissä on tarvittaessa ja erikseen sovittuna mukana kaupungin organisaation ulkopuolinen henkilö (Törneblom 15.4.2016; Linna-Kantor & Neuvonen 12.4.2016 henkilökohtaiset tiedonannot). Voidaan siis todeta, että moniammatillisen työryhmän kokoonpanossa kannattanee pohtia kuntoutujalähtöisesti, onko organisaation ulkopuolisen henkilön tarpeellista osallistua, tuoko se lisäarvoa, millaista asiantuntijuutta se tuo ja säästääkö se resursseja.

8.3 Kuntoutujan tarpeesta lähtevä joustava toimintamalli

Vastauksissa ei saatu selkeää kannanottoa siihen, tulisiko moniammatillisen työryhmän toimia alueellisesti, jolloin olisi useampi työryhmä vai keskitetysti, jolloin olisi yksi työryhmä. Enemmistö (59 %) kuitenkin kannatti alueellista mallia, jossa työryhmien lukumäärän keskiarvo oli neljä. Tällöin esimerkiksi Itä-, Länsi-, Etelä- ja Pohjois-Helsingin alueella voisi toimia omat työryhmänsä. Optimaalisen lukumäärän selvittämiseksi tulisi kartoittaa mahdollisten kuntoutujien määrä. Tavoitteena on, että kuntoutujien määrä pysyisi hallinnassa suhteessa työryhmän resursseihin.

Kuntoutussuunnittelija tai -ohjaaja soveltuisi parhaiten toimimaan yhteyshenkilönä moniammatillisen työryhmän ja kuntoutujan välillä. Tällaista yhteyshenkilöä tarvitaan työryhmän toiminnan koordinointiin. Lisäksi Terveystieteiden lain (1326/2010, 29 §) edellyttää kunnan nimeämään kuntoutujalle tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön. Työryhmässä sovittujen asioiden kirjaamiseen soveltuisi parhaiten kuntoutussuunnittelija tai muu asiantuntija, joka erikseen sovitaan. Myös kuntoutussuunnitelman kirjaamiseen koettiin parhaiten soveltuvan kuntoutussuunnittelija. Viime kädessä kuitenkin lääkäri on aina vastuussa kuntoutussuunnitelman laadinnasta, mikä tulee huomioida kirjaamisprosessissa (Kuntoutusportin www-sivut 2016). Käytännössä organisaation sisällä pystytään parhaiten arvioimaan, kuinka tehtävät ja roolit kannattaa jakaa. Kuitenkin mahdollisten uusien vastuualueiden myötä työnkuvia ja toimintamalleja tulee kehittää.

Kuntoutujan asian voisi lähettää työryhmän käsittelyyn kuka tahansa, joka tarpeen tunnistaa. Pääsääntöisesti aloitteentekijä olisi kuitenkin lääkinnällisen kuntoutuksen tai sosiaalityön asiantuntija tai kuntoutuja itse. Aloitteentekoon tulee luoda selkeä toimintaohje, jotta tiedetään, kuinka ja missä tilanteessa aloite voidaan tehdä. Aloitteenteon olisi myös oltava riittävän helppoa, mikä saattaa tukea kuntoutujan oma-aloitteisuutta, väliinputoajien löytymistä ja mahdollisesti kuntoutuksen oikea-aikaisuutta.

Moniammatillinen työryhmä voi olla hyvä työkalu, jota voidaan hyödyntää lääkinnällisen kuntoutuksen arvioinnissa, suunnittelussa, seurannassa ja palveluiden koordinoinnissa. Työryhmän on hyvä olla joustava, matalan kynnyksen ryhmä, jotta sen toiminta perustuu kuntoutujan tarpeeseen. Tämän opinnäytetyön pohjalta pystytään kehittämään moniammatillista työryhmätoimintaa ja luomaan moniammatillisen työryhmän toiminnasta kuntoutujalähtöinen toimintaprosessi.

9 POHDINTA

9.1 Opinnäytetyön toteutumisen arviointi

Tämän opinnäytetyön kaikkiin opinnäytetyökysymyksiin saatiin kattavasti vastauksia ja opinnäytetyön tavoite saavutettiin. Opinnäytetyössä saatiin selvitettyä, millaiselle aikuisten lääkinnällisen kuntoutuksen moniammatilliselle työryhmälle on tarve Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Saadun selvityksen perusteella Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa pystytään kehittämään lääkinnällisen kuntoutuksen moniammatillista työryhmätoimintaa ja kehittämään joustava, kuntoutuja-lähtöinen toimintaprosessi. Opinnäytetyön aihe ja laajuus olivat selkeästi rajatut, mikä oli opinnäytetyön tavoitteen saavuttamisen edellytys.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja tarpeellinen. Suomessa on suunnitteilla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutostyö ja Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa on meneillään palveluiden uudistaminen. Uudistusten myötä palveluita, prosesseja ja työtä tulee kehittää. Tämän opinnäytetyön perusteella moniammatillisen työryhmän toiminta on ajankohtainen kehittämiskohde. Lisäksi opinnäytetyön aihe on spesifinen kuntoutusohjauksen ammattialalle. Kuntoutuksen ohjaaja pystyy ammattitaitoisesti tukemaan ja koordinoimaan kuntoutujaa kuntoutuksen ja palveluiden kokonaisuuden hallinnassa. Moniammatillinen yhteistyö on kuntoutuksen ohjaajan työn tuki.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys on ajantasainen ja riittävän laaja. Teoreettinen viitekehys tukee opinnäytetyökysymyksiä ja johtopäätöksiä. ICF-luokitus jäi irralliseksi empiirisestä osasta, eikä sitä pystytty yhdistämään kyselylomakkeeseen tai aineiston analyysiin. ICF-luokitus päätettiin jättää teoreettiseen viitekehukseen, koska se on ajankohtainen viitekehys kuntoutuksen alueella ja moniammatillisessa yhteistyössä. Lisäksi jatkotutkimusaiheissa suositellaan selvittämään, kuinka ICF-luokitus soveltuu viitekehukseksi lääkinnällisen kuntoutuksen moniammatillisen työryhmän toimintaan.

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Kyselylomake soveltui tähän opinnäytetyöhön hyvin, koska tutkimusjoukko oli melko suuri ja se oli hajanainen. Kyselylomakkeella saatiin vastauksia kaikkiin opinnäytetyökysymyksiin. Lomakkeella saatiin mitattua riittävän kattavasti ja tehokkaasti, jolloin päästiin opinnäytetyön tavoitteeseen. Kyselylomakkeen pilotoinnissa ei havaittu epäselviä tai epäloogisia kysymyksiä tai väittämiä. Oma kokemattomuuteni kyselylomakkeen laatijana on voinut silti vaikuttaa kyselylomakkeen vastauksiin. Kokemuksen myötä kyselylomakkeesta olisi voinut saada vielä loogisemman, selkeämmän ja ymmärrettävämmän. Kyselylomakkeen vastauksiin on lisäksi saattanut vaikuttaa vastaajan aikaisemmat kokemukset, ennako-oletukset tai vähäinen kokemus tai tietämys lääkinällisestä kuntoutuksesta.

Valitut aineiston analysointimenetelmät soveltuivat hyvin tähän opinnäytetyöhön. Ennen määrällisen aineiston analyysiä harjoittelin Tixel-ohjelman käyttöä hyödyntäen pilotoinnissa saatua havaintomatriisia. Kertasin hyvin Tixel-ohjelman käyttöohjeet ja tarkistin tulokset systemaattisesti, jotta välttyttiin mahdollisilta virheiltä. Laadullisen aineiston analysoinnissa pyrin kirjoittamaan kaikki vaiheet auki mahdollisimman selkeästi, jotta tiedetään, miten päädyin tuloksiin. Valittu laadullisen aineiston analysointimenetelmä perustuu tulkintaan ja päättelyyn, mikä voi tuoda vaihtelua analyysiin eri tutkijoiden kesken.

Tutkimusjoukon valinnassa hyödynnettiin eri ammattiryhmien esimiehiä, joiden tehtävänä oli valita soveltuvia henkilöitä kyselyn vastaajiksi. Valittu keino oli ainoa realistinen mahdollisuus saada optimaalisen kokoinen tutkimusjoukko kasaan. Aineistonkeruu-aika sijoittui kesälomakaudelle, mikä saattoi vaikuttaa vastausten määrään. Aineistoa kuitenkin kerättiin noin puolentoista kuukauden ajan, mikä oli melko pitkä aineistonkeruu-aika. Kaikista ammattiryhmistä saatiin vastauksia, joten aineisto oli kattava ja edusti koko tutkimusjoukkoa. Jos tutkimusjoukkoon olisi valittu kaikki lääkinällisen kuntoutuksen piirissä tai sen yhteistyössä työskentelevät asiantuntijat, olisivat tutkimustulokset olleet kattavampia ja luotettavampia. Tämä olisi vaatinut lisäresursseja sekä toimeksiantajalle tutkimusjoukon kasaamiseksi että minulle aineiston analysoimiseksi.

Kyselylomaketta ei sellaisenaan voi käyttää toisessa tutkimuksessa, koska se on laadittu juuri Helsingin sosiaali- ja terveysvirastolle sopivaksi. Lomaketta muokkaamalla pystyttäisiin keräämään vastaava aineisto myös toisesta suomalaisesta kaupungista tai kunnasta. Tutkimustuloksia ei voida yleistää koko Suomen tasolla mutta Helsingin sosiaali- ja terveysviraston tasolla tulokset ovat yleistettävissä.

Opinnäytetyön aihe ja tutkimusasetelma ovat eettisesti hyväksyttäviä. Työlle saatiin asianmukainen lupa Helsingin sosiaali- ja terveysvirastolta. Opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa huolehdittiin vastaajien anonymiteetistä. Kyselylomakkeen lähettämisvaiheessa valittiin sähköpostin lähetys piiloviestinä, mikä oli anonymiteetin edellytys. Kyselyn vastaukset säilytettiin luottamuksellisesti ja hävitettiin tutkimuksen päätyttyä. Opinnäytetyöprosessin kaikissa vaiheissa olin huolellinen ja tarkka virheiden välttämiseksi. Raportissa pyrin kertomaan koko opinnäytetyöprosessin rehellisesti ja riittävän kattavasti.

9.3 Jatkotutkimusaiheet

Moniammatillista yhteistyötä ja työryhmätoimintaa tulee kehittää. Jatkotutkimuksena olisi hyvä pilotoida yksi aikuisten lääkinnällisen kuntoutuksen moniammatillinen työryhmä Helsingin sosiaali- ja terveysvirastossa ja tutkia työryhmän tehokkuutta sekä vaikuttavuutta. Lisäksi olisi hyvä selvittää, kuinka ICF-luokitus soveltuu viitekehyyksi lääkinnällisen kuntoutuksen moniammatillisen työryhmän toimintaan ja toimiiko se yhteisenä käsitteistönä eri alan asiantuntijoiden keskuudessa. On myös ajankohtaista selvittää, millaista moniammatillista työryhmätoimintaa lääkinnällisen kuntoutuksen alueella on muualla Suomessa. Pilotoinnin ja selvitysten avulla pystytään kehittämään moniammatillista työryhmätoimintaa ja yhdenmukaistamaan käytäntöjä kunnallisella ja kansallisella tasolla.

LÄHTEET

Eduix Oy:n www-sivut. Viitattu 18.8.2016. <https://e-lomake.fi/web/>

Helsingin kaupungin www-sivut. Viitattu 25.8.2016. <http://www.hel.fi>

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Viitattu 25.8.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7664-0>

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Järvikoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:43. Viitattu 5.9.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3457-3>

Kansaneläkelaitoksen www-sivut. Viitattu 5.9.2016. www.kela.fi

Katajamäki, E. 2010. Moniammatillisuus ja sen oppiminen. Tapaustutkimus ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Viitattu 25.8.2016. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8152-9>

Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2015. Monialainen kuntoutus. Tilannekatsaus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja ja muistioita 2015:18. Viitattu 24.8.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3509-9>

Kuntoutusportin www-sivut. Viitattu 5.9.2016. www.kuntoutusportti.fi

Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6. Viitattu 24.8.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309236178>

Käyttösuunnitelma 2016. Helsinki: Sosiaali- ja terveysvirasto. Viitattu 24.8.2016. http://www.hel.fi/static/public/hela/Sosiaali- ja_terveyslautakunta/Suomi/Esitys/2015/Sote_2015-12-01_Sotelk_21_EI/E0D022CD-47CE-4CF5-96D8-6A40005AD847/Liite.pdf

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. 2005. L 15.7.2005/566 muutoksineen.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. L 17.8.1992/785 muutoksineen.

Linna-Kantor, T. & Neuvonen, T. 2016. Kuntoutussuunnittelijat. Espoon sosiaali- ja terveystoimi. Espoo. Henkilökohtainen tiedonanto 12.4.2016.

Manninen, P. & Hakanen, T. 2016. Tixel-opas. Viitattu 18.8.2016. https://moodle2.samk.fi/pluginfile.php/236713/mod_resource/content/0/Tixel-opas.pdf

- Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. 2011. Suositukset hyvistä kuntoutuskäytännöistä. Helsinki: Kela.
- Pyyhtiä, A. 2016. Kuntoutusohjaaja, Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki. Henkilökohtainen tiedonanto 24.2.2016.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. 2010. Promoting Partnership for Health: Interprofessional Teamwork for Health and Social Care. Chichester: Wiley-Blackwell. Viitattu 5.9.2016. [http://site.ebrary.com/lib-lukka.samk.fi/lib/SAMK/reader.action?docID=10395577](http://site.ebrary.com/lib/lukka.samk.fi/lib/SAMK/reader.action?docID=10395577)
- Salmi, M. 2016. Johtava kuntoutussuunnittelija, Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki. Henkilökohtainen tiedonanto 25.1.2016.
- Shemeikka, R., Rinne, H., Saares, A., Parmanne, P., Valkonen, V-P. & Poutiainen, E. 2013. Lääkäreiden näkemyksiä kuntoutuksen haasteista ja kehittämideoista. Kuntoutus 2013:3, 20–30. Viitattu 22.8.2016. <http://www.kuntoutussaatio.fi>
- Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. Viitattu 24.8.2016. www.stm.fi
- Staff, M., Parjanne, M-L. & Heinämäki, L. 2016. Hallitusohjelman toimeenpanosuunnitelma STM:n hallinnonalalle 2016–2019. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja ja muistioita 2016:2. Viitattu 24.8.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3693-5>
- Terveydenhuoltolaki 2010. L 30.12.2010/1326 muutoksineen.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. ICF : Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 22.8.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201303252595>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. Viitattu 22.8.2016. <https://www.thl.fi>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Törneblom, T. 2016. Kuntoutussihteeri. Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala. Vantaa. Henkilökohtainen tiedonanto 15.4.2016.
- Valtionneuvoston kanslia 2015. Toimintasuunnitelma strategisen hallitusohjelman kärkihankkeiden ja reformien toimeenpanemiseksi. Helsinki: Valtionneuvoston kanslia. Hallituksen julkaisusarja 13/2015. Viitattu 22.8.2016. <http://vnk.fi/julkaisu?pubid=7201>
- Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Finn Lectura.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

World Health Organizationin www-sivut. Viitattu 24.8.2016. www.who.int

Österman, M. 2016. Kuntoutusohjaaja. Turun kaupungin hyvinvointitoimiala. Turku. Henkilökohtainen tiedonanto 2.5.2016.



Kysely aikuisten kuntoutusryhmän tarpeesta

Lomake on ajastettu julkisuus alkaa 1.6.2016 18.00 ja päättyy 28.7.2016 22.00

Kyselylomakkeessa aikuisten kuntoutusryhmällä tarkoitetaan avoterveydenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen moniammatillista työryhmää. Aikuisten kuntoutusryhmän tehtävänä on laatia kuntoutussuunnitelma ja suositella kuntoutujan tarpeista lähtöisin olevat kuntoutusmuodot ja -määrät vuositasolla. Kuntoutussuunnitelmalla tarkoitetaan suunnitelmaa, jossa määritellään yksilöllisesti kuntoutujan lääkinällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö.

Helsingin sosiaali- ja terveysviraston kuntoutussuunnittelijan työnsuoraan kuuluu muun muassa ostopalveluterapioiden (fysio-, toiminta-, lyntä- ja puheterapia sekä neuropsykologinen kuntoutus) ja apuvälinemaksutoumusten koordinointi, selvitys ja ratkaisujen teko. Lisäksi kuntoutussuunnittelija ohjaa ja neuvoo kuntoutujia sekä yhteistyötahoja puhelimitse.

Kuntoutusohjaajan työnsuoraan kuuluu kuntoutujan toimintakyvyn arviointi yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti kuntoutujan omassa toimintaympäristössään. Arvioinnin avulla selvitetään kuntoutuksen, palveluiden ja kuntoutuksen aikaisten etuuksien tarvetta. Kuntoutusohjauksen avulla pyritään varmistamaan toimiva ja tarkoituksenmukainen kuntoutus- ja palvelukokonaisuus.

Tässä kyselylomakkeessa sosiaalityöntekijällä tarkoitetaan Helsingin sosiaali- ja terveysviraston vammaisten sosiaalityön sosiaalityöntekijää.

Vastaathan jokaiseen kysymykseen huolellisesti. Huomioi kaikki vastausvaihtoehdot lomakkeen oikeaan reunaan saakka.

Taustatiedot

- Ammatti- tai tehtävänimikkeesi Helsingin sosiaali- ja terveysvirastossa
- lääkäri
 - kuntoutussuunnittelija tai -ohjaaja
 - sosiaalityöntekijä
 - fysioterapeutti
 - toimintaterapeutti
 - puheterapeutti
 - muu

Jos valitsit muu-vaihtoehdon,
mikä se on?

Aikuisten kuntoutusryhmän tarve

1. Koetko tarvetta aikuisten kuntoutusryhmälle Helsingin sosiaali- ja terveysvirastossa?

Erittäin paljon Melko paljon En paljon enkä vähän Melko vähän Erittäin vähän

2. Millaisille kuntoutujille aikuisten kuntoutusryhmä olisi tarpeellinen?

Miten kuntoutusryhmän toiminta tukisi kuntoutussuunnitelman laatimista

3. Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen piirissä oleville kuntoutujille?

4. kaupungin maksutoumuksella terapiassa käyville kuntoutujille?

5. kaupungin omassa terapiassa käyville kuntoutujille?

Erittäin hyvin Melko hyvin Ei hyvin eikä huonosti Melko huonosti Huonosti

Aikuisten kuntoutusryhmän toiminta

6. Keitä asiantuntijoita aikuisten kuntoutusryhmään tulisi osallistua? (valitse yksi tai useampi vaihtoehto)

- ylläääkäri
- lääkäri
- kuntoutussuunnittelija
- kuntoutusohjaaja
- sosiaalityöntekijä
- fysioterapeutti
- toimintaterapeutti
- puheterapeutti
- neuropsykologi
- sairaanhoitaja
- lähihoitaja
- sihteeri
- muu

Jos valitsit muu-vaihtoehdon,
mikä se on?

Halutessasi voit kommentoida
vastaustasi.

7. Mikä olisi mielestäsi kuntoutusryhmään osallistuvien asiantuntijoiden vähimmäislukumäärä?

8. Mikä olisi mielestäsi kuntoutusryhmään osallistuvien asiantuntijoiden enimmäislukumäärä?

9. Kuka voisi toimia aloitteentekijänä lähettääkseen kuntoutujan asian kuntoutusryhmän käsittelyyn? (valitse yksi tai useampi vaihtoehto)

- lääkäri
- sairaanhoitaja
- kuntoutussuunnittelija
- lähihoitaja
- kuntoutusohjaaja
- sihteeri
- sosiaalityöntekijä
- kuntoutuja itse
- fysioterapeutti
- kuntoutujan läheinen, omainen tai edustaja
- toimintaterapeutti
- Kela
- puheterapeutti
- yksityinen palveluntuottaja
- neuropsykologi
- muu

Jos valitsit muu-vaihtoehdon,
mikä se on?

Minkä ammattiryhmän edustaja soveltuisi parhaiten (valitse yksi)

10. toimimaan kuntoutusryhmän puheenjohtajana?

- lääkäri
 - kuntoutussuunnittelija
 - kuntoutusohjaaja
 - sosiaalityöntekijä
 - fysioterapeutti
 - toimintaterapeutti
 - puheterapeutti
 - sihteeri
 - muu
- Muu, kuka?

11. Kirjaamaan kuntoutusryhmässä sovitut asiat potilastietojärjestelmään?

- lääkäri
 - kuntoutussuunnittelija
 - kuntoutusohjaaja
 - sosiaalityöntekijä
 - fysioterapeutti
 - toimintaterapeutti
 - puheterapeutti
 - sihteeri
 - muu
- Muu, kuka?

12. Kirjaamaan kuntoutusryhmässä sovitut asiat kuntoutussuunnitelmaan?

- lääkäri
 - kuntoutussuunnittelija
 - kuntoutusohjaaja
 - sosiaalityöntekijä
 - fysioterapeutti
 - toimintaterapeutti
 - puheterapeutti
 - sihteeri
 - muu
- Muu, kuka?

13. toimimaan yhteyshenkilönä, johon kuntoutuja ottaa yhteyttä kuntoutussuunnitelman päätyessä?

- lääkäri
 - kuntoutussuunnittelija
 - kuntoutusohjaaja
 - sosiaalityöntekijä
 - fysioterapeutti
 - toimintaterapeutti
 - puheterapeutti
 - sihteeri
 - muu
- Muu, kuka?

Halutessasi voit kommentoida vastaustasi.

14. Tulisiko kuntoutusryhmän toimia keskitetyksi vai alueellisesti? keskitetyksi, jolloin Helsingin sosiaali- ja terveysvirastossa olisi yksi aikuisten kuntoutusryhmä
 alueellisesti, jolloin Helsingin sosiaali- ja terveysvirastossa olisi useampi aikuisten kuntoutusryhmä

Jos valitsit alueellisesti, kuinka monta aikuisten kuntoutusryhmää tulisi olla?

Halutessasi voit kommentoida vastaustasi.

Jatka alla esitettyjä väittämiä valitsemalla sopiva vaihtoehto

- | | aina | tarvittaessa | ei koskaan |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 15. Kuntoutujan tulisi osallistua kuntoutusryhmän kokouksiin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Kuntoutujan omaisen, läheisen tai edustajan tulisi osallistua kuntoutusryhmän kokouksiin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Yksityisen terapiapaiveluntuottajan (fysio-, toiminta-, lyymfa-, puheterapeutti, neuropsykologi) tulisi osallistua kuntoutusryhmän kokouksiin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Terapia-arvio tulisi toteuttaa kaupungin omassa toiminnassa ennen kuntoutusryhmän käsitteilyä Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen piirissä oleville kuntoutujille | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Terapia-arvio tulisi toteuttaa kaupungin omassa toiminnassa ennen kuntoutusryhmän käsitteilyä kaupungin maksusitoumuksella terapiassa käyville kuntoutujille | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Haluessasi voit kommentoida vastaustasi.

Tietojen lähetyks

Tallenna

Hyvä vastaanottaja,

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa kuntoutusohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelmassa. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää, millaiselle aikuisten lääkinnällisen kuntoutuksen moniammatilliselle työryhmälle on tarve Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää moniammatillista kuntoutustyöryhmätoimintaa Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Opinnäytetyöni arvioitu valmistumisaika on marras-joulukuussa 2016.

Toteutan opinnäytetyöni kyselytutkimuksena, jonka kohderyhmänä on Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen avoterveydenhuollon lääkäreitä, kuntoutussuunnittelijoita ja -ohjaajia, fysio-, toiminta- ja puheterapeutteja sekä vammaispalvelun sosiaalityöntekijöitä.

Kutsun teidät nyt osallistumaan kyselytutkimukseeni. Kyselyyn vastaamiseen kuluu aikaa 10–15 minuuttia ja vastaaminen tapahtuu työajalla. Vastauksenne ovat ensiarvoisen tärkeitä tutkimukseni onnistumiseksi. Vastaamalla kyselyyn annatte luvan vastaustenne tarkoituksenmukaiseen käsittelyyn. Vastauksenne käsitellään nimettöminä, säilytetään luottamuksellisesti ja hävitetään tutkimuksen päätyttyä. Opinnäytetyöni tekemiseen on saatu asianmukainen lupa Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskukselta.

Pyydän teitä vastaamaan kyselyyn oheisen linkin kautta 17.7.2016 mennessä.

Lisätietoa opinnäytetyöstä saa allekirjoittaneelta.

Ystävällisin terveisin

Annika Myllynen

Kuntoutuksen ohjaaja AMK-opiskelija

Fysioterapeutti AMK

xxxxxx@student.samk.fi

p. xxxxxx