

Katri Pihlaja-Kuhna

Toimintakykyarvioinnin moniammatillinen kehittäminen kuntoutusyksikössä

Opinnäytetyö

Kevät 2018

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Ylempi AMK, Kehittäminen ja johtaminen

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Tutkinto-ohjelma: Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen, ylempi amk

Tekijä: Katri Pihlaja-Kuhna

Työn nimi: Toimintakykyarvioinnin moniammatillinen kehittäminen kuntoutusyksikössä

Ohjaaja: Kaija Loppela, yliopettaja

Vuosi: 2018 Sivumäärä: 81 Liitteiden lukumäärä: 2

Kuntoutujan toimintakyvyn arviointi ja kuntoutus tehostuvat moniammatillisella yhteistyöllä, johon kuntoutuja ja mahdollisesti hänen omaisensa osallistuvat. Toimintakyvyn arviointi luo kuvan kuntoutujan nykytilasta, sitä voidaan käyttää apuna hoidon ja kuntoutuksen tarpeen ja tuloksellisuuden arvioinnissa sekä arvioitaessa kuntoutujan voimavaroja tai toimintakyvyn haittaa.

Opinnäytetyö on laadullinen kehittämistyö, johon osallistui koko kuntoutusyksikön työyhteisö. Työ oli tutkimuksellista kehittämistoimintaa, jossa oli piirteitä toimintatutkimuksesta. Tarkoituksena oli kehittää kuntoutusyksikköön moniammatillinen toimintamalli vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaiden toimintakyvyn arviointiin.

Kehittämistyön alkutilanne kartoitettiin työyhteisön palaverissa kahdella miellekartalla (MindMap) (n=10), jonka jälkeen kehittämistyötä jatkettiin kahden ryhmän (A ja B) voimin. Miellekarttojen analysoinnin pohjalta tehdyn kahden ennakoarviointitaulukon (IVA) avulla A-ryhmä valitsi tavoitteen työyhteisön moniammatillisuuden (n=5) ja toimintakyvyn arvioinnin (n=6) kehittämiseksi. Dialogin avulla he valitsivat toimintakyvyn arviointiin käyttöön otettavat menetelmät ja testit, luoden kuntoutusyksikköön uuden toimintamallin toimintakyvyn moniammatilliseen arviointiin. Testausjakson jälkeen B-ryhmä arvioi sitä kahden SWOT-analyysin (1. swot n=7 ja 3. swot n=8) ja kahden muokattun SWOT:n avulla (2. swot n=7, 4. swot n=8) tehdyn siihen pieniä muutoksia. Lopussa uuden toimintamallin käyttöä pohdittiin dialogisesti koko työyhteisön kesken.

Alkutilanteen kartoituksen mukaan nähtiin tarve kehittää kuntoutusyksikön toimintakyvyn arviointia moniammatillisemmaksi ja arviointikäytäntöjä yhteneväisemmiksi. Kehittämistyön pohjalta kuntoutusyksikössä otettiin käyttöön vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaille uusi toimintamalli moniammatilliseen toimintakyvyn arviointiin. Siinä kaikki hoitavat terapeutit, kuntoutuja ja mahdollisesti omaiset ja/tai avustajat asettavat yhteispalaverissa tavoitteet kuntoutukselle ja arvioivat sen toteutumista.

Avainsanat: moniammatillinen yhteistyö, toimintakyky, toimintakyvyn arviointi, dialogisuus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Master's Degree Programme in Development and Management in Health Care and Social Work

Author: Katri Pihlaja-Kuhna

Title of thesis: Development of multiprofessional assessment of function ability in a rehabilitation unit.

Supervisor: Kaija Loppela, Principal Lecturer

Year: 2018 Number of pages: 81 Number of appendices: 2

Multiprofessional collaboration, when both client and her/his family also participates in, improves rehabilitation and the assessment of function ability. Functional assessment gives a picture of client's present state. Functional assessment can be used to assist when evaluating the need and productivity of care and rehabilitation, when assessing the resources and function disability, as well.

The thesis is qualitative research with some features from action research. All 14 workers from rehabilitation unit participate in it. The purpose is to create a multiprofessional collaborative working plan for rehabilitation unit, to assess people with a disability or chronic illness.

The paper starts with the whole workgroup by examining the current state using two mindmaps (n=10). Afterwards, they are separated in two groups (A + B). Analysing the mindmaps resulted in two advance/beforehand evaluation tables from which A-group aims towards developing work in multiprofessional collaboration (n=5) and functional assessment (n=6) in the rehabilitation unit. Through dialogue, they chose the methods and tests to be put at use with functional assessment in the rehabilitation unit. They create a new action plan for multiprofessional functional assessment. After testing period B-group is evaluating the action plan with two swot-analysis (n=7 and n=8) and two modified swot-analysis (n=7 and n=8) and make a few changes to it. At the end of the thesis, the whole work group discusses about it in a work meeting and evaluates its outcome.

The current state evaluation showed that there is a need to develop functional assessment to be more multiprofessional and evaluation methods to be more convergent. Based on the paper, an action plan was created to multiprofessional function assessment to persons with a disability or chronic illness. Based on the action plan all therapists, clients, family and/or assistants set up the rehabilitation goals and evaluate their fulfilment in a collaborative meeting.

Keywords: multiprofessional collaboration, function ability, functional assessment, dialogue

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Kuvio- ja taulukkoluetelo.....	6
1 JOHDANTO.....	7
2 KEHITTÄMISTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ.....	11
2.1 Folkhälsan Vålfärd Ab/Rehab Korsholm.....	11
2.2 Moniammatillisuus Folkhälsan Vålfärd Ab/Rehab Korsholmissa.....	12
2.2.1 Moniammatillisuus Folkhälsan Vålfärd Ab/Rehab Korsholmin ja muiden tahojen välillä.....	12
2.2.2 Moniammatillisuus Folkhälsan Vålfärd Ab/Rehab Korsholmin henkilöstön kesken.....	13
2.3 Kuntoutujan toimintakyvyn arviointi Folkhälsan Vålfärd Ab/Rehab Korsholmissa.....	14
3 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITE JA KEHITTÄMISKYSYMYKSET.....	16
3.1 Kehittämistyön tavoite.....	16
3.2 Kehittämiskysymykset.....	16
4 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ.....	17
4.1 Moniammatillisen yhteistyön määrittelyä.....	17
4.2 Moniammatillinen asiakaslähtöinen yhteistyö.....	20
4.3 Moniammatillisuuden haasteet ja hyödyt.....	23
4.4 Dialogi työyhteisössä ja kuntoutuksessa.....	25
5 TOIMINTAKYKY.....	28
5.1 Toimintakyvyn määrittelyä.....	28
5.2 Toimintakyvyn arviointi.....	29
6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS.....	34
6.1 Kehittämistyön aiheen valinta.....	34
6.1.1 Kehittämistyön eteneminen.....	35

6.2 Tutkimusmenetelmät ja -aineistot.....	39
6.2.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta ja toimintatutkimus	39
6.2.2 Mind Map eli miellekartta aineistonkeruumenetelmänä	40
6.2.3 Ennakoarviointi aineistonkeruumenetelmänä.....	41
6.2.4 SWOT-analyysi aineistonkeruumenetelmänä	45
6.2.5 Toimintakyvyn arvioinnin mittareiden ja testien valinta	46
6.2.6 Kehittämistyön loppuarviointia yhteispalaverissa	46
7 KEHITTÄMISTYÖN ANALYYSI JA TULOKSET	47
7.1 Aineiston analyysi	47
7.2 Ensimmäisen yhteispalaverin analysointia ja tulokset.....	48
7.3 A-ryhmän yhteispalavereiden analysointia ja tulokset.....	49
7.4 B-ryhmän yhteispalavereiden analysointia ja tulokset.....	52
7.5 Toisen yhteispalaverin analysointia ja tulokset	56
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	58
8.1 Moniammatillinen yhteistyö kuntoutusyksikössä ennen ja jälkeen kehittämistyön	59
8.2 Moniammatillinen toimintakykyarviointi sekä käytettävät arviointimenetelmät ennen ja jälkeen kehittämistyön	62
8.3 Johtopäätökset tiivistettynä	64
9 POHDINTA	66
9.1 Kehittämistyön toteutuksen arviointi.....	66
9.2 Kehittämistyön luotettavuus	69
9.3 Kehittämistyön eettisyys.....	71
LÄHTEET	73
LIITTEET	79

Kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Kuntoutusyksikön moniammatilliset yhteistyötahot.	12
Kuvio 2. Kuntoutusyksikön terapeuttien välinen yhteistyö.....	13
Kuvio 3. Toimintakyvyn arviointi kuntoutusyksikössä.....	15
Kuvio 4. Kehittämistyön eteneminen aikajanalla.	38
Kuvio 5. Kuntoutusyksikön fysio- ja toimintaterapeuttien uusi yhteistyömalli.	61
Taulukko 1 Ennakkoarviointi: Moniammatillinen yhteistyö kuntoutusyksikössä	43
Taulukko 2 Ennakkoarviointi: Toimintakyvyn arviointi kuntoutusyksikössä	44
Taulukko 3. Swot-analyysi uuden toimintamallin moniammatillisuudesta kuntoutusyksikössä.....	53
Taulukko 4. Swot-analyysin avulla muutosehdotukset uuden toimintamallin moniammatillisuuteen kuntoutusyksikössä.	53
Taulukko 5. Swot-analyysi kuntoutusyksikön uuden toimintamallin mukaisesta toimintakyvyn moniammatillisesta arvioinnista.....	55
Taulukko 6. Swot-analyysin avulla muutoksia uuteen toimintamalliin toimintakyvyn moniammatillisen arvioinnin kohdalla.	56

1 JOHDANTO

Koko julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuoltoa uudistetaan laajasti ja nopealla aikataululla sote- ja maakuntauudistuksessa. Siinä maakunnille siirretään kunnilta vastuuta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä, kansalaisten valinnanvapautta palveluista laajennetaan sekä sote-sektorin valtionohjausta lisätään lainsäädännön uudistamisessa. Kuntoutuusuudistus nähdään osana sote-uudistusta. Osaksi terveydenhuollon tavoitteita ja sote-uudistusta on uudistustyön mukaan tunnistettava toimintakyvyn ylläpito ja edistäminen. Saumattomien hoitoketjujen suunnitteluun ja toteutukseen tarvitaan kuntoutusalan asiantuntijoiden asiantuntemusta. Nykyistä laajemmin tulee tunnistaa kuntoutuksen yhteiskunnallinen hyöty, yksilön elämänlaadun parantaminen, kuntoutuksen toimintaperiaatteet sekä palvelutarjonta. Kuntoutusta tarjoavat fysioterapeutit, toimintaterapeutit, puheterapeutit, psykologit sekä ravitsemusterapeutit. Heitä on noin 20 000, ja heidän asiantuntemuksen tunnistaminen on perustana asiakkaan aidolle valinnanvapaudelle. (Kuntoutusalan asiantuntijat 2018.)

Kuntoutusjärjestelmän uudistaminen on yksi pääministeri Juha Sipilän hallituksen tavoitteista. Kehittämistyötä tekemään hän ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (STM) asettivat valtioneuvoston rahoittaman Kuntoutuksen uudistamiskomitean. Sen tehtävänä oli arvioida muutostarpeita kuntoutuksen lainsäädäntöön ja rahoitukseen. Selvitystyön perusteella uudistamiskomitean tuli tehdä ehdotus kuntoutusjärjestelmien uudistamiseksi ja säädösmuutokseksi niin, että asiakaslähtöinen kuntoutus on saumatonta ja vastuunjako on kuntoutuksesta vastaavien tahojen välillä selkeä. (Malmström, Leskelä, Lindh, Kajova, Niemelä, Rissanen & Salmisaari 2018, 9.) 13.4.2018 reformityöministeriryhmä linjasi, että nykyisin Kelan järjestämät ja/tai rahoittamat tehtävät siirtyisivät maakuntien järjestäviksi. Sen mukaan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisvastuu siirrettäisiin maakunnille kokeilujen kautta vaiheittain, kuten kuntoutuskomitea on ehdottanut. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2018.)

Moniammatillista työskentelyä suositellaan eri laeissa, asetuksissa ja standardeissa. Kuntoutuksen tulee olla hyvän kuntoutuskäytännön mukaista ja perustua erityisasiantuntemukseen ja erityisosaamiseen. Moniammatillinen

työskentely antaa mahdollisuuden kuntoutujan moninaiisiin tarpeisiin vastaamiseen ja varmistaa kuntoutussuunnitelman olevan asiantuntevasti ja laaja-alaisesti laadittu. Kuntoutujan omat tarpeet ja tavoitteet otetaan huomioon hyvässä moniammatillisessa yhteistyössä, laadittaessa kuntoutussuunnitelmaa ja järjestettäessä kuntoutusta. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 35, 37.)

Asiakaslähtöinen toiminta tehostuu moniammatillisella yhteistyöllä. Yhteistyö kuntoutujan ja eri ammattilaisten kanssa kuntoutustavoitetta laadittaessa auttaa sitoutumaan kuntoutukseen. Poikkiammatillisessa moniammatillisessa yhteistyössä ammattien väliset rajat ylittyvät ja yhteistyö ammattilaisten kesken on tasavertaista ja avointa. Siinä ammattilaiset, omaan ammattitaitoon ja koulutukseensa perustuen keräävät kuntoutujasta yhteen tietoa. Keskeistä on, että toisia kunnioitetaan, jaetaan tietoa ja asioista muodostetaan yhteinen ymmärrys. Poikkiammatillisessa yhteistyössä kuntoutuja ja omainen osallistuvat tavoitekeskusteluun. Heidän ja ammattilaisten näkemysten pohjalta laaditaan kaikille yhteiset, yksilölliset, merkitykselliset, realistiset ja arkeen sidoksissa olevat kuntoutustavoitteet, johon kaikki osapuolet sitoutuvat. (Alanko, Karkula, Piirainen, Kröger & Nikander 2017, 41–44.)

Kuntoutustavoitteiden yksi tehtävä on asiakkaan ja hänen läheistensä voimavarojen suuntaaminen olennaisiin asioihin. Asetettujen tavoitteiden saavuttaminen lisääntyy, kun sekä asiakas sekä omainen osallistuvat tavoitteiden laadintaan. Etenevä sairaus tuo haasteita kuntoutumiseen ja tavoitteita olisikin hyvä tarkistaa säännöllisin väliajoin. Asiakkaan kuntoutusmotivaatio ja oman tilanteen hallinnan kokemus vahvistuvat, kun asetetaan tavoite, joka edistää elämänhallintaa etenevässä sairaudessa ja pitää yllä positiivisen muutoksen toivoa. (Hämäläinen, Karhula & Salminen 2015, 13, 81.) Kelan avo- ja laitospuolisen kuntoutuksen standardissa (2017, 6) mainitaan, että kuntoutuja aktiivisesti osallistuu kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen sekä kuntoutussuunnitelman tekoon.

Tavoittelisuus saavutetaan parhaiten, kun kuntoutuksen järjestäjillä, tuottajilla ja kuntoutujalla itsellään on toimintakyvyä paranemista edistävät kannustimet. Tuo kannustin saattaa yksilön kohdalla olla esimerkiksi oman elämänlaadun paraneminen. Tuottajien kohdalla kannustimien tavoitteena on olla sellaiset, että

heidän korvauksensa perustuvat joko osittain tai kokonaan palvelun vaikutuksiin. Vaikuttavuusmittarit saattavat perustua muun muassa arkivaikuttavuudelle, asiakkaan kokemukselle toimintakyvystä ja sen muutoksesta tai kliinisille indikaattorille. (Malmström ym. 2018, 24–25.)

Toiminta- ja työkyvyn palauttaminen, ylläpito ja parantaminen ovat kuntoutuksen keskeisiä tavoitteita. Nykyisen kuntotusjärjestelmän yhdeksi keskeiseksi haasteeksi on nähty puute yksilön kuntoutuksen tavoitteellisuudessa. Kuntoutujan kuunteleminen ja hänelle tärkeiden asioiden nostaminen tavoitteiksi motivoi kuntoutujaa vastuunottoon omasta kuntoutuksestaan. (Malmström ym. 2018, 20.)

Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardissa (2017, 5) määritellään toimintakyvyn olevan moniulotteinen kokonaisuus, joka muuttuu sekä terveydentilan että yksilö- ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta. Kuntoutuksella pyritään tukemaan kuntoutujaa arjen tavoitteiden toteuttamisessa sekä ylläpitämään hänen opiskelu-, työ- ja toimintakykyään. Laaja-alaista tietoa asiakkaan toimintakyvystä tarvitaan pohjana monia etuisuus-, palvelu-, hoito- ja kuntoutuspäätöksiä tehdessä. Toimintakyvystä kertovien mittareiden valinnassa ja pätevien menetelmien käytön ohjaamisessa auttaa TOIMIA-tietokanta, joka auttaa samalla ymmärtämään luotettavan ja arvokkaan toimintakyvyn arvioinnin edellytyksistä. (Valkeinen, Anttila & Sainio 2016, 41.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää kuntoutusyksikön toimintakyvyn arvioinnin käytäntöä moniammatillisemmaksi ja asiakaslähtöisemmäksi. Siinä oli neljä kehittämiskysymystä: 1) Mitä moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa työyhteisössämme ja miten se ilmenee, 2) Miten nykyisiä toimintakyvyn arvioinnin käytäntöjämme voidaan kehittää vahvemmin moniammatilliseen suuntaan, 3) Millaisia arviointimenetelmiä tarvitsemme kuntoutujien toimintakyvyn ja siinä tapahtuvien muutosten arviointiin sekä 4) Hyötyisimmekö kuntoutustiimi-palaverikäytännöstä, jossa ovat mukana kaikki hoitavat terapeutit ja kuntoutuja sekä kuntoutujan lähiomainen tai henkilökohtainen avustaja, arvioidessamme kuntoutujan toimintakykyä ja muutoksia siinä?

Kehittämistyö oli laadullinen työ. Se oli tutkimuksellista kehittämistoimintaa, jossa oli piirteitä toimintatutkimuksesta. Se toteutettiin kuntoutusyksikössä, jossa

työskentelee 14 työntekijää, joista osa on fysioterapeutteja, osa toimintaterapeutteja ja kuntohoitaja. Aineistoja kerättiin osallistavilla menetelmillä: miellekartoilla, ennakkoarviointitaulukoilla, swot-tilukoilla sekä dialogin avulla. Saatua aineistoa tarkasteltiin sisällönanalyysiä mukailien.

2 KEHITTÄMISTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

2.1 Folkhälsan Vålfärd Ab/Rehab Korsholm

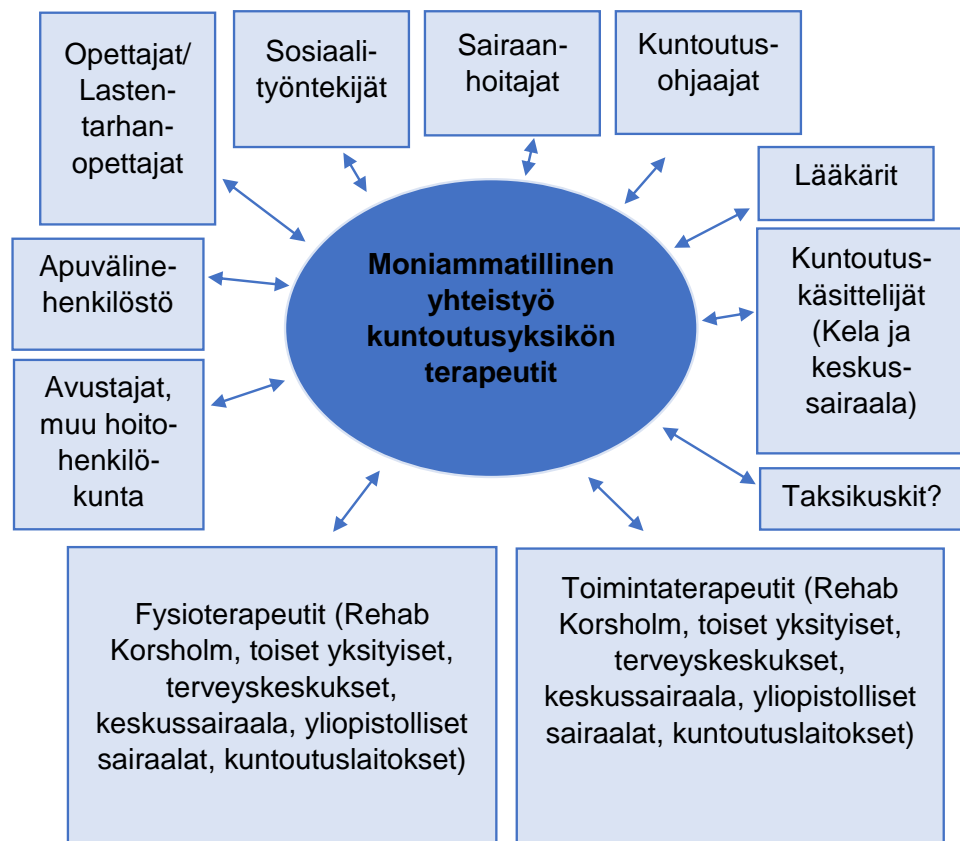
Folkhälsan on vuonna 1921 perustettu sosiaali- ja terveydenhuoltoalan yleishyödyllinen organisaatio, jossa työskentelee noin 1500 henkilöä. Paikallisissa Folkhälsan -yhdistyksissä on maanlaajuisesti noin 19000 jäsentä. Folkhälsanin arvot ovat osaaminen, osallistuminen ja huolenpito. Osaaminen näkyy toiminnan luotettavuutena, määrätietoisuutena ja kustannustehokkuutena. Osallistumalla, pyrkimällä olemaan alansa edelläkävijä Folkhälsan vaikuttaa yhteiskuntaan. Ihmisarvon kunnioittaminen, jokaisen näkeminen kokonaisuutena ja yksilönä on osa huolenpitoa. Tavoitteena on rohkaista jokaista vuorovaikutukseen, yhteistyötä tehden. Folkhälsanin visio on toimia edelläkävijänä, toimien innovatiivisesti ja uutta luoden. Visiossa on tärkeänä osana terveyttä edistävä toiminta sekä kannustaminen pyrkimään kohti kansainvälistä menestystä muun muassa tutkimuksessa. Folkhälsanilla on neljä juridista yksikköä: Samfundet Folkhälsan rf, Folkhälsan Vålfärd Ab, Folkhälsans Förbund rf ja Folkhälsan Utbildning Ab. Folkhälsan Vålfärd Ab:n omistaa Samfundet Folkhälsan. Se tarjoaa palveluitaan Uudellamaalla, Turun seudulla sekä Pohjanmaalla. Palveluita Folkhälsanilta ostavat muun muassa kunnat ja yksityiset tahot. Folkhälsan Vålfärd tarjoaa erilaista toimintaa eri ikäisille, lapsista vanhuksiin (Folkhälsan 2018.)

Folkhälsan Vålfärd Ab/Rehab Korsholm on kuntoutusyksikkö, jossa työskentelee 14 henkilöä: fysioterapeutteja, kuntohoitaja ja toimintaterapeutteja. Se on oman alueensa suurin palveluntuottaja vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen alalla, erityisosaamisalueina muun muassa selkäydinvammaisten ja neurologisten kuntoutujien kuntoutus. Palveluita ostavat Kela, vakuutusyhtiöt, Vaasan kaupunki, lähialueiden kunnat ja Vaasan keskussairaala, lisäksi osa asiakkaista tulee itse maksavina. Fysioterapian asiakaskunta on pääosin aikuisia, mutta jonkin verran käy myös kouluikäisiä. Toimintaterapiassa on sekä lapsi- että aikuiskuntoutujia. Tavoite on tarjota Folkhälsanin arvoja ja toimintaperiaatteita tukevaa korkealaatuista kuntoutusta, jonka lähtökohtana on kokonaisvaltaisuus. Terapioilla tuetaan kuntoutujien henkilökohtaisia resursseja. (Uusihaka 2018.)

2.2 Moniammatillisuus Folkhälsan Valfärd Ab/Rehab Korsholmissa

2.2.1 Moniammatillisuus Folkhälsan Valfärd Ab/Rehab Korsholmin ja muiden tahojen välillä

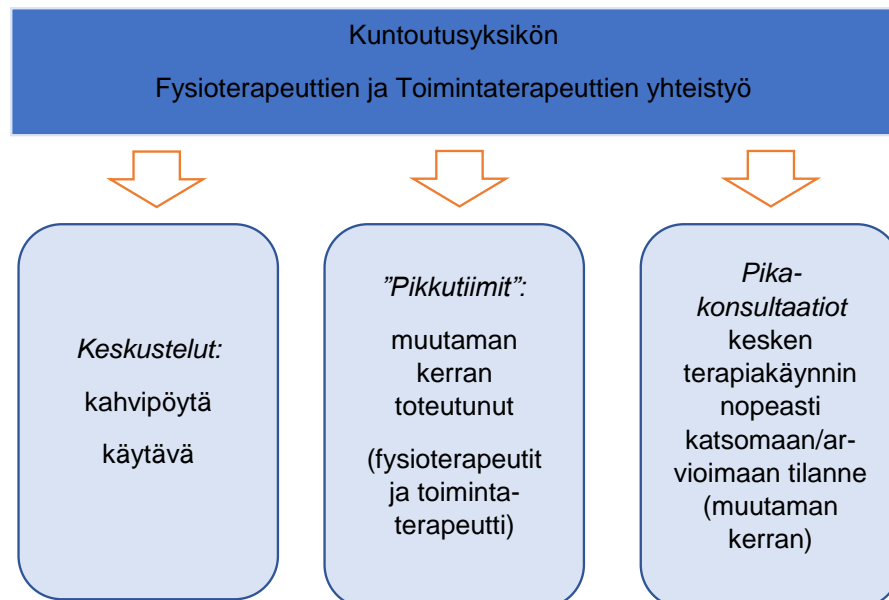
Folkhälsan Valfärd Ab/Rehab Korsholm tekee moniammatillista verkostoyhteistyötä monien eri ammattiryhmien edustajien kanssa, eri organisaatioissa. Yhteistyötahot näkyvät alla olevassa kuviossa 1. Heidän kanssaan tehdään yhteistyötä tarvittaessa. Yhteydenotot tapahtuvat pääasiassa joko puhelimitse tai sähköpostitse, joidenkin tahojen kanssa tapaamme niin, että asiakas on mukana tilanteessa. Niirasen (2017,130) mukaan jokin ammattilaisten välinen asia, tavoite tai toiminnan kohde yhdistää verkostoja ja niissä toimivia henkilöitä. Tässä kehittämistyössä emme keskity tähän verkostoyhteistyöhön vaan Folkhälsan Valfärd Ab/Rehab Korsholmin (jatkossa kuntoutusyksikön) terapeuttien väliseen moniammatilliseen yhteistyöhön.



Kuvio 1. Kuntoutusyksikön moniammatilliset yhteistyötahot.

2.2.2 Moniammatillisuus Folkhälsan Valfärd Ab/Rehab Korsholmin henkilöstön kesken

Fysio- ja toimintaterapeuteilla on kuntoutusyksikössä osin yhteisiä asiakkaita. Kehittämistehtävän alkutilanteessa terapeutit eivät tee yhdessä systemaattista asiakkaan tilanteen arviointia, tavoitteiden tai terapian suunnittelua. Ajoittain kuntoutujan tilannetta ja etenemistä mietitään terapeuttien kesken yhteisessä, erikseen sovitussa yhteispalaverissa sekä epävirallisissa kahvihuonekeskusteluissa. Terapeutit saattavat konsultoida pikaisesti toista ammattiryhmän edustajaa. Näitä yhteispalavereita, keskusteluja ja konsultaatioita on suhteellisen harvoin. Ne eivät ole aina etukäteen suunniteltuja ja ovat kestoaltaan lyhyitä. Kuntoutuja osallistuu ainoastaan pikakonsultaatioihin. Alla olevassa kuviossa 2 näkyy terapeuttien välinen yhteistyö alkutilanteessa. Harvoin tapahtuvista yhteistapaamisista johtuen kuntoutujalla saattaa olla useita, toisistaan irrallisia tavoitteita ja terapeuteilla saattaa olla kuntoutujan toimintakyvystä hieman toisistaan poikkeava näkemys. He keskittyvät kuntoutujan kanssa niiden tavoitteiden harjoittamiseen/saavuttamiseen, mitä ovat asiakkaan kanssa yhdessä miettineet - fysio- ja toimintaterapiassa erillisesti asetettujen tavoitteiden mukaan.



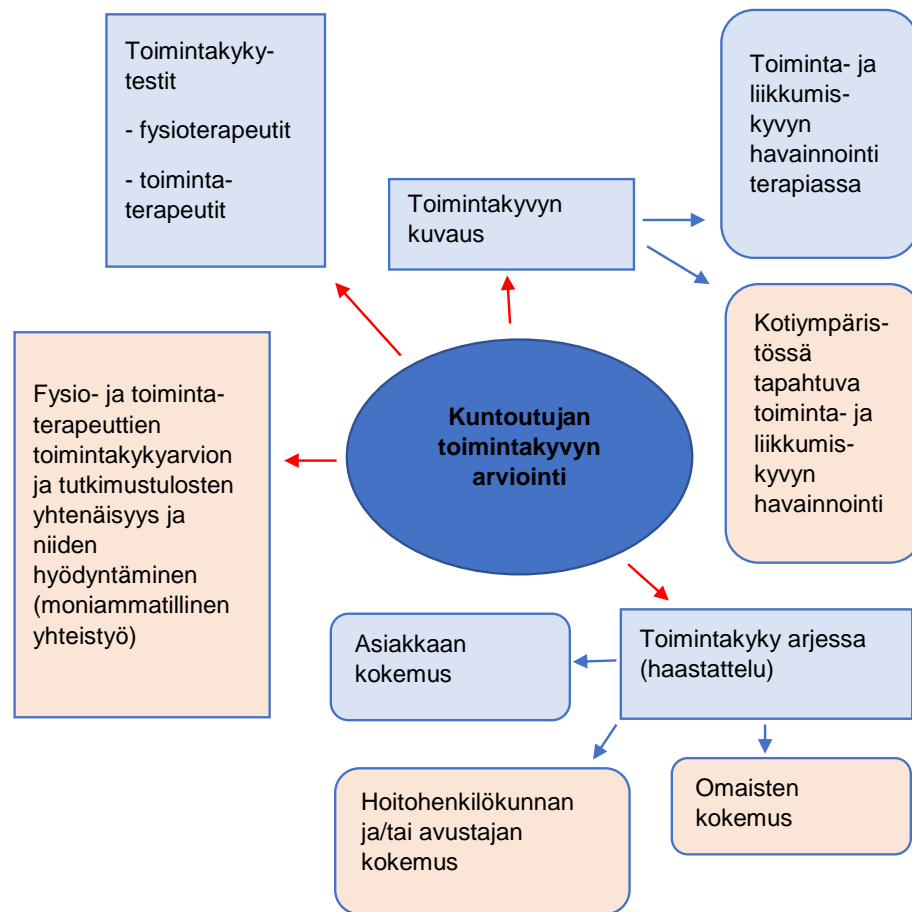
Kuvio 2. Kuntoutusyksikön terapeuttien välinen yhteistyö.

Miettiessämme työyhteisön yhteispalaverissa moniammatillista yhteistyötä terapeuttien välillä, henkilöstö koki fysio- ja toimintaterapeuttien keskinäisen yhteistyön hyödyntämisen olevan tarpeellista, samoin sen kehittämisen.

2.3 Kuntoutujan toimintakyvyn arviointi Folkhälsan Vårld Ab/Rehab Korsholmissa

Kuntoutusyksikössä kuntoutujan toimintakykyä arvioidaan usealla eri tavalla (kuvio 3). Heille tehdään erilaisia toimintakyvyn testejä, fysio- ja toimintaterapeutit tekevät pääasiassa eri testejä. Joiltain osin käytössä on myös yhteisiä testejä. Kuntoutujan toimintakykyä kuvaillaan perustuen toiminta- ja liikkumiskyvyn havainnointiin terapiassa sekä jonkin verran myös kuntoutujan kotona. Kotiympäristössä tapahtuva arviointi tapahtuu pääasiassa terapioiden toteutuessa kotikäynteinä. Lisäksi kuntoutujan toimintakykyä arjessa selvitetään haastattelemalla, jolloin asiakkaan oma kokemus omasta toimintakyvystään tulee esiin. Ajoittain omaiset ja/tai avustajat kertovat tilanteesta kotona. Fysio- ja toimintaterapeutit saattavat keskustella omista näkemyksistään keskenään, lähinnä nopeissa kahvihuonekeskusteluissa tai lyhyissä yhteispalavereissa (kuvio 2).

Pohtiessamme kuntoutujan toimintakyvyn arviointia työyhteisön yhteispalaverissa, koettiin kuntoutujan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arvioinnin kannalta tärkeäksi kehittää moniammatillista yhteistyötä paitsi oman terapiahenkilöstön kesken, myös omaisten, hoitohenkilökunnan ja avustajien kanssa (kuvio 3). Tärkeäksi koettiin pystyä arvioimaan kuntoutujan toimintakykyä kotioloissa, jolloin siitä saa kokonaisvaltaisemman kuvan. Toimintaterapeuteilla arviointi toteutuu kotioloissa huomattavasti useammin kuin fysioterapeuteilla, joiden kohdalla tämä koettiin puutteelliseksi. Erääksi ongelmaksi kotikäynnillä tapahtuvan arvioinnin kohdalla nähtiin resurssien vähyys ajan käytössä. Kehittämistarvetta todettiin olevan fysio- ja toimintaterapeuttien toimintakyvyn arvioinnin ja tutkimustulosten yhtenäisyydessä sekä saatujen tulosten hyödyntämisessä.



Kuvio 3. Toimintakyvyn arviointi kuntoutusyksikössä.

Kuviossa 3 näkyy, miten kuntoutujan toimintakyvyä arvioidaan kuntoutusyksikössä kehittämistyön alkutilanteessa. Punaiset nuolet kuvaavat, mitä toimintakyvyn arvioinnissa alkutilanteessa huomioidaan. Siniset nuolet antavat tarkennusta, mitä kyseiseen osa-alueen alle kuuluu. Vaaleanpunaisilla laatikoilla merkittynä näkyvät kohdat, joissa erityisesti koetaan kehittämisen tarvetta.

3 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITE JA KEHITTÄMISKYSYMYKSET

3.1 Kehittämistyön tavoite

Kehittämistyön tavoitteena on kehittää työyhteisöemme moniammatillista yhteistyötä, jolloin voimme yhdistää jo olemassa olevat asiakkaan tiedot eri näkökulmista käsin, luoda asiakkaan kanssa yhteinen tavoite terapioille sekä tukea paremmin asiakkaan kokonaisvaltaista toimintakykyä. Samalla arvioimme tarvetta kehittää uusi toimintamalli moniammatilliselle kuntoutustiimipalaverille sellaisten asiakkaiden kohdalla, joilla on yksikössämme sekä toiminta-, fysio- että allasterapia. Päämääränä on yhtenäistää ja kehittää kuntoutujiemme toimintakyvyn arviointikäytäntöä moniammatillisempaan ja asiakaslähtöisempään suuntaan ja sitä kautta parantaa toimintakyvyn arvioinnin laatua yksikössämme.

3.2 Kehittämiskysymykset

- 1) Mitä moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa työyhteisössämme ja miten se ilmenee?
- 2) Miten nykyisiä toimintakyvyn arvioinnin käytäntöjämme voidaan kehittää vahvemmin moniammatilliseen suuntaan, laajentamaan kokonaiskuvaa kuntoutujan toimintakyvystä?
- 3) Millaisia arviointimenetelmiä tarvitsemme kuntoutujien toimintakyvyn ja siinä tapahtuvien muutosten arviointiin?
- 4) Hyötyisimmekö kuntoutustiimipalaverikäytännöstä, jossa mukana ovat kaikki hoitavat terapeutit ja kuntoutuja sekä kuntoutujan lähiomainen tai henkilökohtainen avustaja, arvioidessamme kuntoutujan toimintakykyä ja muutoksia siinä?

4 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

4.1 Moniammatillisen yhteistyön määrittelyä

Moniammatillinen yhteistyö jaetaan ulkoiseen ja sisäiseen yhteistyöhön. Sisäisessä moniammatillisessa yhteistyössä samassa organisaatiossa tai työyhteisössä toimivat ammattiryhmät tekevät yhteistyötä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Ulkoista moniammatillista yhteistyötä tehdessä eri organisaatioissa työskentelevät asiantuntijat tekevät yhteistyötä yhteisen kysymyksen tai asiakkaan ongelman ratkaisemiseksi. (Salmelainen 2008, 19.) Moniammatillinen yhteistyö on laaja käsite ja sen yhteistyön muodot ovat eriasteisia. Moniammatillinen yhteistyö voidaan jakaa moniammatilliseen (multiprofessional), ammattien väliseen (interprofessional) ja poikkiammatilliseen eli ammattirajat ylittävään yhteistyöhön (transprofessional). (Jeglinsky & Kukkonen 2016, 394-395.) Isoherranen (2012, 24) jaottelee sen monitieteiseksi (multidisciplinary), tieteiden väliseksi (interdisciplinary) ja poikkitieteiseen (transdisciplinary).

Moniammatillinen tiimityö voi olla toisen asiantuntijan kanssa rinnakkain tapahtuvaa toimintaa. Siinä työskennellään samassa työpisteessä, saman asiakkaan asioiden parissa niin, ettei varsinaisesti tehdä tiimityötä. Tiimikokouksia tai mahdollisuutta yhteiseen tiedon prosessointiin ei ole. Rinnakkain työskennellessä dialogia ilmenee vain satunnaisesti. Asiantuntijoiden kesken ei synny kokonaiskuvaa tilanteesta, kun tasavertaista ja yhteistä dialogia ei ole. (Isoherranen 2005, 16, 66) Multifprofessionaalisessa yhteistyössä kuntoutujan arviointi, tavoitteiden asettaminen kuntoutukselle ja toimenpiteiden suunnittelu tapahtuu oman ammatin näkökulmasta käsin. Tieto kuntoutujasta välittyy lähinnä tuloksista informoiden. Tuolloin ei tehdä erillistä analyysiä tai keskustella, millaisia samanlaisia tai eroavia havaintoja käsiteltävästä asiasta on. Joskus informointi hoidetaan kirjallisesti. Asiantuntijat eivät kiinnitä huomiota tiimin yhteiseen prosessiin vaan lähinnä omaan ammatilliseen tehtäväänsä. Tällainen työskentely on hierarkista. (Jeglinsky & Kukkonen 2016, 394–395.)

Ammattienvälisessä yhteistyössä asiantuntijat muodostavat yhdessä keskustellen yhteisen käsityksen ja tapauskohtaisen asiakaslähtöisen tavoitteen. Tällöin pyritään

järjestämään paljon yhteistä tiedon vaihtoa sekä yhteisiä keskustelun ja päätöksenteon mahdollisuuksia. Kuntoutujan tilanteen arviointi voi tapahtua joko itsenäisesti tai toisen toisen tiimin jäsenen kanssa yhdessä. Tiimin jäsenet määrittelevät kuntoutujan tilanteeseen yhteiset tavoitteet. Tietoa kokoonnutaan jakamaan yhdessä, asettamaan tavoitteet ja suunnittelemaan tarvittavia toimenpiteitä tavoitteiden saavuttamiseksi. Edellytyksenä onnistumiselle on avoin vuorovaikutus, tiivis yhteistyö, yhteinen suunnittelu sekä vastuun jakaminen tiimin jäsenten kesken. (Jeglinsky & Kukkonen 2016, 395–396.)

Poikkiammatillinen tiimityö on osin ammatillisia roolirajoja rikkovaa. Kuntoutujan hyötyä ajatellen eri ammattilaisten hallitsemat tiedot, taidot ja ulottuvuudet yhdistyvät laajaksi tieto- ja taitoverkoksi. Tiimillä on yhteisesti muokattu ja sovittu toiminnallis-käsitteellinen viitekehys. Sen pohjalta eri ammattilaisten tietoja ja taitoja yhdistellään, keskittyen yhteiseen tavoitteeseen. Poikkiammatillisessa tiimityössä eri ammatinharjoittajat arvioivat kuntoutujan joko yksin tai toisten ammattilaisten kanssa yhdessä, kukin oman koulutustaustansa ja työkokemuksensa perusteella. Tietoa kerätään myös itse kuntoutujalta sekä tarvittaessa hänen läheisiltään. Työryhmä käsittelee monimuotoisesti kerätyn tiedon yhdessä, arvioiden kuntoutujan toimintakyvyn ja luoden yhteisen näkemyksen sekä yhteisen tavoitteen. Kuntoutuja osallistuu aktiivisesti sekä suunnitteluun, päättämiseen että tavoitteiden asettamiseen. (Jeglinsky & Kukkonen 2016, 396–397.)

Poikkiammatillisen tiimin jäsenet sallivat tiimissään olevan toisen ammattiryhmän jäsenen ottaa heidän perinteisiä roolitehtäviään. Fysioterapeutti saattaa antaa ohjeita toimintaterapeutille, miten tämä voi ottaa harjoitteissaan huomioon myös esimerkiksi tasapainon harjoittelun ja toimintaterapeutti puolestaan ohjeistaa, millaisia arkitoimintoja voisi tehdä tasapainoa harjoiteltaessa. Tällaisessa yhteistyössä on tärkeää määritellä kunkin ammattihenkilön vastuukysymykset, niistä pitää sopia erikseen. Ammatillisten roolirajojen rikkominen vaatii aina tiimiltä lisäkouluttautumista sekä tiimin sisällä keskinäistä opettamista. Poikkiammatillisessa tiimissä asiantuntijat ovat samaan aikaan sekä oppijoita että erikoisasiantuntijoita. (Isoherranen 2008, 38; Isoherranen 2005, 16–17.)

Moniammatillisuus terminä tarkoittaa suomeksi kaikkia kolmea edellä mainittua yhteistyömallia eli moniammatillista, ammattienvälistä ja ammattirajat ylittävää

poikkiammatillista yhteistyötä. Suositeltavaa on työyksikkökohtaisesti määritellä, mitä omassa yksikössä moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa. Tämä lisää ammattilaisten ymmärrystä ja auttaa yhteistyökulttuurin kehittämisessä ammattilaisia, johtajia sekä organisaation edustajia. (Jeglinsky & Kukkonen 2016, 397.) Onnistuakseen moniammatillinen yhteistyö vaatii asiantuntijoiden ja asiakkaan välistä luottamusta ja avoimuutta. Ilmapiiriin tulee olla kannustava. Tämä mahdollistaa toisistaan eroavista mielipiteistä ja näkemyksistä keskustelun. Asiantuntijoiden erilaiset mielipiteet, tavat hahmottaa ja tulkita asiakasta ja hänen tilannettaan eri näkökulmien kautta antavat lisätietoa asiakkaan tilasta. Tätä kautta syntyy kokonaisvaltainen kuva asiakkaasta. (Isoherranen ym. 2008, 74, 77.)

Jotta hyvä kuntoutuskäytäntö toteutuisi, on yhteistyötä tehostettava avo- ja laitostuntoutusta toteuttavien tahojen, avoterapeuttien ja kuntoutusta suunnittelevan tahon sekä Kelan ja kuntoutusta suunnittelevan tahon välillä. Kuntoutuksen tavoitteiden on oltava samansuuntaiset sekä kuntoutujalle että asiantuntijoille ja niiden on oltava kaikkien asianomaisten tiedossa. Avohoidossa on korvattava eri terapeuttien yhteistapaamisia, mikäli kuntoutujalla on useampia terapioiden tarpeita. Vastuu lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvien apuvälineiden tarpeen arvioinnista, sovituksista, luovutuksesta, käytön opetuksesta, seurannasta ja huollosta kuuluvat kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon vastuulle. Julkisen terveydenhuollon ja Kelan palveluntuottajien välinen yhteistyö on edellytys palvelujen asiakaslähtöisyydelle. Kun apuvälineeseen tai asunnonmuutokseen liittyvä tehtävä on luonteva osa terapiakäyntiä, voi Kelan palveluntuottaja tarvittaessa toteuttaa sen. (Paltamaa ym. 2011, 230–232.)

Isoherrasen (2012, 129–130, 157) mukaan moniammatillisen yhteistyökokouksen ilmapiiriin pitää mahdollistaa riittävän vapaa keskustelu sekä erilaisten mielipiteiden käsittely. Hänen väitöskirja-aineistonsa mukaan tämä onnistuu parhaiten ei-hierarkisessa, luottamuksellisessa ja avoimessa ilmapiirissä, jossa kaikkien osaaminen huomioidaan, kaikkia kunnioitetaan. Potilaan ja tämän läheisen kanta otetaan huomioon. Moniammatillisessa yhteistyössä tarvitaan kommunikaatiotaitoja esimerkiksi toisten ammattilaisten, potilaiden ja heidän läheistensä kanssa keskustellessa. Oma kanta tulee pystyä tuomaan esiin ymmärrettävästi ja se tulee

pystyä myös perustelevaan. Toisaalta ratkaisuja tehdessä pitää olla valmis kuuntelemaan toisia näkökulmia.

4.2 Moniammatillinen asiakaslähtöinen yhteistyö

Moniammatillisessa yhteistyössä asiakas osallistuu aktiivisesti omaan arviointi-, toteutus- ja tulostenarviointiprosessiin. Tavoitteena moniammatillisessa yhteistyössä on huomioida kuntoutujan tarpeet kokonaisvaltaisesti, mahdollistaen hänen kannaltaan mahdollisimman hyvä lopputulos. Moniammatillinen tiimi kootaan kuntoutujalähtöisesti ja siinä mukana olevien henkilöiden tiedot ja osaaminen täydentävät toisiaan. (Jeglinsky & Kukkonen 2016, 393–394.)

Kuntoutusprosessi nähdään ajallisena suunniteltuna prosessina, jolla on alku-, seuranta- ja loppukohta. Suunnitelmaa voidaan tarvittaessa päivittää. Kuntoutuksessa huomion keskipisteenä on kuntoutuja itse. Kuntoutuksen lähtökohtana on kuntoutujan toimintakyky ja toiminnalliset tarpeet. Hänen omien tarpeidensa ja tavoitteidensa ymmärtäminen ja niiden yhdistäminen asiantuntijoiden näkemykseen on olennaista. Suunnitelman pohjalta kuntoutuksen toimijat toteuttavat kuntoutusta tarvittavan ajan, asiakaslähtöisesti. Näin toimien mahdollistetaan kuntoutujan sitoutuminen kuntoutusprosessiin. (Paltamaa ym. 2011, 225.) Kuntoutujan mahdollisuutta vaikuttaa omaan kuntoutukseensa, osallistuen kaikkeen siihen liittyvään toimintaan aktiivisesti korostetaan. Hänen subjektiivista näkökulmaansa kunnioitetaan sekä tavoitteita asettaessa että toimintaa suunniteltaessa. Näillä toivotaan pystyttävän vaikuttamaan kuntoutuksen vaikuttavuuteen. (Koukkari 2010, 41.)

Moniammatillisen yhteisarvioinnin kautta kuntoutujan elämäntilanteesta saa riittävän tietämyksen, mikä on edellytyksenä kuntoutustoimenpiteen onnistumiselle. Yhteisarvioinnissa kuntoutuksen eri asiantuntijat jakavat ja yhdistävät tietoa, muodostaen siitä uutta tietoa. Tällöin pystytään luomaan yhteinen käsitys käsiteltävästä kohteesta ja ongelmanratkaisusta sekä yhdistämään ryhmän eri ammattihenkilöiden erityisosaamiset ongelman ratkaisemiseksi. Kukin ryhmän jäsen toimii asiantuntijana omalla erityisosaamisen alueellaan. Avoin kommunikaatio ja vuorovaikutus ovat edellytys moniammatillisen yhteistyön

onnistumiselle. Omat näkemykset asiasta pitää tuoda esiin riittävän jämäkästi. Lisäksi on oltava riittävät aikaresurssit käytössä. (Salmelainen 2008, 13, 18–19, 104.)

Moniammatillisessa yhteistyössä asiakas on aktiivinen osallistuja, oman elämänsä asiantuntija. Päätöstä tehdessä sekä asiakkaan että hänen läheistensä mielipide tulee ottaa huomioon. (Isoherranen ym. 2008, 16, 40.) Koukkarin (2010, 200) väitöskirjatutkimuksessa tuli esiin, että tärkeäksi tekijäksi kuntoutuksessa koettiin oma mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua sen suunnitteluun ja toteutukseen. Lisäksi koettiin tärkeäksi tietää kuntoutuksen organisoinnista sekä ammattihenkilöiden vastuusta. Isoherrasen (2012, 10) mukaan moniammatillisessa yhteistyössä keskiössä on asiakas/kuntoutuja. Kuntoutustiimi yhdistää kaiken osaamisensa ja tietonsa kokonaisvaltaiseen työskentelyyn asiakaslähtöisesti.

Kuntoutussuunnitelmaa tehdessä on välttämätöntä, että kuntoutuja ja hänen lähiomaisensa osallistuvat sen tekemiseen, koska suunnitelman tavoitteena on kuntoutujan tarpeiden ja resurssien selvittäminen ja tukeminen. Kuntoutuja on oman elämänsä, elämäntilanteensa ja toimintakykynsä paras asiantuntija. Asiakaslähtöisessä mallissa painotetaan kuntoutujan omaa aktiivista roolia ja hänen oletetaan ottavan osaa päätöksiin, jotka koskevat häntä itseään. Kuntoutuja on subjekti, joka suunnittelee itse elämänsä, punnitsee vaihtoehtoja ja tekee päätöksiä. Kuntouttaja on yhteistyökumppani, joka antaa kuntoutujalle mahdollisuuksia ja tukee tämän omia päätöksiä. Vuorovaikutus kuntoutujan ja kuntouttajan välillä on tasavertaista, interaktiivista ja se tukee kuntoutujan itsenäisyyttä. Näillä keinoilla kuntoutujalla on paremmat keinot ongelmanratkaisuun, vähäisempi tarve asiantuntija-avulle ja paremmat mahdollisuudet hallita omaa elämäntilannettaan. (Kettunen, Kähäri-Wiik & Ihalainen 2005, 36, 42–45.)

Kuntoutuja on mukana suunnittelemassa kuntoutustaan ja sen tavoitteita tahtovana ja toimivana subjektina omassa kuntoutusprosessissaan sekä suhteessa kuntoutustyöntekijöihin. Kuntoutettavan halua itsenäiseen päätöksentekoon kuntoutuksen aikana on kunnioitettava. Tällä tavoitellaan itsenäistä, elämänsä hallitsevaa ja sosiaalisesti selviytyvää ihmistä. (Koukkari 2010, 13, 21, 28.)

Kuntoutuja on aktiivisena osapuolena moniammatillisessa tiimissä myös asettamassa kuntoutukselleen tavoitteita sen perusteella, mikä on arjessa ongelmallista hänelle itselleen, missä hän itse tunnistaa muutoksen tarpeen sekä asioissa/toiminnoissa, jotka ovat hänelle merkityksellisiä. Moniammatillisessa tiimissä kuntoutuja ja ammattilaiset keskustelevat omista näkökulmistaan, oman asiantuntijuutensa kautta. He hakevat yhdessä ratkaisuja kuntoutujan tarpeisiin ja ongelmiin, kuntoutujan ehdoilla, asiantuntijan tuella. Toimijuuden nähdään olevan parhaimmillaan kuntoutujan ja ammattilaisten jaettua, yhteistä tekemistä. Tärkeää on auttaa kuntoutujaa näkemään tilanteensa ja mahdollisuutensa toimijana uudella tavalla ja herättää kuntoutujan halu muuttaa omaa tilannettaan ja pääsemään eteenpäin. Myös lähiomaisten ottaminen tavoitteiden asettamisprosessiin on tärkeää kuntoutusta suunniteltaessa. (Karhula, Veijola & Ylisassi 2016, 227–230, 236.)

Härkäpään, Valkosen ja Järvikosken (2016, 79) mielestä kuntoutumisen tavoitteissa onnistumiseen vaaditaan yhtenevä näkemys ongelmista ja suunnitelma, miten se saavutetaan. Lisäksi vastuunjaon on oltava selkeä ja eri osapuolten on oltava sitoutuneita yhteistyöhön. Kuntoutujan ja asiantuntijan arvot ja elämän päämäärät eivät aina kohtaa, jolloin tarvitaan yhteistä pohdintaa heille yhteisten näkökulmien ja ratkaisuvaihtoehtojen löytymisestä, kuntoutumisen tavoitteista sekä niiden etenemisestä. Kuntoutuksen tavoitteiden on oltava kuntoutujalle merkityksellisiä ja mielekkäitä, jotta hän voi realistisesti sitoutua niihin mahdollistaen kuntoutusprosessissa etenemisen. (Härkäpää ym. 2016, 81–82.)

Kuntoutumisessa merkitykselliseksi tekijäksi koetaan mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua oman kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen. On tärkeää tietää kuntoutuksen organisoinnista ja siihen kuuluvien ammattihenkilöiden vastuista. Ongelmat hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuuden onnistumisessa kertovat asiakkaan hoitoa, kuntoutusta ja palveluita koskevan tiedonkulun puutteesta. Kuntoutus perustuu eri tahojen väliseen yhteistyöhön, jossa on tärkeää saumaton tiedonkulku. Tavoitteellinen kuntoutuminen onnistuu ainoastaan kuntoutujan aktiivisuuden ja motivaation kautta. Se edistää hänen itsenäisyyttään mahdollistaen omien tavoitteiden arvioimisen, muuttamisen ja keinojen etsimisen niiden saavuttamiseksi. (Koukkari 2010, 200–201, 205.)

Alanko ym. (2017, 45, 50–51) tutkimuksessa tuli esiin, että kuntoutujat kokivat tärkeäksi ja motivoivaksi saada vaikuttaa oman terapiansa sisältöön. He ottivat paremmin vastuutta omasta kuntoutuksestaan, kun pystyivät itse vaikuttamaan siihen omien toiveidensa, tarpeidensa ja kykyjensä mukaan. Myös ammattilaiset kokivat tärkeäksi tavoitteita asetettaessa, että kuntoutuja saa osallistua siihen omien kykyjensä mukaan. Ammattilaisen tulee tukea häntä päätöksen teossa ja auttaa löytämään realistiset tavoitteet. Tavoitteet, jotka sisältyvät arkeen, auttavat motivoitumisessa ja omasta kuntoutumisesta vastuun ottamisessa. Heidän mukaansa tulisi ottaa säännölliseksi käytännöksi arvioida kuntoutujan tavoitteita.

4.3 Moniammatillisuuden haasteet ja hyödyt

Isoherrasen (2012, 25, 160–161, 163) väitöskirjatutkimuksen mukaan hyvin toimivassa moniammatillisessa tiimissä kaikkien ammattilaisten kesken kehittyi yhteenkuuluvuuden tunnetta, tukea, luottamusta ja vastavuoroisuutta. Niissä eri ammattiryhmät arvostavat, kuuntelevat ja tukevat toisiaan. Oma työ koetaan merkitykselliseksi hyvin toimivassa moniammatillisessa tiimissä. Tällaisessa tiimissä halutaan työskennellä ja siitä johtuen vaihtuvuus on vähäistä. Hyvin toimiva moniammatillinen tiimi vaikuttaa työtyytyväisyyteen ja työssä jaksamiseen. Myös työmoraali kohenee, työntekijät ovat innostuneita työstään ja pysyvät työssään pidempään.

Sekä potilaat että organisaatio hyötyvät moniammatillisesta yhteistyöstä. Potilaan hoidon ja hoivan laadun on todettu parantuvan ja tehostuvan. Hoito on kokonaisvaltaisempaa ja potilaat tyytyväisempiä siihen. Sairaaloissa on todettu sairaalassaoloaikojen lyhenevän ja nopeiden sairaalaan palaamisten vähenevän. Organisaatitasolla kustannukset ovat laskeneet moniammatillisen työn kautta. Tämän arvioidaan johtuvan osin henkilökunnan osaamisen tehokkaammasta hyödyntämisestä sekä uudesta tavasta koordinoita työtä. (Isoherranen 2012, 25.)

Salmelaisen (2008, 135, 176) opinnäytetyössä tulee esiin, että asiakkaan avun tarvetta ja selviytymistä pystytään paremmin arvioimaan ryhmänä, kun eri alojen ammattilaiset tekevät yhteisen kotikäynnin asiakkaan luokse. Tällöin eri alojen asiantuntijuus yhdistyy, he siirtävät omaa osaamista toisilleen täydentäen samalla

omaansa. Kotikäynti antaa todellisen kuvan kuntoutujan tilanteesta, hänen itsensä kertomana ja kuvaamana.

Alanko ja muut (2017 (3), 45) toteavat olevan tärkeää yksikkökohtaisesti tarkastella ja miettiä moniammatillisen yhteistyön käytäntöjä ja moniammatillisuuden muotoja, jotta sitä saadaan hyödynnettyä parhaalla mahdollisella tavalla. Isoherrasen (2012, 139) mukaan muutos moniammatilliseen työotteeseen onnistuu ainoastaan, mikäli kaikilla ammattiryhmillä ja organisaatiotasolla on riittävän vahva ymmärrys, sitoutuminen ja tahto työskentelykulttuurin muutokseen. Johansonin (2015) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan kuntoutujan kuntoutuksen ja hoidon lopputulokseen vaikuttaa ratkaisevasti moniammatillisen tiimin keskinäinen vuorovaikutus. Hyvin toimivan ja työlleen omistautuneen moniammatillisen tiimin tulee keskittyä asiakkaan parhaaseen, kiinnittämättä huomiota omaan ammatilliseen asemaan tai erikoistumiseensa.

Valtioneuvoston kuntoutusselonteon (2002, 9, 19) mukaan useissa sairaus- ja ongelmamalleissa moniammatillinen työote, yhteistyö asiakkaan kuntoutukseen osallistuvien tahojen välillä, kuntoutuksen sitominen kuntoutujan ympäristöön, lähiyhteisöön ja työpaikkaan ovat yleisiä piirteitä tuloksellisessa ja vaikuttavassa kuntoutuksessa.

Moniammatillisessa tiimissä, jossa kuntoutuja on itse mukana, ovat asiantuntijat kokeneet haasteelliseksi tilanteet, joissa kuntoutujalla on kognitiivisia ongelmia tai kommunikaatiovaikeuksia. Jotta yhteisymmärrykseen päästään tarvitaan yhteinen kieli, kommunikointikeino, jota kaikki osapuolet osaavat. Apuna voi olla muun muassa puhetta korvaavat, täydentävät tai tukevat kommunikaation apuvälineet. Kuntoutujan masennus saattaa myös vaikeuttaa kuntoutujan valmiuksia asettaa itselleen tavoitteita. (Karhula ym. 2016, 236.)

Jeglinsky ja Kukkonen (2016, 398–399) toteavat, että omasta roolistaan saattaa olla haasteellista päästä irti, vaikka tilanne edellyttäisi toisenlaista toimintaa moniammatillisessa yhteistyöryhmässä. Lisäksi esteeksi saattaa muodostua esimerkiksi halu pitää tietty osaaminen tai tieto vain itsellään. Moniammatillisen yhteistyön haasteena ovat myös kiire, lukkiutuneet toimintakulttuurit sekä työ- ja toimintatavat. Siirryttäessä moniammatilliseen yhteistyöhön, saattavat uudet

yhteistoimintakäsitykset aiheuttaa hämmennystä ja vastustustakin, kun kuntoutujan, läheisen, kuntouttajan ja työyhteisön jäsenten roolit ja status muuttuvat.

Edellytyksenä hyvälle tiimityöskentelylle on tiedostaa, minkälaista osaamista siinä on. Toisten ammattilaisten taitoa ja osaamista ei osata välttämättä hyödyntää yhteistyössä kuntoutujan hyväksi, mikäli kaikki asiantuntijat eivät tiedä tai tunne muiden osaamista. Joissain tilanteissa sujuvaa ja joustavaa moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa organisaation asettamat vaatimukset ja ehdot. Joustava muutos moniammatilliseen yhteistyöhön ei onnistu, mikäli ideat muutoksiin tulevat vain ylhäältäpäin. Edellytyksenä onnistuneelle moniammatillisen yhteistyön toteutumiselle arjessa on yhteinen näkemys ja kieli sekä se, että kaikki organisaation tasot ovat sitoutuneet tarpeellisiin muutoksiin. (Isoherranen 2012, 156–157.)

4.4 Dialogi työyhteisössä ja kuntoutuksessa

Dialogi on ryhmäkeskustelua, joka etenee vapaasti. Siinä pyritään muodostamaan yhteinen syvempi ymmärrys ja näkemys käsiteltävästä asiasta kuuntelemalla toisten ajatuksia tasa-arvoisesti, huolellisesti ja ilman ennakkokäsityksiä. Dialogissa pyritään ymmärtämään ja näkemään uusia vaihtoehtoja ja tekemään valintoja niistä. (Syvänen, Tikkamäki, Loppela, Tappura, Kasvio & Toikko 2015, 32–33, 35.) Moniammatillisessa yhteistyössä on pyrkimyksenä kehittää sellaisia toimintatapoja, että kaikkien osaamista voidaan käyttää tehokkaammin ja keskustelukulttuuri on tasa-arvoisempaa. (Isoherranen 2012, 141.) Dialogin avulla voidaan tarkastella tutkivalla ja kriittiselläkin otteella esimerkiksi työtoimintaa ja -prosesseja, toimintatapoja ja jopa organisaatorakenteita. (Syvänen ym. 2015, 148)

Moniammatillisessa keskustelussa yhteinen, jaettu ymmärrys asioista syntyy dialogin avulla. Sen tavoitteena on löytää yhteinen ymmärrys käsiteltävistä asioista, mitä ei voi saavuttaa yksin. Dialogissa käsiteltävää asiaa tutkitaan yhdessä ja erilaisia käsityksiä pohditaan rinnakkain. Keskustelussa on tärkeää toisten mielipiteiden kuuntelu ja kunnioitus. Ratkaisu ei välttämättä synny hetkessä, joten se vaatii myös kärsivällisyyttä ja sitä, että jokainen esittää oman näkökulmansa avoimesti. Tämä mahdollistaa kokonaiskuvan luomisen kartoitettavasta asiasta,

yksilöllisestä tiedosta tulee jaettua tietoa. Tällä tavoin muodostettu kuva asiakkaasta on erilainen ja kokonaisvaltaisempi kuin yhden henkilön näkökulmasta muodostettu käsitys. Dialoginen vuoropuhelu onnistuu ainoastaan, mikäli yhteisöllinen keskustelu koetaan tärkeämmäksi kuin oman roolin ylläpitäminen. (Isoherranen 2005, 25–26, 98.)

Dialogin avulla luodaan yhteistä, jaettua ymmärrystä. Dialogissa erilaisia näkökulmia ja mielipiteitä mietitään yhtä aikaa, kuunnellen avoimesti muiden näkemyksiä vaikka ne eroaisivat omista. (Isoherranen ym. 2008, 65–66.) Keskustelu on tasavertaista eri asiantuntijoiden ja asiakkaan kesken, kenenkään näkemys asiasta ei ole parempi tai pätevämpi kuin toisen. Dialogissa eri ammattilaisten sekä ammattilaisten ja kuntoutujan välille syntyy uudenlainen ymmärrys, kun kaikki tuovat keskustellen esiin oman mielipiteensä, näkemyksensä, tietonsa, osaamisensa ja kokemuksensa. (Karhula ym. 2016, 235.)

Dialoginen johtaminen edistää työmotivaatiota. Se edellyttää oppimista, luovuutta sekä osaamista, joka liittyy kehittämiseen. Työmotivaatiota tuetaan myös varmistamalla osaaminen sekä tasapainottamalla työn vaatimukset, jotka parantavat työnhallintaa. Myös myönteisen palautteen antaminen, kannusteet, innostaminen ja työntekijöiden itsensä arvostamat palkkiot parantavat työmotivaatiota. (Syvänen ym. 2015, 38, 256.)

Dialogin parantumisella organisaatiossa voidaan lisätä sitoutumista ja yhteisvastuullisuutta, samoin yhteistä ymmärrystä (esim. toimintaympäristö, tiimi, oma ja toisten työ). Sillä voidaan lisätä oman ja muiden työn arvostamista, parantaa viestintää ja tiedonkulkua, lisätä luottamusta, myönteisyyttä, avoimuutta ja innostuneisuutta. Uudet näkökulmat, vaihtoehdot ja ratkaisut nähdään selkeämmin ja henkilöstöltä tulevia ideoita sekä aloitteita hyödynnetään paremmin. Vaikutusmahdollisuuksien ollessa todellisia ja aitoja myös yhteishenki paranee. (Syvänen ym. 2015, 197.)

Demokraattisen dialogin lisääntyminen lisää henkilöiden esityksiä uudistamiseen tähtäävistä ideoista ja toimenpide-esityksistä. Ilmapiiiri organisaatioissa paranee ja muuttuu kehittämiselle avoimemmaksi ja myönteisemmäksi. Työhyvinvoinnin, työilmapiirin, yhteishengen ja työmotivaation on koettu paranevan. Samalla työn

tuottavuus ja henkilöstön jaksaminen paranevat ja sitä kautta kustannukset alenevat, erityisesti lyhyiden sairauspoissaolojen määrän on todettu vähenevän. (Syvänen ym. 2015, 198–199.)

Hyvin toimiva dialogi on tärkeää tavoiteltaessa yksilöllisiä työjärjestelmiä, josta kaikki hyötyvät. Toisensa hyvin tuntevat ja toisiaan hyvin ymmärtävät, jatkuvasti ja tiiviisti vuorovaikutuksessa olevat työyhteisön jäsenet mahdollistavat yksilölliset työjärjestelyt. He osaavat tulkita toisiaan etsiessään uusia ratkaisuja ja ottavat ne huomioon omassa käytöksessään. Tätä kautta pystytään etsiä mahdollisimman mielekkäitä ratkaisuja kaikkien kannalta. (Syvänen ym. 2015, 223–234.)

Oppimisesta 80% tapahtuu työssä oppien – yksin tai yhdessä muun muassa keskustellen ja pohtien, ratkomalla ongelmia, kokeilemalla ja tukemalla, havainnoimalla omaa ja toisten toimintaa, opettelemalla uusia työtehtäviä sekä ohjaamalla toisia. Työn arjessa yksilöllinen ja yhteisöllinen oppiminen mahdollistuvat, kun kaikilla työyhteisön jäsenillä on mahdollisuus osallistua perustehtävän tekemiseen ja sen kehittämiseen dialogin kautta: ajatellen ja tehden asioita yhdessä, keskustellen ja kuunnellen. (Syvänen ym. 2015, 148, 151.)

Vallitsevia ja ehkä itsestään selviä toiminta- ja ajattelumalleja tulee pystyä kyseenalaistamaan, tutkimaan ja tarvittaessa jopa muuttamaan, mikäli sille löydetään perustelut tai vaihtoehto. Dialogi mahdollistaa jokapäiväistä toimintaa ohjaavien prosessien pitkäjänteisen tutkimisen, mikä on keskeistä organisaatiota uudistavassa oppimisessa. Koko henkilöstön oppimis-, luovuus- ja kehittämispotentiaalin tunnistaminen, niiden käyttöönotto sekä niitä kannattelevien rakenteiden luominen mahdollistavat uudistumisen. (Syvänen ym. 2015, 144–145, 147, 257.)

Dialogi edellyttää, että jokaisella asiantuntijalla ja asiakkaalla on oma yksilöllinen näkemys ja asiantuntijuus omalta alaltaan, minkä perusteella he jakavat asiantuntijatietonsa muiden kanssa. (Isoherranen ym. 2008, 76). Ideaalisena tavoitteena moniammatillisessa yhteistyössä voisi olla dialoginen dialogi, yhteisen ymmärryksen luominen. Silloin keskustelussa ei ole voittajia tai häviäjiä vaan yhdessä etsitään parasta ratkaisua. (Isoherranen 2005, 98–99.)

5 TOIMINTAKYKY

5.1 Toimintakyvyn määrittelyä

Ihmisen toimintakyky jaetaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Muutos yhdessä toimintakyvyn osiossa vaikuttaa kahteen muuhunkin. Toimintakyky voidaan nähdä ihmisen mahdollisuutena kontrolloida omaa elämäntilannettaan. Kokemus omasta toimintakyvystä suhteessa omiin tarpeisiin on kaikilla yksilöllinen. Toimintakyky kertoo siitä, mitkä ihmisen omat kokemukset ja edellytykset ovat suhteessa elinympäristöön. Siihen vaikuttavat esimerkiksi mieliala, päivän tapahtumat, ravinto, lääkitys ja ympäristön tuki. Toimintakyvyn muuttuessa esimerkiksi vammautuessa, henkilön pitää omaksua uusia selviytymiskeinoja pystyäkseen määrittelemään itsensä uudessa tilanteessa. Myös hänen läheistensä ja lähiympäristönsä pitää muuttaa asennettaan ja omaa käytöstään suhteessa häneen. (Kettunen ym. 2005, 20–22, 24, 26.)

Kokonaisvaltaisella toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja. Lisäksi se tarkoittaa ihmisen edellytyksiä, osallistumisen mahdollisuuksia, vuorovaikutusta ja arjessa pärjäämistä. (Koukkari 2010, 29.) Ympäristö vaikuttaa kuntoutujan toimintakykyyn ja toimintarajotteisiin. Ympäristön esteettömyys ja lähipalvelujen saatavuus saattavat edistää tai rajoittaa toimimista. Ympäristöön lasketaan fyysinen, rakennettu ympäristö, koti irtaimistoineen, lähiperheen ja ystävien tuki ja asenteet sekä lähiympäristön palvelut ja kunnan järjestämä tuki. (Töytäri & Kanto-Ronkanen 2016, 357–358.)

Marja Koukkarin (2010, 192–195) väitöskirjassa kokonaisvaltainen kuntoutus ja kuntoutuminen liittyvät toimintakyvyn edistymiseen, opiskelu- ja työelämän tavoitteluun sekä selviytymiskeinojen käyttämiseen. Tutkimuksen mukaan fyysinen ja psykososiaalinen osuus kuntoutuksessa nähdään merkitykselliseksi toimintakyvyn edistymisessä. Fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn yhdistäväksi tekijäksi koetaan sosiaalinen toimintakyky.

Valtioneuvoston kuntoutusselonteon (2002, 7) mukaan kuntoutuksen tavoitteena on sosiaali- ja terveystalvelujen tarpeen vähentäminen, työkyvyn ylläpysyminen ja sitä

kautta kansantalouden huoltosuhteen parantuminen. Lisäksi sillä tavoitellaan yksilötasolla kuntoutujan ja hänen omaistensa elämänlaadun parantamista. Kuntoutus on haittoja ennaltaehkäisevää, toimintakykyä tukevaa toimintaa, joka reagoi vajaakuntoisuuden uhan mahdollisuuteen. Se on yksi keino lisätä ihmisen voimavaroja oman elämän hallinnassa ja lisätä väestön työ- ja toimintakykyä. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 51–52, 55: Kuntoutusselonteko 2002, 3.)

Kuntoutuksen uudistamiskomitean (2017, 35, 45) ehdotuksen mukaan kuntoutusprosessissa tavoitellaan toiminta- ja työkykyä. Ehdotuksessa kuntoutujaa tuetaan aktiivisena toimijana, joka on mukana tekemässä suunnitelmaa, jolloin kuntoutus lähtee hänen omista tavoitteistaan ja tarpeistaan. Se, miten kuntoutuja selviytyy omassa elinympäristössään itselleen tärkeistä ja välittömistä arjen toiminnoista, on toimintakykyä. Kuntoutusjärjestelmän uudistamisessa kuntoutuksen nähdään koskevan myös hänen lähiympäristöään. Kuntoutujan läheisten tukeminen ja toimintaympäristön kehittäminen on osa kuntoutumista.

Kuntoutuksessa pitää usein vaikuttaa sekä kuntoutujan toimintakykyyn että hänen nyky-ympäristöönsä, jotta terapiatavoitteet saavutetaan paremmin. Kuntoutujan läheisten henkilöiden ohjaus osana terapiaa on tärkeää. Ohjauksen tavoitteena on kuntoutujan toimintakyvyn edistäminen ja/tai toiminnan mahdollistaminen arjen eri tilanteissa. Kuntoutujan, lähiympäristön ihmisten ja hoitavien terapeuttien näkemyksen ohjauksen tavoitteista ja sisällöstä on oltava yhteneväiset. (Paltamaa ym. 2011, 229–230.)

5.2 Toimintakyvyn arviointi

Kuntoutus on tavoitteellista toimintaa, jolla tuetaan ja ylläpidetään kuntoutujan toimintakykyä sekä vahvistetaan kuntoutujan omaa aktiivisuutta ja mahdollisuuksia pärjätä mahdollisimman itsenäisesti päivittäisissä toiminnoissa. Kuntoutuksen tavoitteena on myös tukea kuntoutujan työkykyä ja elämänhallintaa, ja sitä kautta parantaa hänen elämänlaatuaan. Kuntoutuksella pyritään auttamaan kuntoutujaa itse tunnistamaan omat ja ympäristön resurssit sekä lähtemään itse lisäämään ja käyttämään niitä. Kuntoutus on aina yksilöllisesti suunniteltua jokaisen kuntoutujan kohdalla. Eri ammattiryhmien tavoitteena on ohjata ja auttaa kuntoutujaa elämään

täysipainoista elämää, tukea kuntoutujaa auttamaan itse itseään esimerkiksi tukemalla hänen omaa aktiivisuuttaan ja päätösvaltaansa asioistaan. Kuntoutus on pitkäjänteistä, prosessin omaista. Sille on ominaista eri vaiheet: kuntoutustarpeen ja resurssien kartoitus, kuntoutussuunnitelman teko, kuntoutuksen toteutus ja arviointi. Kuntoutuksen tarvetta ja resursseja tulee tarkastella koko kuntoutusprosessin ajan. Kuntouttavan työotteen tavoite on itsenäinen ja omatoiminen kuntoutuja, joka osallistuu kuntoutusprosessiin. Kuntoutus etenee ainoastaan kuntoutujan aktiivisen yrittämisen kautta, kun hän kokee resurssiensa ja kykynsä selviytyä itse kehittyvän. (Kettunen ym. 2005, 30–33, 44.)

Henkilön terveys, ympäristö, toiveet ja asenne ovat yhteydessä koettuun toimintakykyyn. Toimintakyvyn arviointi antaa kuvan henkilön resursseista ja tarpeista, siitä missä hän tarvitsee apua ja mistä selviää itsenäisesti. Sen arvioinnissa ei pidä keskittyä ainoastaan erilaisten toimintakykytestien tekemiseen. Ne voivat antaa lisätietoa toimintakyvystä vasta, kun henkilöön ja hänen elämäntilanteeseensa on tutustunut keskustelujen, haastattelun ja havainnoinnin kautta. Toimintakykytestien avulla voidaan selvittää yleisesti henkilön toimintakykyä, mutta myös tarkemmin erotella selviytymistä esimerkiksi päivittäisistä fyysistä tai psyykkisistä toimista. Testien on mitattava haluttavaa ominaisuutta tai toimintakyvyn aluetta ja niiden on oltava luotettavia ja toistettavissa olevia. Toimintakykymittareilla arvioidaan henkilön toimintakykyä alku- ja lopputilanteessa. Niiden kautta saadaan osaltaan tietoa, mihin toimintakyvyn alueeseen kuntoutuksessa kannattaa keskittyä, mitkä toiminnot onnistuvat hyvin ja missä on puutteita. Toimintakykyä selvitetäessä tulee huomioida myös henkilön oma arvio ja kokemus toimintakyvystään. (Kettunen ym. 2005, 24–25.)

Toimintakyvyn mittaaminen on haastavaa, koska kaikki ovat yksilöllisiä ja muuttujia on paljon kuten ikä, sukupuoli, kulttuuritausta, ammatti jne. Väestön kesken tai väestönosasta on kuitenkin mahdollista tehdä keskimääräistä arviointia toimintakyvystä. Toimintakykyä arvioidaan muun muassa selvitetäessä tarvetta hoidolle tai kuntoutukselle tai selvitetäessä sairauden, vamman, alentuneen toimintakyvyn haittaa. Toimintakykyä arvioitaessa voi samalla arvioida ympäristöä sekä millaista tukea ja muutoksia tarvitaan toimintakyvyn parantamiseksi. (Kettunen ym. 2005, 23.)

Toimintakyvyn arviointi on aina yksilöllistä, asiakaskohtaista. Se tukee ja vahvistaa kuntoutujan voimavaroja, hänen kykyään tehdä valintoja ja toimia niiden perusteella itselleen merkityksellisellä tavalla. Arvioinnin on aina oltava perusteltua ja sillä pitää olla jokin päämäärä. Toimintakyvyn arvioinnin tuloksia käytetään asiakkaan hoidon, kuntoutuksen tai palvelun tarpeen selvittämisessä, suunnittelussa sekä vaikutusten arvioinnissa. Sen avulla tunnistetaan kuntoutujan vahvuuksia ja voimavaroja ja siten pystytään tukemaan hänen selviytymistään. Sillä voidaan myös osoittaa kuntoutuksen vaikuttavuutta. Palveluiden ja etuuksien saamiseksi edellytetään lainsäädännössä toimintakyvyn arviointia. Asiakkaiden yhdenvertaisuus erilaisten palveluiden, kuntoutuksen, hoidon ja etuuksien saannissa parantuu, kun käytetään kansallisesti yhtenäisiä, päteviin arviointimenetelmiin perustuvia toimintakyvyn mittareita. (Sainio & Salminen 2016, 206–207, 214.)

Toimintakykyä arvioitaessa on tärkeää tutustua alussa arvioitavaan asiakkaaseen ja miettiä jo siinä vaiheessa, ketkä moniammatillisesta tiimistä ovat mukana tekemässä arviointia sekä mitä menetelmiä tullaan käyttämään. Toimintakykyä arvioitaessa huomioidaan kaikki asiakkaalle merkitykselliset osa-alueet. Samoin huomioidaan ne ympäristöt, joissa hän toimii, esimerkiksi koti, koulu tai työpaikka. Arviointimenetelmiksi valitaan sellaiset, jotka vastaavat käyttötarkoitusta ja antavat tietoa alueilta, joihin kuntoutus kohdistuu. Moniammatillinen yhteistyö toimintakyvyn arvioinnissa antaa kuntoutujan toimintakyvystä laaja-alaisen ja monipuolisen kuvan. Moniammatillista yhteistyötä tarvitaan valittaessa käytettäviä arviointimenetelmiä. Työnjako toimintakyvyn arviointimenetelmien käytön kohdalla säästää voimavaroja ja välttää päällekkäiseltä työltä. (Sainio & Salminen 2016, 208–209.)

Arviointimenetelmiä käyttävien henkilöiden tulee hallita kyseisten menetelmien käyttö sekä osata tulkita niistä saatuja tuloksia ja tietoja. Tämä edellyttää työyhteisössä menetelmien käytön harjoittelua, tiedon päivitystä sekä riittävää koulutusta. On perusteltua kerätä tietoa sekä asiakkaan itsensä arvioimana että arvioijan tekemillä testeillä ja mittauksilla, koska ne täydentävät toisiaan. Ne antavat yhdessä kokonaisvaltaisemman kuvan asiakkaan toimintakyvystä. Moniammatillisessa tiimissä tehdyn toimintakykyarvion kautta saa tietoa paitsi asiakkaan toimintakyvystä niin myös tarvittavista jatkotoimenpiteistä. Jotta tuloksia voidaan hyödyntää asiakkaan hyödyksi, tulee niistä tehdä kunnan johtopäätökset.

Tähän kiinnitetään usein liian vähän huomiota. Tulosten perusteella voi suunnitella kuntoutuksen sisältöä ja sen kohdentamista asiakkaalle ongelmallisille alueille. Toimintakyvyn tilannetta on hyvä seurata väliajoin, toimenpiteiden riittävyttä arvioiden, jolloin pystytään tarvittaessa reagoimaan oikea-aikaisesti muuttuneeseen tilanteeseen. (Sainio & Salminen 2016, 209–213.)

Sairauskohtaiset arviointimenetelmät havainnoivat kyseiseen sairauteen liittyviä muutoksia oireissa. Niiden avulla voidaan tunnistaa muun muassa kuntoutuksen tuottama hyöty. Ne eivät kuitenkaan mahdollista eri tautiryhmien hoitotulosten keskinäistä vertailua. Välttämätöntä on huomioida kuntoutujan itse tekemä arvio omasta tilanteestaan sekä elämäntilanteestaan, jotta saadaan arvioitua kuntoutuksen vaikuttavuutta. Merkityksellisten vaikutusten osoittaminen on perusteena hoito- ja kuntoutussuunnitelmissa. Toimintakyvyn arviointimittareiden tulee auttaa toimintatavan muutostarpeen tunnistamisessa ja niiden tulee kuvata luotettavasti annettua kuntoutusta. Toimintakyvyn arviointimittarit ovat eräänlaisia kuntoutuksen tavoitteen väli- tai lopputulosmittareita. (Autti-Rämö, Poutiainen, Pohjolainen & Kehusmaa 2016, 93, 99, 105.)

Paltamaa (Sainio & Salminen 2016, 223) toteaa, että tarvitaan sekä kuvailevaa toimintakyvyn arviointia, ennustavia arviointimenetelmiä että muutosta ja kuntoutuksen vaikuttavuutta kuvaavia arviointimenetelmiä, jotta pystytään tunnistamaan etenevässä sairaudessa kuntoutujan sen hetkinen tilanne ja puuttumaan siihen riittävän varhain.

Kuntoutujan toimintakyvyn ja kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteiden asettelussa ja vaikuttavuuden arvioinnissa suositellaan käytettävän ICF-luokituksen viitekehystä. Arvioinnissa tulee käyttää yhtenäisiä menetelmiä, jotka ovat valideja ja luotettavia. Yhtenäisten menetelmien kehittämistä edistää kansallinen TOIMIA-verkosto. (Paltamaa ym. 2011, 228–229.)

Mittaamisen avulla ymmärrys mitattavasta asiasta lisääntyy. Sen avulla pystytään asettamaan mielekkäitä tavoitteita sekä tiedostetaan paremmin tavoiteltava tavoitetaso. Mitattavan asian tärkeys viestittyy ihmiselle, kun se otetaan huomion kohteeksi ja sitä aletaan mitata järjestelmällisesti. Asetettujen tavoitteiden ja mittaustulosten mahdollisen muutoksen seuraaminen tekee asiasta

mielenkiintoisemman. Käyttökelpoiset arviointityökalut auttavat asettamaan tavoitteita sekä toimimaan suunnitellulla tavalla. Kun tehdään arviointia tilanteesta ja muutoksista siinä, voidaan mittareilla saadun palautteen avulla selvittää, ovatko tehdyt toimenpiteet auttaneet tavoitteen saavuttamisessa. Ne antavat myös tietoa poikkeamien syystä. Suoritusten ja vaikutusten mittaaminen nähdään osana oppimisprosessia. (Helakorpi 2006, 43.)

Vertailukelpoinen toimintakyvyn arviointi on edellytyksenä kuntoutuksen vaikuttavuuden ja yhtenäisten palveluohjauskäyntien johtamiselle. Usea ammattiryhmä arvioi kuntoutujan toimintakykyä. Kaikkiin käyttötarkoituksiin ei yksi toimintakykymittari tuo luotettavaa tai pätevää tietoa. Tarvitaan erilaisia luotettavia ja päteviä toimintakyvyn mittareita eri käyttötilanteisiin. Sekä mitattua että asiakkaan itsensä arvioimaa toimintakykyä ja sen muutoksia on tärkeää hyödyntää arvioitaessa kuntotuspalveluiden vaikuttavuutta. Kuntoutuksen uudistamiskomitea ehdottaa, että käytetään valtakunnallisesti hyväksytyjä toimintakykymittareita. Toimia-verkostosta löytyvän arviointitiedon avulla on mahdollista yhtenäistää luotettavaa toimintakykytietoa. (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017, 15, 46.) Mikäli ei käytetä validoituja ja selkeitä mittareita, ei pystytä tekemään pitkälle meneviä johtopäätöksiä toiminnan vaikuttavuudesta tai laadusta. (Pekurinen, Räikkönen & Leinonen 2008, 5)

6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

6.1 Kehittämistyön aiheen valinta

Kehittämistyön kohteena on kuntoutusyksikkö, jossa työskentelee 14 terapeuttia. Itse toimin työyhteisössä yhtenä fysioterapeuteista. Asiakkaina on pääasiassa vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkaita. Heidän toimintakykyään ja siinä tapahtuvia muutoksia arvioidaan yksikössä monin eri tavoin (kuvio 3, s 15). Arvioinnin avulla pyritään luomaan asiakkaan nykyisestä toimintakyvystä ja siinä tapahtuvista muutoksista mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva.

Osalla asiakkaista on kuntoutusyksikössämme järjestetty sekä fysio- että toimintaterapiaa. Joillakin nämä terapiat toteutuvat muissa yrityksissä tai heillä on vain yhtä terapiaa. Kehittämistyön alkuvaiheessa arvioimme asiakkaiden toimintakykyä sekä asetimme terapialle tavoitteet yksin, emme moniammatillisesti yhdessä kaikkien hoitavien terapeuttien ja asiakkaan kesken.

Työyhteisössä olemme kokeneet hieman ongelmalliseksi, ettei terapeuteilla ole yhtenäistä tapaa tehdä toimintakyvyn arviointia. Selvää ohjeistusta arviointimenetelmien ja -testien käyttöön kuntoutusyksikössämme ei ole riittävästi mietitty yhdessä. Moniammatillista yhteistyötä ei toimintakyvyn arvioinnissa eikä tavoitteiden asettamisessa yksikössämme juuri ole.

Työyhteisössä on nähty tarpeelliseksi kehittää kuntoutujiemme toimintakyvyn ja siinä tapahtuvien muutosten arviointia yhtenäisemmäksi ja moniammatillisemmaksi. Tärkeäksi on noussut miettiä toimintakykyarviointimme nykykäytäntöä sekä kehittämistarvetta, jotta se palvelee meitä ja asiakkaitamme paremmin.

Ehdotus kehittämistyölle tuli lähimmältä esimieheltäni, joka toivoi erityisesti kehittämistyön osallistavan koko työyhteisön. Toisaalta tarve kehittämistyölle tuli esiin myös kahvihuonekeskusteluissa työyhteisön kesken.

6.1.1 Kehittämistyön eteneminen

Esittelin kehittämistyöni aiheen työyhteisön yhteisessä palaverissa huhtikuussa 2017. Työn tavoitteena on kehittää työyhteisön moniammatillista yhteistyötä ja samalla arvioida tarvetta kehittää toimintakyvyn arviointia asiakkaan tavoitteet huomioiden. Kerroin alustavasti kehittämistyön aikataulusta, ryhmäjaoista (A- ja B-ryhmä) sekä mitä tulisimme ryhmien kanssa tekemään. A-ryhmän oli tarkoituksena lähteä keväällä 2017 tekemään kehittämistyötä, käsitellen sekä moniammatillisuutta että toimintakyvyn arviointia. B-ryhmän tavoite oli syksyllä 2017 arvioida uutta kehitettyä toimintamallia ja tehdä siihen tarvittavia muutoksia. Myöhemmin oli vielä ajatuksena uuden toimintatavan kokeilun jälkeen pohtia yhdessä koko työyhteisön kesken uuden toimintamallin toimivuutta sekä otetaanko se lopullisesti käyttöön. Tämän luvun lopussa olevasta aikajanasta (kuvio 4) näkee, miten kehittämistyö eteni työyhteisössä.

Alkuesittelyn jälkeen mietimme koko työyhteisön kesken kahden miellekartan avulla alustavia linjoja moniammatillisesta yhteistyöstä ja toimintakyvyn arvioinnista työpaikallamme. Niiden pohjalta lähdin tarkemmin miettimään kehittämistarpeita. Palaverin päätteeksi jaoin työyhteisön A- ja B-ryhmään. Ryhmät valikoituvat sattumanvaraisesti työntekijöiden valitessa paperimyytykasasta oman paperinsa, josta tuli esiin ryhmän kirjain. Olin jo etukäteen keskustellut molempien toimintaterapeuttiemme kanssa, esittäen toivomuksen heidän osallistuvan eri ryhmiin, jotta saisimme moniammatillisen tiimin toteutumaan molemmissa ryhmissä. Lisätoivomuksena heille oli, että työpaikalla muutaman vuoden ollut toimintaterapeutti olisi aloittavassa ryhmässä, koska hän tunsu entuudestaan toimintatapamme. Toinen toimintaterapeutti oli juuri aloittanut kuntoutusyksikössämme. Tämä järjestely sopi heille molemmille.

A-ryhmä aloitti kehittämistyön kokoontuen touko-kesäkuun 2017 aikana yhteensä neljä kertaa, kerrallaan tunnin ajan. A-ryhmään kuului viisi jäsentä sekä allekirjoittanut. Ryhmäläisistä yksi oli toimintaterapeutti, yksi kuntohoitaja ja loput fysioterapeutteja. Ensimmäisessä tapaamisessa yksi ryhmäläisistä ei päässyt osallistumaan, mutta lopuilla kolmella kerralla kaikki olivat paikalla. Palavereissa toimi sihteerinä aina sama ryhmän jäsen. Aineistonkeruun menetelminä käytin kahta ennakoarviointitaulukkoa, jotka olin kehittänyt yhteispalaveissa tehdyn

miellekartan tulosten perusteella. Kahdessa eri palaverissa ryhmäläiset miettivät ennakoarviointitaulukoiden pohjalta moniammatillista yhteistyötä (ensimmäinen palaveri) sekä kokonaisvaltaista toimintakykyarviointia (toinen palaveri). Osa toisesta palaverista sekä kaksi viimeistä palaveria kävimme dialogisesti yhdessä läpi eri toimintakykymittareita sekä mietimme perusteluja niiden käytölle. Näiden A-ryhmän palaverien aikana kehitettiin kuntoutusyksikköömme uusi toimintamalli moniammatillisen yhteistyön pohjalta tehtävästä kuntoutuksen toimintakykyarviosta.

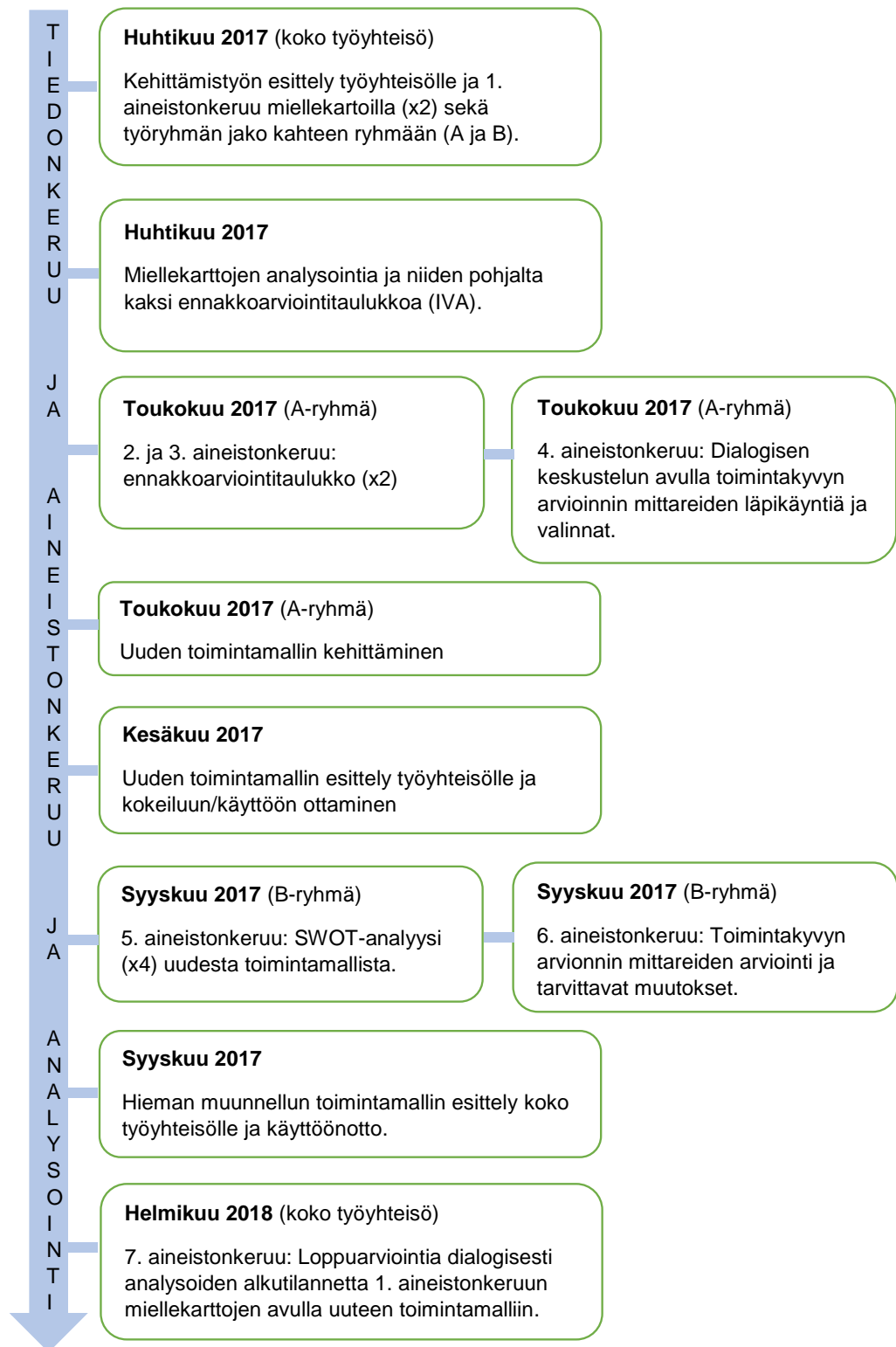
Syksyllä 2017 kehittämistyötä jatkanut B-ryhmä kokoontui kaksi kertaa. B-ryhmässä oli seitsemän jäsentä, yksi fysioterapeutti oli tullut uutena työyhteisöön kehittämistyön jo alettua – myös hän oli yksi B-ryhmän jäsenistä. Ryhmäläisistä yksi oli toimintaterapeutti ja kuusi fysioterapeuttia. Heidän tehtävänä oli arvioida keväällä kehitettyä toimintamallia ja tehdä siihen muutoksia tarvittaessa. B-ryhmän yhteispalavereita oli kaksi, molemmat tunnin pituisia. Kokoontumiset tapahtuivat työpaikan kirjastossa heti aamulla. Ensimmäisessä palaverissa olivat läsnä kaikki seitsemän B-ryhmän jäsentä ja allekirjoittanut. Toisessa palaverissa yksi jäsenistä oli estynyt osallistumaan. Sihteerinä toimi yksi ryhmän jäsenistä.

Ensimmäisessä palaverissa kerroin alussa B-ryhmäläisille, miten kehittämistyö tulee heidän osaltaan etenemään ja mikä heidän tehtävänsä tulee olemaan. Jaoin kaikille osallistujille A-ryhmän keväällä 2017 kehittämän toimintamallin moniammatillisuudesta kuntoutusyksikössämme. Teksti oli lähetetty keväällä kaikille työyhteisön työntekijöille sähköpostitse luettavaksi. Tässä palaverissa kaikki B-ryhmäläiset lukivat aineiston ajatuksella läpi. Tämän jälkeen esittelin lyhyesti SWOT-analyysin tiedonkeruumenetelmänä ja ohjasin sen käytön koskien päivän teemaa. SWOT-analyysin eri kohtiin yksi ryhmäläisistä kirjasi kaikki ajatukset, jotka tulivat esiin. Itse en osallistunut analyysin tekoon vaan tein muistiinpanoja keskustelusta.

Ensimmäinen SWOT-analyysi tehtiin aiheesta: Moniammatillisuus Folkhälsan Vålfärd Ab/Rehab Korsholmissa – vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Tuloksia työstettiin edelleen tekemällä uusi ”sovellettu SWOT”, jossa ryhmäläiset miettivät, miten voidaan muuttaa vahvuudet entistä vahvemmiksi, heikkoudet vahvuuksiksi, parantamaan mahdollisuuksia ja poistamaan uhat/muuttamaan ne mahdollisuuksiksi.

Toisessa B-ryhmän yhteispalaverissa käytiin alussa nopeasti läpi edellisen kerran asioita ja sen pohjalta tehdyt lisäykset A-ryhmän kehityssuunnitelmaan, joka koski moniammatillisuutta. Palaveria jatkettiin tekemällä SWOT-analyysi aiheesta: Millaiseksi koet kehittämissuunnitelman (A-ryhmä) mukaisen toimintakyvyn arvioinnin Rehab Korsholmissa? Jälleen pohdittiin kehitetyn mallin vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia sekä uhkia. Keskustelun tulosten pohjalta tehtiin vielä ”muokattu SWOT”, jossa ryhmäläiset miettivät yhdessä, miten muuttaa heikkoudet vahvuuksiksi, vahvistaa vahvuuksia, lisätä mahdollisuuksia ja torjua uhkia/muuttaa ne mahdollisuuksiksi. Lopussa vielä ryhmä kävi läpi toimintakyvyn arviointiin käytettäviä testejä ja teki niihin pieniä muutoksia.

Viimeisessä vaiheessa helmikuussa 2018 koko työryhmä pohti dialogisesti, miten uusi toimintamalli toimintakyvyn moniammatillisessa arvioinnissa oli otettu käyttöön ja miten se oli toiminut. Apuna tässä käytettiin alkukartoituksen teossa tehtyjä miellekarttoja.



Kuvio 4. Kehittämistyön eteneminen aikajanalla.

6.2 Tutkimusmenetelmät ja -aineistot

Kehittämistyö toteutui laadullisella tutkimusotteella. Etuna laadullisessa tutkimuksessa on, että aineiston kerääminen voi tapahtua vähitellen. Kerätty aineisto on yleensä monipuolista ja rikasta, mikä mahdollistaa samalla uuden tiedon syntymisen. Haittana laadullisessa aineistossa on, että analysointiin kuluu paljon aikaa ja vastauksissa on usein tulkinnanvaraa. (Aalto-Kallio, Saikkonen & Koskinen-Ollonqvist 2009, 68–69.)

Kehittämistyö oli tutkimuksellista kehittämistoimintaa, jossa oli piirteitä toimintatutkimuksesta. Työote oli osallistava, tavoitteena ottaa siihen mukaan koko moniammatillinen kuntoutusyksikömme, jossa työskentelee fysio- ja toimintaterapeutteja sekä kuntohoitaja. Tässä kehittämistyössä moniammatillinen yhteistyö koski näitä ammattiryhmiä. Osallistavan toiminnan aineisto on yleensä laadullista ja kiinnittyy toimintaan. Siinä ei ole mahdollista etukäteen määritellä tarkkoja kriteerejä vaan ne muotoutuvat yhdessä osallistujien kanssa, osin toiminnan aikana. Toiminnan kehittämisen ja parantamisen suunta muodostuu yhdessä osallistujaryhmän kanssa. Tavoitteet toiminnalle on oltava selvillä. (Aalto-Kallio ym. 2009, 75–76.) Kehittämistyön ohjaajana pysyin itse pääasiassa ulkopuolisena tarkkailijana, tein muistiinpanoja tilanteista (miellekartat, ennakkoarviointitaulukot ja swot-analyysit) ja osin osallistuin dialogiin (toimintakykykymittareiden pohdinta ja valinta).

6.2.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta ja toimintatutkimus

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa tiedon ajatellaan syntyvän käytäntöyhteyksistään. Uusi tieto on käytännöllistä ja käyttökelpoista. Sitä tuotetaan käytännön kehittämistoiminnan yhteydessä, mutta siinä pyritään hyödyntämään tutkimuksellisia periaatteita. Kysymyksen asettelu nousee käytännön toiminnasta ja rakenteista, tiedonmuodostuksessa käytetään apuna tutkimusta. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta etenee prosessimaisesti täydentyen, jolloin on tärkeää pystyä toimimaan ja tekemään ratkaisuja koko ajan muuttuvassa ja täydentyvässä sosiaalisessa todellisuudessa. Erilaiset tavoitteet ja toimintatavat pyritään tekemään

näkyviksi ja niitä tarkastellaan mahdollisimman monipuolisesti. (Toikko & Rantanen 2009, 22, 54–55.)

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa yhdistyvät tutkimus ja projektityö. Siinä korostetaan systemaattisuutta tiedon keruussa, huolellisuutta dokumentaatiossa ja analyysissa, läpinäkyvyyttä johtopäätösten perusteluissa sekä hyödynnetään kehittämisprojekteille tyypillistä pyrkimystä tarkkaan tavoitteen määrittelyyn, etenevään prosessiin ja tulosten arviointiin. Käytäntöyhteyksissä syntyneen tiedon pätevyydestä käydään keskustelua erilaisissa yhteyksissä ja ympäristöissä, jolloin kaikki tiedon hyödyntäjät arvoivat sitä. (Toikko & Rantanen 2009, 157–158.)

Toimintatutkimus yhdistää teorian ja käytännön. Tavoitteena on tuottaa uutta tietoa ja saattaa se julkisesti arvioitavaksi. Tutkimusaineistoa analysoidaan jatkuvasti ja tuloksia käytetään toiminnan kehittämiseen. Lähtökohtana voi olla toiminnassa havaittu ongelma, jota aletaan kehittämään. Kokeilu saattaa tuottaa uutta ja merkittävää tietoa, joka auttaa kehittämään käytänteitä. Tietoa tuotetaan käytännön kehittämiseksi. Se tavoittelee käytännön hyötyä, käyttökelpoista tietoa sekä muutosta toiminnassa. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2008, 16, 19, 31, 78–82, 103.)

Toimintatutkimus etenee spiraalimaisesti jatkuvana syklinä, jossa tuloksia arvioidaan koko ajan uudestaan ja arviointien tuloksena perusteluja täsmennetään. Suunnittelu ja toteutus sekä havainnointi ja reflektointi vaihtuvat prosessin edetessä. Kehittämistoiminta täsmentyy prosessin aikana, joka spiraalimallissa vaatii pitkäjaksoista prosessia. Spiraalin ensimmäinen kehä luo pohjan kehittämistyölle, jonka aikana tarkastellaan kehittämistyön perusteluja, organisointia, toteutusta ja arviointia. Spiraalimallissa tällaiset kehät seuraavat toisiaan, täydentäen edellisiä. Jotta kehittäminen on tuloksellista, saatetaan tarvita useampi kehä. (Toikko & Rantanen 2009, 66–67.)

6.2.2 Mind Map eli miellekartta aineistonkeruun menetelmänä

Mind Map eli miellekartta on hyvä tapa jäsentää ja pohtia asiakokonaisuuksia ja käsitteitä, jotka liittyvät siihen. Sen voi tehdä eri tavoin, esimerkiksi kirjoittaa keskelle tyhjää paperia ympyröitynä kehittämistyön tärkeimmän asian, avainsanan.

Ympäröidyn avainsanan ympärille kirjoitetaan asiasta mieleen tulevia käsitteitä, jotka yhdistetään omilla viivoillaan keskellä olevaan avainsanaan. Tätä voidaan jatkaa edelleen pohtimalla avainsanan ympärillä olevien käsitteiden kohdalla asioita, jotka niistä nousevat mieleen ja yhdistää ne näihin avainsanoihin. (Ojala, Moilanen & Ritalahti 2014, 34–35.)

Miellekartassa ideat ja käsitteet esitetään monipuolisesti graafisesti ja lineaarisesti. Siinä käsitteiden keskenäinen tärkeysjärjestys hajotetaan. Se kannustaa ideoimaan suunnittelu- ja kehittämistehtäviä. Osallistujat rohkaistuvat ideoissaan yhdistelemään ja luettelemaan eri käsitteitä ilman tiettyä käsitejärjestelmää. (Opetushallitus, [Viitattu 17.9.2017].) Miellekarttaa on helppo käyttää ja se täydentää hyvin muita menetelmiä. Se on arvioinnissa hyvä lähtökohta, johon voi myöhemmin palata tarvittaessa. Asioiden ja toiminnan suhdetta toisiinsa voidaan pyrkiä hahmottamaan miellekartan avulla. (Aalto-Kallio ym. 2009, 91.)

Tässä kehittämistyössä valitsin ensimmäiseksi aineistonkeruumenetelmäksi miellekartan, jonka avulla pystyttiin hahmottelemaan työyhteisömme sen hetkistä moniammatillista yhteistyötä sekä kuntoutujien toimintakykyarviointia. Miellekartat tehtiin työyhteisön taukotilassa osana yhteistä palaveria. Paikalla oli suurin osa työntekijöistä (n=10), osa oli estyneitä osallistumaan. Miellekarttoja tehtäessä osallistuin itse siihen ohjeistamalla tehtävän ja kirjoittamalla muistitaululle esiin tulevat käsitteet. Otin miellekartoista puhelimen kameralla kuvat, joista on kuviot kappaleessa 2 (kuviot 1-3). Ottamani kuvat miellekartoista muokkasinkin tietokoneella.

6.2.3 Ennakoarviointi aineistonkeruumenetelmänä

Ennakoarviointia käytetään työväliseen suunnittelussa ja päätöksenteossa. Arvioinnin tekemisessä ovat mukana eri asiantuntijat, työntekijät ja päättäjät sekä ne ihmiset, joihin päätökset vaikuttavat. Ennakoarviointi auttaa valitsemaan parhaan vaihtoehdon, käsittelemään ristiriitaisia näkökulmia ja tavoitteita sekä lisää avoimuutta suunnittelussa ja päätöksenteossa. Arvioimalla ennakkoon IVA:n (ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi) avulla päätösten vaikutusta, voidaan päätösten laatua parantaa ja helpottaa vaikutuksiin varautumista. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

IVA arvioi ennalta, miten eri päätökset vaikuttavat ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen. Hankkeet, suunnitelmat ja muut päätökset voivat olla sen kohteena. Sillä tarkastellaan vaihtoehtoisia ratkaisumalleja, joiden tarkoitus on selkiyttää tavoitteita ja mahdollistaa ristiriitojen käsittely. Samalla se havainnollistaa, miten tavoitteet voidaan saavuttaa parhaalla mahdollisella tavalla. Resursseista ja tarpeista riippuen voidaan valita tavanomainen tai nopea ennakoarviointi. Nopeaa ennakoarviointia voi käyttää, kun tilanne vaatii nopeaa päätöksentekoa, kun resursseja tai aikaa on rajallisesti (esimerkiksi yhden työkokouksen aikana). Jos nopea ennakoarviointi ei toimi tai sitä ei tarvita, voidaan tehdä tavanomainen ennakoarviointi. Nopea IVA toimii suunnittelun jäsentämiskehikkona jo olemassa olevalle materiaalille sekä apuvälineenä tunnistamaan vaikutukset. Sen voi tehdä yhdessä työryhmän kanssa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Nopeassa ennakoarvioinnissa on kolme vaihetta osana päätöksenteon valmisteluprosessia: vaihtoehtojen kuvaaminen, niiden tunnistaminen ja niiden vertailu. Eri vaihtoehtoja pohtimalla tavoitellaan parasta tapaa toteuttaa päätettävä asia. Se selkiyttää tavoitteita ja havainnollistaa, miten ne ovat saavutettavissa. Kaikki vaihtoehdot kuvataan tasapuolisesti. Yhtenä vaihtoehtona on hyvä olla nykytilanne eli nollavaihtoehto. Tämä kuvaa sitä, mitä tapahtuu, mikäli päätöstä muutoksesta ei tehdä. Se on vertailun pohjana arvioinnissa. Vaihtoehtojen suunnitelmien avulla voidaan etsiä ratkaisuja tulevaisuuden haasteisiin sekä prioroida tai arvioida omaa työtä. Kuvattaessa vaihtoehtojen toteutumisprosessi voidaan nähdä, miten tulokseen voi vaikuttaa itse sekä mitkä tekijät ovat vaikuttamassa tulevaisuuden toteutumiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Toisena tiedonhankintamenetelmänä käytin ennakoarviointitaulukkojen arviointia. Koko työyhteisölle tekemiäni miellekarttojen pohjalta olin valmistellut ennakoarviointitaulukot aiheista a) Moniammatillisuus kuntoutusyksikössä (taulukko 1, s 43) sekä b) Kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arviointi kuntoutusyksikössä (taulukko 2, s 44). Kopioin taulukot jokaiselle A-ryhmän jäsenelle ja he saivat ne viikkoa ennen palaveria etukäteen luettavaksi. Luetun pohjalta ryhmäläiset miettivät etukäteen käsiteltäviä aiheita ja vaihtoehtoja.

Kahdessa palaverissa A-ryhmä (1. palaveri n=5 ja 2. palaveri n=6) pohti taulukoiden 1 ja 2 pohjalta vaihtoehtoja, millaista moniammatillisuutta kuntoutusyksikössä lähdetäisiin tavoittelemaan ja millainen olisi sopiva tapa arvioida toimintakykyä. Molemmissa kohdissa oli kolme vaihtoehtoista valintamahdollisuutta (A, B ja C), joissa vaihtoehto A vastasi kehittämistyön alkutilannetta. Vaihtoehdot B ja C olivat vaihtoehtoja, joissa käytäntöihin tehtiin joitakin muutoksia miellekarttojen analysoinnin pohjalta. Itse toimin palaverissa tarkkailijana, yksi ryhmäläisistä sihteerinä. Keskustelu palavereiden aikana oli vilkasta, kaikki osallistuivat keskusteluun esittäen omia ajatuksiaan ja näkemyksiään.

Taulukko 1 Ennakoarviointi: Moniammatillinen yhteistyö kuntoutusyksikössä

Vaikutukset	Vaihtoehto A	Vaihtoehto B	Vaihtoehto C
Tavoite	Kahvihuonekeskustelut ja joskus terapeuttien välinen kokous (toiminta jatkuu ennallaan)	Kahvihuonekeskustelut ja alku- ja loppuarvioinnin yhteydessä terapeuttien yhteispalaveri	Kahvihuonekeskustelut ja alku- ja loppuarvioinnin yhteydessä terapeuttien ja asiakkaan (tarvittaessa omaisen/ avustaja mukana) välinen yhteispalaveri (mahdollisuuksien mukaan kotikäyntinä)
Vaikutus asiakkaisiin	Terapiat ja niiden tavoitteet ovat joka terapeutilla omansa, irrallisia. Asiakkaalla on monta eri tavoitetta ja kokonaisvaltaisesta toimintakyvystä saattaa olla terapeuteilla toisistaan poikkeava näkemys.	Asiakkaan kokonaisvaltainen toimintakyvyn tilanne voidaan huomioida paremmin, kun saadaan tärkeää tietoa asiakkaan tilanteesta. Mutta asiakkaan oma näkemys ei tule esiin hänen näkökulmaansa.	Asiakkaan oma mielipide toimintakyvystä ja terapian tavoitteista otetaan huomioon suunnittelussa ja toteutuksessa, yhdistettynä eri ammattiryhmien näkemykseen.
Vaikutus työntekijöihin	Terapeuteilla ei ole yhteistä, kokonaisvaltaista näkemystä asiakkaan toimintakyvystä. Terapeutit harjoittavat omiaan, tärkeää tietoa ei välttämättä saada toisilta.	Asiakkaan kokonaisvaltainen toimintakyky tulee paremmin huomioiduksi, kun tärkeä tieto asiakkaasta kulkee terapeuttien välillä.	Kokonaisvaltainen kuva asiakkaan toimintakyvystä. Opitaan toisilta terapeuteilta ja asiakkaalta, kun käydään asioita yhdessä läpi.
Vaikutus työyhteisöön	Tilanne pysyy nykyisellään.	Yhteistyö eri terapeuttien välillä paranee. Terapioiden laatu paranee.	Yhteistyö eri terapeuttien ja asiakkaan välillä paranee. Terapioiden laatu paranee.

Taulukko 2 Ennakkoarviointi: Toimintakyvyn arviointi kuntoutusyksikössä

Vaikutukset	Vaihtoehto A	Vaihtoehto B	Vaihtoehto C
Tavoite	Jokainen valkoi itse haluamansa testit nykyisellä tyylillä, haastattelun ja havainnoinnin lisäksi. Ei yhteisiä valintaperiaatteita eikä yhteistyössä toisten hoitavien terapeuttien kesken valintoja. Erilaisia valittavia testejä on tällä hetkellä noin 20-30.	Käytetään TOIMIA-tietokannan mukaisia diagnoosi -pohjaisia testejä (sekä muutamaa muuta), haastattelun ja havainnoinnin lisänä. Yhteisesti mieltien toiminta- ja fysioterapeuttien kesken.	Käytetään TOIMIA-tietokannan mukaisia diagnoosi -pohjaisia testejä (sekä muutamaa muuta), haastattelun ja havainnoinnin lisänä. Kotikäynnillä arvioidaan toimintakykyä arkiympäristössä yhdessä asiakkaan terapeuttien kesken.
Vaikutus asiakkaisiin	Jokainen terapeutti tekee oman arvion, omien valitsemiensa testien avulla, asiakkaan toimintakyvystä ja suunnittelee terapian tavoitteet ja toteutuksen niiden mukaan.	Toimintakyvystä saadaan kokonaisvaltaisempi kuva, jolloin terapian tavoitteisiin ja toteutukseen pystytään vaikuttamaan paremmin. Näitä kautta toimintakykyä pystytään myös harjoittamaan kokonaisvaltaisemmin.	Asiakas miettii yhdessä kaikkien terapeuttiensa kanssa omaa toimintakykyään ja pystyy vaikuttamaan paremmin tavoitteisiinsa ja harjoituksiin. Terapeutit saavat kokonaisvaltaisemman kuvan asiakkaan toimintakyvystä myös kotioloissa ja pystyvät siten huomiomaan sen terapiassaan.
Vaikutus työntekijöihin	Päätös käytettävistä toimintakyvyn mittareista täysin itsenäinen, samoin tulosten tulkinta.	Päätös käytettävistä toimintakyvyn mittareista perustuu kullekin diagnoosille valideiksi todettuihin testeihin. Terapeuttien välinen tieto toimintakyvyn tilanteesta paranee. Yhteistyö asiakkaan ja terapeuttien välillä paranee.	Päätös käytettävistä toimintakyvyn mittareista perustuu kullekin diagnoosille valideiksi todettuihin testeihin. Lisätietoa toimintakyvystä saadaan kotikäynnillä. Terapeuttien ja asiakkaan välinen tieto toimintakyvystä ja sen tavoitteista paranee. Yhteistyö asiakkaan ja terapeuttien välillä paranee.
Vaikutus työyhteisöön	Toiminta jatkuu ennallaan.	Työyhteisön yhteistyö paranee.	Työyhteisön yhteistyö paranee.

Edellä olevien ennakkoarviointitaulukkojen 1 ja 2 mallina on käytetty soste.fi -sivustolta löytyvää ennakkoarviointitaulukko -mallia. (SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, [Viitattu 6.11.2017].)

6.2.4 SWOT-analyysi aineistonkeruumenetelmänä

SWOT-analyysi on strategiatyökalu, jonka avulla pyritään luomaan selkeä kokonaiskuva analysoitavasta tilanteesta/asiasta ja tukemaan valintoja. Sillä selvitetään yrityksen sisäisiä vahvuuksia ja heikkouksia sekä toisaalta ulkoisen ympäristön luomia mahdollisuuksia ja uhkia. Tavoitteena on analyysin perusteella tehdä valintoja ja toimintasuunnitelmia. Analyysiä tehdessä samat asiat voidaan kokea sekä vahvuuksina että heikkouksina. (Vuorinen 2013, 88–89.)

SWOT-analyysin tulokset ovat subjektiivisia. Eri henkilöt saattavat tulkita sen tuloksia eri tavoin. Kehittämisprosessia voi ohjata SWOT-analyysin avulla, se auttaa myös tunnistamaan prosessin kriittisiä kohtia. SWOT tulee sanoista S (strengths eli vahvuudet), W (weaknesses eli heikkoudet), O (Opportunities eli mahdollisuudet) ja T (threats eli uhkat). (Opetushallitus, [Viitattu 6.11.2017].)

Swot-analyysin voi tehdä kaksivaiheisena. Ensimmäisessä vaiheessa pohditaan, mitä tulee eri nelikentän lohkoihin. Nykytilannetta kuvataan vahvuuksilla ja heikkouksilla ja tulevaisuuteen otetaan kantaa mahdollisuuksilla ja uhilla. Toisessa vaiheessa uudella swot-analyysin avulla pohditaan nykyisen toiminnan hyviä puolia ja missä voisi olla parannettavaa. (Aalto-Kallio ym. 2009, 86-87.)

Kolmantena aineistonkeruumenetelmänä kehittämistyössä käytin SWOT-analyysia kahdella tavalla. Niiden avulla työryhmä mietti aiemmin keväällä kehitettyä toimintamallia koskien moniammatillisuutta työyhteisössämme sekä toimintakyvyn arviointia. Jokaiseen (4) SWOT-analyysin tekoon oli varattu 15 minuuttia aikaa (ks. taulukot 3-6). Ensimmäisessä B-ryhmän palaverissa ryhmä (n=7) pohti SWOT:illa Folkhälsan Välfärd Ab/Rehab Korsholmin uuden toimintamallin mukaisen moniammatillisuuden vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia. Näiden pohjalta tehtiin uusi SWOT, jossa mietittiin miten muuttaa vahvuudet vahvemmiksi, heikkoudet vahvuuksiksi, miten lisätä mahdollisuuksia ja poistaa uhkia tai muuttaa ne mahdollisuuksiksi.

Toisessa palaverissa B-ryhmä (n=8) mietti jälleen SWOT-analyysin avulla, millaiseksi he kokivat uuden toimintamallin mukaisen toimintakyvyn arvioinnin Rehab Korsholmissa – vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhkat. Niiden

tulosten pohjalta he miettivät vielä toisen SWOT:n avulla, miten muuttaa vahvuudet vahvemmiksi, heikkoudet vahvuuksiksi, miten lisätä mahdollisuuksia sekä miten poistaa uhkia tai muuttaa ne mahdollisuuksiksi.

6.2.5 Toimintakyvyn arvioinnin mittareiden ja testien valinta

Ennen toimintakyvymittareiden pohdintaa ja valintaa keräsin tietoa eri mittareista ja niiden käyttömenetelmistä Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen (THL) ylläpitämältä TOIMIA-tietokanta sivustolta (TOIMIA 2011-2014). TOIMIA-tietokannassa jokaisen testin kohdalla on merkitty testin soveltuvuus kullekin ryhmälle. Selvitin etukäteen, mitkä toimintakykytestit olivat asiakaskunnallemme sopivimpia ja tulostin useita eri testejä A-ryhmälle etukäteen tutustuttaviksi. Dialogisesti keskustellen kävimme ryhmän kanssa läpi eri toimintakykytestejä ja valitsimme meidän kuntoutusyksikköön mielestämme sopivimmat ja osan jätimme ulkopuolelle. Lähestyimme testejä moniammatillisesti ajatuksella, miten saisimme mahdollisimman laajan käsityksen asiakkaistamme. Pohdimme samalla, millaisen jaottelun teemme testeille – lähdemmekö liikkeelle diagnoosin pohjalta eli teemmeko testit jokaiselle diagnoosiryhmälle erikseen vai valitsemmeko toisen lähestymistavan, joka palvelisi meitä ja asiakkaitamme paremmin.

6.2.6 Kehittämistyön loppuarviointia yhteispalaverissa

Viimeisessä aineistonkeruumenetelmässä koko työyhteisö pohti dialogin avulla uutta toimintamallia ja sen käyttöönottoa. Keskustelun pohjana käytettiin alkutilanteessa tehtyjä miellekarttoja ja niihin peilattiin tilannetta kehittämistyön lopussa.

7 KEHITTÄMISTYÖN ANALYYSI JA TULOKSET

7.1 Aineiston analyysi

Tutkimusosien analysointi ja niiden tarkastelu osana suurempaa kokonaisuutta vaihtelevat laadullisessa tutkimuksessa, analysointi tapahtuu spiraalinomaisesti. Laadullinen analyysi antaa raakatietoa, joka pitää jäsenellä. Aineistonkeruun jälkeen laadullisessa analyysissä saatu raakatieto kirjoitetaan puhtaaksi (esimerkiksi pöytäkirjat, omat merkinnät, swot, miellekartta) ja verrataan omiin muistikuviiin tilanteesta. Näiden pohjalta aineistosta tehdään yhteenveto. Sisällön analyysissä tieto jaetaan eri teemoihin tai kategorioihin ja niiden välillä etsitään yhteyksiä. Teemoittamisessa kerätty tieto jäsenellään ja yksinkertaistetaan ja valitaan tärkein/tärkeimmät teemat. Tiedon kategorisoinnissa eri teemat ryhmitellään kategorioihin, jotka jäsentävät tekstiä ja syntyvät aineiston pohjalta. Niiden perusteella voidaan päätellä joidenkin aineistojen muistuttavan toisiaan tai eroavan toisistaan. (Jacobsen 2012, 141–147.)

Laadullisen aineiston analyysissä havaintoja pelkistetään. Aineiston analysointi tehdään tietyn metodologian ja teorian näkökulman pohjalta. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2014, 125.) Jacobsenin (2009, 142) mukaan sisällön analyysissä saatu aineisto jaetaan kategorioihin tai teemoihin ja niiden väliltä pyritään löytämään yhteys. Tämän kehittämistyön analyysissä oli piirteitä sisällön analyysistä. Eri aineistonkeruumenetelmin saatu aineisto jäseneltiin teemoihin ja niiden välillä etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia.

Ensimmäisen aineistonkeruumenetelmän miellekarttojen antaman tiedon analysoin heti niiden keräämisen jälkeen. Niiden perusteella kehitin kaksi ennakoarviointitaulukkoa, joiden avulla työryhmä valitsi mielestään parhaimmat vaihtoehdot moniammatillisuudesta ja toimintakyvyn arvioinnista työstettäväksi eteenpäin. Työryhmä kävi dialogia toimintakyvyn arvioinnista analysoiden yhdessä materiaalia läpi. Yhteisen analyysin pohjalta työryhmä kehitti uuden toimintatavan toimintakyvyn moniammatilliseen arviointiin kuntoutusyksikössä. Swot-taulukoiden avulla työryhmä kävi läpi uutta toimintamallia ja teki muutosehdotuksia. Sisällön analyysia mukaillen kävin tulokset läpi ja muokkasin niiden pohjalta toimintamallia

jonkin verran. Dialogin pohjalta tehtyjen muistiinpanojen avulla analysoin viimeisen kehittämistyötä käsittelevän yhteispalaverin, jossa käytiin yhdessä läpi uuden toimintamallin toimivuutta ja käyttöönottoa. Kaikkien eri aineistonkeruumenetelmien ja niiden analysoinnin pohjalta tein kehittämistyöstä johtopäätöksiä sekä pohdin tutkimuksen luotettavuutta ja etiikkaa sekä mahdollisia kehittämisajatuksia jatkoa ajatellen.

7.2 Ensimmäisen yhteispalaverin analysointia ja tulokset

Miellekartoista näkee työyhteisömme tekevän moniammatillista yhteistyötä monen eri tahon kanssa (kuvio 1, s 12). Yhteistyötahoja ovat eri organisaatioiden (terveyskeskukset, keskussairaala, yliopistolliset sairaalat, kuntoutuslaitokset sekä toiset yksityiset organisaatiot) fysio- ja toimintaterapeutit, sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät ja lääkärit. Yhteistyötä tehdään myös kuntoutusohjaajien, Kelan ja keskussairaalan kuntoutuskäsittelijöiden sekä apuvälinehenkilöstön kanssa. Lisäksi teemme työtä avustajien ja muun hoitohenkilökunnan, opettajien ja lastentarhanopettajien sekä taksikuskien kanssa. Tässä kehittämistyössä emme miettineet enempää moniammatillista yhteistyötä näiden tahojen kanssa vaan keskityimme täysin oman työyhteisömme moniammatillisen yhteistyön ja toimintakyvyn arvioinnin kehittämiseen.

Omassa työyhteisössämme moniammatillinen yhteistyö kehittämistyön alkuvaiheessa ei ollut systemaattista tai säännöllistä (kuvio 2, s 13). Asiakkaan tilanteen arviointia ja suunnittelua/pohtimista tapahtui terapeuttien kesken lähinnä satunnaisesti ja epävirallisesti, kestäen vain muutaman minuutin kerrallaan. Moniammatillinen yhteistyö koostui kuntoutusyksikön tiloissa tapahtuneista 1) muutaman minuutin pituisista keskusteluista kahvipöydässä tai käytävällä, 2) fysio- ja toimintaterapeuttien etukäteen sovituista pikkutiimeistä, jotka olivat kokoontuneet muutaman kerran sekä 3) pikakonsultaatioista, joissa kesken terapiakäynnin pyydettiin toisen ammattiryhmän terapeuttia arvioimaan tilannetta, tämä oli toteutunut ainoastaan pari kertaa. Asiakas ei näissä tilanteissa ollut yleensä mukana, ainoastaan pikakonsultaatioissa.

Toisessa miellekartassa käytiin läpi työyhteisömme sen hetkistä kuntoutujan toimintakyvyn arviointia sekä mihin koettiin tarvetta panostaa enemmän tulevaisuudessa (kuvio 3, s 15). Sen perusteella todettiin sekä fysio- että toimintaterapeuttien tekevän tahoillaan erilaisia toimintakykytestejä arvoidessaan kuntoutujan toimintakykyä. Lisäksi kuntoutujan toimintakykyä kuvattiin sen pohjalta, miten terapiassa havainnoidaan toiminta- ja liikkumiskykyä sekä terapiatiloissa että kotiympäristössä tapahtuen. Tietoa kuntoutujan toimintakyvystä saatiin myös haastatellen pääasiassa asiakasta, ajoittain myös omaisia sekä hoitohenkilökuntaa/avustajaa. Tämän miellekartan perusteella todettiin tarvetta arvioida entistä enemmän kuntoutujan toimintakykyä kotiympäristössä, huomioiden lisäksi omaisten ja hoitohenkilökunnan/avustajien näkemys enemmän. Toimintakyvyn arvioinnin kohdalla tuli esiin tarve yhtenäistää fysio- ja toimintaterapeuttien toimintakyvyn ja tutkimustulosten arviointia ja hyödyntää niiden tuloksia laajemmin. Tarve moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi kuntoutusyksikössämme tuli esiin myös tässä toimintakykyarvion osuudessa.

7.3 A-ryhmän yhteispalavereiden analysointia ja tulokset

Moniammatillista yhteistyötä käsiteltäessä työryhmä päätyi keskustelun ja pohdinnan jälkeen ennakoarviointitaulukon vaihtoehtoon C (ks. taulukko 1, s 43). Miettiessään toimintakyvyn arviointia ennakoarviointitaulukon pohjalta he päätyivät tässäkin C vaihtoehtoon (ks. taulukko 2, s 44). Työryhmässä kaikki osallistuivat keskusteluun innokkaasti, esittäen omia näkemyksiään ja mielipiteitään.

Jokainen työryhmän jäsen oli sitä mieltä, että moniammatillista yhteistyötä pitää lisätä kaikkien hoitavien terapeuttien kesken. Näin myös tilanteissa, joissa ainoastaan fysioterapeutit ovat terapeutteina. Osallistujat ajattelivat, ettei alkutilanteen mukainen käytäntö anna riittävän laajaa ja kokonaisvaltaista kuvaa kuntoutujan toimintakyvystä. Toiminta- ja fysioterapeutit työskentelivät siinä vaiheessa saman asiakkaan kanssa, mutta eri tavoittein. Hankalaksi koettiin fysioterapeuttien käytäntö, jossa toinen fysioterapeuteista oli "vastuuterapeutti". Joissain tilanteissa oli saattanut käydä jopa niin, että "ei-vastuullinen" fysioterapeutti ei ollut kunnolla tiennyt asiakkaan itselleen asettamia tavoitteita. Työnjako koettiin

epätasa-arvoiseksi eikä se palvellut kuntoutujaa tai terapeutteja riittävästi. Työskentely oli pitkälti moniammatillista rinnakkaistyöskentelyä. Isoherrasen (2005, 26) mukaan rinnakkain työskennellessä dialogia syntyy vain harvoin. Kokonaiskuvan muodostaminen asiakkaasta ei onnistu, mikäli asiakkaan tavanneiden asiantuntijoiden kesken ei synny yhteistä dialogia, tasavertaista keskustelua.

Kehittämistyön alkutilanne ei antanut riittävän kattavaa kuvaa kuntoutujan toimintakyvystä ja mahdollisista rajoitteista siinä, etenkin arkiympäristössä. Pelkät erilaiset testit ”kliinisessä terapiaympäristössä” eivät riitä toimintakyvyn kartoittamiseen vaan siihen kaivattiin esimerkiksi kotikäynneillä esiin tulevia tilanteita. Ilman kotitilanteessa tapahtuvaa yhteispalaveria saattaa jäädä tärkeitä asioita huomaamatta, ne eivät välttämättä tule terapeutille tietoon. Lisäksi osallistujat ajattelivat kuntoutujan löytävän helpommin konkreettisia, itselleen tärkeitä tavoitteita arkielämänsä tilanteisiin, kun niitä mietitään yhdessä hänen kotonaan. Asiakkaan ”ääni” ja kokonaistilanne ajateltiin tulevan paremmin huomioon otetuksi sillä tavoin.

Timo Harran (2011, 174) mukaan kotona tapahtuvan harkinnan ja päätöksenteon kautta asiakas sitoutuu vahvemmin terapiaan ja muutoksen aikaan saaminen saattaa olla tehokkaampaa pitkällä aikavälillä kuin pelkkä ohjeiden ja neuvojen saanti. Merja Reunanen (2011, 184–185) toteaa kotona toteutuvan terapian olevan vuorovaikutukseltaan tasa-arvoisempaa terapeutin ja asiakkaan välillä kuin kliinisessä toimintaympäristössä. Jotta terapialla voidaan tukea konkreettisesti kuntoutujan aktiivista toimijuutta, voimavaroja sekä sosiaaliseen toimintaympäristöön paluuta, on välttämätöntä tuntea hänen arkitilanteensa.

Moniammatillinen, kaikkien hoitavien terapeuttien osallistuminen yhteispalaveriin koettiin tärkeäksi. Kokonaisvaltaisen toimintakyvyn tavoitteet pystytään tarkemmin asettamaan yhteisen dialogin kautta, kun kaikki hoitavat terapeutit, kuntoutujat ja mahdollisesti omaisen/avustaja miettivät niitä yhdessä. Samalla voidaan yhdessä pohtia esimerkiksi, mitä terapiassa olisi hyvä huomioida, konsultoiden toista ammattiryhmää, asiakasta kuunnellen. Työryhmä mietti myös, että kuntoutujan omaisen tai/ ja avustajan/hoitohenkilökunnan jäsenen osallistuminen yhteispalaveriin olisi (tietyissä tilanteissa) hyvä. Se auttaisi osaltaan luomaan kuvaa

toimintakyvystä. Alanko ym. (2017, 54) tutkimuksen mukaan omaisen osallistuminen keskusteluihin toi kuntoutujalle henkistä tukea ja rohkaisua sekä konkreettista apua. Omaiselta saatu tuki auttoi kuntoutujaa osallistumaan täysivaltaisesti.

Työryhmä koki vaikeaksi löytää kaikille sopiva yhteinen aika yhteispalaveriin asiakkaan kotona. Tiimin jäsenet kokivat kuitenkin kotikäynnin ja koko hoitotiimin ja kuntoutujan yhteispalaverin niin tärkeäksi toimintakyvyn ymmärtämisen kannalta, että päätyi ehdottamaan tällaista muutosta kuntoutusyksikön toimintatapoihin. Suunnitelma vaatii toteutuakseen joustavuutta koko työtiimiltä ja työyhteisöltä, jotta aikataulut saataisiin sovitettua yhteen ja kotikäyntipalaverit toteutuisivat. Se saattaa vaatia myös terapeutin oman näkemyksen muutosta moniammatillisesta yhteistyöstä työyhteisössä.

Esitettyssä mallissa kaikki hoitavat terapeutit ovat tasa-arvoisia keskenään ja terapeutoista sekä tavoitteista on yhteisvastuu. Kaikilla hoitavilla terapeuteilla on kuntoutujan tilanteesta yhtenevä näkemys/tieto. Salmelaisen (2008, 135) tutkimuksessa tuli ilmi, että kotioloissa selviytymistä ja avun tarvetta pystyi arvioimaan eri lähtökohdista käsin, kun kotikäynnille osallistui eri ammattiryhmän edustajia ja heidän eri alojen ammattiosaamisensa yhdistyi.

Toimintakykyarviointiin käyttöön otettavista mittareista ja menetelmistä keskusteltiin työryhmässä dialogisesti. Työryhmä keskusteli pitkään siitä, miten työyhteisössä tullaan lähestymään toimintakykymittareita. Kootaanko jokaiselle diagnoosiryhmälle omat, juuri sille diagnoosille soveltuvien mittaristo vai otetaanko kuntoutusyksikköön jonkin muun perusteella jaoiteltu toimintakyvyn arviointiin. Työryhmä päätyi kehittämään toimintakykyarviointiin oman jaoittelutavan toiminta- ja liikuntakyvyn pohjalta. Työryhmä päätti ottaa laajemmin käyttöön myös kuntoutujan itsearviointitestit. Toimintakyvyn arviointiin käyttöön otettavat mittarit/testit löytyvät pääasiassa, muutamaa lukuun ottamatta, valtakunnallisesta TOIMIA-tietokannasta. Liitteessä 2 näkyy kokonaisuudessaan uusi toimintamalli kuntoutusyksikön toimintakyvyn moniammatillisesta arvioinnista.

Kuntoutuksen uudistamiskomitea (2017, 80) ehdottaa, että kuntoutuksen suunnittelussa ja arvioinnissa käytetään tuloksia, jotka saadaan asiakkaan

vastaamana kyselyihin. Sen nähdään parantavan laatua ja suunnitelmallisuutta kuntoutuksessa sekä antavan lisätietoa kuntoutuspalveluiden vaikuttavuudesta. Arvioinnissa suositellaan käytettävien mittareita, jotka ovat TOIMIA-verkoston arvioimia. Näiden mittareiden valintaa ohjaa ICF-viitekehys. Pyöriän, Reunasen, Nyrkkön, Kautiaisen, Pieninkeroisen, Tapiolan ja Lohikosken (2015, 33) tutkimuksen mukaan terapian suunnittelussa toimintakyvyn systemaattinen arviointi antaa kuntoutujalle omasta toimintakyvystään ymmärrettävää tietoa. Laxellin ja Fisherin (2017, 145–146) mukaan asiakkaasta tulee kerätä tietoa eri vaiheissa terapiajaksoa. Tulee arvioida, miten kuntoutusprosessi on edennyt, millä tavalla kuntoutus on vaikuttanut kuntoutujan tilanteeseen sekä miten kuntoutuja itse kokee hyötynensä kuntoutuksesta ja onko hän saavuttanut asettamansa tavoitteet.

7.4 B-ryhmän yhteispalavereiden analysointia ja tulokset

Työryhmä pohti kehitettyä uutta toimintamallia kahdessa yhteistyöpalaverissa swot-analyysien avulla ja päätyi tekemään pieniä muutoksia/lisäyksiä siihen. Moniammatillisuutta käsiteltiin kahdella eri SWOT-analyysillä, jossa ensimmäisessä mietittiin toimintamallin vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia. Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa 3 näkyy, millaiseksi työryhmä analysoi uuden toimintamallin kuntoutuksen moniammatillisuuden näkökulmasta ja taulukossa 4 (s 53), millaiset muutokset he kokivat tärkeiksi toteuttaa.

Taulukko 3. Swot-analyysi uuden toimintamallin moniammatillisuudesta kuntoutusyksikössä.

<p>VAHVUUDET</p> <p>Sama tieto tilanteesta kaikilla terapeuteilla</p> <p>Tärkeä käydä kotikäynnillä -> uusia asioita esille, omaiset plussaa</p> <p>Tiiminä tulee työskenneltyä paremmin kohti samaa tavoitetta</p> <p>Saada myös asiakas, omaiset ja avustajat työskentelemään kohti tavoitetta (omakohtainen tavoite)</p>	<p>HEIKKOUEDET</p> <p>Aikataulutus!</p> <p>Ylityöriski</p> <p>Useampi terapeutti, saako kaikki työntekijät maksun kotikäynnistä/palaverista?</p> <p>Kaikki asiakkaat eivät halua terapeutteja kotiinsa.</p>
<p>MAHDOLLISUUDET</p> <p>Jos kotitilanteessa ei ole muutoksia, ei tarvetta kotikäynnille joka vuosi -> palaveri vastaanotolla</p> <p>Onko tarvetta kaikille asiakkaille? Esimerkiksi jos on pitkään käynyt terapiassa eikä ole useita terapeutteja/terapiota.</p> <p>Valtasuhde kotona muuttuu -> asiakas on kotona vahvoilla</p>	<p>UHKAT</p> <p>Työntekijän uupuminen työmäärän lisääntyessä ja aikataulujen sovittelussa.</p> <p>Normaali asiakastyö kärsii jatkuvista aikataulumuutoksista.</p>

Taulukko 4. Swot-analyysin avulla muutosehdotukset uuden toimintamallin moniammatillisuuteen kuntoutusyksikössä.

<p>VAHVUUDET VAHVEMMIKSI</p> <p>Nähdään niin tärkeäksi, että uhkat on tärkeä muuttaa mahdollisuuksiksi</p>	<p>HEIKKOUEDET VAHVUUKSIKSI</p> <p>Asiakkaan valmistaminen tilanteeseen -> perustelut miksi, positiivinen asenne</p> <p>Terapiasuunnitelmaan jo maininta kotikäynnistä ja keskustelu siitä asiakkaan kanssa.</p> <p>Kotikäyntien porrastus -> ei kaikille asiakkaille heti ja samaan aikaan</p> <p>Liikkumavaraa omassa aikataulussa, mihin siirtää asiakkaita.</p>
<p>MAHDOLLISUUDET SUUREMMIKSI</p> <p>-</p>	<p>UHKIEN POISTO TAI NIIDEN MUUTTAMINEN MAHDOLLISUUKSIKSI</p> <p>Kotikäyntiä ei heti kaikille asiakkaille vaan tarpeen mukaan.</p> <p>Pitkällä tähtäimellä ehkä säästetään aikaa, kun saa tietoa kotitilanteesta.</p>

Analysoinnin perusteella työryhmä koki vahvuudeksi, että moniammatillisen yhteistyön avulla kaikilla terapeuteille tulee sama tieto tilanteesta. Kotikäynnit koettiin tärkeiksi, koska ne antava uusia tietoja kuntoutujasta, lisäksi koettiin etuna, että omaiset saattavat olla mukana tilanteessa. Vahvuudeksi nähtiin myös se, että terapeutit, asiakas, omaiset ja avustajat saadaan työskentelemään kohti omakohtaista tavoitetta. Muutos moniammatillisuudessa ja kotikäyntien kohdalla nähtiin niin tärkeänä, että ajateltiin olevan tärkeää muuttaa uhkat mahdollisuuksiksi.

Heikkouksiksi koettiin, etteivät kaikki asiakkaat halua terapeutteja kotiinsa. Jotta tähän pystyttäisiin vaikuttamaan, nähtiin tärkeäksi valmistella asiakasta tilanteeseen, perustellen miksi yhteinen kotikäynti tehdään. Lisäksi terapeutin positiivisen asenteen kotikäyntiä kohtaan ajateltiin olevan tärkeää. Terapiasuunnitelmaan ehdotettiin tehtävän muutos, jossa mainittaisiin kotikäynnistä. Työryhmä mietti myös, saako kaikki työntekijät korvauksen yhteispalaverista tai kotikäynneistä. Heikkoudeksi nähtiin aikataulutuksen vaikeus sekä osittain siitä johtuva riski ylitöistä. Aikataulutuksen haastavuus koettiin uhkana. Pohdittiin työntekijän uupumisriskiä aikataulujen sovittelussa ja toisaalta työmäärän lisääntyessä. Lisäksi normaalin asiakastyön ajateltiin kärsivän jatkuvista aikataulumuutoksista. Tähän työryhmä ehdotti kotikäyntien porrastusta, ettei kaikille asiakkaille tehdä kotikäyntejä samaan aikaan. Lisäksi todettiin, että terapeuttien omiin aikatauluihin tarvitaan liikkumatilaa, jotta tarvittaessa pystyy siirtämään asiakkaiden aikoja.

Mahdollisuuksina nähtiin, että kotona valtasuhde muuttuu niin, että asiakas on siellä vahvoilla tavoitteita asetettaessa. Silloin kuntoutuja ja terapeutit ovat tasa-arvoisia keskustelussa. Mahdollisuuksien kohdalla todettiin myös, ettei moniammatillista yhteistyötä tarvitse sellaisten asiakkaiden kohdalla, joilla on vain yksi terapeutti. Lisäksi mietittiin, että mikäli kotitilanteessa ei ole tapahtunut muutoksia, ei kotikäyntiä ole välttämätön tehdä.

Työryhmä analysoi toimintakyvyn arviointia kuntoutusyksikössä kahden swot- taulukon avulla. Taulukossa 5 nähdään, millaiseksi työryhmä koki uuden toimintamallin mukaisen toimintakyvyn moniammatillisen arvioinnin kuntoutusyksikössä ja taulukossa 6 (s 56), millaisia muutoksia he kokivat tarpeelliseksi tehdä siihen.

Taulukko 5. Swot-analyysi kuntoutusyksikön uuden toimintamallin mukaisesta toimintakyvyn moniammatillisesta arvioinnista.

<p>VAHVUUDET</p> <p>Kaikilla on käytössä yhtenäiset testit</p> <p>Laatu paranee -> hyviksi todettuja ja laadukkaita testejä</p>	<p>HEIKKOUEDET</p> <p>Jotkut testit antavat eri tuloksen sen mukaan, kuka testin tekee. Terapeutit ajattelevat eri tavoin. Myös asiakkaat ajattelevat eri tavoin vuodesta toiseen.</p>
<p>MAHDOLLISUUDET</p> <p>On ihan hyvä tutustua uusiin testeihin.</p> <p>Oman itsen ja työn kehittäminen.</p>	<p>UHKAT</p> <p>Kaikki asiakkaat eivät suhtaudu positiivisesti testaamiseen.</p> <p>Asiakkaat pelkäävät, miten testien suorittaminen vaikuttaa esim. Kelan päätöksiin. Laskelmoivat testejä tehdessä, suoritus ei välttämättä vastaa todellista toimintakykyä.</p> <p>Muutosvastarinta.</p> <p>Mistä aika tutustua uusiin testeihin?</p>

Uuden toimintamallin mukaisen toimintakykyarvion vahvuudeksi nähtiin, että kaikilla terapeuteilla on käytettävissä yhtenäiset, laadukkaat ja hyviksi todetut testit. Sen myötä tehtävän arvioinnin laatu paranee. Uusiin testeihin tutustuminen nähtiin mahdollisuutena. Samalla myös mahdollistuu oman itsen ja työn kehittäminen.

Heikkoudeksi työryhmä koki, että osan testeistä tulos muuttuu eri tekijöiden kesken. Terapeutit ajattelevat testeistä eri tavoin, myös asiakkaat ajattelevat eri tavoin täyttyessään testejä eri aikoina. Työryhmässä ehdotettiin, että testejä käydään jatkossa säännöllisesti yhdessä läpi, jotta varmistetaan testien suorituksen ja arvioinnin samanlaisuus. Kehittämistyön aikana oli tullut esiin, että eri kielillä tehtyinä testeissä oli pieniä eroja ohjeistuksessa (suomen- ja ruotsinkieliset). Tähän työryhmä ehdotti, että koko työyhteisön kesken sovimme yhdessä testien läpikäyntien yhteydessä, minkä mukaan testit teemme, jotta kaikki tekevät samalla tavalla. Testien kohdalla koettiin vieraampienkin testien tulevan tutuiksi, kun niiden läpikäynnille yhdessä varataan aikaa.

Uhkina nähtiin se, että osa asiakkaista ei näe testaamista positiivisena. Osa pelkää, että testit vaikuttavat kuntoutuspäätöksiin ja sen vuoksi laskelmoivat suorituksia ja vastauksia testeissä. Suoritus ei siitä syystä vastaa välttämättä kuntoutujan todellista toimintakykyä. Työryhmä koki tärkeäksi, että asiakkaalle perustellaan, miksi testejä tehdään ja millaisia hyötyjä niistä hänelle on. Uhkaksi nähtiin myös aikaresurssit uusiin testeihin tutustumisessa. Myös muutosvastarinta nousi esiin yhtenä uhkana.

Taulukko 6. Swot-analyysin avulla muutoksia uuteen toimintamalliin toimintakyvyn moniammallisen arvioinnin kohdalla.

<p>VAHVUUDET VAHVEMMIKSI</p> <p>-</p>	<p>HEIKKOUEDET VAHVUUKSIKSI/VÄHEMMÄN HEIKOIKSI</p> <p>Testien käyminen yhdessä läpi, jotta suoritetaan ja arvioidaan testit yhtenäisesti.</p> <p>Eri kielillä samat testit (esim Bergin tasapainotesti) eroavat ohjeistukseltaan, päätetään yhdessä, minkä mukaan tehdään.</p> <p>Käydä testejä säännöllisesti läpi yhdessä, "kalibroida" itsemme.</p>
<p>MAHDOLLISUUDET VAHVEMMIKSI</p> <p>Kun on aikaa perehtyä riittävästi testeihin ja niiden suoritukseen/arviointiin, kehittyä ammattitaito eikä jää vain ajatuksen tasolle.</p>	<p>UHKIEN TORJUNTA/MUUTTAMINEN VAHVUUKSIKSI</p> <p>Asiakkaalle perustellaan, miksi testejä tehdään ja mitä hyötyä hänelle on niistä.</p> <p>Vieraammatkin testit tulevat tutuiksi, kun varataan aikaa käydä niitä yhdessä läpi.</p>

7.5 Toisen yhteispalaverin analysointia ja tulokset

Toisessa yhteistyöpalaverissa alkuvuodesta 2018 koko työyhteisö pohti yhdessä dialogisesti uutta toimintamallia ja sen toimivuutta kuntoutusyksikössä. Apuna keskustelussa käytettiin alkutilanteessa tehtyjä miellekarttoja (kuviot 1-3).

Moniammatillisessa yhteistyössä fysio- ja toimintaterapeuttien kesken on jonkin verran lisääntynyt. Toisaalta kaikilla fysioterapeuteilla ei ole yhteisiä asiakkaita toimintaterapeuttien kanssa. Kehitystyön aikana yhteistyön koettiin hieman lisääntyneen muiden yhteistyötahojen kesken.

Kotikäyntien osalta todettiin, että osa terapeuteista oli tehnyt asiakkaiden luokse koti- ja koulukäyntejä aiempaa enemmän kartoittaakseen arki- tai koulutilannetta sekä tavoitteiden arvioimisessa/asettamisessa. Kotikäyntejä oli tehty tarpeen mukaan. Ne olivat toteutuneet kaikkien hoitavien terapeuttien kesken, mikä joissain tilanteissa tarkoitti yhden terapeutin tekemää kotikäyntiä. Osa terapeuteista ei ollut aktivoitunut kotikäyntien yhteydessä tehtävien moniammatillisten tavoitteen asettamisen suhteen. Yhteistyö omaisten ja avustajien kanssa oli jonkin verran lisääntynyt. Toisaalta kaikki asiakkaat eivät olleet halunneet, että omaiseen otetaan yhteyttä. Edelleen koettiin haasteeksi aikaresurssit, löytää aikaa kotikäynneille.

Uusia toimintakykyä arvioivia testejä oli otettu käyttöön. Etsinnöistä huolimatta suurin osa asiakkaan itsearviointi -lomakkeista löytyy ainoastaan suomeksi, ei ruotsiksi. Tämän todettiin vaikeuttavan käsityksen saamista siitä, miten kuntoutuja itse kokee oman toimintakykynsä.

Fysioterapeuttien kesken koettiin, että vaatii enemmän työtä päästä pois vanhasta ”vastuufysioterapeutti” ajatuksesta siihen, että asiakaspalautteet tehdään yhteistyössä. Tähänkin osittain oli vaikuttamassa aikaresurssit, vaikeus löytää yhteistä aikaa käsitellä asiakkaan tilannetta yhdessä.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Molemmat kehittämistyöhön osallistuneet ryhmät (A ja B) kokivat tärkeäksi kehittää vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkaiden moniammatillista toimintakyvyn arviointia, osittain kotikäynteinä tapahtuvana. Molemmat ryhmät tahoillaan tunnistivat ajankäytön resurssipulan juuri kotikäyntien kohdalla, mutta samaan aikaan molemmat ryhmät kuitenkin kokivat sen niin tärkeäksi, että halusivat lähteä sitä kehittämään. Toisaalta kotikäynnit koettiin osittain haastaviksi, koska kaikki asiakkaat eivät välttämättä halua terapeutteja omaan kotiinsa. Kotikäynteinä tehtävät yhteispalaverit asiakkaiden luona vaativat vielä työstämistä työyhteisössä, jotta löydetään sopiva tapa ja aikataulutus niiden mahdollistamiseksi. Salmisen, Hämäläisen, Karhulan, Kaneliston ja Ruutiaisen (2014, 127) tutkimuksessa tuli esiin, että kotikäynnit lisäävät yhteistyötä, auttaen tiedon jaossa, yhteisten tavoitteiden luomisessa ja antaen paremman ymmärryksen kuntoutujan arjesta.

Kehittämistyön aikana tehty uusi toimintamalli moniammatillisesta toimintakykyarvioinnista otettiin käyttöön heti A-ryhmän valmisteltua sen kesäkuussa 2017. Hieman muokattuna versiona sen käyttöä jatkettiin syksyllä 2017. Toimintamalli otettiin aluksi käyttöön Kelan maksusitoumuksella terapiaan tulevilla vaativan lääkinällisen kuntoutuksen aikuisasiakkailta, koska Kela maksavana tahona suosittelee moniammatillisia tiimejä yhdessä kuntoutujan kanssa. Kela mahdollistaa ja toivoo yhteispalavereita hoitavien terapeuttien ja kuntoutujan välillä etenkin terapian alkuvaiheessa, luomaan kokonaiskuvaa kuntoutujan toimintakyvystä ja tilanteesta. Kelan järjestämän kuntoutuksen tulee perustua hyvään kuntoutuskäytäntöön (2017, 4), jonka yksi osa on moniammatillinen työskentely. Hyvän kuntoutuskäytännön mukaan moniammatillisessa yhteistyössä kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa tulee ottaa huomioon kokonaisvaltaisesti kuntoutujan omat tavoitteet ja tarpeet. (Paltamaa ym 2011, 37)

Kehittämistyön yhteydessä todettiin, että käyttöön otettavia toimintakyvyn mittareita on hyvä käydä läpi säännöllisin väliajoin yhdessä koko työyhteisön kesken, esimerkiksi vuoden välein. Tämän on tarkoituksena ylläpitää jokaisen terapeutin osaamista eri testien kohdalla ja siten pitää kuntoutusyksikön ja yksittäisten

terapeuttien toimintakyvyn arvioinnin laatu hyvänä ja tasaisena. Toimintakyvyn arviointia tullaan päivittämään jatkossa säännöllisesti uuden tutkimustiedon lisääntymisen myötä. Autti-Rämö ym. (2016, 94, 99) toteavat, että arvioitaessa kuntoutuksen vaikuttavuutta käytetään usein välillisiä mittareita kuvaamaan toimintakykyä. Arviointimenetelmät ja tutkimusasetelmat tulee suunnitella tarkkaan. Valittujen mittareiden tulee olla luotettavia. Kuntoutuksen laatua ja vaikuttavuutta tulee seurata parhailla mittareilla, joita on käytettävissä.

Toimintakykyarvioinnin mittareiden läpi käyminen sisäisenä koulutuksen aloitettiin yhdessä jo loppuvuodesta 2017 ja kaikki oli käyty loppuun tammikuun loppuun 2018 mennessä. Läpikäymisen yhteydessä sen todettiin olevan hyödyllistä. Huomasimme, että samojen testien suomen- ja ruotsinkielisissä versioissa on osittain pieniä eroavaisuuksia toisiinsa verrattuna. Päätimme dialogisesti näiden testien kohdalla yhteneväisen tavan suorittaa ne. Samalla sovittiin, miten fysio- ja toimintaterapeutit yhdessä ja erikseen tekevät omat osionsa. Koska joillakin asiakkailta on vain toinen terapia kuntoutusyksikössä, saimme uusia testejä toisen ammattiryhmän kautta käyttöön, laajentamaan toimintakyvyn arviointia.

Luvuissa 8.1 ja 8.2 käsittelen tarkemmin vastauksia kehittämiskysymyksiin. Käsittelen luvussa 8.1 ensimmäistä ja neljättä kehityskysymystä ja luvussa 8.2. tarkastelen toista ja kolmatta kehityskysymystä.

8.1 Moniammatillinen yhteistyö kuntoutusyksikössä ennen ja jälkeen kehittämistyön

Tässä tulososiossa käsittelen vastauksia kehittämiskysymykseen 1: Mitä moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa työyhteisössämme ja miten se ilmenee sekä kehittämiskysymykseen 4: Hyötyisimmekö kuntoutustiimipalaverikäytännöstä, jossa mukana ovat kaikki hoitavat terapeutit ja kuntoutuja sekä kuntoutujan lähiomainen tai henkilökohtainen avustaja, arvioidessamme kuntoutujan toimintakykyä ja muutoksia siinä.

Kuntoutusyksikön moniammatillisen yhteistyön tilanne kehittämistyön alkutilanteessa on selvitetty tarkemmin sivuilla 10–11 sekä kuviossa 2. Pääasiassa

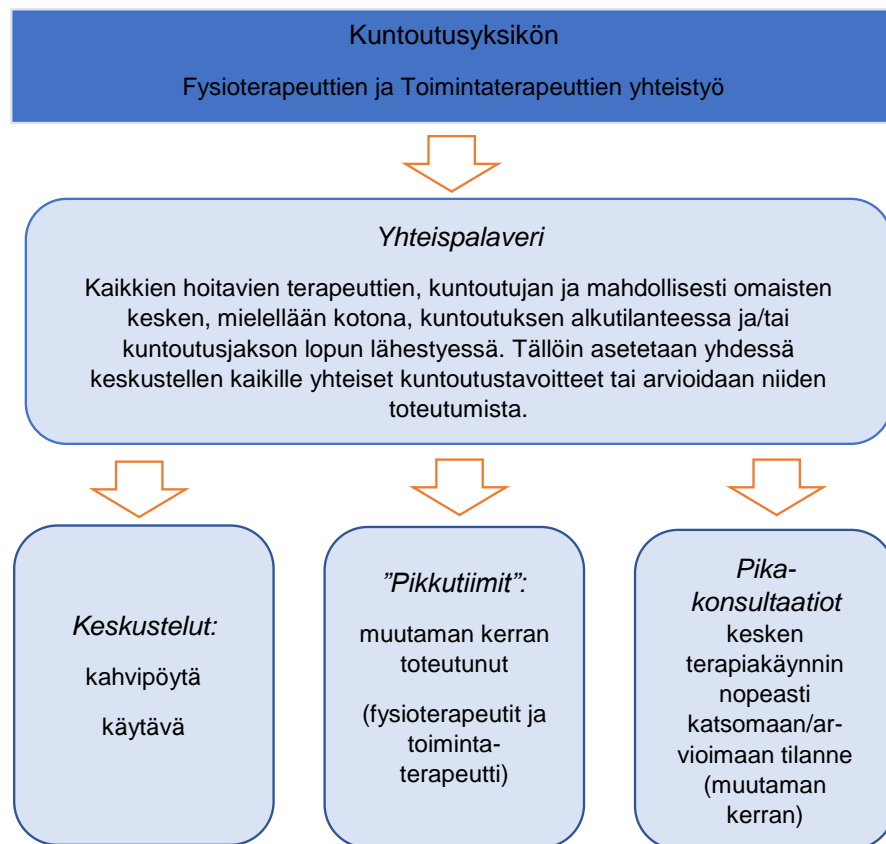
työskentely oli sekä rinnakkain tapahtuvaa että ammattien välistä yhteistyötä. Kuntoutuja ei ollut juurikaan yhteiskeskusteluissa mukana. Tavoitteet asetettiin sekä toiminta- että fysioterapeutin kanssa erikseen, joten tavoitteita saattoi olla monta. Kehittämistyön aikana todettiin tarve moniammatillisiin yhteistyöpalaverihin hoitavien terapeuttien, kuntoutujan ja mahdollisesti omaisten ja/tai avustajien kanssa, mahdollisuuksien mukaan kotona toteutettuna. Tätä lähdettiin kehittämään työn aikana.

Kehittämistyön aikana moniammatillinen yhteistyö on lisääntynyt hoitavien terapeuttien, kuntoutujan ja jonkin verran omaisen ja avustajan/ hoitohenkilökunnan välillä. Moniammatillinen yhteistyö on kehittämistyön loppuvaiheessa sekä ammattien välistä että poikkiammatillista. Poikkiammatillisessa ryhmässä eri ammattilaisten tietoja ja taitoja yhdistetään yhteisesti sovitun viitekehyksen pohjalta, yhteiseen ongelmaan tai tavoitteeseen keskittyen. Kuntoutuja ja hänen läheisensä ovat tärkeässä roolissa asettaessa tavoitteet ja toimintasuunnitelma tiiviissä yhteistyössä. Poikkiammatillisessa yhteistyössä eri ammattien rajoja voidaan rikkoa osittain. (Jeglinsky & Kukkonen 2016, 396.) Lexellin ja Fisherin (2017, 88) mukaan poikkiammatillisessa yhteistyössä kuntoutujan tarpeet ovat pohjana toimenpiteille ja arvioinnille, joita pyritään tekemään yhdessä.

Uuden toimintamallin (liite 2) mukaan kaikki hoitavat terapeutit, kuntoutuja ja tarvittaessa myös omaisen ja/tai avustaja tapaavat yhteispalaverissa dialogisesti keskustellen terapian alkuvaiheessa tai uuden maksusitoumuksen tultua ja/tai terapiajakson lähestyessä loppua. Yhteispalaveri toteutuu mahdollisuuksien mukaan kuntoutujan kotona, jolloin asetelma kuntoutujan ja terapeuttien kesken on tasa-arvoisempi kuin vastaanotolla. Samalla terapeutti pystyy havainnoiden luomaan kuvan kotiympäristöstä ja kuntoutujan toimimisesta siellä. Pyöriä ym. (2015, 67) tutkimuksen mukaan kuntoutujan paluuta elinympäristöönsä voidaan tukea tekemällä suunnitelmallinen kotikäynti, jonka yhteydessä voi arvioida ja testata, millaisia mahdollisuuksia tai esteitä kuntoutujan elinympäristö tarjoaa. Kotiympäristössä löytää arjessa selviytymisen avuksi konkreettisia ja turvallisia ratkaisuja mahdollistamaan harjoittelua myös omatoimisesti.

Yhteispalaverissa kuntoutuja asettaa dialogin avulla yhdessä terapeuttiensa kanssa terapioille kolme tärkeintä tavoitetta ja toisaalta arvioivat niiden toteutumista. Uuden

yhteispalaverikäytännön lisäksi jatketaan tarpeen mukaan vastaanotolla tapahtuvia lyhyempiä, ajoittaisia terapeuttien välisiä keskusteluja, ilman kuntoutujaa. Hämäläinen ym. (2015, 73) mukaan sairauden edettyä vaiheeseen, jolloin siitä aiheutuu vaikeavammaisuutta, nousee omatoimisuuden tukeminen kuntoutuksen keskeisimmäksi haasteeksi. Tässä tilanteessa vaatii yleensä moniammatillista yhteistyötä, että tavoitteet saadaan määriteltyä. Alla olevassa kuviossa 5, näkyy uusi yhteistyömalli kuntoutusyksikön terapeuttien kesken (vrt kuvio 2, s 13).



Kuvio 5. Kuntoutusyksikön fysio- ja toimintaterapeuttien uusi yhteistyömalli.

Aikaresurssit luovat haasteen kotikäyntien toteutumiselle. Haasteksi on koettu löytää sekä kuntoutujalle, omaisille, avustajalle että kaikille hoitaville terapeuteille yhteinen sopiva aika. Lisäksi kotikäyntinä tehden aikaa matkoineen kuluu enemmän kuin vastaanotolla. Kaikkien terapeuttien kohdalla kotikäyntien tekeminen ei ole mahdollista, koska heillä ei ole autoa käytössään ja kuntoutujat saattavat asua pitkiäkin matkojen päässä. Isoherranen (2008, 122, 103) toteaa tehokkaan toiminnan kannalta olevan oleellisen tärkeää, että kiireisessä toimintaympäristössä

on yhteinen, jaettu käsitys yhteisestä toimintatavasta. Lisäksi hän mainitsee tiukan aikataulun ja vähäisten resurssien luovan paineita työyhteisöön.

8.2 Moniammatillinen toimintakykyarviointi sekä käytettävät arviointimenetelmät ennen ja jälkeen kehittämistyön

Tässä tulossiossa käsittelen vastauksia kehittämiskysymykseen 2: Miten nykyisiä toimintakyvyn arvioinnin käytäntöjämme voidaan kehittää vahvemmin moniammatilliseen suuntaan, laajentamaan kokonaiskuvaavaa kuntoutujan toimintakyvystä sekä kehittämiskysymykseen 3: Millaisia arviointimenetelmiä tarvitsemme kuntoutujien toimintakyvyn ja siinä tapahtuvien muutosten arviointiin.

Kuntoutusyksikön moniammatillisen toimintakyvyn arvioinnin tilanne kehittämistyön alkutilannetta on kuvattu tarkemmin sivuilla 11–12 sekä kuviossa 3. Toiminta- ja fysioterapeuteilla oli pääasiassa käytössä täysin eri toimintakyvyn mittarit/testit, joita ei analysoitu yhdessä. Tämä aiheutti välillä isoakin vaihtelua arvioinnin suhteen. Etenkin fysioterapeuttien keskuudessa koettiin tarvetta havainnoida toiminta- ja liikuntakykyä kotiympäristössä. Tarvetta oli lisätä myös omaiselta ja avustajalta/hoitohenkilökunnalta saatavaa arviota kuntoutujan toimintakyvystä.

Kehittämistyön tuloksena kuntoutusyksikössä otettiin käyttöön uusi toimintamalli, jossa terapian alkutilanteessa ja/tai uuden maksusitoumuksen saapuessa kaikki hoitavat terapeutit, asiakas sekä mahdollisesti omainen/avustaja yhteispalaverissa asettavat dialogisesti keskustellen terapialle kolme tavoitetta (GAS-tavoitteet). Tavoitteiden asettamisen avuksi otettiin fysioterapeuteille uusi, toimintaterapeuttien jo käyttämä COPM-lomake, jota käydään yhdessä keskustellen läpi. Pyöriä ym. tutkimuksen (2015, 67) mukaan kuntoutuja sitoutuu ja osallistuu aktiivisemmin kuntoutusprosessiinsa, kun hänen omat näkemyksensä ja tavoitteensa otetaan huomioon.

Salminen ym. (2014, 121) totesivat COMP-arvioinnin ja GAS-tavoitteen asettamisen ja seuraamisen auttavan kuntoutujaa arvioimaan omaa tilannettaan. Kuntoutujat itse kuvasivat tavoitteiden työstämisen aktivoineen häntä. Kuntoutujan osallistuminen kuntoutusprosessiin lisääntyy COMP:n avulla. Asiakaslähtöiset

mittarit, jotka mittaavat toimintaa kuten COMP, arvioivat luotettavasti, kuinka kuntoutuja kokee itsensä toimijana sekä millaista toiminnan laatu on. (Paltamaa ym. 2011, 131). Strukturoituja COMP-haastatteluja voidaan käyttää tunnistamaan kuntoutujalle tärkeät tavoitteet. Tuolloin ei kysyttäviä ongelmia rajata erikseen vaan selvitetään ne seikat, jotka ovat tärkeitä kuntoutuksen kannalta. (Sukula & Vainiemi 2015, 14.) GAS-menetelmä on käytössä useiden muiden testien kanssa, kun arvioidaan lääkinnällisen kuntoutuksen tuloksellisuutta. Toimia-tietokannassa se on arvioitu soveltuvaksi eri ikäluokkien ja sairausryhmien tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin. Sen avulla pystytään laatimaan yksilölliset tavoitteet huomioiden kuntoutujan nykyinen tai tuleva suorituskyyky. Menetelmän konkreettisen tavoitteen asettelun on koettu sitouttavan ja osallistavan asiakkaan kuntoutukseensa sekä lisäävän moniammatillista yhteistyötä. (Laukkala, Tuomi & Sukula, 2015, 11-13.)

Uuden toimintamallin kautta käyttöön otettiin osittain uusia toimintakykymittareita, suurin osa aiemmin käytetyistä jäivät edelleen käyttöön. Osa fysioterapeuttien käyttämistä testeistä otettiin käyttöön tarpeen mukaan myös toimintaterapiassa ja osa toimintaterapian testeistä fysioterapiassa. Molemmat ammattiryhmät ottivat laajemmin käyttöön asiakkaiden itse täyttämät arviointikyselyt omasta toimintakyvystään. Toimintakykyarvioinnin testien käyttöä yhtenäistämään luotiin uusi jaottelu kuntoutujan tilanteen mukaan neljään eri kategoriaan: 1) Kävelevät, 2) Pyörätuolin käyttäjät/selkäydinvammaiset/heikompi kuntoiset, 3) Yläraajatestit sekä 4) Tarpeen mukaan tehtävät testit. Näistä löytyy tarkempi erittely liitteessä 1.

Kuntoutusyksikön asiakaskunnasta noin puolet on suomen- ja puolet ruotsinkielisiä äidinkieleltään. Toimintakykymittareita ja -testejä valitessa huomasimme, että joitain testejä ei löydy lainkaan ruotsiksi. Näin etenkin monien itsearviointitestien kohdalla kuten ABC-asteikko, RMI, IPA, FSQfin sekä SCIM. Tämä koettiin ongelmalliseksi, koska tarkoitus on, että asiakas täyttää kyseiset itsearviointitestit itsenäisesti oman kokemuksensa perusteella. Mikäli terapeutti joutuu toimimaan kääntämisapuna, saattaa testin subjektiivinen puoli kärsiä ja testin luotettavuus kärsiä. Tavoite kyseisillä testeillä on kuitenkin testata juuri kuntoutujan omaa kokemusta toimintakyvystään ja voinnistaan. Sosiaali- ja terveystieteiden eettisissä suosituksissa, Etenessä (2011, 6) mainitaan, että yksi osa hyvää hoitoa ja palvelua on ottaa huomioon asiakkaan kielelliset vaatimukset. Suomen perustuslaissa

(L11.6.1999/731) 2 luvussa, 6§ todetaan, ettei kielen perusteella saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan toisten kanssa. Toisaalta 17§ toteaa suomen ja ruotsin olevan Suomen kansalliskieliä, joita jokaisella on oikeus käyttää asioidessaan muun muassa viranomaisasioissa sekä tuomioistuimissa.

8.3 Johtopäätökset tiivistettynä

Johtopäätös 1. Moniammatillisuutta kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa, terapian suunnittelussa ja arvioinnissa tulee kuntoutusyksikössä lisätä, jotta saadaan riittävän monipuolinen kuva kuntoutujasta ja hänen toimintakyvystään eri ammattilaisten, kuntoutujan ja läheisten yhdessä tasavertaisesti muodostamana. Tavoitetta asetettaessa apuna käytetään COPM-menetelmää ja tavoitteet asetetaan GAS-tavoitteenasettelun mukaisesti.

Johtopäätös 2. Moniammatillisesti tehty kotikäynti kuntoutujan luokse antaa laajemman ja selkeämmän kuvan kuntoutujan arkitilanteesta, sen haasteista ja rajoitteista. Kotikäynnin yhteydessä tehtynä tavoitteiden asettaminen on tasavertaisempaa ja helpottaa konkreettisten, asiakkaan arkitodellisuudesta lähtevien tavoitteiden asettamista.

Johtopäätös 3. Toimintakyvyn arviointi antaa kokonaisvaltaisemman kuvan kuntoutujan tilanteesta, kun sitä suunnitellaan ja toteutetaan moniammatillisesti. Samalla vältytään turhilta päällekkäisyyksiltä testaamisessa.

Johtopäätös 4. Kuntoutusyksikössä kotikäyntejä ja yhteispalavereiden suunnittelua ja toteutusta vaikeuttavat aikaresurssit. Kiireisestä aikataulusta on vaikea löytää yhteistä aikaa, joka sopii kaikille. Lisäksi kotikäynnit vievät paljon aikaa siirtymisineen.

Johtopäätös 5. Kuntoutusyksikön uusi jaoittelu toimintakyky menetelmien käytössä selkeyttää ja yhtenäistää kuntoutusyksikön arviointitapoja. Toimintakykytestien säännöllinen läpikäynti koko työyhteisön kesken ylläpitää niiden hallintaa ja varmistaa testien yhtenäisen suorittamisen testaajasta riippumatta.

Johtopäätös 6. Kuntoutujan itse täyttämät oman toiminta- ja liikuntakyvyn itsearviointitestit löytyvät ainoastaan suomenkielisinä. Tämä tuo haasteita kuntoutusyksikön ruotsinkielisten asiakkaiden kanssa, kun he eivät pysty arvioimaan itse omaa toimintakykyään ilman ammattilaisen tulkkausapua. Vaarana on, että testien subjektiivinen osuus jää puutteelliseksi ja siten väärentää tulosta.

9 POHDINTA

Opinnäytetyö oli prosessina mielenkiintoinen, vaativa ja ajallisesti pitkä. Kehittämistyön aikataulu oli tiivis ja haastoi muutenkin kiireisen työyhteisön voimavaroja. Kiireestä ja tiiviistä aikataulusta huolimatta koko työyhteisö osallistui kehittämistyöhön kiinnostuneina ja aktiivisina. Tämä mahdollisti lopulta uuden toimintamallin luomisen kuntoutusyksikön toimintakyvyn moniammatilliseen arviointiin. Oma roolini kehittämistyön vetäjänä poikkesi muusta työyhteisöstä. Kehittämistyön toteuttamiselle sain esimieheltäni muuten vapaat kädet, mutta hän toivoi minun osallistavan siihen koko työyhteisön.

Kehittämistyö vaati paljon voimavaroja paitsi työyhteisöltä myös itseltäni. Kokopäivätyön, arkielämän ja koulutöiden rinnalla etenevä kehittämistyö vaati paljon aikaa ja keskittymistä ja niiden löytyminen oli ajoittain todella vaikeaa. Toisaalta työyhteisön motivoitunut osallistuminen tuki paitsi minua kehittämistyön vetäjänä myös vei prosessia eteenpäin. Kehittämisprosessi tuki omaa oppimistani. Koen, että ymmärrykseni moniammatillisesta yhteistyöstä, toimintakyvystä ja sen arvioinnista, kehittämisen mahdollisuuksista, tiedonhausta ja toisaalta myös koko työyhteisöstä lisääntyi pitkän prosessin aikana.

9.1 Kehittämistyön toteutuksen arviointi

Kehittämistyön tarve nousi esiin lähimmän esimieheni ja osin myös työyhteisön nostamana. Kehittämistyö toteutui laadullisena työnä ja toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistoimintana, käyttäen osallistavia menetelmiä aineistonkeruussa.

Kehittämistyö eteni jokaisessa yhteistyöpalaverissa, ottaen oman suuntansa ja kehittyen vähitellen työyhteisön pohdinnan ja analysoinnin tuloksena. Itse pyrin pysymään mahdollisimman ulkopuolisena tarkkailijana eri työvaiheiden aikana, lähinnä ohjasin työryhmille käytettävän menetelmän ja käsiteltävät asiat. Toimintakykymittareiden valinnassa osallistuin itse mukaan dialogiin.

Kehittämistyön työryhmien palaverien ajankohdat pyrittiin aikatauluttamaan aina samalle arkipäivälle (torstai) heti aamusta, jolloin kaikkien oli helpompi suunnitella aikataulujaan sen mukaan. Muutaman kerran omia asiakasajoja jouduttiin muuttamaan, jotta pystyttiin osallistumaan. Tämä mahdollisti kaikkien osallistumisen kehittämistyöhön. Työryhmien kokoontumispaikkana toimi yhtä kertaa lukuunottamatta työpaikan rauhallinen kirjastotila, jossa ei ollut häiriötekijöitä ja käsiteltävään asiaan pystyttiin keskittymään hyvin. Yhden kerran palaveri toteutui työyhteisön yhteisessä taukotilassa. Tämä teki tilanteesta rauhattoman ja siinä tuli jonkin verran keskeytyksiä, kun kyseisen ryhmän ulkopuoliset työkaverit kävivät kahvilla ja spontaania keskustelua syntyi heidän kanssaan. Sen jälkeen loput palaverit pidettiin jälleen kirjastossa.

Aineiston kerääminen toteutui suunnitelmien mukaan ja analysoin jokaisen kerran jälkeen aineiston miettien seuraavaa askelta. Kerättyjen aineistojen pohjalta sain vastaukset kehittämiskysymyksiini. Työryhmien aktiivinen osallistuminen kehittämistyöhön onnistui käytetyillä osallistavilla menetelmillä. Kehittämistyön aineiston analyysit raportoin työssä sekä kirjoitettuna että kuvioina tai taulukoina. Raportointia olisi saattanut saada tiivistettyä, mikäli olisi vähentänyt taulukoiden ja kuvioiden käyttöä ja laittanut ne liitteiksi. Päädyin kuitenkin lisäämään ne osaksi varsinaista tekstiä, jotta ne selkeyttäisivät tuloksia ja analysointia ja tekisivät ne avoimemmiksi. Viimeisen aineistonkeruupalaverin aikana kävimme koko työyhteisössä dialogisesti läpi uuden toimintamallin käyttöön ottoa ja siitä heränneitä ajatuksia. Jälkeen päin ajateltuna olisin tässä kohdassa voinut samalla kysyä heiltä mielipidettä koko kehittämisprosessista: miten he olivat kokeneet prosessin ja siihen osallistumisen.

Kehittämisprosessi on työyhteisön osalta tältä osin valmis ja uusi toimintamalli on otettu osittain käyttöön. Kehittämisen ja kehittymisen on silti hyvä jatkaa tulevaisuudessakin. Kehitettävää on jäänyt edelleen tulevaisuutta ajatellen.

Toimintakyvyn arvioinnin menetelmät muuttuvat ja kehittyvät koko ajan. Jotta pysymme ajantasalla ja työmme perustuu jatkossakin viimeisimpään tutkittuun tietoon on nyt käyttöön otettuja menetelmiä tärkeä arvioida jatkossakin säännöllisesti ja tehtävä tarpeen mukaan muutoksia. Alkutilanteessa hankalaksi koettu vastuuterapeuttimalli on edelleen voimakkaasti käytössä, jatkossa se vaatii

edelleen kehittämistä. Toivottavaa olisi, että jo kehittämistyön aikana aloitetusta toimintakyky menetelmien yhteisestä läpikäymisestä tulisi työyhteisöön rutiini, joka toistuu säännöllisin väliajoin. Lisäksi voisi lähteä tarkemmin miettimään, miten ICF-mallin saisi otettua käyttöön kuntoutusyksikössä arvioinnin tukena.

Aikaresursseja olisi työyhteisössä jokaisen terapeutin omalta kohdaltaan kehitettävä siihen suuntaan, ettei kuormittumista tapahdu liikaa. Olisi hyvä huomioida, että työssään varataan aikaa myös mahdollisille kotikäynneille, yhteispalavereille ja suunnittelulle. Tämä on suuri haaste koko työyhteisölle, jossa kaikki tekevät kovalla intensiteetillä asiakastyötä, unohtaen ja sivuuttaen ajoittain omat resurssinsa.

Kehittämistyön aikana yhteistyö kuntoutusyksikön terapeuttien kesken on lisääntynyt muutenkin kuin asiakasasioiden tiimoilta. Lisäksi esimerkiksi terapeuttien keskustelut asuntoloiden ja koulujen henkilökunnan kanssa ovat lisääntyneet. Jatkossa olisi mielenkiintoista ja haastavaa lähteä kehittämään moniammatillista yhteistyötä oman organisaatiomme ulkopuolelle, muiden organisaatioiden kanssa. Alussa voisi lähteä kokeilemaan moniammatillisen yhteispalaverin toimintaa muissa organisaatioissa työskentelevien hoitavien terapeuttien kanssa. Tällainen palaveri on ehtinyt kerran kehittämistyön aikana toteutua ja olisi mielenkiintoista jatkaa sitä. Lisäksi moniammatillisen yhteistyön lisääminen myös terveyskeskus- ja keskussairaalahojen kanssa olisi mielenkiintoista ja hyödyntäisi kuntoutujaa esimerkiksi kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä. Yhteistyön lisääminen myös muiden yhteistyötahojen kanssa, kuten asumisyksiköt, koulut, apuvälineyksiköt, kuntoutuslaitokset olisi hyvä kehittämiskohde.

Yhtenä tärkeänä kehittämiskohteena lähitulevaisuudessa näen, että itsearviointitestien kääntäminen ruotsin kielelle toteutuisi. Epäselvää on, mikä taho on vastuullinen sen työstämiseen. Ruotsi on Suomen toinen virallinen kieli, joten eettisesti ja lainkin mukaan tulisi ruotsia äidinkielenään puhuvilla olla mahdollisuus täyttää testit omalla äidinkielellään.

9.2 Kehittämistyön luotettavuus

Vaikka tutkimusta tehdään omassa ympäristössään, tuotetaan laadullisissakin tutkimustavoissa tietoa erilaisten tulkintojen ja valintojen pohjalta. Tutkimuksen validiteetissa on kyse siitä, että tutkitaan sitä, mitä sen sanotaan tutkivan. Siinä selvitetään, perustuvatko tutkimuksesta saatavat käsitteet kerättyyn aineistoon ja soveltuuko tieto tutkimuskohteeseen. On huolehdittava siitä, että omat käsitykset tai tulkintakehys eivät vaikuta saatuun aineistoon. Validiteetin kannalta on tärkeää, että tutkimusraportissa annetaan riittävästi tietoja valinnoista, aineisto kuvataan selkeästi ja analyysi on selkeää. Jotta tulkinnallisten valintojen perusteltavuutta pystyy arvioimaan, on laadullisessa tutkimuksessa oltava riittävästi aineistolainauksia. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2014, 130 – 131, 136.)

Jacobsenin (2012, 133) mukaan tutkimuksen kohdistuessa omaan organisaatioon, on tutkimuksen lähtötilanne tutkijalle tuttu ja perustuu myös omaan kokemukseen asiasta. Hänen mukaansa on tärkeää ajatella omaa kokemustaan asiasta hypoteesina niin, ettei ajattele sitä yhtenä tutkimuksen lähteenä. Toisten kokemusten ja mielipiteiden eroja tai yhtäläisyyksiä voi verrata omiin hypoteeseihin.

Kehittämistyössä aikataulu oli tiivis ja käsiteltäviä asioita ja tiedonkeruumenetelmiä paljon. Uuden toimintamallin kokeilu-aika jäi lyhyeksi etenkin, kun loma-ajat osuivat samaan aikaan. Käsitys uudesta toimintamallista saattoi jäädä liian lyhyeksi ja pinnalliseksi eikä osa terapeuteista välttämättä ehtinyt kokeilemaan sitä ennen seuraavaa kehittämistyön osioita. Tämä saattoi vaikuttaa arviointiin uuden toimintamallin toimivuudesta tai toimimattomuudesta. Kehittämistyön kanssa samoihin aikoihin kuntoutusyksikössä käynnistyi suuri projekti, jonka alkamisajankohdasta ei ollut etukäteen tietoa. Tämä sitoi paljon aikaresursseja ja keskittymistä koko työyhteisöltä ja etenkin projektin työryhmältä, johon myös minä kuulun. Tämä saattoi jonkin verran vaikuttaa lopullisen toimintamallin toimivuuden arviointiin ja sitä kautta myös kehittämistyön luotettavuuteen.

Raportoin kehittämistyön eri vaiheiden etenemisestä työryhmälle. Jokaisen palaverin alussa käytiin nopeasti läpi edellisen kerran asiat varmistaen, että kaikki olivat ymmärtäneet asiat samoin ja saaden halutessaan vielä keskustella niistä.

Raportoin molempien työryhmien tuloksista (A-ryhmä: uusi toimintamalli ja B-ryhmä: muutettu toimintamalli) koko työyhteisölle yhteisissä palavereissa. Näiden kohdalla jäin miettimään, osasinko tuoda työryhmien tuotoksen eli toimintamallin riittävän selvästi esiin. Koen näin jälkikäteen, että olisin voinut käsitellä tarkemmin työyhteisön kanssa moniammatillisuuden käsitettä, sen eri muotoja ja millaisia tuloksia moniammatillisella työstentelyllä tutkimusten perusteella on. Tämä saattoi hieman vaikuttaa kehittämistyön tekemiseen, sen tarkoituksen ymmärtämiseen ja motivaatioon ottaa toimintamalli aktiiviseen käyttöön. Lisäksi kehittämistyön ollessa käynnissä olisi ollut hyvä raportoida muuta työyhteisöä useammin sen etenemisestä, jotta kaikki olisivat tienneet paremmin, missä vaiheessa edetään.

Kehittämistyön molemmat työryhmät (A ja B) osallistuivat innokkaasti suunnitteluun, keskustellen ja pohtien vilkkaasti ja monipuolisesti. Molemmissa ryhmissä kaikki osallistujat osallistuivat dialogiin, tuoden omat mielipiteensä esiin, perustellen niitä, mutta samalla toisten mielipiteitä kunnioittaen. Tämä yhteistyö mahdollisti laadukkaan ja monipuolisen keskustelun hankalistakin asioista monesta eri näkökulmasta, luoden uuden toimivan toimintamallin kuntoutusyksikkömme käyttöön toimintakyvyn moniammatilliseen arviointiin.

Folkhälsanin (Folkhälsan 2018) arvot ovat osaaminen, osallistuminen ja huolenpito. Osaamisen tavoitteena on herättää luottamusta. Osallistumisella pyritään vaikuttamaan yhteiskuntaan, olemalla edelläkävijä omalla alallaan ja ottamalla vastuu ihmisistä. Huolenpito ilmenee ihmisarvon kunnioittamisena, jolloin ihminen nähdään kokonaisuutena ja yksilönä, rohkaisten tehokkaaseen vuorovaikutukseen. Tässä kehittämistyössä Folkhälsan Vålfärd Ab/Rehab Korsholmin toimintakykyarviointia kehitettiin moniammatillisemmaksi. Sen myötä kuntoutuksen tavoitteen asettamisessa, toteutumisessa ja toimintakyvyn arvioinnissa otettiin kuntoutuja ja hänen omaisensa/avustajansa vahvemmin mukaan prosessiin. Vuorovaikutusta sekä terapeuttien, kuntoutujan ja tämän omaisten välillä lisättiin, jolloin kuntoutujan oma näkemys ja mielipide tulee vahvemmin mukaan. Tämän myötä luottamus kuntoutujan ja terapeutin välillä paranee. Kehittämistyö tukee Folkhälsan Vålfärd Ab/Rehab Korsholmin tavoitetta tarjota Folkhälsanin arvot huomioivaa, korkealaatuista ja kokonaisvaltaista kuntoutusta, joka tukee kuntoutujan omia resursseja.

9.3 Kehittämistyön eettisyys

Kuntoutuspalveluja ja kuntoutuspalveluiden eettisiä kysymyksiä tulee tarkastella yhteiskunta-, työyhteisö- ja kuntoutujan kokemusten tasolla. Kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioitaessa tulee kuntoutujan toimintakyvyn muutoksia mitata ensisijaisesti arjessa. Arvioitaessa etiikan näkökulmasta kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuutta, ovat haasteena sekä valitut vaikuttavuuden mittarit että niiden osoittamiseen käytetyt menetelmät. (Autti-Rämö ym. 2016, 84–86.) Tässä kehittämistyössä työryhmä kävi dialogisesti keskustellen läpi eri toimintakyvyn arvoinnissa käytettäviä mittareita, jotka pääosin löytyvät TOIMIA-tietokannasta. Samalla dialogin avulla mietittiin, millaisella jaoittelulla tulemme toimintakykyarviointeja käyttämään minkäkin kuntoutujaryhmän kanssa.

Kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuutta arvioitaessa pitää miettiä eettisesti, kenen näkökulmasta vaikutuksia arvioidaan. Yksilötasolla/untoutujatasolla toimintakyvyn haitta on aina subjektiivinen kokemus. Toisaalta yhteiskunnan kannalta kuntoutus nähdään vaikuttavaksi, kun yksilön integroituminen paremmin yhteisöön vähentää yhteiskunnan resurssien käyttöä. (Autti-Rämö ym. 2016, 86.) Tässä kehittämistyössä lähestyttiin asiaa pääasiassa yksilön kannalta, kehittäessämme työyhteisössä toimivampaa toimintakyvyn moniammatillista arviointikäytäntöä. Samalla kuitenkin pyrittiin huomioimaan myös yhteisöpuolta. Saadessamme paremmin tietoa kuntoutujiemme toimintakykyä rajoittavista ja helpottavista tekijöistä, pystymme vaikuttamaan terapian toteutuksen ja moniammatillisen yhteistyön kautta toimintarajoitusten vähenemiseen – vaikka itse fyysisessä toimintakyvyssä ei tapahtuisi muutoksia.

Eettinen päätöksenteko on eettinen valintatilanne, joka aiheuttaa yksilölle eettisiä seurauksia. Eettinen päätöksenteko jakautuu kolmeen vaiheeseen, jotka ovat eettisen ongelman tunnistaminen, eettinen arvio ja varsinainen eettinen valinta. (Salminen 2010, 34–35.) Kehittämistyön aikana jouduimme työyhteisönä tekemään eettisiä valintoja mieltiessämme perusteita eri toimintakyvyn arviointimenetelmille: mitä, miten, miksi ja kenelle.

Koko työyhteisömme osallistuessa kehittämistyöhön kohtelin kaikkia yhdenvertaisina ja tasa-arvoisina. Toimin luottamuksellisesti ja vuorovaikutuksessa

työryhmien kanssa. Jokaisella oli mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta kehittämistyöhön niin halutessaan. Raportoin kehittämistyön etenemisestä työyhteisölle. Jacobsenin (2009, 32–33) mukaan tutkimukseen osallistumisen tulee perustua vapaaehtoisuuteen ja heidän tulee tietää tutkimuksen tavoitteista, miten tietoa kerätään sekä kuinka tutkimuksesta saatavia tuloksia käytetään.

Kehittämistyössä etsin luotettavaa tietoa eri lähteistä ja viittaan niihin niitä käytettyäni. Kirjallisessa osuudessa käyttäessäni lähteitä, viittasin niihin asianmukaisesti. Kirjasin kehittämistyön rehellisesti ja avoimesti, muuttamatta tuloksia. Jacobsen (2009, 37–38) esittää, että tutkimuksessa on tärkeää, että aineistot ja tulokset esitetään rehellisesti, niitä muuttamatta. Tutkimusprosessin valintojen on oltava mahdollisimman avoimesti kuvattuja.

Sosiaali- ja terveysalan eettisten suositusten mukaan hoitotyössä lähtökohtana on asiakkaiden ja potilaiden perusoikeuksien kunnioittaminen, itsemääräämisoikeuden arvostaminen heidän valinnoissaan sekä yhdenvertainen ja tasa-arvoinen kohtelu. (Etene 2011, 9). Tämän kehittämistyön aikana lisättiin kuntoutujien mahdollisuutta vaikuttaa omaan kuntoutukseensa, sen tavoitteiden asettamiseen sekä oman toimintakyvyn itsearviointiin. Lisäksi uuden toimintamallin myötä myös kuntoutujan lähiympäristö (mm. läheiset, avustajat, kotiympäristö) pyritään huomioimaan toimintakyvyn ja terapioiden tavoitteiden suunnittelussa, asettamisessa ja arvioinnissa laajemmin.

LÄHTEET

- Aalto-Kallio, M., Saikkonen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2009. Arvioinnin kartalla matka teoriasta käytäntöön. Pori: Kehitys Oy. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 7/2009.
- Alanko, T., Karhula, M., Kröger, T., Nikander, R. & Piirainen, A. 2017. Moniammatillinen yhteistyö auttaa kuntoutujaa omien tavoitteiden ymmärtämisessä. *Fysioterapia* (3), 40-45.
- Alanko, T., Karhula, M., Piirainen, A., Kröger, T. & Nikander, R. 2017. Kuntoutujan osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin. [Verkkojulkaisu] Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Loppuraportti. Työpapereita 113. [Viitattu 13.1.2018]. Saatavana: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/175226>
- Autti-Rämö, I., Poutiainen, E., Pohjolainen, T. & Kehusmaa, S. 2016. Kuntoutuksen vaikutusten arviointi. Teoksessa: Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim. Tallinna: Printon Trükikoda, 91-107.
- Etene 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden perusta. [Verkkojulkaisu]. Etene-julkaisuja 32. [Viitattu 22.4.2018]. Saatavana: <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveystieteiden+perusta+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>
- Folkhälsan. 2018. Om Folkhälsan. [Verkkosivusto]. [Viitattu 5.3.2018]. Saatavana: www.folkhalsan.fi/om-folkhalsan
- Harra, T. 2011. Terapeuttinen yhteistoiminta. Teoksessa: Järvikoski, A., Lindh, J. & Suikkonen, A. (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Tampere: Juvenes Print, 166-178.
- Heikkinen, H., Rovio, L. & Syrjäla, L. 2008. Toiminnasta tietoon. Helsinki: Hansa Print Direct Oy.
- Helakorpi, S. 2006. Koulutuksen kehittävä arviointi. Työkaluja osaamisen johtamiseen. Hämeen ammattikorkeakoulu. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy. HAMK Ammatillisen opettajakorkeakoulun julkaisuja 4/2006.
- Hämäläinen, P., Karhula, M & Salminen, A-L. 2015. Kuntoutuksen tavoitteiden laatiminen erilaisissa kuntoutusmuodoissa ja elämäntilanteissa. Etenevät sairaudet. Teoksessa: Sukula, S., Vainiemi, K & Laukkala, T. (toim.). GAS. Menetelmästä sovellukseen. Kelan tutkimusosasto, Helsinki. Tampere: Juvenes Print, 71-81.

- Härkäpää, K., Valkonen, J. & Järvikoski, A. 2016. Kuntoutujan motivaatio ja sitoutuminen. Teoksessa: Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim. Tallinna: Printon Trükikoda, 74-82.
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: WSOY.
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto: Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18.
- Isoherranen, K. 2008. Moniammatillinen toiminta ryhmäilmionä. Teoksessa: Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. (toim.) Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 84-144.
- Jacobsen, D.I. 2012. Förståelse, beskrivning och förklarning. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. Studentlitteratur Ab, Lund. Spain: Graficas Gems S.L.
- Jeglinsky, I. & Kukkonen, T. 2016. Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksessa. Teoksessa: Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.). Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim. Tallinna: Printon Trükikoda, 393-401.
- Johnson, J. 2015. Inter-professional team collaboration in stroke unit survivor care: A review of the literature. [Verkojulkaisu]. Perspectives: The Journal of the Gerontological Nursing Association 38 (2). [Viitattu 22.4.2018]. Saatavana: <https://libts.seamk.fi:2575/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b35a3620-e843-4534-9a09-84a9b6fa5d33%40sessionmgr4010>
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa: Rissanen, T., Kallanranta, T & Suikkanen, A. (toim). Kuntoutus. Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 51-62.
- Karhula, M., Veijola, A. & Ylisassi, H. 2016. Tavoitteiden asettamisen käytäntö. Teoksessa: Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim. Tallinna: Printon Trükikoda, 225-238.
- Kelan avo- ja laitospuolisen kuntoutuksen standardi. Ei päiväystä. Yleinen osa. Voimassa 1.1.2017 lähtien. [Verkojulkaisu]. Kansaneläkelaitos, etuuspalvelujen lakiyksikkö, kuntoutuspalvelujen ryhmä. [Viitattu 16.4.2018]. Saatavana: <http://www.kela.fi/documents/10180/3093658/Yleinen+osa.pdf/45a60235-979c-41ab-8a4a-5703940aa52f>

- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2005. Modern rehabilitering – en resurs. Utbildningsstyrelsen. Tammerfors: Tammer-Paino Oy.
- Koukkari, M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Lapin yliopisto. Väitöskirja. Tampere: Juvenes Print.
- Kuntoutuksen uudistamiskomitea. 2017. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotuksen kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. [Verkkajulkaisu]. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. [Viitattu 11.4.2018]. Saatavana: www.julkaisut.valtioneuvosto.fi/bistream/handle/10024/160273/RAP2017_41pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Kuntoutusalan asiantuntijat. Ei päiväystä. Sote- ja kuntoutuksuuudistus. [Verkkosivusto]. Helsinki. [Viitattu 20.4.2018]. Saatavana: <https://www.kuntoutusalanasiantuntijat.fi/sote--ja-kuntoutuksuuudistus>
- Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. [Verkkajulkaisu] Sosiaali- ja terveysvirasto. Sosiaali- terveysviraston julkaisuja 2002:6. [Viitattu 20.5.2017]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309236178>
- L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 22.4.2018]. Saatavana: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Laukkala, T., Tuomi, S. & Sukula, S. 2015. Gas-menetelmä. Menetelmän taustaa. Teoksessa: Sukula, S., Vainiemi, K. & Laukkala, T. (toim.). GAS. Menetelmästä toteutukseen. Kelan tutkimusosasto, Helsinki. Tampere: Juvenes Print, 11-13.
- Lexell, J. & Fisher, M.R. 2017. Rehabiliteringsmetodik. Studentlitteratur. Poland: Interak.
- Malmström, T., Leskelä, R-L., Lindh, M, Kajova, M., Niemelä, P., Rissanen, A. & Salmisaari, T. 2018. Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus – tieto muutostyön tukena. [Verkkajulkaisu]. Valtioneuvoston kanslia. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 7/2018. [Viitattu 13.4.2018]. Saatavana: <http://tietokayttoon.fi/documents/10616/6354562/7-2018-Kuntoutusj%C3%A4rjestelm%C3%A4n+kokonaisuudistus.pdf/25418ffa-3927-4a2b-b8f9-eab45af47667?version=1.0>
- Niiranen, V. 2017. Moniammatillisten verkostojen johtaminen. Teoksessa: Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: SanomaPro Oy, 129-146.

- Ojala, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: SanomaPro Oy.
- Opetushallitus. Ei päiväystä. Säädökset ja ohjeet. Mind Map [Verkkosivusto]. [Viitattu 17.9.2017]. Saatavana: http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/mind_map
- Opetushallitus. Ei päiväystä. Säädökset ja ohjeet. SWOT. [Verkkosivusto]. [Viitattu 18.9.2017]. Saatavana: http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi
- Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T., Autti-Rämö, I. (toim). 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisen kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Pekurinen, M., Räikkönen, O & Leinonen, T. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. [Verkkójulkaisu]. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakesin raportteja 38/2008. Helsinki: Valopaino Oy. [Viitattu 11.4.2018]. Saatavana: www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R38-2008-VERKKO.pdf
- Pyöriä, O., Reunanen, M., Nyrkkö, H., Kautiainen, H., Pieninkeroinen, I., Tapiola, T. & Lohikoski, P. 2015. Aktiivisuutta ja osallistumista tukeva fysioterapia aivoverenkiertohäiriön sairastuneiden alkuvaiheen kuntoutuksessa. Satunnaistettu seurantatutkimus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 140. Kelan tutkimusosasto, Helsinki. Tampere: Juvenes Print.
- Reunanen, M. 2011 Aivohalvauskuntoutus ja toimijuuden mahdollisuudet. Teoksessa Järvikoski, A., Lindh, J. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Tampere: Juvenes Print, 179-187.
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Yläne, S. & Paavilainen, E. 2014. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Sainio, P. & Salminen, A-L. 2016. Toimintakyvyn arviointi ja menetelmät. Teoksessa: Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim. Tallinna: Printon Trükikoda, 206-224.
- Salminen, A. 2010. Julkisen johtamisen etiikka. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 60. Julkisojohtaminen 3. 3. uud.p. Vaasa.
- Salminen, A-L., Hämäläinen, P., Karhula, M., Kanelisto, K. & Ruutiainen, J. 2014. Ms-kuntoutujien ryhmämuotoinen moniammatillinen ryhmäkuntoutus.

- Kuntoutusmallin kehittäminen ja arviointi. Kelan tutkimusosasto, Helsinki. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 129. Tampere: Juvenes Print.
- Salmelainen, U. 2008. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitospuoleisessa kuntoutuksessa. Vammala: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98. Vammalan kirjapaino Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Monikanavarahoitusta yksinkertaistetaan ja asiakasmaksuja uudistetaan. [Verkkosivusto]. [Viitattu 20.4.2018]. Saatavana: http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/monikanavarahoitusta-yksinkertaistetaan-ja-asiakasmaksuja-uudistetaan
- SOSTE Suomen Sosiaali ja Terveys ry. Ei päiväystä. Elinvoimaiset järjestöt. Kehittäminen ja arviointi järjestöissä. Arviointityökaluja. Ennakoarviointi erilaisten vaikutusten tunnistamiseksi. [Verkkosivusto]. Helsinki. [Viitattu 20.9.2017]. Saatavana: www.soste.fi/elinvoimaiset-jarjestot/kehittaminen-ja-arviointi-jarjestoissa/arviointityokaluja-3.html
- Sukula, S. & Vainiemi, K. 2015. Gas-menetelmä. Tavoitteiden laatiminen. Teoksessa: Sukula, S., Vainiemi, K. & Laukkala, K. (toim.). GAS. Menetelmästä sovellukseen. Kelan tutkimusosasto, Helsinki. Tampere: Juvenes Print, 13-15.
- Syvänen, S., Tikkamäki, K., Loppela, K., Tappura, S., Kasvio, A. & Toikko, T. 2015. Dialoginen johtaminen. Avain tuloksellisuuteen, työelämän laatuun ja innovatiivisuuteen. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi IVA. [Verkkosivusto]. [Viitattu 20.9.2017]. Saatavana: <http://www.thl.fi/web/terveyden-edistaminen/johtaminen/tyokaluja/ihisiin-kohdistuvien-vaikutusten-arviointi-iva>
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- TOIMIA. 2011-2014. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. [Verkkosivusto]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. [Viitattu 31.3.2018]. Saatavana: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta>
- Töytäri, O & Kanto-Ronkanen, A. 2016. Apuvälineet ja ympäristön esteettömyys. Teoksessa: Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim. Tallinna: Printon Trükikoda, 347-363.
- Uusihaka, E. 2018. Kvalitetshandbook. Folkhälsan Vålfärd Ab/Rehab Korsholm. Korsholm. Ei saatavana.

Valkeinen, H., Anttila, H. & Sainio, P. 2016. Kohti yhtenäisempää toimituskyvyn mittaamista – käyttäjien kokemuksia TOIMIA-tietokannasta. *Fysioterapia* (1), 39-43.

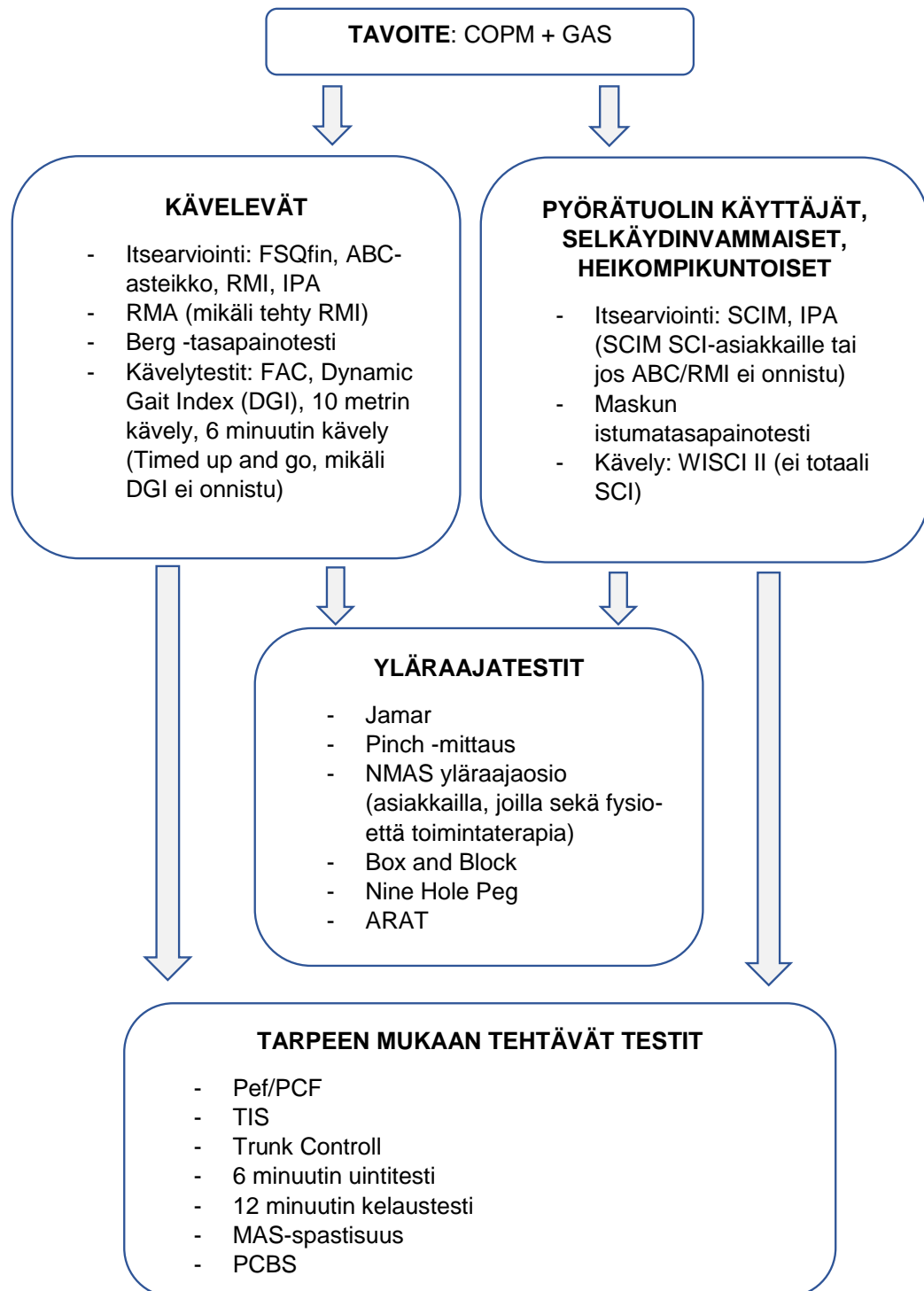
Vuorinen, T. 2013. *Strategiakirja – 20 työkalua*. Talentum Media Oy. Liettua: BALTO print.

LIITTEET

Liite 1. Folkhälsan Välfärd Ab/Rehab Korsholmin toimintakyvyn arvioinnissa käytettävät testit/mittarit

Liite 2. Uusi toimintamalli Toimintakyvyn moniammatillinen arviointi Folkhälsan Välfärd Ab/Rehab Korsholm

LIITE 1. Folkhälsan Välfärd Ab/Rehab Korsholmin toimintakyvyn arvioinnissa käytettävät testit/mittarit



LIITE 2. Uusi toimintamalli Toimintakyvyn moniammatillinen arviointi
Folkhälsan Vålfärd Ab/Rehab Korsholm

