



OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ HARJULAN SAIRAALAN NEUROLOGISELLA OSASTOLLA

Henkilökunnan kokemuksia yhteistyöstä

TEKIJÄ/T: Tuija Honkala
Oona Mäkilä
Tiia Tiitinen
Kirsi Tuomainen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma Fysioterapian koulutusohjelma			
Työn tekijä(t) Tuija Honkala, Oona Mäkilä, Tiia Tiitinen, Kirsi Tuomainen			
Työn nimi Moniammatillinen yhteistyö Harjulan sairaalan neurologisella osastolla			
Päiväys	23.11.2018	Sivumäärä/Liitteet	49/2
Ohjaaja(t) Huovinen Marita			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion kaupunki/Harjulan sairaalan osasto 4			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata moniammatillista yhteistyötä Harjulan sairaalan neurologisella osastolla ja osaston henkilökunnan omia kokemuksia yhteistyön sujumisesta. Työn tutkimuksen avulla kerättiin tietoa yhteistyön kehittämiseksi. Työmme tilaajana oli Kuopion kaupunki, Harjulan sairaalan neurologinen osasto. Terveysalalla työskentely on usein yhdessä työskentelyä monien ihmisten kanssa. Yhteistyössä toimitaan potilaiden ja hänen omaistensa sekä eri ammattiryhmien kanssa. Moniammatillinen yhteistyö näiden kaikkien kesken on hyvien hoitokäytäntöjen mukaista. Moniammatillinen yhteistyö on myös edellytys tuloksekkaalle kuntoutukselle.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena, johon osallistui 17 henkilöä Harjulan sairaalan neurologisella osastolla työskentelevistä eri alan ammattilaisista. Aineisto kerättiin kyselyn (liite 2) avulla sekä havainnoimalla paikan päällä. Kysely on analysoitu induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Kyselyn tuloksista nousi esiin kehitettäviä kohteita, joista selvimmät oli tiedonkulku, yhteiset toimintatavat ja palvelareiden lisääminen. Vastausten pohjalta yhteistyössä parhaiten toimiviksi asioiksi nousivat yhteistyö, hyvä yhteishenki, vuorovaikutus sekä yhteinen tavoite. Nämä ovat oleellisia asioita toimivassa yhteistyössä. Tuloksien pohjalta Harjulan neurologinen osasto voi alkaa kehittämään ja keskustelemaan keinoista yhteistyön sujuvoittamiseksi.</p> <p>Jatkossa kehittämismahdollisuuksia voisi olla toteuttaa samankaltaista kyselyä uudestaan osaston henkilökunnalle, toiselle osastolle, potilaiden tai jopa omaisten näkökulmasta, kun halutaan kehittää moniammatillista yhteistyötä.</p>			
Avainsanat Moniammatillisuus, yhteistyö, neurologiset sairaudet, neurologinen kuntoutus, kvalitatiivinen tutkimus, laadullinen tutkimus			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing Degree Programme of Physiotherapy			
Author(s) Tuija Honkala, Oona Mäkilä, Tiia Tiitinen, Kirsi Tuomainen			
Title of Thesis Multiprofessional co-operation at the Neurological Department of the Harjula Hospital			
Date	23.11.2018	Pages/Appendices	49/2
Supervisor(s) Marita Huovinen			
Client Organisation /Partners City of Kuopio/Harjula's hospital department 4			
<p>Abstract</p> <p>The aim of the thesis was to describe multi-professional collaboration in the neurological department of Harjula Hospital and to describe the staff's own experiences of co-operation. In the research part of the work information was gathered to improve co-operation. The thesis was assigned by the city of Kuopio, the neurological department of Harjula Hospital. Working in the health sector is often working together with many people. Co-operation is done with a patient and their relatives and with different professional groups. Multi-professional co-operation with all these groups is compatible with good care practices. Multi-professional co-operation is also a requirement for successful rehabilitation.</p> <p>The thesis was carried out as a qualitative research, involving 17 professionals in the neurological department of Harjula Hospital. The research material was collected by using a questionnaire and observing the staff working on the department. The responses of the questionnaire were analysed by inductive content analysis.</p> <p>From the results of the questionnaire, certain development things emerged, the most obvious of which were flow of information, sharing common working methods and having more staff meetings. Based on the results, the best working things in co-operation were a good team spirit, interaction and a common goal. These are the essential things in working co-operation. On the basis of the results, Harjula neurological department can start developing and discussing ways to streamline co-operation.</p> <p>In the future, developing potential could be accomplished by a similar questionnaire again, addressed to department staff or another department, from a patient's or even from relatives' perspectives, in order to develop multi-professional co-operation.</p>			
<p>Keywords Multiprofessional, interprofessional, co-operation, neurological diseases, neurological rehabilitation, qualitative research</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ.....	6
2.1	Tutkimuksia moniammatillisesta yhteistyöstä terveydenhuollossa henkilökunnan kokemana	7
3	NEUROLOGISTEN SAIRAUKSIEN KUNTOOUTUS	10
3.1	Eri ammattiryhmien merkitys neurologisessa kuntoutuksessa.....	12
3.2	Aivoverenkiertohäiriöt	14
3.3	Parkinsonin tauti.....	16
3.4	Muistisairaudet	17
4	TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	19
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA AIHEEN VALINTA	20
5.1	Harjulan sairaalan neurologinen osasto	20
5.2	Tutkimusmenetelmä ja aineiston kerääminen	20
5.3	Aineiston analysointi	23
6	TUTKIMUSTULOKSET	24
6.1	Yhteistyö tilanteita henkilökunnan välillä.....	24
6.2	Henkilökunnan kokemuksia yhteistyön toimivuudesta.....	25
6.2.1	Yhteistyössä toimivat asiat.....	28
6.2.2	Yhteistyössä heikommin toimivat asiat.....	30
6.3	Hoitohenkilökunnan ja terapiahenkilöstön yhteistyön toimivuus	32
6.4	Yhteistyön kehittäminen	33
7	POHDINTA.....	35
7.1	Tulosten pohdinta	35
7.2	Opinnäytetyön hyödynnettävyys jatkossa ja kehittämissuhteet	37
7.3	Työn tekemisen pohdinta	38
7.4	Opinnäytetyön eettisyys ja luottamus	39
7.5	Ammatillinen kasvu ja kehitys	40
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	42
	LIITE 1: KYSELYN SAATEKIRJE.....	46
	LIITE 2: KYSELY.....	47

1 JOHDANTO

Moniammatillisuuden ja yhteistyön merkitykset ovat lisääntyneet terveysalalla puhuttaessa potilaan hyvästä hoidosta sekä yhteneväisemmistä hoitopoluista. Suomessa potilailla on oikeus hyvään laadukkaaseen hoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, § 3) ja terveydenhuollon toiminnan on oltava näyttöön perustuvaa sekä hyvien hoito- ja toimintakäytäntöjen mukaista (Terveydenhuoltolaki 2010, § 8).

Terveysalalla työskentely on usein yhdessä työskentelyä monien ihmisten kanssa. Yhteistyössä toimitaan potilaiden ja hänen omaistensa sekä eri ammattiryhmien kanssa. Moniammatillinen yhteistyö näiden kaikkien kesken on hyvien hoitokäytäntöjen mukaista. Moniammatillinen yhteistyö on myös edellytys tuloksekkaalle kuntoutukselle. (Jeglinsky ja Kukkonen 2016, 393.) Käypä hoito -suositusten (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016) mukaan useat neurologiset potilasryhmät kuten aivoverenkiertohäiriön saaneet, aivovammapotilaat sekä muistisairaat hyötyvät moniammatillisesta kuntoutuksesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistaminen on ollut paljon pinnalla. Sote-uudistuksen tavoitteina on edistää ihmisten terveyttä, hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta. Uudistuksen tavoitteena on myös yhdenvertaista ja vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen turvaaminen kaikille, mikä tarkoittaa, että palvelut pysyvät lähellä. Sote-uudistuksenkin onnistuminen vaatii moniammatillista yhteistyötä. Soterakenteiden näkökulmasta moniammatillisuuden etuja on, että yhteistyö helpottuu, jos työtavat sekä tavoitteet ovat yhtenäisiä. Se edellyttää aktiivista ja jatkuvaa tietojen vaihtamista sekä toisten työtapojen arvostamista. (Närhi 2014.)

Tämän työn aiheena on moniammatillisen yhteistyön kehittäminen Harjulan sairaalan neurologisella osastolla. Työn tilaaja on Kuopion kaupunki, sairaalapalvelut. Työn tutkimuksen avulla selvitimme, kuinka eri ammattiryhmien välinen, moniammatillinen yhteistyö toimii ja minkälaista se on Harjulan sairaalan neurologisella osastolla. Tarkastelemme tutkimuksen avulla, mitä hyvää ja mitä kehitettävää yhteistyössä on. Tavoitteena on, että Harjulan sairaala kehittää toimintaansa kyseisellä osastolla tutkimustulosten perusteella.

Tulevina terveysalan ammattilaisina tulemme itsekin työskentelemään monien eri ihmisten ja ammattiryhmien kanssa. Tämä työ auttaa meitä ymmärtämään yhteistyötä sairaalassa, minkälaiset asiat yhteistyössä yleensä koetaan haastaviksi ja miksi. Teoriaosuuden myötä opimme uutta myös neurologisen potilaan hoidosta ja kuntoutuksesta. Tulevaisuudessa voimme työpaikallamme kiinnittää herkemmin huomiota yhteistyöhön ja antaa siihen kehittämisideoita.

2 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

Sosiaali- ja terveysalalla moniammatillisessa yhteistyössä potilas on toiminnan keskiössä. Yhteistyöllä pyritään potilaan mahdollisimman hyvään monipuoliseen hoitoon ja kuntoutukseen. (Isoherranen 2012, 10; Jeglinsky ja Kukkonen 2016, 393.) Sairaalamailmassa moniammatillista yhteistyötä kutsutaan usein tiimityöksi. Moniammatillista tiimityötä pidetään hoitotyön laatua parantavana tehden toiminnasta hyödyllisempää ja tehokkaampaa verrattuna siihen, jos työtä tehtäisiin vain yhden ammattiryhmän edustajien osaamista hyödyntäen. (Becker, Hantela ja Ranta 2015, 37.) Moniammatillisen yhteistyön tiedetään tuottavan tuloksellista kuntoutusta (Jeglinsky ja Kukkonen 2016, 393).

Eri lähteiden mukaan moniammatillisuuden käsite on moniselitteinen ja hieman epämääräinen. Sille ei löydy yhtä tarkkaa määritelmää, vaan käsite on kontekstisidonnainen. (Isoherranen 2012, 20; Kontio 2010, 8; Pollard, Sellman ja Thomas 2014.) Myös moniammatillisen yhteistyön vaatimukset ja haasteet ovat erilaisia ympäristön mukaan (Collin, Herranen ja Paloniemi 2012a, 7). Yhteisesti moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa eri ammattikuntien jäsenten työskentelyä yhdessä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan rinnakkain työskentelyä, ammattien välistä yhteistyötä ja poikkiammatillista yhteistyötä. Suomessa moniammatillinen yhteistyö yleensä tarkoittaa näitä kaikkia kolmea muotoa. (Isoherranen 2012, 21–22; Jeglinsky ja Kukkonen 2016, 393–397; Kontio 2010, 6–8.)

Jeglinsky ja Kukkonen (2016, 394) ovat määritelleet pelkän moniammatillisen yhteistyön tarkoittavan, että moniammatillisen ryhmän jäsenet tarkkailevat, asettavat tavoitteita ja suunnittelevat mahdollisia toimenpiteitä oman ammattinsa näkökulmasta. Tämä tieto jaetaan palavereissa ryhmän kesken. Tässä yhteistyössä jäsenet keskittyvät pääasiassa omaan ammatilliseen tehtäväänsä eivätkä tiimin yhteiseen prosessiin. Ryhmän jäsenillä on tietoa muiden ryhmän alojen toiminnasta ja he opivat toisiltaan uusia asioita. Tämä yhteistyön muoto on lähinnä rinnakkain työskentelyä muiden kanssa. (Jeglinsky ja Kukkonen 2016, 394.) Englanninkielellä samaa asiaa tarkoitetaan multiprofessional termillä. Se käsittää useita eri ammattiryhmiä, muttei välttämättä edellytä niiden varsinaista yhdessä työskentelyä. (Pollard ym. 2014, 12.)

Ammattien välisessä yhteistyössä (interprofessional) ammattiryhmien rajat eivät ole niin tiukkoja kuin rinnakkain työskentelyssä. Tämän tyyppisessä työskentelyssä ammattilaisten osaaminen kohtaa, eli ryhmän jäsenillä on yhteistä osaamista. Jäsenet arvioivat tilannetta itsenäisesti ja mahdollisesti toisen ryhmäläisen kanssa. Ryhmän jäsenet kokoontuvat, jakavat mielipiteitään, asettavat tavoitteita ja suunnittelevat toimenpiteitä yhdessä. Tämä vaatii tiivistä yhteistyötä, yhteistä suunnittelua, jaettua vastuuta ja avointa vuorovaikutusta. (Jeglinsky ja Kukkonen 2016, 394–395; kts. myös Pollard ym. 2014, 12.)

Poikkiammatillinen, eli ammatilliset rajat ylittävä yhteistyö, on näistä yhteistyömuodoista kaikkein syvintä. Siinä ammatilliset rajat ovat haalistuneet ja jäsenten tiedot ja taidot ovat yhdistyneet laa-

jaksi kokonaisuudeksi. Jäsenten välinen luottamus on niin vahvaa, että ammattien välisiä rajoja voidaan osittain rikkoa. Ryhmä toimii yhteisesti sovitun viitekehyksen pohjalta keskittyen yhteiseen tavoitteeseen. Jäsenet oppivat toisiltaan ja opettavat toisiaan, sekä ovat hyvin tietoisia omasta ja muiden rooleista ryhmässä. (Jeglinsky ja Kukkonen 2016, 396.)

Tärkeää toimivassa moniammatillisessa yhteistyössä on yhdessä toimiminen, jäsenen selkeä käsitys omasta tehtävästä, vastuunottaminen, toisten kunnioittaminen, vuorovaikutustaidot sekä kokonaisuuden ymmärtäminen (Jeglinsky ja Kukkonen 2016, 396; Kontio 2010, 8.) Onnistunut yhteistyö edellyttää työntekijöiltä myös yhteistä päämäärää ja selkeää työnjakoa (Eloranta ja Kuusela 2011, 10).

2.1 Tutkimuksia moniammatillisesta yhteistyöstä terveydenhuollossa henkilökunnan kokemana

Collinin, Herrasen, Paloniemen, Pyhälä-Liljeströmin ja Vallealan (2012b) tutkimuksessa tutkittiin akuuttiosaston työntekijöiden yhteistyötä havainnoiden, haastatellen ja työntekijöiden muistiinpanojen avulla. Tutkimusta tehtiin Keski-Suomen keskussairaalan päivystysalueella. Tutkimuksessa etsittiin vastauksia siihen millaisia moniammatillisen yhteistyön muotoja ja haasteita päivystystyön hoitoprosessi sisälsi. Päivystystyössä nousi esille kolme erilaista yhteistyömuotoa: ammattiryhmien rinnakkain työskentely, moniammatillinen hoidon suunnittelu ja vaativien potilasryhmien hoito (Collin ym. 2012b, 19).

Yleisin toiminta, jossa moniammatillisuutta päivystyksessä esiintyi, oli hoidon yhteinen suunnittelu. Tällöin hoitotoimenpiteistä keskusteltiin ammattiryhmien kesken. Ammattirajojen ylitykset tapahtuivat yleensä erilaisin vuorovaikutuksen keinoin, kuten ehdotuksella, kysymyksellä tai erimielisyyden ilmaisulla. Myös haastavammat potilassiirrot tapahtuivat useamman eri ammattiryhmän henkilön suorittamana. (Collin ym. 2012b, 25, 27.)

Rinnakkaintyöskentelyssä haasteeksi nousi tiedonkulun ongelmat, kuten puutteellinen tai epätarkka tieto sekä epäyhtenäiset toimintaperiaatteet ja tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat. Ilmaantuneiden haasteiden syynä henkilökunta piti kiirettä, henkilökunnan vaihtuvuutta, yksilöiden asenteita, organisaation muutoksia ja epäyhtenäisiä tapoja toteuttaa organisaation toimintaohjeita. (Collin ym. 2012b, 25.)

Collinin, Herrasen, Paloniemen, Pyhälä-Liljeströmin ja Vallealan (2012) mukaan kyseisellä päivystysalueella tavallisessa potilastyössä ei ole tarvetta siirtyä rinnakkaintyöskentelystä edistyneempään moniammatillisuuteen, vaan tarve kiinteämpään moniammatilliseen yhteistyöhön on ennemminkin hoitoprosessin koordinoinnissa.

Markkola (2013) tutki työssään terveydenhuoltoalan eri ammattiryhmien välistä moniammatillista yhteistyötä erikoissairaanhoidossa työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksen kohteena olivat tiimit, joihin kuului sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja ja puheterapeutteja. Aineiston keräämisen Markkola suoritti ryhmähaastatteluilta kohderyhmälle. (Markkola 2013, 27.)

Haastatteluun osallistuneet henkilöt kokevat, että heidän yhteistyönsä on toimivaa. Heillä yhteistyötä on paljon, se on jatkuvaa ja päivittäistä. Toiminta on pääasiassa lääkärijohtoista, mutta kuitenkin tasa-arvoista. Työyhteisössä kaikki arvostavat toisiaan ja luottavat toistensa toimintaan. Keskustelut ovat tasa-arvoisia ja työntekijät kokevat, että kaikkia kuunnellaan. He kokevat myös, että kaikkien työtä ja näkemyksiä pidetään tärkeinä. Työyhteisössä yhteyden pitäminen koetaan luontevaksi. (Markkola 2013, 43–44, 47, 49, 55.)

Heillä yhteistyötä on tiimeissä, joissa tehdään yhdessä suunnitelmat ja luodaan tavoitteet. Myös yhdessä asioiden pohtiminen kuuluu työhön. Työyhteisössä jokaisella on oma toimintatapansa, mutta kaikilla on yhteinen tavoite. Yhteistyötä on erityisesti sovituissa palavereissa ja spontaanisti muun työnteon yhteydessä. Jotkin tiimit suorittavat myös hoitotilanteita tai vastaanottoja yhdessä useamman eri alan ammattilaisen kanssa. Tietoja välitetään keskustellen, kirjoittamalla paperille ja koneelle potilastietojen kirjaamisen kautta. Yhteiset palaverit ovat tärkeitä tietojen välittämisessä. Muulloin usein sairaanhoitaja välittää viestit lääkäriltä terapeuteille. Yhteistyö sisältää myös tiedon jakamista sellaisissa tilanteissa, jos joku on esimerkiksi käynyt jonkin koulutuksen, niin hän jakaa siellä oppimaansa myös muille. (Markkola 2013, 43–44, 46–47, 49, 51–52, 58.)

Kommunikointi ja tietojen välittyminen koetaan tärkeiksi asioiksi yhteistyössä, viestimistä arvostetaan. Yhteistyön koetaan lisäävän asiantuntijuutta ja kaikki tiimissä uskoo potilaan saavan parasta mahdollista hoitoa yhteistyön avulla. Tärkeinä asioina pidetään myös joustavuutta, yhteisiä palaveria, toisen työn tuntemista ja arvostamista sekä roolien ymmärtämistä. Haastateltavien toiveena on jaettu asiantuntijuus, jossa jokainen jakaa osaamistaan muiden käyttöön. (Markkola 2013, 43–45, 47–48, 55, 57, 60, 63.)

Haastateltavien mielestä työntekijöiden tuttuus lisää työn tehokkuutta. Toisten tunteminen ja pidempiaikainen yhdessä työskentely muodostaa pohjan luottamukselle ja toisen arvostamiselle. Työn sujuvuuden ja tiedon etenemisen kannalta jokaisen on tärkeä tietää roolinsa ja muiden roolit työyhteisössä. Parhaiksi asioiksi työyhteisössä haastateltavat kokevat asioiden jakamisen, toisen tukemisen ja oman sekä yhteisen kehittymisen. Yhteistyön haasteiksi koetaan käytettävän ajan ja henkilöresurssien vähäisyys, ympäristön tuottamat haasteet, toimijoiden ammattitaito, ammattitaidon kehittäminen ja kommunikointi. Henkilökunnan ja ajan vähäisistä resursseista johtuen itsensä kehittäminen työssä ei onnistu. Myöskään luottamus lyhytaikaisiin tuuraajiin ei kerkeä muodostua ja se aiheuttaa epätietoisuutta tuuraajan ammattitaidosta. Haastateltavat kertovat myös, ettei joustavuus aina toteudu tai sen ei ole mahdollista toteutua erinäisistä syistä johtuen. Aikataulujen yhteensovittaminen on myös haasteellista. Tiedon välittymiseen vaikuttaa negatiivisesti kirjaamisen moninaisuus ja sen oikea-aikaisuuden vaihtelevuus. Tällöin toisen ammattilaisen tekemän kirjauksen hyödyntäminen on epävarmaa. Työn tehokkuuteen ja kommunikointiin heikentävästi vaikuttaa työympäristön fyysiset tekijät, kuten kaukainen sijainti toisista. Tällöin tiedon kulkeminen ei aina ole sujuvaa. Myös potilaiden moniongelmaisuus koettiin haasteeksi. Sairaalahoidolliset osa-alueet pystytään hoitamaan sairaalan sisäältä käsin, mutta kaikki ympäristölliset ja sosiaaliset alueet eivät ole terveydenhuollon keinoin ratkaistavissa. (Markkola 2013, 43, 56, 63–67.)

Burau, Carstensenin, Kuhlmannin ja Loun (2017) tutkimuksessa tutkittiin kotihoidon moniammatillista tiimityötä aivohalvauspotilailla Saksassa. Tutkimukseen osallistui viisi tiimiä, jotka sisälsivät hoitajia, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja ja lääkäreitä. Tutkimus suoritettiin yksilohaastatteluilla. Ajan puutteen vuoksi vain kolme tiimiä haastateltiin, mutta heistä saatiin riittävä aineisto. (Burau, Carstesen, Kuhlmann ja Lou 2017, 3.)

Työntekijöiden välillä ei ole ilmaantunut sekaannuksia ja he kokevat työskentelyn sujuvan hyvin. Pääosin he käyvät potilaan luona yksin ja hoitavat omaan ammattiinsa kuuluvat toimenpiteet, mutta samalla he tarkkailevat olisiko potilaalla tarvetta muulle terapialle ja yleensäkin hänen kokonaisvointiaan. Jos he huomaavat esimerkiksi kognitiivisessa toiminnassa tai fyysisessä kunnossa jotain muutosta, he kertovat siitä muille ryhmän jäsenille. Välillä monen eri asian tarkastelu muidenkin ammattien näkökulmasta tuntui vievän paljon aikaa. Yksi tiimin jäsen oli vastuussa potilaiden ohjaamisesta tarvittaessa muille ammattilaisille. Tämä sujui kaikkien tiimien mielestä ongelmitta. (Burau ym. 2017, 4–5.)

Tiimien jäsenet keskittyivät pääasiassa potilaan tarpeisiin perustuvan hoidon strategioihin, eli tehtävä perustui potilaiden tarpeiden arviointiin ja tiimin resursseihin. Yksi tiimin jäsenistä vastasi potilaan hoitolinjasta. Taitojen ja tehtävien siirtoa toisille helpotti luotettavuus ja toisen ammattitaidon arvostaminen ryhmissä. Ammattilaiset ilmaisivat luottamuksensa kollegoidensa arvioihin, päätöksiin ja resurssienhallintaan, ja he uskoivat, että heidän ammatillisia näkemyksiään ja asiantuntemustaan kuunnellaan. (Burau ym. 2017, 5.)

Salminen (2000) tutkimuksessaan selvitti sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien välistä yhteistyötä iäkkästä potilasta hoitavassa moniammatillisessa kuntoutustiimissä. Tutkimus on suoritettu teemahaastatteluina Varsinais-Suomen alueella perusterveydenhuollossa työskenteleville sairaanhoitajille ja fysioterapeuteille. Salmisen tutkimuksesta selviää, että sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien välillä tapahtuva yhteistyö on keskustelua, neuvottelua, kirjallista tiedottamista, yhteistyötä konkreettisessa hoitotyössä ja kuntoutukseen liittyvää ohjausta ja koulutusta. Yhteistyötä helpottavia tekijöitä on fysioterapeuttien työskentely osastoilla, toisen tunteminen, hyvät ihmissuhteet, fysioterapeuttien auttamishalu, sairaanhoitajien kuntoutusmyönteisyys, viralliset tapaamiset ja työhön sitoutuminen. (Salminen 2000, 14–15, 17, 19.)

Yhteistyötä hankaloittaviksi asioiksi nousi kiire, näkemyserot hoitajien ja terapeuttien välillä, terapeuttien vaihtuminen, hoitajien passiivisuus yhteistyössä, terapeuttien vaikea tavoitettavuus, huono tiedonkulku, potilaiden asenne ja toimimattomat ihmissuhteet. Tutkimuksesta selviää, että potilaat ovat usein aktiivisempia terapeuttien seurassa kuin hoitajien kanssa. Potilaiden mielestä fysioterapia on kuntoutusta ja hoitajien tehtävä on auttaa potilasta. Sairaanhoitajat ja fysioterapeutit odottivat yhteistyöltä sujuvuutta, avoimuutta, keskustelun lisäämistä, yhteisiä tavoitteita kuntoutuksessa, toisen työn tuntemista ja arvostamista, nopeaa tiedon kulkemista, kiireettömyyttä ja aktiivisuutta. (Salminen 2000, 21–22, 24, 35.)

3 NEUROLOGISTEN SAIRAUKSIEN KUNTOUTUS

Neurologian erikoisalaan kuuluu hermoston eli aivojen, selkäytimen, ääreishermoston ja lihasten sairauksien tutkiminen, hoito ja kuntoutus. Neurologisella potilaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla sairaalahoidon syy on neurologinen sairaus tai oire, tai sellaista epäillään. Yleisimpiä neurologisia oireita ovat erilaiset päänsäryt, huimaus, lihasheikkoudet, kömpelyys, vapina ja tunnottomuus. Kipu voi myös olla merkki hermoston epätyypillisestä toiminnasta. (Ahonen ym. 2016, 345.)

Neurologiset sairaudet voivat aiheuttaa tasapaino- ja näköhäiriöitä, ongelmia havaintokykyyn, loogiseen ajatteluun sekä asioiden tunnistamiseen. Myös muistivaikeudet ovat yleisiä neurologisissa sairauksissa. Erilaiset kohtaukselliset oireet tai halvausoireet, kuten ongelmat puheen tuottamisessa tai ymmärtämisessä sekä lukemisen ja laskemisen häiriöt ovat neurologisia ongelmia. Neurologisista sairauksista yleisimpiä ovat aivoverenkiertohäiriöt, erilaiset päänsäryt, liikehäiriöt, epilepsia, muistisairaudet, keskushermosto- ja ääreishermostosairaudet ja hermolihaskudoksen sairaudet. (Ahonen ym. 2016, 345). Työssä myöhemmin käydään läpi Harjulan sairaalan neurologisen osaston tyypillisimmät sairausryhmät.

Neurologiset potilaat tarvitsevat lähes aina kuntoutusta. Neurologisia sairauksia ja oireita, jotka vaativat kuntoutusta ovat muun muassa lihassairaudet, MS-tauti, aivotulehdus, Parkinsonin tauti, epilepsia, aivoverenkiertohäiriöt sekä aivotrauman jälkitilat. (Soinila ja Kastela 2015; Rissanen ym. 2008, 235–236.) Kuntoutuksen järjestämisestä pääasiassa vastaavat sairaalat ja terveyskeskukset, mutta erilaisilla potilasliitoilla sekä niiden järjestämällä valtakunnallisilla liitoilla on myös oma olennainen osansa kuntoutuksen toiminnan toteuttamisessa. Näistä liitoista esimerkkeinä ovat aivohalvausliitto ja MS-liitto. Kuntoutuksen rahoitukseen osallistuvia tahoja ovat mm. terveydenhuolto, kansaneläkelaitos, työhallinto, vakuutusyhtiöt sekä työeläkelaitokset. (Soinila ja Kastela 2015.)

Kuntoutuksella tarkoitetaan muun muassa prosessia, jolla on tavoitteita ja joka pyrkii auttamaan asiakasta saavuttamaan mahdollisimman hyvän toiminnan tason liittyen fyysiseen, sosiaaliseen sekä älylliseen toimintakykyyn. Sen lisäksi tavoitteena on, että ihminen selviytyisi elämän eri tilanteista mahdollisimman omatoimisesti. Sen avulla potilas saa neuvoja ja keinoja oman elämänsä muuttamiseen. Kuntoutusta on erilaista kuten ammatillista, lääkinnällistä, sosiaalista ja kasvatuksellista. (Rissanen ym. 2008, 31; Soinila ja Kaste 2015.)

Kuntoutuminen on kokonaisuus, johon liittyy vahvasti tutkimustieto, kokemus sekä kuntoutujan tavoitteet. Kuntoutuksen ammattilaiset tukevat kuntoutujaa prosessissa, mutta suuri vastuu on myös hänellä itsellään kuntoutuksen etenemisestä. (Autti-Rämö ym. 2016.) Kuntoutujan oma motivaatio onkin olennaisin vaikuttava asia kuntoutuksen onnistumisessa (Rissanen ym. 2008, 237). Ytimekkäästi sanottuna kuntoutus sisältää eri kuntoutuksen ammattilaisten ohjaamia tai suorittamia harjoitteita ja uusien toimintamallien harjoittelua, jotka kuntoutuja sisällyttää omaan arkeensa. (Autti-Rämö ym. 2016.) Esimerkiksi toimintaterapiassa tavoitteena voi olla etsiä asiakkaalle uusia toimintatapoja, joiden avulla hän selviää töissä, harrastuksissa tai kotona, sekä apuvälineiden tarpeen arviointi ja niiden ohjeistus. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 42–43.)

Neurologisessa kuntoutuksessa potilaan ympärillä työskentelee moniammatillinen työryhmä, johon voi kuulua muun muassa lääkäri, fysioterapeutti, neurologi, neuropsykologi, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä sekä lähi- ja sairaanhoitaja. Sen lisäksi tarpeen mukaan tulisi olla mahdollisuus konsultoida esimerkiksi erikoislääkäreitä, ravitsemusterapeuttia sekä puheterapeuttia. Tuloksellisinta potilaan kuntoutuksessa olisikin aktiivinen tiimityö, jossa kokoonnutaan säännöllisesti ja ollaan päätyökseen mukana potilaan kuntoutusprosessissa. Potilaan toimintahäiriöiden tutkiminen, kuntoutustarpeen arviointi sekä itse kuntoutus tapahtuvat kaikki moniammatillisessa yhteistyössä eri alan ammattilaisten kesken. (Arokoski ym. 2015.) Yleensä neurologisten potilaiden kuntoutus on pitkäaikainen ja laaja-alainen monista eri toimenpiteistä koostuva kokonaisuus. Tärkeää olisi aloittaa kuntoutus mahdollisimman pian, mielellään heti tutkimuksen sekä hoidon yhteydessä. (Rissanen ym. 2008, 235–236; Soinila ja Kaste 2015.)

Parhaiten neurologisen kuntoutuksen tavoitteet voidaan saavuttaa kuntoutussuunnitelman avulla (Soinila ja Kastela 2015). Sen laatii lääkäri yhdessä moniammatillisen työryhmän sekä potilaan kanssa (Arokoski ym. 2015). Kuntoutussuunnitelman tulisi aina perustua muun muassa potilaan osallistumista sekä toimintaa vaikeuttaviin ongelmiin, hänen voimavaroihinsa sekä yhteistyössä potilaan kanssa laadittuihin hänelle merkityksellisiin sekä realistisiin tavoitteisiin (Autti-Rämö ym. 2016). Tavoitteiden kuntoutussuunnitelmassa tulee olla selkeät ja niitä täytyy tarkistaa sekä muuttaa aina tarvittaessa (Soinila ja Kastela 2015).

Kuntoutustavoitteella on erilaisia tehtäviä, kuten sitouttaa ja motivoida kuntoutujaa muutokseen, sekä kohdentaa kuntoutustoimet kuntoutuksen kannalta merkityksellisiin asioihin. Sen lisäksi se ohjaa kuntoutujaa tavoitteiden saavuttamisessa, sisällyttää kuntoutuksen kuntoutujan päivittäisiin toimiin, sekä mahdollistaa kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnin. Oleellista kuntoutuksen tavoitteissa on, että ne ovat kuntoutujalle merkityksellisiä. Tärkeää on, että tavoitteiden saavuttamista pystytään tunnistamaan kuntoutujan arjessa, eikä ainoastaan asiantuntijan suorittamissa arvioinneissa. Merkityksellinen asia kuntoutuksen tavoitteiden laatimisessa onkin toteuttaa se asiakaslähtöisesti, joka tarkoittaa tavoitteiden laatimista yhteistyössä asiakkaan kanssa. Tavoitteiden tulisi liittyä asioihin, joihin asiakas itse kaipaa muutosta, eikä niiden tulisi olla yksinomaan esimerkiksi tutkimusten tuottaman tiedon perusteella asetettuja tavoitteita, jos asiakas ei tunne niitä omakseen. Kuntoutuksen tavoitteiden asettaminen tulisi keskittyä asiakkaiden voimavarojen ja mahdollisuuksien etsimiseen ja käyttöön ottamiseen, sillä mihin kuntoutuja itse uskoo voivansa vaikuttaa, voi myös muuttua. (Autti-Rämö ym. 2016.)

Tavoitteiden laatimiseen voidaan käyttää avuksi GAS-menetelmää, joka on kehitetty 1960-luvulla USA:ssa. Sen avulla voidaan luoda asiakaslähtöiset tavoitteet ja tarkastella tavoitteiden toteutumista. GAS-menetelmällä voidaan kuvata tunnistettavia, merkityksellisiä ja selkeitä muutoksia kuntoutujan elämässä. Tarkoituksena GAS-menetelmässä on haastatella kuntoutuja ja selvittää hänen tilanteensa sekä kuntoutuksen kannalta merkitykselliset asiat. Haastattelussa selvitetään muun muassa millainen toimintakyvyn muutos omassa elämässä olisi tärkeää sekä mahdollista. (Sukula ja Vainiemi; Kela 2012.)

Gas-menetelmässä tavoitteiden määrä tulisi pitää kohtuullisena, sekä aikataulun tavoitteiden saavuttamiselle tulisi olla realistinen. Apuvälineenä tavoitteiden asettamiselle voidaan käyttää niin sanottua SMART-ideaa. Se on lyhenne englannin sanojen ensimmäisistä kirjaimista ja suomennettuna tarkoittaa muun muassa yksilöllistä, mitattavissa ja saavutettavissa olevaa, realistista ja merkityksellistä ja mahdollista aikatauluttaa. Tavoitteiden tulisikin perustua edellä mainittuihin asioihin. (Sukula ja Vainiemi.)

Tärkeää on, että asiakas sekä kaikki kuntoutukseen osallistuvat ammattilaiset ovat selvillä tavoiteista ja ovat mukana kuntoutuksen jatkuvassa arvioinnissa. Lisäksi palaute arvioinnista tulisi myös välittyä kaikille kuntoutujan ympärillä työskenteleville osapuolille, jotta toimintaa voidaan kehittää. (Kettunen ym. 2017, 31.) Jos potilas sairastaa etenevää neurologista sairautta, pitäisi varhaisvaiheen jälkeen tehdä myös sosiaalinen palvelusuunnitelma, jossa suunnitellaan esimerkiksi asunnon muutostöiden, kotiavun sekä henkilökohtaisen avustajan tarvetta potilaan arjessa (Arokoski ym. 2015).

3.1 Eri ammattiryhmien merkitys neurologisessa kuntoutuksessa

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten työnkuvaan kuuluu olennaisesti potilaan kuntoutumisen tukeminen, jossa tärkeää on suunniteltu ja perusteltu työ, joka perustuu asiakkaan omiin tavoitteisiin, asiakkaan omaan haluun sekä sitoutumiseen. Asiakkaan toimintakyvyn parantamiseen tai ylläpitämiseen liittyvät toiveet ovat tärkeässä osassa kuntoutumisen tukemisessa, sillä näistä lähtökohdista rakentuvat kuntoutuksen tukemisen keinot ja menetelmät. (Suvikas ym. 2013, 11.)

Kuntoutujälähtöisyys on yksi keskeinen periaate kuntoutumista tukevassa työssä. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntoutuja on itse aktiivinen toimija liittyen kuntoutusta sekä itseään koskeviin asioihin. Merkittäviä asioita ovat kuntoutujan omat tavoitteet, motivaatio ja pyrkimykset. Kuntoutuja osallistuu muun muassa kuntoutukseen liittyen suunnitteluun, päätöksien tekemiseen, toteuttamiseen sekä arviointiin (Kähäri-Wiik ym. 2007, 22–23.) Kokonaisvaltaisena päämääränä kuntoutumista edistävässä työotteessa pidetään asiakkaan voimaantumista, joka tarkoittaa, että kuntoutuja saa voimaantumisen kokemuksia, kun hän löytää omat voimavaransa sekä mahdollisuutensa ja saa kokemuksen omasta arvosta. Tämä auttaa kuntoutujaa vaikuttamaan itse aktiivisesti omaan elämäänsä ja tekemään rohkeasti päätöksiä. (Kettunen ym. 2017, 23.)

Kuntoutumisen tukemisessa on merkityksellistä monen eri ammattilaisen sekä asiakkaiden välinen yhteistyö sekä se, että kuntoutuksen päämäärät ja tavoitteet ovat kaikille selvillä. Kun tavoitteet ovat kaikille työntekijöille selvillä, voi jokainen tehdä kuntoutusta tukevia ratkaisuja päivittäisissä tilanteissa. (Suvikas ym. 2013, 163.)

Hoitohenkilökunta on tärkeässä osassa potilaan kuntoutuksessa, hoitohenkilökunnalla tarkoitamme lähi- ja sairaanhoitajia. Neurologisen potilaan kuntoutuksessa hoitajan merkitys korostuu arvioitaessa potilaan toimintakykyä, hoitoa ja sen vaikuttavuutta. (Suvikas, Laurell ja Nordman 2013, 18.). Hoitohenkilökunnan monipuolisiin osaamisalueisiin kuuluvat muun muassa terveyden edistäminen,

ohjaus sekä opetus, hoitotyön päätöksenteko, eettinen toiminta, kehittämis- sekä tutkimustyö, yhteiskunnallinen toiminta, monikulttuurinen hoitotyö, sekä lääkehoito ja kliinisen hoitotyön auttamismenetelmät. (Kristoffersen ym. 2006, 16.) Hoitohenkilökunta osallistuu yhdessä potilaan ja muiden ammattilaisten kanssa kuntoutumista tukevan suunnitelman suunnitteluun, toteutukseen sekä arviointiin. He ovatkin usein kuntoutettavan tukena myös arjessa tukemassa ja opastamassa asiantuntijoiden laatiman kuntoutusohjelman suorittamisessa. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 71.)

Neurologisen potilaan hoidossa hoitajien tehtävänä on osallistua ja huolehtia potilaan perushoidosta ja lääkehoidon toteutumisesta. Hoitohenkilökunnan tulee huomioida potilas kokonaisvaltaisesti, aiemmat sairaudet tai sairastumisen vuoksi tulleet liitännäisoireet ja -sairaudet. Hyvä hoitotasapaino sairauksissa edistää neurologisen potilaan toipumista. Hoidon ja kuntoutuksen edetessä, hoitajat osallistuvat potilaan moniammatilliseen hoito- ja kuntoutuspalaveriin, jossa arvioidaan realistisesti hoidon ja kuntoutumisen eteneminen ja asetetaan tavoitteita. (Suvikas, Laurell ja Nordman 2013, 18.)

Kuntoutumista tukevaa työtapaa voidaan määritellä asiakastyötavaksi, jossa hoitaja ohjaa, tukee ja kannustaa kuntoutujaa selviytymään arjen toiminnoista mahdollisimman omatoimisesti. Sen lisäksi hoitaja auttaa kuntoutujaa hallitsemaan arkea oman toimintakykynsä sekä voimavarojensa mukaan. Olennaista on se, että kuntoutuja on itse aktiivinen toimija, eikä hoitaja tee asioita hänen puolestaan, joista kuntoutuja selviää omatoimisesti. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 19.)

Tavoitteena kuntoutumista edistävällä työotteella on tukea kuntoutujaa hyödyntämään, tunnistamaan ja lisäämään omia sekä ympäristönsä voimavaroja. Lisäksi se pyrkii kuntoutujan omatoimisuuden vahvistamiseen ja tukemiseen, kuntoutujan mahdollisuuksien lisäämiseen sekä hänen toimintakykynsä ylläpitämiseen ja vahvistamiseen. Kuntoutumista edistävällä työotteella pyritään myös psykososiaalisen ja fyysisen ympäristön vaikuttamiseen niin, että se tukisi kuntoutujan omatoimisuutta. Sen lisäksi sillä pyritään tukemaan asiakkaan autonomiaa ja itsemääräämisoikeutta. (Kettunen ym. 2017, 23.) Fyysisen puolen lisäksi kuntoutuksessa on merkittävää ottaa huomioon kuntoutujan sosiaalinen puoli ja tukea sitä. Hoitajan tulisikin tukea kuntoutujaa niin, että hän pääsee osallistumaan harrastuksiin sekä voi pitää yllä sosiaalisia suhteitaan. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 19.)

Fysioterapeutin asiantuntijuuden kohteena ovat ihmisen liikkumis- sekä toimintakyky. Tavoitteina fysioterapiassa on yksilön tai ryhmän toimintakyvyn parantaminen tai sen ylläpitäminen. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 41–42; Pollard ym. 2014, 129.) Neurologinen fysioterapia on yksi fysioterapian erikoisaloista. Se on erikoistunut ääreis- ja keskushermosto peräisten sairauksien sekä oireyhtymien kuntouttamiseen. Neurologisen fysioterapian tavoitteena on palauttaa kuntoutujan ennen äkillistä sairastumista hallitut taidot ja parantaa muun muassa kuntoutujan liikuntakykyä, itsenäistä suoriutumista ja toiminnallisuutta. Hitaasti etenevissä neurologisissa sairauksissa tavoitteena on ylläpitää kuntoutujan sosiaalista toimintakykyä, työkykyä sekä tukea kuntoutujan liikkumista ja itsenäistä suoriutumista. (Suomen Fysioterapeutit 2017.) Perinteisesti osastolla työskennellessä fysioterapeutti kävelyttää kuntoutujia ja ohjaa heidän harjoitteitaan. Myös apuvälineiden tarpeen arviointi ja niiden

käytön ohjaus kuuluu perinteiseen työhön. Lisäksi fysioterapeutti kertoo muulle henkilökunnalle kuntoutujan toimintakyvyn muutoksista, sekä ohjeistaa heitä kuntoutujan tilanteesta ja hänen kanssaan toimimisestaan. (Helminen, Janhunen, Matilainen ja Pikkarainen 2017, 36.) Yhdeksi fysioterapeutin ydinosuutuksen alueeksi onkin määritelty kuntoutujan ja hänen läheisen ohjauksen lisäksi myös muun terveydenhuoltoalan henkilökunnan toimintatapojen ohjaus kuntoutujan toimintakykyä tukeväksi (Hynynen ym. 2016).

Toimintaterapian avulla pyritään parantamaan tai ylläpitämään asiakkaan toimintakykyä niin, että hän selviää arjen ja elämän jokapäiväisistä askareista ja pystyy huolehtimaan itsestään mahdollisimman omatoimisesti. Toimintaterapia koostuu muun muassa kognitiivisista harjoituksista sekä käden toimintaa ja arjen askareita harjaannuttavista harjoitteista. Sen lisäksi toimintaterapeutti voi havainnoida ja arvioida asiakkaan elinympäristöä ja laatia sinne tarvittavia omatoimisuutta ja turvallisuutta lisääviä muutosehdotuksia. Terapiassa on tärkeää löytää toimintamuodot, jotka motivoivat asiakasta ja ovat hänelle mielekkäitä sekä räätälöidä terapiaharjoitteet aina asiakkaan toimintakyvyn ja tarpeen mukaan. Terapia voidaan vaihdella tästä syystä leikkimisestä leipomiseen asiakkaan mielenkiinnon kohteista riippuen. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 42–43.)

Puheterapeutin työnkuvaan kuuluu äänen ja puheen häiriöiden tutkiminen sekä hoito. Puheterapeutin asiantuntijuus keskittyy muun muassa aikuisten sekä lasten kielen, kommunikoinnin ja äänen häiriöihin, suun motoriaan, nielemisen sekä syömisen vaikeuksiin sekä myös kirjoittamis- ja lukemishäiriöihin. Tämän lisäksi puheterapeutti on asiantuntija teknisten kommunikaatiovälineiden käytössä. Puheterapiaan hakeutuvien asiakkaiden häiriöt voivat vaihdella synnynnäisistä jonkin vamman tai sairauden aiheuttamiin häiriöihin. Puheterapian tavoitteena on, että asiakas selviäisi omalla kommunikatiotavallaan arjen päivittäisistä askareista ja toimista. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 43–44.)

Neuropsykologiassa tarkastellaan ihmisen henkisen toiminnan sekä aivojen välistä suhdetta toisiinsa. Neuropsykologin työnkuvaan kuuluu olennaisena osana neurologinen tutkimus, jonka tulosten pohjalta hän suunnittelee asiakkaalle yksilöllisen kuntoutussuunnitelman. Neurologisen tutkimuksen tavoitteena on muun muassa saada tietoa asiakkaan neurologisten oireiden, sairauksien sekä vammojen seurauksista ja vaikutuksista hänen henkisiin toimintoihinsa. Tämän lisäksi sen avulla voidaan erotella neurologiset sairaudet muista sairauksista. Neuropsykologinen kuntoutus tähtää yleensä asiakkaan yleisen toimintakyvyn parantamiseen, sekä sen tarkoituksena on kuntouttaa hänet takaisin työn tai opiskelun pariin. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 47–48.)

3.2 Aivoverenkiertohäiriöt

Aivoverenkiertohäiriö (AVH) tarkoittaa aivoverenkierron tai aivoverisuonten sairauksia, kuten ohimeneviä TIA-kohtauksia tai aivohalvauksia. Aivohalvaukset jaetaan vielä aivoinfarktiin ja aivoverenvuotoon. TIA eli ohimenevä iskeeminen kohtaus on aivojen verenkiertohäiriö. Oire on kohtausmainen ja ohimenevä, josta ei jää pysyviä kudosvaurioita. Oire kestää yleisimmin 2–15 minuuttia. Aivoinfarktissa puolestaan aivoverisuoni tukkeutuu, jolloin aivokudoksen verenkierto ja hapensaanti estyvät.

Tämän takia osa aivokudoksesta menee kuolioon. Aivoverenvuoto taas on tila, jossa aivojen valtimo-suoni repeää ja veri pääsee vuotamaan aivoaineeseen tai lukinkalvonlaiseen tilaan. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016.)

Aivot säätelevät lähes kaikkea ihmisen toimintoja. Tämän vuoksi aivoverenkiertohäiriön aiheuttama kudosvaurio vaikuttaa monin tavoin fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Seuraukset ovat yksilöllisiä ja riippuvat vaurio kohdasta sekä sen laajuudesta. Aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa tilapäistä tai pysyviä halvausoireita, tuntuu puutoksia, häiriöitä kielellisissä toiminnoissa tai henkisessä suoriutumisessa. Sairastuneille noin puolelle jää pysyviä haittoja, joista taas noin puolelle haitta on vaikea-asteinen. Neljännes näistä toipuu oireettomaksi, kun taas joka seitsemäs joutuu pysyvästi laitoshoitoon. (Aivoliitto ry 2013a.)

Kielelliset häiriöt eli afasiat, ovat vaikeuksia kielen ja puheen tuottamisessa. Vaikeita asioita voi olla puhuminen, puheen ymmärtäminen, kirjoittaminen, lukeminen, rahan käyttäminen, uudessa paikassa liikkuminen tai omien asioiden hoitaminen. Tahdonalaisten liikkeiden häiriöt eli apraksiat vaikeuttavat sairastuneen kykyä tehdä niitä liikkeitä, joita hän haluaisi itse tehdä. Opittujen liikkeiden suorittaminen on vaikeaa. Huomiotta jäämisen häiriö eli neglect on häiriö, jossa sairastunut ei huomioi toista puolta lainkaan, yleensä vasenta. Tämä voi koskea omaa kehon huomiointia tai ympäristön huomiointia. Muistihäiriöt eli amnesiat ovat oire, joita esiintyy harvoin. Lieväkin muistihäiriö voi vaikuttaa mm. kykyyn tehdä töitä. Oiretiedostuksen puutteellisuus eli anosognosia tarkoittaa, ettei sairastunut välttämättä tunnista kaikkia oireita tai vähättelee niitä. Hahmottamiseen liittyvät oireet ovat vaikeuksia tunnistaa aiemmaltaan tutut asiat, arvioida etäisyyksiä, tunnistaa kellonaikoja ja toimia tutuissa päivittäisissä asioissa. Dysartia on ongelma kasvojen, suun ja nielun alueen toiminnassa. Dysfagia on taas nielemishäiriö. Yleisluonteisia häiriöitä ovat aloitekyvyn vaikeutuminen, tarkkaavaisuuden heikentyminen, toimintojen hallitsemisen vaikeutuminen ja hätäisyys. (Aivoliitto ry 2013b, 11–15.)

Aivohalvauspotilaiden hoito ja kuntoutus yritetään järjestää sairaalassa neurologian osastoilla tai aivohalvausyksiköissä. Kuntoutus tapahtuu moniammatillisesti, sillä halvauksiin voi liittyä monia eri häiriöitä ja vajaatoimintaa. Kuntoutuksessa osallisena voi olla fysioterapeutit, toiminta- ja puheterapeutit sekä neuropsykologit. Fysioterapia on yleisin kuntoutusmuoto, sillä useilla aivohalvauspotilailla on halvausoireita. Hoidolla on tavoitteena aivokudosvaurioiden rajaaminen. Kuntoutuksella pyritään korjaamaan kudosvaurioiden aiheuttamaa vajaatoimintaa ja siitä aiheutuneita häiriöitä. Kuntoutuksessa on tärkeää osata tukea potilaiden ja heidän omaistensa sopeutumista. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016; Soinila ym. 2007, 327.)

Aivoverenkiertohäiriön kuntoutus aloitetaan välittömästi asento- ja liikehoidoilla. Ne aktivoivat kehon aistimuksia ja ehkäisee vartalon ja raajojen toimintahäiriöitä. Aktiivinen kuntoutus aloitetaan heti kun potilaan tila on vakaa. AVH-potilaan fysioterapia sisältää esimerkiksi kävelyharjoituksia ja halvaantuneen raajan toiminnan harjoitteita. Toimintaterapialla harjoitetaan puolestaan muun muassa pukeutumista ja wc-asiointia. Puheterapialla pyritään kuntouttamaan afasiaa, nielemisvaikeuksia ja

dysartriaa, jotka ovat yleisiä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneilla. Neuropsykologisella kuntoutuksella puolestaan voidaan kehittää muun muassa sairastuneen tarkkaavaisuutta ja toiminnanohjausta. (Pirttilä 2017.)

Aivoliiton mukaan moniammatillista intensiivistä kuntoutusta ei ole määritelty tarkasti. He kuitenkin määrittelevät, että AVH-kuntoutujan pitäisi saada fysioterapiaa päivittäin, toimintaterapiaa kolme kertaa viikossa, puheterapiaa 2-3 kertaa viikossa ja neuropsykologista kuntoutusta viikoittain. (Koskinen 2016, 14.) Iso-Britannian AVH-potilaan hoitosuosituksen mukaan jokaista tarvittavaa terapiaa pitäisi olla vähintään 45 minuuttia päivässä viidesti viikossa. Edellyttäen kuitenkin sitä, että potilas pystyy osallistumaan terapiaan ja kuntoutukselle asetetut tavoitteet ovat saavutettavissa. (Kempfi, Laimi ja Mikkellson 2017.)

3.3 Parkinsonin tauti

Parkinsonin tauti on hitaasti etenevä parantumaton liikehäiriösairaus. Taudin yleisimmät tunnistettavimmat oireet ovat lepovapina, liikkeiden ja liikkumisen hidastuminen sekä lihasjäykkyys. (Atula 2016.) Motoriset oireet johtuvat hermosolujen tuhoutumisesta aivojen mustatumakkeen alueella, jossa sijaitsee dopamiinisoluja. Dopamiinisolujen kautta tapahtuu tiedonkulku toisiin tumakkeisiin, jolloin vähäinen dopamiinin pitoisuus suurentaa Parkinsonin taudin oireiden ilmaantumista. (Suomen Parkinson-liitto ry 2015.)

Vapina (treemori) on suurimmalla osalla sairastuneista ensimmäinen oire. Yleisimmin vapina alkaa toisen puolen kädestä, josta myöhemmin jatkaa leviämistä saman puolen alaraajaan, josta vielä kokonaan toiselle puolelle. Puolestaan liikkeiden hitaus (bradykinesia) näkyy liikkeiden aloittamisen ja suorittamisen hitautena. Lihasjäykkyydellä (rigiditeetti) tarkoitetaan lihasjänteyden lisääntymistä ja lihasten jäykistymistä. Liikkeiden aikana lihakset jännittyvät, jolloin lihakset vastustavat liikettä. Motoristen oireiden lisäksi voi esiintyä tasapainon hallinnassa vaikeuksia sekä erilaisia autonomisen hermoston häiriöitä, kuten ihon rasvoittumista tai hikoilun lisääntymistä. Myös ummetus tai virtsarakon toiminnassa esiintyvät häiriöt voivat olla tavallisia. (Suomen Parkinson-liitto ry 2015.)

Käypä hoito -suosituksen (Parkinsonin tauti: Käypä hoito -suositus 2017) mukaan Parkinsonin taudin hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on lievittää oireita ja parantaa toimintakykyä. Lääkehoidon tarkoitus on lievittää oireita pitämällä tiedon kulku hermosoluista toiseen mahdollisimman normaalina. Lääkehoidon aloituksen lisäksi diagnoosin saaneet tulee ohjata omatoimiseen liikunnan harjoittamiseen. Kuntoutuksella ei saada pysyvää tulosta, sillä sairaus on etenevä. Kuntoutus vaatiikin jatkuvaa harjoittelua, jotta toimintakyky voidaan pitää yllä. Kuntoutuksella voidaan vaikuttaa parantavasti muun muassa potilaan kävelynopeuteen ja askelpituuteen. (Parkinsonin tauti: Käypä hoito -suositus 2017.)

Eurooppalaisen Parkinson-fysioterapia suosituksen mukaan Parkinson-kuntoutujan pitäisi saada fysioterapiaa vähintään kahdeksan viikon ajan, kolme kertaa viikossa ja 45 minuuttia kerrallaan. Tämä

tutkitusti kehittää kävelynopeutta, lihasvoimaa ja motorisia toimintoja. Se voi myös kehittää toiminnallista liikkumista ja tasapainoa. Terapiassa olisi hyvä yhdistellä fyysistä kuntoa ja toiminnallista liikkumista edistäviä harjoituksia, esimerkiksi portaita noustessa vahvistaa nilkan ojennusta. Pääpainon tulisi olla toiminnallisissa harjoituksissa käyttäen laajoja ja nopeita liikkeitä eri alkuasunnoissa. Terapiassa olisi hyvä harjoittaa useamman nivelen liikkeitä ennen yksittäisten nivelten liikkeitä, ja suuritehoiset harjoitteet ennen pienempää tehoa vaativaa harjoitetta. Osa Parkinson-kuntoutujista hyötyy ulkoisista vihjeistä ja huomion kiinnittämisen strategioista esimerkiksi kävelyä harjoiteltaessa. Vihjestrategiat voivat perustua kuuloon, näköön tai kosketukseen. Esimerkki näköön perustuvasta strategiasta on harjoittaa kävelyä kävelemällä lattiaan laitettujen teippien yli, ja kuuloon perustuvasta strategiasta, että askeletaan metronomin tai musiikin antamaan rytmiin. Huomioon liittyvästä strategiasta esimerkkinä on ajatuksen kiinnittäminen isojen askelten ottamiseen tai laajojen käännösten tekemiseen. (Bärlund ym. 2016, 12–14, 24–25.)

Puhumisen ja nielemisen ongelmat ovat yleisiä Parkinsonin taudissa. Parkinsonin tautia sairastavan puheterapia pyrkii parantamaan ja ylläpitämään puheen voimakkuutta ja ääntämistä. Terapiassa voidaan harjoittaa myös kasvojen lihaksia, jonka tarkoitus on vähentää ilmeettömyyttä. Tiiviillä puheterapiajaksolla pystytään parantamaan äänihuulten liikkuvuutta. Parkinson-kuntoutujakin voi tarvita neuropsykologista kuntoutusta muun muassa muisti- ja hahmottamishäiriöiden kuntouttamiseen. (Virtanen 2004, 9.)

3.4 Muistisairaudet

Muistisairaudet ovat Suomessa kansantauti, jotka vain lisääntyvät väestön ikääntyessä. Muistisairaus heikentää muistia ja tiedonkäsittelyn osa-alueita. Edetessään muistisairaudet johtavat dementiaan, joka tarkoittaa tiedon ja muistin käsittelyn heikentymistä niin, että ihminen ei pysty selviytymään päivittäisistä toimistaan. Yleisimpiä tavattuja eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, Lewyn kappale -tauti sekä Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus. Lisäksi eteneviä sairauksia on aivoverenkiertosairauteen liittyvät muistisairaudet ja otsa - ja ohimolohkorappeumat FTD (Frontotemporaalinen degeneraatio). (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015.)

Muistisairauksiin liittyvät ongelmat ja oireet ovat muistitoimintaan ja hahmottamiseen liittyvä häiriöt, kuten lähimuistin heikkeneminen, toistuvat unohtelut, tavaroiden hukkaaminen, uuden oppimisen häiriöt, vaikeus käyttää rahaa tai tunnistaa kello, vaikea ymmärtää esineiden käyttötapoja sekä ajan ja paikan tajun heikkeneminen. Myös toiminnanohjaukseen ja tiedonkäsittelyyn liittyvät oireet liittyvät muistisairauksiin näitä ovat mm. tarkkaavaisuuden ja keskittymiskyvyn häiriintyminen, vaikeus tehdä päätöksiä tai ratkaista ongelmia, aloitteen heikkeneminen ja vetäytyminen, hienomotoriikan heikentyminen ja kommunikaatiokyvyn heikentyminen. Voimakkaana tulevat myös käyttäytymishäiriöt eli vireystilan vaihtelut, muutokset käytöksessä, psykiatriset oireet, mielialamuutokset, ahdistuneisuus, sekavuus, epäluuloisuus, pelokkuus ja harhaisuus. (Hallikainen, Mönkäre ja Nukari 2017, 217.)

Diagnosoimalla muistisairaus ajoissa, oikeanlaisella hoidolla ja kuntoutuksella voidaan parantaa sairastuneiden toimintakykyä ja omatoimista selviytymistä (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017). Tarkoituksena muistisairaahan kuntoutumisessa on potilaan omien voimavarojen tunnistaminen ja niiden käyttäminen. Näin saadaan säilytettyä ja ylläpidettyä jo ennallaan olevaa toimintakykyä. Kuntoutuksen tavoitteena on elämän laadun pysyminen hyvänä. Hyvällä hoidolla on mahdollista hidastaa sairauden etenemistä. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari ja Forder 2014, 5–11.) Harjulan sairaalan neurologian osaston työntekijät ovat käyneet Tunteva -koulutuksessa, jossa käsitellään muun muassa muistisairaiden kohtaamista. (Kortelainen 2017-12-19.)

4 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata moniammatillisen ryhmän yhteistyötä Harjulan sairaalan neurologisella osastolla ja osaston henkilökunnan kokemuksia yhteistyön sujumisesta. Työn tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka Harjulan sairaalan neurologisen osaston henkilökunnan välinen yhteistyö toimii ja millaiseksi yhteistyö koetaan eri ammattiryhmien kanssa. Lisäksi selvitämme, onko hoitohenkilökunnalla ja kuntoutukseen osallistuvilla samanlainen käsitys työn sujuvuudesta. Tässä työssä hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan sairaanhoitajia sekä lähihoitajia ja kuntoutukseen osallistuvilla terapiahenkilöstöä eli toimintaterapeutteja, puheterapeutteja ja fysioterapeutteja.

Tutkimuksen tavoitteena on, että Harjulan sairaala alkaa kehittämään toimintaansa kyseisellä osastolla tutkimustulosten perusteella. Tavoitteena olisi kehittää moniammatillisuutta, yhteistyön sujuvuutta sekä näiden muutosten avulla tuottaa potilaille parempaa hoitoa ja kuntoutusta.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

Millaista on yhteistyö hoitohenkilökunnan ja terapiahenkilöstön välillä?

Miten henkilökunta kokee eri ammattiryhmien välisen yhteistyön?

Mitä kehitettävää yhteistyössä on?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA AIHEEN VALINTA

Opinnäytetyön aiheen valitsimme mielenkiinnosta yhteistyötä kohtaan ja halusta tehdä tutkimustyön. Aiheen löysimme netistä Kuopion kaupungin nettisivuilta. Työn tilaajana toimii Kuopion kaupungin sairaalapalvelut ja kohteena on Harjulan sairaalan neurologinen osasto. Alun perin aihe oli nimeltään hoidon ja kuntoutuksen yhteistyö Harjulan sairaalan neurologisella osastolla. Aiheesta kiinnostuttuamme otimme yhteyttä Harjulan sairaalan neurologiseen osastoon, josta meille kerrottiin aiheen olevan vielä vapaana. Alkukesän 2017 aikana kävimme ensimmäisen kerran keskustelemassa aiheesta neurologisen osaston osastonhoitajan ja fysioterapeuttien esimiehen kanssa. Siitä aihe muokkautui pikkuhiljaa siihen suuntaan, että tehdään tutkimus koskemaan koko neurologisen osaston henkilökuntaa ja siitä voimme sitten mahdollisesti eritellä hoitohenkilökunnan ja terapiahenkilökunnan näkemyksiä.

5.1 Harjulan sairaalan neurologinen osasto

Harjulan sairaalan neurologisen osaston henkilökunta koostuu eri ammattilaisista. Moniammatilliseen joukkoon kuuluu lääkärit, sairaanhoitajat, lähihoitajat, fysioterapeutit, toiminnanohjaaja, toiminta- ja puheterapeutit sekä osastonsihtööri, yhteensä noin 30 henkilöä. Opinnäytetyön kysely on tehty ja toteutettu tälle henkilökunnalle. (Kortelainen 2017-12-19.)

Harjulan sairaalan osasto 4 tarjoaa neurologisia tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalveluja kuopiolaisille. Osaston toiminta-ajatuksena on potilaan voimavarojen hyödyntäminen sekä olemassa olevan toimintakyvyn vahvistaminen. Hoitotyö osastolla on toimintakykyä ylläpitävää ja aktivoivaa. Hoito toteutetaan yhteistyössä moniammatillisesti kuntoutuksen kanssa, johon kuuluvat fysioterapeutit sekä toiminta- ja puheterapeutit. (Kuopion kaupunki 2017.)

Läheisten osuutta potilaan kuntoutumisessa pidetään tärkeänä. Läheisille ja omaisille annetaan mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon ja kuntoutukseen päivittäisissä toimissa, esimerkiksi ruokailussa tai ulkoilussa auttamalla. Yhteistyötä henkilökunnan ja potilaan sekä läheisten välillä arvostetaan. (Kuopion kaupunki 2017.)

5.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston kerääminen

Tämän työn aineiston kerääminen suoritettiin kyselylomakkeen (liite 2) ja havainnoinnin avulla. Tutkimusmenetelmänä toimi pääosin laadullinen lähestymistapa pienellä ripauksella määrällistä menetelmää. Yleensä kyselytutkimus luokitellaan kuuluvan enemmänkin määrälliseen tutkimustyyppiin varsinkin, jos siinä on suljettuja kysymyksiä. Mutta meidän työmme aihe tutkii ihmisten mielipiteitä, niin laadullinen ote on siihen osuvampi.

Laadullinen tutkimus sopii hyvin tutkimusmenetelmäksi silloin, kun ollaan kiinnostuneita yksityiskohdaisista tapahtumista eikä niiden yleisluonteisista jakautumista. Myös silloin, kun ollaan kiinnostu-

neita yksittäisten toimijoiden merkityksestä, halutaan tutkia luonnollisia tilanteita, joita ei voi järjestää kokeeksi tai joissa ei voida ottaa huomioon ja kontrolloida kaikkia vaikuttavia tekijöitä tai kun halutaan saada tietoa kohdistetusti syy-seuraussuhteista, joita ei voida tutkia kokeilla. Yleisimmät tiedonhakumenetelmät laadullisessa tutkimuksessa ovat tapaustutkimus, etnografia eli kenttätöön havainnointi, fenomenografia eli tapa tuoda ilmi ihmisten erilaisia ja poikkeavia käsitteitä tutkittavasta asiasta, grounded teoria eli menetelmällinen tutkimustapa, jonka avulla pyritään selvittämään ilmiön perustaa ja muodostamaan uutta teoriaa sekä toimintatutkimus. (Metsämuuronen 2001, 9–21.)

Kyselyn tekemiseen päädyimme yhdessä tilaajan edustajien eli Harjulan sairaalan neurologisen osaston osastonhoitajan sekä fysioterapeuttien esimiehen kanssa. Ajattelimme henkilökunnan vastaavan kyselyyn mahdollisesti avoimemmin ja rehellisemmin kuin haastatteluun. Päädyimme ottamaan kyselyyn sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä tulosten varmistamista ja monipuolistamista varten. Ajattelimme, että pelkät suljetut kysymykset eivät antaisi tarpeeksi informaatiota henkilökunnan omista mielipiteistä, mutta todennäköisesti niihin vastataan mieluummin kuin avoimiin kysymyksiin. Suljettuihin kysymyksiin on helppoa ja nopeaa vastata. Tavoitteena oli kuitenkin kuulla henkilökunnan omin sanoin kerrottuja näkemyksiä yhteistyöstä ja niitä varten kyselyssä oli avoimet kysymykset. Avoimien kysymysten vastauksiksi tulee mahdollisesti sellaisiakin asioita, joita emme osaisi etukäteen edes miettiä kysyttävän. Vaarana avoimissa kysymyksissä kuitenkin on, että kaikki eivät vastaa niihin mitään sisällöllisesti tärkeää. Kyselyn luomista varten tutustuimme aiemmin tehtyihin vastaavanlaisiin tutkimuksiin sekä teoriaan moniammatillisesta yhteistyöstä ja tutkimuksen tekemisestä. Lopulliseen muotoonsa kyselyn muokkasimme tilaajan edustajien kanssa.

Kysely sisälsi 11 kysymystä. Kysely alkoi taustatietojen kartoittamisella, joita oli kolme ensimmäistä kysymystä. Kolme seuraavaa kysymystä oli suljettuja likertin asteikon kysymyksiä. Päätimme käyttämään 4-portaista asteikkoa, koska halusimme sulkea pois neutraalin vastausvaihtoehdon (esim. ”ei helppoa eikä vaikeaa”). Kysymys, jossa kysyimme koettua yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa, oli 5-portainen. Tässä halusimme antaa henkilökunnalle mahdollisuuden vastata myös että ” en työskentele tämän ammattiryhmän kanssa”. Loput viisi kysymystä oli avoimia kysymyksiä yhteistyön sujuvuuteen ja kehittämiseen liittyen.

Kyselyn lisäksi käytimme aineistonkeruumenetelmänä havainnointia. Havainnointi eli observing on tavallinen tiedonkeruumenetelmä kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa. Sen etuina saadaan monipuolisuutta tutkimustuloksiin, saadaan tietoa, mitä kyselyn avulla ei kerrotaisi, toimitaanko kuten kyselyn vastaukset kertovat sekä tietoa vuorovaikutuksesta tutkittavien välillä. (Kankunen ja Vehviläinen-Julkunen 2015, 121–123.) Sanattomalla viestinnällä voi olla suuri vaikutus tuloksiin. (Kylmä ja Juvakka 2007, 94.)

Havainnointi tutkimuksen muotona on kokonaisvaltaista ja tietoisesti tehtyä asioiden, ilmiöiden ja tapahtumien aistimista suhteessa siihen, missä ne tapahtuvat. Havainnointi on katsomista ja kuule-

mista, mutta tarvittaessa se voi olla myös haistamista, maistamista ja tuntemista. Tietoisessa havainnoinnissa tutkijan huomio keskittyy koko tutkimuskohteeseen ja tutkijan omat tuntemukset ovat aina mukana havaintoja tehdessä. (Vilka 2006, 8–9, 12, 37.)

Havainnointitapoja on määritelty olevan ainakin viittä erilaista. Ne on määritelty sen mukaan, kuinka tutkija toimii havainnoinnin aikana. Havainnointitapoja ovat tarkkaileva havainnointi, osallistuva havainnointi, aktivoiva osallistuva havainnointi, kokemalla oppiminen sekä piilohavainnointi. Tässä opinnäytetyössä käytettiin tarkkailevaa havainnointia. Tarkkailevassa havainnoinnissa tutkija tekee havaintoja kohteen ulkopuolelta eli tutkija ei osallistu tutkittavan kohteen toimintaan. Tässä tavassa tutkija on kohteen ulkopuolinen tarkkailija. (Vilka 2006, 42–43.)

Tässä työssä havainnoinnin avulla pyrimme täydentämään ja tarkentamaan kirjallisen kyselyn avulla saatuja tuloksia, sekä vertailemaan havaintojen ja kyselyn avulla saatujen vastausten yhdenmukaisuutta. Ennen havainnoinnin suorittamista olimme tutustuneet teoriassa yhteistyöhön, osaston työskentelyyn sekä aiempiin vastaavanlaisiin tutkimuksiin. Havainnointia varten mietimme valmiiksi asioita, joihin kiinnittäisimme huomiota. Havainnoitavia kohtia olivat seuraavat asiat: ketkä tekevät yhteistyötä, missä tilanteissa yhteistyötä tehdään ja millaista yhteistyö on.

Työn tilaajan edustajien kanssa sovimme, että käymme tekemässä havainnointia osastolla yhden aamupäivän ajan. Henkilökunnalle osastonhoitaja oli kertonut, että kyseiselle osastolle tulee ihmisiä seuraamaan heidän työskentelyään, mutta ei kertonut sen tarkemmin mihin seuraaminen liittyi. Meistä tämän työn tekijöistä kolme kävi seuraamassa työskentelyä ja yhden päätimme jättävän havainnoinnin väliin, sillä hän on kyseisen osaston entinen työntekijä. Yhdessä tilaajan edustajan kanssa tulimme sellaiseen tulokseen, ettei entisen työntekijän kannata tulla seuraamaan työskentelyä, koska hän on useimmille kyseisen osaston työntekijöille niin tuttu. Näin varmistimme, ettei se vaikuttaisi tutkimustuloksiin.

Laadullisen tutkimuksen aineiston tulkinnassa on tärkeää, ettei tutkijalla ole ennako-oletusta tutkimustuloksista. Yleensä kuitenkin kenttätutkimuksen analysoinnin voi tehdä vain tutkija itse. Ennen tutkimusta aineisto kerätään kasaan ja analysoidaan sekä kirjoitetaan puhtaaksi eli litteroidaan. (Metsämuuronen 2001, 50–56.) Laadullisen tutkimuksen raportoinnissa tulokset muodostuvat tutkittavien asiayhteyksistä sekä kokemuksista. Hyvässä kvalitatiivisessa tutkimusraportissa on samat asiat kuin määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Lukijan tulee saada selville, kuinka luotettavaa tieto on ja kuinka se on hankittu (Metsämuuronen 2001, 61–62.)



KUVIO 1. Tutkimuksen eteneminen.

5.3 Aineiston analysointi

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa aineiston analysointiin käytetään yleisimmin sisällönanalyysia. Tämä on analyysimenetelmä, jonka avulla voidaan järjestellä ja kuvata kerättyä tutkimusaineistoa. Sisällönanalyysin tarkoitus on saada tietoa tutkittavasta kohteesta kerätyn aineiston avulla, sekä luoda selkeä ja yhtenäinen informaatio aineistosta. Laadullinen sisällönanalyysi voidaan toteuttaa induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. (Kylmä ja Juvakka 2007, 112–116.)

Tässä työssä avoimista kysymyksistä saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Induktiivisen sisällönanalyysin aineisto jaotellaan osiin ja samankaltaiset sisällöt yhdistetään. Aineisto tulee kasata yhtenäiseksi kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuskysymyksiin. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuskysymykset voivat tarkentua analysoinnin ajanakin. Aineistolähtöinen analyysi voidaan jakaa neljään vaiheeseen; yleiskuvan hahmottaminen aineistosta, pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi eli käsitteellistäminen. (Kylmä ja Juvakka 2007, 112–116.)

Aineiston kokonaisuuden hahmottaminen tarkoittaa koko prosessin hahmottamista ja aineiston hallitsemista. Tutkijan tulee tiivistää aineistoa ja selvittää keskeisimmät teemat, kuten tutkimuskysymyksiin vastaaminen aineiston tulosten kautta. Aineiston hahmottaminen helpottuu, kun tutkija tekee siitä tiivistelmää teemoittain. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kontekstualisointi eli taustoittaminen on oleellista, sillä saadut tulokset ovat tilannekohtaisia. Kontekstin avulla voidaan päätellä milloin tilanteissa tuloksia voi käyttää tai hyödyntää. (Kylmä ja Juvakka 2007, 115.)

Aineiston pelkistäminen ja ryhmittely voidaan tehdä samassa yhteydessä. Aineiston tulosten pelkistämällä tarkoitetaan ilmaisujen tiivistämistä, kuitenkin niin, ettei tarkoitus muutu ja olennainen sisältö pysy samana. Tiivistetyt ilmaisut, jotka ovat samansisältöisiä voidaan ryhmitellä luokkiin. Ryhmittelyä voidaan jakaa ylä- ja alaluokkiin. Abstrahoinnilla erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto ja tehdään yleiskäsite pelkistämisen ja ryhmittelyn avulla. Analyysiprosessi etenee siis pelkistämisen ja ryhmittelyn kautta kohti abstrahointia, ryhmittelyä yläluokkiin. (Kylmä ja Juvakka 2007, 117–120.)



KUVIO 2. Aineistolähtöisen analyysin päävaiheet. (Kylmä ja Juvakka 2007, 116.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselyyn vastasi 17 Harjulan sairaalan neurologisen osaston työntekijää. Kyseisellä osastolla on kaikkiaan noin 30 työntekijää, eli kaikki eivät kyselyyn vastanneet. Iältään vastaajat olivat 25–60 -vuotiaita tai sen yli. Eniten osastolla on 50–54 -vuotiaita (n=6) työntekijöitä, toiseksi eniten 35–39 -vuotiaita (n=3) sekä 55–59 -vuotiaita (n=3) ja loput vastanneet jakautuivat melko tasaisesti muihin ikäluokkiin. Ammatiltaan kuusi vastaajaa on lähihoitajia, ja sairaanhoitajia vastasi saman verran. Fysioterapeutteja vastaajista on kolme, toimintaterapeutteja vastaajista on yksi ja osastosihteeriä vastaajista on myös yksi. Puheterapeutin, lääkärin sekä toiminnanohjaajan vastauksia emme kyselyyn saaneet. Työkokemusta vastaajille on kertynyt 0–20 vuotta tai sen yli. Suurimmalla osalla (n=10) työkokemusta on kertynyt kaiken kaikkiaan 20 vuotta tai sen yli. Noin kolmasosalla (n=5) työkokemusta on kertynyt 10–14 vuotta ja lopuilla joko 15–19 tai 0–4 vuotta.

6.1 Yhteistyö tilanteita henkilökunnan välillä

Tutkimuksessa kartoitimme sitä, minkälaisissa tilanteissa kyselyyn vastanneet työntekijät tekevät yhteistyötä muiden henkilöiden kanssa. Vastauksien perusteella yhteistyötä tehdään muun muassa potilassiirroissa sekä potilaan ohjauksessa siirtotilanteissa, palavereissa, hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa ja seurannassa, lääkärin kierrolla, ruokaa jakaessa, sekä kuntoutujan voinnin läpikäymisessä, ajatusten vaihtamisessa ja konsultoinnissa. Vastausten pohjalta voidaan todeta suurimman osan yhteistyöstä työntekijöiden välillä tapahtuvan vuorovaikutuksen ja kommunikoinnin kautta.

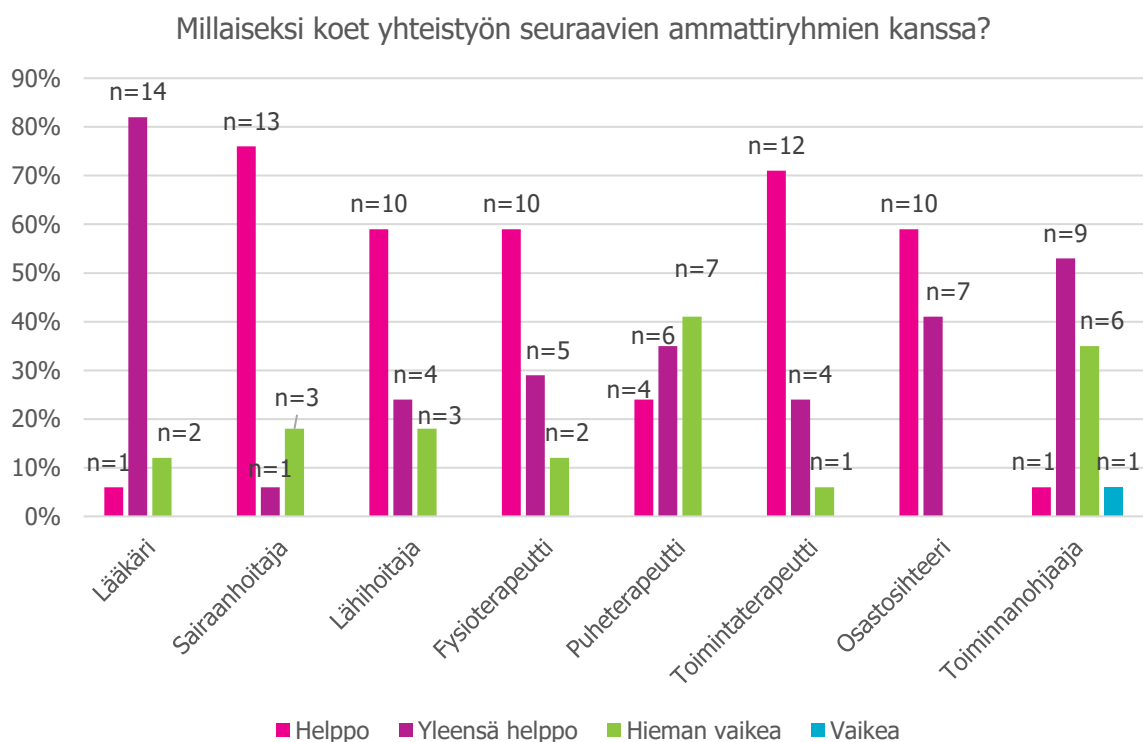
Vastaavanlaisia tuloksia ilmeni myös havainnoinnin aikana. Tilanteita, joissa yhteistyötä aamupäivän aikana esiintyi, oli muun muassa aamupalan jako, joka toteutettiin yhteistyössä laitoshuoltajien ja hoitajien kesken. Tilanteessa yhteistyö ilmeni keskusteluna, joka oli sujuvaa ja dialogista. Lääkärin kierrolla puolestaan työskentelivät yhdessä lääkäri, hoitaja sekä fysioterapeutti. Eräässä tilanteessa taas kaksi hoitajaa pesi yhdessä potilasta vuoteessa. Työnjako oli sujuvaa ja keskustelua oli hoitajien kesken sekä potilaan kanssa.

Aamupäivän aikana seurasimme myös useampaa hoitotilannetta, jossa kaksi hoitajaa joko muuttivat potilaan asentoa tai siirsivät potilasta. Jokaisessa tilanteessa siirrot ja asennon muutokset tehtiin vaivattomasti yhteistyössä. Kiinnitimme osastolla huomiota myös siihen, että työntekijät tervehtivät aina toisiansa. Sen lisäksi fysioterapeutit ja puheterapeutit ovat kirjoittaneet ohjeita potilaiden omille tauluille, jotka ovat huoneiden seinillä. Tauluissa ilmaistaan esimerkiksi, kuinka potilas liikkuu ja nousee ylös sängystä tai annetaan ohjeita syömiseen ja nielemiseen. Yhteenvetona aamupäivän havaintojen perusteella työntekijöiden yhteistyö osastolla on sujuvaa ja osittain myös sanatonta.

6.2 Henkilökunnan kokemuksia yhteistyön toimivuudesta

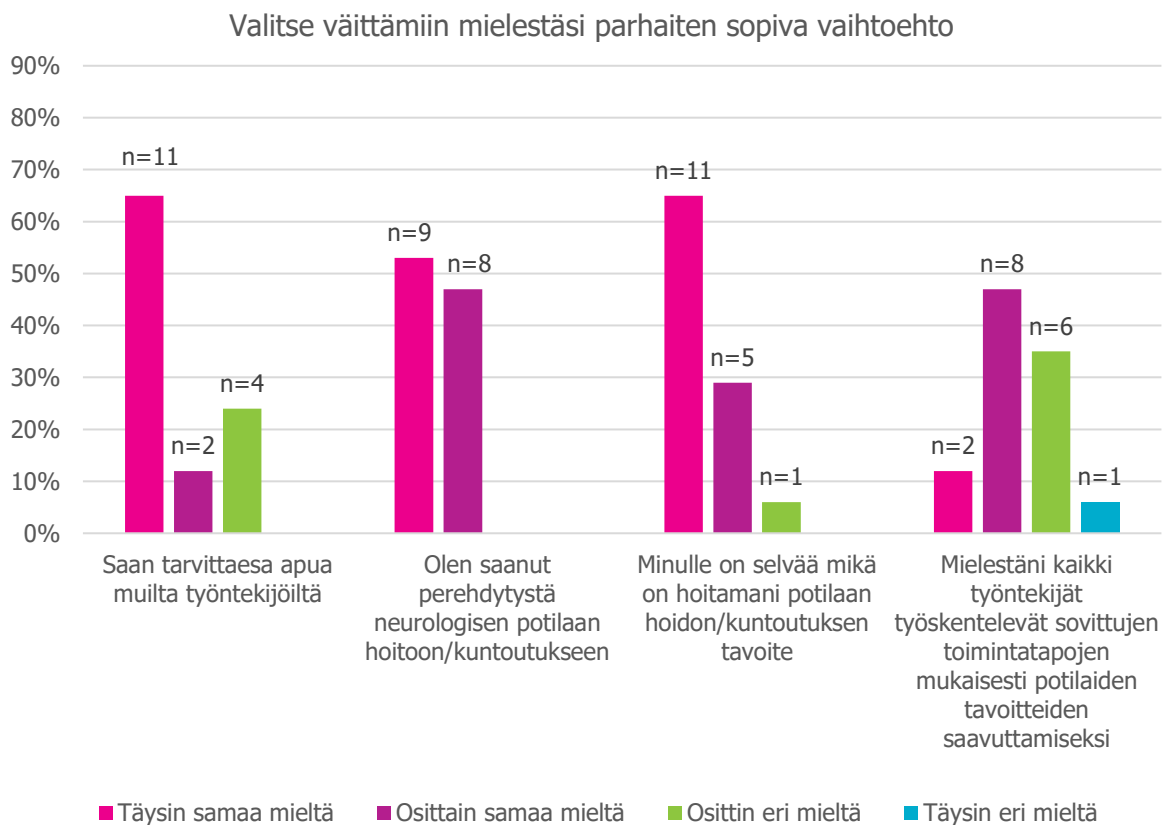
Henkilökunnan kokemuksia yhteistyön toimivuudesta kysyimme kolmella suljetulla likertin asteikon kysymyksellä sekä kahdella avoimella kysymyksellä.

Vastaajista suurimman osan mielestä työskentely kaikkien eri ammattiryhmien kanssa on helppoa tai yleensä helppoa. Kuitenkin myös melkein jokaisen ammattiryhmän kohdalla muutama vastaaja koki työskentelyn heidän kanssaan hieman hankalaksi. Poikkeuksena on työskentely osastosihteerin kanssa, jonka kaikki kokevat helpoksi tai yleensä helpoksi. Kuviosta 3 löytyy vastausten prosenttiluvut ja sitä vastaava henkilömäärä.



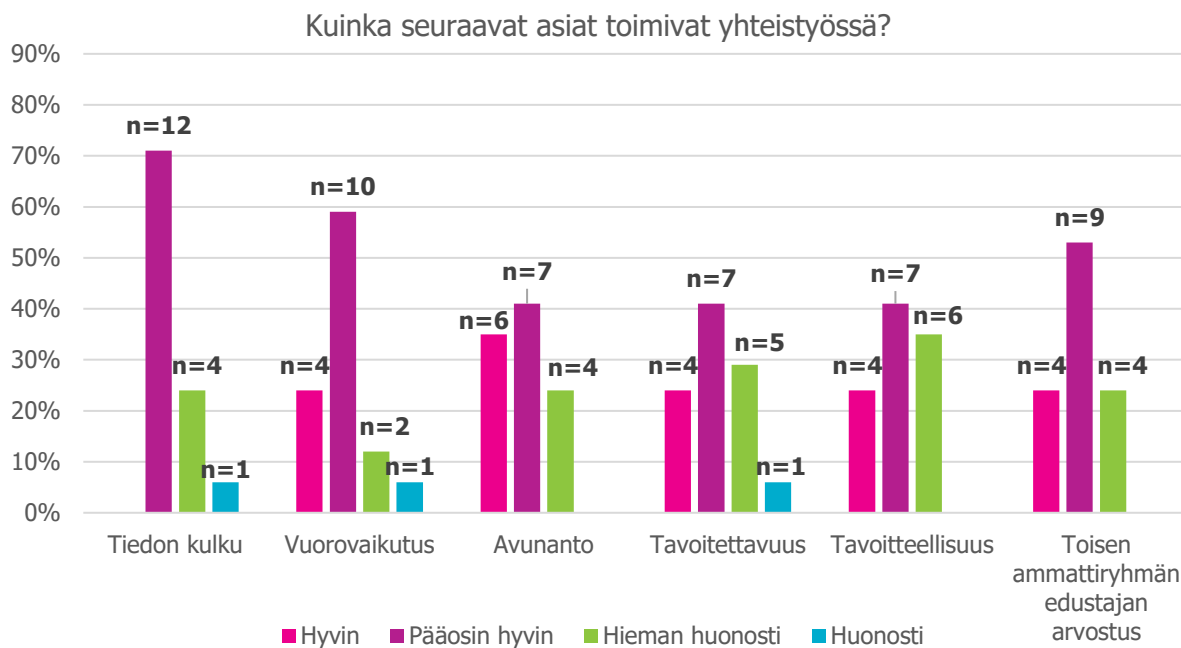
KUVIO 3. Koettu yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa.

Enemmistö kyselyyn vastanneista kokee, että he saavat tarvittaessa apua muilta työntekijöiltä ja heille on selvää mikä on kuntoutuja tavoite. Eniten hajontaa on kohdassa, jossa kysytään mielipidettä sovittujen toimintatapojen noudattamisesta. Siinä hieman yli puolet ovat osittain samaa tai täysin samaa mieltä, loput ovat asiasta osittain tai täysin eri mieltä. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Henkilökunnan mielipiteitä väittämiin.

Suurin osa vastaajista mieltää vuorovaikutuksen, avunannon, tavoitettavuuden, tavoitteellisuuden ja toisen ammattiryhmän edustajan arvostamisen työyhteisössä toimivan hyvin tai pääosin hyvin. Kuitenkin neljäsosan mielestä parannettavaa olisi avun antamisessa, tavoitettavuudessa, tavoitteellisudessa ja toisen ammattiryhmän edustajan arvostamisessa. Tiedonkulku puolestaan toimii selvän enemmistön mielestä pääosin hyvin, mutta neljäsosan mielestä hieman huonosti. Yksittäisten ihmisten mielestä työyhteisössä huonosti toimii tiedonkulku, vuorovaikutus ja tavoitettavuus. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Yhteistyön ydinasioiden toimivuus.

6.2.1 Yhteistyössä toimivat asiat

Yhdellä avoimella kysymyksellä selvitimme sitä, mitkä asiat työntekijöiden välisessä yhteistyössä toimivat hyvin ja miksi (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Yhteistyössä toimivat asiat

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
<p>"Apua ja tukea saa työtovereilta"</p> <p>"Osastolla hyvä henki, yhteistyö toimii pääasiassa kaikkien kanssa"</p> <p>"Säännölliset yhteistyöpalaverit..."</p> <p>"Työnjako toimii pääsääntöisesti hyvin"</p> <p>"Joustavat, asiaan perehtyvät työntekijät ovat iso voimavara"</p> <p>"Puheterapeutin ja toimintaterapeutin kanssa yhteistyö ja näkemykset ovat yhdensuuntaisia."</p>	<p>-Yhteistyön sujuminen</p> <p>-Hyvä yhteishenki</p> <p>-Säännöllisesti toteutuvat palaverit</p> <p>-Työnjaon toimivuus</p> <p>-Joustavat ja asiaan perehtyneet työkaverit</p> <p>-Yhteistyön ja näkemyksien samankaltaisuus</p>	Yhteistyön toimivuus	Yhteistyössä hyvin toimivat asiat
<p>"Yhdessä tekeminen koetaan mukavaksi, auttaa jaksamaan"</p> <p>"Selkeä, avoin ilmapiiri..."</p> <p>"On oppinut tuntemaan yhteistyökumppanit hyvin"</p>	<p>-Yhdessä työskentely mukavaa</p> <p>- Selkeä ja avoin ilmapiiri</p> <p>- Tutut yhteistyökumppanit</p>	Yhteishenki	
<p>"...vuorovaikutus"</p> <p>"Keskusteluhyteys löytyy hyvin eri ammattiryhmien kesken"</p> <p>"Kaikki ovat yleensä joustavia ja kuuntelevat myös hoitajan mielipidettä"</p> <p>"Lääkärin kanssa helppo keskustella kuntoutujien asioista"</p>	<p>-Kommunikointi</p> <p>-Hyvä keskusteluhyteys</p> <p>-Joustavuus ja hoitajien mielipiteitä kuunnellaan</p> <p>- Lääkärin kanssa helppo keskustella</p>	Vuorovaikutus	
<p>"Kaikki ajattelee potilaan parasta, pyrkimyksenä potilaan hyvä ja tavoitteena potilaan toimintakyvyn parantaminen ja kuntoutuminen ..."</p> <p>"Potilaan käsittelyssä"</p> <p>"Pääosin yhteistyö potilaan hyvän hoidon järjestämiseksi toimii hyvin"</p> <p>"Yleensä kaikki ovat ymmärtäneet perustehtävän"</p> <p>"Hoitajat osaavat usein arvioida fysioterapian tarvetta lääkäriä paremmin"</p>	<p>-Potilaan parasta ajatellaan ja tavoitteena on potilaan kuntoutuminen</p> <p>-Potilaan kanssa toimiminen</p> <p>-Yhteistyö potilaan hoidon järjestämisessä</p> <p>-Työn tarkoituksen ymmärtäminen</p> <p>-Hoitajat usein arvioivat fysioterapian tarpeen lääkäriä paremmin</p>	Yhteinen tavoite	

Vastausten pohjalta eniten esille nousivat yhteistyö, hyvä yhteishenki, vuorovaikutus sekä yhteinen tavoite. Yhteistyön useat vastaajista kokevat toimivan työntekijöiden välillä hyvin. Vastausten mukaan apua ja tukea saa aina tarvittaessa työtovereilta. Hyvä yhteishenki nousi useissa vastauksissa esille ja sitä pidetään myös voimavarana. Työntekoa helpottaa myös se, että on oppinut tuntemaan yhteistyökumppaninsa hyvin.

”Osastolla hyvä henki, yhteistyö toimii pääasiassa kaikkien kanssa.”

Vuorovaikutus sujuu vastanneiden mukaan työntekijöiden välisessä yhteistyössä hyvin. Toimivana asiana siinä pidetään muun muassa sitä, että eri ammattiryhmien kesken löytyy keskusteluyhteys. Viimeisenä positiivisena asiana yhteistyössä tuli ilmi yhteinen tavoite. Yhteistyö potilaan hoidon järjestämiseksi toimii pääasiassa hyvin ja kaikki ajattelevat potilaan parasta.

”Kaikki ajattelee potilaan parasta, pyrkimyksenä potilaan hyvä ja tavoitteena potilaan toimintakyvyn paraneminen ja kuntoutuminen ...”

Edellä mainittuja positiivisia asioita yhteistyöhön liittyen ilmeni myös havainnoidessamme paikan päällä. Tilanteissa, joita seurasimme aamupäivän aikana, löytyi vuorovaikutusta työntekijöiden sekä myös potilaiden välillä. Se oli sujuvaa ja dialogista. Työntekijät myös tervehtivät aina kohteliaasti toisiansa. Sen lisäksi yhteistyö erilaisissa tilanteissa sujui vaivattomasti ja oli osittain sanatonta.

6.2.2 Yhteistyössä heikommin toimivat asiat

Seuraavalla avoimella kysymyksellä pyysimme vastaajia kertomaan asioita, jotka yhteistyössä ei toimi (taulukko 2) ja minkä takia näin mahdollisesti on.

TAULUKKO 2. Yhteistyössä heikommin toimivat asiat

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
<p>"Viestit ei aina mene kaikkien tietoon"</p> <p>"Tiedonkulussa välillä ongelmia"</p> <p>"Tiedonkulku välillä hankalaa"</p>	<p>-Viestintä on puutteellista</p> <p>-Ongelmia tiedon välityksessä</p> <p>-Vaikeuksia tiedon kulmisessa</p>	Tiedonkulku ongelmat	Yhteistyön ongelmakohtia
<p>"Toiset ei vaan ikinä halua muuttaa toimintatapojaan"</p> <p>"Vähäinen hyvien käytäntöjen keilu ja uuden käytännön aloittamisen vaikeus"</p>	<p>-Toimintatapoja ei haluta muuttaa</p> <p>-Eri toimintatapojen keilu ja niiden muuttaminen</p>	Ammattitaidon kehittämisen hankaluus	
<p>"...yhteistyön sujuvuudessa välillä ongelmia"</p> <p>"Hoitopalaveri vähentyneet jostakin syystä merkittävästi aiempaan verrattuna..."</p> <p>"Silloin tällöin hoitajan ammattitaitoon/potilas tuntemukseen ei tunnuta luottavan"</p> <p>"Joustamattomuus..."</p> <p>"Työskentelemme kahdessa tiimissä ja aika ajoin jompikumpi tiimi on hoitoisuudeltaan haasteellisempi ja kuormittavampi. Tällöin on aistittavissa ilmapiirissä kireyttä, avunanto ei toimi jne."</p>	<p>-Yhteistyössä ongelmia</p> <p>-Hoitopalavereiden vähentyminen</p> <p>-Ei luoteta tai arvosteta toisen ammattitaitoon tarpeeksi</p> <p>-Ei jousteta asioissa</p> <p>-Kiire aiheuttaa kireyttä ja heikentää yhteistyötä</p>	Yhteistyön tekemisen ongelmat	
<p>"Joskus hoitohenkilökunnan ja fysioterapeuttien näkemuseroja"</p> <p>"Kuntoutujien tavoitteiden asettaminen, usein tavoite hyvin kokonaisvaltain..."</p> <p>"Usein tarkemmat tavoitteet jäävät vain terapiahenkilöstön kirjauksiin..."</p> <p>"...välillä tuntuu, että osa ammattiryhmistä "kävelee" tiettyjen päätösten yli"</p>	<p>-Hoitohenkilöstöllä ja fysioterapeuteilla näkemuseroja</p> <p>-Kuntoutujan tavoitteiden asettaminen</p> <p>-Yhdessä tarkempien tavoitteiden asettaminen</p> <p>-Osa ei noudata päätöksiä</p>	Yhteisten toimintatapojen ja niiden noudattamisen ongelmat	
<p>"...resurssit..."</p> <p>"Koska osastolla ei ole kotiutushoitajaa käytössä, terapeuteille jää usein hyvin paljon kotiutukseen liittyviä asioita..."</p> <p>"Puheterapeutti on harvoin osastolla"</p>	<p>-Resurssit</p> <p>-Terapeuteilla paljon hoitettavana kotiutukseen liittyviä asioita</p> <p>-Puheterapeutti harvoin osastolla</p>	Resurssien vähäisyys	
<p>"Välillä vaikeuksia saada sosiaalihoitaja kiinni"</p> <p>"Puheterapeutin tavoitettavuus on välillä ongelma"</p>	<p>-Sosiaalihoitajan tavoitettavuus</p> <p>-Puheterapeutin tavoitettavuus</p>	Tavoitettavuudessa ongelmia	

Eniten vastauksia tuli liittyen tiedonkulkuun, yhteistyöhön ja yhteisiin toimintatapoihin. Myös resursit, tavoitettavuus ja ammattitaidon kehittäminen nousivat esille. Vastausten mukaan tiedonkulku on välillä riittämätöntä eikä viestit aina mene kaikkien tietoon. Välillä myös yhteisten toimintatapojen koetaan puuttuvan tai niitä ei noudateta.

”... välillä tuntuu, että osa ammattiryhmistä ”kävelee” tiettyjen päätösten yli.”

Eroavuudet yhteisissä toimintatavoissa johtuvat vähentyneistä yhteisistä palavereista, näkemyseroista, yhteisen ajan puutteesta sekä hankaluudesta kokeilla uusia toimintatapoja. Osa kokee myös kuntoutujien tavoitteiden asettamisen olevan hieman puutteellista. Tavoitteiden mainitaan olevan liian kokonaisvaltaisia eikä yhdessä mietitä sen tarkemmin, että mitä taitoja kuntoutujan olisi hyvä osata ennen kotiin pääsemistä.

”Näkemyseroja ... hoitaja kokenut, ettei halua tehdä matalia siirtoja mutta ft kokenut matalat siirrot potilaalle parhaimpana siirtotapana.”

Puheterapeutin ja sosiaalihoitajan tavoitettavuus koetaan välillä haasteelliseksi. Yhteistyön haasteiksi mainitaan myös oma-aloitteisuuden puuttuminen ja joustamattomuus. Lisäksi mainituksi tulevat toisen ammattitaidon epäileminen, työn rajaus ja liian nopeat kotiutukset.

”Silloin tällöin hoitajan ammattitaitoon/potilas tuntemukseen ei tunnuta luottavan.”

Havainnoinnin aikana aamupäivällä osastolla oli tarkoitus olla tiimien välinen palaveri, johon osallistuu hoitajia ja terapeutteja keskustelemaan potilaista ja suunnittelemaan päiväänsä, hoitoa ja kuntoutusta. Palaveriin ei kuitenkaan saapunut kaikki tarvittavat henkilöt eikä palaveria siten pidetty. Palaveriin tulleet henkilöt sanoivat, että palaverin kuuluisi olla joka aamu, mutta usein se peruuntuu, kun paikalle ei tulla.

6.3 Hoitohenkilökunnan ja terapiahenkilöstön yhteistyön toimivuus

Vertailimme hoitohenkilökunnan ja terapiahenkilöstön näkemyksiä yhteistyöstä. Hoitohenkilökunta (n=13) käsittää sairaanhoitajat, lähihoitajat ja osastosihteerin. Terapiahenkilökuntaan (n=4) kuuluu fysioterapeutit ja toimintaterapeutti.

Hoitajat ja terapeutit ovat lähestulkoon samaa mieltä yhteistyön toimivuudesta lääkärien, osastosihteerin, fysio- ja toimintaterapeuttien kanssa, enemmistön mielestä heidän kanssaan on helppoa tai yleensä helppoa työskennellä. Samaa tai osittain samaa mieltä hoitajat ja terapeutit ovat siitä, että ovat saaneet perehdytyksen neurologisen potilaan hoitoon tai kuntoutukseen. Saman suuntaiset näkemykset keskenään heillä on myös siitä, kuinka selvää heille on hoitamansa potilaan hoidon ja kuntoutuksen tavoite. Lähes kaikki kummastakin ammattiryhmästä on edellisen väittämän kanssa täysin samaa tai osittain samaa mieltä. Mielipiteet avun antamisesta, vuorovaikutuksesta ja toisen ammattiryhmän edustajan arvostamisesta ovat samansuuntaisia, ne toimivat enemmistön mielestä pääosin hyvin tai hyvin, mutta muutaman mielestä hieman huonosti tai huonosti.

Selvästi toisistaan eroavat mielipiteet hoitajilla ja terapeuteilla on työskentelystä sairaanhoitajien ja lähihoitajien kanssa. Hoitohenkilökunnan mielestä hoitajien kanssaan työskentely on helppoa tai yleensä helppoa, puolestaan enemmistö terapeuteista kokee yhteistyön hoitajien kanssaan hieman vaikeaksi ja vain yksi yleensä helpoksi. Eriävät mielipiteet ovat myös puheterapeutin kanssa työskentelystä. Hoitajat kokevat sen olevan hieman vaikeaa tai yleensä helppoa. Terapeutit taas kokevat työskentelyn puheterapeutin kanssa olevan helppoa tai yleensä helppoa. Hieman hajontaa on myös mielipiteistä toiminnanohjaajan kanssa työskentelemisestä. Hoitajista suurimman osan mielestä se on yleensä helppoa tai hieman vaikeaa. Terapeutit puolestaan mieltävät yhteistyön toiminnanohjaajan kanssa yleensä helpoksi tai helpoksi.

Isoimmat erot työntelemiseen liittyvissä mielipiteissä ovat avun saamisen suhteen ja siinä, työskentelevätkö kaikki heidän mielestään sovittujen toimintatapojen mukaisesti potilaiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoitajista enemmistön mielestä apua saa muilta aina tarvittaessa, mutta muutama on asiasta osittain eri mieltä. Terapeutit puolestaan kokevat, ettei apua saa ihan niin helposti. Heistä enemmistö on väittämän kanssa osittain eri mieltä ja vain yksi on täysin samaa mieltä. Hoitajista suurin osa on osittain samaa mieltä, että kaikki työntekijät työskentelevät sovittujen toimintatapojen mukaisesti potilaiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Kaksi hoitajaa on edellisen väittämän kanssa kuitenkin täysin samaa mieltä ja kaksi osittain eri mieltä. Terapeuteista puolestaan enemmistö on osittain eri mieltä ja yksi on täysin eri mieltä väittämän kanssa.

Selvät eroavuudet hoitajien ja terapeuttien mielipiteissä on myös tiedon kulkemisessa, tavoitettavuudessa ja tavoitteellisuudessa. Edellä mainittujen asioiden enemmistö hoitajista kokee toimivan työyhteisössä pääosin hyvin, mutta terapeutit puolestaan kokevat niiden toimivan hieman huonosti tai huonosti. Avoimissa kysymyksissä ei noussut esille selviä eroja tai samankaltaisuuksia ammattiryhmien sisällä eikä niiden välillä. Avoimet vastaukset ovat ammatista riippumattomia.

6.4 Yhteistyön kehittäminen

Tutkimuksessa kysimme kuinka henkilökunta itse kehittäisi työntekijöiden välistä yhteistyötä (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Kehittämisehdotukset

Suora lainaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
<p>"...toisen ammattiryhmän näkökannan huomiointi ja arvostaminen."</p> <p>"Tarvitaan lisää tiimikoulutusta...ja vastuunkantoa tasapuolisesti kaikille."</p> <p>"Ehkä olisi välillä hyvä malittaa mieltään ja hyväksyä se tosiasia, että asioita voi tehdä monella tavalla hyvin..."</p> <p>"Toisen työnkuvaan tutustuminen"</p> <p>"Hoitajille koulutusta kuntouttavan hoitotyön merkityksellisyydestä, jotta se toteutuisi paremmin käytännön työssä"</p>	<p>-Kollegiaalisuus</p> <p>-Koulutuksen ja vastuunkannon lisääminen</p> <p>-Eriävät mielipiteet työtavoista</p> <p>-Toisten työnkuvaan tutustuminen</p> <p>-Koulutuksen tarpeellisuus</p>	Ammatillisuus	Kehittämisehdotukset
<p>"Avoimuus, rohkaista heikompia sanomaan mielipiteensä."</p> <p>"Parantaisin tiedonkulkua suullista."</p> <p>"Avoin keskustelu ongelmakohtista..."</p> <p>"Enemmän keskinäistä keskustelua."</p> <p>"Vuorovaikutustaitoja tarvitaan..."</p>	<p>-Avoimuus ja rohkaiseminen</p> <p>-Suullisen tiedonkulun parantaminen</p> <p>-Avoimuus ja keskustelu</p> <p>-Keskustelun lisääminen</p> <p>-Vuorovaikutustaidot</p>	Vuorovaikutus	
<p>"Toinen tiimi auttaisi enemmän toista tiimiä silloin kun kerkiää."</p> <p>"Yhteiset palaverit..."</p> <p>"Selkeämpi työnjako keskustelun pohjalta."</p> <p>"Moniammatillisen kuntoutus- ja hoitopalavereiden palauttaminen..."</p> <p>"Yhteisillä palavereilla/keskustelutilaisuuksilla"</p>	<p>-Avunantaminen yli rajojen</p> <p>-Yhteisten palaverien pitäminen ja lisääminen</p> <p>-Työnjaon selkiyttäminen</p> <p>-Kuntoutus- ja hoitopalavereiden palauttaminen</p> <p>-Palaverien/keskustelutilaisuuksien pitäminen</p>	Yhteistyö	
<p>"...yhteiset tavoitteet..."</p> <p>"Toisen ammattiryhmän kuuleminen ja asioissa joustaminen yhteisen tavoitteen eli potilaan kuntoutumisen vuoksi."</p> <p>"Yhteisen suunnitelman kokoaminen..."</p> <p>"Kuntoutujan tavoitteiden kehittämistä."</p>	<p>-Yhteiset tavoitteiden noudattaminen</p> <p>-Toisten kuuleminen ja joustaminen yhteisen tavoitteen eteen</p> <p>-Yhteinen suunnitelman ja tavoitteiden asettaminen</p> <p>-Tavoitteiden kehittäminen yhdessä</p>	Tavoitteiden asettelu	

Kysymyksen vastauksista eniten kehitettäviksi kohteiksi nousivat ammatillisuus, vuorovaikutus, yhteistyö ja tavoitteiden asettelu. Ammatillisuuteen kuuluu useita asioita. Kollegiaalisuus on toisen ammattiryhmän edustajien näkökulmien huomiointia ja arvostamista. On käynyt esille, että henkilökunnalla on erimielisyyksiä työn suorittamisesta. Henkilökunta kokee lisäkoulutuksen tarpeelliseksi, muun muassa tiimikoulutusta sekä koulutusta kuntouttavan hoitotyön merkityksestä. Vastauksista käy ilmi, että henkilökunta kehittäisi yhteistyön vuorovaikutusta. Henkilökunnan mielestä tätä edistäisi esimerkiksi avoimuus, tiedonkulun parantaminen sekä keskustelu. Suullinen tiedonkulku tarvitsee kehitystä, jotta yhteistyö olisi toimivampaa. Koettiin, että yhteistyön sujumiseksi vuorovaikutustaitoja tarvitaan.

”Ehkä olisi välillä hyvä malttaa mieltään ja hyväksyä se tosiasia, että asioita voi tehdä monella tavalla hyvin, ei ole olemassa vain yhtä ainoa oikeaa tapaa hoitaa hyvin.”

Yhteistyön kehittämiseksi henkilökunta ehdotti vastauksissaan työnjaosta keskustelua, kuntoutus- ja hoitopalaverien palauttamista ja toisten auttamista työssä. Koettiin, että keskustelulla voisi saada aikaan selkeämmät työnjaot. Yhteisiä keskusteluita ja palavereita ehdotettiin myös. Ehdotettiin keskustelua yhteisten tavoitteiden asettelusta, jotka edesauttavat potilaan hoitoa ja kuntoutumista. Yhteisiin tavoitteisiin pääseminen edellyttää toisten ammattiryhmien kuulemista ja joustavuutta.

”Toisen ammattiryhmän kuuleminen ja asioissa joustaminen yhteisen tavoitteen eli potilaan kuntoutumisen vuoksi.”

Kysymyksellä, millä tavalla oma toimintasi edistää yhteistyötä työpaikallasi, haastoimme henkilökuntaa pohtimaan kuinka yhteistyön sujuvuutta voisi edistää, ja mikä ehkä jo onkin hyvin, jos jokainen käyttäytyy ja toteuttaa mainitsemiaan keinoja. Useissa vastauksissa esiin nousi avoimuus ja avoin keskustelu. Myös auttaminen nousi useassa vastauksessa esille. Yhteistyötä edistäväksi toiminnaksi mainittiin toisten arvostaminen, valmius auttaa, positiivinen asenne ja helposti lähestyminen sekä kouluttautuminen ja tiedon jakaminen. Asenne koettiin myös tärkeäksi työssä.

”Luomalla omalla asenteella iloista ilmapiiriä.”

7 POHDINTA

7.1 Tulosten pohdinta

Tutkimuksen tuloksista selviää, että suurimmat kehitettävät asiat Harjulan sairaalan neurologisella osastolla on tiedon kulkeminen, yhteiset toimintamallit ja niiden noudattaminen sekä yhteisten palaverien lisääminen. Vastauksista tuli ensin sellainen kuva, että yhteistyötä tehdään paljon ja monipuolisesti, mutta tarkemmin vastauksia tulkitessa ilmenee, että suurin osa yhteistyöstä tapahtuu hoitohenkilökunnan välillä. Toki vastauksissa mainitaan monipuolisesti erilaisia yhteistyö tilanteita myös hoitajien ja terapeuttien kesken, kuten kuntoutujan voinnista ja apuvälineistä keskustelu. Ei kuitenkaan selviä tarkemmin, kuinka usein yhteistyötä on hoitajien ja terapeuttien välillä. Tämä ilmeni myös havainnoinnissa, jolloin yhteistyötä oli havaittavissa paljon hoitajien välillä, mutta fysioterapeuttien kanssa oli vain muutamia satunnaisia sanan vaihtoja. Fysioterapeutti näytti työskentelevän lähinnä yksin. Lääkärin kierrolla oli koko ajan mukana hoitaja ja fysioterapeutti oli mukana vain yhden potilaan luona. Voisiko fysioterapeutti olla koko kierron ajan mukana tai ainakin useamman potilaan kohdalla? Tämä lisäisi yhteistyötä ja tiedon kulkemista.

Yhteisten toimintatapojen noudattaminen oli selvä kehittämiskohta. Sekä suljetuissa kysymyksissä että avoimissa nousi esille se, että kaikki eivät toimi niin kuin on sovittu. Tähän mahdollisesti vaikuttaa haluttomuus tai kykenemättömyys vaihtaa toimintatapoja, jotka nousivat esille avoimista vastauksista. Vastaaajista vain kaksi oli sitä mieltä, että heidän mielestään kaikki toimivat sovittujen toimintatapojen mukaisesti potilaiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Loput 15 vastaajaa oli enemmän tai vähemmän eri mieltä väittämän kanssa. Vastauksissa mainitaan yhteisten palaverien vähentyneen, joiden aikana voisi luoda ja miettiä yhteisiä toimintatapoja sekä tavoitteita kuntoutujille.

Yhteisten toimintatapojen noudattamattomuus näkyi myös havainnointi aamuna toteutumattomana aamupalaverina. Tässä palaverissa oli tarkoitus hoitajien ja fysioterapeuttien kesken keskustella potilaiden hoidosta ja kuntoutuksesta, mutta sitä ei pidetty osallistujien vähäisyyden vuoksi. Tämä olisi loistava tilaisuus tehdä yhteistyötä, keskustella potilaista ja tehdä yhteisiä suunnitelmia, joka kuuluu oleellisena asiana moniammatilliseen yhteistyöhön ja näin potilaan hyvän hoitoon. Se, miksi sovitut henkilöt eivät tulleet palaveriin, jäi epäselväksi. Oliko syynä kiire, unohdus tai mahdollisesti välinpitämättömyys? Mielenkiintoista on se, että suurin osa henkilökunnasta toivoi yhteistyön parantamiseksi lisää yhteisiä palavereja, mutta kuitenkin tämä edellä mainittu aamupalaveri, joka on sovittu pidettävän joka aamu, jää usein toteutumatta. Tämä aihe vaatii avointa keskustelua työyhteisössä. Yhdessä he voivat miettiä, kuinka aamupalaveri saataisiin toimimaan tai olisiko muu ajankohta aamua parempi.

Osittain tähän yhteisten toimintatapojen noudattamattomuuteen voi vaikuttaa myös potilaiden asennoituminen. Salmisen (2000) tutkimuksessa selviää, että potilaat ovat usein aktiivisempia terapeuttien seurassa kuin hoitajien kanssa. Potilaiden mielestä fysioterapia on kuntoutusta ja hoitajien tehtävä on auttaa potilasta. (Salminen 2000, 24.) Tämä saattaa aiheuttaa ristiriitoja hoitajien ja terapeuttien välillä.

peuttien välillä. Potilaita pitäisi saada olemaan aktiivisempia myös hoitajien kanssa. Tämä vaatii potilaan motivoitua ja osaltaan myös henkilökunnalta aikaa saadakseen potilas motivoitua aktiivisemmaksi. Motivointi keinona voi pitää esimerkiksi potilaalle asetettuja tavoitteita ja muistutusta siitä, että tavoitteen saavuttaminen vaatii paljon toistoja myös terapiatuokion ulkopuolella. Arkisten toimintojen tekeminen, kuten vessaan käveleminen, on kuntoutusta parhaimmillaan. Voisiko passiivisten potilaiden kohdalla kokeilla fysioterapeutin ja hoitajan yhdessä toteuttamaa kuntoutus- ja hoitotuokiota, jossa ammattilaiset saavat tukea ja neuvoja toisiltaan. Tällaisessa tilanteessa potilas saattaa motivoitua aktiivisemmaksi ja huomaa, että hoitotyö on myös osa kuntoutumista. Karstulassa uuden kuntoutusyksikön aloittaessa toimintansa vuonna 2014 fysio- ja toimintaterapeutit työskentelevät päivittäin työparina hoitotyötä tekevien henkilöiden kanssa. Näin siellä, uudessa yksikössä, saatiin entistä paremmin konkretisoitua kuntouttavaa työtapaa työntekijöille. (Helminen ym. 2017, 36.) Samalla tavalla sitä voisi kokeilla konkretisoida myös potilaille.

Vastausten mukaan tiedonkulku toimii pääosin hyvin työpaikalla, mutta se mainittiin kuitenkin myös eniten kehitettäväksi kohteeksi. Tiedon kulkemisen mainitaan olevan riittämätöntä, mutta tarkempaa selitystä sille tulokset eivät anna. Mahdollisesti myös vähentyneet yhteiset palaverit vaikuttavat heikentävästi tiedonkulkuun. Myös Collinin ym. (2012), Markkolan (2013) ja Salmisen (2000) tekemissä tutkimuksissa terveydenhoitoalan henkilökunnan yhteistyöstä yhdeksi kehitettäväksi kohteeksi nousi tiedon kulkeminen. Markkolan (2013) työssä tiedon kulkemiseen mainittiin vaikuttavan heikentävästi kirjaamisen moninaisuus ja sen oikea-aikaisuuden vaihtelevuus, jolloin toisen ammattilaisen tekemän kirjauksen hyödyntäminen on epävarmaa. Hänen tutkimuksessaan myös työympäristön fyysiset tekijät, kuten kaukainen sijainti toisista, vaikutti heikentävästi tiedon kulkemiseen. Collinin ym. (2012) työssä tiedon kulkemisen ongelmiksi mainittiin puutteellinen tai epätarkka tieto sekä epäyhtenäiset toimintaperiaatteet ja tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat. Näiden syynä henkilökunta piti kiirettä, henkilökunnan vaihtuvuutta, yksilöiden asenteita, organisaation muutoksia ja epäyhtenäisiä tapoja toteuttaa organisaation toimintaohjeita.

Tuloksista ilmeni, että kolmasosan mielestä puheterapeutin ja toiminnanohjaajan kanssa työskentely on hieman hankalaa. Vastauksissa mainittiin myös, että puheterapeutti on harvoin osastolla. Tästä voisi vetää johtopäätöksen, että puheterapeutin kanssa työskentely on osan mielestä hankalaa sen takia, koska hän on harvemmin paikalla eikä ole niin helposti tavoitettavissa. Toiminnanohjaajan kanssa työskentelyyn liittyen ei tullut sen enempää selvennystä. Hoitajien ja terapeuttien vastauksia vertailtaessa ilmeni, että terapeuttien mielestä puheterapeutin kanssa on helppo työskennellä ja vain hoitajista puolien mielestä se on hieman hankalaa. Johtuuko tämä mahdollisesti siitä, että terapeuteilla on usein samanlainen ajatusmaailma keskenään, niin kuin eräästä vastauksesta ilmenee vai mahdollisesti siitä että, hoitajat ja terapeutit ovat jotenkin eri tavalla tekemisissä puheterapeutin kanssa.

Hoitajien ja terapeuttien vastauksia vertailtaessa ilmeni myös, että heidän on hieman vaikea työskennellä toistensa kanssa. Vastauksista käy kuitenkin ilmi, että yhteistyötä edesauttaa työtovereiden tunteminen. Tämä asia nousee esille myös Markkolan (2013) tutkimuksessa. Työtovereiden tunteista pidetään luottamusta ja työn tehokkuutta lisäävänä asiana.

Hoitajien ja terapeuttien vastausten vertailussa pitää muistaa huomioida ryhmien välinen kokoero (hoitajia 13, terapeutteja 4). Terapeuttien määrä on niin pieni, että yhdenkin ihmisen vastaus vaikuttaa tuloksiin jonkin verran. Jos terapeuteilta olisi enemmän vastauksia, niin tulokset saattaisivat olla ihan toisenlaisia tai ne voisivat vahvistaa näitä tuloksia. Käytännössä terapeuteilta olisi voinut tulla vain yksi vastaus lisää, sillä osastolla ei työskentele enempää terapeutteja. Tässä työssä on kuitenkin nostettu esille tämän aineiston perusteella selvimmät eroavuudet näiden kahden ammattiryhmän välillä. Mielestämme vertailu on onnistunut ryhmien kokoerosta huolimatta ja se oli aiheellista tehdä, sillä muutamat mielipiteet erosivat niin selkeästi toisistaan.

Vastausten pohjalta yhteistyössä parhaiten toimiviksi asioiksi nousivat yhteistyö, hyvä yhteishenki, vuorovaikutus sekä yhteinen tavoite. Nämä ovat oleellisia asioita toimivassa yhteistyössä. (Jeglinsky ja Kukkonen 2016, 396; Kontio 2010, 8; kts. myös Eloranta ja Kuusela 2011, 10). Moniammatillista yhteistyötä voi parantaa jakamalla yhteisiä tiloja ja aikaa eri ammattiryhmien kanssa. Myös kaikkien tiimin jäsenten kuunteleminen ja osallistuminen päätöksentekoon lisää tekijöiden välistä luottamusta, ja moniammatilliset tiimipalaverit edistävät tasa-arvoista työskentelyä. (Becker, Hantela ja Ranta 2015, 37–39.) Työntekijöiden luottamusta ja kollegiaalisuutta parantaa myös työntekijöiden aktiivinen ja positiivinen asenne työntekoon sekä yhdessä tekeminen (Helminen 2017, 36).

7.2 Opinnäytetyön hyödynnettävyys jatkossa ja kehittämissuhteet

Terveysalan kehittyminen ja kehittäminen vaatii paljon tietoa terveydestä, sairauksista ja niiden hoidosta. Tutkimukset ovat hyvä keino saada ja tuottaa tarvittavia tietoja. Laadullisella tutkimuksella saadaan tietoa totuudenmukaisesti ja tutkimus antaa mahdollisuuden ymmärtää ihmisten kokemuksia. Tutkimustiedon tulosten hyödyntämistä voidaan tutkia ongelmalähtöisesti tai käsitteellisesti. Ongelmalähtöinen tulosten hyödyntäminen on esimerkkinä päätöksenteosta tai toiminnan muuttamisesta niiden pohjalta. Jo tunnistettuun ongelmaan haetaan tutkimustietoa. Ongelman ratkaisemiseksi voidaan tehdä muutoksia, jos tutkimuksen tieto todetaan luotettavaksi ja korkeatasoiseksi. Käsitteellisellä hyödyntämisellä voidaan jäsentää ja kehittää ajattelutapaa. Uudet ajatukset ja kasvava tietoperusta antavat mahdollisuuden kehittää terveydenhuollon jo olemassa olevia käytäntöjä. Laadullisen tutkimuksen tuloksien tulkinnassa tärkeintä on ymmärtäminen, ymmärretään potilasta, tilan määrittelyä tai sen muutosten havaitsemista. (Kylmä ja Juvakka 2007, 174–176.)

Opinnäytetyössämme käytettiin käsitteellistä tulosten hyödyntämistä. Tutkimustuloksissa käy ilmi miten eri ammattiryhmät kokivat yhteistyön toistensa kanssa. Näiden kokemusten ymmärtäminen luo pohjan yhteistyön kehittämiselle. Tulevaisuudessa pyritään yhä enemmän moniammatillisuuteen ja yhteistyön lisääntyminen vaatii toimia ja ymmärrystä, jotta asiat sujuvat. Jatkossa samankaltaisia kyselyitä yhteistyöstä voisi tehdä eri osastoilla, työyhteisöissä, joissa ehkä jo havaitaan ongelma tai muuten halutaan uusia ajatuksia kehittää yhteistyötä. Tutkimustamme voisi hyödyntää myös potilaiden ja omaisten näkökulmasta, sujuuko heidän mielestään moniammatillisen ryhmän yhteistyö ja

mitä kehitettäviä kohteita sitä kautta löytyisi. Tässä työssä tutkittavan osaston kannalta olisi mielenkiintoista joskus tulevaisuudessa tehdä tämä sama kysely uudelleen, tai osa siitä, ja sen avulla katsoa, onko yhteistyöhön tullut muutoksia henkilökunnan mielestä.

7.3 Työn tekemisen pohdinta

Mielestämme opinnäytetyö on onnistunut. Olemme löytäneet hyviä lähteitä, pysyneet aikataulussa ja onnistuneet tekemään työtä sovussa isolla ryhmällä. Olemme tyytyväisiä myös siihen, että kyselyyn vastasi näinkin monta osaston työntekijää (n=17), vaikka mitä enemmän olisi ollut, niin sen parempi. Mielestämme 17 henkilön vastaaminen 30:stä on osoitus siitä, että kysely oli ainakin jokseenkin onnistunut ja nämä henkilöt haluavat vaikuttaa työpaikkansa toimintaan. Olemme itse melko tyytyväisiä myös kyselyyn, sillä sen avulla saimme vastauksia haluttuihin asioihin. Kaikki eivät vastanneet niin kattavasti kuin toivoimme, mutta osa vastasi laajemmin ja ne antoivat lisäarvoa vastausten tulkintaan. Mielestämme myös havainnointi kävi hyvin tähän työhön. Se vahvisti kyselystä saatuja tuloksia ja antoi näin lisäarvoa työlle. Myös itse havainnointitilanne sujui hyvin. Työntekijät antoivat meidän mielellään seurata työskentelyään ja me annoimme heidän olla rauhassa, ketkä eivät havainnoitavaksi juuri sillä hetkellä halunneet. Meistä vaikutti siltä, että läsnäolomme osastolla ei häirinyt työn tekemistä. Teimme havainnointia ajan puutteen vuoksi vain yhtenä aamupäivänä, joka antaa kuvan vain juuri silloin tapahtuneista asioista. Jos olisimme käyneet havainnoimassa useamman kerran, niin se olisi tehnyt työstä entistä luotettavamman, mutta kaiken muun koulunkäynnin ohella ei ollut yksinkertaisesti mahdollista käydä useampaa kertaa. Olemme kuitenkin tyytyväisiä tähän, että pääsimme käymään edes kerran.

Opinnäytetyön alussa mietimme, kuinka tutkimusosuuden toteuttaisimme. Mietimme haastattelujen tekemistä, mutta arvioimme että haastatteluun henkilökunta ei välttämättä vastaisi niin avoimesti. Haastatteluihin olisi mennyt myös paljon enemmän aikaa ja haastatteluajkojen löytäminen olisi ollut todella haasteellista. Haastatteluilla olisimme kuitenkin mahdollisesti saaneet tarkennuksia vastauksiin, joista osa jäi nyt hieman avonaisiksi. Vaikka teimmekin kyselyn lopullisen version yhdessä työn tilaajan edustajien kanssa, niin ei siitä siltikään tullut täysin aukoton. Muutamaa kysymystä olisi pitänyt tarkentaa, jotta olisimme saaneet siihen myös tarkempia vastauksia. Esimerkiksi kysymys, jossa kysyttiin, että minkälaisissa tilanteissa teet yhteistyötä ja minkä ammattiryhmän edustaja hän on, oli liian avoin. Se olisi tarvinnut tarkennuksen, että erittele ammattiryhmiä ja tilanteita, joissa teet yhteistyötä muiden kanssa. Sillä nyt siihen tuli jonkin verran vastauksia "kaikessa päivittäisessä työskentelyssä", joka ei anna paljoa tälle työlle. Voihan se olla myös niin, että vastaajat eivät ole jaksaneet alkaa vastaamaan sen enempää. Tämän takia kysely olisi kannattanut kuitenkin vielä pilotoida jollain toisella osastolla. Emme kuitenkaan tiedä kuinka avoimesti ja totuuden mukaisesti henkilökunta vastasi tässä työssä tehtyyn kyselyynkään. Kyselyn vastauksiin luultavasti on vaikuttanut myös juuri sen hetkinen tilanne, jolloin henkilö on kyselyn täyttänyt.

Työmme arvoa heikentää vähäinen kansainvälisten lähteiden käyttö. Niitä olisi voinut olla lisää, mutta tämän parempaan emme tällä aikataululla ja kielitaidolla kyenneet. Olemme kuitenkin pyrkineet käyttämään laadukkaita kotimaisia lähteitä. Kaikki meistä tämän työn tekijöistä teki tutkimusta

ensimmäistä kertaa. Se voi vaikuttaa tutkimuksen laatuun heikentävästi, koska mahdollisesti kokenempi tutkija olisi voinut tehdä vielä paremman kyselylomakkeen tai toteuttanut tutkimuksen aivan toisella tavalla. Työn vahvuutena kuitenkin pidämme sitä, että meitä tekijöitä on neljä. Työtä tehdessä saimme tukea ja vahvistusta toisiltamme, ja pohdimme erilaisia vaihtoehtoja niin työn toteuttamiseen kuin tulosten analysointiinkin liittyen.

7.4 Opinnäytetyön eettisyys ja luottavuus

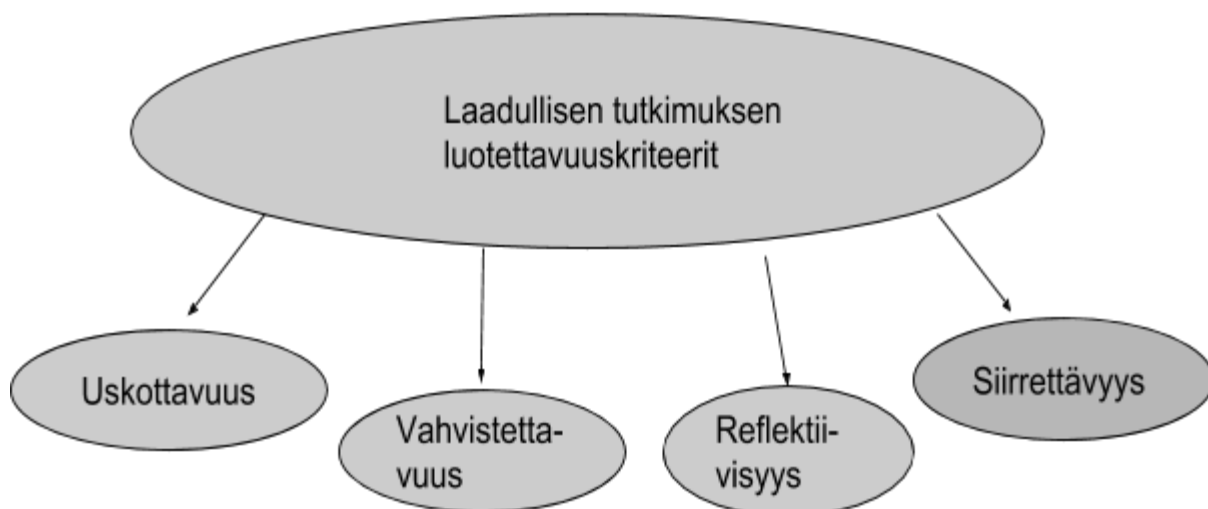
Opinnäytetyö on tehty noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä koskevia ohjeita, joiden avulla työstä on tullut eettisesti hyväksyttävä ja luotettava. Työssä on noudatettu huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Opinnäytetyön eri prosessin vaiheissa olemme pohtineet hoitotyön etiikkaa ja periaatteiden toteutumista. Tutkimuseetikassa pohditaan, miten saadaan tehtyä eettisesti hyvä ja luotettava tutkimus. (Kylmä ja Juvakka 2007, 137–139.) Opinnäytetyön aihe valikoitui omasta mielenkiinnosta moniammatillisuutta ja yhteistyötä ja niiden kehittämistä kohtaan.

Tutkimus pyrkii tuottamaan luotettavaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Laadullisen tutkimuksen yleisiä luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. (Kuvio 5.) Uskottavuudella selvitetään vastaavatko tutkimuksesta saadut tulokset kyselyyn osallistuneiden henkilöiden käsitystä tutkittavasta aiheesta. (Kylmä ja Juvakka 2007, 127–129.) Kyselyyn osallistujille kerrotaan, mihin vastauksia käytämme, kysely tehdään anonymisti ja vastaukset poistetaan heti niiden analysoimisen jälkeen. Anonyymiyys tutkimuksessa voi edistää objektiivisuutta. Se voi myös rohkaista kyselyyn vastaajia kirjoittamaan suoraan ja rehellisesti. (Mäkinen 2006, 114.) Työn valmistamisen jälkeen pidämme mahdollisesti osastotunnin kyselyyn osallistuneella osastolla, jossa esittelemme opinnäytetyömme ja käymme tutkimuksen tulokset läpi.

Vahvistettavuus edellyttää koko tutkimusprosessin etenemisen kirjaamista. Usein prosessi on avoin suunnitelma, joka voi muuttaa muotoaan ja tarkentua prosessin edetessä. Tärkeää on saada kuvattua, miten aineistoa on käsitelty ja päädytty tuloksiin. Haasteena kyselyn luotettavuudessa on, saadanko vastauksia riittävästi vastausten tulkintaan ja arviointiin. (Kylmä ja Juvakka 2007, 129.) Tässä työssä olemme avoimesti kirjoittaneet tutkimuksen etenemisen vaiheet esille. Se sisältää aineiston keräämisen ja analysoinnin. Työhön olemme lisänneet taulukot tekemästämme sisällönanalyysistä, josta jokainen lukija voi itse nähdä kuinka tuloksiin on päädytty. Toki tähän työhön laitettuihin taulukoihin emme ole lisänneet aivan kaikkia vastauksia, koska alkuperäiset taulukot olivat niin pitkiä.

Kylmän ja Juvakan (2007, 129) mukaan reflektiivisyys tarkoittaa tutkimuksen tekijän arviota, kuinka hän vaikuttaa tutkimukseen, aineistoon ja koko prosessiin ja tuotava nämä esille tuloksissa. Tutkimuksen havainnointi osassa otimme huomioon yhden työmme tekijän ”tuttuus” ongelman, osaston entinen työntekijä, ja näin ollen hänet jäävättiin havainnointi osuudesta. Siirrettävyydellä tarkoitetaan, että tutkimuksen tekijän tulee antaa riittävät tiedot tutkimukseen osallistujista ja ympäristöstä,

jotta tulosten siirrettävyyttä voidaan arvioida vastaavanlaisiin tilanteisiin. (Kylmä ja Juvakka 2007, 129.)



KUVIO 6. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit. (Kylmä ja Juvakka 2007, 128.)

Opinnäytetyön tekijöinä tiedostamme vastuut ja velvollisuutemme toimeksiantajaa kohtaan. Tilaajan ja meidän opinnäytetyön tekijöiden keskinäinen kunnioitus, arvostus ja luottamus on tärkeää, jotta opinnäytetyöprosessi etenee sujuvasti kaikkien osapuolten kannalta. Opinnäytetyön luotettavuus perustuu myös oikeanlaiseen teoriatietoon neurologisen potilaan hoidosta ja kuntoutuksesta, moniammatillisuudesta, yhteistyöstä ja ymmärryksestä toisen ammattiryhmän työnkuvaa kohtaan. (Ranta 2012, 26.) Lähteiden tulee olla luotettavia ja monipuolisia. Opinnäytetyötä tehdessämme perehdyimme teoriatietoon ja samankaltaisiin tutkimuksiin, yhteistyöhön eri ammattiryhmien välillä. Kyselyn luotettavuutta lisää, että meillä on asianmukaiset tutkimusluvut hankittuna sekä opinnäytetyön hankkeistamis- ja ohjaussopimus. Esitämme kyselyn tulokset avoimesti.

7.5 Ammatillinen kasvu ja kehitys

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin syksyllä 2017. Ryhmämme muodostumisen ja aiheen valikoitumisen jälkeen teimme aikataulutusta sekä suunnitelman mukaisesti tutkimussuunnitelman, joka esitettiin ja hyväksyttiin. Tutkimussuunnitelman esittämisen jälkeen aloitimme valmistelemaan kyselyn saatekirjettä (liite 1), tutkimuksen kyselylomaketta (liite 2) sekä varsinaisen työn teoriaosuutta. Olemme pysyneet suunnitellussa aikataulussa, vaikka olemme huomanneet neljän ihmisen aikataulutuksen yhteen olevan haastavaa. Olemme pystyneet olemaan joustavia toisiamme ja muita toimijoita kohtaan ja hyödyntämään teknologiaa yhteisten tavoitteiden, työn edistymisen ja valmistumisen saavuttamiseksi. Yhteistyötä tehdessämme eri osapuolten kanssa kommunikointi ja vuorovaikutustaitomme ovat kehittyneet. Ne ovat tärkeitä elementtejä sujuvan yhteistyön kannalta.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme pohjanneet omaa ammatillista kasvua ja kehitystä Savonia ammattikorkeakoulun opinnäytetyön osaamistavoitteisiin, jotka ovat opetussuunnitelmassa. Olemme valinneet omaa alaamme koskevan ja ammatillista kehitystä tukevan aiheen työhömmä. Ryhmämme toimii moniammatillisesti, sillä puolet meistä on fysioterapeutti- ja puolet sairaanhoitajaopiskelijoita

sekä olemme tehneet yhteistyötä työn tilaajan ja koulun edustajien kanssa. Valitsimme tilaajan tarpeisiin perustuvan aiheen, joka on työelämäläheinen tutkimustyö. Moniammatillisuus ja yhteistyön merkitys ovat yleistyneitä työelämässä. (Savonia ammattikorkeakoulu 2018.)

Työtä tehdessä tietämyksemme on lisääntynyt yhteistyön tekemisestä sekä neurologisesta kuntoutuksesta, etenkin aivoverenkiertohäiriö, parkinson ja muistisairaiden kuntoutuksesta. Tämän työn kautta saaduista tiedoista on varmasti hyötyä tulevaisuudessa työelämässä. Opinnäytetyö on antanut kokemusta laadullisen tutkimuksen ja tutkimuksellisen työn tekemisestä, mistä meillä kellään ei ollut aiemmin kokemusta. Olemme oppineet eri tutkimusmenetelmistä, aineistojen keräämisestä sekä tulosten analysoinnista. Tämän työn jälkeen jokainen meistä osaisi paremmin lähteä tekemään uutta tutkimusta. Olemme oppineet etsimään lähteitä monista eri paikoista ja arvioimaan niiden luotettavuutta. Luotettavien lähteiden löytäminen ja hyödyntäminen onkin tärkeää jatkuvasti kehittyvällä terveydenhoitoalalla.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- AHONEN, O., BLEK-VEHKALUOTO, M., EKOLA, S., PARTAMIES, S., SULOSAARI, V. ja USKI-TALL-QVIST, T. 2016. Kliininen hoitotyö, Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- AIVOINFARKTI JA TIA: KÄYPÄHOITO -SUOSITUS 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2018-02-04.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50051>
- AIVOLIITTO RY 2013a. Aivoverenkiertohäiriöt. [Viitattu:2018-08-18.] Saatavilla: [https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/perustietoa_avh_sta](https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta)
- AIVOLIITTO RY 2013b. Tietoa aivoverenkiertohäiriöistä. Selko-opas [verkkodokumentti.] [Viitattu 2018-08-18.] Saatavilla: https://www.aivoliitto.fi/files/1613/selkoesite_avh_2013_web_22.11.2013.pdf
- AROKOSKI, J., MIKKELSON, M., POHKOLAINEN, T ja VIKARI-JUNTURA, E. 2015. Fysiatrია [verkkokirja]. Duodecim Oppiportti www-sivut. [Viitattu: 2018-04-12.] Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/fys00061/do>
- ATULA, S. 2016. Parkinsonin tauti. Duodecim Terveyskirjasto. [Viitattu 2018-02-02.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00055
- AUTTI-RÄMÖ, I., SALMINEN, A-L., RAJAVAARA, M. ja YLINEN, A. 2016. Kuntoutuminen. Duodecim Oppiportti www-sivut. [Viitattu: 2018-04-13.] Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/ktm00001/do>
- BECKER, E., HANTELA, N. ja RANTA, I. 2015. Kollegiaalisuus hoitotyössä. Hoitotyön vuosikirja 2015. Helsinki: Fioca Oy.
- BURAU, V., CARSTENSEN, K., KUHLMANN, E. ja LOU, S. 2017. Professional groups driving change toward patient-centred care: interprofessional working in stroke rehabilitation in Denmark. Burau et al. BMC Health Services Research (2017) 17:662. [Viitattu 2018-08-16.] Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=38&sid=1f11d235-0cac-4807-a8f9-2e9260029bdd%40pdc-v-sessmgr04>
- BÄRLUND, E., HÄKKINEN, H., JUSSILA, L., MUSTONEN, M., PALTAMAA, J. ja PIITTISJÄRVI, T. 2016. Eurooppalainen Parkinson-fysioterapian suositus 2014. Luku 6. suomennos.
- COLLIN, K., HERRANEN, S. ja PALONIEMI, S. (toim.) 2012a. Yhteistyö ja moniammatillisuus akuutti-hoidossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystyksessä [verkkodokumentti]. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House. [Viitattu 2017-12-04.] Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/37906/978-951-39-4758-3.pdf?sequence=1>
- COLLIN, K., HERRANEN, S., PALONIEMI, S., PYHÄLÄ-LILJESTRÖM, P. ja VALLEALA, U 2012b. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. Julkaisussa: COLLIN, K., HERRANEN, S. ja PALONIEMI, S. (toim.) 2012. Yhteistyö ja moniammatillisuus akuutti-hoidossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystyksessä [verkkodokumentti]. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House. [Viitattu 2017-12-04.] Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/37906/978-951-39-4758-3.pdf?sequence=1>
- ELORANTA, S. ja KUUSELA, M. 2011. Moniammatillinen yhteistyö - katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. Tutkiva hoitotyö 3/2011, vol 9, 4–13. Kouvola: Sairaanhoidajaliiton koulutus- ja kustannusyhtiö Fioca Oy.
- HALLIKAINEN, M., MÖNKÄRE, R. ja NUKARI, T. 2017. Muistisairaanhoidon hyvät käytännöt. Tal- linna: Duodecim.
- HALLIKAINEN, M., MÖNKÄRE, R., NUKARI, T. ja FORDER, M. 2014. Muistisairaanhoidon kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.

- HELMINEN, E., JANHUNEN, E., MATILAINEN, E. ja PIKKARAINEN, A. 2017. Moniammatillinen kuntoutus haastaa kaikki uudenlaiseen kehittämissyhteistyöhön. *Fysioterapia* 4/2017, 33–37.
- HYNYNEN, P., HÄKKINEN, H., HÄNNIKÄINEN, H., KANGASPERKO, M., KARIHTALA, T., KESKINEN, M., LESKELÄ, J., LIIKKA, S., LÄHTEENMÄKI, M-L., MARKKOLA, K., MÄMMELÄ, E., PARTIA, R., PIIRAINEN, A., SJÖGREN, T. ja SUHONEN, L. 2016. Fysioterapeutin ydinosaaminen. Suomen fysioterapeutit. [Viitattu: 2018-09-28.] Saatavissa: <http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/johdanto.html>
- ISOHERRANEN, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto, sosiaalitieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: Unigrafia. [Viitattu 2017-10-20.] Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequence=1
- JEGLINSKY, I. ja KUKKONEN, T. 2016. Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksessa. Julkaisussa: AUTTI-RÄMÖ, I., SALMINEN, A-L., RAJAVAARA, M. ja YLINEN, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 393–401.
- KANKKUNEN, P. ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- KELA 2012. GAS-menetelmä. GAS-menetelmä Kelan kuntoutuksen tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin. [Viitattu 2018-10-16.] Saatavissa: <https://www.kela.fi/gas-menetelma>
- KEMPPI, V., LAIMI, K. ja MIKKELSSON, M. 2017. Moniammatillinen kuntoutus aivoverenkiertohäiriön jälkeen Päijät-Hämeessä [verkkolehti]. *Lääkärilehti* 7/2017 vsk 72, 437–441. [Viitattu 2018-08-30.] Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.savonia.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/moniammatillinen-kuntoutus-aivoverenkiertohairion-jalkeen-pajjat-hameessa/>
- KETTUNEN, R., KÄHÄRI-WIIK, K., VUORI-KEMILÄINEN, A. ja IHALAINEN, J. 2017. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- KONTIO, M. 2010. Moniammatillinen yhteistyö [verkkodokumentti]. Tukeva -hanke Oulun seutu. [Viitattu 2017-10-20.] Saatavissa: <http://www oulu.ouka.fi/seutu/tukeva/Moniammatillinen-julkaisu.pdf>
- KOSKINEN, M. 2016. AVH:n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen 2013–2015. AVH-kuntoutuksen seuranta tutkimuksen loppuraportti. Aivoliitto ry:n julkaisusarjan raportti 11. [Viitattu 2018-08-25.] Saatavissa: https://www.aivoliitto.fi/files/2966/AVHn_sairastaneiden_kuntoutukseen.pdf
- KORTELAINEN, K. 2017-12-19. Harjulan sairaalan neurologisen osaston osastonhoitaja. [Haastattelu.] Kuopio: Harjulan sairaala.
- KRISTOFFERSEN, N., NORDVET, F., SKAUG, E. ja NIEMINEN, P. 2006. Hoitotyön perusteet. Helsinki: Edita.
- KUOPION KAUPUNKI 2017. Osasto esitteet, Osasto 4 [verkkoaineisto]. [Viitattu 2017-10-30.] Saatavissa: <https://www.kuopio.fi/documents/7369547/7542818/Harjula+osasto+4/3d66b071-c613-4f03-9f49-6a66e599ecc6>
- KYLMÄ, J. ja JUVAKKA, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- KÄHÄRI-WIIK, K., NIEMI, A. ja RANTANEN, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. Porvoo: WSOY.
- LAKI POTILAAN ASEMASTA ja OIKEUKSISTA. L. 1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-05-23.] Saatavissa: <http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>
- MARKKOLA, K. 2013. Moniammatillinen, ammattiryhmien välinen ja ammattirajat ylittävä yhteistyö erikoissairaanhoidossa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 04-04-

2018.] Saatavissa: http://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/102057/Gradu_Markkola_2014.pdf?sequence=2&isAllowed=y

METSÄMUURONEN, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Viro: International methelp oy.

MUISTISAIRAUDET: KÄYPÄHOITO -SUOSITUS 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Societas Gerontologica Fennica, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykiatrian Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Lääkäriseura [Viitattu 2018-02-06.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>

MÄKINEN, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

NÄRHI, U. 2014. Moniammatillisuus sosiaali- ja terveystieteiden uudistamisessa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. [Viitattu 2018-01-07.] Saatavissa: https://www.fimea.fi/documents/16140/758926/26548_Moniammatillisuus_sosiaali_ja_terveydenhuollon_uudistamisessa_Sillanaukee_Narhi_STM.pdf

PARKINSONIN TAUTI: KÄYPÄHOITO -SUOSITUS 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Neurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2018-02-04.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50042>

PIRTTILÄ, T. 2017. Akuutit aivoverenkiertohäiriötä [luentomateriaali]. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu. Fysioterapian yksikkö.

POLLARD, K. C., SELLMAN, D. ja THOMAS, J. (toim.) 2014. Interprofessional working in health and social care. Professional perspectives. 2. painos. Hampshire: Palgrave macmillan.

RANTA, I. 2012. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt -Hoitotyön vuosikirja 2012. Helsinki: Fioca Oy.

RISSANEN, P., KALLANRANTA, T. ja SUIKKANEN, A. 2008. Kuntoutus. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

SALMINEN, M. 2000. Sairaanhoidajien ja fysioterapeuttien välinen yhteistyö iästä potilasta hoitavassa kuntoutustiimissä. Turun yliopisto hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2018. TN16KM Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelma (monimuotoisuus) Opetussuunnitelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2018-10-07.] Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=999&tab=6&krtid2=92585>

SOINILA, S., KASTE, M. ja SOMER, H. 2007. Duodecim Neurologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

SOINILA, S. ja KASTE, M. 2015. Duodecim Oppiportti www-sivut. Neurologia [verkkokirja]. [Viitattu: 2018-04-12.] Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/neu00001/do>

SUKULA, S. ja VAINIEMI, K. GAS-menetelmä. Käsikirja, versio 4. [Viitattu 2018-10-16.] Saatavissa: <https://www.kela.fi/documents/10180/0/Gas+-k%C3%A4sikirja/07692e5a-c6d0-48f0-97a1-0737c4add7f8>

SUOMEN FYSIOTERAPEUTIT 2017. Fysioterapian erikoisasiantuntija [verkkójulkaisu]. [Viitattu 2017-12-2.] Saatavissa: <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/materiaalisalkku/fysioterapia-ammattina/fysioterapian-erikoisasiantuntijat/223-fysioterapian-erikoisasiantuntija-2012-2015/file>

SUOMEN PARKINSON-LIITTO RY 2015. Parkinsonin tauti. [Viitattu 2018-02-02.] Saatavissa: <https://www.parkinson.fi/parkinsonin-tauti>

SUVIKAS, A., LAURELL, L. ja NORDMAN, P. 2013. Kuntouttava lähihoito. Porvoo: Bookwell Oy.

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2015. Kansantaudit, muistisairaudet. [Viitattu 2018-02-06.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

TERVEYDENHUOLTOLAKI. L. 2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-05-23.] Saatavissa: <http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuolto>

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. [Viitattu 2017-12-13.] Saatavilla: <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>

VILKKA, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

VIRTANEN, T. 2004. Kuntoutus Parkinsonin taudin eri vaiheissa. Kuntoutusmallin kehittäminen Parkinsonin taudin eri vaiheissa -projekti 2001-2004. Suomen Parkinson-liitto ry. [Viitattu 2018-08-29.] Saatavissa: <https://www.parkinson.fi/sites/default/files/Loppuraportti.pdf>

LIITE 1: KYSELYN SAATEKIRJE

Kuopio 15.1.2018

Hei Harjulan sairaalan neurologisen osaston henkilökunta!

Olemme Savonia ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja- ja fysioterapeuttipiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä moniammatillisesta yhteistyöstä, henkilökunnan yhteistyön sujumisesta teidän osastollanne. Tutkimuksen tavoitteena on, että Harjulan sairaalan neurologinen osasto voi kehittää toimintaansa tutkimustulosten perusteella ja että potilaille on mahdollisuus saada parempaa hoitoa ja kuntoutusta.

Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena ja lisäksi tiedonkeruuta tullaan toteuttamaan havainnointia käyttämällä. Kutsumme teidät osallistumaan kyselyyn, joka toteutuu Webropol ohjelman kautta. Osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista.

Tutkimuksen tekemiseen meillä on asianmukaiset luvat, opinnäytetyön hankkeistamis- ja ohjaussopimus. Tulemme käsittelemään vastauksenne luottamuksellisesti ja nimettöminä. Vastaajien tiedot eivät tule paljastumaan tuloksissa. Opinnäytetyön valmistuttua, tulemme pitämään tuloksista osastotunnin osastollenne. Kyselyyn vastaamiseen on aikaa 12.02.2018 asti

Opinnäytetyön ohjaajana toimii Marita Huovinen Savonia ammattikorkeakoulusta, puh.044 785 6439. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan internetissä osoitteessa www.theseus.fi

Ohessa linkki kyselyyn. Kiitos osallistumisestasi!

Ystävällisin terveisin,

Tuija Honkala, Oona Mäkilä, Tiia Tiitinen ja Kirsi Tuomainen

Yhteystiedot: etunimi.sukunimi@edu.savonia.fi

LIITE 2: KYSELY



Työntekijöiden yhteistyötä kartoittava kysely

1. Minkä ikäinen olet?

- 19-24
- 25-29
- 30-34
- 35-39
- 40-44
- 45-49
- 50-54
- 55-59
- 60 tai yli

2. Mikä on ammattisi?

- Lähihoitaja
- Sairaanhoitaja
- Fysioterapeutti
- Toimintaterapeutti
- Puheterapeutti
- Lääkäri
- Osastosihteeri
- Toiminnanohjaaja

3. Kuinka monta vuotta olet ollut työelämässä?

- 0-4
- 5-9
- 10-14
- 15-19
- 20 tai yli

4. Millaiseksi koet yhteistyön seuraavien ammattiryhmien kanssa? Valitse mielestäsi parhaiten sopiva vaihtoehto.

	Vaikea	Hieman vaikea	Yleensä helppo	Helppo	En työskentele tämän ammattiryhmän kanssa
Lääkäri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairaanhoitaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lähihoitaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysioterapeutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puheterapeutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimintaterapeutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastonsihteeri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toiminnanohjaaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Valitse seuraaviin väittämiin mielestäsi parhaiten sopiva vaihtoehto.

	Täysin erimieltä	Osittain erimieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Saan tarvittaessa apua muilta työntekijöiltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen saanut perehdytystä neurologisen potilaan hoitoon/kuntoutukseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulle on selvää mikä on hoitamani potilaan hoidon/kutoutuksen tavoite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielestäni kaikki työntekijät työskentelevät sovittujen toimintatapojen mukaisesti potilaiden tavoitteiden saavuttamiseksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Kuinka seuraavat asiat toimivat työyhteisössänne. Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto.

	Huonosti	Hieman huonosti	Pääosin hyvin	Hyvin
Tiedon kulku	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vuorovaikutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avunanto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tavoitettavuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tavoitteellisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toisen ammattiryhmän edustajan arvostus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Minkälaisissa tilanteissa teet yhteistyötä muiden henkilöiden kanssa? Minkä ammattiryhmän edustajia kyseiset henkilöt ovat?

8. Mitkä asiat yhteistyössä toimii hyvin, miksi?

9. Jos jokin asia yhteistyössä ei toimi, niin miksi?

10. Kuinka kehittäisit yhteistyötä työntekijöiden välillä?

11. Millä tavalla oma toimintasi edistää yhteistyötä työpaikallasi?
