



LAUREA

# Moniammatillinen kuntoutusohjaus CP-vammaisen lapsen leikkausprosessissa



Jaakkola, Outi

Orkolainen, Olga

2011 Laurea Otaniemi

**Laurea-ammattikorkeakoulu**  
Laurea Otaniemi

## **Moniammatillinen kuntoutusohjaus CP-vammaisen lapsen leikkausprosessissa**

Outi Jaakkola  
Olga Orkolainen  
Fysioterapian koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Helmikuu, 2011

Outi Jaakkola, Olga Orkolainen

### Moniammatillinen kuntoutusohjaus CP-vammaisen lapsen leikkausprosessissa

Vuosi 2011 Sivumäärä 69

---

Monitasokirurginen leikkaus on vaativa ja pitkä prosessi CP-vammaiselle lapselle ja hänen perheelleen. Leikkausta harkitaan vakavasti ja siihen liittyvään kuntoutusprosessiin sitoutuminen on tärkeää. Sen edellytyksenä on, että kaikki, niin perhe kuin moniammatillinen tiimi, työskentelevät yhdessä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Kuntoutusohjaus on asiakaslähtöistä ja se toteutuu käytännössä moniammatillisen tiimin sekä lapsen ja perheen välisenä yhteistyönä. Moniammatillisessa tiimissä jokaisella asiantuntijalla on oma roolinsa, mutta työskentely on yhteismuotoista ja ammattirajat ylittävää.

Opinnäytetyö käsittelee CP-vammaisen lapsen monitasokirurgista moniammatillista kuntoutusohjausta. Kuntoutusohjaus tapahtuu sairaalassa ennen ja jälkeen leikkauksen sekä myöhemmin avofysioterapeutin toteuttamassa jatkokuntoutuksessa. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) sekä Jyväskylän yliopiston kesken.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, miten monitasokirurgisen leikkauspotilaan moniammatillinen kuntoutusohjaus toteutuu kuntoutussairaalassa. Tutkimuksemme koostuu kahdesta kysymyksestä, joista toisella pyritään selvittämään, millaista sairaalassa tapahtuva kuntoutusohjaus on ja toisella sitä, miten tämä sairaalassa annettu ohjaus tukee jatkokuntoutusta. Opinnäytetyön haastatteluun osallistui kaksi lastenhoitajaa ja neljä fysioterapeuttia kuntoutussairaalan moniammatillisesta tiimistä.

Opinnäytetyö edustaa laadullista tutkimusta. Aineiston hankintamenetelmänä käytettiin ryhmämuotoista teemahaastattelua. Loimme itse haastattelun teemat ja saimme niille hyväksynnän työelämän edustajilta. Aineiston analysoinnissa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysi-menetelmää.

Aineistosta nousi molempien tutkimuskysymysten kohdalla kolme yläluokkaa. Ensimmäiseen tutkimuskysymyksen yläluokiksi nousi ammattitaidon hyödyntämien, päivittäinen vuorovaikutus ja tasavertainen yhteistyö. Toisen tutkimuskysymyksen yläluokiksi nousi arkitoitimien tukeminen, avokuntoutukseen siirtyminen ja kuntoutuksen toteutuminen.

Saatujen tulosten perusteella voidaan päätellä, että moniammatillinen kuntoutusyhteistyö toimii kuntoutussairaalassa hyvin ja sujuvasti. Myös yhteistyö avofysioterapeutin kanssa jatkokuntoutuksen osalta on sujuvaa. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia vielä tarkemmin kuntoutusohjauksen toteutumista niin, että haastatteluun osallistuisi jokaisesta kuntoutustyöryhmän ammattiryhmästä oma edustaja. Sen tueksi olisi mielenkiintoista suorittaa myös yksilöhaastatteluja ja katsoa, millaista aineistoa sieltä nousisi.

Asiasanat: Ohjaus, perhe, moniammatillisuus, CP-vamma, monitasokirurginen leikkaus

Outi Jaakkola and Olga Orkolainen

**Multiprofessional rehabilitation counselling in surgical procedure of children with Cerebral Palsy**

Year	2011	Pages	69
------	------	-------	----

---

Multilevel surgery is a demanding and long process for a child with Cerebral Palsy and his/her family. The surgery and its rehabilitation process require the full commitment of the family. That is why it should be considered thoroughly. In order to succeed in this kind of procedure must all the participants i.e. the child, the family and the multiprofessional team members work together in unison. Client-centered counselling is the essence of the whole process. In the multiprofessional team every team member has its own role and expert knowledge, though working as a team means cross-over collaboration.

The purpose of this Bachelor's thesis is to find out how multiprofessional rehabilitation counselling in multilevel surgical procedure is carried out in one rehabilitation hospital. Rehabilitation counselling takes place before and after the surgery at the hospital and then afterwards in follow-up rehabilitation with physiotherapists outside the hospital. Our research has two questions. The aim of the first one is to show, what kind of multiprofessional counselling there is at the hospital and the aim of the second question is to find out, how the counselling given at the hospital is supporting the follow-up rehabilitation.

This thesis was carried out in co-operation with Laurea University of Applied Sciences, the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUCH) and the University of Jyväskylä. The data for this study was collected through a qualitative thematic interview. Two paediatric nurses and four physiotherapists participated in a group interview, which was carried out in the rehabilitation hospital. The data were analyzed by inductive content analysis. The aim of this study was to yield information, which can be then used to enhance and develop multiprofessional rehabilitation counselling and the co-operation between the physiotherapists outside the hospital.

The findings of the first question indicate that each team member's expertise is used to develop work practises, daily interaction is part of the process and equality is present among the team members. Regarding the second question the data analysis showed that the counselling given at the hospital supports the patient's ability to function in daily life and the transfer of the child and the family to the follow-up rehabilitation. It also shows that knowing the family supports commitment to the follow-up rehabilitation.

The conclusion is that in this particular rehabilitation hospital the multiprofessional teamwork is successful and the co-operation with the physiotherapists involved in the follow-up rehabilitation is fluent.

Keywords: Counselling, family, multiprofessional teamwork, cerebral palsy, multilevel surgery

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Teoreettinen viitekehys .....	7
3	Ohjaus .....	7
3.1	Asiakaslähtöinen kuntoutusohjaus .....	8
3.2	Vuorovaikutus ja dialogisuus ohjauksessa .....	11
4	Moniammatillisuus työskentelymallina .....	12
4.1	Moniammatillisuuden rakentuminen .....	12
4.2	Moniammatillisuuden haasteet .....	14
5	Lapsi ja perhe kuntoutusprosessissa .....	16
5.1	Tähtäimessä valtaistuminen .....	18
5.2	Lapsen ja perheen ohjaaminen.....	19
6	CP-vamma .....	23
6.1	Moniammatillisuus osana vammaisen lapsen kuntoutusta .....	25
6.2	CP-vammaisen lapsen leikkausprosessi .....	26
6.3	Fysioterapia osana kuntoutusta .....	28
7	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	31
8	Tutkimusmenetelmä .....	31
8.1	Aineiston hankinta .....	32
8.2	Aineiston analysointi .....	36
9	Tulokset .....	39
9.1	Moniammatillinen kuntoutusohjaus.....	40
9.1.1	Ammattitaidon hyödyntäminen .....	40
9.1.2	Päivittäinen vuorovaikutus .....	42
9.1.3	Tasavertainen yhteistyö.....	44
9.2	Ohjaus tukee jatkokuntoutusta .....	46
9.2.1	Arkitoimintojen tukeminen.....	47
9.2.2	Avokuntoutukseen siirtyminen .....	48
9.2.3	Kuntoutuksen toteutuminen.....	50
9.3	Tulosten yhteenveto .....	51
10	Pohdinta.....	52
10.1	Tulosten tarkastelu.....	53
10.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	59

10.3 Tutkimuksen eettisyys .....	61
10.4 Jatkotutkimuksen aiheet .....	63
Lähteet .....	64
Liitteet.....	68
Liite 1 Teemahaastattelun runko.....	68
Liite 2 Suostumuslomake.....	69

## 1 Johdanto

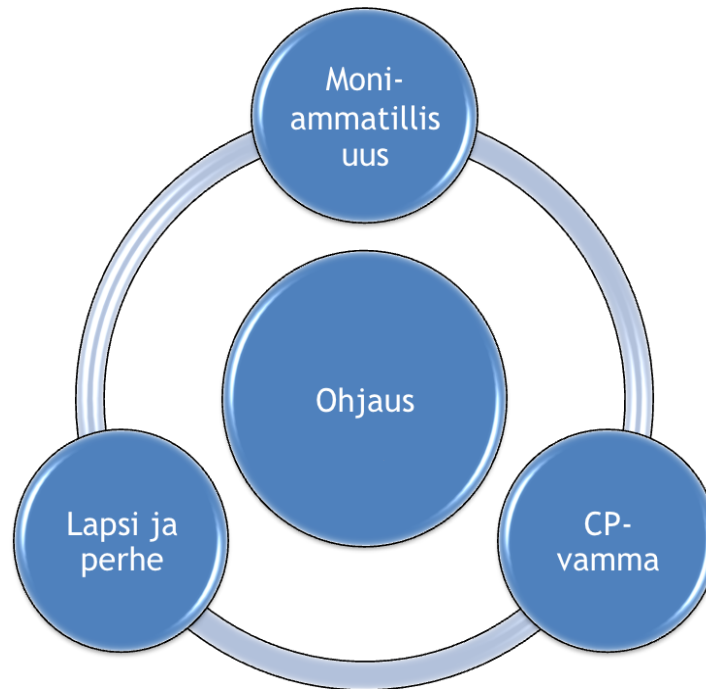
Kuntoutus on prosessi, jonka pyrkimyksenä on edesauttaa ja parantaa kuntoutettavan toimintakykyä, arjessa selviytymistä sekä elämänlaatua. Usein kuntoutus tapahtuu eri ammattiryhmien välisenä yhteistyönä niin sanotuissa moniammatillisissa tiimeissä. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalalla alkoi jo 1940-luvulla sotavammaisten kuntoutuksen tiimoilta (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 96). Kyseisessä työskentelymallissa hyödynnetään eri ammattilaisten asiantuntijuutta yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Ydinkysymyksenä on, miten kuntoutustiimi ja sen työntekijät voivat tukea ja vahvistaa kuntoutujan toiminnallisuutta ja omia kompetensseja. (Järvikoski 2000, 246.) Yhteistyön tavoitteena on aina asiakkaan, potilaan ja perheen paras mahdollinen hoito, sen koordinointi eri tahojen kesken sekä mahdolliset työyhteisön toimintaan ja kehittämiseen liittyvät asiat (Lauri 2006, 107 - 108). Kuntoutusta koskevien selvitysten mukaan useiden ammattiryhmien muodostama moniammatillinen tiimityöskentely on havaittu vaikuttavaksi useiden kuntoutuksen asiakasryhmien kohdalla (Rissanen & Aalto 2002, 21). Moniammatillisen tiimin sekä perheen välinen yhteistyö korostuu myös CP-vammaisen lapsen kohdalla monitasokirurgisessa leikkaus- ja kuntoutusprosessissa.

Fysioterapeutin rooli, mukanaolo ja aktiivisuus moniammatillisessa tiimissä on vaihteleva. Joskus fysioterapeutti toimii neuvonantajana, esimerkiksi niin, että tämä ohjaa, kuinka muu hoitohenkilökunta tai omaiset voivat auttaa ja ohjata kuntoutujaa. Jotta fysioterapeutti voi toimia ryhmässä tasavertaisena ammattilaisena, on hänellä oltava vahva ammatillinen itsetunto sekä identiteetti. Fysioterapeutin tulee arvostaa omaa asiantuntijuuttaan, tiedostaa ammattinsa sisällöt sekä olla taito ilmaista ja perustella omat näkemyksensä uskottavasti. (Talvitie ym. 2006, 316, 432.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa, jonka avulla moniammatillista kuntoutusohjausta ja yhteistyötä voidaan tulevaisuudessa kehittää. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millaista monitasokirurgisen leikkauspotilaan moniammatillinen kuntoutusohjaus on yhdessä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kuntoutussairaalaissa. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun, Jyväskylän yliopiston ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kanssa.

## 2 Teoreettinen viitekehys

Työn teoreettinen viitekehys koostuu keskeisistä käsitteistä, jotka on esitetty kuviossa 1. Nämä ovat ohjaus, moniammatillisuus, lapsi ja perhe sekä CP-vamma.



Kuvio 1: Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys

CP-vammaiselle lapselle tehdään monitasokirurginen leikkaus, jolla pyritään parantamaan lapsen toimintakykyä arjessa. Monitasokirurginen leikkausprosessi toteutetaan moniammatillisesti. Tällä tarkoitetaan sitä, että kuntoutustiimi rakentuu eri alojen asiantuntijoista. Ennen ja jälkeen toimenpiteen lapsi ja hänen perheensä saa kuntoutukseen liittyvää ohjausta. Ohjaus on asiakaslähtöistä, jolla tarkoitetaan lapsen ja perheen yksilöllisten tarpeiden huomioimista. Lapsen kuntoutuksessa perheen rooli korostuu ja siten prosessissa ammattilaisilta vaaditaan perhekeskeistä lähestymistä. Asiakassuhde rakentuu dialogisesta ja tasavertaisesta vuorovaikutuksesta. Tällaisessa leikkausprosessissa ohjaus nousee keskeiseksi käsitteeksi ja muut käsitteet kietoutuvat sen ympärille. Tämän tutkimuksen fokuksena on CP-vammaisen lapsen ja hänen perheensä moniammatillinen kuntoutusohjaus.

## 3 Ohjaus

Ohjauksen ytimessä on ajan, huomion ja kunnioituksen antaminen toiselle. Parhaimmillaan se on osallistujien välistä neuvottelua, jossa keskustelun keinoin pyritään edistämään ja parantamaan ohjattavan elämää tämän haluamalla tavalla. Ohjaus on yksi



elämänsuunnittelun menetelmä, jonka tavoitteena on auttaa ohjattavaa yhä tasapainoisempaan elämään ympäristönsä kanssa. Lisäksi se kannustaa ohjattavaa käyttämään omia kykyjään ja mahdollisuuksia tavoitteellisesti hyväkseen. Näin ollen ohjattava osallistuu aktiivisesti omien ongelmien ratkaisemiseen. (Onnismaa 2007, 7, 26.)

Ohjauksessa tulee huomioida ihminen kokonaisuutena eli niin sanotusta holistisesta näkökulmasta. Yksilön elämässä yhteen kietoutuvat tärkeät kokemukset, ihmiset, suhteet, uskomukset sekä asioiden erilaiset merkitykset. Tämän takia ongelmat eivät koskaan ole irrallaan muusta elämästä, vaan ne ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa muiden elämän osa-alueiden kanssa. Ohjauksessa ei ole kyse tapaamiskertojen määrästä tai kestosta, vaan siitä, miten käytettävissä oleva aika organisoidaan ohjattavaa parhaiten palvelevaksi. Aika onkin ohjaajan ja ohjattavan yhteinen resurssi. Huomion antaminen on ohjattavasta välittämistä ja tämän kuuntelemista, niin että hän kokee tulevansa kuulluksi. (Onnismaa 2007, 34 - 35, 38 - 39, 41.)

Ohjaussuhteen ja siinä tapahtuvan vuorovaikutuksen peruslähtökohtia ovat toisen kunnioitus ja empatia. Ohjaaja voi osoittaa niitä, kuuntelemalla ja olemalla läsnä ohjattavaa varten. Kunnioituksen antaminen toiselle edellyttää reflektiivisyyttä omasta ajattelusta ja toiminnasta. Jotta ohjaaja voi kunnioittaa, kuunnella ja antaa aikaa ohjattavalle, on hänen pystyttävä tekemään niin myös itselleen. Ohjaajalla tulee olla riittävästi valmiuksia ja tietoa ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja erilaisista ohjausmenetelmistä. Hänen tulee kannustaa asiakasta luottamaan omiin kykyihinsä sekä tukea tämän oma-aloitteisuutta. Ohjaajan on annettava asiakkaalle riittävästi tilaa, jotta tämä voi tehdä itsenäisiä päätöksiä ja valintoja. (Onnismaa 2007, 42 - 43; Kyngäs ym. 2007, 34.)

### 3.1 Asiakaslähtöinen kuntoutusohjaus

Kuntoutuksesta puhuttaessa ohjaus ymmärretään yhdeksi työmenetelmistä, joka sisältyy asiakkaan kuntoutus- ja hoitosuunnitelmaan. Kuntoutusprosessissa ohjauksen ja neuvonnan avulla asiakasta tuetaan kohti toimintakyvyn lisääntymistä, valtaistumista sekä parempaa elämää. (Onnismaa 2007, 20 - 21.) Kuntoutuja ja ohjaaja yhdessä arvioivat kuntoutujan pyrkimyksiä ja elämänprojekteja. Yhdessä pohditaan, miten tavoitteisiin päästään ja miten niitä toteutetaan. Ohjaajan tehtävänä on auttaa etsimään keinoja kuntoutujan kompetenssien vahvistamiseksi niin, että ne auttavat kuntoutujaa tekemään onnistuneita valintoja ja siten saavuttamaan asetettuja tavoitteita. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 172 - 173.)

Kuntoutusohjauksella tarkoitetaan erikoissairaanhoidon palvelua, jonka ytimessä on asiakas ja tämän tarve saada ohjausta sekä neuvontaa kuntoutumiseen liittyvissä asioissa. Asetus

lääkinnällisestä kuntoutuksesta vuodelta 1991 määrittelee kuntoutusohjauksen toiminnaksi, jolla tarkoitetaan kuntoutujan ja hänen lähiyhteisönsä tukemista sekä ohjausta ja kuntoutujan toimintamahdollisuuksiin liittyvien palveluiden tiedottamista. (Mattsén 2002, 10; ks. Asetus lääkitinnällisestä kuntoutuksesta 1991.)

Kuntoutustyöryhmä on puolestaan määritellyt kuntoutusohjauksen laaja-alaiseksi vammaisen tai pitkäaikaissairaahan henkilön jokapäiväistä selviytymistä tukevaksi toiminnaksi. Kuntoutusohjaus on kuntoutettavan henkilön kokonaisvaltaista huomioonottamista hoito- ja kuntoutustyössä. Ohjauksessa on tunnistettava sairauden tai vamman fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset ja pyrittävä vammautumisen tai sairastumisen aiheuttamien negatiivisten seurausten minimoimiseen. (Mattsén 2002, 10 - 11; ks. Kuntoutusohjaustyöryhmän muistio 1986.)

Kääräisen (2007) tutkimuksessa tulokset näyttivät, että potilaiden mukaan ohjausmenetelmien hallinta oli suppeaa, sillä ohjaajat hallitsivat vain suullisen yksilöohjauksen. Muiden menetelmien hallinta oli huonoa tai niitä käytettiin vähän. Hoitohenkilöstö taas koki ohjauksen suunnittelun ja arvioinnin olevan osittain puutteellista. Tulokset osoittivat vuorovaikutuksen toteutuneen hyvin, vaikka potilaat toivoivat enemmän kuuntelua ja keskusteluun rohkaisemista. (Kääriäinen 2007, 105.)

Kuntoutusohjauksessa korostetaan asiakkaan näkökulmaa ja aktiivista osallistumista prosessiin. Ohjauksen ajatuksena on pyrkiä luomaan edellytyksiä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden asiakkaiden kuntoutumiselle muuttuneessa elämäntilanteessa. Näitä keinoja on muun muassa toimintakyvyn ja elämännhallinnan tukeminen. Kuntoutusohjaus on asiakkaiden, heidän läheistensä sekä heidän kanssaan toimivien tahojen ohjaamista ja neuvomista. Pyrkimyksenä on yhdessä löytää tarkoituksenmukaisia ratkaisuja kuntoutumisen edistämiseksi. Erikoissairaanhoidossa kuntoutusohjaus on lääkitinnällistä kuntoutusta, joka toteutetaan osana kokonaihoitoa joko sairaalassa tai asiakkaan omassa elinympäristössä. Sen tulee liittyä saumattomasti osaksi hoitokokonaisuutta. (Mattsén 2002, 11.) Onnistunut kuntoutusprosessi kulminoituu viime kädessä eri toimijoiden väliseen neuvottelumaiseen vuorovaikutukseen, jossa puhutaan, kuunnellaan ja osallistutaan (Järvikoski & Karjalainen 2008, 92).

Ohjauksen perustana on asiakaslähtöisyys. Sillä tarkoitetaan potilaan tarpeen mukaista ohjausta. Hyvä ohjaus edellyttää hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa hallita potilaan ohjausprosessin eri osa-alueet. Ohjaus on jatkuvaa vuorovaikutusta potilaan kanssa ja hoidon kaikissa vaiheissa tapahtuu ohjauksen tarpeen määrittelyä, suunnittelua, toteutusta ja arviointia. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 11.) Ohjauksen onnistuminen vaatii myös hoitotyön ammattilaisilta valmiuksia antaa perheelle tarvittavaa tietoa ja

ohjausta. Se vaatii ammattilaisilta omien tietojen päivittämistä ja omaehtoista opiskelua ja tämä taas vaikuttaa potilasohjauksen laatuun. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 16.)

Kun puhutaan asiakaskeskeisestä toiminnasta, silloin asiakkaan ja ammattilaisen välille syntyy aitoa, tasa-arvoista, kahdensuuntaista vaikuttamista ja vuoropuhelua. Silloin toiminnassa säännöt ovat avoimet ja molempien tiedossa. (Outinen 1999, 11.) Asiakaslähtöisessä ohjauksessa tärkein tieto on asiakkaalla itsellään. Ohjattava päättää itse, mitä tietoa hän itsestään ja elämäntilanteestaan paljastaa. Tavoitteiden kannalta ohjattavalta saadun tiedon laatu on sen määrää tärkeämpää. Nykyään korostetaan jaettua asiantuntijuutta, jossa sekä ohjattava ja ohjaaja ovat yhdessä mukana: ohjattava on oman tilanteensa ja omien ratkaisujensa paras asiantuntija, kun taas ohjaaja on ohjausprosessin asiantuntija. Ohjaus rakentuu niille asioille, joita asiakas itse nostaa esiin ja jotka hän kokee terveytensä, hyvinvointinsa sekä sairautensa kannalta tärkeiksi. Ohjauksessa lähdetään aina jostain tilanteesta, johon liittyy erilaisia tunteita ja tavoitteita. Asiakkaan taustatekijät, hänen käsityksensä sekä tulkintansa niistä tekijöistä muodostavat sen todellisuuden, jossa hän elää ja toteuttaa hoitoaan. Asiakas voi yhtä hyvin olla joko yksilö, perhe tai yhteisö. (Onnismaa 2007, 25, 27; Kyngäs ym. 2007, 26.)

Asiakkaiden erilaisuus sekä tietoon ja tukeen liittyvät tarpeet asettavat ohjaajalle haasteita. Lapsen ohjaaminen on erilaista kuin esimerkiksi murrosikäisen nuoren tai hänen vanhempiensa. Jotta asiakkaan yksilöllinen ohjaus onnistuu, on hänen tilanteensa ja mahdollisuutensa sitoutua omaa terveyttä tukevaan toimintaan selvitettävä perusteellisesti. Ohjauksessa tulee miettiä ja huomioida asiakkaan tilanteen mukaan, mitä siinä ensisijaisesti käsitellään, ja mitä käsitellään myöhemmin. On siis osattava asettaa asiakkaan ohjaustarpeet tärkeysjärjestykseen, ja tunnistaa, millaisia asioita hän on kulloinkin valmis oppimaan. (Kyngäs ym. 2007, 26 - 27, 30.)

Ohjauksessa on huomioitava asiakkaan käsitys omasta terveydentilasta, terveysuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat ja -valmiudet sekä motivaatio. Erityisesti motivaatio vaikuttaa siihen, omaksuuko asiakas hoitoonsa liittyviä asioita ja mieltääkö hän ohjauksessa käsiteltävät asiat itselleen tärkeiksi. Motivaation syntyyn vaikuttavat muun muassa riittävän selkeä tavoite, onnistumisodotukset sekä tunnetilat. Selkeä tavoite on kuvattu mahdollisimman konkreettisesti, ja on ymmärrettävä, että tavoite on myös tekemistä, ei vain tekemisen lopputulos tai sen seuraus. Odotuksiin vaikuttaa käsitys omista kyvyistä suhteessa asetettuun tavoitteeseen. Tunteisiin puolestaan se, miten asiakasta on kuunneltu ja ymmärretty hänen omassa tilanteessaan. (Kyngäs ym. 2007, 32.)

### 3.2 Vuorovaikutus ja dialogisuus ohjauksessa

Ohjaustilanteiden vuorovaikutteisuus perustuu sanalliseen ja sanattomaan viestintään. Vuorovaikutuksen tavoitteena on, että asiakas ja ohjaaja puhuvat samaa kieltä, ymmärtävät käymänsä keskustelut samalla tavalla ja sitä myöden saavuttavat yhteisymmärryksen. Ohjaussuhteen vuorovaikutuksen taustalla on tietoisuus sekä asiakkaan että ohjaajan taustatekijöistä. Molempien tulee kunnioittaa toistensa asiantuntemusta. Tällöin he voivat yhdessä suunnitella ohjauksen sisältöä, tavoitteita ja keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Jotta kaksisuuntainen vuorovaikutus onnistuu, on molempien oltava aktiivisia ohjaussuhteessa. (Kyngäs ym. 2007, 39 - 40.)

Vuorovaikutukselta odotetaan luottamuksellisuutta ja turvallisuutta sellaisissakin tilanteissa, joissa asiakas tietää ajattelevansa eri tavalla kuin ohjaaja. Ohjaajan tulee kunnioittaa asiakkaan autonomiaa, osoittaa luottamuksellisuutta, vilpittöntä kiinnostusta sekä arvostusta tätä kohtaan. Vuorovaikutuksen tavoitteiden täyttymisen onnistuminen vaatii molempien osapuolten toiveiden ja odotusten selvittämistä sekä niiden huomioimista ja tunnistamista omassa käytöksessä. Asiakkaan ja ohjaajan on haluttava työskennellä yhdessä, jotta onnistunut vuorovaikutus toteutuu. (Kyngäs ym. 2007, 48.) On muistettava, että kaikkiin ihmisiin ei voi soveltaa samoja kohtaamistaitoja tai -menetelmiä, sillä jokainen vuorovaikutustilanne on hyvin erilainen ja osapuolten persoonista vahvasti riippuvainen. Kukin tuo tilanteeseen oman historiansa, kulttuurinsa ja sen hetkiset uskomuksensa. (Mönkkönen 2007, 15 - 16.)

Ohjaus on parhaimmillaan dialogia, jossa luodaan uusia merkityksiä. Dialogi on keskustelua, jossa ihmiset ovat avoimia toistensa vaikutuksille ja rakentavat yhdessä merkitystä, tarkoitusta ja tulkintaa elämälle. Kullakin on oma äänensä, mutta vuoropuhelussa molemmat osapuolet ajattelevat yhdessä. Dialogi on yhteistoimintaa, joka sitoo ihmiset yhteen ja luo heille väliaikaisesti yhteisen tilan. (Onnismaa 2007, 44.) Osapuolten on varottava, etteivät he huomaamattaan ylläpidä kommunikaatiota, jossa ei toteudu tasavertaisen vuorovaikutuksen periaatteet. Dialogin yksi tärkeä elementti on vastavuoroisuus, jossa jokainen osapuoli pääsee luomaan tilannetta ja vaikuttamaan yhteiseen toimintaan. (Mönkkönen 2007, 17, 87.) Dialogissa pyritään saamaan käyttöön samaan tilanteeseen kytkeytyvien ihmisten ”kollektiivista älykkyyttä.” Yhdessä osallistujat ovat tiedostavampia ja erottavat avarammin uusia suuntauksia sekä erilaisia luovia mahdollisuuksia. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 92.)

Dialogista ohjaussuhdetta voi kutsua kasvatussuhteeksi, jossa ohjaaja tekee kaikkensa ohjattavan kasvun edistämiseksi. Työvälineenä on myös ohjaajan oma persoona, tämän tietojen ja taitojen lisäksi. Dialogisuus itsessään viittaa asenteeseen, joka tukee inhimillistä kasvua ottamalla huomioon toisen näkökulman. Suhde on siis aina molemminpuolinen.

Dialogisuudessa on tärkeää olla avoimessa yhteydessä toiseen sekä olla oma itsensä. Näin voi löytää itsensä, oman prosessinsa ja muuttumisensa. Kun ohjattava oppii tuntemaan itsensä paremmin, hän alkaa havaita myös omia kasvutarpeitaan. (Ojanen 2001, 62 - 63, 67.) Parhaimmillaan dialogissa molemmat osapuolet oppivat ja voivat muuttaa asenteitaan ja mielipiteitään. Dialogi voidaankin nähdä sekä kahden ihmisen välisenä kommunikaatioina että suhteena. Dialoginen vuorovaikutus perustuu luottamukseen. (Mönkkönen 2007, 89.)

Ohjaussuhteessa on tärkeää pyrkiä ymmärtämään sitä, mitä toinen osapuoli erilaisin ilmein, elein ja sanoin yrittää välittää. Tässä korostuu ohjaajan herkkyys ymmärtää ohjattavan viestejä sekä pyrkimys hyväksyä tämä ehdoitta. Kaiken ohjauksen tehtävänä on, että henkilö oppii tunnistamaan itsensä, ajatuksensa ja tunteensa. (Ojanen 2001, 67, 121.) Dialogisessa suhteessa oleva ihminen ei ole staattinen, vaan hänet nähdään jatkuvasti muuttavana tietoisena ja aktiivisena toimijana (Mönkkönen 2007, 97).

Ohjaustarpeet ja odotukset ohjaukseen liittyen saattavat vaihdella eri ihmisten kesken kuten myös ohjaajan ja ohjattavan välillä. Tästä syystä niistä olisi pystyttävä keskustelemaan avoimesti. Osa asiakkaista tunnistaa ja uskaltaa tuoda julki omat ohjaustarpeensa, osa puolestaan ei. Tällöin ohjaajan tehtävänä on auttaa asiakasta tunnistamaan näitä ja tuomaan ne tietoisuuteen. Sopivien ohjausmenetelmien valinta vaatii tietämystä asiakkaan oppimistyylistä ja taustatekijöistä, ja tämä selviää keskustelemalla. (Kyngäs ym. 2007, 33.)

#### 4 Moniammatillisuus työskentelymallina

Moniammatillinen tiimi tarkoittaa itseohjautuvaa, kehitysorientoitunutta sekä jäsentensä osaamista optimaalisesti hyödyntävää kokonaisuutta, jossa yhteisesti sovitut työskentelytavat ohjaavat tavoitteellista toimintaa. Tiimin jäsenet ovat keskenään vuorovaikutussuhteessa. Moniammatillisessa yhteistyössä voi olla vähemmän itsenäistä päätösvaltaa, mutta taas enemmän muita etuja. Yhteistyövalmiuksiin kuuluvat muun muassa avoin asennoituminen yhteistyöhön sekä toisen erityisosaamisen tuntemus ja kunnioittaminen. Yhteistyössä on tärkeää tunnistaa omat erityistiedot ja -taidot sekä myös yhteiset osaamisen alueet. (Talvitie ym. 2006, 95 - 96.)

##### 4.1 Moniammatillisuuden rakentuminen

Moniammatillisessa tiimityöskentelyssä jokainen ryhmän jäsen tuo oman asiantuntemuksensa ja erikoisosaamisensa mukaan päätöksentekoon. Lähtökohtana ovat osallistuvien työntekijöiden tiedot päätettävästä asiasta tai ongelmasta. Jos mukana on asiakas, potilas tai omainen, otetaan hänen näkemyksensä ja tietonsa myös huomioon. Jotta moniammatillinen tiimityöskentely olisi tehokasta pitää jokaisen ryhmän jäsenen rooli olla selkeästi tiedossa,

kaikki osallistuvat päätöksentekoon tasapuolisesti sekä kaikki osapuolet kantavat vastuun tehdyistä päätöksistä. (Lauri 2006, 108.) Rikberg (2010) tarkasteli tutkimuksessaan sitä, miten lastentarhanopettajan asiantuntijuus koetaan näyttäytyvän osana moniammatillista yhteistyötä. Saatujen tulosten perusteella erityisen tärkeänä pidettiin sitä, että lastentarhanopettajien osallistuminen asiantuntijana moniammatilliseen verkostoon rakentui kokemusten kautta, joita syntyi arkityössä, kuten toimimalla lähellä lasta, herkistymällä ja kuuntelemalla lapsen tarpeita sekä rakentamalla kasvatuskumppanuutta vanhempien kanssa. Tästä muodostui tärkeä perusta sille asiantuntijuudelle, jota moniammatillisessa verkostossa jaetaan toisten toimijoiden kanssa. (Rikberg 2010, 77.)

Onnistuneen ja tehokkaan yhteistyön edellytyksiä ovat sekä suullinen että kirjallinen viestintä. Kirjallinen viestintä korostuu erityisesti päivittäisten toimintojen seuraamisessa. Nykyisen sähköisen kirjaamisen ansiosta eri ammattiryhmillä on mahdollisuus saada tietoa muiden asiakkaan tai potilaan hoitoon osallistuvien toiminnasta. Hoidon toteutuksen seuranta on näin helppoa. Keskustelun avulla taas pyritään saavuttamaan yhteinen ymmärrys kuntoutujan ongelmista, ajatuksista ja näkemyksistä. Yhteisymmärryksessä ei ole kyse siitä, että kaikkien toimijoiden pitää olla yksimielisiä, vaan että jokaisella on osallistumisen ja kuulluksi tuleminen mahdollisuus. Keskustelun vastapuolena on aktiivinen kuuntelu, jolla on suuri merkitys vuorovaikutuksen kehittymisessä. Moniammatillisessa ryhmässä tapahtuvaa keskustelua voi kutsua myös reflektiiviseksi kommunikaatioksi, jossa ryhmän jäsenet suhteuttavat omat toimintatapansa tietoisesti ja reflektiivisesti yhteen kohteeseen. (Lauri 2006, 109; Talvitie ym. 2006, 96; Larivaara & Taanila 2009, 286; Sipari 2008, 120.) Myös potilaan tavoitteisiin keskittynyt työskentelytapa tiivistää ja helpottaa moniammatillisen tiimin työskentelyä, toteavat Sinclair, Lindgard & Mohabeer (2009) tutkimuksessaan.

Moniammatillisuuden käsite on haastava, koska sillä ei ole tarkkaa sisältöä ja sitä voidaan käyttää erilaisissa yhteyksissä hyvinkin eri tavalla. Perinteisesti moniammatillinen työryhmä on määritelty siten, että ryhmä erilaisen koulutuksen saaneita ammatti-ihmisiä tapaavat toisensa säännöllisesti koordinoitakseen työtään palvelujen tarjoajina joko yksilöille tai perheille tietyllä osaamisen alueella. Modernissa määrittelyssä moniammatillisuus ymmärretään eri ammattiryhmiin kuuluvien asiantuntijoiden yhteistyönä ja yhdessä työskentelynä. Tässä määrittelyssä valta ja tieto jaetaan, jonka seurauksena löydetään uutta ja innovatiivista tietoa. Tähän asiantuntija ei yksin toimiessaan kykene. Moniammatillisen osaamisen lähtökohtana on samansuuntainen ihmiskäsitys sekä eri ammattilaisten jaettu tulkinta toiminnan tavoitteista ja arvoista. (Larivaara & Taanila 2009, 284.) Santyn (1999, 88) mukaan moniammatillinen työskentelytapa kehittää kunkin osallistujan henkilökohtaista ammattitaitoa sekä laajentaa ammatillisten roolien rajoja.

Moniammatillisuuden teoreettisena lähtökohtana pidetään sosiaalista konstruktionismia. Tämä monitieteinen käsite yhdistelee filosofiaa, sosiologiaa, psykologiaa ja kielitiedettä. Sosiaalisen konstruktivismin mukaan tieto muodostuu ihmisten yhteisessä vuorovaikutuksessa, jossa tiedostetaan asian tai ongelman erilaisten totuuksien samanaikainen olemassaolo. Totuus syntyy ihmisten välisissä keskusteluissa ja toiminnoissa, ja siten todellisuus rakentuu sosiaalisena toimintana puhutussa kielessä. Moniammatillisessa yhteistyössä esimerkiksi perheiden kanssa työskenneltäessä tämä toteutuu silloin kun tiimin jäsenet hyväksyvät, että heillä jokaisella on erilaisia havaintoja ja mielipiteitä perheen toimivuudesta tai ongelmista. Tällöin he rohkenevat, ilman kritiikin pelkoa, kertoa vapaasti nämä havaintonsa ja mielipiteensä. Kun kenenkään havainto ei ole oikea tai väärä, syntyy tiimissä avointa, vapaata ja moniäänistä keskustelua. (Larivaara & Taanila 2009, 284 - 285.)

Moniammatillisen työryhmän jäsenten äänet yhdessä perheenjäsenten äänien kanssa synnyttävät uusia merkityksiä yksilöiden ja perheiden ongelmille. Lisäksi ne luovat yhteisiä kokemuksia. Nämä puolestaan tuottavat uusia sosiaalisia konstruktioita, uutta tietoa ja uudenlaisia toimintoja. Tämä auttaa perhettä löytämään uusia ratkaisuja tilanteeseensa. Näin moniammatillisessa yhteistyössä syntyy uutta jaettava asiantuntijuutta, jota kutsutaan myös horisontaaliseksi asiantuntijuudeksi. Horisontaalisessa asiantuntijuudessa osaamisen reviiirejä puretaan, asiantuntemuksen välisiä rajoja ylitetään ja asiantuntijat ovat valmiita tekemään muiden alojen ammattilaisten kanssa. (Larivaara & Taanila 2009, 285 - 286; Sirviö 2006, 47.) Erityisen tärkeäksi nousee asiantuntijoiden yhteisiä merkityksiä etsivä avoin dialogi. Yhteisessä keskustelussa pyritään löytämään yhteinen kieli sekä käsitteet, jotta tavoitteellinen tiedon kokoaminen ja yhdessä työskentely onnistuu. (Isoherranen 2008, 32, 34, 42.)

#### 4.2 Moniammatillisuuden haasteet

Huonosti toimiva moniammatillinen yhteistyö vaikuttaa sekä tiimin työntekijöihin että asiakkaaseen. Pahimmillaan toimimattomuus voi vaarantaa koko asiakastyön. (Santy 1999, 93.) Tämän takia olennaista on hahmottaa ensin ne prosessit, joilla asiakas saa palvelut. Hoitoketjun kokonaisuuden hahmottaminen auttaa moniammatillista työryhmää tarkastelemaan palvelun toteutumista näin myös asiakkaan näkökulmasta. Kun hoitoketju on selvillä, pystyy työryhmä paremmin havaitsemaan puutteita, jotka liittyvät palvelujen organisoimien ongelmiin ja laatuun asiakaspolun eri vaiheissa. Näin esille nousevat eri palvelujen antajien väliset ongelmakohdat. (Larivaara & Taanila 2009, 288; ks. Ovretveit 1993, 1996.)

Katajamäen (2010) tutkimuksessa moniammatillisen toiminnan haaste nousi selkeästi kehitysvammaisten tarpeista, sillä heille annetussa avussa tarvittiin monen alan osaamista.

Toiminnan perimmäiseksi tavoitteeksi sekä opiskelijat että opettajat kuvasivat näiden nuorten hyvinvoinnin ja itsenäisyyden edistämisen. Moniammatillisuuden käsite oli sekä yhteisöllinen että yksilöllinen. Yhteisöllisenä käsitteenä moniammatillisuus ilmeni sekä eri ammattien että ihmisten välisenä vuorovaikutuksena, jossa kunkin alan asiantuntijat täydensivät toinen toistaan omalla asiantuntemuksellaan yhteisesti sovitun tavoitteen saavuttamiseksi. Moniammatillisuuden esteinä olivat sellaiset tekijät, kuten toista ihmistä tai alaa ei tunnettu eikä arvostettu, yhteisesti määritelty tavoite oli epäselvä tai puuttui, jokaisella oli kiire ja perinteenä oli yksin puurtaminen. (Katajanmäki 2010, 117.)

Jokapäiväiseen moniammatilliseen työhön liittyviä ongelmia saattavat olla asiantuntijoiden omien reviirien varjelu ja yhteisen näkemyksen puuttuminen. Toimivan yhteistyön esteenä voi myös olla yhteisen ajan, suunnittelun ja voimavarojen puute, tavoitteiden erilaisuus, eri organisaatioiden erilaiset toimintakulttuurit, kuten työtä ohjaavat säädökset ja toimintatavat sekä tietämättömyys toisen työstä ja yhteistyökäytännöistä. (Larivaara & Taanila 2009, 289.) Roolirajojen rikkominen, vapauttaminen tai laajentaminen voi olla haastavaa. Siihen liittyy aina ammattiryhmien keskinäistä opettamista tai lisäkoulutusta liittyen toisen ammattiryhmän tehtäviin. Esimerkiksi fysioterapeutti voi antaa ohjeita hoitajalle, siinä kuinka voi omien toimenpiteittensä yhteydessä toimia potilasta kuntouttavasti tai toisin päin. (Isoherranen 2008, 38; ks. Gardner & Orelove 1994.)

Kyseessä olevat ongelmat näyttäytyvät eri ammattiryhmille erilaisena ja kukin pyrkii ratkaisemaan ongelmat omista lähtökohdistaan. Eri ammattiryhmillä on kullakin oma tehtävänsä, ryhmälle ominainen käsitteistö ja ammattieettiset ohjeet. Niiden yhteen sulauttaminen voi olla haastavaa. Toisaalta tiimityö ja verkostoituminen voivat tukea asiakastyötä, tuoda työhön monipuolisuutta ja ammatillista täydennystä, energiaa ja turvallisuutta. (Onnismaa 2007, 111.) Ryhmäprosessien tunteminen on tärkeää, jotta pystytään tunnistamaan ja hallitsemaan erilaisia ryhmän sisäisiä ilmiöitä ilman, että se haittaa työntekoa. Näihin lukeutuu muun muassa ryhmän jäsenten tiedostamattomat asenteet ja henkilökiat. Konflikteja ei siis kannata pelätä, vaan hyvin hoidettu ristiriitatilanne vain vahvistaa ryhmää ja lisää uskallusta tuoda julki poikkeaviakin näkemyksiä. (Nykänen & Pohjolainen 2009, 388.)

Moniammatillisen yhteistyön etiikasta puhuttaessa voidaan pohtia työjaollisen järjestelmän ja ammattieettisten ohjeiden purkautumista. Tilalle ei välttämättä kehity verkostoihin perustuvaa yhteistyön etiikkaa, eikä näin ollen voida ajatella, että moniammatilliset käytännöt automaattisesti luovat parempaa palvelua. Toinen ongelma saattaa piillä siinä, että kenellä yhteistyöverkoston jäsenellä on oikeus määritellä esiin nousevat ongelmat. Tämä voi ilmetä näkyvänä tai pinnan alla piilevänä kiistelynä eri ammattiryhmien välillä. Toisinaan



voi ilmetä ennakkoluuloja tai suoranaista toisen ammattiryhmän väheksymistä. (Onnismaa 2007, 111.)

Moniammatillinen tiimi on parhaimmillaan enemmän kuin osiensa summa. Työryhmän jäsenten persoonallisuudet tulee nähdä voimavarana ja niitä pitää arvostaa. Ryhmässä on aina oma ”tunne-elämänsä”, jota täytyy ymmärtää, jotta moniammatillinen työskentely onnistuu. Tunne-elämä vaikuttaa työyhteisön ilmapiiriin. Jokaisella ryhmän jäsenellä on vastuu ilmapiirin muutoksesta. Ihanneilmapiiri on sellainen, jossa ammatilliset roolirajat ovat joustavia, erilaisia mielipiteitä voidaan esittää turvallisesti, kritiikki kohdistetaan asiaan ei henkilöön, statuseroja vähennetään sekä kaikkia jäseniä arvostetaan tasapuolisesti. Tiimin jäsenet voivat myös omaksua tiettyjä suhtautumistapoja ja rooleja. Vaarana on, että tiimin jäsen jumiutuu tiettyyn rooliin. Pitäisi osata joustavasti vaihtaa roolia. On syytä kiinnittää huomioita myös ryhmän jäsenten yksilöllisiin sosiaalisen vuorovaikutuksen malleihin, jotta ne eivät haittaa ryhmän yhteistoimintaa. (Nykänen & Pohjolainen 2009, 390 - 392.) Veijolan (2004, 109) toimintatutkimuksessa esiin nousi positiivinen asenne, myönteinen ilmapiiri ja muutosmyönteisyys moniammatillisen työn kehittämisen lähtökohtina.

## 5 Lapsi ja perhe kuntoutusprosessissa

Ekokulttuurisen toimintamallin juuret ovat lähtöisin Urie Bronfenbrennerin ekologisesta systeemi-teoreettisesta lähestymistavasta. UCLA:ssa (University of California, Los Angeles) toimivat Child-tutkijaryhmän professorit Ronald Gallimore ja Thomas Weisner kehittivät ekokulttuurisen mallin tutkiessaan kehityksessä viivästyneiden lasten perheitä.

Ekokulttuurinen toimintamalli tarkastelee perheen toimintaa ja mukautumista lapsen vammaisuuden tai sairauden aiheuttamaan uuteen tilanteeseen niissä olosuhteissa, joissa perhe elää. (Taanila 2009, 95 - 96.) Teorian mukaan lapsen keskeisen kasvuympäristön muodostavat koti sekä siinä olevat läheiset henkilöt ja lapsen kehittyminen on vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa (Talvitie ym. 2006, 386). Ympäristö ja perheen omat voimavarat tarjoavat välineitä, joiden avulla perhe etsii merkitystä ja rakennetta elämäänsä. Ekokulttuurisessa toimintamallissa arjen merkitys korostuu, kun perheen toimintaa tarkastellaan jokapäiväisten toimintojen kautta, kuten esimerkiksi perheen taloudellinen tilanne, terveyspalvelujen tai päivähoiton järjestelyt, kotityöt ja vanhempien välinen parisuhde. (Taanila 2009, 96.)

Lähtökohtana on voimavarakeskeinen perusajatus, jossa vanhempien ajatellaan tietävän itse, minkälainen toiminta sopii heille parhaiten. Ammattihenkilön, kuten esimerkiksi fysioterapeutin on tuotava esille omat asiantuntemuksensa lapsen kuntoutukseen tai hoitoon liittyvistä asioista. (Taanila 2009, 96.) Asiantuntijat tekevät yhteistyötä sekä vanhempien että päivähoiton tai koulutuksesta vastaavien henkilöiden kanssa, mikä on ekokulttuurisessa

lähestymistavassa keskeistä. Perhettä lähestytään aktiivisena toimijana, jolla on suuri merkitys vammaisen lapsen kuntoutuksessa. (Talvitie ym. 2006, 386.) Lehdon (2004) tutkimuksessa yhdeksi oleelliseksi tulokseksi nousi vanhempien kokemaa kanssakäymistä sairaalassa toimivan sairaanhoitajan kanssa. Yhdessäolo ja toiminta lapsen hoitamisessa olivat oleellinen ja vaikuttava tekijä vanhempien osallistumiseen lapsen ollessa sairaalassa. (Lehto 2004, 64 - 65.)

Ekokulttuurinen toimintamalli rakentuu perhekeskeisestä työstä, kumppanuudesta ja valtaistumisesta. Perhe on arkensa ja oman lapsensa paras asiantuntija, sekä itse vastuussa siitä, miten arjen rutiinit sujuvat. (Taanila 2009, 97.) Vammaisen lapsen hoitamiseen ei perheen voimavarat kuitenkaan aina riitä (Muurinen ja Surakka 2001, 257). Perhe voi saada tarvitsemaansa apua ja tukea, silloin kun omin voimin arjen rutiineista selviytyminen ei onnistu. Perhekeskeisessä työskentelyssä vanhemmat arvioivat perheen tilanteen yhdessä ammattihenkilön kanssa, sekä suunnittelevat tarvittavat toimenpiteet tasapainon saavuttamiseksi. (Taanila 2009, 97.)

Ammattihenkilön tai -henkilöiden kanssa luotu kumppanuus rakentuu molemminpuolisesta kunnioituksesta ja arvostuksesta. Kumppanuus toimii myös yhteisten ja kaikkien hyväksymien tavoitteiden mukaisesti. (Taanila 2009, 97.) Työskenneltäessä perheiden ja vanhempien kanssa ammattihenkilön on hyvä luopua uskomuksista ja yleistyksistä (Koivikko & Sipari 2006, 106). Esimerkiksi tasavertainen työskentely edellyttää fysioterapeutilta uudenlaista orientaatiota työhönsä. Perheen kohtaamisessa terapeutin on erityisesti otettava huomioon heidän yksilölliset tarpeensa ja voimavaransa sekä vanhempien kiinteä mukanaolo lapsen edistymisen arvioinnissa. Sellaisessa arvioinnissa määritetään lapsen kehitystaso, kasvuympäristön kehitystä tukeva toiminta, vanhempien voimavarat ja kuntoutusohjelman vaikuttavuus. (Talvitie ym. 2006, 386.)

Vanhempien kanssa toimiminen ei voi noudattaa tiettyä mallia, sillä kaikki perheet eroavat toisistaan ja ovat yksilöllisiä toimintakyvyiltään. Tämän takia on hyvä nähdä perhe omana järjestelmänään, jossa muutos vaikuttaa kaikkiin osatekijöihin. Perheen toimintakyky on myös muuttuvaa ja siihen vaikuttavat elämäntilanne ja perheen saama ulkopuolinen tuki. (Koivikko & Sipari 2006, 106.) Perustana on, että kaikilla perheillä on vahvuuksia ja se vaatii vain niiden selvittämistä ja hyödyntämistä yhteistyössä. Perheeltä vaaditaan silloin osaavasti ja rohkeasti hoitaa omia asioitaan. Perhekeskeisessä työssä valtaistuminen näkyy siinä, kun perheellä on oikeus päättää asioistaan. Silloin perheen asiantuntijuuteen, heidän toimintaan ja sanoihin uskotaan sekä luotetaan. (Taanila 2009, 97.)

## 5.1 Tähtäimessä valtaistuminen

Asiantuntija ja asiakas oppivat yhdessä asiakkaan kokonaisvaltaisessa kuntoutusprosessissa (Piirainen 2006, 9). Uusien vaihtoehtojen ja ratkaisujen teossa kuntoutujaa avustaa ja ohjaa yhteistyökumppani eli kuntoutustyöntekijä. Heidän vuorovaikutussuhde on tasa-arvoinen, luotettava ja avoin, joka painottuu tulosten saavuttamiseen. Kuntoutustyöntekijä ei ole passiivinen kumppani, vaan antaa tietoa ja tuo uusia vaihtoehtoja yhteiseen käsittelyyn. Vuorovaikutussuhteessa molempien osapuolien on oltava valmiina jakamaan omia tietojaan. Tämä koskee myös asiantuntijan hankkimaa tai saamaa lääketieteellistä, psykologista tai sosiaalitieteellistä tietoa, joka on tarkoitettu jaettavaksi. Tämä lisää kuntoutujan tilannekompetenssia päätöksenteossa ja suunnitelmien toteuttamisessa. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 160.)

Nykyajan kuntoutuksen haasteena on asiakkaan aseman parantaminen. Tämä tapahtuu erityisesti luomalla osallistavia toimintatapoja. Jotta tämä onnistuu, edellyttää se ratkaisujen hakemista yksilön ja lähiyhteisön voimavaroista. Lisäksi on kehitettävä ympäristöjä ja elinolosuhteita yhdessä asiakkaan kanssa. (Suhonen 2011, 23.) Kuntoutujakeskeisessä lähestymistavassa kuntoutuja ja kuntoutustyöntekijä yhdessä tarkastelevat toimintaympäristön merkitystä. Tärkeitä asioita, joita kuntoutuja miettii, on hänen arkipäiväinen selviytyminen tavallisessa asuin- ja elinympäristössään. Työn painopiste on asiakkaan ja hänen toimintaympäristönsä suhteessa sekä asiakkaan toimintamahdollisuuksia estävien esteiden poistamisessa. Asiakkaan henkilökohtaiset vajavuudet ovat siten toissijaisessa asemassa. Kuntoutusprosessille muodostuu usein ympäristötekijöistä johtuvia rakenteellisia esteitä, jotka olisi ylitettävä tuloksen saavuttamiseksi. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 161.)

1970-luvulta lähtien vammaisen henkilön kuntoutuksen tavoitteena on ollut itsenäisyys ja valtaistuminen. Kuntoutusprosessissa vajaakuntoista henkilöä tuetaan siirtymään riippuvuutta ylläpitävistä olosuhteista kohti valtaistumista. Käsite valtaistuminen tulee englanninkielisestä sanasta *empowerment*, jolla on useita erilaisia merkityksiä ja tulkintoja. Termin sanassa ”power” on vastaavasti suomenkielellä valta, voima, mahti ja valtuus. Suomessa empowerment-prosessista on ollut käytössä useita eri termejä, kuten esimerkiksi täysivaltaistuminen, valtuuttaminen, voimaantuminen ja voimavaraistaminen. (Järvikoski, Härkäpää & Pättikangas 1999, 103 - 104.)

Valtaistumisessa on kyse asiakkaiden toimintavallan ja -voiman puutteesta ja sen saamisesta. Tarkoituksena on auttaa heitä ymmärtämään itsensä aktiivisina toimijoina, joilla on kyky saada aikaan toivomiaan muutoksia ja vaikuttaa myös muiden ihmisten maailmaan. Valtaistumisessa ajatellaan kasvuprosessia tai energian lisääntymistä sekä itsensä ja muiden

vapauttamista. Se ilmenee itseluottamuksena, hallinnan tunteena ja kriittisenä tietoisuutena itsestä suhteessa ympäristöön. Valtaistumisessa yksilön sisäisen prosessin muutos vaikuttaa olosuhteisiin siten, että se johtaa myös käytännön toiminnassa näkyviin muutoksiin. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 130 - 132.) Rindfleschin (2009) ja Thomsonin (2008) tutkimuksissa kaikki potilasohjauksen parissa työskentelevät fysioterapeutit pyrkivät asiakkaan valtaistumiseen, tämän omien voimavarojen sekä elämänhallinta keinojen löytämiseen. (Rindflesch 2009, 193, 198, 200; Thomson 2008, 419.)

Valtaistumisen perustan muodostamiseksi kuntoutusprosessin tavoitteina on oman elämän hallinnan saavuttaminen, itsenäisyys ja tasa-arvoinen osallisuus yhteisön elämään. Valtaistuminen on myös tavoitteellista silloin, kun kuntoutusprosessin aikana asiakkaalla on mahdollisuus reflektoida omaa tilannettaan ja suhdettaan ympäristön mahdollisuuksiin. Yksilö on myös kykenevä tekemään päätöksiä omissa asioissaan ja seurata päätösten tuloksia. Yksilön hallinnan tunne voi vahvistua ja hän voi omaksua toimintamalleja, joiden kautta hänellä on aikaisempaa parempi kapasiteetti suunnitella ja toteuttaa omia elämänprojektejaan. Suurista vaikeuksista selviytyminen ja toivottujen muutosten saavuttaminen elämäntilanteessa kehittävät myös hallinnan tunnetta, sillä se on tulos konkreettisten elämäntapahtumien ja olosuhteiden muutosten tulosta. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 133.)

## 5.2 Lapsen ja perheen ohjaaminen

Lapsen ohjauksessa mukana on useimmiten aikuinen, joko perheenjäsen tai muu huoltaja. Keskeistä pitkäjänteisen yhteistyön onnistumiselle on ennen kaikkea pysähtyminen ja keskittyminen kulloisenkin potilaan ja perheen ongelmaan ja oman persoonallisuuden mukainen luonteva käytös (Siimes & Petäjä 2004, 14). Ennen kuin ohjausta aloitetaan, on arvioitava, minkä verran ja mihin asioihin liittyen ohjaus toteutetaan suoraan lapselle. Jos lapsi ymmärtää ohjauksen ja ohjattavan asian, on tärkeää huolehtia, ettei hän jää ohjauksessa ulkopuoliseksi. Lapsen ohjauksen yhteydessä päätetään aina yhdessä perheen tai muun huoltajan kanssa, annetaanko ohjausta myös muille lapsen kanssa työskenteleville toimijoille, kuten päiväkodin hoitajille, opettajille tai terveydenhoitajille. Nuoret puolestaan saattavat olla hyvinkin kiinnostuneita oman hoitonsa ja kuntoutuksensa yksityiskohdista ja tämän myötä haluta myös itse osallistua ohjaukseen. Joskus voi olla, ettei nuori halua vanhempiaan tai huoltajiaan mukaan ohjaukseen. Tällöin on syytä pohtia ja keskustella ohjataanko heitä erikseen. Kokonaan ilman ohjausta heitä ei kuitenkaan voi jättää, sillä nuori on heidän vastuullaan. (Kyngäs ym. 2007, 29.)

Lapsella ja perheellä on aina itsemääräämisoikeus. Se tarkoittaa sitä, että heillä on oikeus päättää heitä koskevista asioista. Tähän kuuluu myös kuntoutus erityisesti sen sisällön ja

toteutuksen puolesta. Lasta ja perhettä ohjataan tiedolla. Lapsen kohdalla voi joskus syntyä ristiriitoja, sillä tämä tarvitsee aikuisen apua ja ohjausta monin eri tavoin, mutta samalla hänen on saatava elää omaa elämäänsä subjektina. Alaikäisen lapsen kohdalla tämä on välillä erittäin haastavaa. Kuntoutukseen liittyy riski, että lasta lähestytään diagnoosipohjaisesti, vamma- ja menetelmäkeskeisenä kokonaisuutena. Tällöin hänet luokitellaan ryhmän mukaan, jolloin lapsen identiteetti sekä persoona unohtuvat. Lasta tulee aina kunnioittaa sekä tunnustaa ja hyväksyä hänet yksilönä. Kuntoutuksessa lasta autetaan ja tuetaan, mutta ei pyritä muuttamaan. Kehitys ja oppiminen tapahtuvat aina lapsen omien edellytysten puitteissa. (Koivikko & Sipari 2006, 23 - 24, 33 - 36; Mönkkönen 2007, 135.)

Perheen näkökulman huomioon ottaminen on keskeistä kuntoutuksessa. Näkökulma perustuu subjektiiviseen käsitykseen tai kokemukseen hyvästä ja huonosta. Joskus tämä voi olla ristiriidassa ammattilaisen näkemyksen kannalta. Tällöin on yritettävä löytää molemmille mielekäs ratkaisu neuvottelun ja yhteisen suunnittelun avulla. Perhe toivoo aina toimia, jotka antavat parhaan mahdollisen lopputuloksen. Se, miten perhe on osallisena ja kuinka aktiivisesti he ovat mukana lapsensa ohjauksessa, vaihtelee perheestä toiseen. (Koivikko & Sipari 2006, 36 - 37.) Terapeuttien on hyvä miettiä, millaisen suhteen vanhemmat haluavat rakentaa heidän kanssaan. Vanhempien kuuntelun sekä rehellisyyden avulla luottamus kasvaa. (Piggot, Paterson & Hocking 2002, 1127.) Lassilan (2006) tutkimuksessa esiin nousi, kuinka vanhemmat kokivat hoitohenkilökunnan jouston ja vastaan tulemisen tärkeäksi eri tilanteissa. Merkittävää on myös se, miten asiat esitetään vanhemmille, sillä ohjaus vaikuttaa vanhempien osallistumiseen ja jaksamiseen. Ohjauksen tulee lähteä vanhempien tarpeista ja olla yksilöllistä. (Lassila 2006, 31, 33, 44, 46.)

Henkilökunnan tiedostamattomat asenteet tulee huomioida, jotta ne eivät muodostu toiminnan esteeksi erityisesti tilanteissa, joissa lapsi tai hänen perheensä eivät ole henkilökunnalle entuudestaan tuttuja (Pihko 2004, 136). Perheen ohjaaminen ei saa olla määräilevää tai pakottavaa, mutta ei myöskään välinpitämätöntä ja pulaan jättävää. Tuen tarve vaihtelee elämäntilanteen ja olosuhteiden mukaan. Yleensä perheet nähdään aktiivisina osallistujina kuntoutuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Asiantuntijoiden tulee arvostaa, kuunnella ja uskoa vanhempia tasavertaisina kumppaneina, sillä nämä ovat lapsen ja hänen arkensa asiantuntijoita. Tällöin vanhemmilla on mahdollisuus aktiivisesti vaikuttaa, osallistua, löytää ongelmanratkaisumalleja sekä saavuttaa asetettuja päämääriä. Vanhempien ohjaus ei ole ainoastaan sitä, että heidät perehdytetään kuntoutuksen maailmaan ja ajattelutapaan tai opetetaan yksittäisiä harjoitteita. Vanhemmille tulee tarjota erilaisia vaihtoehtoja sekä tukea heitä arvioimaan ja päättämään itse, mitä he tarvitsevat. (Koivikko & Sipari 2006, 37, 101.)

Kuntoutustiimin jäsenten ja vanhempien välinen keskinäinen luottamus on hyvän kuntoutuksen perusta (Koivikko & Sipari 2006, 37, 101). Myös Lehto (2004) toteaa tutkimuksessaan, että luottamus ja sen muodostaminen on oleellinen osa lapsen, vanhempien ja sairaanhoitajan vuorovaikutuksessa. Tehdyssä tutkimuksessa asia ilmeni sekä tapahtumana että tilanteena vanhempien ja sairaanhoitajan suhteessa. Tutkimuksessa nousi esiin, että luottamus on sekä konteksti että sisältö lapsen, vanhempien ja sairaanhoitajan välisessä toiminnassa ja vuorovaikutuksessa. (Lehto 2004, 60 - 61.)

Vanhemmat yhdessä kuntoutustyöntekijöiden kanssa ohjaavat sekä tukevat lapsen kasvua ja kehitystä. Uhkana on, että vanhempien rooli muuttuu apukuntouttajaksi ja työntekijöiksi vanhemmuuden sijaan. Asiantuntijat myös siirtävät osittain tiedostaen ja osittain tiedostamattaan ajattelumallejaan lasten vanhemmille. Kuntoutus ja siihen liittyvä toiminta tulisi kuitenkin aina toteuttaa arjen asioiden ehdoilla niin, että niiden päämäärä ja tarkoitus on tiedostettu. (Koivikko & Sipari 2006, 105.)

Lapsen oman toiminnan ohjaus korostuu, kun lapsi opettelee erilaisia taitoja ja yhdistää niitä arjen tilanteisiin. Siihen liittyy tavoitteen valinta, ennakointi, aloitteellisuus, suunnittelu, joustava erilaisten strategioiden käyttö, tarkkaavuuden suuntaaminen ja ylläpito, impulssien hallinta ja reaktioiden sekä ärsykkeiden ehkäisy. Oman toiminnan ohjauksessa tarvitaan tahtoa, suunnittelukykyä, itsetietoisuutta ja kykyä tarkoituksenmukaiseen toimintaan. Näiden avulla ihminen kykenee itsenäiseen, merkitykselliseen ja itseohjautuvaan elämään. Kyse on siitä, mitä tehdään ja miten toiminta suoritetaan. Lasta opetetaan ja ohjataan asettamaan omia tavoitteita, seuraamaan kehitystä ja arvioimaan itseään (Koivikko & Sipari 2006, 111, 113; ks. Nieminen 2002.) Kun taas kyseessä on lapsen leikin ohjaaminen, korostuu siinä aikuisen ohjaajan taito määritellä ne ulkoiset päämäärät ja tavoitteet, jotka tukevat lapsen kehitystä ja oppimista. Se vaatii sekä suoraa että epäsuoraa ohjausta. (Koivikko & Sipari 2006, 111, 113.)

Lapsen kuntoutuksessa tulee aina huomioida tämän koko elämänkaari ja se, millaiseksi aikuiseksi tämä on kasvamassa. Kuntoutus on muodostettava siten, että se palvelee parhaalla mahdollisella tavalla elämänkaarta ja sen sisältöä. Sen on yhtä aikaa keskityttävä nykyhetkeen, mutta myös suunniteltava ja ennakoitava tulevia vaiheita antaen siten hyvät eväät itsenäiselle elämälle. Jotta tarvittavat tukimuodot saadaan käyttöön oikealla hetkellä, vaatii se tiettyjen periaatteellisten ratkaisujen ja päätösten tekemistä riittävän aikaisin. (Koivikko & Sipari 2006, 39, 49, 51.) Lapsen kuntoutuksen ja kehityksen edistämiseksi perheen toimintakulttuurin ohjaus nousee merkittävään rooliin. Jotta vanhempi pystyy hyväksymään ja elämään vammaisen lapsen kanssa sekä kohtaamaan tähän liittyviä ongelmia ja pulmia, on vanhempien myös oltava kuntoutuksen ammattilaisten tuen ja ohjauksen kohteena. Tällöin on selvitetävä perheen omat toimintatavat, tuettava niitä sekä tarjottava uusia näkökulmia.

Samalla on hyväksyttävä, että perheet arvostavat ja tarvitsevat erilaisia asioita. (Sipari 2008, 89 - 91.)

Salla Sipari nimeää (2008) tutkimuksensa pohjalta yhdeksi lapsen ja perheen kuntoutusta koskevaksi merkitysolottuvuudeksi kuntouttavan arjen. Tämä tarkoittaa sitä, että arki järjestetään itsessään kuntouttavaksi. Se puolestaan vaatii aina lapsen ja perheen tilanteen kokonaisvaltaista hahmottamista. Sen tavoitteena on lapsen hyvän elämän saavuttaminen. Tämä pitää sisällään omatoimisuuden, itsenäisyyden, mielekkään tekemisen ja osallistumisen. Tavoitteiden asettelussa on kuitenkin aina huomioitava, että perheellä ja kuntoutuksen ammattilaisilla voi olla erilaiset käsitykset kuntoutuksen tavoitteista. Perhe ei välttämättä aina pysty realistisesti hahmottamaan lapsen todellista toimintakykyä, ja oletukset voivat täten olla korkealla. Tässä asiantuntijan tehtävänä on realisoida tavoitteet vastaamaan oikeata tasoa. (Sipari 2008, 37, 68, 72.) Omaisten huomioon ottaminen ja hyvä ohjaaminen lisäävät kotihoidon osuutta. Se mahdollistaa omaisten osallistumista potilaan hoitoon ja siten auttaa tehokkaan, laadullisen ja taloudellisen hoidon toteutumista. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 53.)

On huomioitava, että tavoitteen määrittely saattaa olla kullakin osallistujalla erilainen. Perheellä on tavoitteet perheenä, vanhemmilla vanhempina sekä lapsella omat yksilölliset tavoitteensa. Tähän lisätään vielä ammattilaisten tavoitteet, jotka saattavat olla esimerkiksi terapian suhteen hyvinkin yksityiskohtaisia ja ammatillisesti määriteltyjä sekä muodostuneet suhteessa lapsen vammaisuuteen. Näiden kaikkien eri tavoitteiden tulisi pyrkiä olemaan toisiaan tukevia ja ne on pyrittävä määrittelemään ja konkretisoimaan yhdessä. (Sipari 2008, 72.)

Se, minkä verran lapset tarvitsevat tukea oppiakseen asioita on hyvin yksilökohtaista. Myös kuntoutus voidaan määritellä oppimiseksi. Vanhemmilla ei välttämättä taas ole aina tarvittavaa tietoa ja osaamista lapsen vammaisuudesta. Tällöin vanhemmat tarvitsevat ulkopuolista näkemystä, asiantuntijuutta ja ohjausta lapsensa kuntoutukseen liittyen. Toisaalta on huomattu, että erityistarpeet ja kuntoutus eivät aina vaadi jatkuvaa erityisosaamista, harjoituksia ja ohjaamista, vaan asioita voidaan myös tehdä ja harjoitella arjessa lapsen lähimmäisten kanssa. Usein juuri he oivaltavat ja keksivät parhaat ratkaisut toimivan arjen järjestämiseksi. Vanhempia tulee rohkaista sekä korostaa arkitoimintojen merkitystä. Vanhempia ohjataan kuntoutumista tukevaan toimintaan, harrastuksiin ja omatoimisuuteen. Ammattilainen on vain rinnalla kulkeva konsultti ja tuki. (Sipari 2008, 74 - 76, 93.)

Kuntouttavan arjen tulisi aina olla lasta motivoivaa mielekästä toimintaa. Kaiken edellytyksenä on lapsen oma halu tehdä asioita, hänen oma toimintansa ja ymmärrys siitä,

miksi asioita tehdään. Motivaatioon vaikuttaa lapsen mahdollisuus valita itse, vammaisuuden hyväksyminen sekä kyky käsitellä elämän kriisejä. On huomioitava, miten lapsi itse arvioi taitojaan, asettaa tavoitteita, ja ilmaisee, mitä haluaa seuraavaksi oppia. Kuntoutustoiminta tulee aina suunnitella yksilöllisesti, huomioiden lapsen kronologinen ja kehityksellinen ikä. Lapsen persoonallisuus ja ominaispiirteet vaikuttavat ensisijaisesti toimintaan, vasta tämän jälkeen tulee vammaisuus, ongelmat ja erityistuen tarve. (Sipari 2008, 77 - 78.) Lapsi on siis aina subjekti ja aktiivinen toimija, jolla on oma persoona, tarpeet, toiveet ja mieltymykset. Lapsella on hallussaan jo paljon tietoa erilaisista asioista. Tämän takia lapsen kokemusmaailma on nähtävä voimavarana, joka rikastuttaa vuorovaikutusta. (Holkeri-Rinkinen 2009, 34, 121.)

## 6 CP-vamma

CP-vamma tulee englanninkielisestä ilmaisusta *Cerebral Palsy*, joka tarkoittaa sikiökauden tai varhaislapsuuden aikaisen aivovaurion aiheuttamaa liikunnallista häiriötä (Muurinen & Surakka 2001, 248). CP-vamman syynä voi olla erilaiset raskauden aikaiset häiriötilat, synnytystraumat tai muut sairaudet, jotka ilmenevät ensimmäisten elinvuosien aikana (Alaranta, Kannisto & Rissanen 2005, 529). CP-vamma ei ole etenevä sairaus, mutta lapsen kasvun takia vammaisuus muuttua jossain määrin muotoaan. CP tuo mukanaan elinikäisen rajoitteen yksilön toiminnallisuuteen. (Anttila 2008, 29.) Suomessa on tällä hetkellä noin 6000 CP-vammaista, josta 2500 on lapsia (Alen & Mäkinen 2005, 280). CP-vammaisten lasten määrä saattaa tulevaisuudessa lisääntyä keskosten hoidon tehostumisen ja pienempien lasten elonjäämisen myötä (Muurinen & Surakka 2001, 248).

CP voidaan luokitella kolmeen eri muotoon: pyramidiradan ylemmän motoneuronin vauriosta johtuvaan spastiseen muotoon (joustokankea), ekstrapyramidiradan vauriosta johtuvaan dyskineettis-dystoniseen muotoon (pakkoliikkeitä) sekä ataksiseen muotoon. Vammaisuus voidaan myös luokitella viiteen eri muotoon CP-vamman laajuuden ja sijainnin perusteella: *monoplegia* eli yhden jalan vammaisuus, *hemiplegia* eli toispuoleinen vammaisuus, *diplegia* eli alaraajoihin painottuva vammaisuus, *paraplegia* eli alaraajojen liikuntavamma sekä *quadriplegia* eli kaikkien raajojen liikuntavamma. (Alen & Mäkinen 2005, 279 - 280.)

CP-vamman varhaisoireisiin liittyy liikunnallisen kehityksen hitaus tai joidenkin vastasyntyneiden heijasteiden aiheuttamat raajojen virheasennot ja virheliikkeet (Muurinen & Surakka 2001, 248). Lisäksi vammaan liittyy usein muitakin häiriöitä, kuten epilepsia, kielen ja puheen kehityksen häiriö, näkövammaisuus, tasapaino sekä älyllisen kehityksen häiriöitä. (Alen & Mäkinen 2005, 279 - 280). Tästä johtuen jokaisen CP-vammaisen lapsen kehitys on yksilöllistä ja riippuu vamman luonteesta (Ryöppy 1997, 148).



CP-potilaat voidaan jakaa karkeasti neljään alaryhmään yleisen toimintavaikeuden ja avuntarpeen mukaan. *Minimaalinen CP* ilmenee yleensä leikki-ikäisellä lapsella lisääntyvänä varvaskävelynä, tasapainon kömpelyytenä tai hienomotoriikkaa vaativien tehtävien teossa. *Lievässä CP:ssä* lapsi selviytyy päivittäisistä asioista suurimmaksi osaksi itsenäisesti. Liikkumisen perustaidot lapsi kuitenkin oppii viivästyneesti sekä poikkeavan liikemallin mukaan. *Keskivaikeassa CP:ssä* lapsi liikkuu apuvälineillä ja oppii siihen kuntoutuksen ja oman aktiivisen työn avulla. *Vaikeassa liikuntavammassa* lapsi ei ole kykenevä käyttämään vammautunutta kehonosaansa toiminnallisesti eikä tavoitteellisesti. (Autti-Rämö 2004, 165 - 166.) Jaottelu helpottaa kuvaamaan potilaan kokonaiselviytymistä. Tähän vaikuttavat seuraavat asiat, kuten liikkumiskyky, päivittäisten toimintojen sujuminen, kommunikaatio ja kognitio. (Vanhatalo, Soinila & Iivanainen 2007, 633.) Motorista suoriutumistasoa voidaan määritellä GMFCS (gross motor function classification system) -luokittelulla. GMFCS-luokittelussa on viisi eri tasoa. Ensimmäinen taso kuvaa mahdollisimman itsenäistä karkeamotorista suoriutumista edeten kohti viidettä toiminnallisesti hyvin rajoittunutta tasoa. (Autti-Rämö 2004, 165 - 166.)

CP-lapsen konservatiivisen hoidon tärkeimpänä osana pidetään fysio- ja toimintaterapiaa. Fysioterapiassa käytetään Bobath-terapian pohjalta kehitettyä NDT-terapiaa, jossa keskeisenä tavoitteena on manuaalisen ohjauksen kautta avustettu normaalien liikemallien suorittaminen. Kuntoutuksessa on aloitettu yhä enemmän korostamaan lähestymistapoja, joissa keskeisenä tavoitteena pidetään lapsen mahdollisuutta osallistua kuntoutukseen aktiivisesti. Esimerkiksi yksi tällainen menetelmä on ohjaava opettaminen eli *conductive education*. (Talvitie ym. 2006, 384.) Liikunnan avulla voidaan lieventää koordinaatio- ja hahmotushäiriöitä, voimantuoton vähentymistä sekä liikeratojen rajoittumista. Esimerkiksi uinti on yksi parhaiten liikkumista edesauttava laji, sillä vedessä on mahdollista toteuttaa sellaisia harjoituksia, jotka eivät maalla onnistu. (Alaranta ym. 2005, 529 - 530.)

CP-vammaisen lapsen kuntoutuksessa apuvälineillä on merkittävä osa. Apuvälineiden avulla tehdään mahdottomasta asiasta mahdollinen, kuten sähköpyörätuolin avulla mahdollistetaan liikkuminen tai vastavuoroisesti kommunikaattorilla kommunikaatio. Huolehtimalla oikeasta ja riittävästä kuormituksesta ja käyttämällä ortooseja ja seisomatelineitä edistetään lapsen luuston mahdollisimman normaali kasvu. (Autti-Rämö 2009, 509.) Ortoosien käytöllä pyritään ohjaamaan pystyasennossa kuormitus mahdollisimman tasaiseksi ja normaaliksi, hallitsemaan varaamista ja liikkeen aikana ohjaamaan alaraajoja (Autti-Rämö 2004, 176). Lapsella liikkuminen on yhteydessä oppimiseen ja omien rajojen tunnistamiseen. Apuvälineillä liikkuminen antaa lapselle mahdollisuuden olla osa lasten sosiaalista yhteisöä ja sitä kautta saada myös luottamusta omiin kykyihin. Liikkumista tukevat apuvälineet antavat käyttäjälleen vapautta liikkumiselle ja mahdollisuuksia osallistumiselle erilaisiin toimintoihin sekä vähentävät avuntarvetta. (Kruus-Niemelä ym. 2009, 464.) Apuväline ei kuitenkaan voi

olla täydellinen kompensatio esimerkiksi liikkumiselle, mutta hyvin monessa tilanteessa se on hyvä apu (Konola, Pohjolainen & Alaranta 2003, 466).

Apuvälinetarpeen arvioinnissa lähtökohtana on potilaan toimintakyvystä ja kokonaiselämäntilanteesta nousevat tarpeet. Hankinnan tarkoituksena on kuitenkin mahdollistaa lapsen toimintaa, eikä korvata puutteita. (Kruus-Niemelä ym. 2009, 461.) Apuvälinearvio tehdään asiantuntevassa työryhmässä, joka tuntee lapsen ja on myös perehtynyt kasvavaan apuvälineiden tarjontaan (Autti-Rämö 2009, 509). Fysioterapeutti arvioi muun muassa ennaltaehkäiseviä varotoimia, ettei iho mene rikki tai miten spastisuus vaikuttaa, mikä on apuvälineen käyttöön tarvittavan kestävyuden, voiman sekä liikkuvuuden vaatimus ja mitkä ovat lapsen yksilölliset toimintakykyä tukevat harjoitteet, jotta ongelmia ei syntyisi. (Becker & Dusing 2010, 279.) Apuvälineiden hankintamäärärahoja herkästi pienennetään varsinkin tiukan talouden aikana, ja tämä voi johtaa lapsen toiminnallisen tason heikentymiseen (Autti-Rämö 2009, 509). Uuden välineen omaksuminen saattaa vaatia myös huomattavan pitkän ajan ja siksi väline saattaa jäädä usein käyttämättä. Välineen käytön pois jättäminen voi johtua myös riittämättömästä käytön opastuksesta. (Kruus-Niemelä ym. 2009, 462.)

#### 6.1 Moniammatillisuus osana vammaisen lapsen kuntoutusta

Kun kyseessä on vammainen tai pitkäaikaisesti sairas lapsi, moniammatillinen yhteistyö eri toimijoiden välillä korostuu. Riippuen lapsen vammaisuuden tai sairauden vakavuudesta, tarvitaan lapsen kuntoutuksessa ja perheen tukemisessa monenlaista asiantuntemusta terveydenhuollon, sosiaalitoimen, koulutoimen ja päiväkodin toimesta. Nykyisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän hajanaisuuden vuoksi vammaisen tai sairaan lapsen perheen saamat palvelut ovat hyvin pirstaleisia. Kukin taho hoitaa pääasiassa oman osuutensa, ja vanhemmat joutuvat näin ollen toimimaan kaikkien osapuolten kanssa erikseen, jopa niin, että he joutuvat välittämään tietoa eri viranomaiselta toiselle. Tämä voi viedä perheeltä kohtuuttomasti voimavaroja. (Taanila 2009, 99.)

Moniammatillisen perhetyön määrittelyssä, perhe on tasavertainen kumppani ja oman elämänsä asiantuntija, joka toimii yhdessä eri asiantuntijoiden kanssa. Perhe käsitetään kokonaisuudeksi, johon kuuluvat kaikki ne henkilöt, jotka asiakas itse mieltää perheeseensä kuuluvaksi. Työryhmälle on keskeistä ymmärtää asiakkaan elämäntilanne, tiedostaa perheen elämänkaaren vaihe sekä pyrkimys hyödyntää perheen voimavaroja. Työhän osallistuvalla tulee olla kyky toimia niin moniammatillisen tiimin jäsenenä kuin vetäjänäkin. (Larivaara & Taanila 2009, 287.)

Moniammatillisen verkoston tehtävänä on tukea lasta arjessa toimimisessa. Tämä edellyttää aina lapsen ongelmien ja vahvuuksien tunnistamista, erilaisten tukimuotojen selvittämistä ja suunnittelua sekä asioista sopimista ja seurantaa. Valittavat tukimuodot, kuten esimerkiksi yksilöllinen ohjaaminen ja apuvälineet määräytyvät aina lapsen yksilöllisen tarpeen ja ympärillä olevan kokonaisuuden mukaan. Ympärillä oleva kokonaisuus koostuu puolestaan perheestä, päiväkodista, koulusta, harrastuksista ja alueellisista mahdollisuuksista. Yhteistyöverkosto ei ole staattinen, vaan rakentuu monipuolisesta kokonaisuudesta, johon tulee ja, josta väistyy eri toimijoita lapsen kehityksen ja kasvun myötä. Ajoittain jokin osa verkostosta voi olla merkittävämmässä asemassa kuin toinen, tämä täysin tilanteesta ja kokonaisuudesta riippuen. Elämän siirtymävaiheissa, kuten lapsesta aikuisten palvelujärjestelmään siirryttäessä, vastuun tulisi aina siirtyä ihmiselle, ei organisaatiolle. (Sipari 2008, 106 - 107.)

Moniammatillisen yhteistyön ongelmakohtia ovat usein yhteisten käytäntöjen keskustelun ja tasa-arvon puute sekä tietämättömyys toisen toimesta, turhat ennakkoluulot ja suvaitsemattomuus. Kun moniammatilliset tiimit toimivat asiakkaan käyttämässä palveluverkostossa, voivat tiimit ja yhteistyö rakentua yli organisaatorajojen osana asiakkaan polkua. Asiakkaan tarpeet ovat kaiken toiminnan lähtökohta. Tavoitteena on yhdessä tukea perheen elämänhallintaa ja valtaistumista siten, että he jaksavat ja selviytyvät paremmin arjessa. Moniammatillisen yhteistyön mallissa koko perhe otetaan huomioon ja vammaisen tai pitkäaikaisesti sairaan lapsen perhe osallistuu hoitoon sekä kuntoutukseen tasavertaisena toimijana. (Taanila 2009, 99 - 101; Veijola 2004, 108; Sirviö 2006, 76.) Kun tavoitteita suunnitellaan moniammatillisessa tiimissä, on sen keskiössä oltava potilaan omat tavoitteet, osallistuminen ja autonomian säilyttäminen. Tämä vähentää potilaan mahdollista ahdistusta ja lisää tunnetta, että hän itse hallitsee kuntoutustaan. (Sivaraman Nair & Wade 2003, 1712.)

Moniammatillinen ryhmätyöskentely on nykyaikainen lastenneurologinen kuntoutustyötapo. Vanhemmat otetaan alkuvaiheesta lähtien mukaan aktiivisiksi jäseniksi, millä saadaan vanhemmat sitoutumaan kuntoutuksen päämääriin. Lapsella havaitun ongelman ilmaannuttua aloitetaan heti kuntoutuksen tarpeen arviointi ja suunnittelu. Erityistyöntekijät arvioivat lapsen suorituskykyä ja saadut tulokset kootaan tilaisuudessa vanhempien läsnäollessa. Tilaisuudessa laaditaan kuntoutussuunnitelma, jossa terapioiden tavoitteet määritellään ja sovitaan toteutuksesta. Kun laaditaan kuntoutussuunnitelmaa, moniammatillisesta tiimistä on oltava mahdollisimman moni toteuttajavaiheen edustaja paikalla. (von Wendt 2003, 400.)

## 6.2 CP-vammaisen lapsen leikkausprosessi

CP-vammaisen lapsen kasvun myötä jäykistymien kehittyminen aiheuttaa epämuodostumia, sijoiltaan menoa ja vaikeuttaa kävelyä konservatiivisesta hoidosta huolimatta. Ortopedistä

kirurgiaa käytetään silloin apukeinona parantamaan biomekaanisia edellytyksiä liikkumiseen. Leikkauksen jälkeen liikkumistaidon kehittymiseen ja sen säilyttämiseen fysio-, toiminta- ja liikuntaterapialla on suuri rooli. (Alen & Mäkinen 2005, 280.) Ortopedisen leikkaushoidon tavoitteena on lapsen liikkumisen parantaminen ja luisten epämuodostumien estäminen lihasten voimatasapainoa parantamalla. Se tarkoittaa joko voimakkaampien lihasryhmien voimien vähentämistä esimerkiksi hermojen katkaisu tai jänne-lihasyksikön pidennys tai lihasten kiinnityskohtien siirtoa. (Ryöppy 1997, 148 - 149.)

Tarkempien leikkaussuunnitelmien tekemisen on mahdollistanut kolmiulotteisen kävelyanalyysin kehittäminen. Sen avulla voidaan yhdessä leikkauksessa toteuttaa useampi kirurginen toimenpide eli niin sanottu monitasokirurginen leikkaus (single-event-multilevel surgery). (Autti-Rämö 2009, 510.) Monen häiriön korjaaminen samalla leikkauskerralla tarkoittaa esimerkiksi alaraajoissa lonkan ja polven koukistajien sekä pohjelihasten pidentämistä samassa operaatiossa (Ryöppy 1997, 151). Monitasokirurginen leikkaus on vaativa ja edellyttää erityisasiantuntemusta ja pitkäkestoista intensiivistä postoperatiivista kuntoutusta (Autti-Rämö 2009, 510). Ortopedisen hoidon ja kuntoutuksen onnistuminen edellyttää lukuisten tekijöiden huomioimista ja todella hyvää moniammatillista yhteistyötä (Ryöppy 1997, 148).

Leikkaus on vakavampi toimenpide CP-lapselle kuin keskimäärin muille lapsille, joten monitasoleikkauksen aiheellisuus on mietittävä tarkasti. Leikkauksiä suositellaan aikaa ennen kouluikää, jotta kuntoutus ei sotkisi koulunkäyntiä. Leikkauksella on suuri merkitys CP-vammaiselle, sillä se on usealle edellytys kävelykyvyn säilymiseen aikuisikään asti. (Ryöppy 1997, 152.)

Prosessinomaisuus ja suunnitelmallisuus ovat suuri osa leikkauksen liittyvää kuntoutusta. Kuntoutuksessa tavoitellaan tilaa, joka on jossakin suhteessa parempi kuin nykytila. Kohti tavoiteltua tilaa edetään eri vaiheiden, toimenpiteiden ja palvelujen kautta. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 165.) Kuntoutusprosessi alkaa toimintavaihtoehtojen tunnustelulla sekä tilanteen ja tavoitteiden analyysillä. Kuntoutusprosessi etenee asetettujen välitavoitteiden ja osatehtävien mukaisesti. Eteneminen tapahtuu toimintavaihtoehtojen selvittelystä kohti ensimmäisten toimenpiteiden määrittelyyn. Siitä seuraa näiden toimenpiteiden toimeenpano ja myöhemmin arviointi toiminnasta, saaduista kokemuksista ja hyödyistä. Lähtökohtana on kuitenkin elämäntilanne, johon yksilö hakee muutosta. (Järvikoski 2000, 253.)

Kuntoutusprosessi voidaan jakaa kahteen ryhmään: yksilön voimavaroja kehittävään ja ympäristöön vaikuttavaan. Yksilön voimavaroja kehittävään ryhmään kuuluvat muun muassa hoito, fysioterapia, psykoterapia, perus-, ammatti- ja täydennyskoulutus, terveysneuvonta sekä erilaiset itsehoitomahdollisuuksia tukevat toimenpiteet. Ympäristöön vaikuttavaan

ryhmään kuuluvat erilaiset työ- tai elinympäristön muutokset, sosiaalisen tuen organisointiin liittyvät kysymykset ja sosiaaliturva. (Järvikoski 2000, 254.)

Kuntoutusprosessia voidaan kuvata henkilökohtaiseksi oppimis- ja kasvuprosessiksi, jolloin prosessia katsotaan yksilön näkökulmasta. Prosessissa korostuu oman elämäntilanteen uudelleen määrittely, uusien motivaation lähteiden ja voimavarojen löytäminen. Kuntoutuksessa korostetaan myös sitoutumista sisällöllisesti uudensuuntaisiin elämänprojekteihin, identiteetin uudelleen rakentamista, uusien selviytymiskeinojen ja hallintastrategioiden oppimista sekä omien ja ympäristön voimavarojen käyttöönottoa tavoitteiden saavuttamiseksi. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 165.) Kuntoutusprosessissa positiiviset kokemukset lisäävät tunnetta asioiden hallitsevuudesta, vahvistavat pystyvyyssodotuksia ja vähentävät epävarmuuden tai pelon tuntemuksia. Parantunut itseluottamus mahdollistaa suurempaa aktiivisuutta, joka lisää positiivista palautetta. Jopa yhden alueen onnistumisen kokemukset voivat laajentua toisille alueille. (Järvikoski 2000, 255.)

Alle kouluikäisen lapsen kuntoutus sijoitetaan päivähoitoon. Päivähoito tulisi valita, suunnitella ja toteuttaa siten, että se tukee kuntoutuksen tavoitteita. Apuna voidaan käyttää erityisryhmiä tai lapsi voidaan henkilökohtaisen avustajan kanssa integroida tavalliseen ryhmään. Lääkinnällisen ja pedagogisen kuntoutuksen päämääriä voidaan yhdistää opastaen lapsen lähiympäristössä olevia henkilöitä, kuten perheenjäseniä ja päivähoiton henkilöitä. Spesifeihin terapioihin kuuluvat esimerkiksi fysio-, toiminta- ja puheterapia, joita lapsi saattaa tarvita kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamiseksi. Kouluikäisen lapsen kuntoutus ei eroa edellisistä kuntoutusperiaatteista. (von Wendt 2003, 400.)

Lapset ja nuoret, joilla on jokin synnynnäinen tai varhain hankittu toimintarajoituksia aiheuttava neurologinen tila ovat lastenneurologisen kuntoutuksen kohteena. Kyseisen kohderyhmän kuntoutuksessa ei puhuta menetettyjen taitojen palauttamisesta, vaan optimaalisen kehityksen aikaansaannista tilanteessa, jossa esimerkiksi keskushermoston vamma muodostaa normaalin kehityksen esteen. Perheellä on hyvin voimakas rooli kuntoutuksessa, sillä ilman vanhempien sitoutumista ei lasta tai nuorta voi menestyksellisesti kuntouttaa. Kuntoutuksen organisaatiot ja työtavat ovatkin suunniteltu siten, että vanhemmat ovat toiminnassa osallistujia, eivät toiminnan kohteita. (von Wendt 2003, 398 - 399.)

### 6.3 Fysioterapia osana kuntoutusta

Kuntoutussairaalassa, jossa tämä tutkimus on tehty, potilas sai fysioterapeuttista ohjausta monitasokirurgisen prosessin kolmen eri vaiheen aikana. Kuntoutusprosessin kesto on kokonaisuudessaan noin kuuden kuukauden pituinen. Monitasokirurgisen prosessin vaiheet:

1. Preoperatiivinen jakso osastolla
2. Leikkaus sekä jakso kirurgisella osastolla
3. Postoperatiivinen kuntoutusjakso osastolla (kesto 4-6 viikkoa) 3-5 viikon kuluttua leikkauksesta

Jokaisen monitasokirurgisen prosessin vaiheen aikana fysioterapeuttinen ohjaus sisälsi seuraavia toimenpiteitä:

1. Operaation vaikutukset toimintakykyyn, jälkikuntoutuksen kulku, kodinmuutostyöt, apuvälineet ja vertaistuki
2. Siirtymisten ja muiden päivittäisten toimintojen ohjaus; ohjataan kotiharjoitukset ja lastojen käyttö
3. Ohjaus päivittäin sekä nuorelle että henkilökunnalle; viikonlopuiksi ohjataan kotikuntoutus; avoterapeutin, nuoren ja vanhempien ohjaus nuoren kotiutuessa

Fysioterapeuttiseen ohjaukseen rakentuvan kuntoutusprosessin polku on rakentunut monien vuosien aikana keskussairaalan moniammatillisen tiimin työkokemuksen kautta. Henkilökunta on itse muuttanut ja muokannut prosessia ja siinä tapahtuvaa toimintaa parhaaksi mahdolliseksi. (HYKS-tutkimussuunnitelma 2009, Liite 2.)

Fysioterapeuttinen ohjaus sisältää monenlaisia vivahteita. Siinä sekoittuu sosiaalinen, tunnepitoinen ja kasvatuksellinen vuorovaikutus, joiden avulla pyritään tukemaan kuntoutujaa ja luomaan otollinen ilmapiiri yhteistyölle kuntoutuksen onnistumiseksi. Fysioterapeutin ohjaus on tietojen välittämistä, terveystseuvontaa ja itse terapiaan liittyvää ohjausta. Ohjauksen tavoitteena on auttaa ja kannustaa kuntoutujaa toteuttamaan harjoittelua, saamaan palautetta suorituksistaan sekä käsittelemään kuntoutuksen aikana esiin nousseita henkilökohtaisia kysymyksiä ja pohdintoja. (Talvitie ym. 2006, 178, 192.)

Fysioterapeuttisen ohjaamisen lähtökohtana ovat aina kuntoutujan odotukset, tavoitteet, asenteet sekä oppimisedellytykset. Ensin pyritään tunnistamaan, miten kuntoutuja liikkuu ja käyttää kehoaan. Tämän jälkeen etsitään uusia toimintatapoja, jotka parhaiten soveltuvat kuntoutujan elämäntilanteeseen. Yhdessä kuntoutujan kanssa fysioterapeutti rakentaa päivittäistä toimintakykyä ylläpitäviä ja parantavia harjoituksia. (Talvitie ym. 2006, 180 - 181.) Kukkohovin (2004) tutkimuksessa fysioterapeuttien mukaan ohjauksen tärkeimpiä tavoitteita ovat asiakkaan aktivointi, motivointi sekä harjoitteiden integrointi asiakkaan jokapäiväiseen elämään. Heidän mielestään tavoiteltava tilanne on, että asiakas oppii itse aktiivisesti vaikuttamaan omaan terveyteensä ja löytämään ratkaisuja omaan tilanteeseensa. Tavoitteiden pääsemiseen tärkeintä on, että asiakas ymmärtää ja sisäistää ohjatun asian, eikä vain toimi automaattisesti fysioterapeutin antamien ohjeiden mukaisesti. (Kukkahovi 2004, 66 - 67.)

Nykyisin terapiatyön asiantuntijuuden muodostumisen lähtökohtana nähdään kohtaamistaito, jossa sekä asiantuntijan että asiakkaan asiantuntemus rakentuvat vastavuoroisessa suhteessa (Mönkkönen 2007, 62). Onnistuneen fysioterapia-intervention taustalla on avoin ja toimiva vuorovaikutussuhde. Vuorovaikutukseen liittyy sosiaalisia, tiedollisia sekä tunteisiin liittyviä tekijöitä. Yleisin vuorovaikutuksen muoto on dialogisuus eli keskusteleminen. Dialogisuuteen kuuluu erilaisuuden ja toiseuden hyväksyminen, avoimuus, toisesta välittäminen ja toisen työn merkityksen tunnustaminen. Fysioterapeutin tulee pyrkiä aitoon keskusteluun, niissäkin tilanteissa, joissa huomaa, että kuntoutujan käsitykset kuntoutuksen mahdollisuuksista ja keinoista ovat puutteellisia. Kuntoutujalla puolestaan pitää olla halua osallistua omaan sisäiseen dialogiin kuntoutuksen tarpeesta, menettelytavoista ja sisällöstä. (Talvitie ym. 2006, 51 - 52, 54 - 55.) Fysioterapeutin tulee aina myös pohtia omia uskomuksiaan ja käytöstään suhteessa siihen, että onko sillä mahdollisesti positiivisia tai negatiivisia vaikutuksia potilaan odotuksiin (Barron, Klaber Moffet & Potter 2007, 43). Couture ja Sutherland (2006) puolestaan korostavat, että vuorovaikutuksellisessa terapiasuhteessa on huomioitava, miten toinen tulkitsee ja vastaa annettuihin neuvoihin. Vuorovaikutustilanteessa on molemmilla osallistujilla oikeus ja velvollisuus tuoda ajatuksiaan esiin. (Couture & Sutherland 2006, 333.)

Fysioterapeutin ja kuntoutujan väliseen vuorovaikutukseen vaikuttavat molempien kulttuurinen ja sosiaalinen ympäristö, arvot ja asenteet, kyvyt ja valmiudet, motivaatio, mentaaliset ja fyysiset taidot, odotukset ja tavoitteet. Tämän lisäksi vaikuttavat myös terapiatilanne ja -ympäristö sekä harjoiteltavat tehtävät, harjoittelun järjestäminen ja sen toteuttaminen. Fysioterapeutti keskustelee kuntoutujan kanssa siitä, mihin kuntoutuksella pyritään ja mitä tavoitteiden saavuttamiseksi vaaditaan. Kuntoutujan tulee puolestaan pohtia ja kertoa, mitkä ovat hänen sen hetkiset voimavaransa, valmiutensa ja edellytyksensä kuntoutumisen onnistumiseksi. (Talvitie ym. 2006, 60 - 61.) Fysioterapeutin ammatillinen tuki on merkittävää sillä, asiakas ei välttämättä aina tunnista ja tiedosta omia ongelmiaan, ja siten pysty itsenäisesti asettamaan realistisia tavoitteita (Parry 2004, 678). Asiakaslähtöisessä työssä fysioterapeutti tarvitsee laajaa tietämystä ja eri tavalla olemisen taitoja. Tällainen asiantuntijuus edellyttää hyvää itsetuntemusta, älyllistä, tunteellista ja henkilökohtaista kypsyyttä yhdistettynä terapeutin ammatillisiin tietoihin. Lopulta kyse on kuitenkin siitä, miten terapeutti käyttää näitä ominaisuuksia vuorovaikutustilanteissa asiakkaan kanssa. (Thomson 2008, 418 - 419.)

Fysioterapiasuhteessa pyritään dynaamiseen etenemiseen, jolloin vastuu kuntoutukselta asteittain siirretään kuntoutujalle itselleen tai hänen omisilleen. Näin fysioterapeutin apu vähenee ja se muuttuu enemmän kuntoutujan omaa toimintaa tukevaksi. Prosessissa on aina huomioitava kuntoutujan kunkin hetkinen henkinen ja fyysinen tila. (Talvitie ym. 2006, 52 - 53.) Fysioterapeutin on huomioitava asiakkaan odotukset, uskomukset ja asenne, jotka voivat

vaikuttaa itse kuntoutusprosessiin ja sen lopputulokseen. Näistä on hyvä keskustella avoimesti kuntoutujan kanssa, jotta väärät uskomukset, toiminta- ja ajattelumallit eivät estä kuntoutuksen toteuttamista ja onnistumista. Esimerkiksi jos kuntoutuja ajattelee, että hänen terveytensä hoito on täysin ammattilaisen käsissä, ei hän välttämättä ole vastaanottavainen ja innokas kotiharjoitteiden tekoon. (Barron ym. 2007, 41, 43 - 44.)

## 7 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa, jonka avulla moniammatillista kuntoutusohjausta ja yhteistyötä voidaan tulevaisuudessa kehittää. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millaista monitasokirurgisen leikkauspotilaan moniammatillinen kuntoutusohjaus on yhdessä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kuntoutussairaalassa.

Tutkimuskysymyksiä on kaksi:

1. Millaista monitasokirurgisen leikkauspotilaan moniammatillinen kuntoutusohjaus on kuntoutussairaalassa?
2. Miten kuntoutussairaalan ohjaus tukee sairaalan ulkopuolella toteutuvaa jatkokuntoutusta?

## 8 Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö edustaa laadullista eli kvalitatiivista tutkimusta. Siinä ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan se keskittyy kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekkään tulkinnan jollekin ilmiölle tai asialle (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Tutkimuksen aineisto kerättiin yhden moniammatillisen ryhmämuotoisen teemahaastattelun aikana. Aineisto analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysi -menetelmää.

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon tai heillä on omakohtaista kokemusta siitä. Tästä johtuen, tutkimukseen osallistuvien valinta ei voi olla satunnaista, vaan harkittua ja tarkoitusta palvelevaa. Tämän valinnan ja sen kriteereiden tulee myös ilmetä valmiissa tutkimusraportissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009 85 - 86.)

Laadullinen tutkimus ymmärretään karkeasti ottaen aineiston muodon kuvaukseksi. Se on työväline, jonka avulla pyritään kohdeilmiön käsitteelliseen pohdintaan. Laadullisen tutkimuksen aineistoa ovat pääasiassa tekstit, jotka syntyvät tutkijasta riippuen tai riippumatta. Näitä ovat esimerkiksi haastattelut, havainnoinnit, elämäkerrat, päiväkirjat, kirjeet, äänimateriaali, elokuvat, yleisönosastokirjoitukset ja mainokset. (Eskola & Suoranta 2005, 13 - 15.)



Laadullisessa tutkimuksen tutkimussuunnitelma elää koko ajan itse tutkimuksen rinnalla. Tämän seurauksena tutkimuksessa saavutetaan ilmiöiden prosessiluonne. Sosiaalisen todellisuuden ilmiöitä tutkittaessa tutkimustuloksia ei voida koskaan pitää ajattomina ja paikattomina, vaan enemmänkin historiallisesti muuttuvina ja paikallisina. Tutkimussuunnitelmassa korostuu aina eri vaiheiden, joita ovat aineistonkeruu, analyysi, tulkinta ja raportointi, kietoutuminen yhteen. Näin ollen suunnitelmaa tai jopa tutkimuskysymysten asettelua saatetaan joutua tarkastamaan prosessin eri vaiheissa. Tutkimusta auki kirjoittaessa joudutaan toistuvasti palamaan alkuperäiseen aineiston äärelle. Laadullisessa tutkimuksessa tulkinta jakautuu siis kaikkiin prosessin vaiheisiin. (Eskola & Suoranta 2005, 15 - 16.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston tieteellisyyden kriteeri ei ole määrä, vaan laatu - se, miten kattavasti tutkittavaa ilmiötä on pystytty käsitteellistämään. Tutkimuksissa keskitytään usein varsin pieneen määrään tapauksia ja näitä pyritään analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti. Tutkimuksen pohjaksi tutkija rakentaa teoreettisen perustan, joka vaikuttaa tutkimuksen taustalla. Lopuksi tutkija pyrkii sijoittamaan tutkittavan kohteen yhteiskunnalliseen kontekstiin, ja antamaan siitä yksityiskohtaisen ja tarkan kuvauksen. (Eskola & Suoranta 2005, 18.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla ei ole lukkoon lyötyjä ennako-olettamuksia tutkimuskohteesta tai tutkimuksen mahdollisista tuloksista. Vaikka havainnot ovat aina latautuneet aikaisemmilla kokemuksilla, ne eivät silti muodosta sellaisia asetelmia, jotka rajaisivat tutkimusta. Laadullisessa analyysissä ideaalina on, että tutkija vastoin kaikkia odotuksiaan ja oletuksiaan yllättyy ja oppii uutta tutkimuksen prosessin aikana. Tämä edellyttää sitä, että juuri taustalla olevat omat ennako-oletukset tiedostetaan ja huomioidaan tutkimuksen esioletuksina. Niin sanotut ”työhypoteesit” eivät kuitenkaan ole kiellettyjä. Aineiston tarkoitus on vauhdittaa tutkijan ajattelua ja kannustaa tätä löytämään uusia näkökulmia ja luomaan uusia hypoteeseja. (Eskola & Suoranta 2005, 19 - 20.)

## 8.1 Aineiston hankinta

Aineiston hankinta tapahtui yhden moniammatillisen ryhmämuotoisen teemahaastattelun avulla. Haastattelu menetelmänä on yksi laadullisen tutkimuksen yleisimmistä tiedonkeruumenetelmistä. Sen ehdoton etu menetelmänä on joustavuus. Haastattelijalla on suoraan haastattelutilanteessa mahdollista toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, epäselviä ilmauksia ja sanamuotoja sekä keskustella haastateltavan kanssa. Haastattelijalla voi itse valita, missä järjestyksessä hän kysymykset esittää. Haastattelun tarkoituksena on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71, 73).

Haastatteluun osallistui kuntoutussairaalaista neljä fysioterapeuttia ja kaksi lastenhoitajaa. Haastattelu tehtiin sovittuna ajankohtana kuntoutussairaalan tiloissa. Haastatteluun oli varattu aikaa kaksi tuntia kokonaisuudessaan. Varsinainen haastattelu kesti reilun tunnin. Haastattelu nauhoitettiin ja videoitiin. Videon tarkoituksena oli taltioida haastattelutilanne ja toimia tuki- ja tarkastusmateriaalina haastattelua purettaessa. Haastattelun teemoja seurattiin vapaasti ja haastattelun kulkua johdateltiin teemoja noudattaen. Lopuksi tarkistettiin, että kaikki haastattelun teemat oli käyty läpi. Haastattelu toteutui keskustelelevassa ja avoimessa ilmapiirissä, niin että kaikilla oli mahdollisuus puhua, eikä haastattelijoiden tarvinnut erityisemmin kannustaa osallistujia keskusteluun. Tilanteessa pystyttiin esittämään tarkentavia lisäkysymyksiä ja valitsemaan missä järjestyksessä kysymykset esitettiin.

Haastattelijana toimivat molemmat tutkijat tasapuolisesti. Vastuut jaettiin ennen haastattelua siten, että toinen huolehti videoinnin ja toinen nauhoituksen teknisestä onnistumisesta. Molemmat haastattelijat myös pyrkivät kirjaamaan olennaisia havaintoja ylös haastattelun aikana. Näitä havainnoiteja tarkastelimme videonauhalla jälkikäteen. Tuomi & Sarajärvi (2009) kuitenkin huomauttavat, että tutkijan kannattaa tarkkaan harkita ilmaiseksi hän näitä havainnoiteja raportissaan, jos ei näitä millään tavalla kuitenkaan hyödynnä. Usein tutkimusraporteissa on nähtävissä, että haastattelun etua tutkimusmenetelmänä perustellaan myös havainnoinnin näkökulmasta, mutta sitten raportissa ja erityisesti tuloksissa nämä havainnoinnit tai niiden käyttö ei kuitenkaan käy ilmi millään tavoin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Tässä työssä videomateriaalia on käytetty ainoastaan haastattelun ja litteroinnin tukemisessa, eikä analyysiin ole sisällytetty havaintoja haastattelutilanteesta.

Haastattelun teemat lähetettiin tutkimukseen osallistuville etukäteen noin viikkoa ennen varsinaista haastattelua (liite 2). Myös Tuomen & Sarajärven (2009) mukaan, tämä on haastattelun onnistumisen kannalta suositeltavaa. Kun haastateltavat ovat saaneet tutustua haastattelun kysymyksiin tai teemoihin etukäteen, ovat he täten voineet valmistautua ja miettiä vastauksia jo etukäteen. Tämä tukee sitä, että halutusta asiasta saadaan haastattelutilanteessa kaikki mahdollinen tieto irti. On myös eettisesti perusteltua tiedottaa haastateltaville etukäteen, millaista aihetta haastattelu koskee. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Myös tässä tutkimuksessa haastateltaville mahdollistettiin valmistautuminen haastattelutilanteeseen.

Kaikki haastateltavat suostuivat haastattelumateriaalin taltiointiin ja sen luovuttamiseen tutkimushankeen käyttöön. Kaikki haastateltavat osallistuivat haastatteluun vapaaehtoisesti ja heiltä pyydettiin tilaisuuden alussa kirjallinen suostumus (liite 1). Kun haastatteluluvasta sovitaan henkilökohtaisesti, haastateltavat harvoin kieltäytyvät haastattelusta tai siitä saadun materiaalin käytöstä tutkimusaineistona. Haastattelun ehdottomiin etuihin kuuluu myös se,

että siihen voidaan valikoida henkilöt, joilla on kokemusta ja tietoa tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74.) Sopivien haastateltavien valinta tehtiin niin ikään myös tässä tutkimuksessa. Hankkeeseen osallistuvat työelämän osapuolet olivat tarjonneet mahdollisuuden osallistua tähän tutkimukseen kuntoutussairaalan moniammatillisen tiimin työntekijöille. Halukkaat otettiin mukaan tutkimukseen.

Haastattelu tapahtui moniammatillisena ryhmähaastatteluna. Paikkana toimi kuntoutussairaalan neuvottelutila. Paikka valittiin sen takia, että sinne oli helppo ja kätevä tulla ennen varsinaisen työpäivän alkua. Käytössä oli kaksi nauhuriä ja yksi videokamera. Ennen haastattelun alkua testattiin, että paikka soveltuu haastattelun tekoon ja että laitteet ovat toimintakunnossa.

Ryhmähaastattelulla tarkoitetaan haastattelutilannetta, jossa paikalla on samalla kertaa useita haastateltavia ja kuten tässä tapauksessa myös useampi haastattelija. Tavoitteena on ryhmämuotoinen keskustelu tutkijan haluamasta aiheesta tai teemoista. Ryhmähaastattelu on toimiva esimerkiksi silloin, jos haastateltavat jännittävät haastattelutilannetta niin paljon, ettei haastattelu yksinkertaisesti tuota mitään tulosta. Ryhmähaastattelussa haastateltavat saavat toisistaan tukea, ja sitä kautta voi olla helpompi antautua keskusteluun. (Eskola & Suoranta 2005, 95.) Haastattelutilanne eteni jouhevasti ja keskustelu kulki paikoitellen hyvinkin itsenäisesti. Kaikki haastateltavat lähtivät hyvin mukaan keskusteluun. Haastateltavat pitivät itse aktiivisesti yllä keskustelun kulkua ja se eteni luonnollisesti.

Ryhmähaastattelun etuihin lukeutuu se, että sen avulla on mahdollisuus saada tavallista enemmän tietoa, koska osallistujat voivat yhdessä muistella, herättää muistikuvia, tukea ja rohkaista toisiaan keskustelun aikana. Ryhmähaastattelussa henkilöt siis voivat innostaa toisiaan puhumaan aiheesta laajemminkin. Myös unohtaminen ja väärinymmärtäminen ovat vähäisempää. Lisäksi tutkija pääsee helposti mukaan tutkittavien maailmaan. (Eskola & Suoranta 2005, 96 - 97.) Tämä näkyi hyvin kyseisessä ryhmähaastattelussa, jossa osallistujat tukivat ja täydensivät toisiaan keskustelun aikana. Osallistujat innostivat toisiaan puhumaan ja jatkoivat toistensa juttuja.

Kun haastateltavia yhdistää jonkin tietty ryhmän jäsenyys, on ryhmän kontrolloiva vaikutus huomattavissa haastattelutilanteissa. Yhteisiä kokemuksia ei voi salata, vaan ne tulevat julkiseksi. Ryhmän normit tulevat selkeästi esiin puhuttaessa juuri kyseiselle ryhmälle tutuista spesifeistä asioista. Haastattelijan ei siis tarvitse niitä välttämättä suoranaisesti edes kysyä. Lisäksi kannattaa huomioida, että ryhmän toiminnassa on aina myös mukana dynamiikan perusilmiöt, jotka saattavat esiintyä esimerkiksi pyrkimyksenä noudattaa enemmistön mielipiteitä. (Eskola & Suoranta 2005, 97; ks. Sulkunen 1990; Kylmä & Juvakka 2007, 84 - 85.) Monitasokirurgisen leikkausoperaation ja sen kuntoutusprosessin moniammatillisuus tulivat

hyvin esiin haastattelussa. Aihe oli tiimin jäsenille yhteinen ja tuttu, jolloin he pystyvät puhumaan pintaa syvemmällä tasolla.

Toimivan ryhmähaastattelun koko on noin 4-8 henkilöä. Joskin osittain se on myös makukysymys ja sovellettavissa tutkimuksen sitä vaatiessa. Haastatteluun valikoituvien henkilöiden tulisi edustaa suhteellisen homogeenistä ryhmää. Tämä sen takia, että kaikki ryhmähaastatteluun osallistuvat ymmärtävät esitetyt kysymykset sekä käytetyt käsitteet. Tämä mahdollistaa edes jonkinlaisen keskustelun kyseessä olevasta aiheesta. Tavoitteena on saada keskustelulle avoin ja vapaa, mutta asiassa pysyvä ilmapiiri. Ryhmähaastattelun haasteena saattavat olla ryhmää dominoivat yksittäiset henkilöt. Tällöin haastattelijan rooli korostuu tilanteen luotsaajana. (Eskola & Suoranta 2005, 97 - 98.) Haastattelussa oli sopivasti henkilöitä haastattelun onnistumisen kannalta. Kaikki saivat tasaisesti puheenvuoroja ja antoivat toisilleen hyvin tilaa puhua.

Haastattelumenetelmänä käytettiin niin kutsuttua puolistrukturoitua teemahaastattelua. Tällä menetelmällä pystytään hyvin tutkimaan erilaisia ilmiöitä ja hakemaan vastauksia erilaisiin ongelmiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74). Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Siinä edetään tiettyjen etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten mukaan, kuitenkin ilman mitään tiettyä järjestystä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 197.) Teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, asioille annettuja merkityksiä ja sitä, miten merkitykset syntyvät ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelussa ei haeta näyttöä tietystä teemasta, vaan sillä pyritään nimenomaan kuvaamaan teemaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 89.)

Etukäteen päätetyt teemat ohjaavat haastattelua, mutta menetelmästä puuttuu strukturoidulle (jäsenetylle) haastattelulle tyypillinen kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Haastattelun aikana haastatteliija varmistaa, että kaikki teema-alueet käydään läpi, mutta niiden järjestys ja laajuus voi vaihdella vapaasti. Haastattelijalla on haastattelutilanteessa mukana tukilista käsiteltävistä asioista, ei kuitenkaan valmiita kysymyksiä. (Eskola & Suoranta 2005, 87.)

Teemahaastattelussa ei voi kysellä ihan mitä tahansa, vaan siinä pyritään saamaan tutkimuksen tarkoituksen, ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisia merkityksellisiä vastauksia. Onkin siis hyvä pohtia etukäteen, miten tutkimuksen teemat ohjaavat haastattelua. Periaatteessa etukäteen valitut haastatteluteemat perustuvat tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen eli tutkittavasta aiheesta jo tiedettyyn tietoon. Kuinka tiukasti haastatteluteemoja noudatetaan, riippuu siitä kuinka kokemuksille ja havainnoille avoin haastattelu on, ja mikä on teemojen sisältämien kysymysten suhde viitekehyyksessä esitettyyn jo olemassa olevaan tietoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75 - 76.)

Teemahaastattelu on perusteltu aineistonhankintamenettely, koska se on muodoltaan niin avoin, että vastaaja pääsee halutessaan puhumaan varsin vapaamuotoisesti. Tällöin kerätyn aineiston voidaan katsoa edustavan vastaajien puhetta parhaiten itsessään. Lisäksi teemat takaavat sen, että jokaisen haastateltavan kanssa puhutaan samoista asioista. Teemat myös muodostavat konkreettisen kehyksen, jonka avulla litteroitua haastatteluaineistoa voidaan lähestyä jäsentyneesti. (Eskola & Suoranta 2005, 88.)

Haastattelutilanteessa haastattelijan tulee olla varautunut kaikkeen. Teemahaastattelussa haastattelijaa saattaa joutua hyvinkin erilaisiin keskusteluihin. Joskus puhetta tulee haastateltavilta luontevasti, toisinaan taas keskustelu saattaa olla hyvin niukkasanaista. Tästä syystä teemojen lisäksi on hyvä olla jotain muuta keskusteltavaa, jonka avulla päästään taas etenemään tilanteessa. (Eskola & Suoranta 2005, 90.) Haastattelutilanteessa tutkimuksen tekijät saivat tukea toisiltaan, jolloin toinen pystyi jatkamaan tai selventämään toisen kysymystä tai kommenttia.

## 8.2 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on yksi laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmistä. Sitä voidaan pitää sekä yksittäisenä metodina että laveana teoreettisena viitekehyksenä joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jossa etsitään tekstin merkityksiä. Sisällönanalyysi sopii hyvin erityyppisten aineistojen, kuten esimerkiksi artikkeleiden, haastattelujen, kirjeiden, puheiden, keskustelujen, kirjojen tai minkä tahansa kirjalliseen muotoon toimitetun dokumentin analysointiin. Menetelmänä sillä pyritään saamaan mahdollisimman tiivistetty ja yleisessä muodossa oleva kuvaus tutkittavasta ilmiöstä kadottamatta sen informaation sisältöä. Sisällönanalyysia on kritisoitu siitä, että sen avulla tehdyt tutkimukset saattavat helposti jäädä keskeneräisiksi. Riskinä on, että tutkimuksen tekijä vain esittää sisällönanalyysin avulla järjestetyn aineiston ikään kuin tuloksina, kykenemättä tekemään siitä mielekkäitä johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 103 - 104.)

Tässä työssä käytetään aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Siinä tutkimusaineistosta pyritään luomaan selkeä teoreettinen kokonaisuus. Siinä analysoitavat yksiköt valikoidaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti ja siten, että ne vastaavat tutkimuskysymyksiin. Analyysiyksiköt eivät siis ole etukäteen sovittuja ja harkittuja, vaan ne nousevat esiin analyysia tehtäessä. Tutkimuksen teoria ohjaa analyysia, mutta kuitenkin niin, ettei aikaisemmillä havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla tutkittavasta ilmiöstä ole mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa, sillä itse analyysi on aineistolähtöistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.)

Aineistolähtöisen tutkimuksen tekeminen ja toteuttaminen on erittäin haastavaa. Sen taustalla on ajatus siitä, ettei ole olemassa täysin objektiivisia havaintoja, vaan tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä käytetyt käsitteet, tutkimusasetelma ja -menetelmä ovat tutkijan asettamia ja vaikuttavat siten aina tuloksiin. Täten tutkimusta tehdessä onkin syytä pohtia, voiko tutkija kontrolloida, että aineiston analyysi tapahtuu haastateltavien näkökulmasta, eikä tutkijan itsensä asettamien ennakkoluulojen sanelemana. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96.)

Lopulta aineiston analyysissä on kyse keksimisen logiikasta. Tähän ei ole olemassa mitään lukkoon lyötyjä ja yksiselitteisiä keinoja tai sääntöjä, vaan tutkimuksen tekijä löytää analysoitavasta aineistosta teemoja oman ymmärryksensä mukaan. Tutkimuksen tekijä siis itse tuottaa analyysinsä terävyyden ja syvyyden. Tähän vaikuttaa yksilön herkkyyden, oivalluskyky ja jossain määrin myös onnekkuus. Sisällönanalyysi perustuu siis tutkijan tulkintaan ja päättelyyn. Siinä edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempään näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 100, 112.)

Tässä työssä noudatettiin Tuomen ja Sarajärven (2009) esittämää aineistolähtöisen sisällönanalyysin prosessivaiheiden etenemisen kaavaa. Aineiston tekninen analysointi aloitettiin haastattelun kuuntelemisella ja sen litteroinnilla eli auki kirjoittamisella sanasta sanaan. Haastattelunauha oli ajallisesti puolitettu ja kuunteluosuudet jaettu tutkijoiden kesken. Tämän jälkeen kuuntelimme, täydensimme ja tarkensimme toistemme osuudet, jotta virheiden ja puutteiden määrä saatiin minimoitua. Videotallennetta käytettiin litteraatin tarkistamiseen niin, että tiedettiin varmasti kuka puhuu sekä täytettiin epäselväksi jääneet aukot. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Tämän jälkeen seurasi aineiston pelkistäminen eli *reduointi*. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Molemmat tutkijat perehtyivät aineistoon itsenäisesti ja alleviivasivat alkuperäisilmauksia, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymykset ja vastaukset eriteltiin erivärisin tussein. Tämän jälkeen käytiin läpi aineistosta nousseet alkuperäisilmaukset. Näistä karsittiin vielä pois kaikki irralliset ja epämääräiset ilmaukset. Aineistosta löydettiin muutamia ilmauksia, jotka vastasivat molempiin tutkimuskysymyksiin.

Seuraava vaihe oli aineiston ryhmittely eli *klusterointi*. Tässä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käytiin läpi ja aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Ilmaukset tulostettiin ja leikattiin yksittäisiksi paperilapuiksi, jotta aineistoa oli helpompi hallita ja hahmottaa. Samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset järjestettiin yhdeksi alaluokaksi. Ilmauksista koostuvat luokat siirrettiin taulukkoon ja nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokitteluyksikkönä toimi joko tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai

haastateltavien käsitys. Tässä vaiheessa aineisto tiivistyi, koska yksittäiset ilmaukset sisällytettiin yleisimpiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Klusterointia seurasi aineiston käsitteellistäminen eli *abstrahointi*. Abstrahoinnissa analyysia jatketaan yhdistämällä samansisältöisiä alaluokkia toisiinsa ja muodostetaan niistä yläluokkia. Näille annetaan puolestaan niiden sisältöä kuvaava nimitys. Lopulta yläluokat pyritään vielä yhdistämään kaikkia luokkia kuvaavaksi pääluokaksi tain niin pitkälle kun aineiston sisältö luokituksen mahdollistaa. Näiden luokkien perusteella pyritään muodostamaan johtopäätöksiä ja vastaamaan tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101, 111; ks. Miles & Huberman 1994; Kyngäs & Vanhanen, 1999.)

Kysymyksen yksi kohdalla muodostui yhteensä kymmenen alaluokkaa ja kolme yläluokkaa. Näiden luokkien avulla saatiin vastaus kysymykseen: *Millaista monitasokirurgisen leikkauspotilaan moniammattillinen kuntoutusohjaus on kuntoutusairaalassa*. Kysymyksen kaksi kohdalla saatiin yhteensä kuusi alaluokkaa ja kolme yläluokkaa. Näiden avulla saatiin vastaus kysymykseen: *Miten kuntoutussairaalan ohjaus tukee sairaalan ulkopuolella toteutuvaa jatkokuntoutusta*. Molempien tutkimuskysymysten kohdalla päästiin yläluokkien tasolle. Yläluokat yritettiin vielä nostaa pääluokkiin, mutta niistä olisi tullut niin yleisiä, että ne eivät olisi mitenkään antaneet sisällöllisesti vastauksia tutkimuskysymyksiin. Taulukossa 1 esitetään näyte, miten luokittelussa ja analyysissa on edetty. Alkuperäisilmaukset eivät ole kaikki mukana, vaan näytteeseen on valittu kustakin luokasta muutama esimerkki. Näyte koskee ensimmäistä tutkimuskysymystä.

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
LH1: ”Meillä on vapaat kädet muuttaa, ihan oikeasti, kukaan ulkopuolinen ei sanele miten tätä tehdään.”	Vapaus muuttaa		Ammattitaidon hyödyntäminen
FT2: ”Mun mielestä me muutetaan koko ajan. Musta meillä on niinku semmonen vähän liikkeellä oleva tila, että mun mielestä, tullaan, saadaan jostain kokemusta enemmän niin, kylhän se on muuttunutkin.”	Jatkuva muutos	Työnkuvan muuttaminen	
FT4: ”Osa sit ihan tämmösistä toimenpiteistä on todella osaston ja hoitajien tekemiä päivittäin.”	Osaston päivittäiset toimenpiteet	Päiväohjelman rakentuminen	
FT4: ”Mehän ei niitä seisomatelineharjoituksia tehdä sitten enää. Hoito tapahtuu sitten siinä päiväohjelmassa... vaikka ihan tällaiset manuaalisesti tehtävät.”	Kuntoutus tapahtuu päiväohjelmassa		
LH1: ”Joka fysioterapian jälkeen omahoitaja tapaa. Et mitä on ollu ja sitten me saadaan ohjeet.”	Fysioterapeutti ohjeistaa omahoitajan		
LH2: ”Ja silloin osastolla omahoitaja ja osaston väki tutustuu lapsen ja, mut sit jumppari tekee nää mittaukset ja videoinnit ja...”	Hoitotiimin omat toimet	Vastuun jakaminen	

Taulukko 1: Esimerkki sisällönanalyysin toteutumisesta

## 9 Tulokset

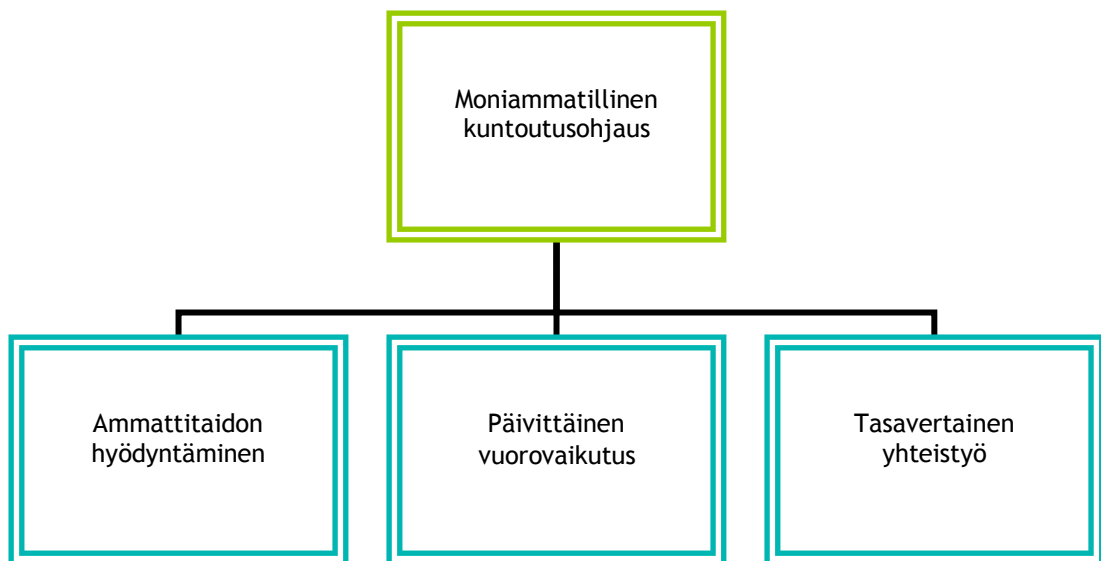
Tutkimuksessa on kaksi tutkimuskysymystä, joihin on vastattu erikseen. Aineisto jaettiin sen mukaan kumpaan tutkimuskysymykseen se vastasi ja kaikki materiaali analysoitiin



aineistolähtöistä sisällönanalyysi -menetelmää käyttäen. Molempien tutkimuskysymysten tulokset on kirjoitettu auki omissa kappaleissa.

### 9.1 Moniammatillinen kuntoutusohjaus

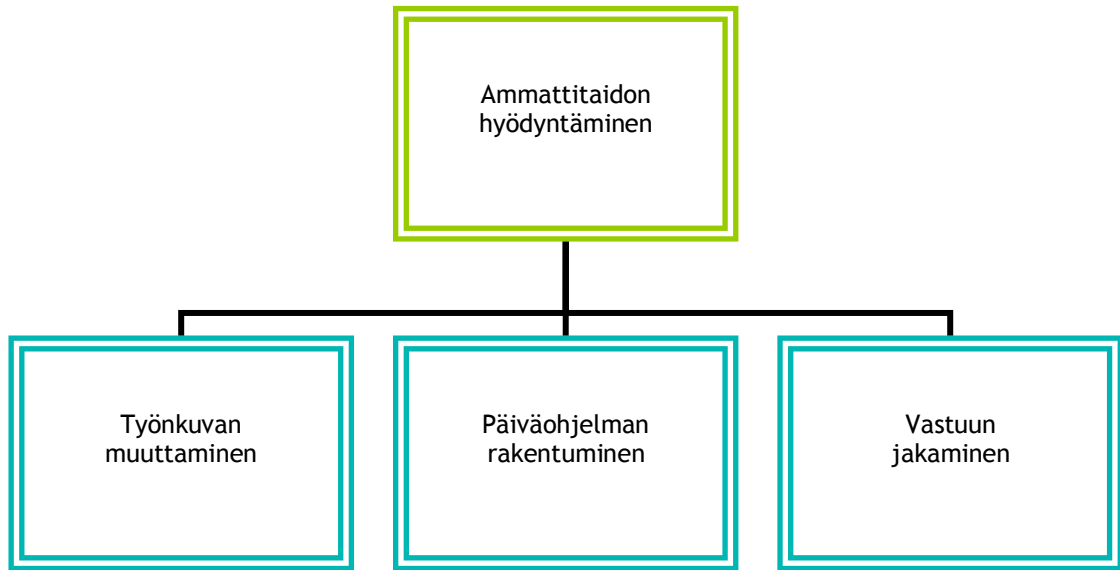
Ensimmäinen tutkimuskysymys on, millaista monitasokirurgisen leikkauspotilaan moniammatillinen kuntoutusohjaus on kuntoutussairaalassa. Aineistosta nousi kolme yläluokkaa *ammattitaidon hyödyntäminen*, *päivittäinen vuorovaikutus* ja *tasavertainen yhteistyö*, jotka esitetään kuviossa 2.



Kuvio 2: Moniammatillinen kuntoutusohjaus

#### 9.1.1 Ammattitaidon hyödyntäminen

Ensimmäinen yläluokka kuvastaa sitä, miten osastolla tiimin eri ammattikuntia edustavat jäsenet, fysioterapeutit ja lastenhoitajat, pyrkivät oman ammattitaitonsa kautta jatkuvasti kehittämään omia sekä yhteisiä toimintatapojaan. Yläluokka koostuu alaluokista *työnkuvan muuttaminen*, *päiväohjelman rakentuminen* sekä *vastuun jakaminen*, jotka esitetään kuviossa 3.



Kuvio 3: Ammattitaidon hyödyntäminen

Alaluokka *työnkuvan muuttaminen* paljastaa, miten kuntouttavan tiimin työntekijöillä on vapaus muuttaa työtään omien mieltymystensä mukaan. Kukaan ulkopuolinen taho ei sanele, miten työryhmä muuttaa toimintaansa. Osallistujien mukaan sitä muutetaan jatkuvasti sen mukaan, mitä kehitettävää ilmenee. Vuosien aikana ohjaus on muuttunut siten, että se ei ole samanlaista kuin aikaisemmin. Muutokseen ovat johtaneet hankalaksi koetut tilanteet, kokemukset sekä se, kun on opittu ohjaukseen sekä omaan ammattiin liittyviä uusia asioita.

*”Mun mielestä me muutetaan koko ajan. Musta meillä on semmonen vähän liikkeellä oleva tila, että mun mielestä, tullaan, saadaan jostain kokemusta enemmän niin, kylhän se on muuttunutkin.” -fysioterapeutti*

Alaluokassa *päiväohjelman rakentuminen* lastenhoitajat ja fysioterapeutit yhdessä koostavat kuntoutettavan potilaan päiväohjelman tämän ollessa kuntoutussairaalassa. Kuntoutus sisällytetään luontevasti osaksi arjen toimintoja. Kuntoutus siis tapahtuu päiväohjelmassa ja osa kuntouttavista toimista on hoitajien päivittäin tekemiä. Nämä toimet eivät ole varsinaista fysioterapiaa, mutta ovat sitä tukevia toimenpiteitä. Esimerkkeinä asento- ja venytyshoito tai seisomateline-harjoitukset. Muu päiväohjelma laaditaan fysioterapia-aikojen mukaan. Sen mukaan tiedetään, milloin on ruokailut, koska lapsen pitää nousta ylös ja niin edelleen. Päiväohjelmassa huomioidaan esimerkiksi kuntopyörän ja lastojen käyttö sekä pelit ja leikit. Työskentely on hyvin vuorovaikutteista, koska päivittäiset osastolla tehtävät harjoitukset tukevat fysioterapiaa ja fysioterapeutit taas tekevät kuntoutusohjeita osastolle. Molempien ammattiryhmien päivittäinen työskentely tukee kokonaisvaltaista toimintaa ja yhteistä päämäärää. Fysioterapeutit ja hoitajat käyvät suullisesti läpi tehdyt harjoitukset ja mahdolliset muutokset. Kuntoutusohjeet ovat esillä valokuvina tai piirustuksina. Ne myös

elävät ja muuttuvat päivittäin kuntoutuksen edetessä. Kuntoutusohjeet ja niiden myötä näkyvä muutos motivoivat kuntoutujaa sekä myös hoitajia.

*”Huolehditaan, että lapsi ei vaan istu tai oo vaan siellä kaikilla väliajoilla ja lue kirjaa siellä sängyssä missä tahansa asennossa. Ohjataan, että nyt voit vaikka kattoo tätä videoo, sun pitää olla silloin vatsallaan ja jalkojen välissä tai seisomatelineessä. Ja tota, sit ihan nää päivittäiset, mutta ihan nää tämmöset ihan siihen varsinaiseen kuntoutukseenkin liittyvät venytys- ja asento hoito...ne kuuluu siihen päiväohjelmaan.” - fysioterapeutti*

Alaluokassa vastuun jakaminen fysioterapeutit ja lastenhoitajat tukevat toisiaan keskustelemalla pulmallisista tilanteista yhdessä ja pyrkivät näin yhdessä löytämään niihin ratkaisuja. Yhteistyön lisäksi molemmilla ammattiryhmillä on omat toimensa, johon ei toinen ammattiryhmä puutu. Esimerkiksi fysioterapeutit mittaavat ja videoivat. Hoitajat taas antavat tietoa lapsen yleiskunnosta ja lääkityksestä. Toisaalta taas esimerkiksi kipukeskustelu on hyvin molemmin puoleinen. Toisten ammattitaitoa kunnioitetaan ja siihen luotetaan. Omahoitaja ja fysioterapeutti tapaavat jokaisen fysioterapia kerran jälkeen, jolloin päivitetään kuntoutuksen kulku ja annetaan mahdollisia ohjeita osastolle.

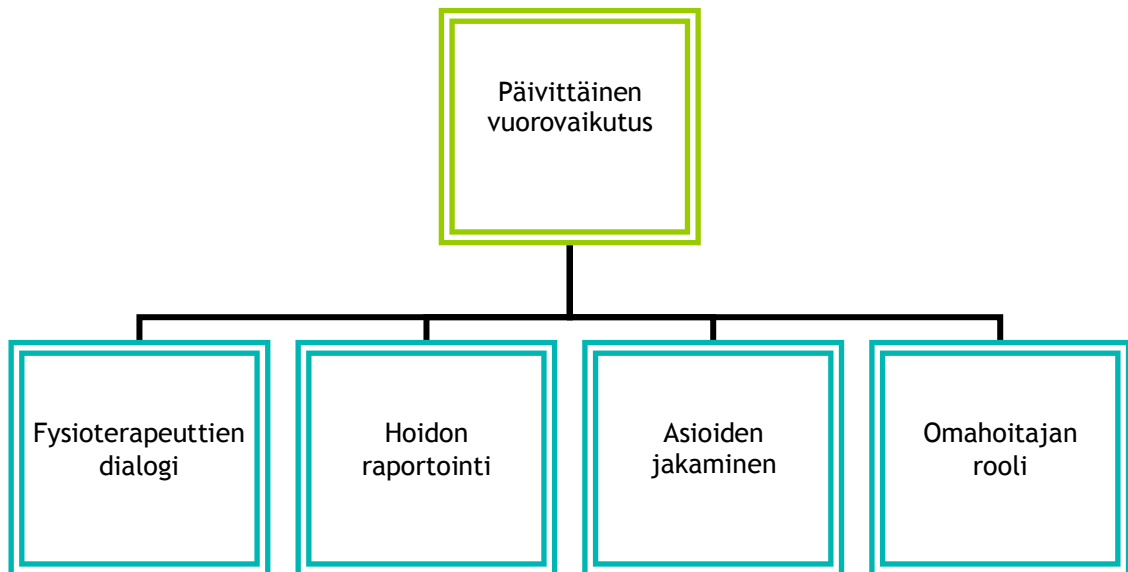
*”Niinku siirtyminen sängystä tuoliin.” - fysioterapeutti*

*”Sitä yhdessä katsotaan usein.” - lastenhoitaja*

*”Jos on joku pulma, niin sit käydään sitä läpi esim. jos vessaan meno on pulmallista, niin sitä mietitään yhdessä.” - fysioterapeutti*

#### 9.1.2 Päivittäinen vuorovaikutus

Toinen yläluokka kuvastaa sitä, miten päivittäisiä asioita jaetaan osastolla, millainen rooli omahoitajalla on kuntoutusprosessissa sekä sitä, miten hoitopolkua seurataan osastolla. Myös fysioterapeuttien kesken tapahtuu paljon omaa ammattiryhmän sisällä tapahtuvaa keskustelua ja tiedon jakamista. Tämä yläluokka koostuu alaluokista *fysioterapeuttien dialogi, hoidon raportointi, asioiden jakaminen ja omahoitajan rooli*, jotka esitetään kuviossa 4.



Kuvio 4: Päivittäinen vuorovaikutus

Alaluokka *fysioterapeuttien dialogi* kuvastaa fysioterapeuttien välistä jatkuvaa vuorovaikutusta ja yhteistyötä. Aina ei ole sama fysioterapeutti, joka tapaa potilaan vaan se vaihtelee, koska kaikki kuitenkin tekevät samaa työtä. Fysioterapeutit keskustelevat ja vaihtavat aktiivisesti tietoja keskenään hoidosta ja sen kulkuun liittyvistä asioista.

*”Ja sitten tää, ihan tää fysioterapiakerta, joka me sit tehdään kaks kertaa päivässä. Meit on kaks. Aamu- ja iltapäivällä yleensä. Toinen ja toinen. Ollaan välillä yhdessä siinä. Ja totta kai, me ollaan yhdessä sitäkin vartenkin, että me tiedetään, että me tehdään samoja asioita tai, että me ainakin yhdessä pääte-  
tään, et mitäs nyt, mihis nyt pitäs panostaa.” - fysioterapeutti*

Alaluokassa *hoidon raportointi* ilmenee, miten potilaan hoitoa seurataan kirjaamisen ja dokumentoinnin kautta. Kaikki tarvittava tieto sekä koko hoitoprosessi löytyy kuntoutussairaalan omasta järjestelmästä. Kirjaamisen lisäksi tieto välittyy suullisen raportoinnin kautta osaston työntekijöiden välillä. Omahoitaja päivittää kuntoutujan hoitokertomukseen muutokset, uudet ohjeet sekä mitä on mietitty ja suunniteltu. Haastateltavat hoitajat kokivat, että viesti kulkee aina.

*”Ja meillähän on myös sähköinen toi hoitokertomus, elikkä omahoitaja päivit-  
tää. Sinne päivittäin laitetaan nämä uudet ohjeet ja mitä on mietitty ja suun-  
niteltu. Siis tietenkkin, koska me joudutaan, et ei me olla koko ajan töissä eli  
sieltä pitää jokaisen osata niitten mukaan hoitaa, toki meil on suullinen ra-  
porttikin mut, et siellä... sieltä pitää löytyä sieltä tietokoneelta kaikki tämä  
tieto, mitä on.” - lastenhoitaja*

Alaluokka *asioiden jakaminen* käsittelee, sitä miten arkisten asioiden jakaminen tapahtuu osastolla käytännössä päivittäin. Henkilökunta on jatkuvassa ja tiiviissä vuorovaikutussuhteessa toistensa kanssa. Tämä tapahtuu päivittäisellä tasolla sekä viikoittaisissa tiimipalavereissa. Hoitoon ja potilaan olotilaan liittyvää tietoa jaetaan molempiin suuntiin aktiivisesti esimerkiksi tilanteissa, joissa ilmenee, että lapsi on uupunut kuntoutusprosessiin. Näin kaikki pysyvät tilanteen tasalla eikä tietokatkoksia tule. Vuorovaikutus ja kommunikaatio ovat niin jouhevia, että kun esimerkiksi fysioterapeutti varaa keskusteluaikaa jotain tiettyä potilasta varten, kaikki häntä hoitavat henkilökunnan muut jäsenet tietävät ketä asia koskee.

*”Ja meillähän on viikottainen tiimiaika, jos haluamme keskustella, ni koko tiimi on paikalla, niin me voidaan keskustella tän lapsen asioista siin tiimissä ja esittää esimerkiksi tiedot tai suunnitella sitä jatkoa, osastojakson pituutta ja tämmösiä asioita.” - fysioterapeutti*

*”Siis mehän nähdään joka päivä, koko aika, ihan jatkuvasti.” - fysioterapeutti*

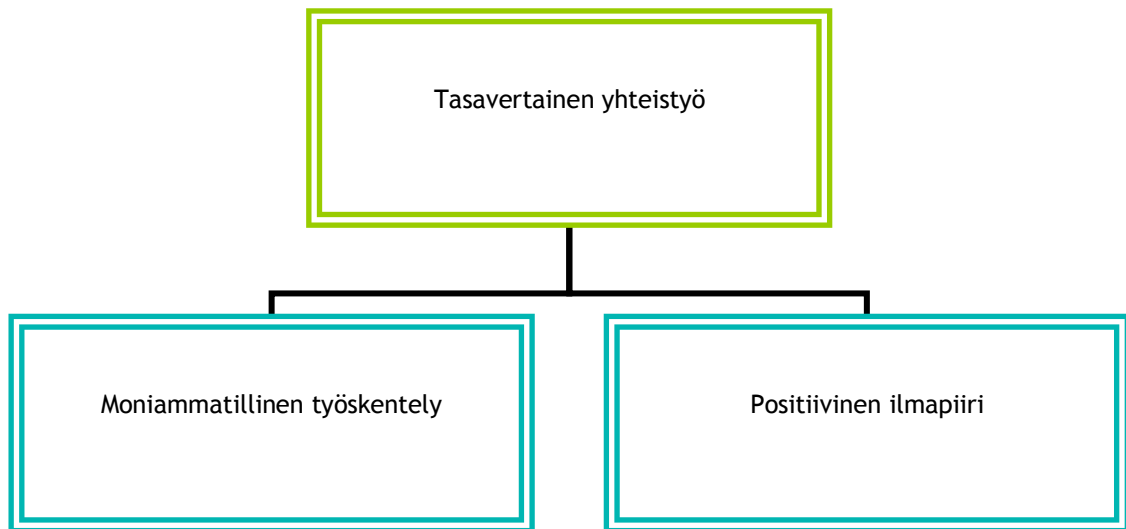
Omahoitajalla on suuri kuntoutusprosessin onnistumisessa, joka ilmenee alaluokassa *omahoitajan rooli*. Omahoitaja on erittäin tärkeässä roolissa, koska hän on niin lähellä kuntoutettavaa lasta. Hän oppii tuntemaan lapsen hyvin ja tietää, millainen persoona tämä on sekä millaista tukea ja kannustusta lapsi tarvitsee. Omahoitajalle lapsi saattaa kertoa, jos hän on väsynyt tai mieltä vaivaa joku, eikä tätä huvita mennä fysioterapiaan. Omahoitaja pystyy tällöin ilmaisemaan asian fysioterapeutille, jonka ei tarvitse ihmetellä, mistä alakuloisuus tai huono mieli johtuu. Kun tiedetään lapsen mielentila, niin fysioterapia-kertaakin voidaan muuttaa sen mukaan.

*”Se korostuu sellaisissa tilanteissa, kun jotenkin alkaa olla se lapsen väsymys sellainen, että sit tarvitaan kovasti apuja siihen ja sillä lailla motivoidaan sitä harjoittelemaan. Ja silloin on omahoitaja se ehkä läheisin ihminen tässä talossa sille lapselle, joka osaa kertoa vähän, mimmonen sen persoonallisuus on ja mistä langoista vetää, että semmosta tietoa, mikä auttaa sit siinä ihan sen fysioterapian toteutuksessa.” - fysioterapeutti.*

### 9.1.3 Tasavertainen yhteistyö

Kolmannessa yläluokassa esille nousee se, miten kuntoutusprosessi kokonaisuudessaan suunnitellaan ja toteutetaan moniammatillisesti. Eri ammattiryhmien edustajat antavat kukin oman panoksensa kuntoutuksen onnistuneen lopputuloksen aikaansaamiseksi. Yläluokka

koostuu alaluokista *moniammatillinen työskentely* sekä *positiivinen ilmapiiri*, jotka esitetään kuviossa 5.



Kuvio 5: Tasavertainen yhteistyö

Alaluokka *moniammatillinen työskentely* rakentaa kuvan kuntoutusprosessista. Tiimiin osallistuvat muun muassa neuropsykologi, kuntoutusohjaaja, lasten neurologi, fysioterapeutti ja kirurgi. Moniammatilliset tiimit kokoontuvat säännöllisesti ja näissä käydään läpi kuntoutusprosessin eri vaiheita ja niihin liittyviä toimenpiteitä, mittaustuloksia, apuvälineitä, millaisia lupia ollaan saatu, tavoitteiden asettaminen ja toteutuminen, koko prosessin etenemistä. Esille nousi myös, kuinka pitkäkestoinen kuntoutusprosessi on ja kuinka tärkeää on hyvä kontakti sekä perheeseen että ortopediin. Prosessi on useiden vuosien mittainen, yleensä lapsesta aikuisuuteen saakka kestävä, ja sitä seurataan alusta asti moniammatillisesti. Puheenvuoroissa ilmeni myös se, että hoitavan tiimin jäsenet luottavat toistensa ammattitaitoon ja keskustelevat avoimesti mieleen tulevista ja askarruttavista asioista. Moniammatillisen yhteistyön malli on rakentunut pitkän ajan kuluessa ja samanlaisia yhteistyötä tehtiin aikanaan 1990-luvulla risotomia-potilaiden osalta. Tiimiläiset voivat vapaasti tuoda esiin tarpeen muiden asiantuntijoiden esimerkiksi psykologin tai toimintaterapeutin konsultaation tarpeen. Lääkärin lähetettä ei tarvita, vaan asiasta sovitaan keskenään arkisesti. Hoitava tiimi kokoontuu noin kerran kahdessa viikossa. Mukana on aina myös lapsi sekä perhe. Yhdessä käydään läpi, että missä mennään, onko päästy tavoitteisiin ja milloin seuraavan kerran tavataan.

*”Oikeastaan ne kaikki mittaustulokset käsitellään sit semmoisessa kokouksessa, joka on moniammatillinen, siinä on ortopedi, fysiologi, hoitavia neurologeja kaksin kappalein ja fysioterapeutteja monta ja sitten jatkossa omahoitajakin varmasti. Siinä tilanteessa mietitään se, että mitkä on ne toimenpiteet,*

*mitä lähdetään perheen kanssa keskusteleen. Ja siinä vaiheessa vähän karkeasti voidaan jo hahmotella sitä, että minkälainen tulee oleen se postoperatiivinen vaihe. Minkälaisia kipsejä, lastoja, apuvälineitä, miten kauan lapsi voi olla sen leikkauksen jälkeen kotona, koska alkaa se kuntoutusjakso osastolla...Mut se on siinä vaiheessa tietyllä tavalla vielä semmosta arvailua, niin kauan kun se lapsi tulee leikkaussalista ja ortopedit on tehnyt toisin sanoen työnsä, niin sit tavallaan he pystyy sanomaan meniks kaikki kun oltiin suunniteltu ja onks luvat ne, mitä ajateltiin silloin etukäteen. Sit se kuntoutusprosessi voi mennä ajotusten puolesta ihan eri tavalla ku siinä preoperatiivisessa sairaalavaiheessa.” - fysioterapeutti*

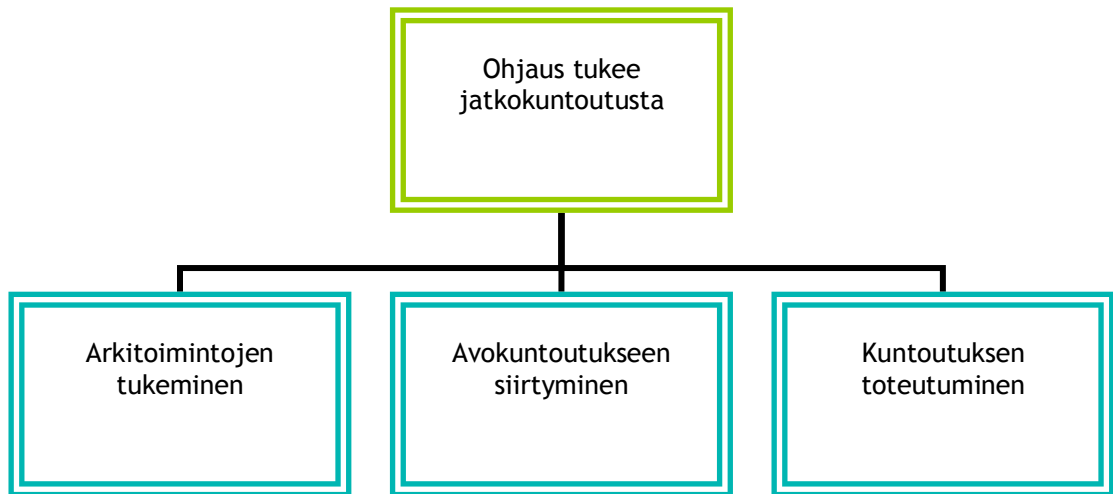
Alaluokassa *positiivinen ilmapiiri* paljastuu kuntoutustiimin jäsenten välinen suhde. Jokaisen ääni tulee kuuluviin ja jokaisella on vapaus ilmaista mielipiteitään ja nostaa esille asioita aina tarpeen vaatiessa. Jokaista myös kuunnellaan, kunhan asiat ilmaistaan selkeästi ja perustellusti. Ilmapiiri ei ole missään nimessä autoritäärinen. Toisaalta jokaiselta odotetaan myös oman ammattialaansa asiantuntijuutta ja perusteltuja lausuntoja tai arvioita. Toisaalta jokaisen pitää olla välillä esillä omassa asiantuntija-roolissaan. Onnistunut yhteistyö myös ruokkii ryhmähenkeä ja positiivista ilmapiiriä. Haastateltavat kokivat, että he ovat onnekkaita, sillä yhteistyö sujuu hyvin. Myös akuuttisairaalan ja avopuolen fysioterapeutit ovat mukana tiimissä, vaikka lastenhoitajien ja heidän välillään yhteistyö ei ole niin tiivistä.

*”Esimerkiksi , jos mä ajattelen tätä tiimiä, vaikka näitä kaikkein harvinaisempia henkilöitä, joita me saadaan tonne kuntoutuksen aikaan, vaikka ortopedi, niin jos me sanotaan, että meillä on joku tuolla, ja vaikka meillä on niin kii-reinen ortopedi, että se saattaa peruuttaa monet ortopedin konsultaatiot kuukaudessa, mutta jos meillä on monitasokirurginen asiakas, niin se tulee kattomaan sitä. Me ollaan siinä sängyn vieressä niinku tasavertaisena silloin, keskustelemassa siitä asiasta, koska se kuuntelee mitä me sanotaan ja kaikissa näissä valintatilanteissa hirveen hyvin meitä kuunnellaan.” - fysioterapeutti*

*”Me ollaan tasavertaisia ja sillä lailla meidän kyllä tää tiimi toimii.”  
- fysioterapeutti*

## 9.2 Ohjaus tukee jatkokuntoutusta

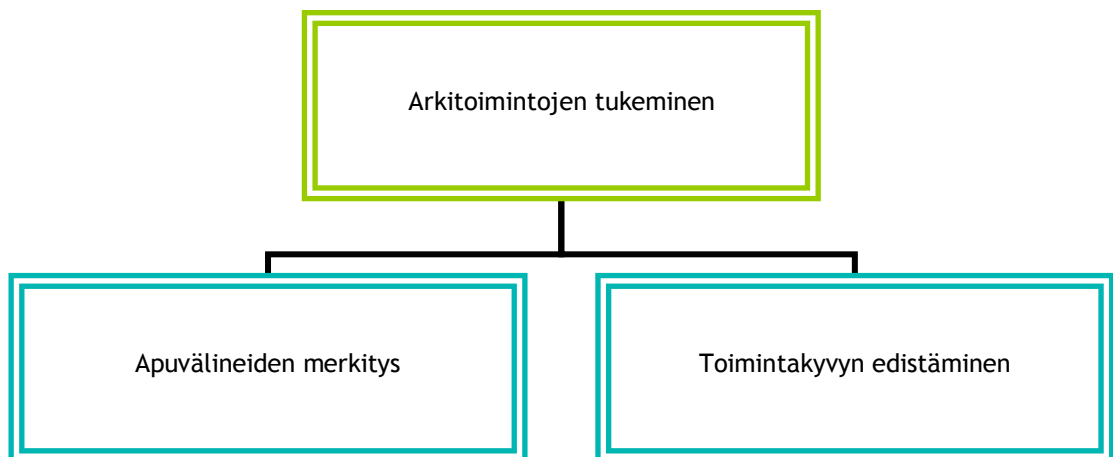
Toinen tutkimuskysymys on, miten kuntoutussairaalan ohjaus tukee sairaalan ulkopuolella toteutuvaa jatkokuntoutusta. Aineistosta nousi yläluokat *arkitoimintojen tukeminen, avokuntoutukseen siirtyminen ja kuntoutuksen toteutuminen*, jotka esitetään kuviossa 6.



Kuvio 6: Ohjaus tukee jatkokuntoutusta

### 9.2.1 Arkitoimintojen tukeminen

Ensimmäinen yläluokka kuvaa sairaalassa tapahtuvan kuntoutuksen siirtymistä arkeen. Se koostuu alaluokista *apuvälineiden merkitys* ja *toimintakyvyn edistäminen*, jotka esitetään kuviossa 7.



Kuvio 7: Arkitoimintojen tukeminen

Apuvälineillä on suuri rooli postoperatiivisessa kuntoutuksessa, joka ilmenee alaluokassa *apuvälineiden merkitys*. Ne tukevat arjen toimintoja. Apuvälineitä valitaan ja niiden käyttöä ohjataan tukemaan lapsen liikuntakykyä. Ortopedisien operaation jälkeisen arvion jälkeen apuvälineiden merkitys korostuu, sillä tavoitteet kuntoutumiselle saattavat muuttua. Apuvälineiden oikea valinta riippuu lapselle asetetuista realistisista tavoitteista hänen



liikkumiselle. Haastattelussa ilmeni, että apuvälineiden saatavuus kotiin on ollut kuitenkin ongelmallista post-operatiivisen kuntoutumisen tukemiseksi.

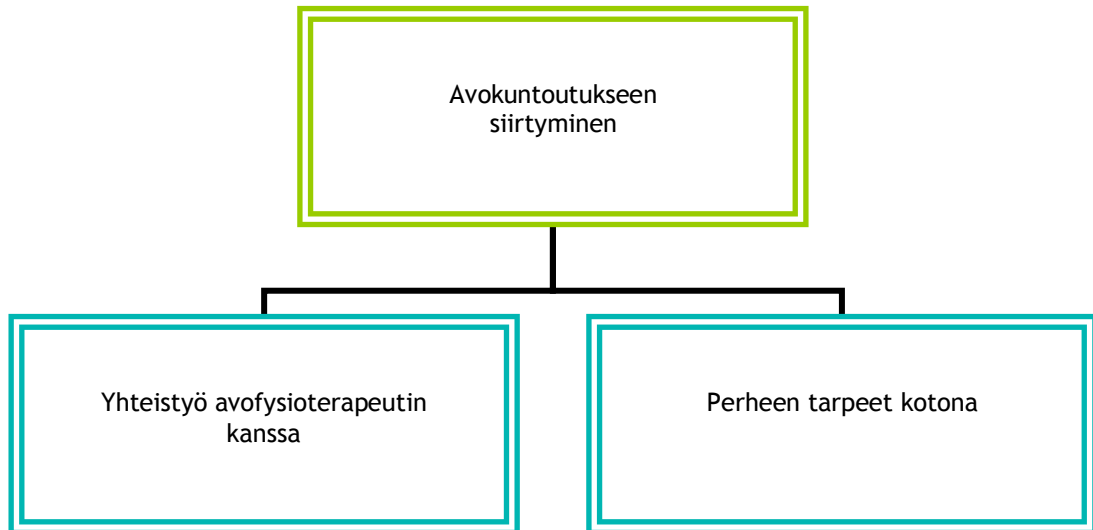
*”Ja sit niille joiden tavoitteena on se parempi kävelymalli, ni siinähan käydään kaikki nämä kävelyn apuvälineet läpi.” -fysioterapeutti*

Alaluokka *toimintakyvyn edistäminen* avaa, miten osastolla tapahtuvat eri kuntoutuksen vaiheet ja toiminnot tavoittelevat nuoren toimintakyvyn edistymistä ja siirtymistä arkeen. Fysioterapiassa harjoitettavia asioita pyritään siirtämään ja harjoittamaan niitä osastolla tapahtuvissa arjen toiminnoissa. Kun lapsi oppii tai omaksuu jonkun uuden taidon se pyritään soveltamaan ja siirtämään arkitilanteeseen. Kuntoutus siirtyy arkeen ja tukee myös kotona tapahtuvia jokapäiväisiä toimintoja. Kuntoutustiimissä tehdään yhteinen päätös siitä, milloin lapsi on valmis kotiutettavaksi. Haastateltavien mielestä edellytyksenä on lapselta vaadittava tarpeeksi hyvä fyysinen kunto, jotta kehitystä tapahtuisi itsenäisessä liikkumisessa.

*” Tavallaan haluttais, että se lapsi ja nuori oppis elämään sen vammansa kanssa sillä tavalla, että hän vois tehdä oikeita asioita ja edistyä ja perustuu siihen tosiaan, et tietyl tavalla niitä oikeita asioita edistävää kuntoutusta tehdään ympäri sen vuorokauden. Et ne asiat mitä harjoitellaan fysioterapiassa siirtyis sinne osaston rutiineihin ja ajatellaan tietyllä tavalla, just niitä asioita mitä lapsi tai nuori tekis myöskin kotona, miten hän toimis siellä.” -fysioterapeutti*

### 9.2.2 Avokuntoutukseen siirtyminen

Toinen yläluokka muodostuu alaluokista: *yhteistyö avofysioterapeutin kanssa ja perheen tarpeet kotona*, jotka esitetään kuviossa 8. Yläluokka keskittyy kuntoutussairaalassa tapahtuviin toimenpiteisiin, jotta lapsen siirtyminen avokuntoutukseen olisi helppoa ja post-operatiivista kuntoutusta tukevaa. Esille nousee myös perheelle ja lapselle aiheutuvat erilaiset leikkauksen jälkeiset ongelmat ja tarpeet niiden tukemisessa.



Kuvio 8: Avokuntoutukseen siirtyminen

Alaluokassa *yhteistyö avofysioterapeutin kanssa* ilmenee se, miten avoterapeutin ohjaus sekä tukeminen on tärkeää niin kuntoutus- kuin akuuttisairaalassakin. Haastattelussa fysioterapeutit kuvasivat erilaisia tilanteita, joihin avofysioterapeutti yleensä osallistuu. Avopuolen terapeutilla on tarvittaessa mahdollisuus käydä sairaalassa tapaamassa moniammatillista tiimiä, jolloin ohjaaminen ja tiedonjakaminen on hyvin konkreettista. Hän on tiiviisti mukana sairaalassa tapahtuvan kuntoutuksen etenemisessä ja terapeutit ovat tiiviissä yhteistyössä jatkokuntoutuksen suunnittelussa. Tiivis yhteistyö jatkuu myös nuoren kotiuttamisen jälkeen, jolloin kuntoutuksesta päävastuu siirtyy avopuolen fysioterapeutille. Lisäksi avoterapeutti saa akuuttisairaalassa ohjausta akuuttivaiheeseen liittyvissä asioissa akuuttisairaalan terapeuteilta.

*”Siinä vaiheessa kun aletaan valmistelut siltä kuntoutusjaksolta siirtymistä kotiin niin tota siinä vaiheessa sitten sen avoterapeutin rooli tietysti korostuu, et usein hän tulee käymään tai yleensä aina, tulee käymään ja käydään läpi se, mitä siinä post-operatiivisessa vaiheessa on tapahtunut ja onko vielä jotain rajoituksia ja sit oikeastaan suunnitellaan se, et miten, missä ja miten se fyysioterapia toteutuu niinku jatkossa, toteutuks se kotona, vai vastaanotto käynteinä ja sitten oikeastaan mitkä on ne lähimmät tavoitteet ja hän käy meillä tosi säännöllisesti ja usein seurannassa ja usein ollaan puhelinyhteydessä sitten, silloin kun se lapsi tai nuori on kotiutunut, ni sen avoterapeutin kanssa ehkä vähän tiiviimmin.”*

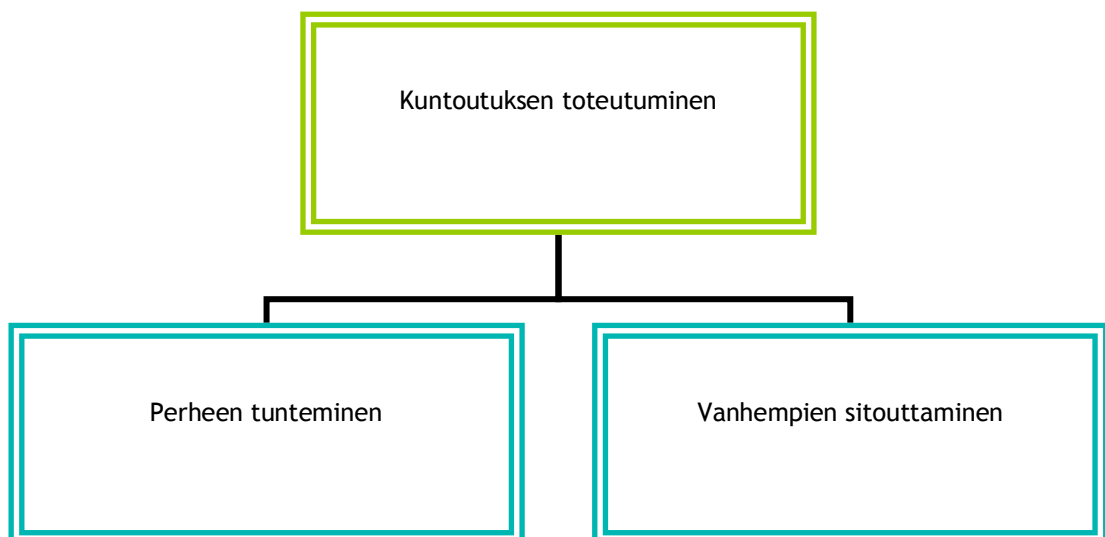
Alaluokassa *perheen tarpeet kotona* selviää, miten post-operatiivinen vaihe ja kuntoutus rakentuvat lapsen ja hänen perheensä monista tarpeista. Haastateltavien mielestä lapsi

tarvitsee muun muassa kotiuttamisen jälkeistä tukea, sillä lapsen liikkumiseen liittyvät rajoitteet syrjäyttävät hänet normaaleista sosiaalisista toiminnoista. Toiveena oli mahdollinen henkilökohtainen avustaja, joka mahdollistaisi lapsen osallistumista vapaa-ajan toimintoihin. Myös perheelle nähtiin tarpeellisena avustusta kotitöissä, jotta lapsi saisi mahdollisimman paljon tukea vanhemmiltaan vaativaan kuntoutusvaiheeseen. Keskustelussa korostui myös perheen kokema pelko lapsen kotiutumisen jälkeen, sillä vastuu kuntoutuksen onnistumisesta ja jatkumisesta siirtyy heille.

*”Koska se on useimmiten se suurin gäppi, mihin ne putoo ,siihen semmoseen yksinäisyyteen ja jotenkin vaikka kaveripiiriäkin olisi, niin ne ei pääse riittävän hyvin siihen kavereittensa luokse, että pitäis olla, joku systeemi, jolla helpotettais sitä, osallistumista ikätaoisten nuorten rientoihin, se ois mun mielestä semmonen, mitä, jos ois rahaa, sitähän se vaatii, niin sitä haluais näille nuorille.” -fysioterapeutti*

### 9.2.3 Kuntoutuksen toteutuminen

Viimeinen yläluokka rakentuu alaluokista *perheen tunteminen* ja *vanhempien sitouttaminen*, jotka on esitetty kuviossa 9. Tässä käsitellään perheen suhtautumista ja vastaanottamista ohjaukseen liittyen sekä leikkauksen realistisia vaikutuksia nuoren liikkumiseen. Tämä myös sisältää vanhempien ohjausta kotona tehtäviin kuntoutusta tukeviin harjoituksiin ja koko kuntoutusprosessiin.



Kuvio 9: Kuntoutuksen toteutuminen

Alaluokassa *perheen tunteminen* paljastuu se, miten monitasokirurgiset asiakassuhteet ovat pitkiä. Haastattelussa tiimin jäsenet totesivat, että jokaisen perheen suhtautuminen monitasokirurgiseen leikkaukseen on erilainen. Tiimissä tiedetään hyvin, miten kukin perhe ottaa vastaan ohjausta ja mitä tukitoimenpiteitä he tarvitsevat prosessin eri vaiheissa. Monitasokirurgisen toimenpiteeseen päätyminen joidenkin perheiden kohdallaan kertoo heidän hyvästä sitoutumisestaan ja kyvystään suoriutumaan vaativista operaatioista. Haastattelussa jäsenet pitivät tärkeänä perheen realistista ymmärrystä leikkauksen vaikutuksista sekä tuloksista.

*” Me tiedetään, että perhe voi ottaa vastaan ohjausta ja mitä tälle perheelle, mitä tukitoimia ne tarvitsee siihen ympärille, jotta tällainen isompi operatioprosessi voi onnistua. Ja sit tietysti osaston omahoitaja tietää kaikki ne kotiympäristön asiat tosi tarkkaan, minkälainen tuki siellä on.”*  
- fysioterapeutti

*Vanhempien sitouttaminen* alaluokassa kerrotaan, miten kuntoutuksen aikana vanhemmat perehtyvät fysioterapiaan ja miten heitä ohjataan tekemään kuntouttavia harjoitteita myös kotona. Fysioterapia kertojen seuraaminen antaa vanhemmille todellisen näkemyksen lapsen vaikeuksista ja ymmärrystä siihen, miksi tiettyjä harjoituksia tehdään. Vanhempien näkemys kuntoutukseen avartuu, kun harjoitusten tekemisen tarkoitus selkeytyy. Tämä lisää vanhempien sitoutumista sekä motivaatiota prosessin toteutumiseen. Haastateltavat pitivät tärkeänä vanhempien viikoittaista näkemistä. Tapaamisen aikana he voivat puolin ja toisin keskustella kotona tai osastolla esiintyvistä ongelmatilanteista. Myös vanhemmille viikonloppuharjoitusten ohjaamista pidettiin tärkeänä, jotta kotona harjoitusten toteuttaminen olisi helpompaa. Lisäksi esille nostettiin kuvien ja videonin käyttöä vanhempien tehokkaana visuaalisena ohjauskeinona.

*”Kun vanhemmat tulee jo ajoissa sinne osastolle, joskus on näinkin, varsinkin siin alkuvaiheessa niin ne saattaa ihan seurata jonkun fysioterapia-kerran, jolloin tehdään, ihan tehdään ja sit ne näkee mitä harjoitellaan ja tavallaan näkee ne vaikeudetkin ehkä selkeemmin siinä sitten ja sitten se on kanssa semmonen hyvä motiivointikeino, et sitte sanotaan, että tätä varten se pitää tehdä.”* -fysioterapeutti

### 9.3 Tulosten yhteenveto

Johtopäätöksenä voidaan sanoa, että haastateltavat kokivat moniammatillisen kuntoutusohjauksen toteutuvan hyvin kuntoutussairaalassa. Haastateltavat kokivat olevansa tasa-arvoisia tiimin jäseniä, joiden osaamista ja ammattitaitoa kunnioitetaan. Työ

fysioterapeuttien ja hoitajien välillä oli joustavaa ja sujuvaa samoin vuorovaikutus, avoimuus ja kommunikaatio. Tiimin jäsenten välillä vallitsi luottamus ja vapaus ilmaista itseään. Haastateltavat eivät kokeneet työilmapiiriä hierarkkiseksi edes lääkäreiden suhteen. Kaikilta tiimin jäseniltä odotetaan oman alansa asiantuntijuutta. Työntekijät myös ohjaavat toisiaan, jotta asiakkaan kuntoutus olisi mahdollisimman kokonaisvaltaista ja arjen toimintakykyä tukevaa. Työtä muutetaan jatkuvasti sen mukaan kun tarvetta ilmenee. Näin on käynyt vuosien varrella. Työ ei ole enää samanlaista kuin esimerkiksi 20 vuotta sitten. Työyhteisö on itseohjautuva, se pyrkii muuttamaan toimintatapojaan, jos ne eivät ole toimivia tai ajanmukaisia.

Haastateltavat kokivat myös apuvälineillä olevan suuri rooli lapsen liikunta- ja toimintakyvyn tukemisessa leikkauksen jälkeisessä kuntoutusvaiheessa. Apuvälineiden tuki nähtiin lapsen mahdolliselle itsenäiselle liikkumiselle sekä selviytymiselle arjen askareista. Moniammatillinen tiimi näki sairaalassa tapahtuvan kuntoutuksen olevan lapselle toimintakykyä edistävänä, sillä terapiatilanteissa harjoitukset ovat arjen toimintoja tukevia. Sairaalassa tapahtuva kuntoutusjakso antaa mahdollisimmat hyvät valmiudet kotiutumiseen ja arkeen palamiselle, mikä näkyy sekä fysioterapiassa, että osastolla tapahtuvien toimintojen kautta. Tärkeäksi keskeiseksi asiaksi haastateltavat nostivat avofysioterapeutin roolin kuntoutuksessa. Hänen kanssaan hyvä ja tiivis yhteistyö tukee lapsen kuntoutuksen jatkumista sairaalan ulkopuolella.

Haastattelun osallistujat kokivat keskeiseksi asiaksi lapsen ja perheen tuen tarpeen leikkauksen jälkeen. Perheelle nähtiin tarvetta yleisten kodin asioiden hoidossa ja lapselle tarve keskittyi sosiaaliin toimintoihin pääsyyn liikuntarajoitteista huolimatta. Tiimin jäsenet kokivat perheen ja heidän välisen pitkän asiakassuhteen tärkeäksi, varsinkin monitasokirurgisen leikkauksen tekemisen päättämisessä. He kokivat, että jokainen perhe tarvitsee erilaista ohjausta ja käsittelytapaa. He myös näkivät tärkeäksi perheen ymmärtävän leikkauksen realistiset vaikutukset lapsen liikkumiseen. Haastattelussa kävi myös ilmi, että vanhempien säännöllinen näkeminen sekä verbaalinen ja visuaalinen ohjaaminen tukee lapsen kuntoutumista.

## 10 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jonka avulla moniammatillista kuntoutusohjausta ja yhteistyötä voidaan tulevaisuudessa kehittää. Tähän ei varsinaisesti ilmennyt tarvetta itse kuntoutussairaalassa, mutta kehitettävää on jatkokuntoutuksen, apuvälineiden ja kuntoutujan arjen tukemisen suhteen. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaista monitasokirurgisen leikkauspotilaan moniammatillinen kuntoutusohjaus on yhdessä

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kuntoutussairaalaan. Tähän saatiin vastaukseksi, että yhteistyö on toimivaa, tasa-arvoista, avointa ja keskustelevaa.

Jälkeenpäin pohdittuna olisi ollut antoisaa tehdä kaikille osallistuville vielä yksilöhaastattelut. Tästä olisi saatu erilaisia vastauksia ilman ryhmän painetta, kun olisi ollut tilaisuus puhua pelkästään tutkijoiden kanssa. Yksilöhaastattelut olisivat syventäneet ja varmentaneet todellisia mielipiteitä ja kokemuksia. Tämä olisi voinut muuttaa tutkimuksen tuloksia eri suuntaan. Ryhmässä tapahtuu helposti rooliutumista ja ryhmäytymistä - jotkut ovat hallitsevammassa asemassa ja toiset joko jäävät passiivisen statistin asemaan tai myötäilevät dominoivia jäseniä. Pohdittiin, onko vastaus luotettava, koska kuntoutusprosessiin liittyvä palaute tulee ainoastaan työyhteisön sisältä, ilman ulkopuolista näkökulmaa tai asiantuntemusta. Tästä johtuen tutkimuksen vastaus on hyvin yksimielinen ja yksipuolinen. Tutkimus jää suppeaksi, koska se ilmentää vain tiettyjen ihmisten mielipiteitä. Tutkimusta voisi siis laajentaa koskemaan muita Suomessa olevia monitasokirurgisia leikkauksia tekeviä sairaaloita ja heidän moniammatillisia tiimejään.

Tutkimukseen osallistui pelkästään moniammatilliseen tiimiin kuuluvan kahden eri ammattiryhmän edustajia, joten kokonaiskuva tai näkemys on tämänkin takia hieman suppea eli ei edusta täydellistä kuntoutukseen osallistuvaa moniammatillista tiimiä. Näin jälkikäteen ajatellen olisi voinut esittää muutamista esille nousseista aiheista lisää tarkentavia kysymyksiä. Tämän myötä olisi saatu vielä kattavampi ja runsaampi aineisto. Tutkimuksen tekijöiden ollessa fysioterapia-opiskelijoita, se saattoi herättää haastateltavissa ennakkoodotuksia tutkimusaiheeseen liittyen. He olettivat, että tutkijat tietävät aiheesta jo entuudestaan. Tästä johtuen haastateltavat näkivät tarpeettomaksi syventää ja selventää näkemyksiään perusteellisesti aiheeseen liittyen. Usein he vastasivat kuin se olisi kaikille itsestään selvä asia. Vai liekö syynä se, että aihe on heille niin arkinen ja tuttu sekä ympärillä tutut ihmiset. Aineistosta jäi myös pieni osa alkuperäisilmauksia pois, koska niitä ei voitu käyttää niiden epämääräisyyden vuoksi. Haastateltavat puhuivat näissä epäsuorasti aiheesta. Tutkimuksesta haluttiin näin pois sulkea harhaanjohtavat ja tulkinnalliset ilmaukset. Ne olisivat vähentäneet tutkimuksen luotettavuutta.

## 10.1 Tulosten tarkastelu

Kuten Eskola ja Suoranta (2005) esittävät, voi haastattelutilanteen rekonstruoiminen olla vaikeaa, ellei haastattelunauhoja pureta heti tilanteen jälkeen. Litteroinnissa voi taas ilmetä pulmallisia hetkiä, kun useampi ihminen puhuu yhtä aikaa ja pitää saada selvää kuka puhuu. (Eskola & Suoranta 2005, 99). Tämän kanssa ponnisteltiin, sillä välillä oli yksinkertaisesti mahdotonta saada selvää kuka on äänessä. Ongelma ilmeni ainoastaan tilanteissa, joissa monet puhuivat samaan aikaan. Muuten äänet tunnistettiin helposti. Nauhat kuunneltiin

moneen kertaan yhdessä ja erikseen sekä litteroitu materiaali tarkistettiin kuvanauhaa tukena käyttäen.

Vance Peavyn (Onnismaa 2007) mukaan huomioisuus (*mindfulness*) on yksi tärkeä ohjaustaito. Tällä hän tarkoittaa sitä, miten ohjaaja käsittelee informaatiota, näkee vanhan uudella tavalla sekä on valpas ja läsnä. Tämän seurauksena rutiinit muuttuvat luovuudeksi ja ohjattava pystyy esimerkiksi näkemään ja tunnistamaan käsitystensä taustalla olevia itsestäänselvyyksiksi muuttuneita olettamuksia. (Onnismaa 2007, 38.) Omasta mielestään kuntoutussairaalan tiimin jäsenet kokevat kaiken toimivaksi sekä itsereflektiivisyyden onnistuneeksi siten, että he itse pystyvät muokkaamaan ja muuttamaan työtään tarpeen niin vaatiessa. Mönkkönen (2007, 97) korostaa, että ihmistyön ammattilaisen tulee arvioida omaa toimintaansa kriittisesti ja pyrittävä muuttamaan oivallustensa kautta toimintatapojaan. Piiraisen (2006, 87) tutkimuksessa haastateltavat fysioterapeutit ilmaisivat kiinnostuksena vain oman ammattiryhmänsä kehittämiseen, ei muun työyhteisön osalta.

Lisäksi Mönkkönen (2007) huomauttaa esimerkin kautta, että työpaikoilla usein kuultava kommentti, että meidän työ on niin erilaista tai ettei näitä meidän hommia voi verrata kenenkään toisen töihin, voi nousta yhteistyön esteeksi. Vaikka juuri kaikkien ollessa erilaisia ovat he oikeastaan samassa asemassa työyhteisössä. (Mönkkönen 2007, 182 - 183.) Omasta mielestään kuntoutussairaalan työntekijät eivät tarvitse ulkopuolisen näkemyksiä tai mielipidettä, koska heidän työtään on niin vaikea ymmärtää. Tästä nousi ajatus että, onko monitasokirurgisia leikkauksia tekevien sairaaloiden moniammatillisten tiimien välillä asiantuntijoiden välistä vuorovaikutusta, tiedon vaihtoa, ammatillista tukea sekä palautetta. Tämä ei ilmennyt haastattelun aikana, tätäkin olisi mielenkiintoista selvittää esimerkiksi omassa erillisessä tutkimuksessa.

Dialogilla on keskeinen merkitys uuden työtavan oppimisessa. Tämä on havaittu myös moniammatillisten tiimien kohdalla. Tutkimukset osoittavat, että yhteistyön idea nojaa asiantuntijoiden osaamisen jakamiseen sekä innovatiiviseen kehittämiseen juuri vuorovaikutuksessa. Hyvä tiimi antaa jäsenilleen sosiaalista tukea ja hyväksyntää, luovaa sitoutumista sekä tarjoaa mahdollisuuksia tyydyttää ryhmään kuulumistarvetta. Tiimi mahdollistaa asioiden uudenlaisen pohtimisen sekä uuden oppimisen. Yhteistyön tekeminen on helpompaa ja työn ilo sekä motivaatio paranevat. (Larivaara & Taanila 2009, 289.) Haastateltavat kertoivat olevansa tasavertaisia ja arvostettuja tiimin jäseniä. Keskinäinen vuorovaikutus, kommunikaatio ja dialogi ovat toimivaa ja avointa. Kaikista asioista pystytään puhumaan ja osaamista jakamaan kaikkien kesken. Tiimin jäsenet kokivat olevansa hyväksytyjä tiimin jäseniä ja toivat sen painokkaasti ilmi. Tiedonvaihtoa tapahtuu kaikkien tiimiläisten välillä säännöllisissä potilaskokouksissa sekä myös epämuodollisimmissa tilanteissa, kuten fysioterapia-kertojen jälkeen. Myös Sinclairin ym. (2009) tutkimus tukee

tätä epävirallista tiedonvaihtoa tilanteissa, joissa työntekijät kohtaavat käytävillä, terapia-tiloissa, osastolla, ynnä muissa vastaavissa tilanteissa. Tällöin vaihdetaan tietoa sekä suunnitellaan tarpeen mukaisia ilmenneitä hoitostrategioita. (Sinclair ym. 2009, 1199.)

Toisaalta haastattelussa ilmeni myös ristiriitaisia ajatuksia, kun puhuttiin esimerkiksi yhteistyöstä akuuttisairaalan fysioterapeuttien kanssa. Yksi lastenhoitaja ilmaisi asian niin, että *”ku me ollaan osastolla, niin ei me olla heidän kanssaan missään tekemisissä, me ei tunneta ku ulkonäöltä elikkä se yhteistyö on kyllä tällasta, sit se kuntoutus tapahtuu täällä.”* Eli tästä heräsi ajatus, että onko yhteistyö sittenkään niin sujuvaa kaikkien osapuolten kesken vai vain kuntoutussairaalan omassa tiimissä. Myös Sinclairin ym. (2009) tutkimuksessa havaittiin, että vaikka tiimi toimii moniammatillisesti yhteistyössä, taustalla on näkyviä läheisempiä ”liittoutumia” tiettyjen ammattiryhmien kesken. Erityisesti sellaisten ammattiryhmien jäsenten välillä, jotka työskentelevät päivittäin ja jatkuvasti yhdessä. Tällaiset liittoumat saattavat jakaa ja erottaa tiimiläisten yhteishenkeä. Toisaalta tutkimus toteaa, että läheinen yhteistyö voi myös rohkaista, kannustaa ja tukea yhteistä työtoveruutta. (Sinclair ym. 2009, 1198.)

Kehittyneessä innovatiivisuuteen suuntautuneessa moniammatillisessa tiimityöskentelyssä päätöksenteon ja tiedonkulun hierarkkiset rakenteet ovat purettu. Niissä uskalletaan puhua myös asioista, jotka saattavat kiristää ryhmän ilmapiiriä. Käsiteltäessä konkreettisia asioita tai ongelmia esiin annetaan nousta myös ristiriitaiset mielipiteet ja näkökulmat. Näitä ilmauksia on pystyttävä kuuntelemaan ja suhteuttamaan toisiinsa. Moniammatillisessa keskustelussa tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että eri alojen ammattilaiset ylittävät organisaatioidensa hallinnollisia ja hierarkkisia rajoja. (Larivaara & Taanila 2009, 291.) Sinclair ym. (2009) toteavat tutkimuksessaan, että tiimissä on tärkeää olla halukas vaihtamaan kokemuksia ja tietoja muiden kesken. Yhteisissä kokouksissa opitaan myös toisten ammatista ja siitä, millaisia keinoja toisella tiimin jäsenellä on yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. (Sinclair ym. 2009, 1200.) Kuntoutussairaalan moniammatillisen tiimin jäsenet kokivat olevansa tasavertaisia esimerkiksi ortopediin kanssa. Jokainen jäsen nähdään oman alansa asiantuntijana ja heidän ammattitaitoonsa luotetaan. Tiimi toimii siis ilman hierarkkisia suhteita. Haastattelussa ilmeni myös, että asioista uskalletaan puhua avoimesti, esimerkiksi *”jos on ongelmia tai jotain, niin uskalletaan tuoda ne julki”*, kuten yksi haastateltava asian ilmaisi. Santyn (1999, 92) tutkimuksessa todetaan, että samalla osastolla työskentelevien hoitajien sekä fysioterapeuttien tulee pyrkiä ymmärtämään toistensa ammattikieltä sekä työn taustalla vaikuttavia ideologioita.

Jotta moniammatillinen tiimityöskentely onnistuu, vaatii se tiimin jäseniltä henkistä kypsyyttä ja voimaa. Jäsenten on ylitettävä asenteellisia rajoja ja tietyissä määrin oltava valmiita luopumaan oman erityisosaamisensa rajoista. Toimiva ja tehokas yhteistyö edellyttää



yhteisen ammattikielen löytymistä myös niin, että asiakas ymmärtää mistä puhutaan. Onnistuminen riippuu ammattilaisten kypsyden lisäksi, yhteistyöhalukkuudesta sekä ympäristön antamasta tuesta. Yhteiskunnallisen tuen lisäksi tarvitaan koulutusta, joka antaa luottamusta omaan osaamiseen ja rajojen tuntemiseen. Moniammatillinen työskentely edellyttää siis tiimitaitojen, asenteiden, teoreettisen ajattelun sekä työskentelytapojen kehittämistä niin teoreettisten kuin käytännön harjoitustenkin avulla. (Larivaara & Taanila 2009, 292 - 293.) Kuntoutusairaalan tiimin työskentelytavat ovat muuttuneet ja muuttuvat jatkuvasti pääasiassa omien kokemusten ja vastaantulevien hankaluuksien kohtaamisen kautta. Mieleen nousi, että onko tiimiläisiä mitenkään koulutettu moniammatilliseen tiimityöskentelyyn tai minkälaista työnohjausta he saavat siihen liittyen. Kuten Nykänen ja Pohjolainen (2009, 391) toteavat, on työnohjaus tarpeellinen osa moniammatillisen työryhmän työskentelyyn liittyvää koulutusta.

Yleisesti voidaan ajatella, että tavoitteet kuntoutuksessa ja kuntouttavassa arjessa ovat eri tiimin toimijoilla tai palveluketjun jäsenillä samat, joskin eri näkökulmasta katsottuna. Arki, terapia ja harrastukset eivät siten ole toistensa kanssa kilpailevia asioita, vaan tähtäävät samaan. Esimerkiksi lapsen ja perheen tavoitteena voi olla yleisesti kävelyn sujuminen, kun taas esimerkiksi fysioterapeutti voi pilkkoa kävelyn pienempiin osa-suorituksiin ja sitä kautta lähestyä asiaa. Silti kokonaistavoite on kaikilla osapuolilla sama. Tärkeintä on omatoimisuuden kehittäminen sekä päivittäisistä toimista selviäminen mahdollisimman hyvin, jotta lapsi ja perhe pääsevät osallistumaan heille tärkeisiin tapahtumiin. (Sipari 2008, 73, 75.) Haastattelun aikana sekä fysioterapeutit että lastenhoitajat toivat esiin arkea tukevan kuntoutuksen tärkeyden. Niin osastolla kuin itse fysioterapiassakin toteutettavien harjoitusten tarkoituksena ja tavoitteena on siirtyä kuntoutujan arkeen. Kuntoutuksessa harjoitellaan siis arjen toimintoja fyysisen toimintakyvyn kehittämisen kautta. Olisi mielenkiintoista selvittää, miten tämä käytännössä näkyy ja toteutuu kuntoutujan arjessa, koska nyt näkemys on vain ammattilaisten silmin nähtynä.

Kun kuntoutusta suunnitellaan, toteutetaan ja ohjataan, on aina ensisijaisen tärkeää huomioida lapsen jaksaminen. Toteutuksessa tulee muistaa perusinhimillisyys, jaksotus ja lapsen vaihtelevat vireystilat. (Sipari 2008, 86.) Tämä nousi esiin myös tässä tutkimuksessa. Erityisesti korostui lastenhoitajien ja fysioterapeuttien välinen avoin ja keskusteleva kommunikaatio, jossa he jatkuvasti pitivät toisiaan tilanteen tasalla lapsen jaksamisesta tai turhautumisesta. Erityisasemassa on lapsen omahoitaja, joka on lapsen kanssa kaikkein eniten. Myös fysioterapeutin tulee olla kiinnostunut lapsesta persoonana, jotta kuntoutus onnistuu. Lapsi on nähtävä kokonaisuutena, eikä *”se ei ole pelkästään ne jalat.”*

Myös monitasokirurgisen leikkauksen kuntoutusprosessin kokeneiden lasten ja heidän vanhempien kokemukset laajentaisivat näkemystä moniammatillisesta ohjauksesta. Norjassa

tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin lasten ja vanhempien kokemuksia monitasokirurgisen leikkauksen jälkeisestä kuntoutusprosessista. Tutkimuksessaan Capjon ja Bjørk (2010) toteavat, että vanhemmat ja lapset kokivat post-operatiivisen kuntoutuksen huomattavasti vaativammaksi, kuin aiemmat operatiivisten toimenpiteiden jälkeiset kuntoutumisjaksot. Vanhempien kokemukset sairaalassa tapahtuvasta kuntoutuksesta olivat kuitenkin positiiviset ja suurin osa vanhemmista koki luottamusta sairaalan henkilökuntaa kohtaan ja he saivat heiltä tarvitsemansa apua. Heillä oli kuitenkin sekava tunne siitä, minkälaista apua he voivat saada ja kenen kanssa konsultoida avun tarpeen tullessa. Vanhemmille annettu yleinen tieto ei ollut tarpeellista, sillä he eivät kokeneet oloansa turvalliseksi ja hyvin informoiduiksi. Ajoittain he kokivat, että heitä ei kuunneltu tai otettu tosissaan. (Capjon & Bjørk 2010, 187 - 188.)

Kuntoutussairaalan haastateltavat painottivat, että vanhempien tukeminen ja mukanaolo prosessissa on tärkeää. Vanhemmat käyvät viikoittain kuntoutussairaalan osastolla tapaamassa fysioterapeutteja ja lastenhoitajia. Tällöin päivitetään kuntoutuksen liittyviä onnistumisia ja mahdollisia ongelmia. Samalla käydään läpi kuntoutuksen etenemistä. Vanhemmille annetaan viikonlopuiksi, jolloin lapsi on kotona, konkreettisia harjoituksia prosessin tueksi. Vanhempia ohjataan verbaalisesti ja visuaalisesti fysioterapeutin toimesta. Heidän kanssaan keskustellaan arjen sujumisesta. Vanhemmat pääsevät seuraamaan fysioterapiatilanteita, jolloin he näkevät lapsensa mahdolliset vaikeudet ja haasteet kuntoutukseen liittyen. Tämä auttaa heitä ymmärtämään, minkä takia tiettyjä harjoitteita tehdään ja kannustaa sekä motivoi heitä toteuttamaan harjoitteita kotona. Ennen päätöstä leikkaukseen menosta vanhempien kanssa keskustellaan leikkauksen vaikutuksista. Tällä pyritään välttämään vanhempien yliodotuksia leikkauksen lopputuloksesta. Siten voidaan asettaa realistiset tavoitteet kuntoutumiselle. Capjonin ja Bjørkin (2010) tutkimuksessa vanhemmat kokivat kuitenkin suurta turhautumisen tunnetta annettuihin ohjeisiin harjoitusten yksityiskohtien suhteen sekä puutetta selkeästä määrittelystä vastuusta hoidon eri vaiheissa. Perheet odottivat enemmän käytännöllistä tukea ja apua sairaalan moniammatilliselta tiimiltä kuntoutusjakson aikana. Lapsilla oli taas ollut huomattavasti korkeammat odotukset leikkauksen tuloksiin, josta seurasi pettymisen tunne. Kyseisen tutkimuksen tulokset osoittavat, että vanhempien ja lasten haastattelu antaisi erilaista näkökulmaa sekä aihetta kehittymiselle. (Capjon & Bjørk 2010, 187 - 188.)

Kuntoutussairaalan haastateltavat kokivat, että lapset ja perhe tarvitsee eniten tukea kotiutumisen jälkeen. Esimerkiksi vanhemmat tarvitsevat apua kodinhoidossa, jotta heille jää enemmän aikaa olla lapsen kanssa ja tehdä arjen kuntouttavia harjoitteita. Lapsi puolestaan tarvitsee liikuntarajoitteidensa takia tukea, kuten henkilökohtaisen avustajan, joka mahdollistaa lapsen vapaa-ajan rientoihin osallistumisen sekä tarpeellisen sosiaalisen kanssakäymisen muiden ikätovereidensa kanssa. Norjalaisessa Capjonin ja Bjørkin (2010)

tutkimuksessa mainittiin, että lapsilla oli tunne kouluympäristöön vaikeasta sopeutumisesta sekä siellä kiusaamisen kokemisesta. Samassa tutkimuksessa todettiin myös vanhempien kokemaan tarvetta parempaan tukeen, kuin sitä, mitä he saivat kuntoutustiimiltä ja sairaalan henkilökunnalta. (Capjon & Bjørk 2010, 188 - 189.)

Capjon ja Bjørk (2010, 186) toteavat tuloksissaan, että sairaalassa apuvälineiden saanti on hidasta, mikä aiheutti vanhemmilla turhautumisen tunnetta. Myös kuntoutussairaalan haastateltavat ilmaisivat, että eniten parannettavaa kuntoutussairaalassa olisi apuvälineiden osalta. Heidän mielestään apuvälineiden saanti on hankalaa, johtuen apuvälineteknikoiden vähyydestä. Becker & Dusing (2010, 279) toteavat tutkimuksessaan, että fysioterapeuteilla on riittävät tiedot ja taidot toimia konsultteina kuntatasolla kun pohditaan, millaisia apuvälineitä ja muutoksia tarvitaan, jotta ympäristö saataisiin tukemaan vammaisen lapsen täyttä osallistumista arjen toimintoihin.

Apuvälineiden merkitys kuntoutuksen parantamisessa on erittäin suuri. Niiden avulla lapsen liikkuminen on mahdollisimman itsenäistä. Becker & Dusing (2010) toteavat, että fysioterapeutit, jotka työskentelevät vammaisten lasten kanssa, pyrkimyksenä on aina lapsen täysipainoinen osallistuminen arjen toimintoihin. Fyysisten rakenteiden ja toimintakyvyn lisäksi fysioterapeuttien on enenevässä määrin huomioitava myös lapsen persoonalliset ja ympäristölliset tekijät, jotka vaikuttavat osallisuuden kokemiseen. (Becker & Dusing 2010, 276.)

Haastateltavat toivoivat näihin kahteen edellä mainittuun asiaan parannuksia ja lisäresursseja. Tästä nousi kysymys, että mitä kuntoutussairaalan tiimi voi itse tälle asialle tehdä. Onko esimerkiksi mahdollista muuttaa heidän omaa työskentelyään tai millaisia tukitoimia tiimin jäsenet tähän kaipaisivat. Mieleen nousi, että onko apuvälineteknikko osa moniammatillista tiimiä, koska haastattelussa asiaa ei mainittu mitenkään. Haastattelussa asia jäi tarkentamatta.

Järvikoski ja Karjalainen (2008) toteavat, että toimiva moniammatillinen yhteistyö ja hyvä vuorovaikutus asiakkaan kanssa voivat jo itsessään olla kuntouttavia. Yhteistyön perimmäisenä tarkoituksena on eri asiantuntijuuksien, eri näkökulmien ja erilaisten voimavarojen luova yhdistäminen yksilöllisissä kuntoutustapahtumissa. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 88.) Tämä toteutuu myös kuntoutussairaalassa, jonka haastateltavat kertoivat, että jatkokuntoutuksesta vastaava avofysioterapeutti on mukana prosessin alusta alkaen. Häntä pidetään ajan tasalla lapsen kunnosta. Kuntoutus ja sen jatko suunnitellaan yhteisymmärryksessä kaikkien fysioterapeuttien kesken. Avofysioterapeutti voi vapaasti käydä kuntoutussairaalassa konsultoimassa siellä toimivia fysioterapeutteja. Avofysioterapeutin kanssa käydään läpi kuntoutussairaalassa toteutetut harjoitteet ja niiden tavoitteet. Siten

pyritään varmistamaan kuntoutuksen jatkumo. Haastateltavien mielestä yhteistyö jatkokuntoutuksen osalta avofysioterapeutin kanssa toimii hyvin ja se on sujuvaa. Tämä on kuitenkin vain yksipuolinen näkemys, jonka vahvistamiseksi olisi tarpeellista kuulla myös avofysioterapeutin näkemys asiasta.

## 10.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen pyrkimyksenä on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa. Luotettavuutta arvioidessa pyritään selvittämään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Tutkimuksessa tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, vaikka pyrkimyksenä on välttää virheiden syntymistä. Tästä johtuen tehdyissä tutkimuksissa arvioidaan luotettavuutta. Luotettavuuden arvioinnissa on käytettävissä monenlaisia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsijärvi ym. 2005, 216.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, miten tutkimus ja sen tulokset osoittavat uskottavuutta. Tarkoituksena on varmistaa, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Tutkimuksessa on kaksi tutkijaa, jotka ovat tehneet tiiviisti yhteistyötä tutkittavasta aiheesta keskustellen. Hankkeeseen osallistuneiden muiden tutkijoiden kesken on käyty paljon keskustelua tutkittavasta ilmiöstä ja se on vaikuttanut tutkimuksen uskottavuuteen. Uskottavuutta on myös vahvistanut se, että tutkijat ovat olleet tutkittavan ilmiön kanssa tekemisissä jo vuodesta 2009. Tutkijat ovat ymmärtäneet tutkimukseen osallistuneiden näkökulmia, mikä on vaatinut ja vienyt paljon aikaa. Uskottavuutta voidaan vahvistaa käyttämällä triangulaatiota, jossa ideana on hahmottaa tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä eri näkökulmista. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Tämä voi tarkoittaa myös sitä, että tutkimukseen osallistuu useampia tutkijoita aineistonkerääjinä sekä tulosten analyysoijina ja tulkitsijoina (Hirsijärvi ym. 2005, 218). Tässä tutkimuksessa laajemmalla aineiston keruulla eli käyttämällä triangulaatiota, olisi voinut saada ilmiöön eri näkökulmia ja sen kautta myös vahvistuksen uskottavuudelle. Tämä tutkimus perustuu yhteen moniammatilliseen haastatteluun, joten näkökulma tutkittavaan ilmiöön jää suppeaksi ja siten vaikuttaa tutkimuksen uskottavuuteen. Triangulaatio toteutuu kuitenkin tutkimuksessa siinä, että sen tekoon on osallistunut kaksi tutkijaa, kuten aikaisemmin mainittiin.

Vahvistettavuudella viitataan koko tutkimusprosessiin, jossa tutkimusprosessin kirjaamisen edellytyksenä on se, että lukijalle rakentuu tutkimuksen prosessin kulku (Kylmä & Juvakka 2007, 128; ks. Malterud 2001). Vahvistettavuudella tarkoitetaan myös sitä, että tulokset jotka tutkija on tehnyt saa tukea toisista vastaavaa ilmiötä tarkastelevista tutkimuksista

(Eskola & Suoranta 2005, 212). Tämän tutkimuksen raportissa on yritetty kuvata tutkimuksen kulkua ja sen analyysia mahdollisimman tarkkaan ja avoimesti. Raportissa on käytetty saadun aineiston litteraatiota ja videota kirjoittamisen hyötynä sekä tukena. Raportissa on pyritty kuvaamaan, kuinka tutkimuksen tuloksiin ja tehtyihin johtopäätöksiin päädyttiin, esimerkiksi käyttämällä autenttisia lainauksia (Elo & Kyngäs 2008, 112; ks. Patton 1990, Sandelowski 1993). Työssä on pyritty viittaamaan tutkimuksessa saatuihin tuloksiin ja myös muihin samaa aihetta koskeviin tutkimuksiin. Ilmiö, mitä tutkittiin, on sen verran spesifi ja toistaiseksi vähän tutkittu, joten muita tutkimuksia oli hankalaa löytää tukimateriaaliksi.

Laadullisen tutkimuksen reflektiivisyyden arvioinnissa edellytyksenä on, että tutkijan on tiedettävä omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tässä tutkimuksessa tutkijat ovat pyrkineet olemaan neutraaleja ja olla vaikuttamatta tutkimusaineistoon sekä -prosessiin. Molemmat tutkijat litteroivat haastattelumateriaalin itsenäisesti, jonka jälkeen ne yhdistettiin, tarkistettiin ja täydennettiin videonauhan avulla. Tutkijat yhdessä valitsivat tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaukset litteroidusta aineistosta. Ilmaukset käsiteltiin aineistolähtöisessä sisällönanalysissä. Analyysia tehtiin yhdessä, sillä kokemattomina tutkijoina se tuntui sujuvammalta. Yhteistyönä analyysin teko oli huomattavasti antoisampaa ja moniulotteisempaa, mikä johti onnistuneesti kohti saatuja tuloksia. Tutkijoiden tausta fysioterapian opiskelijoina ei ole ollut luultavasti paras mahdollinen. Aiheesta tietämätön ja ulkopuolinen tutkimuksen tekijä olisi voinut saada haastattelusta syvällisempiä vastauksia. Haastateltavilla saattoi olla ennakko-odotuksia alan opiskelijoita kohtaan. Tutkijoilla ei kuitenkaan ollut aikaisempaa suhdetta haastateltaviin, eikä heillä ole myöskään henkilökohtaisia sidoksia tai intressejä vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129; ks. Mays & Pope 2000, Malterud 2001, Horsburgh 2003.)

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Raportissa on annettu riittävästi tietoa tutkimuksen kulusta, osallistujista ja ympäristöstä. Tämän perusteella lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129; ks. Lincoln & Cuba 1985.) Tutkimuksen tuloksia ei voi suoranaisesti muuttaa yleistykseksi, mutta tämän tyyppisen tutkimuksen voisi toteuttaa muussa sairaalaympäristössä.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikutti myös erinäiset aikataulumuutokset ja viivästykset. Lisäksi tutkimusaihe muuttui tutkijoista riippumattomista syistä, niin että lyhyellä varoitusajalla jouduttiin täysin uuden aiheen pariin. Tästä johtuen tutkimustavoite, kysymykset ja aineistonkeruumenetelmät muuttuivat. Tutkijoilla ei ollut paljoa aikaa valmistautua, joten aiheeseen ja menetelmään tutustuminen (teoreettinen viitekehys) jäi vajaaksi. Tutkijat ovat vasta itse tutkimuksen jälkeen perehtyneet aiheeseen enemmän. Näin jälkikäteen ajateltuna, olisi tutkimushaastattelun teemat voinut olla tarkempia ja

yksityiskohtaisempia, mikäli tutkijat olisivat ehtineet tutustua teoriakäsitteisiin paremmin ja syvällisemmin ennen itse tutkimuksen toteuttamista. Tutkimusprosessin moninaiset muutokset ja yllättävät tutkijoista riippumattomat käännteet myös vaikuttivat tutkimuksen teon motivaatioon.

### 10.3 Tutkimuksen eettisyys

Laurean opinnäytetyöohjeissa (Laurea-ammattikorkeakoulu 2008) todetaan, että opiskelijoiden on huolehdittava siitä, että heillä on opinnäytetyön suorittamiseen tarvittavat tutkimus- ja muut luvat, ja vastaavat siitä, että prosessi on lupien mukainen. Tämä opinnäytetyö on osa suurempaa tutkimushanketta, johon anottiin lupa Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin operatiivisen yksikön eettiseltä lautakunnalta. Luvan anoivat hankkeen työelämän yhteistyökumppanit.

Laurea-ammattikorkeakoulun eettiset ohjeet tutkimus- ja kehitystyötä sekä opinnäytetöitä varten (2010) peräänkuuluttavat hyvää tieteellistä käytäntöä opinnäytetöissä. Näihin toimintaperiaatteisiin kuuluvat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus koskien itse tutkimusta, sen tallentamista, esittämistä sekä arviointia. Tiedonhankinta-, tutkimus- sekä arviointimenetelmien tulee olla eettisesti kestävä sekä niiden julkaisemisessa on noudatettava avoimuutta. Muiden tutkijoiden työ tulee olla asianmukaisesti huomioitu. Tutkijoiden tulee ilmoittaa sidonnaisuutensa tutkimukseen rehellisesti. Tutkimuksen koko prosessi - suunnittelu, toteutus ja raportointi, on tehtävä tieteelliselle yhteisölle asetettujen vaatimusten mukaan. Tutkimuksessa on selkeästi määritelty ja tuotu esiin tutkimusryhmän jäsenten asema, oikeudet, osuudet työn tekemisessä sekä vastuut ja velvollisuudet. Ennen tutkimuksen aloittamista on kirjallisesti sovittava tutkimusryhmän ja osallistujien kesken kuka omistaa tulokset sekä miten aineistoja säilytetään.

Yleisesti ottaen ihmisoikeudet muodostavat ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen perustan. Tutkittavien suoja on kaiken lähtökohta. Suojaan kuuluu se, että tutkija selvittää osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit sillä tavoin, että he sen ymmärtävät. Osallistuja suostuu vapaaehtoisesti tutkimukseen. Heillä on oikeus kieltäytyä siitä, keskeyttää mukanaolonsa milloin tahansa, oikeus kieltää jälkikäteen itseään koskevan aineiston käyttö tutkimuksessa sekä oikeus tietää nämä oikeutensa. Osallistujan on aina ennen suostumistaan tiedettävä, mistä tutkimuksessa oikein on kyse. Tutkittavien oikeudet ja hyvinvointi on turvattava, eikä heille saa aiheuttaa vahinkoa. Heidän hyvinvointinsa on asetettava kaiken edelle. Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia, niitä saa luovuttaa ulkopuolisille, eikä niitä saa käyttää muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Osallistujien on jätävä nimettömiksi ja tiedot on järjestettävä niin, että tämä taataan. Tutkimukseen osallistujalla on oikeus odottaa tutkijalta vastuuntuntoa. Tutkijan on noudatettava

lupaamia sopimuksia, eikä hän saa vaarantaa tutkimuksen rehellisyyttä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131; ks. Reynolds 1987.)

Tässä työssä noudatettiin sekä hyvää tieteellistä käytäntöä että ihmisoikeudellista näkökulmaa. Tutkijoilla ei ole minkäänlaisia sidoksia tutkimukseen osallistuviin henkilöihin. Heidän suostumuksensa tutkimukseen saatiin kirjallisesti (liite 2). Tutkittaville oltiin etukäteen kerrottu, mitä tutkimus koskee ja heidän osallistumisensa oli täysin vapaaehtoista. Heillä oli oikeus poistua haastattelutilanteesta, mikäli he niin halusivat. He olivat saaneet tutustua haastattelun teemoihin etukäteen. Tutkimukseen osallistujille kerrottiin, että haastattelun materiaali tulee tässä vaiheessa ainoastaan allekirjoittaneiden tutkijoiden käyttöön. Lisäksi heille informoitiin, että saatu materiaali on kuitenkin koko hankkeen aineistoa, johon myöhemmässä vaiheessa muut tutkijat saattavat palata. Tutkittaville taattiin täysi anonymiteetti. Haastattelutilanteessa ei ollut ulkopuolisia henkilöitä, ainoastaan tutkijat sekä tutkimukseen osallistujat.

Haastattelunauhat purettiin sanasta sanaan, kuitenkin niin, että litteroinnista ei pysty tunnistamaan osallistuvien henkilöllisyyttä. Litteraatit käytiin läpi yhdessä videonauhan kanssa, jotta varmistuttiin litteroinnin oikeellisuudesta. Litteroitava nauha oli jaettu kahteen osaan, joista molemmat tutkijat purkivat oman osuutensa, jonka jälkeen kävivät läpi vielä toisen osuuden. Näin saatiin mahdollisimman aukoton ja kattava litteraatti haastattelusta. Aineisto säilytettiin omalla koneella, jonka jälkeen se luovutettiin tutkimushankkeen johtajalle säilytettäväksi ja mahdolliset tiedostot tuhottiin omalta koneelta sekä nauhureista. Kaikilla tutkimushankkeeseen osallistuvilla on vaitiolovelvollisuus sekä yksityisyyden suoja.

Tutkijan tulisi pyrkiä olemaan manipuloimatta tutkimustilannetta. Pyrkimyksenä on tavoittaa tutkittavien oma näkökulma. Tutkijan tulisi pysyä mahdollisimman objektiivisena, joka tarkoittaa sitä, että tutkimuskohdetta tarkastellaan ja tutkitaan ikään kuin ulkopuolisen silmin, puolueettoman katsojan näkökulmasta. Tutkijan tulee pyrkiä olla sekoittamatta omia uskomuksiaan, asenteitaan, arvostuksiaan ynnä muita tutkittavaan asiaan. Onko tämä täysin mahdollista, ei voi olla varmuutta, mutta ainakin on hyvä, jos tutkija pystyy ja yrittää tunnistaa niin sanotut esiolettamukset ja taustalla vaikuttavat omat arvonsa ja arvostuksensa. Objektiivisuus syntyykin juuri oman subjektiivisuutensa tunnistamisesta.

Haastattelutilanteiden puhtaaksikirjoittaminen ja uudelleen eläminen saattaa herättää tutkijassa monenlaisia tunteita ja ajatuksia. Toisaalta tämä on hyvä asia, jotta päästään aineistoon kunnolla kiinni sekä pystytään rakentamaan oivaltavaa tulkintaa. Tutkijan on kuitenkin oltava tarkkana, ettei esimerkiksi tahallaan ohita jonkin tutkittavan lausahdusta, jolla ehkä olisi merkitystä tutkimuksen kannalta. (Eskola & Suoranta 2005, 16-17; Kylmä & Juvakka 2007, 154.) Tutkijat osallistuivat tutkimukseen objektiivisina, ilman ennako- oletuksia tai asenteita tilanteesta.

Tuomi ja Sarajärvi (2009) esittävät, että eräs hyvän laadullisen tutkimuksen kriteeri on sen sisäinen johdonmukaisuus. Tämä konkretisoituu esimerkiksi tutkimusraportissa siten, miten ja millaisia lähteitä työssä on käytetty. Tutkijan on tiedettävä mitä tekee ja tutkimuksen on oltava eettisesti kestävä. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimussuunnitelma ja itse tutkimus on laadukas, että valittu tutkimusasetelma on sopiva ja, että raportointi on hyvin tehty. Hyvää tutkimusta ohjaa eettinen sitoutuneisuus, joka kietoutuu yhteen tutkimuksen luotettavuuden kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.)

#### 10.4 Jatkotutkimuksen aiheet

Kyseistä aihetta voisi tutkia vielä lisää ja syvällisemmin, vaikka tuomalla lisää moniammatillisia näkemyksiä mukaan keskusteluun. Olisi kiinnostavaa saada monipuolisempi otos kaikista moniammatillisen tiimin jäsenistä ja asiantuntijoista. Tutkimusta voisi laajentaa kattamaan koko Suomen samaa toimenpidettä toteuttavat sairaalat ja niiden moniammatilliset tiimit. Näitä tuloksia olisi mielenkiintoista verrata keskenään ja siten saada hyödyllistä tietoa tällaisten tiimien todellisesta toimivuudesta. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää, onko monitasokirurgisia leikkauksia tekevien sairaaloiden moniammatillisten tiimien välillä asiantuntijoiden välistä vuorovaikutusta, tiedon vaihtoa, ammatillista tukea sekä palautetta.

Kyseinen hanke jatkuu edelleen ja sen myötä saatu tieto syvenee. Tutkimukset ovat keskittyneet fysioterapeuttiseen potilasohjaukseen, ja siinä huomioidaan lisäksi lapsi ja hänen perheensä. Mielenkiintoista olisi myös selvittää jatkokuntoutukseen osallistuvan avofysioterapeutin käsityksiä ohjauksen toteutuksesta ja kuntoutuksen siirtymisen sujuvuudesta. Jatkossa voisi myös selvittää, onko tiimiläisiä koulutettu moniammatilliseen tiimityöskentelyyn ja tarvitaanko työskentelymalliin tukea tai lisäkoulutusta.



## Lähteet

- Alaranta, H., Kannisto, M. & Rissanen, P. Vammaisuus ja liikunta. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) 2005. Liikuntalääketiede. Helsinki: Duodecim, 525-537.
- Alen, M. & Mäkinen, T. Neurologiset oireet ja sairaudet. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) 2005. Liikuntalääketiede. Helsinki: Duodecim, 268-285.
- Anttila, H. 2008. Evidence-based Perspective on CP Rehabilitation. Jyväskylä: Gummerus Printing.
- Autti-Rämö, I. 2009. Lapsen ja nuoren kuntoutus. Teoksessa Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) 2009. Fysiatria. Helsinki: Duodecim, 500-514.
- Barron, C., Klaber Moffet, J. & Potter, M. 2007. Patient expectations of physiotherapy: Definitions, concepts, and theories. *Physiotherapy Theory and Practice*. 23(1)/2007, 37-46.
- Becker, E. & Dusing, S. 2010. Participation is possible: A case report of integration into a community performing arts program. *Physiotherapy Theory and Practice*. 26(4)/2010, 275-280.
- Capjon, H. & Bjørk, T. I. 2010. Rehabilitation after multilevel surgery in ambulant spastic children with cerebral palsy: Children and parent experiences. *Developmental Neurorehabilitation*. 13(3)/2010, 182-191.
- Couture, S. & Sutherland, O. 2006. Giving advice on advice giving: A conversation analysis of Karl Tomm's practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol.32/No.3/2006, 329-344.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62(1)/2008, 107-105.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. 7. painos. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11.painos. Helsinki: Tammi.
- Holkeri-Rinkinen, L. 2009. Aikuinen ja lapsi vuorovaikutusta rakentamassa. Diskurssianalyttinen tutkimus päiväkodin arjesta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.  
<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7692-1.pdf> Luettu 10.2.2011
- HYKS-tutkimussuunnitelma: Osallistuva potilasohjaus HYKS fysioterapiassa. 2009, Liite 2.
- Isoherranen, K. 2008. Yhteistyön uusi haaste - moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY, 26-48.
- Järvikoski, A. 2000. Kuntoutujakeskeinen lähestymistapa kuntoutuksen asiakastyössä. Teoksessa Onnismaa, J., Pasanen, H. & Spangar, T. (toim.) 2000. Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. ohjauksen toimintakentät. Jyväskylä: PS.-kustannus.
- Järvikoski A & Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T., & Suikkanen, A. (toim.) 2008. Kuntoutus. 2 painos. Helsinki: Duodecim, 80-93.
- Järvikoski, A & Härkäpää, K. 2006. Kuntoutuksen perusteet. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.

Järvikoski, A., Härkäpää, K. & Pättikangas, M. Vammaisen henkilön valtaistuminen - palvelujärjestelmän avulla vai ilman sitä?. Teoksessa Nouko-Juvonen, S. (toim.) 1999. Pyörätuolitango. Helsinki: Edita, 103-126.

Katajamäki, E. 2010. Moniammatillisuus ja sen oppiminen. Tapaustutkimus ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalta. Tampereen yliopisto.  
<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8152-9.pdf> Luettu 10.2.2011

Koivikko, M. & Sipari, S. 2006. Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. Tampere: Vajaaliikkeisten Kunto ry.

Konola, P., Pohjolainen, T. & Alaranta, H. 2003. Tukisidokset, proteesit sekä liikkumisen ja päivittäisten toimintojen apuvälineet. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) 2003. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 452-466.

Kruus-Niemelä, M., Pohjolainen T. & Alaranta, H. 2009. Päivittäisten toimintojen ja liikkumisen apuvälineet. Teoksessa Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) 2009. Fysiatría. Helsinki: Duodecim, 461-467.

Kukkohovi, K. 2004. Fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutus. Fysioterapeuttien ja asiakkaiden käsityksiä vuorovaikutuksesta sekä sen kohdentamisesta ja mukauttamisesta ohjaustilanteessa. Jyväskylän yliopisto.  
[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11217/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-200536.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11217/URN_NBN_fi_jyu-200536.pdf?sequence=1) Luettu 10.2.2011

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M, Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto.  
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf> Luettu 10.2.2011

Larivaara, P. & Taanila, A. 2009. Moniammatillinen perhekeskeinen yhteistyö. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä T. (toim.) 2009. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 280-297.

Lassila, R. 2006. Keskosen vanhempien henkilökunnalta saama ohjaus sairaalahoidon aikana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.  
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00914.pdf> Luettu 10.2.2011

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2008. Opinnäytetyöohje. 18.12.2008. Luettu 29.12.2010  
[https://intra.laurea.fi/intra/fi/02\\_opiskelu/02\\_opiskelu\\_osa2/01\\_opinnot/05\\_opinnaytetyo/01\\_ont\\_ohjeet/index.jsp](https://intra.laurea.fi/intra/fi/02_opiskelu/02_opiskelu_osa2/01_opinnot/05_opinnaytetyo/01_ont_ohjeet/index.jsp)

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2010. Laurea- ammattikorkeakoulun eettiset ohjeet tutkimus - ja kehittämistyötä sekä opinnäytetöitä varten. Luettu 29.12.2010  
[https://intra.laurea.fi/intra/fi/03\\_tutkimus\\_ja\\_kehitys/02\\_tk\\_osio2/01\\_tutkimuspalvelut/07\\_Eettisetohjeet/index.jsp](https://intra.laurea.fi/intra/fi/03_tutkimus_ja_kehitys/02_tk_osio2/01_tutkimuspalvelut/07_Eettisetohjeet/index.jsp)

Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.

Lehto, P. 2004. Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Tampereen yliopisto.  
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5935-0.pdf> Luettu 10.2.2011

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto.

[http://www.pppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](http://www.pppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf)  
Luettu 10.2.2011

Mattsén, K. 2002. Kuntoutusohjaus ja kuntoutusohjauksen prosessit Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/2002. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Muurinen, E. & Surakka, T. 2001. Lasten ja nuorten hoitotyö. Tampere: Tammi.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus - dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

Nykänen, M. & Pohjolainen, T. 2009. Moniammatillinen ryhmätyötoiminta. Teoksessa Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) 2009. Fysiatría. Helsinki: Duodecim, 388-393..

Ojanen, S. 2001. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian kehittelyä. 2. uudistettu painos. Helsinki: Palmenia-kustannus.

Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki: Gaudeamus.

Outinen, M. (toim.) 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Jyväskylä: Gummerus.

Parry, RH. 2004. Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions. *Clinical Rehabilitation*. 18/2004, 668-682.

<http://nelli.laurea.fi:2100/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=14152209&EbscoContent=dGJyMNLr40SeprY4xNvgOLCmr0mepnNSsay4S7WWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGqtU%2B2rq5NuePfgex44Dt6fIA&D=afh> Luettu 10.2.2011

Piggot, J., Paterson, J. & Hocking, C. 2002. Participation in home therapy programs for children with cerebral palsy: A compelling challenge. *Qualitative Health Research*. Vol.12/No.8/2002, 1112-1129

Pihko, H. 2004. Vammaisen lapsi. Teoksessa Siimes, M. & Petäjä, J. (toim.) 2004. Lastentaudit. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 136-139.

Piirainen A. 2006. Asiakkaan ja asiantuntijan pedagoginen suhde. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitos.

<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/kay/kasva/vk/piirainen/asiakkaa.pdf> Luettu 10.2.2011

Rekola, L. 2008. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen vaikuttavia kehityssuuntia. Teoksessa Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY, 9-25.

Rindflesch, A. 2009. A grounded-theory investigation of patient education in physical therapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*. 25(3)/2009, 193-202.

Rikberg, M. 2010. Lasten äänenä lasten talossa. Lastentarhanopettajan asiantuntijuus moniammatillisessa perhepalveluverkostossa. Itä-Suomen yliopisto.

<http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20100043> Luettu 10.2.2011

Rissanen, P. & Aalto, A-M. 2002. Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Teoksessa Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Raportteja 267/2002. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES, 1-26.

Ryöppy, S. 1997. Lastenortopedia. Helsinki: Duodecim.

- Santy, J. 1999. Interprofessional boundaries between nursing and physiotherapy in the orthopaedic setting. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 3/1999, 88-94.
- Siimes, M. & Petäjä, J. 2004. Lapsen ja nuoren kohtaaminen. Teoksessa Siimes, M. & Petäjä, J. (toim.) 2004. Lastentaudit. 3 uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 14-18.
- Sinclair, L., Lingard, L. & Mohabeer, R. 2009. What's so great about rehabilitation teams? An ethnographic study of interprofessional collaboration in a rehabilitation unit. *Arch Phys Med Rehabil*. Vol 90. 7/2009.
- Sipari, S. 2008. Kuntouttava arki lapsen tueksi. Kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistoiminnan rakentuminen asiantuntijoiden keskusteluissa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Sivaraman Nair, KP. & Wade DT. 2003. Satisfaction of members of interdisciplinary rehabilitation teams with goal planning meetings. *Arch Phys Med Rehabil*. 84/2003, 1710-1713.
- Sirviö, K. 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä - mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollontyöntekijöiden ja perheiden näkökulmasta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.  
<http://www.uku.fi/vaitokset/2006/isbn951-27-0371-8.pdf> Luettu 11.2.2011
- Suhonen, L. 2011. Kuntoutuksen ylempi ammattikorkeakoulututkinto - aidosti moniammatillista opiskelua. *Fysioterapia*. 1/2011, 23.
- Taanila, A. 2009. Pitkäaikaissairaana tai vammaisen lapsen perhe: ekokulttuurinen malli perhetyöhön. Teoksessa Lariivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä T. (toim.) 2009. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 92-101.
- Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. *Fysioterapia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Thomson, D. 2008. An ethnographic study on physiotherapists' perceptions of their interactions with patients on a chronic pain unit. *Physiotherapy Theory and Practice*. 24(6)/2008, 408-422.
- Tolvanen, L. 2009. CP-vamman vaikeus perheeseen, kieleen ja kommunikaatioon. Teoksessa Launonen, K., Korpijaakko-Huuhka, A-M. (toim.) 2009. Kommunikoinnin häiriöt. 7. painos. Helsinki: Gaudeamus, 95-118.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Helsinki: Tammi.
- Vanhatalo, S., Soinila, S. & Iivanainen, M. 2007. Hermoston kehitys ja sen häiriöt. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) 2007. *Neurologia*. 2.-3. painos. Helsinki: Duodecim, 622-639.
- Veijola, A. 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön - lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. <http://herkules oulu.fi/isbn9514274245/isbn9514274245.pdf> Luettu 10.2.2011
- von Wendt, L. 2003. Lastenneurologinen kuntoutus. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) 2003. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 398-411.

## Liitteet

### Liite 1 Teemahaastattelun runko

Monitasokirurgisen leikkauspotilaan moniammatillinen kuntoutusohjaus kuntoutussairaalassa  
Ryhmähaastattelun teemat 12.2.2010

- Millaisia lähtökohtia kuntoutussairaalassa on monitasokirurgisen leikkauspotilaan moniammatilliselle ohjaukselle
- Mikä on keskeistä monitasokirurgisen leikkauspotilaan ohjauksessa / mitkä seikat korostuvat ohjauksessa
- Millainen on tyypillinen ohjaustilanne / mitä ohjaustilanteessa tapahtuu (missä, millon, ketkä)
- Millainen on monitasokirurgisen leikkauspotilaan ohjauksen sisältö (konkretiassa)
- Millaisia harjoituksia ja ohjeita monitasokirurgiselle potilaalle annetaan kuntoutukseen liittyen
- Miten edellä mainittuja harjoituksia ja ohjeita noudatetaan
- Mihin harjoitukset ja ohjeet perustuvat
- Ohjaajien käsitykset potilaan kokemuksista liittyen annettuun ohjaukseen
- Miten moniammatillinen yhteistyö sujuu
  - Mikä toimii hyvin / mikä huonosti (kriittiset kohdat)
  - Kuntoutussairaalan ulkopuolisen moniammatillisen tiimin kanssa
- Jos saisit vapaat kädet, miten muuttaisit ohjausta
- Miten muut moniammatillisen tiimin jäsenet saavat tiedon ohjauksesta
- Millaisia ohjeita annat monitasokirurgisen potilaan jatkokuntoutuksesta vastaavalle ohjaajalle / taholle

Liite 2 Suostumuslomake

SUOSTUMUS

Suostun,

---

(nimi ja sosiaaliturvatunnus)

---

(osoite ja puhelinnumero)

Monitasokirurgisen leikkauspotilaan moniammatillista kuntoutusohjausta koskevaan haastattelututkimukseen.

Helsingissä / 2010

---

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus ja nimenselvennys