

Moniammatillisen kuntoutustiimin toimivuus akuuttivuodeosastolla

Emilia Jakonen

Opinnäytetyö
Tammikuu 2021
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sosiaali- ja terveysalan YAMK
Monialainen kuntoutus

Tekijä(t) Jakonen, Emilia	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Tammikuu 2021
	Sivumäärä 50	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Moniammatillisen kuntoutustiimin toimivuus akuuttivuodeosastolla		
Tutkinto-ohjelma Sosiaali- ja terveysalan YAMK – monialainen kuntoutus		
Työn ohjaaja(t) Sihvonen, Sanna		
Toimeksiantaja(t) Helsingin kaupunki/ Helsingin sairaala/ fysioterapia		
Tiivistelmä <p>Akuuttivuodeosastolla moniammatillinen yhteistyö on hyvin keskeisessä osassa jokapäiväistä työtä. Moniammatillisessa kuntoutustiimissä toimii lääkäreitä, sairaanhoitajia, lähihoitajia, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä sekä osastonhoitaja (esimiehenä). Akuuttivuodeosaston toiminnan yhtenä päätavoitteena on mahdollistaa akuutisti sairastuneen ihmisen kuntoutuminen takaisin kotiin. Potilaan tukeminen kuntoutusprosessin eri vaiheissa on koko moniammatillisen tiimin vastuulla. Moniammatillista yhteistyötä on tärkeä kehittää kaikkia ammattiryhmiä palvelemaan suuntaan. Parhaisiin tuloksiin kehitystyössä päästään, kun ensin selvitetään yhteistyön nykytilanne ja haasteet.</p> <p>Delfoi-menetelmän keinoin koottiin 12 hengen asiantuntijapaneeli tasapuolisesti akuuttivuodeosastolla työskentelevistä ammattiryhmistä. Panelisti vastasivat ensimmäisellä kierroksella kysymyksiin moniammatillisen kuntoutuksen nykytilasta. Saadut vastauksen analysoitiin sisällönanalyysillä ja tulokset avattiin panelisteille teemoittain. Toisella kierroksella panelistit vastasivat ensimmäisen kierroksen teemojen pohjalta muodostettuihin kysymyksiin. Näin saatiin muodostettua yhteinen näkemys moniammatillisen kuntoutuksen tilasta.</p> <p>Ensimmäisellä kierroksella nousi esiin kolme teemaa: Merkitys, kuntoutusprosessi sekä resurssit. Moniammatillinen yhteistyö koettiin hyvin merkittäväksi osaksi työtä. Kuitenkin kohdat, joissa yhteistyö ei toimi, koettiin raskaiksi. Toisella kyselykierroksella analyysissä nousi esiin haastekohdiksi erilaiset kommunikaatiovaikeudet sekä riittämättömät resurssit.</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö koetaan merkitykselliseksi ja tärkeäksi osaksi akuuttivuodeosastotyötä. Toimivan yhteistyön edellytys on sitoutuminen, hyvä kommunikaatio ja perinteisiä ammattirajoja rikkova työote. Eri kommunikaatiokeinoja tulisi kehittää yhteistyössä kaikki ammattiryhmät mukaan lukien.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Kuntoutus, moniammatillisuus, yhteistyö ja vuorovaikutustaidot sekä asiantuntijuus.		
Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Jakonen, Emilia	Type of publication Master's thesis	Date January 2021 Language of publication: finnish
	Number of pages 50	Permission for web publication: x
Title of publication The functionality of the multiprofessional rehabilitation team at acute care unit		
Degree programme Master's degree in social and health care - Multidisciplinary rehabilitation		
Supervisor(s) Sihvonen, Sanna		
Assigned by City of Helsinki/ Helsinki hospital/ physiotherapy		
Abstract <p>Multiprofessional teamwork is a major part of work at acute care unit. Doctors, nurses, physio therapists, occupational therapists, social workers and ward leaders are members of the multiprofessional rehabilitation team. One key focus at acute care unit is to enable people with acute illness to rehabilitate back home. Every member of the team participates in rehabilitation. Multiprofessional teamwork needs to be improved. To do so, one must first find out the current state of functionality of the multiprofessional team at the moment and what are the challenges in teamwork.</p> <p>The research was made by using the Delphi-method. At first was created a panel of 12 professionals, who represented equally the professions at acute care unit. On the first round the panelists answered to the questions about the current state of multiprofessional teamwork. The answers were analyzed with the content analysis and the results formed three themes. On the second round the panelists answered to the questions that were formulated based on the analysis of answers from the first round</p> <p>The three themes from the first round were: the meaning, rehabilitation process and resources. The multiprofessional teamwork was considered as an important part of everyday work. The poor functionality of the team was the challenge. The main themes panelists brought up in the second-round answers were the problems in different communication methods and the lack of resources.</p> <p>Multiprofessional teamwork is a major part of everyday work at acute care unit. To the team to work properly, the members must be committed, communication must function, and the work must be done crossing the professional boundaries. In the future the different methods of communication must be developed. The work must be done as a team.</p>		
Keywords/tags (subjects) Rehabilitation, Multiprofessionalism, teamwork, social- and health care professionals		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Kuntoutus	5
2.1	Kuntoutumisen prosessi	7
2.2	Kuntoutus akuuttivuodeosastolla	10
2.3	Tulevaisuuden kuntoutustoimintaan vaikuttavia näkökulmia.....	12
2.3.1	Muutokset väestörakenteissa	12
2.3.2	Muutokset palvelustrategioissa	12
2.3.3	Yhteinen viitekehys.....	13
3	Moniammatillinen yhteistyö.....	14
3.1	Moniammatillisuus	15
3.2	Asiantuntijuus.....	18
3.3	Yhteistyö ja vuorovaikutustaidot	19
3.4	Moniammatillinen kuntoutustiimi	21
4	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	23
5	Opinnäytetyön toteutus	24
5.1	Opinnäytetyön lähtökohdat	24
5.2	Menetelmät.....	24
5.2.1	Laadullinen tutkimus	24
5.2.2	Delfoi-menetelmä.....	25
5.2.3	Teoriaohjaava sisällönanalyysi	28
6	Opinnäytetyön eteneminen	29
6.1	Asiantuntijapaneelin muodostaminen.....	29
6.2	Kysely.....	30

7	Tutkimustulokset.....	31
7.1	Ensimmäinen kyselykierros – näkemysten kartoittaminen	31
7.2	Toinen kyselykierros– teemojen pohdintaa.....	34
8	Pohdinta.....	36
8.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	38
8.2	Opinnäytetyöprosessi.....	39
9	Johtopäätökset.....	40
10	Jatkotutkimusaiheet sekä kehittämiskohteet	42
	Lähteet	43
	Liitteet	46
	Liite 1. Ensimmäisen kierroksen kyselykaavake	46
	Liite 2. Toisen kyselykierroksen kysymykset	46

Kuviot

Kuvio 1	Kuntoutumisen prosessi	8
Kuvio 2	Kuntoutumisprosessi akuuttivuodeosastolla	11
Kuvio 3	Moniammatillisen yhteistyön muodot (Isoherranen 2005)	16
Kuvio 4	Moniammatillinen yhteistyö rajanylityksinä (Kekoni 2019)	17

Taulukot

Taulukko 1	Esimerkki ensimmäisen kyselykierroksen analyysistä.....	47
Taulukko 2	Esimerkki toisen kyselykierroksen analyysistä	49

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysala on suurten myllerrysten keskellä tulossa olevien SOTE-muutosten vuoksi. Ensimmäisen SOTE-suunnitelman kariuduttua maaliskuussa 2019, on tilanne tulevaisuuden suhteen vielä hyvin avoin. (Alueuudistus 2019.) Tällä hetkellä kenelläkään ei ole varmaa tietoa siitä, miten toiminta todellisuudessa muuttuu ja millaisella aikataululla. Joulukuussa 2019 toimintansa aloittanut hallitus linjasi saman vuoden toukokuussa, että sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuu tulee siirtymään kunnilta 18 maakunnalle ja että toiminta on pääosin julkista. Suunnitelmien tuli olla valmiita vuoden 2020 loppuun mennessä ja hanke-esitys vietyä eduskuntaan. Uusien lakien oli määrä tulla voimaan alkuvuodesta 2021. (Soteuudistus 2020.)

Julkinen keskustelu SOTE-uudistuksesta käsittelee tällä hetkellä pääsääntöisesti avoterveydenhoitoa. Keskustelu sairaalahoidosta on vähäistä ja tieto uudistuksen sairaalahoitoon kohdistuvista muutoksista on varsin epävarmaa. Yleinen linjaus SOTE-uudistuksessa näyttää olevan lisääntyvä panostus moniammatilliseen yhteistyöhön. Toimintaa keskitetään yhteisiin sosiaali- ja terveystalouden yksiköihin moniammatillisen yhteistyön mahdollistamiseksi. Sen yhtenä merkittävänä tavoitteena on kustannustehokkuuden lisääminen ja digitaalisten palveluiden aktivoiminen. Sairaaloissa moniammatillinen yhteistyö on päivittäistä arkea. Jo hyvien kuntoutustulosten saavuttaminen edellyttää sitä. Digitaalisilla palveluilla tarkoitetaan sairaalassa nykyhetkessä erityisesti potilastietojärjestelmiä, joita kehitetään jatkuvasti sekä alueellisesti että kansallisella tasolla. Onko siis suuria muutoksia edessä ollenkaan? Se jää nähtäväksi. Vaikka muospaineita ei SOTE-uudistuksen myötä tulisikaan, varmaa on, että moniammatillista yhteistyötä on kehitettävä. Työelämä ja sen uudistaminen perustuu toimivaan yhteistyöhön ja vuorovaikutukseen. (Mönkkönen 2019, 7–8; SOTE-uudistus 2020.)

Moniammatillinen yhteistyö ei ole uusi käsite, mutta moniammatillista yhteistyötä sairaalassa ja etenkin kuntoutuksen kontekstissa, on tutkittu kansainvälisestikin vielä varsin vähän. Toistaiseksi tehtyjen tutkimusten valossa tulokset ovat kuitenkin hyvin yksiselitteisiä. Moniammatillisella yhteistyöllä on todettu olevan merkittävä positiivinen vaikutus kuntoutuksen onnistumiseen ja tehokkuuteen. Tehdyt tutkimukset ovat

kuitenkin olleet vielä varsin pieniä ja kohdistuneet tiettyihin ennalta määriteltyihin potilasryhmiin. Tutkimukset osoittavat, että moniammatillisella yhteistyöllä luodaan jokaiselle työntekijälle yhteinen ymmärrettävä ja järjestäytynyt rakenne, minkä puitteissa työtä tehdään. (Körner 2010, 745–755; Lundgren & ym, 2019. 1–4.)

Oma kiinnostukseni moniammatillisen työn tutkimista ja kehittämistä kohtaan sai alkunsa käytännön kokemuksistani. Moniammatillinen työ on suuri rikkaus, mutta minusta usein tuntui, että siitä ei saada parasta mahdollista hyötyä irti. Jäin pohtimaan, olenko ajatuksineni yksin, vai jakavatko muut ammattiryhmät samat kokemukset? Tutkimusten valossa ongelmat moniammatillisen työn onnistumisessa sairaalassa ja terveydenhuollossa ovat hyvin pitkälti kommunikaatiossa sekä ammattirajat ylittävässä työskentelyssä. Tutkimuksissa nousi esille, että ongelmien taustalla oli tyypillisesti kankeat organisaatorakenteet sekä aktiivisen vuoropuhelun puute eri ammattiryhmien välillä. (Daly 2004, 78–79; Körner 2010, 745–755; Lundgren ja ym. 2019, 1–4; Momsen 2012, 901–912.)

Keskityn opinnäytetyössäni moniammatilliseen kuntoutustyöhön sairaalassa ja erityisesti kunnallisen sairaalan akuuttivuodeosastoilla. Akuuttivuodeosastolla moniammatillisen tiimin kaikki jäsenet osallistuvat omalta osaltaan potilaan kuntoutusprosessiin. Jokainen ammattiryhmä lähestyy kuntoutusta pitkälti oman ammatillisen viitekehýksensä kautta. Osa ammattiryhmistä käyttää omaan työhönsä sopivaa teoriaa aktiivisesti suodattimena ja yksittäiset työntekijät valitsevat sen avulla omaan työhönsä soveltuvat kuntoutusmenetelmät. Toiset ammattiryhmät sen sijaan eivät hyödynnä mitään erityistä teoreettista viitekehýstä työnsä pohjana ja menetelmien valinta tapahtuu käytännön kokemuksen pohjalta. Näkemykset kuntoutuksen sisällöstä sekä käytännöt kuntoutuksen toteutuksessa voivat täten olla hyvinkin erilaisia ja yhteisen näkemyksen luominen vaikeaa. (Salminen 2016, 20–25.)

Pyrin opinnäytetyölläni auttamaan eri ammattiryhmiä luomaan yhteisen ymmärryksen siitä, miten moniammatillinen kuntoutus akuuttivuodeosastolla toimii. Tätä varten kartoitan nykytilannetta. Sitä, missä mennään nyt ja mitä osaluotoita olisi tärkeä lähteä kehittämään, jotta yhteistyö onnistuisi mahdollisimman hyvin? Tavoitteenani on luoda tulevaisuuden kehittämistyölle tukeva ja tasa-arvoinen pohja, jonka kaikki ammattiryhmät allekirjoittavat omalla panostuksellaan. Lähestyn aihetta tulevaisuuden tutkimuksessa käytetyn asiantuntijuutta tutkivan Delfoi -

menetelmän avulla. Kokoan akuuttivuodeosastolla toimivasta moniammatillisen tiimin eri ammattiryhmistä koostuvan tasavahvan ja tasapuolisen asiantuntijaraadin, joka pohtii tätä tutkimusta varten koostamieni kyselylomakkeiden kautta anonymisti aihetta, kukin omasta näkökulmastaan. Saamieni vastausten pohjalta selvitan eri näkemysten yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, toimivia käytänteitä sekä toiminnan haastekohtia.

2 Kuntoutus

Kuntoutuksella on pitkä historia osana terveyden ja sairauksien hoitoa. Vaikka kuntoutus – termin sisältö on jonkin verran muuttunut vuosikymmenien ja -satojen aikana, on kuntoutuksen keskeinen periaate pysynyt samana. Kuntoutuksella tarkoitetaan vammasta tai sairaudesta aiheutuvien yksilöllisten haittojen eliminointia, vähentämistä ja kompensointia. Nykyisin ymmärretään myös kuntoutuksen ennaltaehkäisevän työn merkitys ihmisen elämän eri vaiheissa. Joskin toisten näkemysten mukaan hyvinvointia, ja toimintakykyä tukevaa ja edistävää toimintaa ei tulisi kutsua kuntoutukseksi. Kuntoutuksen varhaisimmiksi muodoiksi voidaan maailmanlaajuisesti sanoa aistivammaisten lasten ja nuorten erityisopetusta. Näin myös Suomessa. (Puumalainen 2008, 16; Järvikoski 2008, 81; Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2015, 16.)

Suomessa kuntoutuksen valtiojohtoinen johtaminen ja kehittäminen alkoi vasta talvi- ja jatkosodan invalidien myötä. Työvoimapula oli suuri ja siihen pyrittiin vastaamaan sotainvalidien kuntoutusta kehittämällä. Syntyi invalidihuoltolaki, jonka toimintamuotoja olivat lääkintähuolto, työhuolto ja koulutus. Kuntoutuksen merkittävin tavoite oli mahdollistaa sotainvalidien työhön paluu. Sotainvalidien oma erityisosaamista vaativa kuntoutus loi pohjaa kuntoutuksen kehittymiselle ja laitospohjaisen kuntoutusjärjestelmän synnylle. Vuosien saatossa pienelle erityisryhmälle suunnatut palvelut muuttuivat kaikkia kansalaisryhmiä koskevaksi toiminnaksi. Kuntoutus elää yhteiskunnallisten ja väestörakenteiden muutosten mukaan. Muutosten myötä myös kuntoutuksen tarve ja keinot vastata tarpeeseen muuttuvat. (Puumalainen 2008, 16–22; Järvikoski 2013, 8; Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2015, 2.)

Kuntoutus käsitteenä otettiin Suomessa käyttöön 1940-luvulla. Alkuaikoina kuntoutus käsitettiin passiivisena toimintana. Kuntoutuja nähtiin enemmän työn kohteena, kuin aktiivisena tekijänä. Puhuttiinkin kuntouttamisesta. 1960–1970-luvuilla kuntoutujasta tuli aktiivisempi tekijä ja kuntoutuksen rinnalle ammattikirjallisuudessa nousi käsitteeksi kuntoutuminen. Kuntoutujasta tuli aktiivinen tasa-arvoinen tekijä kuntoutusprosessissa, toimenpiteiden kohteena olemisen sijaan. Kuntoutuja itse määrittelee oman kuntoutusprosessin kannalta merkitykselliset tavoitteet ja joiden saavuttamiseksi tarvittavat keinot suunnitellaan yhdessä asiantuntijoiden kanssa. Fyysisten toimenpiteiden lisäksi kuntoutuksessa otetaan nykyisin huomioon yksilö, ympäristö sekä niiden välinen vuorovaikutus, kuntoutujan oma motivaatio ja aktiivisuus. Kuntoutus on yhä enemmän sosiaalista ja psykososiaalista. Enää ei puhuta yksittäisistä kuntoutustoimenpiteistä, vaan kuntoutus on monialaisen ja moniammatillisen toimintaverkon yhteistyötä. (Puumalainen 2008, 16–19; Järvikoski 2008, 80; Autti-Rämö 2016, 14–15; Järvikoski 2013, 9.)

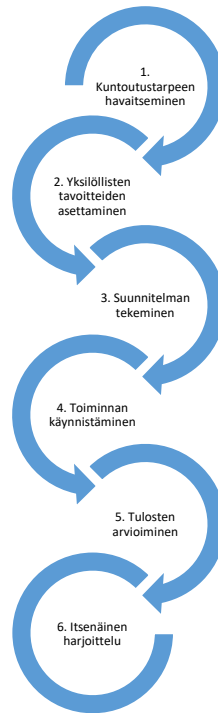
Kuntoutus kattaa tänä päivänä erittäin laajan toimialan ja yhden selkeän määritelmän luominen on vaikeaa. Kansainvälisessä kirjallisuudessa kuntoutusta määritellään tyyppillisesti erilaisista toimenpiteistä muodostuvaksi koordinoituksi kokonaisuudeksi, jonka painotus on toiminnan monialaisuudessa sekä monimuotoisuudessa. Kaikilla kuntoutuksen eri osa-alueilla on tarve eri ammattiryhmien tiiviiseen yhteistyöhön. Kuntoutustoiminta Suomessa jaetaan karkeasti neljään luokkaan. Näitä ovat lääkinällinen kuntoutus, ammatillinen kuntoutus, sosiaalinen kuntoutus sekä kuntouttava työtoiminta. Kuntoutuksen palvelut sisältävät paljon erilaisia toimintoja. Ne tukevat, ohjaavat, kasvattavat, kouluttavat, hoitavat ja sopeuttavat kuntoutujaa itseään tai vaikuttavat eri tavoin hänen ympäristöönsä. Kuntoutustyöllä on merkittävä yhteiskunnallinen tehtävä. Se takaa sekä riittävän määrän työkuuntoista työvoiman että pitää yllä ikääntyneen väestön toimintakyvyn. Kaiken kaikkiaan kuntoutuksella halutaan saavuttaa yhteiskunnalle merkittävää taloudellista hyötyä ja samalla tukea yksittäisen kansalaisen hyvinvointia. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivuilla kuntoutuksen tavoitteiksi mainitaan sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen ihmisen toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin, osallistumismahdollisuuksien sekä työllistymisen edistäminen. (Järvikoski 2011, 16–19; Järvikoski 2013, 9; Sosiaali- ja terveyspalvelut 2019.)

Tänä päivänä kuntoutuksen kenttä on hyvin pirstaloitunut. Tähän on merkittävästi syynä kuntoutuksen eri osa-alueiden vahva oma historiansa ja niillä toimineiden tahojen omat toimintamallit. Eri alojen ja eri tasojen toimijoita on paljon ja palveluketjut ovat hyvin monimutkaisia ja rikkonaisia. Kuntoutusvastuu jakautuu useille eri tahoille ja rahoitusjärjestelmät eri palveluiden takana ovat hyvinkin erilaisia. Tästä syystä yhtenäisen kuntoutuskäsitteen muodostaminen on lähes mahdotonta. Joidenkin näkemysten mukaan yhteisen käsitteen muodostaminen on turhaa ja kuntoutusta tulisikin hallinnoida ennemminkin osa-alueittain. Toisten näkemysten mukaan erityisesti ikääntyneiden kansalaisten kohdalla ei pitäisi puhua enää kuntoutustieteistä, sen liian kapea katsontakannan vuoksi. Tämän näkökannan mukaan sosiaalisesta kuntoutuksesta tulisi tehdä laajempi sateenvarjokäsite. Poliittisella kentällä kuntoutus on pitkään jäänyt lääketieteellisten näkemysten ja toimenpiteiden varjoon. Tämä on näkynyt erityisesti poliitikkojen haluttomuudessa kehittää kuntoutusta. Vuonna 2017 Kuntoutuksen tulvaisuutta pohdittiin kuntoutuksen uudistamiskomitean toimesta. He tuottivat yli 50 ehdotusta, joiden avulla kuntoutuksen kenttää tulisi kehittää ja yhtenäistää. Heidän lauseensa ”Kuntoutus on osa hyvinvointipalvelujärjestelmää ja edellyttää useiden toimijoiden oikea-aikaisia ja saumattomia palveluja sekä etuuksia.” kuvaa myös tämän työn taustalla olevaa tarvetta kehittää kuntoutuksen moniammatillista yhteistyötä. (Kuntoutuksen uudistamiskomitea. 2017; Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2015, 1, 14; Pikkarainen, A. 2020, 22.)

2.1 Kuntoutumisen prosessi

Kuntoutumisen prosessi on aina yksilöllinen niin sen sisällön kuin kestonkin suhteen. Prosessilla on kuitenkin pääsääntöisesti selkeä rakenne sekä kuntoutus on aina suunnitelmallista ja tavoitteellista. Kuntoutumisen prosessi on kuntoutujan ja asiantuntijoiden yhdessä suunnittelema ja siihen vaikuttavat sekä kuntoutujan että kuntoutusta toteuttavien asiantuntijoiden omat arvot, näkemykset, kyvyt, voimavarat ja toiveet. Kuntoutuja itse on merkittävässä osassa sen toteutuksessa. Prosessin jokaisessa vaiheessa kuntoutujalla itsellään on aktiivinen rooli tuoden esiin omat arvonsa, mielipiteensä ja näkemyksensä. Prosessin keston vaikuttavat merkittävästi kuntoutujan

oma motivaatio sekä erilaisten yhteistyörakenteiden toimivuus. Kuntoutumisen prosessia voidaan kuvata, hieman lähteestä riippuen, viisi tai kuusi vaiheiseksi. Seuraavassa kuviossa (Kuvio 1) prosessi on kuvattu kuusivaiheisena etenevänä prosessina. (Autti-Rämö 2016, 56–73; Järvikoski 2011, 187–202, 240.)



Kuvio 1 Kuntoutumisen prosessi

1. Kuntoutumisen prosessi alkaa aina kuntoutustarpeen toteamisella. Tällä voidaan tarkoittaa esimerkiksi kuntoutujan omatoimista hakeutumista hoitoon tai ammattilaisen näkemään kuntoutuksen tarvetta. Tässä vaiheessa tehdään päätös kuntoutuksen tarpeen arviosta.
2. Toisessa vaiheessa määritellään yhdessä kuntoutujan kanssa hänelle itselleen merkitykselliset tavoitteet. Ammattilainen auttaa tässä vaiheessa konkretisoimaan tavoitteita sekä konsultoi tarvittaessa muita ammattilaisia tavoitteiden saavuttamisesta. Kuntoutus on aina tavoitteellista.
3. Tavoitteiden määrittelyn jälkeen sovitaan yhdessä kuntoutujan kanssa menetelmät ja toimenpiteet, joita tavoitteiden saavuttamiseksi on tarpeellista suorittaa. Tässä vaiheessa pohditaan kuntoutujan omaa roolia prosessissa. Samoin mietitään ammattilaisen, kuntoutujan läheisten sekä ympäristön merkitystä prosessin eri vaiheissa. Laaditaan asiakkaan kanssa siis kuntoutussuunnitelma.
4. Neljännessä vaiheessa puhutaan toiminnan toteutuksesta. Järjestetään kuntoutujalle yhdessä hänen kanssaan hänen tarvitsemansa palvelut. Toteutetaan yhdessä suunniteltuja kuntoutustoimenpiteitä sekä aktivoidaan, motivoidaan ja sitoutetaan kuntoutujaa omaan kuntoutumisprosessiinsa. Kuntoutustoimenpiteet ovat valtaosin tilapäisiä – viikkoja, kuukausia tai joskus vuosia kestäviä.
5. Arviointivaiheessa kartoitetaan, miten asetettuihin tavoitteisiin on päästy, onko valitut toimenpiteet olleen oikeanlaisia ja oikea-aikaisia. Arviointivaiheessa päätetään aktiiviset kuntoutustoimenpiteet ja valmistellaan kuntoutuja seuraavaan vaiheeseen.

6. Viimeisessä vaiheessa kuntoutuja jatkaa itsenäisesti toimintakykyä ylläpitävää toimintaa. Ammattilaisten suorittamia arviointeja ei enää tässä prosessin vaiheessa tehdä.

Vaikka arvioinnille on oma kohtansa prosessissa, tehdään arviointia myös läpi prosessin neljännen vaiheen. Väliarvioiden pohjalta muokataan tarvittaessa kuntoutuksen toimenpiteitä sekä tarkistetaan alussa asetettujen tavoitteiden asemaa voimassa olevaan tilannetta vastaavalle tasolle. (Autti-Rämö. 2016. 56–71; Järvikoski. 2011. 186–202.)

Tutkimuskirjallisuuteen perehtyminen herättää useita kysymyksiä. Onko kuntoutumisprosessin lähestymistapa aina kuntoutujalähtöinen vai onko asiantuntijakeskeisyys kuitenkin vallalla prosessin suunnittelussa? Merkittävä ero näissä lähestymistavoissa on se, miten kuntoutujaan itseensä prosessin eri vaiheissa suhtaudutaan. Onko kuntoutuja enemmän passiivisten toimenpiteiden kohde vai oikeasti aktiivisen roolin omaava omaa elämäänsä suunnitteleva ja toteuttava päätöksentekijä? Onko kuntoutustyöntekijä yhteistyökumppani vai valtaa pitävä, päätöksiä tekevä asiantuntija? Asiantuntijakeskeisessä mallissa kuntoutustyöntekijä määrittelee omien tutkimustensa perusteella kuntoutuja fyysisen tilan, kuntoutumisprosessin tavoitteet sekä oman motivaatiotasonsa. Hän päättää mihin asioihin keskitytään, millaisia toimenpiteitä käytetään ja millaisella intensiteetillä harjoittelua toteutetaan. Asiantuntijatieta katsotaan kuntoutujan omaan näkemystä arvokkaammaksi kuntoutusprosessin etenemisen kannalta. Kuntoutujalähtöisessä mallissa kuntoutuja on tavoitteellinen, omia pyrkimyksiään ja omaa elämäänsä toteuttava toimija. Hän on kuntoutusprosessissaan aktiivinen. Hän pyrkii ymmärtämään, suunnittelemaan ja toteuttamaan omaa elämäänsä. Kuntoutujalähtöisessä mallissa huomio keskittyy kuntoutujan omassa toimintaympäristössä selviytymiseen. Jotta kuntoutus olisi sekä vaikuttavaa, oikea-aikaista että kustannustehokasta, tulisi kuntoutuja itse sekä hänen toimintakykynsä asettaa toiminnan ytimeen. Ilman sitä, ei kuntoutusjärjestelmä pysty aidosti vastaamaan kuntoutujan tarpeisiin oikeanlaisin keinoin. Vaikka tämä on ymmärretty, ei tutkittua tietoa näiden eri lähestymistapojen yleisyydestä ole vielä tarjolla. (Järvikoski 2011, 187–190; Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2015, 18.)

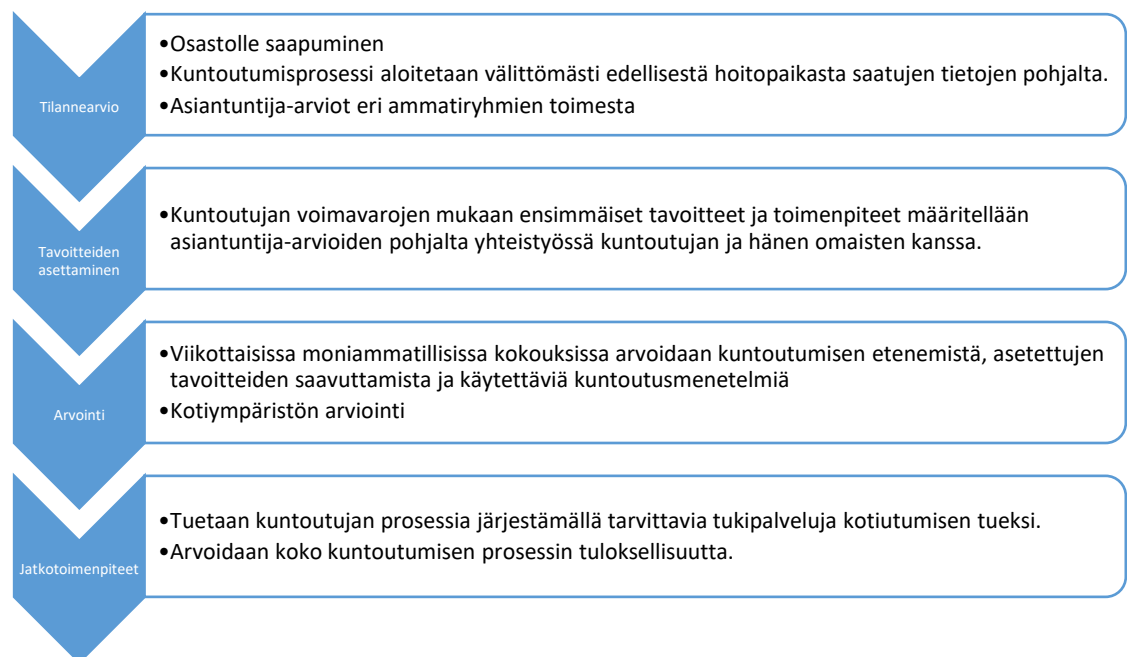
2.2 Kuntoutus akuuttivuodeosastolla

Akuuttivuodeosastolle kuntoutuja tulee jatkohoitoon aina somaattisen tai psyykkisen sairauden vuoksi ja erikoissairaanhoidon kautta päivystyksyksiköistä tai osastohoidosta. Valtaosa kuntoutujista on geriatria, yli 65-vuotiaita potilaita. Potilaiden keski-ikä akuuttivuodeosastoilla on noin 85 vuotta. Geriatriset potilaat tulevat hyvin erilaisista lähtökohdista. Osa heistä on kotona ilman ulkopuolisia apuja asuvia hyväkuntoisia, osa maksimaalisten tukipalveluiden avulla vielä kotona pärjääviä ja osa ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä asuvia kaupunkilaisia. Alle 65-vuotiailla kuntoutujilla on pääsääntöisesti päihdetaustaa tai psykiatrisia haasteita, traumaperäisiä neurologisia ongelmia tai palliatiivisen hoidon linjaus parantumattoman sairauden seurauksena. Osastolle tullessa kuntoutujan yleistila saattaa olla hyvinkin heikko, eikä kuntoutujalla ole resursseja tehdä päätöksiä omasta kuntoutusprosessistaan. Sairaalassa kuntoutusta suunnitellaan moniammatillisessa tiimissä yhteistyössä kuntoutujan omaisten kanssa, jos hänen oma vointinsa ei salli aktiivista osallistumista suunnitteluun. Yleisenä tavoitteena sairaalajaksoille on edistää kuntoutujan toimintakykyä ja tukea turvallista kotiutumista. Kuntoutus on sairaalassa, niin kuin muuallakin, aina tavoitteellista ja suunnitelmallista. Akuuttivuodeosastolla keskimääräinen hoitoaika on 11vrk. Tämän takia kuntoutusprosessi voi olla hyvinkin intensiivinen. Huomion kohteena tavoitteiden asettelussa ja toteutuksen arvioinnissa ovat tästä syystä tyypillisesti havaittavissa olevat muutokset ja parantamista edistävät toimenpiteet – kuntoutuskäsite on täten usein korjaava ja jälkihoidollinen. (Helsingin sairaala; Leino 2011, 266–270; Autti-Rämö 2016, 63.)

Kuntoutujan sairaudesta ja siitä johtuvasta toimintakyvyn alenemisesta johtuen osastojakson alkuvaiheessa lähestymistapa kuntoutukseen voi olla hyvinkin asiantuntijakeskeinen. Päätöksenteko on nopeaa ja kuntoutustyötä toimintakyvyn parantamiseksi tehdään tässä vaiheessa yleisen tiedon pohjalta. Heti, kun kuntoutujan vointi sallii osallistumisen, muuttuu lähestymistapa selvästi enemmän kuntoutujaläh- töiseksi. Se, miten kuntoutujan tulee selviytyä omassa kotiympäristössään, määrittää pitkälti millaisia tavoitteita kuntoutusjaksolle voidaan asettaa ja millaisia kuntoutus- toimenpiteitä niiden saavuttamiseksi valitaan. Vaikka sairaalassa kuntoutusprosessin alkuvaiheessa päätöksiä voidaan joutua tekemään kuntoutujan puolesta, ei häntä

kuitenkaan tule kohdata missään sairastumisen vaiheessa passiivisena hoidon kohteena, vaan osallistumista päivittäisiin toimintoihin on tuettava. (Autti-Rämö. 2016, 63–65; Järvikoski. 2011. 187–190.)

Kuntoutustapahtuma sairaalassa on aina ainutlaatuinen. Sen keskiössä on kuntoutujan ja kuntoutuksen ammattilaisen välinen yhteistyö ja vuorovaikutus. Kuntoutusprosessiin osallistuu sen eri vaiheissa useita eri toimijoita. Sairaalassa kuntoutusprosessi on kompakti ja eri toimijat toimivat tiiviissä yhteistyössä. Kuntoutusprosessiin kuuluu sairaalassa samat keskeiset vaiheet kuin pidemmissäkin kuntoutusprosesseissa, mutta aikajana on merkittävästi lyhyempi. Toimivan kuntoutusprosessin lähtökohdanna on oikea-aikaisuus. Se, että kuntoutuksen tarve tunnistetaan mahdollisimman nopeasti ja kuntoutumista tukevat toimet aktivoidaan heti arvioinnin jälkeen. (Järvikoski 2008. 86–87; Autti-Rämö 2016. 16.) Hoitajakson intensiivisen luonteen vuoksi sairaala-aikaisessa kuntoutumisen prosessissa painottuvat eri asiat, kuin pidemmissä kuntoutumisen prosesseissa. Kuntoutumisen etenemistä arvioidaan selvästi tiheämmin ja moniammatillisemmin. Lisäksi jatkotoimenpiteiden järjestelyn merkitys korostuu. Kotiutumisen yhteydessä voidaan katsoa alkavan kokonaan uusi kuntoutumisen prosessi, kun kuntoutusta toteuttava henkilöstön vaihtuu. (Kuvio 2)



Kuvio 2 Kuntoutumisprosessi akuuttivuodeosastolla

2.3 Tulevaisuuden kuntoutustoimintaan vaikuttavia näkökulmia

2.3.1 Muutokset väestörakenteissa

Suomessa on lähitulevaisuudessa edessä suuret muutokset väestörakenteissa. Väestö ikääntyy suurten ikäluokkien eläköityessä ja syntyvyyden pienentyessä. Lisäksi yhteiskunnasta on muodostumassa maahanmuuton ja globalisaation myötä monikulttuurisempi. (Kuntaliitto 2019; Tilastokeskus 2020.)

Väestön ikääntyminen on väistämättä yksi merkittävimpiä haasteita tulevaisuuden kuntoutuksessa. Samanaikaisesti kun ikääntyneiden ihmisten toimintakyky on vuosien saatossa parantunut, pitkäaikaissairaudet ja erilaiset toimintarajoitteet ovat lisääntyneet. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntoutuksen palveluja sekä kuntoutumista tukevaa neuvontaa tullaan tarvitsemaan enenevässä määrin. (Järvikoski 2011, 13.) Monikulttuurisuus ja erilaiset kulttuuriset taustat saattavat aiheuttaa aikaisempaa enemmän tilanteita ymmärtää ja tulkita tilanteita väärin. Näitä ovat esimerkiksi sukupuoliroolit, oman kehon koskemattomuus, kulttuurissa arvostetut ominaisuudet ja yhteisöllisyyden merkitys. (Kähäri-Viik 2006, 214-219.)

Tämä kaikki tarkoittaa sitä, että työtä pitää järjestellä uudella tavalla. Resurssien käyttöä on arvioitava uudelleen sekä työn priorisoinnin näkökulmasta että erilaisten kulttuuristen vaatimusten pohjalta. Työn toteutusta on mietittävä myös eettisesti kestävältä kannalta. Annettujen palveluiden pitää olla parhaaseen tietoon perustuvaa, oikeudenmukaista, viivetyksetöntä sekä kaikkia kansalaisia yhdenvertaisesti kohtelevia. Kustannustehokkuutta on lisättävä ja vaikuttavuutta on tuotava entistä selkeämmin esille jo pelkästään rahoituksen varmistamiseksi. (Järvikoski 2011, 13; Pikkarainen 2016, 89; Kähäri-Viik 2006, 214-219.)

2.3.2 Muutokset palvelustrategioissa

SOTE -uudistuksen myötä tulevaisuuden palvelustrategioiden mukaisesti yhä useampi ikäihminen tulee hoidetuksi kotona. (Soteuudistus 2019.) Tämä merkitsee

yhä huonokuntoisempien kuntoutujien kotiutumista sairaalahoidosta. Sen johdosta kotihoidonpalveluja tuottavien yksiköiden tulee tehdä entistä tiiviimpää yhteistyötä sekä toistensa että kotiuttavien tahojen kanssa. Palveluketjut tulee saada jatkumaan yhtenäisinä suoraan sairaalasta käsin. Kun kuntoutus alkaa sairaalassa, jatkokuntoutustarpeen arvioiminen ja prosessin etenemisen varmistaminen on sairaalajakson päättyessä sairaalan tehtävä. Tämä saattaa tarkoittaa kuntoutuksen ohjauksen ja kuntoutuspalveluiden koordinoimisen tehostamista. Kuntoutustarpeen yhä yksilöllisempi tarkastelu voi johtaa todennäköisesti myös palveluketjujen joustavuuden lisääntymisen. Suurena haasteena onkin löytää toimivat ratkaisut näihin siten, ettei SOTE -uudistuksen tavoitteiden vastaisesti kansalaisten eriarvoisuus asuinpaikan perusteella kasva. (Pikkarainen 2016, 190; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 41; Soteuudistus 2019.)

2.3.3 Yhteinen viitekehys

Eri ammattiryhmien toisistaan poikkeavat kuntoutusnäkökulmat eivät ole vain suomalainen ongelma. Kansainvälisesti näiden erilaisten näkemysten yhdistämiseksi on tehty useiden vuosien ajan systemaattista kehitystyötä. WHO:n (maailman terveysjärjestö) kansainvälisesti useiden vuosien kehitystyön tuloksena on syntynyt toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) -luokitus. Se on yleiskäyttöinen ja monitahoinen luokitusjärjestelmä, joka yhdistää lääketieteellisen ja yhteiskunnallisen näkökulman toimintakyvyn. Sen tavoitteena on luoda eri terveydenhuollon toimijoille yhteinen viitekehys. (Salminen 2016, 20–25; Paltamaa 2015, 15)

ICF-luokituksen keskeinen tavoite on, että yhteinen viitekehys ja koodikieli voi helpottaa kommunikointia sekä ammattilaisten välillä että kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä välillä. Sekä Suomessa että kansainvälisestikin ICF-luokituksen implementointi käytäntöön on vielä varsin vähäistä. Sitä on moitittu liian monimutkaiseksi ja vaikeaksi käyttää. Kuitenkin niissä paikoissa, missä yhteinen koodisto on onnistuneesti sovitettu käytäntöön, sen on koettu helpottavan yhteisen näkemyksen muodostamista ja tavoitteiden asettamista. (Salminen 2016, 20–25; Rantakömi-Stansfield, 2014, 5–9; Paltamaa 2015, 15.) Kuntoutuksen uudistamisen

työryhmä suosittaa vahvasti ICF-luokitus käyttöönottoa toiminta- ja työkykyarvioiden tekemiseen Suomessa. Yhtenä vahvana perusteena on, että yhtenäisten arvioiden pohjalta kuntoutuksen vaikuttavuutta voidaan arvioida luotettavammin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 45.)

Yhteisen koodikielen ja viitekehyksen implementointi vaatii kuitenkin kaikkien ammattiryhmien sitoutumista, perusteellista koulutusta sekä potilastietojärjestelmien päivitystä. Tutkimusten valossa voidaan kuitenkin osoittaa, että näiden keinojen ja yhteisen viitekehyksen avulla eri ammattiryhmien työntekijät kykenevät muodostamaan yhteisen näkemyksen. Työntekijät kokivat, että ICF-luokitus haastoi ammatillaiset ajattelemaan oman perinteisen vastuualueen ulkopuolelle. Se paransi kommunikointia yksikön sisällä ja selkeytti tiimin jäsenten rooleja. Tärkeää on siis löytää keinot yhteisen ymmärryksen luomiseen ja huomioida tässä työssä kaikki ammattiryhmät tasapuolisesti. (Paltamaa 2015, 15; Rantakömi-Stansfield, 2014, 5–9; Tempest ja muut 2012, 2013.)

Kuntoutuksen vaikuttavuutta ja sen todentamista tullaan tulevaisuudessa vaatimaan yhä enemmän. Koska kuntoutuksen saralla toimii hyvin moniammatillinen ja monialainen toimijoiden joukko, on yhteisen viitekehyksen, sanaston ja käsitteistön käyttöönotto merkityksellistä. Kuitenkaan pelkkä yhteisen viitekehyksen käyttöönotto ei ole vastaus kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnin vaikeudelle. Suuri ongelma on, ettei kuntoutuminen ole ikinä yhden toimenpiteen seurausta. Se, että käytetäänkö tutkitusti tehokkaita kuntoutusmenetelmiä, on vain yksi askel vaikuttavuuden arvioimisessa. Ajoituksella, ympäristöllä, motivaatiolla, sitoutumisella sekä tiedon jakamisella on huomattava merkitys vaikuttavien kuntoutustulosten saavuttamisessa. Tällä saralla on vielä tehtävä paljon tutkimustyötä, ennen kun hyviä arviointimenetelmiä saadaan käyttöön. (Autti-Rämö. 2016. 90–94; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. 45.)

3 Moniammatillinen yhteistyö

Käsittelen tässä opinnäytetyössä moniammatillisuuden, asiantuntijuuden sekä yhteistyön ja vuorovaikutuksen käsitteitä sekä omina termeinään että merkittävän

moniammatillisen kuntoutuksen kontekstissa. Kuvaan akuuttivuodeosaston moniammatillisen kuntoutustiimin moniammatillisuuden, asiantuntijuuden sekä yhteistyön ja vuorovaikutustaitojen erityispiirteitä.

3.1 Moniammatillisuus

Moniammatillisuus on hyvin laaja sateenvarjokäsite ja se pitää sisällään hyvin erilaisia yhteistyön muotoja. Sillä tarkoitetaan tyypillisesti yhteisten tehtävien ympärille syntyvää yhteistä toimintaa. Moniammatillisuus voidaan siis nähdä erilaisten verkostojen yhteistoimintana. Se tuo yhteistyöhön mukaan erilaista tietoa ja osaamisen näkökulmaa. Moniammatillisen työn tavoitteena voidaan yleisesti sanoa olevan yhdessä neuvoteltu yhteisymmärrys tavoiteltavaan asiaan, keinoista sen saavuttamiseksi sekä työnjaosta ja vastuista. Tavallaan moniammatillisuus on hyvinkin kaksijakoista. Toisaalta yksilön pitää pystyä kirkastamaan omaa erityisosaamistaan ja asiantuntijuuttaan, toisaalta hänen on kyettävä rakentamaan ryhmän yhteistä osaamista. (Isoherranen 2005, 19; Isoherranen 2008, 33–39; Kekoni 2019, 15–18.)

Moniammatillista yhteistyötä voidaan toteuttaa erilaisista lähtökohdista. Kapeimmillaan se voi olla esimerkiksi kahden eri ammattiryhmän edustajan yhtäaikaaisesti rinnakkain tekemää työtä. Tällaista on esimerkiksi vuodeosastolla tapahtuva työ, missä jokainen eri ammattilainen käy itsenäisesti suorittamassa omat toimenpiteensä potilaan luona toisista toimijoista riippumatta. Työmallisissa jokaisen työrooli on selkeä ja hierarkkisesti määräytyvä. Toisessa laadissa on moniammatillisessa tiimissä työn tekeminen omia perinteisiä työroolejaan rikkoen yhteisiä tavoitteita ja työskentelytapoja sopien. Tässä työmuodossa eri ammattiryhmät tapaavat ja neuvottelevat säännöllisesti, luovat yhteisiä tavoitteita työlleen. Työtä tehdään niin raja-asiantuntijuudella. Tällä tarkoitetaan eri ammattien väliin sijoittuvaa joustavaa asiantuntijuutta, jossa ammattilainen on valmis laajentamaan omia käsityksiään toisten ammattiryhmien suuntaan ja etsimään näin uusia näkökulmia ymmärtää ja jäsentää asioita. Näitä kahta moniammatillisen työn muotoa on vertailtu sen tuottavuuden osalta myös sairaalakuntoutuksen kontekstissa. Kansainvälisesti näistä käytetään termejä *multiprofessional team work* (rinnakkain työskentely) ja *interprofessional team work* (rajoja rikkova työskentely).

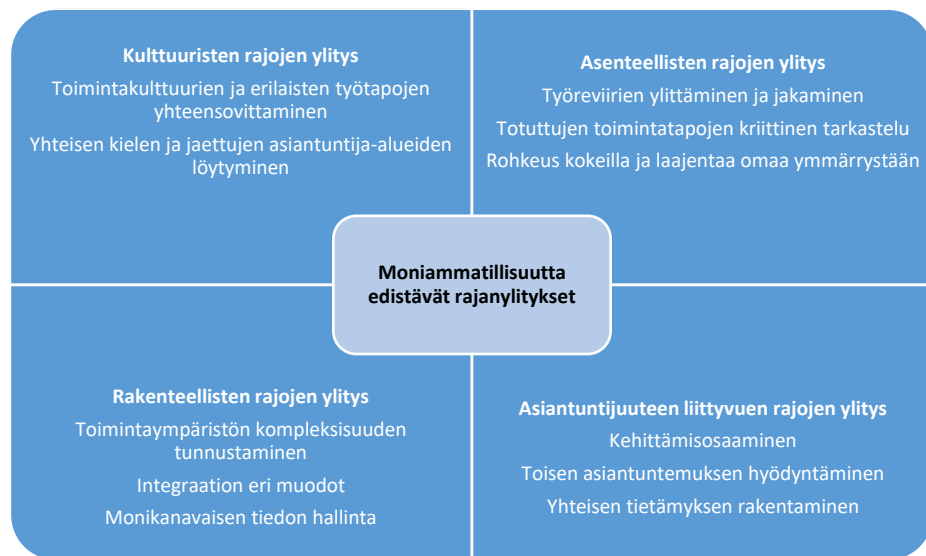
Kuvio 3 perustuu Kaarina Isoherrasen (2005) tutkimukseen ja se havainnollista kahden edellä mainitsemani yhteistyömuodon eroja.

Multiprofessional teamwork / moniammatillinen rinnakkain työskentely	Interdisciplinary teamwork / moniammatillinen rajoja rikkova työskentely
<ul style="list-style-type: none"> •Jäsenet edustavat eri tieteitä •Jäsenet antavat tietonsa yhteiseen päätöksentekoon •Yksi henkilö tekee päätöksen •Koordinoitua tiedespesifiä hoitoa, jossa jokaisella on omat ongelmansa 	<ul style="list-style-type: none"> •Jäsenet edustavat eri tieteitä •Jäsenet antavat tietonsa ja yhdistävät osaamisensa päätöksentekoprosessissa •Päätökset syntyvät ryhmän keskusteluprosessin kautta •Tiimi määrittelee tavoitteet yhdessä •Rakenteet mahdollistavat yhteistyön

Kuvio 3 Moniammatillisen yhteistyön muodot (Isoherranen 2005)

Selkeästi paremmat tulokset on saatu nimenomaan rajoja rikkovasta moniammatillisesta työotteesta. (Isoherranen 2005, 19; Kontio 2010, 8; Korhonen & ym. 2013. 50; Körner 2010, 745–747.)

Moniammatillisessa toiminnassa kukin osallistuja joutuu ylittämään omia ammatillisia raja-aitojaan. Tämä koetaan herkästi myös tunkeilevaksi ja omaa asiantuntijuutta väheksyväksi. Taru Kekoni ja muut (2019) ovat rakentaneet tilannetta hyvin kuvaavan kaavion. Siinä he esittävät, millä kaikilla moniammatillisen työn osa-alueilla raja-aitoja joudutaan ylittämään. Kuvio 4. Toimiva moniammatillinen työ vaatii osallistujaltaan rohkeutta katsoa asioita uudesta perspektiivistä, kykyä laajentaa omaa ammatti-identiteettiään ja kyseenalaistaa omia aikaisempia uskomuksia ja olettamuksia. Ilman vakaata tietämystä omasta erikoisalastaan tämä on kuitenkin lähes mahdollonta. On oltava oman ammattinsa asiantuntija, jotta voi toimia tasavertaisesti moniammatillisessa ryhmässä. Moniammatillinen yhteistyö ei tarkoita oman ammatti-identiteetin menettämistä tai yhtenäisten toimintatapojen luomista, vaan ongelmia pohditaan kunkin ammattiryhmän omasta näkökulmasta. (Isoherranen 2005, 19; Kekoni 2019. 29–34; Mönkkönen ja ym. 2019, 87.)



Kuvio 4 Moniammatillinen yhteistyö rajanylityksinä (Kekoni 2019)

Jotta moniammatillinen työ onnistuu ja tavoitellut tulokset ovat saavutettavissa, on osallistujien sitouduttava yhteistyöhön. Moniammatillinen työskentely edellyttää myös, että työntekijät tuntevat toisten ammattiryhmien työn sisältöä sekä työtapoja ja ovat kiinnostuneita oppimaan niistä ja toisiltaan. Toisen toimijuuden tunteminen ja ymmärtäminen on yhteistoiminnan perusta. Haasteita moniammatilliselle työlle voi syntyä nimenomaan ammattien välisistä valtakysymyksistä. Tyypillisesti terveydenhoitoalalla muut kuin lääketieteelliset asiantuntijat kokevat jäävänsä herkästi heikompaan asemaan. Erityisesti sairaalaympäristössä lääkäreiden edustama terveystieteellinen näkökulma voi korostua ja nousta muiden näkökulmien yläpuolelle. Tällaista hierarkista asetelmaa voi vahvistaa myös toisen osapuolen ammatin huono tuntemus. Ammatin mukanaan tuomat vastuukysymykset vaikuttavat kuitenkin osaltaan eri ammattien tasa-arvoisuuteen. Koulutustaustaan perustuva hierarkkinen näkemys on pitkään estänyt moniammatillisen työn onnistumista sosiaali- ja terveysalalla. (Kekoni 2019, 21–23; Mönkkönen 2019, 9, 73–78; Rekola 2008, 13–17.)

Moniammatillisen tiimin toimintaan vaikuttaa olennaisesti työlle asetetut tavoitteet. On tärkeää pohtia, onko kyse kertaluontoisesta toiminnasta, pitkäaikaisesta kehittämistyöstä vai säännöllisestä ongelman ratkaisusta? Tavoitteet voivat tyypillisesti olla hyvinkin yhteneväiset, mutta keinot ja reitit tavoitteiden saavuttamiseksi voivat olla

hyvinkin eriävät. Tyypillistä onkin, että alussa voidaan olla hyvin yksimielisiä keinoista ja tavoitteista, mutta työn syventyessä erilaiset näkemykset alkavat korostumaan. (Kekoni 2019, 27.)

3.2 Asiantuntijuus

Asiantuntijuudelle ei ole olemassa yhtä selittävää käsitettä. Sille löytyy useita synonyymejä tai samansuuntaisia käsitteitä kuten ekspertti, spesialisti, erikoistuntija tai osaaja. Käsite viittaa yhtä lailla tietämiseen, arviointiin ja ennakointiin, kuin myös tekemiseen ja suorittamiseen. Suomen kielessä tietämisellä on kuitenkin asiantuntijuuden yhteydessä suurempi paino. Asiantuntijuudesta puhuttaessa vertailupohjana käytetään tavallisesti aloittelijan taitoa ja osaamista. Asiantuntijuus on myös alakohdista. Huippuosaaja yhdellä alalla ei välttämättä ole asiantuntija myös toisella. Yhteistä eri alojen välillä on kuitenkin asiantuntijaksi kehittymisen polku. Aluksi osaaminen on satunnaista, mutta taidon vakiintuessa tekijä osaa havainnoida paremmin omia puutteitaan ja kehittymisen kohteita. Kyky muokata ja soveltaa omaa tietoansa ja taitoansa sekä pyrkimys jatkuvaan kehittymiseen on korkeatasoisen asiantuntemuksen edellytys. Tiedon, taidon ja oppimisen lisäksi asiantuntijalta odotetaan kykyä sopeutua erilaisiin tilanteisiin. Hyväksi asiantuntijaksi ei myöskään voi tulla ilman muiden apua. Muita asiantuntijoita tarvitaan mm. määrittelemään hyvän ja erinomaisen tiedon taso. (Collin 2010, 41–42; Kirjonen 1997, 22–23; Ristikangas 2008, 87–88; Tynjälä 2010, 89–92.)

Asiantuntija on siis henkilö, jolla on tietyn alan syvällistä osaamista, tietoa ja taitoa, sekä kokemusta. Hän kykenee toimimaan spontaanisti ja luovasti sekä hänellä on taito kehittää ja tutkia omaan alaansa. (Ristikangas, 2008. 88–102.) Asiantuntija-ammatissa toimivalla on moraaliset velvollisuudet omaa alaansa ja sen tieteellistä tutkimusta kohtaan. Hänellä on mm. velvollisuus tuntea oman tieteesä perusteet ja kyky soveltaa niitä käytännössä. Hänen on pysyttävä ajan tasalla uusista tieteen tuloksista, teorioista ja sovelluksista sekä osattava pidättäytyä epätieteellisistä uskomuksista. (Airaksinen 2008, 68.)

Asiantuntijätietoa voidaan jakaa neljään eri kategoriaan. Näistä kolme ensimmäistä ovat teoreettinen ja käsitteellinen tieto, henkilökohtainen kokemustieto ja prosessio-tieto (asiantuntijuuden sisältötiedon prosessointia toimintamalleiksi ja taitavaksi ammatilliseksi käyttäytymiseksi - itsesäätelytieto). Nämä kolme ovat persoonallisen tiedon muotoja. Neljäs on sosiokulttuurinen tieto. Se liittyy sosiaalisiin ja kulttuurisiin käytäntöihin ja kohdistuu erilaisiin työvälineisiin. Asiantuntijalta vaaditaan kykyä liikua näiden kategorioiden välillä tilanteen mukaan. (Ristikangas 2008, 92–95; Tynjälä 2010, 82–84.)

Terveystieteiden alalla on tutkittu ja kehitetty erityisesti asiantuntijuutta eri ammattiryhmien ja sukupuolten välisen tasa-arvon näkökulmasta. Lääkärit mielletään perinteisessä ajattelussa terveydenhuoltoalan merkittäviksi asiantuntijoiksi. Naisvaltaisten ammattien asiantuntijuuden kohdalla on tutkittu myös sitä, mikä erottaa asiantuntijatyön muusta ammattiin liittyvästä työstä. Työn sisältämä autonomisuus mahdollisuus näyttäytyy yhtenä merkittävänä asiantuntijuuden tekijänä. (Collin 2010, 53–67.)

Kuntoutuksen asiantuntijalta vaaditaan kykyä hankkia, analysoida, tulkita ja yhdistää tietoa ihmisestä, toimintakyvystä, muutosprosesseista, toimintamuodoista ja kuntoutusjärjestelmästä. Se edellyttää vuorovaikutustaitoja ja kykyä verkostoitua. Kuntoutuksen asiantuntijoilta vaaditaan aina Valviran (Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto) myöntämä lailistus, jotta he voivat harjoittaa ammattiaan. (Salmi-nen 2019, 382–383.)

3.3 Yhteistyö ja vuorovaikutustaidot

Ihmisen kyky tehdä yhteistyötä on merkittävä tekijä ihmiskunnan evoluution historiassa. Yhteisten ponnistelujen avulla on ratkaistu eteen tulevia ongelmia sekä voitettu vihollisia. Kehityksen myötä yhteistyön muoto on muuttunut alkukantaisesta metsästämisestä nykyaikaiseen virtuaaliseen yhteistyöhön. Yhteistyön käsitteellä on varsin laaja-alainen merkitys. Isoherranen (2005, 2008) kuvaa yhteistyötä koordinoituna toimintana yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi työssä, vapaa-ajalla tai sosiaalisissa suhteissa. Vaikka yhteistyön tavoitteena sosiaali- ja terveysalalla on tyypillisesti saada rakennettua hyvinkin erilaisista näkökulmista yhteinen kokonaisnäkemys ja tavoite,

ei yhteistyö ole vain toimintaa yhteisten tavoitteiden eteen. Sen onnistumiseen vaikuttavat myös sosiaaliset suhteet sekä vuorovaikutus. (Isoherranen 2005, 13–23; Isoherranen 2008, 27; Kekoni 2019, 15–18.)

Tony Dunderfelt (1998) kuvaa ihmisellä olevan neljä vuorovaikutuksen perustarvetta, jotka vaikuttavat merkittävästi yhteistyön onnistumiseen. Näitä ovat kuulluksi tuleminen, kunnioitus, voimavarojen tukeminen sekä tahto yhteistyöhön. Kuulluksi tulemisen kohdalla ongelmia tulee esiin, kun toisen viestittämä asia nostaa esiin voimakkaita negatiivisia tunteita tai viestitulva voi olla niin suuri, ettei yksilö kykene niitä enää käsittelemään. Kunnioituksen katsomme olevan länsimaisen yhteiskunnan peruskiviä. Aito kunnioitus toista ihmistä kohtaan auttaa ylittämään kaikki yhteistyön esteet. Kuitenkin varsin usein sen toteutuminen estyy, kun ennakkoluulot, väärät tulkinat ja erilaiset voimakkaat tunteet ottaa vallan. Hedelmällisen ja kestäväen yhteistyön sydän on toisten voimavarojen tukeminen. Aktiivisesti tukemalla toisten taitoja ja osaamista voi yhteistyö saavuttaa uuden tason. Paljon on kiinni myös tahdosta tehdä yhteistyötä. Tahto yhteistyöhön peilautuu edellisistä tekijöistä. Jos on vaikea kuunnella, kunnioittaa tai tukea toista, on tahtoa vaikea kaivaa esiin.

Isoherrasen (2005) näkemyksen mukaan toimiva yhteistyö edellyttää vuorovaikutustaitoja. Hän päättlee tutkimustensa perusteella, että ideaalitalanteessa onnistuneeseen yhteistyöhön osallistuvalla on:

- 1) Riittävä oman alan asiantuntijaosaamista sekä tietoa käsiteltävästä aiheesta.
- 2) Avoimuutta uusille näkökulmille, uudelle tiedolle ja erilaisille ratkaisuvaihtoehdoille.
- 3) Hyviä dialogisia taitoja. Kykyä osata kuunnella ja kysyä.
- 4) Hyvää ammatillista itsetuntoa.
- 5) Halua kommunikoida
- 6) Kykyä tasavertaiseen keskusteluun.
- 7) Vastuun ottamista.
- 8) Kärsivällisyyttä.

Motivaatio on onnistuneen yhteistyön keskeinen tekijä. Jos asenteet yhteistyölle ovat hyvinkin erilaiset, voi yhteistyön onnistuminen olla vaikeaa. Mönkkönen (2019, 48–49) määrittelee kolme tyypillistä estettä sitoutua yhdessä toimimiseen. Nämä ovat:

- 1) heikko sitoutuminen – muut tapaamiset menevät herkästi edelle
- 2) Sitoutuminen henkilökohtaisten intressien vuoksi – yhteistyö edistää henkilön omia etuja

3) Voimakas sitoutuminen – omaksuu ryhmän yhteisen agendan.

Dunderfelt (2016) korostaa, että vaikka yksilö kantaa vastuun omasta osallistumisestaan, yhteisillä säännöillä voidaan kuitenkin vaikuttaa kunkin osallistujan läsnäoloon. Voidaan sopia esimerkiksi yhteisestä rauhoittumisesta, tauoista kokouksen aikana ja puheenvuoroista. Ennen kaikkea oman intuitiivisen viestintänsä ymmärtäminen on toimivan yhteistyön kannalta kriittistä. Ihminen on sanattoman viestinnän merkeille hyvin herkkä. (Dunderfelt 2016, 123–127.)

Suomalainen työyhteiskunta muuttuu koko ajan heterogeenisemmäksi. Ei voida enää rakentaa vastakkainajattelua me ja muut, vaan työyhteisöt ovat hyvin monimuotoisia etnisyyden, kansallisuuden, rodun, sukupuolen, sukupolvien, iän ja maailmankatso- muksen suhteen. Moninäkökulmaisuus vaikuttaa merkittävästi yhteistyön toimivuuteen ja vuorovaikutukseen. Työntekijöiden pitää osata ottaa huomioon työyhteisön erilaisia toimintavalmiuksia sekä vähemmistöjen näkökulmaa asioita käsitellessä. Tämä on haasteellista, koska meillä on usein oman kulttuuritaustamme pohjalta sellainen oletamus, että toinen on samankaltainen kuin itse ja että kaikki tavat, tarpeet ja odotukset ovat kaikille samanlaisia. Nämä ovat usein täysin tiedostamattomia ja pidämme niitä merkittävänä osana kulttuuriamme. Yhteistyön kannalta haasteita tulee esiin, jos emme ole valmiita ymmärtämään näiden olettamuksien ulkopuolisia näkemyksiä ja laajentamaan omaan näkökantaa. (Korhonen, 2013, 48–50.)

3.4 Moniammatillinen kuntoutustiimi

Sairaalassa moniammatillinen työ toteutuu samanaikaisesti useammassa eri muodossa. Kapeimmillaan moniammatillinen työ on pitkälti rinnakkain tehtyä. Siinä kukin ammattilainen keskittyy omaan osaamisalueeseensa. Yhteistyön määrä lisääntyy, kun rinnakkain tehdyn lisäksi työhön tulevat yhteiset, säännölliset ja ennalta sovitut tapaamiset. Tällaisia ovat esimerkiksi kuntoutuskokoukset ja muut moniammatilliset tapaamiset. Laajimmillaan moniammatillista työtä tehdään omia ammattirajoja rik-

koen. Esimerkiksi fysioterapeutti voi ohjata hoitajia tekemään hoitotyötä kuntouttavalla otteella tai hoitaja antaa ohjeistusta haavan hoidossa. (Isoherranen 2008, 37–38.)

Sairaalassa moniammatillinen tiimi muodostuu erilaisen koulutuksen saaneista asiantuntijoista. Hoitokäytännöt ovat perinteisesti ammattiryhmäkohtaisten tehtävien perusteella muotoutuneita. Kukin ammattiryhmä on keskittynyt potilaan hoitoon omasta näkökulmastaan. Potilaiden hoitaminen on kuitenkin aina vaatinut neuvonpitoa muiden ammattiryhmien kanssa ja siksi erilaisilla moniammatillisen työn malleilla on sairaalamaailmassa jo pitkät perinteet. Merkittävin moniammatillisen työn muoto ovat moniammatilliset tiimit. Moniammatillisessa tiimissä kootaan potilaan hoidossa tarpeellinen tieto yhteen, prosessoidaan ja saadun tiedon perusteella rakennetaan tavoitteet. Sairaalamaailma on ollut perinteisesti hyvin hierarkkinen ammatillisen koulutustaustan mukaan. (Isoherranen 2008, 33; Rekola 2008, 15–18.)

Potilaan tullessa sairaalahoitoon ja edelleen jatkokuntoutukseen akuuttivuodeosastolle, jokaisen hoitojakson tavoite on lähtökohtaisesti kuntouttaa potilaat jälleen kotikuntoisiksi. Tähän vaikuttavat hyvin monet tekijät niin potilaan terveydessä, fyysisessä ja psyykkisessä kunnossa kuin hänen kotiympäristössään. Näiden asioiden arvioimiseen ja hoitamiseen tarvitaan usean eri ammattiryhmän panosta. Tästä syystä voidaan hyvin perustellusti puhua moniammatillisesta kuntoutustiimistä. Siihen kuuluu osaston hoitohenkilökunnan edustajat (lähihoitajat, sairaanhoitajat ja osastonhoitajat), lääkärit, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, sosiaalityöntekijät sekä joissain tapauksissa myös psykologit. Lisäksi tarpeen mukaan kuntoutustiimillä on mahdollisuus konsultoida esimerkiksi puheterapeutteja, ravitsemusterapeutteja sekä eri alojen erikoislääkäreitä, kuten infektiolääkäreitä, ortopedejä ja psykiatreja. (Helsingin sairaala 2020; Rekola 2008, 18–19.)

Sairaalassa moniammatillisen kuntoutustiimin erityispiirteenä on, että tiimin kokoonpano voi vaihdella runsaasti viikottain. Hoitohenkilökunnasta on eri henkilöt vuorossa kuntoutuskokousten ja moniammatillisten tapaamisten aikaan sekä isommissa sairaaloissa eri ammattiryhmien sisällä hyödynnetään työnkiertoa osastojen välillä. Toisaalta pienet ammattiryhmät, kuten sosiaalityöntekijät ja fysio- ja toimintaterapeutit saattavat henkilöityä edustamaan yksilöllistä erityisosaamista käsittävää toimintaa. Sairaalassa potilaita on hoidettavana vuoden jokaisena

päivänä, joten sairastumiset, lomat ja pyhät ei pysäytä moniammatillisen kuntoutustiimin toimintaa. Tämä saattaa tarkoittaa toimimista välillä vajaalukuisena. Kunkin tiimin jäsenen vuorovaikutustaidot ja motivaatio vaikuttavat tiimin toimivuuteen. Näin ollen toisessa yksikössä moniammatillinen tiimi voi toimia erittäin hyvin ja samanaikaisesti toisessa yksikössä voi olla suuria haasteita, vaikka ammatillisesti kokoonpano molemmissa tiimeissä on sama. Monesti kyse onkin kommunikaation ja yhteistyötaitojen heikkoudesta. (Mönkkönen ja muut 2019, 68, 83-84; Rekola 2008, 18-19.)

Kuntoutuksessa toimiva moniammatillinen tiimi on välttämätön. Ilman eri ammattien välistä tiivistä yhteistyötä ei saada välitettyä realistista ja kokonaisvaltaista käsitystä kuntoutujan haasteista ja vahvuuksista kuntoutussuunnitelmaa rakennettaessa. (Mönkkönen ja muut 2019, 82-83.)

4 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää moniammatillisen asiantuntijaraadin avulla, mitä on moniammatillinen kuntoutus akuuttivuodeosastolla. Yhteistä ymmärrystä tarvitaan, jotta työtä voidaan tulevaisuudessa kehittää kaikki ammattiryhmät tasa-arvoisesti huomioiden.

Työn tavoitteena on hahmottaa eri ammattiryhmien näkemyksiä moniammatillisesta kuntoutuksesta ja tutkia mitä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia eri näkemysten välillä löytyy, sekä mitkä tekijät nousevat tärkeiksi toimivan yhteistyön kannalta?

Tutkimuskysymykset:

1. Miten eri ammattiryhmiä edustavat akuuttivuodeosastolla työskentelevät ammattilaiset kuvaavat moniammatillista kuntoutusta?
2. Miten ammattilaiset kuvaavat moniammatillinen yhteistyön toimivuutta kuntoutuksessa?
3. Vastaako nykyhetken tilanne käsitystä toimivasta moniammatillisesta yhteistyöstä?

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Opinnäytetyön lähtökohdat

Tämä opinnäytetyöprosessi käynnistyi toimeksiantajan toiveesta kehittää kaupungin sairaaloiden kuntoutustyötä akuuttivuodeosastoilla. Koska työ on moniammatillista, ensimmäiseksi tehtäväksi nousi moniammatillisen yhteistyön kehittäminen. Tutkimustyön tavoitteita ja käytännön toteutusta pohdittiin yhdessä toimeksiantajan edustajan kanssa ja lopulta päädyttiin moniammatillisen yhteistyön nykytilan selvittämiseen. Taustalla oli työntekijöiden esiin nostama tarve kehittää yhteistyötä ja löytää ratkaisuja toimimattomiin käytänteisiin. Keskeisiä tutkimuskysymyksiä olivat, miten moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksen osalta toimii, miten eri ammattiryhmät sen kokevat ja mitkä osa-alueet toimivat ja mitkä eivät? Delfoi-menetelmä valikoitui tutkimusmenetelmäksi sen asiantuntijoiden näkemystä korostavan ja heidän näkemyksiään eteenpäin vievän asetelman vuoksi. Tutkimussuunnitelman valmistuttua tutkimukselle anottiin asiaan kuuluvat tutkimusluvut.

5.2 Menetelmät

5.2.1 Laadullinen tutkimus

Tämä tutkimus on laadullinen. Siinä tutkija kartoittaa tutkittavien käsityksiä tutkittavasta aiheesta fenomenografisesti. (Metsämuuronen 2006, 108–109.) Tutkimusaineiston kokoamismenetelmäksi valikoitui tulevaisuutta ennustava Delfoi-menetelmä. Tutkimusaineiston analyysimenetelmäksi valikoitui puolestaan induktiivinen sisällönanalyysi.

Laadullisella tutkimuksella haetaan syvällisempää kokemusta vastaajilta. Siinä halutaan astua ulos tutkijan omalta tietoalueelta ja hakea syvempää tietoa tutkittavaan aiheeseen vastaajilta. Laadullisella tutkimuksella halutaan tehdä uusia löytöjä ja lisätä ymmärrystä enemmän kuin testata erilaisia käytössä olevia vaihtoehtoja. Juuri tästä

syystä laadullisessa tutkimuksessa ei olla tiukasti kiinni missään erityisessä viitekehysessä. Tiukan viitekehysten pelätään usein vaikuttavan tutkijan ajattelumaailmaan ja tulosten analysointiin. Laadullisessa tutkimuksessa halutaan tietoa kokemuksen pohjalta ja asiantuntijan näkökulmasta. (Caronna 2010, 71–73; Corbin 2008, 12–16; Gray 2017, 252–254.)

Laadullisessa tutkimuksessa käytettäviä aineistonkeräysmenetelmiä on paljon. Yhdessä tutkimuksessa voidaan hyödyntää myös useita eri menetelmiä. Tyypillisiä aineistonkeräysmenetelmiä ovat esimerkiksi haastattelut ja havainnointi. Yhteistä eri menetelmille on, että niiden avulla pystytään lisäämään ymmärrystä esimerkiksi terveydenhuollosta, sen rakenteista ja muutoksista paljon tehokkaammin kuin määrällisillä tutkimusmenetelmillä. Laadullisen tutkimuksen yhtenä haasteena on sen kapealaisuus. Näissä tutkimuksissa keskitytään tiettyyn osaan organisaatiossa tai tutkittavassa aiheessa, joten suuren kuvan tutkiminen laadullisella tutkimuksella on työlästä. (Caronna 2010, 71–73; Corbin 2008, 12–16; Gray 2017, 256.)

Fenomenografisessa laadullisessa tutkimuksessa on yksinkertaisimmillaan tarkoituksena etsiä tarkoitusta tai ymmärrystä jollekin tietyille ilmiölle, ihmisen tunteille, kokemukselle ja toiminnalle. Fenomenografisen tutkimuksen tausta on vahvasti filosofiassa, mutta myös yhteiskuntatieteissä. Se mahdollistaa tutkijalle luovempaa lähestymistapaa tutkittavaan aiheeseen. (McWilliam 2010, 229–243.)

Tutkimuskysymysten asettelulla määritellään pitkälti se, minkälaista metodologia tutkimuksen tekemiseen tarvitaan, miten tutkittava ongelma rajataan, mahdollisen viitekehysten käytön sekä käytettävän kirjallisuuden. Hyvin tehdyt tutkimuskysymykset viestittävät tarkoin harkitusta tutkimusprojektista. (Corbin 2008, 24–27; Grove 2017, 620.)

5.2.2 Delfoi-menetelmä

Delfoi -menetelmä on yksi useista tulevaisuuden tutkimuksen tekniikoista. Delfoi -menetelmässä haetaan asiantuntijajaneelin avulla tietoa ja näkemystä asiaan, mistä ei ole tutkimuksen kannalta tarkoituksenmukaista tietoa muuten saatavilla. Delfoi -

menetelmän ensimmäisiä tutkimuskäyttäjiä oli RAND-yhtymä (Vuonna 1948 perustettu yhdysvaltalainen voittoa tuottamaton tutkimuslaitos ja ajatushautomo) 1950-luvulla Yhdysvalloissa. Menetelmän historia polveutuu kuitenkin Antiikin Kreikasta asti, mistä se sai nimensä. Yhteys Antiikin Kreikkaan löytyy menetelmässä käytettävistä asiantuntijoista, jotka Parnasos vuorella sijaitsevan Delfoin oraakkeliin tapaan toimivat ikään kuin tulevan kehityksen ennustajina. Delfoin oraakkelit lausuvat transsissa sekavia puheitaan, joita papit tulkitsivat vastausta hakevalle. (Kuusi 2003, 204–205; Kuusi 2013, 248–249; Rand-corporation. 2021; Rowe 2001, 125–127.)

Delfoi -menetelmän kolme keskeistä piirrettä ovat:

- Ensimmäinen niistä on anonymiteetti. Tämän perimmäisenä tarkoituksena on päätyä tilanteeseen, missä lausutut argumentit ratkaisevat eivätkä niitä lausuvat henkilöt. Anonymiteetin takaamiseksi erilaiset sähköiset kyselyt ovat nousseet yhä suosittumaksi tiedonkeruumenetelmäksi.
- Toisena piirteenä on monikierroksisuus. Tutkimusta tehdään useampi kierros tai rajattuna aikana mahdollistetaan jatkuva vuorovaikutteinen kommentointi (internetpohjaiset tutkimukset).
- Kolmas ominaispiirre on palaute ja siihen reagoiminen. Asiantuntijat voivat korjata tai vahvistaa omaa kantaansa toisilta panelisteilta saadun palautteen pohjalta eri kierrosten välillä. (Kuusi 2013, 249; Rowe 2001, 125–129.)

Delfoi -menetelmän alkuperäinen tavoite oli tuottaa asiantuntijaryhmältä yksimielinen näkemys käsiteltävään aiheeseen peräkkäisten kyselyjen ja kontrolloidun palautteen avulla. Oletuksena oli, että oli olemassa joukko, joka todella tiesi alansa tulevaisuudesta muita enemmän ja oli halukas tätä tietoa jakamaan. (Kuusi 2013, 249.)

Tämä korostui erityisesti menetelmän käytön alkuvaiheessa. Tuolloin sitä käytettiin erityisesti sotilasteknologian kehityksen ennustamiseen. 1970-luvulla menetelmä joutui voimakkaan kritiikin kohteeksi ja jäi unohduksiin noin vuosikymmenen ajaksi. 1980-luvun puolivälin jälkeen kiinnostus menetelmän käyttöön heräsi uudestaan. Menetelmän suurimpana kritiikin kohteena on ollut juuri yksimielisyyden tavoittelu.

Siitä onkin nykyisin luovuttu ja menetelmän tavoitteena on kerätä useita hyvin perusteltuja näkemyksiä ja luoda niiden pohjalta kokonaiskuva. Uuden tulemisen myötä menetelmää on alettu käyttää hyvin monialaisesti. (Kuusi 2003, 209–211.)

Delfoi -tutkimus alkaa asiantuntijapaneelin rakentamisella. Onnistuneen asiantuntijapaneelin rakentamisen katsotaan olevan yksi Delfoi -menetelmän kulmakivistä. Tutkimuksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että asiantuntijat muodostavat mahdollisimman heterogeenisen ryhmän ja edustavat oman alansa asiantuntijuutta. Näin minimoidaan puolueellisuuden ja väärinymmärrysten määrää, kun asiantuntija ryhmä edustaa käsiteltävän asian näkemyksiä laidasta laitaan. Tyypillisimmin paneelin koko on 5–20 asiantuntijaa, mutta myös usean sadan asiantuntijan paneeleja on muodostettu. (Kuusi 2003, 216; Rowe 2001, 125–137.)

Tyypillisesti kysely- ja haastattelukierroksia Delfoi -menetelmässä järjestetään kahdesta kolmeen. Jokaisen kierroksen jälkeen tutkija analysoi annetut vastaukset ja jakaa saamansa tulokset panelisteille. Uusi kysely- ja haastattelukierros luodaan tehdyn analyysin pohjalta. Näin jokainen panelisti voi peilata omia vastauksiaan suhteessa muiden asiantuntijoiden vastauksiin ja tarvittaessa muuttaa omaa kantaansa. Kysely- ja haastattelukierroksia jatketaan, kunnes vastauksissa näkyy vakiintumista. (Ojasalo 2011, 148–149; Rowe 2001, 125–137.) Anonymiteetin merkitys korostuu tutkimuksen ensimmäisellä kierroksella. Kuitenkin joissain tapauksissa motivoivan keskustelun luomiseksi voi olla merkityksellistä paljastaa panelisteille toisella kyselykierroksella, kenen kanssa he ovat keskustelemassa. (Kuusi 2003, 220–222.)

Menetelmän haasteita ovat erityisesti vastausten suuri hajoaminen ja se, että ennustetta tehdään pitkälle tulevaisuuteen. Toinen haaste on asiantuntijoiden taipumus aliarvioida kehitystä pitkällä aikavälillä ja yliarvioida lyhyellä. Myös esimerkiksi liian vaikeaselkoiset ja moniulotteiset kysymykset voivat tuottaa epämääräisiä vastauksia. (Kuusi 2013, 259–260.) Tärkeää onkin välttää tunteita herättävien termien käyttöä, liiallista johdattelua, liian pitkiä kysymyksiä sekä epäolennaisen tiedon jakamista. (Rowe 2001, 132–134.)

Delfoi -menetelmän voidaan sanoa toimivan parhaiten tilanteissa, missä asiantuntijatieto on tarjolla olevaa dataa merkityksellisempää ja kun sopivat asiantuntijat ovat

saatavilla. Delfoi -tutkimuksilla on saatu tilastollisesti tehokkaammin tuloksia ja ennusteita kuin perinteisillä ryhmähaastattelumenetelmillä. Menetelmän suurin haittapuoli on sen kesto. Tutkimuksen läpi vieminen useiden kierrosten kautta vie väkisin aikaa, mitä usein kehitystyössä ei tahdo riittää tarpeeksi. (Kuusi 2013, 263–264; Rowe 2001, 135–141.)

5.2.3 Teoriaohjaava sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on monikäyttöinen laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä ja sen voidaan katsoa olevan usean eri analyysimenetelmän pohjalla, myös määrällisessä tutkimuksessa. Sisällönanalyysissä on merkittävänä tekijänä valita tarkkaan ilmiö, mitä halutaan tutkia ja pitää kiinni valinnasta. Aineiston tutkimisen yhteydessä paljastuu tyyppillisesti useita kiinnostavia tekijöitä, mutta yhden tutkimuksen sisällä ei voi keskittyä kuin yhteen asiaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103–104.)

Sisällönanalyysin tarkoituksena on luokitella kerätyssä aineistossa esiintyviä ilmauksia kategorioihin, joista sitten etsitään toistuvia käsityksiä tai ajatuskulkuja (Gray 2017, 272). Analyysin tarkoituksena on siis selkeyttää aineistoa, jotta voidaan sen pohjalta tehdä luotettavia johtopäätöksiä. Analyysin tapahtuu systemaattisesti ja objektiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 92, 108, 117.)

Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä teoria tukee analyysin tekemistä, mutta analyysi ei suoraan pohjaudu mihinkään teoriaan. Analyysiyksiköt valitaan suoraan tutkimusaineistosta, mutta käytettävissä oleva aikaisempi tieto auttaa uusien ajatusurien löytymisessä. Tutkija pyrkii yhdistelemään valmiita malleja ja aineiston materiaalia sekä pakolla että luovastikin ilmiön pohjalta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 109–110.)

6 Opinnäytetyön eteneminen

6.1 Asiantuntijapaneelin muodostaminen

Tutkija lähti rakentamaan asiantuntijapaneelia lähettämällä tutkimuksen sisällöstä ja tarkoituksesta kirjoitettu infokirje osastohenkilökunnan, terapiahenkilöstön, lääkäreiden sekä sosiaalityöntekijöiden esimiehille kahteen kolmesta kaupungin akuuttisairaalaan. Näin haluttiin rakentaa tutkijan kannalta mahdollisimman objektiivinen suhde panelisteihin. Halukkaita tutkimukseen osallistujia pyydettiin ottamaan yhteyttä tutkijaan. Tavoite paneelin kokoonpanolle oli kaksi edustajaa jokaisesta aktiivisesti kuntoutustyöhön osallistuvasta ammattiryhmästä. Näitä ammattiryhmiä ovat lääkärit, sairaanhoitajat, lähihoitajat, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, sosiaalityöntekijät/ohjaajat sekä hoitohenkilökunnan osastonhoitajat. Paneeliin toivottiin siis yhteensä 14 asiantuntijaa. Kriteereinä panelisteille oli vähintään kahden vuoden työkokemus kaupungin akuuttivuodeosastolla edustamassaan ammatissa. Tutkimukseen halukkailta pyydettiin pientä esittelyä itsestään ja työkokemuksesta. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista.

Ensimmäisen panelistihauksen tuloksena oli kahdeksan hakijaa, joista neljä edusti samaa ammattiryhmää. Koska paneelista haluttiin tasavertainen kaikkien asiantuntijoiden osalta, voitiin kustakin ammattiryhmästä ottaa tutkimukseen mukaan vain kaksi edustajaa. Tämän ammattiryhmän osalta valinta halukkaiden osalta tehtiin arpomalla. Tässä vaiheessa kasassa oli kuusi panelistia. Koska tämä tuntui vielä liian pieneltä paneelilta, eikä eri ammattiryhmät olleet vielä tarpeeksi monipuolisesti edustettuina, laajennettiin hakua vielä kolmanteen kaupungin akuuttisairaalaan ja siellä toimivien yksiköiden esimiehiin sekä lopulta vielä suoriin yhteydenottoihin ammattikunnittain. Lopulta koossa oli 12 asiantuntijasta koostuva paneeli. Panelistit edustivat kuutta eri ammattiryhmää: lääkärit, sairaanhoitajat, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, osastonhoitajat sekä lähihoitajat. Yhdestä ammattiryhmästä – sosiaalityöntekijöistä ei valitettavasti saatu tutkimukseen yhtään osallistujaa. Kaikilla panelisteilla oli vähintään kahden vuoden työkokemus osastotyöstä. Pisimmillään työkokemuksesta oli kertynyt jo 25 vuotta. Osastonhoitajilla oli lisäksi kokemusta myös sairaanhoitajan

tehtävistä. Panelistit olivat tutkimuksen tekovaiheessa töissä tai olivat lähiaikoina olleet töissä kahdessa eri kaupungin sairaalassa.

Haastattelut toteutettiin Questback-ohjelmalla tehtyjen kyselylomakkeiden avulla. Lomakekyselyyn päädyttiin ennen kaikkea ajankäytöllisistä syistä. Näin osallistuminen ei vaadi kerrallaan pitkäkestoista irrottautumista työtehtävistä. Myös tutkimusluvassa määriteltiin, ettei kyselyyn osallistuminen saanut viedä osallistujilta merkittävästi työaika.

6.2 Kysely

Kyselykierroksia toteutettiin tässä tutkimuksessa kaksi. Ensimmäisellä kierroksella panelistit saivat vastata yhdeksänkohtaisen kyselyn, joista kolme ensimmäistä kysymystä liittyivät vastaajan ammattiin ja työkokemukseen osastolla. Lopuilla kuudella kysymyksellä kartoitettiin vastaajan näkemystä moniammatillisen kuntoutuksen nykytilasta, oman ammattiryhmän työn merkityksestä sekä ajatuksia siitä, mitä moniammatillisen työn tulisi olla. (liite 1)

Kyselykierroksen tulokset analysoitiin sisällönanalyysiä käyttämällä. Saadut tulokset esitettiin panelisteille teemoittain koottuna ja toisella kyselykierroksella he peilasivat vastauksiaan näin tuloksiin. (liite 2)

Myös toisen kyselykierroksen tulokset analysoitiin sisällönanalyysillä ja vastauksia peilattiin tutkimuksen taustalla oleviin teorioihin moniammatillisyydestä, asiantuntijuudesta, yhteistyöstä ja vuorovaikutuksesta sekä kuntoutuksesta. Panelistit pysyivät koko tutkimuksen ajan toisiinsa nähden anonyymeinä, eikä toisten vastaajien ammattiryhmät tulleet heille esille tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkijalle vastaajien ammatit ja työkokemus toivat arvokasta lisätietoa johtopäätösten ja kokonaiskuvan muodostamisessa. Tutkija pystyi myös näiden tietojen avulla seuraamaan, vaikuttiko vastaajan ammatti tai työkokemus kysymykseen vastaamisessa ja aiheen pohdinnassa. Tutkimusaineiston analyysiin näillä tekijöillä ei kuitenkaan ollut mitään merkitystä. Pitämällä panelistit anonyymeinä toisiinsa nähden pyrittiin välttämään ammattiryhmien välisiä ennakoasenteita toisen kyselykierroksen vastausten taustalla.

7 Tutkimustulokset

7.1 Ensimmäinen kyselykierros – näkemysten kartoittaminen

Ensimmäisellä kyselykierroksella kysymyksiin vastasi 10 panelistia. Kaksi mukaan lupautunutta asiantuntijaa jäi siis heti alussa pois paneelistä ja samalla yksi ammattiryhmä, lähihoitajat, jäi kokonaan vastausten ulkopuolelle. Kyselykaavakkeen kuusi avointa kysymystä analysoitiin sisällönanalyysillä kysymyksittäin. Jokaisen kysymyksen kohdalla vastaukset ensiksi pelkistettiin. Tämän jälkeen vastauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja niille muodostettiin omat alaluokat. Lopulta alaluokille etsittiin yhtenäistäviä yläluokkia. Sisällönanalyysiin perustuva teemoittelu on esitetty liitetäulukossa 1. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117–119, 122–126.)

Kysymyskohtaisesti alaluokkia löytyi neljästä viiteen ja yläluokkia kahdesta kolmeen. Lopuksi kaikkien kysymysten vastauksista haettiin yhtenäisiä piirteitä. Näiden pohjalta tulokset voitiin luokitella kolmen eri teeman alle. Teemoiksi nousivat merkitys, kuntoutusprosessi sekä resurssit. Seuraavassa vastaukset on avattu teemoittain.

Teema 1 – Merkitys:

Moniammatillinen yhteistyö koettiin merkittäväksi osaksi omaa työtä, jopa oman työn perustaksi. Moniammatillisessa tiimissä eri ammattiryhmät kokivat saavansa arvostusta ja että heidän ammattitaitoansa hyödynnetään pääosin hyvin. Erityisesti moniammatillinen yhteistyö koettiin toimivaksi ja tasa-arvoiseksi kuntoutuskokouksissa ja kuntoutuksen suunnitteluvaiheessa.

”Parhaimmillaan kaikkien työntekijöiden yhteinen tavoite on selvillä ja se on kaikilla sama ja parhaimmillaan jokainen ammattilainen pääsee oman ammattinsa erityispiirteistä käsin asiakasta tutkimaan ja tukemaan.”

”Moniammatillinen yhteistyö on elintärkeä osa osaston toimintaa.”

Haasteiksi moniammatillisen yhteistyön toteutumisessa koettiin toisen työtehtävän väärinymmärtäminen tai liiaksi omaan työtehtävään keskittyminen. Myös tiedonjakoaminen ja monin tavoin esiintyvät kommunikaatio-ongelmat nousivat esiin haastekohdina. Koettiin, että ilman kirjoittajan omaa aktiivista tiedottamista ja muistutusta kirjaukset jäivät herkästi lukematta ja viestit eivät saavuta vastaanottajia.

”Toisinaan tuntuu, ettei omia kirjauksiakaan lueta.”

”Ymmärrys muiden ammattilaisten työstä, heidän erityisosaamisensa hyväksyminen sekä pyrkimys omalta osalta huomioida toisten ammattilaisten esille nostamia asioita.”

Erityisen merkittäväksi tekijäksi onnistuneessa moniammatillisessa yhteistyössä koettiin yhteisten tavoitteiden luominen ja niiden seuraaminen. Toisen ammattilaisen näkemyksen kuunteleminen ja ymmärtäminen koettiin myös hyvin merkittäväksi tekijäksi. Aktiivisella tiedon jakamisella eri välineillä koettiin olevan myös paljon merkitystä. Toimivan moniammatillisen yhteistyön koettiin olevan pitkäjänteisen työn tulos.

Teema 2 – Kuntoutusprosessi:

Merkittävimmäksi tekijäksi kuntoutujan kuntoutusprosessissa koettiin sekä kuntoutujan että henkilökunnan motivaatio sekä sen tukeminen. Toimintakyvyn arvioinnin oikea-aikaisuus ja viiveettömyys nousivat myös tärkeiksi asioiksi kuntoutusprosessissa.

”Potilaan oma motivaatio ja tavoite ovat tärkeitä ja mikäli ne puuttuvat/ovat negatiivisia, moniammatillinen tiimi on avainasemassa kääntämään suuntaa oikeaan.”

Varsinaisen oman ammatillisen työn lisäksi kuntoutusprosessissa korostuivat selkeästi tiedon välittäminen ja yhteistyötahojen keskinäinen kommunikointi. Tällaisia kumppaneita ovat osaston muut työntekijät, kotihoito, jatkohoitopaikat sekä omaiset. Juuri kuntoutujan siirtymisvaiheessa koetaan tiedon jakaminen vaikeaksi ja riski hyvin alkaneen kuntoutusprosessin katkeamiselle kasvaa.

Haasteeksi kuntoutusprosessin etenemisessä koettiin tehtyjen toimintakyvyn arviointien hyödyntämättömyys. Koettiin, että tehtyjä arviointeja ei välttämättä muisteta huomioida suunnitelmia tehdessä tai niitä jätetään jopa tietoisesti huomioimatta. Haasteeksi koettiin myös kankeat rakenteet. Kuntoutus nähdään edelleen usein lähinnä fyysisenä prosessina sekä lääkärin määräysvalta koettiin ylikorostuneeksi. Tämä koettiin sekä muita merkittävämpänä tekijänä kuntoutuspäätöksiä tehtäessä mutta myös työllistävänä byrokraattisena osana päivittäisessä osastotyössä.

”Toiset osastot haluavat enemmän pitää kiinni oikeudestaan saada palveluita, vaikka itse asiakas ei palvelustamme hyötyisikään. Tällöin osastojen on vaikea myös niellä jo tekemäämme arvioon pohjautuvia perusteluita.”

Teema 3 – Resurssit:

Merkittäväksi tekijäksi nousi olemassa olevien resurssien riittämättömyys sekä väärä kohdentuminen. Nämä aiheuttavat kiirettä, ristiriitaa resurssien optimaalisesta hyödyntämisestä sekä kuntoutuksen etenemisestä. Selväksi haasteeksi nousi väärinymmärrystilanteet toisen ammattiryhmän työn sisällöstä ja niistä johtuvat epärealistiset odotukset. Koettiin myös, että yksi henkilö joutuu monesti tekemään oman työnsä lisäksi myös monen muun ammattiryhmän töitä, jotta kuntoutujan asiat etenevät. Merkittävänä tekijöinä resurssien riittämättömyyteen vaikuttavat lisäksi käytössä olevat tilat ja välineistö. Rikkinäiset ja epäsopivat välineet sekä toimimattomat tilat koettiin omaa työtä hankaloittavaksi sekä riskitilanteita lisääväksi.

”Kiire; aina ei ehdi yksinkertaisesti tekemään esim. kaikkea fyysistä kuntoutusta kuin mitä haluaisi. saatikka henkistä ja sosiaalista aspektia huomioida.”

”Apuvälineiden vähyyks ajoittain. Joskus tarvittaisiin apuvälineitä, joita ei ole saatavilla kuin pidemmän ajan perästä ja apuvälineet ovat usein rikki/ niistä puuttuu osia.”

7.2 Toinen kyselykierros– teemojen pohdintaa

Toiseen kyselykierrokseen osallistui seitsemän panelistia. Heille esiteltiin ensimmäisen kyselykierroksen vastaukset teemoittain. Pehdyttyään edelliseltä kyselykierrokselta esiin nousseisiin teemoihin, panelistit vastasivat neljään avoimeen kysymykseen, joissa he peilasivat esitettyjä teemoja omiin näkemyksiinsä. Myös toisen kyselykierroksen tulokset analysoitiin sisällönanalyysiä käyttämällä kysymys kerrallaan. Sisällönanalyysin perustuva teemoittelu on esitetty liitetaulukossa 2.

Panelistit tunnistivat hyvin esille nousseet teemat ja kokivat ne varsin universaaleiksi. He olivat yksimielisiä siitä, että toimiva moniammatillinen työ on voimavara. Sen sijaan näkemykset siitä, kenen vastuulla toimivan keskustelukulttuurin rakentaminen on, olivat paikoin hyvinkin erilaisia. Useiden panelistien mielestä omalla asenteella ja panoksella voi vaikuttaa merkittävästi yhteistyön toimivuuteen.

”Yhteistyöhön vaikuttaa oma asenne ja kyky kommunikoida muiden kanssa.”

Vastuun koettiin olevan myös esimiestasolla.

”Niin miten näihin asioihin voitaisiin vaikuttaa? Esimiehet muka kuuntelevat, mutta todellisuudessa ei tehdä asioille mitään. Ei riitä, että teet työsi tunnollisesti ja tavoitteellisesti, siitä ei tule kiitosta eikä palkkaa, lisää kannustusta tulee niille, jotka miellyttävät esimiehiä”

”näihin asioihin on varmaan yritetty vaikuttaa, mutta asioita ei oteta vakavasti”

Toimimaton keskustelukulttuuri näkyi panelistien vastauksissa ja sen koettiin olevan monen ongelman takana. Syitä toimimattomuuteen nähtiin esimiestyössä, kulttuuritekijöissä sekä ammattiin sidoksissa olevissa tekijöissä.

”Sairaalaosastot ovat oikeasti vaan tosi erilaisia, osin tähän vaikuttaa henkilökunnan ikärakenne, mutta erityisesti myös osastonhoitajan rooli.”

”Toinen selitys voisi olla se, että eri ammattiryhmillä tai ehkä ammattiryhmän sisälläkin on erilaisia näkemyksiä siitä, mitä hyvään kuntoutukseen ja hoitoon sisältyy. Toisen näkökulmasta hoito on toteutunut suunnitellusti (eikä tällöin

ongelmaa yhteistyössäkään nähdä) kun toisen mielestä kuntoutus on jäänyt aivan kesken ja potilas jo kotiutetaan.”

”Moniammatillisuus on hieno asia niin itse tiimille kuin asiakkaan/kuntoutujan kannalta. Kiire, resurssien puute ja mahdollisesti myös kielimuurit saattavat hankaloittaa moniammatillisen tiimin tavoitteellisuutta.”

”Mikäli lääkäri toistuvasti pyytää terapeutin arviota ja sen luettuaan viittaa suosituksille yms. kintaalla, pitää uskaltaa myös kysyä miksi arviota on pyydetty.”

Resurssoinnin ongelmat tunnustettiin yleisesti, mutta niiden ratkeamiseen suhtaututtiin hyvin skeptisesti. Eri ammattiryhmät ovat resurssoinnin haasteiden suhteen epäsuhtaisessa asemassa, jo käytettävissä olevien varahenkilöpalveluiden vuoksi. Puutteelliset resurssit koettiin olevan ongelmien keskiössä. Toisaalta keskustelukulttuurin parantamisella uskottiin olevan vaikutusta ongelmaan. Tietoisuus toisen ammattiryhmän työn sisällöstä paranee ja työnjako selkeytyy, kun asioista puhutaan ääneen.

”Jos työntekijä ei tiedä työtehtäviensä sisältöä, saatetaan tehdä päällekkäistä työtä tai jättää tehtävät tekemättä. Esim. kuntoutuskokouksessa ei riitä passiiviset sanamuodot ”soitetaan omaiselle, kotihoitoon ym.”. Pitää sopia kuka henkilö tekee kyseisen tehtävän.”

”Todennäköisesti resursseja emme saa lisää, mutta ammattihenkilöiden keskinäistä kommunikaatiota, sekä potilaan kanssa käytävää kommunikaatiota olisi mahdollista parantaa paljon. Se on toimivan systeemin perusta.”

Merkittävimmäksi haasteeksi panelistit nostivat kommunikaation ja tiedonsiirron haasteet. Nykyiset potilastietojärjestelmät koettiin haastaviksi, tieto on ripoteltu eri paikkoihin. Hyvin turhauttavaksi monet kokivat se, ettei asiantuntijan keräämää tietoa hyödynnetä tai ylipäänsä lueta. Toimivia kommunikointikeinoja kaivattiin kipeästi. Tällä hetkellä luotto siihen, että kuntoutusta koskeva tieto saavuttaa tarvittavat tahot, on heikko. Panelisteilta löytyi kuitenkin vielä uskoa siihen, että teknologian avulla ja asioista oikeasti keskustelemalla ratkaisuja ongelmaan voidaan löytää.

”Sitä varten on kirjoitettu teksti, että kuka tahansa tietoa tarvitseva, löytää etsimänsä.” ”Ja valitettavaa on myös se, että useinkaan näitä tekstejä ei tosiaankaan lueta.”

”Oman kokemukseni mukaan toimimaton keskustelukulttuuri ja tiedon jakamisen haasteet vaikuttavat eniten moniammatillisuuden toteutumiseen.”

”Keskustelukulttuurin parantamiseen auttaa varmasti vain asioiden esiin nostaminen ja moniammatilliset keskustelut.”

8 Pohdinta

Moniammatillisuus ja moniammatillinen yhteistyö ovat merkittävässä asemassa tämän päivän terveydenhuollossa. Kuitenkin sen toimivuuteen ja kehittämiseen uhraataan aivan liian vähän aikaa ja resursseja. Terveydenhuollossa jos missä on hyvin pitkät ja hyvin hierarkkiset perinteet. Joiltakin osin vanhat perinteet pitävät sinnikkäästi pintansa, vaikka maailma muuttuu. Kansainvälinen tutkimustieto tukee ajatusta ammatillisia rajoja rikkovasta ja tiiviistä moniammatillisesta yhteistyöstä tehokkaana ja hyviä tuloksia saavana toimintamallina. (Körner 2010, 745–747.) Kuitenkin sen toteutuminen on haastavaa. Tavoitteenani tälle tutkimukselle oli selvittää, miksi moniammatillinen yhteistyö ei toimi. Tutkimukset osoittavat, että yhteistyön onnistuminen riippuu paljon toimintaympäristöstä, mutta myös henkilötasoisista tekijöistä. Joidenkin kanssa yhteistyö onnistuu muita paremmin. (Mönkkönen 2019, 48–49.) Halusin selvittää miten muut ammattiryhmät näkevät yhteistyön ja moniammatillisen tiimin toimivuuden nykyhetkessä. Onko haastekohdat nykyhetkessä ja toiveet tulevaisuudelle yhteneväiset?

Teoriaosuutta rakentaessani törmäsin useasti kirjoituksiin, jotka heijastivat hyvin vahvasti omaa näkemystäni yhteistyön tilasta. Haasteet moniammatillisen tiimin toimivuudessa ovat hyvin universaaleja, niistä merkittävimpinä erilaiset kommunikaatiohaasteet. Heräsin kysymys, että onko niihin oikeasti mahdollisuutta vaikuttaa? Toisaalta kuitenkin ne artikkelit, jotka käsittelivät yhteisten järjestelmien onnistunutta implementointia ja toimivaa yhteistyötä, valoivat uskoa kehittymisen mahdollisuuksiin. Tämä kaikki vaatii kovaa työtä, sitoutumista ja yhteistä halua kehittyä.

Työn alussa halusin vilpittömästi uskoa, että tämä aihe itsessään koskettaa läheisesti kaikkia sairaalassa työskenteleviä ja saan helposti kasattua asiantuntevan ja monipuolisen paneelin. Realismia on kuitenkin se, ettei työntekijöiden resurssit tässä hetkessä juurikaan riitä arkityön ulkopuolisiin asioihin. Työtä kiinnostuksen lisäämiseksi on tehtävä valtavan paljon ja lähestymisen tulee olla henkilökohtaista. Tämä kuitenkin on ikävissä ristiriidassa laadukkaaseen tutkimukseen olennaisena osana kuuluvan objektiivisuuden kanssa. Kun haastateltavia joutuu houkuttelemaan henkilökohtaisella tasolla, objektiivisuus välittömästi kärsii. Näin myös tapahtui oman tutkimukseni kohdalla. Jotta tutkimus saatiin tehtyä tarpeeksi kattavalla paneelilla, oli minun tutkijana pakko luopua täydellisen objektiivisuuden tavoitteestani. Koen kuitenkin, ettei tutkimuksen laatu tästä kärsinyt. Kaikki panelistit täyttivät jokainen täysin etukäteen vaaditut kelpoisuuskriteerit ja he pysyivät anonyymeina toisilleen koko tutkimuksen ajan sekä myös analyysin teon osalta myös tutkijalle itselleen. Uskon vahvasti, ettei tällä myönnytyksellä ollut vaikutusta tutkimustuloksiin.

Ensimmäisen kyselykierroksen teemat refleктоivat hyvin taustalla olevaan teoriatietoon. Ensimmäisenä teemana esiin noussut Merkitys kokoaa yhteen kuntoutuksen peruserkitystä sekä moniammatillisen työn tärkeyttä. Kuntoutus on aina tavoitteellista ja suunnitelmallista. (Helsingin sairaala; Leino 2011, 266–270.) Tämän olivat myös panelistit hyvin sisäistäneet ja sen koettiin antavan työlle merkitystä. Sairaalityössä myös moniammatillinen työ koettiin onnistuneen työn perustaksi. Kukaan ei voi toimia yksin, eikä tavoitteellista ja suunnitelmallista kuntoutusta voida toteuttaa ilman kaikkien kuntoutukseen osallistuvien ammattiryhmien yhteistyötä. Sekä panelistien vastauksissa että lähdemateriaalissa nousi selvästi esille toisen työn sisällön merkityksen ymmärtäminen toimivan yhteistyön perustana. Ongelmat koettiin usein johtuvan juuri puutteellisista tiedoista koskien muita ammattiryhmiä sekä heidän työnsä sisältöä ja tavoitteita. (Kekoni 2019, 21–23; Mönkkönen 2019, 9, 73–78; Rekola 2008, 13–17.)

Toisena teemana esille nousi Kuntoutusprosessi. Tässä merkittäväksi tekijäksi panelistit nostivat kuntoutuksen ja toimintakyvyn arvioinnin oikea-aikaisuuden sekä saadun tiedon hyödynnettävyyden. Yhteistyön merkitys korostuu tässä hyvin paljon. Kun kuntoutusprosessin eri vaiheita suunnitellaan yhteistyössä ja tavoitteita luodaan yh-

dessä, saa kuntoutuja tarvitsemansa avun optimaalisesti ja eri ammattiryhmät tarvitsemansa tiedon oikea-aikaisesti. (Isoherranen 2005, 19; Autti-Rämö 2016, 56–73; Järvi­koski 2011, 187–202, 240.)

Resurssit ja niiden väärin kohdentuminen tai puutteellisuus nousi vastauksissa esiin kolmantena teemana. Taloudelliseen puoleen ja sen asettamiin rajoitteisiin on vaikea puuttua ruohonjuuritasolla. Päätökset ovat poliittisia ja usein rivityöntekijöiden ulot­ tumattomissa. Merkittävät muutokset terveydenhuollon resurssointiin vaatisi poliitti­ silta päättäjiltä merkittävää asennemuutosta ja rahoitus­ pohjan uudelleen arviointia. Kuitenkin myös resurssien riittävyys­ kysymyksissä nousee esille yhteistyö merkitys ja toisen työn sisällön ymmärtäminen. Yhteistyön onnistumisessa merkittävä vaikutus on kunkin omassa asenteessa, motivaatiossa, halussa rikkoa rajoja omaa ammattitai­ toaan kunnioittaen. Huonoillakin resursseilla yhteistyö voidaan saada toimimaan, kun kaikki osallistujat ovat sitoutuneita yhteistyöhön. Yhdenkin tekijän huono asenne ja motivaatio voi pilata muuten hyvällä mallilla olevan yhteistyön. (Isoherranen 2005, 58–60; Kekoni 2019, 21–23; Mönkkönen 2019, 9, 73–78; Rekola 2008, 13–17.)

Niin moniammatillisuuden, yhteistyön kuin kuntoutuksenkin kohdalla merkittäväksi haastekohdaksi nousi tässä opinnäytetyössä erilaiset kommunikaation haasteet. Sa­ mat haastekohdat näkyvät myös aikaisemmissa tutkimuksissa sekä aiheita käsittele­ vissä kirjoissa. Kyseessä on siis valtavan suuri ja monta alaa yhdistävä ongelma. Yh­ teistyötä on hyvin vaikea lähteä kehittämään, ilman että tälle asialle pyritään löytä­ mään edes jonkinlaista ratkaisua. Uskon, että yhtä oikeaa totuutta ja ratkaisua on hy­ vin haastava löytää, mutta yksikkökohtaisesti kommunikaatio taitoja pystytään kehit­ tämään todella paljon. Kun eri yksiköissä saadaan ongelman ytimeistä kiinni, on laa­ jempi kehitystyö tämän jälkeen mahdollista. Se vaatii kuitenkin paljon panostusta, uuden opettelua ja sitoutumista.

8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin noudattaen hyvää tutkimuskäytäntöä. (Hyvä tieteelli­ nen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012)

Tutkija keräsi asiantuntijaraadilta nimi-, ammatti- ja yhteystiedot tasapuolisen paneelin muodostamista ja myöhempää yhteydenpitoa varten. Vastaajien yhteystietoja ei yhdistetty vastauksiin, vaan aineistoa käsiteltiin anonyymisti. Opinnäytetyön toteutuksen aikana vastaajien yhteystiedot ovat olleet vain opinnäytetyön tekijän tiedossa. Tiedot ovat olleet talletettuina vain kirjoittajan tietokoneella, mikä on salasalla suojattu. Valmiissa opinnäytetyössä on tuotu esille vain asiantuntijaraadin jäsenten ammatit.

Kaikki vastaajat saivat tutustua etukäteen tutkimusaiheeseen ja tutkimusmetodiin esittelykirjeen välityksellä. Heillä oli myös mahdollisuus kysyä tarkentavia kysymyksiä tutkijalta, ennen kun lupautuivat mukaan tutkimukseen. Tutkimus on ollut kaikille osallistujille täysin vapaaehtoinen ja heillä on ollut oikeus lopettaa tutkimukseen osallistuminen ilman erillistä selvitystä missä tahansa tutkimuksen vaiheessa.

Asiantuntijaraadin jäsenet pysyivät toisilleen anonyymeinä koko tutkimuksen ajan. Tämä on turvattu käyttämällä raadin jäsenille annettuja, tutkijan yksin muodostamia kirjaintunnuksia. Viestinnässä ei käytetty ryhmäsähköpostiviestejä, vaan tutkimusinformaatio ja linkit sähköisiin kyselyihin lähetettiin jokaiselle asiantuntijaraadin jäsenelle yksittäin.

Tätä opinnäytetyötä varten anottiin Helsingin kaupungilta tutkimuslupaa. Tutkimuslupahakemukseen liitettiin hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma, informaatiokirje, suostumuslomake, haastattelukysymykset, tietosuojaseloste sekä tutkimusrekisteriseloste. Päätöksen tutkimusluvasta teki johtajalääkäri. Tutkimuslupa oli voimassa vuoden 2020 loppuun asti.

8.2 Opinnäytetyöprosessi

Tästä opinnäytetyöprosessista tuli lopulta odotettua pidempi. Tutkimuksen aihe löytyi jo varsin varhaisessa vaiheessa opintoja. Kuitenkin tutkimuksen toteutukseen päästiin vasta toisen opiskeluvuoden aikana. Syitä prosessin venymiselle oli useita, lähinnä tutkijan henkilökohtaisia syitä. Vaikka tutkimussuunnitelman teon aikana tuli useita kertoja esille haastateltavien houkuttelun vaikeus, yllätti tämä prosessin vaihe sekä kestollaan että haasteillaan.

Iso merkitys opinnäytetyöprosessin etenemisessä oli myös vallitsevalla maailmantilanteella. Covid-19 pandemian aiheuttama sulkutilanne vaikeutti erityisesti analyysin toteuttamista käytettävissä olevan välineistön sekä tarvittavat työrauhan puuttumisen vuoksi kirjastojen mentyä kiinni. Tämä vaikutti tutkimuksen etenemiseen siten, että tutkimuksen ensimmäinen ja toinen kyselykierros toteutettiin lopulta selvästi pidemmällä aikavälillä, kun alkuun oli ollut tarkoitus. Tämä varmasti vaikutti omalta osaltaan toisen kyselykierroksen vastausprosenttiin.

Opinnäytetyöprosessi on ollut äärimmäisen kiinnostava, motivoiva, mutta myös työläs. Olen oppinut todella paljon tutkimuksen tekemisestä, tiedon hankinnasta sekä erityisesti tutkittavasta aiheesta. On ollut erittäin palkitsevaa huomata, että aihe on koettu tärkeäksi sekä tutkimukseen osallistuneiden että sitä sivusta seuranneiden osalta. Jo heti alusta asti oli selvää, että tämän työn tarkoitus on auttaa moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä. Laadullisella tutkimuksella saatu tieto antaa tukevan pohjan tulevalle kehittämistyölle ja toivottavasti innovoi ja motivoi sen toteuttajia.

9 Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa yhtenä merkittävänä tavoitteena oli selvittää, miten moniammatillinen kuntoutus ymmärretään ja miten se nykytilassaan toimii. Vastauksia saatiin monipuolisesti eri ammattiryhmiltä, joten voidaan ajatella eri näkemysten tulleen hyvin esille yhteistä näkemystä muodostettaessa.

Moniammatillinen yhteistyö nähtiin olevan onnistuneen kuntoutusprosessin perusedellytys. Yksikään ammattiryhmä ei pysty sairaalassa toteuttamaan kuntoutustyötä yksin. Kaikkia osapuolia tarvitaan tasavertaisesti. Moni vastaajista koki moniammatillisen yhteistyön kuntoutuksessa toteutuvan päivittäin. Yhteistyö koettiin pääosin toimivaksi ja työnjako eri ammattiryhmien välillä selväksi. Nämä vastaajat kokivat, että onnistunut yhteistyö on pitkällisen työn tulosta. Vaikka yhteistyö koettiin monien mielestä toimivaksi, löytyi vastaajien keskuudesta myös ammattilaisia, jotka kokivat nykytilanteen täysin päinvastaisena, jopa epätoivoisena. Nämä vastaajat kokivat, että

samat ongelmakohdat toistuivat uudestaan ja uudestaan, eikä muutoshalukkuutta näiden ongelmakohtien korjaamiseen ollut näkyvissä.

Selvästi panelistien yhteinen kanta oli, että merkittävimmät haasteet onnistuneen moniammatillisen kuntoutuksen toteutumisessa olivat erilaiset kommunikaatiovaikeudet sekä riittämättömät resurssit niin työntekijöiden kuin tilojenkin suhteen. Eri ammattiryhmien koettiin olevan resurssien suhteen varsin eriarvoisessa asemassa, niin oman työnsä kuin yhteistyönkin onnistumisen kohdalla. Esimerkiksi fysioterapeuttien kohdalla poissaolot näkyvät heti, kun sijaisjärjestelyihin ei ole erikseen resursoitua henkilökuntaa. Kun taas hoitohenkilökunnan kohdalla tilanne on helpompaa varahenkilöstön ja vuokratyövoiman käyttömahdollisuuksien vuoksi.

Kommunikaatiovaikeuksien alle nousi kaksi merkittävää kategoriaa: Kirjoitetun sekä sanallisen informaation jakaminen ja hyödyntäminen sekä keskustelukulttuurin ongelmat. Panelistit arvelivat, että epäonnistunut tiedon jakaminen johtui osittain toimimattomista potilastietojärjestelmistä. Tieto pirstaloituu siinä eri paikkoihin ja sen löytäminen vaatii usein panostamista sekä ajallisesti että tiedollisesti. Aikaa on kiireisessä sairaalatyössä hyvin vähän käytettävissä potilastyön ulkopuolella. Lisäksi tieto siitä, mistä kaikkialta potilastietoa voi ja pystyy hakemaan, on usein kadoksissa. Osa ammattiryhmistä koki myös, että heidän jakamaansa tietoa ei joko muistettu tai jopa tietoisesti haluttu käyttää hyödyksi kuntoutusta suunniteltaessa.

Moniammatillinen kuntoutustyö toteutuu tyypillisesti erilaisissa viikoittaisissa asiantuntijatapaamisissa. Tapaamiset ovat tyypillisesti varsin vapaamuotoisia ja osittain niihin osallistuva henkilökunta vaihtuu viikoittain. Tällaisessa yhteistyömuodossa kommunikaatiotaidot korostuvat. Panelistit kokivat, että kokouksissa on välillä vaikea viestittää asioita. Joskus harhaudutaan aiheesta, eikä kokouksella ole selvää puheenjohtajaa. Osa panelisteista koki myös, että vastakkaiset näkemykset tulevat herkästi jyrätyiksi. Panelistit toivat myös esille tiettyjen perinteisten hierarkkisten asetelmien vaikutusta vuorovaikutukseen. Tällä tarkoitettiin lääkärin sananvallan korostumista herkästi muiden näkemysten yläpuolelle. Tämä koettiin myös rasitteena toisin päin. Koettiin, että lääkäreiltä vaadittiin määräyksiä kaikkeen mahdolliseen ja etteivät arkisetkaan toimenpiteet toteudu ilman lääkärin määräystä.

10 Jatkotutkimusaiheet sekä kehittämiskohteet

Tässä tutkimuksessa nousi merkittävimiksi kehityskohteiksi kommunikaatiotaitojen ja -menetelmien sekä keskustelukulttuurin kehittäminen. Eri ammattiryhmät saavat hyvän koulutuksen oman ammatin harjoittamista silmällä pitäen. Kaikissa potilastyötä tekevissä ammateissa vaaditaan kuitenkin myös hyviä kommunikaatiotaitoja. Aktiivinen yhteistyö sekä potilaiden että toisten ammattiryhmien kanssa on merkittävässä osassa päivittäistä työtä. Näitä taitoja ei kuitenkaan perusopinnoissa harjoitella, saati että näiden taitojen kehittämiseen panostettaisiin työyksiköissä.

Jatkotutkimusta olisi hyvä tehdä erilaisista kommunikaatiomenetelmistä ja niiden toimivuudesta sairaalatyössä. Myös toimivan sekä toimimattoman kommunikaation vaikutuksesta työn tuloksellisuuteen ja työtyytyväisyyteen olisi hyvä tehdä jatkotutkimuksia. Yhteisen kielen löytymisellä voisi olla merkittävä vaikutus työn toteuttamiseen.

Yksi merkittävä osa kommunikaatiomenetelmiä on kirjaaminen. Uusi pian käyttöön otettava potilastietojärjestelmä tuo varmasti alkuun omat haasteensa, kun jokainen opettelee uusien toimintamallien käyttöä ja kirjaamiskäytänteitä. Vaikka oppimiskapasiteetti on meillä jokaisella yksilöllinen ja jo nyt tulevien uusien asioiden omaksuminen vie aikaa. Kuitenkin tässä yhteydessä olisi myös hyvin hedelmällistä kehittää ja implementoida kommunikaatiomenetelmiä myös potilastietojärjestelmän ulkopuolelta. Miten voitaisiin parantaa tiedon kulkua ammattiryhmältä toiselle? Miten voidaan lisätä luottamusta siihen, että jaettu tieto saavuttaa kaikki asianomaiset tahot?

Työyksikkötasolla toimivien käytänteiden kehittämistä moniammatillisesti on tärkeä lähteä kehittämään mahdollisimman pian. Ongelmat tuntuvat olevan varsin yhtenäisiä osastosta tai sairaalasta riippumatta. Kehitystyötä olisikin kannattavaa tehdä sekä osastotasolla että myös koko sairaalassa. Toimivia käytänteitä on hyvä jakaa eteenpäin ja ottaa yhdessä vastaan koulutusta ja parannusehdotuksia.

Lähteet

- Airakasinen, T., Friman, M. 2008. Asiantuntija-ammattien etiikka. Hämeen ammattikorkeakoulu HAMK. Hämeenlinna.
- Alueuudistus. Viitattu 10.10.2019. <https://alueuudistus.fi/soteuudistuksen-valmistelu>
- Autti-Rämö, I., Mikkelsen, M., Lappalainen, T., Leino, E. 2016. Kuntoutumisen prosessi. Kirjassa Kuntoutuminen. Toim. Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M., Ylinen, A. Duodecim. Helsinki.
- Collin, J. 2010. Qualitative contributions to the study of health professions and their work. teoksessa The Sage handbook of qualitative methods in health research. toim. Bourgeault, I., Dingwall, R., de Vries, R. Sage Publications Ltd. Lontoo.
- Corbin, J., Strauss, A. 2008. Basics of Qualitative research. Sage Publications. Thousand Oaks.
- Daly, G. 2004. Understanding the barriers to multiprofessional collaboration. Nursing Times; 100: 9.
- Dunderfelt, T. 1998. Henkilökemia – Yhteistyö erilaisten ihmisten välillä. Dialogia oy. Juva.
- Dunderfelt, T. 2016. Läsnaoleva kohtaaminen. PS-kustannus. Juva.
- Gray, J. 2017. Qualitative research methods. Teoksessa Burns and Grove's The practice of nursing research – appraisal, synthesis and generation of evidence. toim. Gray, J., Grove, S., Sutherland, S. Elsevier. St. Louis.
- Helsingin sairaala, sairaalat ja poliklinikat. Viitattu 11.9.2020. <https://www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/sairaalat>
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimustieteellinen neuvottelukunta. 2012. Viitattu 10.10.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. WSOY. Helsinki.
- Isoherranen, K. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. WSOY. Helsinki.
- Järvikoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Järvikoski, A., Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. WSOYpro OY, Helsinki.
- Järvikoski, A., Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Kirjassa Kuntoutus. toim. Rissanen, P., Kallanranta, T., Suikkanen, A. 2008. Duodecim. Helsinki.
- Kekoni, T., Mönkkönen, K., Hujala, A., Laulainen, S., Hirvonen, J. 2019. Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Kirjassa Moniammatillinen yhteistyö. toim. Mönkkönen, K., Kekoni, T., Pehkonen, A. Gaudeamus oy, Tallinna.

Kontio, M. 2010. Moniammatillinen yhteistyö. TUKEVA-hanke, Mainostoimisto Siberia Oy, Oulu.

Korhonen, V., Puukari, S. 2013. Kulttuurisen monimuotoisuuden huomioiminen työyhteisössä. Kirjassa Olemme muuttaneet - ja kotoudumme. Maahan muuttaneen kohtaaminen ammatillisessa työssä. Toim. Alitolppa-Niitamo, A., Fågel, S., Säävälä, M. Väestöliitto. Helsinki.

Kuntaliitto. Väestörakenne. Viitattu 31.12.2020. www.kuntaliitto.fi/tilastot-ja-julkaisut/kuntakuvaajat/vaesto

Kuntoutusasiain neuvottelukunta. 2015. Monialainen kuntoutus- tilannekatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:18. Helsinki.

Kuusi, O. 2003. Delfoi-menetelmä. Kirjassa Tulevaisuudentutkimus. Toim. Kempainen, M., Kuusi, O., Söderlund, S. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Helsinki

Kähäri-Viik, K., Niemi, A., Rantanen, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. WSOY. Helsinki.

Körner, M. 2010. Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. Clinical Rehabilitation 2010; 24: 745–755

Lundgren, C., Molander, C. 2019. Teamwork in medical rehabilitation. Routledge, Taylor & Francis Group. London.

McWilliam, C. 2010. Phenomenology. teoksessa The Sage handbook of qualitative methods in health research. toim. Bourgeault, I., Dingwall, R., de Vries, R. Sage Publications Ltd. Lontoo.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. International Methelp ky. Jyväskylä.

Momsen, A-M. Rasmussen, J.O., Nielsen, C.V., Iversen, M.D., Lund, H. 2012. Multidisciplinary team care in rehabilitation: An Overview of reviews. J Rehabil Med 2012; 44.

Mönkkönen, K, Leinonen, L., Arajärvi, M., Hovatta, A-E., Tusa, N., Salokangas, K. 2019. Moniammatillisen vuorovaikutuksen tarkastelu. Kirjassa Moniammatillinen yhteistyö. toim. Mönkkönen, K., Kekoni, T., Pehkonen, A. Gaudeamus oy, Tallinna.

Mönkkönen, K., Kukuni, T., Pehkonen, A. 2019 Moniammatillinen yhteistyö. Gaudeamus Oy, Tallinna.

Ojasalo, K. 2011. Kehittämistyön menetelmät – uudenlaista osaamista liiketoimintaan.(148-150) Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Paltamaa, J. & Perttilä, P. (toim.) 2015. Toimintakyvyn arviointi – ICF teoriasta käytäntöön. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137. Juvenesprint. Tampere.

Pikkarainen, A. 2020. Ikääntyneiden aikuisten toimijuus kuntoutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/71384>

Puumalainen, J. 2008. Kuntoutuksen historiaa. Kirjassa Kuntoutus. toim. Rissanen, P., Kallanranta, T., Suikkanen, A. 2008. Duodecim. Helsinki.

- RAND corporation. About. viitattu 18.1.2021. <http://rand.org>
- Rantakömi-Stansfield, S. & Valtamo, A. 2014. Kuntoutuslaitosten moniammatillisten työryhmien käsityksiä ICF-luokituksesta. Pro Gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto.
- Rekola, L. 2008. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen vaikuttavia kehityssuuntia. Kirjassa Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. toim. Isoherranen, K., Rekola, L., Nurminen, R. 2008. WSOY. Helsinki.
- Ristikangas, V., Aaltonen, T., Pitkänen, E. 2008. Asiantuntijasta esimies – innostusta ja arvostusta esimiestyöhön. WSOY pro. Juva.
- Rowe, G. 2001. Expert Opinions in Forecasting: The Role of the Delphi Technique. In Armstrong, J. Principles of forecasting – a handbook for researchers and practitioners. (125-141). Kluwer Academic Publishers. Norwell.
- Salminen, A-L. 2016. Kuntoutuksen ammattihenkilöstö. Kirjassa Kuntoutuminen. Toim. Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M., Ylinen, A. Duodecim. Helsinki.
- Salminen, A-L., Järvikoski, A., Härkäpää, K. 2016. Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Kirjassa Kuntoutuminen. Toim. Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M., Ylinen, A. Duodecim. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2017/41. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi>
- Sosiaali- ja terveyspalvelut. Kuntoutus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 24.10.2019. <https://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>
- Soteuudistus. Viitattu 14.9.2020. <soteuudistus.fi>
- Tempest, S., Harries, P., Kilbride, C. & De Souza, L. 2013. Enhanced clarity and holism: the outcome of implementing the ICF with acute stroke multidisciplinary team in England. Disability and Rehabilitation. Tandfonline.
- Tempest, S., Harries, P., Kilbride, C. & De Souza, L. 2012. To adopt is to adapt: The process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. Disability and Rehabilitation. Tandfonline.
- Tilastokeskus. Väestömuutokset. Viitattu 31.12.2020. www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#V%C3%A4est%C3%B6muutokset
- Tynjälä, P. 2010. Asiantuntijuuden kehittämisen pedagogiikka. Kirjassa Kuovuus, oppiminen ja asiantuntijuus. toim. Collin, K., Paloniemi, S., Rasku-Puttonen, H., Tynjälä, P. WSOYpro OY, Helsinki.

Liitteet

Liite 1. Ensimmäisen kierroksen kyselykaavake

Oma ammatti:

Kuinka pitkään olet työskennellyt kyseisessä ammatissa akuuttivuodeosastolla?

Oletko työskennellyt akuuttivuodeosastolla myös jossain muussa tehtävässä?

1. Miten kuvailisit oman ammattiryhmäsi näkökulmasta moniammatillista yhteistyötä ja sen toimivuutta?
2. Mitkä ovat mielestäsi merkittävimpiä tekijöitä potilaan kuntoutuksessa akuuttivuodeosastolla?
3. Mikä on oma osuutesi potilaan kuntoutusprosessissa?
4. Miten hyvin ammattitaitoasi hyödynnetään kuntoutusprosessissa?
5. Miten oman näkemyksesi mukaan eri ammattiryhmien välinen tasa-arvoisuus toteutuu potilaan kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa?
6. Minkälaisia ajatuksia sinulle herää, kun puhutaan moniammatillisesta kuntoutustyöstä akuuttivuodeosastolla?

Liite 2. Toisen kyselykierroksen kysymykset

1. Minkälaisia ajatuksia ensimmäiseltä kyselykierrokselta saadut vastaukset sinussa herättävät? Perustele vastauksesi.
2. Toiset vastaajista kokivat moniammatillisen yhteistyön toimivan hyvin, ja toisille vastaajista oli osittain jopa epätoivoinen olo yhteistyön toimivuudesta. Mitkä tekijät voivat sinun näkemyksen mukaan aiheuttaa näin suurta ristiriitaa?
3. Moniammatillisen kuntoutuksen toimivuuden haasteeksi nousi vastauksissa esiin kiire, toimimaton keskustelukulttuuri, toisten työtehtäviin joutuminen, tiedon jakamisen haasteet sekä puutteelliset työtilat/välineet. Miten näihin asioihin voitaisiin sinun näkemyksen mukaan vaikuttaa?
4. Mitä osa-aluetta/teemaa olisi sinun näkemyksen mukaan tärkeää kehittää seuraavaksi ja miten sitä voisi lähteä kehittämään?

Taulukko 1 Esimerkki ensimmäisen kyselykierroksen analyysistä

Kysymys 9

Minkälaisia ajatuksia sinulla herää, kun puhutaan moniammatillisesta kuntoutustyöstä akuuttivuodeosastolla?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokat	Yläluokat
A.			
Mielestäni olisi tärkeää pysähtyä (erityisesti ristiriidan hetkellä) pohtimaan, millainen kuva kuntoutujasta ja tämän tilanteesta kaikkien osallistujien kertoman perusteella muodostuu.	Pitäisi pohtia riidan keskellä millainen kokonaiskuva muodostuu	Asiantuntijoiden näkemyserojen käsittely	Haasteet asiantuntijoiden yhteistoiminnassa
Päällimmäisenä tulee mieleen akuuttivuodeosastolla pidettävät kuntoutuskokoukset, joissa ajatus on hyvä, mutta joissa kuitenkin ajaudutaan turhan usein pohtimaan potilaan lääkitystä eikä anneta aikaa ja tilaa yhteiselle pohdinnalle.	Kuntoutuskouksissa ajatus hyvä, mutta focus häiriintyy olennaisesta	Asiantuntijatyön tasa-arvoisuus	
Yksi helpoimmista toteutettavista kuntoutustoimenpiteistä olisi mielestäni mm päivittäinen vaatteiden vaihto vrk ajan mukaisesti sekä mahdollisuuksien mukaan ruokailut yhteisissä tiloissa.	Arkitoimintojen ylläpitäminen helpoimmin toteutettava kuntoutustoimenpide	Kuntoutustoimien kohdentuminen	
Tässä olisi sekä fyysistä että sosiaalista kuntoutusta jokaiselle päivälle.	Sekä fyysinen että sosiaalinen kuntoutus	Kuntoutustoimien kohdentuminen	
B.			
Epätoivo.	Epätoivo	Epätoivo	Resurssoinnin ja hoitoketjujen haasteet
Monista asioista on vuosia puhuttu ja monet asiat etenevät valitettavan hitaasti.	Asia etenevät liian hitaasti	Muutokset etenevät hitaasti	
Oman kokemukseni mukaan keskustelua kiirehditään eteenpäin ja toisinaan jäädään riitelemään näkemyseroista.	Keskustelua kiirehditään tai riidellään näkemyseroista	Kiire pilaa keskustelun	
Mutta tilat ovat monessa paikassa esim. ruokailuja ajatellen puutteelliset. Eikä vaatteita-kaan kaikkialla ole.	Tilat ja välineet puutteelliset	Tilaongelmien haasteet	
Edelleenkin koen, että fysioterapeuteilta odotetaan liikaa resursseihin nähden.	Liian suuret odotukset resursseihin	Resurssoinnin ongelmat	
Paljon puhutaan moniammatillisesta kuntoutuksesta, mutta potilaalle se näkyy hoitajan päivittäisenä työnä.	Potilas näkee vain hoitajan päivittäisen työn ei moniammatillista tiimiä	Potilas näkee vain osan	

Erityistyöntekijöiden resurssit ovat suhteellisen niukat ja esim. omalla osastollani kuntoutus kohdistuu joskus potilaisiin, joiden edellytyksen kuntoutumiseen ovat heikot (saatto-osasto) ja tavoitteen sen suhteen joskus hyvinkin epärealistisia.	Erityistyöntekijöiden niukat resurssit ei aina kohdennu oikein		
Joskus esim. fysioterapeutti (ja myös) joutuu puoliväkin ohjaamaan halutonta potilasta liikkeelle.	Vastentahtoista kuntoutusta		
Tämä vie aikaa ja aiheuttaa usein ongelmia hoitosuhteessa.	Ongelmia hoitosuhteeseen.		
Tällöin vähäiset resurssit eivät aina kohdistu sinne, missä ne olisivat hyödyllisimmillään.	Resurssien väärinkohdistuminen		
Sairaalamaailma on niin oma maailmansa ja tuntuu, että sairaalassa olevalle potilaalle odotetaan täällä kehitettävän "ihmesuunnitelma", jolla hän pärjää ja kaikki ongelmat ratkeavat.	Sairaalalta odotetaan ihmettä, jolla potilas pärjää ja ongelmat ratkeavat.		
Kuitenkin usein kotiutumisen yhteydessä ketju katkeaa ja samat ongelmat tulee taas esiin.	Kotiutuessa ongelmat palaavat		
Työn pitäisi olla jatkuvaa niin kotona kuin sairaalassakin.	Työn jatkumo sairaalasta kotiin		
Tuntuu, ettei ole sellaista asioiden kokonaishallintaa potilaan asioissa enää.	Asioiden kokonaishallinta ei enää onnistu		
Mielestäni fysioterapeutteja ei ole tarpeeksi omalla osastollani.	Fysioterapeutteja liian vähän		
		Resurssoinnin ongelmat	
		Resurssoinnin ongelmat	
		Resurssoinnin ongelmat	
		Resurssoinnin ongelmat	
		Ongelmat palaavat kotiutuessa	
		Kotiutumisen haasteet	
		Kotiutumisen haasteet	
		Kokonaisuuden hallinta vaikeutunut	
		Resurssoinnin ongelmat	

Taulukko 2 Esimerkki toisen kyselykierroksen analyysistä

Kysymys 2.

Toiset vastaajista kokivat moniammatillisen yhteistyön toimivan hyvin ja toisille vastaajista oli osittain jopa epätoivoinen olo yhteistyön toimivuudesta. Mitkä tekijät voivat sinun näkemyksen mukaan aiheuttaa näin suurta ristiriitaa?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokat	Yläluokat
A.			
Kun eri ammattiryhmät katsovat asiaa omasta tulokulmastaan, voi tilanne näyttäytyä erilaisena.	Omat näkökulmat vaikuttavat asiaan.	Asiantuntijan oma näkemys	Henkilökohtaiset vaikuttimet
Toinen selitys voisi olla se, että eri ammattiryhmillä tai ehkä ammattiryhmän sisälläkin on erilaisia näkemyksiä siitä, mitä hyvään kuntoutukseen ja hoitoon sisältyy.	Näkemykset hyvästä kuntoutuksesta ja hoidosta eroavat.	Asiantuntijan oma näkemys	Henkilökohtaiset vaikuttimet
B.			
Eri ammattiryhmät kokevat varmasti tilanteen eri tavoin.	Eri ammattiryhmät kokevat asiat erilailla	Asiantuntijan oma näkemys	Henkilökohtaiset vaikuttimet
Myös resurssit ovat eri ammattiryhmissä erilaiset.	Erilaiset resurssit	Resurssointi osatyössä	työolosuhteet
C.			
Yhteistyöhön vaikuttaa oma asenne ja kyky kommunikoida muiden kanssa.	Oma asenne ja kyky kommunikoida vaikuttaa	Kommunikointitaidot	kommunikation ja tiedon jakamisen haasteet
Yhteistyö oman kokemukseni mukaan sujuu, jos on itse kiinnostunut kuntouttavasta hoitotyöstä ja motivoitunut yhteistyötä tekemään.	Yhteistyö sujuu, jos on kiinnostunut ja motivoitunut	Oman asenteen vaikutus	Henkilökohtaiset vaikuttimet
D.			
Että yhdessä, yhteen hiileen puhaltaen, takaamme asiakkaalla parhaan mahdollisen hoidon ja kuntoutustuloksen.	Yhteen hiileen puhaltaminen toimii	Työyhteisön vaikutus	työolosuhteet

Ja sitten on taas niitä paikkoja, jossa kaikki puhuttu valuu kuin vesi hanhen selästä.	Kukaan ei kuuntele oikeasti	Työyhteisön vaikutus	työolosuhteet
Vaikka asioista puhuttaisi millä tasolla tahansa ja pyyntöjen tärkeyttä perusteltaisi, niin ehkä niiden ei vain ajatella koskevan juuri minua.	Ei koeta asioita omiksi	Oman asenteen vaikutus	Henkilökohtaiset vaikuttimet
E.			
suurta ristiriitaa aiheuttavat kielimuuri (puheen ja tekstin tuottaminen), kulttuuriset erot	Kielimuuri ja kulttuurierot vaikuttaa	Kommunikointitaidot	kommunikaation ja tiedon jakamisen haasteet
myös ammatillisesti epäpätevät ammattiryhmät ovat suuri haaste	Epäpätevyys haaste	Ammatillinen pätevyys	työolosuhteet
F.			
Mielestäni tämä johtuu työpaikkakulttuurista, joka on jossain toimivaa, ja jossain taas ei.	Työpaikkakulttuuri vaikuttaa	Työympäristön vaikutus	työolosuhteet
Jälleen nousee esiin kommunikaatiotaitojen tärkeys	Kommunikaatiotaitojen merkitys	Kommunikointitaidot	kommunikaation ja tiedon jakamisen haasteet
G.			
Kommunikaatiovaikeudet, ymmärtään väärin.	Kommunikaatiovaikeudet	Kommunikointitaidot	kommunikaation ja tiedon jakamisen haasteet
Jos työntekijä ei tiedä työtehtäviensä sisältöä, saatetaan tehdä päällekkäistä työtä tai jättää tehtävät tekemättä.	Oman työtehtävän ymmärryksen vaikeus	Ammatillinen pätevyys	Ammattitaito