



Satakunnan ammattikorkeakoulu

Anita Hokkanen

MITÄ KUNTOUTUSOHJAUS ON ETELÄ-POHJANMAAN
SAIRAANHOITOPUIRISSÄ ?

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma

2008

MITÄ KUNTOUTUSOHJAUS ON ETELÄ-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ?

Hokkanen, Anita

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma

Huhtikuu 2008

Kangassalo, Ritva ja Saaristo, Sirpa

YKL: 59.4

Sivumäärä: 54

Asiasanat: kuntoutusohjaus, erikoissairaanhoito, yhteistyö

Tämän opinnäytetyön aiheena oli tutkia arviointia, suunnittelua ja yhteistyötä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä työskentelevien kuntoutusohjaajien työssä. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa tietoa jota voidaan hyödyntää kuntoutusohjaustoiminnan kehittämiseen ja parantamiseen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä, sekä antaa lisätietoa lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämissuunnitelman laadintaan.

Tutkimuksen lähestymistapa oli sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen. Tutkimusaineisto kerättiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntoutusohjaajilta kyselylomakkeella. Vastausprosentti oli 62.5 %. Aineisto analysoitiin Tixel – taulukko - ohjelmalla sekä avoimet kysymykset analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä. Tulokset esitettiin frekvensseinä, prosentteina ja havainnollistettiin taulukoilla. Avoimien kysymysten vastauksissa käytettiin suoria lainauksia.

Tutkielman teoreettisessa osuudessa käsiteltiin kuntoutusohjausta, erikoissairaanhoitoa, kuntoutusohjaajan toimenkuvaa sekä yhteistyötä. Kuntoutusohjausta käsiteltiin käytännön työn sisällön ja kuntoutusohjaajan toimenkuvan kautta. Yhteistyöstä tarkasteltiin erilaisia yhteistyötapoja eri yhteistyötahojen välillä.

Kuntoutusohjaajat olivat eniten mukana asiakkaan kuntoutumisprosessin seurannassa, he tekivät pääsääntöisesti työtään asiakkaan kanssa, seuraten ja arvioiden asiakkaan kuntoutumisprosessia. Vähiten mukanaoloa oli kuntoutusprosessin kehittämistyössä sekä hoitolinjojen ja – hoitoketjujen kehittämisessä. Välitön asiakastyö näkyi asiakkaan ja kuntoutusohjaajan välisissä vuorovaikutussuhteissa. Yhteistyötä kuntoutusohjaajat tekivät eri viranomaistahojen kanssa vaihtelevasti. Yhteistyöverkosto muodostui asiakkaan tarpeista lähtien. Eniten yhteistyötä tehtiin asiakkaan ja oman organisaation muiden yksiköiden kanssa. Välillinen asiakastyö oli ensisijaisesti asiakkaan kuntoutusprosessin koordinoimista ja yhteistyötä muiden tahojen kanssa.

Kuntoutusohjaajien kehittämistoiveina oli itse arvioinnin kehittäminen, koulutuksen lisääminen, kuntoutusohjaajan roolin selkeyttäminen ja hallintokuntien rajojen poistaminen. Tarvetta oli myös oman työn tunnetuksi tekemiseen ja yhteistyöpalaverien järjestämiseen yhteistyötahojen kanssa.

WHAT IS REHABILITATION COUNSELLING LIKE IN THE HEALTH CARE DISTRICT OF SOUTHERN OSTROBOTHNIA?

Hokkanen, Anita

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation Counselling and Planning

April 2008

Kangassalo, Ritva and Saaristo, Sirpa

YKL: 59.4

Number of pages: 54

Key words: rehabilitation counselling, special health care, cooperation

The topic of this bachelors thesis was to study the work performed by rehabilitation counsellors employed in the Health Care District of Southern Ostrobothnia, to produce information to be used in developing and improving rehabilitation counselling in the Health Care District of Southern Ostrobothnia and to provide additional information for drawing up a plan for arranging medical rehabilitation.

The approach in the study was both quantitative and qualitative. The research material was gathered by means of a questionnaire from the rehabilitation counsellors working in the Health Care District of Southern Ostrobothnia. The response rate was 62.5 %. The material was analyzed by Tixel table programme, and the open questions were interpreted using the method of qualitative content analysis. The results were displayed in the form of frequencies and percentages and illustrated by means of tables. In the responses to the open questions direct quotations were used.

The theoretical part of the thesis dealt with rehabilitation counselling, special health care, the job description of a rehabilitation counsellor and cooperation. Rehabilitation counselling was treated via the contents of practical work and the job description of a rehabilitation counsellor. Different means of cooperation with various cooperation partners were looked at.

Rehabilitation counsellors were most actively involved in monitoring a client's rehabilitation process: they worked primarily with the client, following and assessing his/her rehabilitation process. They were the least involved in improving the rehabilitation process and in developing nursing guidelines and nursing chains. Direct work with clients was seen in the contacts between client and rehabilitation counsellor. Rehabilitation counsellors cooperated with different authorities to a varying degree. The cooperation network was formed based on a client's needs. Cooperation was most active with a client and with other units of one's own organization. Indirect client work consisted mainly of coordinating a client's rehabilitation process and of cooperation with other partners. The rehabilitation counsellors hoped that self-assessment could be developed, education increased and that the role of a rehabilitation counsellor would be clarified and the boundaries of administrations abolished. There was also need for making one's own work known and for holding cooperation meetings with cooperation partners.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS ETELÄ-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPUIRISSÄ.....	8
2.1	Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	9
2.2	Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma valtuustokaudelle 2005- 2008.....	9
2.3	Kuntoutusohjaajan tehtäväkuva Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä	10
3	MITÄ KUNTOUTUSOHJAUS ON?	12
3.1	Kuntoutusohjauksen lainsäädäntö ja ohjeistus	12
3.2	Kuntoutusohjauksen järjestämiselvoite lainsäädännössä.....	13
3.3	Kuntoutusohjaus osana kuntoutusta.....	14
3.4	Aikaisempia tutkimuksia kuntoutusohjauksesta.....	16
4	ARVIOINTI JA SUUNNITTELU KUNTOUTUSOHJAUKSESSA.....	18
4.1	Kuntoutussuunnitelma	18
4.2	Arviointi ja suunnittelu Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntoutusohjaajan tehtäväkuvassa.....	19
5	YHTEISTYÖ KUNTOUTUSOHJAUKSESSA	21
5.1	Erilaisia yhteistyön muotoja	23
5.1.1	Tiimityö.....	23
5.1.2	Moniammatillinen tiimi.....	24
5.1.3	Yhteistyöverkosto.....	25
5.2	Aikaisempia yhteistyöstä tehtyjä tutkimuksia	26
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	28
6.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite.....	28
6.2	Tutkimustehtävät	28
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	29
7.1	Toteutustapa.....	29
7.2	Aineiston analysointi	32
7.3	Tutkimuksen eettisyys	33
7.4	Tutkimuksen luotettavuus.....	34
8	TUTKIMUSTULOKSET.....	36
8.1	Taustatiedot.....	36
8.2	Kuntoutusohjauksen arviointi ja suunnittelu kuntoutusohjaajien työssä.....	37
8.3	Kuntoutusohjauksen arvioinnin ja suunnittelun toteutuminen kuntoutusohjaajien kuvaamana.....	38

8.4 Kuntoutusohjaajien kehittämistoiveita kuntoutusohjauksen arvioinnissa ja suunnittelussa.....	39
8.5 Kuntoutusohjaajien työhön liittyvä yhteistyö eri tahojen kanssa	40
8.6 Yhteistyön toteutuminen eri yhteistyötahojen kanssa kuntoutusohjaajien kuvaamana.	43
8.7 Kuntoutusohjaajien yhteistyön kehittämistoiveita.....	44
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	47
LÄHTEET.....	51
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kuntoutusohjaus on sisällöltään ja toteutustavoiltaan hyvin erilaista eri sairausryhmissä. Pääpaino on asiakkaan normaalissa elinympäristössä ja toiminnallisesti se on osa laajempaa kuntoutumisprosessia. Kuntoutusohjaus tulee nähdä tapahtumana, joka on asiakaslähtöinen, yksilöllisesti määritelty ja tavoitteellinen tapahtumaketju. Kuntoutusohjaus poikkeaa muusta erikoissairaanhoidossa tapahtuvasta toiminnasta siten, että se suuntautuu myös hoitoyhteisön ulkopuolelle ja siihen vaikuttavat monet yhteiskunnalliset ilmiöt. Se kohdistuu asiakkaan lisäksi melko laajasti myös asiakkaan sosiaaliseen verkostoon. Kuntoutusohjaus verkostoituu sairaalan ulkopuolelle, perusterveydenhuoltoon, työpaikoille, järjestöihin ja kunnan eri palveluihin, mikä mahdollistaa kuntoutujan tukemista oman elämänsä parempaan hallintaan. Kuntoutusohjaustyötä voidaan myös pitää syrjäytymisen ehkäisyinä. Kuntoutusprosessiin osallistuvat työntekijät ja työyksiköt ovat toistensa asiakkaita osallistuessaan palvelun tuottamisen eri vaiheisiin. Kuntoutustyössä korostuu monialaisten prosessien hallinta. Parhaimmillaan monenlaisen osaamisen yhdistäminen – moniammatillinen yhteistyö on enemmän kuin osiensa summa. (Toijanen 2003, 7-9, Mäensivu ym. 1998, 7-18.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on laadittu vuoden 2005 aikana eri ammatti-tehtävissä toimiville henkilöstöryhmille tehtävänkuvaukset. Kuntoutusohjaajien tehtävänkuvan tekemisessä käytettiin perustana vuonna 2001 tehtyä kuntoutusohjaajien palveluohjauskansiota sekä opetusministeriön muistiota koulutuksesta valmistuvien ammatillisesta osaamisesta, sitä peilattiin Suomen Kuntaliiton Kuntoutusohjausnimikkeistöön. Kuntoutusohjaajien tehtävänkuvaukset valmistui kesällä 2007. Tehtävänkuvauksessa määritellään perusosaaminen yleisellä tasolla, käyttäen apuna sairaanhoitopiirissä tehtyä työn vaativuuden arviointia. Valmistuneet tehtävänkuvaukset on hyväksytty projektin ohjausryhmässä. Tehtävänkuvauksia voidaan jatkossa käyttää apuna kehitettäessä sairaanhoitopiirin palkkapolitiikkaa kannustavaksi ja oikeudenmukaiseksi niin työnantajan kuin työntekijän kannalta. (EpsHP.fi, 26.9. 2007) .

Kuntoutusohjaus on toimintaa, jota kehittämällä voidaan vaikuttaa näihin esille tuotuihin seikkoihin. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntoutussuunnittelijalta tuli

aloite kuntoutusohjaukseen liittyvästä opinnäytetyöstä, jota voitaisiin kehittämistyössä hyödyntää.

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntoutusohjaajan tehtäväkuvaa, kuntoutusohjauksen arviointia ja suunnittelua sekä yhteistyötä eri yhteistyötahojen kanssa kuntoutusohjaajien itsensä arvioimana. Tavoitteena on tuottaa tietoa jota voidaan hyödyntää kuntoutusohjaustoiminnan kehittämiseen ja parantamiseen. Opinnäytetyön tulokset antavat lisätietoa lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämissuunnitelman laadintaan.

2 LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS ETELÄ-POHJANMAAN SAIRAAHOITOPIIRISSÄ

Vastuu lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä kuuluu terveydenhuollolle, ja oma velvoitteensa järjestämiselle on myöskin Kansaneläkelaitoksella ja vakuutusyhtiöillä. Kansaneläkelaitoksella ja vakuutusyhtiöillä on omat lakisääteiset vastuunsa järjestää lääkinnällistä kuntoutusta ja ne ovat silloin asiakkaalle ensisijaisia. (Kallanranta & Repo 1995, 252- 253.)

Asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta (1015/1991) 2 § :ssä mainitaan näin: ”kunta tai kuntainliitto huolehtii siitä, että lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kuntoutuksen tarve kunnassa tai kuntainliiton alueella edellyttää.”

Lääkinnällisellä kuntoutuksella viitataan yleensä kuntoutuksen edellyttämiin lääketieteellisiin tutkimuksiin ja niiden pohjalta käynnistettäviin yksilön fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä parantaviin toimenpiteisiin. Erikoissairaanhoitolaissa ja kansanterveyslaissa lääkinnälliseen kuntoutukseen luetaan kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja – mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto, sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta sekä muut näihin rinnastettavat toimintamuodot. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 23.)

Lääkinnällinen kuntoutus on pääasiassa hajautettu Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä erikoisaloille ja kuntoutustoimet tapahtuvat myöskin erikoisalojen ja toimintayksiköitten vastuulla. Kuitenkin varsin suuri osa kuntoutustoimista on keskitetty fysiatrian ja kuntoutuksen toimintayksikköön. Sairaanhoitopiirissä kuntoutustoimintatapahtuvat pääosin omana toimintana. Näin ollen kuntoutusohjaus, kuntoutustutkimukset, sopeutumisvalmennus sekä eri terapiat tapahtuvat pääasiassa sairaanhoitopiirin henkilökunnan toimesta. Ostopalveluina hankitaan lähinnä apuvälineitä sekä vaikeavammaisille laitoskuntoutuspalveluita. Yksittäisiä avoterapiapalveluita ei osteta, ne on hajautettu terveyskeskuksiin. Fysiatrian ja kuntoutuksen toimintayksikköjohtajalla/ylilääkärillä on lääkinnällisen kuntoutuksen koordinaatiovastuu sairaanhoitopiirissä. Kuntoutussuunnittelija sekä apuvälinetoiminnan osalta apuvälinekeskuk-

sen vastuuyksikköjohtaja ovat koordinaatiotoiminnassa toimintayksikköjohtajan apuna. (EpsHP.fi 30.9.2007.)

2.1 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin vuonna 2008 kuuluu 26 kuntaa, alueen pinta-ala pysyy samana, vaikka kuntaliitosten myötä kuntien lukumäärä tulevaisuudessa vähenee. Asukkaita sairaanhoitopiirissä on n. 250 000. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tehtävänä on edistää piirin asukkaiden terveyttä yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa, huolehtimalla sairaanhoitopiirille määräytyistä erityisvelvoitteista ja tuottamalla korkeatasoisia ja kohtuuhintaisia erikoissairaanhoitopalveluja alueen väestölle. Sairaanhoitopiirissä on kaksi sairaalaa: Seinäjoen keskussairaalassa on 590 sairaansijaa ja Ähtärin sairaalassa 28 sairaansijaa. Seinäjoen keskussairaalassa on poliklinikat kaikilta kliinisiltä erikoisaloilta. Sairaanhoitopiirin toimintaa ohjaa toimintajohtamisjärjestelmä, jossa lääketieteelliset erikoisalot, hallinto- ja taloustoiminnot sekä tekniset palvelut muodostavat toimintayksiköitä. Toimintayksikkö voi jakaantua useampaan vastuuyksikköön. Toimintayksiköt on ryhmitelty toiminta-alueiksi. (EpsHP.fi. 30.9. 2007).

2.2 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma valtuustokaudelle 2005- 2008

Taustalla on valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004) joka on tullut voimaan 1.3.2005. Kyseisen asetuksen 7§ :ssä todetaan, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien on yhteistyössä laadittava terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma. Suunnitelmasa tulee sopia alueellisesta yhteistyöstä ja palvelujen yhteensovittamisesta alueella sijaitsevien sairaaloiden, terveyskeskusten ja tarvittaessa muiden terveydenhuollon toimintayksiköiden kesken. Sairaanhoitopiirin ja jäsenkuntien tulee erityisesti arvioida alueen laboratorio- ja kuvantamispalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä päivystys- ja ensihoidon palvelujen toiminnallinen kokonaisuus. Kuntoutustoimin-

nasta voidaan todeta yleisesti, että alueella on useita toimijoita, kuten sairaanhoitopiiri, Kela, työvoimahallinto ja työeläkelaitokset. Tämän vuoksi tarvitaan koordinaatiota. (EpsHP.fi 30.9.2007)

Kuntoutuksen työryhmä totesi Etelä-Pohjanmaan terveysstrategian loppuraportissa vuonna 2002, että nykyisessä lääkinnällisen kuntoutuksen toteuttamisessa on ongelmia. Ongelmat johtuvat osittain hallinnollisista syistä sekä toimintatavoista. Tiedon siirto, erityistyöntekijöiden puute, puuttuvat tai puutteelliset kuntoutussuunnitelmat aiheuttavat sen, että kuntoutustoiminnot eivät ole suunnitelmallisia ja kuntoutuksen seuranta on vaikeaa. Yksityispuolen palveluja ei käytetä riittävästi.

Työryhmä ehdotti lääkinnällisen kuntoutuksen parantamiseksi hallinnollisten esteiden poistamista yhteisen terveydenhuoltopiirin muodostamisella sairaanhoitopiirin alueelle. Hallinnon on tuettava katkeamattoman palveluketjun toteutumista. ”Kuntoutustoimintojen toteuttamiseksi tulee potilaalle laatia moniammatillinen hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelma, jonka laatimisesta vastaa hoitovastuussa oleva tahon.” Kuntoutussuunnitelman laatimisesta järjestetään alueella koulutusta sekä suunnitellaan lomakemalli kuntoutussuunnitelmaksi. Kuntoutustoimenpiteet tulee nivouttaa kunkin erikoisalan ja sairausryhmäkohtaisen palveluketjun mukaisesti, erityisesti pyritään siihen, että kuntoutustoiminnot toteutetaan lähellä potilaan asuinympäristöä. (Etelä-Pohjanmaan terveysstrategia loppuraportti 2002, 59 –61.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hallituksen kokouksessa 24.9.2007 päätettiin, että on esitettävä selvitys siitä, miten hoitoketjuja perusterveydenhuollon kanssa aiotaan kehittää. (EpsHP.fi.16.10. 2007)

2.3 Kuntoutusohjaajan tehtävänkuva Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntoutusohjaajien tehtävänkuvan tekemisessä käytettiin perustana vuonna 2001 tehtyä kuntoutusohjaajien palveluohjauskansiota sekä opetusministeriön muistiota koulutuksesta valmistuvien ammatillisesta osaamisesta, sitä peilattiin Kuntoutusohjausnimikkeistöön. Kuntoutusohjaajien tehtävänku-

va valmistui kesällä 2007. Kuntoutusohjaaja toimii kuntoutuksen ja asiakkaan vajaa-kuntoisuuden, sairauden tai vamman erityisasiantuntijana sekä kuntoutusohjauksen kehittäjänä ja koordinoijana. Kuntoutusohjaus on laaja-alaista asiakkaan elämäntilan-teen kokonaisvaltaista huomioon ottamista kuntoutustyössä. Kuntoutusohjaaja tekee sekä välitöntä että välillistä asiakastyötä. Kuntoutusohjaaja toimii kuntoutuksen yh-dyshenkilönä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja muiden palvelutuotta-jien välillä. Keskeisiä kuntoutusohjaajien toimintamuotoja ovat kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutumista tukeva kokonaisvaltainen ohjaus, neuvonta ja opetus, elinympäristössä selviytymisen tukeminen, asiakkuuden ja kuntoutuspalvelujen yh-teensovittaminen, kuntoutuksen suunnittelu, seuranta ja arviointi sekä kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistyö.(EpsHP.fi, 26.9. 2007.) Tehtävänkuvauksen yksityiskoh-tainen sisältö tarkemmin kuvattu liitteessä 1.

3 MITÄ KUNTOUTUSOHJAUS ON?

3.1 Kuntoutusohjauksen lainsäädäntö ja ohjeistus

Kuntoutusohjaus perustuu nykyisessä lainsäädännössä kolmeen lakiin. Näitä ovat erikoissairaanhoidolaki (1062 /89- 606/91), kansanterveyslaki (66/72-605/91) sekä vammaispalvelulaki (380/87). Yleisvelvoite ja päävastuu kuntoutusohjauksesta ja sen järjestämisestä kuuluu terveydenhuollolle.

Asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta (1015/91) määritellään kuntoutusohjauksen olevan kuntoutujan ja hänen lähiyhteisönsä tukemista ja ohjausta sekä kuntoutujan toimintamahdollisuuksiin liittyvistä palveluista tiedottamista.

Vammaispalveluasetuksen (759/87) määritelmä kuntoutusohjauksesta on suunnilleen sama, mutta asetus nostaa esille vammaisen henkilön toimintamahdollisuuksien lisäämisen. Vammaispalvelulaissa tähdennetään sitä, että kuntoutusohjausta voidaan antaa myös vammaisen henkilön lähiomaiselle tai hänestä huolehtivalle tai muuten läheiselle henkilölle. Terveydenhuollon lainsäädännössä kuntoutusohjaus on osa lääkinnällistä kuntoutusta ja se liittyy potilaan kokonaishoidon osaksi. Tästä johtuen asiakaskohtaisen kuntoutusohjausprosessin aloittamisessa on kysymys hoitopäätöksestä, jotenka toimintaan sovelletaan lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1991.)

Kuntoutuspalvelujärjestelmän kehittämistoimikunta (1979) määritteli kuntoutusohjauksen tarkoittavan kuntoutusohjaajan toimesta tapahtuvaa ohjausta, neuvontaa, sairaudesta tai vammasta aiheutuvien psyykkisten tai sosiaalisten ongelmien selvittämistä sekä vammaisen henkilön kuntoutumista ja sosiaalista toimintakykyä edistäviä tukitoimia. Kuntoutusohjausta on myös vammaisen henkilön perheeseen ja muuhun ympäristöön kohdistuva ohjaus ja tukeminen. (Toijanen 2003, 7).

Sosiaali- ja terveysministeriön kuntoutusohjausryhmä (1986) korosti terveydenhuollon näkökulmaa määritelmässään. Sen mukaan kuntoutusohjaus on laaja-alaista

vammaisen/pitkäaikaissairaahan henkilön elämäntilanteen kokonaisvaltaista huomioon ottamista hoito- ja kuntoutustyössä. Kuntoutusohjauksessa on nähtävä vammais-/sairauden fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset sekä pyrittävä niiden aiheuttamien kielteisten seurausten minimoimiseen. (Toijanen 2001,7.)

Vuoden 1986 muistion jälkeen on kuntoutuksen käsitteistöä ja menettelyjä kehitetty enemmän asiakkaan näkökulmaa ja aktiivista osallistumista huomioivaksi. (Mattsen 2002,11.)

3.2 Kuntoutusohjauksen järjestämisvelvoite lainsäädännössä

Kuntoutusta järjestävien tahojen toimintaa säätelee lainsäädäntö. Suomen perustuslakiin (731/1999) kirjatut perusoikeudet ovat perustana ihmisten oikeuksille. Lainsäädännön tarkoituksena on määritellä kuntoutuksen työnjakoa ja yhteistyötä niin, että kuntoutujat saisivat tarvitsemansa palvelut oikeudenmukaisesti, yhdenvertaisesti ja joustavasti. Järjestäjätaho määräytyy tapauskohtaisesti, ja velvoitteita kuntoutuksen järjestämiseen on sosiaali- ja terveydenhuollolla, työ - ja opetushallinnolla, vakuutusjärjestelmillä eläkelaitoksilla ja valtion tapaturmavirastolla. Lääkinnällistä kuntoutusta koskevassa asetuksessa (1015/1991) tämän terveydenhuollon järjestämisen kuntoutuksen tarkoitus ja sisältö määritellään tarkemmin. Lisäksi eri hallinnonalojen yhteistyötä ja asiakkaan asemaa koskevista periaatteista sekä yhteistyössä noudatettavista menettelytavoista on noudatettava kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä annettua lakia (497/2003). Lain tarkoitus on määritellyt sen 1§:ssa. Sen mukaan lain tarkoituksena on auttaa kuntoutujaa saamaan hänen tarvitsemansa kuntoutuspalvelut ja tässä tarkoituksessa edistää viranomaisten sekä muiden yhteisöjen ja laitosten asiakasyhteistyötä tilanteessa, joka edellyttää usean kuntoutusta järjestävän yhteisön toimenpiteitä. Lain tarkoituksena on myös edistää viranomaisten ja eri yksiköiden yhteistyötä.

Kuntoutusselonteossa (2002, 19) kuntoutuksen kehittämisselonteosta mainitaan: ” kuntoutuksella tulee olemaan kasvava kysyntä lähivuosina. Kaikissa meneillään olevissa kehittämisselonteissa korostuu tarve rakentaa paikallisten toimijoiden verkostoja sekä sopia yhteisistä toimintamalleista. Vaikuttavuusarvioissa on ilmennyt että tuloksellisen kuntoutuksen yleisinä piirteinä ovat moniammatillinen työote ja

asiakkaan kuntoutukseen osallistuvien tahojen yhteistyö, kuntoutuksen sitominen kuntoutujan ympäristöön, lähiyhteisöön ja työpaikkaan sekä kuntoutuksen oikea kohdentuminen ja varhainen aloittaminen.”

3.3 Kuntoutusohjaus osana kuntoutusta

Kuntoutusohjauksen yleistavoite on sama kuin yleensä kuntoutuksen. Tehtävänä on auttaa kuntoutujaa toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämönhallintaansa tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa sosiaaliseen selviytymiseen ovat sairauden tai muiden syiden vuoksi uhattuna tai heikentyneet. Tehtävänä on myös tukea kuntoutujaa hänen omien pyrkimystensä saavuttamisessa sekä tarkastella kuntoutujan kanssa kuntoutumisen tavoitteita ja tarvittaessa muokkaamaan niitä. (Härkää & Järvikoski 1995, 175 -184.)

Kuntoutusohjaus on käsitteenä yhtä moni-ilmeinen ja vaikeasti määriteltävä kuin sen kantasana kuntoutus – käsitekin. Toimintana kuntoutusohjaus käsittää monia kohde-ryhmiä ja toimintamalleja. Kuntoutusohjaus on osa lääkinnällistä kuntoutusta ja kuuluu kiinteästi osastoilla ja poliklinikoilla tapahtuvaan potilaiden hoitoon. Toiminnalla pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, sekä tukemaan häntä elämäntilanteensa hallinnassa ja suoriutumises-ssä päivittäisistä toiminnoista. Kuntoutusohjaus liittyy kiinteästi kuntoutujan kuntoutusprosessiin. Se on mukana kuntoutustarpeen tunnistamisessa sekä tapahtumien toteutumisen seurannassa. Kuntoutusohjauksen apua asiakkaan pitäisi saada aina tarvittaessa. Se merkitsee haastetta erityisesti terveydenhuollolle, josta kuntoutuksen tapahtumat käynnistyvät ja jonka ohjauspalvelut kaikissa muodoissaan ovat edellytyksenä prosessin tarkoituksenmukaiselle etenemiselle. Siirryttäessä järjestelmästä toiseen kuntoutusohjaajan osuus korostuu. Neuvonta – ja ohjauspalvelut ovat olennainen osa kuntoutusta. Kuntoutusohjaus on eräänlaista kuntoutujan luotsausta niiden karikoiden läpi, joita hän kuntoutumisjaksonsa aikana kohtaa. Kuntoutusohjaus sisältää useita tehtäväkokonaisuuksia, jotka kytkeytyvät toisiinsa erottamattomasti. Kolme keskeistä osa-aluetta ovat: asiantuntijan ja tiedon välittäjän, koordinaattorin ja tukihenkilön tehtävät. Perusajatus kuitenkin on, että kuntoutusohjauksen tulisi tapahtua niin lähellä asiakkaan elämänpiiriä, että henkilökohtainen tapaaminen olisi mahdollista. (Tossavainen 1995, 111-116.)

Räsänen (1998, 3 – 9) mielestä kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan mahdollisimman hyvä fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toiminnantaso ja itsenäinen elämä. Terveystieteiden tutkimuksessa kuntoutus ymmärretään tavallisesti varsinaisen sairaanhoidon jälkeen tarvittavana vaiheena. Kuntoutustarve ymmärretään perustehtävästä johtuen sairaus- tai vamma-perusteina. Lääkinnällinen kuntoutustarve perustuu sairauteen tai vammaan ja sen aiheuttamaan toimintavajavuuteen ja syntyvään haittaan. Erikoissairaanhoidon kuntoutusohjauksen tehtävänä on yhteen sovittaa erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palvelut kuntoutumisprosesseissa. Toiminnan pääpainon on oltava kuntoutujan kotikunnan peruspalvelujen ja kuntoutujan lähiyhteisön voimavarojen ohjaamisessa ja tukemisessa. Tällöin kuntoutuja saa tarvitsemansa käytännön kuntoutusohjauksen omasta kunnastaan.

Kuntoutusohjaus toteutuu asiakkaan ja ammattilaisen keskinäisessä vuorovaikutuksessa, yksilöllisessä ja tavoitteellisessa auttamistyössä. Neuvottelusuhhteessa on kyse ensisijaisesti asiakkaan ja toimipisteiden yhteistyöstä, vuorovaikutussuhhteessa asiakkaan ja yksittäisten ammattilaisten välisestä suhteesta. Asiakaslähtöisesti toimittaessa asiakkaan ja ammattilaisen välille syntyy aitoa, tasa-arvoista, kahdensuuntaista vaikuttamista ja vuoropuhelua. Asiakaslähtöinen organisaatio edellyttää asiakkaan mukaan ottamista keskusteluun ja päätöksentekoon. (Holma 1998, 35 - 36, Kokko 2004,168.)

Kuntoutusohjaus on erikoissairaanhoitoon organisoitunut kuntoutuspalvelu, se turvaa työn laadun ja tietämyksen erityisesti harvinaisissa sairaus- ja vammaryhmissä. Kuntoutusohjauksen palveluita voivat kuitenkin käyttää kaikki kuntoutuksen piirissä olevat tahot, kuten perusterveydenhuolto ja sosiaalitoimi, Kela, vakuutuslaitokset, työvoimahallinto, koulutuspalvelut jne. Kuntoutusohjaajan tärkeimpänä tehtävänä voidaan pitää asiakaslähtöisyyden ja asiakaslähtöisen näkökulman esilletuomista ja puolustamista kuntoutuksessa tehtävässä päätöksenteossa. (Arvola 1998, 29.)

Karjalaisen (2004, 11) mukaan kuntoutuksen kehitystä voidaan tarkastella myös pienemmästä ikkunasta. Kuntoutus on aina ihmisten välinen vuorovaikutuskäytäntö. Se heijastaa ihmisen arjen, mikromaailman, ajankohtaista tilaa yhteiskunnassa. Arjen tasalla oleva kuntoutus kulkee yhtä jalkaa kansalaisten arjen vaatimusten kanssa.

3.4 Aikaisempia tutkimuksia kuntoutusohjauksesta

Kuntoutusohjaajan työtä on Suomessa vähän tutkittu. Viimeisimpiä tutkimuksia on tutkija Notko Tiinan tekemä tutkimus. Hän on Lapin yliopistossa on tehnyt väitöskirjasta ”Vammaisen aikuisen asema lähiyhteisössä ja kuntoutuspalveluissa” v.2005. Artikkeliväitöskirjan sivuhaara, kolmas osatutkimus käsitteli Suomen erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaajien työtä. Sairaanhoidopiirien 148 kuntoutusohjaajilta sähköisellä kyselyllä kerätyn aineiston mukaan työn keskeisiä tavoitteita olivat asiakkaan ja perheen kuuleminen, itsehoitovalmiuksien tukeminen, palveluiden järjestämisen ja yhteistyön sujuminen ja täysipainoisen jokapäiväisen elämän mahdollistaminen.(Notko 2006.)

Suomen kuntoutusohjaajien yhdistyksen jäsenille suunnatussa kyselyssä, opinnäytetyönään Blomqvist Anne ja Virtanen Tanja (2003, 72 - 81) käsittelivät kuntoutusohjaajien työtä. Vastanneiden mielestä kehiteltävää oli muun muassa moniammatillisessa yhteistyössä. Koordinointi ja yhteistyötehtävissä kuntoutusohjaajan rooli oli keskeinen ja hän toimi usein linkkinä kuntoutujan ja hänen kuntoutumiseensa osallistuvien muiden tahojen välillä.

Opinnäytetyössään Laura Heinonen (2001, 26 – 46) haastatteli kuntoutusohjaajia Turun Yliopistollisessa keskussairaalassa kuntoutusohjaukseen ja siihen sisältyvään yhteistyöhön liittyen. Kuntoutusohjaajat kuvasivat työnsä olevan asiakaslähtöistä toimintaa, jolla pyritään tukemaan kuntoutujan omatoimisuutta ja arjessa selviytymistä. Työ oli muotoutunut asiakasryhmien tarpeista lähtien, töiden sisältö vaihteli jonkin verran. Työhön kuului yhteistyötä sairaalan sisällä että sen ulkopuolella. Kuntoutusohjaajat olivat pääosin tyytyväisiä yhteistyöhön sairaalassa. Sairaalan ulkopuolisessa yhteistyössä kehitystoiveet liittyivät tiedonkulkuun. Kehitystoiveet kohdistuivat sairaalassa kuntoutustyöryhmien toiminnan yhtenäistämiseen, kehittämiseen ja vakiinnuttamiseen sekä kaikkien klinikoiden kuntoutusohjaajien yhteisiin palaverihin.

Jormakka (1993, 30 – 44) on kartoittanut keskussairaaloiden kuntoutusohjausta. Kyselyllä haluttiin selvittää kuntoutusohjauksen määrittelyä, virkarakennetta, kelpoisuusvaatimuksia, suhdetta muihin palveluihin sekä palvelun tuotteistamista. Vuonna 1984 kuntoutusohjaustoiminta siirtyi ns. VALTAVA- lainsäädännön yhteydessä terveydenhuollon vastuulle. Kuntoutusohjausta kuitenkin toteutetaan myös sosiaali- ja kehitysvammahuollossa, perusterveydenhuollossa, työhallinnossa, opetustoimessa, sosiaalivakuutuksen kuntoutuksessa jne. Kyselyssä yhteistyö sai korostuneen merkityksen. Yhteistyötä ei tule ymmärtää pelkästään vuorovaikutustapahtumaksi tai yhteysien ottamiseksi vaan yhteiseksi toiminnaksi ja työn tekemiseksi yhdessä. Silloisen käsityksen mukaan kuntoutusohjaus kuntoutujan tukimuotona olisi kuntoutujan, kuntoutusohjaajan ja kuntoutuksesta vastaavien tahojen yhteistä työtä.

Kuntoutusohjauksen siirryttyä terveydenhuollon toiminnaksi Karttunen (1992, 38 - 72) tutki sen muotoutumista työtoiminnaksi. Kuntoutusohjaajan työtä luonnehdittiin pehmeäksi asiakkaiden suuntaan ja sinnikkääksi viranomaisten suuntaan. Toisinaan työ nähtiin epäkiitollisena yhteistyötahojen puolelta silloisen vaikean taloustilanteen vuoksi. Hän havaitsi kuntoutusohjauksen työnä monipuoliseksi, laaja-alaiseksi ja moniulotteiseksi. Kuntoutusohjauksessa on löydettävissä piirteitä sosiaalityöstä, hoitotyöstä, psykologiasta ja tutkimustyöstä. Hänen mielestään kuntoutusohjaus ei ole mitään näistä yksinomaan, mutta se on kaikkia niitä yhdessä. Enemmän yhteistyötä ja yhteisiä ongelmia näytti olevan eri sairaus- ja vammaryhmien lasten kuntoutusohjaajilla kuin saman kohderyhmän aikuisten kuntoutusohjaajilla. Aikuisten kuntoutusohjaajat eivät korostaneet yhtä paljon keskinäistä yhteistyötä, vaan pikemminkin sen puutteesta.

4 ARVIOINTI JA SUUNNITTELU KUNTOUTUSOHJAUKSESSA

Kuntoutusohjausnimikkeistön (2003, 25 - 26) mukaan arviointi ja suunnittelu kuntoutusohjauksessa on kuntoutusohjaajan asiantuntemuksella tapahtuvaa selvittelyä, ja se liittyy asiakkaan kokonaistilanteeseen, elinympäristöön ja arkielämän tilanteissa selviytymiseen. Kuntoutusohjaajan asiantuntijuus perustuu eri sairaus- ja vamma-ryhmien hoidon ja kuntoutuksen ja myös kuntoutumista tukevan palveluverkoston tuntemiseen ja tämän kokonaisuuden hallintaan. Asiakas ja tarpeen mukaan hänen lähiyhteisönsä osallistuvat arviointiin ja suunnitteluun. Kuntoutusohjaaja selvittää asiakkaan kokonaistilanteen huomioiden sosiaaliset olosuhteet, elin- ja toimintaympäristön, vamman ja/tai sairauden vaikutuksen fyysiseen, sosiaaliseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Huomioiden myös asiakkaan voimavarat arkielämän eri tilanteissa. Asiakkaan kuntoutus- ja kuntoutumisprosessin suunnittelu tapahtuu yhteistyössä asiakkaan ja hänen lähiyhteisönsä kanssa moniammatillisessa työryhmässä. Kuntoutusohjaaja suunnittelee, aikatauluttaa, seuraa sekä arvioi prosessia asiakkaan yksilöllisistä tarpeista lähtien ja hänen itsenäistä selviytymistään tukien. Kuntoutusohjaukselle määritellään tavoitteet, sisältö ja toimintamuodot. Kuntoutussuunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan ja yhteistyötahojen kanssa. Kuntoutumisen etenemistä ja kuntoutussuunnitelman toteutumista seurataan ja arvioidaan Tarvittaessa kuntoutusohjaaja tekee aloitteita suunnitelmien muuttamiseksi ja ohjaa asiakkaan muiden palvelujen ja palvelujärjestelmien piiriin.

4.1 Kuntoutussuunnitelma

Asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta (1015/1991) 5§:ssä mainitaan että, kuntoutujalle laaditaan yhdessä hänen ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmassa määritellään tarpeelliset kuntoutustoimenpiteet ottaen huomioon sosiaalihuollon, työvoima- ja opetusviranomaisen sekä kansaneläkelaitoksen ja muiden kuntoutusta järjestävien tahojen palvelut ja yhteen sovitaan terveydenhuollon lääkinnälliset kuntoutuspalvelut näiden tahojen järjestämän

kuntoutuksen kanssa. Kuntoutussuunnitelman toteutumista seurataan ja suunnitelmaa arvioidaan määräajoin. Kuntoutujan kanssa sovitaan kuntoutuksen toteutumisen kannalta tarpeellisesta yhteydenpidosta. Tarvittaessa kuntoutujalle nimetään yhdyshenkilö.

Rissasen ym. (2003, 503) mukaan hyvän kuntoutuskäytännön on aina perustuttava kuntoutussuunnitelmaan. Sen tarpeellisuus ja hyöty on ennen muuta siinä, että suunnitelmallisuus lisää kuntoutuksen tuloksellisuutta, koska se antaa mahdollisuuden yksilöllisten ja yhteisten voimavarojen keskittämiseen vaikeuksien voittamiseksi. Kuntoutussuunnitelma on samanaikaisesti kuntoutuksen toimintakenttä ja väline. Suunnittelu merkitsee aina myös voimavarojen uudelleen suuntaamista, mistä kuntoutuksessa psyykkisenä tapahtumana on aina olennaisesti kysymys. Kuntoutussuunnitelmassa ilmaistaan kuntoutuksen kummankin osapuolen, kuntoutujan ja kuntouttajan tavoitteet ja keinot kuntoutuksen yleisistä ehdoista, ajatukset ja ennusteet kuntoutumisen etenemisestä sekä kummankin osapuolen oikeudet ja velvollisuudet kuntoutuksen toteutuksessa.

4.2 Arviointi ja suunnittelu Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntoutusohjaajan tehtäväkuvassa

Kuntoutusohjaaja toimii moniammatillisessa työryhmässä kuntoutuksen asiantuntijana asiakkaan kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa, kuntoutumisen ja kuntoutuksen seurannassa sekä arvioinnissa. Kuntoutusohjaaja toimii kuntoutuksen yhdyshenkilönä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja muiden palvelutuottajien välillä. (EpsHP.fi.26.9.2007).

Kuntoutusohjaajan tehtäväkuvassa on kuvattu kuntoutusohjaajan ammatillisen asiantuntijuuden muodostuvan osaamisesta, johon sisältyy mm. kuntoutustarpeen arviointi. Kuntoutusohjaaja havainnoi ja arvioi asiakkaan kokonaistilannetta yksilö-, perhe-, ryhmä- ja yhteisötasolla. Hän tunnistaa asiakkaan, perheen, ryhmän ja yhteisön kuntoutumisen tarpeet, toiveet ja odotukset sekä sovittaa niitä yhteen kuntoutusmahdollisuuksien kanssa. Kuntoutusohjaaja tekee kuntoutusaloitteita ja toimii oman alansa asiantuntijana moniammatillisessa työryhmässä. Kuntoutuksen suunnittelussa,

seurannassa ja arvioinnissa kuntoutusohjaaja varmistaa asiakkaan osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksia kuntoutuksen suunnittelussa. Hän kokoaa tarkoituksenmukaiset tiedot, sovittaa ne yhteen ja koordinoi jo olemassa olevat suunnitelmat osaksi kuntoutussuunnittelua. Kuntoutusohjaaja seuraa ja arvioi kuntoutussuunnitelmien toteutumista, vaikuttavuutta ja muutostarpeita, kuntoutuksen laatua ja kustannuksia. Hän pyrkii vaikuttamaan palvelujärjestelmän kehittämiseen ja osallistuu tietojen dokumentointiin.(EpsHP.fi.26.9.2007).

5 YHTEISTYÖ KUNTOUTUSOHJAUKSESSA

Yhteistyön käsite on moniulotteinen ja eri yhteyksissä vaihteleva. Käsitteet ovat osittain rinnakkaisia ja päällekkäisiä. Yhteistyö, yhteistoiminta, yhteensovittaminen, yhteistoiminnallisuus, yhdentäminen ja yhdentyminen ovat toisilleen lähikäsitteitä. Heikki Kaitalo & George Walls (1978, 34) mukaan yhteistyö viittaa suoraan sosiaaliseen vuorovaikutukseen, jolloin subjekteina ovat aina ihmiset.

Pohjola (1999,124) esittää, että yhteistyö ajatellaan yleensä viranomaisten keskinäiseksi toiminnaksi. Kapeammin ajateltuna yhteistyöhön luetaan kuuluvaksi kaikki tiedustelut, puhelinsoitot, konsultaatiokysymykset tai keskinäiset kokoontumiset.

Saikun ja Niskasén mukaan yhteistyö voidaan käsittää yhteisenä työnä, jolloin se perustuu yhdessä tekemiseen yhteisten tavoitteiden pohjalta. Tavoitteellisuuden lisäksi muita yhteisen työn tekemisen kriteereitä ovat mm. työn jatkuvuus, tasa-arvoisuus toisten osapuolten arvostaminen ja sitoutuminen. Yhteistyö on asenne ja taitolaji, johon voi halutessaan oppia ja jossa voi kehittyä. Käytännössä suurin osa yhteistyöstä jäsentyy lähinnä yhteydenpidoksi esim. lähetteet, kirjeet, tietojen hankinta tai tarkistus puhelimitse, tiedonjako kokouksissa jne. eri viranomaistahojen välillä. Yhteistyö edellyttää asiakkaan suostumusta yhteydenpitoon. Varsinaista yhteistyötä kuntoutuksessa ilmenee lähinnä kuntoutustyöryhmien ja erilaisten tiimien kokoontumisen yhteydessä, nämä ovat murto-osa kuntoutuksen yhteistyöstä. (Saikku 1996, 11-13, Niskanen 2001, 29-36.)

Hyvän kuntoutuskäytännön mukaan moniammatillista yhteistyötä tehdään asiakkaan, hänen perheensä ja läheistensä kanssa. Kuntoutuksen toimintayksiköissä tehdään sisäistä ja ulkoista sidosryhmäyhteistyötä. Yhteistyökäsitteeseen kuuluu myös tiedonvälitys kuntoutuspalvelun eri vaiheissa. Palveluketjun toimivuudessa on tärkeää eri asianosaistahojen yhteistyö ja kuntoutusohjauksen rooli linkkinä moniammatillisessa verkostossa. (Hyvä kuntoutuskäytäntö 1998, 24.)

Asiakkaan ja viranomaisten välistä yhteistyötä on pohtinut myös Kokko (2003, 24) hänen mielestään yhteistyössä on samanaikaisesti läsnä kaksi tasoa, asiakkaan yksilöllinen elämäntilanne ja asiakkuus palvelujärjestelmässä.

Tossavaisen (1995) mukaan kuntoutustoiminnassa keskeistä on yhteistyö usealla toiminnan tasolla. Yhteistyö konkretisoituu erilaisina työryhminä, epävirallisina ja virallisina. Kuntoutustoiminnan perustana voitaneen pitää kuitenkin kasvotuksin tapahtuvaa neuvottelutilannetta kuntoutujan kanssa. Tässä vuorovaikutustilanteessa haetaan ensi asteen ratkaisua yksilön ongelmatilanteeseen. Todellinen tiedon välittyminen ja hyödyntäminen voi syntyä vain silloin, kun voidaan luottaa toisen ammatitaitoon ja asiantuntemukseen sekä kykyyn toimia roolin edellyttämällä tavalla. Kuntoutuksen asiakkuus käynnistyy jonkin viranomaistahon toimipisteessä. Välittömässä asiakastyössä toimiva kuntoutustyöntekijä tekee yhteistyötä asiakkaan, hänen perheensä ja läheistensä kanssa. Hän osallistuu yleensä johonkin työryhmään, joka arvioi kuntoutustarvetta ja mahdollisuuksia. Yhteistyö syntyy käytännön tarpeesta. Yhteistyöryhmässä haetaan ratkaisumalleja ongelmallisiin kuntoutuskysymyksiin eri asiakkaiden kohdalla. Kuntoutusohjaaja voi toimia linkkinä moniammatillisen verkoston ja asiakkaan välillä. (Tossavainen 1995, 95 – 99.)

Kuntoutuja on usein monien eri palveluiden piirissä. Moniammatillinen yhteistyö ja erilaisissa tiimeissä työskenteleminen lisääntyvät koko ajan. Tarvitaan yhteisiä näkemyksiä, yhteisiä arvoja, kulttuuria ja ilmapiiriä jotta laatu kuntoutusohjauksessa toteutuu. Jos koko organisaation toiminta johdosta alkaen perustuu samoihin arvoihin, kuntoutujalähtöisyyteen, yksilön kunnioittamiseen, tasa-arvoon, potilaan/asiakkaan itsemääräämisoikeuteen, kuntoutusmyönteiseen työotteeseen ja joustavaan moniammatilliseen yhteistyöhön aina asiakkaan parhaaksi, on helpompi varmistaa kuntoutujan kuntoutumisprosessin onnistuminen.(Mäensivu 1998, 50.)

Talon (2002, 32 - 35) mukaan moniammatillisuuden periaatetta kuvaa hyvin sanonta ”suutari pysyköön lestissään”. Moniammatillisen tiimityön tehokkuus perustuu työn päällekkäisyyden välttämiseen. Moniammatillisuutta korostetaan yhä enemmän yhtenä tärkeimpänä strategiana kuntoutuksen kehittämisessä monestakin syystä. Tänä päivänä ymmärretään, että ihmisen kokonaisuutta korostavassa kuntoutusotteessa kaikki vaikuttaa kaikkeen. Kuntoutustoimenpide voi onnistua vain, jos ollaan tietoi-

sia kuntoutujan koko elämäntilanteesta. Tämä edellyttää moniammatillisten osaajien yhteisarviointia.

Verkostoyhteistyö koskee myöskin ammattilaisten ja viranomaisten välistä yhteistyötä. Verkoston kartoitus liittyy oleellisenä osana kuntoutumisvalmiuden arviointiin. Se auttaa selvittämään, ketkä voivat tukea asiakasta hänen kuntoutumisessaan ja keiden kuntoutuja haluaisi olevan paikalla silloin, kun hänen asioistaan ja elämästään keskustellaan. (Koskisuus 2004, 188 – 191.)

Verkostoyhteistyön keskeinen kysymys on miten asiakaslähtöinen verkostoituminen käynnistyy, miten asiakkaan kanssa työskentelevät asiantuntijat löytävät toisensa ja toistensa taustayhteisöjen voimavarat. Onko työntekijöillä riittävästi aikaa paneutua asiakkaansa kanssa hänen asioihinsa omaa sektoriaan laajemmin? Tunteeko työntekijä- entä asiakas- niitä, joihin hänen olisi hyvä ottaa paikkakunnalla yhteyttä? Tarvitaan paikallisesti ja yksilöllisesti räätälöityjä käytäntöjä. Räätälöidyt käytännöt tarvitsevat käynnistykseen, kehittyäkseen ja jatkuakseen rakenteellista tukea. Toiminnan tukeminen edellyttää sektorirajat ylittävää, systemaattista tarkastelunäkökulmaa. On tarpeen tarkastella palveluja ja resursseja kokonaisuutena, paikkakunnan käytettävissä olevina voimavaroina. Kaikkien edun mukaista on yhdistellä voimavaroja asiakkaita parhaiten hyödyttävällä tavalla. Tarvitaan siis hallinnonalojen uskallusta irtaantua perinteisestä tavasta toimia, sektorien välistä avointa vuoropuhelua ja yhteistä tavoiteasettelua. Tämä saattaa kyseenalaistaa vallitsevaa sektorikohtaista tulostyöskentelyä. (Karjalainen 2000, 23 – 80.)

5.1 Erilaisia yhteistyön muotoja

5.1.1 Tiimityö

Tiimi (team) on pieni ryhmä henkilöitä, jotka työskentelevät yhdessä vastatakseen asiakkaan ja häntä hoitavan henkilön tarpeisiin. Tiimin jäsenet ovat yhdessä saavuttaakseen päämäärän, jota he eivät voisi saavuttaa yksin. Ihmiset käyttävät termiä

tiimi kuvaamaan erilaisia ryhmittymiä ja järjestelyjä. Asiakastiimit ja yhteistyöverkostot ovat tapa yhdistellä helposti eri palveluja ja ammattiryhmiä edustavia ihmisiä. (Qvretveit 1995, 118.)

Tiimityö – team work – merkitsee järjestelmällistä työskentelyä ryhmässä, jonka toimintamalli rakentuu asteittain. Asioiden käsittely ryhmässä edellyttää, että jokainen ryhmän jäsen on tehnyt esityöt. Asioista tiimin jäsenillä on paljon tietoa ja oletuksia, mutta vain todellisilla tiedoilla on merkitystä. Mikäli jokainen tiimin jäsen on tehnyt esityöt huolellisesti, on asian käsittelyt ryhmässä jo kertaalleen ajateltujen asioiden jalostamista. Tiimin jäseniltä edellytetään kykyä tarkistaa omia näkemyksiään ja muuttaa näkemystään, kun siihen on aihetta. Asioista käydään keskustelua niin, että yksimielisyys saavutetaan. Se merkitsee myös sitoutumista ongelmaratkaisuun sekä sovittujen tehtävien tekemiseen. Tiimityön onnistumisen ehdoton edellytys on, että kukin jäsen tunnistaa ja hyväksyy oman rajallisuutensa. Työvälineenä toimii oma persoonallisuus. Vuorovaikutus, joka on aina luovuttamista ja vastaanottamista tarjoaa samalla opin ja oppimisen mahdollisuuden. (Tossavainen 1995, 101 – 102.)

5.1.2 Moniammatillinen tiimi

Moniammatillinen tiimi on pieni ryhmä henkilöitä, yleensä he edustavat eri ammattiryhmiä tai organisaatioita. He ovat yhteydessä toisiinsa saavuttaakseen yhteisen päämääränsä, joka on asiakkaan tai asiakasväestön tarpeisiin vastaaminen. Tiimissä kaikilla on omat roolit, kukin asiantuntija tekee oman kuntoutuksellisen arvioinnin tilanteesta ja esittää yhteisneuvottelussa sen mukaiset kuntoutukselliset tavoitteet. Moniammatilliset tiimit ovat tulleet jäädäkseen, ja tulevaisuudessa ammattikäytäntö perustuukin pitkälti niiden varaan. (Qvretveit 1995, 94, Karjalainen 1996, 195.)

Gibbonin ym. (2002, 105 - 111) mukaan moniammatillisen tiimin tärkeimmät ominaisuudet ovat kiinnostus, sitoutuminen, erityistaidot sekä hyvä kommunikaatio ja yhteistyö työryhmän, asiakkaan ja omaisten kanssa. Moniammatillisen yhteistyön avulla eri ammattiryhmien edustajat tekevät yhdessä tavoitteellista, suunnitelmallista ja säännöllistä yhteistyötä asiakkaan ja hänen omaistensa parhaaksi.

Monipuolista viestintää ja tasapuolista ja perusteltua päätöksentekoa voidaan lisätä moniammatillisissa tiimeissä tapahtuvan yhteistyön kautta. Hyvä kommunikointi ja selkeä viestintä ovat onnistuneen tiimityön kulmakiviä. Eri ammattikunnan edustajat tuovat neuvottelu- ja suunnittelutilanteeseen oman erityisosaamisensa lisäksi myös oman ammattisanastonsa ja lähestyvät käsiteltävää asiaa omasta näkökulmastaan. Eri ammattikuntien läsnäolo tarkoittaa siis väistämättä paitsi erilaisten persoonallisuuksien ja toisistaan eroavien erityissanastojen sekoittumista toisiinsa myös ammatti- taustojen mukaan vaihtuvien painotusten, arvojen ja asenteiden kohtaamista. Moniammatillinen yhteistyö onkin suurelta osaltaan puhetta. Eri ammattikuntien edustajat kokoontuvat yhteen tuoden omat erityistaitonsa, osaamisensa ja näkemyksensä koko ryhmän yhteiseen käyttöön. (Nikander 2002, 55 – 70.)

5.1.3 Yhteistyöverkosto

Yhteistyöverkosto on työntekijöiden vapaaehtoinen ja epävirallinen ryhmittymä. Kyseessä on löyhä yhteenliittymä, jossa asiakkaita voidaan ohjata kätevästi työntekijältä toiselle verkoston sisällä, he tekevät yhteistyötä ilman tarkkaan sovittua mallia. Tavallisesti verkoston jäsenet kuuluvat varsinaisesti johonkin toiseen tiimiin tai organisaatioon. He saattavat kuitenkin suunnitella yhdessä työtään. Verkostoa käytetään yhteistyön koordinointiin, tarvittaessa tapausten syvällisempään käsittelyyn jne. Yhteysverkostolle ominaista on keskinäisten suhteiden luottamus, kunnioitus ja yhteiset arvot. (Qvretveit 1995, 106 – 119, Isoherranen 2005,74.)

Verkosto -ja tiimityöskentelyssä korostuu eri alojen asiantuntijoiden, yksilön, perheen ja yhteisön välinen kumppanuus ja voimavarojen vahvistaminen. Tiimityöskentelyn edellytyksenä on se, että toiminnalle on asetettu tarkoitus ja selkeä tavoite sekä yleinen hyväksyntä siitä, miten tavoite saavutetaan. (Sirola & Salminen 2002, 273-278.)

5.2 Aikaisempia yhteistyöstä tehtyjä tutkimuksia

Peppi Saikku (2006, 13 – 65) on tehnyt arviointitutkimuksen kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmille kuntoutuksen asiakasyhteistyölain vaikutuksista asiakkaan asemaan ja paikallisten viranomaisten yhteistyöhön. Tutkimuksen tuloksena asiakasyhteistyöryhmien rooli kuntoutusyhteistyön kehittäjänä toteutui hyvin vaihtelevasti. Kuntoutuksen paikallisella yhteistyöllä on pitkä historia ja vakiintuneet toimintakäytännöt. Vuosien saatossa työntekijät ovat oppineet tuntemaan toisensa ja toisensa toimintatavat. Lakiuudistusta enemmän kuntoutusyhteistyön ja palveluverkoston toimintaan vaikuttaa kunta- ja palvelurakennemuutokseen liittyvät kuntien yhdistymiset ja seutukunnallistuminen.

Jutta Suorannan (2004, 54 - 55) pro gradu tutkielma on osa Ikaalisten ”Yhteistyöstä yhteiseen työhön”- projektin arviointitutkimusta. Tutkimuksen tuloksissa ristiriitaiset kuvaukset koskivat yhteistyötä, työntekijöiden toimivuutta, kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmän toimintaa ja palvelutasoa. Yhteistyö koettiin pelkästään papereiden välityksellä tehtäväksi, kun ennemminkin tarvitsisi olla henkilökohtaisia kontakteja sekä yhteistyötahoihin että asiakkaisiin. Yhteistyön koettiin vaikeutuvan ihmisten reviiirijatteluun, erilaisten organisaatio-, työ – ja toimintakulttuurien joustamattomuudeksi ja vanhoissa tutuissa tavoissa pitäytymiseen sekä lainsäädännöllisten rajoitusten vuoksi.

Jari Metsämuurosen (1998, 121 - 123) tutkimuksessa työelämän ja koulutuksen kehittämiseksi, terveysalan edustajat painottivat muita tahoja enemmän taitoa toimia moniammatillisessa työryhmässä, yhdessä tekemisen taitoja sekä yhteisöllistä toimintakykyä. Yhteistyöosaamiseksi lueteltiin taitoja joita tarvitaan työskennellessä kollegojen ja asiakkaiden kanssa yhteistyössä. Osa näistä osaamistarpeista oli selkeästi moniammatilliseen yhteistyöhön liittyviä taitoja, osa yhdessä tekemiseen yleisesti liittyviä taitoja. Taito toimia moniammatillisessa työryhmässä, taito toimia hoitoketjuissa saumattomasti koettiin tärkeäksi. Yhteistyön määrä tulee lisääntymään tulevaisuudessa, sillä asiakkaiden ongelmia ei kyetä ratkaisemaan yhden ammattialan puitteissa vaan tarvitaan usean alan asiantuntijoita.

Kuntoutuksessa on viranomaisten välinen yhteistyö koettu erityisen tärkeäksi. Tutkimuksessaan Peppi Saikku (1996, 11 - 100) tarkastelee kuntoutuksessa keskeisesti mukana olevien viranomaistahojen toimintaa ns. moniongelmaisten asiakkaiden tilanteissa. Viranomaistahojen verkostoituminen jäsenyi paljolti asiakkaiden välityksellä. Viranomaistahoja yhdistävät käytännöt ovat moninaisia, verkostoituminen voi jäsenyä hyvin erilaisten käytäntöjen kautta. Yhdistävät käytännöt eivät kuitenkaan takaa toimivaa yhteistyötä tai asiakkaan ”parempaa” hoitoa. Käytännössä on siirrytty kohti asiakaslähtoisempää ja voimavarasuuntautunutta toimintamallia. Tutkimus antoi aihetta pohdintaan millä tavoin viranomaistyön toimivuutta ja joustavuutta voitaisiin edesauttaa.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

6.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata arviointia, suunnittelua ja yhteistyötä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä työskentelevien kuntoutusohjaajien työssä heidän itsensä arvioimana.

Tavoitteena on tuottaa tietoa jota voidaan hyödyntää kuntoutusohjaustoiminnan kehittämiseen ja parantamiseen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Opinnäytetyön tulokset antavat lisätietoa lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämissuunnitelman laadintaan.

6.2 Tutkimustehtävät

Tutkimustehtävät johdettiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta. Opinnäytetyöllä haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten kuntoutusohjaajan työssä näkyy kuntoutusohjauksen arviointi ja suunnittelu?
2. Miten kuntoutusohjaajat kehittäisivät omassa työssään kuntoutusohjauksen arviointia ja suunnittelua?
3. Miten kuntoutusohjaajan työssä toteutuu yhteistyö eri yhteistyötahojen kanssa?
4. Miten kuntoutusohjaajat kehittäisivät yhteistyötä eri yhteistyötahojen kanssa?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Toteutustapa

Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta nimitetään myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Sen avulla tutkitaan eri asioiden välisiä syy- seuraus-suhteita tai tapahtuneita muutoksia tutkittavassa ilmiössä. Sen lähtökohta on luonnontieteissä ja kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuvat tutkittavien ilmiöiden objektiivinen mittaus ja havainnointi. (Heikkilä, 2001,16, Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 130.) Määrällisessä tutkimuksessa kirjallisuuden tarkastelu auttaa tutkijaa orientoitumaan siihen, mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään ja toimii myös ideoiden lähteenä. Käytetyn kirjallisuuden tulisi sisältää sekä tutkimus- että teoreettista kirjallisuutta. (Krause & Kiikkala 1997, 57.)

Kvantitatiivinen tutkimus vastaa kysymyksiin paljonko, mikä, missä ja kuinka usein? Ilmiöiden kuvaus tapahtuu numeerisen tiedon pohjalta ja sen tavoitteena on teorian testaaminen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on tehdä johtopäätöksiä aiemmista tutkimuksista, mahdollisten hypoteesien esittäminen ja käsitteiden määrittely. Muuttujat muodostetaan taulukkomuotoon ja aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Tutkimussuunnitelmassa koejärjestelyjen ja aineiston keruun kohdalla tulisi ottaa huomioon, että aineisto soveltuu numeeriseen eli määrälliseen mittaamiseen. (Heikkilä 2001,17, Hirsjärvi ym. 2004, 131.)

Keskeinen aineistonhankintamenetelmä kvantitatiivisessa kysely- ja haastattelututkimuksessa on kyselylomake. Kysymykset suunnitellaan huolellisesti, sillä suurimpia virheitä voi aiheuttaa kysymysten muoto. Lomaketta suunniteltaessa tulisi perehtyä kirjallisuuteen, määritellä käsitteitä ja täsmentää sekä pohtia tutkimusongelmaa. Kysymyksiä miettiessä tulisi ajatella, kuinka tarkkoja vastauksia halutaan saada, sillä samaa asiaa voidaan kysyä monella eri tavalla. (Heikkilä 2001, 47.) Tässä tutkimuksessa ennen kyselylomakkeen suunnittelua tutustuttiin alan kirjallisuuteen, tutkimuksiin ja käsitteiden määrittelyyn, joiden pohjalta kysymykset laadittiin..

Hyvällä kyselylomakkeella on monia tunnusmerkkejä; se on siisti, selkeä ja houkutteleva, vastausohjeet ovat selkeät, kysymykset numeroitu juoksevasti ja kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan. Lisäksi hyvä kyselylomake ei ole liian pitkä ja se saa vastaajan tuntemaan itsensä tärkeäksi. Lomake tulisi myös esiteltä ja miettiä jo etukäteen sitä, miten helppo se on syöttää ja käsitellä tilasto-ohjelmalla. (Heikkilä 2001, 48 - 49.)

Kyselylomakkeen suunnittelussa tehtiin yhteistyötä kuntoutussuunnittelija Marja Mäkinien sekä ohjaavien opettajien kanssa. Kyselylomakkeen kysymysten sanamuodoissa käytettiin Kuntoutusohjausnimikkeistön oppaan ja Etelä –Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntoutusohjaajan tehtäväkuvauksessa esiintyviä termejä. Kyselylomake on puolistrukturoitu lomake jossa on valmiita vastausvaihtoehtoja sisältäviä kysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Kyselylomake pyrittiin laatimaan selkeäksi ja houkuttelevaksi, kysymykset numeroitiin juoksevaksi ja jokaisessa kysymyksessä kysyttiin vain yhtä asiaa kerrallaan. Lomake esiteltiin Turun Yliopistollisen Keskussairaalan kahdella kuntoutusohjaajalla. Esitelluksen jälkeen lopullisesta kyselylomakkeesta vähennettiin kysymysten määrää, näin lomakkeesta tuli selkeämpi ja nopeampi täyttää. (Liite 2.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kysymykset ovat strukturoituja eli vastaajille annetaan valmiit vaihtoehdot. Tässä tutkimuksessa kuntoutusohjaukseen ja yhteistyötehtäviin liittyvissä kysymyksissä käytettiin Likertin asteikkoa. Likertin asteikkoa käytetään yleensä mielipideväittämissä, se on 4- tai 5-portainen asteikko, jossa on eri vastausvaihtoehtoja. Luokat ilmaisevat asian esiintymisen tärkeyden, paljouden, esiintymistiheyden tai henkilön tyytyväisyyden. Vastaajan tulee valita näistä vaihtoehdoista parhaiten omaa käsitystään vastaava. (Heikkilä 2001, 50 -53; Krause & Kiikkala 1997, 115.) Tähän tutkimukseen laaditussa kyselylomakkeessa vastausvaihtoehdot olivat:

- 1 Ei ollenkaan mukanaoloa/yhteistyötä
- 2 Melko vähän mukanaoloa/yhteistyötä
- 3 Melko paljon mukanaoloa/yhteistyötä
- 4 Paljon säännöllistä ja suunnitelmallista mukanaoloa/yhteistyötä

Avoimia kysymyksiä käytetään yleensä kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa, se hakee vastauksia kysymyksiin miksi, miten ja millainen? Avoimia kysymyksiä käytetään, kun vastausvaihtoehtoja ei tarkkaan tunneta etukäteen. Nämä kysymykset ovat helppoja laatia, mutta työläitä käsitellä. Ne saattavat houkutella myös vastaamatta jättämiseen. Tutkija voi saada myös vastauksia, joita ei etukäteen osattu odottaakaan. Laadullinen aineisto tulee kirjoittaa puhtaaksi sananasaisesti, tätä kutsutaan litteroinniksi. Sisällön analyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Induktiivisessa sisällön analyysissä aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan. Pelkistämällä aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Ryhmittelyssä tutkija yhdistää pelkistetyistä ilmaisuista asiat, jotka kuuluvat yhteen. Abstrahoinnissa taas muodostetaan tutkimuskohteesta kuvaus yleiskäsitteiden avulla. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja sille annetaan sisältöä kuvaava nimi. Edelleen muodostetaan yläkategorioita yhdistämällä saman sisältöiset kategoriat toisiinsa ja yläkategoria nimetään nimellä, joka kuvaa hyvin sen sisältöä. Avoimet kysymykset olisi hyvä sijoittaa kysymyslomakkeen loppuun. (Heikkilä 2001,17 - 49, Hirsjärvi ym. 2004, 210, Tuomi & Sarajärvi 2002, 93, Kyngäs & Vanhanen 1999, 4 - 7.)

Tässä kyselylomakkeessa oli neljä avointa kysymystä. Avoimet kysymykset ”Miten kuntoutusohjauksen arviointi ja suunnittelu toteutuu mielestäsi omassa työssäsi?” ja ”Miten kehittäisit kuntoutusohjauksen arviointia ja suunnittelua omassa työssäsi?” sijoitettiin kuntoutusohjausta koskevien strukturoitujen kysymysten jälkeen. Kysymykset ”Miten yhteistyö eri yhteistyötahojen kanssa toteutuu omassa työssäsi?” ja ”Miten kehittäisit yhteistyötä eri yhteistyötahojen kanssa?” sijoitettiin lomakkeen loppuun, yhteistyötehtäviä koskevien strukturoitujen kysymysten jälkeen.

Kyselylomakkeet osoitetaan henkilöille, joiden toivotaan vastaavan kyselyyn. Lomake postitetaan kirjekuorissa ja mukaan liitetään saatekirje ja postimerkein ja palautusosoitein varustettu palautuskirjekuori. Sopiva vastausaika on 7-10 päivää, jos palautusaika on useampia viikkoja, voi kysely unohtua. (Heikkilä 2001, 66.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntoutusohjaajille lähetettiin kyselylomake postitse, yhteystiedot saatiin kuntoutussuunnittelija Marja Mäkiniemeltä. Kyselylomakkeen mukana seurasi saatekirje sekä palautuskuori varustettuna tutkijan nimellä,

osoitteella sekä palautuspostimerkillä. Lomakkeen palautusaika oli 10 päivää. Ennen palautuspäivää lähetin vielä kuntoutusohjaajille sähköpostiviestin, jossa kerroin lähestyvistä palautuspäivistä.

7.2 Aineiston analysointi

Ensimmäiseksi aineistosta tarkistetaan tiedot; puuttuuko tietoja tai sisältyykö siihen selviä virheitä. Postikyselyssä on myös päätettävä, joutuuko joitakin lomakkeita hylkäämään. Jos vastaaja on jättänyt jonkun osion vastaamatta, mutta vastannut muuten huolellisesti, ei tällaista vastausta kannata hylätä. (Hirsjärvi ym .2004, 210.) Postissa tutkijalle palautuneet kyselylomakkeet numeroitiin ja arkistoitiin tulojärjestyksessä. Kun palautusaika oli umpeutunut, arkisto avattiin ja lomakkeet käytiin läpi mahdollisten puutteiden ja virheiden osalta. Pääosin kyselyyn oli vastattu huolellisesti ja järjestelmällisesti. Vain muutamassa lomakkeessa oli jätetty vastaamatta yksittäisiin kysymyksiin, mutta koska muihin kysymyksiin oli vastattu, lomakkeita ei hylätty. Määräaikaan saapuneista kyselylomakkeista hyväksyttiin kaikki lomakkeet analysointiin.

Palautusprosenttiin vaikuttaa se, kuinka tärkeänä vastaajat tutkimusta pitävät. Tavallinen vastausprosentti vaihtelee 20 – 80 prosentin välillä, kirjekyselyissä se yleensä jää alle 60 prosentin. (Heikkilä 2001, 66.) Lähetetyistä kahdestakymmenestäviidestä (25) kyselylomakkeesta tutkijalle palautui määräaikaan mennessä viisitoista (15) lomaketta, näin ollen vastausprosentti oli 62.5 %.

Kaikilla tilasto-ohjelmilla on omat ominaispiirteensä. Satakunnan ammattikorkeakoulussa on käytössä Pentti Mannisen kehittämä aineiston atk-käsittelyyn perustuva Tixel-ohjelma, joka on luotu Excel-taulukkolaskentaympäristöön. Tixel-ohjelmaan kuuluu mm. tilastollisten analyysien tekeminen, graafiset esitykset ja raportointi. (Manninen 2004, 1.) Ennen analysointia lomakkeiden vastaukset syötettiin Excel-taulukon havaintomatriisiin. Havaintomatriisissa vaakarivit vastaavat tilastoyksiköitä ja pystysarakkeet muuttujia. Jokaiselle lomakkeen vastaukselle määriteltiin oma muuttuja. Yksi tieto syötetään aina yhteen ruutuun eli soluun. Jokaiselle kysymykselle määriteltiin nimi, joka syötettiin sarakeotsikoksi. Tilastoyksiköt eli tapaukset syö-

tettiin numerojärjestyksessä riveille. Taustamuuttujille ja vastausvaihtoehdoille määriteltiin numerokoodi, joka syötettiin ohjelmaan. Tixel-ohjelmassa avattiin havaintomatriisi jossa oli vastaukset talletettuna. Kaikista strukturoiduista vastauksista tehtiin ensin yksiulotteiset jakaumat taulukoina. Ohjelman tilastografiikalla tehtiin tarvittavia kuvioita joita käytettiin tulosten esittämisessä.

Frekvenssi kuvaa kuhunkin luokkaan kuuluvien tilastoyksiköiden lukumäärää. Näin ollen kaikkien tilastoyksiköiden lukumäärä on sama kuin frekvenssien summa. Frekvenssiprosentilla eli suhteellisella frekvenssillä ilmoitetaan, kuinka monta prosenttia kulloisenkin luokan frekvenssi on koko tilastoyksiköiden lukumäärästä. Prosentit pyritään aina ilmaisemaan kokonaislukuina. (Erwall, R., Erwall; S. & Kaukkila 2002, 19 - 20.)

Tässä opinnäytetyössä (tulosten esittämisessä) tulokset ilmaistaan prosenttiosuuksina, vaikka vastaajien lukumäärä on pieni (N15), koska Tixel - ohjelma laskee taulukoihin ja kuvioihin prosenttiosuudet eikä frekvenssejä.

Kyselylomakkeen avoimien kysymysten osalta aineiston analyysi oli aineistolähtöinen eli induktiivinen. Induktiivinen aineistonanalyysi jaetaan kolmeen osaan, aineiston pelkistämiseen eli redusointiin, aineiston ryhmittelyyn eli klusterointiin sekä abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen (Kynge & Vanhanen 1999, 4-7). Avoimien kysymysten vastaukset litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi sanasanaisesti. Vastaukset luettiin useaan kertaan, näin saatiin mahdollisimman selkeä ja hyvä perusta analyysia varten. Analysoitavasta tekstistä alleviivattiin erivärisillä kynillä asiat, jotka vastasivat tutkimustehtäviin. Aineiston analysointi eteni redusointiin eli pelkistämiseen, ja näiden pelkistysten ryhmittelyllä alakategorioihin ja edelleen yläkategorioiksi.

7.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusta suunniteltaessa on välttämätöntä varmistaa tutkimuksen etiikka. Tutkijan tulee toiminnassaan ottaa huomioon tutkimuksensa kohteena olevat henkilöt, rahoittajat, työyhteisönsä ja työtoverinsa. Eettisyys tutkimustulosten julkaisemisessa liittyy rehellisyyteen ja tulosten luotettavuuteen. Ne on raportoitava siten, että julkinen

kritiikki on mahdollista. Tutkija ei luonnollisestikaan saa väärentää tuloksia eikä jättää oleellista osaa niistä kertomatta. Vastuullisuus korostuu laadullisen tutkimuksen aineiston hankinnassa, varsinkin jos tutkimus kohdistuu ihmisten henkilökohtaisiin kokemuksiin. (Krause ym. 1996. 64 -65.)

Kun sain Seinäjoen keskussairaalan kuntoutussuunnittelija Marja Mäkiniemeltä opinnäytetyöhöni aiheen, aloitin sitä koskevan kirjallisuuden tutustumisen. Aiheeseen perehtymällä sain mahdollisimman selkeän kuvan aiheesta. Tutkimussuunnitelmassa pyrin hahmottamaan opinnäytetyöni eri vaiheita ja sen etenemistä. Ongelmatilanteissa käännyin ohjaavien opettajien puoleen, joilta sain ohjausta käsittelemään aihetta mahdollisimman objektiivisesti ja tieteellisesti. Tärkeä eettinen asia on tutkimusluvan saaminen. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin johtoryhmältä anottiin lupa tutkimuksen suorittamiseen, lupa tutkimuksen tekemiseen saatiin kirjallisena. (Liite 3.) Sopimus työn tilaajan kanssa tehtiin kirjallisena 31.1.2008.

Kyselylomakkeet lähetettiin postitse kuntoutusohjaajille, mukaan liitettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja sen toteutuksesta. Saatekirjeessä korostettiin myös vaitiolovelvollisuutta ja luottamuksellisuutta. Kyselylomakkeessa ei kysytty nimiä, osoitteita tms. tietoja joilla ketään voitaisiin tunnistaa. Vastaaminen kyselyyn oli vapaaehtoista ja kukin kyselylomakkeen saaja sai itsenäisesti päättää vastaako kyselyyn vai ei. Näin ei loukattu kenenkään yksilöllisyyttä tai päätäntävaltaa.

7.4 Tutkimuksen luotettavuus

Edellytys luotettavuudelle on, että tutkimus on tehty tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaisesti. Tutkimusaineiston laatuun vaikuttavat käsittely-, mitaus-, otanta-, peitto- ja katovirheet. (Heikkilä 2001, 185 – 186.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä toimii 25 kuntoutusohjaajaa, kyselylomake lähetettiin heille kaikille, joten kyseessä oli kokonaistutkimus. Kyselylomake esitettiin Turun yliopistollisen keskussairaalan kahdella kuntoutusohjaajalla tammi-kuussa 2008. Esitestauksesta saatujen tietojen perusteella kyselylomakkeen ulko-

muotoa selkeytettiin ja kysymysten määrää vähennettiin. Tämän muutoksen jälkeen lopulliset kyselylomakkeet lähetettiin kuntoutusohjaajille. Vastauksia saapui 15, ne numeroitiin ja aineistot syötettiin Excel-ohjelmaan. Mittauksiin liittyviä virheitä pyrittiin välttämään tietojen tarkistamiselle ja havaintomatriisiin syötetty aineisto tarkistettiin aineiston syöttämisen ja tunnuslukujen laskemisen jälkeen. Aineisto käsiteltiin huolellisesti ja näin pyrittiin käsittelyvirheen mahdollisuus minimoimaan.

Tutkimuksissa luotettavuus ja pätevyys yleensä vaihtelevat, vaikka niissä pyritäänkin välttämään virheiden syntymistä. Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli jos esimerkiksi kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen, voidaan tulos todeta reliaabeliksi. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan myös mitata erilaisilla tilastollisilla menettelytavoilla. Validius taas tarkoittaa mittarin kykyä mitata sitä, mitä sillä on tarkoitus mitata. Validiutta voidaan arvioida monista eri näkökulmista. (Hirsjärvi ym. 2004, 216 – 217.)

Sisällönanalyysin luotettavuutta arvioidessa kiinnitetään huomiota, miten tutkija pysyy pelkistämään aineistonsa ja muodostamaan kategoriat niin, että se kuvaa luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Aineiston ja tulosten välillä tulee olla luotettava yhteys. Suorat lainaukset lisäävät raportin luotettavuutta ja osoittavat, mistä tai minkälaisesta alkuperäisaineistosta kategoriat on muodostettu. Tulee kuitenkin varmistua siitä, että tutkittavia ei voida tunnistaa suorien lainausten perusteella. (Kyngäs ym. 1999, 3 – 12.)

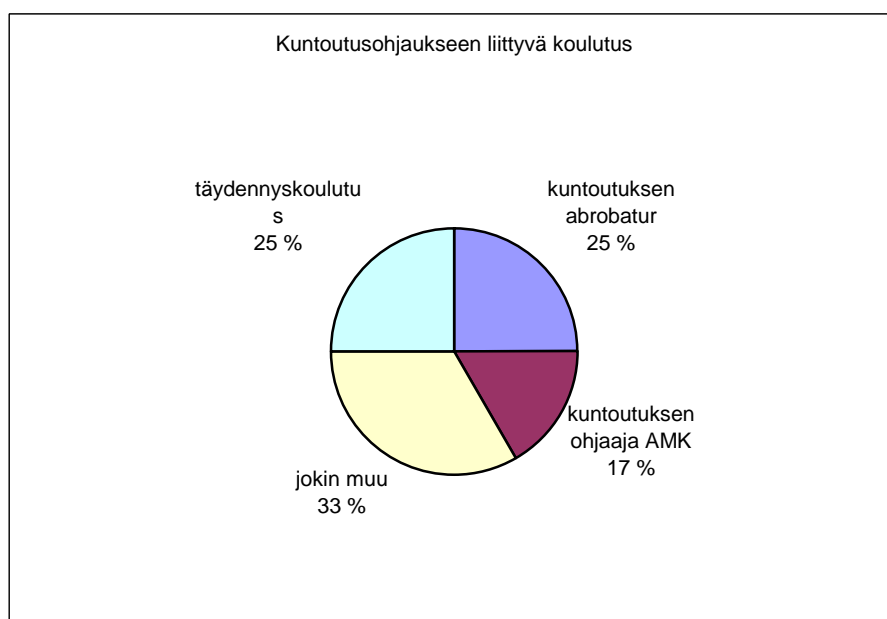
Aineiston analysointi kuvattiin mahdollisimman tarkasti vaihe vaiheelta. Suorien lainausten avulla pyrittiin osoittamaan yhteys aineiston ja tulosten välillä niin, ettei tutkittavien henkilöllisyys kuitenkaan paljastu. Suorissa lainauksissa ei laitettu näkyviin vastaajan numeroa.

Tutkimuksen vastausprosentti oli 62.5%, se oli hyvä kirjekyselynä suoritetuksi tutkimukseksi. Kysymyksiin oli vastattu selkeästi ja järjestelmällisesti. Avoimiin kysymyksiin jotka koskivat kuntoutusohjausta ja yhteistyötehtäviä olivat kaikki vastaajat vastanneet. Kehittämistä koskevissa avoimissa kysymyksissä kaksi (2) vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kyseiseen kysymykseen.

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Taustatiedot

Kyselylomakkeet lähetettiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin 25:lle kuntoutusohjaajalle. Määräaikaan mennessä kyselylomakkeen palautti 15 kuntoutusohjaajaa, vastausprosentti oli näin 62.5 %. Vastaajat työskentelivät yhdeksällä (9) eri erikoisalalla, joita ei anonymiteetin suojaamiseksi eritellä tässä. Kuntoutusohjaajista 47 % kuului ikäryhmään 40 – 49 vuotta, nuorimmat kuuluivat ikäryhmään 30 – 39 vuotta. Aikaisempia koulutuksia ja suoritettuja tutkintoja olivat: eri asteinen sairaanhoitajan tutkinto 53 %:lla, fysioterapeutin/ lääkintävoimistelijan tutkinto 20 %:lla, sosionomin tutkinto 7 %:lla ja jokin muu terveydenhoitoalan tutkinto 20 %:lla vastaajista. Pääsääntöisesti tutkinnon suorittamisesta oli kulunut yli kymmenen vuotta. Vastaajat olivat osallistuneet työpaikalla järjestettyihin täydennyskoulutuksiin sekä suorittaneet oman erikoisalansa kuntoutukseen liittyviä opintoja. Osa vastaajista oli suorittanut myös kuntoutuksen approbaturin tai kuntoutusohjaajan AMK tutkinnon. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Kuntoutusohjaajien kuntoutusohjaukseen liittyvä koulutus.

Vastanneilla kuntoutusohjaajilla oli pitkä työkokemus takanaan. Yli 15 vuotta kuntoutusohjaajan työtä tehneitä oli vastaajista 40 %. Pääsääntöisesti vastaajat olivat kokopäivätoisissa (92%), 8 % oli eriasteisella osa-aikaeläkkeellä. Oman yksikön johtajaksi oli määritelty 93 %:lla ylilääkäri. Kuntoutusohjaajien lähimpänä esimiehenä toimi 80 % :lla osastonhoitaja. Ylihoitaja tai ylilääkäri oli esimiehenä 7 %:lla.

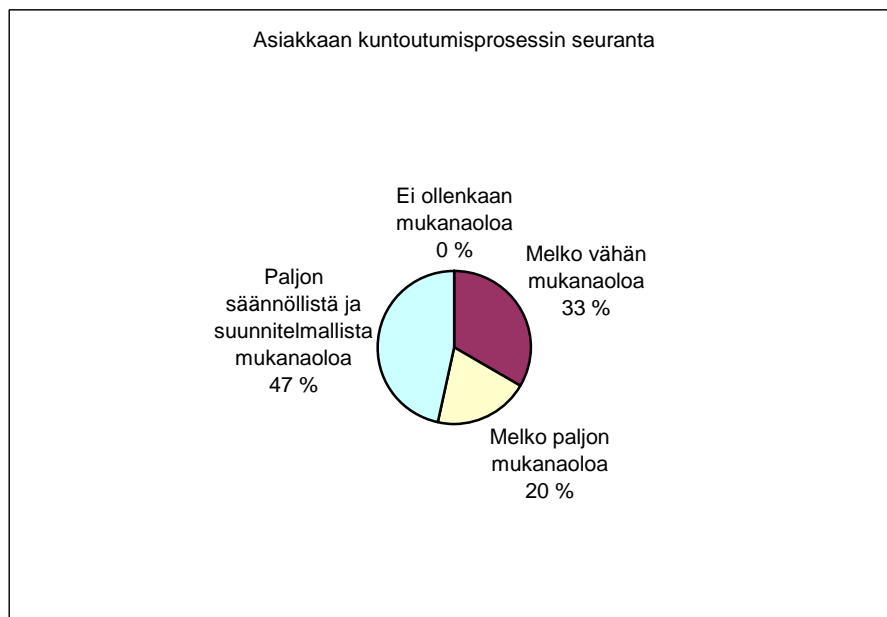
8.2 Kuntoutusohjauksen arviointi ja suunnittelu kuntoutusohjaajien työssä

Kuntoutusohjauksen arviointia ja suunnittelua kysyttiin tiedustelemalla kuinka paljon kuntoutusohjaajat ovat mukana asiakkaidensa kuntoutussuunnitelmia laadittaessa, sekä kuntoutusohjausprosessin suunnittelussa ja seurannassa. Lisäksi heiltä kysyttiin mukanaoloa kuntoutumisprosessin arvioinnissa ja kehittämistyössä sekä hoitolinjojen ja -hoitoketjujen kehittämisessä. Kysymyksissä vastausvaihtoehtoina oli: ei ollenkaan mukanaoloa, melko vähän mukanaoloa, melko paljon mukanaoloa ja paljon säännöllistä ja suunnitelmallista mukanaoloa. Vastaajista kaikki vastasivat tähän kysymysosoon (N=15).

Asiakkaan kuntoutussuunnitelman laadinnassa 36 % :lla oli paljon säännöllistä ja suunnitelmallista mukanaoloa, 21 %:lla melko paljon mukanaoloa, 21 %:lla melko vähän mukanaoloa, 21 %:lla mukanaoloa ei ollut ollenkaan..

Asiakkaan kuntoutusohjausprosessin suunnittelussa 40 %:lla vastaajista oli melko paljon mukanaoloa, 40 %:lla paljon säännöllistä ja suunnitelmallista mukanaoloa, melko vähän mukanaoloa oli 20 %:lla vastaajista.

Asiakkaan kuntoutumisprosessin seurannassa kuntoutusohjaajilla oli eniten säännöllistä ja suunnitelmallista mukanaoloa. Prosenttijakaumat kuviossa 2.



Kuvio 2. Kuntoutusohjaajien mukanaolo asiakkaan kuntoutumisprosessin seurannassa.

Asiakkaan kuntoutumisprosessin arvioinnissa melko vähän mukanaoloa oli 40 %:lla, paljon säännöllistä ja suunnitelmallista mukanaoloa 33 %:lla sekä melko paljon mukanaoloa 27 %:lla.

Kuntoutusprosessin kehittämistyössä melko vähän mukanaoloa oli 47 %:lla, melko paljon mukanaoloa 33 %:lla, paljon säännöllistä ja suunnitelmallista mukanaoloa oli 20 %:lla vastaajista.

Hoitolinjien ja – hoitoketjujen kehittämisessä kuntoutusohjaajilla oli melko vähän mukanaoloa 40 %:lla, melko paljon mukanaoloa oli 33 %:lla, paljon säännöllistä ja suunnitelmallista mukanaoloa 20 %:lla, mukanaoloa ei ollenkaan 7 %:lla.

8.3 Kuntoutusohjauksen arvioinnin ja suunnittelun toteutuminen kuntoutusohjaajien kuvaamana

Ensimmäinen avoin kysymys kyselylomakkeessa koski kuntoutusohjauksen arvioinnin ja suunnittelun toteutumista kuntoutusohjaajan päivittäisessä työssä. Kuntoutusohjaajat kertoivat omin sanoin työstään. Kaikki vastaajat vastasivat tähän avoimeen kysymykseen (N=15).

Vastauksista erottui kategoriat jotka liittyivät välittömään asiakastyöhön. Nämä toteutuivat asiakkaan ja kuntoutusohjaajan välisissä vuorovaikutussuhteissa. Näitä olivat vuorovaikutukseen perustuvat ohjaustapahtumat mm. tukeminen, ohjaaminen, neuvominen, seuranta, arviointi ja mukanaolo.

”..... Osallistun osana moniammatillista tutkimusta asiakkaan kuntoutussuunnitelman laadintaan (myös asiakas aina paikalla). Tutkimuksen aikana koordinoin tutkittavan tapahtumia. Olen yhteydessä tutkimuksen jälkeen tutkittavaan. Ohjaan ja neuvon, kannustan ja motivoin....”

” Tutkimusjakson jälkeen tutkittavaan pidetään puhelimitse yhteyttä, seurataan ja arvioidaan siten kuntoutussuunnitelman toteutumista.”

Kuntoutusohjauksen arviointi ja suunnittelu oli yksilöllistä, asiakkaan tarpeista lähtevä pitkäkestoinen prosessi, joka liittyi asiakkaan kokonaistilanteeseen, elinympäristöön ja arkielämään. Kuntoutusohjaus kulki hoidon rinnalla.

” Kuntoutussuunnitelmien arviointi on päivittäistä ja pitkäkestoinen prosessi.....”

” Liittyy potilaan kokonaisuhoitoon....”.

8.4 Kuntoutusohjaajien kehittämistoiveita kuntoutusohjauksen arvioinnissa ja suunnittelussa

Toisessa avoimessa kysymyksessä kuntoutusohjaajat kertoivat omia kehittämistoiveitaan kuntoutusohjauksen arvioinnista ja suunnittelusta. Vastaajista yli puolet vastasi tähän avoimeen kysymykseen (N=13).

Vastaajista kolme (3) oli sitä mieltä että tällä hetkellä ei ole mitään aihetta kehittämiseen. Pitkän työhistorian aikana oli kehittynyt toimiva käytäntö.

”Olen kehittänyt 20 vuoden aikana nyt hyvin toimivaan /käytäntöön.”

Vastauksista nousi esille tarve itsearvioinnin kehittämiseen, muiden kollegojen kanssa keskusteluun sekä kuntoutusohjaajan roolin selkeyttämiseen erikoissairaanhoidossa.

”Kehittämällä itse arviointia, opiskelemalla, ajankohtainen tutkimustieto, tulokset, toteutus käytännössä yhteistyössä kollegojen kanssa. Samankaltaisia keinoja/käytäntöjä kollegojen kanssa, vertailtavuus + johdonmukaisuus+ yhdenvertaisuus.”

”...sen tulisi lähteä keskustelusta esimiestasolla, koska toiminta uutta. Ensiksi se vaatisi ymmärryksen siitä, mikä kuntoutusohjauksen rooli on erikoissairaanhoidossa ja sen pohjalta maltillisen toiminnan suunnittelun ja pohdinnan siitä, miten se sijoittuu organisatorisesti.”

Kaikilla erikoisaloilla ei ole toimivaa kuntoutustyöryhmää. Kuntoutustyöryhmän / moniammatillisen tiimin tarve tuli vastauksissa esille.

” Jos ois kuntoutustyöryhmä, vois jotain yhdessä kehitellä – vaan kun ei ole.”
”.....moniammatillisessa tiimissä. sellainen pitäisi saada.”

Resurssipula ja aikapula koettiin olevan esteenä kehittämiselle.

”.....Tällä hetkellä tämän osalta runsas resurssipula ja aukkoja työtoiminoissa...”
”Aikapula” suurin este kehittämiselle.....”

Vastaajien mielestä myös asiakaspalautteista ja palautejärjestelmän kehittämisestä olisi oman työn kehittämisessä apua.

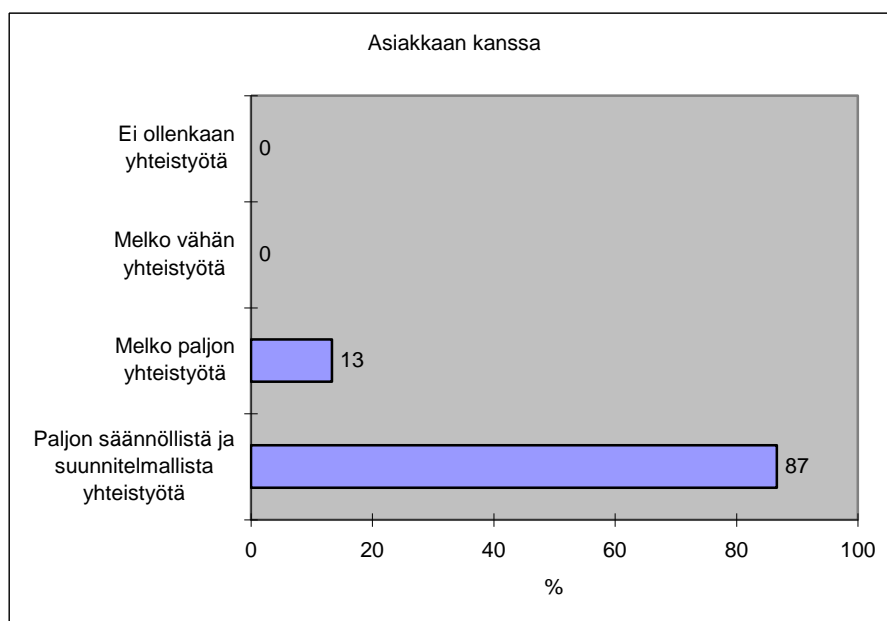
”Ehkä pitäisi tutkia, miten asiakkaat kokee kuntoutusohjauksen”
”Jokin palautejärjestelmä voisi olla hyvä”

8.5 Kuntoutusohjaajien työhön liittyvä yhteistyö eri tahojen kanssa

Kuntoutusohjaajien työhön liittyvää yhteistyötä kysyttiin tiedustelemalla kuinka paljon yhteistyötä kuntoutusohjaajat tekevät asiakkaan kanssa, asiakkaan työpaikan sekä asiakkaan läheisten kanssa. Lisäksi heiltä kysyttiin yhteistyöstä oman organisaation muiden yksiköiden kanssa, perusterveydenhuollon yksiköiden kanssa, kansaneläke-

laitoksen-, vakuutusyhtiöiden-, työvoimatoimiston-, koulujen-, päivähoidon-, sosiaalitoimen-, yksityisten palveluntuottajien-, kuntoutuslaitosten-, potilasjärjestöjen-, muiden kuntoutusohjaajien-, sekä asiakasyhteistyöryhmien kanssa. Lisäksi lomakkeeseen oli mahdollisuus lisätä yhteistyötaho, jos sitä ei mainittu luettelossa. Kysymyksissä oli vastausvaihtoehtoina: ei ollenkaan yhteistyötä, melko vähän yhteistyötä, melko paljon yhteistyötä ja paljon säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä. Kaikki vastaaja vastasivat kysymyksiin (N=15).

Asiakkaan kanssa kuntoutusohjaajat tekivät eniten säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä. Prosenttijakaumat kuviossa 3.



Kuvio3. Kuntoutusohjaajien tekemä yhteistyö asiakkaan kanssa.

Asiakkaan työpaikan kanssa yhteistyötä teki melko vähän 53 %, ei ollenkaan yhteistyötä 27 %, melko paljon yhteistyötä teki 13 % ja paljon säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä teki 7 % vastaajista.

Asiakkaan läheisten kanssa teki yhteistyötä melko paljon 53 %, paljon säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä teki 33 %, sekä melko vähän yhteistyötä teki 13 %.

Oman organisaation muiden yksiköiden kanssa teki paljon säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä 40 %, melko vähän yhteistyötä 33 %, melko paljon yhteistyötä 27 %.

Perusterveydenhuollon yksiköiden kanssa teki melko vähän yhteistyötä 47 %, melko paljon yhteistyötä 33 %, paljon säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä teki 20 % vastaajista.

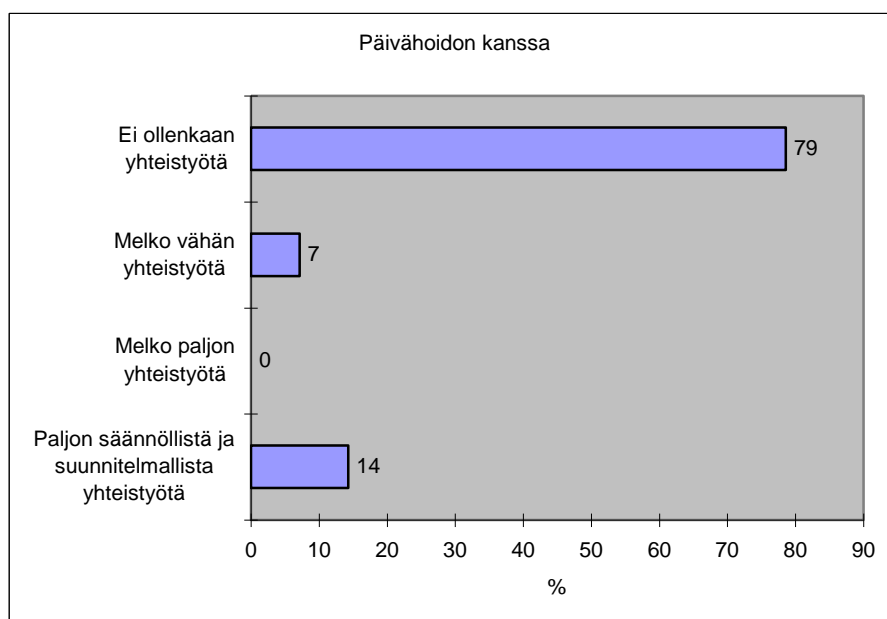
Kansaneläkelaitoksen kanssa teki melko vähän yhteistyötä 60 %, melko paljon yhteistyötä teki 33 %, paljon säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä teki 7 %.

Vakuutusyhtiöiden kanssa ei tehnyt ollenkaan yhteistyötä 33 % tai yhteistyö oli melko vähäistä 33 %, melko paljon yhteistyötä teki 27 %, paljon säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä teki 7 %.

Työvoimatoimiston kanssa ei tehnyt ollenkaan yhteistyötä 40 %, melko vähän yhteistyötä teki 33 %, melko paljon yhteistyötä teki 20 %, paljon säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä teki 7 %.

Koulujen kanssa ei tehnyt ollenkaan yhteistyötä 43 %, melko vähän 21 %, melko paljon 21 %, paljon säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä teki 14 %.

Päivähoidon kanssa kuntoutusohjaajat tekivät vähiten yhteistyötä. Prosenttijakaumat kuviossa 4.



Kuvio 4. Kuntoutusohjaajien tekemä yhteistyö päivähoiton kanssa.

Sosiaalitoimen kanssa tehtiin melko paljon yhteistyötä 64 %, paljon säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä teki 21 %, melko vähän yhteistyötä teki 14 %.

Yksityisten palveluntuottajien kanssa melko paljon yhteistyötä teki 47 %, ei ollenkaan yhteistyötä 27 %, melko vähän yhteistyötä 20 %, paljon säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä teki 7 %.

Kuntoutuslaitosten kanssa melko vähän yhteistyötä teki 60 %, melko paljon yhteistyötä 27 %, paljon säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä teki 13 %.

Potilasjärjestöjen kanssa kuntoutusohjaajat tekivät melko paljon yhteistyötä 57 %, melko vähän yhteistyötä teki 29 %, paljon säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä teki 14 %.

Muiden kuntoutusohjaajien kanssa yhteistyö oli melko vähäistä 53 %:lla, melko paljon yhteistyötä teki 33 %, paljon säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä teki 13 % vastaajista.

Asiakasyhteistyöryhmien kanssa yhteistyö oli melko vähäistä 50 %:lla, ei ollenkaan yhteistyötä 29 %:lla, ja melko paljon yhteistyötä teki 21 %.

Joidenkin muiden, esimerkiksi perheneuvolan, palvelutalojen, Eskoon keskuslaitoksen ja eri organisaatioiden kuntoutusohjaajien kanssa melko paljon tai paljon säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä teki 25 %.

8.6 Yhteistyön toteutuminen eri yhteistyötahojen kanssa kuntoutusohjaajien kuvaamana

Kolmas avoin kysymys koski yhteistyön toteutumista eri yhteistyötahojen kanssa kuntoutusohjaajan tämänhetkisessä työssä. Vastaajat kertoivat omin sanoin yhteistyönsä muodoista ja toteutumistavoista. Kaikki vastaajat vastasivat tähän avoimeen kysymykseen (N=15).

Vastauksista erottui kategoriat jotka liittyivät välilliseen asiakastyöhön. Tämä näkyi koordinoituna sekä yhteistyönä muiden kuntoutustahojen kanssa. Kuntoutusohjaajat toimivat asiakkaan yhdyshenkilönä eri viranomaistahojen kanssa, ja osallistuivat moniammatillisiin työryhmiin asiakkaan kanssa tai ilman häntä.

”Yhteistyötahoihin pidetään tilanteen/asiakkaan vaatiman tilanteen mukaan yhteyttä sekä tutkimusjakson aikana että kuntoutussuunnitelman toteutumisen – seurannan aikana. Myös yhteistyötahot ottavat yhteyttä. Yhteistyötä tehdään asiakkaan suostumuksella.”

”.....ihmisiä kutsutaan yhteisiin työryhmäpalaveriin, missä suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa....”

Kuntoutusohjaajat tekivät yhteistyötä eri tahojen kanssa. Yhteistyötä tehtiin eri muodoissa esimerkiksi puhelimitse, sähköpostin- ja faxin välityksellä, erilaisissa palavereissa ja kirjeiden välityksellä. Yhteistyötahojen henkilökohtainen tapaaminen koettiin tärkeäksi.

”Yhteydenpitomuotoina voivat olla: e-mail, puhelinyhteys, kirje, fax, tapaaminen. Verkoston ihmisiä kutsutaan yhteisiin työryhmäpalaveriin....”

”Yhteistyötä tehdään puhelimitse, kirjeitse, sähköpostilla ja erilaisilla palavereilla. Yhteistyötahojen henkilökohtainen tapaaminen, ”kasvojen tunnistaminen” syventää yhteistyötä.”

Kuntoutusohjaajien tekemä yhteistyö sujui hyvin, yhteydenpito oli jatkuvaa asiakkaan tarpeista lähtevää. Toiminta oli asiakaslähtöistä, tavoitteellista jossa kuntoutusohjaajien oma aktiivisuus koettiin tärkeäksi. Kuntoutusohjaajien omilla asenteilla ja työtavoilla nähtiin olevan vaikutusta yhteistyön sujuvuuteen.

” Työn (asiakkaan tarpeista johtuen) sisällön mukaisesti olen aktiivisesti yhteydessä yhteistyötahoihin... ”.

”Yhteistyö sujuu hyvin. Paljon vaikutusta omilla asenteilla ja työtavoilla”

”Oma aktiivisuus tärkeä. itse ylläpidettävä yhteyksiä, ettei unohdu.....”

8.7 Kuntoutusohjaajien yhteistyön kehittämistoiveita

Neljäs avoin kysymys koski yhteistyön kehittämistä eri yhteistyötahojen kanssa, kuntoutusohjaajat kertoivat omia kehittämistoiveitaan yhteistyöstä. Vastaaajista kaksitoista (12) eli yli puolet vastasi tähän kysymykseen (N= 12).

Neljän vastaajan mielestä nykyinen toimintamuoto oli tehokasta ja työnjako selkeää, kehittämistarpeita ei ollut.

”Tällä hetkellä en näe tarvetta.”

”Nykyinen toimintamuoto vaikuttaa tehokkaalta ja työnjako selkeältä. Verkostossa hoidetaan omat työt ja meillä omat.”

Osassa vastauksista nousi esille tarve tehdä omaa työtä tunnetuksi yhteistyötahojen kanssa, samoin toivottiin selvyyttä yhteistyötahojen toimintatavoista, ehdotettiin yhteistyöpalavereiden pitämistä. Avoimuutta ja toisten kuuntelua toivottiin lisää, yhteistyön kehittämisen haluttiin lähtevän perheiden toiveista ja tarpeista, samoin toivottiin oman tärkeilyn ja eri hallintokuntien rajojen poistumista.

”Tekemällä omaa työtä tunnetuksi, kertausta, palavereja.....”

”....sen tietämyksen kasvattaminen, että mitä ja miten yhteistyötaho oikein työtään tekee ja tavallaan aukipuhua enemmän sitä, että miten eri yhteistyötahot toimivat asiakkaan asioiden hyväksi.”

” Avoimuutta ja toisten kuuntelua lisää. Perheiden toiveiden ja tarpeiden pohjalta yhteistyön kehittäminen tulisi lähteä. Talon sisällä tuntuu joskus olevan kovin tarkkaa se, että missä yksikössä olet töissä ja asiakkaat ovat ”minun/meidän” asiakkaita. Yhteistyön esteenä on usein hallintokuntien rajat ja oma tärkeily.

Vastausten perusteella aikapula rajoitti yhteistyön kehittämistä. Ajan puute oli esteenä tiedon jakamiselle ja koulutuksen lisäämiselle. Yhteistyötä toivottiin enemmän tehtäväksi omassa työyhteisössä sekä myös muiden alojen kuntoutusohjaajien kanssa.

”Aikapula rajoittaa”

” Jos olisi” aikaa ja resursseja, tiedon jakoa/ koulutusta voisi lisätä!”

”Enemmän yhteistyötä työyhteisössä, mutta myös yli ”rajojen” muiden alojen kuntoutusohjaajien kanssa.”

Vastauksista nousi esille myös tarve tiivistää verkostotyötä. Tärkeäksi kehittämisajatuksiksi nousi myös asiakkaan tavoitteen asettelun selkiytyminen kaikille yhteistyötahoille.

” Tiivistäisin verkostotyötä.

”...tärkeä kehittämisajatus liittyy em. tavoitteen asetteluun, eli yhteistyön lähtökohtana tulisi ollakin enemmän ja useammin tavoitteen kirkastuminen kaikille osapuolille, ettei vedetä köyttä moneen suuntaan. ”

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä työskentelevien kuntoutusohjaajien tekemää työtä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa jota voidaan hyödyntää kuntoutusohjaustoiminnan kehittämiseen ja parantamiseen. Opinnäytetyön tulokset antoivat lisätietoa lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisuunnitelman laadintaan.

Kuntoutusohjaajat olivat työssään eniten mukana asiakkaan kuntoutumisprosessin seurannassa. Seuraavaksi eniten mukanaoloa oli asiakkaan kuntoutusohjausprosessin suunnittelussa ja asiakkaan kuntoutussuunnitelman laadinnassa sekä asiakkaan kuntoutumisprosessin arvioinnissa. Nämä tulokset kertovat siitä, että kuntoutusohjaajat tekivät pääsääntöisesti työtään asiakkaan kanssa, he seurasivat ja arvioivat asiakkaan kuntoutumisprosessia. Kuntoutusohjaus oli hoidon rinnalla kulkeva, yksilöllinen, asiakkaan tarpeista lähtevä pitkäkestoinen prosessi joka liittyi asiakkaan kokonaistilanteeseen, elinympäristöön ja elämäntilanteeseen. Myös Notkon (2005) tutkimuksessa kuntoutusohjaajien keskeisiä työn tavoitteita oli asiakkaan ja perheen kuuleminen.

Vähiten mukanaoloa kuntoutusohjaajilla oli kuntoutusprosessin kehittämistyössä sekä hoitolinjojen ja –hoitoketjujen kehittämisessä. Kuitenkin kuntoutuksen kehittämistyöstä mainitaan Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tehtäväkuvassa seuraavasti: ”kuntoutusohjaaja tunnistaa ja tuo esille kuntoutukseen liittyviä kehittämistarpeita, arvioi, kehittää ja tutkii kriittisesti omaa työtään ja ammattialaansa, sekä toimii kuntoutuksen kehittäjänä yhteistyössä eri yhteistyötahojen ja yhteiskunnallisten vaikuttajien kanssa. Seuraa aktiivisesti yhteiskunnallisia muutoksia ja niiden vaikutuksia kuntoutukseen ja yksittäiseen kuntoutujaan. Pyrkii vaikuttamaan yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla ilmeneviin epäkohtiin kuntoutustarpeen ennaltaehkäisemiseksi.”

Kyselylomakkeen kysymysten laadinnassa käytettiin Kuntoutusohjausnimikkeistössä ja kuntoutusohjaajan tehtäväkuvassa esiintyviä käsitteitä ja terminologiaa. Kuntoutusohjaajan tehtäväkuva on uusi, valmistunut kesällä 2007 ja käsitteiden sisäistäminen vie oman aikansa.

Avoimessa kysymyksessä kuntoutusohjaajat kuvasivat omin sanoin kuntoutusohjauksen arviointia ja suunnittelua. Vastauksista nousi esille välitön asiakastyö joka näkyi asiakkaan ja kuntoutusohjaajan välisissä vuorovaikutussuhteissa. Kuntoutusohjauksista tukevin olivat mukanaolo, ohjaus, neuvonta, opetus, seuranta ja arviointi. Erikoisalasta johtuen töiden painopisteet vaihtelivat. Kuntoutusohjaajat toimivat kuntoutuksen erityisasiantuntijoina omalla erikoisalallaan ja selvittivät asiakkaan kokonaistilannetta. Myös opinnäytetyössään Heinonen (2001) on kuvannut haastattelunsa tuloksissa kuntoutusohjaajien työn olevan asiakaslähtöistä toimintaa, jolla pyritään tukemaan kuntoutujan omatoimisuutta ja arjessa selviytymistä. Samoin Karttunen (1992) totesi kuntoutusohjauksen olevan työnä monipuolista, laaja-alaista ja moniulotteista. Nämä kaikki tutkimukset ovat antaneet samansuuntaisia tutkimustuloksia kuntoutusohjaajien työstä.

Kuntoutusohjaajien työhön liittyvää yhteistyötä eri yhteistyötahojen kanssa kartoitettavissa kysymyksissä tulokset olivat vaihtelevia. Tulokset antoivat mielestäni hyvin tietoa siitä kuinka paljon yhteistyötä kuntoutusohjaajat tekivät eri viranomaistahojen kanssa. Prosenttijakaumien perusteella eniten yhteistyötä kuntoutusohjaajat tekivät asiakkaan ja oman organisaation muiden yksiköiden kanssa. Melko paljon yhteistyötä he tekivät asiakkaan läheisten, sosiaalitoimen, yksityisten palveluntuottajien ja potilasjärjestöjen kanssa. Melko vähän yhteistyötä oli asiakkaan työpaikan, perusterveydenhuollon yksiköiden, kansaneläkelaitoksen, kuntoutuslaitosten, muiden kuntoutusohjaajien kanssa sekä asiakasyhteistyöryhmien kanssa. Vähiten yhteistyötä tehtiin vakuutusyhtiöiden, työvoimatoimiston, koulujen, päivähoiton kanssa.

Kuntoutusohjaajien työhön liittyvään yhteistyötahoon kuului tärkeimpänä asiakas, myös asiakkaan läheinen oli hyvin mukana yhteistyössä. Yhteistyöverkosto muotoutui asiakkaan tarpeista lähtien. Tämä mielestäni kuvaa hyvin kuntoutusohjaajan tehtävää toimia asiakkaan yhdyshenkilönä kodin ja kuntoutukseen osallistuvien työntekijöiden ja viranomaisten välillä. Kun tarkastelin yhteistyön tuloksia huomioni kiinnittyi kansaneläkelaitoksen kanssa tehtävään melko vähäiseen yhteistyöhön. Kelan kanssa toteutettava yhteistyö nousee keskeisesti esille kehittämisen kohteena. Kela koetaan etäiseksi tahoksi, koska yhteistyö tapahtuu paperinvaihdon tai yksisuuntaisen tiedonsiirron kautta.

Kuntoutusohjaajan työn tarkoituksena on edistää kuntoutusta tarvitsevien erilaisissa elämäntilanteissa olevien lasten, nuorten, työikäisten ja vanhusten selviytymistä. (Toijanen, 2003, 3). Vakuutusyhtiöiden, työvoimatoimiston, koulujen, päivähoiton kanssa tehtävä yhteistyö oli pientä, koska näillä yhteistyötahoilla on oma asiakaskuntansa. Kuntoutusohjaajat tekivät työtä eri sairaus- ja vammaryhmissä sekä eri erikoisaloilla, oman toimenkuvan mukaan myös asiakaskunta määräytyi. Kuntoutusohjaajien tekemä välillinen asiakastyö oli ensisijaisesti asiakkaan kuntoutusprosessin koordinoimista ja yhteistyötä muiden tahojen kanssa. Yhteistyöhön vaikuttivat myös kuntoutusohjaajien oma aktiivisuus, työtavat sekä omat asenteet.

Kuntoutusohjaajien mielestä yhteistyö sujui hyvin, yhteydenpito oli jatkuvaa, asiakkaan tarpeista lähtevää. He tekivät yhteistyötä puhelimitse, kirjeitse, sähköpostin- ja faxin välityksellä sekä erilaisissa palavereissa. Yhteistyötahojen henkilökohtainen tapaaminenkin nähtiin tärkeänä. Samansuuntaiseen tulokseen on tullut tutkimuksessaan Saikku (2006), hän totesi, että vuosien saatossa työntekijät ovat oppineet toisensa ja toistensa toimintatavat, tämä on etuna yhteistyölle. Suorannan (2004) pro gradu tutkielman tuloksissa taas toivottiin enemmän henkilökohtaisia kontakteja sekä yhteistyötahoihin että asiakkaisiin.

Pohdittaessa tämän tutkimuksen tulosten pohjalta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä toteutettavaa kuntoutusohjausta, voidaan todeta että tutkimukseen osallistuneiden kuntoutusohjaajien kuvaukset kuntoutusohjauksen arvioinnista ja suunnittelusta sekä yhteistyöstä olivat pitkälti samankaltaisia kirjallisuudessa yleisesti esiintyvien määritelmien kanssa.

Tutkimustuloksissa kuntoutusohjaajien kehittämistoiveita oli itse arvioinnin kehittäminen sekä koulutuksen lisääminen. Esteenä tälle koettiin resurssi- ja aikapula.

Toivottiin myös enemmän avoimuutta ja toisten kuuntelua sekä koulutuksen lisäämistä. Yhteistyötä toivottiin enemmän tehtäväksi omassa työyhteisössä sekä muiden kuntoutusohjaajien kanssa. Kuntoutusohjaajan roolin selkeyttämistä erikoissairanhoidossa ja hallintokuntien rajojen poistamista toivottiin. Kuntoutusohjaajat toimivat hallinnollisesti eri erikoisaloilla ja yhteistyö muiden kuntoutusohjaajien välillä on vähäistä. Ammatillisen vertaistuen ja yhtenäisyyden lisääminen kuntoutusohjaajien

kesken olisi siis tarpeellista. Tarvetta oli myös oman työn tunnetuksi tekemiseen ja yhteistyöpalavereiden järjestämiseen yhteistyötahojen kanssa. Kehittämistoiveena oli asiakkaan tavoitteen selkeytyminen kaikille yhteistyötahoille ja verkostotyön tiivistäminen. Kuntoutusohjaajien, joiden tukena ei ole kuntoutustyöryhmää, voisi suositella, että kuntoutustyöryhmä otettaisiin käyttöön niilläkin erikoisaloilla, joilla sitä ei vielä ole toiminnassa. Asiakkaille suunnattua palautejärjestelmää haluttiin myös kehittää.

Tässä tutkimuksessa käsiteltiin kuntoutusohjaajien tekemää työtä ja siihen sisältyvää yhteistyötä eri yhteistyötahojen kanssa kuntoutusohjaajien kuvaamana. Kiinnostavaa olisi verrata, miten asiakkaat ja yhteistyötahot kuvaisivat tätä omasta näkökulmastaan. Tuolloin olisi käytettävissä kolme erilaista näkökantaa: kuntoutusohjaajien, asiakkaan ja yhteistyötahon. Tutkimustuloksia voitaisiin käyttää apuna toimivien työtapojen toteuttamiseksi, näin myös kaikki osapuolet tulisivat kuulluiksi.

LÄHTEET

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriö 2006:24.

Arvola, K. 1998. Kuntoutusohjaajan rooli asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa. Kuntoutus 3/1998.

Asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 2004/1019.

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015.

Blomqvist, A., Virtanen, T. 2003. Hyvä kuntoutusohjaus – toimintamallin toteutuminen kuntoutusohjauksessa. Opinnäytetyö Satakunnan ammattikorkeakoulu. Pori.

Erikoissairaanhoitolaki 1062/ 1989.

Erwall, R., Erwall, S. & Kaukkila, H-S. 2002. Tilastollisia menetelmiä sosiaali- ja terveysalalle. WS Bookwell Oy. Juva

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2001. Kuntoutusohjaajien palveluohjauskansio. .

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin www.sivu (verkkodokumentti).(Viitattu 26.9.07.) Saatavissa [http:// www.epshp.fi/tutkimus](http://www.epshp.fi/tutkimus) ja kehittämistoiminta

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin www.sivu (verkkodokumentti) (Viitattu 30.9.07.) Saatavissa [http:// www.epshp.fi/kunnat/thpalv.htm](http://www.epshp.fi/kunnat/thpalv.htm)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin www.sivu (verkkodokumentti) (Viitattu 16.10.2007.) Saatavissa [http:// www.epshp.fi/kunta./ktweb](http://www.epshp.fi/kunta./ktweb).

Etelä-Pohjanmaan terveysstrategian loppuraportti. 2002.

Gibbon, B., Watkins, C., Barer, D., Waters, K., Davies, S., Lightbody, L., Leathley, M. 2002. Can staff attitudes to team working in stroke care be improved? Journal of Advanced Nursing .40.

Heikkilä, T. 2001. Tilastollinen tutkimus. Oy Edita Ab. Helsinki.

Heinonen, L. 2001. Kuntoutusohjaus erikoissairanhoidossa – kuntoutusohjaus ja siihen sisältyvä yhteistyö kuntoutusohjaajien kuvaamana. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Pori.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita.Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Holma, T. (toim.) 1998. Hyvä kuntoutusohjaus, toimintamalli käytännön työhön. Suomen Kuntaliitto. Ponsi-projekti. Kuntaliiton painatuskeskus.Helsinki.

Hyvä kuntoutuskäytäntö. 1998. Invalidiliiton sitoumus erityisesti vaikeasti vammaisten asiakkaiden kuntoutuspalvelujen laadun jatkuvaksi parantamiseksi. Invalidiliiton julkaisu. Invapaino. Helsinki.

Härkäpää, K., Järvikoski, A. 1995. Kuntoutusmotivaatio, suunnitelma ja prosessinohjaus. Teoksessa Kuntoutuksen ulottuvuudet. Wsoy. Juva.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö.Wsoy. Helsinki.

Jormakka, A. 1993. Kuntoutusohjaus erikoissairaanhoidon palvelurahoituksen murroksessa. Stakes. Raportteja 129. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Järvikoski, A.& Härkäpää, K. 2006 . Kuntoutuksen perusteet. Wsoy. Helsinki.

Kaitalo, H., Walls. G. 1978. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintaprofiilit. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos tutkimuksia 49/1978. Tampereen yliopiston keskusmonistamo. Tampere.

Kallanranta, T., Repo, M. 1995. Terveysthuollon kuntoutuksen käytäntöjä. Teoksessa Kuntoutuksen ulottuvuudet. Wso.Juva.

Kansanterveyslaki 66/1972.

Karjalainen,V.2004.Ihmisen toimijuuden tukeminen. Teoksessa Kuntoutus kanssamme. Vilkkumaa, I (toim.).STAKES. Gummerus Kirjapaino Oy . Saarijärvi.

Karjalainen, V.2000. Yhteiset asiakkaat ja aktiivinen yhteistoiminta, Katsaus hyviin käytäntöihin. Vahtera, E (toim.) . Sosiaali ja terveystministeriö. Työministeriö. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Karjalainen, V. 1996. Verkoston lupaus. Tutkimus aikuisasiakkaan palveluverkoston rakentumisesta. Stakes. Tutkimuksia 68. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Karttunen, K.1992. Kuntoutusohjaus- muotoutuva työtoiminta. Tutkimus kuntoutusohjaajien työn hallinnasta. Pro gradu- tutkielma. Sosiaalipolitiikan laitos. Tampereen yliopisto.

Kokko, R-L. 2003. Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Kuntoutussäätiö. Yliopistopaino. Helsinki.

Kokko, R-L. 2004. Kohtaamisia ja ohituksia kuntoutujan elämäntilanteen tienristeyksessä. Teoksessa Kuntoutus kanssamme. Vilkkumaa, I. (toim) STAKES. Gummerus Kirjapaino Oy . Saarijärvi.

Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille, Mitä mielenterveyskuntoutus on? Edita Prima Oy. Helsinki.

- Krause, K., Kiikkala, I. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Wsoy. Tampere.
- Kuntoutusselonteko 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kyngäs, H., Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11 (1).
- Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497 / 2003.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1991.
- Manninen, P. 2004. Johdatus tilastolliseen data-analyysiin. Sovellus- ja atk-keskeinen näkökulma. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.
- Metsämuuronen, J. 1998. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. ESR-julkaisut – sarja. Työministeriö. Oy Edit Ab, Helsinki.
- Mäensivu, T. 1998. Hyvä kuntoutusohjaus, Toimintamalli käytännön työhön Ponsi-projekti 1998. Holma, T. (toim.) Suomen Kuntaliitto. Kuntaliiton painatuskeskus. Helsinki.
- Nikander, P. 2002. Moniammatillinen viestintä: Yhteistyö ja päätöksenteko sosiaali- ja terveydenhuollossa. Torkkola, S.(toim.) teoksessa Terveysviestintä. 2002. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala.
- Niskanen, 2001. Vammaisen lapsen perhe ja yhteiskunnalliset palvelut. Kuntoutus 24 (4).
- Notko, T. 2007. Tulossa: Vammaisen aikuisen asema lähiyhteisössä ja kuntoutuspalveluissa. Artikkelinväitöskirjan sivuhaara: Erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaus Suomessa. Lapin yliopisto. Sosiologian ala.
- Pohjola, A. 1999. Moniammatillinen asiantuntijuus. teoksessa Verkostoituvaa asiakastyötä. Virtanen,P. (toim). Kirjayhtymä Oy. Tammerpaino Oy. Tampere.
- Rissanen P. Toim.Kallanranta T., Rissanen P., Vilkkumaa I. 2003. Kuntoutus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Räsänen, T. 1998. Lääkinnällisen kuntoutuksen muutoshasteita. Kuntoutus 4 /1998.
- Saikka, P. 2006. Asiakasyhteistyötä uudella lailla? Kuntoutuksen asiakasyhteistyön arviointia. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:47. Yliopistopaino. Helsinki.
- Saikka, P. 1996. Yhdistävät käytännöt. Kuntoutuksen viranomaisverkostojen tarkastelua. Saarijärvi. Gummerus. Kirjapaino Oy. Stakes raportteja 201.
- Sirola, K., Salminen, E-M. 2002. Projekti-, verkosto- ja tiimityöskentely terveyden edistämässä. Teoksessa Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WS Bookwell Oy. WSOY.Juva

Suomen perustuslaki 731/1999.

Suoranta, J. 2004. Palvelut paremmiksi yksilökohtaisella palveluohjauksella? Diskurssianalyttinen tutkimus paikallisesta sosiaali- ja terveystieteiden palvelujärjestelmästä ja toiminnan kehittämistä. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos.

Talo, S. 2002. Moniammatillisuus kuntoutuksessa. Kuntoutus 3. 2002.

Toijanen, M. 2003. Kuntoutusohjausnimikkeistö – opas sisältöön ja käyttöön. Holma, T. (toim.) Suomen Kuntaliitto. Kuntatalon painos. Helsinki.

Tossavainen, A. 1995. Kohti asiakaslähtöistä kuntoutusta. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Vammaispalveluasetus 759/ 1987

Vammaispalvelulaki 380/1987

Qvretveit, J. 1995. Moniammatillisen yhteistyön opas. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö. Hakapaino. Helsinki.



TAUSTATIEDOT	
Tehtävän nimike KUNTOUTUSOHJAAJA	
Yksikkö	Koulutus/kelpoisuusehdot
henkilön	Laillistetun terveydenhuollon ammatti- pätevyys
YLEISKUVAUS TEHTÄVÄSTÄ	
<p>Kuntoutusohjauksen lähtökohtana Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella on asiakkaan toimintakykyisyys, hyvinvointi ja osallisuus sekä tietoisuus siitä, miten yhteiskunnalliset, yhteisölliset ja yksilölliset tekijät määrittävät toimintakykyä ja miten kuntoutusohjaaja voi työllään vaikuttaa niihin.</p> <p>Kuntoutusohjaaja toimii kuntoutuksen ja asiakkaan vajaakuntoisuuden, sairauden tai vamman erityisasiantuntijana sekä kuntoutusohjauksen kehittäjänä ja koordinoijana. Kuntoutusohjaus on laaja-alaista asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltaista huomioon ottamista kuntoutustyössä. Kuntoutusohjaaja tekee sekä välitöntä että välillistä asiakastyötä. Kuntoutusohjaaja toimii moniammatillisessa työryhmässä kuntoutuksen asiantuntijana asiakkaan kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa, kuntoutumisen ja kuntoutuksen seurannassa sekä arvioinnissa.</p> <p>Kuntoutusohjaajan työ sisältää asiakastyön lisäksi koulutustehtäviä sekä erilaisten projektien, kuntoutuskurssien, ryhmäkuntoutuksen ja sopeutumisvalmennuksen suunnittelua ja organisointia. Kuntoutusohjaaja toimii kuntoutuksen yhdyshenkilönä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja muiden palvelutuottajien välillä. Työ edellyttää laaja-alaista verkostotyöskentelyä sekä kykyä soveltaa eri tieteenalojen tietoja työssään.</p>	

LIITE 1 (2)

Keskeiset tehtävät/tehtäväkokonaisuudet

1. Kuntoutustarpeen arviointi
2. Kuntoutumista tukeva kokonaisvaltainen ohjaus, neuvonta ja opetus
3. Elinympäristössä selviytymisen tukeminen
4. Asiakkuuden ja kuntoutuspalvelujen yhteensovittaminen
5. Kuntoutuksen suunnittelu, seuranta ja arviointi
6. Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistyö

Ammatillinen osaaminen (tiedot, taidot ja itsenäinen harkinta)

Kuntoutusohjaajan ammatillinen osaaminen vaatii eri tieteenalojen tietojen hyödyntämistä, moniammatillisen yhteistyön osaamista sekä kykyä tehdä itsenäisiä päätöksiä. Työelämän mahdollisuuksien, kuntoutuksen ja siihen läheisesti liittyvän lainsäädännön, etuuksien ja tukimuotojen tuntemus on oleellinen osa asiantuntijuutta. Ammatillinen osaaminen perustuu

vajaakuntoisuuden / sairauden / vamman erityisasiantuntemukseen sekä kuntoutusohjauksen ja lääkinnällisen kuntoutuksen tietojen hallintaan. Työ edellyttää jatkuvaa tiedon päivittämistä ja kouluttautumista.

Kuntoutusohjaajan ammatillinen asiantuntijuus muodostuu osaamisesta, johon sisältyvät:

1. Kuntoutustarpeen arviointi

– havainnoi ja arvioi asiakkaan kokonaistilannetta yksilö-, perhe-, ryhmä- ja yhteisötasolla

– tunnistaa asiakkaan, perheen, ryhmän ja yhteisön kuntoutumisen tarpeet, toiveet ja odotukset

sekä sovittaa niitä yhteen kuntoutusmahdollisuuksien kanssa

- tekee kuntoutusaloitteita
 - toimii oman alansa asiantuntijana moniammatillisessa työryhmässä
2. Kuntoutumista tukeva kokonaisvaltainen ohjaus, neuvonta ja opetus
- asiakkaan ja hänen lähiyhteisönsä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ja osallistumismahdollisuuksien edistäminen
 - kuntoutusmahdollisuuksista tiedottaminen
 - kuntoutumisprosessin tarkoituksenmukaisen etenemisen turvaaminen
 - toiminta-alueesta riippuen työn painotukset ohjauksen, neuvonnan ja opetuksen eri osa-
- alueilla vaihtelevat (vajaakuntoisuus, sairastuminen, vammautuminen, palvelut ja tukitoimet, kasvatukselliset ja koulutukselliset asiat, ammatti ja työelämä, ensitieto,
- sopeutumisvalmennus, apuvälinepalvelut)
3. Elinympäristössä selviytymistä tukeva toiminta
- elinympäristössä selviytymisen arviointi
 - elinympäristössä omatoimista ja itsenäistä selviytymistä tukeva neuvonta ja ohjaus
- elinympäristössä selviytymistä tukevat toimenpiteet ja palvelut
4. Asiakkuuden ja kuntoutuspalvelujen yhteensovittaminen
- tietää asiakkuuden syntyminen reunaehdot ja kuntoutuksen asiakasyhteistyön toimintamallit yhteen sovittaen niihin asiakkaan kuntoutumisen tavoitteet
 - tuntee kuntoutuksen palvelujärjestelmät, toimintamallit ja -käytännöt ihmisen elämäncyklin
- eri vaiheissa
- osaa hakea tietoa eri järjestelmien lakisääteisistä kuntoutusvelvoitteista ja mahdollisuuksista sekä soveltaa tiedon asiakkaan kuntoutustarpeisiin
 - on selvillä kuntoutuksen asemasta ja merkityksestä kansallisesti ja kansainvälisesti
5. Kuntoutuksen suunnittelu, seuranta ja arviointi
- varmistaa yksilön / yhteisön osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksia kuntoutuksen suunnittelussa

LIITE 1 (4)

- kokoaa tarkoituksenmukaiset yksilöä/yhteisöä koskevat tiedot, sovittaa yhteen ja koordinoi olemassa olevat suunnitelmat osaksi yksilön /yhteisön kuntoutussuunnittelua
 - seuraa ja arvioi kuntoutussuunnitelmien toteutumista, vaikuttavuutta ja muutostarpeita
 - seuraa ja arvioi kuntoutuksen laatua ja kustannuksia
 - pyrkii vaikuttamaan palvelujärjestelmän kehittämiseen
 - osallistuu tietojen dokumentointiin
6. Kuntoutuksen kehittämis- ja tutkimustyö
- tunnistaa ja tuo esille kuntoutukseen liittyviä kehittämistarpeita
 - arvioi, kehittää ja tutkii kriittisesti omaa työtään ja ammattialaansa sekä toimii kuntoutuksen kehittäjänä yhteistyössä eri yhteistyötahojen ja yhteiskunnallisten vaikuttajien kanssa
 - seuraa aktiivisesti yhteiskunnallisia muutoksia ja niiden vaikutusta kuntoutukseen ja yksittäiseen kuntoutujaan
 - pyrkii vaikuttamaan yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla ilmeneviin epäkohtiin kuntoutustarpeen ennaltaehkäisemiseksi

Yhteistyö ja vuorovaikutustaidot

Kuntoutusohjaajan työ on moniammatillista yhteistyötä kuntoutujan, eri henkilöstöryhmien ja sidosryhmien kanssa niin organisaation sisällä kuin ulkopuolella. Kuntoutusohjaajan työ vaatii joustavuutta ja kykyä itsenäiseen päätöksentekoon ja toimintaan. Kuntoutusohjaus edellyttää hyviä vuorovaikutustaitoja, oman persoonan käyttöä, luovuutta, organisointikykyä, kuulemisen ja kuuntelemisen taitoa, yhteistyö- ja ryhmätyötaitoja.

Työn vaikutukset ja vastuu Kuntoutuksen palvelu- ja tukitoimia tuottava ja kustantama moniosainen järjestelmä asettaa suuria vaateita kuntoutusohjaukselle, koska kullakin osajärjestelmällä on oma

LIITE 1 (5)

lainsäädäntönsä ja toimintaohjeistonsa. Kuntoutuksen erityisenä tavoitteena on asiakkaan aseman parantuminen. Kuntoutusohjaajan työllä on vaikutusta kuntoutujan ja hänen läheisensä elämään sekä laajempiin asiakaskuntiin ja moniammatillisiin sidosryhmiin mm. perusterveydenhuolto, sosiaali- ja opetustoimi, työhallinto, vakuutus- ja työeläkelaitokset, Kela ja kolmas sektori.

Työhön kuuluu yksittäisen asiakkaan toimintamahdollisuuksiin ja ympäristön väliseen suhteeseen vaikuttamista esim. esteetön asuin- ja elinympäristö. Kuntoutusohjauksella tuetaan yhteiskunnassa esille nostettuja kehittämishaasteita kuten lasten, nuorten, vanhusten, vammaisten, vajaakuntoisten sekä pitkäaikaistyöttömien aseman edistäminen. Kuntoutusohjaaja noudattaa kuntoutusta ohjaavia lakeja ja säädöksiä sekä EPSHP:ssa laadittuja kuntoutusohjauksen eettisiä ohjeita. Kuntoutusohjaaja noudattaa työssään vaitiolovelvollisuutta sekä dokumentoinnista annettuja ohjeita.

Työolosuhteet (fyysiset ja psyykkiset)

Kuntoutusohjaajan työympäristö vaihtelee sekä asiakkaiden että työtehtävien mukaan. Kuntoutusohjaajan työ on pääsääntöisesti päivätyötä. Työhön voi sisältyä myös ilt- ja viikonlopputyötä esimerkiksi kotikäynnit tai sopeutumisvalmennuskurssit.

Kuntoutusohjaajalta edellytetään valmiutta kohdata ja tukea yksilöä, perhettä, ryhmää ja yhteisöä eri elämäntilanteissa sekä eri toiminta- ja elinympäristöissä. Edellisten lisäksi lukuisat yhteistyötahot, yhteiskunnalliset muutosprosessit ja niiden vaikutukset kuntoutusohjaustyöhön ovat osaltaan vaikuttamassa työn psyykkiseen kuormitukseen.

Fyysistä kuormitusta aiheuttaa asiakkaan avustaminen hänen toimintaympäristössään esim. apuvälineiden sovitustilanne. Vaihteleviin työolosuhteisiin sopeutuminen ja työn edellyttämä matkustaminen vaativat työntekijältä fyysistä suoriutumista.

Työssä selviytyminen edellyttää oman jaksamisen arviointia sekä hyvinvoinnistaan huolehtimista.

KYSELYLOMAKE

LIITE 2 (1)

TAUSTATIEDOT

Ympyröi oikean vastausvaihtoehdon edessä oleva numero.

1. Ikä
- | | |
|---|-------------------|
| 1 | 20 - 29 vuotta |
| 2 | 30 – 39 vuotta |
| 3 | 40 – 49 vuotta |
| 4 | 50 – 59 vuotta |
| 5 | 60 vuotta tai yli |

2. Koulutus ja suoritettu tutkinto:

Tutkinnon suorittamisesta on:

- | | |
|---|----------------|
| 1 | alle 5 vuotta |
| 2 | 5 – 10 vuotta |
| 3 | 10 – 20 vuotta |
| 4 | yli 20 vuotta |

3. Kuntoutusohjaukseen liittyvä koulutus: _____

4. Työkokemuksesi kuntoutusohjaajana: _____

5. Nykyinen työaikasi kuntoutusohjaajana:

- | | |
|---|------------------|
| 1 | Kokopäiväinen |
| 2 | Puolipäiväinen |
| 3 | Muu (mikä) _____ |

6. Mikä on työyksikkösi/osastosi, jossa työskentelet tällä hetkellä?

7. Kuka on määritelty (esim. johtosäännössä tms.) yksikkösi johtajaksi?

- | | |
|---|-----------------------|
| 1 | Osastonhoitaja |
| 2 | Osastonlääkäri |
| 3 | Ylilääkäri |
| 4 | Ylihoitaja |
| 5 | Joku muu, kuka? _____ |

8. Kuka on esimiehesi? _____ (virkanimike)

9. KUNTOUTUSOHJAUS

LIITE 2 (2)

Seuraavat kysymykset käsittelevät **kuntoutusohjausta**. Merkitse kohtaan (Toiminta nyt) se vastausvaihtoehto, joka kuvaa työtäsi tällä hetkellä.

Vastausvaihtoehdot:

- 1 Ei ollenkaan mukanaoloa
- 2 Melko vähän mukanaoloa
- 3 Melko paljon mukanaoloa
- 4 Paljon säännöllistä ja suunnitelmallista mukanaoloa

Arviointi ja suunnittelu**kuntoutusohjauksessa**

	Toiminta nyt
1. Asiakkaan kuntoutussuunnitelman laadinta.	_____
2. Asiakkaan kuntoutusohjausprosessin suunnittelu.	_____
3. Asiakkaan kuntoutumisprosessin seuranta.	_____
4. Asiakkaan kuntoutumisprosessin arviointi.	_____
5. Kuntoutusprosessin kehittämistyö.	_____
6. Hoitolinjojen ja – hoitoketjujen kehittäminen.	_____

10. Miten kuntoutusohjauksen arviointi ja suunnittelu toteutuu mielestäsi omassa työssäsi?

11. Miten kehittäisit kuntoutusohjauksen arviointia ja suunnittelua omassa työssäsi?

12. YHTEISTYÖTEHTÄVÄT

LIITE 2 (3)

Seuraavat kysymykset käsittelevät kuntoutusohjaajan työhön liittyvää **yhteistyötä eri tahojen kanssa**. Merkitse kohtaan (Toiminta nyt) se vastausvaihtoehto, joka kuvaa työhösi liittyvää yhteistyötä tällä hetkellä.

Vastausvaihtoehdot:

- 1 Ei ollenkaan yhteistyötä
- 2 Melko vähän yhteistyötä
- 3 Melko paljon yhteistyötä
- 4 Paljon säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä

Yhteistyötaho

Toiminta nyt

- | | |
|--|-------|
| 1. Asiakkaan kanssa | _____ |
| 2. Asiakkaan työpaikan kanssa | _____ |
| 3. Asiakkaan läheisten kanssa | _____ |
| 4. Oman organisaation muiden yksiköiden kanssa | _____ |
| 5. Perusterveydenhuollon yksiköiden kanssa | _____ |
| 6. Kansaneläkelaitoksen kanssa | _____ |
| 7. Vakuutusyhtiöiden kanssa | _____ |
| 8. Työvoimatoimiston kanssa | _____ |
| 9. Koulujen kanssa | _____ |
| 10. Päivähoidon kanssa | _____ |
| 11. Sosiaalitoimen kanssa | _____ |
| 12. Yksityisten palveluntuottajien | _____ |
| 13. Kuntoutuslaitosten kanssa | _____ |
| 14. Potilasjärjestöjen kanssa | _____ |
| 15. Muiden kuntoutusohjaajien kanssa | _____ |
| 16. Asiakasyhteistyöryhmien kanssa | _____ |
| 17. Jokin muu, mikä? _____ | _____ |

