

Maria Erkkilä

**UUDISTETTU KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELUN
TOIMINTAMALLI SATEENKAAREN PALVELUKODISSA
TAHKOKANKAAN PALVELUKESKUKSESSA**

**UUDISTETTU KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELUN
TOIMINTAMALLI SATEENKAAREN PALVELUKODISSA
TAHKOKANKAAN PALVELUKESKUKSESSA**

Maria Erkkilä

Opinnäytetyö

Syksy 2011

Kuntoutuksen koulutusohjelma

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Kuntoutuksen koulutusohjelma

Tekijä: Maria Erkkilä

Opinnäytetyön nimi: Uudistettu kuntoutuksen suunnittelun toimintamalli Sateenkaaren palvelukodissa Tahkokankaan palvelukeskuksessa

Työn ohjaajat: Helena Siira ja Arja Veijola

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2011

Sivumäärä: 116

Tämä kehittämistyö on toteutettu opinnäytetyönä Tahkokankaan palvelukeskuksen Sateenkaaren palvelukodissa lukuvuosien 2008–2010 aikana. Kehittämistyön tavoitteena oli Tahkokankaan hallinnoiman Vaski-hankeen (2007–2009) jatkokehittelyaiheiden ja moniammatillisen työryhmän havaitsemien haasteiden pohjalta kehittää kehitysvammaisten nuorten kuntoutuspalveluja. Kehittämismenetelmänä osallistava ja kommunikatiivinen toimintatutkimus yhdisti opinnäytetyössä tutkimuksen ja kehittämisen. Kehittämistyö käynnistyi suunnitteluvaiheella, jonka tarkoituksena oli muotoutua ohjaavien lakien, ohjelmien ja aikaisempien tutkimuksien ja hankkeiden perusteella kuntoutuksen suunnittelun kehittäminen. Kehittämistyön teoreettinen viitekehys pohjautui kehitysvammaisten nuorten voimavarasuuntautuneeseen hyvään kuntoutukseen painottaen moniammatillista ja asiakaslähtöistä kuntoutuksen suunnittelua.

Kehittämistyön toteutusvaihe sisälsi seitsemän interventiotapaamista, joiden aikana kehittämistyöhön osallistuneelta moniammatilliselta työryhmältä aineisto hankittiin ryhmämuotoista teemahaastattelua ja voimavaralähtöistä Reteamig-mallia hyödyntäen. Ensimmäiseksi haettiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin: Minkälainen on kuntoutuksen suunnittelun toimintakäytäntö Sateenkaaren palvelukodissa ennen kehittämistoimintaa? ja Millaisia kehittämiskohteita kuntoutuksen suunnittelun toteutuksessa ilmeni? Kehittämiskohteiden määräytymisen mukaan viimeisenä tutkimuskysymyksenä haettiin vastausta siihen, Minkälainen on moniammatillisena yhteistyönä tuotettu asiakaslähtöinen ja moniammatillinen kuntoutuksen toimintamalli Sateenkaaren palvelukodissa?

Kehittämistyö tuotti moniammatillisen ja asiakaslähtöisen kuntoutuksen suunnittelun toimintamallin toimintaohjeineen Sateenkaaren palvelukodin pitkäaikaiskuntoutuspalveluun sekä kirjallisen kuntoutuksen suunnittelun lomakkeen dokumentointia varten. Toimintamallin mukainen työskentely ohjaa moniammatillisen työryhmän toimintaa yhteistyön tekemiseen ja yhteisen tiedon jakamiseen ja käsittelyyn. Toimintamalli korostaa asiakaslähtöisyyden näkökulmasta asiakkaan, hänen omaisten ja verkostojen osallisuutta kuntoutuksen suunnitteluun ja yhteistyön tekemiseen. Verkostopalaverissa yhteistyön tekemistä ohjaava dialoginen toimintamalli mahdollistaa monitoimijaisen yhteistoiminnan. Kehittämistoiminnan kautta kuvautuu uudenlainen yhteistyöhön perustuva toimintakäytännön kehittämismalli Tahkokankaan palvelukeskukseen. Kehittämistyön aikana jatkokehittämisehdotukseksi muodostui moniammatillisen verkostoyhteistyön kehittäminen. Yhteistyön kehittämisessä valtakunnallisten toimintakäytänteiden (ICF, GAS) hyödyntäminen lisää kuntoutuksen suunnittelun laatua.

Asiasanat: kuntoutuksen suunnittelu, moniammatillisuus, asiakaslähtöisyys, toimintatutkimus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Rehabilitation programme

Authors: Maria Erkkilä

Title of thesis: Reforming The Rehabilitation of Design Approach the Sateenkaari sheltered home on Tahkokangas Institution.

Supervisors: Helena Siira and Arja Veijola

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2011 Number of pages: 116

This development work has been carried out as thesis in Tahkokangas Institution at Sateenkaari sheltered home during the academic years 2008-2010. The aim of this development work was to further develop the themes raised in Tahkokangas Vaski-project (2007-2009) and challenges identified by the multiprofessional team to develop rehabilitation services for mentally retarded young people. The method of participatory and communicative action research combined the research and development in this thesis. Development work started with the planning phase. The purpose was to develop the planning of rehabilitation based on the laws, programs, and previous studies and projects. The theoretical framework was based on the empowerment theory of good rehabilitation within young mentally retarded people emphasizing multiprofessional and client centered rehabilitation planning.

The implementation phase in the development work included seven intervention meetings. In these the multiprofessional group meetings data was acquired by utilizing theme interviews and empowerment-oriented model of Reteaming. Following research questions were formed: What is the practice of rehabilitation planning services in the Sateenkaari sheltered home before the development activities? What are the areas for development in implementing the planning of rehabilitation? Based on the results of the previous research questions the final research question formed to be what kind of is the client centered and multiprofessional rehabilitation service approach in Sateenkaari sheltered home?

Trough this development work the multiprofessional and client centered long term rehabilitation service approach with operating guidelines was produced to Tahkokangas Institution. In addition, a written form for rehabilitation planning was produced for to meet documentation needs. This approach guides the multiprofessional team to co-operate, share and process the common knowledge. According to client centred perspective this approach emphasizes client's, his relatives' and social networks' participation in rehabilitation planning and co-operation. In social network meetings, the model of the direct dialogue aims to collaborate with client, multiprofessional team and client's social network. Trough development activity, new kind of working model emphasizing co-operation is represented to the Tahkokangas Institution. Based on this development work, further development theme could be development of the collaborative meetings where the client and social network are present. In collaborating the use of national codes (ICF, GAS) enhances the quality in rehabilitation planning.

Keywords: rehabilitation planning, multiprofessional, client centre, action research

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT	4
1 JOHDANTO.....	7
2 KEHITYSVAMMAISTEN KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELUN TAUSTAA	11
2.1 Lait ja asetukset	11
2.2 Kehitysvammaisten palveluiden kehittämistä ohjaavat ohjelmat	13
2.3 Tutkimus- ja hanketyö	14
3 KEHITYSVAMMAISTEN HYVÄ KUNTOUTUS.....	22
3.1 Kuntoutuksen erityispiirteet.....	22
3.2 Voimavaruusosuutunut kuntoutus.....	25
3.2.1 Asiakaslähtöisyys	27
3.2.2 Moniammatillisuus.....	29
4 KEHITYSVAMMAISEN NUOREN KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELU.....	33
5 TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISTYÖN VÄLINEENÄ	37
5.1 Osallistava ja kommunikatiivinen toimintatutkimus	37
5.1.1 Toimintatutkimuksen aineistot ja analysointi.....	39
5.1.2 Osallistava arviointi toimintatutkimuksessa	40
5.2 Toimintatutkijan rooli kehittämistyössä.....	41
5.3 Tahkokankaan palvelukeskus kehittämissympäristönä ja kehittämistyön osallistajat	42
6 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUKSEN, TAVOITTEEN JA TUTKIMUSKYSYMYSTEN MUOTOUTUMINEN	44
7 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	46
7.1 Suunnitteluvaihe	47
7.2 Toteutusvaihe	48
7.2.1 Nykyisen toimintakäytännön kuvaaminen	48
7.2.2 Uuden toimintamallin kehittäminen.....	53
8 KEHITTÄMISTYÖN TULOS.....	60
9 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI	65
9.1 Kehittämispöcessin arviointi	65
9.2 Toimintamallin arviointi	72
9.2.1 Moniammatillisuuden ja asiakaslähtöisyyden arviointia	74

9.2.2 Yhteenveto arvioinnista ja jatkokehittämissuhteet.....	79
10 KEHITTÄMISTYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	86
10.1 Luotettavuuden tarkastelua	86
10.2 Eettisyyden tarkastelua	88
11 POHDINTA	91
LÄHTEET	94
LIITTEET	104

1 JOHDANTO

Kaikki ihmiset syntyvät Yhdistyneiden kansakuntien, YK:n ihmisoikeuksien yleismaailmallisen julistuksen (1984) mukaan vapaina ja tasavertaisina arvoltaan ja oikeuksiltaan. Kaikilla on myös oikeus elämään. (YK:n ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus, hakupäivä 8.3.2011.) Yhdistyneet kansakunnat julistaa myös vammaisten ihmisten oikeuksia Yhdistyneiden kansakuntien vammaisten oikeuksien julistuksessa. Sen tarkoituksena on edistää, suojella ja taata kaikille vammaisille henkilöille täysimääräisesti ja yhdenvertaisesti kaikki ihmisoikeudet ja perusvapaudet sekä edistää vammaisten henkilöiden synnynnäisen arvon kunnioittamista. Sen periaatteina ovat henkilöiden synnynnäisen arvon, yksilöllisen itsemääräämisoikeuden, mukaan lukien vapaus tehdä omat valintansa, ja riippumattomuuden kunnioittaminen; syrjimättömyys; täysimääräinen ja tehokas osallistuminen ja osallisuus yhteiskuntaan; erilaisuuden kunnioittaminen ja vammaisten henkilöiden hyväksyminen osana ihmisten moninaisuutta ja ihmiskuntaa; mahdollisuuksien yhdenvertaisuus; esteettömyys ja saavutettavuus; miesten ja naisten välinen tasa-arvo; vammaisten lasten kehittyvien kykyjen ja sen kunnioittaminen, että heillä on oikeus säilyttää identiteettinsä. (YK:n vammaisten oikeuksien julistus, hakupäivä 9.3.2011.)

Myös Euroopassa, Euroopan neuvoston vammaispoliittisen toimintaohjelman (2006, 33, 37–38) tarkoituksena on saada vammaisten henkilöiden ihmisoikeuksia, syrjimättömyyttä, yhtäläisiä mahdollisuuksia, täyttä kansalaisuutta ja osallistumista koskevien tavoitteiden pohjalta aikaan uudet kehukset tulevan vuosikymmenen eurooppalaiselle politiikalle. Vuosi 2007 oli Euroopan vammaisten vuosi jolloin EU:n alueella oli 37 miljoonaa vammaista. Tällä hetkellä Suomessa on noin 40 000 kehitysvammaista henkilöä. Suomessa vammaisten vuoden teemoiksi valittiin osallisuus ja syrjimättömyys, jotka ovat myös Suomen vammaispoliittisen ohjelman VAMPO 2010–2015 yhteiskunnallisena tavoitteena. (Euroopan neuvoston vammaispoliittisen toimintaohjelman 2006, 33 hakupäivä 8.3.2011; Kehitysvammahuollon tietopankki, hakupäivä 24.2.2011; Suomen vammaispoliittinen ohjelma 2010, 23, hakupäivä 4.9.2010; ks. myös EASPD hakupäivä 3.3.2011.)

Sosiaali- ja terveystalvueluissa ihmisten osallisuuden lisääminen on sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisojhelman Kasteen 2008–2011 yhtenä kehittämistavoitteena. Tavoitteena ohjelmassa on että, syrjäytyminen vähenee, hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat ja palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat sekä alueelliset erot vähentyvät. Ohjelman tavoitteiden saavuttamisen keinoja ovat ongelmien ehkäisy ja varhainen puuttuminen, henkilöstön riittävyden varmistaminen ja osaamisen vahvistaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eheidn palvelukokonaisuuksien ja vaikuttavien toimintamallien luominen. (Kaste-ohjelma 2008, 17, 24; Kaste-ohjelma 2009, 14.)

Osallisuus on myös kuntoutuksen ydinkysymyksenä 2000-luvulla, joka ohjaa myös tämän päivän kehitysvammaisten kuntoutusta (Kuntoutusselonteko 2002, 3). Kehitysvammahuollolla on Suomessa noin 100 vuotta pitkä historia, jolloin kehitysvammaisten olosuhteet olivat hyvin toisenlaiset kuin nykyään. Kehitysvammalaitoksia perustettiin kotona asuvien kehitysvammaisten elämänlaadun parantamisen vuoksi. Vuonna 1880 perustettiin Hämeenlinnaan ensimmäinen laitos ja sitä kutsuttiin tylsämielisten kasvatuslaitokseksi. Vajaamielishuolto alkoi kehittyä vuonna 1947. Tuolloin syntyi ajatus palvelujen keskittämisestä ja keskuslaitosten rakentamisesta syntyi. Suomeen perustettiin 1960-luvulla nykyisen kehitysvammalain mukaiset erityishuoltopiirit ja vuosien 1950–1970 aikana siihen liittyvä kehitysvammalaitosjärjestelmä ja keskuslaitokset. (Peltö-Huikko, Kaakinen & Jukka Ohtonen 2008, 17.) Laitosaikaan katsottiin kehitysvammahuollon ideologisen ajattelun ja keskustelun olevan jo kuntoutuspainotteista, jolloin kehitysvammaisille henkilöille järjestettiin laitokseen koko kuntoutuskokonaisuus. Tämän katsottiin tarkoittavan mm. asumista, ruokahuoltoa, opetusta, päivätoimintaa ja terveydenhuoltoa. (Niemelä & Brandt 2008, 24.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetyöryhmä esitti vuonna 1992 linjauksen laitospäisen hoidon vähentämisestä, mitä voidaan myös pitää eräänlaisena taitekohtana laitoshoidon rakennemuutokselle (Kumpulainen 2007). Suomessa kehitysvammalaitosten hajauttaminen on asetettu tavoitteeksi, mutta yhteisen ja yhteisesti hyväksytyin toimintaohjelman puuttuessa hajautusta on toteutettu hyvin vaihtelevasti maan eri osissa (Nouko-Juvonen 2000). On ehdotettu, että vuoteen 2017 mennessä nykyisestä laitosvaltaisesta palvelujärjestelmästä siirrytään avopalveluihin.

Muutamit toimintaan jäävät laitokset keskittyvät erityiskysymyksiin ja ne liitetään osaksi terveydenhuoltoa (Niemelä & Brandt 2007). (Pelto-Huikko, Kaakinen & Jukka Ohtonen 2008, 18.)

Kehitysvammaisille palveluja tarjoava Tahkokankaan palvelukeskus, vuodesta 2010 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kehitysvammahuollon tulosalue hallinnoi Pohjois-Suomen vammaispalvelujen kehittämissyksikön valmisteluhanketta (Vaski) ajalla 1.8.2007–30.9.2009. Sen taustalla vaikuttivat Kaste-ohjelma ja Paras-hanke (ks. laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta). Vaski-hankkeen tavoitteena oli selvittää vammais- ja kehitysvammatyön nykytila ja kehittämistarpeet, edistää eri toimijoiden välistä yhteistyötä, kehittää palvelujen tasapuolista seudullista saatavuutta ja vahvistaa vammais- ja kehitysvammatyön erityisosaamista sekä kehittää työn sisältöjä ja uusia toimintamalleja alueellisten pilottien avulla, edistää vammaistyöhön ja vammaisuuteen liittyvää tiedontuotantoa ja tutkimusta sekä valmistella vammaispalvelujen kehittämissyksikköesitys. (Savukoski, Malin & Kinnunen 2009, 1-2.)

Vaski-hankkeen aikana Tahkokankaalla kuvattiin ja analysoitiin mallintamisen avulla palvelukeskuksen yksiköiden toimintaa sekä sitä kautta kehitettiin hoidonporrastusta ja palveluja. Moniammatilliset työryhmät lähtivät myös kehittämään uusia yhteisiä tiimikohtaisia työ- ja toimintamalleja, mitkä mahdollistaisivat uudenlaisten kuntiin jalkautuvien palvelujen tarjonnan lisäämisen. Hankkeen loppuraportin mukaan Tahkokankaan palvelukeskuksessa tuotetut palvelut edustivat ainutlaatuisen, käsityömäisesti tuotettujen palveluiden mallia, jossa palvelun sisältö perustui enemmän perinteeseen ja kokemukseen, kuin selkeästi sovittuihin ja dokumentoituihin kuvauksiin. Vaski-hankkeet kehittämistyön jatkokehittely ehdotuksena oli palvelujen vakiointia palvelukuvauksien ja tuotteistamisen kautta. (Peltola & Toropainen 2008, 14; Savukoski 2008, 15; Savukoski, Malin & Kinnunen 2009, 1-3, 16, 18.)

Tämän opinnäytetyön idea ja tarve pohjautui Tahkokankaan palvelukeskuksen Sateenkaaren palvelukodin työryhmän työskentelyssä havaittujen moniammatillisen työn hyödyntämisen ja asiakaslähtöisen työn toteuttamisen haasteisiin sekä Vaski-hankkeen jatkokehittämissuhteisiin. Tässä opinnäytetyönä tehdyssä kehittämistehtävässä on toimintatutkimuksellisella otteella tuotettu Tahkokankaan

Palvelukeskuksen Sateenkaaren palvelukotiin moniammatillinen ja asiakaslähtöinen kuntoutuksen suunnittelun toimintamalli.

Opinnäytetyön raportissa esitetään aluksi kuntoutuksen suunnittelun taustaa kehitysvammaapalveluita ohjaavien lakien ja asetusten pohjalta ja palveluihin liittyviä kehittämishaasteita yhteiskunnallisten kuntoutuksen kehittämisohjelmien, -hankkeiden ja tutkimuksien kautta. Kehitysvammaisten nuorten kuntoutusta ja sen suunnittelua tarkastellaan voimavarakeskeisestä näkökulmasta sekä kuvataan asiakaslähtöisyyden ja moniammatillisuuden merkitystä kuntoutuksen perustana. Kehittämisprosessi kuvataan tutkimuskysymysten ja toimintatutkimusprosessin eri vaiheiden mukaisesti. Kehittämisprosessi käynnistyi suunnitteluvaiheella, jossa valmistettiin kehittämissuunnitelma. Toteutusvaiheessa kuvattiin aikaisempi, sen hetkinen kuntoutuksen suunnittelun toimintakäytäntöä, jonka jälkeen kehittämisprosessiin osallistuneet työntekijät määrittelivät kehittämiskohteet. Kehittämiskohteiden mukaisesti kuvataan uuden toimintamallin kehittämisprosessi. Kehittämisprosessin kuvaamisen jälkeen esitetään kehittämistyön tulos- uusi kuntoutuksen suunnittelun toimintamalli. Kehittämistoiminnan prosessia ja kehittämistyön tulosta arvioidaan raportin kappaleessa 9 ja esitetään arvioinnin yhteenvedon yhteydessä jatkokehittämis ehdotukset. Raportin lopussa tarkastellaan luotettavuutta ja eettisyyttä sekä pohditaan vielä opiskelu- ja opinnäytetyöprosessia kokonaisuudessaan.

2 KEHITYSVAMMAISTEN KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELUN TAUSTAA

Kehitysvammaisen tasavertainen osallistuminen yhteiskuntaan edellyttää yhteiskunnan toimintaan osallistumista rajoittavien tekijöiden tunnistamista. Nämä tekijät eivät ole yksistään muutettavissa kehitysvammaista kuntouttamalla, vaan ne edellyttävät yhteiskunnalta poikkeavuuden parempaa hyväksyntää, kuntoutuksen toteuttamista osana kehitysvammaisen arkea ilman poikkeavuutta korostavaa rasietta sekä helpompia ja monipuolisempia osallistumismahdollisuuksia. (Koivikko & Autti-Rämö 2006, 1907.)

2.1 Lait ja asetukset

Lainsäädännöllä on pyritty vahvistamaan kehitysvammaisten erityisasema niin opetuksen, kuntoutuksen kuin vammaispalveluiden osalta. Lait eivät kuitenkaan määritä erilaisten tukea ja apua antavien toimenpiteiden tarkkaa sisältöä vaan ne on suunniteltava yksilöllisesti. (Koivikko & Autti-Rämö 2006, 1907.)

Sosiaalihuoltolakiin kuuluva laki *kehitysvammaisten erityishuollosta* (1§) säättää, että erityishuoltoa tulee antaa henkilölle, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi ja joka ei muun lain nojalla voi saada tarvitsemiaan palveluksia. Sen tarkoituksena on edistää 1 momentissa tarkoitettun henkilön suoriutumista päivittäisistä toiminnoista, hänen omintakeista toimeentuloaan ja sopeutumistaan yhteiskuntaan sekä turvata hänen tarvitsemansa hoito ja muu huolenpito. Lain 2§:ssä mainitaan myös, että erityishuoltoon kuuluvia palveluksia ovat tutkimus, joka käsittää erityishuollon yksilöllisen suunnittelun ja toteuttamisen edellyttämät lääketieteelliset, psykologiset ja sosiaaliset selvitykset sekä soveltuvuskokeet, terveydenhuolto; tarpeellinen ohjaus, kuntoutus sekä toiminnallinen valmennus; työtoiminnan ja asumisen järjestäminen sekä muu vastaava yhteiskunnallista sopeutumista edistävä toiminta; henkilökohtaisten apuneuvojen ja apuvälineiden järjestäminen; yksilöllinen hoito ja muu huolenpito; henkilön aviopuolison, vanhempien ja muiden perheenjäsenten, muun huoltajan tai hänelle muuten läheisen henkilön ohjaus ja neuvonta; tiedotustoiminnan harjoittaminen

erityishuoltopalveluksista; kehityshäiriöiden ehkäisy; sekä muu vastaava erityishuollon toteuttamiseksi tarpeellinen toiminta. Myös *vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista* lain (1§) tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977 1:1-2 §; Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987 1§.)

Laki *potilaan asemasta ja oikeuksista* (4§) edellyttää, että terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. Tämä laki turvaa myös 5§:n mukaan potilaan tiedonsaantioikeuden niin, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä em. tekijöistä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siinä muodossa, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Lain 6§:ssä määritellään potilaan itsemääräämisoikeutta siten, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 1:4-6§.) Lisäksi *sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista* säätävän lain (812/2000 1:1§) tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun.

2.2 Kehitysvamma palveluiden kehittämistä ohjaavat ohjelmat

Euroopan neuvoston vammaispoliittinen toimintaohjelma (2006) pyrkii toteuttamaan vammaispolitiikkaa antamalla kaikkien jäsenvaltioiden käyttöön suosituksia, neuvoja ja asiantuntijatietoa myös kuntoutuksesta. Kuntoutuksen toimintalinjan tavoitteena on (1) luoda vammaisille henkilöille mahdollisuudet elää mahdollisimman itsenäistä elämää ja saavuttaa mahdollisimman hyvät fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ammatilliset kyvyt, (2) järjestää, vahvistaa ja laajentaa monipuolisia kuntoutuspalveluja, (3) mahdollistaa sekä valtavirran palvelujen että erityispalvelujen saanti, jotta vammaiset henkilöt pystyvät integroitumaan täysin omaan yhteisöönsä ja yhteiskuntaansa, (4) varmistaa erityisesti laadukas varhainen puuttuminen ja syntymästä lähtien noudatettava monitieteinen lähestymistapa, johon sisältyy myös vanhempien tukeminen ja ohjaus. (Euroopan vammaispoliittinen toimintaohjelma 2006, 37–38, 54–55, hakupäivä 8.3.2011.)

Kuntoutuksen toimintalinjan erityistoimien mukaan vammaisten henkilöiden, heidän perheidensä ja vammaisjärjestöjen tulee päästä osallistumaan kokonaisvaltaisten kuntoutusohjelmien suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Sen mukaan kuntoutusohjelmat tulee olla saavutettavissa ja osallistujien tarpeiden mukaan räätälöitävissä. Lisäksi kuntoutusohjelmiin tarvitaan osallistuvan vammaisen henkilön tai hänen edustajansa suostumus. Kuntoutuskeskuksilla tulee olla mahdollisimman hyvät, monipuoliset palvelut ja henkilökunnalla tulee olla monialaista osaamista sekä kuntoutuksen erikoisosaamista. Kuntoutuspalvelujen ja –tuen tulee perustua kokonaisvaltaiseen lähestymistapaan, mikä toteutuu asiakaslähtöisen ja monitieteisen toimintamallin mukaan. (Euroopan vammaispoliittinen toimintaohjelma 2006, 54–55 hakupäivä 8.3.2011.)

Myös Suomen vammaispoliittinen ohjelman 2010–2015 (VAMPO) velvoittaa vammaisten henkilöiden yhteiskunnallisen osallisuuden tiellä olevien epäkohtien korjaamista. Ohjelman mukaan toimenpiteitä tarvitaan mm. terveydenhuollon ja kuntoutuksen sisältöalueilla. Kuntoutuksen näkökulmasta vammaispoliittinen ohjelma määrittelee tavoitteeksi ja kehittämissinjaksi kuntoutuksen laajan kokonaisuuden sujuvuuden parantamisen. Keinoina ohjelma nostaa esiin useita toimia, joilla

kuntoutuksen toteutusta ja kuntoutuspalvelujen peruslinja konkretisoidaan, menettelytapoja ja palvelujen järjestämistä eri tahojen kesken täsmennetään sekä asiakkaan oikeutta palveluun ja toimeentuloon kuntoutuksen aikana selkiytetään. (Suomen vammaispoliittinen ohjelma 2010, 29–31, 101–102 hakupäivä 4.9.2010.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011 määrittelee lähivuosien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet ja keskeisimmät toimenpiteet, joilla ne voidaan saavuttaa. Tavoitteena on että, ihmisten osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähenee, hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat ja palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat, alueelliset erot vähentyvät. Ohjelman tavoitteiden saavuttamisen keinoja ovat ongelmien ehkäisy ja varhainen puuttuminen, henkilöstön riittävyyden varmistaminen ja osaamisen vahvistaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eheiden palvelukokonaisuuksien ja vaikuttavien toimintamallien luominen. (Kaste-ohjelma 2008, 17, 24; Kaste-ohjelma 2009, 14.)

2.3 Tutkimus- ja hanketyö

Kuntoutuksen suunnittelu on monitahoinen prosessi. Käytännöt suunnittelun toteutuksessa vaihtelevat, mutta tutkimustietoa näistä käytännöistä on vähän saatavilla. Kuntoutuksen lakiuudistuksen myötä kuntoutuksen suunnitteluun liittyviin haasteisiin on kiinnitetty aikaisempaa enemmän huomiota. Niiden sisällöt on todettu puutteellisiksi, suunnitelmia ei ole kytketty kuntoutujan muuhun palvelutarpeeseen ja kuntoutujan oma osallistumien suunnitelmien tekemiseen on ollut vähäistä. (Nikkanen 2010, 3-4; ks. Kuntoutuksen lakiuudistus Kelan kannalta 1993.) Kallanranta ja Rissanen (1996, 64) totesivat myös vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen tehtäväjakoon ja yhteistyöhön liittyvässä selvityksessä, että kuntoutussuunnitelmat ovat heikkotasoisia, tiimityötä suunnittelussa tehdään harvoin, kuntoutusta ei suunnitella osana laajempaa palvelusuunnitelmaa ja kuntoutuja jää suunnittelussa taka-alalle.

Kuntoutussuunnitelmien rakennetta ja sisältöä sekä mahdollista muutosta vuosina 1992–1998 tutkivat myös Kari & Puukka (2001). Tässä tutkimuksessa

kuntoutussuunnitelmien heikkous katsottiin selittyvän sillä, ettei kuntoutujia tavattu vaan suunnitelmat perustuivat asiakirjatietoihin. Yllätyksenä tutkimuksessa ilmeni toimintakyvyn kuvaamisen vajavuus. Kuntoutustarpeen ylimalkainen perustelu ja tavoitteiden ja seurannan puuttuminen oli keskeinen heikkous. Moniammatillisesti laaditut suunnitelmat katsottiin paremmiksi verrattuna esimerkiksi yksittäisen lääkärin laatimaan suunnitelmaan. Kuntoutujan oma ja hänen omaisiensa osallisuus suunnittelemien laatimiseen oli vähäistä. Tutkimuksessa suositeltiin, että kuntoutussuunnitelma pitäisi laatia moniammatillisesti yhdessä kuntoutujan kanssa ja sitä tulisi tarkastella kuntoutujan näkökulmasta eli mahdollistaa kuntoutujan osallistuminen oman kuntoutuksen suunnitteluun ja vastuunottamiseen kuntoutuksen toteutumisesta. Kuntoutuksen toimijaosapuolille kuntoutussuunnitelma on yhteistyöväline. (Kari & Puukka 2001, 72–74).

Kuntoutuksen kehittäminen myös vaikeavammaisten kuntoutuksen näkökulmasta on mm. Kelassa yksi kehittämisen alue. Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämis- ja tutkimushankkeen (2006–2013) tavoitteena on kehittää kuntoutuspalveluja ja laatia kuvauksia hyvän kuntoutuksen käytännöistä. Vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumisen käytännöt tutkimuksessa Nikkanen (2010) esitti tutkimuksen perusteella yksilöllisten, laaja-alaisten ja tarkoituksenmukaisten kuntoutussuunnitelmien laatimiseen monia kehittämissuhteita. Kuntoutujan kuulemiseen hänen elämäntilanteestaan tulisi varata riittävästi aikaa ja kuntoutujan kokemuksia aikaisempien toimenpiteiden toimivuudesta tulisi hyödyntää. Kuntoutussuunnitelman laadinnassa tulisi huomioida laaja-alaisesti kuntoutujan tarpeet ja toiveet ja räätälöidä niihin yksilölliset palvelut. Ensimmäinen kuntoutussuunnitelma tulisi ainakin laatia moniammatillisessa työryhmässä ja moniammatillisen tietotaidon hyödyntämisestä ja kuntoutuksen toimijoiden välistä yhteistyötä tulisi lisätä. Eri palvelujentuottajat tulisi ottaa tiiviimmin yhteistyöhön mukaan välittämään tietoa kuntoutuksen etenemisestä ja muutostarpeista. Kuntoutujan tilanne tulisi kuvata kokonaisvaltaisesti mukaan lukien arjen toimintaympäristöt. (Nikkanen 2010, 3, 41.)

Nikkanen (2010) tarkastelee tutkimuksessaan miten vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelma tapahtuu ja minkälaisen prosessin kautta kuntoutussuunnitelmat rakentuvat sekä minkälaisena kuntoutujan ja palveluntuottajan asema ja osallisuus

näyttäytyy. Tutkimuksessa kuntoutussuunnitelmien rakentumisen mallit on tyypitelty neljään ryhmään. Ensimmäinen lääkärikeskeisenmalli perustui lääkärin ja kuntoutujan välisenä yhteistyöhön tehtyyn kuntoutussuunnitelmaan. Toinen malli oli työnjakoon perustuva, jossa kuntoutuja tapasi useampia eri ammatteja edustavia työntekijöitä eri tapaamiskerroilla. Eri ammattiryhmiä edustavat työntekijät kokoontuivat yhdessä rakentamaan kuntoutussuunnitelmaa kuntoutujan kanssa kolmannessa, ryhmätyöhön perustuvassa mallissa. Neljännessä, välittyneeseen tietoon perustuvassa mallissa kuntoutujan kuntoutussuunnitelma hyväksyttiin kuntoutustyöryhmässä kirjallisen aineiston välityksellä. (Nikkanen 2010, 4, 13, 16, 19–20.)

Suurin osa kuntoutujista tapasi kuntoutuksen suunnittelutahon, mutta heidän osallistumisaste vaihteli suuresti. Luottamuksellinen suhde suunnittelutahon kanssa oli koettu hyväksi, mutta kuntoutujan rooli kuvautui asiantuntijan näkemysten myötäilijänä ja hyväksyjänä. Myös työntekijöiden työskentelytapa ja keskustelua ohjaavat kysymykset ohjasivat suunnittelun kulkua. Myös palveluntuottajat kokivat suunnittelun olevan mm. kapea-alaista sekä pirstaleista eri toimijatahojen kesken. (Nikkanen 2010, 38–40.)

Asiakkaan äänellä -tutkimus oli myös osa Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämis- ja tutkimushanketta (2006–2013) ja sen lähtökohtana oli tuoda esiin Kelan vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneiden ihmisten ja heidän läheistensä ääni: heidän kokemuksensa kuntoutuksen suunnittelusta, kuntoutuspalveluista ja niiden kehittämistarpeista. Kuntoutuksen suunnittelu oli yhtenä tutkimuksen kohteena. Siihen liittyvä tutkimuskysymys kysyi tarkemmin, että miten vaikeavammaisten kuntoutuspalvelujen käyttäjät ovat itse osallistuneet kuntoutuksen suunnitteluprosessiin, miten he arvioivat sen toteutusta ja millaisia kehittämistarpeita he siinä näkevät? (Puumalainen, Martin, Nikkanen, Notko, Lehikoinen, Hokkanen, Härkäpää & Järvikoski 2009, 25–26.)

Nuorten kohdalla kokemukset osallisuudesta kuntoutussuunnittelussa olivat melko myönteisiä. Vajaa kolmannes kyselyyn vastanneista koki, että heitä kuultiin ja heidän tarpeensa sekä mielipiteensä oli huomioitu erittäin hyvin. Melko tyytyväisiä omiin osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksiin kuntoutussuunnittelussa nuorista oli yli 60

prosenttia. Kuntoutujälähtöisyys ei kuitenkaan toteutunut kaikilta osin. Osasta vastauksia ilmeni, että kuntoutujan tai hänen läheisensä mielipiteitä ei huomioitu, vaan kuntoutussuunnittelu tapahtui asiantuntijakeskeisesti. Kuntoutujaa kyllä kuunneltiin, mutta hänen näkemyksensä sivutettiin ja suunnitelma laadittiin asiantuntijoiden näkemyksiin perustuen. Kuntoutujälähtöinen, kuntoutujan aitoon kuulemiseen ja autonomisuuden tukemiseen perustuva tavoitteiden määrittely sekä niitä tukevien kuntoutusmuotojen valinta jäi toteutumatta. (Martin 2009, 190–192.)

Kuntoutussuunnitteluun ja sen toteutumisen seurantaan tyytymättömmimpiä olivat nuoret, jotka kokivat, että heillä ei ollut lainkaan vaikutusmahdollisuuksia. Nuoret kokivat tulleensa ohitetuiksi elämänprojektiensa suunnittelussa, koska heidän mielipiteitään tai näkemyksiään ei juurikaan tiedusteltu. Lisäksi omat vaikutusmahdollisuudet koettiin riittämättömiksi vähäisen kuntoutusjärjestelmää koskevan tiedon vuoksi. Nuoret eivät saaneet riittävästi asiantuntijoilta tiedollista tukea kyetäkseen osallistumaan omia tavoitteita tukevien kuntoutusmuotojen valintaan. Nuorten kuntoutussuunnittelua koskevat kehittämissuositukset perustuivat nykyisten toimintakäytäntöjen puutteisiin ja koettuihin ongelmatilanteisiin sekä palveluprosessien suunnittelun yhtenäistämiseen siten, että toivottiin yhden kokonaisvaltaisen suunnitelman laatimista. (Martin 2009, 190–192.)

Kuntoutusprosessin eri vaiheisiin liittyvää tutkimusta ja kehittämistyötä tarvitaan Hyvät kuntoutuskäytännöt -tutkimuksen (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 233) mukaan moniammatillisen kuntoutuksen suunnittelun tarpeesta ja sen sekä asiakaslähtöisyyden ja perhekeskeisyyden toteutumisesta kuntoutusprosessin aikana. Myös kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuositelman (2004, 21,44) mukaan tutkimusta tarvitaan mm. asiakkaiden vaikutus- ja osallistumismahdollisuuksia lisäävien asiakastyön muotojen kehittämiseen sekä lasten ja nuorten kuntoutuksen toteutusmuotojen, kuten esimerkiksi moniammatillisten verkostojen tutkimiseen. Moniammatillisuus ja työryhmätyö ovat kuntoutukselle ominaista ja moniammatillinen yhteistyö näyttää toisinaan olevan myös avain hyviin kuntoutustuloksiin. Kuntoutusselonteon (2002, 3) mukaan myös kuntoutuksen haasteena on moniammatillisen työotteen kehittäminen.

Kuntoutussuunnitelman ja sen toteutumisen arviointia on tutkittu myös kolmen esimerkkitapauksen kautta, joissa toivottuun tulokseen ei ole päästy. Keskeisempänä solmukohtana olivat yhteistyöhön liittyvät kysymykset. Kuntoutuksen suunnittelussa sekä asiakkaat että toimijat pitivät vaikeana yhteisten kuntoutustavoitteiden määrittelyä ja kaikkien osapuolien sitoutumista niihin. Tutkimuksessa asiakkaan kokonaistilanteen hahmottamista vaikeutti myös se, että kuntoutustutkimus toteutettiin kaukana asiakkaan kotipaikkakunnasta. Lisäksi vastuuhenkilön tai vastuutahon puuttuminen kuntoutussuunnitelman toteutumisen seurannassa oli puutteellista. Tutkimuksen kehittämissuhteiden mukaan kuntoutuksen suunnittelussa tulee kiinnittää erityistä huomiota asiakkaan ja eri tahojen kanssa yhteistyössä toteutettavaan kuntoutumismahdollisuuksien arviointiin ja tavoitteiden määrittelyyn. (Suikkanen 2009, 2-3.)

Ristaniemi (2005) on tutkinut asiakaslähtöisyyttä psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemana. Tässä tutkimuksessa tavoitteena oli kuvata kuntoutujan asiakaslähtöisyyden kokemusta ja tuottaa asiakaslähtöisen työskentelyn toimintamalli (kuviokuva 1). Tutkimuksessa kysyttiin millaisen paikan asiakaslähtöisyys saa psykiatrisessa kuntoutustyössä kuntoutujan kokema, miten asiakaslähtöisyys määrittyy kuntoutujan kokemuksissa ja odotuksissa ja miten asiakaslähtöinen työ konkretisoituu käytännössä. Kuntoutujien käsityksen mukaan asiakaslähtöisyyden toteutuminen on prosessi, joka sisältää kuntoutuksen suunnitelmallisuuden, tavoitteiden asettamisen, yhteistoiminnan ja jatkuvan arvioinnin ja seurannan. Osallisuuden perustana oli kuntoutuksen suunnitelmallisuus, kuntoutujan asettamien odotusten huomiointi ja toteuttaminen sekä moniammatillinen yhteistoiminta. Edellytyksenä asiakaslähtöiselle työlle oli kuntoutujan riittävä tiedon saanti, vaikuttamismahdollisuudet, jakamaton aika ja asialliset toimitilat. Asiakaslähtöisen toiminnan periaatteina on avoimuus, rehellisyys, luottamus, yksilöllisyys, yhteisvastuullisuus, ystävällisyys, kannustavuus, empaattisuus ja hienotunteisuus. (Ristaniemi 2005, 47–48, 65, 86, 93, 100, 108, 111–123.)

<p>Kuntoutuksen suunnitelmallisuus</p> <ul style="list-style-type: none"> yhteistoiminnassa laaditut päivitettävät, kirjalliset kuntoutussuunnitelmat 	<p>Asiakaslähtöisyyden periaatteet</p> <ul style="list-style-type: none"> avoimuus, rehellisyys, luottamus, yksilöllisyys, yhteisvastuullisuus, ystävällisyys, kannustavuus, empaattisuus, hienotunteisuus 	<p>Yksilölliset kuntoutukselle asetetut tavoitteet</p> <ul style="list-style-type: none"> kokonaisvaltaisuus lääkehoidon toteutus psykkinen hyvinvointi ennaltaehkäisy sosiaalinen selviytyminen konkreettinen apu
<p>Yhteistoiminta</p> <ul style="list-style-type: none"> tukevat keskustelut toiminnalliset terapiat palveluohjaaja moniammatillisuus integroituminen avohoitoon 	<p>Asiakaslähtöisen toiminnan edellytykset</p> <ul style="list-style-type: none"> riittävä tiedonsaanti, vaikuttamismahdollisuudet, jakamaton aika, asialliset toimitilat 	<p>Jatkuva kuntoutuksen arviointi</p> <ul style="list-style-type: none"> yhteinen arviointi yhteinen aloitteentekioikeus

KUVIO 1. Asiakaslähtöisen työskentelyn toimintamalli (Ristaniemi 2005, 124.)

Perttinä (2001, 5, 36, 52, 72–73) on myös tutkinut asiakaslähtöisyyttä kuntoutuksen suunnittelussa. Siinä selvitettiin mitä ja miten terveydenhuollon ammattilaiset ja kuntoutujat puhuvat kuntoutussuunnitelmakokouksessa sekä miten kuntoutujat osallistuvat kokouksessa keskusteluun ja mikä heidän asemansa siinä on. Tuloksena tutkimuksessa oli, että itse kokouksessa osallistujien vuorovaikutus oli epäsymmetristä ja pääasiallisesti vuorovaikutus rakentui ammattilaisten puheista. Kokouksen rakenne ja puheet vaikuttivat asiakkaan osallistumisen mahdollisuuteen keskustella ja tehdä päätöksiä. Asiakkaan mielipidettä kuunneltiin muttei sillä juuri ollut vaikutusta päätöksiin. Osallistumista rajasi myös ammattilaisten omissa asiantuntijatehtävissä pidättäytyminen ja kokouksen muodollisuus. Tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan että, kuntoutusjakson prosessinomaisuus, monipuolisuus ja laaja-alaisen asiantuntijuus mahdollistaisivat asiakaslähtöisemmän tavan toimia ja tukea asiakkaan osallistumismahdollisuuksia kuntoutuksen suunnittelussa.

Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta on tutkittu väitöskirjassa Tavoitteena kuntoutuminen (Koukkari 2010). Tutkimus perustuu ajatukseen, että kuntoutustyöntekijöiden erilaiset tavat kuunnella ja tulkita kuntoutujien ääntä, ovat tärkeä lähtökohta kuntoutumista edistävien tekijöiden ymmärtämiselle.

Kuntoutujien käsitysten tutkimisella toiminta- ja työkyvyn edistämässä, itsenäisessä selviytymisessä sekä elämänhallintaan liittyvissä asioissa on merkitystä kuntoutuskäytäntöjen kehittämisen ja kuntoutustyöntekijöiden koulutuksen edistämisen sekä kuntoutuksen arvo lähtökohtia käsittelevän yhteiskunnallisen keskustelun ja päätöksenteon kannalta. Tutkimustuloksissa kokonaisvaltainen kuntoutus ja kuntoutuminen tuotiin esiin toimintakyvyn edistymisen, opiskelun- ja työelämän tavoittelun sekä selviytymiskeinojen käyttämisenä. Toimintakyvyn edistyminen rajautui kuntoutujien näkemyksen mukaan fyysisten, psykososiaalisten sekä sosiaalisten merkitysten paljastumiseen. Opiskeluun ja työelämään liittyvät ilmiöt sisälsivät syrjäytymisen ja kannustamisen elementtejä. Selviytymiskeinojen käyttämisen ulottuvuutta kuvattiin hallinnan tunteen, tuen hakemisen ja asioiden välttämisen käsitteillä. (Koukkari 2010, 15, 192–193.)

Koukkari (2010 124, 198- 201, 205) tarkasteli väitöskirjassaan myös kuntoutujien käsityksiä kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvistä tekijöistä. Kuntoutusta voidaan lähestyä kuntoutuspalvelujärjestelmän, kuntoutusinterventioiden ja kuntoutujan toiminnan ja osallisuuden näkökulmista. Kuntoutuspalvelujärjestelmien toiminnan kuntoutujat kokivat joko kuntoutukselle ja kuntoutumiselle suotuisana toimintana tai toimintana, joka ei tukenut kuntoutusta eikä kuntoutumista. Merkitykselliseksi tekijäksi kuntoutumisen kannalta kuntoutujat toivat tutkimuksessa mm. esille omat mahdollisuuden vaikuttaa ja osallistua oman kuntoutuksen suunnitteluun sekä päätöksentekoon omaan elämään koskevissa ratkaisuissa. Lisäksi tietoisuus kuntoutuksen organisoinnista ja siihen kuuluvien ammattihenkilöiden vastuusta koettiin tärkeäksi. Tämän myötä kuntoutujien käsityksissä tuli esille kuntoutussuunnitelman yhteys kuntoutustoiminnan laatuun, jota kuntoutujat kuvasivat onnistuneen tai puutteellisen koordinoinnin ja vuorovaikutuksen avulla. Kuntoutussuunnitelma ja sen laatiminen oli kuntoutujien mukaan merkittävä tekijä kuntoutuksen onnistumisen ja vaikuttavuuden näkökulmasta. Kuntoutusinterventioihin liittyvät käsitykset liittyivät terapiaihin ja kuntoutustyöntekijöiden toimintaan. Kuntoutujan toiminnassa kuntoutumista edistäviä tekijöitä olivat valmiudet selviytyä omaehtoisesti, omien tavoitteiden mukainen toiminta, oma halu ja myönteinen suhtautuminen kuntoutumiseen, itse määritellyt tavoitteet motivoivat, onnistumisen kokemukset ja lähiympäristön tuki. Tutkimuksen tuloksien mukaan tavoitteellinen kuntoutuminen ei

onnistu ilman kuntoutujan aktiivisuutta ja motivaatiota, joten kuntoutuksen tehtävänä on mahdollistaa tavoitteellisen kuntoutumisen puitteet.

Kuntoutuksen suunnittelua on tarkasteltu ja tutkittu myös asiakkaan kuntoutusvalmiuden näkökulmasta. Peltomaa (2005, 9) tutkimuksessaan - kuntoutusvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana kuntoutusvalmiuden käsitettä ja sen rakentumiseen vaikuttavia tekijöitä on tarkasteltu sosiaalityön näkökulmasta. Tutkimuksen yhteydessä on kehitetty kyselylomake kuntoutusvalmiuden ja siihen vaikuttavien tekijöiden tukemiseksi, jonka tarkoituksena oli tuottaa työväline kokonaisvaltaisen ja tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnitteluun. Työvälineen eli kyselylomakkeen tarkoituksena on toimia kuntoutussuunnitelman laatimisen pohjana. Tutkimustulosten mukaan kuntoutusvalmiuteen vaikuttavat useat elämäntilanteeseen liittyvät tekijät, kuten sosiaalinen tuki, kuntoutujan vuorovaikutusorientaatio (avoimuus, vetäytyminen, miellyttäminen), koherenssin tunne ja kuntoutujan elämäntilanteen merkitys (mielekäs arki, lähiyhteisö, toiminnallisuuden mahdollisuudet, fyysinen hyvinvointi, suhteet ystäviin ja sukulaisiin). Kuntoutusvalmiuden kannalta merkittäviä tekijöitä tutkimuksen mukaan olivat kuntoutujan asiantuntijuuden kunnioittaminen ja muutokseen rohkaiseva työote. Joustavuus ja vuorovaikutuksen voimavarakeskeisyys olivat myös merkityksellisiä kuntoutusvalmiuden rakentumisen kannalta hoidossa ja kuntoutuksessa. Toimintaympäristölliset tekijät saattoivat tukea ja mahdollistaa, mutta myös ehkäistä kuntoutumista. Tutkimustulokset osoittivat lisäksi moniammatillisuuden tarpeellisuuden. (Peltomaa 2005, 76, 84–85, 88,95, 104–115, 116, 130.)

3 KEHITYSVAMMAISTEN HYVÄ KUNTOUTUS

Kehitysvammaisten kuntoutuksen arvolähtökohdat tiivistyvät kolmeen perusarvoon: tasa-arvo, osallistuminen ja yksilön voimaantuminen (empowerment). Tasa-arvo-periaate viittaa yksilön perusoikeuksien kunnioittamiseen, tasavertaisiin mahdollisuuksiin saada yhteiskunnan tarjoama apu, mutta myös oikeuksiin ja asemaan palveluiden käyttäjänä. Osallistumisen periaatteella tarkoitetaan yksilön todellisia mahdollisuuksia osallistua omaa elämäänsä koskeviin valintoihin ja päätöksiin ja oman toimintavastuun korostamista näiden päätösten toteuttamisessa. Voimaantumisella tarkoitetaan päämäärää, joissa korostuvat itsenäinen toimintakyky, täysvaltainen yhteisön jäsenyys ja kansalaisen roolin vahvistuminen. Näiden arvolähtökohtien soveltaminen kehitysvammaisten kuntoutukseen johtaa psykososiaalisen toimintakyvyn ja elämännhallintataitojen vahvistamistavoitteeseen. (Seppälä 2008, 516–517.) Kehitysvammaisten joukossa oireiden ja ongelmien vaihtelu on suurta, eikä ole olemassa erityistä kehitysvammaisen kuntoutusta. Kehitysvammaisen kuntoutus on moniulotteinen kokonaisuus. Sen suunnittelu on vaativaa ja toteutus haastavaa. (Koivikko & Autti-Rämö 2006, 1907–1908).

3.1 Kuntoutuksen erityispiirteet

Kuntoutuspalvelujen kohdentuessa kehitysvammaiseen henkilöön on ammattihenkilöiden huomioitava kehitysvammaisuuden kuntoutukselle asettamat vaatimukset. Kehitysvammaisuus käsitteenä kuvaa yleisen selviytymisen vaikeutta, mutta se määritellään nykyisin toimintakyvyn rajoittuneisuudeksi. Toimintakyvyllä tarkoitetaan ICF -luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) kaikkia kehon toimintoja, yksilötason toimintaa ja osallisena oloa omassa elämässä. Kehitysvammaisuus on yläkäsite mitä erilaisimpia ilmenemismuotoja saaville ja mitä erilaisimmista syistä johtuville vaikeuksille oppia ja ylläpitää päivittäiseen elämään liittyviä toimia. AAIDD (American Association on Intellectual and developmental Disabilities) määrittelee kehitysvammaisuuden vammaisuudeksi, joka on saanut alkunsa ennen kuin henkilö on täyttänyt 18 vuotta. Sitä luonnehtivat huomattavat

rajoitukset sekä älyllisissä toiminnoissa että adaptiivisessa käyttäytymisessä ilmeten käsitteellisissä, sosiaalisissa ja käytännöllisissä taidoissa. (Koivikko & Autti-Rämö 2006, 1907; Seppälä 2008, 507; Kaski, Manninen & Pihko 2009, 15; AAIDD hakupäivä 3.3.2011.)

Kehitysvammaisuus on monisyinen keskushermoston kehityshäiriö. Se on ICD-10:n määrittelyn mukaan tila, jossa mielen kehitys on pysähtynyt tai epätäydellinen - erityisesti kognitiivisten, kielellisten, motoristen ja sosiaalisten kykyjen alueella. Älykkyydystason määrittelyn tulisi pohjautua kaikkeen saatavissa olevaan tietoon, kuten havaintoihin, sopeutumiskyvyn (huomioiden kulttuuritausta) ja suoriutumiseen psykomotorisissa testeissä. Kehitysvammaisuus jaetaan lievään (älykkyydosamäärä 50–69), keskivaikeaan (35–49), vaikeaan (20–34) ja syvään (alle 20) tasoihin. (Heiskala 2006, 1890.) Kehitysvammaisuus ei kuitenkaan tarkoita, että ihminen olisi oppimiskyvytön vaan kehitysvammainen henkilö tarvitsee laaja-alaisesti enemmän ohjausta ja tukea kuin muut. (Huttunen 2010, hakupäivä 3.3.2011; Koivikko & Autti-Rämö 2006, 1907.)

Älyllisistä kehitysvammaisuuksista noin 5 % johtuu erilaisista perinnöllisistä syistä, noin 30 % sikiökautisista kehityshäiriöistä, noin 10 % raskauden ja synnytyksen aikaisista haitoista kuten äidin raskauden aikaisesta runsaasta alkoholin käytöstä, noin 5 % lapsuuden aikaisista infektioista, kallovammoista ja myrkytyksistä, noin 15–20 % muista psykiatrisista sairauksista ja erilaisista ympäristötekijöistä kuten äärimmäisen vaikeista lapsuuden olosuhteista. Arviolta 30–40 %:ssa älyllisen kehitysvammaisuuden syyt ovat tuntemattomia. (Huttunen 2010, hakupäivä 3.3.2011.)

Kehitysvammaisuus ei ole itsessään riittävä perusta kuntoutukselle vaan kuntoutuksesta puhutaan kun kehitysvammainen tarvitsee psykososiaalisen toimintakykynsä ja omatoimisuutensa parantamiseen tai ylläpitämiseen erityistä tukea. Kehitysvammaisuuteen liittyviä haittoja ja rajoituksia tulee tarkastella suhteessa henkilön ikävaiheeseen ja niihin sosiaalisiin ja kulttuurisiin kehitystehtäviin, mitkä siihen normaalisti kuuluu. Kehitysvammaisuus on yleensä elinikäinen, joten kuntoutuksen integrointi elämäntapaajatteluun on välttämätöntä. Toimintakyky ja sen rajoitukset on suhteutettava henkilön asuin- ja toimintaympäristöön ja siitä nouseviin

haasteisiin ja vaatimuksiin. Kaikkia ilmeneviä toimintakyvyn rajoitteita ei pidä automaattisesti selittää kehitysvammaisuudella, sillä esimerkiksi mielenterveyteen liittyvät vaikeudet voivat heikentää psykososiaalista toimintakykyä entisestään ja estää henkilön saavuttamasta edellytystensä mukaista elämänhallinnan tasoa. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä esiintyy kehitysvammaisista 30–50%:lla. Tavallisia mielenterveydenhäiriöitä ovat autistiset häiriöt, käytöshäiriöt, aggressiivisuus ja itsensä vahingoittaminen, tarkkaavuushäiriö, skitsofreeniset häiriöt sekä mieliala-, ahdistuneisuus- ja sopeutumishäiriöt. (Koskentausta 2006, 1927; Seppälä 2008, 507–508, 519.)

Tilanteissa, missä mielenterveyden ja sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt kärjistyvät kriisiksi ja lähiverkoston voimavarat eivät enää riitä, tarvitaan kehitysvammapsykiatriaan erikoistuneen yksikön apua. Kehitysvammaisten vaikeat mielenterveyden ja sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt vaativat erityistason hoitoa ja kuntoutusta, mielellään moniammatillista yhteistoimintaa. Kehitysvammaisten psyykkisille ongelmille on ominaista se, että emotionaaliset häiriöt kytkeytyvät yhteen neurologisten häiriöiden, somaattisten vaivojen, toimintakyvyn puutteiden, sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmien ja yksinäisyyden kanssa. Ongelmien arviointi sekä hoidon ja kuntoutuksen käynnistäminen edellyttävät, että asiakkaan asuin- ja toimintaympäristöihin ja niiden ihmissuhteisiin perehdytään. Mielenterveyden häiriöiltä vaikuttavat ongelmat ovat usein seurausta vääristyneistä tai puutteellisista selviytymis- ja elämänhallintastrategioista, jotka ovat johtaneet kärjistyneisiin vuorovaikutuskierteisiin lähipiirin kanssa. (Koskentausta 2006, 1927–1928; Seppälä 2008, 507–508, 519.)

Kehitysvammaisuus tuo kuntoutukseen vuorovaikutustapahtumana omia erityispiirteitä, joista huolimatta on ensisijaisen tärkeää, että myös kehitysvammaista asiakasta kohdellaan kuntoutuksen aktiivisena osapuolena ja ikänsä mukaisesti vastuullisena ja kuntoutusprosessiinsa vaikuttavana yksilönä. Ammattihenkilön tulee alkuvaiheessa kiinnittää erityistä huomiota vuorovaikutussuhteen rakentamiseen, sillä asiakkaalle ei ole välttämättä syntynyt selkeää käsitystä esimerkiksi siitä kenen kanssa hän on tekemisissä ja mitä kuntoutuksessa tehdään. (Seppälä 2008, 509, 518.)

Kehitysvammaisen kuntoutus on tehokkainta silloin, kun kuntoutuspalvelujen tuottamisesta vastaavat ammattihenkilöt työskentelevät tiiviisti yhteistyössä koko kuntoutujan lähiyhteisön kanssa. Kehitysvammaisen kuntoutus onkin aina yhdistelmä kuntoutuja lähiyhteisölle annettavaa ohjausta, konsultaatiota ja yksilökuntoutusta. Mitä enemmän kehitysvammaisuuteen liittyy erityisongelmia ja tuen tarpeita sitä suurempi on laaja-alaisen moniammatillisen asiantuntemuksen tarve. Tavoitteena on päästä ns. laajaan diagnoosiin, kokonaisnäkemykseen henkilön terveyttä ja hyvinvointia uhkaavista tekijöistä sekä niistä voimavaroista, joita hänellä ja hänen verkostollaan on selviytyä. (Seppälä 2008, 509, 518.)

3.2 Voimavarasuuntautunut kuntoutus

Kuntoutuksen paradigma sitoutuu voimavarasuuntautuneeseen toimintamalliin, johon myös kehitysvammaisten kuntoutuksen tulee sitoutua. Yksilön vastuuta, autonomiaa ja henkilökohtaista hallintaa korostetaan valtaistumisen, toimintavoiman vahvistumisen ja elämänhallinnan (empowerment) tavoitteina kuntoutuksen nykyisessä määrittelyssä (Järvikoski & Härkäpää 2008, 53). Toimintakulttuurissamme voimaantumisen ei ole yhteneväistä määritelmää. Voimaantumisen käsite tuli suosituksi 1980-luvulla ihmisten hyvinvointia edistävien hankkeiden kautta. Empowerment on määritelty antamaan voimaa, valtaa ja kykyjä. (Gibsonin 1991, 355; Siitonen 1999, 84.)

Empowerment on helpompi ymmärtää jättämällä siitä pois voimattomuuden, avuttomuuden, toivottomuuden, vieraantumisen, huonon kohtelun, alistamisen, sortamisen, holhoamisen, kontrollin menettämisen elämästä ja itsenäisyydestä. Yhteneväisemmän käsitteen muodostamiseksi siihen liitetään coping - taidot, vastavuoroinen tuki, tukiverkosto, yhteisöllinen organisaatio, naapuruston osallistuminen, henkilökohtainen vaikuttaminen, pätevyys, itsemäärääminen ja itsetunto. (Gibsonin 1991, 355.)

Rostila (2001, 41) viittaa Banjan (1990) määritelmään, jossa valtaistamisessa (empowerment) on kyse yksilön ja yhteisön välisestä vuorovaikutuksesta, jossa yksilölliset valinnat ja sosiaalisen ympäristön tarjoamat mahdollisuudet yhdistyvät ihanteellisella tavalla. Käytännössä toimintapuitteiden muuttaminen edellyttää luovuutta

ja yhteistoimintaa asiakkaan kanssa. Puitteiden luominen suotuisiksi vaatii asiakkaan tulemistä subjektiksi. Asiakkaan tulee määritellä omin sanoin pulmansa, pyrkimyksensä ja vahvuutensa. Särkelän (1994, 43) mukaan auttamisen kannalta on tärkeä kysyä, millaisten toimintojen subjekti asiakas on ja mitkä ovat toimintaedellytykset sekä millaisten toimintojen subjekti asiakkaan pitäisi olla ja mitkä ovat silloin toimintaedellytykset. Kuntoutuminen merkitsee subjektiksi nousemista ja näin ollen kuntoutuksen tehtävänä on luoda tälle toimintaedellytykset.

Voimaantumisteoria, tutkimus ja interventio linkittyvät yksilön hyvinvointiin yhdessä laajemman sosiaalisen ja poliittisen ympäristön kanssa. Voimaantumisorientoituneet interventiot edistävät hyvinvointia, silloin kun tarkoituksena on ratkaista ongelmia, tarjota mahdollisuutta osallistua ja kehittää tietoisuutta ja taitoja. Teoria sisältää sekä prosessin että lopputuloksen, joiden eri vaiheissa yksilön voimaantuminen tapahtuu. (Perkins & Zimmerman 1995, 569–570.) Voimavarasuuntautuneella teorialla tarkoitetaan asiakastyöhön viitattua toimintatapaa, jossa painopiste on asiakkaan voimavarojen ja mahdollisuuksien etsimisessä (Riikonen 2008, 159).

Siitosen (1999, 161–164) mukaan voimaantumisteoria koostuu viidestä premissistä. 1. Voimaantuminen on henkilökohtainen ja sosiaalinen prosessi, 2. Voimaantuminen on ihmisestä itsestään lähtevä prosessi, joka jäsentää päämäärät, kykyuskomukset, kontekstiuskomukset ja emootiot sekä näiden sisäiset suhteet, 3. Voimaantuminen vaikuttaa katalyytin tavoin sitoutumisprosessiin, 4. Voimaantuminen on yhteydessä ihmisen hyvinvointiin ja 5. Voimaantuminen ei ole pysyvä tila.

Keskeistä voimavarakeskeisyydessä on asiakkaan kuuleminen ja asiakkaan tavoitteista lähteminen. Tavoitteellisuuden edellytys on, että toiminta perustuu asiakkaan kanssa määriteltyyn tavoitteeseen ja toimintalinjaan. (Rostila 2001, 40.) Voimavarakeskeisessä ajattelutavassa painotetaan tulevaisuuteen suuntautuneisuutta ja tavoitteellisuutta, voimavarojen ja toiveikkuuden nostamista keskipisteeksi, pienin askelin tapahtuvaa edistymistä, tasaveroisuutta ja yhteistyötä, arvostamista, myönteistä, luovaa, leikkimielistä ja humoristista keskustelua ja ajattelua sekä monia vaihtoehtoisia ratkaisuja ongelmiin. (Katajainen, Lipponen & Litovaara 2003, 14).

Voimaantuminen lähtee ihmisestä itsestään - voimaa ei voi antaa toiselle. Se on henkilökohtainen ja sosiaalinen prosessi, jonka kannalta toimintaympäristön olosuhteet voivat olla merkityksellisiä. Tämän vuoksi voimaantuminen voi olla tietyissä ympäristöissä todennäköisempää kuin toisessa. Voimaantunut ihminen on löytänyt omat voimavaransa ja hän on itse itseään määräävä ja ulkoisesta pakosta vapaa. Voimaantumisprosessissa toinen ihminen ei ole voimaannuttanut, vaan hän on itse tullut voimaantuneeksi. (Siitonen 1999, 91, 93.) Thompsonin (2007, 21–22, 24) mukaan voimaantuminen (empowerment) on ihmisten auttamista elämän ja olosuhteiden hallinnan löytämisessä. Se ei ole jotain mitä me voimme tehdä tai teemme ihmisille, vaan se jotain mitä teemme heidän kanssaan. Empowerment on ihmisen (myös ryhmän) kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä sekä ottaa vastuu omasta tekemisestään.

3.2.1 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan sosiaali- ja terveysalalla toimintaa, joka perustuu ihmisarvoon ja yhdenvertaisuuteen. Asiakaslähtöisyys on arvostelma ja tavoite suhteessa organisaatioihin ja asiantuntijoihin. Asiakaslähtöisyys tulisi nähdä osana jatkuvaa neuvottelua, tulkintojen ja ratkaisujen tekoprosessina eli sopimuksellisuutena. Asiakaslähtöisyys ilmenee ajattelun ja toiminnan tasolla. Vuorovaikutus asiakkaan ja työntekijän välillä on yhteistyösuhde, jota luonnehtivat dialoginen ja yhteistoiminnallinen tapa työskennellä. Tavoitteena yhteistyössä on voimaantuminen. Yhteistyö tilanteeseen asiakas ja työntekijä tuovat ainutlaatuisen ihmisyytensä. Asiakaslähtöinen työ edellyttää jatkuvaa eettistä pohdintaa käytännön tilanteissa ja toimintaa, joka muuttaa ja joustaa asiakaskohtaisesti. (Piirainen 1999, 3-5; Sorsa 2002, 68.)

Kuntoutuksessa asiakaslähtöisyys on keskeinen teema. Se on perusta tulokselliselle kuntoutukselle. Asiakaslähtöisyys merkitsee kuntoutuksen yksilöllisten tavoitteiden ja keinojen määrittelyä asiakkaan lähtökohdista. Kuntoutujan itsemäärääminen ja autonomian tukeminen on sekä toiminnan että sen tulosten kannalta keskeistä. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 53.)

Kuntoutuksen asiakastyön malleista asiakaslähtöisyydestä puhutaan myös termillä kuntoutujalähtöisestä mallista. Seuraava taulukko kuvaa kahden vastakkaisen kuntoutusmallin eroja. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 159.)

TAULUKKO 1. Asiantuntijakeskeinen ja kuntoutujalähtöinen malli kuntoutustyössä (Järvikoski & Härkäpää 2006, 159)

ASiantuntijakeskeinen malli	Kuntoutujalähtöinen malli
ASIAKAS - toiminnan kohde, ohjeiden noudattaja - passiivinen rooli	KUNTOUTUJA - toiminnan subjekti, elämäänsä suunnitteleva ja vaihtoehtoja punnitseva päätöksentekijä aktiivinen rooli
KUNTOUTUSTYÖNTEKIJÄ - asiantuntija, toiminnan subjekti - arvioija, päätöksentekijä, ohjeiden antaja	KUNTOUTUSTYÖNTEKIJÄ - yhteistyökumppani, tukihenkilö - mahdollisuuksien avaaja, innostaja - lisää asiakkaan tilannekompetensseja päätöksentekoon
SUHTEEN LUONNE - ensi sijassa yksisuuntainen vaikutussuhde - perustuu eriarvoisuuteen ja samalla vahvistaa riippuvuutta	SUHTEEN LUONNE - tasa-arvoisuuteen perustuva vuorovaikutussuhde - tukee ja palkitsee asiakkaan itsenäisyyttä
ONGELMIEN LUONNE - asiakkaan vajavuus, osaamattomuus	ONGELMIEN LUONNE - kuntoutujan ja toimintaympäristön välisen suhteen ongelmat - myös vajaakuntoistumista ja syrjäytymistä lisäävät käytännöt
RATKAISUT, TOIMENPITEET - yksilön vajavuuksien ja toimintarajoitusten vähentäminen - yksilön sopeuttaminen	RATKAISUT, TOIMENPITEET - yhdessä etsityt tavat jäsentää tulevaisuuden mahdollisuuksia - fyysisen ja sosiaalisen ympäristön esteiden poistaminen - voimavarojen tukeminen
TULEVAISUUDEN ENNUSTEET - fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn paraneminen - omasta kontrollista asiantuntijan kontrolliin - avun tarpeen sopeuttaminen, opittu avuttomuus	TULEVAISUUDEN ENNUSTEET - selviytymiskeinojen ja strategioiden parantuminen - hallinnan tunteen lisääntyminen, valtaistuminen asiantuntija-avun tarpeen väheneminen

Kuntoutus on aina ainutlaatuinen prosessi, jonka ytimenä on kuntoutujan ja kuntoutuksen ammattilaisen välinen yhteistyö ja vuorovaikutus (Järvikoski & Karjalainen 2008, 87). Kuntoutujan aseman ja vaikutusmahdollisuuksien perustana on kuntoutuksen tavoitteiden ja toimintakokonaisuuksien määrittely hänen omista lähtökohdista, joka tarkoittaa myös menetelmien ja prosessien aitoa kuntoutujalähtöisyyttä (Kuntoutusselonteko 2002, 6).

Kuntoutujan haasteena on kuntoutussuunnitelman rakentaminen. Rakentaja on ensisijaisesti kuntoutuja itse, mutta siihen hän tarvitsee asiantuntijoiden apua ja tukea. Asiantuntijoiden opastuksella kuntoutuja voi löytää vaihtoehtoisia toimintatapoja. Asiantuntija toimii niin sanotusti kanssarakentajana kuntoutujalle, joka merkitsee irrottautumista luokittavista vajavuuksista ja tilanteeseen kätkeytyvien voimavarojen ja luovien mahdollisuuksien asiantuntevaa etsintää. Kanssarakentajuuden kysymys osoittautuu vaativaksi silloin kun kuntoutus toteutuu moniammatillisena yhteistyönä ja toimijoita on useita. Ryhmässä tai verkostomaisessa yhteistyössä on vaarana, että asiantuntijavaltaisuus ja organisaatiokeskeisyys korostuvat asiakkaan omaaloitteisuuden ja itsemääräämisoikeuden kustannuksella. Yhteistyötilanteisiin liittyy aina vastuukysymyksiä, kuten kuka kantaa vastuun siitä, että yhdessä laadittuja suunnitelmia lähdetään konkreettisesti viemään eteenpäin. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 91.)

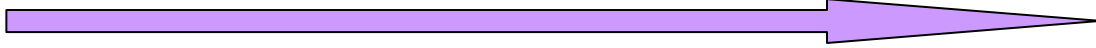
3.2.2 Moniammatillisuus

Kuntoutuksen valtaistava toimintamalli ohjaa kuntoutuksen käytäntöjä monitieteisiin ja -ammattillisiin lähestymistapoihin. Monialaisen ammatillisen yhteistyön lähtökohta on, että työryhmän valmiudet tukea asiakkaan ongelmien kohtaamisessa ja ratkomisessa ovat suuremmat kuin yksittäisten jäsenten. Eri ammattien paneutuminen asiakkaan tilanteeseen voi tuottaa uudenlaisia tapoja ymmärtää siinä vaikuttavia tekijöitä, löytää asiakkaan elämäntilanteen kannalta tarkoituksenmukaisia tavoitteita ja kehittää niihin soveltuvia ratkaisuja. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 86.)

Moniammatillisen (Multiprofessional, interprofessional, trans-/crossprofessional) yhteistyön käsite alkoi esiintyä jo 1980-luvun loppupuolella ja vakiintui Suomessa 1990-luvulla. Moniammatillinen yhteistyö on tutkimuksien (Övretveit 1996, Payne 2000, Nikander 2003) mukaan käsitteenä epämääräinen ja monenlaisten yhteistyötapojen kuvauksessa käytetty. Sitä voidaan tarkastella mm. sateenvarjokäsitteenä (kuviokuva 2), joka sisältää monenlaisia ja monitasoisia ilmiöitä. Yhteistyö käsitteenä merkitsee sitä, että ihmisillä on yhteinen työ tai tehtävä suoritettavanaan, ongelma ratkaistavanaan tai päätös tehtävänänsä tai he etsivät uusia näkymiä keskustellen. Moniammatillisuus tuo yhteistyöhön mukaan tiedon ja osaamisen

eri näkökulmia. Monitieteisyys ja moniammatillisuus nähdään juuri systeemisenä ratkaisuna kokonaisvaltaisen tiedon puutteeseen. (Isoherranen 2005, 13–14, 17; ks.myös Mönkkönen 2007, 127.)

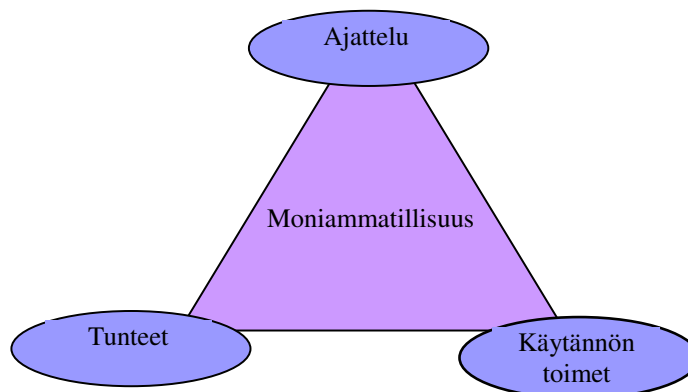
Yhteistyö lisääntyy



Moniammatillinen rinnakkain tapahtuva työskentely asiakkaan kanssa.	Asiantuntijat muodostavat yhdessä keskustellen yhteisen käsityksen ja räätälöidyn asiakaslähtöisen tavoitteen.	Asiantuntijat rikkovat asiakaslähtöisesti työskennellessään sovitusti roolirajojaan.
---	--	--

KUVIO 2. Moniammatillisen yhteistyön sateenvarjokäsitteen sisältämät eriasteiset asiantuntijoiden osuuden yhteistyömuodot (Isoherranen 2005, 17)

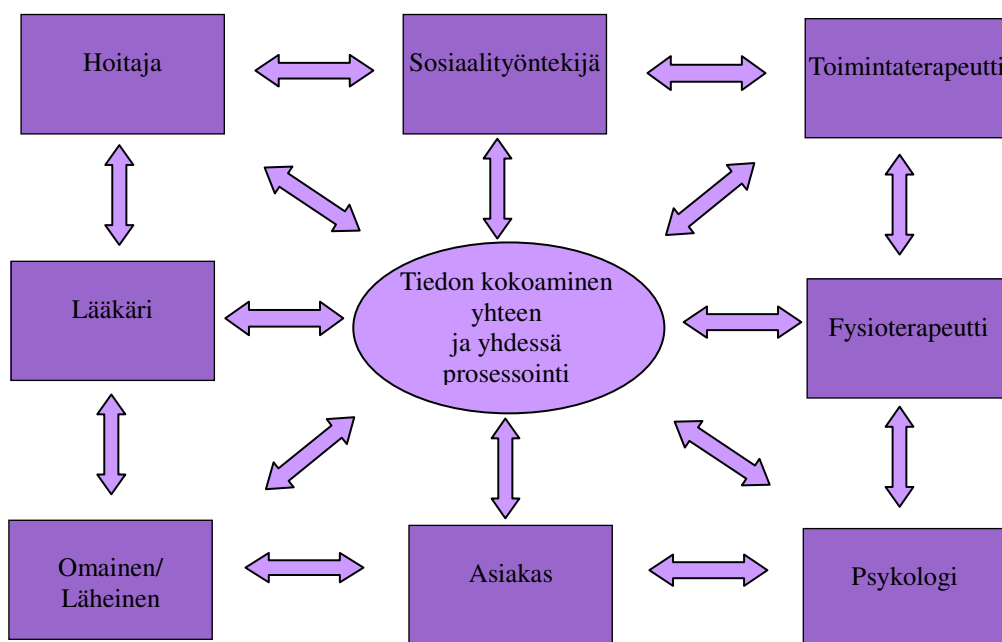
Moniammatillisuus ja tiimityö ovat kuntoutukselle ominaisia piirteitä, ja usein nimenomaan moniammatillisen yhteistyön on katsottu olevan avain hyviin kuntoutustuloksiin. Moniammatillisella yhteistyöllä on tärkeää tarjottavaa kuntoutuksen kaikissa vaiheissa. Voidaan siis todeta, että toimiva moniammatillinen yhteistyö ja hyvä vuorovaikutus asiakkaan kanssa voivat olla jo sinällään kuntoututtavia. Hyvän yhteistyön edellytys on, että jokaisella osallistujalla on oman alansa vankka tietopohja ja sen pohjalta rakentuva näkökulma asiakkaan tilanteeseen. Toisaalta eduksi on oman näkökulman rajallisuuden tajuaminen ja toisen esittämän tiedon ja näkemyksen arvostaminen. Asiakasyhteistyön perimmäinen tarkoitus on erilaisuuden luova yhdistäminen yksilöllisissä kuntoutusprosesseissa. (Talo 2002, 33; Järvikoski & Karjalainen 2008, 88.) Lewis (2009,8) määrittelee moniammatillisuuteen sisältyvän ajattelun, tunteet, ja mahdollisuuden toimia (Kuvio 3).



KUVIO 3. Kolme moniammatillisuuden näkökulmaa (Lewis 2009,8)

Tämä tarkoittaa sitä, että moniammatillisessa työssä pitää organisoida se mitä tiedetään, mitä tunnetaan ja mitä voidaan tehdä niin, että toiminta on oikean suuntaista. (Lewis 2009, 8-9).

Moniammatillisessa yhteistyössä kuvataan asiakastyössä eri asiantuntijoiden työskentelyä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan kokonaisuus. Yhteisessä tiedon prosessoinnissa eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot integroidaan yhteen asiakaslähtöisesti. Tarvittaessa asiakkaan ja hänen lähiverkoton osallistuminen keskusteluun on mahdollista. Vuorovaikutusprosessissa rakennetaan yhteinen tavoite ja pyritään luomaan yhteinen käsitys tarvittavista toimenpiteistä (Kuvio 4). Ideali moniammatillinen työ on rutiininomainen ja vakinainen tapa tehdä työtä yhteisesti sovitussa foorumissa ja yhteisesti sovituin periaattein. (Lewis 2009, 8; Isoherranen 2005, 13–14, 18.)



KUVIO 4. Ideaalien perusmalli tiedon integroimisesta yhteen moniammatillisessa yhteistyössä (Isoherranen 2005, 18)

Talo (2002, 32–33, 35) kirjoittaa Kuntoutus-lehden artikkelissa, että moniammatillisen kuntoutuksen perimmäisenä tavoitteena on henkilön toimintakyvyn edistäminen. Moniammatillisen kuntoutuksen erilaisilla toimenpiteillä pyritään toimintakyvyn edistämiseen. Se tuo kuntoutuksen käyttöön erilaisia keinoja ja menetelmiä, joilla hyvinvointiin ja toimintakykyyn yritetään vaikuttaa sekä yksilöllisistä että yhteisöllisistä

lähtökohdista ja myös yhteiskunnallisista järjestelmistä käsin. Kuntoutussuunnitelman laatimiseksi moniammatillinen tiimi käyttävät toistensa havaintoja sairauden ja toimintakyvyn laaja-alaisen, moniulotteisen selitysmallin luomiseksi.

Moniammatillisessa yhteistyössä korostuu viisi tekijää 1. asiakaslähtöisyys, 2. tiedon ja näkökulmien kokoaminen yhteen, 3. vuorovaikutustietoinen yhteistyö, 4. verkostojen huomioiminen ja 5. rajojen ylitykset. Lähtökohtana on siis aina *asiakas*, joka pyritään huomioimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Yhteistyön yhteydessä puhutaan myös synergiasta, joka syntyy silloin, kun ryhmän yhteinen suoritus tuottaa paremmat tulokset kuin ryhmän yksittäisten jäsenten yhteensä. *Tiedon ja eri näkökulmien yhteen kokoaminen* tuottaa onnistuessaan yhteisen, jaetun merkityksen. Tämän onnistuminen vaatii tietoista vuorovaikutuskulttuurin tunnistamista ja siihen pyrkimistä. *Vuorovaikutteisella yhteistyöllä* tarkoitetaan vuorovaikutuksen merkityksen hahmottamista ja siihen vaikuttamista. Sopivan vuorovaikutuksen löytäminen ja tiedon yhdessä prosessointi on asian ydin. Asiakkaan ja hänen verkostonsa näkökulman mukaan ottaminen prosessiin on tärkeää. Verkostot ovat suhteita ja verkostotyöllä tarkoitetaan työryhmän toimintaperiaatteita ottaa asiakkaan sosiaalinen verkosto huomioon. *Rajojen ylityksillä* tarkoitetaan roolien rajoja koskevien sääntöjen sovittuja ylityksiä asiakaslähtöisesti ja joustavasti työskennellessä. (Isoherranen 2005, 14–16.)

4 KEHITYSVAMMAISEN NUOREN KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELU

Kuntoutus määritellään ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on kuntoutuminen, toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Se on monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. (Kuntoutusselonteko 2002, 3.) Kuntoutus on yleensä pitkä prosessi, joka edellyttää suunnitelmallisuutta, joka puolestaan lisää tuloksellisuutta, koska se antaa mahdollisuuden yksilöllisten ja yhteisten voimavarojen kehittämiseksi vaikeuksien voittamiseksi. (Rissanen, 2008, 625–628.)

Nuorten kehitysvammaisten kuntoutuksen tavoitteena on turvata yksilöllisten kehitysedellytyksien toteutuminen ja jokapäiväiseen elämään liittyvien iänmukaisten roolien ja toimintojen mahdollisimman hyvä hallinta. Nuoruus on kuntoutuksen suunnittelun kannalta vaihe, jolloin nuorelta odotetaan lisääntyvästi vastuunottoa omasta elämästään. Nuoruudessa nuoren subjektiivinen asiakkuus korostuu oman kuntoutusprosessin ja elämäntilanteen määrittelyssä. Kuntoutuksen sisältö ja toteutus suunnitellaan yhdessä nuoren ja vanhempien sekä muiden tahojen kanssa. Nuoren ja perheen yksilölliset tarpeet ja toiveet tulee aina tiedustella ja huomioida. Kuntoutusta suunniteltaessa on tärkeää auttaa vanhempia tunnistamaan nuoren arkeen liittyvät ongelmat ja arjessa selviytymisen kannalta tärkeimmät asiat. Vanhempien on opittava näkemään nuoren kehitys pieninä askelina, jotka valmistavat uuden taidon oppimista. Kuntoutuksen suunnittelu edellyttää asiantuntevaa, kokenutta ja moniammatillista yhteistyötä. (Melamies, Pärnä, Heino & Miller 2004, 106; Koivikko & Autti-Rämö 2006, 1908; Autti-Rämö 2008, 480, 483–484; Seppälä 2008, 508–510.)

Kuntoutujan osallistuminen oman kuntoutusprosessinsa suunnitteluun ja toteutukseen on sen etenemisen kannalta tärkeää. Lähtökohtana on kuntoutujan toimintakyvystä ja toiminnallisista tarpeista lähtevien kuntoutujan omien tarpeiden ja tavoitteiden ymmärtäminen ja niiden yhdistäminen asiantuntijoiden näkemykseen. Kuntoutusprosessin keskeiset vaiheet, kuntoutustarpeen havaitsemisen jälkeen ovat yksilöllisten tavoitteiden asettaminen, suunnitelman laatiminen siitä, millaisin keinoin tavoitteisiin pyritään, toiminnan (palvelujen ja toimenpiteiden) käynnistäminen sekä toiminnan jatkuva

arviointi, joka voi tukea valittuja ratkaisuja ja antaa kimmokkeita sen jatkamiseen tai vaihtoehtoisesti johtaa takaisin alkuun eli tavoitteiden tai keinojen uudelleen arviointiin. Olennaista on, miten ja keiden kanssa suunnitelma laaditaan, kuka tai ketkä kantavat vastuun sen toteutuksesta ja miten sen etenemistä seurataan. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 85–87; Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 5.) Kuntoutusprosessin kaikkien vaiheiden sujumisen kannalta on välttämätöntä, että kuntoutujalla on selkeä käsitys kuntoutuksen vastuuhenkilöstä (Rissanen 2008, 632).

Kuntoutustarpeen arviointi eli diagnoosi, toimintakyky ja toiminnallinen haitta ovat kuntoutuksen suunnittelussa keskeisimpiä osia (Rissanen 2008, 631). Suunnittelussa tärkeintä on selkeiden, yksilöllisten ja realististen tavoitteiden asettaminen. Tavoitteiden asettamisessa on tärkeä ottaa huomioon niin nuoren, vanhempien, nuoren arkeen oleellisesti kuuluvien muiden aikuisten sekä kuntoutuksen ammattilaisten näkemys tavoitteiden tärkeydestä ja realistisuudesta. Tavoitteiden saavuttaminen ei kuitenkaan ole mahdollista elleivät ne ole myös nuorelle itselleen tärkeitä. Tavoitteiden täytyy olla merkityksellisiä ja nuoren mieltämässä ajassa saavutettavia. Luodessaan itse itselleen haasteita on nuori myös motivoitunut harjoittelemaan tavoitteisiin pääsemiseksi. Harjoittelu auttaa nuorta tunnistamaan omat rajat ja myös selkeyttää hänelle, mitkä harjoitukset toimivat ja mikä on realistista saavuttaa. (Autti-Rämö 2008, 481.) Kuntoutuksen seuranta antaa kuntoutuksen suunnittelulle välttämätöntä palautetta siitä, ollaanko oikealla tiellä, reagoivatko haitat erilaisiin interventioihin oikealla tavalla ja onko etenemisaikataulu oikea. Seuranta toimii myös kuntoutujan tukiverkoston tärkeänä luottamusta tukevana tekijänä. Seurannassa arviointia on pyrittävä tekemään objektiivisin ja samoin menetelmin kuin prosessin aikana muutoinkin. (Rissanen 2008, 632.)

Kuntoutussuunnitelman sisällön määrittely ja pukeminen sellaiseen sanalliseen muotoon, että sitä voidaan käyttää kuntoutuksen tukena, on vaativa tehtävä. Kuntoutujan kanssa yhdessä tehty kuntoutussuunnitelma luo pohjan hänen sitoutumiselleen ohjelmaan, antaa turvallisuuden tunnetta sekä palauttaa mieleen toiminnan perusteet ja lähtökohdat. Se jäsentää myös myöhempää yhteistyötä. Kuntoutujan elämää ei ole sen suoraviivaisempaa tai ennustettavampaa kuin muidenkaan ihmisten elämä. Elämäntilanteet muuttuvat ja näin ollen ratkaisujen tulee muuttua niiden mukana. Kuntoutussuunnitelman tulee olla joustava ja sen tulee antaa

mahdollisuus tilanteen nopeaan uudelleenarviointiin erityisesti epäonnistumisien sattuessa. Omatoimisuutta korostava suunnitelman tulisi olla ymmärrettävä, selkeä ja kuntoutujan kannalta realistinen. Asiantuntijoiden tehtävän on ohjata kuntoutujan epävarmuus, pelot, tuska ja pettymykset rakentavaksi, aktiiviseksi toiminnaksi. Kuntoutujan sitoutuminen suunnitelmaan ei ole aina itsestään selvää ja suunnitelman toteuttaminen riippuvat monista eri tekijöistä (Taulukko 2.) (Rissanen 2008, 628–629; Seppälä 2008, 509; Paltamaa, ym 2011, 5-7.)

TAULUKKO 2. *Kuntoutussuunnitelmaan sitoutumiseen ja motivaatioon vaikuttavat tekijät (Rissanen 2008, 629)*

- Kuntoutuja ei tiedä, mitä hänen pitäisi tehdä
- Kuntoutujalla ei ole ohjeiden edellyttämiä taitoja tai voimavaroja
- Kuntoutuja ei usko, että hän kykenee toteuttamaan suunnitelmaa
- Kuntoutuja ei usko, että suunnitelman toteutumisella on merkitystä hyvinvoinnin tai toimintakyvyn kannalta
- Omatoiminen hoitosuunnitelma on liian vaativa eikä kuntoutuja usko, että sen noudattamisesta on kustannuksia vastaava hyöty
- Suunnitelman noudattamiseen liittyy epämiellyttäviä tai ei-palkitsevia tapahtumia, tuntemuksia tai kokemuksia
- Kuntoutujan ja kuntouttajan keskinäinen suhde on huono
- Kuntoutusprosessilla ei ole jatkuvuutta tai se on epävarma
- Kuntouttaja ei kiinnitä riittävästi huomiota suunnitelman toteutumiseen

Erityisesti kehitysvammaisella asiakkaalla on yleensä vaikeuksia ymmärtää sanallisia, monimutkaisia selityksiä, eikä hänelle aina välttämättä ole syntynyt selkeää käsitystä siitä, kenen kanssa hän on tekemisessä ja mitä kuntoutuksessa tehdään, jonka vuoksi tiivis yhteistyö on tarpeen sitoutumisen ja motivoinnin mahdollistamiseksi. (Seppälä 2008, 509.)

Kuntoutuksen ammattilaisten tulee tunnistaa yksilöllisen kuntoutuksen avulla toteutuvan muutoksen mahdollisuus, mikä edellyttää nuoren yksilöllisten erityisvaikeuksien hyvää tunnistamista, kykyä sitouttaa vanhemmat ja nuoren elämään osallistuvat aikuiset kuntoutukseen. Ammattilaisilta edellytetään, että he näkevät nuoren kokonaisuutena omine erityispiirteineen ja tunnistavat nuoren mahdollisuudet, joiden varaan kuntoutussuunnitelma rakennetaan. Heidän tulee kyetä vastaamaan siitä, että tavoitteet asetetaan realistisiksi ja käyttöön otetaan tavoitteiden kannalta mahdollisimman optimaaliset interventiot. Lisäksi ammattilaisten tulee pystyä ennakoimaan mahdolliset kehitykselliset riskit ja pyrkiä ennaltaehkäisemään lisäongelmien kehittyminen. Rehellisyys on tärkeintä kuntoutusta suunniteltaessa. Vaikka nuoren kehityssuunnitelmien antaminen on vaikeaa, voidaan perhettä aina tukea ja ohjata iloitsemaan pienistäkin muutoksista. (Autti-Rämö 2008, 484–485.)

5 TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISTYÖN VÄLINEENÄ

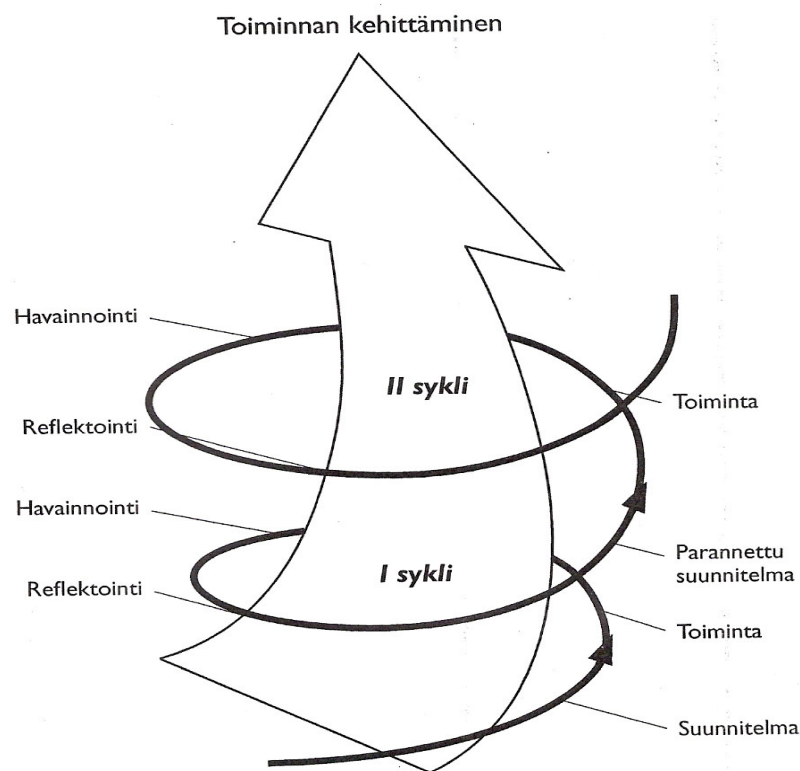
Tässä opinnäytetyönä tehdyssä kehittämistyössä kehittämismenetelmänä toimi ryhmätasoinen, osallistava ja kommunikatiivinen toimintatutkimus. Kehittämismenetelmä on järjestelmällinen menettelytapa, jolla saavutetaan tarkoitettu päämäärä. Se on keino tai väline päästä tavoitteeseen tai toteuttaa jokin tarkoitus. Tutkimuksessa menetelmän valinta on osa tutkimusstrategiaa, jonka tulisi tarjota välineet vastata tutkimusongelmiin tutkimusaineiston pohjalta. Menetelmät ovat risteämiskohtia, jossa tutkimus ja kehittäminen kohtaavat. Erilaisia toimintatutkimuksia yhdistää muutokseen pyrkiminen, käytäntöihin suuntaaminen ja tutkittavien osallistuminen. (Seppänen-Järvelä 2007, 21,24.)

5.1 Osallistava ja kommunikatiivinen toimintatutkimus

Toimintatutkimuksella (Action Reseach) tarkoitetaan todellisessa maailmassa tehtävää interventiota ja kyseisen intervention vaikutusten lähempää tutkimista. Se on siis tutkimusta, jonka avulla pyritään ratkaisemaan erilaisia käytännön ongelmia, parantamaan sosiaalisia käytäntöjä sekä ymmärtämään niitä syvällisemmin. (Metsämuuronen 2003, 181.)

Toimintatutkimus on ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja sekä tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi. Se kohdistuu sosiaaliseen toimintaan, joka pohjautuu vuorovaikutukseen. Ihmisiä ohjaa yhteinen näkemys yhteisestä toiminnasta ja sen tarkoituksesta. Toimintatutkimuksessa pyritään valtaistamaan tai voimaannuttamaan ihmisiä. (Heikkinen 2006, 16–17, 20.) Toimintatutkimus on tilanteeseen sidottua (*situational*), yleensä yhteistyötä vaativa (*collaborative*), osallistavaa (*participatory*) ja itseään tarkkaileva (*self-evaluative*). Toimintatutkimuksessa teoriaa ja käytäntöä ei nähdä toisistaan erillisinä, vaan paremminkin saman asian eri puolina (Metsämuuronen 2003, 181; Heikkinen 2010, 215.)

Toimintatutkimus on interventioon perustuva, käytännönläheinen, osallistava, reflektiivinen ja sosiaalinen prosessi. Sen tarkoituksena tutkia sosiaalista todellisuutta, jotta sitä voitaisiin muuttaa ja muuttaa todellisuutta, jotta sitä voitaisiin tutkia. Se koostuu spiraalimaisesta kehästä, jossa suunnittelu, toiminta, havainnointi, reflektio ja uudelleensuunnittelu tapahtuu perättäisinä vaiheina (Kuvio 5.). Yhteen suunnitelmaan perustuu kokeilua, josta seuraa kokemusten pohjalta parannettu suunnitelma. Näin muodostuu kokeilujen ja tutkimuksen vuorovaikutuksena etenevä spiraali, joka tekee siitä prosessinomaista kehittämistä. On esitetty, että spiraalin syklejä tulisi toteuttaa useamman kerran, jotta tutkimus olisi toimintatutkimus. Todellisuudessa suunnittelu, toiminta ja arviointi lomittuvat, eikä niitä voi erottaa toisistaan. (Kiviniemi 1999, 63; Heikkinen, 2006, 19, 27; Heikkinen, Rovio & Kiilakoski, 2006, 80; Toikko & Rantanen 2009, 66.)



KUVIO 5. Toimintatutkimusspiraali (Heikkinen, ym. 2006, 81)

Toimintatutkimus on laajuuden mukaan mahdollista jakaa viiteen eri analyysitasoon yksilö-, ryhmä-, ryhmien välisten suhteiden-, organisaatio- ja alueellisen

verkostotasoon. Ryhmätasolla tiimi tapaa suunnitelmallisesti, keskustelee sovitusta teemasta ja kehittää omaa toimintaansa. (Heikkinen 2006, 17–19.) Toimintatutkimukseen voidaan myös soveltaa useita lähestymistapoja, joita ovat kriittinen toimintatutkimus, osallistava toimintatutkimus, tutkiva opettaja liike, toimintatiede ja kommunikatiivinen toimintatutkimus. Osallistavassa toimintatutkimuksessa korostetaan tutkimuskohteena olevan yhteisön jäsenten osallistumista tutkimukseen ja kommunikatiivisessa toimintatutkimuksessa korostetaan vuorovaikutusta ja osallistujien tasavertaista keskustelua muutoksen aikaan saamiseksi. Sen avulla pyritään lisäämään työntekijöiden osallistumista ja demokratiaa käyttämällä heidän kokemustietoaan voimavarana ja aktivoimalla heitä. Kommunikatiivisessa toimintatutkimuksessa työntekijä nähdään työnsä asiantuntijana, ei kehittämisen kohteena vaan muutoksen alullepanijana. Tämä tutkimus suuntaus pohjaa demokraattiseen dialogiin. (Heikkinen, Kontinen & Häkkinen 2006, 39–58).

5.1.1 Toimintatutkimuksen aineistot ja analysointi

Toimintatutkimus voidaan lukea kuuluvaksi laadulliseen eli kvalitatiiviseen tutkimukseen. Tutkimusaineisto kerätään valitulla menetelmällä, joka on riippuvainen tutkimusmenetelmästä. Tutkimusmenetelmää tarvitaan aineiston käsittelyssä. Toimintatutkimus alkaa tai jatkuu siitä, mihin laadullinen tutkimus loppuu. Toimintatutkimuksella ei ole kehitelty omia tiedonkeruu-, eikä tiedon analyysimenetelmiä vaan se voi pitää sisällän laadullisen tutkimuksen eri tiedonkeruu- ja analyysimenetelmiä. Toimintatutkimukseen kuuluu tutkimusaineiston jatkuva analysointia ja tulosten käyttäminen toiminnan kehittämiseen. (Huovinen & Rovio 2006, 103; Kananen 2009, 17, 22.)

Tiedonkeruumenetelminä toimintatutkimuksessa käytetään havainnointia, haastattelua ja toiminnan aikana tuotetaan kirjallista muuta materiaalia. Osallistavan havainnoinnin avulla toimintatutkija koettaa ymmärtää yhteisön toimintaa laajasti ja välttää rajaamasta ennalta jotain oleellista pois. Havainnointia tukee tapahtumien videointi tai keskustelujen nauhoittaminen sekä tutkimuspäiväkirjan kirjoittaminen. Toimintatutkimukselle on yleistä ryhmämuotoisen teemahaastattelun käyttö, jossa

tutkija tekee haastattelurungon kenttätyössä keskeiseksi havaitsemistaan teemoista. (Huovinen & Rovio 2006, 103–104, 106–107, 110; ks. Toikko & Rantanen 2009, 143–146.)

Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.) Aineiston analyysissä analyttiseksi katsotaan kuuluvan aineiston luokittelun ja jäsentämisen systemaattisesti eri teema-alueisiin, koodaaminen helpommin tulkittavissa oleviin osiin. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on pyrkiä mahdollisimman tiheään analyysiin, mutta kehittämistoiminnassa joudutaan tyytymään usein karkeampaan jäsennostapaan. Laadullisia aineistoja lähestytään kehittämistoiminnan kysymyksenasettelun näkökulmasta, jolloin ei ole tarkoituksenmukaista analysoida kaikkea mahdollista aineiston informaatiota. Siten kehittämistoimintojen analyysit ovat kapeampia ja pinnallisempia kuin perinteisen tutkimusanalyysit. Kehittämistoiminnassa tyydytään usein laadullisen aineiston luokitteluun ja karkeaan tulkintaan. (Toikko & Rantanen 2009, 140–141; Kiviniemi 2010, 80.)

Tässä toimintatutkimuksena toteutetussa kehittämisprosessissa aineisto muodostui interventioissa ryhmämuotoisista teemahaastattelun aineistoista ja niissä tuotetuista työpapereista ja interventiosuunnitelmista. Kehittämisprosessin ajan tutkijana olen kirjoittanut tutkimuspäiväkirjaa. Aineiston analysointia toteutettiin sisällönanalyysiä hyödyntäen. Toimintatutkimuksen aineiston keruu ja analysointi esitetään tarkemmin luvussa 6 Kehittämisprosessin toteutus.

5.1.2 Osallistava arviointi toimintatutkimuksessa

Toimintatutkimuksen osallistava ja sosiaalinen prosessinomaisuus vastaa myös osallistavan arvioinnin periaatteisiin, jossa otetaan myös huomioon tilanteet ja ympäristöt, joissa ihmiset toimivat ja sosiaaliset ilmiöt syntyvät ja tapahtuvat. Osallistava arviointi voidaan liittää osaksi hankkeen tai palvelun päivittäisiä toimintoja. On siis suotavaa, että hankkeen tai palvelun tavoitteita ja interventioita kehitetään ja

muutetaan koko ajan. (ks. Heikkinen 2006; Heikkinen, ym.2006; Kivipelto 2008, 9, 16, 24.)

Osallistava arviointi on kannan ottamista siihen, mitä tulee muuttaa tai kehittää ja mikä on mahdollisesti jo hyvin ja toimivaa. Kehittämisosiosiaa ohjataan arvioinnin perusteella. Osallistavassa arvioinnissa kiinnostuksen kohteena ovat toimijoiden kokemukset ja niiden kautta kertyvä tieto. Osallistamisen kautta tuetaan demokratian, tasa-arvon, oikeudenmukaisuuden, vapautuksen ja elämän edistämisen periaatteita. Näin ollen toimintatutkimuksessa mukana olevien osapuolten mukanaolo arvioinnissa on tärkeää. Arviointimenetelmät ovat moninaiset, yleisimmin käytetään kvalitatiivisia. (Kivipelto 2008, 16, 24, 26; Toikko & Rantanen 2009, 61, 83.)

Tässä toimintatutkimuksessa osallistavaa arviointia toteutettiin vapaamuotoisen sanallisen palautteen antamisen muodossa koko kehittämisprosessin ajan ja kirjallisen kyselyn kautta joka toisen intervention päätteeksi. Kehittämisprosessin ja kehittämistyön tuloksien arviointia käsitellään luvussa 8 Kehittämistyön arviointi.

5.2 Toimintatutkijan rooli kehittämistyössä

Toimintatutkimuksessa toimintatutkija on aktiivinen vaikuttaja ja toimija, joka osallistuu tutkimaansa toimintaan tehden tutkimuskohteeseensa tarkoitukselliseen muutokseen tähtäävän intervention. Toimintatutkimuksen voi tehdä yksittäinen henkilö/työntekijä, mutta kyseessä voi olla koko työyhteisön tai organisaation muutosprosessi. (Kuula 1999, 10,12; Metsämuuronen 2003, 181; Heikkinen 2006, 19; Heikkinen, Kontinen & Häkkinen 2006, 50.)

Toimintatutkimusta on määritelty arvosidonnaiseksi ja subjektiiviseksi lähestymistavaksi, jossa toimintatutkija on toimiva subjekti. Toimintatutkimus on tietoista tasapainottelua osallistumisen ja vetäytymisen välillä. Tutkijan tulee kannustaa muutokseen ja kouluttaa osallistujia mutta hänen tulee olla myös subjektiivinen kanssaeläjä ja kokija. Toimintatutkija tulkitsee sosiaalisia tilanteita omasta näkökulmastaan käsin, joten hänen tietonsa ei voi olla objektiivista sanan

tavanomaisessa merkityksessä. (Huovinen & Rovio 2006, 102; Heikkinen 2010, 223.) Toimintatutkimuksessa pyritään valamaan uskoa ihmisten omiin kykyihin ja toimintamahdollisuuksiin eli voimaannuttamaan heitä (Heikkinen 2006, 21).

Kehittämisen prosessin ajan toimin pääsääntöisesti ideoivana ja innostavana toimintatutkijana prosessissa omien kuitenkin kokemuksen kyseisissä työryhmässä työskentelystä toimintaterapeuttina useamman vuoden ajalta. Roolini oli myös ylemmän ammattikorkeakoulun kuntoutuksen opiskelijana ohjata ja vastata prosessin etenemisestä sekä kerätä aineistoa sekä tehdä kirjallinen raportti opinnäytetyönä. (ks. Toikko & Rantanen 2009, 91.)

5.3 Tahkokankaan palvelukeskus kehittämissympäristönä ja kehittämistyön osallistajat

Tahkokankaan palvelukeskus otti ensimmäiset ”huollettavansa” vatsaan vuonna 1969 aloittaessaan toiminnan (Haastola 1997, 72). Palvelukeskus fuusioitui vuoden 2010 alussa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kanssa, jolloin siitä tuli kehitysvammahuollon tulosalue. Sen tehtävänä on täydentää jäsenkuntien kehitysvammahuollon palveluja. Tahkokankaalla on 11 palvelukotia, 3 ryhmäkotia, työ- ja päivätoimintayksikkö sekä poliklinikka. Tahkokankaan palveluita ovat laitos- ja tilapäishoito, tutkimus- ja kuntoutuspalvelu, asumispalvelut, työ- ja päivätoiminta sekä poliklinikkapalvelut. Asiakaspaikkoja Tahkokankaalla on noin 180 ja henkilökuntaa kokonaisuudessaan noin 280. (PPSHP kehitysvammahuolto, hakupäivä 16.3.2011.)

Kehittämisen prosessi suuntautui Sateenkaaren palvelukotiin, joka on yksi Tahkokankaan pitkäaikaista kuntouttavaa asumista, tutkimus- ja kuntoutusjaksoja ja tilapäisjaksoja tarjoava palvelukoti. Sateenkaari on suunnattu kehitysvammaisille lapsille ja nuorille, jotka tarvitsevat tukea mielenterveyden ylläpitämiseen. Palvelukodin intensiivinen akuuttihoito ja kuntoutus kohdistuvat sekä lieventämään psyykkisiä oireita että vahvistamaan yleisiä elämähallintataitoja. (PPSHP Kehitysvammahuolto hakupäivä 16.3.2011; Tahkokangas hakupäivä 11.10.2010.)

Kehittämistyöhön osallistui Sateenkaaren palvelukodilla työskentelevä moniammatillinen työryhmä. Työryhmään kuuluvat osaston hoitajat, lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti, fysioterapeutti ja puheterapeutti. Hoitajista interventiotapaamisiin osallistui kulloinkin työvuorossa olevat hoitajat (4-6). Fysioterapeutin ja puheterapeutin osallistuminen kehittämisprosessiin estyi prosessin alkuvaiheessa.

Moniammatillisen työryhmän tavoitteena on holistisen ihmiskäsityksen mukainen toiminta, jossa ihminen nähdään tajunnallisena (psykkis-henkisenä), kehollisena (orgaanisena) ja situaationaalisenä (suhteina todellisuuteen) olentona (ks. Rauhala 1989.) Oppimiskäsitys työryhmässä pohjaa kokonaisvaltaiseen oppimiskäsitykseen, jossa oppiminen on oppijan henkistä toimintaa. Kokonaisvaltaisessa oppimiskäsityksessä opittu tieto ilmenee kokonaisuuksien hahmottamisena, analyysinä eli kokonaisuuden sisäisten suhteiden ja oleellisten tekijöiden erottamisena, mallien muodostamisena, soveltamisena ja synteessinä, uusien oivallusten tuottamisena. (Kivi, 1994, 4-5.)

6 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUKSEN, TAVOITTEEN JA TUTKIMUSKYSYMYSTEN MUOTOUTUMINEN

Opinnäytetyönä tehtävän kehittämistyön tavoitteena oli kehittämisprosessin suunnitteluvaihteessa lähteä kehittämään kehitysvammaisten nuorten kuntoutuspalveluja. Tavoite pohjautui työryhmässä havaittujen arjen haasteiden sekä Vaski-hankeen jatkokehittelyehdotukseen lähteä vakinaistamaan ja tuotteistamaan palveluita (ks. Savukoski 2009). Myös laitospäivä asumisen rakennemuutokset ja purkamiset ovat ajankohtaisia tekijöitä laitospäivä palveluiden kehittämiseksi. (ks. Peltö-Huikko, Kaakinen & Jukka Ohtonen 2008.) Kehittämistyön suunnitteluvaiheessa, kehittämissuunnitelman valmistamisen aikana tutkijana perehdyin kuntoutusta ohjaaviin lakeihin ja asetuksiin, ohjelmiin ja aikaisempiin tutkimuksiin ja hankkeisiin. Kävimme myös kehittämisprosessiin osallistuvan työryhmän ja Vaski-hankkeen työntekijöiden kanssa keskustelua kehittämistyön tarpeellisuudesta ja tarkoituksesta. Näihin tekijöihin perustuen tarkoituksena oli lähteä kehittämään kuntoutuspalveluissa kuntoutuksen suunnittelun vaihetta.

Laadukkaan ja tuloksellisen kuntoutuksen perustana katsotaan olevan kuntoutuksen suunnittelu. Kuntoutuksessa ja sen suunnittelussa korostetaan myös asiakaslähtöisyyttä ja moniammatillisuutta. (ks. mm. Järvikoski & Karjalainen 2008; Järvikoski & Härkäpää 2008; Rissanen, 2008.) Asiakaslähtöisyyden ja moniammatillisen työntoteutumisessa on havaittu useita erilaisia haasteita kuntoutusalalla (ks. mm. luku 2.3.). Asiakaslähtöisyyden ja moniammatillisen työn toteutuminen käytännön työssä olivat myös mietityttäneet kehittämisprosessiin osallistuvaa työryhmää. Tämän vuoksi kehittämisprosessin suunnitteluvaiheessa valittiin alustavasti kuntoutuksen suunnitteluun liittyvien asiakaslähtöisyyden ja moniammatillisuuden toteutumisen näkökulmat.

Suunnitteluvaiheen päätyttyä, interventioiden alkaessa kehittämistyössä käynnistyi toteutusvaihe. Tässä vaiheessa lähdettiin alustavasti hakemaan vastauksia siihen millainen on nykyinen kuntoutuksen suunnittelun toimintamalli Sateenkaaren palvelukodissa.

Toteutusvaiheessa tutkimuskysymykset alkoivat tarkentua ja muotoutua. Interventoiden alkuvaiheessa, työryhmän tuottaman aineiston pohjalta selkiytyi, ettei Sateenkaaren palvelukodin moniammatillisella työryhmällä ollut käytössä yhteisesti sovittua kuntoutuksen suunnittelun toimintamallia. Tähän perustuen kehittämistyössä lähdettiin hakemaan vastausta seuraavaan tutkimuskysymykseen:

1. Minkälainen on kuntoutuksen suunnittelun toimintakäytäntö Sateenkaaren palvelukodissa ennen kehittämistoimintaa?

Toimintakäytännön kuvaamisen yhteydessä ja erityisesti sen jälkeen työryhmä pohti ja määritteli kuntoutuksen suunnittelun kehittämistarpeita. Tässä vaiheessa kehittämistyötä haettiin vastausta toiseen tutkimuskysymykseen:

2. Millaisia kehittämiskohteita kuntoutuksen suunnittelun toteutuksessa ilmeni?

Toisen tutkimuskysymyksen aineiston ja sen analysoinnin pohjalta vastaukseksi saatiin, että kuntoutuksen suunnitteluun liittyvät kehittämishaasteet liittyivät juuri asiakaslähtöisyyden ja moniammatillisen työn toteutumisen haasteisiin. Kuntoutuksen suunnitteluun liittyvät asiakaslähtöisyyden ja moniammatillisuuden kehittämishaasteet ja –tarpeet muodosti kehittämistyön kolmannen ja viimeisen tutkimuskysymyksen. Kehittämistyön tuloksena haettiin vastausta tutkimuskysymykseen:

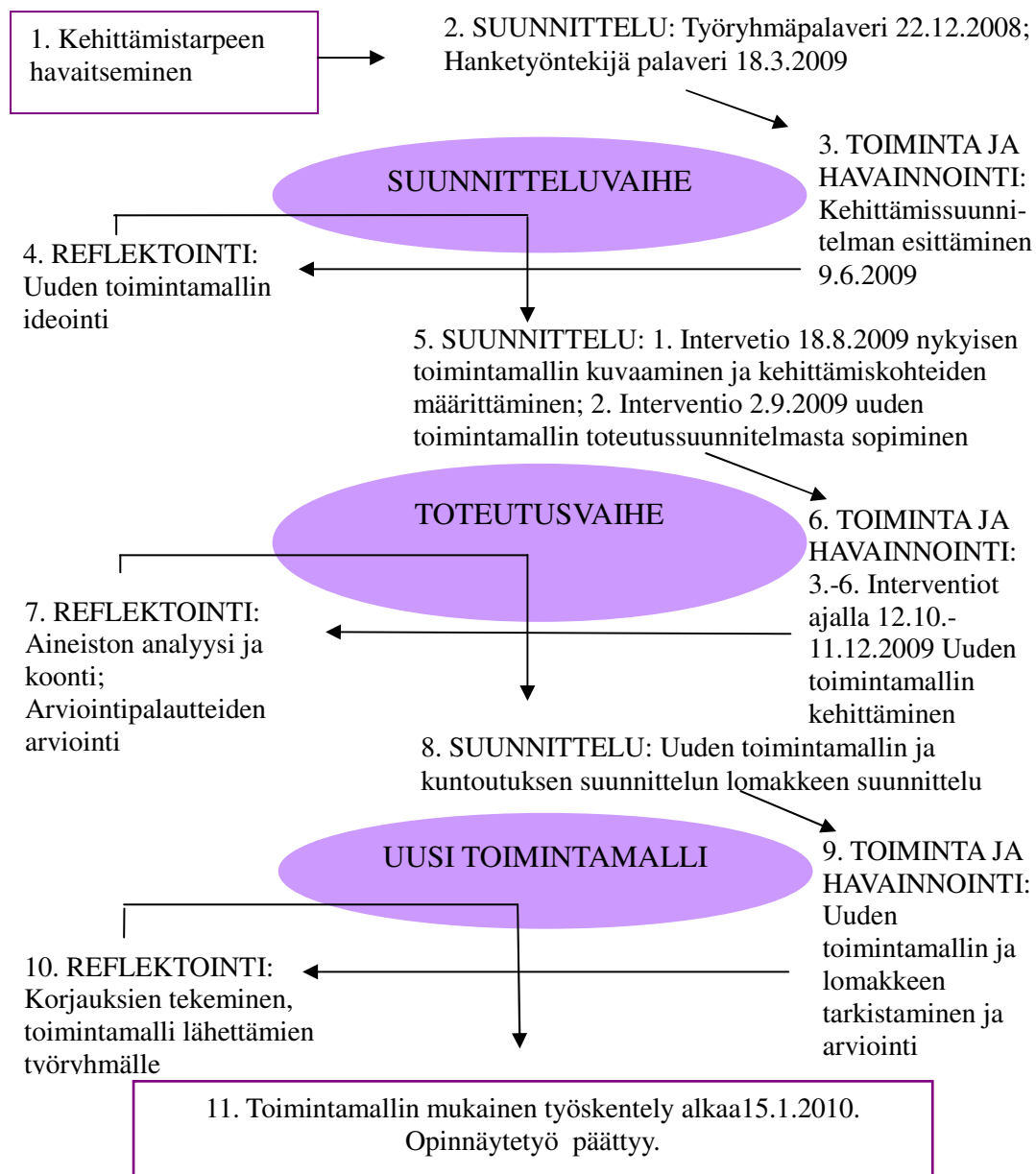
3. Minkälainen on moniammatillisena yhteistyönä tuotettu asiakaslähtöinen ja moniammatillinen kuntoutuksen toimintamalli Sateenkaaren palvelukodissa?

Tämän toimintatutkimuksena tuotetun kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa moniammatillinen ja asiakaslähtöinen kuntoutuksen suunnittelun toimintamalli Tahkokankaan palvelukeskuksen Sateenkaaren pitkäaikaiskuntoutuspalveluun. Kehittämistoiminnan kautta kuvautuu uudenlainen yhteistyöhön perustuva toimintakäytännön kehittämismalli Tahkokankaan palvelukeskukseen.

Tutkimuskysymysten muotoutuminen ja koko kehittämistyön – ja prosessin toteutuminen kuvautuu tarkemmin seuraavassa luvussa 7. Kehittämisprosessin toteutus.

7 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Kehittämisen prosessi alkoi kehittämistarpeen havaitsemisen jälkeen suunnitteluvaiheella joulukuussa 2008 ja se päättyi kehitetyn toimintamallin käytäntöön saamiseen tammikuussa 2010 (Kuvio 6.), jonka jälkeen opinnäytetyön raportin kirjoittaminen käynnistyi.



KUVIO 6. Kehittämisen prosessin toteutus (Toikko & Rantanen 2009, 67)

7.1 Suunnitteluvaihe

Tämän toimintatutkimuksen suunnitteluvaihe käynnistyi syksyllä 2008 kehittämistarpeen havaitseminen jälkeen, jolloin tutkijan ylemmän ammattikorkeakoulun kuntoutuksen koulutusohjelman opinnot olivat alkuvaiheessa. Suunnitteluvaiheeseen kuului kehittämistyön aiheen ideointi ja suunnittelu yhteistyössä kehittämisprosessiin osallistuvan moniammatillisen työryhmän-, Vaski-hanketyöntekijöiden sekä ohjaavien opettajien ja opiskeluryhmän kanssa. Toimintatutkimuksen tarve ja aihe kehittämistyölle nousi työntekijöiden kokemuksista moniammatillisen työn toteuttamisen haasteista käytännön työssä. Aiheen tarpeellisuutta tuki myös Vaski-hankeen mallinnusprosessin tulokset ja jatkokehittämähdotukset palvelujen vakioinnista palvelukuvauksien ja tuotteistamisen kautta. (ks. Heikkinen ym. 2006; Savukoski ym. 2009.)

Kehittämisprosessiin osallistuva moniammatillinen työryhmä, josta käytän myöhemmin sanaa työryhmä tapasi aiheen ideoinnin merkeissä 22.12.2008. Tapaamisessa keskusteltiin aiheen tarpeellisuudesta ja kehittämis- ja osallistumishalukkuudesta sekä yhteisistä pelisäännöistä liittyen tulevaan kehittämisprosessiin. Työryhmässä kehittäminen katsottiin tärkeäksi ja ajankohtaiseksi sekä osallistumismotivaatiota tuntui olevan. (ks. Heikkinen ym. 2006.) Tapaamisessa keskusteltiin moniammatillisuuteen liittyvistä toimivista asioista sekä mahdollisista kehittämiskohteista. Toimiviksi asioiksi työssä katsottiin mm. moniammatillisen työryhmätyöskentelyn mahdollisuudet tehdä moniammatilliset kuntoutusarviot ja – tutkimukset säännölliset lääkärinkierrot, jolloin moniammatillinen työryhmä kokoontuu keskustelemaan asiakasasioista ja.

Vaski-hankkeen kehittämiskoordinaattorin sekä mallinnuksesta vastaavan suunnittelijan kanssa tavattiin 18.3.2009. Tämän tapaamisen ja aikaisemman työryhmätapaamisen pohjalta kehittämistyön aiheen tarkoituksenmukaisuus varmistui. Tässä vaiheessa suunnitelmana oli, että moniammatillinen työryhmä kehittäisi yhteisen kuntoutuksen suunnittelun toimintamallin ja siihen lomakkeen työvälineeksi. Lisäksi kuntoutuksensuunnittelussa olisi tarkoituksenmukaista lähteä vahvistamaan asiakasnäkökulmaa ja mahdollistamaan asiakkaan osallistumista kuntoutuksen

suunnitteluun. (ks. Kuntoutusselonteko 2002.)

Toimintatutkimukselle tyypillinen joustava ja muutoksiin mahdollistava kehittämissuunnitelma valmistettiin näiden toimenpiteiden pohjalta ja se esitettiin hyväksytysti työryhmälle 9.6.2009. Suunnitteluvaihe päättyi kesäkuussa 2009. (ks. Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2006; Huovinen & Rovio 2006.)

7.2 Toteutusvaihe

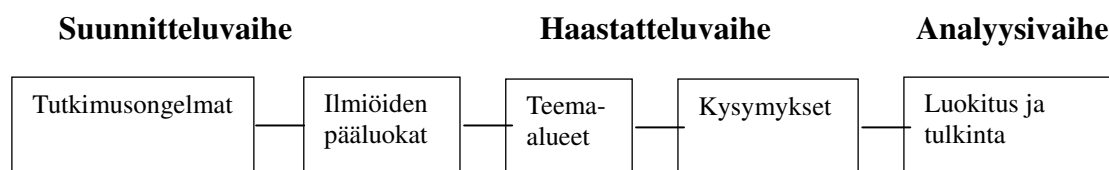
Uuden toimintamallin kehittäminen sisältyi toteutusvaiheeseen ja se koostui yhteensä seitsemästä interventtiosta. Tutkija suunnitteli jokaisen intervention etukäteen ja toimitti työryhmälle suunnitelman sähköpostin välityksellä viikkoa ennen tapaamista (Liite 1.) Toteutusvaiheessa ensimmäisenä kuvattiin nykyinen Sateenkaaren palvelukodin toimintakäytäntöä, jonka jälkeen määriteltiin sen kehittämiskohteet. Uusi toimintamalli kehitettiin näiden kehittämiskohteiden perusteella viiden interventiotapaamisen aikana. Viimeisessä interventiossa tarkistettiin kehitetty toimintamalli ja tehtiin tarvittavat korjaukset ja tarkennukset, jonka jälkeen uuden uusi toimintamallin mukainen työskentely voitiin käynnistää.

7.2.1 Nykyisen toimintakäytännön kuvaaminen

Ensimmäinen interventio toteutui 18.8.2009, jonka tavoitteena oli kuvata nykyinen toimintakäytäntö sekä määrittää kehittämiskohteet. Tässä interventiossa tavoitteena oli myös saada vastaukset kahteen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen eli 1. Minkälainen on kuntoutuksen suunnittelun toimintakäytäntö Sateenkaaren palvelukodissa ennen kehittämistoimintaa? ja 2. Millaisia kehittämiskohteita kuntoutuksen suunnittelun toteutuksessa ilmeni?

Nykyisen toimintakäytännön kuvaaminen toteutettiin ryhmämuotoista teemahaastattelua käyttäen, joka on puolistrukturoitu haastattelumuoto. Siinä edetään tiettyjen keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Teemahaastattelu korostaa ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioilleen antamiaan

merkityksiä sekä sitä, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47–48.) Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja ongelmanasetteluun tai tutkimustehtävän mukaisesti. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen. (Kuvio 7) (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77–78.) Ryhmämuotoinen haastattelu valittiin aineiston hankintaan, koska se mahdollistaa työryhmässä vapaamuotoisen keskustelun kautta yhteisen kannan kehittämiskohteista. (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2001, 61.)



KUVIO 7. Teema-alueet tutkimuskokonaisuudessa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 67)

Haastatteluun määriteltiin kuntoutusta ohjaavien lakien, ohjelmien, aikaisempien tutkimuksien ja aikaisempien ideointi- ja suunnittelukeskusteluiden perusteella teemoiksi moniammatillisuus, asiakaslähtöisyys ja kuntoutuksen suunnittelu ohjaamaan keskustelua. Näihin teemoihin liittyen tutkijana suunnittelin seuraavia tarkentavia kysymyksiä teema-alueittain:

Moniammatillisuus:

- Miten moniammatillinen tiimi suunnittelee tällä hetkellä pitkäaikaisasukkaiden kuntoutuksen?
- Miten moniammatillisen tiimin jäsenten (lääkäri, sairaanhoitaja/hoitaja, psykologi, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, puheterapeutti?) asiantuntijuutta hyödynnetään kuntoutuksen suunnittelussa?

Asiakaslähtöisyys:

- Miten asiakas osallistuu kuntoutuksensa suunnitteluun?
- Miten asiakkaan omaiset /läheiset osallistuvat kuntoutuksen suunnitteluun?
- Ketä muita kuntoutuksen suunnitteluun mahdollisesta osallistuu?

Kuntoutuksen suunnittelu:

- Missä vaiheessa kuntoutusprosessia/osastojaksoa kuntoutusta suunnitellaan?
- Mitä asioita kuntoutuksen suunnittelussa huomioidaan?
- Mitä asioita kuntoutuksen suunnittelu pitää sisällään?
- Miten suunnitelma kirjataan?

Ryhmämuotoisesta teemahaastattelusta saati tieto purettiin haastattelun yhteydessä teema-alueittain kirjaamalla asiat fläppitaululle. Teemoittelun pohjalta tutkija kirjoitti teema-alueista sekä nykyisestä kuntoutuksensuunnittelun toimintamallista yhteenvedon, jonka työryhmä hyväksyi toisessa interventio tapaamisessa 2.9.2009. (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2001, 141–142).

Työryhmän kuvaus nykyisestä toimintamallista:

Moniammatilliseen työryhmään kerrottiin kuuluvaksi hoitaja lääkäri/psykiatri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä, puheterapeutti, työtoiminnan ohjaaja ja palvelujohtaja. Jokaiselle työryhmän jäsenelle kuvattiin oma asiantuntijuus, joiden hyödyntäminen kuntoutuksen suunnittelussa koettiin vahvasti kehittämistarpeeksi. Haasteisiin työryhmä kuvasi myös yhteisen toimintamallin puuttumisen kuntoutuksen suunnittelussa.

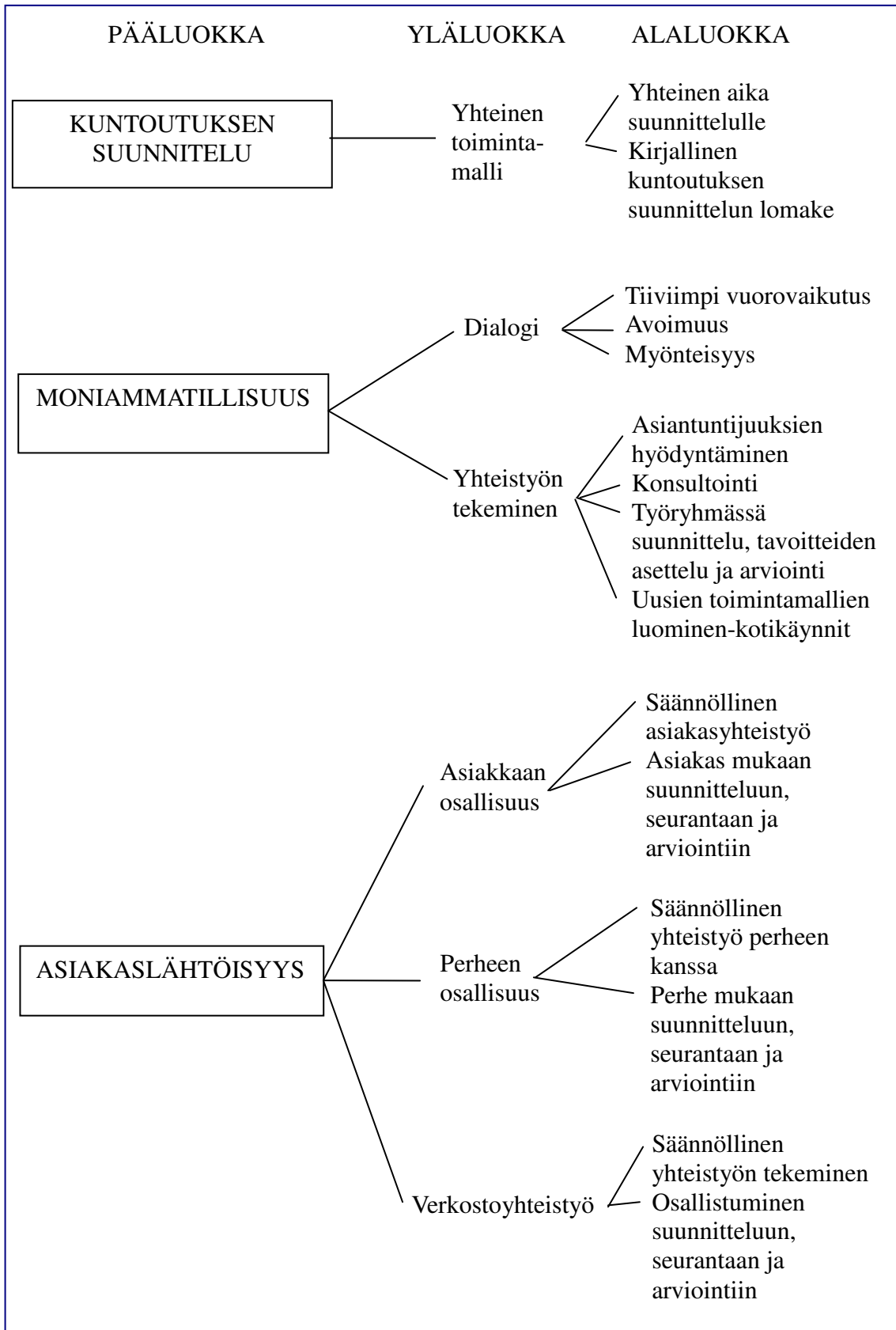
Asiakaslähtöisyyden kuvattiin toteutuvan asiakkaan osallistumisella hoitoon liittyvien sopimuksien tekemiseen, joka todettiin tärkeäksi ja toimivaksi. Vanhempien osallistuminen oli vaihtelevaa kuntoutuksen suunnittelussa. Alkutilanteessa vanhempien rooli painottui taustainformaation, toiveiden ja odotuksien ilmaisemiseen. Muina yhteistyötahoina pidettiin mm. opettajia, koulukuraattoreja, lastensuojelua ja avoimuusohjaajia. Asiakaslähtöisyyteen liitettiin kuuluvaksi asiakkaan, perheen/vanhempien ja muiden tahojen vaihteleva osallistuminen. Selkeää toimintamallia ei ollut, jonka koettiin vaikuttavan eriarvoisiin palveluihin. Asiakkaan osallistuminen ei ollut säännönmukaista ja se painottui toiveiden esittämiseen. Asiakkaiden esittämät toiveet hoitajat pyrkivät tuomaan mukaan kuntoutuksen suunnitteluun ja kuntoutukseen.

Kuntoutuksen suunnittelua ja kuntoutussuunnitelmaa tehtiin yleensä ennen pitkäaikaiskuntoutuspäätöstä, mutta sen hyödyntäminen pitkäaikaisessa kuntoutuksessa oli vähäistä. Kuntoutuksen suunnittelun koostui työntekijöiden arvioinneista, jotka liitettiin kuntoutussuunnitelmaan. Varsinaista systemaattista ja kokonaisvaltaista mallia ei ollut. Kuntoutuksen suunnittelu painottui säännöllisten kiertojen yhteyteen ja se toteutui puheen tasolla. Kirjaamiskäytäntöä ei ollut. Hoitajien toimesta kuntoutuksen suunnittelua toteutettiin myös raporteilla. Kuntoutuksen suunnitteluun hoitaja käytti

hoitosuunnitelmaa, jonka täyttämisestä erityisesti vastasi asiakkaan vastuuhoidtaja. Muu työryhmä oli hoitosuunnitelmasta tietoisia mutteivät hyödyntäneet sitä omassa asiakastyössään.

Yhteenveto nykytilanteesta: Osastolla pitkäaikaiskuntoutuksessa olevien asiakkaiden moniammatillisen kuntoutuksen suunnitteluun ei ole käytössä tiettyä toimintamallia. Asiakaan tilanteesta riippuen asiakkaalla voi olla jo ennen pitkäaikaiskuntoutuspäätöstä tehty erityistyöntekijöiden arvio toimintakyvystä kuntoutussuunnitelmaan. mutta jo tehtyä kuntoutussuunnitelmaa ei juurikaan hyödynnetä pitkäaikaiskuntoutuksen suunnittelussa eikä sen aikana. Moniammatillinen tiimi ei tee yhdessä kirjallista suunnitelmaa kuntoutuksesta pitkäaikaiskuntoutuspäätöksen jälkeen. Kuntoutuksen suunnittelu tapahtuu pääsääntöisesti puheen tasolla säännöllisillä lääkärin kiertojen yhteydessä. Moniammatillisen tiimin asiantuntijuus tiedostetaan hyvin ja osaamista on monipuolisesti, kuitenkin tätä asiantuntijuutta ja osaamista ei hyödynnetä riittävästi. Asiakas ja vanhemmat osallistuvat kuntoutuksen suunnitteluun pääosin toiveita esittämällä. Koettiin myös ettei asiakas ei ole aina välttämättä tietoinen omasta kuntoutuksesta ja sen tavoitteista. Muiden yhteistyötahojen kanssa tehdään yhteistyötä tarpeen mukaan, mutta siihen ei ole käytössä tiettyä toimintamallia.

Nykyisen toimintakäytännön kuvaamisen jälkeen työryhmästä jokainen kirjoitti muistilapuille kehittämisehdotuksia. Kehittämisehdotukset analysoitiin aineistolähtöisellä laadullisen eli induktiivisen sisällön analyysimenetelmää hyödyntäen, jossa pyrittiin luomaan kehittämisehdotuksista teoreettinen kokonaisuus. Analyysi eteni kolmivaiheisen prosessin mukaisesti (pelkistäminen, ryhmittely, teoreettisten käsitteiden luominen). Ensimmäiseksi tutkijana pelkistin 31 alkuperäistä kehittämisehdotusta, jonka jälkeen ne ryhmiteltiin samaa tarkoittavien ilmaisujen joukoiksi, alakategorioiksi. Kehittämisehdotukset määrittyivät kuntoutuksen suunnittelun, moniammatillisuuden ja asiakaslähtöisyyden yläkategorioihin (Kuvio 8) Tutkija toimitti nämä kehittämisehdotukset sähköpostitse ennen seuraavaa interventiotapaamista työryhmälle sähköpostin välityksellä. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 101, 108–113.)



KUVIO 8. Kehittämisehdotuksien analyysi.

7.2.2 Uuden toimintamallin kehittäminen

2. Interventiossa 2.9.2009 aloitettiin uuden toimintamallin kehittäminen. Tavoitteena oli valita ja määrittellä ryhmitellyistä kehittämistarpeista kehittämiskohteet, tehdä toteutussuunnitelmaa ja aloittaa kehittäminen. Työryhmä oli ennakkoon perehtynyt sähköpostin välityksellä lähetettyihin kehittämisehdotuksiin ja ne todettiin tarkoituksenmukaisiksi. Työryhmässä keskusteltiin vielä määritellyistä kehittämiskohteista, jotta kaikilla prosessiin osallistujilla on kehitettävästä kohteesta yhteneväinen näkemys (ks. Heikkinen ym. 2006.) Lähtökohtana oli siis lähteä kehittämään kuntoutuksen suunnitteluun moniammatillisen yhteistyön toteutumista ja asiakkaan, omaisten ja verkostojen osallisuuden mahdollistamista.

Kehittämisprosessin etenemisen pohjaksi tutkijana esitin Järvikosken & Karjalaisen (2008, 87) soveltaen kuntoutusprosessin vaiheita, joka työryhmässä hyväksyttiin (Kuvio 9) Prosessimalliin tutkija kirjasi lisäksi tarkentavia kysymyksiä kuntoutusprosessin aiheen kohdentumisen, tarkentumisen ja rajaamisen vuoksi (Liite 2). (ks. myös Rissanen 2008, 630.)

Kuntoutusprosessi (Järvikoski & Karjalainen 2008)	Kuntoutuksen suunnittelun alustava prosessimalli
<ol style="list-style-type: none">1. Nykytilanteen analysointi/arviointi (ongelmien ja voimavarojen arviointi)2. Tavoitteiden määrittely (asettaminen ja suunnittelu)3. Keinojen ja strategioiden analysointi ja niitä koskeva päätöksenteko4. Toiminnan käynnistäminen (toteutus)5. Arviointi	<ol style="list-style-type: none">1. Taustatiedot/esitiedot2. Toimintakyvyn kuvaaminen3. Tavoitteiden määrittäminen4. Toteutuksen suunnittelu5. Toteutuksen seuranta/arviointi

KUVIO 9. Mukautettu kuntoutusprosessimalli (ks. Järvikoski & Karjalainen 2008, 87)

Työryhmässä päätettiin kehittämisprosessin jatkuvan säännöllisten interventioiden muodossa, joissa kehitetään kuntoutuksen suunnittelun prosessimallin mukaisesti vaihe kerrallaan. Kehittämismenetelmäksi työryhmä koki sopivan keskustelun. Tämän perusteella kehittämisprosessin toteutukseen valittiin reteaming-mallin mukainen sovellettu työskentely. (ks. Furman & Ahola 2007; Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 22.)

Reteaming- mallin valintaan vaikutti se, että reteaming luo toivekuuta ja optimismia, kasvattaa motivaatiota, lisää ihmisten luovuutta ja kekseliäisyyttä sekä lisää ihmisten keskinäistä arvostusta ja lähentää heitä toisiinsa (ks. Furman & Ahola 2007, 11–12). Reteaming on yleispätevä (malli), monikäyttöinen, loogisesti vaiheittain etenevä 12 askeleesta koostuva motivaatiota kasvattava ja yhteistyötä vahvistava prosessi, jonka avulla ihmiset, niin yksilöt kuin ryhmät, voivat kehittää toimintaansa. Nämä askeleet etenevät seuraavasti 1. kuvaa haaveesi, 2. aseta tavoite, 3. hanki kannustajia, 4. tiedosta tavoitteen edut, 5. huomaa jo tapahtunut edistys, 6. tee mielikuva tulevasta edistyksestä, 7. totea tehtävän vaikeus, 8. kasvata onnistumisen uskoa, 9. anna lupauksesi, 10. tarkkaile edistystä, 11. varaudu vastoinkäymisiin, 12. juhlista onnistumista ja anna ansioita kannustajille. (Furman & Ahola 2007, 9.)

Reteaming – mallin mukaisesti työryhmä kartoitti nykyisen toimintamallin kuvaamisvaiheessa kuntoutuksen suunnittelun toimintamallin ongelmat, jotka oli käännetty tavoitteeksi. Tavoitteena on luoda moniammatillinen ja asiakaslähtöinen kuntoutuksen suunnittelun prosessimalli. Reteaming- mallia sovellettiin jokaisessa kuntoutuksen suunnittelun prosessimallin vaiheessa. Työskentelyn alussa tutkija **johdatti** työryhmän reteaming – mallin peruseriaatteisiin, jonka mukaan työskentely eteni. Jokaisessa kuntoutuksen suunnittelun prosessivaiheessa työryhmä **kuvitteli hyvän tulevaisuuden**, eli esimerkiksi, miten he toivoisivat toimivansa moniammatillisesti ja asiakaslähtöisesti tulevaisuudessa arvioidessaan asiakkaan toimintakykyä tai määritellesään kuntoutuksen tavoitteita. Mielikuvat hyvästä tulevaisuudesta kirjattiin fläppitaululle, minkä jälkeen työryhmän jäsenet miettivät jokaisen prosessin vaiheessa **tavoitteet**. Näiden vaiheiden jälkeen tavoitteille voidaan antaa jokin kuvaava **nimi** sekä valita prosessille **kannustajia**. Näitä ei kuitenkaan tässä kehittämisprosessissa tehty, koska sitä ei katsottu tarkoituksenmukaiseksi. **Hyöty** näkökulmaa mietittiin jokaisen tavoitteen kohdalla ja oikeastaan se tuli keskusteluissa

esiin spontaanisti, kun työryhmä pohti tavoitteita. **Jo tapahtunutta edistystä** – kohtaa tässä prosessissa käytiin läpi miettimällä miten tähän asti on toimittu kuntoutuksen suunnittelun prosessin vaiheessa. Prosessin ensimmäisen vaiheen tehtävänäkin oli nykytilanteen kuvaus ja siinä toimivien asioiden sekä kehittämiskohteiden pohtiminen. Tavoitteisiin pääsemiseksi työryhmä keskusteli mahdollisista keinoista eli siitä mitä pitää tehdä, jotta tavoite saavutetaan. Reteaming – mallissa vaihetta kutsutaan **tulevan edistyksen ennustamiseksi**. Prosessissa **todetaan sen haasteellisuus, vahvistetaan uskoa prosessin onnistumisesta sekä tehtiin lupaus** noudattaa tehtyjä suunnitelmia kuntoutuksen suunnittelun prosessissa. Käytännössä uuden toimintamallin kokeileminen alkaa, kun koko kuntoutuksen suunnittelun prosessin vaiheet on kehitetty. Nämä vaiheet ovat ns. läsnä koko kehittämisprosessin ajan. Seurantavaiheeseen tässä prosessissa liittyy mm. se että jokaisesta interventioista on muistio fläpillä ja siihen palataan seuraavan intervention alussa vetäen tiivistettynä yhteen edellisen kerran tuotos. Mahdolliset **vastoinkäymisistä** pyritään huomioimaan ja ennakoimaan kehittämisprosessin aikana. Koko kehittämisprosessin päätteeksi, kun raportti on valmis tarjoan työryhmälle pullakahvit **juhlistaakseen** pitkää prosessia. (ks. Furman & Ahola 2007, 123–138.)

3. Intervention, joka pidettiin 12.10.2009 tavoitteena oli aloittaa moniammatillisen ja asiakaslähtöisen kuntoutuksen suunnittelun prosessimallin kehittäminen asiakkaan tulovaiheesta eli siitä kun asiakas saapuu Sateenkaaren palvelukotiin. Reteaming-mallin mukaisesti työryhmässä lähdettiin keskustelemaan hyvästä tavasta ottaa asiakas vastaan ja toteuttaa tulohaastattelu. (ks. Furman & Ahola 2007.)

Keskustelussa pohdittiin vastuukysymyksiä (ks. Suikkanen 2009), kuten kenellä on kokonaisvastuu asiakkaan asioista ennen osastolle saapumista ja saapumisen jälkeen. Pidettiin tärkeänä, että kokonaisvastuu on osastonhoitajalla tai tiimivastaavalla ennen tuloa ja asiakkaan saavuttua osastolle päävastuu on asiakkaalle määrättyllä vastuuhoitajalla. Tulohaastatteluun katsottiin tärkeäksi osallistuvan asiakas, vanhemmat/huoltaja, lääkäri, osaston vastaava sairaanhoitaja ja vastuuhoitaja sekä sosiaalityöntekijä.

Tulohaastattelu todettiin tärkeäksi erityisesti taustatietojen selvittämiseksi ja tulevan osastojakson tarkoituksen selventämiseksi. Haastattelussa katsottiin tärkeäksi selvittää mm. asiakkaan osastolle tulon syyn, lähiverkosto, diagnostinen tausta, aikaisemmat tutkimukset ja hoidot, sen hetkiset tukitoimet, aikaisempaa elämän historiaa ja lähiajan muutoksia elämässä sekä sen hetkinen toimintakyky ja perheen kokonaistilanne sekä saada kuva asiakkaan tavanomaisesta tilanteesta. Haastattelun lisäksi taustatietojen selvittämiseen tärkeiksi katsottiin kuuluvan potilas-/asiakaspaperit, asiakkaan verkoston kirjalliset palautteet ja puhelut verkostolle. Esimerkiksi vastuuhoitaja soittaa opettajalle, sosiaalityöntekijä kunnan työntekijöille ja palvelukeskuksen terapeutit avopuolen kuntotuttaville terapeuteille. Taustatietojen kirjaaminen työryhmän yhteiselle kuntoutuksen suunnittelun lomakkeelle katsottiin tärkeäksi.

Työryhmän näkemykset ja toiveet tulohaastattelusta ovat yhteneväisiä Koskentaustan (2006 1927–1928) kanssa, jonka mukaan kehitysvammaisten mielenterveysongelmien arviointi on vaativaa ja edellyttää laaja-alaista tutkimusta, moniammatillista työryhmässä tehtävää tutkimusta. Arvioinnissa ei yksinomaan haastattelu riitä, vaan kokonaisvaltaisen näkemyksen muodostamiseksi on haastateltava vanhempia tai muita lähihenkilöitä ja kerättävä tietoa ja tutkimustuloksia useilta tahoilta. Haastattelua voidaan täydentää vanhempien tai muun hoitajan ja opettajan täytettäväksi tarkoitettulla kyselylomakkeilla ja arviointiasteikoilla, jotka helpottavat asiakkaan käyttäytymistä ja tunne-elämää koskevaa laaja-alaista tiedonkeruuta ja dokumentointia. (ks. myös Rissanen 2008, 631.)

4. Interventio pidettiin 29.10.2009. Tavoitteena oli moniammatillisen ja asiakaslähtöisen kuntoutuksen suunnittelun prosessimallin kehittämisen jatkaminen toimintakyvyn kuvaamis-vaiheesta. Reteamig-mallin mukaisesti työryhmässä lähdettiin keskustelemaan hyvästä tavasta toteuttaa toimintakyvyn arviointi ja kuvata sen pohjalta asiakkaan toimintakyky. (ks. Furman & Ahola 2007.)

Toimintakyvyn arvioinnin toteutuksessa jokaisella ammattiryhmällä oli selkeästi oma rooli. Toimintakyvyn kokonaisvaltaista arviointia pidettiin tärkeänä ja sen tarkoituksena katsottiin olevan kuntoutustarpeen selvittäminen (ks. Rissanen 2008, 631.) Keskustelua herätti myös arvioinnin aikana toteuttavan yhteistyön tärkeys sekä arviointitulosten

yhteinen koonti moniammatillisen näkemyksen saamiseksi ennen laajaa verkostopalaveria, jossa asiakkaan kuntoutusta suunnitellaan. Myös moniammatillisen tiimin yhteisen arviointituloksen kirjaaminen kuntoutuksen suunnittelun lomakkeeseen katsottiin merkitykselliseksi.

Onnistuminen toimintakyvyn arviointitehtävissä edellyttää toimintakyvyn konkreettisen sisällön ymmärtämistä laaja-alaisesti sen fyysisinä, psyykkisinä ja sosiaalisina edellytyksinä. Toimintakyvyn arvioimisen toimenpiteiden on moniammatillisesti kohdistuttava näihin biopsykososiaalisiin edellytyksiin. WHO (World Health Organization) on painottanut toimintakyvyn laaja-alaista kuvaamista ja arviointia ICF-luokituksessa (International Classification of Functioning, Disability and Health) käytettäväksi. Asiakkaan laaja-alaisen toimintakyvyn kuvaamiseen moniammatillinen tiimi hyödyntää toistensa havaintoja. Tämä on paljon haastavampaa kuin kuntoutuja elämän irrallisten palasten kuvaaminen. Kliinisessä käytännössä tätä kuvaamista on harjoiteltava paneutuen toimintakykyä kuvaavien dokumenttien kehittämiseen universaalien jäsenystävän viitekehityksessä. (Talo 2002, 34, 36; ks. ICF-luokitus 2004.)

26.11.2009 pidettiin **5. interventio**. Sen tavoitteena oli jatkaa moniammatillisen ja asiakaslähtöisen kuntoutuksen suunnittelun prosessimallin kehittämistä tavoitteiden laatimisen ja toteutuksen suunnittelun vaiheesta. Reteaming –mallien mukaan työryhmässä lähdettiin keskustelemaan hyvästä ja ihanteellisesta tavasta laatia tavoitteita kuntoutuksen suunnittelussa. (ks. Furman & Ahola 2007.)

Verkostopalaverit katsottiin merkittäviksi tilanteeksi tavoitteiden laatimiseen, joka tulisi järjestää asiakkaan toimintakyvyn arviointien päätyttyä. Verkostopalaveriin osallistuisi asiakas, omaiset ja muu lähiverkosto sekä palvelukeskuksen työryhmä. Verkostopalaverissa yhtenä tavoitteena olisi määritellä asiakkaan, perheen, palvelukeskuksen työryhmän ja lähiverkoston kanssa yhteinen kuntoutuksen kokonaistavoite sekä Sateenkaaren osastojaksolle kuntoutuksen päätavoitteet. Tavoitteiden ymmärrettävyys ja realistisuutta pidettiin tärkeänä ja katsottiin, että siihen tulee jatkossa kiinnittää erityistä huomiota. (ks. Autti-Rämö 2008.)

Työryhmässä keskusteltiin myös asiakkaan, omaisten ja lähiverkoston osallistumisen tärkeydestä. Osallistumisessa pidettiin tärkeänä asiakkaan, omaisten ja lähiverkoston

näkemyksien kuuleminen ja huomioiminen. (ks. Paltamaa, ym. 2011; Rissanen 2008, 631.) Dialogisuuden mahdollistamiseksi työryhmä suunnitteli verkostopalaveriin mallia, jonka tavoitteena on koko verkoston osallistuminen kuntoutuksen suunnitteluun.(ks. Kokko & Koskimies 2007.) Verkostopalaverissa mahdollistetaan asiakkaan, vanhempien ja verkoston näkemyksien kertominen kuntoutuksesta ja ne kirjataan kuntoutuksen suunnittelun lomakkeeseen. Tämän jälkeen määritellään palvelukeskuksen moniammatillisen työryhmän kanssa yhteinen näkemys kuntoutuksen tavoitteista.

Moniammatillisuus, verkostoyhteistyö ja dialogisuus liitetään toisiinsa. Dialogisuudella tarkoitetaan vuoropuhelua, moniäänisyyttä ja vastavuoroista vaikuttamista eri osanottajien kesken. Dialoginen vuorovaikutus tarkoittaa, että kaikki saavat puhua ja tulla kuulluksi. Dialogin tarkoituksena on tuottaa yhteistyöhön ja vuorovaikutukseen selkeyttä ja koordinaatiota. (Kokko & Koskimies 2007, 12–13; ks. Mönkkönen 2002, 46.)

Tavoitteiden määrittämisen jälkeen sekä verkostopalaverissa että sen jälkeen työryhmässä suunnitellaan asiakkaan kanssa, miten tavoitteisiin päästään, miten ne saavutetaan. Laitoshoidossa – kuntoutuksessa olevien asiakkaiden kuntoutukselliset toimenpiteet tulee järjestyä palvelukeskuksen toimesta. Tämän vuoksi kehittämisprosessissa työntekijät määrittelevät linjauksia mahdollisista tarjottavista kuntoutuspalveluista. Kuntoutukselle katsottiin tärkeäksi myös määritellä aikataulua, joka on tavoitteiden seurannan arviointia. (ks. Järvikoksi & Karjalainen 2008; Rissanen 2008, 632.)

Toimintamallin kehittämisen viimeisen vaiheen eli 11.12.2009 pidetyn **6. intervention** tavoitteena oli kehittää Reteaming-mallin mukaisesti hyvää ja ihanteellista tapaa tehdä kuntoutuksessa seuranta ja arviointia (ks. Furman & Ahola 2007.)

Kuntoutuksen seurannan ja arvioinnin vaiheita todettiin luontevimmiksi toteuttaa viikoittain säännöllisten lääkärinkiertojen yhteydessä. Kierroille osallistuu pääsääntöisesti aina koko moniammatillinen työryhmä, jolloin asiakkaiden kuntoutuksen seuranta, arviointi suhteessa asetettuihin tavoitteisiin sekä tarvittaessa muutoksien tekeminen moniammatillisesti toteutuu. Työryhmä koki tarpeelliseksi myös

asiakkaan kuntoutuksen seurannan ja arvioinnin kirjaamisen kuntoutuksen suunnittelu lomakkeeseen kuntoutusjakson aikana. Hoitajat tukevat asiakasta oman kuntoutumisen seurantaan ja arviointiin ja tuovat tietoa kierroille. Tarvittaessa kuntoutuksen seuranta ja arviointia varten järjestetään verkostopalaveri. Interventiotapaamisessa keskusteltiin myös asiakkaan kuntoutusjakson päättymisestä Sateenkaaren palvelukodissa, jolloin asiakas siirtyy pois laitoksesta. Tällöin työryhmässä pidettiin tärkeänä tehdä yhteenvetoa toteutuneesta kuntoutuksesta jatkosuositukseen, joka käydään läpi ennen asiakkaan lähtöä lähtöpalaverissa. (ks. Rissanen 2008.)

8 KEHITTÄMISTYÖN TULOS

Toimintatutkimus on prosessi, jossa tähdätään asioiden muuttamiseen ja kehittämiseen paremmaksi. Toiminnan kehittämien on jatkuva prosessi eli toimintatutkimuksen tulos ei siis ole jokin tietty, entistä parempi toimintatapa, vaan uudella tavalla ymmärretty prosessi. (Aaltola & Syrjäla 1999, 18.)

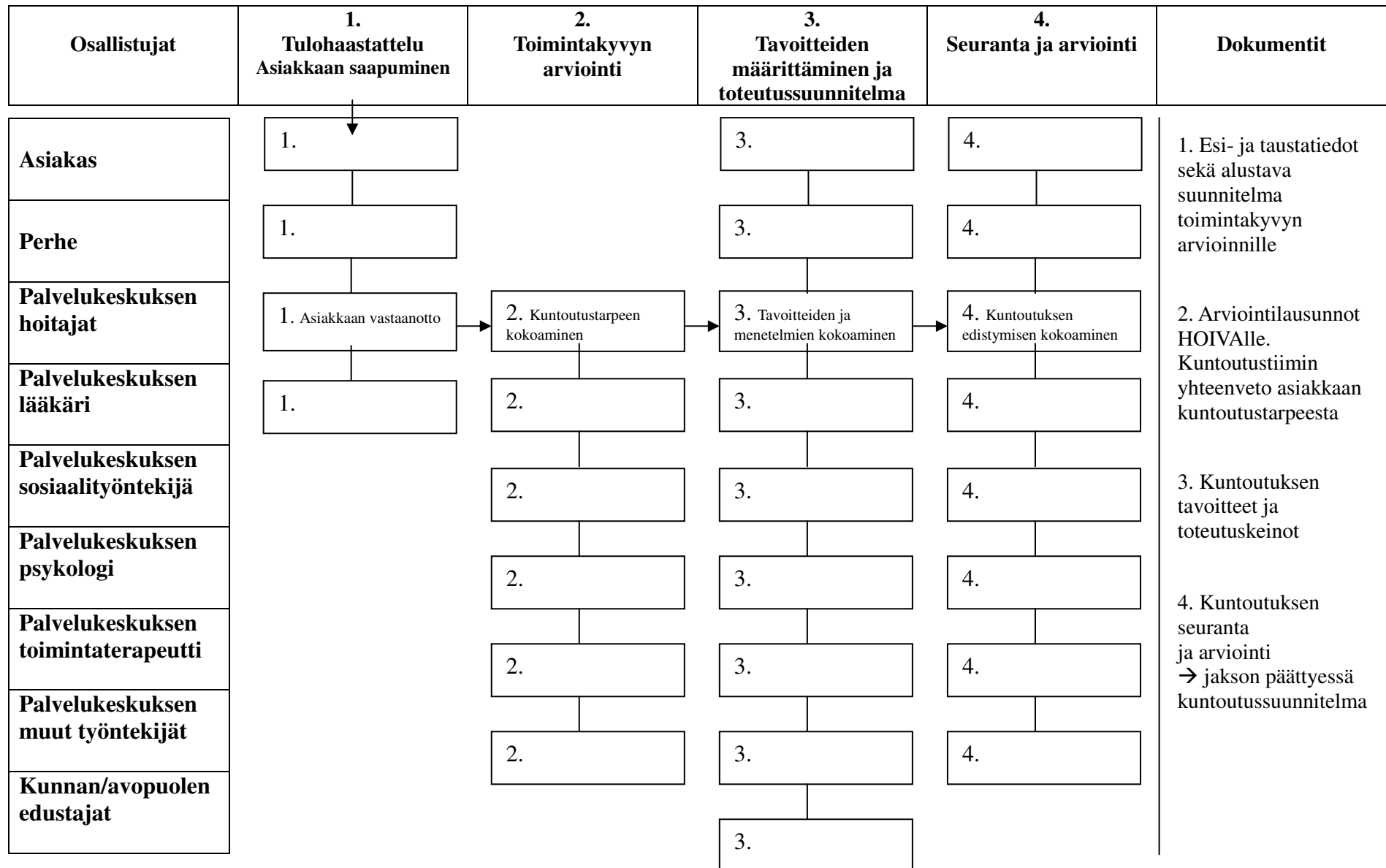
8.1 Moniammatillinen ja asiakaslähtöinen kuntoutuksen suunnittelun toimintamalli

Kuntoutuksen suunnittelun toimintamallin viimeisen vaiheen eli seuranta- ja arviointivaiheen jälkeen tutkija kokosi 14.1.2010 pidettyyn **7. Interventio** tapaamiseen mallintaa uuden kuntoutuksen suunnittelun toimintamallin. Toimintamalliin on kirjattu kuntoutuksen suunnittelun prosessimallin keskeisimmät asiat eli ns. itsestään selvyudet on jätetty kirjaamatta. Mallintaminen on menetelmä, jolla asiakkaan palveluprosessia voidaan kuvata ja analysoida. Palveluprosessiajattelun ideassa lähdetään liikkeelle asiakkaasta ja hänen tarpeistaan. Mallintamisen avulla saadaan kokonaiskuva siitä, millaisia palveluja organisaation yksiköissä tuotetaan ja kenelle niiden palvelut on tarkoitettu. Tehdyt kuvaukset/ palvelupolut auttavat lisäksi ymmärtämään palvelukokonaisuuksia. Mallintamisen kautta mm. moniammatillinen työskentely jäsentyy ja tehostuu. (Tahkokangas, Hakupäivä 11.10.2010; ks. myös Niskala & Vesterinen 2003.)

Viimeisen intervention tavoitteena oli tarkistaa, tehdä korjaukset ja hyväksyä uusi toimintamalli. Tässä vastataan kolmanteen tutkimuskysymykseen – Minkälainen on moniammatillisena yhteistyönä tuotettu asiakaslähtöinen ja moniammatillinen kuntoutuksen toimintamalli Sateenkaaren palvelukodissa? Toimintamallin sekä aikaisemman hoito- ja kuntoutuksen suunnittelun lomakkeen pohjalta tutkija kokosi työryhmälle esitettäväksi prosessimallin mukaisen uuden kuntoutuksen suunnittelun lomakkeen (Liite 3.)

**KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELUN PROSESSIMALLI PITKÄAIKAISESSA KUNTOUTTAVASSA ASUMISPALVELUSSA
TAHKOKANGAS / SATEENKAARI**

Versio 15.1.2010



KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELUN PROSESSIMALLI PITKÄAIKAISESSA KUNTOUTTAVASSA ASUMISPALVELUSSA

Toimintaohjeet prosessin eri vaiheille

Vaihe 1. Tulohaastattelu

Asiakkaan saapumisesta osastolle vastaa osastonhoitaja tai osaston sairaanhoitaja, jotka ottavat asiakkaan ja perheen/saattajan vastaan. Asiakkaan saapuessa osastolle pidetään tulohaastattelu, jossa selvitetään hoitoa ja kuntoutusta varten esi- ja taustatietoja kuten mm. hoitoon/kuntoutukseen tulon syytä, asiakkaan verkostoa, mahdollisia meneillään olevia tukitoimia, elämänhistoriaa ja nykyistä elämäntilannetta sekä toimintakykyä. Esi- ja taustatietoja hankitaan myös puhelimitse. Vastuuhoitaja on tarvittaessa yhteydessä opettajaan, sosiaalityöntekijä kunnantyöntekijöihin ja palvelukeskuksen terapeutit avopuolen terapeutteihin. Käytössä on myös asiakkaan potilaspaperit ja mahdolliset kirjalliset palautteet eri tahoilta, esim. asiakkaan opettajalta tai kuntouttavilta terapeuteilta. Tulohaastattelussa sovitaan myös alustavasti tehtävistä toimintakyvyn arvioinneista ja tutkimuksista. Tulohaastattelussa saadut tiedot kirjataan asiakkaan kuntoutuksensuunnittelu lomakkeeseen tulohaastattelun yhteydessä. Tulohaastatteluun osallistuvat asiakas, perhe/saattaja, lääkäri, hoitaja, osastonhoitaja tai osaston sairaanhoitaja. Tarpeen mukaan tulohaastatteluun voivat osallistua myös palvelukeskuksen sosiaalityöntekijä, psykologi ja toimintaterapeutti.

Kokonaisvastuu asiakkaan asioista ovat osaston sairaanhoitajalla sekä asiakkaalle nimetyllä vastuuhoidajalla.

Vaihe 2. Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn arviointiin osallistuvat aina osaston hoitajat ja lääkäri. Asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti arviointiin osallistuvat myös palvelukeskuksen sosiaalityöntekijä, psykologi, toimintaterapeutti, fysioterapeutti ja puheterapeutti. Arviointien aikana tiimi tekee yhteistyötä jakaakseen arvioinneista ja tutkimuksista saatuja tietoja mm. kertaviikkoisten kiertojen yhteydessä.

Hoitajat tekevät asiakkaalle KETO-arvioinnin noin viikon kuluessa asiakkaan saavuttua osastolle. He arvioivat havainnoimalla asiakkaan päivittäisiä toimia ja niistä suoriutumista sekä käyttäytymistä osaston arjen yhteydessä. Vastuuhoitajalla ja asiakkaalla on myös säännölliset yksilökeskustelut. Hoitajat huolehtivat myös lääkityksestä sekä tekevät seurantaa lääkeasioissa. Vastuuhoitaja kirjaa hoitotyönarvion, joka siirretään arvioinnin päätyttyä HOI-lehdelle.

Psykologi tekee psykologisen tutkimuksen sekä psykodiagnostisen arvion. Psykologi tekee myös tarpeen mukaan yhteistyötä asiakkaan perheen kanssa. Arvioinnin tulokset kirjataan PSY-lehdelle.

Sosiaalityöntekijä arvioi asiakkaan sosiaalista kokonaistilannetta, johon kuuluvat asiakkaan yksilötapaamiset ja kattava kartoitus kunnan palveluista (vammapalvelut, lastensuojelu ja heidän tarpeet/huomioidut kuntoutukseen liittyen). Sosiaalityöntekijä tekee yhteistyötä vanhempien kanssa ja tarpeen mukaisesti toteuttaa kotikäynnin yhdessä asiakkaan vastuuhoidajan kanssa. Arvioinnin tulokset kirjataan SOS-lehdelle.

Toimintaterapeutti arvioi asiakkaan toiminnallista suoriutumista tarkoituksenmukaisissa tilanteissa ja ympäristöissä. Arvioinnin tulokset kirjataan TOI-lehdelle.

Lääkäri tapaa arvioinnin aikana asiakasta tehdäkseen lääketieteellisen tutkimuksen ja arvioinnin. Arvioinnin tulokset lääkäri kirjaa YLE-lehdelle. Lääkäri tekee myös tarvittaessa pyynnön fysio- ja/tai puheterapia-arvioinneista.

Moniammatillinen tiimi kokoaa arviointien tulokset kahden viikon kuluttua asiakkaan saapumisen jälkeen pidettävässä kuntoutustiimipalaverissa. Palaverissa jokainen kertoo oman arvioinnin yhteenvedon. Kirjallinen yhteenvedo on osa kuntoutuksensuunnittelulomaketta. Tiimi keskustelee arviointituloksista ja kokoaa sekä kirjaa niistä kuntoutukselliset pääkohdat kuntoutuksensuunnittelulomakkeelle. Palaverin tavoitteena on määrittää mahdollinen tarve kuntoutukselle. Osaston sairaanhoitaja tai hoitaja vastaa kuntoutustarpeen kirjaamisesta kuntoutuksensuunnittelulomakkeeseen.

Vaihe 3. Tavoitteiden määrittäminen ja toteutuksen suunnittelu

Tavoitteet määritellään ja kuntoutuksen toteutusta suunnitellaan asiakkaan verkostopalaverissa, joka järjestetään asiakkaan arviointien päätyttyä ja pitkäaikaiskuntoutuspäätöksen jälkeen. Verkostopalaverissa ovat mukana palvelukeskuksen moniammatillinen tiimi, asiakas, perhe, kunnan/avopuolen yhdyshenkilöitä asiakkaan verkoston mukaisesti. Palaverissa keskustellaan nykytilanteesta, toimintakyvyn arviointi vaiheesta, määritellään kokonaiskuntoutuksen tavoitteet sekä osastojaksolle päätavoitteet. Osatavoitteet tiimi tekee yhteistyössä asiakkaan kanssa. Verkostopalaverissa sovitaan myös toteutuskeinoista ja laaditaan suunnitelmalle aikataulua.

Palaverissa asiakas kertoo ensimmäisenä oman näkemyksen jakson tavoitteista. Vastuuhoitaja on ennakkoon käynyt asiakkaan kanssa tulevaa palaveria läpi ja keskustellut tulevan jakson tavoitteista, jotta asiakasta voidaan tarvittaessa tukea/auttaa palaveriin osallistumisessa. Mikäli asiakas ei kykene osallistumaan verkostopalaveriin, niin vastuuhoitaja tuo asiakkaan viestin tulevasta jaksosta palaveriin. Toisena tavoitteista kertoo perhe. Arviointien aikana perhe on voinut kertoa tavoitteista myös mahdollisella kotikäynnillä, jolloin tavoitteet tuodaan palaverissa vielä esiin. Kolmantena palvelukeskuksen lääkäri tuo tavoitekeskusteluun moniammatillisen näkökulman, mikä on laadittu toimintakyvyn yhteenvedon vaiheessa. Neljäntenä tavoitteista puhuu asiakkaan kotikunnan ja avopuolen edustajat. Kaikkien näkemykset tavoitteista kirjataan tiivistetysti kuntoutuksen suunnittelu lomakkeelle, joista keskustellen määritellään osastojaksolle kuntoutuksen kokonaistavoite ja päätavoitteet sekä niiden saavuttamiseksi suunnitellaan toteutuskeinoja. Muut tahot laativat omia tavoitteita ja kuntoutuksen toteutuskeinoja omissa yksiköissä sitä mukaan miten asiakas niissä käy.

Palvelukeskuksesta mahdollistuvat kuntoutusmuodot ovat:

- Psykologin tukikäynnit, jotka määräytyvät yksilöllisen tarpeen mukaisesti.
- Toimintaterapiaa yksilöterapiana, toimintaterapeutin toteuttama ohjaus- ja neuvontatoiminta, yhteistyö osaston kanssa ja osastolla mukana oleminen liittyen arjen tilanteissa toimimiseen. Toimintaterapian toteutus määräytyy yksilöllisen tarpeen mukaisesti.
- Sosiaalityöntekijän tapaamiset ja yhteistyö perheen kanssa. Sosiaalisen tilanteen hoitaminen, ylläpitäminen ja mahdollisten jatkosuunnitelmien tekeminen asiakkaan ja perheen kanssa.
- Hoitajat vastaavat arjen sujumisesta, toteutuksesta ja sen ohjauksesta. Säännölliset yksilökeskustelut asiakkaan kanssa.
- Lääkärin yksilötapaamiset tarpeen mukaisesti. Lääkärin vastuulla on psyykkisen ja somaattisen tilan lääketieteellinen hoito sekä kuntoutus.
- Fysioterapeutin palveluja mahdollisuus kysyä, mikäli erityistä tarvetta ilmenee.
- Puheterapeutin palveluja mahdollisuus kysyä, mikäli erityistä tarvetta ilmenee.
- Työtoimintaan osallistuminen, jolloin työtoiminnan yhdyshenkilöä pyydetään osallistumaan asiakkaan kuntoutuksen suunnitteluun.
- Ammattiryhmien kesken toteutuva ohjaus- ja neuvontatyö
- Yhteisöhoito ja – kuntoutus.

Vaihe 4. Seuranta ja arviointi

Kuntoutumista seurataan ja arvioidaan säännöllisesti viikoittaisten kiertojen yhteydessä moniammatillisessa tiimissä sekä tarvittaessa kuntoutustiimipalaverissa. Kierroilla seurataan ja arvioidaan kuntoutuksen edistymistä, tavoitteissa edistymistä, pysymistä ja mahdollista muutostarvetta. Hoitajat keskustelevat asiakkaan ja perheen kanssa kuntoutuksen edistymisestä ja tuovat heidän näkemykset tiimin tietoon kiertojen ja kuntoutustiimipalaverien yhteydessä. Kuntoutusjakson edetessä järjestetään tarpeen mukaisesti verkostopalavereja, joissa toteutunutta kuntoutusta seurataan ja arvioidaan. Seuranta ja arviointi kirjataan kuntoutuksen suunnittelu lomakkeeseen asiakkaalle suunnitellun aikataulun mukaisesti. Kirjaamisen tekee sairaanhoitaja ellei vastuuhoitaja ole paikalla. Koko kuntoutusjakson päättyessä tiimi tekee yhteisen yhteenvedon epikriisiin toteutuneesta kuntoutuksesta jatkosuosituksineen (kuntoutussuunnitelma), joka käydään läpi lähtöpalaverissa. Tarpeen vaatiessa moniammatillisen tiimin työntekijät tekevät tahollaan kattavan yksilöarvioinnin ennen lähtöä.

9 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI

Osallistavan arvioinnin mukaisesti tässä toimintatutkimuksessa arviointi kohdentuu kehittämisprosessiin ja kehittämistyön tulokseen. Arvioinnin kohteena on kehittämisprosessi ja kehitetty kuntoutuksen suunnittelun toimintamalli. Kehittämisprosessinarvioinnissa arviointiaineistona käytetään kehittämisprosessiin osallistuneiden työryhmän jäseniltä kolme kertaa interventioiden aikana kerättyjä palautteita (liite 4) sekä tutkijan tekemää arviointia. Kehittämisprosessin arvioinnin tuloksia havainnollistan työryhmän jäseniltä saatujen palautteiden suorilla lainauksilla. Toimintamallin arviointia tehdään suhteessa kuntoutuksen suunnittelun toimintamallin prosessin vaiheisiin ja moniammatillisuuden sekä asiakaslähtöisyyden käsitteisiin (Kuvio 10, s. 71.) (Kivipelto 2008, 16, 35; Toikko & Rantanen 2009, 82.)

9.1 Kehittämisprosessin arviointi

Kehittämisprosessissa arviointi on sen analyttisin osa-alue ja sitä tehdään kehittämistoiminnan kohdentamisen ja täsmentämisen mahdollistamiseksi. Arviointi kohdistuu kehittämistoiminnan perustelujen, organisoinnin ja toteutuksen analysointiin. Kerätyn aineiston perusteella toimintaa ja sen lähtökohtia ja tavoitteita arvioidaan kriittisesti. Jokainen arviointi saattaa muuttaa kehittämistoiminnan perustelua, organisointitapaa ja toimintaa.(Toikko & Rantanen 2009, 82–83.) Kehittämisprosessi vaatii myös kehittämisosaamista, vaikka prosessin edetessä osaaminen vahvistuu. Kehittäminen on ihmisten välistä vuorovaikutusta ja tarvitsee ryhmän oppimisen ja työkäytäntöjen toteutumisen vuoksi. Työyhteisölähtöistä onnistunutta kehittämistä tarkastellaan tässä kehittämisprosessin arvioinnissa mm. prosessin ohjaamisen, vuorovaikutuksen ja tiedonrakentumisen näkökulmasta. (Seppänen-Järvelä 2009, 43-46.)

Prosessin ohjaamiseen liittyen voidaan Seppänen-Järvelän (2009, 45) mukaan puhua prosessiasiantuntijuudesta, joka liittyy yksilön taitona kehittämisen prosessin käynnistämiseen, kuljettamiseen ja ylläpitämiseen. Kehittämisprosessin ohjaaminen oli

minulle tutkijana ensimmäinen kerta. Ajoitus prosessin käynnistämiseksi oli mielestäni sopiva, koska se oli jatkoa Tahkokankaan palvelukeskuksen hallinnoimalle Vaski-hankkeelle. Tosin mielessä oli, että onko työryhmässä ihmiset jo ns. kyllästynyt jatkuvaan kehittämiseen ja se olisi johtanut muutosvastarintaan. (ks. Murto 2009, 80.)

Katson, että jokaisessa prosessin vaiheessa tiiviin yhteistyön tekeminen on mahdollistanut ns. hyvässä hengessä kehittämisen. Tietoa jaettiin ja kehittämistarvetta selvitettiin yhteisissä keskusteluissa. Kehittämisen alkuvaiheessa tutkijana kävin jo keskustelua työryhmän kanssa aiheesta ja sen tarpeellisuudesta. Mielestäni työryhmään aiheelle muodostui yhteneväinen perustelu. Ensimmäisen intervention jälkeen työryhmän antamasta palautteesta voidaan todeta, että aihe oli koettu tarpeelliseksi ja tärkeäksi.

” Hyvä ja kehitettävä aihe.”

” Tällaista tarvitaan.”

”Tosi hyvä, tarpeellinen aihe!”

” Tarpeellista on koko prosessi.”

”Antoi paljon ajateltavaa moniammatillisen työtiimin hyödyntämisen mahdollisuuksista omassa työssä.”

Työryhmän palautteen mukaan ajoitus kehittämisprosessin aloittamiselle ja interventioille oli sopiva. Aikaa aina yhdelle interventiolle oli varattu kaksi tuntia ja se oli myös palautteiden mukaan pääsääntöisesti riittävä. Työryhmältä tuli myös palautetta, jossa esitettiin pidempää interventioaikaa. Tästä kävimme työryhmässä keskustelua, mutta pidättäydyimme kahdessa tunnissa. Työryhmä katsoi aikataulullisesti sen haasteelliseksi sekä jo kahden tunnin tapaamiset koettiin tiiviin työskentelyn päätteeksi raskaaksi.

” Aikataulu oli sopiva ja aikaa riittävästi.”

” Aikataulu sopiva ja asia eteen sopivasti eteenpäin.”

”Aika tapaamiseen oli hyvä, pakotti kaikki tavallaan osallistumaan”

”Aika menee tosi nopeasti, oisko 3h sopiva?”

Interventiotapaamiset pidettiin aina iltapäivisin Sateenkaaren henkilökunnan kansliassa. Kehittämisympäristönä henkilökunnan kanslia palveli siinä mielessä, että tila on paikkana se, jossa arkityötä tehdään. Fyysisiltä puitteilta tila oli hieman ahdas. Kanslia paikkana katsottiin mahdollistavan kaikkien hoitajien läsnäolon. Kehittämispöytätyössä pyrittiin aina löytämään koko työryhmälle sopiva aika, jotta mahdollisimman monen osallistuminen mahdollistui. Iltapäivä aika valikoitui myös hoitajien työvuorojen mukaisesti, jotta mahdollisimman monen hoitajan osallistuminen mahdollistui. Kerran työryhmästä estyi yksi henkilö osallistumasta interventiotapaamiseen. Myös työryhmän palautteen mukaan yhdenkin osallistuminen ei ole hyväksi kehittämissuunnitelman kannalta. Tällöin koko työryhmän kokonaisnäkemys jää vajaaksi, kun kaikkia ei heti kuulla. Tämän vuoksi sovimme, että tutkijalle ilmoitetaan etukäteen äkillisistä estymisistä ja siirretään aikaa. Yksi interventio peruttiin useamman työryhmän jäsenen poissaolon vuoksi ja se siirrettiin toiseen ajankohtaan.

”Aikaa enemmän, rauhaa ja isompi toimivampi tila.”

”No tietysti isompi tila, enemmän aikaa.”

”Lääkäri mukaan seuraavalla kerralla.”

”Kaikki mukaan tapaamisiin, nyt lääkäri puuttui.”

”Huono oli, että kaikki erityistyöntekijät ei ollu paikalla”

Kehittämissuunnitelman edetessä myös työryhmässä tapahtui työntekijä vaihdoksia, joka osaltaan haastoi suunnitelman etenemistä. Lääkäri vaihtui kolme kertaa. Toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä kerran. Aktiivisen työryhmän ansiosta tutkijalle ilmoitettiin aina muutoksista ja näin ollen pystyi ennakkoon olemaan yhteydessä uusiin työntekijöihin. Olin heihin yhteydessä sähköpostitse ja toimitin kehittämissuunnitelmaan liittyvää materiaalia heille perehtymisen mahdollistamiseksi sekä tarjosin mahdollisuuden kysymyksille. Myös uudet työntekijät osallistuivat kehittämissuunnitelmaan.

Kehittämissuunnitelman interventioiden suunnittelun tein mielestäni huolellisesti. Interventioiden suunnittelua mielestäni auttoi selkeän työskentelytavan (reteaming) ja kuntoutuksen suunnittelun prosessimallin käyttäminen. Prosessimalli toimi ohjaavasti ja tuki näin ollen etenemistä. Näiden ansiosta kehittämissuunnitelma eteni loogisesti. Yhden interventiotapaamisen aiheena oli aina yksi kuntoutuksen suunnittelun vaihe. Kehittämissuunnitelman ajan tutkijana valmistin interventiotapaamisiin aiheeseen eli

kuntoutuksen suunnittelun toimintamallin kehittämisprosessin vaiheeseen liittyvää materiaalia, jonka tarkoituksena oli tukea aiheeseen orientoitumista. Valmiin materiaalin tuominen tapaamisiin koettiin hyväksi perehtymiseen ja aiheeseen orientoitumiseen. Suunnitelmat esitettiin työryhmälle enakkoon sähköpostitse, jotta orientoituminen tulevaan tapaamiseen mahdollistuu. Tarkoituksena oli myös enakkomateriaaliin perehtyminen sekä mahdollisen enakkotehtävän tekeminen. Kuitenkin työryhmässä kaikilla ei ollut aina aikaa perehtyä enakkomateriaaliin tai tehdä enakkotehtävää, niin näistä luovuttiin. Interventiot toteutuivat pääsääntöisesti suunnitelman mukaisesti eikä muutoksia tarvinnut prosessin edetessä tehdä.

”Hyvin valmisteltu etukäteen”

”Tapaaminen oli erittäin hyvin suunniteltu”

”Hyvä edelleen, että ennen tapaamista tulee sähköpostissa aihetta koskevaa tekstiä, hyvä jatkaa entiseen malliin.”

”Hyvää oli se, että kuntoutussuunnitteluprosessi on pilkottu pieniin osakokonaisuuksiin, joita erikseen mietitään.”

”Materiaali oli hyvää ja selkeytti tehtävää.”

”Kokonaisuutena eteenpäin mennään.”

Koko kehittämisprosessiin tarvittavien interventioiden määrä yllätti minut tutkijana. Kehittämisprosessin suunnitteluvaiheessa interventioiden määrän arvioin lähes puolet vähemmäksi, kolmesta neljään tapaamiseen. Interventioita toteutui prosessissa yhteensä 7. Kuitenkaan arvioitua useamman intervention toteutusta ei työryhmän taholta kritisoitu ja kaikki interventiot pystyttiin hyvin rauhassa toteuttamaan.

Yhdessä prosessin ohjaamisen ja johtamisen kanssa **vuorovaikutus** on kehittämisosaamisen perusasia. Kehittämiskulttuuri rakentuu moniääniseen ja vastavuoroiseen keskusteluun. Prosessin ohjaajalta vaaditaan tässä erityisesti ryhmätilanteiden ohjaustaitoa. (Seppänen-Järvelä 2009, 45.) Myös Murrin (2009, 80) mukaan keskustelu on tärkein työyhteisön kehittämisen väline. Hyvien keskustelutaitojen oppiminen on vaativa ja aikaa vievä prosessi, koska kysymys on uudenlaisen ajattelutavan oppimisesta eikä pelkästään puhumisesta ja kuuntelemisesta.

Kehittämismenetelmäksi työryhmä toivoi ja valitsi vahvuudeksi koetun keskustelun, jonka tukena käytettiin Reteaming –mallin ideoita (ks. Furman & Ahola 2007.) Vuorovaikutus oli avointa ja rehellistä sekä toisia kunnioittavaa. Keskustelujen kautta syntyi hyvin pohdintaa sekä laajasti kuntoutuksesta sekä oman ja työyhteisön työstä. Myös työryhmien palautteiden mukaan kehittämisprosessissa pidetyt interventiot herättivät ajatuksia ja pohdintaa omasta työstä ja kuntoutuksesta. Ilmapiiri ja keskustelu olivat avointa.

”Ilmapiiri kehitykselle myönteinen”

”Paljon erilaisia näkemyksiä.”

” Herätti paljon ajatuksia”

”Mukavaa pohtivaa keskustelu.”

”Ei sievistelyä vaan asiat sanottiin suoraan niin kuin ne tällä hetkellä on...”

”Avoin keskustelu → yllättävän hyvin uskalsi sanoa kriittisestikin asioita.”

”Rakentavaa keskustelua.”

” Monipuolinen keskustelu.”

” me-henki, loistava tunnelma.”

”Moni sai sanotuksi mielipiteensä.”

”Selkeytti työtäni ja pisti miettimään tosissaan asiakkaan kuntoutumista.”

Kehittämisprosessin ohjaajana koin antavani tilaa työryhmälle keskustella interventioiden aikana. Pyrin tietoisesti olemaan osallistumatta aktiivisesti kehittämiseen keskittymällä ohjaamaan keskustelun ja kehittämistyön etenemistä. Ensimmäisen intervention jälkeen työryhmältä saadun palautteen mukaan pyrin jatkossa huomioimaan, että jokainen saisi oman äänensä kuuluviin, sillä niin kuin aina ryhmissä on eritavoin osallistuvia henkilöitä. Kehittämisprosessin ohjaajana koin ajoittain haasteelliseksi rajata laajaa ja kokonaisvaltaista sekä ajoittain rönsyilevää keskustelua asian ytimeen. Työryhmä arvioi myös palautteiden perusteella keskustelun aiheen rajaamisen kohdaltani haasteelliseksi.

”Ohjaaja ohjas tilannetta hyvin & vei eteenpäin tarkoituksenmukaisesti”

”Vetäjä voisi kysellä myös hiljaisempien mielipidettä.”

”Ehkä tiukempi raami sinulta”

”Selkeämpi rajoitus/ohjeistus aiheeseen/palauttamien aiheeseen (eksytään välillä aiheesta ehkä liikaakin...?)”

Kehittämistyössä on kysymys kollektiivisesta **tiedon muodostamisesta**, jossa yksilön kyky sanallistaa omaa toimintaansa, suhteuttaa omia näkemyksiään muiden ajatteluihin ja muokata omaa ajatteluaan yhteisen tiedonrakentamisen pohjalta. Ryhmän osalta tiedonmuodostaminen tarkoittaa käytäntöjä ja tekniikoita, joilla edistetään tiedon jakamista ja innovaatioiden syntymistä. (Seppänen-Järvelä 2009, 45–46.) Kehittämistoiminnan tiedontuotannon tehtävänä on ohjata kehittämisprosessia (Toikko & Rantanen 2009, 121).

Kehittämisprosessin aikana työryhmän tuotti keskustelemalla yhteistä näkemystä kuntoutuksen suunnittelun toimintamallista ja sen pohjalta uusi toimintamalli kehitettiin. Kehittämisprosessissa kehittämismenetelmänä ja vuorovaikutusta sekä tiedon muodostamista edistävänä keinona Reteaming-malli oli toimiva. Furmanin ja Aholan (2007, 11–12) mukaan Reteaming luo toivekuuta ja optimismia, kasvattaa motivaatiota, lisää ihmisten luovuutta ja kekseliäisyyttä ja lisää ihmisten keskinäistä arvostusta ja lähentää heitä toisiinsa. Toiveikkuuden ja optimismin näkökulmasta ns. ihanteellisen kuvan muodostaminen aiheesta hieman huvitti ja epäilytti työryhmässä toimivia ihmisiä. Ajoittain työryhmässä koettiin, että on vaikea miettiä ihannetta, kun on niin paljon työhön ja resursseihin liittyviä rajoitteita. Kuitenkin reteaming- mallin ja ihannekuvan muodostamisen kautta keskusteluista löytyi realistinen uusi toimintamalli kuntoutuksen suunnittelulle. Motivaation kasvattajana Reteaming-mallin mukaisella työskentelyllä on varmasti vaikutusta. Se viittaa aina parempaan tulevaisuuteen, jonka johdosta keskustelu ei jäänyt siihen miten asiat on vaan miten niiden tulisi olla. Keskusteluissa ja kehittämiskohteiden ihannekuvan määrittelyssä on työryhmä spontaanisti ideoinut uusia työkäytänteitä, joka viittaa luovuuden ja kekseliäisyyden näkökulman toteutumiseen. Interventiopalautteissakin työryhmäläiset ovat kehuneet avointa ja sallivaa kehittämisilmapiiriä. Työryhmässä on mielestäni vallinnut aina hyvä työilmapiiri, mutta olen havainnut että prosessin aikana työryhmän jäsenet antoivat paljon positiivista palautetta toisille työntekijöille erilaisista koetuista tilanteissa. Positiivisen palautteen antamisen ja yhteistyössä kehittämisprosessin osallistumisen myötä ihmisten keskinäinen arvostus ja yhteistyössä toimiminen on vahvistunut.

”Työskentelytapa → tuotti paljon ideoita, asioita, pohdittavaa”
”Työskentely- dialogisuus”
”Uusia asioita nousi esille”
”Päästiin konkretian tasolle.”
”Paljon keskustelua, uusia ja vanhoja ajatuksia”
”Tästä on oikeasti hirveästi hyötyä oman työn kehittämisessä”
”Avoin keskusteluilmapiiri tuo paljon uusia ideoita.”
”Hyvää oli ns. aivoriihi-mallinen keskustelu.”
”Yhteisten ajatusten vaihto ja esille tuominen.”

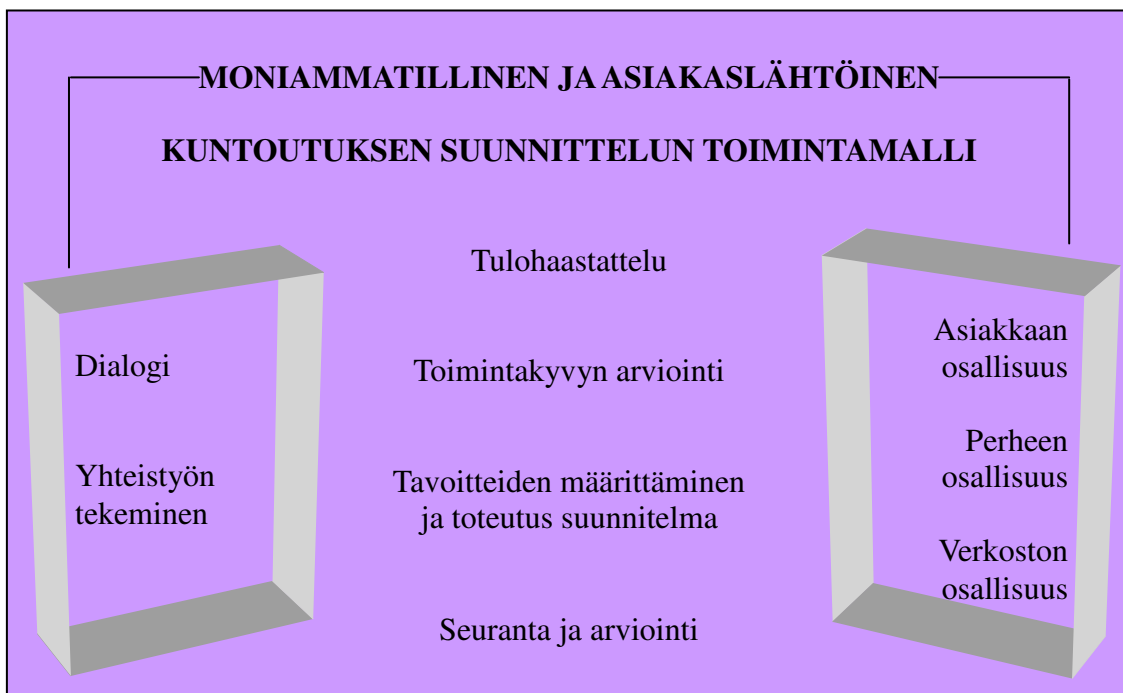
Interventioiden aikana koin toisinaan haasteelliseksi työryhmän ohjeistamisen työskentelyyn. Reteaming-mallin idean yhdistäminen intervention tavoitteen mukaiseen kuntoutuksen suunnittelun vaiheeseen oli välillä haastavaa (ks. Furman & Ahola 2007.) Työryhmässä kuitenkin kysyttiin reippaasti ohjeistukseen tarkennusta ja työskentely pääsi aina etenemään.

”Ohjeistuksessa jonkin verran epäselvyyttä, ei yhteistä ymmärrystä siitä, että mistä keskustellaan → mutta siitäkin selvittiin hyvin”
”Ohjeistus selkeää → työskentelyn eteneminen jouhevaa”
”Kaikki selkeää, jotkut tehtävänannot olivat hieman vaikea aluksi sisäistää.”
”Ohjeistus oli toimivaa”
”Ohjeistus ja toteutus todella hyvää ja selkeää.”

Kiviniemen (1999) mukaan toimintatutkimuksen onnistumisen kriteerinä voidaan pitää tutkijan vahvaa kehittämisen pyrkimystä. (ks. Aaltola & Syrjälä 1999, 18.) Tutkijana olin kiinnostunut ja motivoitunut kehittämistyöhön. Motivaatio ja kehittämismyönteisyys sekä usko kehittämistyön onnistumiseen pysyivät koko prosessin ajan. Kehittämisprosessin toteutuminen ja onnistuminen osoittaa, että niin minä tutkijana kuin myös kehittämissuuntautuneita osallistunut työryhmän jäsenet olivat kehittämissuuntautuneita. (ks. Seppänen-Järvelä 2009, 43.)

9.2 Toimintamallin arviointi

Kehittämistyön lähtökohtana oli kuntoutuksen suunnittelun toimintamallin kehittäminen, jonka mukaisesti työryhmässä työskennellään eli suunnitellaan kuntoutusta. Haasteena ennen kehittämisprosessia oli systemaattisen ja kokonaisvaltaisen mallin puuttuminen kuntoutuksen suunnittelussa sekä moniammatillisen työn ja asiakkaan osallistumisen mahdollistamisen vajavuus ja vaihtelevuus. Kuntoutuksesta huolehtiminen ja kuntoutusperiaatteiden mukaisesti toimiminen on osaltaan tae hyvästä laadusta sosiaali- ja terveysalalla. Kuntoutuspalvelun hyvän laadun kriteerinä voidaan pitää asetettujen tavoitteiden saavuttamista ja haluttujen tuloksien aikaan saamista. Tämä edellyttää palveluiden perusteiden kunnossa oloa, tarkoituksenmukaisten tilojen käyttöä, pätevää henkilöstöä, asiakkaan kohtelusta hyvän asiakaspalvelun periaatteiden mukaisesti ja palvelun toteutusprosessin tehokkuutta. Tukipilareina kuntoutuksen laadulle ovat asiakaslähtöisyys ja moniammatillisuus. Laatu on kuntoutuja näkökulmasta kokonaisuus eli minkään ammattiryhmän asiantuntemus ei yksin riitä vastaamaan kuntoutujan moninaisiin tarpeisiin. (Holma 1994, 15; ks. Melamies, Pärnä, Heino & Miller 2004, 113.)



KUVIO 10. Kuntoutuksen suunnittelun toimintamallin arviointikohteet

Tässä kehittämisprosessissa lähtökohtana oli kehittää kuntoutuksen suunnittelua. Toimintamalli etenee yleisten kuntoutuksen suunnittelun vaiheiden mukaisesti. Siinä on onnistuttu erottelamaan toisistaan kuntoutuksen suunnittelun prosessiin kuuluvat vaiheet ja niissä tapahtuvat toimenpiteet. Näitä vaiheita olivat tulohaastattelu, toimintakyvyn arviointi, tavoitteiden määrittäminen ja toteutuksen suunnittelu sekä seuranta ja arviointi. (ks. Järvikoski & Karjalainen 2008, 87; Rissanen 2008, 630.) Näiden kuntoutuksen suunnittelun toimintamallin vaiheiden mukaisesti tiedetään erityisesti työryhmän yhteiset toimintatavat. Lisäksi sen mukaan asiakkaalle voidaan kertoa kuntoutusprosessin etenemisestä ja sitä voidaan käyttää uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä. Myös Alaranta, Lindberg & Holma (2008, 645) kirjoittaa, että tasokkaiden ja tuloksellisten kuntoutuspalvelujen tuottamisessa tulee tietää mihin pyritään ja miten toimitaan. Organisaatioiden toiminnan ei tule olla sattumanvaraista. Sovitut asiat ovat kirjattu ja näin myös asiakkaat voivat luottaa palvelun tasoon.

Kuntoutuksen suunnittelun pohjaksi työryhmässä kehitettiin toimintamallin vaiheiden mukainen kuntoutuksen suunnittelun lomake. Lomake kehitettiin myös dokumentointia varten. Lomakkeeseen kirjataan kuntoutuksen suunnittelussa mainittavat asiat. Asiakastiedot ja omaisten sekä lähiverkoston yhteystiedot sen mukaisesti mitä palveluja tukimuotoja asiakkaalla on. Lomakkeeseen kirjataan myös asiakkaan tulohaastatteluvaiheessa kuntoutustarpeen arviointiin liittyvät asiat, kuten asiakkaan diagnoosi, sen hetkinen lääkitys, toiminnallinen haitta toimintakyvyn kuvauksen kautta, vahvuudet ja mielenkiinnon kohteet sekä toiveet ja odotukset jaksolle. Näiden perusteella sovitaan tarvittavat jakson aikana tehtävät kuntoutustarpeen arvioinnit. Arviointien perusteella kuvataan asiakkaan toimintakyky. Asiakkaan, omaisten ja lähiverkoston osallisuuden varmistamiseksi lomakkeeseen kirjataan myös heidän näkemykset kuntoutuksellisesta tavoitteista. Kuntoutuksen suunnittelun lomakkeeseen määritellään ja kirjataan kuntoutusjakson kokonaistavoite sekä sille pää- ja osatavoitteet sekä suunnitellaan tavoitteiden saavuttamiseksi kuntoutusmuodot ja toimenpiteet. Lomakkeeseen on määritelty myös kohta kuntoutuksen ja kuntoutumisen seurannalle ja arvioinnille. (ks. Paltamaa ym. 2011, 7; Rissanen 2008, 630.)

9.2.1 Moniammatillisuuden ja asiakaslähtöisyyden arviointia

Kehittämistyössä toimintamallin kehittämis ehdotuksien mukaan kuntoutuksen suunnittelua lähdettiin kehittämään moniammatillisuuden ja asiakaslähtöisyyden näkökulmista. Moniammatillisuuden kehittäminen kohdentui dialogin ja moniammatillisen yhteistyön tekemiseen. Asiakaslähtöisyys puolestaan kohdentui vahvasti asiakkaan ja perheen osallistumisen kuntoutuksen suunnitteluun ja verkostoyhteistyön kehittämiseen (ks. kuvio kehittämis ehdotuksien analyysi s. 51). Moniammatillisuuteen liittyvää dialogia ja yhteistyön toteutumista sekä asiakaslähtöisyys näkökulmasta asiakkaan, perheen ja verkoston osallistumista arvioidaan suhteessa toimintamallin vaiheisiin (Kuvio 11).



KUVIO 11. Moniammatillisuuden ja asiakaslähtöisyyden arviointi kuntoutuksen suunnittelun toimintamallissa

Moniammatillisuus on asiakaslähtöisen toiminnan perusta (Holma 1994, 16). Kuntoutuksen suunnittelun toimintamallin mukaisesti moniammatillinen työryhmätyöskentely käynnistyy viimeistään asiakkaan palvelukodille tulovaiheessa. Tätä ennen työryhmässä on tehty valmistelutyötä asiakkaan tuloa varten, jossa on selvitetty tulossyytä ja mahdollisesti tarvittavia tutkimuksia ja arviointeja. Heti tulovaiheessa kokonaisvastuu asiakkaan asioissa määrittyy toimintamallin mukaisesti osastonhoitajalle sekä asiakkaalle nimetyille vastuuhoidtajalle.

Onnistunut kuntoutusprosessi perustuu tasa-arvoiseen ja luottamukselliseen vuoropuheluun työntekijän, nuoren ja kokoa perheen välillä (Melamies 2004, 113). **Tulohaastattelun** järjestäminen heti asiakkaan tulovaiheeseen käynnistää vuorovaikutuksellisen yhteistyöprosessin asiakkaan ja hänen lähiverkoston sekä palvelukeskuksen työryhmän keskuudessa. Tulohaastatteluvaiheessa asiakasta ja hänen omaista haastatellaan yhteisen näkemyksen saamiseksi palvelukodin osastojakson tarpeesta. Tulohaastattelussa pyritään saamaan jo mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva asiakkaalta itseltään ja myös lähiverkoston siinä mistä ja millaisesta ympäristöstä ja elämäntilanteesta nuori tulee osastojaksolle, mikä on tärkeää kuntoutuksen suunnittelun ja toteutuksen kannalta. Tämän perusteella jaksolle räätälöidään yksilöllisesti tarpeen mukaiset tutkimukset ja arvioinnit. Tulohaastattelussa selvitetään alustavasti jo asiakkaan kuntoutustarvetta. (ks. Melamies 2004, 112.)

Kuntoutuksen suunnittelun toimintamallin asiakaslähtöinen työskentely perustuu heti alkuvaiheesta, tulohaastatteluvaiheesta tässä toimintamallissa asiakkaan ja hänen perheen ja lähiverkoston osallisuuden tukemiseen ja mahdollistamiseen. Osallisuuden toteutuminen perustuu vuorovaikutuksen – dialogiin pyrkivällä toimintamallilla. Metterin (2003) mukaan asiakkaalla ei ole täyttä osallisuutta oman kuntoutuksensa prosessiin mikäli asiakkaan tieto puuttuu kuntoutuksen suunnittelusta ja päätöksenteosta. (Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 54.) Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan, että kuntoutukseen osallistuvien eri ammattiryhmien toiminta- ja ajattelutavan perustana ovat kuntoutujan tarpeet, toiveet ja odotukset sellaisena kuin ne kuntoutuja itse ilmaisee. Tämä edellyttää kuntoutujien näkökulman asettamista omien ammatillisten näkemysten edelle. Myös nuorten asiakkaiden osallisuus oman kuntoutusprosessiin korostuu. (Holma 1994, 15–16; Melamies, ym. 2004, 106.)

Myös Holman (1994, 16–17) mukaan kuntoutukseen osallistuvilla tulee olla alusta lähtien yhteinen näkemys siitä, mihin pyritään, mikä on oma tehtävä, oma vastuu ja valtuudet. Tämä edellyttää toimintaketjun ja työprosessien (kuntoutusprosessien) kuvaamista, analysointia ja arviointia yhteistyönä kaikkien prosessiin osallistuvien kesken. Tämän toimintamallin mukaisesti tulovaiheessa varmistetaan jakson yhteneväistä tarvetta ja siinä tarvittavia tutkimuksia ja arviointeja asiakkaan toimintakyvyn suhteen.

Kuntoutustarve määrittyy yhteistyössä toteutettujen **toimintakyvyn arviointien** ja tutkimuksien jälkeen. Moniammatillisen työryhmän työntekijät toteuttavat toimintakyvyn arvioinnit yhteistyössä asiakkaan kanssa. Kuntoutuksen suunnittelun toimintamallissa on määritelty jokaisen ammattiryhmän asiantuntemukseen liittyvä arviointi, koska toimintakyvyn arviointi edellyttää laajaa osaamista ja moniammatillista yhteistyötä. Toimintakyvyn arvioinnissa tulee hyödyntää eri ammattilaisten asiantuntemusta. Myös asiakas ja hänen lähiverkosto osallistuu toimintakyvyn arviointeihin. Asiakkaan oma arvio omasta toimintakyvystä on olennainen osa hyvää toimintakyvyn kuvausta. (ks. Laine, Hakupäivä 23.5.2011; Seppälä, hakupäivä 23.5.2011.)

Toimintakyvyn arviointien tulokset kootaan toimintamallin mukaisesti kahden viikon sisään asiakkaan tulon jälkeen sovituissa kuntoutustiimipalaverissa ja/tai viikoittaisen lääkärin kierron yhteydessä. Moniammatillisen työn toteutumisen perusta on sille sovittu aika, jossa työryhmässä jaetaan arviointien tuloksia ja havaintoja sekä pohditaan tarkemmin asiakkaan toimintakykyä ja kuntoutustarvetta. Kuntoutustarve kootaan ja toimintakyky kuvataan moniammatillisten arviointien ja tutkimuksien tuloksien mukaisesti ennen seuraavaa toimintamallin tavoitteiden määrittämisen ja toteutuksen suunnittelun vaiheeseen kuuluvaa verkostopalaveria. Myös Isoherrasen (2005 16–17) mukaan tiedon, osaamisen ja taitojen siirtymistä tavanomaisten tieteiden välisten rajojen yli kohti toimivaa moniammatillista työskentelyä kuvaavat kyky jakaa tietoa ymmärrettävästi, ammatillisten rajojen väljyys, kyky ottaa yhteistä vastuuta, halukkuus olla samanaikaisesti oppija ja erikoisasiantuntija, valmius sopeuttaa rooleja tiimin sisällä asiakkaan tarpeista lähtien. Nuoren kuntoutukseen liittyvä yhteinen osaaminen on asiantuntijoiden ja perheen yhteistyön kautta syntyvää ymmärrystä nuoren parhaasta (Melamies 2004, 114).

Kuntoutuspalveluiden kehittymisen edellytyksenä on yhteistyön lisääntyminen asiantuntijoiden ja perheiden sekä verkostojen kesken (Melamies 2004, 114). Asiakaslähtöisyydessä vuorovaikutuksellinen tukeminen on myös olennaista. Sen toteutuminen on kilpailukykyä sosiaali- ja terveysalalla, jonka toiminta on aina palvelutoimintaa. Tämän palvelutoiminnan tavoitteena on palvella asiakkaita vastaamalla heidän tarpeisiin niin, että heidän voimavaransa kasvavat. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 22–23.)

Tavoitteiden määrittämisessä ja toteutuksen suunnittelussa palvelukeskuksen työryhmän moniammatillinen työskentely laajenee verkostoyhteistyöhön. Verkostotyöksi voidaan kutsua työmuotoa, joissa toimitaan yhdessä sekä asiakkaan lähiverkoston ja viranomaisverkoston kanssa hyödyntäen kaikkien toimijoiden näkemyksiä asiakkaan tuen kannalta (Mönkkönen 2007, 130; ks. myös Seikkula & Arnkil 2005).

Tavoitteiden määrittäminen ei perustu tässä toimintamallissa pelkästään asiantuntijakeskeiseen lähestymiseen vaan ne tehdään yhteistyössä asiakkaan ja hänen perheen ja lähiverkoston kanssa, joka edellyttää heidän osallisuutta. Tavoitteiden määrittäminen ja kuntoutuksen toteutuksen suunnittelu toteutetaan verkostopalaverissa, johon osallistuu asiakas, hänen perhe ja lähiverkosto sekä palvelukeskuksen työryhmä. Verkostopalaveri mahdollistaa kaikkien osapuolien osallistumisen. Osallisuutta on tässä toimintamallissa tuettu myös kehittämällä systemaattista tapaa kaikkien äänen kuulluksi tulemisen vuoksi. Kuten verkostopalaverien keskusteluissa tulisi lähteä siitä, että keskustelulla on selkeä ohjattu rakenne. Toimintamalli viittaa ennakointidialogimenetelmän tulevaisuuden muisteluun, jossa ennakoidaan ja suunnitellaan asiakkaan ja perheen hyvää tulevaisuutta. Menetelmä sopii tilanteisiin, kun asiakkaan ympärillä toimii useita huolestuneita tahoja. Menetelmä on asiakaslähtöinen ja sillä asiakkaiden kuulluksi tuleminen on varmistettu. (ks. Mönkkönen 2007, 38, 130; Kokko 2006, 28–29.)

Tässä toimintamallissa aina ensimmäisenä asiakas kertoo oman näkemyksen tavoitteista. Toimintamallin mukaan asiakkaan vastuuhoidtaja keskustelee asiakkaan kanssa tulevasta verkostopalaverista ja tukee asiakkaan tavoitteiden määrittelyssä. Asiakkaan jälkeen perhe ja/tai asiakkaan lähiomaiset esittävät näkemyksensä

tavoitteesta. Palvelukeskuksen moniammatillinen työryhmä perustaa näkemyksen tavoitteista toimintakyvyn arviointien pohjalta. Verkostopalaverissa kuullaan ja huomioidaan myös muun lähiverkoston esittämät näkemykset tavoitteista. Kaikkien näkemykset kirjataan ja huomioidaan, kuten myös tulevaisuuden muistelu menetelmässä. Myös Melamiehen (2004, 120) mukaan nuoren ja perheen näkökulma tulee näkyä kuntoutusprosessin dokumentoinnissa. Kuntoutussuunnitelmalomakkeeseen kirjataan asiakkaan kanssa yhdessä sellaiset tarpeet, joihin tulevaisuudessa kiinnitetään enemmän huomiota ja joita kohtaan voidaan asettaa tavoitteita. Tarpeita vastaavat vastaukset, ratkaisut ja oikeat tukimuodot löytyvät yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakkaan on itse ymmärrettävä, mihin tarpeisiin niillä vastataan ja miksi tavoitteet ovat tärkeitä, jotta asiakas voi sitoutua tavoitteisiin. (ks. Kokko 2006; Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 52; Melamies 2004, 113.)

Verkostopalaverilla on myös tarkoitus tukea voimavarakeskeistä ja asiakaslähtöistä vuoropuhelua –dialogia, yhteistä työn ja vastuunjaon selkiyttämistä sekä konkreettisten tukitoimien suunnittelua ja sopimista. (ks. Kokko 2006.) Sosiaali- ja terveysalalla tähdätään ihmisen tukemiseen, terveyden, elämänhallinnan ja hyvinvoinnin kasvamiseen. Tämän ja myös kuntoutuksen hyvän laadun vuoksi tavoitteet laaditaan aina asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen pohjalta. Realististen ja tarkoituksenmukaisten tavoitteiden asettaminen kuntoutusprosessille on myös pohja kuntoutuksen vaikuttavuuden ja laadun arvioinnille. On tärkeää, että kuntoutus on vaikuttavaa. Asiakkaan näkökulma tulee huomioida ja asiakasta tulee kuulla. Asiakaslähtöisesti toimiessa asiakkaan ja ammattilaisten välille syntyy aitoa, tasa-arvoista, kahdensuuntaista vaikuttamista ja vuoropuhelua. Asiakaslähtöinen organisaatio edellyttää asiakkaan mukaan ottamista keskusteluun ja päätöksentekoon. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 52; Melamies 2004, 113; Holma 1994, 17–18.)

Moniammatillista yhteistyötä toteutetaan koko kuntoutusprosessin ajan myös **seuranta ja arviointivaiheessa**. Seurantaa ja arviointia tehdään kuntoutuksen toteutumisen ja tavoitteiden saavuttamisen suhteen. Sitä tehdään säännöllisesti viikoittaisten lääkärin kiertojen yhteydessä, jolloin mahdollistuu moniammatillinen arviointi asiakkaan tilanteesta. Myös työntekijät, joilla ei ole asiakassuhdetta tiettyihin asiakkaisiin voivat ns. ulkopuolisena tuoda näkemyksiä pohdittavaksi asiakkaan kuntoutumisen tueksi ja

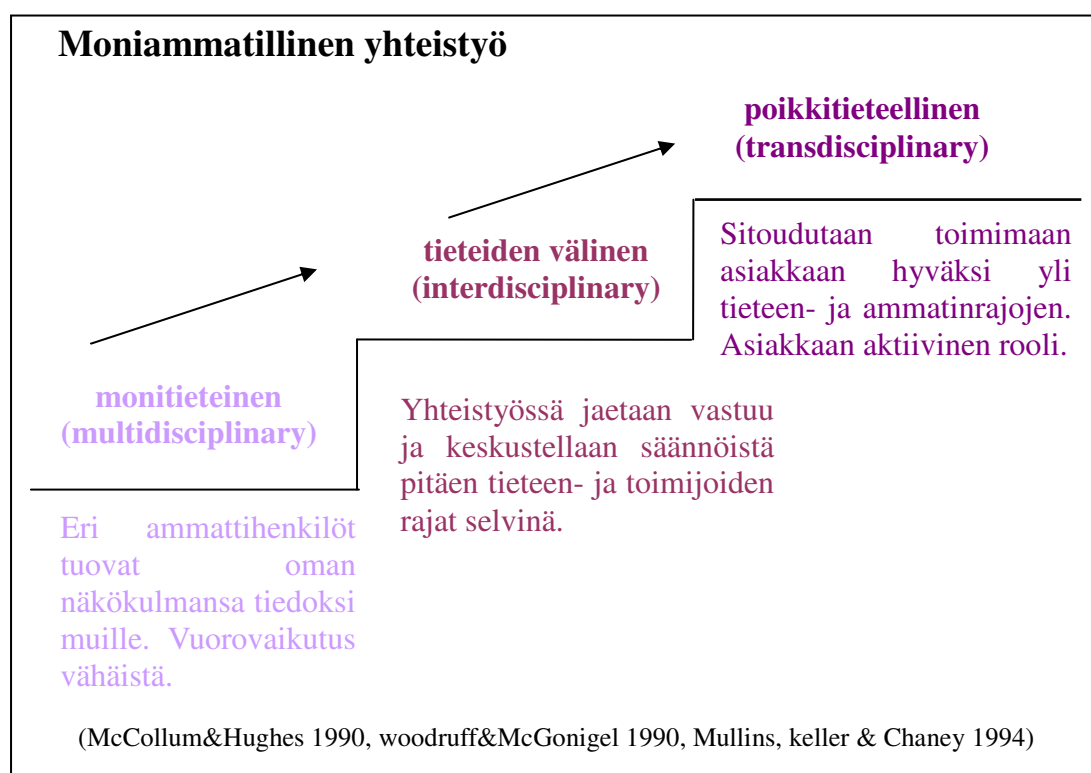
jakaa osaamistaan. Myös asiakkaan ja perheen osallisuus on jatkuvaa koko prosessin ajan, joka taataan kuntoutuksen myös seurannan ja arvioinnin muodossa. Sateenkaareen hoitajat, erityisesti vastuuhoidajat tekevät tiivistä yhteistyötä vanhempien kanssa ja välittävät tietoa moniammatillisen työryhmään. Verkoston tiivis mukana olo taataan puheluiden lisäksi myös tarpeen mukaan järjestetyillä verkostopalavereilla, joissa myös seuranta ja arviointia toteutetaan. Seuranta ja arviointi kirjataan myös kuntoutuksen suunnittelun lomakkeeseen. (ks. Rissanen 2008, 632; Kettunen ym. 2009, 26.)

9.2.2 Yhteenveto arvioinnista ja jatkokehittämisehdotukset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa moniammatillinen ja asiakaslähtöinen kuntoutuksen suunnittelun toimintamalli Tahkokankaan palvelukeskuksen Sateenkaaren pitkäaikaiskuntoutuspalveluun. Arviointi tuloksen voidaan todeta, että kehitetty toimintamalli pohjaa vahvasti nykyajan kuntoutuksen haasteisiin ja vaatimuksiin ja vastaa näin ollen hyviin kuntoutuskäytäntöihin. Voimavarakeskeinen lähestyminen kuntoutuksen suunnittelussa perustuu erityisesti asiakkaan kuulemiseen ja asiakkaan tavoitteista lähtevään työskentelyyn huomioiden asiakkaan voimavarat. Moniammatillinen työskentely laajenee monitoimijaiseen työskentelyyn, jolla mahdollistetaan asiakaslähtöisyyden lähtökohta-ajatus asiakkaan osallisuudesta. (ks. Rostila 2004, 40; Katajainen ym. 2003, 14; Rissanen 2008,14; Määttä 2010, 11.) Jatkokehittäminen on kuitenkin aina tarpeen, jonka vuoksi esittelen yhteenvetdon lomassa kehittämisprosessin aikana havaittuja jatkokehittämisehdotuksia.

Kuntoutuksen suunnittelu perustuu tässä toimintamallissa aina moniammatillisesti toteutettuun. Nikkasen (2010) tutkimukseen kuntoutussuunnitelmien rakentumisien käytännöistä verrattuna tämä viittaa ryhmätyöhön perustuvaan kuntoutuksen suunnittelun malliin, jonka mukaisella työmuodolla voidaan olettaa saavan aikaan laaja-alainen suunnitelma. Tähän vaikuttaa eri ammattialojen työntekijöiden mahdollisuus tuoda oman alansa tietämys jaettavaksi ja yhdessä pohdittavaksi myös kuntoutujan läsnä ollessa. Tämä edellyttää työntekijöiden välistä yhteistyöosaamista. (Nikkanen 2010, 20.)

Yhteistyöosaaminen on kuitenkin haaste. Moniammatillisesta työskentelystä puhutaan joskus, kun työskennellään rinnakkain samassa paikassa ilman, mahdollisuutta yhteisen tiedon prosessointiin ja rajojen ylityksiin. Tämän toimintamallin mukaisessa työskentelyssä moniammatillinen työskentely on välttämätöntä ja se tiivistyy sekä monipuolistuu. Siinä tulee prosessoida yhdessä ja pyrkiä muodostamaan yhteinen näkemys asiakkaan asioissa. Myös rajojen ylityksiä sen tulisi sallia. Kirjallisuudessa moniammatillisesta yhteistyöstä voidaan puhua eri tasoissa tapahtuvasta yhteistyöstä. Puhutaan monitieteisestä (multidisciplinary) yhteistyöstä, tieteiden välisestä yhteistyöstä (interdisciplinary) ja poikkitieteellisestä (transdisciplinary) yhteistyöstä, joissa viitataan juuri roolien, tietojen, taitojen ja vastuiden yhteen sopeuttamiseen (Kuvio 12.) (Isoherranen 2005, 16.)



KUVIO 12. Moniammatillinen yhteistyö (Isoherranen 2005, 16)

Näiden työskentelymallien mukaisesti myös tässä toimintamallissa on tarkoitus toimia. Kuitenkaan pelkkä toimintamallin mukainen työskentely ei takaa moniammatilliseen työskentelyyn tasoisen toiminnan mahdollistumista korkeimmalle poikkitieteelliselle tasolle, vaan se tukee sen suuntaista toimintaa. Jatkossa myös esimerkiksi arviointitutkimus moniammatillisen työryhmän työskentelyn tasosta toisi ymmärrystä

todellisesta moniammatillisen työn toteutumisen tasosta sekä mahdollistaisi moniammatillisen työryhmän yhteistyöosaamisen kehittämistä esimerkiksi tiimikoulutuksen kautta.

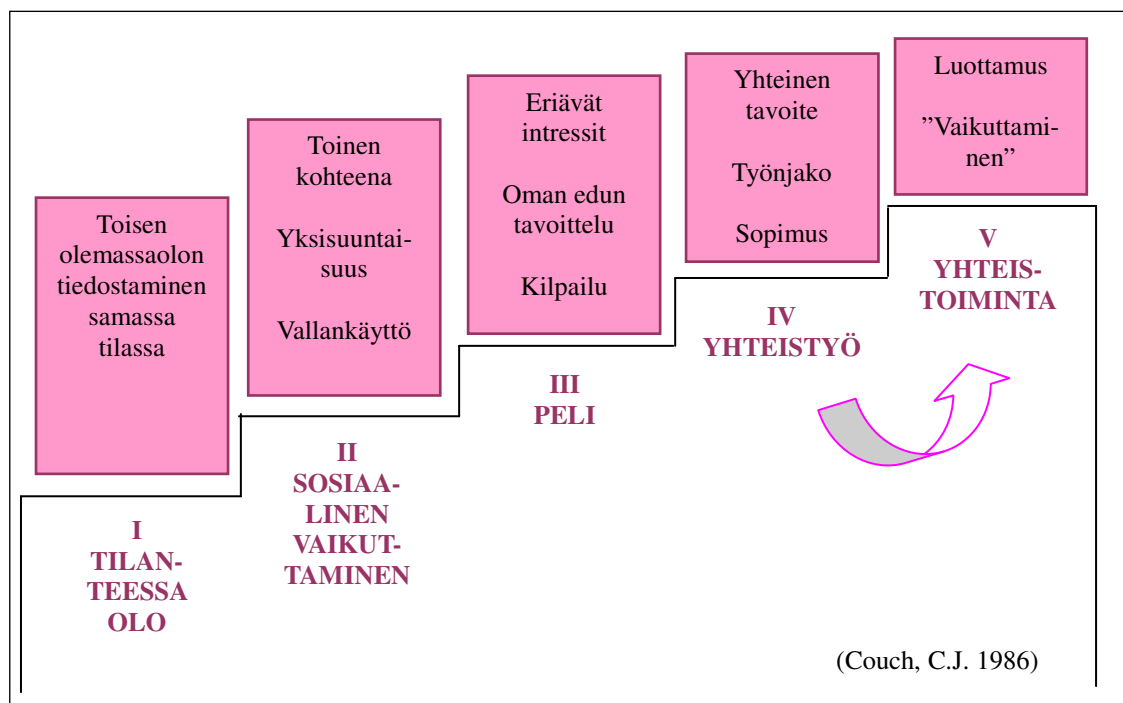
Toimintamallissa lähtökohtana on moniammatillisen työn paranemisen lisäksi ollut tavoitteena vahvistaa asiakaslähtöisyyttä, joka on tarkoittanut asiakkaan osallisuutta. Toimintamallin mukaisessa työskentelyssä asiakas huomioidaan yksilönä. Heti tulovaiheessa asiakkaan osallistuminen mahdollistetaan ja suunnittelussa huomioidaan laaja-alaisesti asiakkaan tietoa elämäntilanteesta, tarpeista ja toiveista. Tämän pohjalta räätälöidään tarvittavat asiakaskohtaiset toimenpiteet, mm. toimintakyvyn arviointiin (vrt. Nikkanen 2010, 41), joka on kuntoutuksen suunnittelun yhtenä vaiheena. Toimintamallissa toteutetaan suunnitellusta asiakaslähtöinen, mielestäni tarkemmin sanottuna asiakaskohtainen, kokonaisvaltainen ja moniammatillinen toimintakyvyn arviointi. (vrt. Nikkanen 2010; Kuntoutusselonteko 2002).

Toimintakyvyn arvioimisessa ja kuvaamisessa ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health, toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansallinen luokitus ohjeistaisi moniammatillista työnjakoa ja mahdollistaisi yhteisen kielen löytymistä. Toimintamallin jatkokeittäminen ja kuntoutuksen suunnittelun lomakkeen mukauttaminen ns. ICF-kielelle vahvistaisi osaltaan moniammatillista työskentelyä. Lisäksi laajentaa asiakkaan toimintakyvyn kuvaamista kokonaistilanteesta mukaan lukien arjen toimintaympäristönsä. ICF:n käyttöön otto vaatii kouluttautumista ja opettelua. (ks. ICF 2004; Nikkanen 2010, 41.)

Kuntoutuksen suunnittelussa merkittävänä tekijänä on tavoitteiden asettelu ja toteutuksen suunnittelu. Kuntoutuksen tavoitteiden asettelu ja toteutuksen suunnittelun paikkana on toimintamallissa sovittu olevan verkostopalaveri, jossa erityisesti pyritään mahdollistamaan asiakkaan ja myös hänen lähiverkoton osallisuus ja saada heidän ääni kuuluviin. (ks. Paltamaa, ym. 2010). Kuten Melamiehen ym. (2002, 103, 114–115) mukaan kuntouttajien haasteena on kutsua ja rohkaista asiakkaita – lapsia, nuoria ja perheitä – aktiivisen osallisuuteen samalla, kun itse rohkaistuvat monipuoliseen vastavuoroisuuteen ja tunteiden jakamiseen. Dialogisuus ja refleksiivisyys ovat avainasemassa kuntoutuksen sosiaalisen todellisuuden rakentamisessa. Uudenlainen

dialoginen asiantuntijuus on erityinen haaste kuntoutuksessa, koska siihen liittyy monta eri tasoa samanaikaisesti, esimerkiksi dialogi nuoren ja kuntouttajan, vanhempien ja kuntouttajan, perheen ja verkoston välillä. Nuoren asiakkuuteen ja osallistumiseen vaikuttavat vamman tai sairauden olemassaolon ohella ikä sekä vuorovaikutukselliset valmiudet ja myös perheen elämäntilanne. (ks. myös Mönkkönen 2002.)

Toimintamallin mukaisessa verkostopalaverissa moniammatillista työtä ohjaa dialogisuuteen pyrkivä työtapo, joka vaatii kykyä rakentaa eri toimijoiden ajatukset yhteiseksi tarinaksi. Dialogisessa ajattelussa keskeistä on yhteistyön näkeminen voimavarana ja siitä puhuttaessa ihmisiä tarkastellaan aktiivisina toimijoina. Yhteistyön hyödyntämistä voidaan katsoa moniammatillisen työryhmän vuorovaikutuksena sekä asiakkaan oman koko verkoston vuorovaikutuksena. Verkostokokouksien dialogisessa vuorovaikutussuhteessa yhteinen tieto ja ymmärrys tilanteesta rakentuvat palaveriin osallistuvien eri osapuolien kanssa. Couch C.J (1986) on tarkastellut sosiaalisen vuorovaikutuksen luonnetta viiden hierarkkisen perusmuodon kautta (Kuvio 13.) (Mönkkönen 2002, 42, 100, 126; Mönkkönen 2007, 100, 130.)



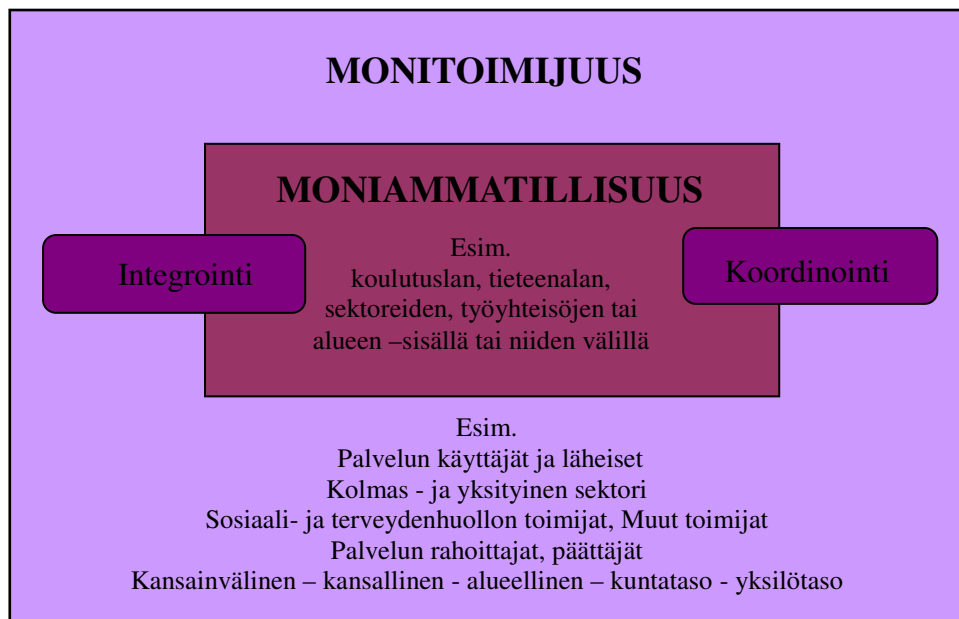
KUVIO 13. Sosiaalisen vuorovaikutuksen tasot (Mönkkönen 2007; 110; Mönkkönen 2002 42–44)

Tavoiteltavaa *yhteistyön* tasoa kuvataan yleensä puhuttaessa tiimityöstä, ryhmätyöstä tai yhteistyöstä, jossa osapuolet tekevät työnjakoa ja erilaisia sopimuksia. Yhteistyössä osapuolilla on yhteinen päämäärä, jonka saavuttamiseksi tarvitaan työnjakoa ja yhteistä ymmärrystä, siitä kuinka päämäärä saavutetaan. Kuntoutussuunnitelmat edustavat parhaimmillaan yhteistyön vuorovaikutustasoa, sillä niissä tehdään yhdessä suunnitelmia yhdessä määriteltyjen tavoitteiden suuntaisesti. Pahimmillaan suunnittelu liukuu edellä kuvatuille tasoille, jolloin vuorovaikutussuhteessa ei olla vakavissaan (tilanteessa olo) ja asiakas on osallisena muodonvuoksi (sosiaalinen vaikuttaminen). Sosiaalisen vaikuttamisen tasosta Mönkkönen (2007) käyttää kirjassaan esimerkkinä kuntoutussuunnitelman laadinta tilannetta, jossa on kutsuttu kokoon eri aloja edustavia ammattilaisia sekä asiakas. Asiakkaan kuulemista tätä koskevassa asiasta ohjaavasta laista huolimatta vuorovaikutustilanne saattaa olla sellainen, että asiakas ikään kuin suostuu toisten määräyksiin. Asiakas ei joko uskalla tai osaa tuoda omaa kantaansa esiin tai työryhmä ei anna tilaa asiakkaan näkemyksille. Kolmatta sosiaalisen vuorovaikutuksen pelisuhde tasoa edellyttää että vuorovaikutuksen osapuolilla on joku yhteinen tavoite, joka ei kuitenkaan välttämättä ole jaettu. Yhteistyösuhde on hyvä vuorovaikutuksen taso, mutta se ei vielä edellytä vahvaa molemminpuolista sitoutumista. Tällöin saatetaan joutua vielä kontrolloimaan toisen osapuolen sitoutumista yhteistyöhön. (Mönkkönen 2007, 110, 112–115, 118.)

Korkeimpaan yhteistoiminnallisuuden taso voidaan saavuttaa toimintamallin mukaisella työskentelyllä asiakkaan ja lähiverkoston osallisuuden mahdollistamisella, heitä kuulemalla ja yhdessä prosessoimalla. Yhteistoiminnallisuuden taso edellyttää myös yhteistä päämäärää ja sen yhteistä tiedostamista. Siihen liittyy lisäksi olennaisena osana luottamus, joka mahdollista sen ettei kontrollia tarvita tavoitteisiin pääsemiseksi, sillä osapuolet tietävät toistensa sitoutumisesta yhteiseen asiaan. Dialoginen vuorovaikutus onnistuu parhaiten yhteistoiminnallisessa suhteessa, jossa asiakkaan ja työntekijän välillä on luottamus yhteisesti sovittuihin asioihin. Myös moniammatillisen työryhmän toimintaa tulisi jatkossa arvioida näiden perusmuotojen avulla ja siten tunnistaa missä vaiheessa työryhmässä ollaan ja miten dialogi verkostoyhteistyössä toteutuu. (Mönkkönen 2002, 42; Mönkkönen 2007, 100, 120, 123–124, 130.)

Jatkossa myös verkostoyhteistyön ja siinä toteutuvan dialogin vahvistumiseksi uusien ennakoitdialogisten työmenetelmien opettelu ja käyttäminen tavoitteiden asettelu ja toteutuksen suunnittelussa kuntoutussuunnitelmaa tehdessä esitän kehittämiskohteeksi. Lisäksi kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja arvioimiseen on tullut apuvälineeksi asiakaslähtöinen GAS- menetelmä (Goal Attainment Scaling), jonka mukaan tavoitteiden tulee olla yksilöllisiä, mitattavia, saavutettavia, realistisia ja aikataulutettuja. (ks. Autti-Rämö, Vainiemi, Sukula & Louhenperä.) Tämän menetelmän käyttöön ottaminen koulutuksen ja harjoittelun kautta tulee tulevaisuudessa Tahkokankan palvelukeskuksessakin ajankohtaiseksi ja näin ollen toivottavasti siirtyä myös tämän toimintamallin tavoitteiden asetteluun.

Onnistuneen moniammatillisen- ja verkostoyhteistyön toteutumisesta voidaan käyttää myös käsitettä monitoimijuus. Toimintamallissa työskentelyn onnistuessa kuntoutuksen suunnittelu laajenee suunnitellun verkostoyhteistyön tekemiseen ja asiakkaan tasavertaisen osallisuuden mahdollistamiseen ja tekee siitä näin ollen monitoimijaista. Rissanen (2008, 14,18) on mm. kirjoittanut moniammatillisuuden ja monitoimijuuden käsitteistä sosiaali- ja terveydenhuollossa (Kuvio 14). (ks. myös. Högnabba, 2010, 15, 57–59; Määttä 2007.)



KUVIO 14. Monitoimijuuden ja – ammatillisuuden määrittely tässä kehittämistyössä (Mukaiillen Rissanen 2008, 14)

Rissasen (2008, 14,18) mukaan monitoimijainen – ammatillinen kokonaiskuva sosiaali- ja terveydenhuollosta antaa paremman pohjan kehittämistyölle kuin vain yksittäisen ammatin tai toimijan kautta nouseva kehittäminen. Jatkokehittämisehdotuksena toimintamallin toimivuudesta sekä asiakas, että koko verkostotasolla suositeltavaa arvioida ja kehittää. Myös Piiraisen (1999, 3.5) mukaan kehittämisen näkökulmasta asiakaslähtöisyyteen on sisällytetty asiakkaiden omien käsitysten ja toiminnan kunnioittaminen, pyrkimystä nostaa asiakas palvelujen käyttäjänä aiempaa keskeisempään asemaan vastuuseen ja velvoitteeseen sekä pyrkimys lisätä palvelujen joustavuutta asiakkailta saadun palautteen perusteella. Tähän mm. perustuen jatkokehittämisehdotuksena suosittelen asiakkaan ja heidän omaisten sekä lähiverkostojen palautteen keräämistä kuntoutuksen suunnittelun toteutumista ja kehittää toimintamallia näiden palautteiden mukaisesti.

10 KEHITTÄMISTYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimukseen kuuluu perinteisesti sen luotettavuuden ja eettisyyden huomioimista ja arviointia. Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. Syntyneen tiedon totuudenmukaisuus ei riitä, vaan sen on oltava hyödyllistä. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää hyvän tieteellisen käytänteen noudattamista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 23–24, 227; Toikko & Rantanen 2009, 121–122; ks. Huttunen, Kakkori & Heikkinen 1999, 111.)

10.1 Luotettavuuden tarkastelua

Kiviniemen (1999) mukaan toimintatutkimuksen luotettavuutta ei voida määritellä perinteisin menetelmin ja toteaa, että luotettavuustarkastelu toimintatutkimuksessa perustuu lähinnä toimijoiden yhteisen neuvottelujen tulokseen. (Aaltola & Syrjälä 1999, 19). Luotettavuuden tarkasteluun tutkimuksen prosessiluonteisuus antaa oman sävynsä. Luotettavuuden tarkastelu kohdistuu tutkimusmenetelmiin, tutkimusprosessiin ja tutkimustuloksiin. (Kiviniemi 1999, 78; Toikko & Rantanen 2009, 121.)

Toimintatutkimukseen liittyen tutkimus- ja kehittämisprosessi kohdentui tarkoituksenmukaisesti käytännön työtä tekeväälle työryhmälle. Koko prosessi toteutui yhteistyössä. (ks. Metsämuuronen 2003, 181; Heikkinen 2010.) Osallistava toimintatutkimus tutkimusmenetelmänä soveltui tarkoituksenmukaisesti tämän kehittämistyön toteutukseen. Kehittämisprosessi eteni toimintatutkimukselle tyypillisen suunnittelu-, toiminta-, havainnointi- ja reflektointivaiheiden mukaisesti. Kehittämisprosessiin osallistunut työryhmä tuotti aineistoa, jonka mukaan prosessi eteni interventioiden muodossa ja uusi kuntoutuksen suunnittelun toimintamalli muotoutui. (ks. Toikko & Rantanen 2009, 67.)

Koko kehittämisprosessin ajan halusin tutkijana avoimesti keskustella työryhmän jäsenten eli kehittämisprosessiin osallistuneiden henkilöiden kanssa kaikista prosessiin kuuluvista vaiheista ja niiden toteutuksesta. Kehittämisprosessin toimintasuunnitelma suunniteltiin keskustelujen pohjalta ja työryhmä hyväksyi sen ennen interventioiden käynnistymistä. Kehittämisprosessiin aiheen valinta, tutkimus- ja työskentelymenetelmät suunnittelin alustavasti esitettäväksi ja hyväksyitin ehdotukset aina työryhmällä. Työryhmän jäseniä kuultiin ja huomioitiin kaikissa vaiheissa sekä tarvittaessa tehtiin juostavasti muutoksia. Jokainen interventiosuunnitelma esitettiin kirjallisesti ennakkoon työryhmäläisille. Hirsjärven ym. (2008, 227) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen kaikkien vaiheiden toteutumisesta.

Interventioiden edetessä jokainen kehitettävän kuntoutuksen suunnittelun toimintamallin vaihe kirjoitettiin auki, puhtaaksi työryhmän jäsenten tuottaman aineiston pohjalta. Tutkijana pyrin tietoisesti välttämään minkäänlaisten lisäyksien tai korjauksien tekemistä tuotettuun aineistoon. Kehitetty toimintamalli käytiin työryhmässä läpi, tehtiin tarvittavat korjaukset, jonka jälkeen työryhmä hyväksyi toimintamallin ennen kehittämisprosessin päättymistä ja opinnäytetyöraportin kirjoittamisen alkamista. (ks. Kiviniemi 1999, 80.)

Tutkijana olen pyrkinyt opinnäytetyössä raportoimaan ja kuvaamaan kehittämisprosessin mahdollisimman tarkasti. Myös raportissa käyttämäni lähteet olen merkannut noudattaen Oulun seudun ammattikorkeakoulun ohjeistusta. Tutkijana annoin opinnäytetyöraportin työryhmän jäsenille viikon ajaksi luettavaksi ja tarkastettavaksi ennen painoon menoa. Kehittämisprosessiin osallistuneita pyysin myös kommentoimaan asiasisältöä mm. mahdollisia korjauksia varten. (ks. Kiviniemi 1999, 80.) Myös Tuomi & Sarajärven (2009, 142) mukaan raportin luetuttaminen kehittämisprosessiin osallistuneiden työryhmän jäsenillä ennen painoon menoa on luotettavuuteen vaikuttava tekijä.

Kokonaisuudessaan kehittämisprosessi toteutettiin suunnitelman mukaisesti väljällä aikataululla, mikä lisää sen luotettavuutta. Interventioiden määrää ei määritetty tarkasti

vaan käytimme prosessin vaatiman ajan. Alkuperäisestä 4-5 interventiotapaamisarviosta tapaamisia kertyi 7. Interventioiden välissä tutkijana minulla oli aina kahdesta kolmeen viikkoon aikaa käydä edellisellä kerralla tuotettua aineostoa läpi, tehdä tarvittavat analyysit ja suunnitella seuraava interventiotapaaminen. Kehittämisprosessin raportin kirjoittamisen olen toteuttanut pitkällä aikavälillä. Kokonaisuudessaan raportin kirjoittaminen on kestänyt n. vuoden. Kirjoittamisprosessissa olen pitänyt ajoittain taukoa sekä tarkoituksella että eri elämäntilanteiden vuoksi. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 142.)

10.2 Eettisyyden tarkastelua

Peruskysymyksinä etiikassa ovat kysymykset hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Eettisesti toimiva tutkija miettii, miten tutkimus vaikuttaa tutkittaviin, tutkijoihin, tiedeyhteisöihin, yhteiskuntaan ja ihmiskuntaan. Siinä pitää arvioida, onko tutkittavia mahdollisuus tunnistaa tekstistä tai aiheutuuko tutkimuksesta heille haittaa. Tutkittaville kannattaa antaa mahdollisuus tarkistaa itseään koskevat kohdat raporteissa. Eettistä pohdintaa on myös se, että tutkija etsii sellaisia raportoinnin ja kirjoittamisen tapoja, jotka antavat äänen tutkittaville. Tutkimuksien laatua arvioidaan siten, miten siinä on käsitelty eettisyyttä. Eettisesti virheetöntä ihmistä, elämää eikä tutkimuksia ole. Olennaista onkin, että miten tutkijayhteisöt tai tutkimukseen osallistujat ottavat esille ja käsittelevät eettisiä kysymyksiä. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 158; Hirsjärvi, ym. 2008, 23.)

Olen pyrkinyt tietoisesti noudattamaan tässä toimintatutkimuksena toteutetussa kehittämistyössä Suomen Akatemian tutkimuseettisten ohjeiden (2008) mukaista hyvää tieteellistä käytäntöä. Lähtökohtaisesti aiheen valinta toteutettiin toimintatutkimuksena toteutettuna kehittämistyöhön yhdessä siihen osallistuvien henkilöiden kanssa. Tutkimustyön vaiheissa olen pyrkinyt toimimaan avoimesti ja rehellisesti sekä olemaan huolellinen ja tarkka aineiston käsittelyssä ja raportoinnissa. Tiedonhankinnassa olen käyttänyt pääsääntöisesti ajankohtaisia ja tarkoituksenmukaisia lähteitä ja merkannut ne asianmukaisesti noudattaen Oulun seudun ammattikorkeakoulun ohjeistusta. Kehittämisprosessiin osallistuneen työryhmän tuottaman aineiston olen koontien ja analyysien jälkeen hyväksyttänyt aina työryhmässä ennen prosessin etenemistä.

Tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja on käsitelty luetettavasti eikä niitä ole annettu ulkopuolisille. Saatuja tietoja on käytetty vain uuden toimintamallin vaatimaa tarkoitukseen. Koko prosessi on ollut suunniteltu tarkoin ja toteutettu yhteistyössä prosessiin osallistuneiden kanssa. Raportoinnissa olen pyrkinyt tarkkaan ja yksityiskohtaiseen ilmaisuun. Tässä toimintatutkimuksessa tuotettu toimintamalli on suunnattu Tahkokankaan palvelukeskuksen Sateenkaaren palvelukotiin, jossa on oikeudet käyttää toimintamallia ja opastaa tarkoituksenmukaisesti myös muita Tahkokankaan palvelukoteja toimintamallin mukaiseen työskentelyyn. Kehittämisen loputtua, kehittämistyön tuloksena ja tuotoksena Sateenkaaren palvelukotiin jää kehitetyn toimintamallin prosessimallikaavake toimintaohjeistuksineen, kuntoutuksen suunnittelun lomake ja kirjoitettu opinnäytetyöraportti. Muut materiaalit hävitetään tuhoamalla. Tässä toimintatutkimuksessa ja opinnäytetyön toteuttajana kannan vastuun hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja tutkimuksen rehellisyydestä sekä vilpittömyydestä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131–133; ks. Hirsjärvi, ym. 2008, 24–25.)

Tutkimuksen eettisen perustan muodostavat ihmisoikeudet ja ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkijan on selvitettävä osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit ymmärrettävästi. Osallistujien on suostuttava tutkimukseen vapaaehtoisesti ja siitä on oikeus kieltäytyä sekä keskeyttää mukana olo milloin tahansa tutkimuksen aikana. Myös osallistujan on mahdollisuus kieltää itseään koskevan tutkimusaineiston käyttö tutkimuksessa. On varmistettava että osallistujat tietävät, mistä tutkimuksessa on kyse. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Osallistujien oikeuksia ja hyvinvointia on pyritty turvaamaan tässä toimintatutkimuksessa yhteisellä suunnittelulla ja tiedottamalla yksityiskohtaisesti tutkimukseen kuuluvista vaiheista. Lisäksi tarkastamalla kehittämissuunnitelmaan osallistuneiden työntekijöiden halukkuutta osallistua kehittämissuunnitelmaan. Tämän jälkeen hankittiin lupa esimieheltä. Ketään ei pakotettu osallistumaan interventiotapaamisiin vaan jokaisen itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin. Tämän kehittämissuunnitelman aikana kukaan työryhmän työntekijöistä ei kieltäytynyt osallistumasta tapaamisiin vaan kaikki oli halukkaista kehittämään yhteistä toimintamallia. Kehittämissuunnitelmaan osallistuvien työntekijöiden nimiä ei ole tässä opinnäytetyön raportissa mainittu. Sovitusti on mainittu Sateenkaaren palvelukoti ja

siellä toimiva moniammatillinen työryhmä. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 158; Hirsjärvi, ym. 2008, 25; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

11 POHDINTA

Aloittaessani Ylemmän ammattikorkeakoulun kuntoutuksen koulutusohjelmassa kuntoutuksen opinnot ja erityisesti siihen kuuluvan opinnäytetyöprosessin en osannut todellakaan kuvitella kuinka pitkä, haastava, ajoittain raskas, mutta mielenkiintoinen, innostava ja opettavainen aika se tulisi olemaan. Tämän opinnäytetyön raportin myötä opinnot ovat valmiit ja tietotaito kuntoutuksesta on vahvistunut ja lisääntynyt.

Työskennellessäni toimintaterapeutina Tahkokankaan palvelukeskuksessa pidin erityisesti moniammatilliseen työryhmään kuulumisesta ja siinä työskentelystä. Kuitenkin asioita varsin kriittisesti tarkastelevana ihmisenä pohdin usein sitä, mitä se kuntoutus onkaan ja siinä moniammatillisen työn toteutumista, sen hyödyllisyyttä ja antia erityisesti asiakasnäkökulmasta. Osallistuin aina myös aktiivisesti työkavereiden aloittamiin keskusteluihin ja saimme pohtia asioita yhdessä. Opintojen alkuvaiheessa näin mahdollisuuden lähteä tarkastelemaan näitä asioita työryhmän kanssa yhdessä. Ehdotin kehittämistyön aloittamista rohkeasti työryhmälle, jossa asialle löytyi alkuharkintojen jälkeen innostusta. Yllätyin kuinka jouhevasti kehittämisprosessi eteni, ilman suuria ongelmia. Pieniä haasteita tuotti aikataulujen yhteensovittaminen ja muutamat työntekijävaihdokset.

Kehittämisprosessiin kuuluvien interventioiden aikana koin aistivani työryhmässä kriittistä, innostavaa ja innovatiivista keskustelua työstämme. Keskustelut perustuivat toisia kunnioittavaan ja arvostavaan dialogiin, mikä onkin varmasti aina ollut kyseisen työryhmän vahvuus. Oikein vavahdin huomatessani kuinka asiantuntevassa työryhmässä saankaan työskennellä. Ns. hiljainen tieto tuli ensin kuulluksi ja myöhemmin näkyviksi. Rohkean kriittinen tarkastelu vahvuuksineen sai aikaan hyvän kuntoutuksen suunnittelun toimintamallin. Kehitetystä toimintamallista tuli myös ajankohtainen. Uskon kehittämisprosessin oikeasti tuoneen voimavaralähtoisempää ajattelua asiakkaiden kuntoutuksen suunnitteluun ja heidän kuntoutumisen tukemiseen. Työryhmän työskentely moniammatillisuutta hyödyntäen on syventynyt ja asiakkaiden osallisuuden tärkeyden näkeminen ja mahdollistaminen on tiedostettu. Toimintamallin mukaan pyritään työskentelemään, mutta uudenlaisen työskentelytavan omaksuminen vaatii sitoutumista ja harjoittelua. Haasteita on, mutta työmme ja työtapojemme

kehittäminen on ennen kaikkea hyväksi asiakkaillemme, heidän omaisille, verkostoille ja myös meille työntekijöille. Myös tulevaisuudessa!

Jatkokehittämistä riittää aina, ja sen vuoksi tässä raportissa esitettiin kehittämisprosessin ja opinnäytetyön raportin kirjoittamisprosessin aikana esiintyneet ehdotukset ja ajatukset. Toimintamallin sanavalintoja ja muutamia kirjoitusvirheitä en tietoisesti lähtenyt enää tässä vaiheessa muokkaamaan ja korjaamaan, vaan ne korjaantuvat mahdollisissa jatkokehittämisprosesseissa.

Kehittämisprosessin ajan olin itse toimivapaalla Tahkokankaan toimestani ollessani toisessa työtehtävässä, joka kehittämisprosessin ohjaamisen näkökulmasta oli minulle parempi. Pystyin toimimaan paremmin kehittämisprosessin ohjaajan roolista käsin. Tällaisesta roolista toimiminen oli minulle ensimmäinen kerta. Prosessin aikana koin kaiken sen osaamattomuuden ja ahdistuksen seassa myös onnistumisia. Opin, että ajankohtaista tietoa tulee etsiä, jotta tekemisiä ja käytäntöä voidaan perustella suhteessa aikaisempaan tutkimusnäyttöön. Kaikki tulee suunnitella ja kirjata tarkasti ja asianmukaisesti. Nyt on rohkeutta, eväitä ja osaamista tutkimus- ja kehittämishankkeiden ohjaamiseen sen verran, että joskus uuden tilaisuuden mahdollistuttua aion siihen tarttua. Olen oppinut ja sisäistänyt, että työelämä kuntoutusalallakin vaatii jatkuvaa kehittämistä.

Opiskelu ja opinnäytetyöprosessi ovat vahvistaneet ajatustani myös siitä, että voimme puhua kuntoutuksesta siinä vaiheessa vasta kun se on suunnitelmallista ja tavoitteellista. On tiedettävä mihin pyritään. Näitä ei myöskään voi tehdä ilman että itse asiakas, pääroolissa oleva kuntoutuja on itse siihen taitojen ja kykyjen mukaan määritellyt itselleen omia tavoitteita ja suunnitelmaa. Kuntoutustyöntekijöinä meidän kaikkien tulee opetella toimimaan tasa-arvoisessa suhteessa asiakkaidemme kanssa ja välttää mahdollista vallankäyttöä. Tätä oppia ja tämän toteutumista aion peräänkuuluttaa jatkossakin sekä uskon ettei kriittinen asioiden tarkastelu ainakaan ole lieventynyt.

Kirjoittamisprosessi on ollut elämän eri tilanteiden myötä ollut hidasta. Olen tuntenut huonoa omaatuntoa viivästyneestä raportista. Alkujaan olen kertonut työryhmälle sen valmistuvan jo vuonna 2010. Mutta nyt, vuoden verran myöhässä prosessille voidaan laittaa piste. Suurimmat kiitokset koko prosessin onnistumisesta kuuluvat ehdottomasti

Tahkokankaan palvelukeskuksen Sateenkaaren työryhmälle. Kannustuksesta, tuesta ja ohjauksesta kiitän myös opiskelutovereita ja opinnäytetyön ohjaajia.

**Ei kaikkea heti voi oivaltaa. Ratkaisu
löytyy, kunhan aikaa saa.**

-tuntematon lähde-

LÄHTEET

AAIDD. The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Hakupäivä 3.3.2011, http://www.aidd.org/content_100.cfm?navID=21.

Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa: Heikkinen, H.L.T., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY-kirjapainoyksikkö. 11- 24.

Autti-Rämö, I. 2008. Lasten ja nuorten kuntoutus. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 479–506.

Autti-Rämö, I., Vaineniemi, K., Sukula, S., & Louhenperä, A. GAS-menetelmä. Käsikirja. Versio 2. Hakupäivä 13.7.2011, [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/%28WWWAllDocsById%29/68378A01AEDED3A1C2257727003F01B0/\\$file/GAS_kasikirja_100518.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/%28WWWAllDocsById%29/68378A01AEDED3A1C2257727003F01B0/$file/GAS_kasikirja_100518.pdf)

Euroopan neuvoston vammaispoliittinen toimintaohjelma. Helsinki 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Hakupäivä 8.3.2011, <http://www.vane.to/images/stories/passthru.pdf>

EASPD. European Association of Service Providers for Persons with Disabilities. Hakupäivä 3.3.2011, <http://www.easpd.eu/>.

Furman, B. & Ahola, T. 2007. Onnistuminen on joukkuelaji. Reteaming -valmentajan käsikirja. Helsinki: Lyhytterapiainstituutti Oy.

Gibson, C.H. 1991. A Concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing 16, 354-361.

Haastola, E. 1997. Sinun asenteesi on minun vammani. Pohjois-Pohjanmaan erityishuoltopiirin kuntayhtymän historia 1959–1994. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heikkinen, H.L.T. 2010. Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa: Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Juva: WS Bookwell Oy, 214–229.

Heikkinen, H. L. T. 2006. Tutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa: Heikkinen, H. L. T, Roivio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy, 16–38.

Heikkilä, J & Heikkilä, K. 2005. Voimaantumisen työyhteisön haasteena. Turku: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Heikkinen, H.L.T, Kontinen, T & Häkkinen, P. 2006. Toiminnan tutkimisen suuntaukset. Teoksessa: Heikkinen, H. L. T, Roivio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa; Dark Oy, 39–76.

Heikkinen, H.L.T, Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2006. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa: Heikkinen, H. L. T, Roivio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy, 78–93.

Heikkinen, H L.t. & Syrjälä, L. 2006. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa: Heikkinen, H. L. T, Roivio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy, 144–162.

Heiskala, H. 2006. Älyllinen kehitysvammaisuus liittyy aivojen plastisuuden häiriöihin. *Duodecim*; 122:1890–1892.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008 Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Holma, T. 1994. Mikä on laatua kuntoutuksessa? *Kuntoutus* 4/1994, 13–19.

Huovinen, T. & Rovio, E. 2006. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa: Heikkinen, H. L. T, Roivio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy, 94–113.

Huttunen, M. 2010. Älyllinen kehitysvammaisuus. Hakupäivä 3.3.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00556

Huttunen, R., Kakkori, L. & Heikkinen H.L.T. 1999. Toiminta, tutkimus ja totuus. Teoksessa: Heikkinen, H.L.T., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY-kirjapainoyksikkö. 111–135.

Högnabba, S. 2010. Lapsen ääni – kehittämisohjelman väliarviointi 2010. Hakupäivä 13.7.2011, <http://www.lapsenaani.fi/Ajankohtaista/Väliarviointi8.11.10.pdf>

ICF 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Helsinki: World Health Organization: Stakes.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: Dark Oy..

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy, 51–62.

Järvikoski, A. & Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy, 80–93.

Järvikoski& Karjalainen 2008, 87+ Kuntoutumisen mahdollisuudet

Kallanranta, T. & Rissanen, P. 1996. Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen tehtävänjako ja yhteistyö. Selvitysmiesten raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1996:5. Helsinki.

Kananen, J. 2009. Toimintatutkimus yrityksen kehittämisessä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 101. Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvens Print.

Kari, A. & Puukka, P. 2001. Vaikeavammaisen kuntoutussuunnitelma – velvollisuus vai mahdollisuus? Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kaski, M., Manninen, A. & Pihko, H. 2009. Kehitysvammaisuus. Helsinki: WSOY.

Katajainen, A., Lipponen, K. & Litovaara, A. 2003. Voimavarat käyttöön. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kehitysvammahuollon tietopankki. Hakupäivä 24.2.2011,
<http://www.saunalahti.fi/kup/kirjat/yleishis.htm>

Kivi, T. 1994. Optimistinen oppimiskäsitys. Opetushallitus. Vantaa: Dark/Tumnavuoren Kirjapaino Oy.

Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa: Heikkinen, H.L.T., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY – kirjapainoyksikkö. 63–83.

Kiviniemi, K. 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa: Aaltola, J. & valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Juva: WS Bookwell Oy. 70–85.

Kivipelto, M. 2008. Osallistava ja valtaistava arviointi. Johdatus periaatteisiin ja käytäntöihin. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Valopaino Oy.

Koivikko, M. & Autti-Rämö I. 2006. Mitä on kehitysvammaisen hyvä kuntoutus? Duodecim 2006; 122: 1907–1912.

Kokko, R-L. & Koskimies, M. 2007. Ennakointidialogit moniammatillisena yhteistyömuotona. Dialogisten verkostopalaverien välitön palaute. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus. Stakesin raportteja 17/2007. Helsinki: Valopaino Oy.

Koskentausta, T. 2006. Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöt – mitä etsitään ja miten hoidetaan?. Duodecim 2006; 122:1927–1935.

Koukkari, M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen – Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Rovaniemi: Lapin Yliopistokustannus.

Kuntoutuksen lakiuudistus Kelan kannalta 1993

Kuntoutusselonteko. 2002. Valtionneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19.

Kuronen, M, 2004. Valtaistumista vai Voimavaraistumista-feministisiä näkökulmia empowermentiin sosiaalityön käsitteenä ja käytäntönä. Teoksessa: Kuronen, M., Granfelt R., Nygvist L & Petrelius P (toim.) Sukupuoli ja sosiaalityö. Juva: WS Bookwell Oy.

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Tammer-paino Oy.

Laine, K. Toimintakyvyn arviointi. Hakupäivä 23.5.2011, <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/tyovalineitat/arviointimenetelmia/toimintakyvyn-arviointi>.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta. 23.6.1977/519.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista. 3.4.1987/380.

Lewis, C.S. 2009. Being Interprofessional: Models and meaning. Teoksessa: Hammick, M., Freeth, D., Copperman, J. & Goodsman, D. (toim.) Being Interprofessional. Polity Press. Cambridge.

Martin, M. 2010. Kuntoutujan osallisuus kuntoutussuunnittelussa. Teoksessa: Järvikoski, A., Hokkanen, L. & Härkäpää, K. (toim.) Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisen lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Yliopistopaino: Helsinki. 185-193.

Melamies, N., Pärnä, K., Heino, L. & Miller, H. 2004. Lapsi kuntoutujana - haaste aikuisille. Teoksessa Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 103–121.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Metteri, A. & Haukka-Wacklin, T. 2004. Sosiaalinen tuki kuntoutuksen ytimessä. Teoksessa: Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 53–68.

Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116

Murto, K. 2009. Työyhteisölliset ilmiöt osana kehittämistyötä. Teoksessa: Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. (toim.) Työyhteisö uusille urille. kehittäminen osaksi arjen työtä. Juva: WS Bookwell Oy. 79–93.

Määttä, M. 2007. Yhteinen verkosto? Tutkimus nuorten syrjäytymistä ehkäisevistä poikkihallinnollisista ryhmistä. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia nro 252. Akateeminen väitöskirja. Kuopio; Kopijyvä.

Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuotovaikutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 94. Kuopio: Kuopion yliopisto painatuskeskus.

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

Niemelä, M. & Brandt, K. 2008. Kehitysvammaisten yksilöllinen asuminen. Pitkäaikaisesta laitosasumisesta kohti yksilöllisempiä asumisratkaisuja. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:73. Helsinki.

Nikkanen, P. 2010. Vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumisen käytännöt. 71/2010 Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. Vammalan Kirjapaino Oy: Sastamala.

Niskala, A. & Vesterinen, K. 2003. Sosiaalityöhön näkyvyyttä – välineinä vertaiskonsultaatio, asiantuntija- ja konsultaatiopankki sekä työprosessien kuvaukset. Teoksessa: Anis, m. & Laukkanen, A-M (toim.) Tutkiva sosiaalityö. Talentia-lehti/Sosiaalityön tutkimuksen seura. Painotalo Auranen. 24–27.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (toim.) 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kela. Helsinki.

Pelto-Huikko, A., Kaakinen, J. & Ohtonen, J. 2008. Kehitysvammaisten laitoshoidon hajauttamisen seurantaraportti. ”Saattaen muutettava”. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:29.

Peltola, A., Toropainen, L. & Consulting, V. 2008. Erityisosaaminen lähipalveluksi. Tahkokankaan palvelukeskuksen tutkimus- ja neuvolapalveluiden kehitystarveselvitys. Kevät 2008. Raportti. Verve.

Peltomaa, M. 2005. Kuntoutusvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja. Lapin yliopisto.

Perkins, D.D & Zimmerman, M.A. 1995. Empowerment Theory, Research, and Application. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 23, No. 5, 1995.

Perttinen, P. 2001. Kuka minusta puhuu? Asiakkaan osallistuminen ja asema kuntoutussuunnittelussa. Fysioterapian lisensiaattitutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Piirainen, K. 1999. Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa: myytti vai todellisuus? *Kuntoutus*. 4/1999. 3-12.

Puumalainen, J., Martin, M., Nikkanen, P., Notko, T., Lehikoinen, T., Hokkanen, L., Härkäpää, K. & Järvikoski, A. 2010. Tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät. Teoksessa: Järvikoski, A., Hokkanen, L. & Härkäpää, K. (toim.) *Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisen lääkinällisestä kuntoutuksesta*. Yliopistopaino: Helsinki. 25-42.

Rauhala, L. 1989. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Sairaanhoidajien koulutussäätiö: Helsinki.

Rissanen, P. 2008. Kuntoutussuunnitelma. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) *Kuntoutus Keuruu*: Otavan Kirjapaino Oy. 625–646.

Rissanen, S. 2008. Moniammatillisuus ja monitoimijuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Dementiautiset* 3/2008. 14-18.

Ristaniemi, T. 2005. Psykiatrisen sairaalan ”armahtava todellisuus?”. Asiakaslähtöisyys psykiatrisen sairaalan kuntoutuspolikliniikan kokemana. Helsingin Yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Lisensiaattitutkimus.

Rodwell, C. 1996. An Analysis of the Concept of Empowerment. Journal of Advanced Nursing 1996. 305-313.

Rostila, I. 2001. Tavoitelähtöinen sosiaalityö. Voimavarakeskeinen ongelmanratkaisun perusteet. Jyväskylä: Paino Kopijyvä Oy.

PPSHP Kehitysvamamhuolto. Hakupäivää 16.11.2010,
<http://www.ppsHP.fi/kehitysvammahuolto>

Seppälä, H. Kehitysvammaisen henkilön toimintakyvyn arviointi. Hakupäivä 23.5.2011,
<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-asikirja/tyovalineita/arviointimenetelmia/kehitysvammaisen-henkilon-toimintakyvyn-arviointi#ots7>.

Seppälä, H. 2008. Kehitysvammaisten kuntoutus. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy, 507–521.

Seppänen-Järvelä, R. 2007. Suunnittelurationalismista hyviin käytäntöihin – kehittämisen menetelmien ja ajattelutapojen muodonmuutos. Teoksessa: Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyskiä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy. 17–34.

Seppänen-Järvelä, R. 2009. Työpaikka – yksilö, yhteisö ja organisaatio kehittämisen ytimessä. Teoksessa: Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. (toim.) Työyhteisö uusille urille. kehittäminen osaksi arjen työtä. Juva: WS Bookwell Oy. 31–50.

Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. 2009. Mitä työyhteisölähtöinen prosessikehittämisen on? Teoksessa: Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. (toim.) Työyhteisö uusille urille. kehittäminen osaksi arjen työtä. Juva: WS Bookwell Oy. 13–29.

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun Yliopisto. Oulu.

Sorsa, M. 2002. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Suikkanen, A. 2009. Kuntoutussuunnitelman ja sen toteutumisen arviointi. Kuntoutus 2009/2. Kuntoutussäätiö.

Särkeälä, A. 1994. Sosiaalityön asiakas subjektina ja ei-subjektina. Hakapaino Oy.

Tahkokangas. Hakupäivä 11.10.2010, [Www.tahkokangas.fi](http://www.tahkokangas.fi).

Talo, S. 2002. Moniammatillisuus kuntoutuksessa. Kuntoutuslehti 2002/3. Kuntoutussäätiö.

Thompson, N. 2007. Power and empowerment. Alden. Oxford.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2001. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vammaispoliittinen ohjelma. 2009. Vahva pohja osallisuudelle ja yhdenvertaisuudelle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:4. Hakupäivä 4.9.2010, http://www.vane.to/vampo_verkko.pdf

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki : Werner Söderström Osakeyhtiö Oppimateriaalit Oy.

Yhdistyneiden kansakuntien ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus. Universal Declaration of Human Rights, United Nations Human Rights. Hakupäivä 8.3.2011, <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=fin>

YK:n vammaisten oikeuksien julistus. Hakupäivä 9.3.2011, http://www.saunalahti.fi/kup/lait/yk_vamm_oikeudet.html

LITTEET

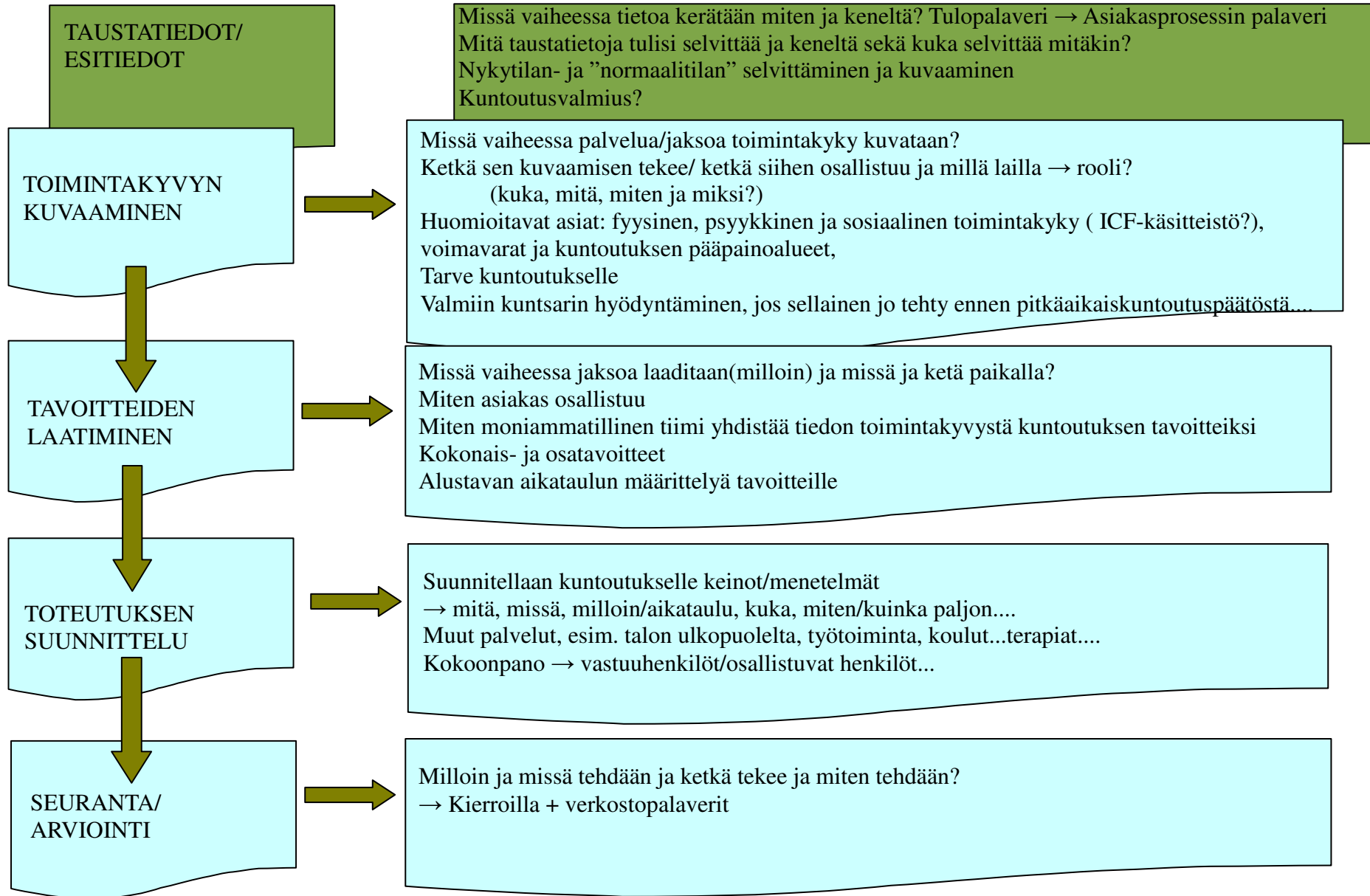
LIITE 1

INTERVENTIO	TAVOITE	MENETELMÄ /TEHTÄVÄ	TUOTOS	MUUTA
<p>1. Interventio-suunnitelma</p> <p>18.8.2009 klo:10.00–12.00</p> <p>Paikka: Tahkokankaan Palvelukeskus, Sateenkaaren yksikkö</p>	<p>Kuvata nykyinen moniammatillinen kuntoutuksen suunnittelun toimintamalli pitkäaikaisasukkaiden kohdalla ja määritellä kehittämiskohteita.</p>	<p>Ryhmämuotoinen teemahaastattelu/-keskustelu</p> <p><u>Teemat:</u> moniammatillisuus, asiakaslähtöisyys ja kuntoutuksen suunnittelu</p>	<p>Kirjoitettu aineisto nykyisestä kuntoutuksen suunnittelun toimintamallista ja siihen kuuluvista asioista sekä määritetyt kehittämiskohteet.</p> <p>(Äänite nauhoitetusta interventio tapaamisesta.)</p>	<p>Intervention arviointi: Vapaamuotoinen suullinen palaute ja jokainen täyttää valmiin arviointilomakkeen</p> <p>Sovitaan seuraavan intervention ajankohta.</p>
<p>2. Interventio-suunnitelma</p> <p>2.9.2009 klo: 13.15–15.15</p> <p>Paikka: Tahkokankaan Palvelukeskus, Sateenkaaren yksikkö</p>	<p>Valita ja määritellä ryhmitellyistä kehittämistarpeista tarkemmat kehittämiskohteet, tehdä toteutussuunnitelma.</p>	<p>Kerrataan 1. intervention tuotos ja lisätään siihen tarvittavat asiat sekä tehdään korjaukset. Tarkastellaan kehittämisehdotuksia ja lisätään, jos uusia kehittämisehdotuksia ilmenee. Päätetään kehitettävät alueet. → mietitään niihin mahdollisesti liittyviä haasteita Mietitään ja sovitaan miten kehittämistä lähdetään toteuttamaan.</p>	<p>Yhdessä sovittujen kehittämiskohteiden kirjaaminen ja toteutuksen sekä työskentelyn suunnittelu ja niistä sopiminen.</p> <p>(Äänite nauhoitetusta interventio tapaamisesta.)</p>	<p>Intervention arviointi: Vapaamuotoinen suullinen palaute</p> <p>Sovitaan seuraavan intervention ajankohta.</p>
<p>3. Interventio-suunnitelma</p> <p>12.10.2009 klo: 12.00–14.00</p> <p>Paikka: Tahkokankaan Palvelukeskus, Sateenkaaren yksikkö</p>	<p>Aloittaa moniammatillisen ja asiakaslähtöisen kuntoutuksen suunnittelun prosessimallin kehittäminen tulohaastattelu vaiheesta. → sisältää toimintaan liittyviä sopimuksia sekä kuntoutuksen suunnittelun lomakkeen.</p>	<p>Palataan 2. intervention sopimukseen - Aloitetaan työskentely ennakkotehtävän pohjalta - Pehdytään alustusmateriaaliin, jonka mukaan prosessimallia voidaan lähteä kehittämään. (alustusmateriaali annetaan tapaamisessa) - Kehitetään kuntoutuksensuunnitelmaa</p>	<p>Alustava prosessimallin kuvaus moniammatillisesta ja asiakaslähtöisestä kuntoutuksen suunnittelusta Sateenkaaren osaston pitkäaikaiskuntoutujien kohdalla. Prosessiin on kuvattu sopimuksien ja huomioitujen asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus ja</p>	<p>Ennakkotehtävä (12.10.): Moniammatillisen tiimin jäsenet miettivät alustavasti tahollaan ja kirjaavat itselleen ylös kuntoutuksen suunnitteluprosessissa erityisesti huomioitavia asioita niin yleisestä näkökulmasta kuin myös oman ammatin/tehtävän</p>

		ttelun prosessimallia työskentelemällä reteaming- prosessia hyödyntäen.	voimavarasuuntau- tuneisuus.	n/työnkuvan kautta. - mitä asioita kuntoutuksen suunnittelun tulisi sisältää? Intervention arviointi: Vapaamuotoinen suullinen palaute ja jokainen täyttää valmiin arviointilomakke en Sovitaan seuraavan intervention ajankohta.
4. Intervetio- suunitelma 29.10.2009 klo: 9.00–11.00 Paikka: Tahkokankaan Palvelukeskus, Sateenkaaren yksikkö	Jatkaa moniammatillisen ja asiakaslähtöisen kuntoutuksen suunnittelun prosessimallin kehittämistä toimintakyvyn kuvaamisesta → sisältää toimintaan liittyviä sopimuksia sekä kuntoutuksen suunnittelun lomakkeen.	1. Aloitetaan työskentely ennakkotehtävän pohjalta 2. Perehdytään alustusmateriaaliin, jonka mukaan prosessimallia voidaan lähteä kehittämään. (alustusmateriaali annetaan tapaamisessa) 3. Kehitetään kuntoutuksensuunni ttelun prosessimallin toimintakyvyn kuvaus osiota työskentelemällä reteaming- prosessia hyödyntäen.	Alustava prosessimallin kuvaus toimintakyvyn kuvaamisesta moniammatillisessa ja asiakaslähtöisessä kuntoutuksen suunnittelussa Sateenkaaren osaston pitkäaikaiskuntoutu jien kohdalla. Prosessiin on kuvattu sopimuksia ja huomioitu asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus ja voimavarasuuntau- tuneisuus.	Ennakkotehtävä (29.10): Moniammatillise n tiimin jäsenet miettivät alustavasti tahollaan ja kirjaavat itselleen ylös mikä oma <u>rooli</u> on asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa on ja mistä oma arviointi koostuu ja miten sen toteuttaa (pohdinta oman työn kehittämisen näkökulmasta) Intervention arviointi: Vapaamuotoinen suullinen arviointi. Sovitaan seuraavien kahden interventioiden ajankohdat.
5. Intervetio- suunitelma 26.11.2009 klo: 12.00–14.00 Paikka:	Jatkaa moniammatillisen ja asiakaslähtöisen kuntoutuksen suunnittelun prosessimallin kehittämistä	1. Perehdytään alustusmateriaaliin, jonka mukaan prosessimallin tavoitteiden laadinnassa, toteutuksen	Alustava prosessimallin kuvaus kuntoutuksen tavoitteiden laadinta, toteutuksen	Intervention arviointi: Vapaamuotoinen suullinen palaute ja jokainen täyttää valmiin arviointilomakke

<p>Tahkokankaan Palvelukeskus, Sateenkaaren yksikkö</p>	<p>tavoitteiden laatimisesta ja toteutuksen suunnittelusta. → sisältää toimintaan liittyviä sopimuksia sekä kuntoutuksen suunnittelun lomakkeen.</p>	<p>suunnittelussa tulee huomioida (alustusmateriaali annetaan tapaamisessa) 2. Kehitetään kuntoutuksensuunni ttelun prosessimallin tavoitteiden laadinta,- toteutuksen suunnittelu ja arviointi/seuranta osioita työskentelemällä reteaming- prosessia hyödyntäen.</p>	<p>suunnittelusta prosessimallista moniammatillisessa ja asiakaslähtöisessä kuntoutuksen suunnittelussa Sateenkaaren osaston pitkäaikaiskuntoutu jien kohdalla. Prosessiin on kuvattu sopimuksia ja huomioitu asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus ja voimavarasuuntau- tuneisuus.</p>	<p>en Sovitaan seuraavien interventioiden ajankohdat.</p>
<p>6. Interventio- suunnitelma 11.12.2009 klo: 11.15–13.15 Paikka: Tahkokankaan Palvelukeskus, Sateenkaaren yksikkö</p>	<p>Jatkaa moniammatillisen ja asiakaslähtöisen kuntoutuksen suunnittelun prosessimallin kehittämistä seuranta/arviointi kohtien kuvaamisesta → sisältää toimintaan liittyviä sopimuksia sekä kuntoutuksen suunnittelun lomakkeen.</p>	<p>1. Perehdytään alustusmateriaaliin, jonka mukaan arviointi/seuranta kohdassa tulee huomioida (alustusmateriaali annetaan tapaamisessa) 2. Kehitetään kuntoutuksensuunni ttelun prosessimallin toteutuksen suunnittelu ja arviointi/seuranta osioita työskentelemällä reteaming- prosessia hyödyntäen.</p>	<p>Alustava prosessimallin kuvaus kuntoutuksen toteutuksen suunnittelusta ja arviointi/seuranta kohdista prosessimallista moniammatillisessa ja asiakaslähtöisessä kuntoutuksen suunnittelussa Sateenkaaren osaston pitkäaikaiskuntoutu jien kohdalla. Prosessiin on kuvattu sopimuksia ja huomioitu asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus ja voimavarasuuntau- tuneisuus.</p>	<p>Intervention arviointi: Vapaamuotoinen suullinen arviointi. Sovitaan seuraavan intervention ajankohta.</p>
<p>7. Interventio- suunnitelma 14.1.2010 klo: 13.00–15.00 Paikka: Tahkokankaan Palvelukeskus, Sateenkaaren yksikkö</p>	<p>Tarkistaa aikaisempien interventioiden pohjalta koottu uusi toimintamalli ja tehdä tarvittavat korjaukset.</p>	<p>Ryhmämuotoinen keskustelu toimintamallin läpikäymiseen.</p>	<p>Tarkistettu ja korjattu uusi kuntoutuksen suunnittelun toimintamalli.</p>	<p>Interventiot päätyvät.</p>

KUNTOUTUKSENSUUNNITTELUPROSESSI /KUNTOUTUSSUUNNITELMA PROSESSI (luonnos)



LIITE 3

KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELU LOMAKE

Asiakas: _____

Hetu: _____

Osoite: _____

Kotikunta: _____

Puh.nro: _____

Lähiomainen/-omaiset: _____

Osoite: _____

Puh.nro: _____

Maksusitoumus: _____

Avohuollon työntekijä: _____

Puh.nro: _____

Tulopäivä: ____, ____, 20__ klo: _____

Lähtöpäivä: ____, ____, 20__ klo: _____

KELA-etuudet/korvattavuudet: _____

Muut tuki-/kuntoutuspalvelut: _____

Muut yhteyshenkilöt:

Nimi: _____

Puh.nro: _____

Nimi: _____

Puh.nro: _____

Nimi: _____

Puh.nro: _____

Diagnoosit: _____

Epilepsia: kyllä ei _____

Allergiat: kyllä ei _____

Apuvälineet: kyllä ei _____

Lääkitys: _____

Tulosyy/Toimintakyky tulotilanteessa: _____

Aikaisempi elämäntilanne /toimintakyky: _____

Merkitykselliset elämäntapahtumat: _____

ARKIPÄIVÄN TOIMINNOISTA SELVITYMINEN:

Kotielämä/Kotityöt: _____

Asiointi: _____

Itsestä huolehtiminen:

Peseytyminen: _____

WC-hygienia: _____

Pukeutuminen: _____

Ruokailu: _____

Vuorokausirytm: _____

Koulunkäynti/Opiskelu/Työ: _____

Vapaa-aika/Harrastukset: _____

ARKIPÄIVÄN TAIDOT:

Sosiaaliset/Psykkiset taidot: _____

Motoriset taidot: _____

Vahvuudet ja mielenkiinnon kohteet: _____

Asiakkaan toiveet ja odotukset jaksolle: _____

Perheen/Saattajan toiveet ja odotukset jaksolle: _____

Palvelukeskuksen työryhmä ja tehtävät tutkimukset: _____

Muuta huomioitavaa/Sovitut asiat: _____

TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI:

Erityishuomioita arvioinneista:

Hoitotyö: _____

Lääkäri: _____

Psykologi: _____

Sosiaalityöntekijä: _____

Toimintaterapeutti: _____

Fysioterapeutti: _____

Puheterapeutti: _____

Moniammatillinen tiimi: _____

ARVIONNIN YHTEENVETO

KUNTOUTUKSEN TAVOITTEET JA TOTEUTUS SEKÄ SEURANTA JA ARVIOINTI:

Asiakas: _____

Perhe: _____

Tiimi: _____

Kunta/Avopuoli: _____

Kokonaistavoite: _____

Päätavoite: _____

Osatavoitteet: _____

Menetelmät: _____

Seuranta ja arviointi:

____, **20** ____

____, **20** ____

Päätavoite: _____

Osatavoitteet: _____

Menetelmät: _____

Seuranta ja arviointi:

____, **20** ____

____, **20** ____

Päätavoite: _____

Osatavoitteet: _____

Menetelmät: _____

Seuranta ja arviointi:

____, **20**____

____, **20**____

Päätavoite: _____

Osatavoitteet: _____

Menetelmät: _____

Seuranta ja arviointi:

____, **20**____

____, **20**____

Allekirjoitukset:

Asiakas

Omainen

Sateenkaaren vastuuhoidtaja

INTERVENTIOTAPAAMISEN ARVIOINTILOMAKE

Moniammatillinen kuntoutuksen suunnittelun toimintamalli pitkäaikaisasukkaiden kohdalla.

Vastasiko interventiotapaaminen odotuksiasi?

1 2 3 4 5

**erittäin
huonosti**

**erittäin
hyvin**

Mikä mielestäsi interventiotapaamisessa oli hyvää ja toimivaa?
(ohjeistus, ajoitus, aikataulu, materiaali, työskentely...)

Miten haluaisit muuttaa ja/tai kehittää interventiotapaamisia?
(ohjeistus, ajoitus, aikataulu, materiaali, työskentely...)

Muuta, mitä haluaisit kommentoida:
