

Opinnäytetyö AMK

Sairaanhoitaja

2024

Leonsaari Sonja ja Mäkitalo Senja

Kuntoutus- ja hoitohenkilökunnan yhteistyön kehittäminen toiminnan tehostamiseksi, Salon sairaalan kuntoutusosastolla



Opinnäytetyö AMK | Tiivistelmä

Turun ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja

2024 | 51 sivua, 4 liitettä

Leonsaari Sonja ja Mäkitalo Senja

Kuntoutus- ja hoitohenkilökunnan yhteistyön kehittäminen toiminnan tehostamiseksi

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Salon sairaalan kuntoutusosaston toimintaa ja kehittää sitä, kahden osaston yhdistymisen vuoksi. Tavoitteena oli saada tietoa osaston tämänhetkisestä tilasta ja, miten sitä voitaisiin kehittää. Kehittämisen lähtökohtana oli saada kahden osaston toiminta yhtenäiseksi ja löytää yhteiset toimintatavat.

Kyselytutkimuksen aineisto kerättiin Survey- tutkimuksella. Aineiston keruussa käytettiin juuri siihen tehtyä sähköistä kyselylomaketta. Lomakkeessa oli valinta kysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Kyselytutkimuksella kerättiin osaston kuntoutus- ja hoitohenkilökunnan sekä moniammatillisen tiimin näkemyksiä osaston tilanteesta ja sen kehittämisestä, muutoksen vuoksi. Kyselyaineisto kerättiin lokakuun lopulla 2024.

Tutkimuksessa saatuja tuloksia hyödynnetään Salon sairaalan kuntoutusosastolla ja sen toiminnassa. Kehittämis ehdotukset suuntautuivat vuorovaikutus- ja tiimityö taitoihin, yhteneväisten linjojen sopimiseen ja eri ammattiryhmien hyödyntämiseen paremmin.

Asiasanat: moniammatillisuus, kuntoutus, vuorovaikutus, TULES (tuki- ja liikuntaelinsairaus), AVH (aivoverenkiertohäiriö)

Bachelor's Thesis | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Degree programme

2024 | 51 pages, 4 appendix

Leonsaari Sonja ja Mäkitalo Senja

Developing cooperation between rehabilitation and nursing staff to make operations more efficient

The result of this research was the investigation and development of the rehabilitation department of Salo Hospital, due to the merger of the two departments. The goal was information about the current state of the department and how to develop it. The starting point of the development was to unify the operations of the two departments and find common methods of operation.

The survey data was collected with a Survey- research. A questionnaire was used to collect the data. The form included a selection of questions as well as open-ended electric questions. The survey collected the views of the ward's rehabilitation and nursing staff and the multiprofessional team on the situation of the ward and its development due to the change. The survey was collected in late October 2024.

The results obtained in the study will be utilized in the rehabilitation department of Salo Hospital and its operations. The development proposals focused on interaction and teamwork skills, better utilization of different professional groups and converging lines.

Keywords:

Keywords: multidisciplinary rehabilitation, interaction, musculoskeletal disease, cerebrovascular disturbance

Sisältö

1 Johdanto	7
2 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	8
2.1 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	8
2.2 Tuki- ja liikuntaelinsairaus potilaiden ongelmat	8
2.3 Tuki- ja liikuntaelinsairaus potilaiden kuntoutus	9
3 Aivoverenkiertohäiriöt	10
3.1 Aivoverenkiertohäiriöt	10
3.2 Aivohalvaus	10
3.2.1 Aivoinfarkti	11
3.2.2 Aivoverenvuoto	11
3.3 TIA	12
3.4 Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ongelmat	12
3.5 Aivoverenkiertohäiriö potilaan kuntoutus	13
4 Moniammatillinen yhteistyö	15
4.1 Moniammatillinen yhteistyö	15
4.2 Moniammatillisuuden ongelmakohtia	16
4.3 Moniammatillinen kuntoutus	16
5 Kuntoutus	18
5.1 Kuntoutus	18
5.2 Kuntoutuksen edellytykset	18
5.3 Kuntoutuksen ongelmat	20
6 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	21
7 Tutkimuksen empiirinen toteuttaminen	22
7.1 Tutkimusmenetelmä	22
7.2 Kyselylomakkeen rakentaminen	22
7.3 Aineiston keruu	25
7.4 Aineiston analyysi	26

8 Tutkimuksen tulokset	27
8.1 Moniammatillisen yhteistyön nykytila kuntoutusosastolla	27
8.2 Moniammatillisen yhteistyön nykytilan näkyvyys kuntoutuspotilaiden hoidossa	32
8.3 Moniammatillisen yhteistyön kehittämiskohteet	36
8.4 Moniammatillisuuden kehittäminen osastolla	38
9 Eettisyys ja luotettavuus	40
9.1 Eettisyys	40
9.2 Tutkittavien oikeudet	41
9.3 Aineiston keruun luotettavuus	41
9.4 Kyselyn luotettavuus	42
9.5 Aineiston analysoinnin luotettavuus	43
10 Pohdinta ja johtopäätökset	45
10.1 Tutkimusongelmat	45
10.2 Kokonaisnäkemys	46
10.3 Kehittämiskohtia tutkimuksessa	46
Lähteet	48

Liitteet

Liite 1. Tietosuojaseloste

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Kyselylomake

Liite 4. Tiedonhauntaulukko

Taulukot

Taulukko 1. Kyselyn teemat

Kuviot

Kuvio 1. Kyselyn teemat

24

Kuvio 2. Koen itseni tärkeäksi osaksi moniammatillista yhteistyötä

Kuvio 3. Moniammatillinen yhteistyö kuntoutusosastolla

Kuvio 4. Vastuualueet ja roolit työyhteisössä

Kuvio 5. Työilmapiiri osastolla

Kuvio 6. Ammattiryhmien välinen vuorovaikutus

Kuvio 7. Moniammatillisen tiimin välinen tiedonkulku

Kuvio 8. Tietämys kuntouttavasta työotteesta

Kuvio 9. Lisä koulutuksen tarve potilasryhmien hoidosta osaston yhdistymisen johdosta

Kuvio 10. Osaston tilojen riittävyys kuntoutukseen

Kuvio 11. Potilaan motivointi kuntouttavaan toimintaan

Kuvio 12. Toisten ammattilaisten asiantuntijuuden ja osaamisen hyödyntäminen

Kuvio 13. Virike- ja kuntoutustoiminnan tekeminen oma-aloitteisesti

1 Johdanto

Kaikilla potilailla on erilaiset tarpeet sekä elinolosuhteet. Syntyvien terveysongelmien ratkaiseminen vaatii useita eri alan ammattilaisia. Laatuterveysterveyskomitean lääketieteen instituutti vuonna 2021 suositteli, että terveydenhuollon ammattilaiset työskentelevät moniammatillisissa tiimeissä ja kommunikoivat keskenään potilaan monimutkaisten tarpeiden ratkaisemiseksi. Tämän ammatillisen lähestymistavan avulla terveydenhuollon ammattilaiset voivat yhdistää tietonsa ja näkökulmansa työskenneläkseen yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi, eli potilaan terveyden palauttamiseksi tai säilyttämiseksi. (Bunga ym. 2024, 64)

Opinnäytetyön aiheena on kuntoutus- ja hoitohenkilöstön yhteistyön kehittäminen toiminnan tehostamiseksi. Moniammatillisuus on aiheena tärkeä, koska monenlaista osaamista tarvitaan, potilaiden hyvinvoinnin edistämiseksi ja säilyttämiseksi. Opinnäytetyön tekijät työskentelevät kuntoutusosastolla, joten tekijöille aihe on omakohtaisen kokemuksen vuoksi luonteva aihe valinta.

Tutkimus toteutettiin YLE (Yleislääketieteen ja kuntoutuksen osastopalvelut) Salon kaupunginsairaalan, osasto 1 kuntoutusosaston kanssa. Osastot yhdistyivät huhtikuun lopulla 2024. Potilaskunta osastolla on TULES (tuki- ja liikuntaelinsairaus) ja AVH (aivoverenkiertohäiriö) kuntoutus potilaita. Osastolla on 24–30 potilaspaikkaa. Potilashuoneet ovat 1–2 hengen huoneita. Osasto on jaettu kolmeen eri "soluun". Jokaisella solulla on omat potilaat ja henkilökunta. Solu kierto kestää kuusi viikkoa eli jokaisessa solussa on kuuden viikon ajan sama henkilökunta. Tämän jälkeen henkilökunta vaihtaa seuraavaan soluun. Arkisin ovat paikalla lääkärit, osastonhoitajat, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, hoiva-avustaja ja palveluohjaaja. Sairaanhoidajat ja lähihoitajat tekevät kolmivuorotyötä ja ovat myös viikonloppuisin paikalla. (Lipponen 2024)

Kyselytutkimuksen tarkoituksena on selvittää Salon sairaalan kuntoutus- ja hoitohenkilökunnan yhteistyön nykytilannetta ja ongelmakohtia. Tavoitteena on kartoittaa ja kehittää kuntoutusosaston toimintaa, toiminnan tehostamiseksi. Opinnäytetyön toimeksiantaja on kuntoutusosaston osastonhoitaja.

2 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

2.1 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

Tuki- ja liikuntaelimistön (tule) vaivat ovat suurin terveysongelma maailmanlaajuisesti siitä huolimatta, että niiden hoitoon käytettyjen resurssien määrä on kasvanut jatkuvasti. (Holopainen ym. 2022, 31) Nämä sairaudet ovat Suomen väestön yleisimmin kipua ja eniten työkyvyttömyyttä aiheuttava pitkäaikaissairauksien ryhmä. (Lindgren 2005, 5). Maailman terveysjärjestön WHO mukaan lähes kaksi miljardia ihmistä kärsii tuki- ja liikuntaelimistön sairauksista. (Barukba ym. 2023, 151)

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet voivat olla kroonisia sairauksia tai akuutteja traumoja. Krooniset sairaudet johtuvat toistuvasta altistumisesta korkean tai matalan intensiteetin kuormituksille, pitkän ajan kuluessa. Akuutit traumat johtuvat yleensä tapaturmasta. (Kok. ym. 2019, 30) Merkittävimmät tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat alaselkäkipu sekä polvi- ja lonkkanivelrikko. (Heikkinen 2024, 683) Tuki- ja liikuntaelinsairauksille ominaista ovat krooninen kipu, toimintarajoitukset mahdollinen vammaisuus sekä eliniän odotteen lyheneminen. (Barukba ym. 2023, 150–151)

2.2 Tuki- ja liikuntaelinsairaus potilaiden ongelmat

Yleensä tuki -ja liikuntaelinten ongelmat ovat nimenomaan vaivoja eivätkä johdu mistään sairaudesta. Jos vaivalle on jokin selkeä lääketieteellinen diagnoosi, niin silloin voi puhua sairaudesta. (Holopainen ym. 2022, 37) Sairastuminen ja vammautuminen vaikuttavat kehon rakenteisiin ja toimintaan mutta toimintakyvyn menetys - suuruudestaan ja kestostaan riippumatta - aina myös ihmisen mielenmaisemaan ja siihen, miten hän pystyy ympäristössään toimimaan ja millaista apua ja ympäristön asennemuutosta hän tarvitsee. (Autti-Rämö 2021)

TULES-potilaiden vaivoista noin puolet ovat selkävaivoja ja neljännes nivelrikkoja. Loput vaivat ovat erilaisia lihasten, nivelsiteiden ja pehmytkudoksien särkyjä ja tulehduksia. (Lindgren. 2015, 12) Tilannetta monimutkaistavat TULES-potilaiden yleiset liitännäissairaudet, merkittävimpinä lihavuus ja mielenterveyden häiriöt. Suurin syy liitännäissairauksille on länsimäisen elinympäristön muuttuminen viimeisen 30 vuoden aikana. (Heikkinen 2024, 683) Lihavuuden aiheuttama lisärasitus nivelille kärjistää kipua ja heikentää toimintakykyä. Mielenterveyshäiriöiden ja kroonisen kivun symbioosi on syynä potilaiden toimintakyvyn heikentymiseen ja työkyvyttömyyden suurentumiseen. (Heikkinen 2024, 683) Ahdistuneisuus- ja masennushäiriöt johtuvat sairauden kohonneesta aktiivisuudesta ja elämänlaadun heikentymisestä. (Barukba ym. 2023, 152)

2.3 Tuki- ja liikuntaelinsairaus potilaiden kuntoutus

Tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuntoutuksen tavoitteena on kivunhallinta, nivelten toiminnan säilyttäminen, liikkuvuuden ylläpitäminen ja aktiivisen osallistumisen helpottaminen. (Barukba ym. 2023, 150) Fyysisillä harjoitusohjelmilla pyritään kasvattamaan lihasvoimaa, parantamaan aerobista kapasiteettia, lisäämään ja ylläpitämään liikeratoja, ylläpitämään luuntiheyttä sekä parantamaan yleistä toimintaa ja hyvinvointia. Harjoitukset voivat sisältää kävelyä, pyöräilyä sekä voima- ja vastusharjoittelua. Apuvälineet ovat myös osa kuntoutusta. (Barukba ym. 2023, 151)

TULES-potilaiden kuntoutuksessa työryhmätyöskentely on välttämätöntä kroonisista tuki- ja liikuntaelinongelmista kärsiviä hoidettaessa jo siitä syystä, että näiden potilaiden tutkiminen, hoito ja kuntoutus edellyttävät niin monipuolisten tietojen ja taitojen hallintaa, ettei kukaan yksittäinen asiantuntija siihen kykene. (Lindgren 2005, 42)

3 Aivoverenkiertohäiriöt

3.1 Aivoverenkiertohäiriöt

Aivoverenkiertohäiriöillä tarkoitetaan paikallista tukosta aivoverisuonissa, joka estää verenvirtauksen aivokudokseen (iskemiaa) tai paikallista aivovaltimon verenvuotoa. Aivoverenvuotohäiriöitä ovat aivoinfarktit ja -verenvuodot. Aivojen tukos tai verenvuoto voi osua, mille tahansa aivojen verenkierron alueelle.

AVH:sta (aivoverenkiertohäiriöstä) seuraa usein erilaisia ja eriasteisia neuropsykologisia häiriöitä. Neuropsykologinen oirekuva on aina yksilöllinen ja riippuu monista tekijöistä, kuten vaurion sijainnista ja laajuudesta. (Jehkonen ym. 2015, 182 & 183)

AVH potilaille tyypillistä on kohtauksen äkillinen alku, jolloin tajunnan taso laskee, esiintyy huimausta, pahoinvointia ja pitkäaikaisia tai pysyviä neurologisia puutosoireita. Yleisimpiä oireita ovat kommunikaatio-ongelmat, kuten puheen puuroutuminen, puheen tuottamisessa tai ymmärtämisessä esiintyvät puutokset sekä näkökentän halvaukset ja puutokset. (Rissanen ym. 2008, 251) Suurin riskitekijä on ikä, koska väestö ikääntyy ja AVH sairastumisen lukumäärä kasvaa. Muita merkittäviä riskitekijöitä ovat sukupuoli, perinnölliset tekijät, vaihdevuosien ilmaantuminen, kohonnut verenpaine, tupakointi, keskivartalolihavuus, huonot ruokailutottumukset, liikunnan vähäisyys, alkoholin liikkäyttö, diabetes, eteisvärinä ja veren rasva-arvojen poikkeavuus. (Jehkonen ym. 2015, 183)

3.2 Aivohalvaus

Aivohalvaus (stroke) on perinteinen kliininen nimitys, joka tarkoittaa aivoinfarktin, aivojensisäisen verenvuodon, lukinkalvonalaisen verenvuodon tai aivolaskimoiden tromboosin aiheuttamaa aivotointojen häiriötä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä 2024)

3.2.1 Aivoinfarkti

Aivoinfarktilla tarkoitetaan verisuonten tukkeutumisesta johtuvaa aivokudoksen pysyvää vauriota, jossa aivokudos jää äkillisesti tukkeutuneen valtimon alueella ilman verenkiertoa ja happea. Hapenpuutteessa eli iskemiassa aivosolut vaurioituvat pysyvästi minuuttien tai tuntien kuluessa, joka riippuu vajaasta verenkierrosta. Hapenpuutteesta seuraa myös aivojen tulehdusreaktioita ja kudosaivourioita. Ne aiheuttavat aivokudostuhhoa, heikentävät verenvirtausta ja lisäävät kallonsisäistä painetta. Aivoinfarktin tukkeuma johtuu yleensä valtimoiden kovettumataudista, joka aiheuttaa myös sepelvaltimotautia. Tukkeuma voi olla myös peräisin sydäimestä tai kaulavaltimosta. Ensioireita ovat äkillinen toispuoleinen raajahalvaus, puhehäiriöt ja suunpielen roikkuminen. (Jehkonen ym. 2015,183 & 184)

3.2.2 Aivoverenvuoto

Aivoverenvuotoja ovat intraserebraalivuoto eli ICH ja subaraknoidaalivuoto eli SAV. Aivojen sisäinen verenvuoto (ICH) syntyy, kun aivokudoksen sisään vuotaa verta aivovaltimon seinämän repeytyessä. Vuotavan suonen alueella verenkierto vähenee ja vuotanut veri aiheuttaa painetta ympäröiviin kudoksiin, jolloin lähellä olevan hermokudoksen toiminta häiriintyy. ICH :n syynä ovat pitkään jatkunut verenpainetauti, vamma, runsas alkoholin käyttö tai aivovaltimoiden synnynnäiset muutokset. Ensioireita ovat yleisvoinnin heikentyminen, kova päänsärky, oksentelu, uneliaisuus, tajunnan heikkeneminen, kouristuskohdaukset, halvausoireet sekä puhe- ja näköoireet. Vuodon koko ja sijainti vaikuttavat oireisiin ja niiden vaikeusasteeseen.

SAV:ssa repeytyvät aivojen pinnalla lukinkalvon alla kulkevat verisuonet. Verenvuodon syynä on useimmiten aivovaltimonpullistuma. Muita syitä voivat olla aivovaltimoepämuodostuman vuoto tai keskushermoston kasvaimet.

Riskitekijöitä ovat tupakointi, korkea verenpaine ja runsas alkoholin käyttö. Ensioireita ovat äkillinen kova ja hellittämätön päänsärky. Ja siihen liittyy myös usein pahoinvointia, oksentelua, niskajäykkyyttä ja silmien valonarkuutta. (Jehkonen ym. 2015, 184-185)

3.3 TIA

TIA on iskeeminen aivoverenkiertöhäiriö, joka on äkillinen paikallinen aivojen tai verkkokalvon verenkierronhäiriö. Se ei jätä pysyvää kudosvauriota. Kesto on yleensä alle tunnin, tyypillisimmin 2-15 minuuttia. Oireet ovat ohimeneviä ja kivuttomia. TIA-kohtauksessa oireena saattaa olla mikä tahansa samanlainen oire kuin aivoinfarktissa, mutta ainut ero on oireen kestossa. Oireina ovat ohimenevä toispuoleinen halvaus, ohimenevä toisen puolen puutuminen, puhevaikeus ja näköhäiriöt. (Jehkonen ym. 2015, 182 & 184)

3.4 Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ongelmat

Aivoverenkiertöhäiriöihin liittyvät neurologiset oireet ovat yleisiä jälki oireita. Niiden on todettu hidastavan potilaiden kuntoutumista sekä pidentävät potilaiden sairaalahoitoa, heikentävät elämänlaatua ja lisäävät läheisten psyykkistä kuormittuneisuutta. Aivoverenkiertohäiriö potilailla voi esiintyä delirium eli akuutti sekavuustila. Siihen kuuluu rauhattomuutta, ärtyneisyyttä ahdistuneisuutta, pelkoa, näkö-, kuulo-, ja tuntoharhoja, ajattelun ja muistin häiriöitä sekä uni- ja valverytmin häiriöitä.

Ahdistuneisuushäiriöitä esiintyy noin joka neljänneksellä AVH-potilaista. Sen todetaan olevan yleisempää naisilla, kuin miehillä. Tavallisimmin ahdistuneisuus on yleistä ahdistusta, jatkuvaa jännittyneisyyttä tai huolestuneisuutta ilman konkreettista syytä. Motorista ahdistuneisuutta muun muassa levotonta liikehdintää ja käsien vapinaa. Apatiaa ilmenee noin viidenneksellä AVH-potilaista. Yleisimpiä oireita ovat motivaation puute, joka esiintyy

aloitteellisuuden ja tuotteliaisuuden vähenemisenä. Potilas ei ole kiinnostunut hänelle aikaisemmin tärkeistä asioista. Potilaista noin 40 % kärsii depressiosta. Se esiintyy mielenkiinnon puutteena, ärtyneisyytenä, hidastumisena, energian puutteena ja ruokahaluttomuutena. (Jehkonen ym. 2015, 200 & 202)

3.5 Aivoverenkiertohäiriö potilaan kuntoutus

Kuntoutus on nopeinta seuraavien kuukausien aikana sairastumisesta. Kuntoutus voi silti jatkua, jopa vuosia. (Jehkonen ym. 2015, 182) Kuntoutuksen kannalta AVH potilailla jäännösoireiden pysyvyys ja pitkäaikaisuus sekä laaja-alainen vaikutus sairastuneen kokonaispersoonaan on merkittävä. Kokonaispersoonaan voivat vaikuttaa neuropsykologiset muutokset, erityishäiriöt sekä yleisten toimintamallien muuttuminen. (Rissanen ym. 2008, 251) Alkuvaiheessa potilaalle tehdään suppea neuropsykologinen tutkimus, joka auttaa oirekuvan kartoittamisessa ja kuntoutuksen suunnittelussa. Myöhemmin voidaan tehdä laaja seurantatutkimus, kun tulee ajankohtaiseksi arvioida potilaan toimintakykyä. Neuropsykologisessa kuntoutuksessa keskeisintä on potilaan oireenmukainen kognitiivinen kuntoutus. Tärkeää on myös informoida ja tukea potilasta ja potilaan läheisiä muuttuneessa elämäntilanteessa. (Jehkonen ym. 2015 ym, 182)

Neuropsykologinen kuntoutus muodostuu yksilön tilan ja tarpeiden mukaisesti. Siihen kuuluu kognitiivisia harjoituksia, psykoedukaatiota, psykoterapeuttista työskentelyä ja kuntoutujan psykososiaalisen kokonaistilanteen huomioimista. Neuropsykologisen kuntoutuksen tavoitteena on vähentää aivovaurioiden aiheuttamaa tiedonkäsittelyn ja käyttäytymisen muutosten tuomaa haittaa. Kognitiivisista oireista kärsivien potilaiden kuntoutuksesta pyritään kohentamaan heidän toimintakykyään ja palauttamaan vaurioituneen aivoalueen toiminto tai hyvin lähellä olevien aivoalueiden tehtäväksi uudenlaisilla strategioilla. Aivojen muovautuvuus on aivokudoksen neurofysiologista sopeutumista vaurioon. Uusien taitojen harjoittaminen ja

oppiminen vahvistaa aivosolujen välisiä yhteyksiä. Vähitellen muodostuu uutta harjoitettua toimintaa suorittava hermoverkosto. Apuna käytetään myös apuvälineitä ja ympäristön muokkaamista. Ympäristön muokkaamista ovat uudellenjärjestelyt, näkyvillä olevat toimintaohjeet ja muistuttajat. AVH-potilaan kuntoutus on osa moniammatillista kuntoutusta, jolloin muiden kuntouttajien, kuten fysioterapeuttien, toimintaterapeuttien, toimintaterapeuttien ja puheterapeuttien kanssa tehtävää yhteistyötä. (Jehkonen ym. 2015 424-428, 434 & 446)

4 Moniammatillinen yhteistyö

4.1 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisen yhteistyön käsite alkoi esiintyä asiantuntijoiden ja eri ammattiryhmien yhteistyön kuvauksessa 1980-luvun loppupuolella ja vakiintui meillä Suomessa 1990-luvulla. (Isoherranen 2005, 13) Moniammatillisen yhteistyön perustan rakentamiseen on panostettu vuosikymmeniä ja asiasta kirjoitettu 1990-luvulta lähtien. (Helminen 2017, 17)

Sosiaali- ja terveystalvissa työskenteleviltä edellytetään yhteistyötä lakien nojalla. Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) monialainen yhteistyö näkyy sosiaalihuollon ja muiden hallinnonalojen palveluiden muodostamasta asiakkaan edun mukaisesta kokonaisuudesta. Laissa viitataan myös omaisten ja läheisten kanssa tehtävään yhteistyöhön. Terveystalvissa (1326/20109) tarkoituksena on parantaa tervetystalvun toimijoiden, kunnan eri toimialojen sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä tervetystalvun ja hyvinvoinnin edistämisessä sekä sosiaali- ja tervetystalvun järjestämisessä. (Helminen 2017, 18)

Nykyään on paljon erilaisia ja moninaisia sairauksia, joiden hoidossa tarvitaan monenlaista osaamista. Yhden henkilön tai ammattikunnan on vaikea vastata kaikista, joten yhteistyötä tarvitaan. Tieto toisen ammattilaisen osaamisesta, sen arvostaminen sekä vuorovaikutukseen ja tiedonkulkuun panostaminen luovat hyvän lähtökohdan yhteistyölle. Asiakas saa kokonaisvaltaisen ja parhaan hyödyn, kun ongelmien ratkaisussa hyödynnetään monenlaista asiantuntemusta. (Viitanen 2023, 1–5) Jokaiselle ammattiryhmälle on tärkeää olla selvillä omasta vastuualueestaan ja kunnioittaa toisten osaamista. (Leino-Kilpi ym. 2014, 249) Työryhmä tarvitsee toimiakseen avoimuutta ja luotettavuutta sekä tilaa ja aikaa tarkastella moniammatillisuutta omassa työssään. Moniammatillisuuden aiheuttamia haasteita ja avaamia mahdollisuuksia voidaan tehdä näkyväksi työnohjauksen avulla. (Helminen 2017, 260–261)

Moniammatillisuuden rakentumista voidaan tarkastella kolmesta eri näkökulmasta, joita ovat työntekijän, asiakastyön ja johtamisen näkökulma. Työntekijän näkökulmasta tarkastellaan, mitä kukin moniammatillisen tiimin jäsen ajattelee, osaa, tuntee ja tuo ryhmään. Asiakastyön näkökulmasta tarkastellaan, miten asiakaslähtöisyyttä vahvistetaan, millaisia toimintatapoja ja ratkaisuja mahdollistetaan, miten asiakkaan tilannetta voidaan tarkastella eri näkökulmista sekä, miten asiakkaat ja työntekijät hyötyvät tilanteen moniammatillisuudesta. Johtamisen näkökulmasta tarkastellaan, mitä moniammatillisuus edellyttää johtajalta sekä, miten johtaja ymmärtää, tukee, määrittelee sekä ottaa toiminnassaan huomioon moniammatillisuuden. (Helminen 2017, 261)

4.2 Moniammatillisuuden ongelmakohtia

Moniammatillisen yhteistyön ongelmakohtia ovat ammattiryhmien vastuualueiden väliset epäselvät rajat, työroolien epäselvyys, erilaiset viestintätavat sekä puutteelliset tiimityö- ja vuorovaikutustaidot. Muita haasteita ovat tiedon kulkuun liittyvät muut ongelmat, muutosvastarinta ja se, ettei toisten ammattilaisten osaamista tunnisteta. (Alahuhtala ym. 2018, 1)

Sosiaali- ja terveystalvet painivat monin paikoin riittämättömien resurssien kanssa, ja työntekijät ovat usein kuormittuneita ja kiireisiä. Tämän vuoksi moniammatillinen työskentely koetaan joskus kielteisenä, koska sen ajatellaan aiheuttavan lisää työtä ja vievän aikaa muilta tehtäviltä. Eri organisaatioiden työkäytännöt eivät usein mahdollista joustavasti osallistumista moniammatilliseen työskentelyyn, ja tällöin tiimityöllä ei ole mahdollista varata kunnolla aikaa muilta töiltä. (Mönkkönen ym. 2019, 21)

4.3 Moniammatillinen kuntoutus

Moniammatillisessa kuntoutuksessa painotetaan hoitoon osallistuvien asiantuntijoiden yhteistyötä sekä potilaan ja läheisten aktiivista osallistumista

hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen. Käytännössä kyseisessä hoidossa eri ammattiryhmien edustajat (lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä) muodostavat kuntoutustiimin, jossa potilaan kokonaishoito pyritään suunnittelemaan huomioimalla kaikki terveydelliset ja sosiaaliset erityispiirteet. (Lahtinen ym. 2021, 821)

Kuntoutuksessa ammattien välinen yhteistyö on välttämätöntä, kun halutaan potilaan kokonaisvaltainen ja realistinen käsitys hänen ongelmistaan ja haasteistaan. Ilman ammattien välistä yhteistyötä ei voida laatia laadukasta kuntoutussuunnitelmaa. Parhaan tuloksen saa, kun jokainen ammattiryhmä tuo oman osaamisensa esille potilaan avuksi. Moniammatillisen tiimin jäsenet jakavat tietoa potilaasta ja yhdessä suunnittelevat keinoja ja toimenpiteitä, että potilas saavuttaisi asettamansa tavoitteet. Ammattiryhmät voivat oppia paljon toisiltaan ja nähdä potilaan aivan uudessa valossa, kun he tuovat esiin havaintojaan ja näkemyksiään. (Mönkkönen 2019, 82)

Läheiset tarvitsevat monenlaisia taitoja ja tietoja voidakseen tukea kuntoutujaa mahdollisimman hyvin, ja samalla pystyäkseen huolehtimaan myös omasta hyvinvoinnistaan ja jaksamisestaan. Tiedon saannissa on tärkeää, että läheiset saavat oikea-aikaista ja tarkoituksenmukaista tietoa sekä saavat olla kuntoutuksessa mukana kuntoutujan toivomalla tavalla. Perheenjäsenten tai läheisten aktiivinen mukana olo henkilön kuntoutumisen polulla voi vaikuttaa merkittäväällä tavalla kuntoutujan omaehtoiseen kuntoutumiseen ja johtaa parempiin kuntoutumisen tuloksiin. (Autti-Rämö ym. 2022)

Moniammatillisuuteen sisältyy myös monia eri palveluita. Kuntoutuksen monialaisen palvelujärjestelmän palvelut liittyvät näihin osioihin. Niitä ovat lääkinnällisiä, hoidollisia, psykologisia, kasvatuksellisia, ammatillisia, sosiaaliseen tai fyysiseen ympäristöön kohdistuvia tai toimeentuloturvaan. (Autti-Rämö ym. 2022)

5 Kuntoutus

5.1 Kuntoutus

Käsitteenä kuntoutus tuli suomalaisten käyttöön vähitellen vasta 1940-luvun lopusta lähtien käännöksenä englannin sanasta rehabilitation. Aluksi käytettiin muotoa kuntouttaminen, sittemmin juuri kuntoutus ja kuntoutuminen nousivat vallitseviksi käsitteiksi. Taustalla tässä kehityksessä oli kuntoutujan oman panoksen korostaminen kuntoutuksessa. Lääkinnällinen kuntoutus tahdottiin nähdä hyvän hoitokäytännön yhtenä osana, jonka kehitys saatettiin loppuun 1980-luvulla. (Rissanen ym. 2008, 17)

Kuntoutus on prosessi, joka käynnistyy ammattilaisen tunnistamasta kuntoutuksen tarpeesta. Se sisältää tavoitteen asettamisen sekä sen saavuttamiseksi järjestettävät kuntoutustoimenpiteet. Kuntoutumisprosessi etenee tavoitteellisesti. Kuntoutuja ja asiantuntijat suunnittelevat sen yhdessä. Kuntoutujan oma aktiivinen rooli on siinä keskeinen. Prosessin ajalliseen ja sujuvaan toteutumiseen vaikuttavat myös kuntoutujan elämään liittyvät suunnittelelmattomat tekijät ja motivaatio. Osatekijänä on myös kuntoutujan ja ammattilaisten kanssa tapahtuva vuorovaikutuksellinen yhteistyö. (Autti-Rämö 2021, 13)

5.2 Kuntoutuksen edellytykset

Kuntoutuksen tavoitteena on potilaan toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutusta edistävän ja kuntouttavan hoidon periaatteisiin kuuluu, että potilasta tuetaan ja ohjataan ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja kuntoutumisestaan. Tavoitteena on, että potilas osaa käyttää omia voimavarojaan selviytyäkseen arkitoiminnoista ja ylläpitämään työkykyään ja, että hänellä on realistinen ja myönteinen asenne kuntoutumiseen. (Pylkkönen 2021)

Kuntouttavaa hoitotyötä on potilaan perushoito, vartalon hallinnan harjoitukset ja asentohoito. Potilasta aktivoidaan ja ohjataan päivittäisissä toiminnoissa, jotta potilas pystyy ylläpitämään ja tukemaan omatoimisuuttaan. (Terveyskylä 2023) Kuntoutuksessa käytetään fysioterapiaa, toimintaterapiaa, psykoterapiaa, puheterapiaa, neuropsykologia kuntoutusmenetelmiä, muusiikki-, taide-, valokuvaus- ja ravitsemusterapiaa. (Pylkkönen 2021) Potilaan kävely- ja toimintakyvyn palautumista voidaan nopeuttaa fysio- ja toimintaterapeutin suunnittelemilla ja huolehditaan harjoitteiden toteuttamisella. Niiden avulla pyritään aluksi tasapainon sekä raajan liikelaajuuksien ylläpitoon. Sen jälkeen harjoitellaan normaalin kävelyn harjoittelemiseen ja lihas voimien vahvistamiseen. (Lahtinen ym. 2021) Fysioterapian tärkeys on oleellista kuntoutumisen kannalta myös sen kannalta, että voidaan välttää tarpeettomia leikkauksia. Riittävä tiedonsaanti paranemisesta, auttaa myös ymmärtämään ja uskomaan tilanteen korjautumiseen. (Holopainen ym. 2022, 37) Toimintaterapiassa keskitytään enemmän liikkeisiin ja toimintoihin, joita potilas tarvitsee joka päivässä elämässään ja toiminnoissa. (Lahtinen ym. 2021)

Mitä varhaisemmin kuntoutuksen tarve tunnistetaan, sitä helpompi on aikaansaada muutos ihmisen omassa toiminnassa ja ympäristön asenteissa. Vaikka kuntoutumisessa on kyse ihmisen oman toiminnan muutoksesta, edellyttää sen tarpeen tunnistaminen ja toteutuminen osaavia kuntoutuksen ammattilaisia. He auttavat kuntoutujaa tunnistamaan realistisen tavoitteen ja sen saavuttamisen edellyttämät strategiat, mahdollistavat oikein toteutetun harjoittelun ja toimintamallien muutokset. Ammattilaiset kannattelevat kuntoutujan motivaatiota ja sitoutumista sekä varmistavat sujuvan, usein yhteistyötä edellyttävän kuntoutumisprosessin eri toimijoiden välillä. (Autti-Rämö 2021, 13) Kuntoutumisen onnistumiseksi tarvitaan yhteinen näkemys ongelmista, suunnitelma työskentelystä tavoitteiden saavuttamiseksi sekä selkeä vastuunjako ja sitoutuminen yhteistyöhön. Lähipiirin konkreettista tukea tarvitaan myös kuntoutuksella saavutettujen tulosten ylläpitovaiheessa. (Autti-Rämö ym. 2022)

5.3 Kuntoutuksen ongelmat

Motivaatiosta ja sen puutteesta puhutaan kuntoutustyön yhteydessä paljon. Jos kuntoutuksella ei saavuteta tavoiteltuja tuloksia, syynä katsotaan usein olevan kuntoutujan motivaation puute. Toisaalta on väitetty, että motivoitumaton kuntoutuja on pelkkä myytti, joka on syntynyt kuntoutustyön toimintatapojen vuoksi: kuntoutujalta on odotettu sitoutumista suunnitelmaan, jonka laatimiseen hän ei ole itse voinut osallistua. Jos kuntoutujan tavoitteet ovat ristiriidassa kuntoutustyöntekijän arvion kanssa, kuntoutuja arvioidaan helposti motivoitumattomaksi ja yhteistyökyvyttömäksi. Motivaation puute voi johtua siitä, että pystyvyyden tunne puuttuu: vaikka tavoite olisi muuten kiinnostava, ihminen ei koe pystyvänsä siihen eikä siksi sitoudu sen edellyttämään toimintaan. Motivaation puutteen syynä voi olla myös se, että toiminnan kannuste puuttuu: tavoitteella ei ole ihmiselle arvoa ja merkitystä. (Autti-Rämö ym. 2022)

Ammattilaiset usein aliarvioivat potilasta. Aliarvioinnin ja ajanpuutteen vuoksi helposti tyydytään selittämään asiat potilaalle vähän sinne päin. Sanavalinnoilla on suuri merkitys, miten ammattilainen kertoo potilaalle, mikä on pielessä. (Holopainen ym. 2022, 37) Asiantuntijoiden käsitykset realistisista ja saavutettavista valinnoista eivät kuitenkaan aina vastaa kuntoutujan omia arvoja ja elämänpäämääriä. Toimintatapamme ovat suurelta osin opittuja ja sosiaalisesti välittyneitä, joten niiden muuttaminen edellyttää sosiokulttuuristen sääntöjen, arvojen ja normien kyseenalaistamista ja uudenlaisten toimintamallien rakentamista. (Autti-Rämö ym. 2022)

Kiire ja kuntoutujan puolesta tekeminen tai päättäminen vievät edellytykset hänen omalta aktiiviselta toiminnaltaan. Kuntoutuksen ammattilaisten vähyys ja kuntoutustoimenpiteiden odottaminen ovat edelleen arkipäivää monessa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä, mikä kuvastaa kuntoutuksen resurssien riittämättömyyttä tarpeisiin nähden. (Autti-Rämö ym. 2022)

6 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Kyselytutkimuksen tarkoituksena on selvittää Salon sairaalan kuntoutus- ja hoitohenkilökunnan sekä moniammatillisen tiimin jäsenien yhteistyön nykytilannetta ja ongelmakohtia. Tavoitteena on kartoittaa ja kehittää kuntoutusosaston toimintaa, toiminnan tehostamiseksi.

Tutkimuskysymykset:

Millaista moniammatillinen yhteistyö on tällä hetkellä kuntoutusosastolla, henkilökunnan arvioimana?

Miten moniammatillinen yhteistyö näkyy kuntoutuspotilaiden hoidossa, henkilökunnan arvioimana?

Miten moniammatillista yhteistyötä voidaan kehittää, henkilökunnan arvioimana?

7 Tutkimuksen empiirinen toteuttaminen

7.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytettiin Survey- tutkimusmenetelmää. Käytössä on monia survey-tutkimuksen tyyppejä. Aineisto, joka kerätään surveyn avulla, käsitellään yleensä kvantitatiivisesti. (Hirsjärvi ym. 2015, 193–194 & 134) Tässä tutkimuksessa tietoa kerättiin standardoidussa muodossa joukolta ihmisiä. Aineisto koottiin niin, että jokaiselta yksilöltä kerättiin kyselylomakkeen avulla oma aineisto strukturoidussa muodossa.

Opinnäytetyössä käytettiin rinnakkain kvantitatiivista eli määrällistä ja kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Kvantitatiivinen käsittelee numeroita, joka näkyy kyselytutkimuksessa valintakysymyksinä. Kvalitatiivinen käsittelee merkityksiä, joka näkyy kyselytutkimuksessa avoimina kysymyksinä. (Hirsjärvi ym. 2015, 135 & 137) Päämetodologiana käytettiin kvantitatiivista tutkimusta.

Kvalitatiivinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus, jossa pyritään ymmärtämään kokonaisvaltaisesti kohteen merkityksiä, ominaisuuksia sekä laatua. Kvalitatiivinen tutkimus soveltuu sosiaalisten ongelmien tutkimiseen, vaihtoehtojen etsimiseen ja toiminnan kehittämiseen.

Kvantitatiivisen tutkimuksen ideana oli saada tietoa, joka on luonteeltaan yleistä. Määrällinen yleinen ja yleistettävissä oleva tieto on kriteereiltään tilastollismatemaattinen. Tieto käsiteltiin tilastollisina yksiköinä, joista monin eri menetelmin häivytettiin pois kaikki subjektiiviseen tulkintaan viittaavat seikat. Tutkimusotteita käytettiin rinnakkain. Jonkin otteen ja menetelmän käyttäminen ei sulkenut pois toista. (Luuppala ym. 2017.)

7.2 Kyselylomakkeen rakentaminen

Toimeksiantajan toiveena oli toteuttaa opinnäytetyö kyselynä. Kyselylomake laadittiin tätä tutkimusta varten, eikä sitä ole käytetty aikaisemmin missään muualla. Kyselylomake laadittiin teoreettisen viitekehyksen ja

tutkimuskysymyksien teemojen pohjalta. Kysely toteutettiin verkkokyselynä, jolloin kyselylomake oli sähköinen. Kyselylomake (liite 3) sisälsi valintakysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Kyselyssä oli pääasiassa valintakysymyksiä, jotta tuloksia voitiin tilastoida. Muutamalla avoimella kysymyksellä haluttiin antaa vastaajalle vapaus kertoa mielipiteensä. Kysely tehtiin Webropol ohjelmalla.

Taustakysymyksiä oli yksi, jossa kysyttiin työkokemusta vuosina. Työkokemus vuodet luokiteltiin tiettyihin vuosiin. Luokittelu oli nollan ja yli yhdeksän vuoden välillä. Tutkimuskysymyksiä oli kolme, jonka jokaisen alle kysymykset oli teemoitettu. Kyselyssä ei käsitelty tutkittavien henkilötietoja, koska tutkimus toteutettiin anonymisti. Kyselyssä kysyttiin työkokemusta luokittain, mutta tämä ei paljastanut kenenkään henkilöllisyyttä.

Ensimmäisen kysymyksen teemat olivat itsensä ja ammattiryhmien arvostus, työn roolit sekä vuorovaikutus- ja tiimityötaidot. Näiden teemojen kysymykset olivat 2–7. Toisen kysymyksen teemoja olivat tietämys omasta ja toisen ammattitaidosta, koulutukset ja potilaan kuntoutus. Näiden teemojen kysymykset olivat 8–13. Kolmannen kysymyksen teema oli moniammatillisuuden kehittäminen. Näiden teemojen kysymykset olivat 14–15.

Taulukko 1. Kyselyn teemat

Kyselylomakkeen kysymykset	Kysymys 1	Kysymys 2–7	Kysymys 8–13	Kysymys 14–15
Teemat	Taustakysymys	Itsensä ja ammattiryhmien arvostus, työnroolit, vuorovaikutus- ja tiimityötaidot	Tietämys omasta ja toisen ammattitaidosta, koulutukset ja potilaan kuntoutus	Moniammatillisuuden ja kuntoutuksen kehittäminen

7.3 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin Salon sairaalan kuntoutus- ja hoitohenkilökunnalta sekä moniammatillisen tiimin jäseniltä. Kuntoutus- ja hoitohenkilökuntaan kuuluivat lääkärit, fysioterapeutit, hoiva-avustajat, lähi- ja sairaanhoitajat sekä osastonhoitajat. Moniammatilliseen tiimiin kuuluivat myös palveluohjaajat. Kyselyn arvioitu vastaajamäärä oli 50 henkilöä. Valintakysymyksiin oli vastannut (n=21) henkilöä. Avoimiin kysymyksiin oli vastannut (n=12). Valintakysymyksien vastausprosentti oli 42 % ja avoimienkysymyksien vastausprosentti oli 24 %.

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella. Kyselylomake avautui sähköpostiin lähetetyllä QR-koodilla tai linkillä. Kyselylomakkeen yhteydessä lähetettiin saatekirje (liite 2), jossa kerrottiin tutkimuksen tavoite ja tarkoitus, osallistuminen sekä tutkimuksen toteuttaminen. Suunnitelman mukaan saatekirje olisi pitänyt lähettää kaksi viikkoa ennen kyselyn alkamista, mutta ajan puutteen ja pitkittyneen tutkimuslupahakemusprosessin vuoksi, saatekirje jouduttiin lähettämään samaan aikaan kyselylomakkeen kanssa.

QR-koodi, linkki sekä saatekirje lähetettiin sähköpostilla kuntoutusosaston osastonhoitajalle, joka välitti sähköpostilla kyselylomakkeen kuntoutus- ja hoitohenkilökunnalle sekä moniammatillisen tiimin jäsenille. Tutkimuskysely toteutettiin 17.10.-31.10.2024. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa, jonka jälkeen kysely sulkeutui. Kyselyn sulkeuduttua QR-koodi tai linkki ei enää avautunut kyselyyn. Kyselyn vastaaminen vei aikaa noin 15 minuuttia.

Salon sairaala kuuluu VARHA:n hyvinvointialueeseen, jolloin tähänkin tieteelliseen tutkimukseen tarvittiin tutkimuslupa. VARHA:lla on oma tutkimuslupakäytäntö ja sen mukaan tutkimuslupa haettiin sähköisten sivujen kautta Tuure-järjestelmästä. (Varha, 2024) Tutkimuslupa haettiin viikolla 37, syyskuussa. Tutkimuslupaa jouduttiin odottamaan 5 viikkoa. Tutkimuslupa saatiin viikolla 42, lokakuussa 2024.

Toimeksiantaja välitti viestin tiedot sähköpostilla osaston kuntoutus- ja hoitohenkilökunnalle sekä moniammatillisen tiimin jäsenille. Toimeksiantaja kopioi myös saatekirjeen ja QR-koodin kyselyyn osastolle. Tutkimukseen osallistujat saivat vastata kyselyyn työajallaan. Puolessa välissä tutkimusta toimeksiantajaa pyydettiin, lähettämään muistutusviesti kyselystä.

Tietosuoja-asiat kuuluvat jokaiseen tutkimukseen, vaikka kyseessä olisi nimettömänä toteutettavaksi suunniteltu kysely. (Luoto 2009, 3).

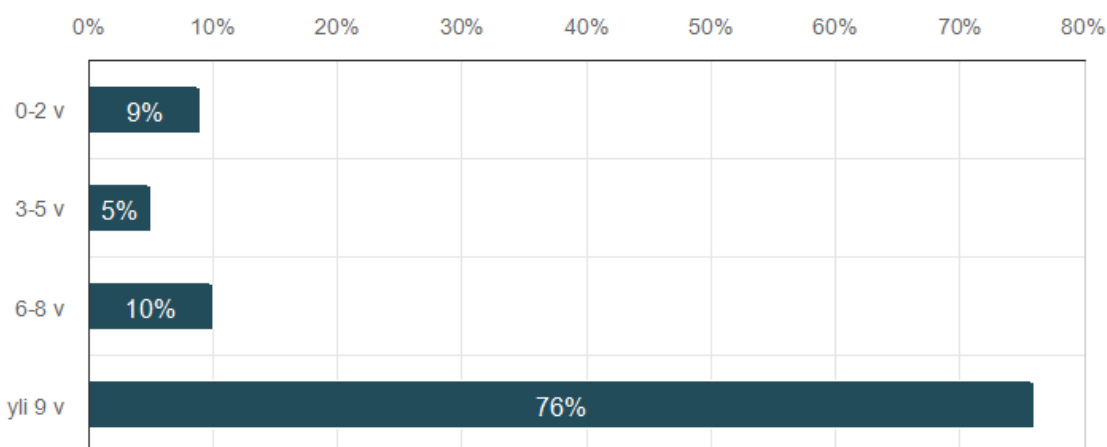
Tietosuojalomakkeella (liite 1) kerrottiin tutkittaville henkilöille, millaisia tietoja käsiteltiin ja kerättiin tutkimuksessa. Tiedonkeruu toteutettiin tieteenalan sääntöjen ja ohjeistusten mukaisesti sekä HTK-ohjetta noudattaen. Tiedonkeruu toteutettiin siten, että tieteellinen toiminta ei vaaranna tutkijoiden ja tutkittavien terveyttä tai turvallisuutta. (Keiski 2023, 13)

7.4 Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto muodostui kyselyiden vastausten perusteella. Tutkimuksen määrällinen aineisto analysointiin havainnoillistamisella ja tilastollisesti laskien. Aineiston valintakysymyksistä tehtiin taulukot, jotka saatiin tehtyä Webropol ohjelman avulla. Valintakysymykset analysointiin laskemalla frekvenssi sekä prosentteina. Tutkimuksen laadullinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Avoimet kysymykset analysoitiin poimimalla vastauksia kyselylomakkeesta ja tekemällä niistä yhteenvedot. Aineiston analyysin avulla saatiin ratkaisu tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyö julkaistaan Theseuksessa. Valmis opinnäytetyö toimitettiin toimeksiantajalle eli kuntoutusosaston osastonhoitajalle, kuntoutus- ja hoitohenkilökunnalle sekä moniammatillisen tiimin jäsenille.

8 Tutkimuksen tulokset

Taustakysymyksiä oli yksi, jossa kysyttiin kyselyyn vastanneiden työkokemusta. Työkokemus oli luokiteltu tiettyihin vuosiväleihin. Kysymykseen oli vastannut 21 henkilöä. Valtaosalla (76 %, n= 16) oli yli 9 vuotta työkokemusta. Kyselyyn vastanneista (10 %, n= 2) oli 6-8 vuotta työkokemusta ja (9 %, n= 2) oli 0–2 vuotta työkokemusta. Vastaajista vain (5 %, n= 1) oli 3–5 vuotta työkokemusta. Taustakysymyksestä selvisi, että suurimmalla osalla on paljon työkokemusta takana.

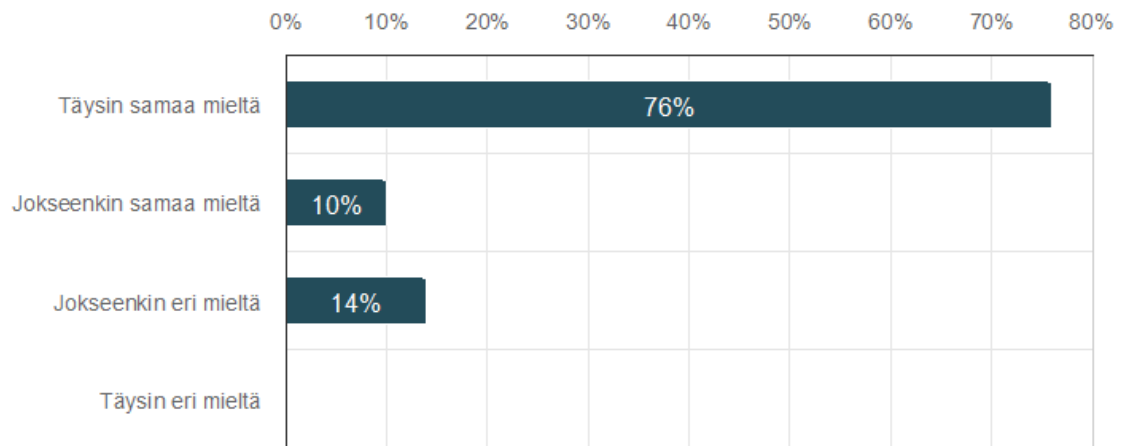


Kuvio 1. Työkokemus vuosina

8.1 Moniammatillisen yhteistyön nykytila kuntoutusosastolla

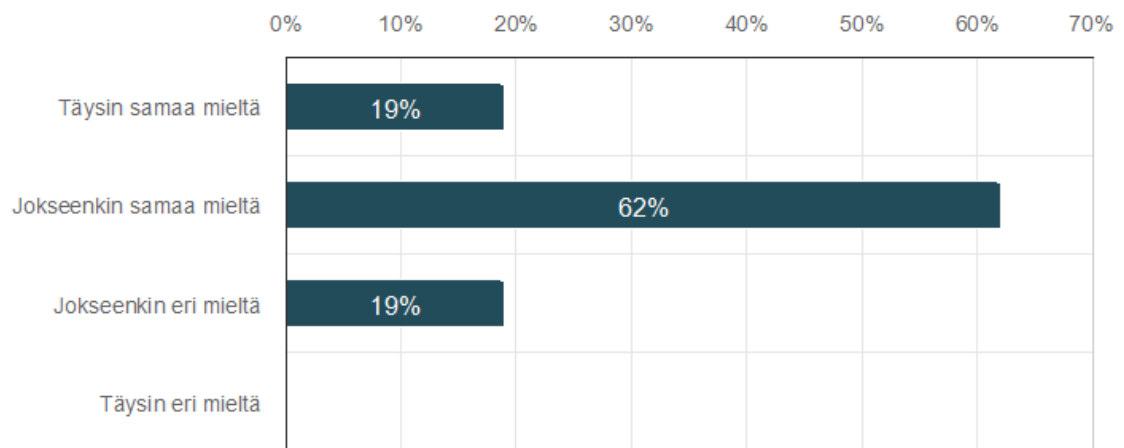
Ensimmäisen tutkimuskysymyksen teemana oli itsensä ja ammattiryhmien arvostus, työn roolit ja vuorovaikutus- sekä tiimityötaidot. Kyselylomakkeen kysymykset 2–7 käsittelevät kyseisen teeman osa-alueita ja näiden kysymyksien avulla haluttiin saada ratkaisu kyseiseen tutkimuskysymykseen. Ensimmäiseen valintakysymykseen vastasi 21 henkilöä. Valintakysymyksessä kysyttiin, kokevatko vastaajat itsensä tärkeäksi osaksi moniammatillista yhteistyötä. Tämän osion ensimmäiseen kysymykseen enemmistö eli (76 %, n= 16) koki itsensä tärkeäksi osaksi moniammatillista työyhteisöä. Vastaajista (14 %, n= 3) oli jokseenkin eri mieltä ja (10 %, n= 2) oli jokseenkin samaa mieltä.

Kukaan vastaajista ei kokenut, ettei olisi ollenkaan tärkeä osa moniammatillista työyhteisöä.



Kuvio 2. Koen itseni tärkeäksi osaksi moniammatillista yhteistyötä

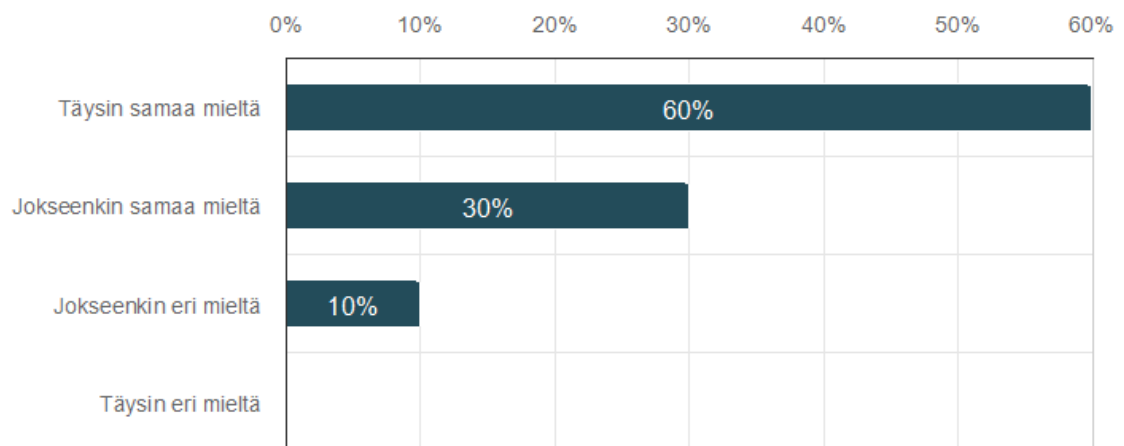
Kyselyn toisen valintakysymyksen vastasi 21 henkilöä. Valintakysymyksessä kysyttiin, onko moniammatillista yhteistyötä tarpeeksi käytössä kuntoutusosastolla. Vastaajista enemmistö (62 %, n= 13) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että moniammatillista yhteistyötä on tarpeeksi käytössä kuntoutusosastolla. Loput vastaajista jakaantuivat tasaisesti täysin samaa mieltä (19 %, n= 4) ja jokseenkin samaa mieltä (19 %, n= 4) vastauksien mukaan. Kukaan ei ollut sitä mieltä, että moniammatillista yhteistyötä ei olisi tarpeeksi käytössä kuntoutusosastolla.



Kuvio 3. Moniammatillinen yhteistyö kuntoutusosastolla

Kyselyn kolmanteen valintakysymykseen vastasi 20 henkilöä.

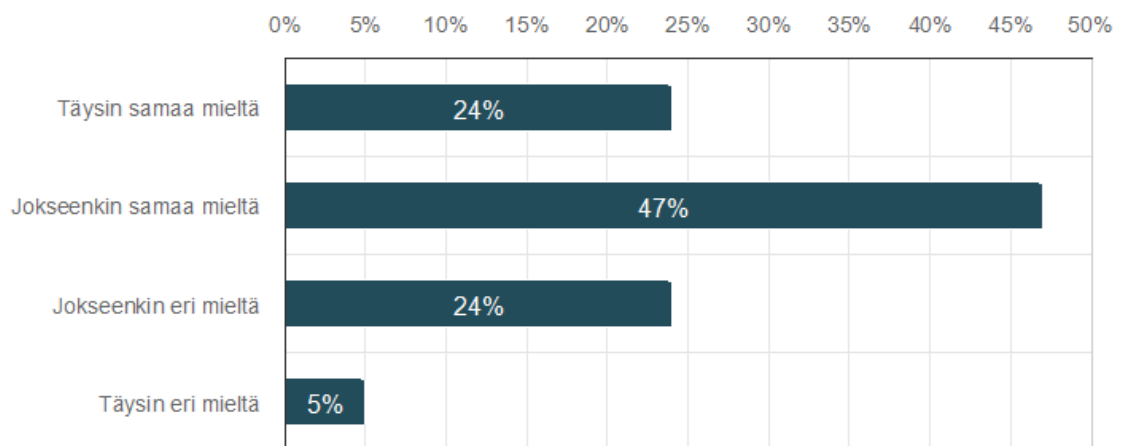
Valintakysymyksessä kysyttiin, tiesivätkö vastaajat omat vastuualueensa ja roolinsa työyhteisössä. Vastaajista enemmistö (60 %, n= 12) koki tietävänsä omat vastuualueensa ja roolinsa työyhteisössä. Melkein kolmasosa vastaajista (30 %, n= 6) oli jokseenkin samaa mieltä. Vastaajista (10 %, n= 2) oli jokseenkin eri mieltä. Kukaan ei ollut sitä mieltä, ettei tiedä omia vastuualueitaan ja roolejaan työyhteisössä.



Kuvio 4. Vastuualueet ja roolit työyhteisössä

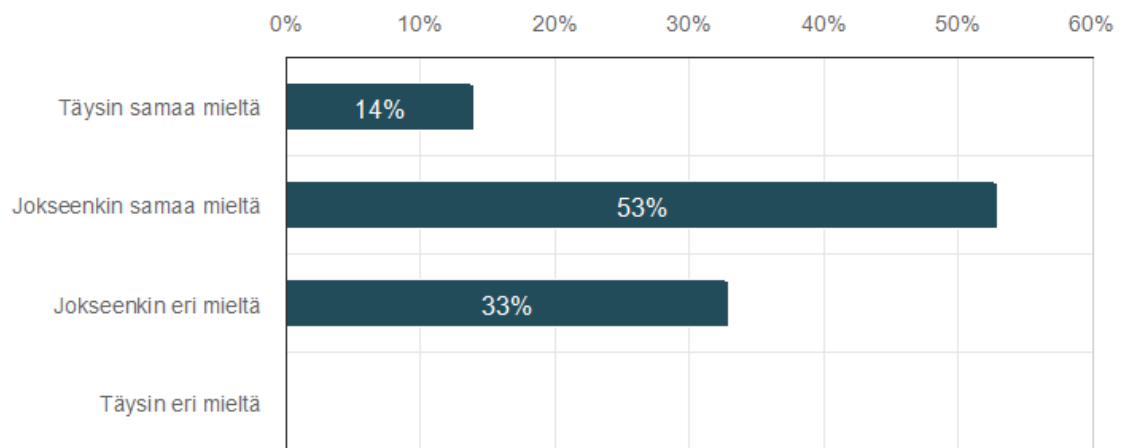
Kyselyn neljänteen valintakysymykseen vastasi 21 henkilöä.

Valintakysymyksessä kysyttiin, oliko työilmapiiri työhyvinvointia ja jaksamista tukeva. Kyselyn kysymyksen mukaan enemmistö (47 %, n= 10) oli jokseenkin samaa mieltä, että työilmapiiri on osastolla jaksamista ja työhyvinvointia tukeva. Täysin samaa mieltä (24 %, n= 5) ja jokseenkin eri mieltä (24 %, n= 5) jakaantui tasaisesti. Vastaajista vain (5 %, n=1) oli sitä mieltä, ettei työilmapiiri ole jaksamista ja työhyvinvointia tukeva.



Kuvio 5. Työilmapiiri osastolla

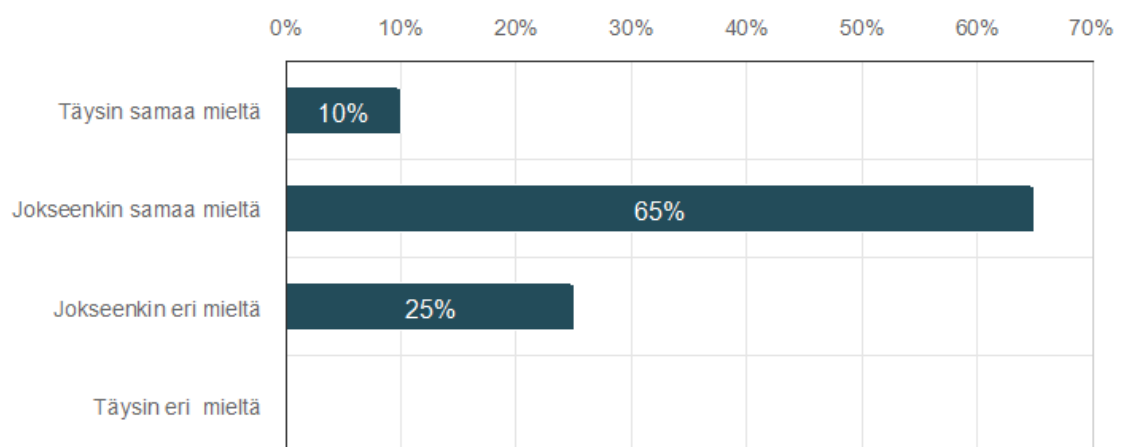
Viidenteen valintakysymykseen vastasi 21 henkilöä. Valintakysymyksessä kysyttiin, oliko moniammatillinen vuorovaikutus ammattiryhmien välillä toimivaa. Enemmistö (53 %, n= 11) oli jokseenkin samaa mieltä, että ammattiryhmien välinen vuorovaikutus on toimivaa. Noin kolmasosa (33 %, n= 7) oli jokseenkin eri mieltä. Vastaajista (14 %, n= 3) oli täysin samaa mieltä. Kukaan ei ollut sitä mieltä, että ammattiryhmien välinen vuorovaikutus ei olisi toimivaa.



Kuvio 6. Ammattiryhmien välinen vuorovaikutus

Kyselyn kuudenteen valintakysymykseen vastasi 20 henkilöä.

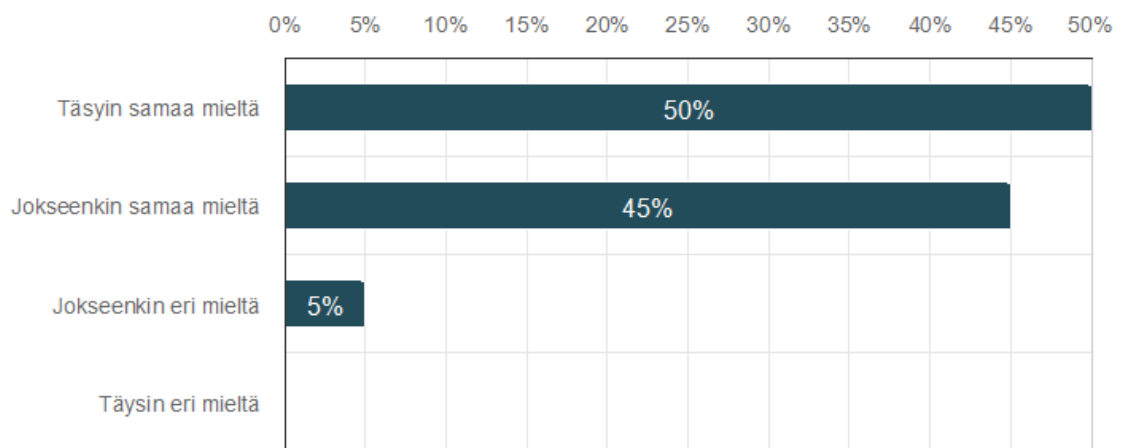
Valintakysymyksessä kysyttiin, oliko moniammatillisen tiimin välinen tiedonkulku sujuvaa. Enemmistö (65 %, n= 13) oli jokseenkin samaa mieltä, että moniammatillisen tiimin välinen tiedonkulku on sujuvaa. Neljäsosa (25 %, n= 5) vastaajista oli jokseenkin eri mieltä. Vain (10 %, n= 2) oli täysin samaa mieltä. Kukaan ei ollut sitä mieltä, että tiedonkulku ei olisi sujuvaa moniammatillisen tiimin välillä.



Kuvio 7. Moniammatillinen tiedonkulku

8.2 Moniammatillisen yhteistyön nykytilan näkyvyys kuntoutuspotilaiden hoidossa

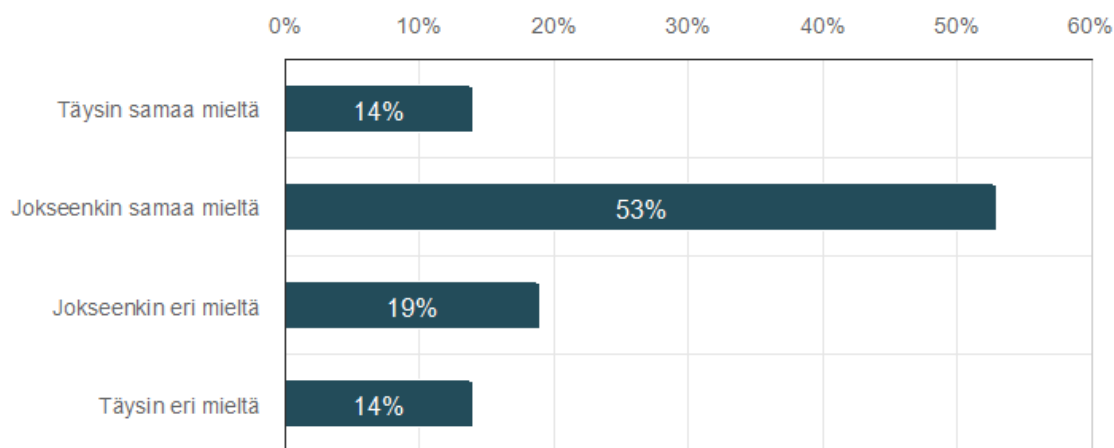
Seitsemänteen valintakysymykseen vastasi 20 henkilöä. Valintakysymyksessä kysyttiin, oliko vastaajilla kuntouttavasta työotteesta riittävästi tietämystä. Puolet vastaajista (50 %, n= 10) koki tietävänsä riittävästi kuntouttavasta työotteesta. Vastaajista (45 %, n= 9) oli jokseenkin samaa mieltä. Vain (5 %, n=1) oli jokseenkin eri mieltä. Kukaan vastaajista ei ollut sitä mieltä, että ei tiedä riittävästi kuntouttavasta työotteesta.



Kuvio 8. Tietämys kuntouttavasta työotteesta

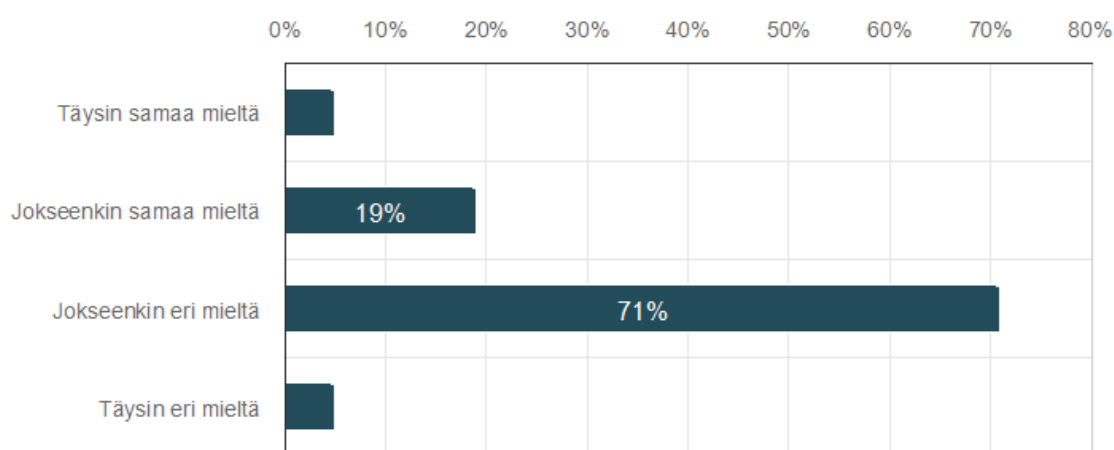
Kyselyn kahdeksanteen valintakysymykseen vastasi 21 henkilöä.

Valintakysymyksessä kysyttiin, kokevatko vastaajat tarvitsevansa lisää koulutusta potilasryhmien hoidosta, osaston yhdistymisen johdosta. Enemmistö (53 %, n= 11) oli jokseenkin samaa mieltä, että vastaajat kokevat tarvitsevansa lisää koulutusta potilasryhmien hoidosta, osaston yhdistymisen johdosta. Vastaajista (19 %, n=4) oli jokseenkin eri mieltä. Vastaajista täysin samaa mieltä (14 %, n= 3) ja täysin eri mieltä (14 %, n=3) jakaantuivat tasaisesti.



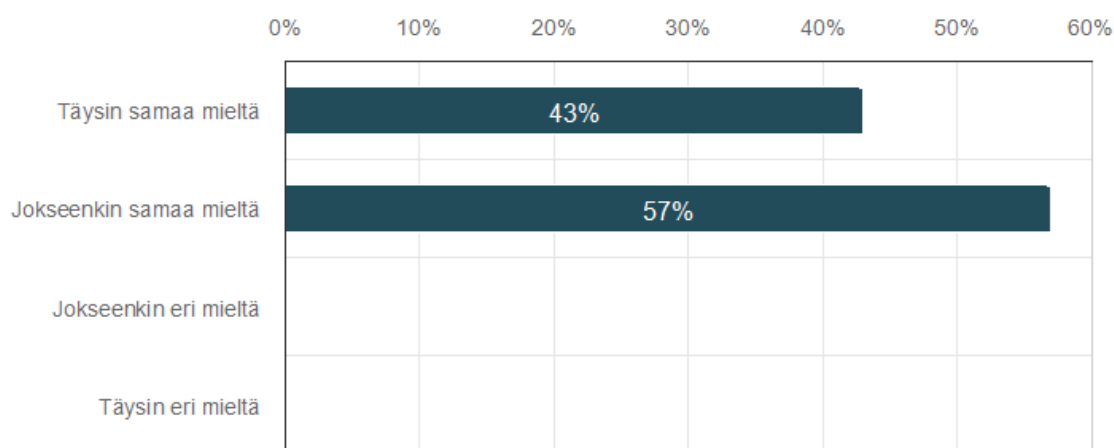
Kuvio. 9 Lisäkoulutuksen tarve potilasryhmien hoidosta, osaston yhdistymisen johdosta

Yhdeksänteen valintakysymykseen vastasi 21 henkilöä. Valintakysymyksessä kysyttiin, olivatko osaston tilat riittävät kuntoutukseen. Enemmistö (71 %, n= 15) oli jokseenkin eri mieltä, että osaston tilat ovat riittävät potilaan kuntouttamiseen. Vastaajista (19 %, n= 4) oli jokseenkin samaa mieltä, että osaston tilat ovat riittävät potilaan kuntoutumiseen. Täysin samaa mieltä (5 %, n=1) ja täysin eri mieltä (5 %, n=1) jakaantuivat tasaisesti.



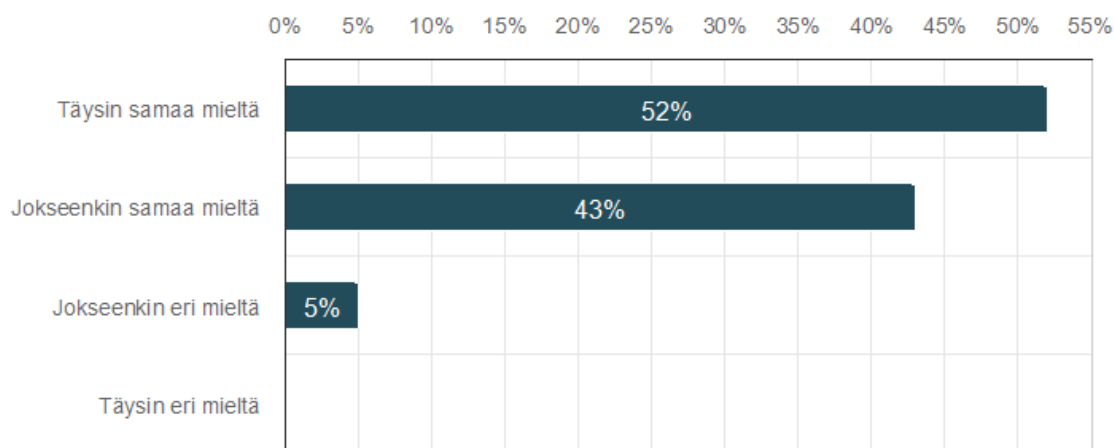
Kuvio 10. Osaston tilojen riittävyys kuntoutukseen

Kymmenenteen valintakysymykseen vastasi 21 henkilöä. Valintakysymyksessä kysyttiin, osasivatko vastaajat motivoida potilasta kuntouttavaan toimintaan. Enemmistö (57 %, n= 12) oli jokseenkin samaa mieltä, että osaa motivoida potilasta kuntouttavaan toimintaan. Vastaajista (43 %, n= 9) oli täysin samaa mieltä. Kukaan ei ollut sitä mieltä, ettei osaisi motivoida potilasta kuntouttavaan toimintaan.



Kuvio 11. Potilaan motivointi kuntouttavaan toimintaan

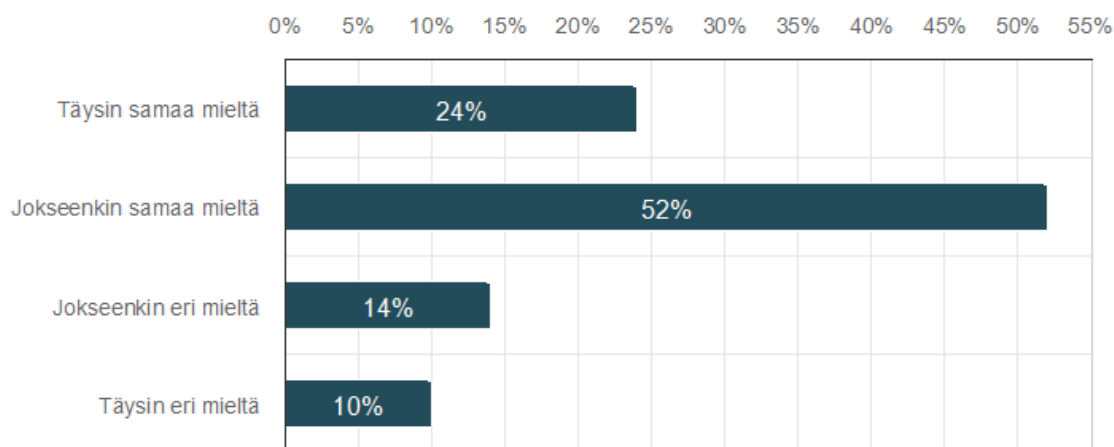
Yhdenteentoista valintakysymykseen vastasi 21 henkilöä. Valintakysymyksessä kysyttiin, osaavatko vastaajat hyödyntää toisten ammattilaisten asiantuntijuutta ja osaamista. Enemmistö (52 %, n= 11) koki osaavansa hyödyntää toisten ammattilaisten asiantuntijuutta ja osaamista. Vähän alle puolet vastaajista (43 %, n= 9) oli jokseenkin samaa mieltä. Vain (5 %, n= 1) oli jokseenkin eri mieltä. Kukaan ei ollut sitä mieltä, ettei koe osaavansa hyödyntää toisten ammattilaisten asiantuntijuutta tai osaamista.



Kuvio 12. Toisten ammattilaisten asiantuntijuuden ja osaamisen hyödyntäminen

Kahdenteentoista valintakysymykseen vastasi 21 henkilöä.

Valintakysymyksessä kysyttiin tekevätkö vastaajat oma-aloitteisesti virike- ja kuntoutustoimintaa. Enemmistö (52 %, n=11) oli jokseenkin samaa mieltä, että tekee aina oma-aloitteisesti virike- ja kuntoutustoimintaa aina mahdollisuuksien mukaan. Vastaajista (24 %, n= 5) oli täysin samaa mieltä. Vastaajista (14 %, n= 3) oli jokseenkin eri mieltä ja (10 %, n= 2) oli täysin eri mieltä.



Kuvio 13. Virike- ja kuntoutustoiminnan tekeminen oma-aloitteisesti

8.3 Moniammatillisen yhteistyön kehittämiskohteet

Kyselytutkimuksen ensimmäiseen avoimeen kysymykseen vastasi (n=12) henkilöä. Avoimessa kysymyksessä vastaajalla oli mahdollisuus vapaasti kertoa, mitkä asiat tuovat haasteita moniammatillisuuden sekä kuntouttavan työotteen toteuttamiseen.

Vastaajista koki kiireen ja ajan puutteen tuovan haasteita moniammatillisuuden ja kuntouttavan työotteen toteuttamiseen. Kiireen ja ajan puutteen, syynä koettiin, että perushoito vie liikaa aikaa, jonka vuoksi kuntouttavalle työlle ei ole aikaa. Vastaajat esittivät näkemyksensä alla olevilla ilmaisuilla.

“Kuntouttava työote nähdään aikaa vievämpänä ja vaikeampana, kuin vanhat juurtuneet käytänteet, joten niitä ei olla valmiita kokeilemaan.”

“Aika, aina ei vaan riitä perushoitojen jälkeen kuntouttavaan työhön.”

Moniammatillisuuden ja kuntouttavan työotteen toteuttamisen haasteena koettiin riittämättömät tilat. Päiväsalit ja huoneet koettiin pieniksi ja ahtaiksi. Vastauksista ei käynyt ilmi, mitkä tekijät vaikuttavat tilojen riittämättömyyteen ja ahtauteen. Vastaajat esittivät näkemyksensä alla olevilla ilmaisuilla.

“Kuntouttavaa työtettä haastaa myös liian pienet ahtaat tilat (ahtaat huoneet, pienet päiväsalit)”

“Ahtaat tilat”

Motivaatio ja itsensä sekä toisten arvostus koettiin haasteena kuntouttavan työotteen ja moniammatillisuuden toteuttamisessa. Motivaation puutteen koettiin heijastuvan potilaan hoitoon. Hoidossa ei ollut kiinnostuttu panostamaan

potilaan kuntoutumiseen ja kuntouttavan työotteen käyttöön. Oman ja toisten ammattiryhmien arvostaminen koettiin haasteeksi, koska kaikki eivät ymmärrä omaa asiantuntijuuttaan ja moniammatillisen yhteistyön tärkeyttä.

Ymmärtämättömyys, koettiin johtuvan siitä, että eri ammattiryhmät eivät luota toistensa osaamiseen, koska tietoisuus ammattiryhmien osaamisesta on puutteellinen. Vastaajat esittivät näkemyksensä alla olevilla ilmaisuilla.

“Joskus haasteeksi ilmenee se, etteivät kaikki ammattilaiset ole valmiita panostamaan potilaan tavoitteisiin samalla panostuksella. Potilaan kuntoutuminen vaatii kaikkien ammattiryhmien yhteistyötä ja tavoitteiden eteen tehtyä sinnikästä työtä.”

“Hoitajien negatiivinen asenne kuntoutusta kohtaan.”

“Kaikkia ammattiryhmiä ei koeta yhtä tärkeiksi, vaikka näin ei todellakaan ole, kaikki ovat tärkeitä.”

Tiedonkulku koettiin haasteena moniammatillisuuden ja kuntouttavan työotteen toteuttamisessa. Vastaajat kokivat tiedonkulussa haastavana sen, että tieto ei välity kaikille ammattiryhmille. Haasteena oli myös tiedon oikea-aikaisuus, jolloin tieto ei välittynyt riittävän ajoissa kaikille ammattiryhmille. Vastaajat esittivät näkemyksensä alla olevilla ilmaisuilla.

“Haasteita moniammatillisuuden toteuttamiseen tuo ajoittaiset tiedonkulun haasteet.”

“Tiedonkulku eri ammattiryhmien välillä”

Resurssit koettiin haasteeksi toteuttaa moniammatillista ja kuntouttavaa työotetta. Henkilökunnan vähäisyyteen koettiin vaikuttavan sairastumiset ja

poissaolot. Liian vähäinen apuvälineiden määrä osastolla koettiin haasteeksi, koska apuvälineitä ei ollut riittävästi kaikille potilaille. Apuvälineiden vähäisen määrän vuoksi monet potilaat joutuvat käyttämään samoja apuvälineitä ja osastolla joudutaan etsimään ja lainaamaan apuvälineitä. Vastaajat esittivät näkemyksensä alla olevilla ilmaisuilla.

“Apuvälineiden vähäisyys (mm. ReTurnereita liian vähän, joudutaan etsimään/lainaamaan apuvälineitä toisista huoneista).”

“Liian vähän hoitajia, että kuntoutusta voitaisiin toteuttaa muissakin vuoroissa, kuin aamuvuoroissa, jolloin fyssarit paikalla.”

8.4 Moniammatillisuuden kehittäminen osastolla

Toiseen avoimeen kysymykseen vastasi 11 henkilöä. Avoimessa kysymyksessä vastaajilla oli mahdollisuus vapaasti kertoa, miten moniammatillisuutta tulisi kehittää osastolla.

Vastaajat kokivat, että tiedonjakoa ja vuorovaikutusta tarvittaisiin enemmän, jotta moniammatillisuutta voidaan kehittää osastolla. Tiedonjaossa koettiin, että eri ammattiryhmien osaamista sekä potilaan kuntoutumiseen liittyviä asioita tulisi tuoda paremmin esille ja jakaa niitä muiden ammattiryhmien kanssa. Tiedonjakoon toivottiin palavereita, joissa käsiteltäisiin muitakin asioita, kuin lääketieteellistä näkökulmaa ja, että potilaan hoito otettaisiin kokonaisvaltaisemmin huomioon. Lisäksi tiedonjakoon toivottaisiin yhteistä keskustelualustaa eri ammattiryhmien välillä. Ammattiryhmien osaamisen jakamiseen toivottiin käytännöllisempää tapaa jakaa tietoa ja osaamista. Vastaajat esittivät näkemyksensä alla olevilla ilmaisuilla.

“Kiinnostus muiden ammattiryhmien työtä kohtaan, saa kysyä.”

“Lähempi tiimityö voisi myös avartaa näkökulmia ja tuoda enemmän arvostusta puolin ja toisin ammattiryhmien osaamisen hyödyntämisen välille.”

“Yhteistyöpalavereita moniammatillisen tiimin kesken toiminnan kehittämiseen”

“Tietoa kuntouttavan hoitotyön hyödyistä ja uskallus kysyä ohjausta kuntoutuksen ammattilaisilta osastolla.”

Vastaajat kokivat, että yhteisissä ohjeistuksissa ja yhdessä tekemisessä olisi kehitettävää. Toisten työnkuvien ymmärtäminen koettiin tärkeäksi, jotta moniammatillisuutta voidaan kehittää osastolla. Vastaajat esittivät näkemyksensä alla olevilla ilmaisuilla.

“Yhteneväiset linjat ja “päiväohjelma” luominen jokaiselle potilaalle.”

Vastaajat kokisivat tarvitsevansa lisää resursseja, jotta moniammatillisuutta voidaan kehittää osastolla. Lisää aikaa ja henkilökuntaa tarvittaisiin. Lisää aikaa voitaisiin saada järjestelemällä työtehtäviä toisella tavalla sekä yhdessä tekemällä. Henkilöstön lisääminen voi olla hankalaa, mutta sitä voidaan kehittää toisella tapaa. Kehittämisessä voitaisiin ottaa huomioon päivä kohtaisesti työtehtävät ja, priorisoida kiireettömät työtehtävät toisille päiville tai ajankohdille. Vastaajat esittivät näkemyksensä alla olevilla ilmaisuilla.

“Toimintaa on mahdoton kehittää, jos siihen ei varata aikaa ja resursseja.”

“Hoitaja mitoitus kuntoon.”

9 Eettisyys ja luotettavuus

9.1 Eettisyys

Ammattikorkeakouluille on laadittu yhteiset suositukset eettisestä ja hyvän tieteellisen käytännön mukaisesta opinnäytetyöprosessista. Suositukset perustuvat lainsäädäntöön sekä tiedeyhteisön kansainvälisiin ja kansallisiin tutkimuseettisiin periaatteisiin, linjauksiin ja suosituksiin. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on tutustunut suosituksiin ja on todennut kokouksessaan 14.12.2017, että Arenen opinnäytetyöprosessisuositus edistää merkittäväällä tavalla hyvää tieteellistä käytäntöä ammattikorkeakouluissa ja niiden opinnäytteissä ja että suosituksen tutkimuseettiset linjaukset ovat TENKin linjausten mukaisia. (Kettunen, ym. 2018)

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin Arenen opinnäytetyön eettisiä suosituksia sekä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohjeita. Näiden ohjeiden ja suositusten avulla pidettiin huoli tutkimuksen eettisyydestä, luotettavuudesta ja oikeuksista. Tutkimusaineisto pidettiin koko tutkimusprosessin ajan vain tutkijoiden tiedossa. Aineisto tuhottiin, kun tämä opinnäytetyö ja tutkimus olivat valmiita. Tutkimus aineisto tuhottiin poistamalla kaikki tutkimus materiaali Webropol ohjelmasta.

Plagiointi on toisen tekijän tiedon luvaton lainaamista, lähde viitteiden puuttumista epämääräistä viittaamista tai tutkimustulosten tai sanamuodon esittämistä omanaan. Plagioinnilla siis tarkoitetaan tieteellistä varkautta. (Hirsjärvi ym. 2015, 122) Hyvässä tieteellisessä käytännössä on varsinaisen plagioinnin lisäksi määritelty laajempi käsite, eli anastaminen, mikä tarkoittaa toisen henkilön tutkimustuloksen, -idean, -suunnitelman, -havaintojen ja – aineiston oikeudetonta esittämistä tai käyttämistä omilla nimillä. (Kettunen 2019, 23)

Tässä opinnäytetyössä tekijät vastaavat tekstin sisällöstä ja pitivät huolen, ettei plagiointia tapahdu. Tämä opinnäytetyö tarkistettiin Turnitin-ohjelmalla.

9.2 Tutkittavien oikeudet

Tutkimukseen osallistujalla on monenlaisia oikeuksia. Tutkimukseen osallistujalla on oikeus osallistua vapaaehtoisesti tutkimukseen, tai kieltäytyä kokonaan osallistumasta, oikeus keskeyttää osallistuminen, milloin tahansa sekä peruuttaa suostumuksensa osallistua tutkimukseen. Keskeyttämiseen tai peruuttamiseen ei tarvitse olla erityistä syytä. Joissakin tilanteissa tutkija voi keskeyttää tutkimukseen osallistumisen tutkittavan puolesta. Tutkittavalle ei saa syntyä tunnetta osallistumisen pakollisuudesta eikä pelkoa kielteisistä seuraamuksista. Jos osallistuja keskeyttää tutkimukseen osallistumisen, se ei estä siihen asti kerättyjen tietojen käyttämistä tutkimuksessa. Suostumuksen antamisen ja peruuttamisen tulee olla yhtä helppoa. Tutkimukseen osallistujalla on myös oikeus saada tietoa tutkimuksen sisällöstä ja käytännön toteutuksesta, oikeus saada ymmärrettävä ja totuudenmukainen kuva tutkimuksen tavoitteista ja mahdollisista haitoista ja riskeistä sekä oikeus saada riittävästi harkinta-aikaa osallistumispäätöksen tekemiseen sekä oikeus saada vastaus tutkimusta koskeviin kysymyksiin. (Kohonen ym. 2019, 8–9)

Tutkijan oikeuksista tiedotettiin tietosuojaselosteessa ja saatekirjeessä. Vastaajan oikeuksista kerrottiin lähteisiin perustuen ja, miten oikeudet näkyvät tutkimuksen osallistumisessa. Tutkimukseen osallistujilla oli mahdollisuus kysyä tutkimukseen liittyvistä asioista opinnäytetyön tekijöiltä. Tutkimukseen ei ollut erillistä suostumus lomaketta, vaan kyselyyn vastaaja antoi suostumuksensa osallistumalla tutkimukseen. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai keskeyttäminen oli mahdollista, milloin vain ilman seuraamuksia.

9.3 Aineiston keruun luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä käytettiin tietolähteinä sähköisiä ja manuaalisia lähteitä. Sähköisinä tietolähteinä käytettiin Medic ja Google Scholar, tietokantoja. Avainsanoina käytettiin moniammatillinen yhteistyö, moniammatillinen kuntoutus ja moniammatillisuus. Edellä mainittuja avainsanoja käytettiin myös englannin kielelle käännettynä. Lähteet olivat suomen- ja englanninkielisiä. Manuaalisina

lähteinä käytettiin tutkimuskirjallisuutta. Opinnäytetyössä otettiin huomioon lähdemerkintöjen oikeaoppinen, alkuperäinen ja kunnioittava merkintätapa. Lähdemateriaaliksi valikoitui pääasiassa alle 10 vuotta vanhoja aineistoja. Hieman vanhempia aineistoja käytettiin, jos uudempaa tietoa ei löytynyt, tieto ei ollut muuttunut tai tietoon ei ollut oikeuksia.

Hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteita ovat eurooppalaisen tutkimuseettisen ohjeistuksen mukaan luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. (Keiski ym. 2023, 11)

Tässä opinnäytetyössä yllä mainitut peruseriaatteet näkyvät siten, että tieteellinen toiminta suunniteltiin, toteutettiin ja dokumentoitiin huolellisesti sekä mahdollisuuksien mukaan avoimien tieteen periaatteita noudattaen.

Suunnittelussa otettiin huomioon aiempi tutkimustieto. Periaatteet näkyivät myös tutkittavien henkilöiden ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioituksessa sekä mahdollisten riskien ja haittojen minimoimisessa. (Keiski ym. 2023, 13 & 7)

9.4 Kyselyn luotettavuus

Kyselyn luotettavuus riippuu paljon siitä, millainen tutkimuksen aihe on ja tarvittavan tiedon luonne. Kun tutkitaan asenteita ja mielipiteitä, kyselyn hyvä etukäteissuunnittelu ja toteutus vaikuttavat tuloksiin olennaisesti. (Luoto 2009, 2) Opinnäytetyössä luotettavuus otettiin huomioon, jokaisessa tutkimusprosessin vaiheessa. Kyselytutkimuksen etukäteissuunnitteluun, toteutukseen, aineiston keruuseen ja –analyysiin sekä tulkintaan ja raportointiin käytettiin paljon aikaa. Luotettavuuden takaamiseksi tutkimusta muokattiin ja parannettiin moneen kertaan tutkimusprosessin aikana. Tutkimuksen muokkaamiseen ja parantamiseen saatiin vertaispalautetta opinnäytetyöseminaareissa ja ohjaavalta opettajalta.

Kyselytutkimuksen laatimisessa esiintyy myös ongelmakohtia ja haasteita. Kaikista tutkimukseen vastaajista ei ole mahdollista varmistua, kuinka vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen ja kuinka huolellisesti ja rehellisesti

kysymyksiin on vastattu. Haasteina voi olla myös, miten vastaaja on ymmärtänyt kysymyksen ja, miten vastausvaihtoehdot ovat onnistuneet. Väärinymmärryksiä voi tapahtua ja niitä on vaikea selvittää. Myös kyselyyn vastaamattomuus voi olla joissain tutkimuksissa suuri ongelma. (Hirsjärvi ym. 2015, 195) Avoimiin kysymyksiin vastaaminen vie enemmän aikaa verrattuna valmiiksi strukturoituihin vastausvaihtoehtoihin ja vähentää vastaamisinnostusta. (Luoto 2009, 2) Opinnäytetyön kyselylomaketta laatiessa vältettiin epämääräisyyttä, ja pyrittiin selkeisiin ja lyhyihin kysymyksiin, jotta kysymykset olisivat mahdollisimman helposti ymmärrettävissä ja kysymykset ymmärrettäisiin samalla tavalla. Tutkimuskysymyksissä kysyttiin vain yhtä asiaa ja vältettiin kaksoismerkityksiä. Tutkimuslomakkeessa käytettiin Likertin asteikkoa, jotta vastaajalla on mahdollisuus sanoa, mitä hänellä on todella mielessään. (Hirsjärvi ym. 2015, 200–203)

Tässä tutkimuskyselyssä yllä mainittuja ongelmakohtia ja haasteita pyrittiin välttämään parhaan mukaan. Tutkimuksen etukäteinen tiedottaminen jäi hieman puutteelliseksi ja saatekirje olisi voinut olla informatiivisempi sisällöltään. Vastaajia pyrittiin motivoimaan saatekirjeellä, jossa korostettiin osallistumista kuntoutusosaston nykytilanteen kartoittamiseen ja kehittämiseen. Motivoinnilla haluttiin saada tutkimusenvastaaja ymmärtämään, mahdollisuutensa vaikuttaa kuntoutusosaston toimintaa. Kyselyssä oli enemmän valintakysymyksiä, koska niihin on nopeampi ja helpompi vastata.

9.5 Aineiston analysoinnin luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen analysoinnin luotettavuudesta pidettiin huolta seuraavilla keinoilla. Opinnäytetyössä aineiston tiedot tarkistettiin huolellisesti, ettei aineistossa ole virheellisyyksiä tai puuttuvia tietoja. Aineisto järjestettiin tiedon tallennusta ja analyyseja varten. Aineisto järjestettiin teemoittain. Analysointi tapahtui kahdella eri tavalla, koska tutkimuksessa on käytössä kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusstrategia. (Hirsjärvi ym. 2015, 221–222) Kehittämistutkimuksen luotettavuustarkastelu oli haasteellista, koska kehittämistutkimus ei ole oma tutkimusotteensa, vaan tarpeen mukaan

laadullisesta ja määrällisestä tutkimuksesta tutkimuskohteen ongelman ratkaisun tuottamiseksi laadittu sopiva kooste. Koska kehittämistutkimus ei ole oma menetelmänsä, luotettavuutta tulee arvioida niiden menetelmien avulla, joita käytetään. (Kananen 2015, 111)

Tutkimusaineisto muodostui kyselyn vastausten perusteella. Tutkimuksen määrällinen aineisto analysoitiin havainnollistamisella ja tilastollisesti laskien. Tutkimuksen laadullinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Aineiston analyysin tarkoituksena oli saada ratkaisu tutkimuskysymyksiin. Analysoinnissa valintakysymyksien vastaukset luokiteltiin työkokemuksen mukaan ja luomaan niistä kuvioita tai taulukoita, aihepiirien mukaan. Avoimien kysymyksien vastauksista tehtiin yhteenvedot. Opinnäytetyö valmistuttua se julkaistiin Theseuksessa. Valmis opinnäytetyö toimitettiin toimeksiantajalle kuntoutusosaston osastonhoitajalle, kuntoutus- ja hoitohenkilökunnalle sekä moniammatillisen tiimin jäsenille.

Tekstin luotettavuutta ja ymmärrettävyyttä voidaan parantaa taulukoilla ja kuvioilla. Samansisältöisen teksti- ja taulukkomuotoisen esityksen vertailu osoittaa taulukoiden taloudellisuuden. Sama asia selviää tekstistä ja taulukosta, mutta taulukosta paljon vähemmällä ponnistelulla. (Hirsjärvi ym. 2015, 322.)

10 Pohdinta ja johtopäätökset

10.1 Tutkimusongelmat

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa ja kehittää Salon sairaalan kuntoutus- ja hoitohenkilökunnan sekä moniammatillisen tiimin yhteistyötä. Tavoitteena oli löytää ongelmakohtia, joita pystyttäisiin kehittämään. Osastojen yhdistymisen johdosta kartoittaminen oli ajankohtaista ja tarpeellista. Eri osastoilla oli erilaiset toimintatavat ja potilasryhmät, jonka vuoksi yhteistentoimintatapojen sopiminen on tärkeää. Ensin tutkimushaasteen aihepiiriin perehdyttiin etsimällä tutkimuksia aiheeseen liittyen. Kyselylomake pystytettiin luomaan, aiheeseen perehtymisen jälkeen. Teoreettisen viitekehyksen perusteella kartoitettiin yleisesti olevia ongelmakohtia moniammatillisessa yhteistyössä ja moniammatillisessa kuntoutuksessa.

Ensimmäinen tutkimuskysymys käsitteli moniammatillisen yhteistyön nykytilaa. Kysymyksen teemoina olivat itsensä ja ammattiryhmien arvostus, työn roolit ja vuorovaikutus- sekä tiimityötaidot. Kyselytutkimuksen teoreettisen tiedon mukaan moniammatillisessa yhteistyössä ongelmakohtina ilmenivät työroolien epäselvyys, puutteelliset tiimi- ja vuorovaikutustaidot sekä tiedonkulkuun liittyvät ongelmat. Pääosin vastaajista harva koki yllä mainittujen asioiden olevan ongelmakohtia osastolla.

Toinen tutkimuskysymys käsitteli moniammatillista yhteistyötä kuntoutus potilaiden hoidossa. Kysymyksen teemoina olivat tietämys omasta ja toisen ammattitaidosta, koulutukset sekä potilaan kuntoutus. Kyselytutkimuksen teoreettisen tiedon mukaan moniammatillisen yhteistyön ongelmakohtina kuntoutus potilaan hoidossa ilmenivät motivaation puute, kiire sekä resurssien riittämättömyys. Pääosin vastaajista harva koki yllä mainittujen asioiden olevan ongelmakohtia osastolla.

Kolmas tutkimuskysymys käsitteli moniammatillisen yhteistyön kehittämistä. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen oli myös teemana tässä osiossa.

Tässä osiossa vastaajat saivat itse kertoa näkemyksensä osaston ongelmakohdista. Ongelmakohtina nähtiin kiire, ahtaat tilat, motivaation puute, tiedonkulun haasteet, ajan puute, poissaolot, sairastumiset, tietämättömyys toisen asiantuntijuudesta, toisen osaamisen arvostamattomuus sekä henkilökunnan vähäisyys. Vastaajat toivat esille samanlaisia ongelmakohtia, kuin teoreettisissa tiedoissa ja aiemmissa valintakysymyksissä oli käsitelty.

10.2 Kokonaisnäkemys

Tutkimuksesta oli varmasti hyötyä osaston kuntoutus- ja hoitohenkilökunnalle sekä moniammatillisen tiimin jäsenille, vaikka vastaajamäärä oli arviota pienempi. Lähes yhtä monen vastaajan näkemys jäi puuttumaan, kun kyselyyn oli vastanneita. Vastauksista voidaan silti todeta, että osasto saa hyvää tietoa ja pohjan toiminnan kehittämiseksi.

Kysymyksessä, jossa käsiteltiin moniammatillisuuden kehittämistä, vastaajat saivat kertoa oman näkemyksensä, miten osaston toimintaa voitaisiin kehittää. Vastaajien mielestä asioita voitaisiin kehittää yhteneväisillä linjoilla, resurssien riittävyyden parantamisella, lähemmällä tiimityöllä, avartamalla näkökulmia, lisäämällä palavereita, hyödyntämällä jokaisen ammattiryhmän osaamista, uskaltamalla kysyä ohjausta toisilta ammattilaisilta sekä avoimesti keskustelemalla.

10.3 Kehittämiskohtia tutkimuksessa

Tutkimuksessa nousi esiin kehittämiskohtia, joita voisi hyödyntää ja parantaa, jos kyseisistä asioista tehdään uusia tutkimuksia. Kehityskohtina ilmenivät vastaajamäärä, avoimien kysymyksien yksityiskohtaisemmat vastaukset, kyselytutkimuksesta informointi sekä tutkimuslupa. Vastaajamäärä tutkimuksessa olisi voinut olla isompi, jotta olisi saatu enemmän näkökulmia esille. Vastaajamäärää olisi voinut lisätä motivoimalla paremmin kyselyn vastaajia. Avoimiin kysymyksiin olisi tarvittu yksityiskohtaisemmat vastaukset,

jotta saataisiin tarkempia tuloksia ja kehitettyä asioita paremmin.

Yksityiskohtaisempia vastauksia voitaisiin saada enemmän, jos kysymykset olisivat tarkempia ja informointi kattavampaa. Informointiin olisi tarvittu enemmän aikaa ja tiedottaa tutkimukseen vastaamisesta tarkemmin.

Tutkimusluvan hakeminen olisi pitänyt aloittaa aikaisemmin, koska lomakkeen kanssa oli haasteita ja luvan saamisessa meni aikaa.

Lähteet

Alahuhtala, M.; Hassila, L.; Keiski-Turunen, A. & Sandström, S. 44/2018.

Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kuvaamana. ePOOKI. Oulu. Viitattu 15.4.2024.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/152021/ePooki%2044_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Autti-Rämö, I. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi. 2021. Katsaus

Lääkärilehti Duodecim. 137 (13) : 1369-74. Viitattu 25.4.2024.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo16318>

Autti-Rämö, I. ; Salminen, A-L. ; Rajavaara, M. & Melkas, S. 2022.

Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim. Oppiportti. Vaatii kirjautumisen.

Barukba H., Alnaimat F. Rehabilitation in Rheumatic Diseases. Anti Aging East

Eur 2023;2(3):150-157. Viitattu 8.8.2024. [file:///C:/Users/Eveli/Downloads/60-](file:///C:/Users/Eveli/Downloads/60-Article%20Text-131-1-10-20231207.pdf)

<Article%20Text-131-1-10-20231207.pdf>

Bunga, A. L.; Kurniasih, T. & Shudibyo, S. 2024. A Study on the effectiveness of interprofessional collaborative training in enhancing interprofessional communication and teamwork among nurses at x hospital jakarta. Asian Journal of Healthy and Science. Vol. 3 no. 2. S 64. Viitattu 7.5.2024.

<https://ajhsjournal.ph/index.php/gp/article/view/98/143>

Heikkinen, J. 2024. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet vavisuttavat yhteiskunnan perustuksia. Lääkärilehti. 79 no. 17-18 s. 683. Viitattu 29.8.2024. [SLL17-18-](SLL17-18-2024-683.pdf)

<2024-683.pdf> (turkuamk.fi)

Helminen, J. 2017. Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. 1. Painos. Keuruu. Otava.

Hirsjärvi, S.; Remes, P.; Sajavaara P. 2015. Tutki ja Kirjoita. 20. Painos. Helsinki. Tammi.

Holopainen, R. & Luomajoki, H. 1/2022. 25 vuosikerta. Turvallinen kivun lääkehoito. Vaasa. Viitattu 17.9.2024.

https://bin.yhdistysavain.fi/1596852/KZh9xIL7wDMYj6qEP27s0XwWwo/Kipuviesti_1-2022_web.pdf

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. WSOY. Vantaa.

Jehkonen, M.; Saunamäki, T.; Paavola, L.; Vilkki, J. 2015. Kliininen neuropsykologia. 1. painos. Duodecim. Helsinki.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä : Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Oulu.

Kohonen, I.; Kuula-Luumi, A. & Spoof, S-K. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. 2. uudistettu painos. TENK. Helsinki. Viitattu 10.5.2024. [Ihmistieteiden eettisen ennakoarvioinnin ohje 2020.pdf \(tenk.fi\)](#)

Keiski, R.; Hämäläinen, K.; Karhunen, M.; Löfström, E.; Näreaho, S.; Varantola, K.; Spoof, S-K.; Tarkiainen, T.; Kaila, E. & Aittasalo, M. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. TENK. Helsinki. Viitattu 12.5.2024. [HTK-ohje 2023.pdf \(tenk.fi\)](#)

Kettunen, J.; Kärki, A.; Näreaho, S. & Päällysaho, S. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Arene. Viitattu 12.5.2024. [AMMATTIKORKEAKOULUJEN OPINNÄYTETÖIDEN EETTISET SUOSITUKSET 2020.pdf \(arene.fi\)](#)

Kettunen, J.; Kärki, A.; Näreaho, S. & Päällysaho, S. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Arene. Viitattu 27.4.2024. <https://arene.fi/julkaisut/ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>

Kok, J.; Vroonhof, P.; Snijders, J.; Roullis, G.; Clarke, M.; Peereboom, K.; Dorst, P & Isusi, I. 2019. Work-related musculoskeletal disorders: prevalence, costs and demographics in the EU. Report. Luxembourg. Viitattu 16.9.2024.
<https://osha.europa.eu/sites/default/files/Work-related MSDs prevalence costs and demographics in the EU report.pdf>

Lahtinen, A.; Hyvönen, P.; Leppilahti, J. & Jalovaara, P. 2021. Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus. Katsausartikkeli. Lääkärilehti Duodecim vol. 137 no. 8 s. 821 – 827. Oulu. Viitattu 17.4.2024.
<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo16179.pdf>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014, Eettiikka hoitotyössä. 8. uudistettu painos. Helsinki. Sanomapro.

Lindgren Karl-Augustus. 2005. TULES Tuki- ja liikuntaelinsairudet. 1. painos. Gummerus.

Lipponen, H-R. 2024. Suullinen tiedoksianto. Viitattu 7.5.2024.

Luoto, R. 2009. Kyselytutkimuksen suunnittelu. Tampere. Duodemic. 125:1647-53. Viitattu 22.5.2024. [duo98221.pdf \(duodecimlehti.fi\)](#)

Luuppala, A.; Mäkinen, K. & Räisänen, K. 2017. Soluessee: Tutkimusmenetelmät. Proakatemian esseepankki. Viitattu 23.5.2024. [Soluessee: Tutkimusmenetelmät – Proakatemian esseepankki \(tuni.fi\)](#)

Mönkkönen, K.; Kekoni T. & Pehkonen, A. 2019. Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna. Gaudeamus.

Pylkkönen, P. 2021. Tuki- ja liikuntaelinsairaahan kuntotus ja sosiaalietuudet. Terveysportti. Viitattu 11.9.2024. Vaatii kirjautumisen.
<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk02070/search/tules>

Rissanen, P.; Kallanranta, T.; Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. 2. painos. Duodecim. Keuruu. Otava.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. 2024. Aivoinfarkti ja TIA. Käypähoitosuositus. Viitattu 11.9.2024. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50051>

Terveyskylä 2023. Aivotalo. Aivosairaudet. Hoito aivoverenkiertohäiriö yksikössä. Viitattu 28.11.2024.

<https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivosairaudet/aivoverenkiertohairiot/aivoverenkiertohairion-hoito-sairaalassa/hoito-avh-yksikossa>

Varha. Varsinais-Suomen hyvinvointialue. Tutkimuslupa, opinnäytetyön lupa ja tietolupa. 2024. Viitattu 13.5.2024. <https://www.varha.fi/fi/tietoa-varhasta/tieteellinen-tutkimus/tutkimuslupa-opinnaytetyon-lupa-ja-tietolupa>

Viitanen, J. 2023. Moniammatillisen yhteistyön haasteet ja mahdollisuudet ikääntyneiden kotihoidossa. Gerontologia. Viitattu 17.4.2024. Moniammatillisen yhteistyön haasteet ja mahdollisuudet ikääntyneiden kotihoidossa - pdf (journal.fi)

TIETOSUOJASELOSTE/-ILMOITUS

EU:n yleinen tietosuoja-asetus

13 ja 14 artiklat

**Opinnäytetyö nimi on Kuntoutus- ja hoitohenkilöstön yhteistyön
kehittäminen toiminnan tehostamiseksi**

OPINNÄYTETYÖNÄ TEHTÄVÄÄN TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVALLE

Olet osallistumassa Turun ammattikorkeakoulussa opinnäytetyönä tehtävään tutkimukseen.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Sinuun ei kohdistu mitään negatiivista seuraamusta, jos et osallistu tutkimukseen tai jos keskeytät osallistumisesi tutkimukseen. Tämän ilmoituksen lopussa kerrotaan tarkemmin, mitä oikeuksia sinulla on.

1. Opinnäytetyötutkimuksen rekisterinpitäjä

[Turun ammattikorkeakoulu Oy

Osoite: Joukahaisenkatu 3, 20520 Turku.]

Yhteyshenkilö tutkimusta koskevissa asioissa:

Nimi: Senja Mäkitalo

Sähköpostiosoite: senja.makitalo@edu.turkuamk.fi

Nimi: Sonja Leonsaari

Sähköpostiosoite: sonja.leonsaari@edu.turkuamk.fi

2. Kuvaus opinnäytetyötutkimuksesta

Kyselytutkimuksen tarkoituksena on selvittää Salon sairaalan kuntoutus- ja hoitohenkilökunnan yhteistyön nykytilannetta ja ongelmakohtia. Tavoitteena on kartoittaa ja kehittää kuntoutusosaston toimintaa, toiminnan tehostamiseksi.

Kyselyssä ei tulla käsittelemään tutkittavien henkilötietoja, koska tutkimus toteutetaan anonymisti. Kyselyssä tullaan kysymään työkokemusta luokittain, mutta tämä ei tule paljastamaan kenenkään henkilöllisyyttä.

3. Ryhmätyönä tehtävän opinnäytetyön osapuolet ja vastuunjako

Opinnäytetyön kummatkin osapuolet osallistuvat tasapuolisesti opinnäytetyön tekemiseen. Vastuunjako opinnäytetyössä esiintyy niin, että kummatkin osapuolet jakavat vastuuta tasavertaisesti.

4. Opinnäytetyön ohjaaja

Nimi: Tiina Nurmela

Sähköpostiosoite: tiina.nurmela@turkuamk.fi

5. Tietosuojavastaavan yhteystiedot

Voit ottaa yhteyttä Turun ammattikorkeakoulun tietosuojavastaavaan, jos sinulla on kysymyksiä tai vaatimuksia henkilötietojen käsittelyn osalta, ota yhteyttä:

<http://www.turkuamk.fi/fi/tietosuoja/>

Sähköposti: tietosuoja@turkuamk.fi

6. Opinnäytetyön nimi, luonne ja tutkimuksen kesto aika

Opinnäytetyön nimi: *Kuntoutus- ja hoitohenkilöstön yhteistyön kehittäminen toiminnan tehostamiseksi*



Kertatutkimus

Seurantatutkimus

7. Tietojen siirto tai luovuttaminen tutkimusryhmän ulkopuolelle

Aineisto säilytetään koko tutkimuksen ajan ja sen jälkeen niin, ettei se ole ulkopuolisten saatavissa.

8. Tietojen siirto tai luovuttaminen EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle

Mitään tutkimusmateriaalia ei siirretä EU:n tai ETA:n ulkopuolelle.

9. Tutkimusaineiston kerääminen, käsittely, säilyttäminen ja tuhoaminen

Tutkimusaineisto kerätään sähköisellä Webropol ohjelmalla. Tutkimuskysely on auki, vain kaksi viikkoa, jolloin tutkimusaineisto kerätään. Tutkimuskysely on vain tämän ajan auki, eikä ennen tutkimuksen alkamista tai sen jälkeen sinne ole pääsyä. Tutkittavat pysyvät anonymoineina, koska opinnäytetyön toimeksiantaja välittää linkin tai QR-koodin kuntoutus- ja hoitohenkilökunnalle sekä moniammatillisen tiimin jäsenille. Tutkimusaineisto säilytetään Webropol ohjelmassa tutkimuksen teon ajan. Tutkimusaineisto tulee muodostumaan kyselyiden vastausten perusteella. Tutkimuksen määrällinen aineisto tullaan analysoimaan havainnollistamisella ja tilastollisesti laskien. Tutkimuksen laadullinen aineisto tullaan analysoimaan sisällönanalyysillä. Aineiston analyysin tarkoituksena on saada ratkaisu tutkimuskysymyksiin. Analysoinnissa valintakysymyksien vastaukset tullaan luokittelemaan työkokemuksen mukaan ja luomaan niistä kuvioita tai taulukoita, aihepiirien mukaan. Avoimien kysymyksien vastauksista tullaan tekemään yhteenvedot. Tutkimuksen tietoja ei pääse näkemään tai käsittelemään kukaan muu, kuin opinnäytetyön tekijät. Heti

tutkimuksen valmistuttua aineisto tuhotaan, poistamalla kysely ja tiedot ohjelmasta.

10. Mitä oikeuksia sinulla on ja oikeuksista poikkeaminen

Yhteyshenkilö tutkittavan oikeuksiin liittyvissä asioissa on tämän ilmoituksen kohdassa 1 mainittu henkilö.

Tutkimukseen osallistujalla on monenlaisia oikeuksia. Tutkimukseen osallistujalla on oikeus osallistua vapaaehtoisesti tutkimukseen, tai kieltäytyä kokonaan osallistumasta, oikeus keskeyttää osallistuminen, milloin tahansa sekä peruuttaa suostumuksensa osallistua tutkimukseen. Keskeyttämiseen tai peruuttamiseen ei tarvitse olla erityistä syytä. Joissakin tilanteissa tutkija voi keskeyttää tutkimukseen osallistumisen tutkittavan puolesta. Tutkittavalle ei saa syntyä tunnetta osallistumisen pakollisuudesta eikä pelkoa kielteisistä seuraamuksista. Jos osallistuja keskeyttää tutkimukseen osallistumisen, se ei estä siihen asti kerättyjen tietojen käyttämistä tutkimuksessa. Suostumuksen antamisen ja peruuttamisen tulee olla yhtä helppoa. Tutkimukseen osallistujalla on myös oikeus saada tietoa tutkimuksen sisällöstä ja käytännön toteutuksesta, oikeus saada ymmärrettävä ja totuudenmukainen kuva tutkimuksen tavoitteista ja mahdollisista haitoista ja riskeistä sekä oikeus saada riittävästi harkinta-aikaa osallistumispäätöksen tekemiseen sekä oikeus saada vastaus tutkimusta koskeviin kysymyksiin. (Kohonen ym. 2019, 8–9)

Yhteystiedot:

Tietosuojavaltuutetun toimisto

Käyntiosoite: Lintulahdenkuja 4, 00530 Helsinki

Postiosoite: PL 800, 00531 Helsinki

Vaihde: 029 56 66700

Faksi: 029 56 66735

Sähköposti: tietosuoja(at)om.fi

Saatekirje

Kysely Salon sairaalan kuntoutusosaston hoitohenkilökunnalle ja moniammatillisen tiimin jäsenille

Tervehdys arvoisa sosiaali- ja terveysalan ammattilainen!

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa ja kehittää kuntoutusosaston toimintaa, toiminnan tehostamiseksi. Tavoitteen saavuttamiseksi tarvitaan sinun asiantuntijuuttasi.

Kartoitus ja kehittäminen tehdään Salon sairaalan toivomuksesta.

Kysely lähetetään Salon sairaalan kuntoutusosaston hoitohenkilökunnalle ja moniammatillisen tiimin jäsenille. Jokainen ammattiryhmä on yhtä tärkeä ja yhteistyöllä saadaan paras mahdollinen lopputulos potilaan hoidossa.

Kyselyyn vastataan sähköisellä kyselylomakkeella, jonka saa auki alla olevalla linkillä: <https://link.webropolsurveys.com/S/0B7AC20234AF31B5>. Kyselyyn saa vastata työajalla. Kyselyyn vastataan anonymisti ja vastauksia tarkastellaan kokonaisuutena, joten henkilöllisyytesi ei tule ilmi vastausten käsittelyn ja tulosten julkaisemisen yhteydessä. Aineisto säilytetään koko tutkimuksen ajan ja sen jälkeen niin, ettei se ole muiden kuin opinnäytetyön tekijöiden saatavissa.

Kysely on vastattavissa 17.10.–31. 10.24. Kyselyyn voi vastata tällä aika välillä, milloin vain. Kyselyyn pystyy vastaamaan vain yhden kerran. Kyselyn vastaamiseen tulee menemään noin 15 minuuttia. Kysymykset ovat pääosin valintakysymyksiä, mutta muutama avoin kysymys myös löytyy. Vastaaminen kyselyyn on vapaaehtoista ja kyselyn tekemisen saa lopettaa, milloin tahansa. Kun vastaat kyselyyn, annat suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen. Kyselyn vastaamatta jättämisestä tai keskeyttämisestä ei aiheudu minkäänlaisia seurauksia. Jokainen vastaus on kuitenkin todella tärkeä, koska sinulla on mahdollisuus olla kehittämässä kuntoutusosaston toimintaa ja moniammatillista yhteistyötä. Kysely on osa opinnäytetyötämme ja Salon sairaalan kuntoutusosaston kartoittamis- ja kehittämistoimintaa.

Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Theseus-julkaisuarkistoon vuoden 2024 lopulla, jossa se on kaikille julkinen asiakirja. Valmis opinnäytetyö tullaan toimittamaan toimeksiantajalle eli kuntoutusosaston osastonhoitajalle, kuntoutus- ja hoitohenkilökunnalle sekä moniammatillisen tiimin jäsenille.

Ystävällisin terveisin sairaanhoitajaopiskelijat

Senja Mäkitalo ja Sonja Leonsaari

Yhteystiedot:

Sairaanhoitajaopiskelija, Senja Mäkitalo

senja.makitalo@edu.turkuamk.fi

Sairaanhoitajaopiskelija, Sonja Leonsaari

sonja.leonsaari@edu.turkuamk.fi

Turun amk osoite: Joukahaisenkatu 3, 20520 Turku

Yliopettaja: Tiina Nurmela

tiina.nurmela@turkuamk.fi

Tutkimuksen kyselylomake

Tervehdys sosiaali- ja terveysalan ammattilainen!

Kyselyssä on 15 kysymystä. Lue kysymykset huolella läpi.

Vastaa omasta mielestäsi sopiva vaihtoehto.

Kyselyssä on myös kaksi avointa kysymystä. Niillä halutaan antaa vastaajalle vapaus kertoa mielipiteensä.

Kiitos vastauksestasi!

1. Kuinka monta vuotta sinulla on työkokemusta?

- ☐ 0–2 v
- ☐ 3–5 v
- ☐ 6–8
- ☐ yli 9 v

2. Koen itseni tärkeäksi osaksi moniammatillista työyhteisöä.

- ☐ Täysin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin eri mieltä
- ☐ Täysin eri mieltä

3. Moniammatillista yhteistyötä on tarpeeksi käytössä kuntoutusosastolla.

- ☐ Täysin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin eri mieltä
- ☐ Täysin eri mieltä

4. Tiedän omat vastualueeni ja roolini työyhteisössä.

- ☐ Täysin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin eri mieltä
- ☐ Täysin eri mieltä

5. Työilmapiiri osastolla on sellainen, mikä tukee jaksamista ja työhyvinvointia.

- ☐ Täysin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin eri mieltä
- ☐ Täysin eri mieltä

6. Ammattiryhmien välinen vuorovaikutus on toimivaa.

- ☐ Täysin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin eri mieltä
- ☐ Täysin eri mieltä

7. Moniammatillisen tiimin välinen tiedonkulku on sujuvaa.

- ☐ Täysin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin eri mieltä
- ☐ Täysin eri mieltä

8. Koen tietäväni riittävästi kuntouttavasta työotteesta.

- ☐ Täysin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin eri mieltä
- ☐ Täysin eri mieltä

9. Koen tarvitsevani lisää koulutusta potilasryhmien hoidosta, osastonyhdistymisen johdosta.

- ☐ Täysin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin eri mieltä
- ☐ Täysin eri mieltä

10. Osaston tilat ovat riittävät potilaan kuntouttamiseen.

- ☐ Täysin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin eri mieltä
- ☐ Täysin eri mieltä

11. Osaan motivoida potilasta kuntouttavaan toimintaan.

- ☐ Täysin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin eri mieltä
- ☐ Täysin eri mieltä

12. Koen osaavani hyödyntää toisten ammattilaisten asiantuntijuutta ja osaamista.

- ☐ Täysin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin eri mieltä
- ☐ Täysin eri mieltä

13. Teen oma-aloitteisesti virike- ja kuntoutustoimintaa aina mahdollisuuksien mukaan.

- ☐ Täysin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin eri mieltä
- ☐ Täysin eri mieltä

14. Mitkä asiat tuovat haasteita moniammatillisuuden/kuntouttavan työotteen toteuttamiseen?

15. Miten mielestäsi moniammatillisuutta tulisi kehittää osastolla?

Liite 4

Tiedonhakutaulukko

Päivämäärä	Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Valitut artikkelit
7.5.2024	Google scholar	Teamwork	2024	6440	A Study on the effectiveness of interprofessional collaborative training in enhancing interprofessional communication and teamwork among nurses at x hospital jakarta
17.4.2024	Google scholar	Moniammatillisuuden haasteet	2023	3220	Moniammatillisen yhteistyön haasteet ja mahdollisuudet ikääntyneiden kotihoidossa
25.4.2024	Medic	Kuntoutus	2021	95	Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi
17.4.2024	Medic	Murtuma AND kuntoutus	2000-2024	32	Lonkkamurtuma potilaan kuntoutus
17.4.2024	Medic	Kuntoutuksen määrittely	2014–2024 Vain kokotekstit	159	Kuntoutusta rakentamassa: Toiminnallisten häiriöiden kuntoutuskokeilu

					n arviointi tutkimus.
15.4.2024	Theseus	Moniammatillinen yhteistyö		14261	Moniammatillinen yhteistyö Sosiaali- ja terveysalan kuvaamana
10.5.2024	Messi	TENK	-	-	Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa
12.5.2024	Messi	HTK-ohje	-	-	Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa
27.4.2024	Messi	Arene	-	-	Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset
13.5.2024	Varha	Tutkimuslupa	-	-	Tutkimuslupa, opinnäytetyölupa ja tietolupa
12.5.2024	Messi	Arene	-	-	Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset

23.5.2024		Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus		-	Soluessee: Tutkimusmenetelmät
22.5.2024	Duodecim	-	-	-	Kyselytutkimuksen suunnittelu
11.9.2024	Terveystietä	tules	Sairaanhoitajan käsikirja	-	Tuki- ja liikuntaelinsairaan kuntoutus ja sosiaalisuudet
29.8.2024	Medic	tules	2024	10	Tuki- ja liikuntaelinsairaudet vavisuttavat yhteiskunnan perustuksia

10.10.2024	Oppiportti	Kuntoutus	Oppikirjat	71	Kuntoutuja motivaatio ja sitoutuminen Läheisten tukeminen osana kuntoutumista
10.10.2024	Google Scholar	Rehabilitation in rheumatic diseases	Lajittele päivämäärän mukaan	83	Rehabilitation rheumatic diseases
10.10.2024	Euroopan työterveys- ja turvallisuusvirasto	Musculoskeletal disorders	-	125	Work-related musculoskeletal disorders: prevalence, costs and demographics in the EU

20.9.2024	Käypä hoito	Aivoinfarkti	Käypähoito suositukset	21	Aivoinfarkti ja TIA
18.9.2024	Suomen kivun yhdistys ry	Kivun lääkehoito	-	34	Turvallinen kivun lääkehoito

Päivämäärä	Tietokanta/manuaalinen haku	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Valitut artikkelit/kirjat
7.5.2024	Kirjasto/Vaski.fi	Hoitotyön etiikka	-	182	Etiikka hoitotyössä
29.4.2024	Kirjasto/Vaski.fi	Hirsjärvi Sirkka	-	20	Tutki ja kirjoita
16.4.2024	Kirjasto/Vaski.fi	Moniammatillisen yhteistyö	-	100	Moniammatillinen yhteistyö
17.4.2024	Kirjasto/Vaski.fi	Moniammatillisen yhteistyö	-	100	Moniammatillinen yhteistyö: vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla
10.5.2024	Kirjasto/Vaski.fi	TULES	-	9	TULES Tuki- ja liikuntaelinsairaudet
10.5.2024	Kirjasto/Vaski.fi	Kuntoutus	-	992	Kuntoutus
11.9.2024	Turku amk Finna/koulun kirjasto	Aivoverenkierto häiriö	-	44	Kliininen neuropsykologia

11.9.2024	Turku AMK Finna/koulun kirjasto	Moniammatillinen ohjaus	-	20	Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa
10.5.2024	Tuku AMK Finna/ koulun kirjasto	opinnäytetyö	-	226	Kehittämistutkimus opinnäytetyönä
28.11.2024	Terveyskylä	hoitotyö	-	20	Hoito aivoverenkiertohäiriöyksikössä