

Moniammatillinen perhetyö edellyttää keskustelua

Artikkelin tarkoituksena on kuvata vaikeavammaisten lasten vanhempien ja lapsia hoitavien ammattihenkilöiden näkemyksiä moniammatillisen perhetyön esteistä sekä toiminnan kehittämiseen vaikuttavista tekijöistä lasten kuntoutuksessa päiväkodin erityisryhmässä. Kehittämisen ja tutkimustyö toteutettiin toimintatutkimuksena vuosina 2000–2003 päiväkodin erityisryhmässä ja siihen osallistui sekä päivähoidon että terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Tutkimusaineistot kerättiin teemahaastattelulla. Ne analysoitiin sisällön analyysillä käyttäen QSR Nvivo -tietokoneohjelmaa. Tulosten mukaan moniammatillisen perhetyön esteenä oli tiedon, tasa-arvon ja keskustelun puute sekä toiminnan pirstaleisuus. Toiminnan kehittämiseen vaikuttivat positiivinen asennoituminen, joka ilmeni myönteisenä ilmapiirinä ja muutosmyönteisyytenä, ja keskusteleva kulttuuri, joka ilmeni keskustelutaitona ja tietoisuutena asioista. Tutkimuksessa on tuotettu tietoa moniammatillisen perhetyön esteistä ja toiminnan kehittämiseen vaikuttavista tekijöistä, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä moniammatillista yhteistyötä ja perhetyötä ammatillisessa peruskoulutuksessa sekä jatko- ja täydennyskoulutuksessa.

ARJA VEIJOLA, ARJA ISOLA, ANJA TAANILA

TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Vaikeavammaisen lapsen kuntoutuminen on kokonaisvaltainen ja pitkäkestoinen prosessi. Kuntoutuksen näkeminen osana lapsen ja hänen perheensä elämää ja tavallista arkea on tärkeä. Perheiden tarpeet ovat yksilöllisiä, joten vanhemmat tarvitsevat yksilöllistä tietoa ja käytännöllisiä ohjeita arkielämään. Lasten kuntoutustoiminta edellyttää moniammatillista yhteistyötä ammattihenkilöiden välillä sekä perheiden kanssa (Thurman ja Widerstrom 1990, Dunst ym. 1995).

Moniammatillinen yhteistyö käsitteenä on epäselvä, eikä sille suomen kielessä ole vakiintunutta määritelmää. Englannin kielessä moniammatillisuutta merkitseviä käsitteitä on useita (multidisciplinary, interdisciplinary ja transdisciplinary), ja niiden määrittelmistä käy ilmi, minkälaisesta yhteistyöstä on kyse (Taulukko 1) (McCullum ja Hughes 1990, Woodruff ja McGonigel 1990).

Monitieteisen lähestymistavan mukaan eri alojen asiantuntijat osallistuvat yhteistyöhön,

mutta he työskentelevät erillään. Vuorovaikutus on vähäistä tai puuttuu täysin. *Tieteiden välisessä lähestymistavassa* eri alojen asiantuntijat vastaa- vat oman alansa tehtävistä itsenäisesti, mutta tekevät yhdessä suunnitelman. Tietoa jaetaan yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. *Poikkitieteellisessä lähestymistavassa* kaikki työskentelevät yhdessä keskustellen. He ovat tietoisia omasta ja toisten rooleista sekä erityisosaamisesta. Rooleista vapautuminen nähdään tiedon ja taitojen jakamisena. Oleellista on yli tieteenalojen ulottuva opiskelu, jolloin eri alojen ammattihenkilöt opiskelevat asioita yhdessä (McCullum ja Hughes 1990, Woodruff ja McGonigel 1990).

Perhekeskeisyys nähdään nykyisin lasten kuntoutuksen keskeisenä periaatteena, mutta perhekeskeisyyden määrittely on puutteellista (Hakulinen-Paunonen 1994). Lasten kuntoutuksessa perhetyön tavoitteena on tukea perheen selviytymistä sen luonnollisissa toimintaympäristöissä, joita ovat muun muassa koti ja päiväkoti. Toiminnassa huomioidaan perheen vahvuudet ja

Taulukko 1.

Moniammatillisen yhteistyön toimintamallit (Woodruff & McGonigel 1990).

TOIMINTAMALLIA KUVAAVAT TEKIJÄT	MONITIETEINEN (multidisciplinary)	TIETEIDEN VÄLINEN (interdisciplinary)	POIKKITIETEELLINEN (transdisciplinary)
ARVIOINTI	Kukin tiimin jäsen arvioi erikseen	Kukin tiimin jäsen arvioi erikseen	Tiimin jäsenet ja perhe suorittavat arvioinnin yhdessä
VANHEMPIEN OSALLISTUMINEN	Vanhemmat tapaavat tiimin jäsenet yksitellen	Vanhemmat tapaavat tiimin tai sen edustajan	Vanhemmat ovat täysivaltaisia ja aktiivisia työryhmän jäseniä
YKSILÖLLISEN PALVELU-SUUNNITELMAN LAATIMINEN	Tiimin jäsenet tekevät palvelusuunnitelman kukin omalta alaltaan	Tiimin jäsenet tekevät erilliset suunnitelmat yhdessä	Tiimi ja vanhemmat yhdessä laativat suunnitelman, joka perustuu perheen tärkeysjärjestyksiin, tarpeisiin ja voimavaroihin
SUUNNITELMAN VASTUUHENKILÖ	Tiimin jäsenet vastaavat oman osuutensa suunnitelmasta	Tiimin jäsenet ovat velvollisia jakamaan tietonsa ryhmälle ja toteuttamaan oman osansa suunnitelmasta	Tiimin jäsenet ovat yhdessä vastuussa siitä, miten lähityöntekijä toteuttaa suunnitelmaa
SUUNNITELMAN TOTEUTTAMINEN	Tiimin jäsenet toteuttavat omaan alaansa kuuluvan osan suunnitelmasta	Tiimin jäsenet toteuttavat osansa suunnitelmasta ja osallistuvat muuhun toteutukseen mikäli mahdollista	Perheen lähityöntekijä toteuttaa suunnitelman yhdessä perheen kanssa
TIEDONKULKU	Epävirallista	Ajoittain tapauskohtaisia kokouksia ja neuvotteluja	Säännölliset kokoukset, joissa taitotietoa jaetaan työryhmän jäsenten kesken
JOHTOAJATUS	Tiimin jäsenet pitävät tärkeänä muilta tieteenaloilta saatavaa apua	Tiimin jäsenet haluavat ja voivat kehittää, jakaa ja vastata palveluista, jotka ovat osa kokonaissuunnitelmaa	Tiimin jäsenet vuoroin opettavat ja oppivat sekä tekevät yhteistyötä yli ammatillisten rajojen toteuttaakseen yhdessä sovittua suunnitelmaa
HENKILÖSTÖN KEHITTÄMINEN	Täydennyskoulutus itsenäisesti ja kukin omalla alallaan	Täydennyskoulutus itsenäisesti joko omalta tieteenalalta tai toisilta oppien	Olenainen osa kokoontumisista käytetään opiskeluun yli tieteenalojen sekä tiimityöskentelyn opettelemiseen

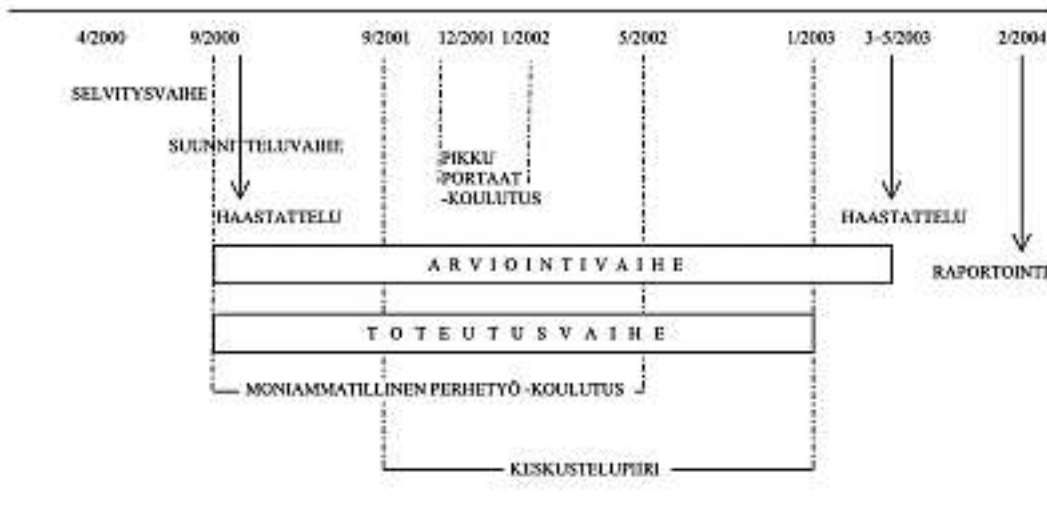
vastataan perheen tarpeisiin. Perhetyössä yhdistyy kaikkien kuntoutukseen osallistuvien eri ammattihenkilöiden ja vanhempien osaaminen.

Moniammatilliselle yhteistyölle on usein tyyppisempää ristiriidat ja eri ammattiryhmien epäluuloisuudesta aiheutuvat väärinymmärrykset ja erimielisyydet kuin yhdessä tekeminen (Bernhofen ja Opie 1997, Cott 1997, Reynolds 1999, Irvine ym. 2002). Ammattihenkilöt itse näkevät oman toimintansa usein erilaisena kuin eri alojen ammattilaiset. Teoriassa yhteistyö nähdään hyvänä keinona vastata asiakkaiden haasteisiin, mutta käytännön tasolla yksimielisyys toiminnan periaatteista ei ole selvä. Moniammatillinen yhteistyö asettaa haasteita käytännölle eikä sitä ole helppoa ja kivutonta toteuttaa. Hyvä käytäntö on dialoginen prosessi, missä eriaänisyys hyödynnetään voi-

mavarana. Asiakkaan ongelmia ei pyritä vain etsimään ja selittämään, vaan keskeiseksi tavoitteeksi tulee asiakkaan moniäänisyyden havaitseminen. Dialogisessa suhteessa totuus nähdään aina avoimena, tilanteisiin sidottuna tulkintana. Tämä edellyttää taitoa pitää tilanne tietoisesti ratkaisemattomana. Avoimessa dialogissa kaikki on mahdollista. Yhteinen ymmärrys muodostuu vähitellen, kun vuorovaikutukseen osallistujat alkavat ymmärtää, mistä on kysymys (Shotter 1993).

Toiminnassa huomioidaan toimintaympäristö, toimintaa ohjaavat arvot ja tavoitteet. Yhteistyön kehittyminen on ammatillinen ja yksilöllinen prosessi, joka edellyttää toisten kunnioitusta sekä taitoa yhdistää hoito, kuntoutus, kasvatus ja perheiden yksilölliset tarpeet (Cooke 1997, Irvine ym. 2002, Jensen ja Royeen 2002).

Kuvio 1.
Moniammatillisen perhetyön kehittämis- ja tutkimusprosessi.



Lasten kuntoutuksessa työskentelee erilaisen koulutuksen saaneita henkilöitä, joiden toimintaa ohjaa lisäksi kunkin alan oma lainsäädäntö. Eri tieteenalojen kautta toimintaan liittyvät keskeiset käsitteet ymmärretään eri tavalla, mikä osaltaan hankaloittaa yhteisen työotteen muodostumista ja ammattiryhmien kielellistä toistensa ymmärtämistä (Rantala 2002). Moniammatillisessa yhteistyössä erilaista asiantuntemusta yhdistetään ja asiantuntijuutta kehitetään toisiinsa yhdistyneenä, rajoja ylittävänä toimintana (Launis 1997). Yhteistyö ei kehity yhden metodin tai etiikan teorian kautta, vaan hyväksyy monia erilaisia lähestymistapoja (Irvine ym. 2002).

Tutkittava ja kehitettävä ilmiö tässä tutkimuksessa oli lasten kuntoutus, ja kehittämis- ja tutkimustyön toimintaympäristönä oli päiväkodin erityisryhmä. Toimintaan osallistui lääketieteellisen ja kasvatuksellisen kuntoutuksen ammattihenkilöitä, jotka työskentelivät päiväkodin erityisryhmässä. Tutkimukseen osallistuneiden perheiden lapsi oli hoidossa ko. ryhmässä. Alkutilanteen kuvaamiseen osallistui myös kuntoutuksen vastuuyksikön edustajia eli työntekijöitä siitä terveydenhuollon organisaatiosta, missä tutkimukseen osallistuneiden perheiden lapsille tehtiin laiskäiteinen kuntoutussuunnitelma.

Tutkimuksessa selvitettiin 1) ammattihenkilöiden ja vanhempien kokemuksia siitä, millaisia moniammatillisen perhetyön esteitä lasten kuntoutus päiväkodin erityisryhmässä kohtaa ja 2) mitkä tekijät ammattihenkilöiden mielestä vai-

kuttavat moniammatillisen perhetyön kehittymiseen?

KEHITTÄMIS- JA TUTKIMUSPROSESSI

Tähän toimintatutkimukseen valittiin metodologiseksi viitekehikseksi eri toimintatutkimusten suuntauksista osallistava eli kriittinen toimintatutkimus. Se nojautuu kriittiseen teoriaan, jossa keskeistä on ihmisten osallistuminen, valtaistuminen ja vapautuminen (Kemmis ja Wilkinson 1998, Whyte 1991). Nämä ovat oleellisia lähtökohtia käytännön kehittämistyössä, missä tavoitteena on työkäytäntöjen muuttuminen.

Moniammatillisen perhetyön kehittäminen päiväkodin erityisryhmässä oli prosessi, johon kuului kolmesta interventiosta muodostuva kehittämisohjelma (Kuvio 1). Kehittämistyö alkoi huhtikuussa 2000 ja päättyi tammikuussa 2003.

Selvitysvaiheessa kartoitettiin moniammatillisen perhetyön kehittämistarve ja valittiin sellainen päiväkodin yksikkö, missä oli hoidossa vaikeavammaisia lapsia. Kansaneläkelaitos on lain mukaan velvollinen järjestämään kuntoutuksen vaikeavammaisille lapsille, joille aiheutuu sairaudesta tai vammaisuudesta haittaa, mikä vaikeuttaa lapsien selviytymistä jokapäiväisistä toiminnoista ja joiden selviytymistä voidaan tukea kuntoutuksen toimenpitein. Päiväkodissa tuli olla kehittämisestä kiinnostunut henkilökunta. Kriteerinä oli lisäksi, että päiväkodissa kävi lääketieteellisen kuntoutuksen työntekijöitä: fysio-, puhe- ja toimintaterapeutteja. Suunnitteluvaiheessa mää-

ritettiin toimintatutkimuksen kokonaistavoitteet ja suunniteltiin toiminta tavoitteiden saavuttamiseksi.

Toteutusvaihe alkoi ensimmäisen intervention käynnistyessä syyskuussa 2000. Kehittämistoiminnan pääinterventiona oli moniammatillinen perhetyö -koulutus, jonka toteuttivat yhteistyössä Oulun yliopiston kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos ja Oulun Diakonissalaitos. Koulutuksen teoreettinen viitekehys tukeutui systeemiteoriaan ja siitä johdettuun biopsykososiaaliseen terveys- ja sairauskäsitykseen. Sen keskeisiä teemoja olivat asiakas- ja perhekeskeisyys, voimavarasuuntautuneisuus ja verkostoituminen. Koulutus järjestettiin 20 opintoviikon laajuisena monimuoto-opiskeluna, joka päättyi toukokuussa 2002. Päiväkodista koulutukseen osallistui erityislastentarhanopettaja ja kiertävä erityislastentarhanopettaja sekä fysioterapeutti. Myös tutkija osallistui koulutukseen.

Toisena interventiona oli keskustelupiiri, joka kokoontui päiväkodissa ja siihen osallistui koko päiväkodin erityisryhmän henkilökunta ja ryhmässä kuntoutuspalveluja tuottavat terapeutit. Sen tavoitteena oli käynnistää keskustelu moniammatillisen perhetyön tekemiseen liittyvistä asioista. Lisäksi tavoitteena oli tunnistaa kehittämistarpeet omassa toiminnassa ja löytää yhdessä uusia toimintamalleja moniammatilliseen perhetyöhön. Keskustelupiiri kokoontui syyskuun 2001 ja tammikuun 2003 välisenä aikana kymmenen kertaa. Osallistujat loivat itse toiminnalleen tavoitteet ja toimintaohjeet, joiden asettamista ohjasivat alkuvaiheen tutkimustulokset. Moniammatillisen perhetyön koulutukseen osallistujat toimivat yhdessä tutkijan kanssa keskustelupiirien vetäjinä. Kolmas interventio oli Pikku-Portaat – kasvamaan: syntymästä kolmivuotiaaksi -kuntoutus- ja kasvatustallin käyttämiseen liittyvä kolmen päivän koulutus. Sen keskeisiä lähtökohtia ovat että kuntoutusprosessia säätelee perhe, aikuisen ja lapsen välinen vuorovaikutus on toiminnan ydin ja kuntouttavat toiminnot nivelletään perheen arkeen. Koulutukseen osallistuvivat kaikki kehittämistoimintaan osallistuneet ammattihenkilöt.

Arviointivaihe alkoi jo suunnittelun aikana, sillä arviointi liittyy kaikkiin toimintatutkimuksen vaiheisiin. Alku- ja loppuvaiheen haastattelut kuuluivat arviointiin. Toimintatutkimuksen idean mukaisesti eri vaiheet eivät seuraa toisiaan lineaarisesti, vaan päällekkäin ja limittäin. Tutkimuksen raportointi tapahtui vuoden 2004 aikana

(Veijola 2004). Tässä artikkelissa raportoidaan selvitysvaiheessa kartoitetut moniammatillisen perhetyön esteet sekä kehittämistoiminnan jälkeen selvitetty toiminnan kehittämiseen vaikuttaneet tekijät.

TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄ

AINEISTON KERUU JA TUTKIMUKSEEN OSALLISTUNEET

Tämä tutkimus on osa laajempaa moniammatillisen perhetyön tutkimusta (Veijola 2004), jossa kuvattiin ja analysoitiin miten moniammatillinen perhetyö ja ammattihenkilöiden välinen yhteistyö ilmenee lasten kuntoutuksessa päiväkodin erityisryhmässä ja siinä terveydenhuollon organisaatiossa, missä tehdään lapselle lakisääteinen kuntoutussuunnitelma (kuntoutuksen vastuuyksikkö) ennen kehittämistoimintaa sekä minkälainen moniammatillinen perhetyö ilmeni päiväkodin erityisryhmässä kehittämistyön tuloksena.

Toimintatutkimuksen alussa päiväkodin erityisryhmän kehittämistoiminnassa oli mukana yhdentoista ammattihenkilön muodostama moniammatillinen tiimi, johon kuului erityislastentarhanopettaja, kiertävä erityislastentarhanopettaja, lastentarhanopettaja, lastenhoitaja, henkilökohtainen avustaja, avoimuksen ohjaaja, kolme fysioterapeuttia ja kaksi puheterapeuttia. Kaikki osallistuvivat alkuhaastatteluun. Lisäksi haastateltiin päiväkodin johtaja. Alkuvaiheessa haastateltiin neljän lapsen vanhemmat ($n = 6$), joiden lapset olivat hoidossa päiväkodin erityisryhmässä. Alussa haastateltiin myös sen terveydenhuollon organisaation edustajia, missä tutkimukseen osallistuneiden perheiden lapselle tehtiin lakisääteinen kuntoutussuunnitelma. Haastatteluun osallistui lääkäri, sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Alkuvaiheessa haastateltiin yhteensä 21 henkilöä. Näin pyrittiin saamaan mahdollisimman hyvä kuva moniammatillisesta perhetyöstä lasten kuntoutuksessa. Loppuvaiheessa haastateltiin kehittämistoimintaan päiväkodissa koko prosessin ajan osallistuneet erityislastentarhanopettajat ($n = 2$), lastentarhanopettaja, fysioterapeutit ($n = 3$) ja puheterapeutti. Lisäksi haastateltiin kolmen lapsen vanhemmat ($n = 6$). Lopussa haastateltiin yhteensä 13 henkilöä. Haastattelujen pituudet olivat 70–90 minuuttia.

Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Haastattelussa käytettiin tiettyjä etukäteen valittuja, tutkittavan ilmiön kannalta keskeisiä teemoja ja niitä tarkentavia kysymyksiä. Haastat-

telukysymykset on perusteltua antaa haastateltaville hyvissä ajoin etukäteen, kun haastattelulla halutaan saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta aiheesta (Hirsjärvi ja Hurme 2001), siksi loppuhaastattelun teemat ja täsmentävät kysymykset annettiin haastateltaville ennalta.

Alku- ja lopputilanteeseen liittyvissä haastatteluisissa olivat samat pääteemat: 1) ”Mitä on moniammatillinen yhteistyö ja miten se ilmenee toiminnassa?”, 2) ”Mitä on perhetyö ja perhekeskeinen työ ja miten ne ilmenevät toiminnassa?” ja 3) ”Mitkä ovat moniammatillisen perhetyön esteet?” Teemoja tarkennettiin moniammatillista perhetyötä ja yhteistyötä käsittelevän teoreettisen tiedon ohjaamalla kysymyksillä. Loppuhaastattelussa haastateltavat arvioivat lisäksi moniammatillisen perhetyön kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä. Teema-alueet olivat väljät, jotta haastateltavat pystyivät jatkamaan ja syventämään keskustelua niin halutessaan. Alkutilanteen kuvaamiseen käytetty aineisto kerättiin syksyllä 2000 ja loppuvaiheen aineisto kerättiin keväällä 2003.

AINEISTON ANALYYSI

Haastatteluaineistot analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysiä käytettiin kuvaamaan tutkittava ilmiö tiivistetyssä ja yleisessä muodossa, jonka lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita. Tarkoituksena oli ymmärtää tutkittavaa ilmiötä, ja sitä miten se näyttäytyy eri tilanteissa (Weber 1990, Cavanagh 1997, Polit ja Hungler 1999).

Analyysiprosessi kuvattiin aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Pelkistämisvaiheessa aineistosta koodattiin ilmaisuja, jotka liittyivät tutkimustehtävään. Pelkistetyt ilmaisut ilmaistiin samoilla termeillä kuin aineistossa. Ryhmittelyvaiheessa etsittiin pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä aineiston kuvaamiseksi. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaan kategoriaan, pääluokkaan, jolle annettiin sen sisältöä kuvaava nimi. Tutkija päätti tulkintaansa hyväksi käyttäen, mitkä asiat hän yhdisti samaan kategoriaan. Analyysia jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset kategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita, yhdistäviä luokkia. Niille annettiin nimet, jotka kuvasivat luokkien sisältöä. Abstrahoinnissa muodostettiin yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. Aineistoa pelkistettiin kysymällä aineistolta tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Abstrahointia jatkettiin yhdistämällä kategorioita niin kauan kuin se si-

sällön kannalta oli mielekästä (Weber 1990, Polit ja Hungler 1999).

Analyysissa käytettiin tietokoneavusteista laadullisen analyysin QSR Nvivo -ohjelmistoa. Tietokoneohjelmaa voidaan hyödyntää kategorioiden ja käsitteiden välisten suhteiden luomisessa. QSR Nvivo -ohjelmisto on apuväline, joten se ei sulje pois laadulliselle tutkimukselle ominaista tutkijan tulkintaa. Tutkija muodosti koodausjärjestelmän noodeista eli luomistaan kategorioista, jotka pitivät sisällään dokumentteja koskevat teoreettiset ja aineistolähtöisten kuvausten käsitteellistykset (Luomanen ja Räsänen 2000). Koodausjärjestelmää kehitettiin analyysin aikana muodostaen uusia aineistosta nousevia noodeja. Koodauksen avulla luotiin yhteyksiä aineiston ja teoreettisen viitekehyksen välillä (Cavanagh 1997, Polit ja Hungler 1999).

TULOKSET

MONIAMMATILLISEN PERHETYÖN ESTEET

Moniammatillisen perhetyön kehittämisen haasteena olivat yhteistyön esteet. Sekä vanhempien että ammattihenkilöiden mielestä moniammatillisen perhetyön esteenä olivat tiedon puute ja suvaitsemattomuus, joka ilmeni tasa-arvon ja keskustelun puutteena. Ammattihenkilöiden mukaan moniammatillisen perhetyön esteenä oli lisäksi toiminnan pirstaleisuus (Taulukko 2).

Tiedon puute

Vanhempien mukaan tiedon puute ilmeni epäselvyytenä lasten kuntoutukseen osallistuvien tahojen rooleista. Kuntoutuksen vastuuyksikön rooli suhteessa päiväkotiin ja lapsen kanssa työskenteleviin fysio- ja puheterapeutteihin oli epäselvä. Vanhemmat eivät olleet tietoisia päiväkodin ja kuntoutuksen vastuuyksikön yhteistyöstä. He eivät olleet myöskään tietoisia siitä, minkälaista yhteistyö päiväkodissa työskentelevien fysio- ja puheterapeuttien ja päiväkodin ammattihenkilöiden välillä oli. Tiedon puute näkyi muun muassa siinä, että vanhemmilla ei ollut tietoa siitä, missä terapiat päiväkodissa toteutetaan ja miten terapiat liittyvät päiväkodin toimintaan. Vanhempien näkemykset lapsensa taidoista olivat erilaiset kuin mitä ammattihenkilöt päiväkodissa kertoivat lapsen osaavan.

Tiedon puute näkyi lisäksi siinä, että vanhemmat eivät tienneet muun muassa sitä, kenen tehtäviin päiväkodissa kuului olla lasten kanssa ul-

Taulukko 2.

Moniammatillisen perhetyön esteet.

Esteet	Vanhempien näkemys	Ammattihenkilöiden näkemys
Tiedon puute	<ul style="list-style-type: none">– kuntoutukseen osallistuvien roolit epäselvät– kuntoutusjärjestelmä epäselvä– yhteistyö eri organisaatioiden välillä epäselvä– epäselvyyttä päiväkodin toiminnassa– ei tietoa kuntoutusmalleista– puutteelliset tiedot lapsen sairauksista– ei tietoa terapioiden perusteista ja toteutuskriteereistä	<ul style="list-style-type: none">– tieto toisten erityisosaamisesta puutteellinen– tieto kuntoutuksen vastuuyksikön roolista epäselvä– kuntoutuksen vastuuyksikön tietoisuus avosektorin tiedoista puutteellinen
Suvaitsemattomuus		
1. tasa-arvon puute	<ul style="list-style-type: none">– kuntoutuksen vastuuyksikössä vanhempien asiantuntijuutta ei arvosteta	<ul style="list-style-type: none">– kuntoutukseen osallistuvien eri tahojen ja vanhempien eriarvoisuus– fysio- ja puheterapeutit ohjaavat päivähoidon ammattihenkilöitä– fysio- ja puheterapeutit päättävät terapioiden sisällön
2. Keskustelun puute	<ul style="list-style-type: none">– kuntoutussuunnitelman tekoilanteessa ei keskustella– ei mahdollisuutta kysyä asioista– yhteydenpito reissuvihkon välityksellä	<ul style="list-style-type: none">– päiväkodissa ei keskustella– kuntoutuksen vastuuyksikössä ei keskustella– yhteys vanhempiin reissuvihkon välityksellä
Toiminnan pirstaleisuus		<ul style="list-style-type: none">– päiväkodissa kuntoutuksen suunnittelupalaverista puuttuu selkeä rakenne– suunnittelu erillään muusta toiminnasta– ammattihenkilöt eivät tapaa toisiaan– kuntoutuksen vastuuyksikkö erillään muusta toiminnasta– terapeuttien toiminta erillään päiväkodin toiminnasta– fysio- ja puheterapeutit käyvät monissa toimintaympäristöissä samana päivänä

kona. He olivat tietämättömiä myös lapsensa sairauksiin liittyvistä asioista.

”Meille sanottiin, että Tiinalla on autistisia piirteitä ja mulle ei ikinä selvinny, mää aatelin, et no onko mun järjessäni jotaki vikaa, ku mä en tajua miten ne näkky, kunnes tässä viime syksynä tämmösen vammasten lasten äitien piirissä eräs äiti kerto lapsesta, jolla on autistisia piirteitä. Kyllä hän osas selittää niitä niin, et mäkin ymmärsin, et hyvänen aika noita mejän Tiinallakin on ollu.”

Päiväkodissa toteutettiin Pikku-Portaat- ja Päiväkot-Portaat -kuntoutus- ja kasvatustallin mu-kaista kuntoutusta, mutta vanhemmat eivät tien-neet riittävästi näiden mallien merkityksistä ja

sisällöistä. Epäselvyyksiä oli myös fysio- ja puhe-terapian toteutuksessa. Vanhemmilla ei ollut riit-tävästi tietoa terapioiden aloittamis- ja lopetta-miskriteereistä ja terapioiden perusteista.

Ammattihenkilöiden mukaan tiedon puute ilmeni siinä, että eri alojen asiantuntijoiden tietä-mys toistensa erityisosaamisesta oli puutteellista. Päiväkodissa työskentelevät asiantuntijat eivät tienneet tarpeeksi kuntoutuksen vastuuyksikön roolista. Kuntoutuksen vastuuyksikössä ei ollut tietoa siitä, mitä heidän toiminnastaan ja roolista-taan päiväkodissa tiedettiin.

Suvaitsemattomuus

Suvaitsemattomuus ilmeni vanhempien mukaan tasa-arvon puuttumisena vanhempien ja amat-

tihenkilöiden suhteessa. Vanhemmat eivät kokee itseään tasa-arvoisiksi suhteessa ammattihenkilöihin. Heidän näkemyksiään ja asiantuntemustaan omasta lapsestaan ei arvostettu.

”Jotkut pikku seikat ovat antaneet ymmärtää, että minua ei uskota. Minua ei oteta todesta. Se loppupalaveri, silloin kaikki on jo etukäteen päätetty, mulla on ainakin semmoinen tunne.”

Suvaitsemattomuus ilmeni myös keskustelun puuttumisena. Vanhempien mukaan kuntoutuksen vastuuyksikössä ei keskusteltu riittävästi kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä. Lisäksi vanhemmat kokivat, että he eivät voi esittää heille tärkeitä kysymyksiä vastuuyksikössä. Vanhemmat tarvitsivat enemmän keskustelua terapeuttien kanssa, vaikka terapeutit pitivät vanhempiin yhteyttä myös puhelimitse. Tieto kodin ja päiväkodin välillä kulki reissuvihkoon kirjoitettuna ja fysio- ja puheterapeuttien välillä pääasiassa ”terapia-reissuvihkossa”, koska terapiat toteutuivat päiväkodissa. Vanhemmat toivoivat vihkon välityksellä enemmän tietoa lapsen vuorovaikutuksesta. Joidenkin vanhempien mukaan reissuvihkokäytäntö oli hyvä asia, mutta toisaalta he toivoivat myös keskustelua asioista. Vanhemmat käyttivät vihkoa epäsäännöllisesti ja joidenkin vanhempien mukaan ammattihenkilöiden vihkoon kirjoittamiseen käytetty aika meni hukkaan.

Ammattihenkilöiden mukaan tasa-arvo puuttui lääkinällisen kuntoutuksen palveluja tuottavien terapeuttien, päiväkodin henkilöstön ja kuntoutuksen vastuuyksikön välillä. Fysio- ja puheterapeuttien toiminnassa painottui päiväkodin henkilöstöä ohjaava toiminta ja kuntoutuksen vastuuyksikössä muita suurempi asiantuntijalähtöisyys.

Ammattihenkilöiden mukaan eri alojen asiantuntijat eivät keskustelleet riittävästi päiväkodissa. Kuntoutuksen vastuuyksikössä kuntoutuksen suunnittelupalaverissa keskustelut eri alojen asiantuntijoiden välillä olivat vähäisiä tai puuttuivat kokonaan.

Pirstaleisuus

Ammattihenkilöt kokivat moniammatillisen perhetyön esteeksi myös toiminnan pirstaleisuuden. Päiväkodissa pidettävistä kuntoutuksen suunnittelupalaverista puuttui selkeä toimintarakenne. Eri alojen asiantuntijat suunnittelivat toimintansa pääasiassa kotona irrallaan muusta toiminnasta, eivätkä he tavanneet riittävästi toisiaan. Yhteys

kuntoutuksen vastuuyksikön ja päiväkodin välillä oli heikko. Terapeuttien toiminta oli irrallaan päiväkodin toiminnasta. He eivät työssään huomioineet riittävästi päiväkodin toimintateemoja ja lapsen arkitoimintaa päiväkodissa. Terapeutit kävivät päivän aikana useissa eri työyhteisöissä, mikä hajotti heidän toimintaansa.

KESKUSTELU JA POSITIIVISET ASEENTEET TOIMINNAN KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHTINA

Moniammatillisen perhetyön kehittämiseen vaikuttivat kehittämistoimintaan ja tutkimukseen osallistuneiden ammattihenkilöiden mukaan keskusteleva kulttuuri ja positiivinen asennoituminen yhteistyöhön. Tietoisuus asioista ja keskustelutaito kuvasivat keskustelevaa kulttuuria. Myönteinen ilmapiiri ja muutosmyönteisyys ilmensivät positiivista asennoitumista.

Tietoisuus yhteistyöhön osallistuvien eri ammattihenkilöiden osaamisesta oli lisääntynyt. Haastateltavat toivat ilmi, että tämän kehittämistyön aikana he olivat oppineet tuntemaan toisensa ja saaneet tietoa siitä, mitä kukin konkreettisesti tekee lasten kuntoutuksessa. Päiväkodin toiminta oli tullut tutuksi kaikille kehittämistyöhön osallistuville. Lääkinällisen kuntoutuksen palveluja päiväkodissa tuottavat terapeutit kertoivat, että he ottavat aktiivisesti selvää päiväkodin henkilökunnasta ja siitä ryhmästä, jossa terapiaa saava lapsi päiväkodissa on. Osallistuneiden mielestä heidän tietoisuutensa omasta roolistaan oli selkeytynyt. He olivat tietoisia siitä, mitä muut odottivat heidän toiminnaltaan ja siitä, että heidän ei yksin tarvitse tietää kaikkea.

Keskustelutaidon kehittymistä ilmensi se, että vuorovaikutuksessa ei painotettu ongelmia, vaan opeteltiin käyttämään positiivista ja voimavaroja painottavaa kieltä. Haastateltavat kiinnittivät vastaustensa mukaan erityistä huomiota kieleen työskennellessään vanhempien kanssa. He välttivät käyttämästä ammattikieltä ja kiinnittivät huomiota kysymysten asetteluun. Kaikkien haastateltavien mukaan kuuntelu oli lisääntynyt kehittämistoiminnan aikana, ja toisten kuuntelua pidettiin tärkeänä. Kuntoutuksen vastuuyksiköstä ei puhuttu negatiivisesti, vaan sen roolista ja tehtävästä keskusteltiin paljon. Myös vanhempien kanssa kuntoutuksen vastuuyksiköstä puhuttiin kunnioittavasti yhteistyökumppanina. Nämä ilmensivät keskustelutaitoa ammattihenkilöiden toiminnassa.

Myönteinen ilmapiiri ilmeni turvallisuutena, jakamisena, positiivisuutena ja toiminnan selkey-

tenä. Haastateltavat kertoivat, etteivät he enää pelänneet toisen ammatin osaamisen alueelle menemistä tai että toinen suuttuu siitä, mitä ehdotetaan. Heillä oli rohkeutta työskennellä yhdessä ja uskallus itsensä ”likoon laittamiseen” oli lisääntynyt. He kokivat, että palavereihin oli nyt turvallista mennä. Hankkeeseen osallistuneiden mukaan tarvittiin rohkeutta työskennellä yhdessä. Kuntoutuspalveluja päiväkodissa tuottavat ammattihenkilöt eivät menneet ”piiloon” tekemään terapiaa.

Keskusteluryhmissä oli jaettu asioiden käsittelyn herättämiä tunteita ja näkemyksiä, joista ei aikaisemmin ollut puhuttu. Yhteistyötä pidettiin hyvänä tapana tehdä työtä, ja siinä koettiin osaamisen iloa. Puhe- ja fysioterapeutit kertoivat odottavansa yhteisterapioita tähän kehittämistoimintaan osallistuvien toisten terapeuttien kanssa. Kuntoutussuunnitelmapalaverissa oli mukava ilmapiiri ja kaikki viihtyivät niissä. Tämä kuvasi positiivisuutta toimintaympäristössä.

”No nykyään on kykyä hyväksyä nää muut ammattihenkilöt työttömiin. Että... jokaisella on se erityisosaaminen ja kunnioittaa sitä. Sitte ainaki mulla oma työ on monipuolistunu. Sitten työiloa on minusta tullu enemmän, että se... luo myös semmosta itsevarmuutta ja sitä kautta sitte sitä osaamisen iloa.”

Palaverit olivat selkeytyneet ja niissä keskityttiin etukäteen sovittuihin asioihin. Selkeys ilmeni myös tehokkuutena. Kaikkien haastateltavien mukaan palaveriin meni vähemmän aikaa kuin aikaisemmin. Turha ajankäyttö oli vastaajien mukaan jäänyt pois.

Koulutus ja uusien asioiden kokeilu, muutos yksilössä ja työtavoissa sekä toiminnan kriittinen arviointi ilmensivät muutosmyönteisyyttä. Tähän toimintatutkimukseen liittyneillä interventioilla oli haastateltavien mukaan suuri vaikutus osallistujien asenteisiin ja toimintaan. Yhteistyötä ja uudenlaista kuntoutussuunnitelmapalaverin toteutusta oli harjoiteltu käytännössä ja toisilta oli opittu uusia asioita. Haastateltavat kuvasivat itsessään tapahtuneen suuria muutoksia. Päiväkodin henkilökunta sanoi, että he olivat ennen kunnioittaneet liikaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja väheksyneet omaa työtään. Itsessä tapahtunut muutos auttoi vastaajien mukaan hyväksymään muut ammattihenkilöt tiimissä. Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja päiväkodissa tuottavat puhe- ja fysioterapeutit menivät nyt mukaan päiväkodin toimintatuokioihin.

POHDINTA

TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA

Tutkimuksen alkukartoitus osoitti, että moniammatillisen perhetyön esteenä oli keskustelun ja tiedon puute sekä asiantuntijoiden ja organisaatioiden välisessä toiminnassa että yhteistyössä vanhempien kanssa. Tämä johtaa moniin muihin ristiriitatilanteisiin. Toimintaa ohjaavien arvojen ja yhteistyön esteiden välinen ristiriita edellyttää avointa keskustelua, jonka avulla voidaan tunnistaa todelliset toimintaa ohjaavat arvot. Aikaisemmissa tutkimuksissa (Taskinen ym. 1995, Henneman ym. 1995, Paukkunen ym. 2003) on todettu, että ammattihenkilöiden arvoihin sekä tietoihin, taitoihin ja asenteisiin liittyviin yhteistyövalmiuksiin kuuluvat muun muassa positiivinen asenne yhteistyöhön sekä toisten alojen erityisosaamisen tuntemus, arvostaminen ja kunnioittaminen. Yhteistyöosaaminen edellyttää arvo- ja tietopohjan selkiyttämistä keskustelujen avulla.

Keskustelun puuttuminen kuntoutuksen vastuuyksikön palavereista kuvaa vertikaalista asiantuntijuutta ja perinteistä asiantuntijalähtöistä toimintatapaa, jossa jokainen keskittyy oman näkemyksensä esittämiseen ja yhteinen keskustelu puuttuu. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää kuitenkin horisontaalista asiantuntijuutta, jossa korostuvat yhteistyö- ja viestintätaidot sekä itsenäisen työn ja ryhmätyön taidot (Isoherranen 2005).

Keskustelun puuttumisen seurausta on, että eri ammattiryhmät ja eri organisaatioiden edustajat ovat epäluuloisia toisiaan kohtaan. Tämä johtaa väärinymmärryksiin ja vihamielisyyteen (Bernhofen ja Opie 1997, Cott 1997, Reynolds 1999). Kaikilla on yleensä jonkinlainen kuva siitä, mitä eri ammattien edustajat tekevät. Nämä käsitykset voivat olla joko oikeita tai virheellisiä. Moniammatillisen perhetyön kehittämisessä on huomioitava se, että lasten kuntoutukseen osallistuvat eri alojen ammatillaiset tarkastelevat asioita oman perustehtävänsä näkökulmasta tuntematta riittävästi toistensa osaamista, mikä ilmenei toiminnan alussa. Ammattihenkilö, joka tuntee vain oman ammattinsa ajattelu- ja toimintamallit, on taipuvainen pitämään niitä ainoina oikeina. Yhteistyöhön osallistuvien onkin tärkeä keskustella, löytää yhteisen osaamisen alueet ja tunnistaa omat erityistiedot ja -taidot.

Moniammatillisen perhetyön kehittämisessä ammattihenkilöiden on ensin opittava keskuste-

lemaan ja työskentelemään tasa-arvoisesti ylittäen ammattien ja organisaatioiden reviirien rajat. Tämän jälkeen voidaan kehittää yhteistyötä niin, että perheillä on mahdollisuus päästä tasa-arvoiseen kumppanuussuhteeseen ammattihenkilöiden kanssa. Moniammatillinen perhetyö edellyttää ihmissuhdetaitoja ja yhteistyökykyä sekä dialogia yksinpuhelun sijaan. Keskustelemalla yhteistyöstä toimintaan osallistujat jakavat mielipiteitään, ajatuksiaan ja tunteitaan luoden näin yhteisen pohjan toiminnalleen.

Vanhemmat eivät tutkimuksen alussa tienneet riittävästi lastensa kuntoutukseen osallistuvien tahojen rooleista, perustehtävistä ja yhteistyöstä. Perheet eivät olleet tietoisia lapsilleen toteutettavien kuntoutus- ja kasvatustallien perusteista. Vuorovaikutuksen vähyys johtaa vanhempien tietämättömyyteen.

Ammattihenkilöiden tiedon puute ilmeni siinä, että he eivät tunteneet toistensa erityisosaamista ja että kuntoutukseen osallistuvien roolit olivat epäselvät. Tämä kuvastaa sitä, että he eivät keskustelleet riittävästi yhteistyön tekemisestä. Alkutilanteen kuvauksissa ilmeni tiedon puute kuntoutuksen eri tahojen perustehtävistä ja risti-riita niiden työnjaon välillä. Keskustelun vähäisyys johtaa helposti siihen, että kaikilla on paljon odotuksia ja luuloja siitä, mikä toisten tehtävä on. Vuorovaikutukseen liittyvät tekijät mielletään ammattihenkilöiden toiminnassa itsestäänselvyyksiksi eikä yhteistyötaitoa pidetä osaamisen alueena, jota voidaan ja tulee koulutuksen avulla kehittää. Rantalan (2002) mukaan vammaisten lasten perheiden kanssa työskentelevät varhaiskasvatuksen ja terveydenhuollon ammattihenkilöt haluavat muutosta työskentelytapoihinsa niin, että he osaisivat tukea ja kuunnella vanhempia.

Yhteistyön tekemiseen oli aikaisemmin liittynyt pelkoa, joka hävisi kehittämistoiminnan aikana. Tutkimustulosten mukaan tämän kehittämistoiminnan aikana selkeytyivät kaikkien yhteistyöhön osallistuvien roolit, minkä avulla todennäköisesti poistui toimintaan liittyviä pelkoja ja väärinkäsityksiä. Vanha ammattien hierarkkinen asema suhteessa toisiinsa voi olla yksi tekijä, joka on aiheuttanut pelkoa. Minoren ja Boonen (2002) mukaan perinteisesti valtaa ovat käyttäneet ne moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvat, joilla on korkein koulutus. Moniammatillisuus ymmärretään usein koulutuksen saaneiden ammattihenkilöiden väliseksi yhteistyöksi, jolloin kouluttamattomat henkilöt jäävät sen ulkopuolelle. Yhteistyöhön osallistuvien henkilöiden käyttäy-

tyminen toisiaan kohtaan muuttui, kun heillä oli enemmän tietoa toistensa rooleista ja osaamisesta. Parempi tietoisuus johtaa siihen, että puhekäytäntö muuttuu (Cook ym. 2001). Päiväkodin erityisryhmän ilmapiiri muuttui vapaammaksi ja toisia arvostavaksi, mikä osaltaan vaikutti myös yhteistyöhön liittyvien pelkojen ja jännitteiden häviämiseen. Yhteistyön tekemiseen liittyy pelkoa myös oman aseman menettämisestä ja halusta suojella omaa roolia (Henneman ym. 1995). Vahvaan ammatilliseen itsetuntoon ja identiteettiin kuuluvat oman asiantuntijuuden arvostaminen sekä taito ilmaista omat näkemykset ja perustella niitä uskottavasti (Tossavainen 1998, Tossavainen ja Turunen 1999).

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistyminen on nostanut esiin toisaalta tarpeen hyödyntää erityisosaamista moniammatillisessa perhetyössä ja toisaalta pelon erityisasiantuntemuksen häviämisestä. Ne ammattihenkilöt, jotka kokevat, että työskentely ainoastaan potilaan/asiakkaan kanssa on tärkeämpää kuin yhteistyö toisten kanssa, kokevat yhteistyön uhkana (Freeman ym. 2000). Yhteistyön kehittäminen on aina kasvuprosessi, johon kuuluu monia erilaisia vaiheita. Kaikki, jotka ovat osallisina muutoksessa, tuovat prosessiin omat pelkonsa, olettamuksensa ja odotuksensa, ja ne kaikki vaikuttavat prosessiin. Erimielisyydet täytyy tiedostaa, tehdä näkyviksi ja mikäli mahdollista sopia (Dechant ym. 1993). Tähän toimintatutkimukseen osallistuneet kokivat loppuvaiheessa toimintailmapiiriin muuttuneen niin, että he olivat rohkeampia osallistumaan moniammatilliseen perhetyöhön.

Keskustelutaidon kehittyminen oli tärkeä tekijä keskustelemaan toimintakulttuurin kehittämisessä. Toiminnan päämääränä on silloin dialogi monologin sijaan. Dialogin tavoitteena on saavuttaa uusi yhteinen ymmärrys, jota ei yksin voida saavuttaa (Isaacs 2001). Ammattihenkilöiden välinen vuorovaikutus oli kehittynyt kohti dialogista keskustelua, sillä vuorovaikutuksessa toisten kuuntelulla oli keskeinen merkitys. Keskustelussa hankkeeseen osallistujat jakoivat mielipiteitään, ajatuksiaan ja tunteitaan. Näin he loivat yhteistä sosiaalista todellisuutta ja kokemuspohjaa yhteisille tavoitteille ja toiminnan kehittämiselle. Yhteistyöhön osallistuvat alkavat kuunnella toisiaan ja keskustella yhteistyön tekemiseen liittyvistä asioista, kun ilmapiiri paranee. Tämä johtaa systemaattisesti monien asioiden muuttumiseen eikä varmuudella voida sanoa, mikä vaikuttaa mihinkin.

TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Toimintatutkimus soveltui tähän kehittämistoimintaan, sillä tässä hankkeessa erilaiset interventiot ja tutkimusprosessi etenivät limittäin muodostaen kokonaisuuden. Toimintatutkimus ymmärrettiin tässä hankkeessa toisaalta moniammatillisen perhetyön kehittämisen väljäksi strategiseksi lähestymistavaksi ja toisaalta tieteellistä tutkimusta ohjaavaksi tutkimusmetodiksi.

Tutkimusaineistojen on tarkoitus tuottaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä eri näkökulmista valaiten mahdollisimman hyvin tutkimuskohteen ominaisuuksia (Polit ja Hungler 1999). Tämä tutkimus toteutettiin päiväkodin erityisryhmässä, joka soveltui toimintaympäristöksi hyvin, sillä siellä lasten kuntoutuksen ammattihenkilöt ja vanhemmat kohtaavat. Kuntoutuksen vastuuyksikössä tehdään vaikeavammaisten lasten lakisääteinen kuntoutussuunnitelma, joka ohjaa myös päiväkodin erityisryhmässä toteutuvaa kuntoutusta. Lisäksi suunnitelma sisältää suositukset lääkinällisenä kuntoutuksena toteutettavista terapioidista. Kuntoutuksen vastuuyksikön edustajien osallistuminen alkuhaastatteluun antoi näin laajan kuvan moniammatillisen perhetyön ilmenemisestä lasten kuntoutuksessa.

Luotettavuuden lisäämiseksi tutkija suoritti kaikki haastattelut itse, jolloin haastatteluissa saatiin tutkimuksen kannalta relevanttia tietoa (Polit ja Hungler 1999). Haastattelut nauhoitettiin ja aukikirjoitettiin sanatarkasti. Haastateltavilla oli mahdollisuus tehdä tarkentavia kysymyksiä haastattelun aikana. Näin kysymyksiin liittyvät vääринymmärrykset voitiin minimoida. Loppuhaastattelua varten haastateltaville annettiin teemat etukäteen valmistautumista varten (Patton 1990).

Tutkimuksen luotettavuutta ei heikentänyt se, että kuntoutuksen vastuuyksikön edustajat eivät osallistuneet loppuhaastatteluun, sillä kehittämistoimintaan osallistunut tiimi edusti vaikeavammaisten lasten kuntoutuksen asiantuntijoita. Haastatteluun osallistuneet vanhemmat toivat palvelujen käyttäjien näkökulman tutkimukseen. Tutkimuksessa saatiin näin monipuolinen kuva tutkittavasta ilmiöstä.

Tutkimusaineistot analysoitiin sisällönanalyysillä. Tutkija teki kaikkien aineistojen luokittelut samalla tavalla kahteen kertaan. Analyysien yhdenmukaisuus oli hyvä. Vaikka tämän toimintatutkimuksen tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä eikä tutkimusprosessia voida toistaa samanaikaisena, tuloksia voidaan silti hyödyntää kehitet-

täessä moniammatillista perhetyötä erilaisissa toimintaympäristöissä. Yhteistyön esteiden ja sen kehittämiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen ohjaa toimintaa yhteistyön parantamiseksi. Toimintatutkimukseen osallistuneilla ammattihenkilöillä ja vanhemmilla oli mahdollisuus arvioida tutkimuksen tuloksia ja tutkijan tekemiä tulkintoja ennen niiden julkaisemista (Sandelowski 1994). Kukaan ei ehdottanut muutoksia.

PÄÄTELMÄT JA JATKOTUTKIMUSHAASTET

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset moniammatillisen perhetyön kehittämisen haasteista ja kehittymistä edistävästä tekijöistä lasten kuntoutuksessa:

1. Moniammatillisen perhetyön esteenä olivat sekä vanhempien että ammattihenkilöiden mukaan tiedon puute ja suvaitsemattomuus, mikä ilmeni keskustelun ja tasa-arvon puutteena. Ammattihenkilöiden mukaan toiminnan esteenä oli lisäksi toiminnan pirstaleisuus. Tutkimustilosten mukaan ammattihenkilöiden olisikin ensin opittava keskustelemaan ja työskentelemään tasa-arvoisesti ylittäen ammattien ja organisaatioiden rajat. Tämän jälkeen voidaan kehittää yhteistyötä niin, että perheillä on mahdollisuus tasa-arvoiseen kumppanuussuhteeseen ammattihenkilöiden kanssa.
2. Moniammatillisen perhetyön kehittämiseen vaikuttivat ammattihenkilöiden mukaan keskusteleva kulttuuri ja positiivinen asennoituminen. Keskustelutaito ja tietoisuus asioista kuvasivat keskustelevaa kulttuuria. Positiivinen asennoituminen ilmeni myönteisenä ilmapiirinä ja muutosmyönteisyytenä. Ammattihenkilöt kiinnittivät huomion kysymysten asettamiseen ja positiivisiin sanavalintoihin. Tunteiden jakaminen, turvallisuus, positiivisuus ja toiminnan selkeys ilmensivät myönteistä ilmapiiriä. Uusia asioita kokeiltiin, ja muutokset näkyivät sekä yksilö- että yhteisötasolla. Toimintaan kuului kriittinen arviointi. Keskustelun lisääntyminen toimintaympäristössä vaikutti systeemisesti moneen muuhun tekijään moniammatillisessa perhetyössä.

Jatkotutkimuksissa on tärkeää tutkia lasten kuntoutuksen toteuttamiseen osallistuvien tiimien toimintaa laajemmin sekä päiväkodeissa että kouluissa. Näin saataisiin tietoa siitä, miten moniammatilliset tiimit todellisuudessa toimivat ja minikäläisiä interventioita yhteistyön kehittyminen edellyttää. Lisätutkimusta tarvitaan myös van-

hempien todellisesta mahdollisuudesta osallistua lapsensa kuntoutukseen. Lisäksi tarvitaan tietoa siitä, miten ammattihenkilöt käytännössä hyödyntävät ja tukevat perheen voimavaroja. Näin

saataisiin tietoa lasten kuntoutuksen kehittämiseksi perheen resursseja ja voimavaroja hyödyntämään perheen yksilölliset tarpeet huomioivaan suuntaan.

Veijola A, Isola A, Taanila A. Transdisciplinary family work require conversation.

Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2006;43: 186–197

The purpose of the study was to describe the obstacles of transdisciplinary family work in the rehabilitation of severely disabled children in the special-needs group of a day care centre. The promotive factors of the development of transdisciplinary family work were also described. The study was implemented as action research, which included three interventions: education in inter-professional family work, discussion groups and education in the use of a rehabilitation and education model for children aged 0–3 years. The interventions made up an integrated whole. The participants consisted of a transdisciplinary team working on the rehabilitation of severely handicapped children in the special needs group of a day care centre, which included specialists of early special education, physiotherapists and speech therapists. The research data were col-

lected by thematic interviews at the beginning and at the end of the process by interviewing parents and professionals. The data were analysed with methods of content analysis using the QSR Nvivo computer software. According to both the professionals and the parents, the obstacles of transdisciplinary family work consisted in a lack of discussion and equality, and a lack of information. According to the professionals, another obstacle was the fragmentary organization of activities. They further concluded that the development of transdisciplinary family work was promoted by a discussing culture and the positive attitude. Discussion skills and awareness of matters were characteristic of a discussing culture. The positive attitude also generated a favourable atmosphere and acceptance of change.

KIRJALLISUUS

- Bernhofen DM, Opie A. Thinking teams thinking clients: issue of discourse and representation in the work of health care teams. *Social Health Illn* 1997;19(3):259–280.
- Cavanagh S. Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse Res* 1997;4(3):5–16.
- Cook G, Gerrish K, Clarke C. Decision-making in teams: issue arising from two UK evaluations. *J Interprof Care* 2001;(15)2:141–151.
- Cooke C. Reflection on the health care team: my experiences in an interdisciplinary program. *J Am Med Assoc* 1997;277(13):1091.
- Cott C. "We decide, you carry it out": a social network analysis of multidisciplinary long-term care teams. *Soc Sci Med* 1997;45(9):1411–1421.
- Dechant K, Marsick VJ, Kasl E. Towards a model of team learning. *Studies in Continuing Education* 1993;15:1–14.
- Dunst CJ, Trivette CM, Deal AG. Enabling and Empowering Families. Teoksessa: Dunst CJ, Trivette CM, Deal AG toim. *Supporting & Strengthening Families. Volume 1: Methods, strategies and practices.* Brookline Books, Cambridge, Massachusetts, 1995:2–11.
- Freeman M, Miller C, Ross N. The impact of individual philosophies of teamwork on multi-professional practice and the implications for education. *J Interprof Care* 2000;14(3):237–247.
- Henneman EA, Lee JL, Cohen JI. Collaboration: a concept analysis. *J Adv Nurs* 1995;21:103–109.
- Hirsjärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus, Helsinki 2001.
- Irvine R, Kerridge I, McPhee J, Freeman S. Interprofessionalism and ethics: consensus or clash of cultures? *J Interprof Care* 2002;199–210.
- Isaacs W. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito. Kauppakaari, Helsinki 2001.
- Isoherranen K. Moniammatillinen yhteistyö. WSOY, Vantaa 2005.
- Jensen GM, Royeen CB. Improved rural access to care: dimension of best practice. *J Interprof Care* 2002;16(2):117–128.
- Kemmis S, Wilkinson M. Participatory action research and the study of practice. Teoksessa: Atweh B, Kemmis S, Weeks P toim. *Action research in practice. Partnership for social justice in education.* London, Routledge 1998.

- Launis K. Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa Kirjonen J, Remes P, Eteläpelto A, toim. Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1997:122–133.
- Luomanen J, Räsänen P. Tietokoneavusteinen laadullinen analyysi ja QSR Nvivo-ohjelmisto. Sosiologian tutkimuksia A 23, Turun yliopisto 2000.
- McCullum J, Hughes M. Staffing Patterns and Team Models In Infancy Programs. Teoksessa: Jordan JB, Gallagher JJ, Hutinger PL & Karnes MB toim. Early Childhood Special Education: Birth to Three. Reston: The Council for Exceptional Children and its Division for Early Childhood (DEC), 1990:129–146.
- Minore B, Boone M. Realizing potential: improving interdisciplinary professional/paraprofessional health care teams in Canada's northern aboriginal communities through education. *J Interprof Care* 2002;16(2):139–147.
- Paukkunen L, Tossavainen K, Turunen H. Yhteistyösaamisen rakentuminen sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa. *Kasvatus* 2003;3:257–271.
- Patton MQ. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2p. California 1990.
- Polit D, Hungler B. *Nursing research. Principles and methods*. J.B. Lipincott Company. Philadelphia 1999.
- Rantala A. Perhekeskeisyys – puhetta vai todellisuutta? Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä and ER-Paino Ky, Lievestuore 2002.
- Reynolds F. When models of health care collide: a qualitative study of rehabilitation counsellors' reflections on working in physical health care settings. *J Interprof Care* 1999;13:367–379.
- Sandelowski M. Focus on Qualitative Methods. The Use of Quotes in Qualitative Research. *Res Nurs Health* 1994;17:479–482.
- Shotter J. *Conversational Realities. Constructing Life through Language*. Sage Publications, London 1993.
- Taskinen H, Turunen H, Sinkkonen S, Tossavainen K. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä koskevia näkemyksiä näiden alojen opiskelijoilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen yhteistoimintakokeilun arviointitutkimuksen alkukartoituksen tuloksia. *Hoitotiede* 1995;7(4):162–170.
- Thurman SK, Widstrom AH. *Infant and young children with special needs. A developmental and ecological approach* 2nd ed. Baltimore: Paul. H. Brooks Publishing Co. The Maple Press Company, York, Pennsylvania, USA. Turnbull AP, Turnbull HR. *Families, professionals and exceptionality: A special partnership*. Second Edition, Mernill Publishing Company, London 1990.
- Tossavainen K. *Terveydenhoitajan työ ja koulutus muutoksessa*. Opetusministeriön koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisusarja. Helsinki 1998.
- Tossavainen K, Turunen H. *Neuvojasta oppimisen ohjaajaksi – ohjaamiskäytännöt tarkoituksenmukaisiksi*. Teoksessa Tossavainen K, Turunen H, toim. *Terveys- ja sosiaalialan opiskelijoiden ohjaamisesta ammattikorkeakoulussa*. Pedagogia, Kirjayhtymä Oy, Helsinki 1999:8–17.
- Veijola A. *Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla*. Oulun yliopisto, Oulu University Press 2004.
- Weber RP. *Basic content analysis, second edition*. Saga publications, London 1990.
- Whyte WF, toim. *Participatory action research*. A Sage Ficus Edition, USA 1991.
- Woodruff G, McGonigel M. *Early Intervention Team Approaches: The Transdisciplinary Model*. Teoksessa Jordan JB, Gallagher JJ, Hutinger PL, Karnes MB, Ed. *Early Childhood Special Education: Birth to Three*. Reston: The Council for Exceptional Children and its Division for Early Childhood (DEC):1990:163–183.

ARJA VEIJOLA

TtT, yliopettaja

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

ARJA ISOLA

THT, professori

Oulun yliopisto

Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos

ANJA TAANILA

KT, professori

Oulun yliopisto

Kansanterveyslaitoksen ja yleislääketieteen laitos