

Liisa Suhonen (toim.)

Näkökulmia kuntoutusajatteluun



KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B,
Oppimateriaaleja ja kokoomateoksia: 54

Julkaisusarja: B, Oppimateriaaleja ja kokoomateoksia: 54

Julkaisusarjan vastaava toimittaja: Kari Tiainen

Toimittaja: Liisa Suhonen

Graafinen suunnittelu ja taitto: Salla Anttila

Kansien kuvat: sparkelice. (CC BY-NC-ND 2.0)

© Tekijät ja Karelia-ammattikorkeakoulu

Tämän teoksen osittainenkin kopiointi on tekijänoikeuslain mukaisesti kielletty ilman nimenomaista lupaa.

ISBN 978-952-275-258-1 (painettu)
ISBN 978-952-275-259-8 (verkkojulkaisu)
ISSN- L 2323-6876
ISSN 2323-6876

Joensuu, LaserMedia Oy, 2018

Julkaisujen myynti ja jakelu:
Karelia-ammattikorkeakoulu – Julkaisutoiminta
julkaisut@karelia.fi
tahtijulkaisut.net

Näkökulmia kuntoutusajatteluun *Juhlajulkaisu*

Liisa Suhonen (toim.)

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2018

Joensuu

Sisällys

Esipuhe Pekka Auvinen	6	4 Moniammatillisuutta oppimassa	59
Lukijalle Liisa Suhonen	8	Voimala – tie moniammatillisen osaamisen ja asiantuntijuuden kehittymiseen Kaisa Juvonen ja Tarja Laatikainen	60
Invest in Experience and Know-how - Fysioterapian yliopettajuus laajentaa Karelian kuntoutusajattelua Anna-Riitta Mikkonen	10	Oppia muistisairaista ryhmätoiminnan kautta Tuula Riikonen	64
1 Kuntoutus käsitteenä	15	Moniammatillinen oppiminen työelämäjaksolla Tarja Pesonen-Sivonen ja Mari Sivonen	70
Muuttuva kuntoutusajattelu – yleistä määrittelyä Liisa Suhonen	16	5 Opiskelijakokemuksia	75
ICF kuntoutumisen yhteisenä viitekehyksenä Sini Puustinen	22	Ikäosaamisen ylempi AMK-tutkinto - tietoa ja uutta asennetta Tarja Parviainen	76
2 Ikäihmisten kuntoutus	28	Sense of communality- a way of taking care of functional capacity? Maija Hyvärinen, Piia Katajapuu-Riikonen, Katri Koskisuus, Tarja Parviainen	80
Ikäihmisellä on oikeus kuntoutukseen Arja Jämsén ja Soile Syrjäläinen	30	6 Kuntoutus Karelian hanketoiminnassa	85
Green Care ikääntyneiden kuntoutumisen ja hyvinvoinnin tukena Katri Palpatzis	36	Etäkuntoutusta kehitetään Karelian hyvinvointihankkeissa Jesse Huurrekorpi, Joonas Pirinen ja Päivi Sihvo	86
3 Reflektiivisiä puheenvuoroja fysioterapiasta	43	Possibilities of wearable sensor technology in home and remote rehabilitation and therapies Antti Alamäki ja Elina Nevala	92
Fysioterapeuttinen ohjaaminen – reflektorinen puheenvuoro Anu Pukki	44	”Miun aktiivinen arki” - Kotihoidon ketterä kokeilu Siun sotessa Anneli Muona ja Anne Ryhänen	100
Mitä tarkoittaakaan vaikuttava fysioterapia? Heikki Kivistö	52		

Esipuhe

Tämän yliopettaja Liisa Suhosen pitkän työuran kunniaksi tehdyn julkaisun teemana on muuttuva kuntoutus ja kuntoutusalan koulutus. Artikkelit ovat Karelia-ammattikorkeakoulun kuntoutusalan asiantuntijoiden kirjoittamia ja ne tuovat erinomaisella tavalla esille ammattikorkeakoulumme monipuolisen kuntoutusalan osaamisen.

Lissu on tässä julkaisussa olevassa artikkelissaan esittänyt kuntoutuksen uudistuskomitean määritelmän kuntoutuksesta:

Kuntoutus on kuntoutujan tarpeista ja tavoitteista lähtevä, suunnitelmallinen prosessi, jossa kuntoutuja ylläpitää ja edistää toiminta- ja työkykyään ammattilaisten tuella. Kuntoutukseen kuuluu kuntoutujan toimintaympäristöjen kehittäminen. Kuntoutus tukee kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä voimavaroja, itsenäistä elämää, työllistyvyyttä ja sosiaalista osallisuutta. Kuntoutus on osa hyvinvointipalvelujärjestelmää ja edellyttää useiden toimijoiden oikea-aikaisia ja saumatonta palveluja ja etuuksia.

Tämä määritelmä korostaa moniammatillisen yhteistyön, asiakaslähtöisyyden sekä kuntoutujan osallisuuden ja palveluprosessin saumattomuuden merkitystä kuntoutuksessa. Lisäksi kuntoutustoiminnan kohteeksi on yksilön ja hänen toimintakykynsä lisäksi nostettu myös kuntoutujan toimintaympäristö ja sen kehittäminen.

Suomessa on pitkään koulutettu kuntoutuksen ammattilaisia, esimerkiksi fysioterapeutteja ja toimin-

taterapeutteja. Tällaiselle kuntoutusalan erikoiskoulutetulle henkilöstölle on edelleen tärkeä ja kasvava tarve, mutta kuntoutuksen ammattilaisten rooli on muuttumassa. Nykyisin puhutaankin kuntouttavasta tai kuntoutumista tukevasta työotteesta ja sen sisällyttämisestä kaikkien sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöiden toimintaan. Kuntouttava työote on työskentelytapa, jossa asiakasta kannustetaan ja ohjataan toimimaan niin itsenäisesti kuin hän kykenee. Käytännössä työntekijä kannustaa ja tukee asiakasta omatoimisuuteen, eikä tee asiakkaan puolesta asioita, joita tämä kykenee itse tekemään. Lissulla on ollut tärkeä rooli kuntoutuksen uudenlaisen toimintatavan kehittämisessä sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa.

Opettajan ammatilliseen elämäntapaan kuuluu erilaisia vaiheita samoin kuin kaikilla muillakin ihmisillä. Ammattikorkeakoulun opettajien urakehitys poikkeaa yleissivistävän koulutuksen opettajista siinä, että opettajan tehtäviin siirtyminen tulee ajankohtaiseksi vasta oman alan tutkintokoulutuksen ja vuosia jatkuneen ammatillisen työuran jälkeen. Tämä pätee erittäin hyvin myös Lissun kohdalla. Valmistuttuaan fysioterapeutiksi vuonna 1976 hän työskenteli 12 vuotta fysioterapeuttina Suomessa, Ruotsissa, Sveitsissä, Espanjassa ja Libanonissa erilaisten työntekijöiden palveluksessa. Tämän jälkeen hän toimi vuosia suomalaisen keskussairaalan fysioterapian suunnittelijana ja kehittäjänä. Tämä harvinaisen monipuolinen oman alan työkokemus antoi hyvän pohjan ammattikorkeakou-

lun opettajan tehtäviin ensin Lahden ammattikorkeakoulussa vuosina 1995–2012 ja nyt yli kuuden vuoden ajan Karelian fysioterapian yliopettajana.

Opettajan työuran alkuvaiheen jälkeen seuraa tyypillisesti keski-ikään ajoittuva taitekohta, jossa opettajien urakehitys jakautuu tutkimusten mukaan kahteen vaihtoehtoiseen urapolkuun. Toiselle ja yleisemmälle vaihtoehdolle on tyypillistä vakiintuneiden toimintamallien pohjalta jatkuva säilyttämävaihe ja toiselle siirtyminen uran uutteen etenemisvaiheeseen, jolle tyypillisiä asioita ovat opetustyö uusien muotojen kokeilu ja aktiivinen osallistuminen työyhteisön kehittämiseen. Tutkimusten mukaan ne opettajat, jotka etsivät jatkuvasti mahdollisuuksia kehittyä työssään, ovat yleensä tyytyväisempiä ammattiinsa ja myöhemmässä vaiheessa ammatillisesti seesteisempiä kuin vanhoihin rutiineihin perustuvan työtavan valinneet. Parhaimmillaan opettajalla voi työuransa loppuvaiheessa olla hyvin syvälinen oman alansa pedagoginen sisältötieto, hän uskaltaa olla oma itsensä eikä hänellä ole enää erityistä pätemisen tarvetta, vaan hän voi käyttää kokemustaan esimerkiksi nuorempien kollegojen urakehityksen tukemiseen.

Kokemukseni mukaan Lissulla kehittävä työote on säilynyt uran loppuun saakka ja edellä kuvatut piirteet näkyvät selvästi hänen toiminnassaan. Olen oppinut tuntemaan hänet helposti lähestyttävänä, mutkattomana ja monipuolisesti elämää ymmärtävänä ihmisenä. Lissulla on ollut merkittävä rooli Karelian fysioterapeuttikoulutuksessa ja sen kehittämisessä sekä kuntoutuksen näkökulman vahvistamisesta muissa sosiaali- ja terveysalan koulutuksissa ja TKI-toiminnassa. Pitkän ja monipuolisen työ- ja elämäkokemuksesi pohjalta hän on tuonut paljon uusia näkemyksiä ja yhteistyöverkostoja Karelian henkilöstölle, opiskelijoille ja kumppaneille.

Koko ammattikorkeakoulumme puolesta haluan kiittää Sinua Lissu työurasi ainakin näillä näkymin viimeisistä vuosista Kareliassa sekä toivottaa Sinulle sopivan aktiivisia eläkevuosia ja siunausta tuleviin elämänavaiheisiin.

Pekka Auvinen
vararehtori
Karelia-ammattikorkeakoulu



Tutkimusten mukaan ne opettajat, jotka etsivät jatkuvasti **mahdollisuuksia kehittyä työssään**, ovat yleensä tyytyväisempiä ammattiinsa ja myöhemmässä vaiheessa ammatillisesti seesteisempiä kuin vanhoihin rutiineihin perustuvan työtavan valinneet.



Lukijalle

Kuntoutus ja kuntoutuksen koulutus elävät murroksessa. Yhteiskunnan ja etenkin sosiaali- ja terveyspalvelujen muutoksen yhteydessä on ihmisten toimintakykyyn ja itsenäiseen selviytymiseen alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota. Kuntoutuksen merkityksen luulisi niiden lisääntyvän. Tämä ei kuitenkaan ole itsestään selvää ja esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstörakenteita päätettäessä on kuntoutushenkilökunta saattanut jäädä muun henkilöstön jalkoihin. Myös valtakunnallisessa koulutuspolitiikassa on tehty päätöksiä, joiden voi pitemmällä aikavälillä päätellä johtavan kuntoutuksen koulutuspaikkojen vähentymiseen. Edelleen vallitsee epätietoisuutta siitä, mitä kaikkea kuntoutus tarkoittaa. Tämä johtaa helposti epäselvyyksiin ja väärinymmärryksiin.

Karelia-ammattikorkeakouluun perustettiin vuonna 2012 fysioterapian yliopettajan virka, mikä osoittaa, että haluttiin panostaa kuntoutusajattelun kehittymiseen ja laajentumiseen. Yliopettajan jäädessä eläkkeelle päätettiin koota tämä juhlijulkaisu, jonka avulla halutaan tehdä näkyväksi Karelia-ammattikorkeakoulun opettajien näkökulmia liittyen kuntoutusajatteluun. Kirjoittajiksi on saatu opettajien lisäksi myös opiskelijoita, sekä työelämä- ja hanketoimijoita. Toistaiseksi ei Karelia-amk:ssa kouluteta muita kuntoutusalan ammattilaisia kuin fysioterapeutteja. Kuntoutusosaamista on kuitenkin saatu lisätyksi muilla koulutusaloilla mm. täydennyskoulutuksen ja täydentävien opintojen avulla. Myös Ikäosaamisen YAMK –tutkinnoissa on selkeä kuntoutuspainotus.

Tähän juhlijulkaisuun on esipuheen laatinut Karelia-ammattikorkeakoulun vararehtori Pekka Auvinen. Koulutuspäällikkö Anna-Riitta Mikkonen kuvaa tekstissään sitä, miten fysioterapian yliopettaja on toiminnallaan pystynyt vaikuttamaan kuntoutusnäkemysten

laajentumiseen paitsi ammattikorkeakoulun sisällä, myös alueellisessa työelämässä ja hanketoiminnassa.

Julkaisun ensimmäinen osion aloittaa lyhyt katsaus siihen, miten kuntoutusta nykyään määritellään. Artikkelissa kerrotaan myös lyhyesti kuntoutuksen järjestäjä- ja rahoittajatahoja. Kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn edistäminen, jota määrittelemään maailman terveysjärjestö on lanseerannut ICF –luokittelujärjestelmän (International Classification Of Functioning, Disability and Health). Lehtori Sini Puustinen kuvaa artikkelissaan ansiokkaasti ICF:n rakennetta ja soveltamismahdollisuuksia kuntoutuksen jäsentämisessä.

Toisessa osiossa paneudutaan ikäihmisten kuntoutukseen. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen johtaja Arja Jämsén ja Pohjois-Karjalan AVOT –hankkeen vetäjä Soile Syrjäläinen pohdiskelevat ikäihmisten oikeutta kuntoutukseen. Projektipäällikkö Katri Palpatzis valottaa Green Care –elementtien mahdollisuuksia ikäihmisten kuntoutumisen tukena. Luonto- ja eläinavusteiseen kuntoutukseenhan Pohjois-Karjalassa tarjoutuu oivallisia mahdollisuuksia.

Seuraavassa osiossa opettajat Anu Pukki ja Heikki Kivistö pohdiskelevat fysioterapiaa reflektioivissa puheenvuoroissaan. Anu Pukki tarkastelee fysioterapeuttista ohjaamista ja Heikki Kivistö fysioterapian vaikuttavuutta. Molemmista puheenvuoroista on aistittavissa kokemuksen ja henkilökohtaisen reflektoinnin kautta syntyvää syvällistä asioiden jäsentämistä.

Kuntoutus on aina enemmän tai vähemmän moniammatillista. Moniammatillisuuteen oppiminen tapahtuu parhaiten siten, että opiskelijat saavat harjoitella sitä käytännössä. Karelia-ammattikorkeakoulun oppimis- ja palveluympäristö Voimalassa siihen tarjoutuu loistava mahdollisuus. Voimalan koordinaattori Kaisa Juvonen ja ohjaava opettaja Tarja Laatikainen

valottavat artikkelissaan oppimista Voimalassa. Myös opettaja Tuula Riikosen esimerkki Voimalassa toimivasta muistisairaiden ryhmästä todentaa moniammatillista oppimista. Siun sotessa on testattu moniammatillista oppimista sairaalaympäristössä. Fysioterapian lehtori Tarja Sivonen-Pesonen ja sairaanhoidon lehtori Mari Sivonen kertovat artikkelissaan kokemuksista, joita saatiin opiskelijoiden moniammatillisesta vuodeosastoharjoittelusta.

Ikäosaamisen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelijat osallistuivat juhlijulkaisuun kirjoittamalla oppimiskokemuksistaan. Palveluesimies Tarja Parviainen reflektoi YAMK-koulutuksen antia omalle ammatilliselle kehitymiselle ja uralla etenemiselle. Ryhmä YAMK-opiskelijoita kuvaa kokemuksiaan YAMK-opintojen aikana tehdystä opintomatkasta Kreikkaan. He tuovat esille vahvan kokemuksensa yhteisöllisyydestä, joka välittyi ikäihmisten kohtaamisessa kaikissa Kreikan tutustumiskohteissa.

Viimeisessä osiossa keskitytään siihen, miten kuntoutusajattelu näkyy Kareliassa meneillään olevissa hankkeissa. Fysioterapian opiskelijat Jesse Huurrekorpi ja Joonas Pirinen tekivät opinnäytetyönään etäkuntoutuskokeilun DigiSote –hankkeessa. Sitä he peilaavat yhdessä projektipäällikkö Päivi Sihvon kanssa kirjoittamassaan artikkelissa. Lehtori Antti Alamäki ja projektiasiantuntija Elina Nevala työskentelevät kansainvälisessä sensoriteknikkaan liittyvässä hankkeessa, jota he kuvaavat englanninkielisessä artikkelissaan. Puettava sensoriikka tekee tuloaan kuntoutukseen ja tarjoaa runsaasti mahdollisuuksia esimerkiksi etäkuntoutukseen. Viimeisessä artikkelissa projektipäällikkö Anneli Muona ja lehtori Anne Ryhänen raportoivat ikäihmisten kotikuntoutukseen liittyvää ketterää kokeilua Siun soten AVOT –hankkeessa. Siitä saadut tulokset ovat erittäin rohkaisevia.

Tämän juhlijulkaisu toivottavasti avaa lukijoiden silmiä katselemaan kuntoutusta ja ihmisen kuntoutumisen tukemista monipuolisesti. Julkaisun artikkeleita on mahdollista hyödyntää myös opetuksessa. Toivottavasti tämä julkaisu saa jatkoa, ja kuntoutusta, opettamista ja oppimista tehdään näkyväksi ja reflektoidaan kirjoittamalla jatkossakin.

Lämmin kiitos kaikille, jotka antoivat panoksensa tähän julkaisuun.

Joensuussa toukokuussa 2018

Liisa Suhonen

eläkkeelle siirtyvä fysioterapian yliopettaja



Yhteiskunnan ja etenkin sosiaali- ja terveyspalvelujen muutoksen yhteydessä on **ihmisten toimintakykyyn ja itsenäiseen selviytymiseen** alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota. Kuntoutuksen merkityksen luulisi niiden lisääntyvän.





Fysioterapian yliopettaja Liisa Suhonen.
Kuva: Salla Anttila

INVEST IN EXPERIENCE AND KNOW-HOW - Fysioterapian yliopettajuus laajentaa Karelian kuntoutusajattelua

Anna-Riitta Mikkonen
koulutuspäällikkö, TtM, ft
Karelia-ammattikorkeakoulu

Tässä artikkelissa tuodaan esille, miten fysioterapian yliopettajan vakanssin perustaminen on vaikuttanut Karelia-ammattikorkeakoulun (entinen Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu) kuntoutuksen ja fysioterapian ajatteluun ja toimintoihin. Yliopettaja vaikuttaa muun muassa opetuksen rakenteeseen, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaan (TKI) sekä ylemmän ammattikorkeakoulun toimintaan. Lisäksi hän on aktiivisesti mukana sosiaali- ja terveysalan kansallisissa ja kansainvälisissä verkostoissa.

Pohjois-Karjalassa on ollut kuntoutusammattiteihin liittyviä koulutuksia jo vuodesta 1981 lähtien. Pohjois-Karjalan terveydenhuolto-oppilaitoksessa aloitettiin kuntohoitajakoulutus 5.8.1981 lehtori Anneli Hartikaisen johdolla. Lääkintävoimistelijakoulutukseen otettiin opiskelijoita joko kuntohoitaja- tai ylioppilaspohjalta. Lääkintävoimistelijoiden tutkintonimike muuttui fysioterapeuttitutkinnoksi vuonna 1993. Vuonna 1992 fysioterapeuttikoulutus muuttui opistoasteen koulutuksesta

ammattikorkeakoulututkinnoksi. Pohjois-Karjalan sairaanhoito-oppilaitos siirtyi osaksi Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun kokeiluvaihetta. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu vakinaistettiin 1995. Vuonna 2014 ammattikorkeakoulun nimi muutettiin Karelia-ammattikorkeakouluksi.

Pohjois-Karjalassa fysioterapiaosaamisesta on muodostunut Karelia-ammattikorkeakoulun vahvuusalue. Muita kuntoutusalan koulutuksia ei ole ollut mahdollisuus toteuttaa, joten osaamista on

voitu keskittää fysioterapiaan. Karelian fysioterapeuttikoulutuksessa on aina tarkasteltu kuntoutusta laaja-alaisesti. Pohjois-Karjalassa on toteutettu yksi toimintaterapeuttikoulutus Jyväskylän - ja Karelia-ammattikorkeakoulun yhteistyönä ja toinen koulutus alkoi syksyllä 2017. Ensimmäinen fysioterapian yliopettaja Liisa Suhonen aloitti Kareliassa vuonna 2012. Yliopettajan tehtäväksi määriteltiin fysioterapiakoulutuksen opetuksen laadun kehittäminen ja kuntoutuksen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kehittäminen, TKI-toiminta, kansainvälinen ja kansallinen verkostoyhteistyön kehittäminen sekä aluekehitystyö.

TYÖELÄMÄLÄHTÖISTÄ FYSIOTERAPEUTTIKOULUTUTUSTA

Uusi yliopettaja toi vahvasti yhteisöllisyyden merkityksen opetuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Sisältöjä luotiin yhdessä, ja opintojaksojen opintopolkuja ja lukukausien etenemistä tarkasteltiin uudelleen yhteisöllisen opetuksen näkökulmasta. Opetuksessa painotettiin käytännönläheisyyttä entistä enemmän ja korostettiin yhteistyökumppaneiden merkitystä. Osa opintojaksoista oli jo aiemmin kiinnitetty työelämäntapahtumiin, mutta nyt saatiin vielä syvennettyä työelämäkytkentää uusiin opintojaksoihin.

Yliopettajamme on ollut mukana oppimisympäristö Voimalan toiminnan kehittämisessä. Voimala on monialainen oppimisyhteisö, jossa opiskelijat voivat toteuttaa harjoitteluja ja opintojaksoja työelämäläheisesti. Voimala painottui alkuvuosina enemmän ikäosaamiseen, mutta nyt sen toiminta on laajentunut myös lasten, nuorten ja työikäisten kanssa tehtävään työhön. Oppimisympäristössä opiskelijat saavat kokemusta myös hankkeissa toimimisesta. Voimalan kanssa yhteistyöhön on sitoutunut useita julkisen ja kolmannen sektorin toimijoita. Voimalassa opiskelijoilla on ollut mahdollisuus työelämän kanssa suunnitella ja kehittää uudenlaisia toimintatapoja.

VAUHTIA TUTKIMUS-, KEHITTÄMIS- JA INNOVAATIOTOIMINTAAN

Yliopettaja Liisa Suhonen ryhtyi ripeästi kehittämään fysioterapian tutkimusmenetelmiä ja sitä myöten fysioterapian opinnäytetöiden sisällöllistä ja laadullista

kehittämistä Kareliassa. Hänen erityisosaamistaan on ollut ikäosaaminen, joten yliopettaja soljui helposti Karelian sosiaali- ja terveysalan TKI-toimintaan, jonka painopisteenä on ollut jo usean vuoden ajan ikäosaaminen. Ikäosaaminen on osa sote-alan moniosaajaverkkoa, joten on ollut luonnollista, että verkostot ovat olleet laajat soten toimijoista kolmannen sektorin toimijoihin saakka.

Fysioterapian yliopettajan yksi tärkeimmistä tehtävistä on ollut tuoda esille fysioterapian ja kuntoutuksen näkökulmaa TKI-toiminnassa. Näin on tapahtunutkin useissa hankkeissa. Näitä hankkeita ovat olleet mm. Ikäosaamisen ABC, Paletti, Immo, Ikäote ja Enpi, AVOT-, DigiSote- ja Green Karelia -hankkeet. Tällä hetkellä päätoimisesti hankkeissa on yhteensä kolme fysioterapian opettajaa ja heidän lisäksi ulkopuolelta palkattuja fysioterapian ja kuntoutuksen asiantuntijoita. Se on lähes puolet fysioterapian henkilökunnasta. Ikäosaamisen hanketoiminnan kehittymisen myötä saatiin kohdennettua fysioterapiaopiskelijoiden opinnäytetöitä ikäosaamisen painopistealueelle ja muihin ikäosaamisen hankkeisiin.

IKÄOSAAMISEN YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO

Kuntoutuksen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suunnittelu käynnistyi heti yliopettajan aloitettua tehtävässään. Suunnittelun tuotoksena ei tullut kuntoutuksen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, mutta tuon työn tuloksena rakennettiin ikäosaamisen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opetussuunnitelma. Se soveltui loistavasti Karelian ikäosaamisen painoalueeseen. Tutkinnon sisällössä on vahva kuntoutuksellinen ote. Koulutus aloitettiin ensimmäisen kerran syksyllä 2015. Tällä hetkellä Karelia toteuttaa ainoana ammattikorkeakouluna Suomessa Ikäosaamisen YAMK-tutkintoa. Koulutus on tärkeä alueellisesti, koska Itä-Suomen haasteena on ikääntyvä väestö. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteena on mahdollistaa ikäihmisten asuminen mahdollisimman pitkään toimintakykyisenä omissa kodeissaan. Tämä asettaa haasteita monialaiseen kuntoutusyhteistyöhön. Syksyllä 2018 koulutus järjestetään täysin virtuaalisena, jolloin se mahdollistaa entistä paremmin opiskelijoiden valtakunnallisen osallistumisen ja

tulevaisuudessa jopa kansainvälisen osallistumisen koulutukseen.

Yliopettaja Liisa Suhonen on tehnyt pitkäjänteistä työtä yliopettajakollegoidensa kanssa kehittäen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetöiden käytännönläheisyyttä. YAMK:n opinnäytetyö on vakiintunut muodoltaan työelämän toimijoita osallistavaksi tutkimukselliseksi kehittämistyöksi. Opiskelijat ovat toteuttaneet varsin mittavia kehittämishankkeita opinnäytetyönään, mikä on osaltaan edesauttanut heidän uralla etenemistään. Opinnäytetyön sisällöt ovat myös arvokkaita ja tärkeitä työyhteisöille, jonne työt on tehty. YAMK-koulutuksessa olevat opiskelijat ovat mahdollisuus työyhteisölle uudistuvassa sosiaali- ja terveysalan palvelujärjestelmässä.

KANSALLINEN JA KANSAINVÄLINEN TYÖ KOULUTUKSEN KEHITTÄMISESSÄ

Fysioterapiakoulutuksen keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat kansallisesti Kuntoutuksen osaamisverkosto, Suomen Fysioterapeutit ja kansainvälisesti ENPHE (European Network of Physiotherapy in Higher Education) -verkostot. Näiden verkostojen kanssa yhteistyössä jäsennetään kansallisesti fysioterapian ydinosaamisen sisältöjä. Yliopettajamme on ollut mukana työstämässä ESCO-työryhmässä (the multilingual classification of European Skills, Competences, Qualifications and Occupations, of the European commission) fysioterapian eurooppalaisia kompetensseja. Tämä työ valmistui vuonna 2017. Lisäksi yliopettaja Suhonen on osallistunut Kansallisen Fysioterapian ydinosaamisen kompetenssit -työryhmän työskentelyyn. Nämä materiaalit ovat hyödynnettävissä suomalaisen fysioterapeuttikoulutuksen kehittämisessä.

Opetusministeriö käynnisti keväällä 2014 dialogisen prosessin ammattikorkeakoulujen kuntoutusalan koulutuksen kehittämiseksi. Yliopettajamme tehtävänä on ollut kehittää yhteistyössä muiden ammattikorkeakoulujen kanssa kuntoutuksen yhteistä viitekehystä ja osaamisen sisältöjä sekä suunnitella kuntoutuksen TKI-sisältöjä. Ilahduttavaa on ollut huomata, että kuntoutuksen ydinosaamisesta on selkeä yhteinen näkemys kaikilla kuntoutuksen koulutusta tuottavilla ammattikorkeakouluilla. Kun-



Yliopettaja Liisa Suhosen työvuodet Kareliassa ovat avanneet kuntoutuksen läpinäkyvyyttä alueellisesti ja valtakunnallisesti.



toutuksen koulutusta tuottavat ammattikorkeakoulut muodostivat ensimmäistä kertaa virallisesti Kuntoutuksen osaamisverkoston, joka mahdollistaa valtakunnallisesti tehokkaamman kuntoutusosaamisen kehittämisen. Verkosto kokoontuu nyt säännöllisesti ja sillä on kaksi päätehtävää: kuntoutuksen opetus-suunnitelmatyö sekä kuntoutuksen TKI-toiminnan kehittäminen kansallisesti ja kansainvälisesti.

Yliopettaja Liisa Suhosen työvuodet Kareliassa ovat avanneet kuntoutuksen läpinäkyvyyttä alueellisesti ja valtakunnallisesti. Kareliassa kuntoutuksen moniammatillinen yhteistyö on lisääntynyt opettajien keskuudessa, eikä Liisan panosta kuntoutuksen työelämäläheisyyden parantamisessa voi liikaa korostaa. Hänen työnsä ylemmässä ammattikorkeakoulussa ja TKI-toiminnan piirissä on ollut erittäin merkittävää niin Karelian kuin kuntoutuksen kannalta. Liisan työn jälki näkyy monella tapaa Kareliassa nyt ja tulevaisuudessa.

Haluan lopuksi kiittää fysioterapian yliopettajamme Liisa Suhosta ansiokkaasta ja uraa uurtavasta työstä Karelia-ammattikorkeakoulussa. Investoimme kokemukseen sekä osaamiseen ja se tuotti erinomaista tulosta niin kuntoutukselle kuin Karelia-ammattikorkeakoululle.



1

KUNTOUTUS KÄSITTEENÄ



Muuttuva kuntoutusajattelu – yleistä määrittelyä

Liisa Suhonen

Fysioterapian yliopettaja, KT, TtL, ft
Karelia-ammattikorkeakoulu

Tässä artikkelissa kuvaan kuntoutusta yleisellä tasolla, sen määrittelyä, muotoja ja toteuttajatahoja. Kuntoutuksen yksiselitteistä, kaikkien hyväksymää määrittelyä ei toistaiseksi ole, ja niinpä sekä ammattilaiset että kuntoutujat ymmärtävät sen kukin omalla tavallaan, usein eri tavoin. Kuntoutus on suunnitelmallinen moniammatillinen prosessi ja yhteinen ymmärrys siitä, mitä ollaan tekemässä, on äärimmäisen tärkeää. Kuntoutustoimenpiteet on suunniteltava pohjautuen kuntoutujan omiin tavoitteisiin ja resursseihin, jolloin hän pystyy olemaan osallisena häntä koskevissa suunnitelmissa ja päätöksissä.

KUNTOUTUSKÄSITTEEN MÄÄRITTELYÄ

Kuntoutusajattelu ja koko kuntoutuskäsite ovat muovautuneet ajan kuluessa ja ne muuttuvat edelleen yhteiskunnan kehittyessä. Nykyisin on vaikeaa määrittellä ja vetää rajaa kuntoutuksen ja muiden yhteiskunnan toimintojen välille. Mikä ymmärretään kuntoutukseksi esim. työvoima- tai koulutuspolitiikassa tai vaikkapa ikäihmisten kotihoidossa? Tavalliset ihmiset, myös poliittiset päättäjät ja ammattilaiset ymmärtävät kuntoutuksen eri tavoin ja usein varsin kapeasti, valittavasti. Sen ymmärretään käsittävän suppeasti vain

lääkinnällisen kuntoutuksen osa-alueita ja sieltäkin ehkä vain yksittäisen terapian tai toimenpiteen. Perinteinen ajattelu kuntoutuksen jaottelusta lääkinälliseen, sosiaaliseen, kasvatukselliseen ja ammatilliseen kuntoutukseen laajentaa käsitettä huomattavasti, mutta samalla hämärtyy rajanveto eri toimijoiden ja toimenpiteiden välillä. Tuosta määrittelystä ollaankin jo vähitellen luopumassa. Nykyajattelussa kuntoutus nähdään moniammatillisena toimintana, jossa kuntoutuja on keskiössä.

Kuva: broombesoom. [CC BY-NC-ND 2.0]

Kuntoutuskäsitteen epämääräisyyden lisäksi on myös eri aikoina täydennettyjen kuntoutusta säätelevien lakien, asetusten ja maksujärjestelmien moninaisuus vaikeasti hallittavissa. Asiaa selkiyttämään asetettiin kuntoutuksen uudistamiskomitea, jonka marraskuussa 2017 valmistuneessa raportissa on kokonaista 55 toimenpide-ehdotusta. Ehdotusten lähtökohtina ovat asiakaslähtöisyys ja kuntoutujan palveluprosessin saumattomuus. Lisäksi lähtökohtana on, että kuntoutuksen tulee tapahtua ensisijaisesti lähellä kuntoutujan omaa toimintaympäristöä siten, että tavoitteena on omassa toimintaympäristössä pärjääminen. (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017.)

Kuntoutuskomitean (2017) raportissa kuntoutus on määritelty seuraavasti:

”Kuntoutus on kuntoutujan tarpeista ja tavoitteista lähtevä, suunnitelmallinen prosessi, jossa kuntoutuja ylläpitää ja edistää toiminta- ja työkykyään ammatillaisten tuella. Kuntoutukseen kuuluu kuntoutujan toimintaympäristöjen kehittäminen. Kuntoutus tukee kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä voimavaroja, itsenäistä elämää, työllistyvyyttä ja sosiaalista osallisuutta. Kuntoutus on osa hyvinvointipalvelujärjestelmää ja edellyttää useiden toimijoiden oikea-aikaisia ja saumattomia palveluja ja etuuksia.”

Tässä määrittelyssä on kuntoutuksen kohteeksi nostettu myös kuntoutujan toimintaympäristö, ei siis pelkästään yksilö ja hänen toimintakykynsä. Määrittely sisältää myös vaatimuksen eri toimijoiden, palvelujen ja etuuksien saumattomasta (yhteis)toiminnasta. Tämä määrittely on laadittu komitean työskentelyä varten, ei siis kaiken kattavaksi yleiseksi määrittelyksi, joka vielä odottaa tekijäänsä.

KUNTOUTUSMUODOT JA KUNTOUTUKSEN JÄRJESTÄJÄT

Kuntoutustoimenpiteitä järjestetään sosiaali- ja terveydenhuollossa, työvoimahallinnossa, ja koulutoimessa julkisella, yksityisellä ja kolmannella sektorilla. Maksajina toimivat kuntoutusmuodosta riippuen kunnat (jatkossa kenties maakunnat), kansaneläkelaitos, vakuutusyhtiöt, työvoimahallinto tai asiakkaat itse. Terveydenhuollossa kuntoutukseen kuuluu lääkinnällinen kuntoutus eri muodoissaan. Sosiaalihuollon vastuulla ovat vammaisten kuntoutus, päihdekuntou-

tuus ja sosiaalinen kuntoutus. Pitkäaikaistyöttömille suunnattu kuntouttava työtoiminta taas kuuluu työvoimahallinnon toimialaan. Ammatillinen kuntoutus tulee kyseeseen silloin, jos sairaus/vamma aiheuttaa uhan työkyvyyttämyydestä. Maksajina ovat silloin Kansaneläkelaitos tai työeläkelaitokset. Kun kuntoutuksen tarve johtuu työtapaturmasta, ammattitaudista tai liikennevahingosta, korvaajina ovat tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset. Jos työ- tai opiskelukyky on mielenterveyden häiriön vuoksi uhattuna, tulee kyseeseen kuntoutuspsykoterapia. Peruskoulun erityisopetukseen, ammatilliseen erityisopetukseen ja työhallinnon ammatilliseen kuntoutukseen liittyviä kuntoutusmuotoja tarjotaan kunkin kunnan voimavaroista riippuen. Pääosa edellä mainituista kuntoutuspalveluista on kuntoutujalle maksuttomia, mutta osasta palveluja asiakas maksaa itse. Tällaisia voivat olla esim. eri terapiat, apuvälineet tai kuntoutuslaitosjaksot. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Tämä luettelomainen esitys eri kuntoutusmuodoista rahoittajineen osoittaa, että kyse on laajasta ja monimutkaisesta palvelujen ja toimintojen verkosta. Eri kuntoutusmuodoista ovat lääkinnällinen kuntoutus ja sen yksittäiset toimenpiteet yleisimmin tunnettuja ja myös eniten hyödynnettyjä. Niihin sisältyy ihmisen toimintakyvyn palauttamiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen tähtäävä kuntoutus. Maailman terveysjärjestö (WHO) on lanseerannut kansainvälisen luokittelujärjestelmän (ICF), jonka avulla on mahdollista jäsentää ja luokitella yksilön toimintakykyä, vajaakykyisyyttä ja terveyttä. ICF tarjoaa maailman laajuisen yhteisen viitekehyksen, jonka avulla on mahdollista tarkastella kuntoutujan tilannetta kokonaisvaltaisesti ottaen huomioon paitsi yksilöön itseensä liittyviä vahvuuksia ja heikkouksia myös hänen ympäristötekijöitään. (ks. WHO 2004.) (ICF -luokittelusta katso tarkemmin Sini Puustisen artikkeli tässä julkaisussa.)

KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELU

Kuntoutuksen uudistamiskomitea (2017) ehdottaa, että asiakkaan kuntoutuksen suunnittelu on osa sosiaali- ja terveydenhuollon tai muun palvelujärjestelmän asiakassuunnitelmaa. Tätä koskevat säännökset tullaan uudistamaan sote-uudistuksen yhteydessä. Asiakassuunnitelmaan sisällytetään asiakkaan kun-



Kuva: You Belong in Longmont. [CC BY-NC-ND 2.0]

toutumisen ja toiminta- ja/tai työkyvyn tuen suunnitelma, jota kutsutaan kuntoutussuunnitelmaksi. Kaikki asiakkaan kuntoutuksessa toimivat tahot hyödyntävät asiakas-/kuntoutussuunnitelmaa tuottamalla siihen tietoa tai täydentämällä sitä. Myös arjen ympäristön, kuten kodin ja työpaikan tuen osuus ja mahdollisuudet sisältyvät suunnitelmaan. (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017.) Yhtenäistämällä eri ammattikohtaisia suunnitelmia päästäisiin eroon eri työntekijäryhmien tekemistä eri nimisistä suunnitelmista (hoitosuunnitelma, palvelusuunnitelma), tämä ohjaisi myös moniammatillista yhteistyötä

Asiakassuunnitelma tehdään yhdessä kuntoutujan ja/tai hänen läheistensä kanssa hyödyntäen GAS-ajattelua (Goal Attainment Scaling, ks. <http://www.kela.fi/gas-menetelma>). Suunnitelmaa varten tarvitaan kuntoutujan lähtötilanteen arviointia, jossa tulee hyödyntää kansallisesti hyväksyttyjä, valideja arviointivälineitä, joita on koottu TOIMIA -tietokantaan (www.toimia.fi). Kuntoutuja tulee siis ottaa mukaan

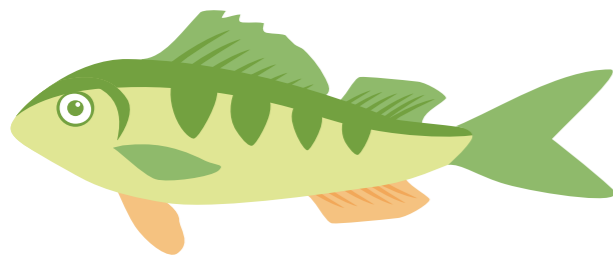
oman tilanteensa arviointiin ja kuntoutumistavoitteiden asettamiseen sekä edelleen tulosten seurantaan. Tällä on tutkitusti todettu olevan kuntoutujaa motivoiva vaikutus. Asiakassuunnitelman tekemisessä pitäisi päästä arvioimaan kuntoutujan voimavaroja, ei niinkään toimintakyvyn puutteita. Kuntoutustoimilla tavoitellaan tällöin kuntoutujan omien voimavarojen aktivoimista ja vahvistamista. Kuntoutuja on silloin aktiivisesti osallisena, kun häneen kohdistuvista toimenpiteistä päätetään.

KUNTOUTUS SOTE-UUDISTUKSESSA

Tällä hetkellä ei sosiaali- ja terveydenhuollon perustasolla ole olemassa alueellisesti toimivaa, tasalaatua ja systemaattista kuntoutusjärjestelmää. Kelan kuntoutus kohdistuu pääsääntöisesti alle 65-vuotiaisiin. Niinpä sote-alueilla tarvittaisiin alueellisia kuntoutusjärjestelmiä, jotka tarjoavat kuntoutusta tasavertaisesti kaikille sitä tarvitseville, erityisesti ikäihmisille, jotka jäävät Kelan toimien ulkopuolelle.



Maassamme on tehty viime vuosina ja tehdään parhaillaankin runsaasti erilaisia osaamistarvekartoituksia. Niissä on selkeästi noussut **kuntoutusosaamisen** ja **moniammatillisuuden** vaade niin ammatillisella perus- ja korkeakoulutustasolla kuin täydennys- ja muuntokoulutuksissakin.



Palvelumitoituksessa olisi väestön ikäryhmäkohtaiset tavoitteet otettava huomioon ja mietittävä, millaista asiantuntemusta kulloinkin tarvitaan. Kuntoutus, myös ikäihmisten kuntoutus, on tutkitusti tuloksellista ja yhteiskunnan kannalta vaikuttavaa. Ikäihmisten palveluissa tulisi päästä muuttamaan hoiva-ajattelu aktivointiajatteluksi. Kuntoutuksella on saavutettavissa sekä parempaa ja itsenäisempää elämää että huomattavia kustannussäästöjä.

Tärkeää on tietenkin myös ihmisten oma vastuu. Ammattilaisten eri toimijatahoilla ja -tasoilla on osattava neuvoa, ohjata ja sitouttaa väestöä huolehtimaan itse omasta toimintakyvystään. Tarvitaan toimivia kotikuntoutusmalleja tavoitteineen, joita myös arvioidaan säännöllisesti. Pitää pystyä hyödyntämään digitalisaation mahdollisuuksia niin etä- kuin lähikuntoutuksessakin. Omaehtoinen toimintakyvystä huolehtiminen on omiaan ehkäisemään varsinaisten kuntoutuspalvelujen tarvetta.

Vanhuspalvelulaki (2012) velvoittaa kuntia järjestämään ikäihmisten kuntoutusta, mutta lakia ei ole täysimääräisesti otettu käyttöön ja toteutettu. Hussi, Mäkinen ja Vauramo (2017) osoittavat raportissaan, että maassamme tapahtuu kustannusvuotoa, joka syntyy nimenomaan kuntoutuksen puutteesta. Maassamme kuntoutuksen puutteen vuoksi vuosittain yli 0,5 miljardia euroa ylimääräisiä kustannuksia.

Uudistuva sosiaali- ja terveysjärjestelmä haastaa paitsi ammatilliset sote-kentällä myös erittäin vahvasti ammattilaisten koulutuksen. Maassamme on tehty viime vuosina ja tehdään parhaillaankin runsaasti erilaisia osaamistarvekartoituksia. Niissä on selkeästi noussut kuntoutusosaamisen ja moniammatillisuuden vaade niin ammatillisella perus- ja korkeakoulutustasolla kuin täydennys- ja muuntokoulutuksissakin. Haasteena on, miten, kuka ja missä näitä asioita kouluttaa niin, että kuntoutus ja ihmisten toimintakyvyn tukeminen tapahtuisi kaikilla palvelujärjestelmän tasoilla ja kaikissa organisaatioissa ilman, että siihen tarvittaisiin välttämättä lääketieteen asiantuntijoiden erillistä lähetettä. Kuntoutustoimenpiteet voisivat alkaa jo ennen varsinaista sairastumista tai vammautu-

mista esim. suunnittelemalla toimintakykyä tukevia esteettömyyksiä ja saavutettavia sisä- ja ulkoympäristöjä. Esteettömyydestä hyötyisivät kaikki eikä se olisi kenehkään poissa. Viisautta olisi saada ”Design for all” -ajattelu valtavirraksi myös rakennussuunnittelussa sekä yhteisö- ja ympäristörakentamisessa.

LOPUKSI

Toivottavasti tulevassa sote-uudistuksessa otetaan kuntoutus vakavasti kaikilla palvelutasoilla ja kaikilla -sektoreilla. Mikäli uudistus johtaa maakuntamalliin, on tärkeätä valita maakuntien poliittisiin päätöksentekoihin sellaisia ihmisiä, jotka ymmärtävät kuntoutustoiminnan merkityksen ja mahdollisuudet.

LÄHTEET

Gas -menetelmä. KELA. <http://www.kela.fi/gas-menetelma> 21.2.2018

Kuntoutuksen uudistamiskomitea. 2017. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160273> 26.2.2018.

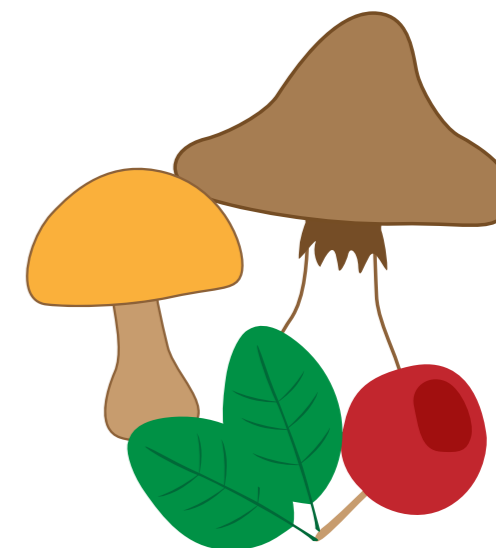
Hussi, E. Mäkinen, E. ja Vauramo, E. 2017. Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito. Kuntoutus on aina läsnä. Soten malli 2025-2030. Kaks - kunnallissalan kehittämissäätiö. <http://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/06/ikaantyyva-vaesto-006-1.pdf> 22.2.2018.

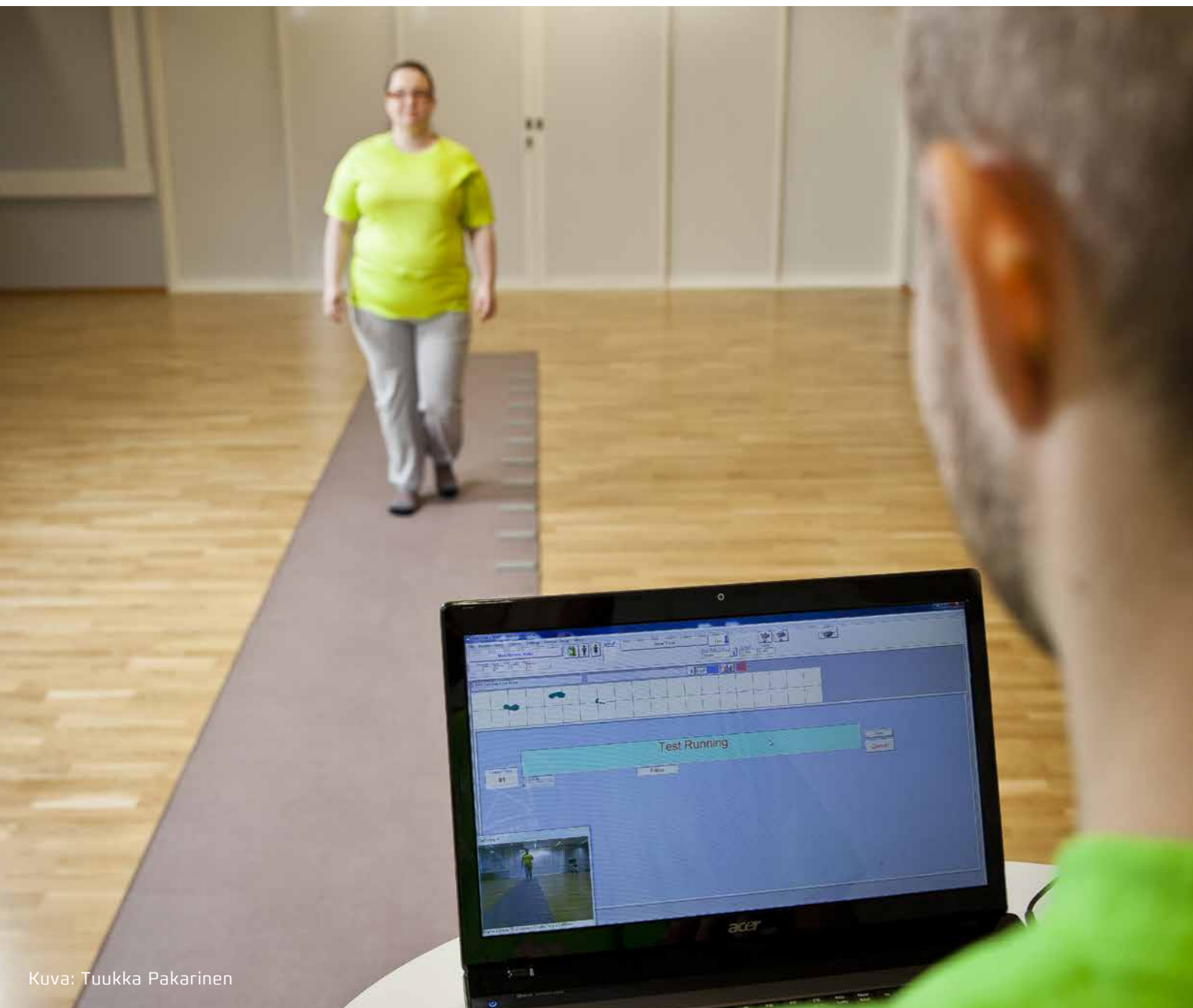
Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Kuntoutus. (<http://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>).20.2.2018.

Toimia tietokanta. THL. www.toimia.fi 21.2.2018.

Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L3P13>

WHO. 2004. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. STAKES. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Löytyy myös osoitteesta: <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>. 20.2.2018.





Kuva: Tuukka Pakarinen

ICF kuntoutumisen yhteisenä viitekehyksenä

Sini Puustinen

Lehtori, TtM, Tft, ft
Karelia-ammattikorkeakoulu

Toimintakyky tarkoittaa THL:n [2018] määritelmän mukaisesti ”ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista – työstä, opiskelusta, vapaa-ajasta ja harrastuksista, itsestä ja toisista huolehtimisesta – siinä ympäristössä, jossa hän elää.” Perinteisen terveysperustaisen kuntoutuksen sijaan, jossa sairauten tai vammaan liittyvät toimintarajoitteet ovat keskeisesti ohjanneet prosessia, on tarjolla uusi näkökulma. Toimintakykyä voidaan kuntoutumisen prosessissa tarkastella ICF-mallin avulla, jonka avulla voidaan lisätä asiakaskeskeisyyttä ja kiinnittää huomiota entistä enemmän yksilöllisiin vahvuuksiin ja voimavaroihin sekä lähiympäristön ja yhteiskunnan palvelujärjestelmän tarjoamiin mahdollisuuksiin kuntoutumisprosessia edistävinä tekijöinä. ICF-mallin tavoitteena on mahdollistaa yhtenäinen viitekehys ja kieli kuntoutumisprosessiin osallistuville henkilöille ja organisaatioille.

KUNTOUTUKSESTA KUNTOUTUMISEEN

Kuntoutuminen tarkoittaa toimintaa, jossa ”kuntoutuja määrittelee itselleen merkitykselliset ja realistiset tavoitteet, joiden saavuttamiseksi välttämättömät keinot suunnitellaan asiantuntijoiden kanssa ja toteutetaan suurilta osin itsenäisesti tai lähiympäristön tukemana” (Autti-Rämö & Salminen 2016, 14-15). Kuntoutumisen käsite korostaa asiakaslähtöisyyttä. Kuntoutuksen määritelmässä: ”kuntoutuksen tavoitteena on edistää sairaan, vammaisen tai vaja-toimintakykyisen ihmisen toimintakykyä, itsenäistä

selviytymistä, hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä” (STM 2018), taas keskiössä on kuntoutustoimenpiteet. Kuntoutuminen edellyttää asiakkaan sitoutumista sekä organisaatioiden ja ammattilaisten oikea-aikaista ja joustavaa toimintaa kuntoutumisen mahdollistamiseksi (Autti-Rämö & Salminen 2016, 15). Asiakkaan kuntoutumisprosessiin osallistuu asiantuntijoita hyvin laajasti useista eri ammattiryhmistä. Tulevaisuudessa tavoite on, että kuntoutumis- ja palvelutarpeet olisi esitetty aikaisempaa yhdenmukaisemmin ja suunnitelmat jäsenyisivät

myös yksilö- ja ympäristötekijät huomioiden. Hyvä esimerkki kuntoutumisen monialaisuudesta on ammatillisen kuntoutumisen suunnittelu, jossa vaaditaan mm. asiakkaan, työnantajan, työterveyshuollon ja työeläkeyhtiön yhteistyötä. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 45.)

ICF:N RAKENNE

Kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus, ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) edustaa kokonaisvaltaista, biopsykososiaalista näkökulmaa toimintakyvyn kuvaamisessa (THL 2016). Se tarjoaa kansainvälisesti yhtenäisen viitekehyksen ja kielen terveyteen liittyvän toiminnallisen tilan kuvaamiseen (WHO 2004, 3-4). Perusajatus ICF:ssä on, että sen avulla on mahdollisuus kuvata toimintakykyä toisessa ääripäässä hyvin spesifisti yksittäisten kehon rakenteiden tai niiden toiminnan näkökulmasta tai toisessa ääripäässä yhteiskunnallisesta osallistumisen tai elinympäristön mahdollisuuksien näkökulmasta. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 44-45). Tämän vuoksi ICF sopii viitekehykseksi moneen eri tarkoitukseen ja tilanteeseen, yksilön tai ryhmän lähtötilanteesta riippumatta. ICF voi toimia myös eri tahojen yhteistyössä, koska sitä voidaan hyödyntää yhteisenä kielenä eri ammattialoilla. (THL 2014.)

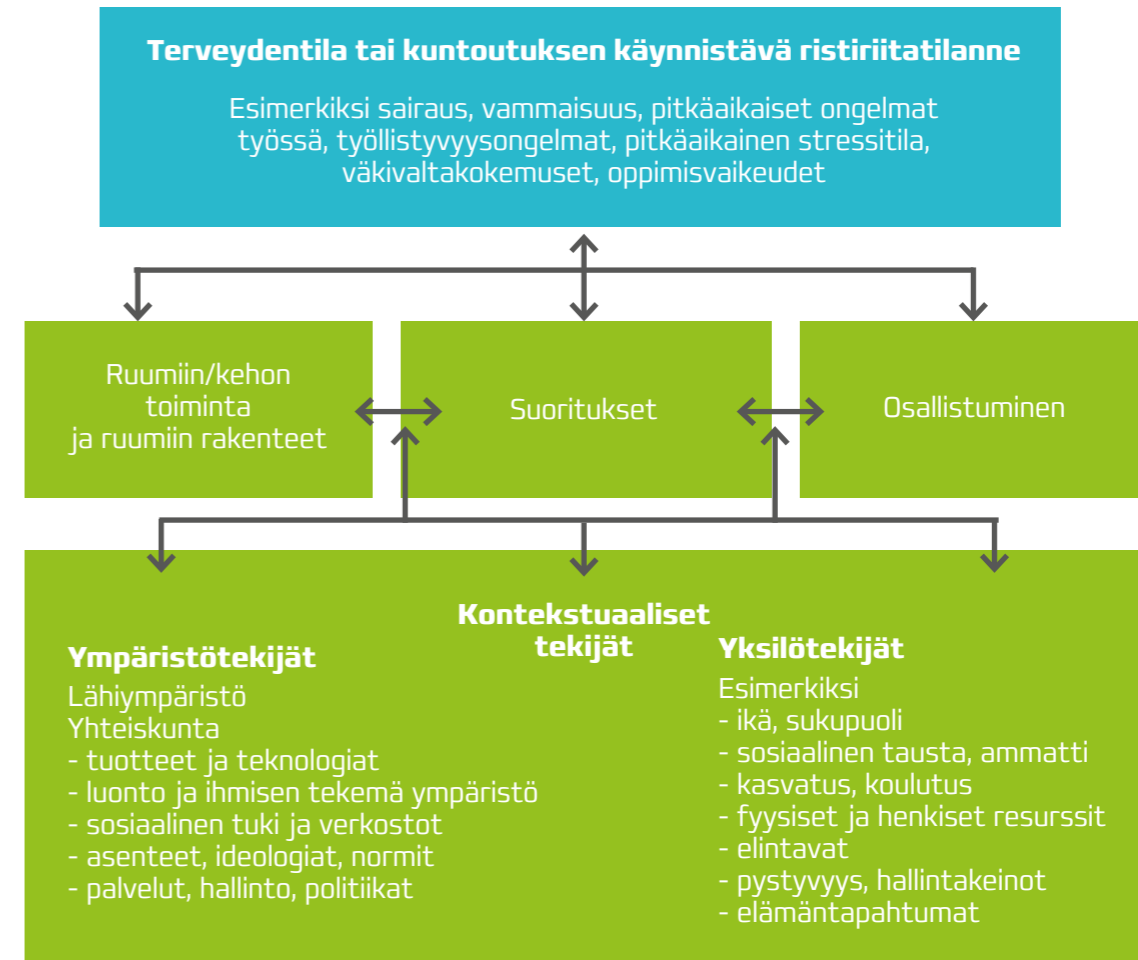
ICF:ssä toimintakykyä kuvataan viidellä eri tasolla, joita ovat 1) kehon/ruumiin toiminta ja ruumiin rakenteet, 2) suoritukset, 3) osallistuminen, 4) ympäristötekijät ja 5) yksilötekijät. Kehon/ruumiin rakenteet tarkoittavat kehon anatomisia osia, kuten luut, lihakset ja elimet. Kehon/ruumiin toimintoihin sisältyvät näiden rakenteiden ja elinten toiminta. Suorituksilla tarkoitetaan tehtäviä tai toimintoja, joita asiakas toteuttaa päivittäisessä elämässään. Osallistuminen tarkoittaa osallisuutta omaan elämään henkilökohtaisesta, yhteisöllisestä ja yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Ympäristö- ja yksilötekijät ovat ICF:ssä kontekstuaalisia tekijöitä, jotka muodostavat elämälle taustan. Ympäristötekijöissä huomio kiinnitetään fyysiseen-, sosiaaliseen- ja asenneympäristöön, jossa ihminen asuu ja elää. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 39-41.) Elämänvaihe on ympäristötekijöiden kannalta merkityksellinen. Lapsuuteen ja nuoruuteen liittyvät

koti-, päiväkot- ja kouluympäristö, työkään liittyy työympäristö ja ikääntyneellä päivittäinen toimintaympäristö. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 44). Ympäristötekijöihin kuuluvat myös erilaiset palvelut, politiikat ja hallinto. Yksilötekijät ovat yksilön henkilökohtaisia ominaisuuksia (kuten ikä, sukupuoli, koulutus, elämäntavat, tottumukset, entiset ja nykyiset kokemukset, elämänselitys, selviytymisstrategiat jne.), joita ei ole kuvattu ruumiin/kehon rakenteissa ja niiden toiminnoissa. Niin ympäristö- kuin yksilötekijät auttavat huomioimaan kunkin yksilön ohjauksen ja tuen tarpeen. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 39-41.) Kuviossa 1 on esitetty ICF:n rakenne, jossa lähtökohtaa eli terveydentilaa on laajennettu muihinkin kuntoutustarvetta aiheuttaviin tekijöihin.

ICF olisi mielekkäintä ajatella ajattelumallina, jonka avulla voidaan hahmottaa toimintakykyä kokonaisuutena eri tasot ja ulottuvuudet huomioiden ja ymmärtää, että nämä toimintakyvyn eri osa-alueet toimivat dynaamisessa vuorovaikutuksessa. ICF:n avulla ei ole tarkoitus luokitella asiakkaita tai potilaita, vaan sen avulla heidän terveyden tai toimintakyvyn piirteitä pyritään kuvaamaan heille yksilöllisissä elämäntilanteissa ja ympäristöissä (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 38).

KOHTI YHTEISTÄ KUNTOUTUMISEN VIITEKEHYSTÄ

ICF-mallia on pidetty tärkeänä edistysaskeleena kehityksessä kohti kuntoutumisen yhteistä viitekehystä. Kuntoutumisen yhteisen tietoperustan tulisi kattaa monenlaisia ilmiöitä, solutasolta yhteiskuntatasoon saakka. Yhteisen viitekehyksen tulisi näin ollen ulottua mikrosta makroon ja olla luonteeltaan biopsykososiaalinen, jossa ihminen huomioidaan fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena olentona, joka on itse aktiivinen toimija ja samalla yhteydessä fyysisen ja sosiaalisen ympäristön rakenteisiin. (Salminen, Järvikoski & Härkäpää 2016, 27.) ICF mahdollistaa toimintakyvyn tarkastelun kapealla, yhden elinjärjestelmän tasolla esim. sairauden akuuttivaiheessa ja toisaalta moniongelmaisena, vaikeasti sairastuneen tai vammautuneen henkilön toimintakyvyn arvioinnin. ICF tarjoaa toimintakykyä kuvaavia käsitteitä, joiden



Kuvio 1. ICF:n rakenne [mukaiillen Salminen, Järvikoski & Härkäpää 2016, 28]

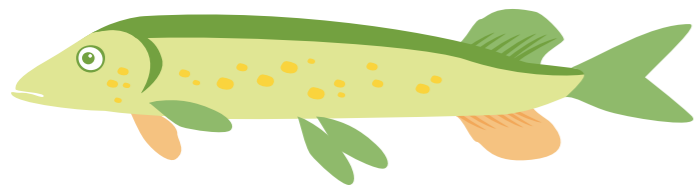
käytön laajuus riippuu käyttötarkoituksesta, tilanteesta ja arvioinnin ajankohdasta. Joskus tarvitaan laajaa, moniammatillista käsitteistöä, joskus riittävät kapean erityis sektorin spesifiset käsitteet. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 44.) Näin ollen eri alojen ammatillisista muodostuva työryhmä voi asiakkaan kanssa jäsentää tämän kuntoutumiseen liittyviä oleellisia kohteita ja sopia vastuusta ja työnjaosta keskenään (Järvikoski, Härkäpää & Salminen 2015). Kuntoutumisen lähtökohtana nykyisessä kuntoutusparadigmassa painottuu asiakaslähtöisyys, asiakkaan toimijuus ja aktiivinen osallistuminen, yhteinen tavoitteen aset-

telu ja vuorovaikutuksellinen yhteistyö. Kuntoutuksen perusarvoina tai eettisenä perustana korostetaan hyvinvointia, autonomiaa ja itsemääräämistä sekä oikeudenmukaisuutta ja ihmisten välistä tasa-arvoa. Tutkimukset viittaavat siihen, että vaikka näitä perusasioita korostetaan lähes kaikessa kuntoutuksessa, ne eivät toteudu käytännön toiminnassa läheskään aina. (Salminen, Järvikoski & Härkäpää 2016, 26.)

Asiakaslähtöisessä kuntoutumisprosessissa tavoitteellinen yhteistyö- ja vuorovaikutus perustuu asiakkaan ja kuntoutuksen ammattilaisen asiantuntemukseen. ICF tarjoaa asiakaskeskeisyyteen uuden



Tavoitteena on, että opiskelijat ymmärtävät, että ihminen on biopsykososiaalinen **kokonaisuus**, jossa kaikki eri osa-alueet ovat yhteydessä toisiinsa.



näkökulman suunniteltaessa kuntoutumisprosessia. Asiakkaalla ja ammattilaisella on mahdollisuus osallistua päätöksentekoon olosuhteiden, tilanteiden tai valintojen mukaan sekä tuoda esille omaa asiantuntijuuttaan. Näin asiakkaan yksilöllisten vahvuuksien ja voimavarojen hyödyntäminen tehdään näkyväksi ja toisaalta lähiympäristön ja yhteiskunnan palvelujärjestelmän mahdollisuudet kuntoutumisprosessia edistävinä tekijöinä on mahdollista huomioida. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 38-39.) Kuntoutuksen ammattilaiset tarkastelevat asiakkaan tilannetta omasta näkökulmastaan, jolloin haasteena on kokonaiskuvan sirpaloituminen. Tämän vuoksi yhtenäiselle viitekehykselle ja kielelle on tarvetta monialaisen työskentelyn ja kirjaamisen mahdollistumiseksi.

ICF FYSIOTERAPIAN KOULUTUKSESSA KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULUSSA

ICF-mallia toimintakyvyn viitekehysenä käsitellään fysioterapian koulutuksessa heti opintojen alkuvaiheessa. Tavoitteena on, että opiskelijat ymmärtävät, että ihminen on biopsykososiaalinen kokonaisuus, jossa kaikki eri osa-alueet ovat yhteydessä toisiinsa. Kelan standardeissa lääkinnällisestä kuntoutuksesta edellytetään ICF-mallin käyttöä asiakkaan kuntoutumisprosessia suunniteltaessa (Kela 2017), minkä vuoksi viitekehysten juurruttaminen ajatusmalliksi jo opintojen alkuvaiheessa on tärkeää. ICF-malli liitetään kattavasti ydinosaamisen opintoihin. Fysioterapian asiakasta siis lähestytään eri tilanteissa niin yksilö- kuin ympäristötekijöiden sekä ruumiin/kehon rakenteiden ja niiden toiminnan, suoritusten ja osallistumisen näkökulmasta. On ymmärrettävää, että erilaisilla fysioterapian asiakasryhmillä ja yksilöllillä asiakasryhmän sisällä toimintakyky sekä kuntoutumisen lähtökohdat ja tavoitteet ovat hyvinkin erilaisia. Näin ollen ICF istuu tähän ajattelutapaan lisäten asiakaslähtöistä, yksilöllistä lähestymistapaa.

ICF-mallia hyödynnetään myös kliinisen päätelyn kehittämisessä. Kliinisellä päätelyllä tarkoitetaan fysioterapeutin tekemää päätöksenteon prosessia, joka sisältää asiakkaan lähtötilanteen selvittämisen ja tutkimisen, informaation kognitiivisen käsittelyn, fysioterapiadiagnoosin muodostamisen toimintakyvystä, tavoitteen asetteluun, fysioterapian toteutuksen

suunnittelun ja toteutuksen sekä fysioterapiaprosessin arvioinnin (Kauranen 2017). ICF auttaa fysioterapeuttiopiskelijoita hahmottamaan kokonaisuutta, jonka yksittäiset asiat muodostavat eri toimintakyvyn osa-alueilla. Josephson (2011) on tutkinut ICFn merkitystä fysioterapeutin kliiniseen päättelyyn epäspesifin selkäkivun osalta. ICFn käyttö tuotti kokonaisvaltaisempaa ymmärrystä asiakkaan tilanteesta, jota fysioterapeutit hyödynsivät kliinisessä päätelyssä. ICFn käyttö mahdollistaa epäspesifin selkäkivun tunnistamisen ja arvioinnin sellaisena kuin se esiintyy päivittäisessä elämässä ja näin ollen helpottaa kuntoutuksen suunnittelua. Tällä tutkimustuloksella on koulutuksellista merkitystä. Erityisesti tuki- ja liikuntaelinongelmissa on riski tarkastella asiakasta hyvin biolääketieteellisestä näkökulmasta, jolloin esim. kivun monimuotoisuus ja sen vaikutukset asiakkaan päivittäiseen elämään voivat jäädä huomioimatta ilman laaja-alaista näkökulmaa.

YHTEISEN VIITEKEHYKSEN KEHITTÄMINEN

Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksessa (2015) on todettu, että ICF on hyödyllinen moniammatillista työskentelyä yhtenäistävä ja tehostava viitekehys. ICF selvensi eri ammattiryhmien ydinosaamista ja edisti moniammatillisen työryhmän kommunikointia ja dokumentointia. Tämän vuoksi ICF:n käytön lisäämistä suositellaan kuntoutustoiminnassa. ICF:n juurtuminen kuitenkin edellyttää uusien ajattelu- ja toimintatapojen omaksumista sekä jatkuvaa arviointia, koska se on monivaiheinen ja vuorovaikutteinen toimijoiden oppimisprosessi. ICF:n käytön juurtuminen edellyttääkin koulutusta, jossa moniammatillisuuden huomioiminen jo koulutusvaiheessa parantaa ICFn käytettävyyttä kaikkien ammattiryhmien osalta (Kantanen ym. 2015, 127-129.)

LÄHTEET

- Autti-Rämö, I. & Salminen, A-L. 2016. Kuntoutuksen hyvät käytännöt. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 14-17.
- Josephson, I. 2011. Physiotherapists' clinical reasoning about patients with non-specific low back pain, as described by the International Classification of Functioning, Disability and Health. Disability and Rehabilitation, Vol 33, (22-23), 2217-2228.
- Järvikoski, A., Härkäpää, K. & Salminen, A-L. 2015. Kuntoutuksen teorioista ja ICF-mallista. Kuntoutus (2), 18-30.
- Kantanen, M., Kuukkanen, T., Lautamo, T., Paltamaa, J., Perttinen, P., Piirainen, A & Sjögren, T. 2015. ICF teoriasta käytäntöön suositukset. Teoksessa Paltamaa, J. & Perttinen, P. (toim.) Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137, 127-130.
- Kela. 2017. Kuntoutussuunnitelman laatiminen. <http://www.kela.fi/kuntoutumissuunnitelman-laatiminen?inheritRedirect=true> 26.2.2018.
- Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. 2016. ICF-luokitus. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 37-55.
- Salminen, A-L., Järvikoski A., Härkäpää, K. 2016. Teoriat, viitekehukset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 20-36.
- STM. 2018. Kuntoutus. <http://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus> 26.2.2018.
- THL. 2018. Mitä toimintakyky on? <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on> 23.2.2018.
- THL. 2016. ICF luokitus. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>. 11.1.2018.
- THL. 2014. ICF:n käyttötarkoitukset. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-n-kayttotarkoitukset>. 11.1.2018.
- WHO. 2004. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42407/99/9513311597_fin.pdf. 11.1.2018.



Z

IKÄIHMISTEN KUNTOUTUS



Kuva: Bas Bogers. [CC BY-NC 2.0]

Ikäihmisellä on oikeus kuntoutukseen

Arja Jämsén

Yksikön johtaja, YTM
Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus ISO

Soile Syrjäläinen

Projektipäällikkö, HuK
Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä/Siun sote, AVOT-hanke

Kuntoutuksen kokonaisuuden selkeyttämiseen on vielä matkaa. Ikäihmisten ennaltaehkäisevä kuntoutus olisi tarpeen saada nykyistä paremmalle tolalle. I&O-kärkihankkeet uudistavat parhaillaan ikäihmisten kotikuntoutusta eri puolilla maata. Ikäihmisten tarpeita ja näkemyksiä tulee kuulla ja kuunnella. Palveluprosesseja on myös tarpeen jäsentää uudella tavalla.

Suomalainen kuntoutuslainsäädäntö on tunnetusti hajanainen ja koostuu monista eri aikoina säädetyistä palveluista ja etuuksista. Järjestelmää on uudistettu paikkailemalla sitä sieltä täältä pala palalta, ja kokonaisuudistus on antanut odottaa itseään. Sosiaali- ja terveysministeriön (2018) määritelmän mukaan kuntoutuksen tavoitteena on edistää sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä.

Kuntoutuksesta vastaavat eri lainsäädännön pohjalta useat eri organisaatiot, muun muassa Kansaneläkelaitos, kunnat, Vakuutuskeskus VKK ja Valtiokont-

tori. Samoin eri tarpeisiin ja tilanteisiin sovellettavia kuntoutusmuotoja on lukuisia:

- » lääkinällinen kuntoutus fyysisen toimintakyvyn palauttamiseen
- » kuntouttava työtoiminta pitkäaikaistyöttömille tarkoitettu lakisääteinen kuntoutusmuoto
- » ammatillinen kuntoutus, jos sairaus aiheuttaa uhan työkyvyyttömyydestä
- » kuntoutuspsykoterapia, jos työ- tai opiskelukyky on mielenterveyden häiriön vuoksi uhattuna
- » sosiaalinen kuntoutus tukee vaikeasti syrjäytyneiden henkilöiden paluuta yhteiskunnalliseen osallisuuteen vahvistamalla kuntoutettavan sosiaalista toimintakykyä ja sosiaalisen vuorovaikutuksen edellytyksiä

- » työtaturmissa ja liikenteessä vammautuneiden kuntoutus
- » sotilasvammalain mukainen kuntoutus
- » vammaispalvelut
- » vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus
- » muu sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutus peruskoulun erityisopetukseen, ammatilliseen erityisopetukseen ja työhallinnon ammatilliseen kuntoutukseen liittyviä kuntoutusmuotoja kuntien voimavaroista riippuen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Kuntoutuksen kokonaisuutta pyritään parhaillaan selkeyttämään sosiaali- ja terveysministeriön asettamalla kuntoutuksen uudistamiskomitealla. Komitea sai työnsä valmiiksi marraskuussa 2017 ja teki ehdotuksen kuntoutuksen kokonaisuudistuksesta.

Komitean työn lähtökohdiksi oli asetettu asiakaslähtöisyys, kuntoutujan palveluprosessin saumattomuus ja kuntoutuksen toteutuminen siten, että kuntoutuja selviytyy omassa arjessaan. Kuntoutus nähdään osana asiakkaan hyvinvointipalvelujen kokonaisuutta. Komitean loppuraportin yli viidestäkymmenestä kehittämisehdotuksesta suurin osa liittyy kuntoutusprosessiin ja kuntoutuksen järjestämiseen. Tärkeää ja huomionarvoista on se, että komitea painottaa erityisesti ikääntyneiden ja työttömien mahdollisuuksia kuntoutukseen. (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017.)

IKÄIHMISTEN OIKEUS KUNTOUTUKSEEN

Harmaantuvassa Suomessa on tärkeää varautua ikääntymiseen sekä väestöllisellä tasolla että yksilöllisesti. Ikäihmisten mahdollisuuksia turvalliseen, hyvään ja omannäköiseen elämään tuetaan kansallisesti erilaisin suosituksin, normeihin ja ohjeistuksin. (Vanhuspalvelulaki 2012; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019; I&O-kärkihanke 2018.)

Vanhuspalvelulain (2012) mukaisesti kunnassa tulee olla suunnitelma, ikääntymispoliittinen strategia, miten ikäihmisten hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä tuetaan. Kotona asumisen tavoitestrategiassa on keskeinen. Ikääntymispoliittinen strategia hyväk-

syttään kunnanvaltuustossa ja ikäihmisiä koskevassa päätöksenteossa noudatetaan sen linjauksia. Ikäihmistien palveluiden rakenteen ja sisältöjen uudistamiseen puolestaan tähtää hallituksen I&O-kärkihanke, jossa kehitetään ikäihmistien kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O-kärkihanke 2018; Siun sote, AVOT-hanke 2018).

Ikäihmistien kuntoutuksen voidaan kuitenkin monista suosituksista huolimatta arvioida olevan vielä ”lapsen kengissä”. Ikäihmistien kuntoutuksen ongelmina ja esteinä on nähtävissä muun muassa seuraavaa:

- » yleisellä tasolla yhteiskunnassa vallitsevat käsitykset ja mielikuvat ikääntymisestä sekä ikäihmistien toimintakyvystä ovat osin vanhentuneita tai suppeita, esimerkiksi: ”ei vanhojen ihmisten kuntoutuksesta ole mitään hyötyä”,
- » monialaista kuntoutusta on vähän, ja kuntoutus saattaa olla yksipuolista,
- » kuntoutuksen lähtökohdat ja toteutus eivät perustu ICF-mallin viitekehysten mukaiseen näkemykseen ihmisestä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena,
- » kuntoutus aloitetaan liian myöhään, ikäihmistien varhaiskuntoutukseen ei panosteta,
- » kotihoidon ja sairaanhoidon työkäytännöt saattavat usein olla ikäihmistä passivoivia,
- » ikäihmistien elämäntilanteen kokonaisuus ja sosiaalinen näkökulma ikäihmistien arkeen jäävät usein huomiotta,
- » vertaistuen ja osallisuuden voimaannuttavat mahdollisuudet saattavat jäädä käyttämättä.

MONIALAINEN KUNTOUTUS TAVOITTEENA JA KÄYTÄNTÖNÄ

Toimiva ja vaikuttava kuntoutus perustuu monialaiseen osaamiseen, tutkimukseen ja käytäntöön.

ICF-malli (International Classification of Functioning, Disability and Health) antaa toimintakyvyn määrittelylle hyvän käytäntöön soveltuvan viitekehysten. Toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä toimia ja pärjätä arjessa. Toimintakykyä arvioidaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmista. (ICF. 2013.)

Siun sotessa Pohjois-Karjalassa kokeiltiin kotihoidon asiakkaiden kanssa aktiivisemmän arjen mah-

dollisuuksia. Kokeiluun osallistui yhden kotihoidon alueen asiakkaita kuukauden ajan. Tulokset olivat niin hyviä, että Miun aktiivinen arki -työtappaa levitetään nyt Siun soten muille alueille.

Kokeilussa lähdetään ICF-mallin mukaisesti aluksi arvioimaan kotihoidon asiakkaan toimintakykyä, kykyä pärjätä jokapäiväisessä arjessa, kotioloihin soveltuvilla mittareilla. Arvioinnin kohteina ovat fyysinen toimintakyky, esimerkiksi kävely, tasapaino ja ravitsemus sekä koettu elämänlaatu ja muisti. (Muona et al. 2018. Katso myös Muonan ja Ryhäsen artikkeli tässä julkaisussa.)

Erityisen tärkeäksi osoittautui kokeilussa se, että työntekijä kertoo ja tulkitsee mittausten tulokset asiakkaalle. Asiakkaan kanssa lähdetään yhdessä miettimään arjen tavoitteita, jotka voivat olla hyvin pieniä. Tavoitteiden on kuitenkin oltava riittävän konkreettisia, esimerkiksi roskien vienti yksin ulos jätteastiaan. Tavoite kirjataan ja asetetaan näkyville vaikkapa jääkaapin oveen. Näin kaikki asiakkaan läheiset voivat tukea tavoitteiden saavuttamista. Tilanne arvioidaan kolmen kuukauden välein ja tarvittaessa tavoitteita tarkennetaan.

Ketterässä kokeilussa mukana olevien asiakkaiden toimintakyky vaihteli heikosta keskimääräiseen. Kokeilu kesti vain kuukauden, mutta osalla asiakkaista toimintakyky parani merkittävästi. Asiakkaat motivoituivat tavoitteista toimintaan, ja osa oli innoissaan yhteisistä keskusteluista ja tavoitteiden asettelusta. Myös osa omaisista innostui osallistumaan ja esimerkiksi viemään läheisiään kävelylenkille tai kulttuuri-tapahtumiin. (Muona et al. 2018.)

Ikäihmistien oma osallisuus nousee tärkeäksi tekijäksi Miun aktiivisen arjen onnistumisessa. Osallistuminen oman toimintakyvyn arviointiin on ihmiselle merkityksellistä ja voimaannuttavaa. Toimintakyvyn arviointi ja vahvistaminen kytkeytyy suoraan ihmisen arkeen, kotiin ja lähiympäristöön. Kuntoutuksen tukea tarvitaan siellä, missä ikäihmistet elävät ja toimivat.



Kuntoutuksen tukea tarvitaan siellä, missä ikäihmistet elävät ja toimivat.



OIKEA-AIKAISTA KUNTOUTUSTA TARVITAAN

Ikäihmisen kuntoutusmahdollisuudet ja voimavarat jäävät usein asiakastilanteissa tunnistamatta. Gerontologinen kuntoutus ja ikäihmisen oikeus kuntoutukseen ansaitsevat nykyistä vahvempaa tietoisuutta ja näkyvyyttä. (Pikkarainen 2015.) Tämä on myös koulutuksellinen kysymys: tarvitaan uutta asennetta ja osaamista ikääntymistä ja ikäihmisten yksilöllisistä tarpeista ja toiveista.

Pikkarainen (2015) nostaa ikääntyneiden kuntoutusta pohtiessaan esille useita kriittisiä kohtia, joita ei ikäihmisen kuntoutuksen näkökulmasta saisi hukata. Nämä ovat tilanteita, jolloin kuntoutustarve tulisi erityisen herkästi tunnistaa. Ennakoivalla toiminnalla on tilanteissa silloin paikkansa. Ihmisellä itselläänkin on näissä elämän vaiheissa ja käännekohtissa valmius ja herkyys lähteä mukaan yhteistoiminnalliseen kuntoutukselliseen vuorovaikutukseen. Seuraavassa esitetään muutamia esimerkkejä tilanteista, joissa ikäihmisen kuuleminen sekä kokonaisvaltainen kuntoutustarpeen tunnistelu ja tunnistaminen ovat tärkeitä:

- » vakavan sairauden tai tapaturman tehostettu hoito- ja kuntoutus, esimerkiksi lonkkamurtuma tai infarkti,
- » etenevä sairaus, joka heikentää toimintakykyä, esimerkiksi muistisairaus,
- » erilaiset elämäntilanteiden ongelmat, esimerkiksi leskeytyminen, yksinäisyys, työttömyys,
- » oman ikäpolven teemojen käsittelyn tarve, esimerkiksi lapsuuden ja nuoruuden kokemusten uudelleen viriäminen,
- » eläkkeelle siirtyminen,
- » muutto toiselle paikkakunnalle, uuteen omaan asuntoon tai palveluasumiseen.

LOPUKSI

Ikäihmisten kokonaisvaltaisen kuntoutuksen kehittäminen ja kuntoutuksen vaikuttavuus edellyttävät monialaista yhteistyötä. Toimintakyvyn käsitettä on syytä nykyistä enemmän laajentaa sosiaalisen ulottuvuuden suuntaan. Gerontologisen sosiaalityön asiantuntijuus voi tuoda ikäihmisen toimintakyvyn tarkasteluun ihmisen elämäntilanteen kokonaisuuden ja hänen tapansa toimia. (Kananoja & et al. 2017, 260–269.)

Ennen kaikkea tarvitaan ikäihmisten mukaan ottamista tavoitteen asetteluun, toteutukseen ja arviointiin. Ohjenuoraksi sopii vammaisliikkeen tunnuslause: ”Ei mitään meistä ilman meitä” (Vammaisten asumisen ihmisoikeuskäsikirja 2018). Onnistuakseen tässä kuntoutuksen palvelujärjestelmä tarvitsee uutta osaamista ja toimintakulttuurin ripeää muutosta.



Ennen kaikkea tarvitaan ikäihmisten mukaan ottamista tavoitteen asetteluun, toteutukseen ja arviointiin.

LÄHTEET

ICF. 2013. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.julkari.fi/handle/10024/77744>. 8.1.2018.

I&O-kärkihanke 2018. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. <http://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>. 4.1.2018.

Kuntoutuksen uudistamiskomitea. 2017. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y. 29.12.2017.

Muona, A., Nygren, K., Särnä, S., Sorjonen, K. & Ryhänen, A. 2017. Miun aktiivinen arki – ketterä kokeilu Siun soten AVOT-hankkeessa. Julkaisematon käsikirjoitus.

Pikkarainen, A. 2015. Ikääntyneiden ihmisten kuntoutus. Taustateksti oppaaseen työntekijöille. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Kansaneläkelaitos. <http://www.kela.fi/documents/10180/751941/Ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden+ihmisten+kuntoutus.pdf/5352d031-d2b1-4352-90fc-9eb77961f272>. 28.12.2017

Seppänen, M. 2017. Gerontologinen sosiaalityö. Artikkeliteoksessa Kananoja, A., Lähteinen, M., Marjamäki, P. 2017. Sosiaalityön käsikirja. Tallinna: Tietosanoma.

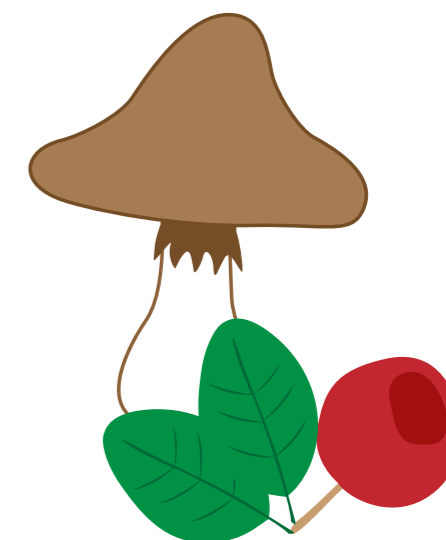
Siun sote, AVOT-hanke. 2018. Arvokasta Vanhenemista Omatuomisuutta Tukemalla. I&O-kärkihanke. https://www.facebook.com/AVOTSiunsote/?hc_ref=ARSRDVAyXr1-gSnOfr-fBwCtucBzrLBUTvekCSL7z nzUfvZOIABVjJZkLoo_ZhTnH3w&fref=nf. 15.1.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Kuntoutus. <http://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>. 2.1.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2017:6. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y 28.1.2017

Vammaisten asumisen ihmisoikeuskäsikirja. 2018. VIA-projekti. Vammaisten ihmisoikeudet asumisessa. http://www.vike.fi/via/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=52. 15.1.2018.

Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L3P13>. 15.12.2017.





Kuva: Attende Juuan Hoiva Oy, Harri Mäenpää, Studio Korento

Green Care ikääntyneiden kuntoutumisen ja hyvinvoinnin tukena

Katri Palpatzis

projektiasiantuntija, fysioterapeutti (YAMK)
Karelia-ammattikorkeakoulu

Green Care tarkoittaa luontolähtöisten menetelmien tavoitteellista hyödyntämistä ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseksi. Suomen monimuotoinen luonto, lähiympäristöt ja eläimet tarjoavat hyviä mahdollisuuksia hyödyntää niitä myös ikääntyneiden kuntoutumisen ja hyvinvoinnin tukena. Luonnon hyvinvointivaikutuksista on saatu tutkimustietoa yhä enemmän 2000-luvulla, kansainvälisiä tutkijoita ovat erityisesti kiinnostaneet Green Caren vaikutukset muistisairaille ja ikääntyneille.

HYVINVOINTIA TUKEVA YMPÄRISTÖ, KAIPUU LUONTOON

Kun ihminen joutuu jostakin syystä kuntoutuksen tai hoidon piiriin, hänen mahdollisuutensa oman ympäristön ja hyvinvoinnin hallintaan usein kapeenevat. Useat tutkimukset kuitenkin vahvistavat, että hyvinvointia tukevan ympäristön merkitys ja vaikutus on suurin juuri silloin, kun ihminen on heikoimmillaan, sairas, stressaantunut, uupunut tai vanha. Luonnollisesti mitä vähemmän ihmisellä on voimavaroja, sitä herkempi hän on ympäristön vaatimuksille. Jotta ympäristö voi tukea ikääntyneen kuntoutumista ja hyvinvointia, sen tulee tuntua turvalliselta ja herättää myönteisiä tunnetiloja asukkaassa. (Salovuori 2014, 7–11; Rappe 2017.)

Roger Ulrichin tutkimuksissa (1991, 1999) nousivat terveyttä edistävän ympäristön ominaisuuksiksi viisi päämerkitystä; hallinnantunne, mahdollisuus yksityisyyteen, mahdollisuus sosiaaliseen tukeen, mahdollisuus liikkua ja harjoitella sekä pääsy luontoon ja muihin miellyttäviin paikkoihin. Näitä ominaisuuksia varmasti moni ikääntynytkin arvostaisi omassa elinympäristössään.

Mitä enemmän ihmisen elinympäristössä on luontoa, luontoelementtejä ja mitä useammin hän pääsee ulkoilemaan ja käymään luonnossa, sitä terveemmäksi hän itsensä kokee. Rappen (2005) tutkimuksen mukaan kaunis, esteettinen ympäristö lisäsi ikääntyneiden hyvinvointia, kiitollisuutta ja tyytyväisyyttä elämään sekä puolestaan vähensi itsekkyyttä, motivoi

ihmisiä olemaan ystävällisiä ja ulospäin suuntautuneita. (Rappe 2005, 37, 39–41.)

Liikkuminen on yksi ihmisen perustarpeista ja luonnossa liikkuminen on ollut suurimmalle osalle ikääntyneistä tärkeä osa elettyä elämää. Metsissä ja soilla on marjastettu, järvillä kalastettu, metsä on tuonut turvaa ja luontoa on kunnioitettu pitämällä luonnonhenget tyytyväisinä. Valitettavasti monella ikääntymisen myötä mahdollisuus luonnossa liikkumiseen vähentyy tai se voi jäädä kokonaan pois.

Ikääntyneiden mahdollisuuksiin ulkoilla ja liikkua luonnossa voitaisiin vaikuttaa kaupunkien kaavoitus- ja yhdyskuntasuunnittelussa. Lähialueiden pienetkin puistoalueet, esteettömät ja hyväkuntoiset kevyenliikenteen reitistöt sekä riittävät lepopaikat ovat tärkeitä jokaiselle, mutta ne tulee olla myös ikääntyneiden saavutettavissa. Onneksi monissa hoito-, ryhmä- ja perhekodeissa ympäristösuunnittelu ja asukkaiden turvalliset ulkoilumahdollisuudet on jo otettu huomioon.

TAVOITTEELLINEN PUUTARHATOIMINTA – ALTISTUSTA ESTETIIKALLE JA HYVILLE MIKROBEILLE

Puutarhatoiminnan terapeuttisella voimalla on pitkät perinteet Euroopassa, mutta myös Suomesta löytyy hyviä esimerkkejä: Helsingin Lapinlahden sairaalan (1841) ja ympäri Suomea sijaitsevien psykiatristen sairaaloiden (Pitkäniemi, Kellokoski) ihastuttavat puistoalueet, jotka muistuttavat edelleen potilaiden kuntouttavasta puutarhan- ja ympäristönhoidosta.

Erja Rappe (2005) teki mittavan tutkimuksen terapeuttisen puutarhatoiminnan vaikutuksista ikääntyneille. Hänen mukaansa ikääntyneille on erityisen tärkeää visuaalinen altistus ja luonnon estetiikka, jolloin positiiviset tuntemukset rauhoittavat mieltä ja edistävät tunnetason hyvinvointia. Vaikutukset perustuvat aistitoimintojen, kognitiivisen suorituskyvyn, motoristen taitojen ja osallisuuden aktivoitumiseen. Kasvien hoitaminen tarjoaa ikääntyneille vuorovaikutteisia suhteita kasveihin ja ihmisiin. Toiminnanohjaus, sosiaaliset taidot, vastuunkanto, ongelmanratkaisukyky ja pystyvyyden tunne vahvistuvat. (Rappe 2005.)

Spring (2014) keräsi aineistoa puutarhatoiminnan vaikutuksista muistisairaita potilaita hoitavalta hoitohenkilökunnalta Ruotsissa, Tanskassa ja Norjassa. Aineiston perusteella puutarhanhoito edisti muistisairaiden fyysistä liikkumista, tarjosi kognitiivisia haasteita sekä mahdollisuuksia sosiaaliseen osallistumiseen. Sosiaalinen paikka puutarhassa oli tärkeä erityisesti muistisairaille potilaille ja puutarhat tarjosivat erilaisia kädentaitoja sekä tukivat ulkona tapahtuvaa fyysistä harjoittelua. (Spring 2014, 87, 89, 96.)

Sisällä vietetyn ajan lisääntyminen ja luonnon vähentyminen elinympäristöistä tutkitusti heikentävät ihmisen vastustuskykyä. Ihminen tarvitsee läpi elämänsä altistusta luonnon terveyttä ylläpitäville mikrobeille. Mahdollisuus työntää sormet multa, marjojen syöminen suoraan pensaasta, omenoiden poimiminen puusta, kukkien haisteleminen ja puiden halaaminen pitäisi olla myös jokaisen ikääntyneen oikeus.

ELÄINAVUSTEINEN TOIMINTA – KOSKETUSTA, ILOA, MUISTOJA JA MOTIVAATIOTA

Eläinavusteisten menetelmien vaikutukset perustuvat ikääntyneillä aistitoimintojen, muistin, tunteiden ja osallisuuden aktivoitumiseen sekä aitoon ja suoraan vuorovaikutukseen, eläimen tasapuoliseen suhtautumiseen ihmiseen (Green Care Finland, 2018).

Lasan ym. (2012) kirjallisuuskatsauksen mukaan eläinten läsnäolo lisää useiden tutkimusten mukaan iäkkäiden ruokahalua ja vähentää lääkityksen tarvetta. Vahvaa näyttöä on kipu-, mieliala- ja unilääkkeiden määrän vähentämisestä. Koira-avusteisella toiminnalla on vaikutusta muistisairaiden potilaiden motorisen aktiivisuuden paranemiseen, positiivisten tunteiden lisääntymiseen sekä ahdistuneisuuden ja alakuloisuuden vähenemiseen. (Lasa, Bocanegra, Alcaide, Arratibel, Donoso ja Ferriero 2012, 4–5.)

Kawamuran, Niiyaman ja Niiyaman (2009) tutkimuksen mukaan eläinavusteinen toiminta herätti muistisairaiden asukkaiden kiinnostuksen itseensä, muihin asukkaisiin ja heidän ympäristöönsä. Vuorovaikutus koirien kanssa loi myös keinon ilmaista itseään. Eläinavusteinen toiminta tarjosi positiivisen muutoksen päivittäisiin rutiineihin ja yhteys hoitoko-



Eläimet ovat mainioita **liikkumisen motivaattoreita**, pyörätuolissa istuva vanhus huomaamattaan kurottelee lattialle kissaa silittämään tai muuten huonosti liikkuvalla ikääntyvällä tulee helposti tehtyä pidempi lenkki koiran kanssa kuin yksin.



Kuva: Christa Gampp. [CC BY 2.0]



Aina ei ole mahdollista lähteä luontoon, joten **luontoyhteyttä** voidaan tuoda myös sisätiloihin ja ikäihmisten luo. Luontoyhteyttä voidaan aktivoita esimerkiksi kuvin, äänin, ikkunasta näkyvin maisemin tai kasvein.

din ulkopuolisten henkilöiden kanssa koettiin virkistävaksi. (Kawamura, Niiyama ja Niiyama 2009, 41–43.)

Suomessa hoitokodeissa eläinvierailuja tekevät eniten koirat, myös kissoja, kaneja, sikoja ja alpakoita on nähty ikääntyneitä asukkaita ilahduttamassa. Joillakin hoitokodeilla voi olla omia eläimiä, joiden hoitoon asukkaat osallistuvat ja asukkaat voivat olla jopa neuvovina osapuolina hoitotoimenpiteissä. Eläimet ovat mainioita liikkumisen motivaattoreita, pyörätuolissa istuva vanhus huomaamattaan kurottelee lattialle kissaa silittämään tai muuten huonosti liikkuvalla ikääntyvällä tulee helposti tehtyä pidempi lenkki koiran kanssa kuin yksin. Ryhmätoimintoihin tai fysioterapiaan on myös mukavampi lähteä, jos tietää, että siellä on koira mukana toiminnoissa.

Green Care maatiloja toimii tällä hetkellä Suomessa noin 300. Ne tarjoavat hoivapalveluita päätoimisesti eri asiakasryhmille, myös ikääntyneille. Toiminnassa hyödynnetään maaseudun ja maatalouden resursseja hyvinvoinnin ja elämänlaadun parantamiseksi. (ProAgria 2014.) Green Care -maatilat ovat hyvä vaihtoehto perinteisille hoitokodeille, koska ne tarjoavat asukkaille mahdollisuuksia sitoutua aktiviteetteihin, sosiaalista vuorovaikutusta, fyysisiä aktiviteetteja ja enemmän mahdollisuuksia ulkoiluun (De Boer, Hamers, Zwakhalen, Tan, Beerens & Verbeek, 2016, 45).

LUONTO KOETAAN KAIKILLA AISTEILLA, AISTIKOKEMUKSET OVAT OSALLISUUTTA

Luonto koetaan kaikilla aisteilla ja elvyttävimmät luontokokemukset syntyvät erityisesti kuulo-, näkö ja hajuaistin välityksellä. Aistikokemuksilla on todettu erityisesti muistisairaille olevan suuria merkityksiä turvallisuuden, yhteenkuuluvuuden ja muistin aktivoitumisen kannalta. Aistit välittävät aivoille tietoa ihmisen ulkoisesta sekä sisäisestä ympäristöstä ja herättävät sitä kautta muistoja ja mielikuvia. (Sitra 2013, 25–31.)

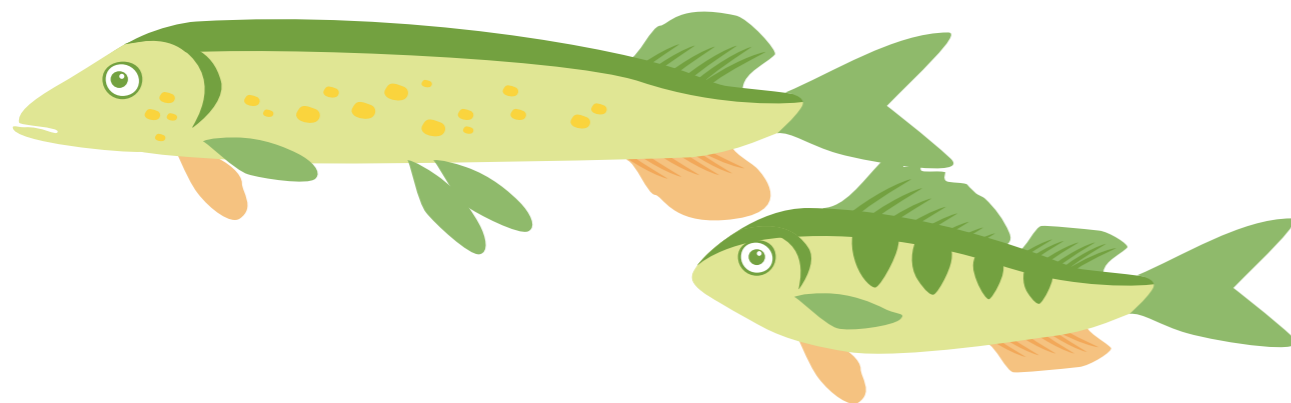
Vihreä väri rauhoittaa ihmistä, sen näkeminen laskee sykettä ja vähentää stressiä. Hajut ovat vahvoja muistojen herättäjiä. Mitä voimakkaampi tunnekokemus tuoksuun liittyy, sitä paremmin se säilyy mielessä. Tuomen, juhannusrusun tai saunavastan tuoksu voi palauttaa herkän muiston vuosikymmentenkin takaa tähän hetkeen. Linnunlaulu ja sateen ropina rauhoittavat, luonnon äänet auttavat pääsemään uneen. (Sitra 2013, 25–29; Rappe & Koivunen 2017, 14)

Aina ei ole mahdollista lähteä luontoon, joten luontoyhteyttä voidaan tuoda myös sisätiloihin ja ikäihmisten luo. Luontoyhteyttä voidaan aktivoita esimerkiksi kuvin, äänin, ikkunasta näkyvin maisemin tai kasvein. Luontomateriaalien käyttö askartelussa tai muistin aktivoinnissa tarjoavat samaistumiskokemuksia ja vertaiskuvia. Ne myös viestittävät ainutkertaisuutta ja herättävät tunteita. Joskus voi olla helpompi puhua jonkun konkreettisen asian kautta tunnetilastaan; esimerkiksi kivistä tai kukasta, kuin ilmaista sitä suoraan sanoin. (Arvonen 2014, 61–63; Salonen 2005, 95.)

Ekopsykologian mukaan ihminen on erottamaton osa luontoa, jossa ihminen on vastavuoroisessa suhteessa luontoon. Salosen mukaan on kyse yhteydessä elämisestä ja yhteyden, osallisuuden tunteesta. Osallisuuden tunne voi liittyä paikkaan, maisemaan tai kokemukseen, jolloin se syntyy aistikokemusten, tunteiden ja muistojen kautta. (Salonen 2005; 2010.) Luontokokemukset tulisi mahdollistaa ja niiden tulisi olla jokamiehen oikeuksia jokaiselle ihmiselle elämän loppuun saakka.

LÄHTEET

- Arvonen, S. 2014. Metsämieli – Luonnollinen menetelmä mielentaitoihin. Latvia: Metsäkustannus Oy.
- De Boer, B., Hamers, J., Zwakhalen, S., Tan, F., Beerens, H. & Verbeek, H., 2016. Green Care Farms as Innovative Nursing Homes, Promoting Activities and Social Interaction for People With Dementia. [http://www.jamda.com/article/S15258610\(16\)304911/pdf](http://www.jamda.com/article/S15258610(16)304911/pdf). 16.2.2018
- Green Care Finland Ry. 2018. <http://www.gcf Finland.fi/green-care/-/vaikuttavuus/luonto-sote-palveluissa/elainavusteinen-kuntoutus/> 27.2.2018
- Kawamura, M., Niiyama, M. & Niiyama, H. 2009. Animal assisted activity. Experiences of Institutionalized Japanese Older Adults. 16.2.2018.
- Lasa, S. M., Bocanegra, N. M., Alcaide, R. V., Arratibel, M.A., Donoso, E. V. & Ferriero, G. 2012. Animal assisted interventions in neurorehabilitation: a review of the most recent literature. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173580814001539> 20.2.2018.
- ProAgria 2014. Hyvinvointi. <https://www.proagria.fi/toimialat/hyvinvointi>. 18.2.2018.
- Rappe, E. 2005. The influence of a green environment and horticultural activities on the subjective well-being of the elderly living in long-term care. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/maa/sbiol/vk/rappe/> 22.2.2018.
- Rappe, E. 2017. Puutarhan terapeutin käyttö hyvinvointipalveluissa. Luento Leväniemen toimintakeskuksessa Green Care – Green Karelia -hankkeen koulutustilaisuudessa. 1.6.2017.
- Rappe, E. & Koivunen, T. 2017. Hoitokodin kasvit. Helsinki: Copyright Ikäinstituutti.
- Salonen, K. 2005. Mieli ja maisemat – Eko- ja ympäristöpsykologian näkökulma. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Salonen, K. 2010. Mielen luonto – Eko- ja ympäristöpsykologian näkökulma. Helsinki: Green Spot.
- Spring, J. 2014. Design of evidence-based gardens and garden therapy for neurodisability in Scandinavia: data from 14 sites. <https://www.futuremedicine.com/doi/pdf/10.2217/nmt.16.2>.
- Ulrich, R. S. 1981. Natural Versus Urban Scenes. Some Psychophysiological Effects. https://www.researchgate.net/publication/249623753_Natural_Versus_Urban_ScenesSome_Psychophysiological_Effects. 16.2.2018.





3

REFLEKTIIVISIÄ PUHEENVUOROJA FYSIOTERAPIASTA



Kuva: Penn State. [CC BY-NC 2.0]

Fysioterapeuttinen ohjaaminen – reflektorinen puheenvuoro

Anu Pukki

Tuntiopettaja, TtM, ft, tft,
Karelia-ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutin ammattiosaamiseen kuuluu oleellisena osana ohjausosaaminen [Suomen fysioterapeutit 2016]. Tässä reflektorisessa puheenvuorossa esitän ajatuksiani liittyen fysioterapeuttiseen ohjaamiseen käyttäen lähtökohtana fysioterapiaprosessia. Suuntaan puheenvuoroni etenkin tuleville fysioterapian ammattilaisille avaten omaa ohjausfilosofiaani ja käyttöteoriaani. Käytän asiakas-termiä tarkoittaessani myös niitä tilanteita, joissa perinteisesti käytetään sanaa potilas, ja fysioterapiaprosessi-termiä tarkoittamaan myös ohjausprosessia.

FYSIOTERAPIAPROSESSIN KONTEKSTI

Fysioterapia on näyttöön perustuvaa, turvallista, tavoitteellista ja asiakaslähtöistä. Tämä tarkoittaa systemaattista ja vuorovaikutuksellista lähestymistapaa toiminnan kontekstista tai asiakkaan kommunikatiokyvystä riippumatta. Toimintakontekstina voi olla mikä tahansa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta yksityisellä tai julkisella sektorilla, yksilöllinen terapiatilanne tai ryhmätilanne, lähivuorovaikutuksessa tai digitaalisin keinoin etävuorovaikutuksessa. Paikka voi olla vuodeosasto, poliklinikka, asiakkaan koti tai hänen harrastusympäristönsä tai muu asiakkaan kannal-

ta tärkeä sijainti. Toimintaa raamittavat muun muassa ympäröivä palvelujärjestelmä tai yhteisö, sen säännöt, toimintatavat ja vastualueet, yleinen lainsäädäntö, välineistöön, rahoitukseen ja tiloihin liittyvät tekijät, ohjaajan tiedot, taidot, asenteet ja ohjausfilosofia sekä toiminnalle asetetut tavoitteet ja odotukset.

TARPEENARVIOINTI- JA SUUNNITTELUVAIHE

Fysioterapiaprosessin ensimmäinen vaihe on tarvearvio. Sen määrittämiseen on käytössä erilaisia menetelmiä, jotka voidaan jakaa esitietoihin perehtymiseen,

havainnointiin, haastatteluun, arviointiin ja mittamiseen. Näistä kaikista fysioterapeutti laatii synteettisen ja kiteyttää sen johtopäätöksiksi. Johtopäätökset ja esimerkiksi mittaustulokset tulee konkretisoida asiakkaalle selittäen esimerkiksi niiden merkitys liikunta- ja toimintakykyyn tai Activity of Daily Living (ADL) -toimintoihin liittyen. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF 2017) -toimintakykymalli on hyvä työkalu hankitun tiedon systemaattiseen kirjaamiseen. Elämäntapaohjauksissa ja terveyden edistämisen interventioissa työskentelynä apuna käytetään esimerkiksi motivoivan haastattelun menetelmää, valmentavan elämäntapaohjauksen periaatteita (Turku 2007) tai transteoreettiseen muutosvaihemalliin (Prochaska 1997) perustuvia analyysi- ja ohjausmenetelmiä.

Asiakaslähtöiset ja siten asiakkaalle merkitykselliset tavoitteet ovat onnistuneen ohjauksen perusta. Asiakkaan kanssa käytävä dialogi on tärkeä osa fysioterapiaprosessia ja siten myös ohjaamisosaamista. Asiakkaan osallistaminen prosessiin, hänen voimavarojensa kartoittaminen ja elämäntapaohjauksen ymmärtäminen ovat tärkeitä määriteltäessä toiminnan tavoitteita. Asiakas määrittelee tavoitteet fysioterapeutin stimuloimana. Asiakkaan pystyvyyden tunnetta tuetaan ja hänelle merkitykselliset asiat nostetaan tavoitteenasettelun keskiöön. Merkityksellisyys luo motivaatiota niin elämäntapamuutoksissa, lihasvoiman kehittämisessä, asunnonmuutostöissä tai uuden ja ergonomisemman työskentelytavan omaksumisessa. Tavoitteiden konkretisoiminen ja realistinen aika- ja resurssitavoittaminen mahdollisiin väli- ja pitkäjähtäimien tavoitteisiin on osa onnistunutta suunnittelua, jossa tarpeen määrittämisen vaiheen johtopäätökset yhdistetään asiakaslähtöisiin tavoitteisiin.

Suunnitteluvaiheessa asiakkaan kanssa käydään dialogia keinojen ja menetelmien valitsemiseksi. Fysioterapeutin ammattiosaamiseen kuuluu muun muassa tietämys ammattietiikasta, anatomiasta ja fysiologiasta, patofysiologiasta, kuormitusfysiologiasta, biomekaniikasta, motorisesta ja kognitiivisesta oppimisesta, terapeuttisesta harjoittelusta ja erilaisista terapiamenetelmistä. Tämä tietämys yhdistetään asiakkaan tavoitteisiin, toiveisiin, tietoihin ja taitoihin. Ammatillisen analyysin pohjalta esille nousee

tilanteeseen parhaiten sopivat menetelmät, jotka fysioterapeutti asiakkaan tiedonsaantioikeutta kunnioittaen esittelee hänelle perustellen ja huomioiden hänen esittämänsä toiveet terapian sisällöstä. Asiakkaalla on itsemääräämisoikeus ja fysioterapeutilla vastuu toimia ammattieettisesti kestäväällä tavalla. Dialoginen ohjauskeskustelu valittavista menetelmistä tuo nämä näkökulmat esille. Keskustelu herättänee parhaassa tapauksessa asiakkaan motivaation ja antaa hänelle ymmärryksen siitä, mitä tulee tapahtumaan ja missä järjestyksessä – ja fysioterapeutti saa palautetta menetelmien asiakkaassa herättämistä ajatuksista.

TOTEUTUSVAIHEEN FYSIOTERAPEUTINEN YKSILÖOHJAUS

Fysioterapiaprosessin toteutusvaihe perustuu edellä mainittuun tarpeenarviointiin ja asiakkaan yhdessä fysioterapeutin kanssa asettamiin tavoitteisiin ja yhteistyössä valittuihin menetelmiin. Joskus ohjauksen painotus on tiedonannossa ja neuvonnassa. Terveyden edistämiseen tähtäävissä ohjauskeskusteluissa pääpaino on asiakkaan voimaantumisen tukemisessa ja vahvistamisessa, muutospuheen tunnistamisessa ja oikea-aikaisten tukitoimien käynnistämässä. Työskentely on pääosin kognitiivisella tasolla ja fyysiselle tasolle siirrytään vasta asiakkaan motivaation ollessa sopiva. Motivoivan haastattelun tekniikoita ja valmentavan elämäntapaohjauksen periaatteita noudattamalla fysioterapeutti antaa asiakkaalleen mahdollisuuden sitoutua käsillä olevaan asiaan (Turku 2012). Kun sitoutuminen kumpua sisäisestä motivaatiosta, on mahdollista saavuttaa pysyviä muutoksia.

Siirryttäessä kognitiivisen tason ohjauksesta fyysiseen toimintaan tulee huomioida asiakaslähtöisyys. Toiminnan on näyttydyttävä asiakkaalle merkityksellisenä, motivoivana ja riittävän selkeänä. Merkityksellinen toiminta motivoi. Selkeä kognitiivinen informaatio liittyy harjoiteltavan asian sen oikeaan käyttöympäristöön esimerkiksi mielikuvien tai konkreettisten esimerkkien avulla. Tämä siirtovaikutus eli transfer on tuotava näkyviin; se, miksi jotakin asiaa harjoitellaan.

Motorisen oppimisen ohjaaminen on fysioterapeutin ydinosaamista. Tilanteesta ja asiakkaan osaamisesta ja oppimiskyvystä riippuen harjoitteet

voivat olla erilaisia tavoiteltaessa samaa lopputulosta. Lähtökohtana voi olla asiakkaan omien liikemallien, oman osaamisen ja pystyvyyden tunteen tukeminen, kuten esimerkiksi aktivoivassa kuntoutuksessa (Pyöriä ym 2015) tai Gillenin ja Burkhardtin (1998) esittelemässä toiminnallisessa lähestymistavassa. Tällöin motorista oppimista haetaan asiakkaan omien tietoisien reflektioiden kautta ja fysioterapeutin ohjauksessa enemmän reflektioita kuin toimintaa. Lähtökohtana voi toisaalta olla tiukasti ohjauksen eli verbaalisen ohjeen ja näytön perusteella toimiminen perustuen mallioppimiseen ja ulkoiseen palautteeseen tai manuaaliseen ohjaamiseen (kuva 1). Näiden kahden tavon välillä on lukematon määrä erilaisia variaatioita. Manuaalinen ohjaaminen ei ole puolesta tekemistä vaan motorisen suorituksen ohjaamista taktiilisen ja kinesteettisen aistin kautta; fasilitoiden eli vahvistaen tai inhiboiden eli hilliten.



Kuva 1. Ohjaajan verbaalinen instruktio ja välitön palaute sopivat uuden harjoitteen kokeiluvaiheeseen. Kuva: Ansa Iivanainen.



Toiminnan on näyttydyttävä asiakkaalle merkityksellisenä, motivoivana ja riittävän selkeänä. Merkityksellinen toiminta motivoi.

Jatkuva ulkoinen palaute vaikeuttaa sisäisen palautteen kehittymistä ja palautteen sisällön ja frekvenssin tulee muuttua harjoittelun myötä. Eri palautekanavien monipuolinen käyttö tukee oppimista. Motorisen oppimisen ohjaamisessa on paljon uusia tekniikoita etenkin neurologisessa kuntoutuksessa; peiliterapia, pakotettu käden käyttö, kävelysimulaattoriharjoittelu, biofeedback-ohjaus ja muut sähköimpulssiohjaukseen perustuvat toiminnan tukemisen tekniikat. Motorinen oppiminen vaatii valitusta tekniikasta riippumatta toistoja ja toiminnan ja tuloksen jatkuvaa arviointia. Joskus on tarkoituksenmukaista edetä kokonaissuorituksesta suorituksen eri osien hiomiseen, toisinaan suorituksen osista kohti kokonaissuoritusta. Fysioterapeuttisessa ohjaamisessa käytetään opeteltavan aineksen yhdistämistä tuttuun ja kehittyneemmällä tasolla myös tuntemattomaan ainekseen. Motorisen harjoittelun tukena voidaan käyttää myös mielikuva-harjoittelua.

TOTEUTUSVAIHEEN FYSIOTERAPEUTTINEN RYHMÄOHJAUS

Ryhmäinterventioiden suunnittelun pohjana on aiemmin esitelty yksilöllinen tarvearvio, joka tehdään kaikkien ryhmään osallistuvien kanssa. Ryhmämuotoiseen fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen voidaan käyttää esimerkiksi terveystestejä (Suni 2012) siihen liittyvine terveysseuloineen tai hyödyntää spesifimpiä menetelmäkohtaisia testejä. Tarpeiden tunnistamisen jälkeen fysioterapeutti suunnittelee ryhmäintervention kokonaistavoitteen ja läpileikkaavan teeman. Näin intervention ohjaustilanteet muodostavat johdonmukaisen kokonaisuuden, jossa jokaisen kerran teema ja tavoitteet ovat alisteisia kokonaistavoitteille. Ideaalitalanteessa tähän tavoitteenasetteluun ja sisältöjen suunnitteluun osallistetaan ja sitoutetaan kaikki ryhmäläiset. Terveystestien edistämisen interventioissa on käytössä precede-proceed -malli (Pietilä 2012, 100), joka tarkastelee toteutettavia interventioita monitahoisesti ja tavoitteellisesti ja kiinnittää esimerkiksi yksittäisen fysioterapeuttisen intervention laajempaan elämän laadun parantamisen kontekstiin. Fysioterapiaryhmissä on yleensä vähemmän kuin 10 osallistujaa, jotta osallistaminen ja eriyttäminen onnistuisivat ja jokainen saisi tiedoilleen ja taidoilleen

sopivan määrän ohjausta. Ryhmän koolle asettavat reunaehdot esimerkiksi Kansaneläkelaitos, vakuutusyhtiöt, valtionkonttori tai muu kustantajataho.

Ryhmäintervention harjoitteiden suunnittelussa on sama periaate kuin yksilöllisen harjoitusohjelman suunnittelussa. Suunnittelu alkaa harjoitekohtaisista tavoitteista. Tavoitteet kirjataan suunnitelmaan tyypillisesti motorisina (M), kognitiivisina (K), sosiaalis-emotionaalisina (SE) ja sosiaalis-affektiivisina (SA) asiakaslähtöisinä lausumina. Tavoitteen pohjalta mietitään harjoite, josta suunnitellaan lisäksi helpotettu ja vaikeutettu versio, jotta toimintakyvyltään erilaiset ryhmäläiset haastavat omaa suorituskykyään riittäväällä tavalla.

Vesiharjoite ikääntyneiden ryhmässä: Vesinuoleilla vuorohiihto yhdessä parin kanssa, helpotettu versio yksin ilman välinettä ja vaikeutettu versio silmät kiinni tai nopeammalla tempolla.

M: Ryhmäläinen harjoittaa sydän- ja verenkiertoelimistöään peruskestävyyden sykealueella dynaamisella, jatkuvalla kokovartaloliikkeellä.

K: Ryhmäläinen tunnistaa kuormitustason (RPE) sopivuuden.

SE: Ryhmäläinen nauttii yhteistoiminnallisesta harjoitteesta ja uskaltaa haastaa itseään.

SA: Ryhmäläinen tekee yhteistyötä parinsa kanssa ja päättää yhdessä sopivan kuormitustason.

Ohjaamisessa yksittäisten fyysisten harjoitteiden kuorma-, toisto- ja sarjamäärät ja harjoitteiden suoritusjärjestys perustuvat terapeuttisen harjoittelun periaatteisiin ja koko toimintaosion rakentamiseen voidaan käyttää esimerkiksi intervaleista rakentuvaa sydänkuntoutusmallia. Siirtovaikutus eli transfer pyritään tuomaan esiin jokaisen harjoitteen kohdalla perusteluna sille, miksi harjoitetta on hyvä tehdä ja mitä vaikutuksia sillä on esimerkiksi ADL-toimintoihin. Ryhmäkerran tiedollinen osuus voidaan suunnitella toiminnalliseksi harjoitteeksi tai vaikka muistipeliksi kertovan ohjaustyylin sijasta.

Fysioterapiassa käytetään monipuolisia ohjaustyyliä motivaation ja osallisuuden lisäämiseksi. Komentotyyli (kuva 2) sitoo ohjaajan instruktioon eli verbaalisen ohjeen antamiseen ja näyttöön, jolloin tuetaan lähinnä mallioppimista ja ulkoisen palautteen mukaista toimintaa. Harjoitustyyli ja itsearviointityy-



Kuva 2. Komentotyyliä ohjattu vesiharjoite, jossa on toimintakyvyn mukaan erilaiset harjoiteversiot.
Kuva: Anu Pukki.

li vapauttavat ohjaajan antamaan henkilökohtaista palautetta ja antavat ryhmäläiselle vapauden tehdä harjoitteita omaan taitotasoon soveltuvalla rytmillä ja itsearviointia kehittäen. Vastavuoroinen tyyli esimerkiksi parityöskentelynä antaa mahdollisuuden vertaisarviointiin ja -tukeen ja soveltuu hyvin harjoitteisiin, joista ryhmäläisillä on jo kokemusta ja osaamista. Eriytyvä harjoittelu ja käänteinen integraatio mahdollistavat toimintakyvyltään erilaisten ryhmäläisten rinnakkaisen tai yhteisen toiminnan. Näiden ohjaustyylien sovelluksia ovat esimerkiksi motoriikkarata- ja kiertoharjoittelutyylinen toiminta. Ohjatun oivaltamisen ohjaustyyli on perusolemukseltaan ryhmäyttävä ja sosiaalista vuorovaikutusta tukeva.



Fysioterapiassa käytetään **monipuolisia ohjaustyyliä** motivaation ja osallisuuden lisäämiseksi.



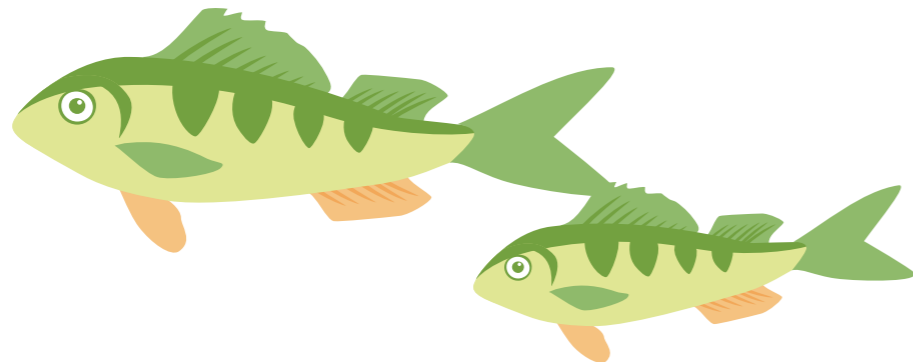
Fysioterapeutin ohjausosaamisen kehittyminen on sidoksissa **reflektiokykyyn**. Oma toimintaansa ja käyttöteoriaansa tarkastelemalla näkee omat vahvuutensa ja kehittymismahdollisuutensa.

Konvergentin ja divergentin ajattelun tyyleillä tuetaan ongelmanratkaisutaitoja ja sosiaalista vuorovaikutusta. (Mosston ja Ashworth 2002, Numminen ja Laakso 2007, 70-86 ja 109-117, Rintala ym. 2012.)

Kaikkien ohjaustyylien osana on selkeä instruktio. Instruktio muotoja voivat olla ohje (verbaalinen, audiitiivinen-ei-verbaalinen, visuaalinen, kinesteettinen), malli (valokuva, piirros, kuvasarja, video), näyttö (ohjaajan näyttö, ryhmäläisen näyttö, video) tai sisäinen malli (mielikuva). Verbaalinen ohje edellyttää kunkin harjoitteen ydinkohtien eli keypointtien, tunnistamista ja muotoilemista selkokieliseen käskymuotoon. (Talvitie ym. 2006, 181-192; Kauranen 2011, 411-426.)

”Astu oikealla jalalla pitkä askel eteen. Polvi ja varpaat osoittavat samaan suuntaan, polvi pysyy varvaslinjan takana. Vasen polvi koskettaa alustaa ja ylävarvasto on pystyssä, lannenotko säilyy. Ponnista takaisin alkuasentoon.”

Harjoitteen verbalisoidut ydinkohdat ovat samalla kohtia, joita fysioterapeutti arvioi ja joista hän antaa tarvittaessa palautetta joko yleisesti tai yksilöllisesti, verbaalisesti tai manuaalisesti, ilmein tai elein. Ne ovat myös kohtia, joita ryhmäläisten toivotaan oppivan tunnistamaan itse. Vastavuoroisessa tyylissä ryhmäläiset antavat palautetta juuri näistä samoista ydinkohdista eli käyttävät hyödyksi kokemuksellista oppimista. Hyvin ajoitettu ja esitetty palaute tukee oppimista ja pystyvyyden tunnetta ja motivoi jatkamaan harjoittelua.

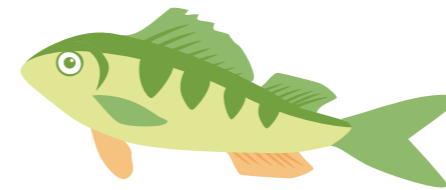


JATKUVA ARVIOINTI

Jatkuva arviointi kuuluu sekä yksilö- että ryhmäohjaamisen kaikkiin prosessin vaiheisiin. Toimintaa arvioivat niin asiakkaat kuin terapeutitkin ja arvioinnin tulee olla suunnitelmallista. Asiakkaan itsearviointikykyyn tukeminen on tärkeää, jotta asiakas pystyisi myös ilman fysioterapeutin läsnäoloa arvioimaan omaa toimintaansa ja katsomaan omaa toimintaansa metakognitiiviselta tasolta johtopäätöksiä tehden ja itselleen kiitoksia ja kehittämistehtäviä antaen.

Toteutuksen arviointiin on monenlaisia keinoja. Dialogista keskustelua käymällä päästään syvemmälle, mutta toiminnallisia menetelmiä, peukutuksia tai esimerkiksi digiteknologiaa voi hyödyntää. Yleisen palautteen lisäksi on tarkoituksenmukaista arvioida fysioterapiaprosessin toimivuutta ja toiminnan tuloksia suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Näin tehdään etenkin intervention lopussa.

Fysioterapeutin ohjausosaamisen kehittyminen on sidoksissa reflektiokykyyn. Oma toimintaansa ja käyttöteoriaansa tarkastelemalla näkee omat vahvuutensa ja kehittymismahdollisuutensa. Digiloikka ja muut ajan hengen mukanaan tuomat muutostuulet haastavat meitä fysioterapeutteja uusintamaan omaa osaamistamme. Fysioterapeuttinen etäohjaaminen olisi siten seuraavan ohjaamisartikkelin aihe.



LÄHTEET

Gillen, EG. & Burkhardt, A. 1998. Stroke rehabilitation. A function based approach. St. Louis: Mosby-Year Book.

ICF 2017. <http://www.who.int/classifications/icf/en/> 26.2.2018

Iivanainen, A. Kuva 1. Yhteistyössä tuotettu kuvasarja neurologisen asiakkaan ohjaamisesta.

Kauranen, K. 2011. Motoriikan säätely ja motorinen oppiminen. Luku 2.11: Motorisen suorituskyvyn ja oppimisen fasilitointi. Liikuntatieteellisen seuran julkaisu (167).

Mosston, M. & Ashworth, S. 2002. Teaching Physical Education. 5. edition. Benjamin Cummings.

Numminen, P. & Laakso, L. 2007. Liikunnan opetusprosessin A,B,C. Jyväskylän yliopisto.

Ojanen, S. 2006. Ohjauksesta oivallukseen: ohjausteorian käsittelyä. 3. painos. Helsinki: Palmenia-kustannus.

Pietilä, A-M. (toim) 2012. Terveiden edistäminen – Teorioista toimintaan. SanomaPro.

Prochaska, JO. & Velicer, WF. 1997. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. American Journal of Health Promotion. 12:1, 38-48.

Pyöriä, O., Reunanen, M., & Nyrkkö, H. 2015. Aktiivisuutta ja osallistumista tukeva fysioterapia aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden alkuvaiheen kuntoutuksessa: satunnaistettu seuranta tutkimus.

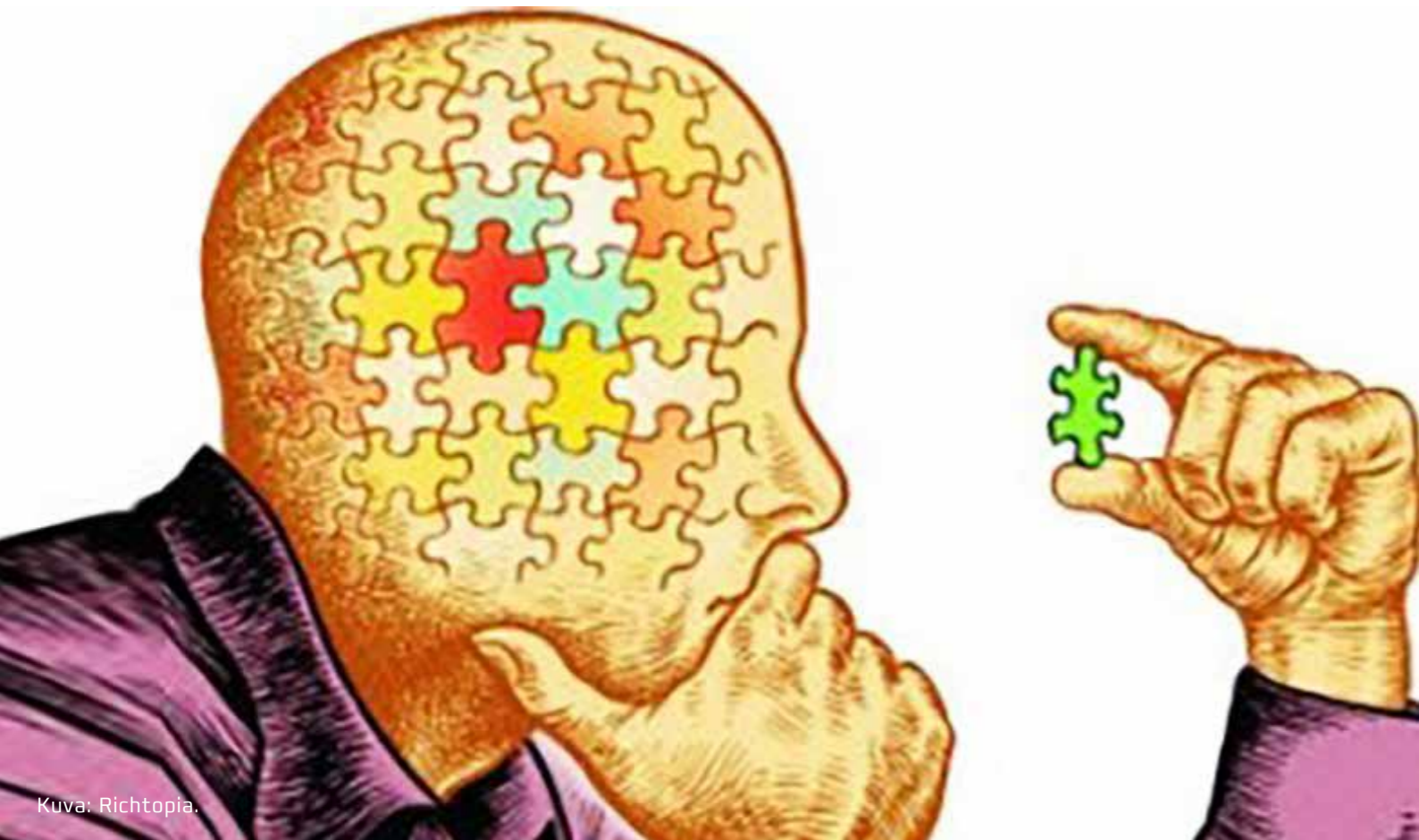
Rintala, P., Huovinen, T. & Niemelä, S. 2012. Soveltava liikunta. Liikuntatieteellinen Seura.

Suni, J. & Taulaniemi, A. (toim) 2012. Terveystestaus – Menetelmä terveystestauksen edistämiseen. SanomaPro.

Suomen fysioterapeutit 2016. Fysioterapeutin ydinosaaminen. <http://www.suomenfysioterapeutit.fi/ydinosaaminen/> 26.2.2018.

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita



Kuva: Richtopia.

Mitä tarkoittaa oikeasti vaikuttava fysioterapia?

Heikki Kivistö

Tuntiopettaja, TtM, ft
Karelia-ammattikorkeakoulu

Vaikuttavuus on suuri sana, jolla on paljon painoarvoa näyttöön perustuvassa lääketieteessä ja fysioterapiassa. Yksinkertaisimmillaan se mielletään sanaksi, joka viittaa siihen, miten paljon hyötyä jostakin kyseenomaisesta interventiosta on. Todellisuudessa vaikuttavuus fysioterapian alalla on kuitenkin huomattavasti monitahoisempi asia, kuin mitä se ensi näkemällä vaikuttaa. Vuosien varrella työskennellessäni useissa hyvinkin erilaisissa instituutioissa käsitykseni fysioterapian vaikuttavuudesta on muuttunut. Tässä kirjoitelmasa avaamini sitä, miten käsitys fysioterapian vaikuttavuudesta on kehittynyt sitä mukaa, kun olen päässyt aktiiviseksi osallistujaksi fysioterapiatieteen käytäntöön soveltamisessa, kehittämisessä ja opettamisessa.

NAIIVISTA KÄSITYKSESTÄ KOHTI MATEMAATTISTA AJATTELUTAPAA

Tämä kertomus alkaa ajasta ennen kuin olin aloittanut fysioterapian opiskelun. Olin tuolloin opiskelemassa yliopistossa soveltavaa matematiikkaa ja tietojenkäsittelytieteitä. Tuolloin käsitykseni vaikuttavuudesta tai ylipäätään fysioterapiasta oli todella yksinkertainen. Uskoin naiivisti, että vaikuttavuus tarkoittaa sitä, että asiaa on tutkittu ja tutkimuksen tulokset osoittavat tiettyyn suuntaan. Kuten moni muukin tieteen tekemiseen vähemmän perehtynyt, uskoin tutkijoiden kyllä tietävän, mistä he puhuvat ja tulosten olevan ma-

temaattisina tilastotieteellisinä ilmentyminä faktoja. Muistan törmänneeni jossakin yhteydessä Abraham Lincolnin sitaattiin, joka kuuluu suomennettuna kutakuinkin seuraavasti: "On olemassa kolmenlaisia valheita; valheita, emävalheita ja tilastoja". Mietin tuolloin, mitä hän on mahtanut sanomallaan tarkoittaa ja muistan myös ajatelleeni, että eiväthän numerot valehtele. Uskoin, että matematiikka (kuten tilastotiedekin) on yksiselitteistä, kaunista ja faktuaalista. Jos luvut kertovat jotain, niin asian on oltava silloin niin.

Soveltavaa matematiikkaa ei tosin tarvinnut kauaa opiskella, kun tuo myytti kumottiin. Matematiikka ja

tilastotieteet ovat kaikkea muuta kuin yksiselitteistä varsinkin, kun sitä sovelletaan oikean elämän ilmiöihin ja yritetään esimerkiksi tulkita sen avulla jonkin asian vaikuttavuutta. Täysin sama data voidaan saada näyttämään tulosten ja johtopäätösten valossa oikeastaan melkein miltä tahansa nostamalla esille tiettyjä asioita, jättämällä raportoimatta toisia asioita ja käyttämällä sopivia tilastotieteellisiä menetelmiä. Tulon ymmärtäneeksi Lincolnin lausahduksen, kun käytännön esimerkkien valossa kävimme läpi, miten helposti tuloksista voidaan saada harhaanjohtavia ja miten moni pieni asia voi vaikuttaa siihen, että tutkimuksen tulokset eivät ylipäätään ole luotettavia tai juurikaan sovellettavissa oikeaan elämään. Tästä ei mennyt kovinkaan kauan aikaa siihen, kun vaihdoin matematiikan opiskelun fysioterapian opintoihin.

Fysioterapiaopintojen aikana luin ja tulkitsin paljonkin tutkimuksia. Tuolloin näkemykseni vaikuttavuudesta kehittyi alkuperäisestä jo varsin paljon. Opin ymmärtämään, että yksittäisen tutkimuksen tuloksista ei yleensä voida vielä päätellä paljoakaan, ja tutkimuksia on montaa eri laatua metodologisesti ajateltuna. Tuolloisen käsitykseni mukaan vaikuttavuus tarkoitti hoitosuosituksien ja kasausten tulosten mukaisia terapeuttisia interventioita fysioterapiassa. Uskoin, että vaikuttavaa fysioterapiaa on sellainen, jossa harjoitteluohteet ja fysioterapia muine menetelmineen on todettu useammassa tutkimuksessa vaikuttavaksi. Valmistuessani fysioterapeutiksi kuvittelin tietäväni melko paljonkin siitä, miten fysioterapiaa tulisi toteuttaa, jotta tulokset olisivat asiakkaan kannalta hyviä.

FYSIOTERAPIAOPINNOT JA TYÖELÄMÄN KOKEMUS YMMÄRRYKSEN SYVENTÄJINÄ

Työelämään siirtyminen yksityiselle sektorille palautti kuitenkin välittömästi jalat maan pinnalle. Tiesin kylä, millaisilla harjoitteilla ja elämäntapamuutoksilla teoriassa pitäisi saada hyviä tuloksia aikaan, mutta olin jatkuvasti sen ongelman edessä, että kyseenalaistin fysioterapian vaikutusmekanismien. Vaikka hyviä tuloksia tulikin, niin tiedostin, että suuri osa oireiden vähentymisestä ja hyvistä tuloksista saattoi johtua spontaanista paranemisesta ja mahdollisesti

jopa placebo-efektistä. Jouduin myös sen karun realiteetin eteen, että suuri osa asiakkaista ei noudattanut annettuja ohjeita! Tuolloin tajusin asian, joka jossain määrin mullisti oman käsitykseni fysioterapian vaikuttavuudesta. Tajusin, että vaikka olisi miten hyvät näyttöön perustuvat harjoitteet, ohjeet ja muut fysioterapiamenetelmät, niiden vaikuttavuus on heikolla tasolla jos asiakkaat eivät sitoudu niihin.

Tuohon aikaan mietin usein, että se tapa, jolla asiakkaan kanssa ollaan kommunikaatiossa voi todennäköisesti vaikuttaa olennaisesti siihen, miten hyvin terapeutin ohjeisiin sitoudutaan. Kyseiseen dilemmaan löysin ratkaisun myöhemmin yliopistossa pro gradu -tutkielman muodossa, josta kerron seuraavassa kappaleessa lisää. Samaan aikaan myös painiskelin monille fysioterapeuteille tutun asian kanssa, että on olemassa usein monta erilaista koulukuntaa, joista ei pysty valitsemaan yhtä parasta, vaan ne kaikki ovat näyttöön perustuvia omalla tavallaan. Päädyin kokeilemaan hyvin monia erilaisia lähestymistapoja, mistä tiesin olevan näyttöä ja tein lopulta paljon omiakin johtopäätöksiä sen suhteen, mitä aioin jatkossakin käyttää. Tiivistettynä voisi todeta työelämän opettaneen sen, että käytännössä fysioterapian vaikuttavuuden yksi oleellinen elementti on myös terapeutin kokemus, eikä sitäkään tule väheksyä.

TIE MAISTERIKSI JA ENSIMMÄINEN OMA VAIKUTTAVUUSTUTKIMUS

Yliopisto-opinnot aloittaessani fysioterapian opettajalinjalla olin erityisesti kiinnostunut ratkaisemaan työelämässä vastaan tulleen ongelman siitä, miten asiakkaan sitoutumiseen tai motivaatioon voisi mahdollisesti vaikuttaa omalla tekemisellään. Luettuani lukuisista erilaisista poikkitieteellisistä menetelmistä, joilla voisi yrittää motivoida asiakasta ja sitä kautta toteuttaa vaikuttavampaa fysioterapiaa, löysin lopulta motivoivan haastattelun. Olin vielä samaan aikaan osa-aikaisena työelämässä fysioterapeutina ja aloin perehtyä edellä mainittuun menetelmään syvällisesti. Totesin sen käytännössä omalla kohdallani hyvin miellyttäväksi ja toimivaksi, mutta olin edelleen epäileväinen sen todellisesta vaikuttavuudesta. Helposti voi nimittäin sortua kuvittelemaan, että jokin menetelmä toimii hyvin pelkästään sen takia, että se

kuulostaa omasta mielestä järkevältä ja on kokenut sen olevan toimiva. Oma mieli saattaa joskus huijata ja saada uskomaan, että se on myös käytännössä vaikuttavampi menetelmä kuin mitä se ehkä todellisuudessa on.

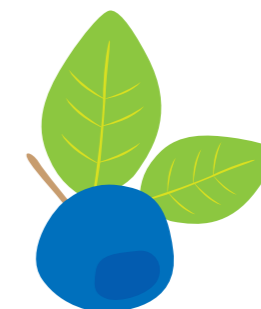
Päätin tehdä pro gradu -työnäni yliopistossa systemaattisen katsauksen ja meta-analyysin motivoivan haastattelun vaikuttavuudesta, jotta saisin vastauksen mieltäni nakertavaan kysymykseen sen vaikuttavuudesta. Jouduin rajaamaan katsaukseen mukaan tulevia tutkimuksia hyvinkin tiukasti, koska halusin tulosten olevan yleistettävissä fysioterapeutin työhön. Lopulta jäljelle jääneiden kuuden laadukkaan tutkimuksen tulokset puolsivat johdonmukaisesti sitä, että motivoivan haastattelun käyttämisellä ohjauksen ja neuvonnan tukena oli niin tilastotieteellistä kuin kliinistäkin merkitsevyyttä. Muut tutkijat olivat päätyneet vastaaviin tuloksiin, joten sain vahvistusta havainnoilleni, joita oikeassa työelämässä olin kohdannut. Gradun esittäminen tieteenpäivillä ja artikkelin kirjoittaminen Fysioterapia-lehteen lisäsivät tiedon leviämistä ja moni kiinnostuikin aiheesta. Kävimme järjestämässä koulutuksia aiheesta ja kutsuimme maailman johtavan tutkijan motivoivan haastattelun osalta luoksemme kouluttamaan meille motivoivaa haastattelua Jyväskylän yliopistolla. Tuolloin työskentelin jo projektitutkijana ja olin lopettanut kenttätöiden fysioterapeutina. Mielessäni oli varmistunut, että oikeassa elämässä vaikuttava fysioterapia on riippuvainen pitkälti terapeutin vuorovaikutustaidoista, tunneälystä ja jonkin motivoivan menetelmän käyttämisestä apuna työssä.

TERVEYSTIETEIDEN TUTKIJANA KOHTI SUUREMPAA YHTEISKUNNALLISTA YMMÄRRYSTÄ

Lopetettuani terapeutin työn ja siirryttyäni töihin Jyväskylän yliopistolle projektitutkijan työhön valmistuin pian terveystieteiden maisteriksi. Käsitykseni vaikuttavuudesta laajeni merkittävästi, kun olin mukana Kelan tutkimushankkeissa tutkijan roolissa. Aloin ymmärtää konkreettisesti, miten suuri merkitys fysioterapian vaikuttavuudessa on yhteiskunnan ja terveydenhuoltojärjestelmän toiminnalla. Aloin miettiä erityisesti sitä, miten yhteiskunnan olisi hyvä



Tajusin, että vaikka olisi miten hyvät näyttöön perustuvat harjoitteet, ohjeet ja muut fysioterapiamenetelmät, niiden **vaikuttavuus** on heikolla tasolla jos asiakkaat eivät sitoudu niihin.





Opiskelijan sitoutuminen fysioterapian opiskeluun ja **itsensä kehittämiseen** on vähintään yhtä tärkeää fysioterapian vaikuttavuuden kannalta kuin asiakkaan sitoutuminen fysioterapeutin ohjeisiin.



pyrkii enemmissä määrin ongelmien ennaltaehkäisyyn. Taatusti on kannattavampaa tunnistaa riskejä ja ennaltaehkäistä ongelmien syntymistä kuin hoitaa jo rikkoutunutta. Tutustuin vaikuttavuus -sanana sisäreun, kustannusvaikuttavuuteen.

Ei mennyt aikaakaan, kun erään kuntoutuskeskuksen johtava ylilääkäri kertoi keskustellessamme, miten ongelmallista on, että kunnollisia kustannusvaikuttavuustutkimuksia ei juurikaan ole Suomessa tehty. Kuinka pieneltä yksittäisen fysioterapeutin tekemän työn vaikuttavuus tuntuikaan mielessäni, kun aloin hahmottaa vaikuttavuutta ja sen suhdetta kustannuksiin yhteiskunnan ja järjestelmän näkökulmasta. Resurssit ovat rajalliset ja kapitalismin ohjatessa yhteiskunnan toimintaa raha ratkaisee lähes kaiken. Päätävälle taholle merkitsee kustannukset suhteessa hyötyihin, mikä on täysin ymmärrettävää, kun otetaan huomioon resurssien rajallisuus. Ongelma tuntuisi olevan, että päättäjillä on ollut pulaa luotettavasta kustannusvaikuttavuustiedosta. Raha ja resurssit puolestaan myös rajoittavat yliopistojen työtä tutkimuslaitoksina, kun ne ovat nykyään pitkälti riippuvaisia ulkopuolisesta rahoituksesta. Ei voida tutkia mitä tahansa, vaikka tiedettäisiinkin sen tiedon olevan äärimmäisen hyödyllistä. Voidaan tutkia sitä, mikä kiinnostaa rahoittajia. Onneksi rahoittajien intressit melko usein kuitenkin osuvat yhteen yliopiston ja yhteiskunnan intressien kanssa, mutta aina näin ei tietenkään ole.

Ei liene yllätys, että vaikuttavuus isossa mittakaavassa fysioterapiankin osalta on täysin kytketty politiikkaan, kuten on myös koko terveydenhuoltojärjestelmässä. Kaikessa siinä resurssien miettimisen ja poliittisten kysymysten pyörremyrskyssä näyttää joskus unohtuvan se, miksi ja ketä varten koko terveydenhuoltoa tehdään. Heidän äänensä tulisi tulla kuulluksi, ketkä pääasiassa toteuttavat ja ketkä käyttävät terveydenhuollon palveluita, jos haluttaisiin siitä mahdollisimman vaikuttavaa. Lisäksi näkisin, että muutosten kunnollinen pilotointi ja tutkiminen ennen suurempien päätösten tekemistä voisi olla järkevää. Terveydenhuollon järjestelmän kokonaisvaikuttavuus on nimittäin erittäin monimutkainen asia.

YMPYRÄN SULKEUTUMINEN JA OPETUSMAAILMAN ALKUTAIVAL

Ympyrä on vihdoinkin alkanut sulkeutua, kun aloitin viime syksynä fysioterapian tuntiopettajan työt. Luonnollisesti tämä johti siihen, että aloin ajatella fysioterapian vaikuttavuuden suhteen opetustyön merkitystä syvällisemmin. Fysioterapian vaikuttavuuteen vaikuttaa opettavien asioiden sisältö luonnollisesti hyvinkin paljon. Aivan kuten fysioterapeutin työssä vuorovaikutus- ja motiivointitaidot todettiin näyttöön perustuen tärkeiksi asiaksi vaikuttavuuden kannalta, niin saman uskoisin pätevän opetustyössäkin. Opiskelijan sitoutuminen fysioterapian opiskeluun ja itsensä kehittämiseen on vähintään yhtä tärkeää fysioterapian vaikuttavuuden kannalta kuin asiakkaan sitoutuminen fysioterapeutin ohjeisiin. Tällöin samat peruseräpäätteet olisi hyvä olla kunnossa. Opettajan ja oppilaan välinen luottamus ja kunnioitus olisi hyvä olla molemminpuolista ja opiskelun tulisi olla opiskelijalähtöistä (vrt. asiakaslähtöisyys). Kyseessä on vieläpä aikuisopiskelijoita, joilla on todettu opiskelumotiivaation kannalta olevan tärkeää autonomian tunne ja sitä kautta mahdollisuus vaikuttaa itse oppimiseensa.

Tieni on johtanut fysioterapian opiskelua edeltävältä ajalta aina opiskelijasta terapeutiksi ja tutkijaksi, ja lopulta opettajaksi asti. Käsitys vaikuttavuudesta on muuttunut ja syventynyt tuon tien aikana merkittävästi. Yhteenvedon kaikesta matkan varrella oppineestani haluaisin kuitenkin todeta, että yksi asia fysioterapian ja koko terveydenhuollon vaikuttavuuden kannalta nousee yli muiden. Se on yksi asia, jolla uskon olevan eniten merkitystä kentällä tapahtuvan vaikuttavuuden, tutkimuspuolella tapahtuvan vaikuttavuuden ja opetuspuolella tapahtuvan vaikuttavuuden kannalta. Ei liene yllätys edeltävän teksin perusteella, että tarkoitan vuorovaikutustaitoja ja niiden taustalla olevia tekijöitä, kuten tunneälykkyyttä ja sosiaalista älykkyyttä. Voisiko näiden merkitystä korostaa pääsykokeissa? Fysioterapia on yhä enemmän elämäntapamuutosten ohjaamista pienissä asioissa, kuten ergonomia tai isommissa asioissa, kuten liikuntatottumukset. Tutkimuspuoli on yhä enemmän riippuvainen ulkopuolisiin tahoihin vaikuttamisesta,

kuten rahoittajien ja päättäjien mielipiteisiin. Opetuspuoli puolestaan pedagogisine ratkaisuihin on yhä vähemmän ja vähemmän perinteistä luennointia ja yhä enemmän yhdessä tekemistä ja tiimityöskentelyä opiskelijoiden ja opettajakollegoiden kanssa. Kaikki nämä yhdessä vaikuttavat fysioterapian vaikuttavuuteen ja kaikissa niissä korostuu yli muiden vuorovaikutustaidot. Lohdullista on se, että vuorovaikutustaidot ovat taitoja siinä missä muutkin ja niissä voi aina kehittyä niin halutessaan säännöllisen reflektoinnin kautta. Lopetan tämän kirjoitelman antiikin kreikan oraakkelin viisaisiin sanoihin, joita hän korosti häneltä viisautta etsineille henkilöille ja jotka toimivat erinomaisesti myös vuorovaikutustaidoissa kehittymisen taustalla: "Tunne itsesi".





4

MONI- AMMATILLISUUTTA OPPIMASSA



Kuva: Linda Rönqvist

Voimala - tie moniammatillisen osaamisen ja asiantuntijuuden kehittymiseen

Kaisa Juvonen

Voimala-koordinaattori, ft
Karelia-ammattikorkeakoulu

Tarja Laatikainen

Tuntiopettaja, ft, tft
Karelia-ammattikorkeakoulu

Miksi niin kova puhe moniammatillisesta ja -alaisesta työskentelystä? Sen voisi nähdä myös resurssien hukkana ja tehottomuutena, kun eri alojen ammattilaisten jo muutenkin kiireisiä aikatauluja tulee sovittaa yhteen. Lisäksi pitää omaksua yhteistä viitekehystä, puhua mielellään ”samaa kieltä” ja taipua joskus jopa kompromisseihin. Voimalasta käsin katsottuna vastaus on vain kolmen sanan mittainen: asiakaslähtöisyys, yhteinen asiakas. Hänen parhaakseen eivät tee työtä yksin sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset, sillä joskus ratkaiseva osaaminen voi löytyä muiden alojen edustajilta.

MIKÄ VOIMALA?

Voimala on Karelia-ammattikorkeakoulun oppimis- ja palveluympäristö. Sen tarkoituksena on mahdollistaa opiskelijoille moniammatillisen ja -alaisen tiimityöskentelyn sekä projektiluontoisen työn harjoittelu todellisissa kehittämiskumppanuuksissa. Opiskelijoiden työn tavoitteena on kehittää ja tarjota yhteistyössä kumppaneiden kanssa sellaisia hyvinvointia, terveyttä

ja kuntoutumista edistäviä palveluja, joita muuten Pohjois-Karjalan alueella ei olisi. Kaikki opiskelijoiden toiminta kohdistuu suorasti tai epäsuorasti asiakkaisiin. Osa toiminnasta tehdään välittömässä asiakasrajapinnassa, osa on kehittämistyötä, jonka vaikutukset näkyvät välillisesti asiakkaan saamista palveluissa.

Voimalassa opiskelijat työskentelevät monialaisissa tiimeissä muodostaen vastuullisen ja itseohjautuvan

opiskelijayhteisön. Tiimeissä opiskelijat suunnittelevat, toteuttavat ja raportoivat sekä reflektovat työskentelyään erilaisissa projekteissa ensisijaisesti itsenäisesti. Tarvittaessa ohjausta antavat niin yhteistyökumppaneiden edustajat, Voimala-koordinaattori sekä Voimalan tutor-opettajat. Jäseninä on tyypillisesti hoitotyön ja fysioterapian sekä sosiaalialan opiskelijoita. Myös musiikin, liiketalouden ja median opiskelijat ovat työskennelleet Voimalassa. Ajatuksena on, että jokaisella ammattiryhmällä on osaamista, jota terveyden, hyvinvoinnin ja kuntoutumisen edistämiseksi voidaan hyödyntää. On oleellista, että opiskelijan henkilökohtaisten oppimistavoitteiden saavuttaminen on mahdollista.

ICF MONIAMMATILLISEN TIIMITYÖN VIITEKEHYKSENÄ

Kuntoutus on monialaista, suunnitelmallista ja pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa vammautuneista henkilöä mahdollisimman itsenäiseen ja normaaliin elämään (Järvikoski ym. 2011, 8–18). Toimintakyvyn, toimintarakenteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) liittyy keskeisesti tämän päivän ja tulevaisuuden kuntoutukseen. ICF:ssä kuntoutujan toimintakyky määritellään hänen terveydentilansa sekä yksilö- ja ympäristötekijöiden välisenä suhteena. (Stakes 2004.) Kuntoutus on myös yläkäsite monitasoisille palveluille, jotka nivoutuvat yleiseen palvelujärjestelmään. Suomessa on lakien ja säädösten ohjaama moninainen kuntoutusjärjestelmä. Monet organisaatiot toteuttavat kuntoutusta. (Järvikoski ym. 2011.) Kuntoutusjärjestelmämme ei kuitenkaan tarjoa kaikille kuntoutuksen tarpeessa oleville mahdollisuutta järjestelmän mukaisiin kuntoutuspalveluihin osallistumista.

ICF mahdollistaa ihmisen toimintakyvyn kuvaamisen biopsykososiaalisesta näkökulmasta. Näkökulman mukaan toimintarajoitteita tarkastellaan epäsuorana ihmisen terveydentilan ja konkreettisen elämäntilanteen vaatimusten välillä. ICF antaa moniammatillisessa ja -alaisessa toiminnassa mahdollisuuden yhteiseen kieleen ja yhteisen ymmärryksen asiakastyössä. Sen avulla voidaan tunnistaa yksilötekijöiden lisäksi myös ympäristötekijöiden vaikutukset,

voimavarat ja resurssit. Näin tulevat huomioiduksi mm. erilaiset palvelut, saatavilla oleva tuki, apuvälineet, perhe, työ ja koulutustilanne, harrastukset, motivaatio ja uskonto/elämäntilanne. ICF mahdollistaa monipuolisen yksilöllisen kuvauksen laatimisen toimintakyvystä ja siinä tapahtuvista muutoksista. (THL 2016.)

Moniammatillinen ja erityisesti -alainen tiimityö vaatii yhteisen kielen. Samaa kieltä tarvitaan kuntoutusprosessissa asiakkaan ja ammattilaisen välillä. Yhteinen kieli helpottaa tavoitteiden asettelua, työnjakoa ja auttaa ymmärtämään toisen näkökulmaa. Voimalassa opiskelijat tulevat eri koulutusohjelmista, joissa myös työtavat ovat erilaisia. Työtapojen ja ammatillisten vahvuuksien sekä osaamisen poiketessa toisistaan on hyvin tärkeää osata sanoittaa oma osaamisensa. Opiskelijoiden on välttämätöntä perustella oma näkökulmansa ja rakentaa toiminnalleen yhteinen viitekehys.

Yhteisen viitekehysten rakentaminen ei ole täysin mutkatonta. Jotta moniammatilliseen työhön kykenee, tulee oman alan ammatilliset perusasiat olla hallussa. Tästä syystä Voimalassa työskentelevät opiskelijat ovat yleensä opinnoissaan toisella tai kolmannella vuodella. Oman alan peruskäsitteet tai työkalut eivät ole välttämättä lainkaan tuttuja tiimitoverille, joten opiskelijat pääsevät harjoittelemaan asiantuntijana toimimista. Asiantuntijaosaamista vaaditaan myös kuntoutusprosessissa.

ASIAKKAAN TAVOITTEET TIIMITYÖN KESKIÖSSÄ

Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jonka avulla on mahdollista edistää ja vahvistaa ihmisen terveyttä, hyvinvointia ja omatoimisuutta kaikkina ikäkausina. Kuntoutuksen toiminnoilla pyritään auttamaan ja/tai parantamaan ihmisen toimintakykyisyyttä ja sosiaalista selviytymistä. Kuntoutuksen keinoin tuetaan ihmistä toteuttamaan hänelle tärkeissä ja merkityksellisissä asioissa. Kuntoutus perustuu yksilöllisten tarpeiden ja vahvuuksien moniammatilliseen ja -alaiseen arviointiin. (Järvikoski ym. 2011, 8–18).

Jokainen meistä on potentiaalinen kuntoutuksen tarvitsija. Kuntoutus ja kuntoutuminen ovat yhtenä

keskeisenä lähtökohtana Voimalan opiskelijoiden toimissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen parissa. Voimalassa on pyrkimys katsoa ihmistä kokonaisuutena. Terveyttä ja hyvinvointia voi edistää ja ylläpitää, aina ei ole tarve kuntoutua tai tuen tarve ei johdu selkeästi osoitetusta vammasta. Opiskelijat työskentelevät moniammatillisin, laaja-alaisin ja näyttöön perustuvien menetelmin – tärkeää on tukea asiakkaan omaa aktiivista osallistumista voimavarojensa mukaan tavoitteidensa saavuttamisessa.

Kuntoutumisen onnistumisen edellytyksenä on asiakkaan ja ammattilaisen yhteinen, yhdessä asetettu realistinen päämäärä. Tavoite voi olla hyvinkin arkinen, mutta juuri siksi niin tärkeä. Kuntoutumisen tukeminen edellyttää ammatillista osaamista, dialogisaamista, konsultointitaitoa, itsenäistä työtettä sekä kykyä toimia osana moniammatillista tiimiä. Voimalassa juuri näiden taitojen harjoittelu projektituotoisen työn – jota myös kuntoutusprosessi loppujen lopuksi on, lisäksi on keskiössä.

Yhteisen asiakkaan parhaaksi työskentely ei välttämättä tarkoita sitä, että kaikkea tehdään käsi kädessä. Voimalassa opiskelijoita kuitenkin kannustetaan yhteiseen suunnitteluun ja toteutukseen. Turvallisissa määrin jopa ammattirajojen ylittämistä pidetään suotavana, sillä asiakkaan kuntoutumisprosessia edesauttaa ammattilaisten joustava toiminta, jossa tunnustetaan laaja-alaisen osaamisen hyödyntämisen mahdollisuus.

Työskentely Voimalassa tukee opiskelijoiden ammatillista kehittymistä. Tavoitteena on, että he pystyvät vastaamaan hyvinvoinnin, terveyden ja kuntoutumisen edistämisen haasteisiin tulevaisuuden asiantuntijatehtävissä. Opiskelijat peilaavat kuntoutumisen virallisia tavoitteita ja niiden toteutumista konkreettisesti. He ovat tiiminä itsenäisesti vastuussa toimintojen suunnittelusta, toteuttamisesta ja kehittämisestä. Opiskelijat pääsevät kehittämään tärkeitä työelämätaitoja Voimalan projekteissa toimiessaan. Opiskelijoiden itse esille tuomia taitoja ovat esimerkiksi kollegiaalinen konsultointi, asiantuntijuuden kehittyminen, projektityössä toimiminen, itseohjautuvuus ja vastuullinen työote sekä tiimi- ja monialainen työ. Kaikkea tätä tukevat Voimalan yhteistyö-



Voimalassa on pyrkimys katsoa ihmistä kokonaisuutena. Terveyttä ja hyvinvointia voi edistää ja ylläpitää, aina ei ole tarve kuntoutua tai tuen tarve ei johdu selkeästi osoitetusta vammasta.

kumppanit, Voimalan tutor-opettajat, harjoittelua ohjaavat opettajat sekä Voimalan koordinaattori.

Liisa ”Lissu” Suhonen on työssään yliopettajana ollut vahvasti mukana Voimalan kehittämisessä alusta pitäen. Muun muassa ajatus opiskelijayhteisössä oppimisesta sekä kuntoutuksen laaja-alainen käsite ovat teemoja, joita hän on aktiivisesti vienyt eteenpäin. Lissun kokemus ja laajakatseisuus on luonut pohjaa sille, että Voimalan toiminta on kehittynyt yhä monialaisemmaksi. Viime vuosina Lissun rooli Voimalassa on muuttunut päivittäin mukana olevasta opettajasta enemmän tarpeelliseksi taustavaikuttajaksi ja mentoriksi.

LÄHTEET

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy, 8–18.

Stakes 2004. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Jyväskylä: Bookwell Oy, 3–21.

THL. 2016. ICF-luokitus. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus> 20.2.2018.



Kuva: StockSnap/Bench Accounting.

Oppia muistisairaista ryhmätoiminnan kautta

Tuula Riikonen

Tuntiopettaja, TtM, ft
Karelia-ammattikorkeakoulu

Muistin ongelmat ja muistisairaudet liittyvät mielessämme ikääntymiseen. Mitäs jos muistisairaus alkaakin keski-ässä, sairastuneella on tulevaisuuden suunnitelmia, hän on työelämässä ja hänellä on perhe ja lapsia? Työikäisen täysipainoista elämää ja työuran jatkumista voidaan tukea eteenpäin, kun diagnoosi tehdään varhaisessa vaiheessa. Muistiyhdistyksillä on tärkeä rooli tiedon jakajana sairaudesta sekä kuntouttavan toiminnan järjestäjänä niin sairastuneille kuin omaisille. Karelia-ammattikorkeakoulu on tehnyt yhteistyötä Pohjois-Karjalan Muisti ry:n kanssa vuodesta 2011 alkaen. Opiskelijat ovat kehittäneet työikäisille muistisairaiden kuntouttavan ryhmätoimintamallin yhteistyössä yhdistyksen kanssa. Eri koulutusohjelmien opiskelijat toteuttavat tätä ryhmää tiiminä Karelian moniammatillisessa oppimisympäristössä säännöllisenä toimintana.

TYÖN MUUTOS JA DIAGNOSOINNIN HAASTEELLISUUS?

Työikäisiä muistisairaita on tällä hetkellä Suomessa noin 7000. Yleisin diagnoosi on Alzheimerin tauti. Perinnöllisiä sekä epätyypillisiä sairauksien muotoja esiintyy heillä enemmän ikäihmisiin verrattuna. Työelämä tekee haasteelliseksi muistisairauden varhaisen tunnistamisen. Muistitoimintaan kohdistuvat vaatimukset lisääntyvät työelämässä koko ajan. Tietotekniikan käyttö laajenee, työtä tehdään vahvasti verkostoissa, työprosessit muuttuvat jatkuvasti ja joustavuusvaati-

mukset ovat kasvaneet työntekijöille koko ajan. Keskeytyminen työhön häiriintyy muutosten ja paineen seurauksena. Kaikki eivät selviä tässä muutoksessa. Kuormitus heikentää jo itsessään kapasiteettiä. Yhtenä altistavana tekijänä taustalla voi olla lisäksi matala kognitiivinen suorituskyky.

Suomessa ei ole tehty viime vuosina tutkimuksia, jotka kohdistuisivat työikäisten muistisairauksiin. Aikaisempien väestötutkimusten perusteella 30-65-vuotiaista 25 %:lla on dementia-asteinen sairaus. Kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että Alzheimerin

tauti aiheuttaa 1/3:n työikäisten muistisairauksista. Eurooppalaisten tutkimusten mukaan muistisairaudet tulevat kaiken kaikkiaan lisääntymään kaksinkertaisesti vuoteen 2050 mennessä. (Hallikainen ja Remes 2015, 1647-1652)

Diagnosointi on haasteellista. Usein muuttunutta tilannetta selittää masennusoireet, alkoholin riskikäyttö, työuupumus ja uniongelmat, jotka ovat hoidettavia tekijöitä. Työuupumuksen ja masennuksen erottaminen varhaisista muistin ongelmista on siis haasteellista oireiden epäspesifisyyden vuoksi. Sairaus alkaa työikäisillä jopa 22-64 % tapauksista muilla oireilla kuin muistiongelmilla. Se voi ilmetä alussa esim. hahmottamisen ja tiedonkäsittelyn oireina. Ahdistuneisuusoire ja kielelliset vaikeudet vaikeuttavat myös oikeaa diagnosointia. Taudin yksilöllistä etenemistä ei pystytä vielä ennustamaan, varhainen alkamisikä joka tapauksessa ennakoii nopeaa kognitiivista heikentymistä. (Hallikainen ja Remes 2015, 1647-1652)

Seuraavassa luettelossa on työikäisten muistisairauksen liittyvät oireet kuvattuna muistihäiriöön ja tiedonkäsittelyn ongelmiin liittyen (Hallikainen, Mönkäre ja Nukari 2017, 217).

1. Muistitoimintojen ja hahmottamiskyvyn heikkenemiseen liittyvät oireet:
 - » Lähimuistin heikkeneminen
 - » Toistuvat unohtelut, jotka haittaavat töitä ja askareita
 - » Esineiden katoaminen ja niiden jatkuva etsiminen
 - » Uuden oppimisen vaikeudet
 - » Vaikeus käyttää rahaa ja ymmärtää kelloa
 - » Vaikeus ymmärtää esineiden käyttötapoja tai toimintaohjeita
 - » Ajan- ja paikantajun heikentyminen
2. Toiminnanohjaukseen ja tiedonkäsittelyyn liittyvät oireet:
 - » Tarkkaavaisuuden ja keskittymiskyvyn häiriintyminen
 - » Vaikeus tehdä päätöksiä ja ratkaista ongelmia
 - » Aloitekyvyn heikkeneminen ja vetäytyminen

- » Hienomotoriikan heikentyminen
- » Kommunikaatiokyvyn heikentyminen, esim. vaikeus löytää sanoja

3. Käyttäytymisen muutokset:

- » Vireystilan vaihtelu päivästä ja vuorokaudenajasta toiseen
- » Muutokset käyttäytymisessä, psykiatriset oireet
- » Mielialamuutokset tai ahdistuneisuus
- » Sekavuus, epäluuloisuus ja pelokkuus
- » Harhaisuus

Lähde: Hallikainen M., Mönkäre R., Nukari T., 2017, 217.

RYHMÄTOIMINNAN HYÖDYT MUISTISAIRAILLE

Muistisairaille on tärkeää kohdata samassa elämäntilanteessa olevia saman kokeneita ikätovereita. Vertaistuki on tärkeää sairauteen sopeutumisen ja kuntoutumisen kannalta. Muistiyhdistyksen ryhmässä tarjoutuu sairastuneille turvallinen seura jakaa elämänsä tarinaa, puhua tunteista ja kokemuksista. Ystävyyssuhteiden ylläpitäminen ja sosiaalisuus on äärimmäisen tärkeää kuten myös harrastusten säilyttäminen. (Muistiliitto 2018.)

Monet tutkimukset ovat osoittaneet, että ryhmämuotoisilla interventioilla on vaikutusta muistisairaana toimintakykyyn. Sekä lievässä muistin heikkenemisessä että jo sairastuneella se parantaa kognitiota, ja neuropsykologiset oireet saattavat vähentyä. Esimerkiksi liikunnallinen ryhmä parantaa liikuntakyvyn lisäksi myös toimintakykyä. Ryhmätoiminta on kannustavaa ja sillä voidaan ehkäistä laitoshoidon joutumista. (Kautiainen ym. 2013, 55)

Musiikkia voidaan käyttää ryhmässä rentoutumiseen tai aktivoimiseen. Tutkimukset tukevat musiikin hyötyjä vahvasti. Se aktivoi hermoverkostoa, joka säätelee vireystilaa, huomiokykyä, käsitteellistä ajattelua, motoriikkaa, muistia ja tunteita. Musiikki herättää aistiärsyksiä vahvasti. Muutoksia näkyy hormonijärjestelmässä sekä autonomisen hermostossa, sydämen lyöntitiheydessä, hengitystahdissa ja kortisolin erittymisessä. Musiikki lievittää myös ahdistuneisuutta. (Haapamäki T 2013, 11.)

”MUISTIN VIRKISTÄJÄT” -RYHMÄTOIMINTAMALLI

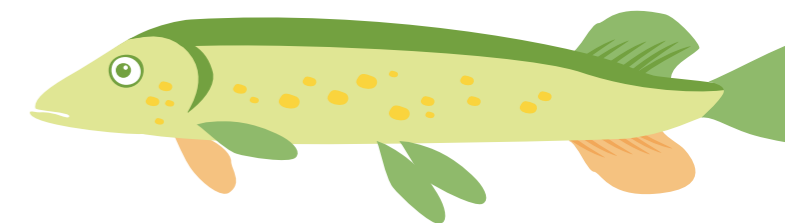
Pohjois-Karjalan Muisti ry toteutti 2017 Majakka-hankkeen, jossa kehitettiin vertaisryhmiä työikäisenä sairastuneille ja työssäkäyville omaisille sekä muistiaktiivi- ja kokemusasajatoimintaa. Lisäksi aloitettiin yhteinen Facebook-ryhmä. Yhteistyö työterveyshuoltoon, erikoissairaanhoidon ja henkilökohtaisen avun palveluihin olivat myös kehittämisen kohteena. Hankkeeseen liittyen Karelia-ammattikorkeakoulun opiskelijat kehittivät työikäisten muistisairaiden ryhmätoimintamallin, ”Muistin virkistäjät”. Kohde-ryhmänä ovat nuoremmat, joilla on haasteita esim. hahmottamisessa. Tavoitteena on tukea arjen askareissa onnistumista, tarjota osallistujille monipuolista, hauskaa, sosiaalista toimintaa. Ryhmä toteutetaan Karelia-ammattikorkeakoulun moniammatillisessa oppimisympäristössä Voimalassa opiskelijoiden harjoittelujaksoihin liittyen.

Voimalassa fysioterapia-, sairaanhoitaja-, sosionomi- ja musiikin opiskelijat työskentelevät yhdessä moniammatillisissa tiimeissä. He oppivat työelämätaitoja ja tutustuvat toistensa osaamiseen. Tänä vuonna moniammatillisuus on lisääntynyt, kun lähihoitajaopiskelijat ammattiopisto Riveriasta ovat tulleet mukaan. Opiskelijat saavat arvokasta kokemusta ja tietoa muistisairaiden kohtaamisesta, kuntouttavien ryhmien suunnittelusta ja järjestämisestä. Vertaistuki ja sosiaalinen kanssakäyminen ovat työskentelyn vahvuuksia.

Työikäisten muistisairaiden ryhmätoimintamallissa on kuvattu 17 erilaista ryhmäkerran toteutustapaa. Jokaiselle toteutukselle on kuvattu selkeä tavoite, tarvittavat materiaalit ja toteutus. Lisäksi on nostettu esille erityisesti huomioitavaa kulloiseenkin kertaan liittyen. Valmiin materiaalin kautta opiskelijat pääsevät helpommin aloittamaan muistisairaiden kanssa toimintaa tiiminä. Osalle tämä on ensi kontakti muistisairaiden kanssa tai ensimmäinen kerta toimia ryhmässä muistisairaiden kanssa.



ryhmämuotoisilla interventioilla on vaikutusta muistisairaana **toimintakykyyn**. Sekä lievässä muistin heikkenemisessä että jo sairastuneella se parantaa kognitiota, ja neuropsykologiset oireet saattavat vähentyä.



Esimerkki ryhmäkerran kuvauksesta: Musiikki-maalaukset

- » **Materiaali:** Musiikki, vesiväritarvikkeet, iso paperi.
- » **Tavoite:** Mielikuvien ja tunteiden herättely taiteen kautta.
- » **Mitä tehdään:** Musiikin soidessa taustalla osallistujat ohjataan maalaamaan mieleen tulevia asioita. Tarvittaessa ohjataan ja autetaan maalauksen aikana. Jokainen saa halutessaan esitellä oman taideteoksen ja kerta tunnelmistaan.
- » **Huomioitavaa:** Musiikki voi toimia tilanteen mukaan enemmän vain taustamusiikkina maalaukselle. Maalaus onnistuu myös hahmottamisen vaikeuksista kärsiviltä, sillä heidän on helppo ohjattuna vedellä viivoja pensselillä.

Ryhmätoiminnassa sovelletaan UKK-instituutin liikuntasuosituksia (UKK -instituutti 2017). Muistisairas liikkuu omien voimavarojen mukaan. Tuen ja ohjauksen merkitys liikkumisessa kasvaa sairauden edetessä. Muistisairas hyötyy voima-, kestävyys-, lii-

kehallinta- ja tasapainoharjoittelusta. Ryhmäliikunnassa kannattaa hyödyntää luovuutta. Esimerkiksi pelillistämisen kautta voidaan harjoittaa tasapainoa, ketteryyttä, muistia, tanssissa yhdistyy kognitiivinen ja fyysinen stimulaatio jne.

UUTTA TEKNOLOGIAA MUKAAN – MOTO-TILES

Ryhmätoimintaan voi tulla mukaan uusia hyväksi koettuja sisältöjä matkan varrella. Nyt on otettu käyttöön uutta teknologiaa MOTO-tiles pelin kautta (ks. kuva 1). MOTO-tiles liikuntalaatat on tanskalainen keksintö, tieteellisesti testattua hyvinvointitekniologiaa. Pelillä haluttiin kehittää jotain uutta kognitiivisten toimintojen vahvistamiseksi. Tutkimusta on tehty Tanskassa terveillä iäkkäillä henkilöillä ja tulokset ovat vakuuttavia. Motoriikka on parantunut huomattavasti, tasapainoa, liikkuvuutta, ketteryyttä, voimaa ja kestävyyttä mittaavat testit osoittivat kaikki merkittävää tilastollista parannusta. Jo 2-3 tunnin har-

joittelu on parantanut tasapainoa jopa 66 %. (www.fitness-gaming.co.) Peli tuo selvästikin iloa ryhmään ja lisää sosiaalista vuorovaikutusta. Esteetön peli on helposti kaikkien käytettävissä iästä, kulttuurista tai koulutuksesta riippumatta. Se mahdollistaa leikkimielistä kilpailua, muistin harjoittamista, tasapainoilua, ketteryyttä, reaktioita. Ryhmäläiset tekevät huomaamattaan enemmän, peliin keskittyessä aika ja paikka unohtuvat. ”Muistin virkistäjät”-ryhmässä peli tarjoaa mielekästä vaihtelua ja tuo tutuksi teknologian mahdollisuuksia niin opiskelijoille kuin ryhmäläisille.

Pelin 15:ta eri ohjelmaa on jokaisen helppo hallita tabletin kautta. Se on vaivaton kuljettaa ja käyttöönotto tapahtuu muutamassa minuutissa. Tabletin ohjelma tallentaa automaattisesti käyttäjien tulokset ja näin mahdollistuu kehittymisen seuranta. Peli koostuu kahdeksasta laatasta, joissa jokaisessa on paineen tunnistava anturi ja ledivalot. Laatat voidaan koota 35 eri muotoon. Pelin vaikeustasoa voidaan näin muuttaa. (Fitnessgaming 2017.)

SUMMA SUMMARUM

”Muistin virkistäjät -ryhmä” on opiskelijoille positiivinen oppimisen kokemus moniammatillisena tiiminä. He saavat mahdollisuuden työskennellä kolmannen sektorin kanssa suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti luoden uutta. Kuntouttavan ryhmän kautta tulee kokemusta muistisairaista ja heidän kanssaan toimimisesta. Usealle tämä on ensimmäinen kerta kohdata muistisairaita ja ryhmässä toimiminen ylipäättään tämän asiakasryhmän kanssa on useimmille uutta.

Ryhmätoimintamalli helpottaa opiskelijoiden alkua ryhmien pitämisessä, koska kokemusta selkeästi puuttuu. Malli antaa raamit, mutta se ei estä tuomasta jotain lisää tai luomasta jotain uutta malliin. Ryhmiensä sisällöissä tulee näkyväksi opiskelijoiden erilaista osaamista, jota on hyödynnetty suunnittelussa. Kuvauksen kautta kaikkien on mahdollista ottaa haltuun sisällöt ja toteuttaa niitä ryhmälle. Opiskelijat saavat uutta osaamista ryhmän kanssa toimimisesta, jota voivat soveltaa muuhunkin toimintaan mahdollisuuksien mukaan eri harjoitteluissa ja aikanaan työelämässä.

LÄHTEET

Fitnessgaming 2017. Moto tiles -validated for cognitive functional improvement in new study. <https://www.fitness-gaming.com/news/health-and-rehab/moto-tiles-validated-for-cognitive-functional-improvement-in-new-study.html>. 12.2.2018

Haapamäki, T. 2013. Musiikki muistisairaana vanhuksen hyvinvoinnin edistäjänä. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013121621388> 12.2.2018

Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017. Muistisairaana hoidon hyvät käytännöt. 2017. Duodecim.

Hallikainen, M. & Remes, A. 2015. Alzheimerin tauti työikäisellä, katsausartikkeli. Suomen Lääkärilehti. 2015 vol. 70 no s. 1647-1652.

Kautiainen, H., Laakkonen, M-L., Pitkälä, K., Pöysti, M., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2013. Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia 125.

Muistiliitto 2018. Muistisairaus työssä – tietoa sairastuneelle ja läheiselle. https://www.muistiliitto.fi/application/files/3815/0997/1890/Muistisairaus_tyoissa.pdf. 1.2.2018

Pohjois-Karjalan Muisti ry 2017. Majakka-hanke työikäistoiminnan kehittäjänä 16.1-31.10.2017. <https://www.pkmuistiry.fi/tyoikaistoiminta2> 6.2.2018

THL 2018. Muistisairauksien yleisyys. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>. 1.2.2018

UKK - instituutti 2017. Liikuntapiirakka. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka/liikuntapiirakka-aikuisille> 6.2.2018



Kuva 1. Moto-tiles peli. Kuva: Fitnessgaming 2017.



Ammatillinen oppiminen työelämäjaksolla

Tarja Pesonen-Sivonen

Lehtori, fysioterapeutti, TtM
Karelia-ammattikorkeakoulu

Mari Sivonen

Lehtori, sairaanhoitaja, TtM
Karelia-ammattikorkeakoulu

Tässä artikkelissa käsitellään Karelia-ammattikorkeakoulun ja Siun soten yhteistyössä toteuttamaa moniammatillista fysioterapia- ja sairaanhoitajaopiskelijoiden viikon mittaista työelämän oppimisjaksoa. Tämä opiskelijoiden yhteinen moduulioppimisjakso toteutettiin erikoissairaanhoidossa sisätautien vuodeosastolla tammikuussa 2018.

Moniammatillisessa yhteistyössä yhdistetään erilaista asiantuntemusta ja kehitetään uutta asiantuntijuutta ylittämällä ammattirajoja. Tällaisessa yhteistyössä itsenäiseen työhön tottuneet ammattilaiset joutuvat hyväksymään sen, että itsenäisen päätöksenteon mahdollisuudet vähenevät. (Veijola 2004.) Moniammatillisessa yhteistyössä on oltava yhtäaikaan toisista riippumaton ammattilainen ja asiantuntija, ja toisaalta toisten taidoista ja kyvyistä riippuvainen työntekijä (Averlid & Axelsson 2012). Tutkimusten mukaan koulutukseen kaivataan moniammatillisen yhteistyön opetusta. (Copp, Caldwell, Atwall, Brett-Richards & Coleman 2007.) Ammatti-

ryhmien välinen opetus parantaa tietoisuutta omasta roolista ja parantaa kykyä yhteistyöhön, mikä parantaa potilaan saaman palvelun laatua. (Davies, Harrison, Clouder, Gilchrist, McFarland & Earland 2011).

Moduuliharjoittelun on todettu olevan hyvä oppimisympäristö opiskelijoille. Opiskelijat toimivat ohjattuna, mutta oman tasonsa mukaisesti toteuttaen hoitoa/kuntoutusta mahdollisimman totuudenmukaisesti. Moduulissa harjoitellaan myös yhteistyötä muiden ammattiryhmien työntekijöiden, kuten vaikkapa lääkäreiden, toimintaterapeuttien ja lähihoitajien kanssa. (Manninen 2014 ; Mogensen, Elinder, Widström & Winbladh 2002.)

Karelia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja- ja fysioterapeuttipöytäkirjojen moniammatillisen työelämän oppimisjakson opiskelijoilta pyydettiin palautetta toiminnasta. Opiskelijat kommentoivat työskentelyään seuraavasti:

”Meidän tiimityöskentely onnistui hyvin. Erilaisissa siirroissa fysioterapeutti osasi ohjata toimimaan paremmin sekä hän oli auttavana kätenä monessa tilanteessa.”

”Tiimissä tehtäessä, tuli molempien ammattien tehtävät yhtäaikaan näkyville ja tavallaan samalla kertaa tehtyäksi. Vaikka olinkin sairaanhoitajien mukana seuraamassa heidän työtään, pyrin tuomaan fysioterapeutista näkemystä esille koko ajan. Yksin työskennellessä en taas osaisi ottaa sairaanhoidollista näkökulmaa hoitotapahtumassa.”

Moniammatillisessa yhteistyössä on oleellista, että kunkin ammattiryhmän edustaja osaa tuoda mielipiteensä ymmärrettävästi esille. Tämän jälkeen ammattilaisen on pystyttävä kuuntelemaan toisten näkökantoja ja rakentamaan ratkaisuja yhteisymmärryksessä muiden ammattiryhmien edustajien kanssa. Yhteistyön sisältö määrittäytyy työyksikön ja potilaiden tarpeiden mukaan. Moniammatillinen yhteistyö vaatii työntekijältä kykyä arvioida omaa työrooliaan jatkuvasti. Joissain tapauksissa toiminnan soveltaminen työyksiköissä on osoittautunut myös haasteelliseksi. (Isoherranen, 2012.)

YHTEISTYÖ MONIAMMATILISESSA TYÖSKENTELYSÄ

Yhteistyöhön kuuluu vastuun kantaminen yhteisestä päämäärästä koko prosessin ajan. Jokainen ottaa vastuun omasta työskentelystään ja on vastuussa siitä oman ammattiryhmän edustajana. Yhteisvastuu nähdään yhdessä tekemisenä, jossa jokainen vastaa omasta osuudestaan terveydenhuollon ammattisäädösten mukaisesti. (Isoherranen 2012.)

Laki määrittelee yleiset ja ammattieettiset vastuut ja velvollisuudet. Nämä on huomioitava ja omat ammatilliset rajat ymmärrettävä, ettei näistä syntyisi haastetta moniammatilliseen työskentelyyn. Ammattilaisen salliessa toisen ammattilaisen rajan ylityksen omalle alueelleen, hän kantaa siitä vastuun. Näitä vastuurajan ylityksiä tehdään käytännön työssä ja tämän edellytys on vahva luottamus ja keskinäinen

tuntemus toisen työstä. (Isoherranen 2012.) Jos yhteistyö koetaan uhkaavana ja omaa ammatillisuutta haastavana, varjellaan omaa ammatillista osaamista ja moniammatillisuus vaarantuu.

Ammattiryhmien yhteisen käsityksen muodostaminen on välttämätöntä moniammatillisen yhteistyön onnistumiselle. Ammattilaisen tulisi olla tietoinen omasta asiantuntijaroolistaan sekä omaan ammatilliseen ajatteluun vaikuttavista asioista, esimerkiksi suhteesta toisiin toimijoihin ja toimintaympäristöön. Tällöin hän pystyy ymmärtämään ammattilaisten tiedon ja osaamisen muodostettaessa kokonaisnäkemystä potilaan tilanteesta. Tieto ja osaaminen määrittävät moniammatillisessa tiimissä sen, kuinka hyvin asiantuntijat pystyvät tuottamaan asiakkaalle arvokasta hoitoa ja kuntoutusta. (Isoherranen 2012.)

Annetun palautteen mukaan moniammatillisella toiminnalla saadaan perusteellisempaa, yhtenäisempää ja tehokkaampaa hoitoa/kuntoutusta asiakkaiden hyödyksi. Kokonaisuudessaan palvelusta tulisi kattavampaa ja monipuolisempaa, kuten seuraavasta lainauksesta voi päätellä.

”Henkilökunta tulisi paremmin toimeen keskenään, joka varmasti parantaisi työilmapiiriä. Esimerkiksi hoitajana voisi olla helpompi mennä kertomaan huomioita ja havainnoista fysioterapeuteille. Sitten taas fysioterapeuttien voisi olla helpompi ohjata hoitajia toimimaan kuntouttavasta näkökulmasta asiakkaiden kanssa.”

”Henkilökunnan osaaminen ja tieto laajentuisi. Henkilökunta saisi enemmän näkökulmaa hoitotapahtumaan sekä hoitotapahtuma voisi olla siten mielekkäämpi ja monipuolisempi.”

Kokeilusta nousi myös yhteistyön kehittämiseen ajatus. Hoitajien ja fysioterapeuttien tulisi kommunikoida enemmän keskenään. Silloin tiedettäisiin paremmin, mitä kukin ammattilainen on tehnyt, ja asiakkaan voimavarat voitaisiin ottaa paremmin huomioon. (Huttunen 2018; Lindroos 2018.) Myös lääkäriliitto (2017) tuo esille, että potilastyössä tarvitaan monen ammattiryhmän osaamista. Moniammatillinen toiminta vastaisi yhteiskunnan asettamaan tavoitteeseen potilaiden toimintakyvyn mahdollisimman hyvästä tasosta, nopeasta kotiutumisesta ja kotona selviytymisestä.

MONIAMMATILISEN YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN OPISKELUAIKANA

Suunnitelmallisessa ja ohjatussa moniammatillisessa opetuksessa avautuu muiden ammattiryhmien työkuva. Kansainvälisten tutkimusten mukaan oikein ajoitettuna ammattiryhmien välisellä opiskelulla on positiivisia vaikutuksia asiantuntijoiden yhteistyöosaamiseen. Isoherranen (2012) tuo Ponzerin ym. (2004), Horsburgin ym. (2001) ja Zwarensteinin ym. (2005) tutkimuksiin nojaten esille, että vuorovaikutus lisää yhteistyökykyä opiskeluaikana, mutta ammatillisten roolien opettelua on syytä sijoittaa myöhäisemmäksi. Oman ammatti-identiteetin pitäisi olla kehittynyt, jotta toisten ammattilaisten tavoitteellinen kohtaaminen onnistuisi. Olisi hyvä, että yhteinen opetus tapahtuisi käytännön opetuksen yhteydessä. Tämä tuli ilmi myös tässä kuvatussa moniammatillisen pilottioppimisjakson opiskelijapalautteissa.

”Opin sen, miten tärkeä on kuunnella fysioterapeutin asioita ja opetella myös katsomaan asiakasta fysioterapeutin näkökulmasta. Erilaisissa tilanteissa korostui se, miten katsomme tilanteissa potilasta eri tavalla. Seurasin fyssarin tapaa neuvoa asiakasta, ja toimin samalla tavalla joissakin tilanteissa, esimerkiksi kannustamalla asiakasta käyttämään halvaantunutta kättä.”

”Opin paljon sairaanhoitajien työstä. Kirjaamisesta, erilaisista hoitotapahtumista, lääkärin työstä ja yhteistyöstä sairaanhoitajien kanssa. Opin myös, kuinka eri tavalla ajattelemme potilaasta hoitotapahtumassa. Molemmilla on omat lähtökohdat.”

Pilotoinnissa saatu kokemus osoittaa, että moniammatillinen yhteistyö lisää opiskelijoiden osaamista ja asiantuntijuutta. Toisen ammattiryhmän arvostus lisääntyy ja ammattiryhmien tehtäväkuvat selkiytyvät. Toiminta vähentää ennakkoluuloja toisia ammattilaisia kohtaan ja lisää yhteenkuuluvuutta, kollegiaalisuutta ja luottamusta. Pilotointivaiheessa moniammatillinen opetusjakso sai kaikilta osapuolilta myönteisen vastaanoton.

Opiskelun aikana tapahtuva moniammatillinen harjoittelu mahdollistaa uudenlaisen käytännön jalautumisen työelämään. Moduulissa hoidossa olleet potilaat sekä opiskelijoiden työelämäjaksojen ohjaajat ovat kokeneet moduuliharjoittelun pääasiassa

hyväksi. Moniammatillinen harjoittelu vaatii selkeitä toimintamalleja ja työelämältä tällaisen toiminnan mahdollistamista.

LÄHTEET

Averlid, G. & Axelsson, SB. 2012. Health-Promoting Collaboration in Anesthesia Nursing: A Qualitative Study of Nurse Anesthetists in Norway. *AANA Journal* 80(4); S74-S80

Copp, GC., Caldwell, K., Atwal, A. & Brett-Richards, M. 2007. Preparation for cancer care: Perceptions of newly qualified health care professionals. *European Journal of Oncology Nursing* 11, 159-167.

Davies, K., Harrison, K., Clouder, D.L., Gilchrist, M., McFarland, L. & Earland, J. 2011. Making the transition from physiotherapy student to interprofessional team member. *Physiotherapy* 97, 139-144.

Huttunen, O. 2018. Palaute Siun Soten 4K osaston moniammatillisesta harjoittelusta.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto sosiaalitieteen laitos.

Lindroos, T. 2018. Palaute Siun Soten 4K osaston moniammatillisesta harjoittelusta.

Lääkäriliitto. 2017. Moniammatillinen yhteistyö. Ammattien välinen oppiminen. Työpaja. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/34817/tyopaja_-_moniammatillinen_yhteistyö_ammattien_valinen_oppiminen.pdf

Manninen, K. 2014. Experiencing authenticity- The core of student learning in clinical practice. Stockholm, Sweden: Karolinska Institutet.

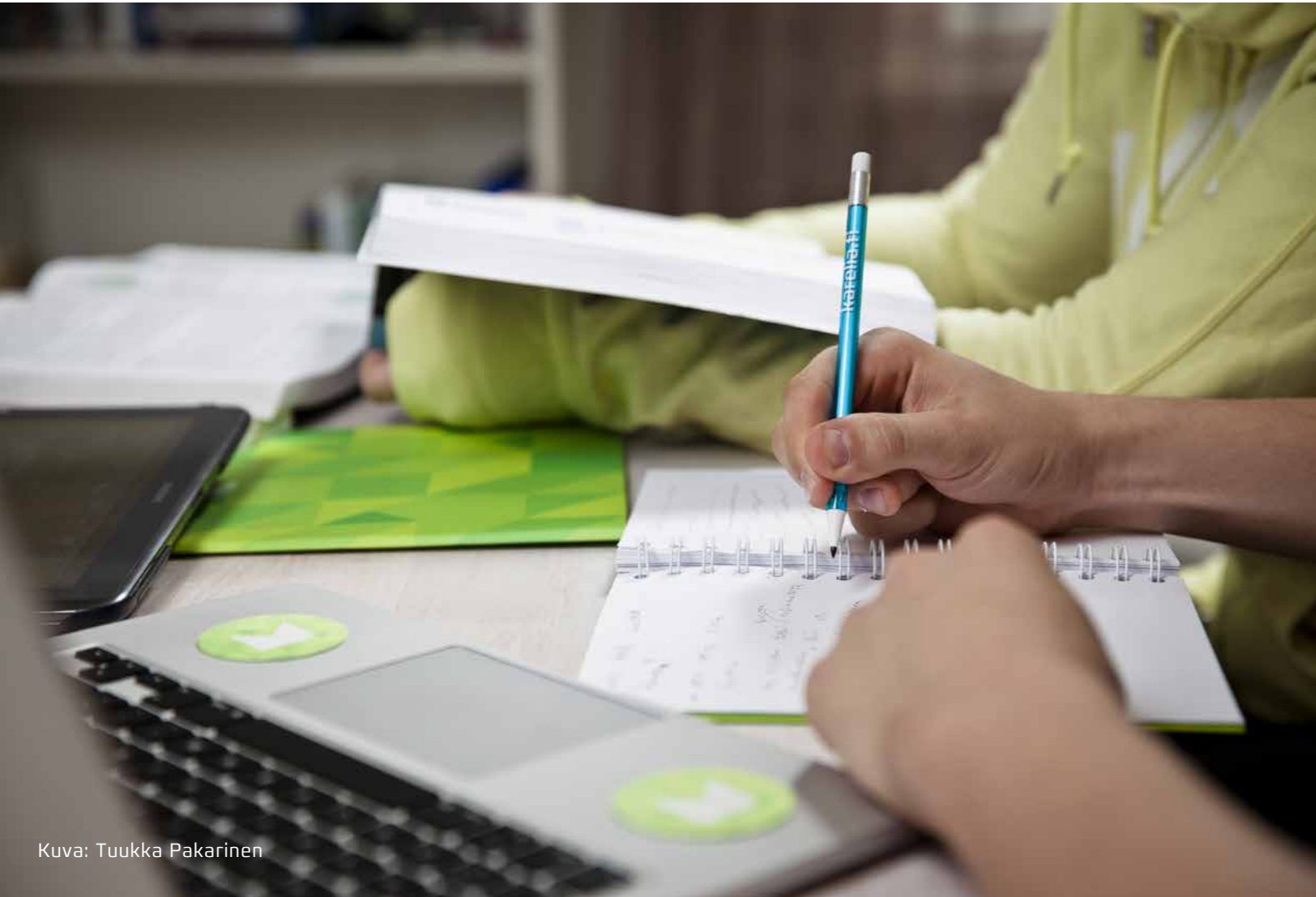
Mogensen, E., Elinder, G., Widström, A-M. & Winbladh, B. 2002. Centres for clinical Education of Tomorrow – A Preliminary Report. *Education for Health* 15, 10-18.

Veijola, A. 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – Lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu University Press, Oulu.



5

OPISKELIJA- KOKEMUKSIA



Kuva: Tuukka Pakarinen

Ikäosaamisen ylempi AMK-tutkinto - tietoa ja uutta asennetta

Tarja Parviainen

Palveluesimies, sosionomi (YAMK)
Siun sote/Kuntoutus/geriatrien osaamiskeskus

Valmistuin elokuussa 2017 Karelia-ammattikorkeakoulun järjestämästä ensimmäisestä Ikäosaamisen ylempään AMK-tutkinnon koulutusohjelmasta. Koulutuksesta saatu ajankohtainen tieto sekä työelämää palvelevat koulutuksen kokonaisuudet ovat vaikuttaneet työurallani etenemiseen. Toimin tällä hetkellä Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän eli Siun soten palveluesimiehenä Kuntoutuksen palvelualueella geriatriassa osaamiskeskuksessa.

Valmistuttuani sosionomiksi (AMK) vuonna 2010, minulle oli selvää, että jatkan jossain vaiheessa opiskeluni ylempään tutkinnon parissa. Kun tilauksesta Karelia-ammattikorkeakoulussa oli alkamassa Suomen ensimmäinen Ikäosaamisen koulutuskokonaisuus, jossa voisi opiskella maisteritasoisen tutkinnon. Pääsyaatimuksena koulutukseen oli ammattikorkeakoulututkinto sekä sen jälkeinen kolmen vuoden työskentely alalla.

Opintoihin sisältyivät ikäosaamisen kehittämiseen liittyvät opinnot, tutkivan kehittäjän opinnot, ikäosaamisen asiantuntijan opinnot sekä opinnäytetyönä työelämälle suunnattu 30 opintopisteen kehittämistehtävä. Henkilöstö- ja taloushallinto sekä englanninkieliset opinnot aktiivisesta ikääntymisestä olivat osa opintoja. Ikääntyvien kuntoutuksella ja kokonaisvaltaisella toimintakyvyllä oli merkityksellinen osuus koulutuksen sisällössä. Näiden lisäksi ryhmäm-



Kuva: Oliver Clarke. [CC BY 2.0]

me teki opintomatkan Kreikkaan, jossa tutustuimme paikallisiin ikäihmisiin liittyviin kohteisiin. Tarkas- telimme ikääntymistä myös maailmanlaajuisesta nä- kökulmasta.

Opiskelijaryhmämme muodostui eri alojen osaa- jista. Mukana oli sairaanhoitajia, fysioterapeutteja ja sosionomeja. Opiskelussa koimme tämän suure- na rikkautena. Meillä oli yhteen laskettuina vuosina melkoinen määrä elämäkokemusta ja työkokemusta, joita jaoimme opintojen aikana.

Sen lisäksi, että saimme laadukasta opetusta, opim- me myös toisiltamme. Saimme eri alojen ammatti- laisten tiedot ja taidot kaikkien käyttöön. Pohdimme asioita eri näkökulmista ja huomasimme omien näkö- alojemme laajentuvan. Oivalsimme entistä vahvem- min moniammatillisuuden ja monitoimitoimijuuden merkityksen asiakkaalle.

Koulutus toteutettiin monimuoto-opiskeluna. Lähipäiviä oli kaksi kuukaudessa ja teimme ikäosa- miseen liittyviä tehtäviä pari-, ryhmä- ja yksilöteinä itsenäisesti. Koulutuksen polku oli suunniteltu siten, että se palveli työelämälle suunnattua kehittämistehtävää. Askel askeleelta saimme eväitä kohdata valitsemamme työpaikan kehittämisen tarpeita ja niiden eteenpäin viemistä yhdessä työyhteisön kanssa.

Minä ja opiskelijakollegani olemme sijoittuneet hy- vin ikäosaamisen työmarkkinoille. Meistä tuli mm. yrittäjiä, palveluohjaajia, esimiehiä ja ikäosaamisen hankkeiden työntekijöitä. Omalta kohdaltani voin todeta, että opiskelupolkuni Karelia-ammattikorkea- koulussa on tehnyt uralla etenemiseni mahdolliseksi. Saan tehdä työtä asiakasryhmän kanssa, jonka koen olevan lähellä sydäntäni. Esimiestehtävien lisäksi saan olla mukana kehittämässä ikäihmisten palveluja hankkeissa sekä yhteistyössä mm. kolmannen sektori- n toimijoiden kanssa.

MITÄ SE IKÄOSAAMINEN OIKEIN ON?

Ikäosaaminen on paljon muutakin kuin hoitoon ja hoivaan liittyviä asioita. Ikäosaaminen on mm. esteettömien ja viihtyisien asumismuotojen suunnittelua sekä ympäristön viihtyisyyttä ja helppokulkuisuutta. Ikäosaaminen on sitä, että suunnitella palvelut ja ikäihmisten asumisen lähelle toisiaan. Ikäosaaminen on toimintakyvyn rajoitteiden huomioimaa palvelua, esimerkiksi kuinka ruoka- tai vaatekaupassa on huomioitu ikäihmisten tarpeet ja ympäristö. Ikäosaaminen on osallistumisen mahdollistavia kuljetuspalveluja.

Ikäosaaminen on myös oikeaa asennetta. Miten suhtaudumme ikääntyneisiin ihmisiin, heidän itse- määräämisoikeuksiinsa ja oman elämän osallisuuteen? Muodostuuko ikäihmiselle meidän ammatti- laisten laatima päivän lukujärjestys sen mukaisesti, kuinka paljon apua hän tarvitsee päivittäisessä arjes- saan? Annammeko me ikäihmiselle mahdollisuuden osallistua oman elämäänsä päätöksiin sekä arjen aska- reisiin? Emmehän tee ikäihmisen puolesta niitä asioita, joihin hän myös itse kykenisi, vaikka aikaa niiden tekemiseen kuluukin hieman enemmän?

Ikäihmisen arkeen tulisi kuulua muutakin kuin selviytymistä päivästä toiseen. Heillä on samanlaiset oikeudet nauttia taiteesta ja kulttuurista kuin meillä vielä työelämässä ja äskettäinen eläköityneillä on. Omia mieluisia harrastuksia tulisi olla mahdollisuus harrastaa ikääntyneenäkin – vaikka soveltaen.

Luonnolla on suuri merkitys ihmisen hyvinvoin- tiin. Moni tämän aikamme ikäihminen on nuorem- pana oppinut hyödyntämään luonnon antimia ja muutoinkin elämään luonnon kanssa käsi kädessä. Miten me ammattilaiset ja ikäihmisten läheiset voi- simme mahdollistaa heille nämä kokemukset? Mikäli ikäihminen ei pääse enää luontoon, voisimmeko tuo- da hänelle pienen palasen luontoa hänen kotiinsa?

Ikääntyminen itsessään ei ole sairaus. Ihminen voi kokea itsensä terveeksi ja toimintakykyiseksi, vaikka hänellä olisikin sairauksia. Jokainen ikäihminen on oma itsensä omine mieltymyksineen ja tarpeineen, vaikka ulkokuori voikin olla hieman rapistunut.



Ikääntyminen itsessään ei ole sairaus. Ihminen voi kokea itsensä terveeksi ja toimintakykyiseksi, vaikka hänellä olisikin sairauksia. Jokainen ikäihminen **on oma itsensä** omine mieltymyksineen ja tarpeineen, vaikka ulkokuori voikin olla hieman rapistunut.





Photo: janwillemsen. CC BY-NC-SA 2.0.

Sense of communality- a way of taking care of functional capacity?

**Maija Hyvärinen, Piia Katajapuu-Riikonen,
Katri Koskisuus, Katri Palpatzis, Tarja Parviainen**
Master students in Active Ageing
Karelia University of Applied Sciences

As a part of master's studies at Karelia University of Applied Sciences, we had the opportunity to visit three different kinds of elderly care institutions in Greece in May 2016. We anticipated that the sense of community differs from the Finnish way of communality in some ways and we wanted to take a closer look at that. In this article we reflect on our experiences about communality in Greece in comparison to what we have learned in Finland.

DIFFERENT KINDS OF ELDERLY CARE – DIFFERENT WAYS OF COMMUNALITY

The first place we visited was a privately owned, high-class nursing home. The building used to be a hotel and it still looked like it. It was classy, and people were served like hotel guests. The atmosphere was friendly. Residents were given alternatives and choices, and their health was well taken care of. However, we did not find a greater sense of community there than what we have experienced in Finnish nursing homes. Families were welcome, but only during visiting hours. Almost all activities were arranged by someone outside the staff and were only at certain times. It seemed

that being and doing things together were not very important at that place. But perhaps being served and taken care of that way is what is considered quality for wealthier older people in Greece.

The second place we visited was a foundation owned nursing home. It used to have 900 residents who were disadvantaged elderly people who did not have families. Now, because of the economical crisis, there are only 150 residents, and the facility does not have the capacity to take in more residents. The place has a very long history of voluntary work and charity. Nowadays, they do not have the funds to pay full salaries to the employees, who still keep coming to work



In Greece, **communality** seemed to be quite natural. The interaction with residents or members in all the places we visited was warm, caring and respectful.

because they want to give good care to the residents for the rest of their lives. The sense of community in this place did not mean group therapies or arranged activities, but rather living together and doing things together every day. Residents live there until the end of their lives, and the employees pay for the funerals. Compared to the first place, togetherness seemed to be an important way of providing quality. Again, we wondered if economic status has an effect on the way people think about communality.

The third place we visited was Kapi, an open center for elderly people operated by the community. Members of the center were people who were retired and they paid six euro a year. The aim of the center is the prevention of social exclusion and, on the other hand, helping people who have no family to help them. Membership was not mandatory; anyone could come in and have free coffee or refreshments. Approximately 40 people pop in every day to meet others, take part in different groups or to see the nurse. Moreover, center



"Kapi" in Rafina, an open center for elderly people operated by the community. Photo: Katri Palpatzis.

nurses make home visits to those who have no money to pay for home care.

There were many different kinds of group activities according to the preferences of members. Most of the groups were led by a social worker, but members could also lead some themselves. A psychiatrist came once a week to host a discussion group. They had many parties and they went on trips to places where members would not be able to go by themselves.

The center was also a place of culture and traditions. Preschool children and school children would come there to learn old nursery rhymes and yard games. The atmosphere was joyful, and the members told us that they enjoy the place a lot.

The center is place for communality. Everything was arranged, but we did get an impression that the members were the ones who decided what to do, and that people who do not have family members close by can come here and have a "family" and get help with their daily needs.

WHAT DID WE LEARN?

The first thing that occurred to us and was told to us was how much the economic crisis has affected the lives of ordinary people. People do not get paid anymore; some have lost their homes and faced other difficulties. On the other hand, the crisis might have increased communality, and people help each other more out of good will. Helping and supporting family members has always been a part of Greek culture, but we were told that now it is even more important.

Charity or volunteer work is not as big in Finland as it seems to be in Greece. In Finland, the social security system helps everyone, no matter if a person is poor or rich. We all have access to technology and almost limitless resources when needed. We do not have to be afraid that we would not get paid for our work or that we would not be able to have choices and opportunities.

In Finland or in the Finnish culture we have not had tight family relationships for a long time. We value independence, managing by ourselves and not receiving help from others. That affects the way we think about communality and how we value and "practice" it. In many nursing homes and service homes commonality is one of the values of the places together with taking rehabilitation into consideration in everything that is done. Being a value does not necessarily mean that it is really something that is present and practiced. We teach communality and participation in schools for health care professionals because it is not something we learn in our families. In a sense, we build communality artificially to be part of our nursing culture.

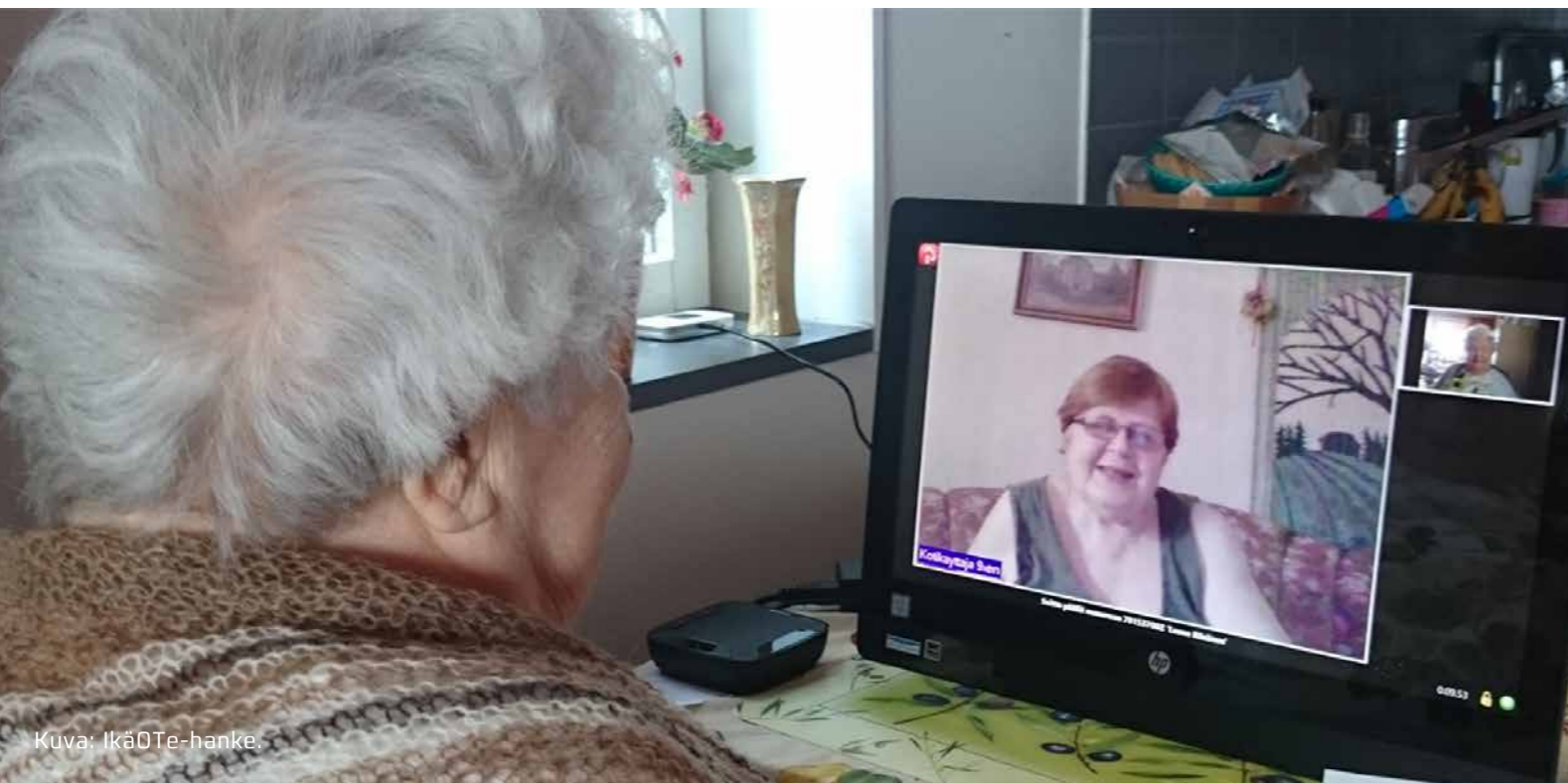
In Greece, communality seemed to be quite natural. The interaction with residents or members in all the places we visited was warm, caring and respectful. If one of the elderly wanted something, the staff put their needs first and came back to us later. When the staff spoke of residents they did it with great affection and respect, like one would talk about his or her loved ones. All the residents or members seemed to also enjoy each other's company; they talked, played and laughed together. They were also happy and eager to take part in activities we provided even though we did not have a common language. To us, it seemed that they were members of their community all the time, and that communality is always present.

To conclude, we learned that our social security system protects us and makes sure that we can manage even if we are alone. Furthermore, we learned that the sense of community seems to be something worth pursuing. We even wondered whether active aging could be a product of communality? Could it be, that if there would be enough communality, we would not need to concentrate such a great deal on rehabilitation services?



6

KUNTOUTUS KARELIAN HANKE- TOIMINNASSA



Kuva: IkäOTE-hanke.

Etäkuntoutusta kehitetään Karelian hyvinvointihankkeissa

Jesse Huurrekorpi, Joonas Pirinen

fysioterapeuttiopiskelijat
Karelia-ammattikorkeakoulu

Päivi Sihvo

Lehtori, projektipäällikkö, THM
Karelia-ammattikorkeakoulu

Hankkeet ovat tarjonneet kehittämälustan kehittää ja kokeilla uusia etäkuntoutusmuotoja. Etäkuntoutuksen avulla voidaan kasvattaa kuntoutujan motivaatiota ja kuntoutuksen seuranta. Yhteinen ja yhteisesti jaettu kuntoutusajattelu on tärkeää monialaisessa kuntoutusyhteistyössä.

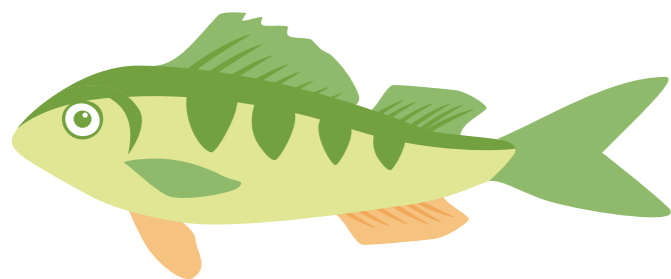
ETÄKUNTOUTUSTA KEHITTÄMÄSSÄ

Karelia-ammattikorkeakoulussa on pitkät perinteet hyvinvointi- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämis-toiminnasta. Sen yhtenä muotona ovat kehittämis-hankkeet, joita toteutetaan kiinteässä yhteistyössä työelämän toimijoiden kanssa ja opetukseen integroiden. Viime vuosina digitalisaation kehityksen myötä hankkeiden teemat ovat osaksi liittyneet digitaalisten palvelujen kehittämiseen ja hyödyntämiseen sekä digiosaamisen kehittämiseen sosiaali- ja terve-

ydenhuollon toimintaympäristössä. Kuntoutuksen ja kuntoutusosaamisen näkökulman huomioiminen näissä hankkeissa moniammatillisesta ja monialaisesta näkökulmasta on nähty tärkeänä (Karelia-amk 2016, 9). Onhan kuntoutus osa hyvinvointipalvelukokonaisuutta, jossa kuntoutuksen ja kuntoutumista edistävien toimintakäytäntöjen tulee toteutua osana asiakkaan prosesseja (hoidon ja hoivan, osallisuuden, koulutuksen, työllistymisen, työssä jatkamisen ja työhön paluun prosessit) (STM 2017).



Etäkuntoutus on **tavoitteellista** ja **ammattilaisen ohjaamaa ja seuraamaa**. Etäkuntoutus jaetaan kahteen alakategoriaan, reaaliaikaisiin menetelmiin sekä ajasta riippumattomiin menetelmiin.

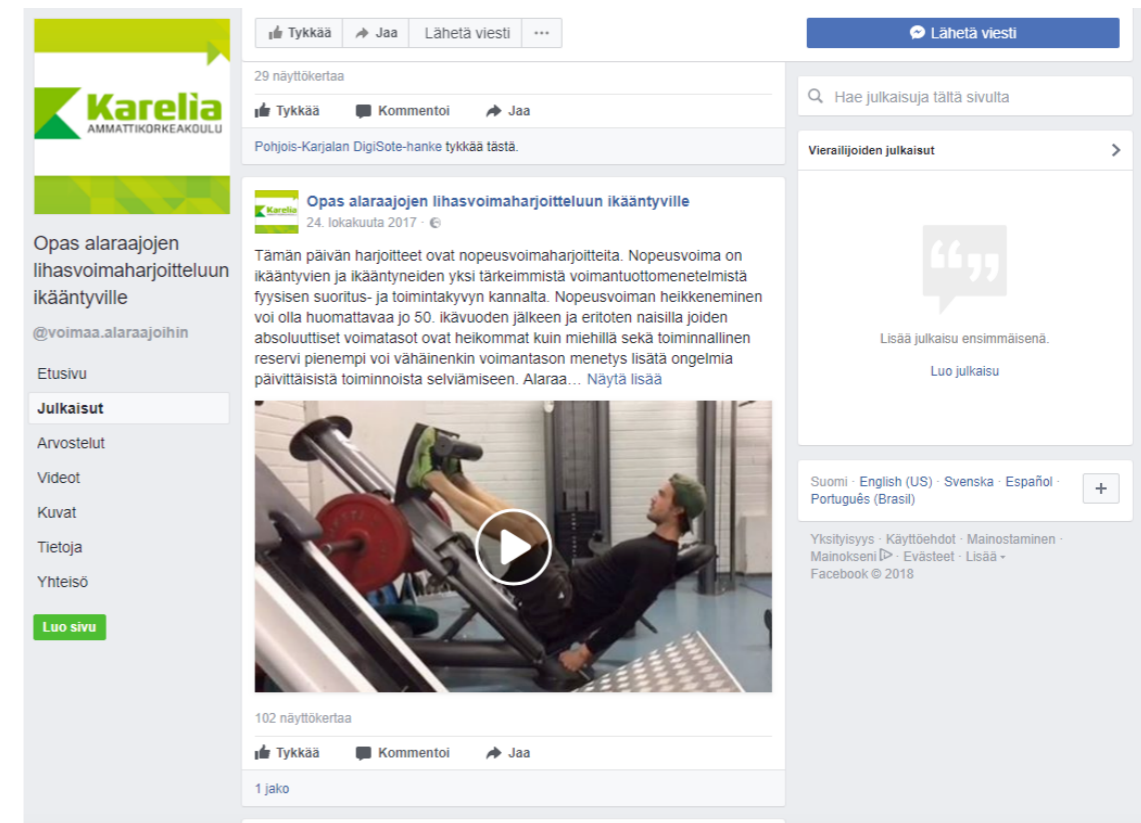


Kuntoutuksen merkitys tulee kasvamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa sote-uudistuksen myötä. Digipalveluiden käyttö kuntoutuksessa on yleistynyt. Tarve parantaa hoidon ja kuntoutuksen saatavuutta on kannustanut etsimään uusia tapoja järjestää ja toteuttaa kuntoutusta sekä hoitoa Suomessa. (Salminen, Hiekkala & Stenberg 2016, 9-10.) Digitalisaation nopea kehitys on tuonut etähoitoon ja etäkuntoutukseen uusia mahdollisuuksia. Asiakkaat haluavat etäpalveluja ja tämä on huomioitu myös sosiaali- ja terveysministeriössä. Etäpalvelut, joihin etäkuntoutus sisältyy, katsotaan palvelusisällön osalta pääsääntöisesti verrannollisiksi perinteisiin vastaanottokäynteihin (STM 2015).

Etäkuntoutuksella tarkoitetaan erilaisten etäteknologioiden kuten matkapuhelimen tai tablettitietokoneen hyödyntävien sovellusten tavoitteellista käyttöä kuntoutuksessa. Etäkuntoutus on tavoitteellista ja ammattilaisen ohjaamaa ja seuraamaa. Etäkuntoutus jaetaan kahteen alakategoriaan, reaaliaikaisiin menetelmiin sekä ajasta riippumattomiin menetelmiin. Reaaliaikaisessa etäkuntoutuspalvelussa kuntoutuja ja palveluntuottaja ovat reaaliajassa yhteydessä toisiinsa etäteknologiaa hyödyntävien sovelluksien avulla, kuten kuvapuhelin. Ajasta riippumattomia menetelmiä käytettäessä asiakas tekee omatoimisesti harjoitteita etäteknologian kuten videonauhointusten avulla. Ajasta riippumaton harjoittelu kannustaa kuntoutujaa ja tukee kuntoutusta hyödyntäen sovelluksia tai verkkomateriaalia, jotka muistuttavat ja ohjaavat harjoitteluun. (Salminen ym. 2016, 12-13.)

Edellä mainittuja etäkuntoutuksen muotoja on kehitetty ja kokeiltu kahdessa Karelia-amk:n kehittämishankkeessa. Hankkeissa tapahtuva kehittäminen antaa oivan mahdollisuuden lähteä kehittämään täysin uudenlaisia kuntoutusmuotoja ja niihin liittyvää osaamista. Sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille tämä on antanut mahdollisuuden oppia sellaisia tulevaisuuden työssä tarvittavia taitoja, joita ei vielä työelämässä tapahtuvassa harjoittelussa ole ollut mahdollista oppia.

IkäOte-hankkeessa kokeiltiin syksyllä 2016 kuvapuhelinta etähoidon ja etäkuntoutuksen toteuttamisessa. Karelia-ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan Voimala-palveluympäristössä harjoitteluun



Kuva 1. Opas alaraajojen lihasvoimaharjoitteluun ikääntyville Facebookissa [www.facebook.com/voimaa.alaraajoihin].

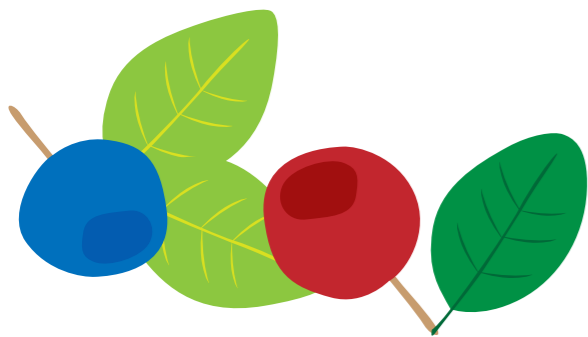
suorittavia opiskelijoita osallistui kokeiluun aktiivisina toimijoina. Esimerkiksi moniammatillinen opiskelijatiimi (fysioterapian ja hoitotyön opiskelijat) kehitti ja toteutti reaaliaikaista etäkuntoutusta kotihoidon asiakasryhmälle kuvapuhelimen välityksellä. Sairaanhoidajaopiskelija puolestaan toteutti kuvapuhelimen välityksellä kuntoutumista tukevia muistiharjoitteita kotihoidon yksilöasiakkaille. Kehittämistyön onnistumista tuki kiinteä dialoginen yhteistyö työelämässä toimivien kuntouksen ammattilaisten ja monialaisen opettajayhteisön kanssa. (Nykänen & Sihvo 2017, 58-61.) Hankkeet ovat tarjonneet myös alustan toteuttava opinnäytetöitä. Seuraavassa on esimerkki opinnäytetyönä toteutetusta etäkuntoutuksesta.

ETÄKUNTOUTUSTA IKÄIHMISSILLE VIDEO-OHJATUSTI FACEBOOKISSA

Seuraavassa kerrotaan opinnäytetyöstä, joka toteutettiin yhteistyössä Pohjois-Karjalan DigiSote-hankkeen kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli madaltaa ikääntyvien ihmisten kynnystä lihasvoimaharjoittelun aloittamiseen teknologiaa hyödyntämällä. Opinnäytetyössä käsiteltiin läheisesti digitalisaation ja etäkuntoutuksen yhdistämistä. Opinnäytetyön tuotoksessa hyödynnettiin ajasta riippumattomia etäkuntoutusmenetelmiä, missä asiakas teki omatoimisesti harjoitteita etäteknologian, tässä tapauksessa videonauhointusten, avulla Facebook-ympäristössä. (Huurrekorpi ja Pirinen 2018.)



Etäkuntoutus digitaalisten palvelujen avulla ei yksinään korvaa perinteistä fysioterapiaa. Se voi kuitenkin olla **hyödyllinen lisä** kasvattamaan käyttäjän motivaatiota, harjoittelun seurantaan, muistuttamaan harjoittelusta ja helpottamaan kuntoutuksen seurantaan.



Opinnäytetyön lopullisena tuotoksena syntyi verkko-opas Facebookiin, joka sisälsi kirjalliset ja videoidut ohjeistukset alaraajojen voimaharjoitteluun. Opasta on mahdollista käyttää tietokoneen lisäksi puhelimella tai tabletilla, sillä Facebook-sovelluksen saa helposti ladattua esim. älypuhelimelle (kuva 1). Facebookissa opasta seurasi 27 käyttäjää. Opasta katsoi yksityishenkilöiden lisäksi muutama fysioterapiaa harjoittava yritys. Oppaan päivitykset keräsivät keskimäärin 53 näyttökertaa. Näyttökertoihin positiivisesti vaikuttava tekijä oli päivitysten jakaminen. Päivityksiä, joita joku muu Facebook-käyttäjä oli jakanut, katseltiin keskimäärin 125 kertaa. Oppaan markkinointi oli melko vähäistä, mutta se keräsi siitä huolimatta varsin hyvin huomiota. Opasta oli seurannut aktiivisesti muutamia ikääntyviä henkilöitä. Nämä faktat osoittavat, että etäkuntoutukselle on tulevaisuudessa käyttöä. Tämän kaltaisia ratkaisuja tullaan varmasti hyödyntämään esimerkiksi maakunnissa, joissa välimatkat ovat pitkiä.

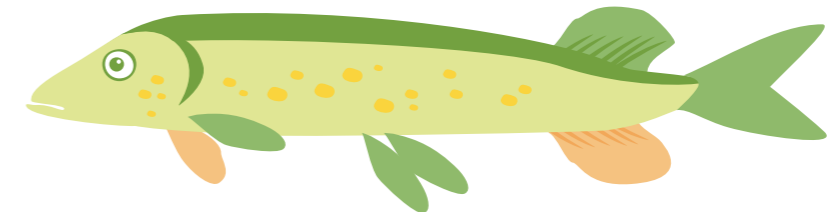
Opasta tehdessä sovellettiin perinteisen paperisen oppaan periaatteita sähköiseen muotoon. Opinnäytetyöprosessista saatu kokemus osoittaa, että hyvin suunnitellun etäkuntoutusmenetelmän tekeminen vaatii aikaa ja pitkäjänteisyyttä. Digitaalisen palvelun hyödyntäminen kuitenkin mahdollistaa etäkuntoutusmenetelmän hyödyntämisen pitkäaikaisesti. Videoiden tekeminen toi uudenlaista vaihtelua perinteiseen fysioterapeutin työnkuvaan. Videoiden editoinnin perusteet tuli prosessin aikana tutuksi. Editointi oli alkuvaiheessa hidasta ja työlästä, mutta perusteitten tullessa tutuksi työskentely nopeutui. Videoita kuvatessa pyrittiin kiinnittämään huomiota esimerkiksi kuvakulmiin niin, että videot olisivat mahdollisimman informatiivisia.

Tulevaisuudessa oppaalle voisi perustaa oman sivuston tai mobiilisovelluksen, joka sisältäisi lihasvoimaharjoittelun lisäksi muitakin harjoituksia kuten kehonhuoltoharjoitteita, kestävyyskuntoa lisääviä harjoitteita sekä liikehallinnan harjoitteita esim. tasapainoharjoitteita. Lisäksi oppaaseen olisi mahdollista lisätä informatiivista tietoa terveyden edistämisestä esimerkiksi unesta ja ruokailusta.

Digitaalisten palveluiden hyödynnettävyys fysioterapiassa ja kuntoutuspalveluissa Suomessa ollut vielä vähäistä. Etäkuntoutus digitaalisten palvelujen avulla ei yksinään korvaa perinteistä fysioterapiaa. Se voi kuitenkin olla hyödyllinen lisä kasvattamaan käyttäjän motivaatiota, harjoittelun seurantaan, muistuttamaan harjoittelusta ja helpottamaan kuntoutuksen seurantaan. (Salminen ym. 2016, 28.)

ETÄKUNTOUTUKSEN UUDET TUULET HALTUUN HANKKEIDEN AVULLA

Uudet teknologiat kuten esineiden internet, robotiikka, tekoäly ja lisätty todellisuus tuovat edelleen uusia mahdollisuuksia etäkuntoutukseen. Tämä on myös ammattikorkeakouluille iso koulutuksellinen haaste. Kehittämishankkeet palvelevat tätä tarkoitusta hyvin. Kuntoutus on läpileikkaavana teemana uudistuvissa sote-palveluissa. Siksi kuntoutuksen näkökulman huomiointi on tärkeää sote-alan palvelujen kehittämistyössä ja uudistuvien hyvinvointipalvelujen painoalan kehittämishankkeissa. Kuten edellä olevat esimerkit osoittavat, hankkeet voivat toimia alustana ja kokeilla uusia tulevaisuuden teknologioita hyödyntäviä hyvinvointi-, hoito- ja kuntoutuspalveluja. Yhteisen kuntoutusajattelun tulisi ohjata kehittämistyötä. Tähän tarvitaan jatkossa yhteistä dialogia ja yhdessä luotua ymmärrystä monialaisessa kehittäjä- ja opettajayhteisössä.



LÄHTEET

Huurrekorpi, J. & Pirinen, J. 2018. Voimaa alaraajoihin – E -opas ikääntyville alaraajojen lihasvoimaharjoitteluun. Opinnäytetyö, Fysioterapeuttikoulutus. Karelia-ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201803223682>

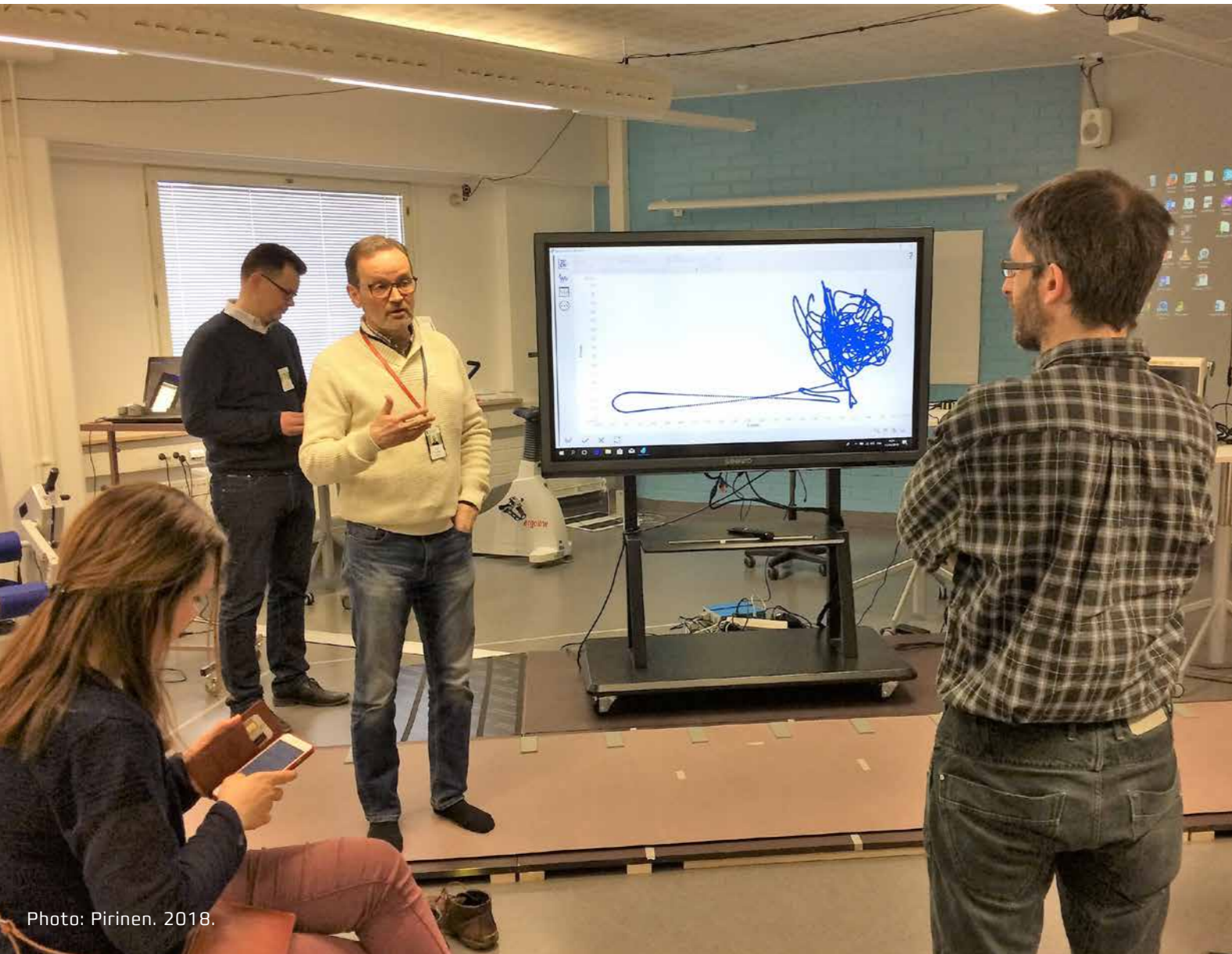
Karelia-ammattikorkeakoulu. Osaava maailma. Strategia 2016-2020. <https://issuu.com/karelia-amk/docs/karelia-strategia2020-osaava-maailm> 11.3.2018.

Nykänen, J. & Sihvo, P. 2017. Ilo pilleri – Kokemuksia kuvapuhelinkokeilusta. Teoksessa Tarkiainen, A., Sihvo, P. & Khrons, J. (toim.) IkäOTE-hanke kehittämässä, oppimassa ja kokeilemassa. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja C, Raportteja: 47. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-275-232-1> 11.3.2018.

Salminen, A., Hiekkala, S. & Stenberg, J. 2016. Etäkuntoutus. Kelan tutkimus. <http://www.kela.fi/documents/10180/0/Et%C3%A4kuntoutus/4a50ddb8-560c-47b4-94ed-09561f6981df> . 15.2.2018.

STM. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista. Kirje 28.10.2015. http://stm.fi/documents/1271139/1408010/STM_linjaus_terveydenhuollon_et%C3%A4palvelut.pdf/866357e6-f167-4357-bb30-fca6ad790360 . 9.3.2018

STM. Kuntoutuksen uudistamiskomitea. 2017. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5> . 9.3.2018



Possibilities of wearable sensor technology in home and remote rehabilitation and therapies

Antti Alamäki

Project Manager, Senior Lecturer, MSc, Pt
Karelia University of Applied Sciences

Elina Nevala

Project Specialist, MSc, Pt
Karelia University of Applied Sciences

INTRODUCTION

Populations are ageing fast and this has major impacts on healthcare systems all around the world. Within a couple of years, the number of people aged 65 or older will outnumber children under age 5. Chronic diseases are increasing dramatically, which is expensive for societies. (World Health Organization 2011, 2.) This means that countries and societies must decentralize care, prevent elderly patients from long-term care at acute hospitals, and make matters more cost effective in time and money for the patient and the local authorities. One way to achieve these goals is to develop further remote rehabilitation and wearable technology so they can be better utilized in social and healthcare. Today, they are still underused (Appelboom et al 2014,

28). This development demands a lot from technologies and organizations in many ways. The opinions of patients and customers must be collected and considered thoroughly.

Tedesco et al (2017) and Majumder, Mondal, & Deen (2017) express in their reviews that wearable sensors are the most promising technology for the automatic, continuous and long term evaluation of different aspects of the physical activity, functional capacity and health of individuals in their everyday living environments. Wearable sensors can be integrated into both acute and chronic situations and may provide the necessary information for the management of health disorders and rehabilitation, to both patients and healthcare personnel (Appelboom et al, 2014).



Picture 1. SENDoc partner meeting in North Karelia 11-12.4.2018. Partners visiting the top of Koli. Photo: Pirinen 2018.

The Northern Periphery and Arctic Programme (NPA 2018) finances Smart Sensor Devices for rehabilitation and the Connected Health development project SENDoc (2017 – 2020), which explores possibilities in utilizing sensor based systems at home and remote and rehabilitation, especially in sparsely populated areas. (SENDoc 2018.) Karelia University of Applied Sciences is one partner in this project and it will test and pilot wearable sensors for home and remote rehabilitation processes in North Karelia. In April 2018 partner meeting was held in North Karelia (Picture 1).

HOME-BASED REHABILITATION

Tuntland (2017, 8-9) points out that there are various terms for rehabilitation taking place at people's homes or in home-like conditions: reablement (UK), home-based rehabilitation and restorative care (US, Australia, New Zealand) and home care package (HCP) in Ireland (Citizens Information, 2013.). In English home care, reablement is a new short-term intervention. Its purpose is to help users regain confidence and relearn self-care skills. It aims to reduce needs for longer-term support, thereby increasing independence. (Glendinning et al 2010, 7-13.) The National Institute for Health

and Care Excellence (NICE) defines reablement as an assessment and interventions provided to people in their homes (or care homes), aiming to help them recover skills and confidence and to maximize their independence. (NICE guideline 2017.)

In Norway home-based rehabilitation is termed *hverdagsrehabilitering*, and the direct translation is everyday rehabilitation. Home-based rehabilitation appears to be a goal-directed, individualized, multidisciplinary and time-limited home-based form of rehabilitation for older adults living in their own homes. (Tuntland 2017, 9.) In Finland, there is no general definition of home rehabilitation. Every organization and actor uses it in their own way, based on their needs. Home rehabilitation covers a wide range of care and rehabilitation services, but the main point is that they are implemented at least in part in people's own houses or home-like conditions. (Forss 2016, 34-37.)

Cochrane et al (2016, 14-16) defines five criteria of home-based rehabilitation in their systematic review:

- » Participants must have an identified need for formal care and support or be at risk of functional decline
- » The intervention must be time-limited and intensive (multiple home visits)
- » The intervention must be delivered in the home setting (or in the local community)
- » The intervention must focus on maximizing independence
- » The intervention must be person-centered and goal-directed

Most of the home-based rehabilitation studies' results are singular outcomes such as the length of the home-care episode, admission to hospital and quality of life (Lewin et al 2014, 328-336). Some studies are published on the economic evaluations of reablement (Tessier 2016; Kjerstad & Tuntland 2016; Lewin et al 2014; Lewin, Alfonso & Alan 2013). For example, Lewin et al (2014) compared in their research the home-care and healthcare use and costs of older Australians who received "restorative" and "conventional" home care service. Clients who received restorative home care services used fewer home-care hours, had lower total home-care costs and were less likely to require more demanding care. In the two-year follow up, the inter-

vention group were less costly than the conventional control group by a factor of 0,83 (95 % CI 0,72 – 0,96) over the two year follow up (AU\$ 19,090 vs. AU\$ 23,428). (Lewin et al 2014.)

Although a few studies on the effectiveness of home-based rehabilitation have already been made, it can be said that there are not yet enough studies that measure the impact of different durations of reablement for different population groups. Also, there is very limited knowledge about the costs and outcomes of reablement as provided to different population groups. More research is needed on the effectiveness of home-based rehabilitation. (NICE guideline 2017.)

Home-based rehabilitation can benefit from wearable sensor systems in various ways. Wearable sensors offer accurate and versatile measures and monitoring



Wearable sensors offer accurate and versatile measures and monitoring possibilities in areas of **functional capacity**. They can support the intensity of therapeutic interventions and can have motivational and safety aspects.

possibilities in areas of functional capacity. They can support the intensity of therapeutic interventions and can have motivational and safety aspects.

REMOTE REHABILITATION

Remote rehabilitation is one way of digitalizing services. Remote rehabilitation is referred to in many different terms, such as net therapy, virtual rehabilitation or mobile rehabilitation. All of these terms are too narrow to describe remote rehabilitation in general.

Remote rehabilitation is the goal-oriented use of various remote technology applications in rehabilitation, for example phone, mobile phone, computer, phone and computer sharing and television applications. Remote rehabilitation is controlled and followed by professionals and has a clear goal, beginning and end, as with other rehabilitation. (Salminen et al 2016, 11-17.)

The Age Institute (The Age Institute) conducted a survey about the experiences of elderly people with remote health exercising. They found 49 projects or

places in Finland where remote health exercise was implemented. Remote health exercising is transmitted in the form of a one-way video or using a two-way "picture phone". In one-way video, only the instructor can communicate to the participants. When using two-way technologies, both the instructor and the participants can communicate with each other. Videos can be synchronous, real-time broadcasts or they can be also recordings that can be shared by participants via online service or social media, such as Youtube. Institutions, municipalities, companies and organizations arranged remote health exercise. In municipalities these projects were usually pilot projects that usually ended after the pilots phase. (Iltanen et al 2017, 13-14.)

When remote rehabilitation and exercise is implemented, it is possible to save on travel expenses and working time for rehabilitation staff. It allows for arranging rehabilitation services for those clients who might otherwise go without rehabilitation due to lacking resources. (Vuononvirta 2015.) If new technologies and measuring the activity of older people can prevent for example falls and fractures, they will save money and be economically sensible.

WEARABLE SENSORS

A large variety of various types of sensors has been developed in last 15 years. Wearable sensors and devices are able to measure and monitor real-time information on a subject's physiological condition and movements (e.g. ECG, RR, EEG, EMG, posture, gait, range of movement). Sensors can be integrated into textile fibers, clothes and elastic bands or they can be placed directly onto the skin ("patch" type). (Majumder et al, 2017, 2.)

Usually, a wearable sensor system includes sensor unit/units, communication modules and signal processing units. A sensor can be placed, for example, on a belt on a subject's waist (Picture 2). The sensor location depends on what needs to be measured. The sensor/sensors measures activities, and this data is transmitted to a nearby processing unit using a suitable connection (for example Bluetooth). This processing unit (e.g. smartphone, tablet computer, computer), which contains the software of this sensor,

runs processing, analysis and decision algorithms. If intended that a healthcare professional interprets and analyzes the data, it is transmitted to the (remote) healthcare facility over the internet. This connection needs to be properly secured so that privacy can be maintained. (Majumder et al 2017, 3.) Wearable sensors have proven to have very much potential analyzing and supporting the training of functional capacity, in terms of biofeedback, measuring and the training of balance (Zong-Hao Ma et al 2016).

Wang et al (2017, 18) reported that more clinical evaluations are needed to prove the effectiveness of wearable sensors. It has also been reported that research must be directed more towards clinical settings (Wang et al 2017; Steins et al 2014). A systematic review by Bergmann & McGregor (2011, 2299-2312) points out that patients and clinicians prefer wearable sensors to be compact, embedded and simple to operate and maintain. Body-worn sensors must not replace a health care professional or it should not affect a subject's daily behaviors. In the coming years, researchers must focus on the implications of user preferences when designing wearable sensors.

In the future, continuous monitoring can help detect and diagnose, for example, cardiovascular, neurological and pulmonary diseases at their early stages. Real-time monitoring of a subject's physical activity can be useful in fall prediction, gait patterns, posture analysis, sleep patterns and circadian rhythms. These long-term sensors must be more comfortable to use, and components must be flexible and as small as possible. Wearable sensors should be developed as inexpensively and user-friendly as possible, but still ensure the accuracy of measurements, efficient data processing, information security, low power consumption and wearing comfort. (Majumder et al, 2017, 2-3.) Zong-Hao Ma et al (2016, 27-28) reported that sensor devices and equipment should be more lightweight, with more processing capacities, smaller in size and more usable.

SUMMARY

There is very limited knowledge about use of wearable sensors continuously in real rehabilitation processes, especially in remote and home-based rehabilitation



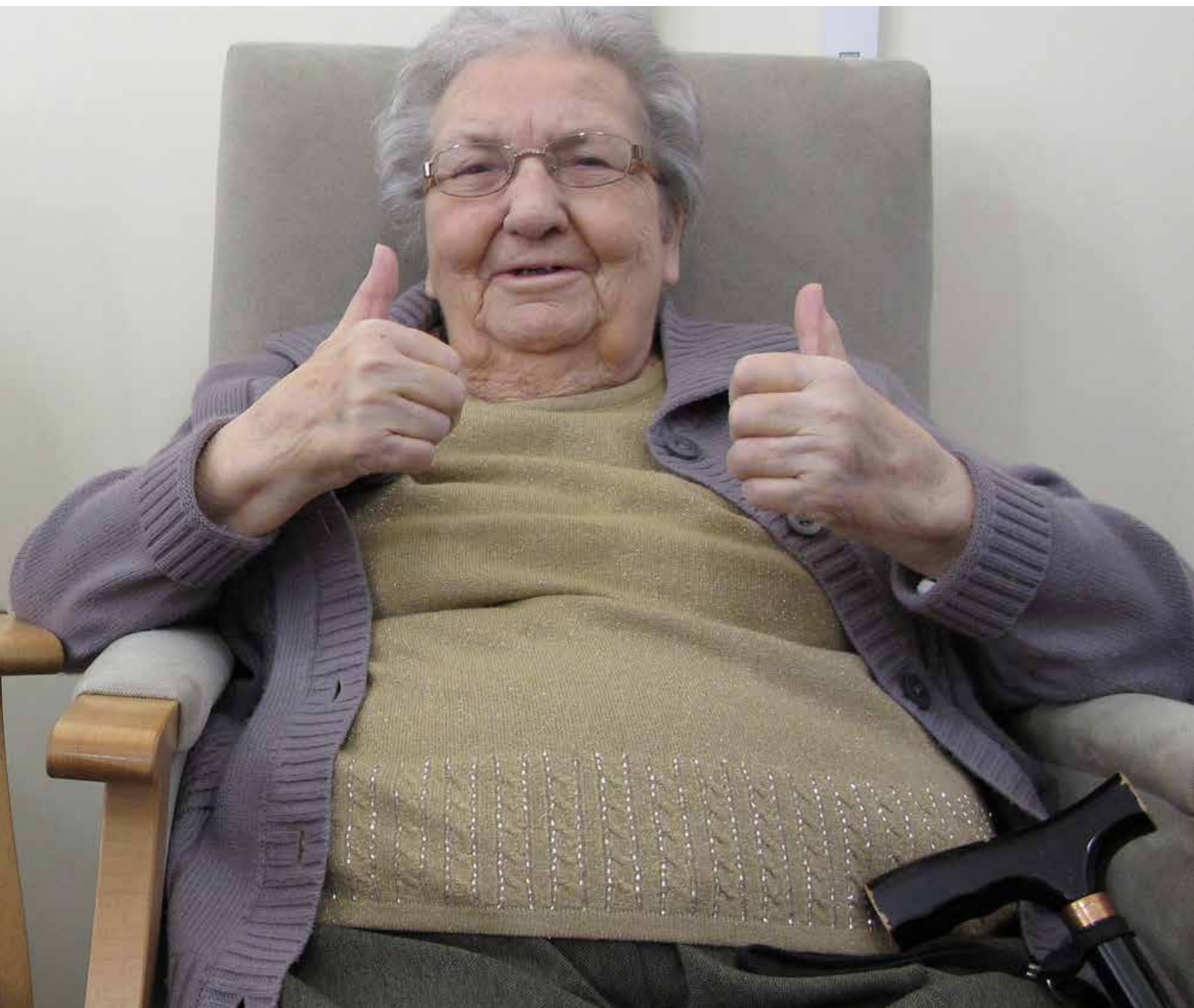
Picture 2. Physiotherapist student analyzing gait with wearable sensor on a subject's waist. (Nevala 2018).

in sparsely populated areas. Populations or cohorts in the researches are small. The researches have primarily taken place in clinical or laboratory settings. Knowledge of the usability concerning rehabilitation staff's and end-users' points of view is almost non-existent. On the other hand, we know a lot about the positive and negative factors that have an impact on the use of new technology (for example e-services) with the elderly. The reliability and necessity of the data and whether it can be measured in traditional ways is also always in question.

In the future, rehabilitation and healthcare professionals' competences will also demand understanding and the ability to use new technologies. This does not take away the need for basic professional knowledge, skills and abilities. They are the basis for analyzing the data and numbers for clinical use for customers'/patients' benefit. The use of sensors and other digital systems is a question of achieving some extra value for both, and one of rehabilitation staff being able to show the impact and effectiveness of rehabilitation.

REFERENCES

- Appelboom, G., Camacho, E., Abraham, M., Bruce, S., Dumont, E., Zacharia, B., D'Amico, R., Slomian, J., Reginster, J., Bruyère, O. & Connolly ES. 2014. Smart wearable body sensors for patient self-assessment and monitoring. *Archives of Public Health* 2014, 72:28. <https://archpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/2049-3258-72-28?site=archpublichealth.biomedcentral.com>. 28.2.2018.
- Bergmann, J. H. M. & McGregor, A.H. 2011. Body-Worn Sensor Design: What Do Patients and Clinicians Want? *Annals of Biomedical Engineering* 09/2011, vol. 39, 2299-2312.
- Citizens Information. 2013. Home Care Packages for elderly in Ireland. http://www.citizensinformation.ie/en/health/health_services/health_services_for_older_people/home_care_packages_for_carers.html. 12.3.2018.
- Cochrane, A., Furlong, M., McGilloway, S., Molloy, D.W., Stevenson, M. & Donnelly, M. 2016. Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults (Review) 2016. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Art. No.: CD010825. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010825.pub2/full>. 28.2.2018.
- Forss, J. 2016. Ikääntyneiden kuntoutuksessa arki on yhteinen viitekehys. In the rehabilitation of older people, everyday life is a common frame of reference. *Suomen fysioterapialehti / Finnish Physiotherapy Journal* 2/2016. <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/liitteet/JasuForss.pdf>. 20.11.2017.
- Glendinning, C., Jones, K., Baxter, K., Rabiee, P., Curtis, L.A., Wilde, A., Arksey, H. & Forder, J.E. 2010. Home Care Re-ablement Services: Investigating the longer-term impacts (prospective longitudinal study). 2010. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.csed.dh.gov.uk/asset.cfm?aid=6672>. 4.12.2017.
- Iltanen, S., Karvinen, E. & Topo, P. 2018. Kokemuksia iäkkäiden etäohjatusista terveystoiminnasta. https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2018/02/Virtuaalisesti-voimaa-vanhuuteen-raportti_www.pdf. 21.02.2018.
- Kjerstad, E. & Tuntland, H.K. 2016. Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health Economics Review* 2016; 6:15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4864744/>. 22.12.2017.
- Lewin, G., Allan, J., Patterson, C., Knuiman, M., Boldy, D. & Hendrie, D. 2014. A comparison of the home-care and healthcare service use and costs of older Australians randomized to receive a restorative or a conventional home-care service. *Health and Social Care in the Community* 2014 22 (3), 328 – 336. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12092/full>. 28.2.2018.
- Lewin, G., Alfonso, H. & Alan, J. 2013. Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. *Clinical Interventions in Aging*. 2013; 8: 1273-1281. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3794867/>. 22.12.2017.
- Majumder, S., Mondal, T. & Deen, M.J. 2017. Wearable sensors for remote health monitoring. *Sensor* 2017, 17, 130. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5298703/pdf/sensors-17-00130.pdf>. 12.2.2018.
- Nevala. 2018. Photographs of using wearable sensors. 5.4.2018.
- NICE guideline – National Institute for Health and Care Excellence. Intermediate care including reablement. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng74/resources/intermediate-care-including-reablement-pdf-1837634227909.%202.1.2018>. 28.2.2018.
- NPA - Northern Periphery and Arctic Programme 2012 – 2020. NPA. <http://www.interreg-npa.eu/>. 21.3.2018.
- Pirinen. 2018. Photographs from SENDoc partner meeting. 13.4.2018.
- Salminen, A-L., Hiekkala, S. & Stenberg, J-H. 2016. Remote rehabilitation. Research of the Social Insurance Institution of Finland (KELA). <http://www.kela.fi/documents/10180/0/Et%C3%A4kuntoutus/4a50ddb8-560c-47b4-94ed-09561f698idf>. 21.11.2017.
- SENDoc – Smart sENsor Devices fOr rehabilitation and Connected health. <http://www.sendocnpa.com/>. 26.02.2018.
- Steins, D., Dawes, H., Esser, P. & Collett, J. 2014. Wearable accelerometry-based technology capable of assessing functional activities in neurological populations in community settings: a systematic review. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation* 2014, 11:36. <https://jneuroengrehab.biomedcentral.com/articles/10.1186/1743-0003-11-36>. 28.2.2018.
- Tedesco, S., Barton, J. & O'Flynn, B. 2017. A Review of Activity Trackers for Senior Citizens: Research Perspectives, Commercial Landscape and the Role of the Insurance Industry. *Sensor*; 3 June 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5492436/>. 28.2.2018.
- Tessier, A., Beaulieu, M-D., McGinn, C. & Latulippe, R. 2016. Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. *Healthcare Policy* Vol. 11, no. 4, 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872552/pdf/policy-11-049.pdf>. 20.11.2017.
- Tuntland, H.K. 2017. Reablement in home-dwelling older adults. Thesis for the degree of philosophiae doctor (PhD) at the University of Bergen. <http://dspace.uib.no/bitstream/handle/1956/15926/dr-thesis-2017-Hanne-Tuntland.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 20.11.2017.
- Vuononvirta, T. 2015. Virtuaalisesti kuntoutusta myös syrjäseutujen asukkaille. *Fysioterapialehti* 1/2015. *Finnish Physiotherapy Magazine*.
- Wang, Q., Markopoulos, P. Yu, B., Chen, W. & Timmermans, A. 2017. Interactive wearable systems for upper body rehabilitation: a systematic review. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation* 2017, 14:20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5346195/>. 28.2.2018.
- World Health Organization (WHO). Global Health and Aging. 2011. http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf. 26.02.2018.
- Zong-Hao Ma, C., Wai-Chi Wong, D., Lam, W., Hong-Ping Wan, A. & Chiu-Chun Lee, W. 2016. Balance improvement effects of biofeedback systems with state-of-art wearable sensors: A systematic review. *Sensors* 2016, 16 (4), 434. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4850948/>. 28.2.2018.



”Miun aktiivinen arki” - Kotihoidon ketterä kokeilu Siun sotessa

Anneli Muona

Lehtori, projektiasiantuntija, LtM, ft
Karelia-ammattikorkeakoulu

Anne Ryhänen

Lehtori, TtM, ft
Karelia-ammattikorkeakoulu

Tämä artikkeli käsittelee hallituksen AVOT (Arvokasta vanhenemista omatoimisuutta tukemalla) Siun sote -kärkihankkeen ketterää kokeilua kotikuntoutuksessa. Siun sotessa on kotona tapahtuva kotihoidon toteuttama toimintakyvyn tukeminen nimetty ”Miun aktiivinen arki” -toiminnaksi. Ketterässä kokeilussa luotiin prosessikuvaus Miun aktiivinen arki -toiminnalle.

TAUSTAA

Hallituksen kärkihankkeen AVOT Siun soten (Arvokasta vanhenemista omatoimisuutta tukemalla) yhteinä tavoitteena on kehittää kotona tapahtuvaa kuntoutusta. Kotihoidossa kuntoutusta kehitetään ketterien kokeilujen avulla. Painopiste on kuntoutumisessa, jolloin keskiöön nousee kuntoutuja. Ikääntyneiden kuntoutumisella tarkoitetaan yksilön terveyden, toimintakyvyn ja elämänkulun kokonaisuutta, josta voidaan käyttää käsitettä elämänkulun toimijuus (life course agency). Ikääntyneiden kuntoutumisessa korostuu sairauksista ja toimintakyvyn rajoitteista kuntoutu-

minen, mutta myös koko vanhuuden elämänvaiheen käsittely. (Pikkarainen, Pyöriä ja Savikko 2016, 14 - 15, 182 - 183.)

Siun sote on 14 kunnan muodostama Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä, joka aloitti toimintansa vuoden 2017 alussa. Siun soten tavoitteena on, että tulevaisuudessa yli 75-vuotiaista 92 prosenttia asuu kotona. Siun sotessa kotihoidon työntekijöiden ohjaama kotona tapahtuva toimintakyvyn tukeminen on määritelty ”Miun aktiivinen arki” -toiminnaksi. Miun aktiivinen arki -toimintaa on jäsennetty ICF-viitekehyksen avulla. Toimintakyvyllä

tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä päivittäisestä elämästään (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016, 448). Toimintakyvyn arvioinnissa huomioidaan sekä yksilölliset (elämän historia) että ympäristöön (kaupunki vs. maaseutu) liittyvät tekijät ja osallisuus.

Vanhuspalvelulaki (2012/980) ja laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013:11) korostavat monialaista kuntoutumista edistävää toimintaa. Laatusuosituksen mukaan palveluista muodostetaan kokonaisuus, johon sisältyy kotihoito, kuntoutumista edistävä toiminta ja henkilön aktiivinen osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Suositus kehottaa työyhteisöjä sopimaan kuntoutumista edistävien toimien sisällöstä ja toiminnan vahvistamisesta. Miun aktiivinen arki koostuu Siun soten työryhmän mukaan seuraavista osa-alueista: Toimintakyvyn arviointi, tavoitteiden nimeäminen, keinot kohti asiakkaan nimeämiä tavoitteita, asiakaslähtöinen kirjaaminen, verkostot kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn tukena ja tavoitteiden saavuttamisen arviointi.

KETTERÄSTÄ KOKEILUSTA JALKAUTTAMISEN JA JUURUTTAMISEN KAUTTA PYSYVÄKSI KÄYTÄNNÖKSI

Suunnittelukulttuurin rinnalle tarvitaan rohkeaa, kevyttä ja edullista kokeilukulttuuria erityisesti julkisella sektorilla, ilmenee Sitran teettämästä selvityksestä (Berg, Hildén & Lahti 2014). AVOT Siun sote –hanke toteutti Miun aktiivinen arki -osioon ketterän kokeilun syksyllä 2017 Kontiolahden kotihoidossa. Kokeilussa kehitettiin valmentavan työpajatyöskentelyn avulla toimintamalli kotihoidon ohjaamaan asiakkaan tavoitteelliseen arkiaktiivisuuteen. Toimintamallin suunnittelu aloitettiin syyskuussa ja viimeinen työpaja toteutettiin joulukuussa 2017. Työpajojen välillä osallistujat työstivät välitehtäviä asiakastyössä. Henkilöstölle Miun aktiivinen arki -valmennus toteutettiin sekä lähiohjauksella että digitaalisin yhteyksin.

Vanhuspalvelulaki (2012/980) edellyttää, että palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä tulee arvioida iäkkään ihmisen toimintakykyä monipuolisesti ja luotettavilla arviointimenetelmillä. Siun soten kotihoidon asiakkaan toimintakykyä arvioidaan kotioloihin

soveltuvilla mittareilla, jotka löytyvät TOIMIA-tietokannasta. TOIMIA-tietokanta on THL:n ylläpitämä työväline toimintakyvyn mittaamisesta ja arvioinnista luotettavaa tietoa etsiville ammattilaisille (THL 2018). Asiakkaan kokemaa elämänlaatua arvioidaan monipuolisesti WHOQOL BREF -mittarilla. Asiakkaan fyysistä toimintakykyä kävelyn, tasapainon ja tuolilta ylösnousun osalta mitataan SPPB-testillä. FRAT-testi arvioi asiakkaan kaatumisriskiä ja MNA:ta käytetään ravitsemustilanteen kartoittamiseksi. Tarvittaessa asiakkaalle tehdään muistitesti MMSE. Laatusuosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013:11) mukaan oikeaan aikaan ja oikein kohdennetuilla palveluilla on mahdollista ennaltaehkäistä toimintakyvyn heikentymistä ja parantaa elämänlaatua sekä saada aikaan kustannussäästöjä.

Kuntoutumisen varsinainen toimija on ikääntynyt itse (Topo & Autti-Rämö 2016, 88). Täten mittausten tulokset kerrotaan ja tulkitaan asiakkaalle. Asiakasta tuetaan ja ohjataan omien tavoitteidensa nimeämisessä GAS-menetelmän (Goal Attainment Scaling) avulla. Menetelmä on todettu herkäksi havaitsemaan toimintakyvyn muutokset ja osoittamaan valittujen toimenpiteiden vaikuttavuus (Sukula, Vainiemi & Laukkala 2015). Tavoitteet voivat olla hyvinkin pieniä, mutta niiden tulee olla konkreettisia, esim. yksi konserttilaisuus kuukaudessa avustajan turvin. Tavoite kirjataan ja asetetaan näkyville asiakkaan kotona. Näin kaikki asiakkaan läheiset voivat tukea tavoitteiden saavuttamista. Tavoitteiden saavuttamista arvioidaan kolmen kuukauden välein ja tarvittaessa niitä tarkennetaan.

Asiakkaan kanssa mietitään, miten tavoitteet saavutetaan. Mielekkäät ja motivoivat keinot tavoitteiden saavuttamiseksi löytyvät, kun henkilöstö tuntee asiakkaansa elämänhistorian. Samalla mietitään verkostoja, jotka voivat auttaa tavoitteiden saavuttamista esim. ulkoilussa, yhteydenpidossa omaisiin, käsitöissä ja vierailuissa. Seurakunta, järjestöt, koulut, päiväkodit ja monet muut toimijat voivat tukea ikääntyvän arjen aktiivisuutta.

Kokeilun yhtenä teemana oli asiakaslähtöisen toimintakykytiedon kirjaaminen. Kotihoidossa on käytössä mobiilikäyttöinen kirjaus, joka mahdollistaa kirjaamisen kotihoitokertomukseen asiakkaan ko-

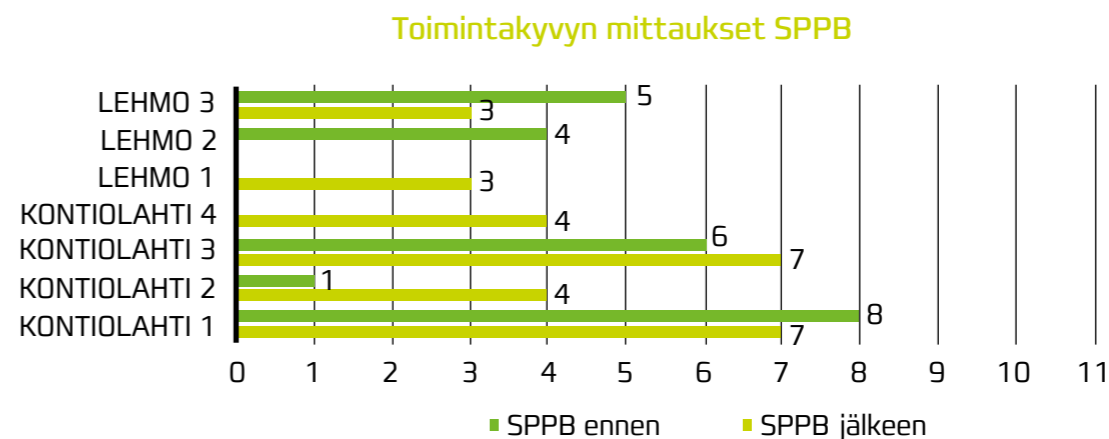
tona yhdessä asiakkaan kanssa. Näin asiakkaalla on mahdollisuus vaikuttaa hänestä kirjattaviin asioihin ja kirjauksiin voidaan sisällyttää kuvausta asiakkaan päivittäisestä toimista kohti tavoitetta. Kirjausta voidaan täydentää kuvaamalla asiakkaan lisääntyneitä aktiivisuutta, esim. osallistumista kulttuuritapahtumiin ja läheisten osallisuutta siinä.

Kaksi Ikäosaamisen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelijaa osallistui hanketyöskentelyyn opinnäytetyöprosessin kautta. Opiskelijat kehittivät yhdessä kotihoidon työntekijöiden kanssa prosessikuvausta Miun aktiivinen arki. Prosessissa kuvataan, kuinka Siun sotessa tuetaan kotona asuvan ikäihmisen toimintakykyä. Tuotettu prosessikuvaus hyväksyttiin Ikäihmisten palveluiden johtotiimissä ja tätä kuvausta levitetään koko Siun soten alueelle kevästä 2018 alkaen. Prosessikuvausta juurrutetaan ohjaus- ja arviointikeskusteluiden avulla, joita toteuttavat eri kotihoidon yksiköt toisilleen syksyllä 2018. Ketterä kokeilu juurrutuksesta toteutetaan keväällä 2018.

KETTERÄN KOKEILUN TULOKSET

Ketterässä kokeilussa mukana olevien asiakkaiden fyysinen toimintakyky vaihteli SPPB-testin mukaan heikosta keskimääräiseen. Kokeilu kesti vain kuukauden, mutta joillakin asiakkailla toimintakyky parani merkittävästi (kuvio 1.). Osa asiakkaista oli innoissaan, kun heidän kanssaan keskusteltiin, käytiin läpi mittaustuloksia ja ohjattiin tavoitteiden asettelussa. Asiakkaat motivoituivat tavoitteista toimintaan. Osa omaisista halusi tukea vanhempiaan arjen toiminnoissa esim. viemällä vanhempia kävelylenkeille.

Ketterästä kokeilusta kerättiin palautetta sekä kotihoidon työntekijöiltä, että asiakkailta. Karelia-ammattikorkeakoulun fysioterapeuttiopiskelijat laativat sähköisen Webropol-kyselyn kotihoidon työntekijöille osana Tutkimustyön menetelmien soveltaminen -opintojaksoa. Kyselyyn vastasi 12 kotihoidon työntekijää. Kaikki vastaajat olivat naisia, koulutustasultaan kotiaavustajia, lähi-, sairaan- tai kodinhoitajia. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että työyhteisö on ottanut toimintakyvyn arviointimittarit käyttöön ja



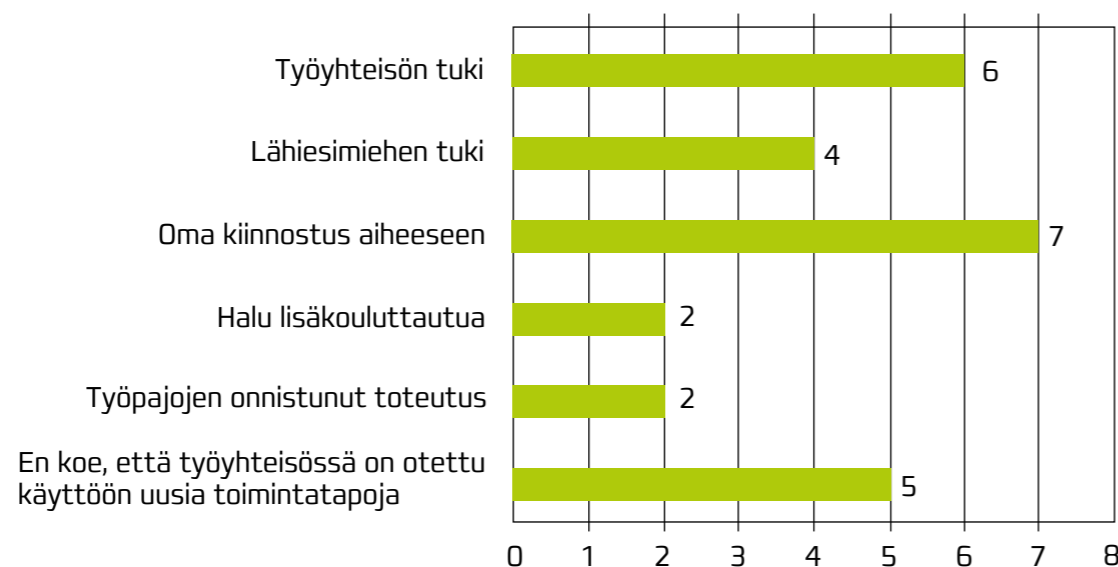
Kuvio 1. Ketterään kokeiluun [1kk] osallistuneiden kotihoidon asiakkaiden [6 henkilöä] toimintakyvyn muutos SPPB -testitulosten mukaan ennen kokeilua ja kokeilun jälkeen.

kymmenen kahdestatoista on tukenut asiakasta tavoitteiden nimeämisessä. Toimintatapojen muutosta on tukenut oma kiinnostus asiaan, työyhteisön ja lähesmiehen tuki sekä työpajojen onnistunut toteutus (kuvio 2). Vastaajien mielestä työpajat toteutettiin liian nopealla aikataululla.

Karelia-ammattikorkeakoulun fysioterapeuttipiis- kelijat keräsivät palautetta kotihoidon asiakkailta strukturoidun haastattelulomakkeen avulla (kuva 1.). Lomake oli modifioitu Sokora-projektissa tuote-

tun osallisuuskyselyn pohjalta. ”Osallisuus on yksilön mahdollisuuksia vaikuttaa omaan elämäänsä, omiin palveluihinsa, omaan elinympäristöön ja ympäröivään yhteiskuntaan. Se on kuulumista ja kuulluksi tulemistä.” (THL2017). Haastattelut toteutettiin osana Ikääntyvien fysioterapia -opintojaksoa. Kaikkien vastanneiden mielestä tavoitteet ovat auttaneet tavoittelemaan itselle tärkeitä asioita eli tavoitteet ovat olleet merkityksellisiä. Tärkeäksi asiaksi mainittiin useimmiten liikkumiskyky.

**Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet uusien toimintatapojen käyttöönottoon?
Voit valita useamman vaihtoehdon. n=12**



Kuvio 2. Kotihoidon työntekijöiden (n=12) näkemys tekijöistä, joilla voidaan vaikuttaa toimintatapojen muutokseen. Vastaaja on voinut valita useita vaihtoehtoja.



Kuva 1. Ketterässä kokeilussa mukana olleen kotihoidon asiakkaan haastattelu kokeilun jälkeen. Kuva Olli-Pekka Haakana

LOPUKSI

Sote-uudistus tapahtuu vauhdilla. Ketterien kokeilujen avulla voidaan kehittää alueellisia palveluja ammattikorkeakoulujen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhteistyönä. Ammattikorkeakoulut ovat luonnollisia yhteistyökumppaneita tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnassa (TKI). Joustavien TKI-ratkaisujen avulla ja aluekehitystehtävänsä velvoittamina ammattikorkeakoulut ovat voimavaraa kehitettäessä työelämää.

Ketteriä kokeiluja toteutetaan tiedolla johtamisen periaatteilla. Ammattikorkeakouluilla on osaamista kehittää uudenlaisia ratkaisuja työelämästä nouseviin haasteisiin. Tutkimustietoa hyödynnetään työelämä- lähtöisissä projekteissa, jotka toteutetaan yhteistyössä ammattikorkeakoulun edustajien ja työelämän toimijoiden kanssa. Opiskelijat ovat mukana tässä kehitystyössä. Ammattikorkeakouluilla on myös osaamista arvioida kokeilujen vaikuttavuutta erilaisilla arviointimenetelmillä.

Karelia-ammattikorkeakoulu haluaa olla mukana sote-uudistuksessa. Odotamme työelämästä uusia avauksia Itä-Suomen alueen sote-palveluiden kehittämiseen.

LÄHTEET

Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2016. Geriatrinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. & Arkkila, P. Geriatria. Helsinki: Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017 -2019. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2017:6.

Sukula S., Vainiemi K. & Laukkala T. 2016. GAS Menetelmästä sovellukseen. Kelan tutkimusosasto Helsinki. THL 2017. Osallisuutta edistävällä kunnassa myös työtön kokee itsensä tarpeelliseksi. <https://www.thl.fi/fi/-/osallisuutta-edistavassa-kunnassa-myos-tyoton-kokee-itsensa-tarpeelliseksi>. 19.2.2018.

THL 2018. TOIMIA -tietokanta. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/> 23.2.2018

Topo, P. & Autti-Rämö, I. 2016. Eettiset näkökohdat kuntoutuksessa. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. & Arkkila, P. Geriatria. Helsinki: Duodecim.

Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L3P13>

Tämä juhlaulkaisu on koottu Karelia-ammattikorkeakoulun fysioterapian yliopettaja Liisa Suhosen jäädessä eläkkeelle. Julkaisu tekee näkyväksi Karelian opettajien näkökulmia kuntoutuksen määrittelystä, merkityksestä ja opetuksesta. Opettajien lisäksi julkaisun kirjoittajina on myös opiskelijoita sekä työelämä- ja hanketoimijoita.

Julkaisun toivotaan avaavan lukijoiden silmiä katselemaan kuntoutusta ja ihmisen kuntoutumisen tukemista monipuolisesti. Julkaisun artikkeleita on mahdollista hyödyntää myös opetuksessa.

