



Osaamista  
ja oivallusta  
tulevaisuuden  
tekemiseen

Elina Borchers

## Alaraaja-amputaation jälkeisen kuntoutuskäytännön kehittäminen moniasiantuntijuuteen perustuen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti YAMK

Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

26.11.2018

Tekijä Otsikko	Elina Borchers Alaraaja-amputaation jälkeisen kuntoutuskäytännön kehittäminen moniasiantuntijuuteen perustuen
Sivumäärä Aika	65 sivua + 7 liitettä 18.11.2018
Tutkinto	Fysioterapeutti YAMK
Tutkinto-ohjelma	Kuntoutus
Ohjaajat	Yliopettaja Pekka Paalasmaa Yliopettaja Salla Sipari
<p>Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää alaraaja-amputaation jälkeistä kuntoutuskäytäntöä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa moniasiantuntijuuteen perustuen kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi.</p> <p>Tutkimuksellisessa kehittämistyössä sovellettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Aineistoa kerättiin kolmessa vaiheessa ryhmähaastattelun ja yhteiskehittelyn menetelmin. Ensimmäisessä vaiheessa alaraaja-amputaation kokeneita henkilöitä haastateltiin Helsingin Invalidien yhdistyksessä ja Laakson sairaalan vuodeosastolla ryhmämuotoisella teemahaastattelulla. Ryhmähaastatteluihin osallistui yhteensä kuusi henkilöä. Toisessa vaiheessa amputaatiokuntoutuksen ammattilaisia kutsuttiin yhteiskehittelytilaisuuteen Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimesta sairaala-, kotikuntoutus-, avokuntoutus ja apuvälinepalveluista sekä Helsingin Invalidien yhdistyksestä ja Helsingin kaupungin sopimusyhteistyökumppaneista Haltijasta ja Respectasta. Ammattilaisten ryhmä koostui 12 henkilöstä. Kolmannessa vaiheessa moniasiantuntijuuteen perustuva työryhmässä keskusteltiin moniasiantuntijuuteen perustuvista toimintatavoista kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi. Ryhmään osallistui sekä kuntoutujia, että kuntoutuksesta Helsingissä päättäviä ammattilaisia. Moniasiantuntijuuteen perustuvassa työryhmässä oli viisi henkilöä. Kaikkiin ryhmiin osallistuminen oli vapaaehtoista. Ryhmien tuottamat aineistot analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksena syntyi kuvaus kuntoutujan toimintakykyä vahvistavasta kuntoutuskäytännöstä alaraaja-amputaation jälkeen Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa. Uudessa kuntoutuskäytännössä kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi korostui ammattilaisten, kuntoutujan ja hänen läheistensä yhteistyö.</p> <p>Tulosten mukaan tarvitaan uusia konkreettisia toimintatapoja ja rakenteellisia muutoksia. Avainasemassa oli ammattilaisten osaaminen ja palveluiden profiloituminen sekä selkeä kuntoutuspolku, joka rakentuu kuntoutujan tavoitteen ympärille. Kuntoutujan aito ja yksilöllinen kohtaaminen, tasa-arvoinen kohtelu ja avoin asenne sekä kuntoutujan lähipiiriin huomioiminen nousivat niin ikään keskeisiksi tuloksiksi. Kuntoutuksessa tulisi huomioida kuntoutuminen kokonaisvaltaisena, ei pelkkänä fyysisenä kuntoutuksena.</p> <p>Tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää alaraaja-amputaation jälkeisen kuntoutuksen kehittämisessä.</p>	
Avainsanat	Toimintakyky, alaraaja-amputaatio, moniasiantuntijuus

Author Title	Elina Borchers Development of a Rehabilitation Practice after Lower Limb Amputation based on Partnership with Client and Professionals
Number of Pages Date	65 pages + 7 appendices November 2018
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Rehabilitation
Instructor(s)	Pekka Paalasmaa, Principal Lecturer Salla Sipari, Principal Lecturer
<p>The aim of this development project was to develop a rehabilitation practice after lower limb amputation in the Social and Health care of the City of Helsinki based on partnership with client and professionals to enhance the ability of a rehabilitee to function.</p> <p>A research approach was applied by using action research methods in the research development work. The material was collected in three stages by group interviews and co-development methods. Persons with lower limb amputation were interviewed in two groups by using a themed interview method. A total of six people attended the group interviews. Ambulatory rehabilitation professionals were invited to the development team of the City of Helsinki social and health care facility for hospital, home rehabilitation, open rehabilitation and utility services, and the Helsinki Disabled Association, and Helsinki City Contract Partners Haltija and Respecta. The group of professionals consisted of 12 people. In the third phase, a team that included professionals and clients evaluated the material produced by previous groups. The team consisted of persons with lower limb amputation and rehabilitation professionals, a total of five people. Participation in all groups was voluntary. The material produced by the groups was analyzed by material-based content analysis.</p> <p>The result of the research development work is a description of the rehabilitation practice that strengthens the rehabilitee's ability to function after lower limb amputation in the Social and Health care of the City of Helsinki. In the new rehabilitation practice, the reciprocal agency and co-operation between professionals and rehabilitee was emphasized to strengthen the ability of the rehabilitee to function.</p> <p>The development working groups noted the need for new concrete practices and structural changes. The key position was professionals' know-how and profiling, as well as a clear rehabilitation path based on the rehabilitee's goal. The genuine and individual encounter of the rehabilitee, equal treatment and an open attitude as well as consideration of the close relative of the rehabilitee, were also key themes. Rehabilitation should be taken into consideration in a holistic way, not just from the perspective of physical rehabilitation.</p>	
Keywords	Human Function, Lower Limb Amputation, Partnership with Client and Professionals

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Alaraaja-amputoidun kuntoutuksesta alaraaja-amputaation jälkeiseen kuntoutumiseen	4
2.1	Kuntoutus, kuntoutusprosessi ja -polku	4
2.2	Kuntoutuminen ja kuntoutumisprosessi	7
2.3	Toimintakyky kuntoutuksen päämääränä	8
2.4	ICF-luokitus toimintakyvyn kuvaajana	10
3	Moniasiantuntijuus ja kuntoutuminen	12
4	Toimintaympäristön kuvaus ja kehittäjäkumppanit	15
4.1	Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi	15
4.2	Kolmas sektori, Helsingin Invalidien yhdistys	16
4.3	Yksityiset palveluntuottajat	17
5	Tavoite, tarkoitus, kehittämistehtävät ja tuotos	17
6	Menetelmälliset ratkaisut	19
6.1	Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa	19
6.2	Tiedontuottajien valinta ja kuvaus	21
6.3	Aineiston kerääminen	23
6.4	Aineiston analysointi	27
6.5	Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen	28
7	Tulokset	29
7.1	Kuntoutujan toimintakykyä vahvistavat toimintatavat kuntoutujan näkökulmasta	29
7.2	Kuntoutujan toimintakykyä vahvistavat toimintatavat ammattilaisen näkökulmasta	38
7.3	Moniasiantuntijuuteen perustuvat toimintatavat kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi	43
8	Kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumista tukeva kuntoutuskäytäntö	48
9	Pohdinta	51
	Lähteet	60

## Liitteet

Liite 1. Kuntoutujien ryhmähaastattelun runko

Liite 2. Learning Cafén teemapöydät ammattilaisille

Liite 3. Tutkimushenkilötiedote kuntoutujille

Liite 4. Suostumusasiakirja

Liite 5. Tutkimushenkilötiedote ammattilaisille

Liite 6. Tutkimushenkilötiedote moniasiantuntijuuteen perustuvalla työryhmälle

Liite 7. Näyte kuntoutujien ryhmähaastattelujen aineiston analyysistä

## 1 Johdanto

Hallituksen visiossa vuonna 2025 Suomessa kaikki ihmiset kokevat voivansa vaikuttaa, tehdä valintoja ja ottaa vastuuta (Ratkaisujen Suomi: Neuvottelutulos strategisesta hallitusohjelmasta 2015:18). Yksi hallituksen kärkihankkeista on kehittää sosiaali- ja terveyspalveluja asiakaslähtöisiksi ja uudistaa palveluketjuja yli hallintorajojen. Tavoitteena on uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja asiakkaan omatoimisuutta tukeviksi ja tuoda asiakkaiden ja asukkaiden kokemustieto osaksi palvelujärjestelmää. Byrokratiaa vähennetään ja digitalisaation keinoja otetaan käyttöön. (Ratkaisujen Suomi: Puolivälin tarkistus, Hallituksen toimintasuunnitelma vuosille 2017-2019: 42.)

Amputaation jälkeisiä kuntoutus- ja hoitokäytäntöjä on kehitetty ympäri maailmaa (Esim. Zöch 2012; Andrews & Anderson & Fairbairn & Donowling 2012; Frederics & Visagine 2013). Yhtenäisiä suosituksia monialaisen kuntoutuksen järjestämiseksi on kaivattu (Klute ym. 2009: 301-302). Kuntoutuksen oikea-aikaisuus, kuntoutujalähtöisyys ja monialaisuus ovat edelleen haasteiden edessä ja kuntoutus on usein hyvin vammalähtöistä (Frederics & Visagine 2013: 24-25).

Alaraaja-amputaation jälkeistä kuntoutusta on pyritty kehittämään myös Suomessa. Pääkaupunkiseudulla kehitystyötä on tehty yli kymmenen vuoden ajan (ks. esim. Määttänen & Lepäntalo & Hurri & Soinen & Pohjalainen 2006: 281; Vänskä ym. 2016: 69-106), mutta Helsingissä kuntoutuksen järjestäminen on edelleen haasteiden edessä. Organisaatorajat ylittävä kuntoutuspolku on edelleen rikkonainen ja kuntoutuksesta vastaavat tahot epäselviä kuntoutumisen eri vaiheissa sekä ammattilaisille että kuntoutujille. Olisi tärkeää kuvata amputaation jälkeistä kuntoutuspolkua monialaisena yhteistyönä ja kiinnittää huomiota kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden tunnistamiseen sekä toimintakyvyn laaja-alaiseen kuvaamiseen. Palveluita kehittäessä olisi olennaista kiinnittää huomiota kuntoutujan arjessa tapahtuviin toimiin ja panostaa apuvälinepalveluiden ja kuntoutuspalvelujen yhteistyöhön (Vänskä ym. 2016: 82-83).

Toimivat kuntoutusprosessit edellyttävät integroitua palvelukokonaisuutta ja verkostoimaista työtettä (Suikkanen & Lindh 2012:53). Kuntoutusprosessin jatkuvuuden turvaamisen ja sen osajärjestelmien yhteistoiminta ovat nousseet keskeisiksi kysymyksiksi kuntoutusjärjestelmän toiminnan kannalta. Nykytilanteessa monet kuntoutuspalvelut ovat monen eri järjestelmän hallinnoimia, kuntoutusjärjestelmä on pirstaleinen eivätkä tarve ja palvelut aina kohtaa. (ks. esim. STM 2017: 9). Kuntoutujan kannalta tämä tarkoittaa

vaaraa pudota eri osajärjestelmien väliin ja jäädä ilman tarvitsemaansa kuntoutuspalvelua esimerkiksi silloin kuin kuntoutuksen vastuutaho vaihtuu. Suomessa tarvitaan tutkimusta, jossa arvioidaan kuntoutusprosessin jatkuvuuden ongelmia suhteessa pirstaleisiin hallinnollisiin ratkaisuihin ja työnjakoon sekä vastuun kierrättämiseen. (STM 2004:42; STM 2015:14; Arponen & Kihlman & Välimäki 2004:24.)

Kuntoutuksen hajanaisuus on tunnistettu myös lainsäädännöllisellä tasolla. Kuntoutuksen uudistamiskomitea (2017: 9) toteaa, että kuntoutujien on hankala saada tarvitsemiin palveluja oikea-aikaisesti ja yhdenvertaisesti (STM 2017:9). Lainsäädännöllisessä uudistamisessa tavoitteena ovat niin ikään kuntoutuksen käynnistyminen asiakaslähtöisesti, oikea-aikaisesti ja riittävän varhaisessa vaiheessa sekä kuntoutuksen kytkeminen saumattomasti muihin palveluprosesseihin (STM 2017:61). Tuleva Sote-uudistus vaikuttaa varmasti moneen muuhunkin seikkaan. Pienet kuntoutujaryhmät jäävät helposti marginaaliin ja joutuvat unohduksiin valtavia rakenneuudistuksia tehtäessä. Siksi on erittäin tärkeää, että uudistusta ja tutkimusta lähdetään tekemään käyttäjäryhmälähtöisesti.

Kuntoutuksen tutkimuksessa olisi kiinnitettävä huomiota yhteiskunnan kehityksen merkitykseen kuntoutumisen tuloksissa ja kuntoutujien elämäkulussa. Tutkimuksella olisi siis pyrittävä löytämään ratkaisuja, jotka parantavat kuntoutujien mahdollisuuksia selviytyä muuttuvassa maailmassa. Kuntoutuksen tutkimuksessa ja kehittämisessä tulisi ottaa huomioon palvelunkäyttäjän näkökulma entistä voimakkaammin suhteessa siihen, kuinka kuntoutujan on mahdollista ylipäänsä toimia aktiivisena palvelunkäyttäjänä. Kuntoutuksen käytäntöjä olisi hyvä kyseenalaistaa ja kuntoutujaa osallistaa käytäntöjen suunnittelussa. (STM 2004:25.)

Kuntoutuksen kehittämistyössä tarvitaan tietoa siitä, mihin kuntoutujan mielestä kannattaisi panostaa ja mikä on kuntoutujan oma näkemys hänelle soveltuvista vaikuttamisen kohteista. Lisäksi kuntoutuspalvelujen käyttäjät olisi nähtävä aktiivisina toimijoina ja kehittäjäkumppaneina. Suurena haasteena voidaan pitää sitä, miten kuntoutuspalvelut saadaan rakennettua tukemaan kuntoutujan todellisia mahdollisuuksia toimia itselleen merkityksellisellä tavalla. (Mäkinen 2014:10-12.) Tässä kehittämistyössä pyritään Mäkinen (2014:13) kuvaaman asiakasymmärryksen avoimeen tilaan, jossa kuntoutuja ja ammattilainen toimivat kumppaneina palvelua kehittämässä (Mäkinen 2014:13). Moniasiantuntijuudella tarkoitetaan tässä työssä sitä, että kuntoutujat voivat omalla asiantuntijuudellaan osallistua toiminnan kehittämiseen ammattilaisten rinnalla.

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa alaraaja-amputaation jälkeistä kuntoutuskäytäntöä ei ole kuvattu ja toiminta on nykyisellään pirstaleista. Hus ja Hyks Erva-alueella on parhaillaan käynnissä *Amputoitujen protetisointiohjelman kehittämishanke*, joka myös ohjaa amputaation jälkeisiä käytäntöjä Helsingissä. Se velvoittaa alueellisesti yhteisten toimintamallien kehittämiseen. Työn julkaisuajankohtana hankkeen loppuraporttia ei ole vielä julkaistu. Tarkastelen tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä alaraaja-amputaation jälkeistä kuntoutusta protetisointia laajemmasta näkökulmasta. Tutkimuksellisen kehittämistyöni tarkoituksena on kehittää alaraaja-amputaation jälkeistä kuntoutuskäytäntöä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa moniasiantuntijuu-teen perustuen. Kuntoutuskäytännön kehittämisen tavoitteena on kuntoutujan toimintakyvyn vahvistuminen. Kehittämistyössä yhdistyy sekä työelämälähtöinen että kuntoutujalähtöinen tarve. Tässä työssä alaraaja-amputaatiolla tarkoitetaan sääri- tai reisitasoista amputaatiota. Helsingissä reisitason amputaatioita on vuodessa noin 50 ja sääritason amputaatioita noin 25.

## 2 Alaraaja-amputoidun kuntoutuksesta alaraaja-amputaation jälkeiseen kuntoutumiseen

### 2.1 Kuntoutus, kuntoutusprosessi ja -polku

Suurin osa amputaatioista on alaraaja-amputaatioita. Suomessa alaraaja-amputaatioita tehdään noin 183/100 000 asukasta/vuosi (Kallinen 2017). Noin 80% alaraaja-amputaatioista tehdään verenkiertohäiriöiden tai diabeteksen vuoksi. Huomattava osa amputaation kokevista henkilöistä on iäkkäitä ja monisairaita, minkä vuoksi kävelykyky saattaa olla heikentynyt jo ennen amputaatiota. (Määttänen, Pohjolainen 2009:343.)

Eri palvelujärjestelmät suhtautuvat asiakkaisiin eri tavalla ja näissä tavoissa on nähtävillä edelleen myös kuntoutuksen asiantuntijalähtöinen, nyt jo vanhentunut paradigma. (Viitanen & Piirainen 2013:115). Perinteisesti kuntoutus on määritelty vian, vammat tai sairauden perusteella annettavana toimintana, kuten alaraaja-amputoidun kuntouttamisena. Jotta päästään pois järjestelmäkeskeisestä ajattelusta kohti kuntoutujalähtöistä toimintaa, tarvitaan tutkimusta, jossa kuntoutuja voi aidosti osallistua toiminnan suunnitteluun (STM 2004:25).

Nykykäsityksen mukaan kuntoutus on yksilöllistä tavoitteellista toimintaa, joka tähtää kuntoutujan tavoitteiden mukaiseen muutokseen hänen elämäntilanteessaan (Järvikoski 2013:73). Kuntoutus on ollut viime vuosina murroksessa. Kuntoutuksen perinteisen viikan, sairauten tai vamman perustuvan vajavuusparadigman rinnalle on noussut kuntoutujaa valtaistava ekologinen toimintamalli, jossa keskeistä on asiakkaan roolin vahvistuminen kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutukseen liittyvässä päätöksenteossa (STM 2017: 35). Kuntoutuksen muuttuvaan lähestymistapaan liittyy ajankohtaisesti myös kuntoutujan oman kokemuksen ja aktiivisen osallisuuden esiin nouseminen. Tämä paradigman muutos edellyttää niin käsitteiden ja teoreettisen perustan täsmentämistä kuin kuntoutuksen painopisteen siirtymistä kuntoutujan arkeen. (Järvikoski 2013: 74-75; STM 2004: 24.)

Kuntoutuksessa ihminen kohdataan suhteessa ympäristöönsä ja sille on ominaista prosessimaisuus, mikä asettaa haasteita kuntoutuksen järjestäjätahoille. Prosessin tulisi pysyä asiakkaan kannalta katkeamattomana, vaikka siinä olisikin eri vaiheita. Kuntoutus on myös monialaista ja moniammatillista toimintaa. (Järvikoski & Härkäpää 2011: 33-34.) Kuntoutusprosessissa edetään tavoitteellisesti, ja se on ammattilaisen ja kuntoutu-

jan yhdessä suunnittelema. Kuntoutuksen ammattilainen on vastuussa kuntoutuksen tarpeen tunnistamisesta ja yhdessä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi tehtävistä kuntoutustoimenpiteistä. Toimijoiden yhteistyö, tiedon kulku toimijoiden kesken ja oikea-aikainen kuntoutustoimenpiteiden järjestäminen vaikuttavat prosessin onnistumiseen keskeisesti. (Autti-Rämö & Mikkelsen & Leino 2017: 58.) Ihmisen terveys, toimintakyky ja aktiivisuus ovat keskeisiä päämääriä suunniteltaessa kuntoutustoimenpiteitä (Autti-Rämö & Salminen 2017: 14).

Kuntoutuksen uudistamiskomitea julkaisi vuonna 2017 yleisiä kuntoutusprosessia koskevia ehdotuksia. Ehdotuksissa painotetaan, että kuntoutustoiminnan tulee olla tavoitteellista ja kuntoutujan on oltava toiminnan subjekti. Kuntoutusprosessiin tulee sisältyä kuntoutuksen tarpeen tunnistamisen ja arviointi, suunnitelman ja siihen liittyvien päätösten tekeminen, joissa kuntoutuja osallistuu aktiivisena toimijana. Lisäksi kuntoutuspalvelut ja etuudet, kuntoutujan ympäristöä koskevat toimenpiteet, prosessin seuranta ja arviointi ja arvioinnin pohjalta tehtävät tarvittavat muutokset ovat osa kuntoutusjärjestelmän uudistamista. (STM 2017: 40.)

Alaraaja-amputaation jälkeinen kuntoutus on monitieteistä ja vaatii verkostomaista yhteistyötä (De Oliveria ym. 2014: 530-531). Toimiva kuntoutusverkosto edellyttää yhteistä käsitystä jatkuvasta prosessista, jossa eri toimijat toimivat vuorovaikutuksessa keskenään toisiaan tukien kuntoutujan tavoitteiden mukaisesti (Autti-Rämö & Mikkelsen & Leino 2017: 58). Kuntoutusprosessi näyttäytyy kuntoutujalle suunniteltuna kuntoutustoimenpiteitä sisältävänä polkuna, mistä syystä tässä työssä prosessia kutsutaan kuntoutuspoluksi. De Oliveria ym. (2014: 530-531) esittävät, että alaraaja-amputaation jälkeistä kuntoutuspolkua suunniteltaessa tulisi huomioida kukin kuntoutuja yksilönä henkilökohtaisine ominaisuuksineen. Kuntoutujan valintoja on kunnioitettava ja nähtävä jokaisen henkilökohtainen potentiaali ja kokonaisvaltainen toimintakyky omassa ympäristössään. Verkostomainen työskentely parantaa kuntoutuksen kliinistä laatua, terveysvaikutuksia, käyttäjien tyytyväisyyttä ja kustannuksia. (De Oliveria ym. 2014: 530-531.)

Määttäsen ym. (2006: 284) mukaan hyvin ajoitetun ja toteutetun kuntoutuksen avulla voidaan tukea kuntoutujan toimintakykyä ja itsenäisyyttä. Kuntoutuspolku olisi oltava hyvin kuvattu ja kaikkien toimijoiden tulisi sitoutua siihen. Verkostomainen työskentely on todettu toimivaksi tavaksi sekä kuntoutujan että kuntoutuksen järjestäjätahon kannalta. Tavoitteena tulisi olla mahdollisimman lyhyet sairaalajaksot ja nopea kotiutuminen. Huomiota tulisi siirtää erityisesti kuntoutuksen koordinointiin ja kuntoutumisen seurantaan pitkällä aikavälillä. (Määttäsen & Lepäntalo & Hurri & Soininen & Pohjalainen 2006: 284-

285.) Arki- ja avokuntoutus olisi otettava painopisteeksi (STM 2017: 37) ja uusien kuntoutuksen käytäntöjen tulisi kehittää elämänkaarimallin näkökulmasta. (STM 2015: 16-18).

Alaraaja-amputaation kokeneet henkilöt ovat suhteellisen marginaalinen kuntoutuja-joukko ja onnistunut kuntoutus vaatisi yhtenäisiä käytäntöjä ja erikoisosaamista (Määttänen ym. 2006: 284). Amputaation jälkeisen hoito- ja kuntoutuspolkujen kuvaamisen tarve onkin tunnustettu valtakunnallisesti (esim. Määttänen ym. 2006: 281; Vänskä ym. 2006: 70). Käytäntöjä tarvitaan, jotta henkilökohtaisen kuntoutumisprosessin käynnistyminen mahdollistuu ja etenee mahdollisimman hyvällä tavalla (Autti-Rämö & Mikkelsson & Leino 2017: 63-64). Hoitoketjuja on kehitetty ja kuvattu moniammatillisesti jo ainakin Keski-Suomen Sairaanhoidopiirissä (Piitulainen ym. 2015) ja Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiirissä (Kallinen 2017; Alaraaja-amputaatio hoitoketju PPSHP: 2017; Alaraaja-amputoidun protetisointi, hoitoketju PPSHP:2017).

Vuonna 2005-2006 Helsingissä toteutettiin alaraaja-amputoitujen kuntoutuksen kehittämishanke, jonka tavoitteena oli muun muassa amputaation jälkeisen palvelupolun kehittäminen eri asiantuntijatahojen välille sekä uudenlaisen kuntoutusmallin luominen. Lisäksi pyrittiin yhdenmukaistamaan kuntoutus- ja hoitomenetelmiä. Hankkeen perusteella esitettiin muun muassa, että protetisoitavat kuntoutujat ohjataan kuntoutusjaksolle terveyskeskuksen akuuttisairaalan kuntoutusosastolle tai yksityiselle palveluntuottajalle, jonka jälkeen kuntoutus jatkuu polikliinisenä. Kuntoutuspolun toiminnan ja laadun varmistamiseksi olisi hyvä toteuttaa säännöllistä ja monialaista arviointia järjestelmällisesti amputaation jälkeen. Myös vertaistukea tulisi tarjota. (Määttänen & Lepäntalo & Hurri, Soininen & Pohjalainen 2006: 282-286.)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiirissä (2017) on kuvattu alaraaja-amputaation jälkeistä hoitoketjua seuraavasti: Amputaation jälkeen sairaalahoito leikkauksessa sairaalassa on 2-7 päivää, jonka jälkeen kuntoutuja siirtyy oman terveyskeskuksen vuodeosastolle tai kotiutuu ollessaan hyväkuntoinen. Leikkaavassa sairaalassa keskitytään kivun ja haavan hoitoon ja järjestetään jatkohoito. Myös sosiaalityö ja kuntoutusohjaus toteutuvat leikkaavassa sairaalassa. Tyngän hoito-ohjeet ja kuntoutus järjestetään jatkohoitopaikkaan kotipaikkakunnalle, josta organisoidaan myös tarvittavat asunnonmuutostyöt. Noin kahden kuukauden kuluttua amputaatiosta kuntoutuja tulee Oulun yliopistollisen sairaalan fysiatrian poliklinikalle protetisointiarvioon. Hän tapaa fysiatrin, kuntoutusohjaajan ja apuvälineteknikon. Jos tynkä on proteesin vaatimassa kunnossa, kuntoutuja

käy proteesipajalla mittauksessa. Seuranta OYS:ssa jatkuu vuoden, jonka jälkeen proteesiuusinnat omassa terveyskeskuksessa. (Alaraaja-amputaatio, hoitoketju PPSHP: 2017.)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä toimii lisäksi Oulun yliopistollisen sairaalan kuntoutusosastolla viiden vuorokauden mittainen kävelykoulu, jonne kuntoutuja tulee saatuaan uuden proteesin. Kävelykoulu toimii samalla sopeutumisvalmennuskurssina ja kuntoutujalle tarjotaan perushoidon lisäksi tuolloin lääkärin vastaanotto, fysioterapiaa, apuvälineteknikon ja sosiaalityön palveluja sekä kuntoutusohjausta. (Alaraaja-amputaatio, hoitoketju PPSHP 2017) Oulun yliopistollisessa sairaalassa amputaatiokuntoutujilla on myös oma amputaationeuvola, jossa kuntoutusohjaaja, joka koordinoi amputaation kokeneen henkilön kotiutumisen etenemistä ja varmistaa ketjun toimivuutta. Henkilö saa seurantakortin, joka toimii tietolähteenä ja yhteydenpitovälineenä. Kuntoutusohjaaja on yhteydessä vuoden ajan amputaatiosta. (Nisula-Taurainen 2017.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alaraaja-amputoidun hoitoketju on kuvattu hyvin yksityiskohtaisesti ja se sisältää myös tarkkoja harjoitteluohjeita. Lisäksi siinä on huomioitu kuntoutujan psyykinen tukeminen ja tarjotaan vertaistukipalveluja. Keskussairaalan ja terveyskeskuksen työnjako on tehty selväksi ja selvitetty kuntoutusohjaajan palvelujen käyttöä. Hoitoketjun kuvaus on kaikkien saatavilla verkkoversiona. (Piitulainen ym.2015.)

## 2.2 Kuntoutuminen ja kuntoutumisprosessi

Kuntoutuminen mielletään toimintaketjuna, jossa kuntoutuja määrittelee itselleen merkitykselliset ja realistiset tavoitteet. Tavoitteiden saavuttamiseksi keinot suunnitellaan asiantuntijoiden kanssa ja kuntoutuja toteuttaa ne mahdollisimman paljon itsenäisesti tai lähiympäristönsä tukemana. Kuntoutumisen ymmärtäminen ei vielä näy sosiaali- ja terveydenhuollon käytännöissä, mutta kehittämistyöllä sitä on tärkeää tuoda esille. Kuntoutuminen on prosessi, joka edellyttää niin oikea-aikaisia, organisaatiosta toiseen saumattomasti jatkuvia kuntoutustoimenpiteitä, kuin kuntoutujan sitoutumista ja motivoitumista. (Autti-Rämö & Salminen 2017: 14-15.)

Prosessi alkaa muutostarpeen tunnistamisesta, joka voi tapahtua kuntoutujan omasta, hänen läheisensä tai ammattilaisen toimesta, mutta varsinainen kuntoutuminen alkaa vasta kun henkilö on itse tunnistanut kuntoutumisen tarpeensa ja tiedostaa tavoitteellisen kuntoutuksen mahdollisuudet. Keskeistä on henkilön toimintarajoitteiden ja olemassa olevien voimavarojen selvittäminen laaja-alaisella toimintakyvyn arvioinnilla.

Tässä ammattilaisella on suuri rooli. Kuntoutuminen vaatii kuntoutujalta motivaatiota, mutta vasta ammattilaisen ja kuntoutujan vuorovaikutteinen yhteistyö auttaa kuntoutujaa näkemään oman toimintansa arvon ja käynnistää kuntoutumisen prosessin. (Autti-Rämö & Mikkelsen & Leino 2017: 57.)

Kuntoutumisprosessissa edetään tavoitteellisesti, kuten kuntoutusprosessissakin, mutta siinä kuntoutujan aktiivinen rooli on keskeinen. Kuntoutumisprosessi voi alkaa jo ennen varsinaisia kuntoutustoimenpiteitä ja jatkua niiden päättymisen jälkeen. Säännöllinen seuranta ja ammattilaisen kiinnostus kuntoutujan tilanteesta auttavat kuntoutumisprosessin etenemisessä. Kuntoutumisprosessin sujuvaan etenemiseen vaikuttavat myös kuntoutujan elämäntilanteeseen liittyvät suunnittelemattomat tekijät. (Autti-Rämö & Mikkelsen & Leino 2017: 57-58.)

Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää uudistettaessa tulisi huomioida henkilön kuntoutumisen mahdollistavan toiminnan saumattoman prosessin toteutuminen. Kuntoutuminen edellyttää muutosta ihmisen ja hänen ympäristönsä välisessä vuorovaikutuksessa ja siihen vaikuttavat voimakkaasti sekä henkilön elinympäristö että siihen kuuluvat henkilöt. (Autti-Rämö & Salminen 2017: 14-15.)

### 2.3 Toimintakyky kuntoutuksen päämääränä

Kuntoutus on siis prosessi, jonka tavoitteena on toimintakykyinen ihminen (STM 2017: 40). Kuntoutumisen voidaan siten katsoa tarkoittavan ihmisen toimintakyvyn vahvistumista hänen omista lähtökohdistaan (Autti-Rämö & Mikkelsen & Leino 2017: 57). Ihmisen hyvinvoinnissa keskeinen rooli onkin toimintakyvyllä; toimintakykyinen ihminen pystyy tekemään itselleen mielekkäitä asioita ja elämään itseään tyydyttävällä tavalla arjessaan. Myös yhteiskunnallisella tasolla toimintakyky ja sen arviointi ovat keskeisiä, kun tarkastellaan esimerkiksi työurien pidentämistä tai iäkkäiden laadukkaan kotona asumisen mahdollistamista. Palvelujen saamiseksi edellytetään toimintakyvyn arviointia myös lainsäädännöllisellä tasolla. (Sainio & Autti-Rämö 2017: 206-207.)

Kuntoutuksen kehittämiskomitea pitää yhtenä kuntoutuksen mahdollisuutena sitä, että henkilön toimintakyky nostetaan diagnoosin rinnalle (STM 2017: 37). Alaraaja-amputaation on todettu vaikuttavan voimakkaasti sekä psyykkisesti, fyysisesti että sosiaalisesti. Hyvällä kuntoutuksen tavoitteiden asettelulla ja seurannalla voidaan vaikuttaa positiivisesti kuntoutujan kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn. (Coffey & Gallagher & Desmond 2014: 248.) Selvää on, että fyysinen ympäristö asettaa haasteita henkilölle, jolle on tehty

alaraajan amputaatio. Amputaatio vaikuttaa voimakkaasti myös yhteiskunnassa toimimiseen. Ympäristön asenteet saatetaan kokea toimintakykyä rajoittavina tekijöinä ja oma emotionaalinen reaktio voi olla niin ikään rajoittava tekijä. (Gallagher & O'Donovan & Doyle & Desmond 2011: 283.)

Valizadeh ym. (2014) selvittivät tutkimuksessaan amputaation psyykkisiä vaikutuksia ja amputaation kokeneiden käyttämiä sosiaalisen tuen muotoja. He totesivat, että amputaatio on suuri psyykinen trauma ja voi aiheuttaa sekä sosiaalisia, että mielenterveydellisiä ongelmia. Kuntoutujan verkoston tuki on tärkeää amputaatiosta kuntoutuessa. Puolisoiden, mutta myös muun perheen tuki oli erityisen tärkeää. Mielenterveyden kannalta sosiaalinen tuki ja hyväksyntä yleisesti on tärkeää. (Valizadeh & Bernouz & Mohammadi & Hassankhani 2014:233-234.) Roineen (2013) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa alaraajan amputaatiolla näytti olevan vaikutuksia enimmäkseen henkilöiden fyysiseen toimintakykyyn. Myös sosiaaliset toiminnot rajoittuivat amputaation myötä ja kiputunteukset vaikuttivat henkilöiden kokemaan elämänlaatuun. Elämänlaatu kuitenkin parani ajan kuluessa amputaation jälkeen. (Roine 2013: 53-54, 57.)

Gallagher ym. (2011) selvittivät alaraaja-amputaation kokeneiden henkilöiden kokemuksia toimintakyvystään, ympäristönsä esteistä ja osallistumisen rajoituksista. Amputaation jälkeen fyysinen ympäristö asettaa haasteita. Erityisen vaikeaa alaraaja-amputaation kokeneille on pitkien matkojen kävely ja yli puolen tunnin seisominen. Myös ilmasto voi olla osa syy sosiaalisen aktiivisuuden esteisiin (Gallagher & O'Donovan & Doyle & Desmond 2011: 283); proteesijalalla voi olla vaikea liikkua lumella tai liukkaalla kelillä. Gallagherin ym. (2011) tutkimuksessa kuntoutujat kokivat, että matalan kynnyksen urheilupalveluja ei ole riittävästi saatavilla. Amputaatio vaikuttaa voimakkaasti myös yhteiskunnassa toimimiseen. Ympäristön asenteet saatettiin kokea myös rajoittavina tekijöinä. Myös oma emotionaalinen reaktio voi olla rajoittava tekijä. (Gallagher & O'Donovan & Doyle & Desmond 2011: 283.)

Erityisesti sairaalasta kotiutuminen aiheuttaa epävarmuutta ja lisää hetkellisesti toimintavajavuutta. Näin voi käydä ainakin niissä tilanteissa, joissa kotiin saatavat palvelut ovat myöhässä tai epävarmoja. (Coffey & Gallagher & Desmond 2014: 248.) Remeksen (2010) tutkimuksessa todettiin, että erityisesti valtimoiden kovettumataudin (ASO-tauti) vuoksi tehtyjen alaraaja-amputaatioiden jälkeen kuntoutujat kokivat masennusoireita terveitä verrokkeja enemmän (Remes 2010: 65).

Alaraaja-amputaation jälkeen kuntoutuja tarvitsee monialaisen tiimin arviointia ja apua kuntoutumiseensa. Sen totesivat myös Klute ym. (2009) tutkimuksessaan. He tutkivat sekä ammattilaisten että kuntoutujien kokemuksia kuntoutuksesta alaraaja-ampuaation jälkeen. Ammattilaiset totesivat, että kuntoutujien sosiaalista ja psykososiaalista hyvinvointia ennen amputaatiota ei oltu otettu huomioon. Tehottomalla viestinnällä voi myös olla vaikutusta kuntoutuksen tuloksiin, sillä eri kuntoutujilla on erilaiset käsitykset ja tarpeet proteesin käytöstä. Kuntoutujien kokemuksista ja elämäntavoista ei ollut tietoa kuntoutusta suunniteltaessa, tai sitä ei selvitetty, eli kuntoutujalähtöisyys ei aina ollut toteutunut toivotulla tavalla. (Klute ym.2009: 295.)

## 2.4 ICF-luokitus toimintakyvyn kuvaajana

Holistisen ihmiskäsityksen omaava monialainen yhteistyö on myös avainasemassa kuntoutuksen toimivuudessa. Tällaisessa toimintamallissa ihminen nähdään aktiivisena toimijana ja kuntoutuminen siis ihmisen ja ympäristön välisenä prosessina. Yhtenä työkaluna ammattien väliseen yhteistyöhön voidaan tuoda toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden kansainvälinen ICF-viitekehys. ICF voisi tuoda työkaluja ammattilaisille samanaikaiseen työskentelyyn kuntoutusprosessissa ja ketjumaisesta tiedonsiirrosta voitaisiin pikkuhiljaa luopua. (Järvikoski 2013: 57-58.)

ICF-luokitus on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, joka huomioi toimintakyvyn laaja-alaisesti. Sitä voidaan hyödyntää niin toimintakyvyn ymmärtämisessä ja jäsentämisessä, kuin esimerkiksi kuntoutus- ja palvelusuunnitelmissa. (Paltamaa & Anttila 2015:17.) Tässä työssä ICF toimii teoreettisena viitekehystenä jäsentämässä kuntoutujan toimintakykyä. Luokitus koostuu kahdesta osasta: toimintakyky- ja toimintarajoitteita kuvaavasta osasta sekä kontekstuaalisia tekijöitä kuvaavasta osasta. Molemmat osat jakautuvat edelleen kahteen osaan. Toimintakyky- ja toimintarajoitteet jaetaan *ruumis ja keho* -osa-alueeseen ja *suoritukset ja osallistuminen* -osa-alueeseen. Kontekstuaaliset tekijät koostuvat yksilö- ja ympäristötekijöistä. Tällä jaottelulla päästään yleiskäyttöiseen terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa kuvaavaan kokonaisuuteen. (Stakes 2011: 7-8.) ICF-luokitusta voidaan käyttää soveltavasti kuvaamaan yksilön toimintakykyä ja siinä tapahtuvia muutoksia (THL 2017.1). Myös kuntoutuksen uudistamiskomitea esittää, että kuntoutuksen tietojärjestelmien tulisi ottaa käyttöön ICF-käsitteistöä ja toimintakykyä kuvaavia tietoja, jotta voidaan tukea yhtenäistä asiakasohjausta (STM2017:75).

ICF-viitekehystä voidaan pitää riittävän laaja-alaisena kuntoutustarpeen arviointiin. Arviota tehdessä on käytännöllisintä keskittyä siihen, kuinka henkilö selviytyy konkreettisesti arjessaan. Hyvin toimivan kuntoutusjärjestelmän tulisi edistää kuntoutujien yhdenvertaisuutta. Jos tavoitteet on laadittu hyvin mitattaviksi ja niiden saavuttamista voidaan seurata järjestelmällisesti, kuntoutus on tuloksellista. (STM 2015: 21-22.)

ICF-luokituksen käyttökelpoisuutta amputaatiokuntoutuksessa on tutkittu ja kehitetty 2010-luvun alkupuolella useissa eri tutkimuksissa (mm. Burger 2011; Gallagher ym. 2011; Xu ym. 2011). Myös amputaatioihin liittyvää ICF-luokituksen ydinlistaa on pyritty kuvaamaan (Kohler & Xu & Silva-Withmory & Arockiam 2011: 297-299; Kohler ym. 2009: 117.129). ICF-ydinlistat sisältävät minimimäärän kuvauskohteita, jotka on tarkoitettu tietyn sairauden tai vamman toimintakyvyn vaikutusten kuvaamiseen. Niitä ohjeistetaan käyttämään pitkäkestoisen hoidon ja kuntoutuksen vaiheessa. Akuutteja tilanteita varten ICF-luokitukseen on kehitetty yleisiä toimintakykyä kuvaavia ydinlistoja. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2017: 49.) ICF-viitekehysten on todettu toimivan hyvin amputaatiokuntoutuksen työvälineenä (ks, esim. Burger 2011: 307, Kohler & Xu & Silva-Withmory & Arockiam 2011: 297-299.)

### 3 Moniasiantuntijuus ja kuntoutuminen

Nykyään tunnistetaan tarvetta ammattilaisten, kansalaisten ja kolmannen sektorin väliselle yhteistyölle ja suhteiden uudelleenmuodostumiselle. (Arponen & Kihlman & Välimäki 2004:24-25.) Tulevaisuudessa eri ammattikunnat joutuvat luopumaan tiukoista omista ammatillisista rajoistaan. Kuntoutuspalvelujen yhteensovittaminen on välttämättömyyttä ja kuntoutujan kuntoutuspalveluista vastaavien toimijoiden on työskenneltävä yhdessä verkostomaisesti. Kuntoutuksen kehittämisessä on lisäksi vahvistettava sektorirajat ylittäviä yhteistyömuotoja ja toimintakäytäntöjä (STM 2015: 16-18). Tutkimuksellisesti kehittämissyöissäni alaraaja-amputaation jälkeistä kuntoutuskäytäntöä kehitetään moniasiantuntijuuteen perustuen.

Kuntoutuksessa ja terveydenhuollossa on pitkään puhuttu moniammatillisuudesta. Eri ammattiryhmiin kuuluvien asiantuntijoiden yhteistyötä tai yhdessä työskentelyä voidaan kutsua moniammatilliseksi (*multiprofessional*) yhteistyöksi. Moniammatillisessa työskentelyssä vallitsevat perinteiset hierarkiat, työnjaot ja valta-asemat. (Arponen & Kihlman & Välimäki 2004:24-25.) Moniammatillinen yhteistyö ei välttämättä ole verkostoitunutta, jos tapaamiset ovat kertaluonteisia tai työskennellään kuten perinteisessä työryhmässä. Verkostotyö ei myöskään aina ole moniammatillista, vaikka termejä käytetäänkin usein päällekkäin. Terveysalalla on tututtu tiukkoihin ammatillisiin reviiereihin. Toisen ammattilaisen reviiirin kunnioittamista ja koskemattomuutta pidetään selkeänä sääntönä. Vahva ammattiosaaminen edesauttaa laadukkaiden palveluiden syntymistä ja parhaimmillaan on suureksi hyödyksi asiakkaalle, mutta se saattaa myös etäännyttää ammattilaiset asiakkaan arkitodellisuudesta. Tällöin asiakkaan ja ammattilaisen on mahdotonta toimia yhteistyössä. (Arponen & Kihlman & Välimäki 2004: 18, 24.)

Moniasiantuntijuudessa (*multiprofessional, transprofessional*) sitä vastoin työskennellään yhdessä ja tieto jaetaan. Asiantuntijaroolissa toimivat niin ammattilaiset kuin asiakkaat ja asiakkaiden lähiverkostoon kuuluvat henkilöt. Moniasiantuntijaisessa työskentelyssä asiantuntijat luovuttavat tietonsa ja kokemuksensa moniammatilliseen yhdessä työskentelyyn. Uudenalainen asiantuntijaroolin määrittely edellyttää muutosvalmiutta ja kokemuksellista oppimista. (Arponen & Kihlman & Välimäki 2004: 24, 28.) Harra (2014) määrittelee väitöstutkimuksessaan, että moniasiantuntijuuteen liittyvät vastavuoroisuuden hyveet ovat hyväntahtoisuus, oikeudenmukaisuus ja kohtuunmukaisuus. Yhteistoinnissa myös toteutetaan loukkaamattomuuden periaatetta. (Harra 2014: 101.) Tässä työssä vastavuoroisuuden hyveet otetaan käyttöön kuntoutuskäytäntöä kehitettäessä.

Myös dialogisuutta voidaan pitää edellytyksenä moniasiantuntijuuteen perustuvalla työskentelyllä. Dialoginen kieli on avointa, arvaamatonta ja moniäänistä kommunikointia, jossa käsitellään asioiden suhdetta todellisuuteen, keskeneräiseen maailmaan, eikä niinkään tieteellisissä faktoja. Kommunikaatiolle tarvitaan selkeä yhteinen kieli, joka on kaikkien ymmärrettävissä. (Arponen & Kihlman & Välimäki 2004: 26-27.)

Postmodernissa yhteiskunnassa korostuu elämäntapaajattelu, jossa kuntoutuja on aktiivisena toimijana suunnittelemassa ja hallitsemassa omaa elämäänsä. Kuntoutuja nähdään avoimessa, dialogisessa suhteessa asiantuntijoiden kanssa kuntoutumisensa kehittäjänä ja palveluohjauksen suunnittelijana. (Viitanen & Piirainen 2013: 114-115.) Kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus voidaan siis nähdä ammattilaisen ja kuntoutujan yhteistoimintana. Kuntoutujan ja terapeutin välisen yhteistoiminnan mahdollistaminen edellyttää terapeutilta monialaista toimintaa muiden ammattilaisten, kuntoutujan ja hänen läheistensä kanssa. (Harra 2014:132-133.)

Kaikilla kuntoutuksen tutkimuksen osa-alueilla tarvitaan siis aidon kuntoutujanäkökulman nostamista esiin asiantuntijatiedon rinnalle, mikä tarkoittaa kuntoutujan osallisuutta tutkimuksen suunnittelussa ja tulosten tulkinassa (STM 2004: 33). Kuntoutuja kokevatkin, että asiantuntijalähtöinen järjestelmä ei pysty vastaamaan heidän tarpeisiinsa (Viitanen & Piirainen 2013: 121). Tällöin kuntoutumiseen voi olla vaikea motivoitua. Moniasiantuntijaisessa toimintatavassa nostetaan asiakkaan oma itseään koskeva asiantuntemus ammattilaisten käytännön lähtökohdaksi sen sijaan, että ammattilainen määritteli asiakkaan ongelmat ja tarpeet (Arponen & Kihlman & Välimäki 2004: 19). Moniasiantuntijuuteen perustuvalla yhteistyöllä pyritään myös laajentamaan ratkaistavana olevien ongelmien tarkastelunäkökulmia (Harra 2014: 189). Moniasiantuntijuudella pyritään siis paitsi kuntoutujan motivaation löytymiseen, myös ammattilaisen ajatusmaailman muutokseen kohti kuntoutumisen ymmärrystä.

Yhteisöllisellä tasolla ammattilaisen ja kuntoutujan välinen yhteistoimijuus mahdollistuu tasa-arvoisten ja osallistumismahdollisuuksia tarjoavien rakenteiden luomisena. Kuntoutusorganisaatioiden kuntoutujan toimijuutta kunnioittava arvoperusta ja toimintaperiaatteet asettavat kuntoutustyöntekijöiden toiminnalle raamit ja antavat siten myös yksittäisen kuntoutujan osallistua ja valtaistua kuntoutuksessa. (Salminen & Järvikoski & Härkäpää 2017: 31.) Valtaistumisen käsitteellä tarkoitetaan sitä, että kuntoutuja oppii näkemään itsensä aktiivisena toimijana, joka voi vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon. Järvikoski (2013: 39-40) esittää, että tämä edellyttää tiedon ja taidon lisääntymistä

ja itsearvostuksen vahvistumista. Kuntoutujalla tulisi olla kuntoutumisensa aikana mahdollisuus tarkastella omaa elämäänsä ja mahdollisuuksiaan sekä lisäksi arvioida tavoitteidensa saavuttamista ja kuntoutumisensa etenemistä. (Järvikoski 2013: 39-40.)

Kuntoutuksessa asiakkaan osallisuuden kokemukseen liittyy kaksi perusasiaa. Ensimmäinen on kuntoutujan osallisuus kuntoutussuunnitteluun ja päätöksentekoon ja toinen on toiminta itse kuntoutusprosessissa. Nämä edellyttävät, että kuntoutuja saa riittävästi tietoa, jotta hän voi tehdä itseään koskevia päätöksiä. Lisäksi hänen on saatava hyvä käsitys valintojensa seurauksista. Päätöksentekoon pitää myös olla aito mahdollisuus, eli vaihtoehtoja on oltava tarjolla enemmän kuin yksi. Jotta asiantuntijan käyttämällä tiedolla voi olla vaikutusta, sen täytyy saavuttaa asiakas selkokielellä tavalla. (Järvikoski 2013: 23.)

Moniasiantuntijuuteen perustuvalla työskentelyllä voidaan parantaa kuntoutujan mahdollisuuksia onnistua kuntoutumisprosessissaan ja kehittää entistä vaikuttavampia kuntoutuskäytäntöjä. Moniasiantuntijuuteen perustuvalla työskentelyllä lisätään kuntoutujan mahdollisuuksia kokea valtaistumisen ja osallisuuden tunteita sekä kuntoutuskäytännön kehittämisessä että kuntoutumisen mahdollistajina. Onnistunut kuntoutuminen tarkoittaa toimintakyvyn vahvistumista kuntoutujan henkilökohtaisten tavoitteiden mukaisesti. (Autti-Rämö & Mikkelsson & Leino 2017: 58, Harra 2014:132-133, Klute ym.2009: 295.)

## 4 Toimintaympäristön kuvaus ja kehittäjäkumppanit

### 4.1 Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi

Sote-uudistuksen myötä kunnan vastuulle siirtyy kuntoutuksen järjestäminen. Kunnan vastuulla on muodostaa kuntoutuksesta ja tarpeenmukaisesta hoidosta toiminnallinen kokonaisuus, joka sisältää kuntoutuspalveluohjausta. Kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kuntoutujan yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa. (STM 2017:19, 61.) Tutkimuksellisessa kehittämistyössäni kehitetään kuntoutuskäytäntöä henkilöille, jotka tulevat alaraaja-amputaation jälkeiseen kuntoutukseen Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimeen. Tällä hetkellä Helsingin kaupunki keskittää amputaation jälkeiseen hoitoon ja kuntoutukseen tulevat sairaalahoitoa tarvitsevat henkilöt Laakson sairaalaan. Kaupunginsairaalaan kuntoutujat tulevat leikkaavasta sairaalasta erikoissairaanhoidon (HUS) puolelta. Laakson sairaala tarjoaa palveluita tilanteissa, joissa ei tarvita enää päivystyksellisiä tai eikoissairaanhoidollisia toimenpiteitä (Helsingin kaupunki 2017). Suurin osa Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa alaraaja-amputaation jälkeisessä kuntoutuksessa olevista henkilöistä onkin iäkkäitä monisairaita, ja amputaation taustalla on diabetes tai vaskulaarinen sairaus. Toinen ryhmä kuntoutujia ovat ikääntyvät henkilöt, jotka ovat kokeneet alaraaja-amputaation nuorempana ja toimintakyvyn muuttuessa ikääntymisen myötä tarvitsevat kuntoutuspalveluja. Myös suuri osa helsinkiläisistä alaraajaproteesien käyttäjistä tarvitsee jossain vaiheessa avokuntoutuspalveluja, kun proteesiin tehdään muutoksia tai kuntoutuja saa uuden proteesin kokonaan. Laakson sairaalassa alkaa alaraaja-amputaatioon liittyvä kuntoutus Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen osalta ja se jatkuu kotiutumisen jälkeen kotihoidon tai terveysaseman toimesta.

Helsingin kaupungin strategiassa *Maailman toimivin kaupunki –Helsingin kaupunkistrategia 2017-2021* kuvataan kaupungin perustehtäväksi järjestää asukkailleen laadukkaita palveluja. Kaupungin toimivuutta rakennetaan tasa-arvoisuuden, yhdenvertaisuuden, vahvan sosiaalisen koheesion ja avoimen osallistavan toimintatavan mukaisesti. Helsingistä pyritään luomaan asukas- ja käyttäjälähtöinen kaupunki, mikä palvelee erityisesti ikääntyneiden ja tukea tarvitsevien etua. (Helsingin kaupunkistrategia 2017-2021: 3.) Helsingissä kehitetään voimakkaasti sosiaali- ja terveystoimen palveluja vastamaan asukkaiden tarpeita. Halutaan luoda oikea-aikaisia, asiakaslähtöisiä palveluja ja panostetaan kotihoidon palveluihin. Palveluiden parantamisella pyritään luomaan saumattomia palveluketjuja eri toimijoiden välissä. (Helsingin kaupunkistrategia 2017-2021: 10.)

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) määritellään, että kunnan on järjestettävä asukaidensa sairaanhoitopalvelut, jotka sisältävät myös lääkinnällisen kuntoutuksen. Lääkinnälliseen kuntoutukseen sisältyvät kuntoutusneuvonta ja -ohjaus, kuntoutujan toiminta- ja kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutujan toimintakyvyn edistämiseen tai ylläpitämiseen tähtäävät terapiat. Lisäksi siihen kuuluvat apuvälinepalvelut ja sopeutumisvalmennus. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 24§ ja 29§) Työn tekemisen aikaan terveydenhuoltolakia ollaan uudistamassa. Kuntoutuksen uudistamiskomitea esittää muun muassa, että Terveydenhuoltolain 29§, jossa säädetään lääkinnällisestä kuntoutuksesta, uudistetaan. (STM 2017:63.)

Kuntoutuksen nykykäsitteessä on nähtävissä selkeä linjaus, jossa kuntoutuksen pitäisi toteutua mahdollisimman pitkälle henkilön omassa ympäristössä. Vaikka kuntoutuja tarvitsisi lääketieteellistä hoitoa sairaalassa, toimenpiteiden vaikuttavuus jää heikoksi, jollei kuntoutusta kyetä ulottamaan hänen arkielämäänsä saakka (Järvikoski 2013:74). Kuntoutumisen etenemistä tulisi seurata sairaalajakson jälkeen ja resursseja kohdentaa kokonaan tapahtuvaan kuntoutukseen. Tämän vuoksi Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen lisäksi tutkimuksellisessa kehittämistyössäni on muitakin yhteistyötahoja.

#### 4.2 Kolmas sektori, Helsingin Invalidien yhdistys

Kolmannen sektorin, eli kansalaisjärjestöjen, osaamista ja voimavaroja kuntoutuksen järjestämisessä ja kuntoutumisen mahdollistamisessa tuolisi hyödyntää nykyistä enemmän. Järjestöjen vahvuutena on erityisesti vertaistukeen ja palveluohjaukseen liittyvä osaaminen. (STM 2017:38.) Järjestöt palvelevat usein juuri niitä väestöryhmiä, jotka ovat vaarassa jäädä väliinpuotoajiksi julkisessa palvelujärjestelmässä. Järjestölähtöinen kuntoutus on olennainen osa suomalaista kuntoutusjärjestelmää ja järjestöillä on laaja-alaista kokemustietoa ja vertaistukea hyödyntäviä palveluja. Ne tarjoavat myös palveluohjausta. Järjestöt voivat tarjota alueellaan kohdennettua käyttäjäkokemusta ja asiantuntijuutta palvelujen järjestäjille ja suunnittelijoille, sillä niiden toiminta on asiakaslähteistä ja arkipäiväistä. (STM 2017:70.) Myös Kuntoutuksen uudistamiskomitea (2017:71) ehdottaa, että asiakassuunnitelmissa olisi otettava huomioon asiakkaita edustavien sosiaali- ja terveysalan järjestöjen integroiminen osaksi asiakkaan kokonaisvaltaista kuntoutusprosessia. (STM 2017:71.)

Järjestöt pystyvät tuottamaan sosiaalisen kuntoutuksen palveluita, joille kuntoutujilla on suuri tarve ja joihin julkinen palvelujärjestelmä ei vastaa. Järjestön kautta kuntoutuja voi

löytää ryhmän, jossa saada ja antaa vertaistukea, kokea itsensä tärkeäksi ja ottaa vastuuta tehtävistään sairaudesta huolimatta. Järjestöjen toiminnassa korostuu tasavertaisuus ja asiakaslähtöisyys. (Viitanen & Piirainen 2013:121.) Julkisen sektorin palvelut hyötyvät kolmannen sektorin palveluista erityisesti siksi, että järjestöjen kautta löytyy erityisosaamista marginaalisille asiakasryhmille (Arponen, Kihlman, Välimäki 2004:48-49).

Helsingin Invalidien Yhdistyksessä on vuoden 2017 maaliskuussa käynnistynyt kolmi-vuotinen *Vertainen vierellä -raaja-amputoitujen valtakunnallinen vertaistukihanke*. Hanketta koordinoi Helsingin Invalidien yhdistyksen lisäksi Oulun Invalidien yhdistys. Hankkeen tavoitteena on kehittää vertaistukitoimintaa raaja-amputaation jälkeen valtakunnallisesti siten, että vertaistuki olisi kaikille amputaation kokeneille saatavissa. Hankkeen aikana on perustettu vertaistukiryhmiä ja koulutettu vertaistukihenkilöitä. (Amputoidut.fi 2018.)

Tutkimuksellisen kehittämistyön aikana tiedon tuottamiseen ja kehittäjäkumppaneiksi rekrytoitiin alaraaja-amputaation kokeneita henkilöitä Helsingin Invalidien yhdistyksen kautta. Lisäksi rinnakkaisesti tutkimuksellisen kehittämistyön aikana kehitettiin vertaistukitoimintaa Laakson sairaalan ja Vertainen vierellä -hankkeen yhteistyönä.

#### 4.3 Yksityiset palveluntuottajat

Proteesiteknologia kehitty vauhdilla. Amputaatiokuntoutujien ollessa verrattain pieni kuntoutujajoukko, perusterveydenhuollon kuntoutustyöntekijöillä ei välttämättä ole ajantasaista tietoa proteeseista ja niiden käyttöön liittyvistä asioista. Alaraaja-proteesia käyttävät henkilöt ovat aina myös jonkin yksityisen proteesipajan asiakkaita ja siellä oleva asiantuntemus on avainasemassa kuntoutuksen onnistumisessa (Määttänen 2017). Kunta ostaa proteesin sekä sen valmistukseen ja muokkaukseen liittyvät palvelut yksityisiltä palveluntuottajilta. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tehtiin yhteistyötä työn tekohetkellä kahden suurimman Helsingin kaupungin sopimuspalveluntuottajan Haltijan ja Respectan kanssa.

## 5 Tavoite, tarkoitus, kehittämistehtävät ja tuotos

Tutkimuksellisen kehittämistyöni tarkoituksena oli kehittää alaraaja-amputaation jälkeistä kuntoutuskäytäntöä moniasiantuntijuuteen perustuen Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa. Kuntoutuskäytännön kehittämisen tavoitteena oli kuntoutujan toimintakyvyn vahvistuminen.

Kehittämistehtävät olivat seuraavat:

1. Selvittää mitä toimintatapoja tarvitaan Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa alaraaja-amputaation jälkeen kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi kuntoutujan näkökulmasta?
2. Selvittää mitä toimintatapoja tarvitaan Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa alaraaja-amputaation jälkeen kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi kuntoutustyöntekijän näkökulmasta?
3. Selvittää mitä moniasiantuntijuuteen perustuvia toimintatapoja tarvitaan Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa alaraaja-amputaation jälkeen kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tuotoksena muodostui kuvaus kuntoutujan toimintakykyä vahvistavasta kuntoutuskäytännöstä alaraaja-amputaation jälkeen. Tuotosta voidaan käyttää alaraaja-amputaation jälkeisen kuntoutuskäytäntöjen kehittämiseen sekä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa että laajemmin valtakunnallisesti tai kansallisesti.

## 6 Menetelmälliset ratkaisut

### 6.1 Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä sovellettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa, sillä tarkoitus oli tuottaa tietoa käytännön kehittämiseksi. Käytännön kehittäminen vaatii useiden eri tahojen näkemystä ja vuorovaikutusta sekä aktiivista osallistumista. (Heikkinen 2010: 16,19.) Tässä työssä tutkimukselliseen kehittämiseen osallistui sekä alaraaja-amputaatiokuntoutuksen ammattilaiset että kuntoutujat itse. Toimintatutkimuksissa paitsi tuotettiin uutta tietoa, myös pyrittiin siihen osallistuneiden henkilöiden ajatusmaailman muutokseen. (Kuula 1999: 10-12.) Tässä työssä tutkimus kohdistui hyvän käytännön kehittämiseen kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi.

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä toteutui toimintatutkimukselle tyypillinen syklimäisyys, joka sisälsi sekä konstruoivia että rekonstruoivia vaiheita eli sekä tulevaisuuteen suuntautunutta uuden rakentamista, että toteutuneen toiminnan havainnointia ja arviointia. (Heikkinen & Rovio & Kiilakoski 2010: 78-79.) Sykli jatkui toistuen suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kehässä (Heikkinen & Rovio & Kiilakoski 2010: 80-81; Toikko & Rantanen 2009: 66-67). Taulukossa 1 olen kuvannut tutkimuksellisen kehittämistyöni syklistyyttä. Työ eteni kehittämistehtävien mukaisesti ensin ensimmäisen kehittämistehtävän mukaisen ryhmähaastattelun suunnittelusta sen toteutukseen ja tulosten arviointiin. Ensimmäisen kehittämistehtävän, kuntoutujien ryhmähaastattelujen tulokset vietiin seuraavan kehittämistehtävän mukaiseen ammattilaisten työryhmään käyttäen niitä suunnittelun pohjana. Syklimäisyys toistui taas ammattilaisten työryhmän toteutuksena ja tulosten arviointina. Viimeisessä vaiheessa sekä kuntoutujien että ammattilaisten tuottamat tulokset vietiin moniasiantuntijuuteen perustuvalla työryhmällä, jonka työskentelyn jälkeen tein taas tulosten arviointia. Tuloksena syntyi kuntoutujan toimintakykyä vahvistava kuntoutuskäytäntö, jonka käytännön toteutus ja arviointi jäävät jatkotutkimukseksi.

Taulukko 1: Tutkimuksellisen kehittämistyön syklistyys ja aineiston keruun vaiheet

Kehittämistehtävä	Aineistonkeruun menetelmä	Aineiston analyysimenetelmä	Tulos
1. Selvittää mitä toimintatapoja tarvitaan Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa alaraaja-amputaation jälkeen kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi kuntoutujan näkökulmasta?	Teemahaastattelu alaraaja-amputaatiokuntoutujille (ryhmähaastattelu)	Laadullinen aineistolähtöinen sisällönanalyysi	Kuvaus tarvittavista toimintatavoista kuntoutujan näkökulmasta
2. Selvittää mitä toimintatapoja tarvitaan Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa alaraaja-amputaation jälkeen kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi kuntoutustyöntekijän näkökulmasta?	Yhteiskehitty Learning Café -menetelmällä	Laadullinen aineistolähtöinen sisällönanalyysi	Kuvaus tarvittavista toimintatavoista kuntoutustyöntekijän näkökulmasta
3. Selvittää, mitä moniasiantuntijuuteen perustuvia toimintatapoja tarvitaan kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi.	Moniasiantuntijuuteen perustuvan kehittäjätyöryhmän keskustelu	Laadullinen aineistolähtöinen sisällönanalyysi	Kuvaus moniasiantuntijuuteen perustuvista toimintatavoista kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi

Toimintatutkimuksessani kehitettävän kuntoutuskäytännön eri ulottuvuudet tulivat esiin teorian ja käytännön kautta. Tutkimuksellisessa kehittämistyössäni teoreettinen viitekehys muodostui näyttöön perustuvan tiedon kautta, mutta kehittäjätyöryhmän työskentelyssä pyrittiin myös hiljaisen tiedon jakamiseen (Heikkinen 2015: 205, Toikko & Rantanen 2009: 40-41). Kehittämistyössäni tiedon intressi oli praktista, mikä tarkoittaa toimijalähtöistä käytännön kehittämistä, jolle on ominaista avoimuus, ennakoimattomuus ja prosessimainen eteneminen sekä yhteistoiminnallinen dialogi (Toikko & Rantanen 2009: 49).

Toimintatutkimuksellista kehittämistyötäni ohjasi käytännön kehittäminen (Heikkinen 2015: 204-205, 209.); halusin selvittää mitä uusia kuntoutujan toimintakykyä vahvistavia

toimintatapoja tarvitaan alaraaja-amputaation jälkeen Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa. Tarkoituksena oli tutkia todellisuutta, jotta sitä voitiin kehittää. Toimijatutkijana osallistuin aktiivisesti tehden muutokseen tähtääviä väliintuloja analysoidessani aina edellisen ryhmän tuottamaan aineistoa seuraavan ryhmän käyttöön. (Heikkinen 2015: 204-205, 209.)

## 6.2 Tiedontuottajien valinta ja kuvaus

Kehittämistehtävän 1 mukaisen kuntoutujien ryhmähaastattelun järjestin kahdessa vaiheessa, sillä kaikkien haastatteluun osallistuvien henkilöiden ei ollut mahdollista tulla ensimmäiseen ryhmähaastattelutilaisuuteen. Ensimmäinen kuntoutujien ryhmä kokoontui Helsingin Invalidien yhdistyksessä 3.5.2018. Ryhmähaastattelua markkinoitiin Vertainen Vierellä -hankkeen ja Helsingin Invalidien yhdistyksen Facebook-sivuilla (kuvio 1) ja lisäksi kävin mainostamassa tapahtumaa Vertainen vierellä -hankkeen vertaisryhmässä huhtikuussa. Paikalle keskusteluun saapui neljä kuntoutujaa, joita yksi oli englanninkielinen. Käänsin haastattelurungon (liite 1) englanniksi ennen haastattelun alkua. Kolme neljästä kuntoutujasta oli proteesin käyttäjiä, joskin yhdellä heistä ei ollut haastatteluhetkellä toimivaa proteesia. Kaikki olivat helsinkiläisiä. Amputaatiosta kulunut aika vaihteli kahden ja neljänkymmenen vuoden välillä, siten että kolmelle neljästä oli tehty alaraajan amputaatio viimeisen kolmen vuoden sisällä. Kaksi kuntoutujista oli ollut Laakson sairaalassa jatkohoidossa ja kuntoutuksessa amputaation jälkeen. Toiset kaksi olivat olleet pääkaupunkiseudun muissa sairaaloissa, mutta helsinkiläisinä tällä hetkellä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tarjoamien avomuotoisten kuntoutuspalveluiden asiakkaita. Kaikki osallistujat osallistuivat tilaisuuteen vapaaehtoisesti omalla ajallaan ja lukivat tutkimushenkilötiedotteen (liite 3) sekä allekirjoittivat suostumusasiakirjan (liite 4) ennen osallistumista. Käänsin kyseiset asiakirjat englanniksi ennen kyseisen henkilön allekirjoittamista.

## Tervetuloa keskustelemaan kuntoutumisesta ja arjesta amputaation jälkeen!

- ▶ Helsingin kaupungilla kehitetään kuntoutuskäytäntöä henkilöille, joille on tehty alaraaja-amputaatio. Hyvää käytäntöä ei voida kehittää ilman asiantuntijoiden ääntä ja siksi kutsunkin sinut mukaan!
- ▶ Tarkoituksena on järjestää ryhmäkeskustelu Helsingin Invalidien Yhdistyksen tiloissa Voudintie 6, 00600 Helsinki, torstaina 5.4.2018 klo 17:30-19:30. Ryhmässä keskustellaan kuntoutumisesta ja arjesta amputaation jälkeen. Oma kokemuksesi on tärkein ja arvokkain kehittämistyön perusta.
- ▶ Ryhmäkeskusteluun mahtuu kahdeksan henkilöä, joille on tehty alaraaja-amputaatio ja se nauhoitetaan. Kaikissa vaiheissa noudatetaan anonymiteettiä ja toimitaan tietosuojalain edellyttämällä tavalla.
- ▶ Kehittämistyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun Kuntoutuksen YAMK -opintojani. Voit kysyä lisätietoja tai ilmoittautua ryhmäkeskusteluun puhelimitse (soittamalla tai tekstiviestillä) tai sähköpostilla.
  - ▶ Ystävällisin terveisin: Elina Borchers, elina.borchers@metropolia.fi

Kuvio 1: Kuntoutujien ryhmähaastattelun mainos

Ensimmäisen kehittämistehtävän mukainen kuntoutujien toinen ryhmä kokoontui Laakson sairaalassa 14.5.2018. Ryhmähaastattelussa oli tuolloin kaksi osastolla par'aikaa kuntoutumassa ollutta kuntoutujaa, joille molemmille oli tehty ensimmäinen alaraaja-amputaatio hiljattain (osastolla ei ollut kyseisellä hetkellä muita amputaation jälkeisessä kuntoutuksessa olevia henkilöitä). Kysyin haastateltavilta halukkuutta osallistua kehittämistyöhön suoraan, sillä toimin tuolloin heidän fysioterapeuttinaan. Painotin osallistumisen vapaaehtoisuutta ja annoin molemmille kuntoutujille useita päiviä aikaa miettiä osallistumistaan. Molemmat haastateltavat lukivat tutkimushenkilötiedotteen ja allekirjoittivat suostumusasiakirjan (liitteet 3 ja 4) ennen haastattelua. Kuntoutujien ryhmähaastatteluihin haastateltavien valinnalla pyrin varmistamaan, että tutkimuksellista kehittämistyötä varten saadaan aineistoa henkilöiltä, jotka ovat eri vaiheissa kuntoutumisessaan ja siten heillä on yhdessä hyvin tietoa tutkittavasta ilmiöstä.

Toisen kehittämistehtävän mukainen kuntoutustyöntekijöiden yhteiskehittelytilaisuus järjestettiin Laakson terveysaseman tiloissa 31.5.2018. Tilaisuuteen olin kutsunut Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa alaraaja-amputaation jälkeisessä kuntoutuksessa työskenteleviä ammattilaisia sähköpostitse esimiesten kautta. Lähetin sähköpostikutsun kuntoutussuunnittelijoiden, apuvälinepalveluiden ja sairaalan vuodeosaston esimiehille sekä sairaalan, avopuolen ja kotihoidon fysioterapian esimiehille. Lisäksi lähetin kutsun kahdelle yksityiselle palveluntuottajalle, joilla oli sopimus Helsingin kaupungin

kanssa alaraajaproteesien tuottamisesta ja Helsingin invalidien yhdistykseen. Näin varmistin, että tiedontuottajiksi saatiin alaraaja-amputaatiokuntoutuksen ammattilaisia sekä julkiselta, että yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta Helsingistä ja mahdollisimman monesta ammattiryhmästä. Kaikista kutsutuista tahoista tuli osallistujia ryhmään. Sähköpostikutsu sisälsi tutkimushenkilötiedotteen (liite 5) ja suostumusasiakirjan (liite 4). Yhteiskehittelytilaisuuteen osallistui 12 ammattilaista siten, että paikalla oli lääkäri, sairaanhoitaja, kuusi fysioterapeuttia (sairaalan vuodeosastolta, kotiutustimistä, kotihoidosta, terveysaseman avopalveluista ja apuvälinepalvelusta), kuntoutussuunnittelija, sosionomi ja kaksi proteesimestaria. Tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuminen oli vapaaehtoista, mutta osa siihen osallistuvien henkilöiden työaika. Kaikki osallistujat allekirjoittivat suostumusasiakirjan ennen yhteiskehittelytilaisuutta.

Kolmanteen kehittämistehtävään eli moniasiantuntijuuteen perustuvaan työryhmään kutsuin Helsingin invalidien yhdistyksen kautta ja Laakson sairaalan vuodeosastolta henkilöitä, joille oli tehty alaraaja-amputaatio sekä Helsingin kaupungilla johtavassa asemassa olevia kuntoutuksen ja lääketieteen ammattilaisia suoralla sähköpostikutsulla. Kuntoutujat tulivat tilaisuuteen omalla ajallaan ja ammattilaisille se oli työaika. Yhteiskehittelytilaisuuteen osallistui kolme kuntoutujaa ja kaksi ammattilaista ja se järjestettiin 13.9.2018 Laakson sairaalalla. Yksi tilaisuuteen aiemmin ilmoittautunut ammattilainen ei saapunut paikalle. Kaikki kuntoutujat olivat osallistuneet myös tutkimuksellisen kehittämistyön ensimmäiseen vaiheeseen. Ammattilaiset eivät olleet osallistuneet aiempiin vaiheisiin. Kaikki osallistujat lukivat tutkimushenkilötiedotteen (liite 6) ja allekirjoittivat suostumusasiakirjan (liite 4) ennen yhteiskehittelytilaisuutta.

### 6.3 Aineiston kerääminen

Keräsin aineistoa tutkimuksellisen kehittämistyöni ensimmäisessä vaiheessa kahdella kuntoutujien ryhmämuotoisella teemahaastattelulla. Haastatteluissa pyrin siihen, että henkilöt toivat esille itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti ja kannustavassa ilmapiirissä (Hirsijärvi & Remes, Sajavaara 2009: 205) ja tämän vuoksi halusin ottaa ensimmäiseen vaiheeseen ainoastaan kuntoutujia. Olin valinnut polistrukturoidun eli teemahaastattelun aineisonkeruumenetelmäksi, sillä haastattelussa henkilöiden on mahdollista toimia merkityksiä luovina aktiivisina osapuolina. Kaikki haastateltavat olivat kokeneet alaraaja-amputaation ja olin haastattelijana selvittänyt teemahaastattelun pohjatyöksi ilmiöön liittyviä tärkeitä osia ja kokonaisuuksia tutkimuksellisen kehittämistyön aiheanalyysissa. (Hirsijärvi & Hurme 2000: 47.)

Olin suunnitellut teemahaastattelun runkoa ICF-viitekehyksen pohjalta. Tarkoituksena oli kehittää kuntoutujan toimintakykyä vahvistavaa toimintatapaa nostamalla kuntoutujan asiantuntemus ja kokemus ammattilaisten käytännön lähtökohdaksi (Arponen & Kihlman & Välimäki 2004: 19). Tavoitteena oli kuntoutujan toimintakyvyn vahvistuminen, joten ensimmäisen teemahaastattelun runko (liite 1) pohjautui Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainväliseen luokitukseen (ICF), joka kuvaa toimintakykyä kokonaisvaltaisesti (Stakes 2011:7).

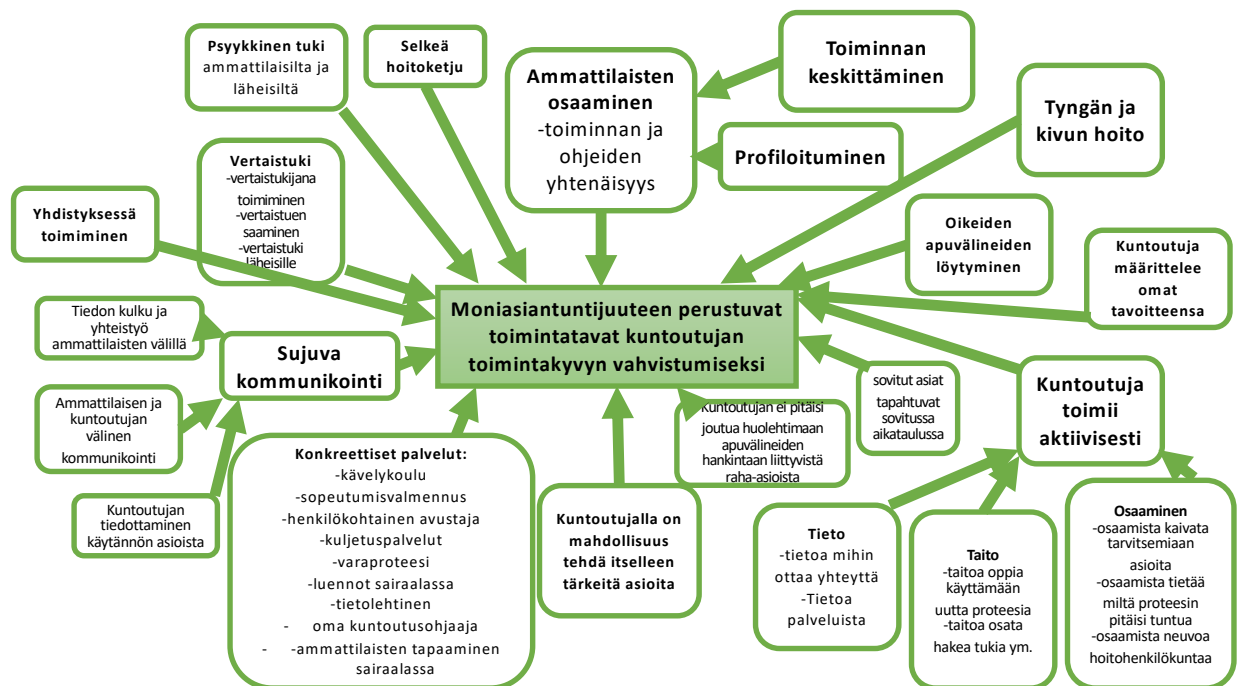
Teemahaastattelut toteutin ryhmämuotoisina. Ryhmähaastattelut valitsin siksi, että niiden etuihin voidaan lukea se, että niiden avulla voidaan saada samanaikaisesti tietoa usealta vastaajalta. Joskus arat ja ujut ihmiset tuottavat paremmin tietoa ryhmähaastattelussa. Haastattelijana tehtäväni oli varmistaa, että kaikki saivat äänensä kuuluviin haastattelutilanteessa (Hirsijärvi & Hurme 2000: 47). Ryhmähaastattelussa osanottajat pystyivät tuottamaan monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Ryhmähaastattelun avulla voitiin myös muodostaa yhteistä ymmärrystä aiheesta. (Hirsijärvi & Hurme 2000: 61-63.) Ensimmäiseen ryhmähaastatteluun oli varattu aikaa kaksi tuntia. Nauhoitettua haastattelumateriaalia kertyi 1 tunti, 59 minuuttia ja 17 sekuntia. Auki kirjoitettua eli litteroitua aineistoa tuli 25x44-kokoista sivua fontilla Arial 11 ja rivivälillä 1,5. Toisessa ryhmähaastattelussa nauhoitettua materiaalia kertyi 40 minuuttia 51 sekuntia ja litteroitua aineistoa 13 sivua (Arial 11, riviväli 1,5).

Kuntoutustyöntekijät työskentelivät Oppimiskahvilassa eli Learning Caféssa tuottaen materiaalia tarvittavista kuntoutuskäytännöstä kehittämistyöni toisessa vaiheessa. Learning Caféssa työskenneltiin kolmessa pöydässä. Kussakin pisteessä puheenjohtaja kirjasi ja pysyi paikallaan ja muut osallistujat kiersivät pisteeltä toiselle. (Salonen & Eloranta & Hautala & Kinos 2017: 58.) Ammattilaisten työskentelyn pohjaksi kokosin kuntoutujien teemahaastatteluista nousseet asiat. Tarkoituksena oli, että materiaalin tuottamisen lisäksi Learning Café oli ammattilaisille hyvä tilaisuus oppia amputaatiokuntoutujien toimintakykyyn liittyvistä asioista ja samalla tavata toisiaan ja verkostoitua. Tilaisuuden aluksi kävin läpi tilaisuuden aikataulun ja pidin lyhyen intron tutkimuksellisen kehittämistyöni taustasta ja teemoista ja määrittelin ammattilaisille moniasiantuntijuuden teoreettisena käsitteenä ja viitekehyksenä.

Olin jaotellut kuntoutujilta nousseet teemat kolmeen pöytään kuntoutujien ryhmähaastattelun teemojen mukaisesti. Teemojen alle olin koonnut keskustelua ohjaavia kysymyksiä. Learning Cafén kolme keskustelupöytää sisältöineen löytyvät liitteistä (liite 2). Kussakin pöydässä työskenneltiin 15 minuuttia ja tulokseksi saatiin kolme posteria. Pöytien

puheenjohtajat esittelivät lopuksi tuotokset koko ryhmälle ja tämä loppukeskustelu nauhoitettiin. Ammattilaisten yhteiskehittelytilaisuuteen oli varattu aikaa kaksi tuntia. Posterien esittelyn ja loppukeskustelun nauhoitettua aineistoa kertyi 29 minuuttia. Auki kirjoitettuna tämä aineisto oli 7x4, fontilla Arial 11, rivivälillä 1,5. Aineiston analyysissä käytin litteroidun aineiston lisäksi postereista ottamiani valokuvia.

Kehittämistyön kolmannessa vaiheessa eli moniasiantuntijuuteen perustuvassa kehittäjätyöryhmässä keskusteltiin moniasiantuntijuuteen perustuvista toimintatavoista kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi. Kehittäjätyöryhmän tapaaminen kesti kokonaisuudessaan 90 minuuttia. Kehittäjätyöryhmää varten olin koostanut edellisten ryhmien tuottaman aineiston tuloksia Mind Map -tyyliseksi kaavioksi (kuvio 2), jonka jaoin kaikille ryhmään osallistuville. Lisäksi jaoin kaikille ryhmään osallistuneille kuvan, johon olin koonnut moniasiantuntijuuteen liittyviä hyveitä (kuvio 3).



Kuvio 2: Moniasiantuntijuuteen perustuvan työryhmän materiaali kuntoutujien ja ammattilaisten tuottaman aineiston perusteella



Kuvio 3: Moniasiantuntijuuteen liittyviä käsitteitä ja tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite Moniasiantuntijuuteen perustuvalla työryhmälle

Kehittäjätyöryhmässä tavoiteltiin dialogista keskustelua moniasiantuntijuuteen perustuvista käytännöistä kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi. Dialogisuudella pyrittiin yhteisen ymmärryksen luomiseen toisten näkemyksiä kuunnellen (Salonen & Eloranta & Hautala & Kinos 2017: 61). Kehittäjätyöryhmä keskusteli seuraavien esittämieni kysymysten kautta:

1. Mitkä asiat ovat sellaisia, jotka voidaan yhdessä tehdä?
2. Mitä on moniasiantuntijuus tässä kuntoutuskäytännössä?
3. Ovatko nämä toimintatavat mahdollisia?
4. Miten nämä toimintatavat mahdollistuisivat?
5. Mitä elementtejä puuttuu?

Keskustelu nauhoitettiin ja materiaalia kertyi 1 tunti 6 minuuttia. Litteroitua aineistoa tuli 14xA4 fontilla Arial 11, riviväli 1,5. Kaikista kehittämisvaiheista saamani materiaalin perusteella työstin tuotoksen valmiiksi.

## 6.4 Aineiston analysointi

Analysoin kaikissa vaiheissa tuotetun aineiston laadullisella sisällönanalyysimenetelmällä (Tuomi & Sarajärvi 2011: 91-93). Aineiston analyysiyksiköksi otin ajatuksellisen kokonaisuuden kunkin kehittämistehtävän mukaisesti. Ajatuksellinen kokonaisuus kostui yhdestä tai useammasta lauseesta (Vilkkä 2015: 164). Litteroitua aineistoa tarkasteltiin tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Aineiston analyysikysymykset johdettiin kunkin aineiston kohdalla siihen liittyvästä kehittämistehtävästä (Tuomi & Sarajärvi 2011: 91-93). Ensimmäisen kehittämistehtävän analyysikysymys oli: ”Mitä toimintatapoja tarvitaan kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi kuntoutujan näkökulmasta?”. Toisen kehittämistehtävän analyysikysymys oli: ”Mitä toimintatapoja tarvitaan kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi ammattialisen näkökulmasta?”. Ja kolmannen kehittämistehtävän analyysikysymys oli ”Mitä moniasiantuntijuuteen perustuvia käytäntöjä tarvitaan kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi?”.

Analyysista nousevat sisällöt eivät olleet etukäteen sovittuja tai harkittuja eivätkä aikaisemmat tutkimukset tai teoriat vaikuttaneet niihin. (Tuomi & Sarajärvi 2011: 95-96.) Sisällönanalyysi eteni aineiston pelkistämisestä eli redusoinnista aineiston ryhmittelyyn (klusterointi) ja siitä teoreettisten käsitteiden luomiseen, eli abstrahointiin. Sisällönanalyysi perustui tulkintaan ja siinä yhdisteltiin käsitteitä, jotta saatiin vastaus kuhunkin kehittämistehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2011: 108-109.)

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tarkastelin aineistoa induktiivisesta lähtökohdasta, sillä yksittäisten näkemysten perusteella pyrittiin luomaan kokonaiskuvaa tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2011: 95). Laadullisella eli kvalitatiivisella sisällönanalyysillä tavoiteltiin todellisen elämän kuvausta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, mutta tiedostaen että tutkijan omat näkemykset ja tiedot ohjasivat analyysia. Sisällönanalyysimenetelmällä pyrin saamaan tutkittavasta asiasta kuvauksen tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysin avulla kerätty aineisto saatiin näin järjestetyksi johtopäätöksiä varten. (Tuomi & Sarajärvi 2011: 103-104.)

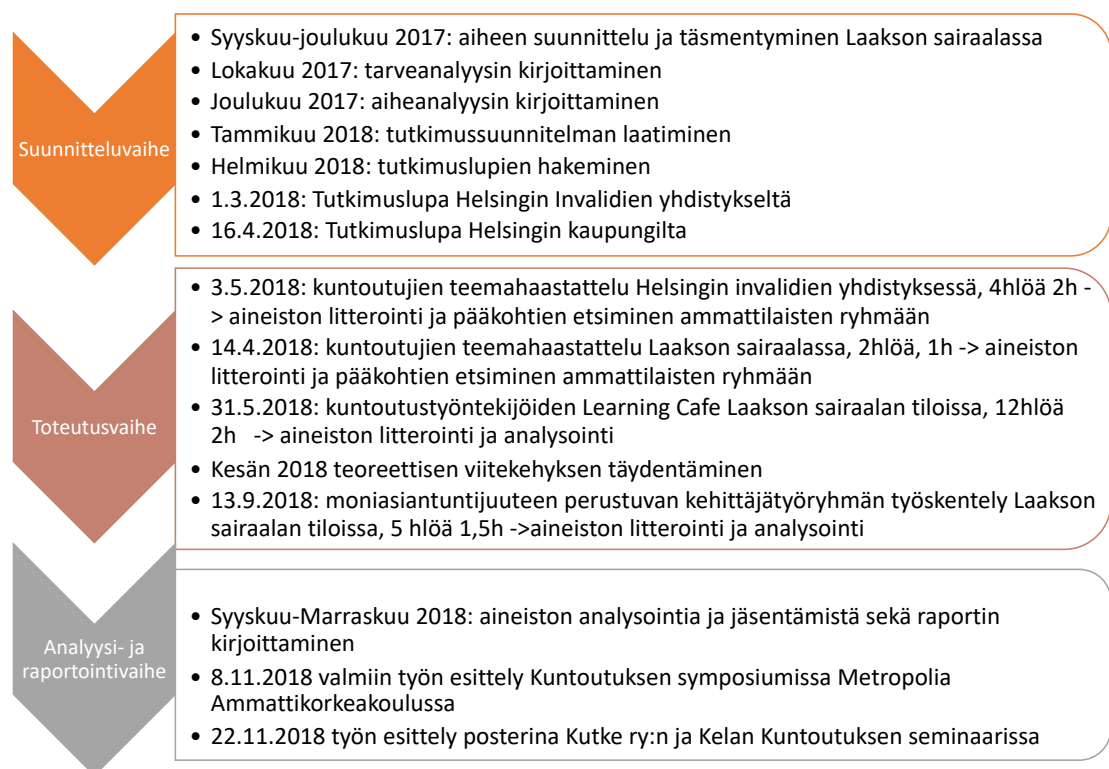
Sisällönanalyysi eteni vaiheittain siten, että ensin kirjoitin kaikki nauhoitetut aineistot auki. Aineistosta etsin kuhunkin analyysikysymykseen liittyviä ajatuksellisia kokonaisuuksia ja keräsin ne omiin taulukkoihinsa. Taulukoissa pelkistin alkuperäiset ilmaukset. Lopullisessa aineiston analyysissä näkyvät vain pelkistetyt ilmaukset, jotta yksittäisiä henkilöitä ei voi tunnistaa. Pelkistetyt ilmaukset ryhmittelin niitä yhdistävien tekijöiden

mukaisesti. Näistä muodostuivat aineiston analyysin alaluokat. Osasta alakuokkia muodostui vielä pääluokkia yhdistävien tekijöiden mukaisesti. Liitteessä 7 on näyte kuntoutujien ryhmähaastattelujen aineiston analyysistä.

## 6.5 Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen

Tutkimuksellinen kehittämistyöni eteni, ja aineistoa kerättiin useassa vaiheessa. Vaiheet olen havainnollistanut Taulukossa 2. Kehittämistyön suunnittelu alkoi jo toukokuussa 2017 keskusteluilla Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen henkilöiden kanssa. Suunnittelu edistyi syksyn 2017 aikana ja aihe täsmentyi lokakuussa. Talven 2017 aikana laajensin ja täsmensin aiheen teoreettista viitekehystä ja tutkimuslupaa pääsin hakeamaan helmikuussa. Tutkimuslupa myönnettiin Helsingin Invalidien yhdistykseltä 1.3.2018 ja Helsingin kaupungilta 16.4.2018.

Taulukko 2: Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen:



Kuntoutujien teemahaastattelut ja ammattilaisten yhteiskehittelytilaisuuden järjestin toukokuussa 2018. Ennen ammattilaisten yhteiskehittelytilaisuutta olin litteroinut ja järjestellyt kuntoutujien teemahaastattelun asiakokonaisuuksiksi, jotka vein ammattilaisten ryhmään. Kesän aikana litteroin ammattilaisten tuottaman aineiston ja analysoin sen sekä

kuntoutujien tuottaman materiaalin. Lisäksi täydensin teoreettista viitekehystä. Aineiston perusteella muodostin kuvauksen alaraaja-amputaation jälkeisestä kuntoutuskäytännöstä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa ja esittelin tämän viimeiselle kehittäjätyöryhmälle.

Tutkimuksellisen kehittämistyöni viimeinen keskustelutilaisuus järjestettiin syyskuussa. Syys- ja lokakuun aikana litteroin ja analysoin aineiston lopulliseen muotoonsa ja kokosin työn. Marraskuussa esitin työn Metropolia Ammattikorkeakoulun Kuntoutuksen symposiumissa 8.11.2018, ja lisäksi tein siitä posterin, jonka esittelin Kuntoutuksen tutkimuksen ja kehittämissyhdistys ry:n (Kutke ry:n) seminaarissa 22.11.2018.

## **7 Tulokset**

### **7.1 Kuntoutujan toimintakykyä vahvistavat toimintatavat kuntoutujan näkökulmasta**

Tulosten mukaan kuntoutujan toimintakykyä tukevia toimintatapoja kuntoutujan näkökulmasta on käytössä sairaalavaiheessa ja sen jälkeen liittyen kuntoutumisprosessiin kokonaisuudessaan. Kuviossa 4 olen kuvannut yleisesti kuntoutumiseen liittyviä kuntoutujan toimintakykyä vahvistavia toimintatapoja alaraaja-amputaation jälkeen. Nämä toimintatavat koskevat siis koko kuntoutumista ja ovat paikasta tai henkilöstä riippumattomia. Kuvioon 5 olen koonnut toimintatapoja, jotka liittyvät sairaalavaiheeseen ja sairaalajakson jälkeiseen aikaan.

Yleisesti kuntoutumiseen liittyviä kuntoutujan toimintakykyä vahvistavia toimintatapoja (kuvio 4) ovat: ammatillisilla on amputaatioihin liittyvää erikoisosaamista, kuntoutuja saa tietoa siitä, mihin pitäisi olla yhteydessä ja mitä pitäisi tehdä lääkärintodistuksille, kuntoutuja voi työskennellä tutun ammattilaisen kanssa, ammattilaiset kommunikoivat keskenään, kuntoutuja saa riittävän määrän avustajatunteja ja kuljetuspalveluja, ammattilaiset uskovat kuntoutujan tavoitteeseen, yhdistyksessä toimiminen, vertaistuki, henkinen tuki, selkeä suunnitelma, kuntoutujia kohdellaan tasa-arvoisesti, kuntoutujalla on välitavoitteet, kuntoutuja saa apua koko loppuelämänsä, toiminta on keskitettyä ja profiloitunutta, ammattilaiset kohtelevat kuntoutujaa asiallisesti ja toiminta on asiakaslähtöistä.

**Ammattillisilla on amputaatioihin liittyvää erikoisosaamista ja toiminta on keskitettyä ja profiloitunutta**

Kuntoutujat kokivat ammattilaisten erikoisosaamisen olevan tärkeässä roolissa amputaation jälkeisessä hoidossa ja kuntoutuksessa. Keskustelussa tuotiin esille, että erityisesti kuntoutumisen alkuvaiheessa ammattilaisen osaaminen on tärkeää, sillä kuntoutuja on elämänsä ensimmäistä kertaa kyseisten asioiden edessä. Toiminnan keskittäminen ja profiloituminen amputaatioiden jälkeiseen kuntoutukseen koettiin niin ikään tärkeänä tekijänä.

*”Mutta sellasta taho, jolla olis joku spesiaalinen näkemys mitä amputointiin liittyen tarvitsis, niin ei kyllä oo tai en ainakaan tiedä. Se on kyllä iso miinus. Mä oon kokenu, että semmonen olis erityisen tärkeä, että olis joku taho, joka hallitsis sen.”*

*”Proteesin kannalta alussa tuntu siltä, että pitäis ymmärtää ja tietää ja tajuta jotakin siitä vaikka ei tietenkään voi, kun kuitenkin se on sun jalassa ja sun pitäis osata sanoa et onkse nyt hyvä vai ei ja miten se on hyvä ja miten se on huono. Niin se oli tosi vaikeeta.”*

### **Kuntoutuja voi työskennellä tutun ammattilaisen kanssa ja saa tietoa siitä, mihin pitäisi olla yhteydessä ja mitä pitäisi tehdä lääkärintodistuksille**

Uuden asian edessä kuntoutujat kokivat tarvitsevansa paljon apua ja tietoa käytännön asioissa, kuten siitä mihin olla yhteydessä, miten erilaisten tukien ja hakemusten kanssa toimitaan ja mitä lääkärintodistuksille tulee tehdä. Tiedon tarve oli suurta sairaalasta kotiutumisen jälkeenkin, sillä elämäntilanteet muuttuvat. Tähän liittyi myös se, että olisi yksi taho, josta saisi tarvitsemansa tiedon. Tutun ammattilaisen kanssa toimiminen koettiin tärkeänä.

*”Silloin kun oli sairaampi vielä, niin se oli tosi raskasta, että piti aina olla ite tietämässä kaikki ja huolehtimassa kaikesta.”*

*”Alkuvaiheessa on aika väsyny. Et ei siinä oo semmosta eteenpäin menemistä vielä. Et siinä vaiheessa jonkun pitäis potkii pyllylle ja tuoda esimerkkejä, mitä kaikkea pystyis ja voi tehdä. Ja avata sitä mimmosia mahdollisuuksia sullakin vielä on, vaikka sulle kävikin noin.”*

*”Että vieläkin on vähän niin, että joutuu arvailemaan, että sainkohan mä nyt kaikkea tietoa mikä on olemassa ja mistä mä voisin sitä hakea.”*

### **Toiminta on asiakaslähtöistä ja kuntoutujaa kohdellaan tasa-arvoisesti**

Toiminnan periaatteina pidettiin asiakaslähtöisyyttä ja sitä, että kuntoutujaa kohdellaan asiallisesti ja tasa-arvoisesti.

*”Että ihan ku se olis meidän syy, että nää proteesit nyt on kalliita. Ei me suurin osa amputoiduista itte olla sitä aiheutettu, vaan ne nyt on sen hintasia kun ne on.”*

*”Että se oli siis tosi tosi ikävä puhelu. (---) Että se on semmonenkin asia, että ei tiedä kelle uskaltaa soittaa.”*

### **Ammattilaiset kommunikoivat keskenään**

Moneen paikkaan samasta asiasta soittaminen koettiin turhauttavana ja aikaa vievänä. Ammattilaisten tulisi kommunikoida keskenään, jotta asiat etenisivät sujuvasti.

### **Kuntoutuja saa apua koko loppuelämänsä**

Vanhuus ja siihen liittyvät asiat nousivat myös esille keskustelussa. Toimintakyvyn kannalta on tärkeää, että kuntoutuja saa apua tarvittaessa koko elämänsä ajan. Amputaatio ei häviä ajan kuluessa vaan ikä tuo haasteita arkeen enenevässä määrin.

*”Kyllähän sitä varmaan tarvii apua koko loppu elämänsä. Enenevässä määrin tuntuu, että varmaan tulee ihan haastavaksi se vanhuuskin.”*

*”Kyllähän nää tarpeet tässä elinkaaren aikana muuttuu, että ei nuorempana pienet ta-soerot meinannu mitään. Pienet kynnyksetkin ja tollain ihan eri tavalla huomaa, kun nuorempana ei tarvinnu edes ajatella niitä.”*

### **Vertaistuki ja henkinen tuki sekä yhdistyksessä toimiminen**

Vertaistuki ja henkinen tuki koettiin tärkeänä. Henkisellä tuella tarkoitettiin keskustelua ja psykologin tapaamisia. Pidettiin myös tärkeänä henkisen tuen ja vertaistuen antamista omaisille ja läheisille. Yhdistyksessä toimiminen koettiin tärkeänä harrastusmahdollisuuksien ja epävirallisen vertaistuen sekä myös muiden asioiden, kuten esteettömän asunnon saamisen ja esimerkiksi työpaikan löytymisen kannalta.

*”Et sitte voi kysyy. Just kun on siinä tämä yksikin henkilö, joka on melkein samis mun kanssani, et no hei mites nää hommat on sujunu ja miten sä teet tän. Et on se. On se hyvä juttu kyllä myönnetään.”*

*”Mäkin koen, että fyysisesti hoidettiin ihan ok, niin hyvin ku voidaan. Mutta ehkä se henkinen puoli, ja myös perheelle, ni jäi kokonaan antamatta ja saamatta.”*

### **Kuntoutujalla on välitavoitteet ja selkeä suunnitelma, ammattilaiset uskovat kuntoutujan tavoitteeseen**

Välitavoitteiden koettiin konkretisoivat kuntoutumisen etenemistä ja selkiyttävän suunnitelmaa. Selkeä suunnitelma ja siinä eteneminen koettiin niin ikään toimintakykyä vahvistavana tekijänä. Erityisen tärkeää on, että ammattilaiset uskovat kuntoutujan tavoitteeseen.

## **KUNTOUTUJAN TOIMINTAKYKYÄ VAHVISTAVAT TOIMINTATAVAT KUNTOUTUJAN NÄKÖKULMASTA**

### **YLEISESTI KUNTOUTUMISEEN LIITTYVÄT TOIMINTATAVAT ALARAAJA-AMPUTAATION JÄLKEEN**

<b>Ammattilaisilla on amputaatioihin liittyvää erikoisosaamista</b>	<b>Vertaistuki</b>
<b>Kuntoutuja saa tietoa siitä, mihin pitäisi olla yhteydessä</b>	<b>Henkinen tuki</b>
<b>Kuntoutuja saa tietoa siitä, mitä pitäisi tehdä lääkärintodistuksille</b>	<b>Selkeä suunnitelma</b>
<b>Kuntoutuja voi työskennellä tutun ammattilaisen kanssa</b>	<b>Kuntoutujia kohdellaan tasa-arvoisesti</b>
<b>Ammattilaiset kommunikoivat keskenään</b>	<b>Kuntoutujalla on välitavoitteet</b>
<b>Kuntoutuja saa riittävän määrän avustajatunteja</b>	<b>Kuntoutuja saa apua koko loppuelämänsä</b>
<b>Kuntoutuja saa riittävän määrän kuljetuspalvelua</b>	<b>Toiminta on keskitettyä ja profiloitunutta</b>
<b>Ammattilaiset uskovat kuntoutujan tavoitteeseen</b>	<b>Ammattilaiset kohtelevat kuntoutujaa asiallisesti</b>
<b>Yhdistyksessä toimiminen</b>	<b>Toiminta on asiakaslähtöistä</b>

Kuvio 4: Yleisesti kuntoutumiseen liittyvät kuntoutujan toimintakykyä vahvistavat toimintatavat alaraaja-amputaation jälkeen

Sairaalassa toimintakyvyn kannalta korostuivat hoidolliset asiat (kuvio 5). Tyngän ja kivun hyvä hoito, sekä arpihoito ja aavesäryn hyvä hoito ovat tärkeitä. Näihin liittyen ammattilaisten yhtenäiset ohjeet hoidon toteuttamiseksi ovat tärkeitä. Sairaalan osastolla tulisi olla saman tyyppisiä kuntoutujia, esimerkiksi amputaation tai murtumien jälkeen kuntoutumassa olevia ihmisiä, joilla kaikilla on toiminnallinen tavoite. Kuntoutujan on tär-

keä voida tavata kaikki ammattilaiset osastolla, jotta hän voi saada tarvitsemaansa käytännön tietoa. Osastolla voisi lisäksi olla tietoiskuja ja tiedottavia lehtisiä, joista kuntoutuja voi tutustua asioihin itsekin lukemalla. Kuntoutujat kokivat, että arjen asioissa sairaalassa tulee tarjota apua pyytämättä myös hyväkuntoisemmille kuntoutujille. Tällaisia olivat esimerkiksi lakanoiden vaihto ja puhtaiden vaatteiden tuominen. Tärkeää on, että kuntoutujalta kysytään, missä asioissa hän tarvitsee apua.

*”Että sairaalan osastolla olisi tervejärkisiä, toimivia, liikkuvia ihmisiä. Kaikki amputaatiot samalle osastolle ja vaikka murtumat.”*

## KUNTOUTUJAN TOIMINTAKYKYÄ VAHVISTAVAT TOIMINTATAVAT KUNTOUTUJAN NÄKÖKULMASTA

### SAIRAALASSA

<b>YHTEISET TOIMINTATAVAT:</b>	Samanlaiset kuntoutujat sijoitetaan samalle osastolle
	Kaikilla kuntoutujilla on tavoite
	Kaikki ammattilaiset tapaavat uudet kuntoutujat sairaalassa
	Kuntoutuja saa tietoa käytännön asioista heti sairaalassa
<b>KUNTOUTUJAN HOITOON LIITTYVÄT TOIMINTATAVAT:</b>	Kuntoutuja saa riittävästi kipulääkettä
	Tyngät sidotaan hyvin
	Kuntoutuja saa ohjeita tyngän/tynkien hoitoon
	Arpihoito tulee tehdyksi
	Ammattilaisilla on yhtenäiset hoito-ohjeet
	Kuntoutujaa autetaan sairaalassa henkilökohtaiset ominaisuudet huomioiden

### SAIRAALAJAKSON JÄLKEEN

<b>YHTEISET TOIMINTATAVAT:</b>	Kuntoutujalla on oma yhteyshenkilö
	Kuntoutujaa ei pompotella henkilöltä toiselle
	Sovitut aikataulut pitävät paikkansa
	Kuntoutujan mahdollisuutta harrastaa ja tehdä itselleen tärkeitä asioita tuetaan
	Kuntoutuja saa tarvettaan vastaavat apuvälineet
	Kuntoutuja saa tarvettaan vastaavat asunnonmuutostyöt
	Kuntoutus on tarvelähtöistä
<b>KOTIHOITOON LIITTYVÄT TOIMINTATAVAT:</b>	Kotisairaanhoido hoitaa haavat

Kuvio 5: Kuntoutujan toimintakykyä vahvistavat toimintatavat sairaalassa ja sairaalajakson jälkeen kuntoutujan näkökulmasta

Sairaalajakson jälkeen (kuvio 5) kotihoidon toimintaan liittyvänä toimintatapana mahdollisten haavojen hoito on tärkeää. Yhteisinä toimintatapoina kuntoutujan toimintakyvyn

kannalta on, että sovitut aikataulut pitävät paikkansa. Kuntoutujalla tulisi olla oma yhteyshenkilö, joka voi tarvittaessa kommunikoida muiden ammattilaisten kanssa. Kuntoutujan tulee saada tarvettaan vastaavat asunnonmuutostyöt ja apuvälineet ja hänellä tulee olla mahdollisuus harrastaa ja tehdä itselle tärkeitä asioita. Apuvälineiden tulee olla nämä asiat mahdollistavia.

*”Että ne välineet pitäis olla semmoset, ettei sun tarvii luopuu elämästä tai niistä asioista, mistä sä oot kenties nauttinu aikasemmin. Tai jos tulee innostus kokeilla jotain muuta nii siihenki olis mahdollisuutta.”*

*”Se olis niinku, et sitte kun putoaa tosta systeemistä mihin on päässy sairastuttuaan, että sitte olis joku ihminen joka auttais ja tietäis ne asiat, jotka sun pitää tehdä, et mistä mitäänkin. Parastahan olis, jos olis vain yksi henkilö, jonka kanssa asioi kaikessa. Ja hän pytisyis sitten keskustelemaan toisen henkilön kanssa. Et on ihan jumalattoman monta tahoja, johon pitäis olla kokoajan yhteydessä. Mulla jossain vaiheessa meni niinku puolet mun työpäivästä, etä mä niinku soittelin. Ja ku se pitää tehdä kuiteski toimistoaikana niin se on todella raskasta.”*

Tuloksissa nähdään myös sekä kuntoutujaan itseensä että moneen eri ammattiryhmään liittyviä toimintatapoja, jotka vahvistavat kuntoutujan toimintakykyä (kuvio 6). Kuntoutujan omaan toimintaan liittyvät toimintatavat ovat: kuntoutuja etsii tietoa netistä ja lehdistä, kuntoutuja on yhteydessä ammattilaiseen, kuntoutuja lähtee pois kotoa, kuntoutuja kertoo asioistaan ammattialisille ja vertaisille, kuntoutuja neuvoo henkilökuntaa, kuntoutuja sitoo tyngän itse, kuntoutuja jumppaa itse sairaalan osastolla ja kotona, kuntoutuja havainnoi kotiaan apuvälinetarpeen näkökulmasta ha hankkii itse tukikahvoja.

Fysioterapeuttiin liittyvät toimintatavat (kuvio 6) ovat: fysioterapeutti ohjaa harjoittelua sairaalassa, näyttää tyngän sidonnan, käy kotikäynneillä, antaa selkeät kirjalliset ohjeet ja opettaa kuntoutujan läheisiä auttamaan kuntoutujaa harjoittelussa, kuntoutuja saa fysioterapian riittävän nopealla aikataululla, fysioterapeutin kanssa harjoitellaan kävelyä proteesin muutosten jälkeen ja proteesin saamisen jälkeen on tiivis hoitosuhde fysioterapeuttiin.

Sosiaalityöntekijään liittyvät toimintatavat (kuvio 6) ovat puhelut sosiaalityöntekijän kanssa, sosiaalityöntekijä käy luennoimassa sairaalan osastolla, sosiaalityöntekijä on käytettävissä sairaalassa tiettyinä viikonpäivinä, sosiaalityöntekijä on yhteydessä vammaispalveluun ja sosiaalityöntekijä käy läpi hakemukset kuntoutujan kanssa.

Toimintaterapeuttiin liittyvät toimintatavat (kuvio 6) ovat ne, että toimintaterapeutti tekee kotikäynnin ja laittaa hakemuksen asunnonmuutostöistä ja tapaa kuntoutujan sairaalan osastolla.

Puuseppään liittyvät toimintatavat (kuvio 6) ovat ne, että hän kiinnittää tukikahvoja ja tekee muita asunnonmuutostöitä tarvittaessa.

Proteesimestariin liittyviä kuntoutujan toimintakykyä vahvistavia toimintatapoja (kuvio 6) ovat: proteesipajan palvelut ovat helposti saatavissa, kuntoutujalla on aina käyttökelpoinen proteesi, proteesimestari suosittelee uutta proteesia, antaa ohjeita tynkien hoitoon ja tulee kotikäynnille.

Lisäksi tuloksista nousi kuntoutujan läheisiin liittyviä toimintatapoja (kuvio 6), jotka ovat: kaverit kertovat harrastusmahdollisuuksista, läheiset hoitavat käytännön asioita ja ystävät ja lähipiiri tukevat henkisesti.

## KUNTOUTUJAN TOIMINTAKYKYÄ VAHVISTAVAT TOIMINTATAVAT KUNTOUTUJAN NÄKÖKULMASTA

KUNTOUTUJAAN ITSEENSÄ, HÄNEN LÄHEISIINSÄ  
JA ERI AMMATTIRYHMIIN LIITTYVÄT TOIMINTATAVAT

<b>KUNTOUTUJAN TOIMINTAAN LIITTYVÄT TOIMINTATAVAT:</b>	<b>FYSIOTERAPEUTTIIN LIITTYVÄT TOIMINTATAVAT:</b>
Kuntoutuja etsii tietoa netistä ja lehdistä	Fysioterapeutti ohjaa harjoittelua sairaalassa
Kuntoutuja on yhteydessä ammattilaiseen	Fysioterapeutti näyttää tyngän sidonnan
Kuntoutuja lähtee pois kotoa	Fysioterapeutti käy kotikäynneillä
Kuntoutuja kerto asioistaan ammattilaisille ja vertaisille	Kuntoutuja saa fysioterapian riittävän nopealla aikataululla
Kuntoutuja neuvoo henkilökuntaa	Fysioterapeutti antaa selkeät kirjalliset ohjeet
Kuntoutuja sitoo tyngän itse	Fysioterapeutin kanssa harjoitellaan kävelyä proteesin muutosten jälkeen
Kuntoutuja jumppaa itse osastolla	Fysioterapeutti opettaa kuntoutujan läheisiä auttamaan kuntoutujaa harjoittelussa
Kuntoutuja jumppaa itse kotona	Proteesin saamisen jälkeen tiivis hoitosuhde fysioterapeuttiin
Kuntoutuja havainnoin kotiaan apuvälinetarpeen näkökulmasta	
Kuntoutuja hankkii itse tukikahvoja	
<b>SOSIAALITYÖNTEKIJÄÄN LIITTYVÄT TOIMINTATAVAT:</b>	<b>TOIMINTATERAPEUTTIIN LIITTYVÄT TOIMINTATAVAT:</b>
Puhelut sosiaalityöntekijän kanssa	Toimintaterapeutti tekee kotikäynnin
Sosiaalityöntekijä käy luennoimassa sairaalan osastolla	Toimintaterapeutti laittaa hakemuksen asunnonmuutostöistä
Sosiaalityöntekijä on käytettävissä sairaalassa tiettyinä viikonpäivinä	Toimintaterapeutti tapaa kuntoutujan sairaalan osastolla
Sosiaalityöntekijä on yhteydessä vammaispalveluun	
Sosiaalityöntekijä käy läpi hakemukset kuntoutujan kanssa	
<b>PUUSEPÄÄN LIITTYVÄT TOIMINTATAVAT:</b>	<b>PROTEESIMESTARIIN LIITTYVÄT TOIMINTATAVAT:</b>
Kaupungin puuseppä kiinnittää tukikahvoja ja tekee asunnonmuutostöitä	Proteesipajan palvelut ovat helposti saatavissa
<b>KUNTOUTUJAN LÄHEISIIN LIITTYVÄT TOIMINTATAVAT:</b>	Kuntoutujalla on aina käyttökelpoinen proteesi
Kaverit kertovat harrastusmahdollisuuksista	Proteesimestari suosittelee uutta proteesia
Kuntoutujan läheiset hoitavat käytännön asioita	Proteesimestari antaa ohjeita tynkien hoitoon
Ystävät ja lähipiiri tukevat henkisesti	Proteesimestari tulee kotikäynnille

Kuvio 6: Kuntoutujaan itseensä, hänen läheisiinsä ja eri ammattiryhmien toimintaan liittyvät kuntoutujan toimintakykyä vahvistavat toimintatavat kuntoutujan näkökulmasta

Kuviosta 6 voidaan nähdä kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseen liittyviä useita toimijoita. Kuntoutumisprosessi sisältää siten useita eri ammattilaisten tekemiä interventiota ja sekä kuntoutujan itse toteuttamaa toimintaa että hänen läheistensä tekoja.

## 7.2 Kuntoutujan toimintakykyä vahvistavat toimintatavat ammattilaisen näkökulmasta

Ammattilaisten näkökulmasta kuntoutujan toimintakykyä vahvistavia toimintatapoja ovat profiloituminen, palvelujen keskittäminen, yhtenäiset ohjeet ja yhtenäinen asiakastiedon dokumentaatio. Lisäksi kuntoutujan toimintakykyä ammattilaisen näkökulmasta vahvistaa se, että tieto kulkee ammattilaisten välillä, kuntoutujaa tiedotetaan käytännön asioista, ammattilainen pitää yhteyttä kuntoutujaan ja palvelut ovat helposti saavutettavissa. Myös moniammatillinen ja hoitopaikkojen välinen yhteistyö, vertaistuki, selkeä hoitoketju, palvelujen jatkuvuus ja pitkä seuranta koettiin kuntoutujan toimintakykyä vahvistavina toimintatapoina. Konkreettisia toimintatapoja mainittiin kävelykoulun ja sopeutumisvalmennuksen järjestäminen, oma kuntoutusohjaaja sekä erilaisten soveltavien kommunikaatiokeinojen käyttöönotto ammattilaisen ja kuntoutujan välillä. Tärkeää on myös, että kuntoutuja määrittää itse omat tavoitteensa, osallistuu tyngän hoitoon ja hänellä olisi mahdollisuus kokeilla proteesia tarvittaessa ennen hankintapäätöstä. Kuntoutujan toimintakykyä vahvistavat toimintatavat ammattilaisten näkökulmasta olen kuvannut kuviossa 7.

### KUNTOUTUJAN TOIMINTAKYKYÄ VAHVISTAVAT TOIMINTATAVAT AMMATTILAISEN NÄKÖKULMASTA

<b>Profiloituminen</b>	<b>Palvelujen keskittäminen</b>	<b>Palvelujen jatkuvuus</b>	<b>Kuntoutuja määrittelee omat tavoitteensa</b>
<b>Yhtenäiset ohjeet</b>	<b>Palveluntuottajien aukioloaikojen laajentaminen</b>	<b>Pitkä seuranta</b>	<b>Soveltavien kommunikaatiokeinojen käyttäminen</b>
<b>Yhtenäinen asiakastiedon dokumentaatio</b>	<b>Ammattilainen pitää yhteyttä kuntoutujaan</b>	<b>Kävelykoulun ja sopeutumisvalmennuksen järjestäminen</b>	<b>Kuntoutuja osallistuu tyngän hoitoon</b>
<b>Tieto kulkee ammattilaisten välillä</b>	<b>Kuntoutujaa tiedotetaan käytännön asioista</b>	<b>Vertaistuki</b>	<b>Kuntoutujalla on mahdollisuus kokeilla proteesia ennen hankintapäätöstä</b>
<b>Oma kuntoutusohjaaja</b>	<b>Moniammatillinen yhteistyö</b>	<b>Hoitopaikkojen välinen yhteistyö</b>	

Kuvio 7: Kuntoutujan toimintakykyä vahvistavat toimintatavat ammattilaisen näkökulmasta

## **Profiloituminen ja palvelujen keskittäminen sekä yhtenäiset ohjeet**

Profiloituminen alaraaja-amputaation jälkeiseen kuntoutukseen koettiin ammattilaisten ryhmässä tärkeänä tekijänä tiedon lisääntymisen ja informaation yhteneväisyyden kanalta. Profiloitumisella tarkoitettiin henkilökunnan yhtenevää kouluttamista ja toiminnan keskittämistä. Koettiin, että kaikissa kuntoutuksen vaiheissa: sairaalassa, kotihoidossa ja avopalveluissa tiedon syventäminen kyseisen kuntoutujaryhmän asioista on tärkeää. Ammatillaiset kokivat tärkeänä myös sen, että kaupungilla keskitettäisiin toimintaa tiettyyn paikkaan konkreettisesti. Esitettiin amputaatiokuntoutukseen erikoistuneen yksikön perustamista, jossa työskentelisi moniammatillinen asiantuntijaryhmä, jolla olisi asiaan liittyvä tieto ja taito hallussa. Kuntoutusyksiköstä kuntoutuja saisi tarvitsemansa tiedon ja palvelut samasta paikasta.

*”Et mahdollisesti olis yksi terveysasema tai joku muu taho, joka olis keskittyny näihin alaraaja-amputoitujen kuntoutukseen ja hoitoon.”*

*”Ja idea olis se, että tää kuntoutusyksikkö olis tässä Laakson sairaalassa ja se (kuntoutus ja hoito) tapahtuis keskitetysti.”*

Ammattilaiset totesivat, että yhtenäisiä ohjeita alaraaja-amputaation jälkeisestä kuntouksesta ja hoidosta ei ole olemassa tällä hetkellä. Koettiin tarvetta muodostaa yhtenäiset toimintaohjeet kaikkien palveluntuottajien kanssa, joista muodostuisivat kuntoutusyksikön yhtenäiset ohjeet. Kaivattiin myös selkeämpiä ja yhtenäisiä prototyyppikriteerejä.

*”Ja se mitä siellä nähdään, mikä on selkeä puute tällä hetkellä, on se, että yhtenäisiä ohjeita (kuntouksesta/hoidosta) ei ole olemassa. Ja nyt tässä olis sitten hyvä luoda ne yhtenäiset ohjeet kaikkien palveluntuottajien kanssa, joista sitten muodostuisi tän kuntoutusyksikön yhtenäiset ohjeet, jotka menis näille amputoiduille.”*

## **Tieto kulkee ammattilaisten välillä**

Tiedon kulku tyngän haavanhoidosta ja tyngän hoitoon liittyvistä asioista koettiin tärkeänä alkuvaiheen kuntoutuksessa ammattilaisten välillä. Tämä liittyi myös yhtenäisiin ohjeisiin. Koettiin tärkeänä, että leikkaavasta yksiköstä saataisiin alkuohjeistus haavanhoitoon. Lisäksi ammattilaiset näkivät haavakierrolla tyngän haavan valokuvaamisen ja

tiettyjen ennalta sovittujen asioiden läpi käymisen tärkeänä tiedon siirtymisen keinona ammattilaisten kesken. Kotihoidossa koettiin tärkeänä kehittää tiedonsaantia hoitoasioissa ammattilaisten välillä. Hoito-ohjeiden kirjaaminen hoitosuunnitelmaan ja tiedon kulku potilastietojärjestelmän kautta koettiin tärkeänä. Koettiin myös, että olisi tarvetta lisätä yhteistyötä avokuntoutuksen ja sairaalan välillä palautteen muodossa. Sairaalan terapeutit kaipasivat palautetta tekemistään ratkaisuista ja kuntoutujan edistymisestä sairaalajakson jälkeen. **Yhtenäinen asiakastiedon dokumentaatio** ja tulevaisuudessa yhtenäinen potilastietojärjestelmä kaikkien toimijoiden kesken puhuttivat ja miellettiin lisäävän ammattilaisten välistä tiedon kulkua.

### **Moniammatillinen yhteistyö ja yhteistyö hoitopaikkojen välillä**

Ammattilaiset kokivat tarvetta HUS:n ja Helsingin kaupungin välisen yhteistyön lisäämiselle. Esitettiin, myös sairaalan ja avopuolen kuntoutusammattilaisten välisiä yhteisiä palaverieja. Niin ikään kuntoutussuunnittelijan ja fysioterapeutin yhteistyö koettiin tärkeänä. Kuntoutujan toimintakyvyn ja hoitotarpeen arvioinnin tulisi tapahtua moniammatillisesti.

### **Kuntoutuja osallistuu tyngän hoitoon**

Ammattilaisten näkökulmasta kuntoutujan osallistaminen tyngän hoitoon oli yksi toimintakykyä vahvistava tekijä. Ammatilaiset kokivat tärkeänä toimintatapana kannustaa kuntoutujaa kertomaan kiputuntemuksistaan ja osallistumaan haavanhoitoon. Kuntoutujan sitouttaminen arven seuraamiseen ja siinä tapahtuvien muutosten tiedottamiseen koettiin niin ikään tärkeäksi.

*”Ja se että osallistuteaan se kuntoutuja itse siihen haavan hoitoon ja sen arven seuraamiseen, ja sitten tulisi myös sieltä leikaanneesta yksiköstä se kunnon alkuohjeistus ja luvat ja muut.”*

### **Kuntoutuja määrittelee itse omat tavoitteensa**

Kuntoutujan motivoitumisen kannalta pidettiin tärkeänä, että kuntoutuja määritteli itse omat tavoitteensa ja sitä kautta sitoutuu mahdollisten apuvälineiden hankintaan ja niiden käytön harjoitteluun.

*”Ja tätä pidettiin erittäin tärkeänä mikä täälläkin tuli tää motivaatio tai lähtökohta et asiakas määrittää omat tavoitteet ja sitä kautta sitoutuu ylipäänsä siihen, että proteesi kannattaa hankkia ja että hän harjottaa ja hänellä on tavoitteita elämässään mitä hän haluaa tehdä, tai pystyä tekemään.”*

### **Kuntoutujan tiedottaminen käytännön asioista**

Ammattilaiset toivat yhteiskehittelyssä esiin, että on tärkeää tiedottaa kuntoutujaa aavesärystä ja tyngän hoitoon liittyvistä asioista. Pohdittiin kirjallisen infopakettin kokoamista sairaalan osastolle, joka kattaisi myös kotiutumisen jälkeisen kuntoutuksen vaiheita. Kirjalliseen infopakettiin esitettiin tietoa erilaisista tapahtumista ja palveluntarjoajista ja kolmannen sektorin toiminnasta. Lisäksi siellä olisi tiedot tarpeellisista kontakteista. Tarvittaessa niin, että ne voitaisiin kullekin kuntoutujalle yksilöllisesti täyttää. Ehdotettiin avoimia asiantuntijaluentoja, joihin voisivat osallistua eri kuntoutumisen vaiheissa olevat henkilöt sekä heidän omaisensa. Luentoja olisi hyvä olla säännöllisesti eri aiheista ja kunkin alan asiantuntijat olisivat puhumassa omasta aiheestaan. Koettiin, että olisi tärkeää koota tietoa yhteen ja esitettiin amputoidut.fi -verkkosivustoa keinona tiedon kokoamiseen ja tapahtumista tiedottamiseen. Ammatilaiset esittivät, että sairaalan osastolle tulitaisiin kertomaan vertaistukiasioista jo kuntoutumisen varhaisessa vaiheessa. Sairaalassa tulisi olla yhteystiedot apuvälinekeskukseen, avopuolen fysioterapiaan ja sosiaalityöntekijään. läkkäiden kuntoutujien kohdalla opastettaisiin HelppiSeniori-palvelun käyttöön ja käytäntöihin.

### **Palvelujen jatkuvuus ja pitkä seuranta**

Seuranta-aika tulisi olla alaraaja-amputaation jälkeisessä kuntoutuksessa pitkä. Koettiin, että hoitoketju on nyt hajallaan ja se pitäisi saada selkeäksi. Palveluiden jatkuvuus on liitoksissa hoitoketjun selkeyteen. Kuntoutujalle tulisi aina olla selvää se, mihin ottaa yhteyttä. Pitkään seuranta-aikaan liittyy se, että **ammattilainen on yhteydessä kuntoutujan** vähintään tämän sairaalasta kotiutumisen jälkeen sekä vuoden päästä amputaatiosta.

### **Vertaistuki**

Vertaistuesta tiedottaminen sairaalavaiheessa olisi tärkeää, kuin myös vertaistukitoimintaan ohjaaminen sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Ammatilaisten kokemuksen mukaan

apuvälineitä valmistettaessa vertaistuen tärkeys nousee esille. Vertaistuki nähtiin tärkeänä järjestelmällisenä toimintana ja ammattilaisten näkökulmasta nimenomaan kuntoutujan toimintaan liittyvänä konkreettisena apuna.

*”Että jos on joku henkilö ollut samassa tilanteessa aiemmin, niin ottaa mukaan ja esittelee erilaisia aktiviteetteja mihin olis mahdollisuus osallistua ja mennä. Koska yksin voi olla vaikeeta.”*

### **Konkreettiset keinot**

Yhteiskehittelyssä nousi useita konkreettisia keinoja kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi alaraaja-amputaation jälkeen. Tällaisia olivat palveluntuottajien aukioloaikojen laajentaminen, mahdollisuus kävelykouluun proteesin muutosten jälkeen ja sopeutumisvalmennuksen järjestäminen. Ammattilaisten tulisi ottaa käyttöön soveltavat kommunikaatiokeinot, kuten kipupiirroksiset ja -janat jo sairaalassa, jos kuntoutujan on esimerkiksi hankala tuottaa puhetta.

Ammattilaiset keskustelivat siitä, että olisi tärkeää voida kokeilla proteesia ennen sen varsinaista hankkimista. Mietittiin proteesin komponenttien vuokrausmahdollisuutta, mutta todettiin, että nykyinen lainsäädäntö estää saman komponentin käyttämisen usealla asiakkaalla. Yhtenä mahdollisuutena voisi olla se, että kuntoutusyksiköllä olisi komponentteja valmiina ja palveluntuottaja tekisi osan proteesista kokeilua varten.

*”Mietittiin, että jos on semmonen keissi justiin, ettei tiedä miten tässä onnistuu, että olis mahdollisuus siihen vuokraustoimintaan. Niin nähtäis sitoutuuko se ihminen siihen (proteesin käyttöön) vai ei. Niin se kertois jo aika paljon, että se henkilökin itse näkee miten paljon hän joutuu tekemään esimerkiksi töitä, kun hän pukee sen päälle tai sitten, jos hän kävelee sen kanssa.”*

Ammattilaiset esittivät myös, että Helsingin kaupungilla olisi oma kuntoutusohjaaja alaraaja-amputaation kokeneille henkilöille, joka voisi tarvittaessa kutsua paikalle kuntoutujan ja tämän läheiset sekä ammattilaiset. Hän koordinoisi alaraaja-amputaation jälkeisiä palveluja ja toimisi yhdyshenkilönä kuntoutujille.

*”Että olis oma kuntoutusohjaaja tai ainakin yksi henkilö, jolla yhtenä osa-alueena olis alaraaja-amputoidut henkilöt ja heidän palvelujen ja asioiden koordinointi. Koska siinä varmasti on niin paljon asioita, että siinä olis yks, joka hallitsis sen.”*

### 7.3 Moniasiantuntijuuteen perustuvat toimintatavat kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi

Moniasiantuntijuuteen perustuva kehittäjäryhmä totesi, että kuntoutuksessa ei ole monia asiaa, jota kannattaa yksin tehdä vaan tarvitaan yhteistyötä kuntoutujan ja ammattilaisen välillä. Moniasiantuntijuus koettiin vaikeana ja tilannesidonnaisena asiana, mutta arvokkaana ja tärkeänä.

Moniasiantuntijuuteen perustuva työryhmän mukaan kuntoutujan toimintakykyä tukevia moniasiantuntijuuteen perustuvia toimintatapoja (kuvio 8) ovat se, että kuntoutuja määrittelee omat tavoitteensa, ammattilainen auttaa niihin pääsemisessä, kuntoutujalla on mahdollisuus ennakoida tapaamisten sisältöä, kuntoutuja kohdataan aidosti ja yksilöllisesti, ammattilaiset ja kuntoutujat tapaavat konkreettisesti ja että kuntoutus on tarvelähtöistä. Lisäksi moniasiantuntijuuteen tarvitaan vertaistukea, avointa asennetta ja sitä, että ammattilaiset ja kuntoutuja, sekä kuntoutujan verkosto tekevät yhteistyötä. Myös avoin kirjaaminen ja ymmärrys siitä, että asiantuntijuuden painopisteet vaihtelevat kuntoutumisen aikana koettiin tärkeiksi.

MONIASIANTUNTIJUUTEEN PERUSTUVAT KUNTOUTUJAN TOIMINTAKYKYÄ VAHVISTAVAT TOIMINTATAVAT

Kuntoutuja määrittelee itse omat tavoitteensa, ammattilainen auttaa niihin pääsemisessä	Kuntoutuja kohdataan aidosti ja yksilöllisesti	Kuntoutujalla on mahdollisuus ennakoida tapaamisten sisältöä	Ammattilainen ja kuntoutuja tapaavat konkreettisesti
Kuntoutus on tarvelähtöistä	Vertaistuki	Avoin asenne	Ammattilainen, kuntoutuja ja kuntoutujan verkosto tekevät yhteistyötä
Ymmärrys siitä, että asiantuntijuuden painopisteet vaihtelevat	Avoin kirjaaminen		

Kuvio 8: Moniasiantuntijuuteen perustuvat kuntoutujan toimintakykyä vahvistavat toimintatavat

Lisäksi ryhmässä keskusteltiin siitä, että tarvitaan rakenteita ja toimintamalleja, jotka mahdollistavat moniasiantuntijuuteen perustuvan kuntoutuskäytännön toteutumisen. Selkeä hoitoketju on järjestettävä rakenteellisesti. Toiminnan keskittäminen on isoin rakenteellinen seikka, joka tukee kuntoutujan toimintakykyä.

*”Tässä on semmosia asioita, että ne on mahdollisia just tosta näkökulmasta, että ne on asennekysymyksiä. Ja sit tässä on muutama semmonen kohta, mistä meiltä puuttuu vaan ne rakenteet ja tavat ja toimintamallit tehdä sitä.”*

*”Esimerkiksi selkeä hoitoketju. Niin se nyt vaatii muutakin kuin hyvää tahtoa. Se pitää järjestää jollain tavalla. Siihen tarvitaan ne rakenteet, minkä puitteissa se toimii.”*

Konkreettisina toimintatapoina kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi mainittiin avoin kirjaaminen, jossa kuntoutujan tavoitteet kirjataan aina näkyville. Lisäksi pitkä seuranta ja edelleen kuntoutuspolun selkeys nousivat esiin keskustelussa. Edelleen keskusteltiin ja hyväksi koettiin, että olisi joku tietty henkilö kuntoutuksen alusta saakka, johon kuntoutuja voi olla yhteydessä ja joka hallitsisi kokonaisuuden. Tärkeäksi koettiin myös, että kuntoutuja saa riittävästi tietoa kuntoutuksen mahdollisuuksista ja konkreettisina keinoina mainittiin tietopaketti, selkeä kuntoutuskartta, nettisivut ja proteesimestarilta saatu tieto. Ryhmä ideoi myös digitaalista chattipalvelua, josta voisi kysyä neuvoa. Myös seurannan tärkeyttä korostettiin.

Yhtenä isona konkreettisena kuntoutuspalveluna tulevaisuudessa toivottiin kävelykoulun mahdollisuutta. Sen tulisi olla säännöllistä toimintaa ja sinne olisi mahdollisuus osallistua aina tarvittaessa, esimerkiksi proteesin muutosten jälkeen. Niin ikään keskitetty amputaatiokuntoutustoiminta koettiin tärkeänä. Ryhmä ideoi moniammatillista amputaatiokuntoutuspoliklinikkaa.

*”Jos joku olisi vastuussa siitä kokonaisuudesta. Muutakin kuin itse. Kun itse ei välttämättä ihan heti keksi mitä kaikkea tarttee.”*

*”Se, että olis sillon alusta asti ollu joku ihminen, joka tietäsi sun tilanteen ja pitäisi sun puolia. Ettei sun tarvii yksin siellä venkoilla.”*

*”Kävelykoulun pitäisi olla tavallaan säännöllistä toimintaa. -- Se on koko loppuelämän prosessi toi kävelykoulu.”*

*”Pitäis semmonen vastaavanlainen poliklinikka olla amputoiduille. Semmonen niinku moniammatillinen.”*

**Kuntoutuja määrittelee omat tavoitteensa, ammattilainen auttaa niihin pääsemisessä**

Moniasiantuntijuuden perustana pidettiin sitä, että kuntoutuja kertoo omat tavoitteensa. Kuntoutujan täytyy tuottaa itsestään tietoa mahdollisimman paljon. Pohdittiin, että hankalaa tämä on silloin, jos kuntoutujan asema on sellainen, että hän tulee sanelluksi. Siksi ammattilaisen on nähtävä kuntoutuja ihmisenä, joka tarvitsee apua ja tukea erityisesti alkuvaiheessa. Ammattilaisen tehtäväksi koettiin auttaa kuntoutujaa löytämään tavoitteet ja yhdessä käydään niihin liittyviä haasteita läpi. Ammattilaisen tulee uskoa kuntoutujan tavoitteisiin ja tukea kuntoutujaa niihin pääsemisessä. Ammattilaisen tulee nähdä kuntoutujan potentiaali ja edistyminen.

*”Kuntoutujan pitää kertoa mitä haluaa ja olla avoimin mielin. Yrittää keksiä kaikenlaista. Ja sitte toisen puolen pitää tietenkin kuunnella. Ja sitten nähdä se ihminen. Nähdä miten se edistyminen tapahtuu.”*

*”Ne pitää kyllä käydä läpi, että tässä on sitte näitä ongelmia tässä sun tavoitteessa, että ymmärrätsä nää haasteet. Mutta kyllähän ne pitää kirjata sinne, että mitä se kuntoutuja haluaa.”*

### **Kuntoutuja kohdataan aidosti ja yksilöllisesti**

Ammattilaisen tulee hahmottaa, että kuntoutujan tilanteeseen vaikuttaa moni tekijä ja tavoitteet ovat henkilökohtaisia. Kuntoutujaa kiinnostaa palvelusta vain se osa, jota hän tarvitsee. Terapeutin tulee antaa kuntoutujan kokeilla asioita, joita tämä haluaa ja hänen pitää ymmärtää, että mihin ihmisen pystyy halutessaan. Uuden kokeilemisen koettiin tuovan motivaatiota ja siihen täytyisi olla mahdollisuus. Vain kokeilemalla huomaa mihin pystyy. Todettiin, että kuntoutujan elämäntilanteet ja tavoitteet ovat erilaisia ja henkilökohtaisia ja se tulisi ottaa aina huomioon. Jotta kuntoutuja voi määrittellä ja saavuttaa tavoitteensa, ammattilaisen täytyy kuunnella ja myös kuulla, mitä kuntoutuja kertoo. Ammattilaisen tulee uskoa kuntoutujan tavoitteeseen ja tukea kuntoutujaa siihen pääsyssä. Ammattilaisen täytyy myös nähdä kuntoutuja ihmisenä ja pystyä vastaanottamaan kuntoutujan toiveet ja tavoitteet. Tärkeää on, että kuntoutuja saa kokeilla haluamiaan asioita. Ammattiryhmien edustus kuntoutuksessa tulisi miettiä aina kuntoutujan kulloisenkin tilanteen mukaan.

*”Edellyttää ammattilaiselta, että kuulee ne (kuntoutujan tavoitteet). Ei pelkästään, että kuuntelee, vaan kuulee. Ja tavallaan niinku pystyy vastaanottamaan ne.”*

### **Kuntoutujalla on mahdollisuus ennakoida tapaamisten sisältöä**

Ryhmässä pohdittiin, että kuntoutujan mahdollisuudet vaikuttaa tilanteisiin paranevat, jos heillä on mahdollisuus ennakoida tapaamisten sisältöä. Kuntoutujan tulisi voida tietää, minkälaisia asioita havainnoi itsessään enne tapaamista, jotta hän voi hyötyä ammattilaisen tarjoamasta avusta mahdollisimman paljon.

*”Mä tarviin aina muutaman päivän aikaa miettiä kaikkia asioita. Että mihin mua nyt satukaan jalassa. Ja kaikki muukin semmonen vaatii sulattelua ja fiilistelyä. Että varmaan auttais, että tietäisi mitä pitää ajatella ja tutkailla itsessään.”*

### **Ammattilaiset ja kuntoutujat tapaavat konkreettisesti**

Ammattialisten ja kuntoutujan konkreettiset tapaamiset sujuvoittavat käytäntöjä, sillä näin ammattilainen voi nähdä kuntoutujan ihmisenä papereiden ja hakemusten takana. Tärkeänä koettiin kuntoutujan ja kuntoutussuunnittelijan väliset tapaamiset. Tärkeäksi koettiin myös, että kuntoutuja on aina mukana, kun hänen asioistaan päätetään. Tapaamiset voivat olla myös tiedon kannalta tärkeitä ja ryhmässä ehdotettiin ammattilaisten ja kuntoutujien välisiä säännöllisiä tilaisuuksia, jossa kuntoutuja voi saada tietoa ja tavata vertaisia.

*”Mä ainakin oon kokenu, että jää aika tyhjän päälle ja aika yksin, jos ei ole hirveen aktiivinen tapaamaan muita amputoituja. Eipä juuri tapaa niitä ammattilaisia, jotka jollain lailla liittyisi proteeseihin tai jotka niitä edes myöntää.”*

### **Kuntoutus on tarvelähtöistä**

Työryhmä pohti, että kuntoutujan on tärkeää päästä liikkumaan ja harrastamaan halumallaan tavalla.

*”Nii mä keksin aina kaikka, et mitä mä haluisin nyt kokeilla. Se kyllä anto mun yleensä. Se kyllä mietti päivän tai kaks ja sitte se oli että okei lähdetään koikeilee. Ja mulla oli yks kerta jo sukset mukana, et lähdetään hiihtämään.”*

*”Ku välillä on ollu tilanteita, ja oon kuullu muillaki. Et jos mä saisin jonku välineen, millä mä voisi harrastaa liikuntaa, niin sen mä kokisin mielekkäämmäksi itselleni. Mut siinä tulee just vastaan se et sitten sitä ei maksa kukaan.”*

*”Et jos mä sitten muuten en pääse harrastamaan tai liikkumaan niinku mä haluaisin, niin sitte se kunto romahtaa jossain vaiheessa.”*

### **Vertaistuki**

Vertaistuen rooli oli edelleen iso myös moniasiantutijuuteen perustuvan tiimin kokoontumisessa. Oman tilanteen peilaaminen toisen saman kokeneiden tilanteeseen koettiin tärkeänä. Vertaistuki nähtiin niin tiedollisena kuin henkisenäkin tukena.

*”Ja olis hienoa, että siinä olis heti joku ryhmä, josta sais niinku henkistä tukea. Sekä tiedollisesti myöskin sitä tukea.”*

### **Avoim asenne**

Sekä kuntoutuja, että ammattilaisen avoin asenne koettiin tärkeänä. Kuntoutujan tavoitteen määrittelyn onnistuminen vaatii avoimuutta ja asennetta molemmilta osapuolilta. Avarakatseisuutta peräänkuulutettiin siinä, mitä kuntouttava toiminta kenellekin on. Avoinella asenteella uuden kokeileminen mahdollistuu ja kokeilemalla kuntoutuja voi huomata mihin pystyy ja mihin ei vielä.

*”Mutta se tuo motivaatiota ihan hirveesti, että saa hölmöillä välillä. Huomaa, että pystyy kaikenlaiseen.”*

*”Asioiden toimivuus on monesti niistä ihmisistä kiinni, että ketkä sitä siinä tekee. Joku yksittäinen hoitaja voi saada asiat toimimaan, kun toisaalta voi olla isokin moniammatillinen porukka, jonka kanssa hommat ei toimi.”*

### **Ammattilaiset ja kuntoutuja, sekä kuntoutujan verkosto tekevät yhteistyötä**

Kuntoutujan verkosto vaihtelee kuntoutumisen eri vaiheissa. Yhteistyön olisi tärkeää sujua joka vaiheessa ja kuntoutujan verkostoon kuuluvien tahojen kesken. Näitä voivat olla esimerkiksi työterveyshuolto ja koulu.

*”Siitä mistä me puhuttii sillon niin tavallaan yksi ihminen hoito sitä raajaa ja toinen toista ja kolmas jotain muuta ja jos olikin joku arpi jossakin niin se saattokin jäädä hoitamatta, kun ei niinku kukaan oikein tienny mitä toinen tekee.”*

*”Ja monien kohdalla täytyy sit varmaan ajatella, et siellä on vaikkapa niinku joku ihan muu terveydenhuollon, niinku vaikkapa työterveyshuolto tai koulu ympäristönä tai... Riippuen siitä, et missä se ihminen, et missä hänen, missä hän toimii, niin kaikki ne lähi-ihmiset kenen kanssa hän toimii.”*

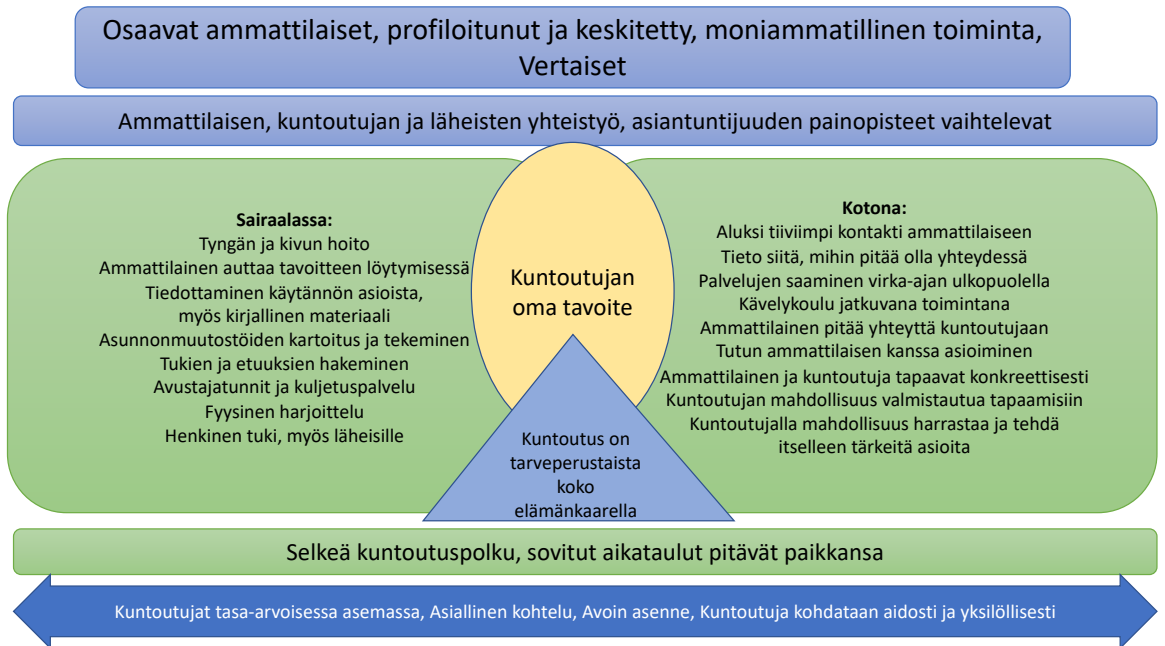
### **Ymmärrys siitä, että asiantuntijuuden painopisteet vaihtelevat**

Kuntoutumisen alkuvaiheessa ammattilaisen vahvalla roolilla on merkitystä. Vasta ammattilaisen tarjoaman informaation ja osaamisen myötä kuntoutuja voi alkaa toimia aktiivisesti. Vammautumisen jälkeen kuntoutuja saattaa olla aluksi väsynyt tai shokkivaiheessa, jolloin tarvitaan määrätietoista ammattilaisen ohjaamista ja kuntoutumisen mahdollisuuksien avaamista. Kun vammautumisesta on kulunut aikaa, voi kuntoutuja toimia jo paremmin asiantuntijana oman vammansakin suhteen ja kenties auttaa muita saman kokeneita vertaistuen keinoin. Vasta jonkin ajan kuluttua amputaation jälkeen ihminen itse ymmärtää tai osaa ajatella mitä haluaa ja tarvitsee. Tällöin ammattilaisen rooli muuttuu enemmänkin mahdollistavaksi.

*”Alkuvaiheessa on aika väsyny siihen, et siinä ei oo niinku semmosta eteenpäinmenemistä vielä. Et siinä vaiheessa jonku pitäsi potkii niinku pyllylle ja tuoda esimerkkejä mitä kaikkea pystyis ja voi tehdä. Ja avata niinku sitä, mimmosii mahdollisuuksia sullakin vielä on, vaikka sulle noin kävikin.”*

## **8 Kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumista tukeva kuntoutuskäytäntö**

Tutkimuksellisen kehittämistyöni tuotoksena syntyi kuvaus kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumista tukevasta kuntoutuskäytännöstä tulevaisuudessa Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa alaraaja-amputaation jälkeen (kuvio 10). Kuvaus tuotettiin moniasiantuntijuuteen perustuen ja se on yhteenveto kolmen kehittämistehtävän mukaisesti saaduista tuloksista.



Kuvio 10: Kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumista tukeva kuntoutuskäytäntö alaraaja-amputaation jälkeen Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimissa tulevaisuudessa

Keskeiseksi teemaksi alaraaja-amputaation jälkeisessä kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumisessa nousi kuntoutujan oma tavoite, jonka löytymisessä ammattilainen auttaa. Kuntoutuksen tulee olla tarveperustaista koko elämänskaarella, jolloin kuntoutujalla on mahdollisuus päästä harrastamaan ja tekemään itselleen mielekkäitä asioita. Tarve kuntoutukselle on tilannesidonnaisesti elämän mittainen. Isoina periaatteina koko kuntoutuksessa on kuntoutujien tasa-arvoinen asema, asiallinen kohtelu ja aidosti ja yksilöllisesti kohtaaminen. Kaikkien osapuolien avoin asenne on myös keskeistä. Kuntoutumisen alkuvaiheessa ammattilaisen vahva rooli tiedon tuottajana ja kuntoutujan kannustajana on tärkeä, myöhemmin asiantuntijuuden painopisteet vaihtelevat siten, että kuntoutuja on aktiivisemmassa roolissa ja ammattilainen mahdollistaa. Proteesin muutosten tai muiden käännekohtien myötä asiantuntijuuden painopisteet vaihtelevat koko elämänskaaren.

Rakenteellisista seikoista keskeisin olisi tulevaisuudessa ammattilaisten osaamisen lisääminen sekä toiminnan profiloituminen ja keskittäminen. Moniammatillisuus on tärkeä seikka, mutta myös moniasiantuntijuuden mieltäminen siten, että kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumisessa on keskeistä myös niin kuntoutujan omaan toimintaan liittyvät toimintatavat, kuin hänen läheistensäkin toimintaan liittyvät toimintatavat. Ammattilaiset, kuntoutuja ja kuntoutujan verkosto toimivat siis yhteistyössä kuntoutujan tavoitteen saavuttamiseksi. Sairaalassa ja kotona kuntoutujan kanssa työskentelevät useat eri ammattilaiset siten, että kuntoutuspolku on kuntoutujalle koko ajan selkeä ja sovitut aikataulut

pitävät paikkansa. Alkuvaiheessa tynkä ja kipu hoidetaan hyvin ja käytännön asioiden läpikäyminen tapahtuu järjestelmällisesti.

Kuntoutujan toimintakykyä vahvistavia seikkoja on se, että kuntoutujalla on mahdollisuus tulevaisuudessa työskennellä itselleen tutun ammattilaisen kanssa ja hänellä on myös oma yhteyshenkilö, johon voi olla tarvittaessa yhteydessä. Myös ammattilainen pitää yhteyttä kuntoutujaan. Vertaiset nähdään isossa roolissa kuntoutumisen mahdollistajina ja kuntoutujan toimintakyvyn vahvistajina. Kuntoutujan läheiset osallistuvat kuntoutuksen toteuttamiseen ja myös heille tarjotaan vertais- ja henkistä tukea.

## 9 Pohdinta

### Tulosten tarkastelu

Ihmisen perustarpeet voidaan teoriassa määritellä kolmiosaisesti. Ensimmäinen tarve on pystyvyyden tarve, toinen autonomian tarve ja kolmas yhteenkuuluvuuden tarve. (Härkäpää & Valkonen & Järvikoski 2017: 76.) Käsitellessäni tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössäni kuntoutujan toimintakykyä laaja-alaisesti ICF-viitekehyksessä, myös tulokset olivat hyvin laaja-alaisia ja monitahoisia. Pohdintaa näin laajasta tulokulmasta ja sen sisällöstä riittäisi loputtomasti, mutta tässä pohdinnassa käsittelen tuloksia nyt kolmitahoisesti ihmisen perustarpeiden kautta.

Tuloksissa keskeistä oli myös sekä ammattilaisen että kuntoutujan näkökulmasta selkeä kuntoutusprosessi, joka kuntoutujalle näyttäytyy kuntoutuspolkuna. Alaraaja-amputaation jälkeistä kuntoutuspolkua suunniteltaessa tulisi huomioida kukin kuntoutuja yksilönä henkilökohtaisine ominaisuuksineen. Myös tutkimuksissa on todettu, että kuntoutujan valintoja on kunnioitettava ja nähtävä jokaisen henkilökohtainen potentiaali ja kokonaisvaltainen toimintakyky omassa ympäristössään (De Oliveria ym. 2014: 530).

Kuntoutuksen ja sitä kautta toimintakyvyn vahvistumisen voidaan nähdä olevan liitoksissa ihmisen pystyvyyden ja autonomian tunteeseen (Härkäpää & Valkonen & Järvikoski 2017: 78). De Oliverian ym. (2014) tutkimuksessa ammattilaiset totesivat, että kansainvälisestikin alaraaja-amputaatioihin liittyvästä kuntoutuksesta on edelleen tiedon puutetta (De Oliveria ym. 2014:530). Yhdeksi tärkeäksi kehittämiskohteeksi tutkimuksellisessa kehittämistyössäni nousi De Oliverian ym. (2014) tutkimuksen kanssa rinnan tarve amputaatiokuntoutukseen erikoistuneista henkilöistä, jotka tuntevat koko prosessin ja osaavat ohjata kuntoutujan oikea-aikaisesti hänen tarvitsemiinsa palveluihin, jolloin myös hoidon kustannukset optimoituisivat (De Oliveria ym. 2014:530). Tutkimuksellisen kehittämistyöni tulosten yhdeksi ydinkohdaksi kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumisessa nousi ammattilaisten erikoisosaaminen. Osaavat ammattilaiset mahdollistavat kuntoutujalle varmuuden tunteen siitä, että hänen kuntoutumistansa tuetaan mahdollisimman hyvin. Osaavien ja ammattitaitoisten ihmisten kanssa työskennellessä kuntoutuja voi oppia, jolloin hänen pystyvyyden tunteensa kasvavat. Kun pystyvyyden tunne kasvaa toimintakyvyn vahvistumisen myötä, se mahdollistaa autonomian tarpeen täytty-misen. Kuntoutuja voi valtaistua vasta, kun hänellä on sellainen käsitys, että ammattilaiset ympärillä hallitsevat oman osuutensa. Viitasen & Piiraisen (2013: 123) mukaan am-

mattilaisen rooli tulisi olla omaan asiantuntemukseensa perustuvien vaihtoehtojen tarjoaminen (Viitasen & Piiraisen 2013: 123). Jos tällaisia ei ammattilaisten osaamattomuudesta tai toiminnan hajanaisuudesta johtuen ole, on kuntoutujan vaikea toivoa mitään.

Tulosten toinen keskeinen teema oli kuntoutujan tavoitteiden ympärille rakentuva kuntoutus. Hyvän kuntoutustuloksen saavuttamisessa keskeinen rooli onkin kuntoutujan motivaatiolla (Järvikoski 2013: 23-24). Motivaatio ei ole ainoastaan kuntoutujan henkilökohtainen ominaisuus. Kuntoutujan henkilökohtainen kokemus erilaisten tavoitteiden tärkeydestä, saavuttamisesta tai saavuttamattomuudesta ohjaa motivaation viriämistä ja säilymistä. Henkilökohtaiset elämäntavoitteet tai elämänprojektit ohjaavat tavoittelemisen ja ylläpitämisen arvoisia asioita. Mikäli kuntoutuksen tavoitteet ovat ristiriidassa kuntoutujan elämäntavoitteiden kanssa, motivoituminen on vaikeaa ja tavoitteisiin tähtäävää toimintaa on vaikea ylläpitää eikä kuntoutumista tapahdu. Kuntoutumismotivaation kannalta olisi tärkeää selvittää kuntoutujan käsitys asetetun tavoitteen arvosta ja onnistumisen todennäköisyydestä, sekä muutosta estävät ja edistävät tekijät kuntoutujan ympäristössä. (Härkäpää & Valkonen & Järvikoski 2017: 75-76; Järvikoski & Härkäpää 2011: 166-167.) Olennaista on siis kuntoutujan oma kokemus palvelun onnistumisesta ja kuntoutuksen tavoitteiden täyttymisestä.

Motivaatioon vaikuttaa siis voimakkaasti se, että kuntoutussuunnitelma on linjassa kuntoutujan elämäntavoitteiden kanssa ja hänellä on kokemus aidosta vaikuttamisesta asioihinsa. Lääkinnällisessä kuntoutuksessa parhaiden tulosten on todettu tulevan silloin, kun kuntoutuja pystyy käyttämään terapiassa harjoiteltavaa toimintaa myös kotona arjessa. (Järvikoski 2013: 23-24) Kuntoutujat kokivat, että on erittäin tärkeää päästä toimimaan arjessa kullekin henkilökohtaisella, mielekkäällä tavalla. Arjen toimintaa tukemaan tarvitaan oikeanlaiset apuvälineet ja kullekin henkilökohtaisesti sopivat kuntoutusinterventiot. Tavoitteiden saavuttamisen kautta kuntoutuja voi kokea pystyvyyden tunnetta. Autonomian tarve tulee tyydytetyksi kuntoutujan saadessa määritellä itse omat tavoitteensa, ja lisäksi kun kuntoutuja pystyy tavoitteen saavuttamisen jälkeen toimimaan arjessaan kenties entistä itsenäisemmin.

Vaikka keskitetyt palvelut voidaan nähdä vanhentuneen kuntoutuksen paradigman mukaisina, yhteenkuuluvuuden tunne voi kasvaa tällaisessa toimintatavassa. Eräs kuntoutuja kuvaili minulle ihanteellista tilannetta, jossa eri kuntoutumisen vaiheessa olevat kuntoutujat voisivat harjoitella yhdessä. Sairaalasta jo kotiutuneet kuntoutujat kävisivät sairaalan osastolla harjoittelemassa yhdessä vasta raajansa menettäneiden kanssa, jolloin

pääsisi syntymään yhteenkuuluvuuden tunnetta ja vertaistukea. Tutkimuksellisessa kehittämistyössäni ihmisen yhteenkuuluvuuden tarvetta voidaankin tarkastella sekä vertaistuen ilmiönä että kuntoutujan läheisten kautta. Myös tutun ammattilaisen kanssa asioiminen voidaan katsoa yhteenkuuluvuuden tunteen lisäävänä tekijänä.

Kuntoutujan henkilökohtaisella verkostolla tulisi olla suurempi rooli kuntoutuksessa alaraaja-amputaation jälkeen (Murray, Simpson, Eccles, Forshaw 2015: 76). Amputaatiokuntoutujille läheisten tuki on ensiarvoisen tärkeää (Valizadeh, Bernouz, Mohammadi, Hassankhani 2014:233-234). Sairaalassa kuntoutujan läheiset tulisi ottaa mukaan kuntoutujan kuntoutumisen suunnitteluun ja kuntoutujalle tulisi tarjota vertaistukimahdollisuutta. Kuntoutujat saattavat siirtää vastuuta kuntoutuksen toteutumisesta omaisilleen ja muille läheisilleen, jos kokevat etteivät itse siihen pysty. Tämän havaitsivat myös Nyborg ym. (2016:8-11) tutkimuksessaan. Ilmiö oli nähtävissä erityisesti iäkkäiden kuntoutujien keskuudessa. He saattavat käyttää sukulaisiaan äänitorvenaan erityisesti sellaisissa tilanteissa, joissa ovat aiemmin tulleet mielestään kaltoin kohdelluksi. He delegoivat tiedon hakemisen ja jakamisen sukulaisilleen ja olettavat heidän myös vievän sen sairaalan henkilökunnalle. Omaisten ottaminen kuntoutuksen suunnitteluun ja tavoitteiden saavuttamisen seurantaan olisi ensiarvoisen tärkeää. (Nyborg – Kvigne – Danbolt – Kirkevold 2016:8-11.)

Vertaisryhmät tai mentorointi voivat antaa korvaamatonta tietoa ja voimavaroja amputaation jälkeen. (Klute ym.2009: 302.) Vain joku, joka on kokenut saman kaltaisia asioita voi ymmärtää siihen liittyviä jokapäiväisiä ongelmia. (Valizadeh & Bernouz & Mohammadi & Hassankhani 2014: 233-234.) Vertaistuen tärkeys näyttäytyi isona teemana kaikkien kehittäjäryhmien tuloksissa ja toiminnan tulisikin olla järjestäytynyttä ja osa kuntoutusta (STM 2017: 70-71). Myös ”epävirallinen” vertaistuki todettiin tärkeäksi. Tällä tarkoitettiin saman kokeneita samalla sairaalan osastolla tai yhdistyksessä toimimista muutoin kuin vertaistukiryhmässä. Kuntoutujat kuitenkin kokivat, että virallista vertaistukitoimintaa tulisi tarjota kaikille amputaation kokeneille. Virallisella tuella tarkoitettiin koulutetun vertaistukihenkilön tapaamista tai vertaistukiryhmään osallistumista. Tutkimuksellisen kehittämistyön aikana vertaistukitoimintaa kehitettiin Laakson sairaalan osastolla 9 yhteistyössä Helsingin Invalidien yhdistyksen ja valtakunnallisen Vertainen vierellä -hankkeen kesken.

Yhteenkuuluvuuden tarve liittyy myös tuttuuden kokemukseen. Vieraan terapeutin luokse meneminen koettiin hyödyttömänä, sillä kuntoutujat kokivat, että asioiden kerto-

miseen ja tilanteen selvittämiseen meni suuri aika ennen kuin päästiin varsinaiseen harjoitteluun. Kuntoutujat toivoivat mahdollisuutta säilyttää kontakti tuttuun ammattilaiseen sekä terapiassa että apuvälineiden hankintaan liittyvissä asioissa.

Kuorilehto (2014) esittää, että joustavan moniasiantuntijaisen yhteistyön edellytyksenä on tarkastella ja kehittää palveluketjuja kokonaisuutena. Asiakkaan aito kohtaaminen ja kuuntelu ovat edellytyksenä luottamukselliselle ja kaikkia yhteistyökumppaneita sitouttavalle yhteistyölle. Moniasiantuntijuus vaatii luottamusta, joka syntyy myös asian äärellä olevien ammattilaisten pysyvyydestä. (Kuorilehto 2014: 129,131.) Kuntoutuksen alaraaja-amputaation jälkeen tarve sijoittuu elämänsä vaihtelevasti ja toistuvasti. Luottamuksen rakentuminen nähtiin niin ikään aineistossa ammattilaisten tuttuuden ja pysyvyyden kautta. Kuntoutujan avoin kohtaaminen: ihmisenä näkeminen, kuuleminen ja uskomisen synnyttävät tarvittavaa luottamusta, jotta moniasiantuntijuus voi toteutua.

Toimintakyvyn kokonaisvaltainen huomioiminen ICF-mallin mukaan näkyy tutkimuksellisen kehittämistyön aineistossa muun muassa siten, että ruumiin ja kehon toiminnoista ja ruumiin rakenteista keskusteltaessa suuri joukko hoidollisiin asioihin liittyviä tuloksia nousi esiin. Amputaation jälkeisessä kuntoutuksessa yksi keskeinen teema näyttää olevan tyngän ja kivun hoito. Kuntoutusta ja hoitotyötä ei voida siten erottaa toisistaan. Myös hoitaminen (kuntoutujan itsensä ja muiden toteuttama) liittyy kuntoutumiseen. Tulevaisuuden kuntoutuksen tutkimuksen ja kehittämisen kannalta tämä on nähdäkseni huomionarvoinen seikka, sillä myös hoitotyötä tekevien henkilöiden tulisi olla tietoisia siitä, että he ovat osa asiakkaansa kuntoutumista. Hoitotyössä tulisi nostaa esille entistä enemmän kuntoutuksen teemoja asiakkaasta aktiivisena toimijana ja yksilön ja ympäristön välisestä muutosprosessista, jota tapahtuu hoidon saamisen/toteuttamisen ohella.

Fyysisen kuntoutuksen lisäksi psyykinen ja sosiaalinen kuntoutus alaraaja-amputaation jälkeen on tärkeää. (De Oliveria ym. 2014:530.) Henkisen tuen tarjoaminen koettiin kuntoutujien ryhmähaastatteluissa puutteelliseksi nykykäytännössä eikä se juuri tullut esille ammattilaisten aineistossa. Tutkijana voin ottaa tästä vastuuta kyllä hieman itsekkin, sillä ammattilaisten ryhmä ei sisältänyt psykologian tai psykiatrian ammattilaisia. Tosin kliinisen kokemukseni mukaan psykologisten palveluiden tarjoaminen alaraaja-amputaation jälkeen on melko harvinaista, jollei kuntoutujalla ole selkeää mielenterveydellistä ongelmaa. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön aineistossa kuntoutujat toivoivat henkisen tuen tarjoamista heille itselleen, mutta myös läheisilleen. Usein henkinen tuki miellettiin

vertaistuen yhtenä osana. Kuntoutujan psyyken terveyteen amputaation jälkeen ammattilaisten keinoin tulisi kuitenkin kiinnitettävä huomiota jatkossa jo ihan ennaltaehkäisevässäkin mielessä.

On esitetty, että kuntoutuksen tulisi olla elämänkaarimallin mukaista (STM 2015: 16-18) ja ”siilomaisista”, yksittäisistä interventioista olisi päästävä horisontaalisen tason kuntoutumisen tukemiseen. Ryhmähaastatteluissa kuntoutujat puhuivat huolesta, joka liittyy ikääntymiseen ja siihen liittyvään palvelutarpeen kasvuun/muutokseen. Amputoitu jalka ei kasva takaisin ja ikä tuo mukanaan uudenlaisia haasteita. Tulisi ymmärtää, että alaraaja-amputaatiosta kuntoutuminen ei ole pelkästään sairaalavaiheessa ja sen lähihistoriassa tapahtuvaa kuntoutumista, vaan kuntoutuksen tarve jatkuu koko elämän. Kuntoutuspolku olisi siis kirjattava auki, eri vaiheiden toimijat ja vastuutahot nimettävä ja viestintää kehitettävä yli ammatti- ja organisaatorajojen, jotta eri toimijoiden välinen viestintä on sujuvaa ja yhteisistä käytänteistä voidaan sopia paremmin (Vänskä ym.2016:79, 83). Pitkäjännitteisellä kehittämistoiminnalla voidaan parantaa kuntoutusosaamista sektorirajat ylittävästi. Kaikkien kentän työntekijöiden tulisi kyetä tunnistamaan asiakkaan kuntoutuksen tarve, vaikeivat he olisikaan kuntoutusalan ammattilaisia. Ennaltaehkäisevän työn kehittäminen on erityisen tärkeää ja asiantuntijan rooli on valmentava ja ohjaava asiakkaan itsensä määrittellessä tavoitteensa. (STM 2015:21.)

Huomionarvoista on se, että traumaattisen kokemuksen jälkeen tai sairaudesta toipuesssa henkilö tarvitsee enemmän hoivaa ja ammattilaisen suurempaa roolia, jotta voi kerätä omia voimavaroja myöhemmin kuntoutumisessa voimaantumiseen. Kuntoutujalta ei voida siten odottaa täydellistä vastuunottoa omista asioistaan heti kuntoutumisen alussa. Voimavarat eivät siihen välttämättä vielä riitä. Vastuun jakautuminen on nähtävä tilannesidonlaisena ja vaihtelevana, mutta ammattilaisten on myös huomioitava se seikka, että kuntoutujaa valtaistava toimintatapa ei suinkaan tarkoita kuntoutujan ”yksin jättämistä.” Kuntoutuja voi olla ainoastaan oman elämänsä asiantuntija. Häneltä ei voida odottaakaan asiantuntijuutta alaraaja-amputaatiosta, jonka hän kokee elämässään ensimmäistä kertaa. Aineistossa monet kuntoutujat kokivat, että heidän olisi pitänyt tietää paljon aiheesta, josta eivät tienneet mitään. Tämä johtuu kenties ammattilaisten omasta tiedon puutteesta. Tarvitaan siis koulutusta ja ammattialisten osaamista, jotta aito yhteistoimijuus kuntoutujan kanssa voi toteutua.

Tutkimuksellisen kehittämistyön diagnoosilähtöinen aihe mietitytti minua tutkijana ja kuntoutuksen paradigmanmuutokseen perehtyneenä henkilönä pitkin kehittämistyön proses-

sia paljon. Tiedostin koko ajan enemmän, kuinka vamma- ja diagnoosikeskeisessä maailmassa lääkinnällisen kuntoutuksen alueella, erityisesti sairaaloissa, elämme ja kuinka omakin ajatteluni vaatii kriittistä tarkastelua. Toisaalta koin tärkeänä myös tämän tietyn kuntoutujaryhmän asioiden edistämisen, sillä heidän vammautumisestaan aiheutuneet haasteensa kiistatta tarvitsevat ammattilaisilta erikoisosaamista ja vahvaa vastuunottoa, jota ei tutkimuksellisen kehittämistyön tekoajankohtana ollut. Tämän vuoksi moniasiantuntijuus näyttäytyikin työssä paljon ammattilaisten moniammatillisuutena ja käsite moniasiantuntijuus koettiin vaikeana. Kuntoutuja nähtiin edelleen osin hyvin perinteisessä roolissa kuntoutuksen kohteena. Myös kuntoutujat itse mielsivät roolinsa kuntoutujana olemisesta hyvin ”potilasmaiseksi” kuntoutuksen vastaanottajaksi erityisesti kuntoutumisen alkuvaiheessa. Kuntoutujan rooli asiantuntijana koettiin kasvavan ajan kuluessa amputaation jälkeen.

### **Eettiset kysymykset, luvat ja sopimukset**

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) määrittelemiä hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Koko tutkimusprosessissa edettiin rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen. Tutkimuksellisessa kehittämistyössäni sovelsin eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja tuloksia julkaistessani pyrin avoimuuteen ja vastuulliseen tiedeviestintään. Lähdemateriaalina käytettyyn kirjallisuuteen suhtauduin sen arvon mukaisesti ja työssä pyrin noudattamaan huolellista ja kunnioittavaa viittaustekniikkaa. Tutkimuksellisen kehittämistyön suunnittelussa, totutuksessa ja raportoinnissa käytin tieteelliselle tiedolle asetettuja vaatimuksia ja syntynyt aineisto tallennettiin ja tuhottiin asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6, Vilkka 2015: 41.)

Tutkimuslupa haettiin tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuvilta tahoilta: Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimesta ja Helsingin Invalidien yhdistyksestä. Yksityiset palveluntuottajat osallistuivat tutkimukseen Helsingin kaupungin sopimuskumppaneina. Tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuminen oli vapaaehtoista ja siinä noudatettiin anonymiteettiä. Osallistujilla oli mahdollisuus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa ilman perusteluja. Saadut tiedot käsiteltiin luottamuksellisesti ja tietosuojalain mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 7). Tutkimuksellisen kehittämistyön aikana kerätty aineisto säilytettiin toimijatutkijan henkilökohtaisella tietokoneella erillisessä kansiossa ja tutkimuksellisen kehittämistyön julkistamisen jälkeen aineisto hävitettiin. Litteroitu aineisto hävitettiin polttamalla. Kerätty data-aineisto poistettiin pysyvästi.

## Menetelmälliset ratkaisut

Toimintatutkimukselle tyypillisenä piirteenä tämäkin tutkimuksellinen kehittämistyö oli luonteeltaan yhteisöllinen prosessi. Tutkijana pyrin tuottamaan kuvattuun kehittämistehävään ratkaisun yhdessä ilmiöön liittyvän yhteisön kanssa. Lähtökohtana pidettiin sitä, että ne henkilöt, joita tutkimus koski, toteuttivat tutkimushanketta sen täysvaltaisina jäseninä. (Kiviniemi 1999: 64-65.) Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tarkasteltiin alaraaja-amputaation jälkeistä palveluketjua kokonaisuutena ja samat teemat toistuivat selkeästi koko aineistossa riippumatta kuntoutumisen vaiheesta tai järjestäjätahosta. Aineiston keruun jälkeen voin kuitenkin todeta, että kuntoutujien läheisiltä olisi saatu yksi tärkeä näkökulma tähänkin aineistoon, joka jäin nyt puuttumaan kokonaan.

Tutkijan rooli toimintatutkimuksessani oli moninainen, osin ristiriitainen. Minun oli mietittävä sitä seikkaa, kuinka paljon voin tai saan vaikuttaa prosessin kulkuun. (Kuula 1999: 116). Toimintatutkijan roolissa pyrin olemaan aktiivinen vaikuttaja ja toimija, joka pyrki valamaan ihmisiin uskoa omiin toimintamahdollisuuksiinsa, kykyihinsä ja muutokseen. Pyrin edistämään vuoropuhelua, jonka avulla kaikkien asianosaisten näkemykset otettiin huomioon (Heikkinen 2010: 19-20, 30). Pyrin noudattamaan hyvää eettistä käytäntöä ja olemaan mahdollisimman objektiivinen. (Kuula 1999: 117, 119). En osallistunut sisällön tuottamiseen, mutta tein yhteenvetoja ja analysoin aineistoa. Työskentelin tutkimuksellisen kehittämistyön aikana Helsingin kaupungilla Laakson sairaalassa fysioterapeuttina. Työn tekemisen aikana toimin myös kahden haastatellun kuntoutujan fysioterapeuttina. Haluan uskoa, että tämä ei vaikuttanut tulosten sisältöön, sillä meillä oli luottamuksellinen suhde ja kuntoutujat ilmaisivat tarpeitaan haastattelussa näkemykseni mukaan avoimesti. Terapiasuhte on silti mainitsemisen arvoinen asia, sillä se on voinut vaikuttaa tuloksissa suurempana fysioterapian painotuksena.

Ammattilaiset totesivat, että nykyisellään heidän verkostonsa on hajanainen ja perustuu yksittäisiin, satunnaisiin tapaamisiin. De Oliveria ym. (2014) totesivat, että amputaatiokuntoutus on monitieteistä ja vaatii verkostomaista yhteistyötä. Toimiva amputaatiokuntoutusverkosto edellyttää yhteistä käsitystä jatkuvasta prosessista, jossa eri toimijat toimivat vuorovaikutuksessa keskenään toisiaan tukien kuntoutujan ollessa keskiössä ja kuntoutujan tavoitteiden mukaisesti. (De Oliveria ym. 2014:530.) Tutkimuksellista kehittämistyötä tehdessä monet ammattilaiset tapasivat toisensa ensimmäistä kertaa. Monet olivat sitä mieltä, että verkostomaisella työskentelyllä on merkitystä myös osaamisen kasvamiseen, sillä kyse on spesifistä aiheesta. Ammattilaisten yhteiskehittelytilaisuu-

dessa osallistujat kuvasivat yhdeksi tilaisuuden antoisimmaksi asiaksi amputaatiokuntoutuksessa työskentelevien kollegoiden tapaamisen ja heidän kanssaan verkostoitumisen. Aito moniammatillisuus ja ammattilaisten osallistuminen sekä julkiselta, yksityiseltä että kolmannelta sektorilta koettiin tärkeänä. Ammattilaisten yhteiskehittelytilaisuus oli siis menetelmällisesti onnistunut ratkaisu tutkimuksellisen kehittämistyön toteutuksessa.

Kehittämistyössäni teoreettisen viitekehyksen teemat toimintakyvyn ja moniasiantuntijuuden osalta käsiteltiin vaiheittain eri kehittämistehtävissä, siten että kahdessa ensimmäisessä kehittämistehtävässä teoreettisena viitekehyksenä oli toimintakyky ja kolmannessa moniasiantuntijuus. Tulosten luotettavuuden kannalta olisi ollut parempi, että teemat kaikissa kehittämissivaiheissa olisivat muodostuneet teoreettisen viitekehyksen synteesisistä. Myös käsitteet vaativat huolellista tarkastelua. Haastattelussa olisi ollut tärkeää, että moniasiantuntijuutta olisi konkretisoitu paremmin ja kuntoutujan näkökulmasta ymmärrettävämmin sekä kytkeä siihen liittyviä teemoja toimintakyvyn käsitteelliseen sisältöön. Tämän vuoksi aineistosta tuli niin laaja ja ammattilaisten työryhmään viemäni kysymykset eivät ilmentäneet moniasiantuntijuutta. Vaikka ammattilaisten ryhmän aluksi pidin huolellisen alustuksen moniasiantuntijuudesta, Learning Cafén pöydät oli kuitenkin teemoiteltu toimintakyvyn näkökulmasta ja ohjasivat pois moniasiantuntijuudesta. En tuolloin osannut tehdä synteesiä teorioiden välillä ja tulokset jäivät siksi suurimmaksi osaksi vanhentuneen kuntoutuksen paradigman mukaisiksi, missä kuntoutuja on kuntoutusta vastaanottavassa roolissa.

Alkuperäistä tutkimuslupaa täydennettiin lisäksi tutkimuksellisen kehittämistyön tekemisen aikana, sillä alkuperäiseen tutkimuslupaan ei oltu kirjattu kuntoutujien mahdollista osallistumista sairaalan osastolta käsin.

### **Tulosten hyödynnettävyys**

Tutkimuksellisen kehittämistyöni tavoitteena oli hyvän käytännön kehittäminen. Hyvä käytäntö voidaan katsoa koostuvan toimintatavoista, jossa on otettu huomioon asiakkaiden tarpeet ja odotukset sekä muut vaatimukset (Alaranta & Lindberg & Holma 2008: 651). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos kuvailee hyvän käytännön tunnuspiirteiksi toimivuutta, vaikuttavuutta, eettisyyttä, taloudellisuutta, innovatiivisuutta ja siirrettävyyttä. Hyvä käytäntö myös tuottaa asiakkaalle hyvää ja perustuu tarvelähtöisyyteen. (THL 2016) Pysin pitämään hyvän käytännön ominaispiirteet mukana koko tutkimuksellisen kehittämistyön tekemisen ohjaamassa lopputulosta.

Tutkimuksellisen kehittämistyöni tulokset ovat hyödynnettävissä ensisijaisesti Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa alaraaja-amputaation jälkeistä kuntoutuskäytäntöä kehitettäessä. Koska tulokulma on laaja-alaiseen toimintakykyyn ja moniasiantuntijuuteen perustuva, tulokset eivät liity vain Helsingin kaupungin toimintaan, vaan niitä voidaan soveltaa myös valtakunnallisesti alaraaja-amputaation jälkeisiä kuntoutuskäytäntöjä kehitettäessä. Olisi kiinnostavaa toteuttaa vastaavanlainen projekti niillä paikkakunnilla Suomessa, joissa amputaatioiden jälkeinen kuntoutuskäytäntö on nykyisellään tarkasti kuvattu (Pohjois-Pohjanmaan ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirit) ja verrata tuloksia keskenään. Moniasiantuntijuus teemana on kuitenkin sellainen, että sen tarkastelua tulee edelleen painottaa ja toteuttamista kehittää nykyisissäkin käytännöissä. Myös kansainvälisesti tulokset voivat tarjota tulokulmaa alaraaja-amputaation jälkeiseen kuntoutukseen ja ovat linjassa aiempien aiheesta tehtyjen tutkimusten kanssa.

## Lähteet

Ahonen, Heli – Sipari, Salla – Mäkinen, Elisa – Kekäläinen, Kaija 2015: Osaamisen johtaminen kartalle –väline kuntoutusosaamisen yhteiseen suunnitteluun. Verkkodokumentti < <http://www.hamk.fi/verkostot/yamk-koulutus-vahvaksi-ki-vaikuttajaksi/tyopaketti3/Documents/Osaamisen%20johtaminen%20kartalle%2025.11.2015.pdf>> luettu 8.1.2018

Alaraaja-amputaatio, hoitoketju 2017. & Alaraaja-amputoidun protetisointi, hoitoketju. PPSHP 2017 Duodecim Terveysportti

Alaranta, Hannu – Lingberg, Heidi – Holma, Tupu 2008: Hyvä kuntoutuskäytäntö. Teoksessa: Teoksessa: Rissanen, Paavo – Kallanranta, Tapani – Suikkanen, Asko (Toim.) 2008: Kuntoutus. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2008. (Sivut: 647-567)

Amputoidut.fi 2018: Vertainen vierellä -hankkeen kuvaus. Verkkodokumentti: <http://amputoidut.fi/vertainen-vierella/> luettu 18.11.2018.

Andrews, Lucy – Anderson, Lynne – Fairbain, Stephanie – Downing, Lysa 2012: Care planning for children with lower limb amputation. Nursing Children & Young People, Feb2012; 24(1): 14-19. Iso-Britannia

Autti-Rämö, Ilona – Salminen, Anna-Liisa 2017: Kuntoutuksesta kuntoutumisen käsitteeseen. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona – Salminen, Anna-Liisa – Rajavaara, Marketta – Ylinen, Aarne (toim.) 2017: Kuntoutuminen, Kunstannus Oy Duodecim.

Autti-Rämö, Ilona - Mikkelsen, Marja, Lappalainen, Tiina – Leino, Eeva 2017: Kuntoutumisen prosessi. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona – Salminen, Anna-Liisa – Rajavaara, Marketta – Ylinen, Aarne (toim.) 2017: Kuntoutuminen, Kunstannus Oy Duodecim. Sivut 56-73.

Arponen, Aino – Kihlman, Eila – Välimäki, Sari 2004: Matkalla moniammatillisuudesta moniasiantuntijuuteen. Teoksessa: Anttila, Markus – Tousu, Sirkka toim. 2004: Haravalla kootut. Suomen kuntaliitto ja Lastensuojelun keskusliitto.

Burger Helena 2011: Can the ICF be used in prosthetics and orthotics outpatient clinic? Prosthesis and Orthosis International 2011, Sep;35(3):302-9.

Coffey L – Gallagher P – Desmond D 2014: Goal pursuit and goal adjustment as predictors of disability and quality of life among individuals with a lower limb amputation: a prospective study. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, February 2014, vol.95, Issue 2, p.244-252.

De Oliveria Vargas, Mara Ambrosina – Ferrazzo, Silvia – Schoeller, Soraia Dornelles – Drago, Laila Crespo – Souza, Ramos – Flávia, Regina 2014: The healthcare network to the amputee. Acta Paulista de Enfermagem (Acta Paul Enfermagem), Nov/Dec2014;27(6):526-532.

Frederiks Jerome P, Visagine Surona: The rehabilitation programme and functional outcomes of persons with lower limb amputations at primary level rehabilitation centre. South African Journal of Occupational Therapy, December 1, 2013.

Gallagher, Pamela – O'Donovan, Mary-Ann – Doyle, Anne – Desmond, Deirde 2011: Environmental barriers, activity limitations and participation restrictions experienced by people with major limb amputation. Prosthesis and Orthosis International 2011, Sep;35(3):278-84

Harra, Toini 2014: Terapeuttinen Yhteistoiminta: asiakkaan osallistumisen mahdollistaminen toimintaterapiassa. Väitöskirja, Lapin yliopisto 2014. Saatavissa: <  
[http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61769/Harra\\_Toini\\_ActaE\\_156pdfA.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61769/Harra_Toini_ActaE_156pdfA.pdf?sequence=2&isAllowed=y)>

Heikkinen, Hannu L.T. 2015: Toimintatutkimus: kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa: Valli, Raine – Aaltola, Juhani (Toim.) 2015: Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalla tutkijalla. Ps-kustannus 2015.

Heikkinen, Hannu L.T. 2010: Tutkiva ote toimintaan. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa: Heikkinen, Hannu L.T. – Rovio, Esa – Syrjä, Leena 2010: Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalistusseura 2010.

Helsingin kaupunki 2017: Sairaalat ja poliklinikat, verkkodokumentti: <https://www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/sairaalat/>, päivitetty 24.1.2017, luettu 10.10.2017.

Helsingin kaupunkistrategia 2017-2021: Maailman toimivin kaupunki. Luettu 3.11.2017, saatavissa: <https://www.hel.fi/static/helsinki/kaupunkistrategia/kaupunkistrategia-2017-2021.pdf>

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2000: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki University Press, Helsinki 2000.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009: Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Tammi 2009.

Härkäpää, Kristiina – Valkonen, Jukka – Järviskoski, Aila 2017: Kuntoutujan motivaatio ja sitoutuminen. Teoksessa: Autti-Rämö, Ilona – Salminen, Anna-Liisa – Rajavaara, Marketta – Ylinen, Aarne (toim.) 2017: Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim. Sivut 74-82.

Järviskoski, Aila 2013: Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriö 2013:43.

Järviskoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 2011: Kuntoutuksen perusteet, WSOYpro Oy, 5.painos 2011.

Kallinen Mauri 2017: Kuntoutusylilääkäri Oulun yliopistollinen sairaala; Seminaarin avaus –puheenvuoro. Protetisaation uudet tuulet ja kuntoutus –seminaari. Apuvälinemessut 9.11.2017 Tampere.

Kiviniemi, Kari 1999: Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa: Heikkinen, Hannu L.T. – Huttunen, Rauno – Moilanen, Pentti (Toim.) 1999: Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. PS-kustannus 1999.

Klute GK – Kantor C – Darrouzet C – Wild H – Wilkinson S – Iveljic S – Craesey G 2009: Lower-limb amputee needs assessment using multistakeholder focus-group approach. *Journal of Rehabilitation and Research & Development* 2009;46(3):293-304.

Kohler, Friedbert – Alarcos, Cieza – Stucki, Gerold – Geertzen, Jan – Burger, Helena – Dillon, Michael P. – Schiappacasse, Carolina – Esquenazi, Michael – Kristenberg, Robert Steven – Kostanjsek, Nenad 2009: Developing core sets for persons following amputation based on the ICF as a way to specify functioning. *Prosthesis and Orthosis International* 2009, June;33(2):117-129.

Kohler, Friedbert – Xu, Jim – Silva-Withmory, Cecilia – Arockiam, Jeyanthi 2011: Feasibility of using a checklist based on the ICF as an outcome measure in individuals following lower limb amputation. *Prosthesis and Orthosis International* 2011, Sep;35(3):294-301

Kostiainen, Elisa – Ahonen, Sanna – Verho, Tanja – Rissanen, Päivi – Rotko, Tuula 2014: Kokemukset käyttöön –kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen, työpäpöri 36/2014. THL: julkaisuja, Tampere 2014.

Kuorilehto, Ritva: Moniasiantuntijuus sosiaali- ja terveydenhuollon perhetyössä: monitahoarviointi Q-metodologialla. Väitöskirja, Oulun yliopisto 2014. Saatavissa: < <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203966.pdf>>

Kuula, Arja 1999: Toimintatutkimus. Kenttätöytä ja muutospyrkimyksiä. Vastapaino 1999 Tampere.

Mäkinen, Elisa 2014: Kuntoutuja uusi asema. Teoksessa; Sipari, Salla – Mäkinen, Elisa – Paalasmaa, Pekka (toim.) 2014: Kuntoutettavasta kehittäjäkumppaniksi. Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja, Aatos-artikkelit 13/2014.

Määttänen 2017: Protetisaation kehitys ja kuntoutus, luento. Protetisaation uudet tuulet ja kuntoutus –seminaari 9.11.2017 Apuvälinemessut. Tampere

Määttänen, Mika – Pohjalainen, Timo 2009: Raaja-amputaatiot, proteesit ja kuntoutus. Teoksessa: Arokoski, Jari – Alaranta, Hannu – Pohjalainen, Timo – Salminen, Jouko – Viikari-Juntura, Eira (toim.) 2009: Fysioterapia. Duodecim.

Määttänen, Mika – Lepäntalo, Lauri – Hurri, Heikki – Soininen, Janne – Pohjalainen Timo 2006: Alaraaja-amputaatiopotilaiden kuntoutuksen kehittämishanke Helsingissä. Teoksessa Suomen Ortopedia ja Traumatologia vol.29:281-286. Verkkodokumentti saatavissa < <http://www.soy.fi/sot-lehti/3-2006/19.pdf>> luettu 18.10.2017.

Ratkaisujen Suomi 2015: Neuvottelutulos strategisesta hallitusohjelmasta 27.5.2015. Verkkodokumentti, saatavissa: < [http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Hallitusohjelma\\_27052015.pdf/75d94d8d-15c9-405a-8a9b-eca4987b635e](http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Hallitusohjelma_27052015.pdf/75d94d8d-15c9-405a-8a9b-eca4987b635e)>, luettu 2.12.2017.

Nisula-Tauriainen, Marjut 2017: Raaja-amputoidun kuntoutusohjaus, luento. Protetisaation uudet tuulet ja kuntoutus –seminaari 9.11.2017. Tampere.

Nyborg, Ingrid – Kvigne, Kari – Danbolt, Lars Johan – Kirkevold, Marit 2016: Ambiguous participation in older hospitalized patients: gaining influence through active and passive approaches –a qualitative study, University of Oslo. BMC Nursing 8/24/2016; 15: 1-11.

Paltamaa, Jaana – Anttila, Heidi 2015: Maailman terveysjärjestön toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF). Teoksessa: Paltamaa, Jaana – Perttinen, Pirkko (toim.) 2015: Toimintakyvyn arviointi, ICF teoriasta käytäntöön. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuksia 137, Tampere 2015.

Paltamaa, Jaana - Musikka-Siirtola, Marjatta 2017: ICF-luokitus. Teoksessa: Autti-Rämö, Ilona – Salminen, Anna-Liisa – Rajavaara, Marketta – Ylinen, Aarne (toim.) 2017: Kuntoutuminen. Kunstannus Oy Duodecim. Sivut 37-55.

Piitulainen, Kirsi – Ylinen, Jari – Hakkarainen, Tiina – Häkkinen, Elina – Kettunen, Karri – Kumpulainen, Riitta – Siekkinen, Maarit – Solonen, Ulla – Viinikainen, Sari – Virkkunen, Jyrki 2015: Alaraaja-amputoidun hoitoketju, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 13.11.2015.

Ratkaisujen Suomi 2017: Puolivälin tarkistus. Hallituksen toimintasuunnitelma vuosille 2017-2019. Hallitusohjelman toteutus ja kärkihankkeet. Päivitetty toimintasuunnitelma 28.4.2017. Hallituksen julkaisusarja 5/2017. Verkkodokumentti, saatavissa: < [http://vnk.fi/documents/10616/4610410/Toimintasuunnitelma+H\\_5\\_2017+280417.pdf](http://vnk.fi/documents/10616/4610410/Toimintasuunnitelma+H_5_2017+280417.pdf)>, luettu 2.12.2017.

Roine, Minna Maaria 2013: Quality of Life of Major Lower Limb Amputees -a Systematic Review. Anglia Ruskin University, Master of Science Physiotherapy.

Salminen, Anna-Liisa – Järvikoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 2017: Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Teoksessa: Autti-Rämö, Ilona – Salminen, Anna-Liisa – Rajavaara, Marketta – Ylinen, Aarne (toim.) 2017: Kuntoutuminen. Kunstannus Oy Duodecim. Sivut 20-36.

Salonen, Sari - Eloranta, Sini – Hautala, Tiina – Kinos, Sirpa 2017: Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmät ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Turun ammattikorkeakoulu 2017. Saatavissa osoitteessa: < <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>>, luettu 27.1.2018.

Sebo, Paul – Herrmann, Francois R. – Bovier, Patric – Haller, Dagmar M. 2015: What are patients' expectations about the organization of their primary care physicians' practices? BMC Health Services Research, 2015 Aug 14.

Stakes 2011: ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. World Health Organization. Stakes, Ohjeita ja luokituksia 2004:4. 4.painos, Jyväskylä 2011

STM 2004: Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Julk. Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Helsinki 2004. 70 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu, ISSN 1236-2050; 2003:19) ISBN 952-00-1444-6, saatavissa: < [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114243/Kuntoutuksen\\_tutkimuksen\\_kehittamisohjelma\\_fi.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114243/Kuntoutuksen_tutkimuksen_kehittamisohjelma_fi.pdf?sequence=1)>, luettu 18.10.2017

STM 2015: Monialainen kuntoutus, tilannekatsaus, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015. Saatavissa: < [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125757/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3509-9.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125757/URN_ISBN_978-952-00-3509-9.pdf?sequence=1)>, luettu 18.10.2017

STM 2017: Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Helsinki 2017. Saatavissa: < [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017\\_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y)>, luettu 30.11.2017

Suikkanen, Asko – Lindh, Jari 2012: Kuntoutuksen tulevaisuudennäkymiä, s.51-57. Teoksessa Kuntoutus. Duodecim 2012

Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 24§ ja 29§

THL 2016: Hyvät käytännöt. Verkkodokumentti < <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/sokra/hankkeet-ja-hanketuki/arviointi/hyvat-kaytannot>>, päivitetty 7.1.2016, luettu 6.1.2018.

THL 2017: ICF-ydinlistat ja tarkistuslista, Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti: (<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-ydinlistat-ja-tarkistuslista>), päivitetty 12.9.2017, luettu 10.10.2017.

Toikko, Timo – Rantanen, Teemu 2009: Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere University Press 2009.

Topo, Päivi – Autti-Rämö, Ilona 2017: Eettiset näkökohdat kuntoutuksessa. Teoksessa: Autti-Rämö, Ilona – Salminen, Anna-Liisa – Rajavaara, Marketta – Ylinen, Aarne (toim.) 2017: Kuntoutuminen. Kunstannus Oy Duodecim. Sivut 83-90.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2011: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 7., uudistettu painos. Kunstannusosakeyhtiö Tammi 2011.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012, Helsinki 2013.

Valizadeh, Sousan – Bernouz, Dadkhah, Mohammadi, Eissa – Hassankhani, Hadi 2014: The Perception of trauma patients from social support in adjustment to low-limb amputation: A qualitative study. Indian Journal of Palliative Care 2014: Sep-Dec2014;20(3):229-238.

Viitanen, Elina – Piirainen, Arja 2013: Kuntoutuksen palvelujärjestelmä kuntoutujan näkökulmasta, s.112-127. Teoksessa: Kuntoutus muuttuu, entä kuntoutusjärjestelmä. Keilan tutkimusosasto 2013.

Vilka Hanna 2015: Tutki ja Kehitä. PS-kustannus 2015, 4., uudistettu painos.

Vänskä, Nea – Sipari, Salla – Valtonen, Anu – Yli-Kankahila Pia – Leminen, Teija-Marita – Keponen Riitta – Nurminen, Tomi – Anttila, Pekka 2016: Koulutuksen ja työelämän verkostoa kehittämässä toimintakyvyn edistämiseksi –näkökulmana alaraaja-amputaatioproteesien luovutusperusteet sekä paikalliset apuväline- ja kuntoutuspalvelut. Teoksessa Kettunen, Jyrki – Wikström-Grotell, Camilla 2016: Vaikuttavat tavat (VATA), näyttöön perustuva toiminta sosiaali- ja terveysalalla. Arcada Working Papers. 1/2016:69-106. Saatavissa osoitteessa:<[http://dspace.acada.fi:8080/jspui/bitstream/123456789/38/1/AWP\\_1-2016\\_Vaikuttavat%20tavat.pdf](http://dspace.acada.fi:8080/jspui/bitstream/123456789/38/1/AWP_1-2016_Vaikuttavat%20tavat.pdf)> luettu 13.11.2017.

Xu, Jim – Kohler, Friedbert – Dickson, Hugh 2011: Systematic review of concepts measured in individuals with lower limb amputation using the ICF. *Prosthesis and Orthosis International* 2011, Sep;35(3):262-8.

Zöch, Gerald 2012: The amputation register project by Austrian society of surgery and the Austrian wound association. *EWMA Journal*, Jan2012; 12(1):46-49.

## Kuntoutujien ryhmähaastattelun runko

Esitiedot: Amputaatiotaso

Teema 1, Ruumiin ja kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet:

1. Mitä tarvitsit tai olisit tarvinnut kipuun, ihoon ja tynkään sekä muuhun tuki- ja liikuntaelimestöön liittyvissä asioissa amputaation jälkeen?

Teema 2, Suoritukset ja osallistuminen:

1. Mitä tarvitsit tai olisit tarvinnut päivittäisiin toimintoihin liittyvissä asioissa amputaation jälkeen?
  - liikkuminen kodin ulkopuolella, vapaa-aika, yhteisöllinen elämä, itsestä huolehtiminen (pukeminen, peseytyminen, ruokailu, omasta terveydestä huolehtiminen)

Teema 3, Ympäristötekijät:

1. Mitä proteesiin (tai muihin teknologioihin) liittyvää tarvitsit tai olisit tarvinnut amputaation jälkeen?
2. Mitä asumiseen ja ympäristöön liittyvää tarvitsit tai olisit tarvinnut amputaation jälkeen?
  - asunnon muutostyöt
3. Miten lähipiirisi henkilöt ja terveydenhuollon ammattilaiset olisivat voineet toimia, jotta sinulle olisi koitunut mahdollisimman suuri hyöty?
  - perhe, ystävät, kotipalvelu, henkilökohtaiset avustajat, kuntoutus-/terveydenhuollon henkilökunta (asenteet)
4. Mitä tarvitsit tai olisit tarvinnut palveluihin ja hallintoon liittyvissä asioissa amputaation jälkeen?
  - palveluohjaus, viestintä, työ/koulutus, talous/sosiaaliturva, muu terveys

Minkälaisen arvoperustan koet olevan tärkeä amputaatiokuntoutuksessa? Minkälaisilla periaatteilla amputaatiokuntoutusta tulisi toteuttaa?

## Learning Cafén teemapöydät ammattilaisille

### Pöytä 1: Ruumiin ja kehon rakenteet ja toiminnot

Mitä moniasiantuntijuuteen perustuvia toimintatapoja tarvitaan, jotta kuntoutuja

- voi luottaa siihen, että kaikki ammattilaiset osaavat ihon, arven, aavesäryn hoitoon ja tyngän sidontaan liittyvät asiat riittävästi ja yhtenevästi?
- saa riittävän kipulääkityksen?
- ihon ja arven sekä tyngän hoito-ohjeet ja apua aavesäryn hoitoon?

### Pöytä 2: Suoritukset ja osallistuminen

Mitä moniasiantuntijuuteen perustuvia toimintatapoja tarvitaan, jotta

- kuntoutujan olisi mahdollista saada tarvitsemiaan palveluja tarvittaessa tiivistämisesti ja myös virka-ajan ulkopuolella?
- Kuntoutujalla olisi mahdollisuus proteesin saamisen/muutoksen jälkeen kävelyn/toiminnan opetteluun sen kanssa?
- Kuntoutuja saisi riittävän informaation kuntoutuspalveluihin, sosiaalietuksiin ja tarvittaviin lomakkeisiin nopeasti ja helposti yhdestä paikasta?
- Kuntoutujalla säilyisi tuttu kontakti, johon ottaa yhteyttä tarvittaessa palveluohjauksellisissa/kuntoutukseen liittyvissä asioissa?

### Pöytä 3: Ympäristötekijät

Mitä moniasiantuntijuuteen perustuvia toimintatapoja tarvitaan, jotta

- Kuntoutuja saisi tietoa, mikä on "normaali tilanne"?
- Ammattilaiset toimisivat kuntoutujan tarpeen mukaisesti?
- Kuntoutuja saisi tarvettaan vastaavat apuvälineet, asunnonmuutostyöt, kuljetuspalvelun, avustajat, kotisairaanhoidon jne. helposti ja siirtävän nopeasti?

- Kuntoutumisympäristö sairaalassa olisi innostava, motivoiva ja mahdollistava?

## Tutkimushenkilötiedote kuntoutujille

Hei sinä alaraaja-amputaation kokenut henkilö!

Helsingin kaupunki haluaa kehittää alaraaja-amputaationjälkeistä kuntoutusta selkeämmäksi ja asiakaslähtöisemmäksi kokonaisuudeksi tavoitteena kuntoutujan toimintakyvyn vahvistuminen alaraaja-amputaation jälkeen.

Olen tekemässä aiheesta tutkimuksellista kehittämistyötä osana Metropolia Ammattikorkeakoulun Kuntoutuksen ylemmän amk-tutkinnon opintojani. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää kuntoutujalähtöistä kuntoutuskäytäntöä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa ja kehittämiseen halutaan mukaan henkilöitä, joilla on kokemusta alaraaja-amputaation jälkeisestä kuntoutuksesta. Tutkimussuunnitelman ovat hyväksyneet Metropolia ammattikorkeakoulun yliopettajat Pekka Paalasmaa ja Salla Sipari ja sille on myönnetty tutkimuslupa Helsingin kaupungilta 16.4.2018 ja Helsingin Invalidien yhdistykseltä 1.3.2018.

Mikäli olet kokenut sääri- tai reisitason amputaation ja olet kiinnostunut toiminnan kehittamisestä Helsingissä, olet tervetullut mukaan!

Kehittämistä toteutetaan ryhmämuotoisena keskusteluna/haastatteluna 5.4.2018 Helsingin Invalidien yhdistyksen tiloissa (Voudintie 6). Haastattelu kestää noin kaksi tuntia ja siinä on mukana haastattelijan (allekirjoittanut) lisäksi muita alaraaja-amputaation kokeneita henkilöitä. Haastattelu nauhoitetaan ja siinä noudatetaan anonyymiteettiä. Osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelun voi halutessaan keskeyttää milloin tahansa. Saadun materiaalin käsittelemiseen ei käytetä ulkopuolisia henkilöitä ja aineisto tuhoetaan työn tekemisen jälkeen. Valmis työ on luettavissa sähköisessä muodossa ammattikorkeakoulujen Theseus-tietokannassa ([www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)).

Haastattelussa keskustellaan teemasta: mitä tarvitsin tai olisi tarvinnut toimintakykyäni vahvistumiseksi alaraaja-amputaation jälkeen?

Kerron mielelläni lisää kehittämistyöstäni. Yhteystietoni löytyvät alta.

Ystävällisin terveisin: Elina Borchers  
(yhteystiedot)

## Suostumusasiakirja

Suostumus tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistumiseen

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa tehtävän alaraaja-amputaation jälkeisen kuntoutuskäytännön kehittämistä koskevan tutkimushenkilötiedotteen. Tiedotteesta on käynyt ilmi kehittämistyön tarkoitus, tietojen keräämisen menetelmät sekä niiden käsittelemiseen ja säilytykseen liittyvät seikat. Minulla on ollut mahdollisuus saada lisätietoja suullisesti.

Ymmärrän, että kehittämistyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja voin keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa perustelematta. Keskeytyksestä ilmoitan tutkimustyöntekijälle Elina Borchersille suullisesti tai kirjallisesti. Yhteystiedot löytyvät lomakkeen alalaidasta. Tätä suostumusta tehdään kaksi kappaletta. Toinen jää minulle ja toinen tutkimustyöntekijälle, joka tuhoaa asiakirjan tutkimuksellisen kehittämistyön tekemisen jälkeen.

Suostun osallistumaan tutkimukselliseen kehittämistyöhön vapaaehtoisesti.

Päivämäärä ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus

Päivämäärä ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Elina Borchers  
(yhteystiedot)

## Tutkimushenkilötiedote ammattilaisille

Hyvä kuntoutustyöntekijä,

Kutsun sinut kehittämään alaraaja-amputoitujen kuntoutuskäytäntöä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa. Tutkimuksellisessa kehittämistyössäni tarkoituksena on kehittää kuntoutujan toimintakykyä vahvistavaa kuntoutuskäytäntöä moniasiantuntijuuteen perustuen.

Tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuu myös alaraaja-amputaation kokeineita kuntoutujia, joille on aiemmin järjestetty ryhmähaastattelu. Ryhmähaastattelun aineistoa on tarkoitus käydä läpi ammattilaisten kesken yhteiskehittelynä torstaina 31.5.2018 klo 13:00-15:00 Laakson terveysaseman fysioterapian tiloissa. Yhteiskehittelyyn kutsutaan kuntoutustyöntekijöitä eri ammattiryhmistä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimesta sekä Helsingin kaupungin suurimmilta yhteistyökumppaneilta Haltijasta ja Respectasta. Tarkoituksena on pohtia kehitettävän kuntoutuskäytännön sisältöä kuntoutujien tuottaman materiaalin perusteella. Yhteiskehittely on osa työaikaasi. Osallistuminen tutkimukselliseen kehittämistyöhön on vapaaehtoista ja voit halutessasi keskeyttää osallistumisesi milloin tahansa ilman perusteluja. Yhteiskehittelytilaisuus kestää kaksi tuntia ja se nauhoitetaan. Saadun materiaalin käsittelemiseen ei käytetä ulkopuolisia henkilöitä ja aineisto tuhotaan työn tekemisen jälkeen.

Tutkimuksellinen kehittämistyö on osa opintojani Metropolia-ammattikorkeakoulun YAMK:n Kuntoutuksen koulutusohjelmassa. Tutkimussuunnitelman ovat hyväksyneet Metropolia ammattikorkeakoulun yliopettajat Pekka Paalasmaa ja Salla Sipari ja sille on myönnetty tutkimuslupa Helsingin kaupungilta 16.4.2018 ja Helsingin Invalidien yhdistykseltä 1.3.2018. Valmis työ on luettavissa sähköisessä muodossa ammattikorkeakoulujen Theseus-tietokannassa ([www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)).

Olet lämpimästi tervetullut! Kerron mielelläni lisää kehittämistyöstäni. Yhteystietoni löytyvät alta.

Ystävällisin terveisin: Elina Borchers  
(yhteystiedot)

## **Tutkimushenkilötiedote Moniasiantuntijuuteen perustuvalla työryhmälle**

Kutsun sinut osallistumaan tutkimukselliseen kehittämistyöhön, jonka tavoitteena on kehittää alaraaja-amputaation jälkeistä kuntoutuskäytäntöä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa. Helsingin kaupunki haluaa kehittää alaraaja-amputaation jälkeistä kuntoutusta selkeämmäksi ja asiakaslähtöisemmäksi kokonaisuudeksi tavoitteena kuntoutujan toimintakyvyn vahvistuminen. Tilaisuus on osa tutkimuksellista kehittämistyötäni Metropolia Ammattikorkeakoulun Kuntoutuksen ylemmän amk-tutkinnon opinnoissani. Tutkimussuunnitelman ovat hyväksyneet Metropolia ammattikorkeakoulun yliopettajat Pekka Paalasmaa ja Salla Sipari ja sille on myönnetty tutkimuslupa Helsingin kaupungilta 16.4.2018 ja Helsingin Invalidien yhdistykseltä 1.3.2018.

Kehittämistyössä on aiemmin kerätty aineistoa helsinkiläisiltä, joille on tehty alaraaja-amputaatio sekä amputaatiokuntoutuksessa työskenteleviltä henkilöiltä. Nyt on aika pohtia kuntoutuskäytännön kehittämistä tarkemmin ja sinun apuasi tarvitaan. Tarkoituksena on kerätyn aineiston perusteella käydä keskustelua ja muodostaa yhteinen näkemys moniasiantuntijuuteen perustuvasta kuntoutuskäytännöstä kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi. Keskusteluun kutsutaan sekä henkilöitä, joille on tehty alaraaja-amputaatio että kuntoutustyöntekijöitä.

Osallistuminen on vapaaehtoista ja voit halutessasi keskeyttää osallistumisesi milloin tahansa ilman perusteluja. Keskustelutilaisuus kestää noin puolitoista tuntiin ja se nauhoitetaan. Mikäli olet Helsingin kaupungin työntekijä, tutkimukseen osallistuminen on osa työaikaasi. Saadun materiaalin käsittelemiseen ei käytetä ulkopuolisia henkilöitä ja aineisto tuhotaan työn tekemisen jälkeen. Valmis työ on luettavissa sähköisessä muodossa ammattikorkeakoulujen Theseus-tietokannassa ([www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)).

Olet lämpimästi tervetullut! Kerron mielelläni lisää kehittämistyöstäni. Yhteystietoni löytyvät alta.

Ystävällisin terveisin: Elina Borchers  
(yhteystiedot)

Näyte kuntoutujien ryhmähaastattelujen aineiston analyysistä

”Mitä kuntoutujan toimintatapoja tarvitaan kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumiseksi kuntoutujan näkökulmasta?”

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Päälouokka
Sain ainakin kipulääkitystä tarpeeksi	Riittävä kipulääkitys	Kuntoutuja saa riittävästi kipulääkettä
hyvä kipulääkitys ekana vuorokautena		
riittävä kipulääkitys		
kivunhoito on tärkeää		
kipulääkitystä muutettiin tarpeen mukaan	Kipulääkitystä tarpeen mukaan	
aavesäryn hoito on tärkeää	Aavesäryn hoito	
Olisi ollut osaavampia hoitajia sitomaan tynkää	Tyngät sidotaan hyvin	
hoitajat olisivat osanneet sitoa tynkiä		
Lastenlinikalla osattiin sitoa tynkiä		
tynkien sitomisohje		
muita ohjeita tyngän hoitoon ei tullut (esim. rasvaus)	Kuntoutuja saa Ohjeita tyngän hoitoon	
sain hyviä neuvoja tynkien hoitoon		
myöhemmin ymmärsi, miten tynkiä olisi pitänyt hoitaa		
tynkien kotihoito-ohjeita ei ollut		
arpihoito jäi tekemättä	arpihoito tulee tehdyksi	
kukaan ei kuntoutuksessa huolehtinu jalkojen arprien hoidosta		
hoitaja osasi tehdä arpihoitoa		
tyngän sidontaan oli eri ohjeet eri sairaaloissa	Tyngän sidontaan on hoitajilla yhtenäiset ohjeet	
se hämää, että ammattilaiset tekevät tynkien sidonnan eri tavalla	haavanhoitoon yhtenäiset ohjeet	
se hämää, että ammattilaiset tekevät haavanhoidon eri tavalla	hoitajilla on yhtenäinen tyyli	
hoitajien tyyli oli erilainen		
ihannelanteessa hoitajilla olisi yhtenäinen tyyli		
ettei sun olis tyydyttävä vähempään, mihin olisit valmis sitoutumaan	Kuntoutuja voi tehdä itselleen tärkeitä asioita	Kuntoutujan mahdollisuutta harrastaa ja tehdä itselleen tärkeitä asioita tuetaan
pitäisi tukea sitä, että pääsee tekemään sitä minkä kokee tärkeänä		
pitäisi tukea sitä, että pääsis tekemään samoja asioita kuin ennenkin	Kuntoutuja voi tehdä samoja asioita kuin ennenkin	
välineiden tulisi olla semmoiset, ettei tarvitsisi luopua siitä mistä on nauttinut aiemmin		
olis mahdollisuus kokeilla uusiakin asioita, joista innostuu	Kuntoutujalla on mahdollisuus kokeilla uusia asioita	
Urheilullisena haluan jatkaa urheiluharrastusta	Kuntoutujalla on mahdollisuus harrastaa haluamia asioita	
pitäisi asiakaslähtöisesti kuunnella, mitä joku on harrastanu		
jos haluaisi lasketella, pitäisi olla mahdollisuus saada semmoiset proteesit		
että välineet ei olisi este harrastamiselle		
pitäisi olla mahdollisuus harrastaa juoksua, jos haluaa		

