

FYSIOTERAPEUTIN ROOLI

PERHEKURSSILLA

Dysmeliaa sairastavan lapsen kuntoutuksen tukeminen fysioterapian
keinoin

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja Terveysala
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syksy 2012
Suvi Teräsheimo
Marko Keipi

Lahden ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma

SUVI, TERÄSHEIMO & MARKO, KEIPI

Fysioterapeutin rooli
perhekurssilla – dysmeliaa
sairastavan lapsen
kuntoutuksen tukeminen
fysioterapian keinoin

Fysioterapian opinnäytetyö

34 sivua

Syksy 2012

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa Lahden Invalidiliiton kuntoutuskeskukselle tietopaketti fysioterapeutin työnkuvasta perhekurssilla. Tietopaketti rakennettiin esimerkiksi uusien työntekijöiden perehdyttämistarkoitukseen.

Tässä laadullisessa tutkimuksessa tutkimuskysymys oli: ”Mikä on fysioterapeutin rooli ja työmenetelmät perhekurssilla Dysmelia-lapsen kuntoutuksessa?”. Opinnäytetyön teoriaosuus käsittelee Kelan laitosten kuntoutuksen standardia ja Goal Attainment Scaling-arviointimenetelmää. Kela määrittelee kuntoutuksen standardeissa kurssin sisällön ja GAS-arviointimenetelmällä luodaan tavoitteet kurssille kuntoutujalähtöisesti.

Tutkimusmenetelmänä on käytetty havainnointia ja haastattelua. Fysioterapeutti toimi osana moniammatillista tiimiä. Fysioterapeutin roolin pääteemoiksi nousivat psykofyysinen fysioterapia, vertaistuki sekä ryhmämuotoinen fysioterapia. Työssä tarkasteltiin näitä kolmea pääteemaa ja tietopaketti tuotettiin kyseisestä aihepiiristä Invalidiliiton Lahden kuntoutuskeskukselle.

Avainsanat:

fysioterapeutin rooli, perhekurssi, lapsi, vertaistuki, psykofyysinen fysioterapia, ryhmämuotoinen fysioterapia.

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in physiotherapy

MARKO, KEIPI & SUVI, TERÄSHEIMO:

The physiotherapist's role
in family rehabilitation –
Supporting the rehabilita-
tion of children with
Dysmelia by means of
physiotherapy

Bachelor's Thesis in physiotherapy

34 pages

Autumn 2012

ABSTRACT

The main goal of this thesis was to produce an information package for the Lahti Rehabilitation Centre of the Finnish Association of People with Physical Disabilities (FPD) describing the physiotherapist's work and objectives during family rehabilitation courses. The information package was designed to be used in familiarization of new employees.

In this qualitative research the main research question was: "What is the physiotherapist's role and what are the methods used by a physiotherapist in the rehabilitation of children with Dysmelia?" The theoretical part of this thesis is focused on The Social Insurance Institution of Finland's faculty based rehabilitation standards and the Goal Attainment Scaling-evaluation method. The Social Insurance Institution of Finland defines the contents of rehabilitation and the Goal Attainment Scaling-evaluation method is used to create unique goals for the rehabber based on his/her needs.

The research methods used in this thesis were observation and interview. The physiotherapist functioned as a part of a multiprofessional team. The main themes of the physiotherapists role were psychophysical physiotherapy, peer-support and group based physiotherapy. These three main themes were examined in this thesis, and the information package was produced for the Lahti Rehabilitation Centre of the Finnish Association of People with Physical Disabilities (FPD) based on them.

Key words: physiotherapist's role, family rehabilitation, child, peer support, psychophysical physiotherapy, group based physiotherapy.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	3
3	KELAN LAITOSMUOTOISEN KUNTOUTUKSEN STANDARDI	4
3.1	Standardin käyttötarkoitus ja tavoitteet	4
3.2	Kuntoutuksen toteutus	5
3.3	Kurssien järjestelyt sekä kursseille hakeminen	6
4	GOAL ATTAINMENT SCALING-ARVIOINTIMENETELMÄ	7
4.1	Taustatietoa ja nykyinen toteutus Suomessa	7
4.2	Kuntoutujan tavoitteiden määrittäminen arviointimenetelmässä	8
4.3	Arviointimenetelmän asteikon laadinta	10
5	OPINNÄYTETYÖN PÄÄTEEMAT	12
5.1	Psykofyysinen fysioterapia	12
5.2	Vertaistuki	14
5.3	Ryhmämuotoinen fysioterapia	15
6	INVALIDILIITON DYSMELIA - PERHEKURSSI	17
6.1	Kuntoutuskurssin ja perhekurssin määritelmä	17
6.2	Harvinaiset-yksikkö	17
6.3	Taustatietoa Dysmeliasta	18
7	TARKASTELTAVAN DYSMELIA-KURSSIN KUVAUS JA FYSIOTERAPEUTIN ROOLI KUNTOUTUKSESSA	20
7.1	Dysmelia-kurssin viikko-ohjelma	20
7.2	Perheiden ja Invalidiliiton tavoitekartat	21
7.3	Fysioterapeutin osuus dysmelian kuntoutuksessa kurssin aikana	22
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET	23
8.1	Johtopäätökset	23
8.2	Kehittämisehdotukset	25
9	POHDINTA	27
9.1	Opinnäytetyöprosessi	27
9.2	Opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen toteutuminen	27
9.3	Luotettavuus ja eettisyys	28

9.4	Jatkotutkimusaiheet	29
	LÄHTEET	30

1 JOHDANTO

Tämän työn tavoite on tietopaketin luominen fysioterapeutin roolista perhekurssilla Lahden invalidiliiton kuntoutuskeskukselle työntekijöiden käytettäväksi. Työn tarkoituksena on nostaa esille mahdollisia kehittämissuhteita fysioterapeutin rooliin liittyen. Rakentamaamme pakettia voi myös mahdollisesti hyödyntää muilla perhekurseilla työntekijöiden perehdytykseen. Opinnäytetyössä tutkimusmenetelminä käytimme haastattelua, sekä havainnointia osallistuen. Rajasimme opinnäytetyön aiheen koskemaan lapsen kuntoutumisen tukemista fysioterapian keinoin. Tässä laadullisessa tutkimuksessa tutkimuskysymyksenämme on ”Mikä on fysioterapeutin rooli ja työmenetelmät Dysmelia-perhekurssilla lapsilla”.

Työmme pääteemana on alusta asti ollut huomioida lapsen näkökulma fysioterapeutin työssä. Lapsen näkökulman lisäksi pääteemoina ovat psykofyysinen fysioterapia, vertaistuki, sekä ryhmämuotoinen fysioterapia. Työstäessämme materiaalia rajasimme työn tarkastelemaan fysioterapian menetelmiä Dysmelia-lapsen kuntoutuksessa. Työn rajaamisen myötä päätimme jättää lopullisesta työstä pois haastattelut, koska tavoitteena oli luoda tietopaketti emmekä halunneet subjektiivisten kokemusten vaikuttaa tarkastelemaamme fysioterapeutin toteuttamaan osuuteen. Haastattelujen pois jättämisen valinnan lopulta vahvisti se, ettemme kokeneet haastattelujen aikana selvinneen tiedon vaikuttavan fysioterapeutin rooliin.

Saimme aiheen opinnäytetyötä varten Lahden Invalidiliiton Kuntoutuskeskuksen kehittämispäällikön kanssa keskustellessamme. Kysyimme häneltä mahdollisia tarpeellisia kehittämisen alueita ja esille nousivat perhekurssit ja fysioterapeutin rooli näiden kurssien aikana. Perhekurssi on sopeutumisvalmennusta, jonka tavoitteena on tukea kuntoutujaa antamalla tietoa sairaudesta ja sen vaikutuksista ja kehittää valmiuksia mahdollisimman täysipainoiseen elämään sairaudesta tai vammasta huolimatta (Kansaneläkelaitos 2012). Perhekurssit ovat kursseja, joihin osallistuvat kuntoutuvan lapsen lisäksi myös hänen perheensä ja sisaruksensa. Tavoitteena perhekurseilla on auttaa perheen ja erityisesti lapsen jokapäiväistä elämää tuomalla uusia keinoja, taitoja ja uutta intoa niin helppoihin kuin

vaikeisiin tilanteisiin. Aihe lähti rakentumaan fysioterapeutin roolia tarkastelevaksi ja huomasimme pian, että sen tuli myös tukea nimenomaan lapsen näkökulmaa kuntoutuksessa.

Lahden Invalidiliitolla seuraamamme kurssin aiheena oli Dismelia, joka on synnynnäisen raajan tai raajojen puutoksen aiheuttava sairaus. Dismelia tulee kreikan sanoista ”dys” ja ”melos”. ”Dys” tarkoittaa puuttumista, häiriötä, epäsuhtaa ja ”melos” tarkoittaa raajaa. Suomessa syntyy vuosittain 60–80 lasta, joilla on eriasteinen dismelia. Dismelia - epämuodostumalle on useita syitä, esimerkiksi monissa tapauksissa taustalta löytyy perintötekijän virhe eli mutaatio tai kromosomin rakennevirhe. (Invalidiliiton Harvinaiset-yksikkö 2007.)

Osallistuimme viikon kestävälle perhekurssille Invalidiliiton kuntoutuskeskuksessa haastattelimme moniammatillista tiimiä ja osaa perheistä. Lisäksi havainnoimme ja perehdyimme fysioterapeutin ja muun moniammatillisen tiimin työhön lasten ja perheiden kanssa. Työmme teoriapohjana käytimme Kelan GAS- arviointimenetelmää, sekä Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardia. Valitsimme nämä lähteet työmme tietopohjaksi, koska ne määrittelevät moniammatillisen tiimin ja fysioterapeutin tavoitteellisen työnkuvan perhekurssien suunnittelussa ja toteutuksessa ja arvioinnissa. Näiden kokonaisuuksien lisäksi käytimme myös teoriapohjana materiaalia psykofyysisestä fysioterapiasta, ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta, sekä vertaistuesta.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Tämän työn tavoite on tietopaketin luominen fysioterapeutin roolista perhekurssilla Lahden invalidiliiton kuntoutuskeskukselle työntekijöiden käytettäväksi. Työn tarkoituksena on nostaa esille mahdollisia kehittämissuhteita fysioterapeutin rooliin liittyen. Rakentamaamme pakettia voi myös mahdollisesti hyödyntää muilla perhekurseilla työntekijöiden perehdytykseen.

Opinnäytetyössä tutkimusmenetelminä käytimme haastattelua, sekä havainnointia osallistuen.

3 KELAN LAITOSMUOTOISEN KUNTOUTUKSEN STANDARDI

3.1 Standardin käyttötarkoitus ja tavoitteet

Valitsimme Kelan laitospuotoisen standardin työmme tietopohjaksi, koska ne määrittelevät moniammatillisen tiimin ja fysioterapeutin tavoitteellisen työnkuvan perhekurssien suunnittelussa ja toteutuksessa ja arvioinnissa. Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardeissa on määriteltyä laatuvaatimukset, jotka takaavat kuntoutusprosessin laadun ja kuntoutujan oikeuksien toteutumisen. Kuntoutusprosessin laatua määrittävät muun muassa riittävän monitaitoinen ja määrällisesti tarpeeksi suuri henkilöstö, turvalliset ja sopivat tilat, sekä palvelun tarjoajan kokemuksen määrä kuntoutukseen liittyen.

Kelan tehtävänä on lainmukaisten kuntoutuspalvelujen hankkiminen ja niiden laadun valvominen. Standardin käyttöönottamisen ja kehittämisen vastaavana elimenä on Kelan terveys- ja toimeentuloturvaosasto. Kuntoutuksen suurimpana tavoitteena on mahdollisimman suuri vaikuttavuus ja standardi on suunniteltu tukemaan palveluntuottajaa tässä tavoitteessa. Käyttötarkoituksen selvemmäksi tekemisen vuoksi kuntoutusprosessi on jaettu osiin, jotka koskevat kuntoutusprosessia, kuntoutujaa, sekä palveluntuottajan ja Kelan osuutta asiakkaan kuntoutuksessa. Palvelulinjaksi kutsutaan kuvausta kuntoutusmuodon toteuttamisesta ja sisällöstä. Palvelulinjan tuotto ja toteutus on kokonaan palveluntuottajan vastuulla. (Kansaneläkelaitos 2009.)

Kuntoutuksen tavoitteena on International Classification of Function-luokituksen viitekehyksen mukaisesti turvata tai parantaa moniammatillisesti kuntoutujan työ- tai toimintakykyä, sekä tukea kuntoutujan voimaantumista henkilökohtaisten päämäärien tavoitteluun. ICF-luokitus on WHO:n (World Health Organization) vuonna 2001 kehittämä luokitusjärjestelmä, jonka avulla määritellään monipuolisesti erilaisia toimintakykyä kuvaavia aiheita yksilön toimintakyvyn arvioimiseksi. (Stakes 2012). Voimaannuttamisella tarkoitetaan yksilön itsetunnon vahvistumista yhteistoiminnalla muiden kanssa (Siitonen 1999). Kelan järjestämässä kuntoutuksessa noudatettavat periaatteet perustuvat vaikuttavuustuloksiin ja hyvään kuntoutuskäytäntöön, joka on määritelty laissa

Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaosuuksista 566/2005. Kuntoutusta suunnitellaan yhdessä kuntoutujan kanssa huomioiden kuntoutujan kuntoutustarpeet ja tavoitteet, sekä työ- ja elämäntilanne. Kuntoutuksessa tehtävään yhteistyöhön osallistuvat Kela, hoidosta vastaava yksikkö, palveluntuottaja, sekä kuntoutukseen muilla tavoin läheisesti liittyvät tahot. Lisäksi kuntoutukseen liittyy kuntoutettavan henkilön perhe. Yhteistyöllä pyritään varmistamaan kuntoutujan tukeminen. (Kansaneläkelaitos 2009.)

Kuntoutusprosessiin sisältyy kuvaus kuntoutujan toimintakyvystä, jonka tekee hoidosta vastaava taho. Lisäksi prosessiin liittyy kuntoutustarpeen suunnittelu ja arviointi, suunnitelman toteutuksen hakeminen Kelasta, virallisen päätöksen tekeminen kuntoutuksesta, itse kuntoutuksen toteutus kuntoutuslaitoksessa, aiheutuneiden kustannusten korvaaminen, sekä kuntoutuksen seuranta ja muut jatkotoimenpiteet hoitotason kanssa. (Kansaneläkelaitos 2009.)

3.2 Kuntoutuksen toteutus

Kuntoutusta toteuttaessa tulee kunnioittaa kuntoutujan ihmisarvoa ja yksityisyyttä. Kuntoutujan sitoutuminen kuntoutusjakson suunnitelman noudattamiseen tulee varmistaa. Kuntoutusjakson aikana ilmenevistä mahdollisista tarpeista suunnitelmanmuutoksen tulee keskustella jakson ohjaajan kanssa. Kuntoutuskäytäntöä tulee seurata koko kuntoutuksen ajan ja sen tulee perustua erityisasiantuntemukseen ja -osaamiseen. Kuntoutuja voi esittää Kelan toimistolle tai palveluntuottajalle toivomuksia ja ne otetaan huomioon mikäli ne edistävät hänen kuntoutumistaan. (Kansaneläkelaitos 2009.)

Toteutuksen jälkeen tai sen aikana kuntoutujalla on oikeus antaa suullista tai kirjallista palautetta. Nämä palautteet tulee huomioida ja kirjata riippumatta siitä milloin ne esitetään. Jos joku palvelu, jonka kuntoutuja haluaisi toteutettavan ei kuulu kuntoutusjakson suunnitelmaan, niin kuntoutujalla on silti oikeus ostaa se omalla vastuullaan. Nämä ylimääräiset palvelut eivät kuitenkaan saa haitata alkuperäistä kuntoutussuunnitelmaa ja palveluntuottajalta tulee löytyä riittävät resurssit sen toteuttamiseen. (Kansaneläkelaitos 2009.)

3.3 Kurssien järjestelyt sekä kursseille hakeminen

Kela järjestää lakisääteistä tai harkinnanvaraista kuntoutusta eri kohderyhmille, jotka määrittyvät iän tai kuntoa alentavan tekijän mukaan. Harkinnanvarainen kuntoutus voi olla vain lääkinnällistä kuntoutusta kun taas lakisääteinen voi olla lääkinnällistä tai ammatillista kuntoutusta. Kela määrittää kurssille tavoitteet perustuen osallistujien tilanteeseen ja tarpeisiin. Yleinen tavoite kursseille on työkyvyn palauttaminen ja ylläpitäminen, sekä itsehoidon opettaminen kuntoutujalle. (Kansaneläkelaitos 2009.)

Kurssien toteuttajina voivat toimia esimerkiksi erilaiset kuntoutusta järjestävät laitokset ja järjestöt, jotka voivat myös tehdä yhteistyötä keskenään. Kurssien järjestämisen yksityiskohdista ja tarkemmasta suunnittelusta vastaa ammatilliseen kuntoutukseen perehtyneet erityistyöntekijät, jotka ovat palveluntarjoajan henkilöstöä tai ostopalveluna palkattuja ammattilaisia. (Kansaneläkelaitos 2009.)

Kurssien toteuttajina voivat toimia esimerkiksi erilaiset kuntoutusta järjestävät laitokset ja järjestöt, jotka voivat myös tehdä yhteistyötä keskenään. Kurssien järjestämisen yksityiskohdista ja tarkemmasta suunnittelusta vastaa ammatilliseen kuntoutukseen perehtyneet erityistyöntekijät, jotka ovat palveluntarjoajan henkilöstöä tai ostopalveluna palkattuja ammattilaisia. (Kansaneläkelaitos 2009.)

4 GOAL ATTAINMENT SCALING-ARVIOINTIMENETELMÄ

4.1 Taustatietoa ja nykyinen toteutus Suomessa

Kelan käyttämä Goal Attainment Scaling-arviointimenetelmä on kehitetty USA:ssa 1960-luvulla. Arviointimenetelmää käytettiin alun perin mielenterveyspotilaiden kuntoutuksessa. GAS:in kehittäjät totesivat, että olemassa olevissa arviointimenetelmissä ei keskitytty tarpeeksi laajasti kuntoutujan toimintakyvyn ja elämän kannalta oleellisiin oireisiin. Menetelmän tavoitteena oli siis tunnistaa mielenterveyskuntoutujien moninaisten ongelmien joukosta ne, joissa tapahtuva muutos oli kuntoutujalle itselleen merkityksellisin ja jotka olivat tavoitettavissa kuntoutuksen avulla. Myös kuntoutujien yksilöllisyys oli paremmin arvioitavissa uudella GAS-menetelmällä verraten aiempiin arviointimenetelmiin. Lisäksi GAS-arviointimenetelmän avulla pystyttiin arvioimaan myös moniammatillista työryhmän toimintaa saman viitekehyksen mukaisesti. Alkuperäisestä käytöstä poiketen GAS-menetelmää on käytetty erilaisten kohteiden vaikuttavuuden arvioinnissa, mutta tästä huolimatta sen perusidea, yksilökohtaisen tavoitteen määrittäminen ja sen mukaisten toimenpiteiden suunnittelu, on säilynyt. Menetelmässä ei arvioida kuntoutujan toiminnan vajavuuden asteesta, joten tähän tarvitaan edelleen diagnoosispesifisiä arviointimenetelmiä. GAS-arviointi on väline, joka kertoo, mitä erilaisilla toimenpiteillä pyritään saavuttamaan. (Autti-Rämö, Vainiemi, Sukula, Louhenperä 2010.)

Roach ja Elliott (2005) ovat arvioineet koonneet GAS-arviointimenetelmän hyviä ja huonoja puolia. Seuraavaksi mainitut hyvät ja huonot puolet ovat huomattu arvioidessa GAS-arviointimenetelmän käyttökelpoisuutta arvioimaan opiskelijoiden akateemista kehitystä.

Gas-arviointimenetelmän aika/hyöty suhde on hyvä ja se tarjoaa henkilökohtaista ja yksilöllistä arviointia. Tiedonkeruuprosessi on yksinkertainen ja vähän taitoja vaativa ja lisäksi se on kuntoutujan kannalta huomaamaton ja tunkeilematon. GAS-arviointimenetelmää voidaan myös käyttää itsearviointiin ja se sopii käytettäväksi moneen ympäristöön, kuten yhteisö-, koti-, tai kouluympäristöön.

Rahallisesti GAS-arviointimenetelmän käyttö ei vaadi paljoo ja sillä saatujen tulosten tulkitseminen on helppoa. Sitä voidaan käyttää toistuvasti kuntoutuksen tai avun tehokkuuden arvioinnissa pitkällä aikavälillä ja se on itsessään yksi keino tulosten kirjaamisessa. Lisäksi GAS-arviointimenetelmä on ajatukseltaan yhdenmukainen psykososiaalisen terapian kanssa käyttäytymiseen liittyen. Tämä hyöty liittyy erityisesti opiskelijoiden arviointiin. (Roach & Elliott 2005.)

GAS-arviointimenetelmä ei perustu olemassa oleviin normeihin, joten vertailukohtia ei löydy. Tuloksia voidaan verrata vain keskenään. Menetelmä perustuu havainnointiin, joten se on joissain aihepiireissä subjektiivinen yhteenveto tietyltä ajanjaksolta. Tulkitseva osapuoli vastaa myös kuntoutuksen ja avun toteutuksesta, joka heikentää puolueettomuutta.

Menetelmästä on olemassa vain vähän tietoa kouluympäristöön sovellettuna. Asiakkaan kannalta GAS-arviointimenetelmä ei ole kovin hienovarainen tapa tehdä tulkituista tuloksista selontekoa hänen psykologisesta käyttäytymisestään. (Roach & Elliott 2005.)

Kelan tavoitteena on Goal Attainment Scaling-menetelmää käyttäen tuoda Kelan järjestämään kuntoutukseen yhtenäinen välineistö kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen. Menetelmän käyttö aloitettiin keväällä 2010 ja tarkoitus on ottaa se käyttöön ainakin Kelan järjestämissä kuntoutuksissa. Kelan kuntoutuksen sisältö on määritelty standardeissa ja tavoitteena on, että niissä käytetään käytännössä testattuja ja arvioituja mittareita. Testiversio oli käytössä vuoden 2010 loppuun saakka ja lopullinen versio on otettu käyttöön 2011. (Autti-Rämö ym. 2010.)

4.2 Kuntoutujan tavoitteiden määrittäminen arviointimenetelmässä

Goal Attainment Scaling-menetelmä perustuu ajatukseen, että kuntoutuja on oman elämänsä asiantuntija. Tavoitteen tarkka tunnistaminen ja määrittäminen vaativat toteuttajilta kyseisen kuntoutusmuodon tuntemista, jotta tavoite on realistista toteuttaa kuntoutuksen aikana. Tavoitteen tunnistaminen perustuu haastatteluun, johon tukena on myös strukturoituja haastatteluja, joilla selvitetään millainen toimintakyvyn muutos on tärkeää ja mahdollista. Tavoitteiden pyritään olevan selkeitä, tunnistettavia ja kuntoutujalle merkityksellisiä ja niihin asetetaan

realistinen aikataulu. (Autti-Rämö ym. 2010.)

Tavoitteen nimeäminen aloitetaan keskustelulla, jossa kuntouttaja auttaa kuntoutujaa muokkaamaan muutosta vaativat asiat tavoitteen muotoon, keskittyen positiiviseen muutokseen. Tavoitteen tulee olla saavutettavissa kuntoutustoimenpiteiden avulla ja sen tulee olla selkeä ja yksinkertainen kuten painonpudotus tai unenlaatu. (Autti-Rämö ym. 2010.)

Indikaattorilla tarkoitetaan määritettävissä olevaa asiaa, joka valitaan edustamaan tavoitteen saavuttamista, jota voidaan seurata tavoitteeseen pyrkivällä yksilöllä. Indikaattoriksi valitaan tunnetila, taito, käyttäytyminen tai prosessi, joka voi olla joko laadullinen tai määrällinen. Sen tulee edustaa selkeästi edistymistä tavoitetta kohti. (Autti-Rämö ym. 2010.)

Indikaattorin valinnan tukena käytetään usein SMART-ideaa. Menetelmä on kehitetty mahdollistamaan yhdenmukaisen tavoitteiden määrittelyn. Nimi koostuu sanoista: Specific (yksilöllinen tai määritetty), Measurable (mitattavissa tai todennettavissa oleva), Achievable (saavutettava), Realistic/Relevant (realistinen tai merkityksellinen), Timed (aikataulutettavissa oleva tai oikein ajoitettu). Itse ”Smart” sana kuvaa menetelmää suoraan suomennettuna ”nökkela, älykäs, fiksu”. (Autti-Rämö ym. 2010.)

Indikaattoreiden valinnassa ja asteikon rakentamisessa voidaan myös käyttää apuna seuraavia kuvaavia sanoja:

- Tiheys (Ei koskaan–Joskus–Hyvin usein–Melkein aina–Aina)
- Laatu (Huono–Kohtalainen–Hyvä–Erinomainen)
- Kehitys (Ei kehitystä–Alkavaa kehitystä–Kehittymässä–Saavutettu–Ylittää odotukset)
- Käyttökelpoisuus (Ei käytetty–Ei käytetty oikein–Käytetty oikein–Käytetty odotettua paremmin)
- Ajoitus (Myöhään–Ajallaan–Ajoissa)
- Prosentuaalinen suoritus (0%–25%–50%–75%–100%)
- Saavutettu tarkkuus (Täysin väärin–Osittain oikein–Täysin oikein)
- Yritys (Ei yritetty–Vähäinen yritys–Hyväksyttävä yritys–Erinomainen yritys)

- Tarvittu tuki (Täysin riippuvainen—Vaatii paljon avustusta—Vaatii vähän avustusta—Vaatii hyvin vähän avustusta—

Omatoiminen)

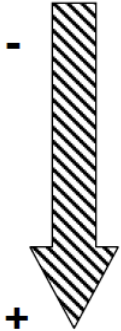
- Osallistuminen (Ei osallistumista—Rajoittunut osallistuminen—Hyväksyttävä osallistuminen—Poikkeuksellinen osallistuminen)

(Roach & Elliott 2005.)

4.3 Arviointimenetelmän asteikon laadinta

Asteikon laadinta tarkoittaa aiemmin valitun indikaattorin tekemistä mitattavaksi ja mahdolliseksi arvioida. Käytännössä tässä vaiheessa määritetään liukuma, jonka puitteissa toimitaan. Kuntouttajien tehtävänä on arvioida kuinka paljon edistystä kuntoutujalla on saavutettavissa ja millä aikavälillä. Tämä on usein GASin haasteellisin vaihe. Indikaattoreiden esimerkeistä liukuman voisi määrittää esimerkiksi painonpudotuksen 5-6 kg, tai nukahtaminen 1 tunnin sisällä. GAS-asteikon laadinnassa määritetään ensimmäisenä tavoitetaso, joka merkitään 0-tasoksi. Kun sovittu aika tulee täyteen, niin tämä on se taso johon kuntoutujan odotetaan pääsevän. GAS-asteikon käytössä tulee huomioida, että kuntoutujan kanssa työtä tekevien osapuolten täytyy kyetä arvioimaan asteikkoa. Työtä helpottaa huomattavasti se, että valittu indikaattori selitetään riittävän selkeästi ja varmistetaan, että se vastaa asetettuja tavoitteita. Lisäksi asteikon numeraalisissa arvoissa ei tulisi olla päällekkäisyyksiä, eikä tyhjiä aukkoja. (Autti-Rämö ym. 2010.)

Taulukko 1. GAS-asteikko ja muutoksen kuvaaminen

Muutoksen suunta	GAS-asteikko		Muutoksen laatu
	-2	Selvästi odotettua matalampi	Muutoksella ei toiminnalle merkitystä, tilanne ennallaan tai huonontunut
	-1	Jonkin verran odotettua matalampi	Lopputulos odotettua vähäisempi, mutta muutos on oikeansuuntainen
	0	Tavoitetaso	Realistinen saavuttaa
	+1	Jokin verran odotettua korkeampi	Tavoite realistinen, lopputulos enemmän kuin odotettiin
	+2	Selvästi odotettua korkeampi	Saavutettavissa optimaalisissa olosuhteissa

(Autti-Rämö ym. 2010)

5 OPINNÄYTETYÖN PÄÄTEEMAT

5.1 Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, joka on lähtöisin norjalaisesta ja ruotsalaisesta fysioterapian perinteestä. Suomessa 1980-luvulla psykofyysinen fysioterapia kehittyi vahvasti. Psykofyysinen fysioterapia on kehittynyt yhteistyössä fysioterapeuttien, psykologien ja psykiatrien kanssa. Toiminta-ajatuksena on psykofyysinen ihmiskäsitys. Tällä tarkoitetaan sitä, että ihmisen keho ja mieli muodostavat kokonaisuuden ja ovat näin ollen vuorovaikutuksessa keskenään. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen kokemuksellisen oppimisen kautta. Sitä kautta luodaan selviytymiskeinoja ja ratkaisumalleja elämään. Tärkeää on oman kehon kokeminen esimerkiksi hengityksen ja ajatuksen avulla. Psykofyysinen lähestymistapa on sovellettavissa kaikkeen fysioterapiaan. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2012.)

Psykofyysinen fysioterapia 3 – kokemus kehossa (Lähteenmäki, Jaakkola 2009) on kolmas Pirkanmaan ammattikorkeakoulun psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnojen opiskelijoiden kehittämistehtävistä koottu artikkelijulkaisu. Yksi opinnäytetyön käsiteltävistä aiheista on Psykofyysisen fysioterapiaryhmän kehittäminen vaikeavammaisille – Palvelutuote Invalidiliiton Lahden Kuntoutuskeskukselle ja Järvenpään Kuntoinvalle. Fysioterapeutit Arja Puttonen ja Irmeli Viippola toteuttivat palvelutuotteen kehittämistehtävän muodossa, jonka tarkoituksena oli luoda vaikeavammaisille soveltuvaa psykofyysistä, ryhmämuotoista terapiaa. Ryhmä koostui kolmesta vaikeavammaisesta osallistujasta avustajineen. Ryhmälle toteutettiin psykofyysistä fysioterapiaa, joka sisälsi hengitysharjoituksia, kehontuntemusharjoituksia, ja rentoutumisharjoituksia. Tavoitteena harjoitteille oli lisätä ihmisten kehotietoisuutta ja antaa heille jatkossakin toteutettavia harjoitteita. Tapaamiskertoja kahden viikon aikana oli kaksi. (Puttonen, Viippola 2009.) Psykofyysisen fysioterapiaryhmän tuotteistamisen pohjana fysioterapeutit toteuttivat Invalidiliiton Hyvä kuntoutuskäytäntö-sitoumusta. (Invalidiliitto 2009.)

Kehittämistehtävän johtopäätöksinä ryhmäläisten suullisen palautteen sekä havainnoinnin pohjalta fysioterapeutit totesivat ryhmäläisten kehotietoisuuden lisääntyvän. Ryhmäläiset kokivat aluksi hankalaksi kuvailla harjoitusten herättämiä tunteuksia, mutta he harjaantuivat ryhmän toteutuksen edetessä. He tunsivat oppineensa kuulemaan sekä tuntemaan kehoaan paremmin harjoitusten avulla. Fysioterapeutit totesivat tunnin olevan riittävä kesto ja 3–5 olevan sopiva osallistujamäärä tämänkaltaiselle toteutukselle. Fysioterapeutit kokivat luoneensa hyvän alun palvelutuotteelle, jota kehitellä ryhmäläisiltä saadun tiedon ja palautteen ansiosta (Puttonen, Viippola 2009). Tämä kehittämistehtävä tukee tekemiämme havaintoja tarkastelemallamme kurssilla.

Heinonen ja Nurminen tarkastelevat psykofyysistä fysioterapiaa eri kohderyhmän kuntoutumisen tukena. Heidän opinnäytetyö tarkastelee psykofyysisen fysioterapian vaikutuksia lastenkodissa asuviin nuoriin. He tarkastelivat aihepiiriä moniammatillisissa työryhmässä, johon kuuluivat yksi sosiaalialan ja kolme fysioterapia-alan opiskelijaa. Työn tavoitteena oli tutustuttaa kyseinen lastenkoti psykofyysiseen fysioterapiaan ja voimavarakeskeisiin menetelmiin sekä arvioida menetelmien vaikuttavuutta osallistuviin nuoriin. Psykofyysisen fysioterapian vaikutuksia lastenkotinuoriin ei ollut aiemmin juurikaan tutkittu. (Heinonen, Nurminen 2011.)

Projekti nimettiin Keho- projektiksi ja se toteutettiin kahdeksan viikon aikana kerran viikossa, puolentoista tunnin ajan lastenkodin omissa tiloissa. Osallistujina oli neljä 13-17 –vuotiasta nuorta miestä. Ryhmät sisälsivät psykofyysisiä- ja rentoutusharjoitteita sekä voimavarakeskeisiä harjoitteita. Arviointimenetelminä toimivat havainnointi, videointi, kyselylomakkeet, kehonkuvapiirroksot sekä haastattelut. (Heinonen, Nurminen 2011.)

Tämän intervention avulla osoitettiin, että psykofyysisen fysioterapian harjoitteilla ja rentoutumisharjoituksilla vaikutetaan lastenkotinuorten vuorovaikutus- sekä kehon hahmottamiskykyihin jo lyhyellä ajanjaksolla. Keskustelut lastenkodin

henkilökunnan tukivat saatuja tutkimustuloksia. (Heinonen, Nurminen 2011.)

Mielenkiintoisena koemme oman opinnäytetyömme kannalta edellä olevassa opinnäytetyön johdannossa seuraavan tiedon, että ”*jo pelkästään ryhmään kuulumisen tunne vahvistaa sekä tukee nuoren vuoro-vaikutusta*” (Heinonen, Nurminen 2011). Tämä tukee havainnoimaamme ryhmässä toimimisen vaikutusta sosiaaliseen kanssakäymiseen ja psyykkisen toimintakyvyn tukemiseen.

5.2 Vertaistuki

Invalidiliiton internet - sivuilla vertaistuki määritellään seuraavasti:

”Vertaistuki on yksilön tai perheen saamaa vapaaehtoisuuteen perustuvaa tukea ja ohjausta henkilöltä tai ryhmältä, jolla on omakohtainen kokemus vastaavanlaisesta vammasta, sairaudesta tai traumaattisesta kokemuksesta.”.

Invalidiliitolla on ollut vuosien ajan vertaistukitoimintaa ja liitto pitää yllä rekisteriä vertaistukiperheistä. Liitolla on keskitytty erityisesti muun muassa juuri perheisiin, joilla on harvinaisen vamman omaava lapsi. (Invalidiliitto 2012b.)

Mikkonen (2009) on tekemässään väitöskirjassa koonnut tietoa eri vertaistuen muodoista. Ensitiedolla voidaan tarjota vammautuneelle ja hänen omaisilleen hyödyllistä tietoa hänen mahdollisuuksistaan ja todennäköisestä tulevaisuudesta. Tämänmuotoisessa vertaistuksessa voi syntyä jo ensimmäisiä kontakteja toisiin samanlaisessa tilanteessa oleviin kuntoutujiin. Sopeutumisvalmennuksella pyritään ohjaamaan vammaista ihmistä tulemaan toimeen vammansa kanssa mahdollisimman sujuvasti. Tukihenkilötoiminnalla tarjotaan kuntoutujan tueksi koulutettu vastaavanlaisesta vammasta kuntoutunut tai kuntoutuva henkilö, joka tukee häntä arjessa ja päivittäisissä toimissa. Heillä on käytännön osaamisen lisäksi tietoa menettelytavoista. Myös kummi-toiminta, jossa kummina toimiva henkilö rakentaa yhteyttä ryhmän jäsenten välille liittyy tukihenkilötoimintaan. Tukiryhmätyyppisessä toiminnassa on tyypillisesti koottuna läheisiä tai omaisia. (Mikkonen 2009.)

Anu Toijan pro gradu tutkielma ”Vertaistuen voima – harvinaissairaiden lasten vanhempien kokemuksia vertaistuesta” 2011 selvittää vanhempien, sekä lasten

kokemuksia vertaistuesta. Tutkimuksen tavoitteena oli avata harvinaisten sairauksien vertaistuen tärkeyttä siten, että terveydenhuollon ammattilaiset ja potilasjärjestöt pyrkisivät aktiivisesti edistämään samaa sairautta sairastavien kohtaamista.

Tutkimus oli laadullinen ja siihen osallistui neljätoista harvinaista sairautta sairastavana lapsen vanhempaa. Tutkimustulokset kerättiin esseetyyppisten kertomusten muodossa. Kokemuksistaan vertaistuesta kirjoitti neljätoista vanhempaa, kolmetoista äitiä ja yksi isä. Vastaajat olivat iältään 24 - 48 vuotta. Vastaajilla oli joko yksi tai kaksi harvinaista sairautta sairastavaa lasta. Vastanneiden vanhempien sairast lapset olivat iältään vauvasta varhaisaikuisuuteen, 1-vuotiaita ja alle 1-vuotiaita oli neljä, 2-6-vuotiaita oli kuusi, koululaisia oli kaksi ja aikuisia lapsia kaksi. (Toija 2011.)

Tutkimuskysymykset muovautuivat aineistoon tutustuttaessa ja tärkein tutkimuskysymys pysyi muuttumattomana alusta saakka ja siinä kysyttiin vanhempien vertaistuen annista ja haasteista. Tutkimus osoitti, että sairauden diagnosointi vaiheessa vanhemmat kokivat olevansa hämmentyneitä ja epävarmoja ja kokivat, että heidän itse tuli olla aktiivisia muun muassa tiedon haun suhteen. (Toija 2011.)

Vanhemmat hakivat myös vertaisiaan ja pääasioiksi vertaistuksessa nousivat kolme asiaa: selviytyminen, välittäminen ja jaettu kokemus. Vertaistukea arvostettiin monisanaisesti ja se koettiin oleelliseksi osaksi elämää. Vertaistuen ansiosta vanhemmat kokivat selviytyvänsä paremmin sairauden kanssa elämisessä vertaisten yhteisen kokemuksen, tiedon jakamisen ja vastavuoroisuuden avulla. Vertaiset loivat keskenään välittämisen kautta merkityksellisen ja aidon ihmissuhteen. (Toija 2011.) Tämä vahvistaa havainnoimamme kurssin vanhempien kokemuksia vertaistuesta.

5.3 Ryhmämuotoinen fysioterapia

Ryhmäkuntoutus on kuntoutuksen muoto, jossa kuntoutujalla on mahdollisuus tavata ja toimia yhdessä toisten vastaavanlaisessa tilanteessa olevien ihmisten

kanssa. Tarkoituksena on lisätä sosiaalista rohkeutta ja ilmaisutaitoja, joka lisää mahdollisuuksia tulla paremmin ymmärretyksi ja sitä myöten lisää turvallisuuden tunnetta. Taidot, joita kuntoutuja voi oppia muilta ryhmäläisiltä, pyritään ryhmäkuntoutuksessa ohjaamaan arjessa käytettäviksi. Joskus ryhmäkuntoutusta käytetään myös yksilökuntoutuksen ohella, esimerkiksi harjoitteluun motiivoinnin parantamiseksi. Ryhmäkuntoutukseen voidaan myös siirtyä yksilökuntoutusjakson päätyttyä. (ProNeuron 2011.)

Lapset ryhtyvät toimeen ja motivoituvat helpommin ryhmässä. Lapset onnistuvat vuorovaikutuksessa usein eri tavalla kuin omien vanhempiensa tai muiden aikuisten seurassa, joten ryhmässä toimiessaan lapset voivat kokea uudenlaista sosiaalista oppimista. Joissain tapauksissa kuntoutuksessa mukana olevat aikuiset voivat jopa toimia hidasteena lapsen kuntoutukselle. Lapsen omatoimisuuden kehityksen edellytyksenä on se, ettei aikuinen tuota valmista ratkaisua tilanteisiin. Lasten leikkiessä keskenään he pääsevät käyttämään enemmän tahtokomponenttiaan, joka on omatoimisuuden yksi lähtökohdista. Lapset voivat myös tukea ja kannustaa toisiaan hyvinkin pienillä eleillä, jotka ovat vaikuttavampia, koska sen antaja on ikätoveri. (Uotinen 2005.)

Tuloksia arvioitaessa ryhmäkuntoutusjaksojen jälkeen on vaikea erottaa, mitkä tulokset olisi voitu suorittaa yhtä hyvin ryhmänä kuin yksilöinä. Suomenkielinen ja suomessa toteutettu tutkimustieto on vähäistä ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta lapsilla. Tilastot kuitenkin osoittavat, että ryhmäkuntoutuksessa tavoitteet saavutetaan paremmin kuin yksilökuntoutuksessa. (Uotinen 2005.)

6 INVALIDILIITON DYSMELIA - PERHEKURSSI

6.1 Kuntoutuskurssin ja perhekurssin määritelmä

Kela määrittelee kuntoutus- ja perhekurssien sisällön. Kursseille voi osallistua kuntoutujan perheen jäsenet tai muu läheinen sairausryhmäkohtaisen kurssin omaisten jaksolle heille laaditun ohjelman mukaisesti. Tämän kautta tavoitteena on tukea perheiden selviytymistä kunkin elämänvaiheen ja tarpeen mukaisesti. (Kela 2012.)

Perhekurssit ovat tarkoitettu perheille, joissa on vaikeasti liikuntavammainen tai monivammainen alle 16-vuotias lapsi. Perhe hyötyy moniammatillisen kuntoutuksen tarjoamasta tiedosta, neuvonnasta ja ohjauksesta liittyen lapsen kasvuun ja kehitykseen, toimivaan vanhemmuuteen, sekä perheen hyvinvointiin. Kokemusten jakaminen samoja kokeneiden kanssa tuo helpotusta tunteeseen, että on yksin arjen pulmien kanssa. Toisilta saadut käytännön neuvot ja vinkit auttavat arjen pulmien ratkaisussa. (Invalidiliitto 2012a.)

Kuntoutuskursseilla pyritään kuntoutujan toimintakyvyn ylläpitämiseen ja kehittämiseen fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella osa-alueella. Perhekurssi eroaa kuntoutuskurssista siten, että se määritellään sopeutumismenukseksi, jonka tavoitteena on tukea kuntoutujaa antamalla sairaudesta ja sen vaikutuksista tietoa ja kehittää valmiuksia mahdollisimman täysipainoiseen elämään sairaudesta tai vammasta huolimatta. (Kela 2012a.)

6.2 Harvinaiset-yksikkö

Invalidiliiton Harvinaiset-yksikkö on harvinaisten tuki- ja liikuntaelinvammaryhmien osaamisen ja tuen keskus, jonka toiminta on harvinaisen vamman tai sairauden kanssa elävälle ja hänen läheisilleen kohdistettua. Lisäksi yksikkö jakaa tietoa ammattilaisille. Harvinaisia vammaryhmiä ovat alle 500 henkilön vammaryhmät. Harvinaiset yksikkö sijaitsee Invalidiliiton Lahden kuntoutuskeskuksessa Harvinaiset-yksikön internet-sivuilta

löytyy muun muassa lapsiperheen opas, jossa kerrotaan kattavasti vamman tai sairauden kuntoutuksesta. Invalidiliitolla toteutetaan myös psykofyysisen fysioterapian kursseja lievästi, sekä vaikeasti liikuntavammaisille kuntoutujille, joista löytyy enemmän tietoa Invalidiliiton internet – sivuilta. (Invalidiliitto 2012a.)

6.3 Taustatietoa Dysmeliasta

Suomessa syntyy vuosittain 60–80 lasta, joilla on eriasteinen dysmelia eli synnynnäinen raajojen puutos tai epämuodostuma eli raajojen anomalia. Dysmelia tulee kreikan sanoista ”dys” ja ”melos”. ”Dys” tarkoittaa puuttumista, häiriötä, epäsuhtaa ja ”melos” tarkoittaa raajaa. Dysmeliata käytetään yleisnimityksenä raajojen synnynnäisistä puutoksista ja epämuodostumista. Yleensä tällainen muutos on pieni epämuodostuma ylä- tai alaraajassa, vaikeita raajapuutoksia on vain muutamalla. Näiden vaikeiden raajapuutosten perusteella Dysmelia voidaan luokitella harvinaisiin tuki- ja liikuntaelinvammoihin. Nämä ovat niitä diagnoosiryhmiä, joihin kuuluvia henkilöitä löytyy maassamme enintään 500 (100: 1 000 000 asukasta) ja joilla on pysyviä haittoja monissa arki elämän toiminnoissa. (Invalidiliiton Harvinaiset-yksikkö 2007.)

Dysmelia - epämuodostumalle on useita syitä, esimerkiksi monissa tapauksissa taustalta löytyy perintötekijän virhe eli mutaatio tai kromosomin rakennevirhe. Usein syy jää selvittelyjen jälkeen tuntemattomaksi. Dysmelia voi olla yksittäinen raajaepämuodostuma tai se on osa laajempaa fyysistä kehityshäiriö oireyhtymää eli syndroomaa. Toisinaan lapsella on myös muita epämuodostumia, esimerkiksi selkärangan, sydämen, virtsa- ja sukupuolielimien, ruokatorven tai peräaukon alueella. Usein lapsi on kuitenkin raajaepämuodostumaa lukuun ottamatta täysin terve. Erilaiset kirurgiset korjaavat toimenpiteet pyritään toteuttamaan jo varhaislapsuudessa ja ääritapauksissa voidaan joutua turvautumaan amputaatioon, jos luiden poikkeava kasvuasento johtaisi korjaamattomaan tilanteeseen. Mahdollisten apuvälineiden tarve, esimerkiksi protetisoinnit ja ortoosit, selvitetään moniammatillisesti. (Invalidiliiton Harvinaiset-yksikkö 2007.)

Myös henkinen ja älyllinen kehitys on samanlaista kuin muillakin lapsilla. Näin ollen normaali kasvatus ilman erityistä kohtelua on usein paras tuki lapsen täysipainoiselle kehitykselle. Lapsen hyväksyminen, tukeminen, rakastaminen rakentavat ehjää kehonkuvaa fyysisestä puutoksesta huolimatta. Lapsen kasvaessa tulee muutoksia – esimerkiksi elämän erilaiset siirtymävaiheet, kuten päivähoitoon meno tai koulun aloitus, tuovat uusia toimintaympäristöjä ja tätä kautta niihin liittyvistä kokemuksista ja tunteista olisi hyvä keskustella lapsen kanssa. Teini-iässä oman kehon hyväksyminen saattaa olla haastavaa ja lähipiirin tukeminen on tällöin erityisen tärkeää. Aikuisikään tultaessa Dysmelia vammaisen on usein löytänyt omat toimintatapansa selviytyä joko itsenäisesti tai osittaisen avun turvin. (Invalidiliiton Harvinaiset-yksikkö 2007.)

7 TARKASTELTAVAN DYSMELIA-KURSSIN KUVAUS JA FYSIOTERAPEUTIN ROOLI KUNTOUTUKSESSA

7.1 Dysmelia-kurssin viikko-ohjelma

Dysmelia-perhekurssi oli viikon pituinen kurssi, joka alkoi sunnuntaina ja lopetuspäivä oli seuraavan viikon lauantai. Sunnuntaina perheet majoitettiin ja maanantaina alkoi varsinainen ohjattu ohjelma. Viikon aikana vanhemmilla sekä lapsilla oli omat päiväohjelmat. Kurssin alussa perhe teki yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa GAS-arviointimenetelmällä tavoitteet, ja kurssin loputtua arvioitiin, olivatko tavoitteet toteutuneet. Kurssin moniammatillisessa tiimissä oli yksi fysioterapeutti.

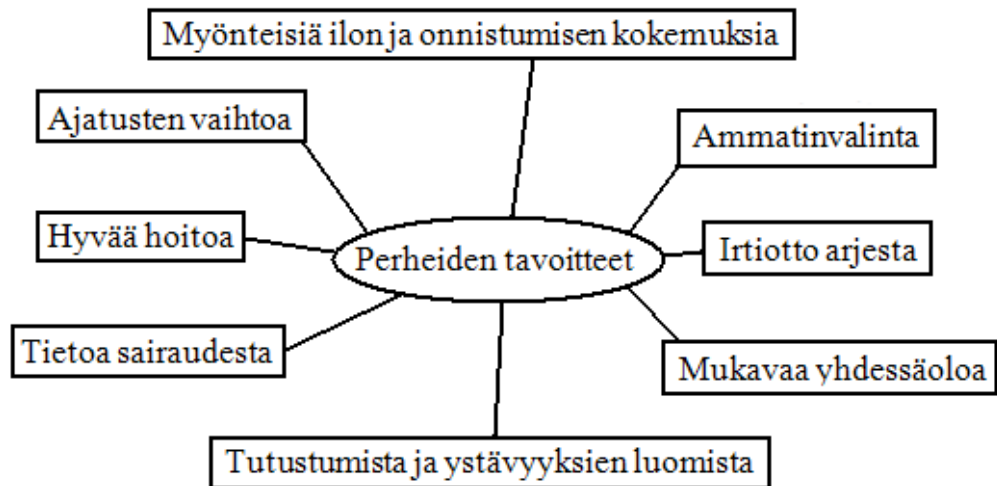
Vanhempien viikon ohjelmaan sisältyi muun muassa kuntosaliohjausta ja fysioterapiaryhmiä, jotka sisälsivät esimerkiksi sauvakävelyä.

Fysioterapiaryhmissä pyrittiin huomioimaan vanhempien omia toiveita toteutukselle ja näin ollen ohjelmaan sisällytettiin joka päivä ulkoilua, koska vanhemmat kokivat sen oleellisena oman hyvinvointinsa kannalta. Ohjelmaan kuului myös rentoutusryhmiä ja perheuinti, jonka tavoitteena oli lapsen uinnin tukeminen, sekä perhedynamiikan vahvistaminen. Lisäksi heillä oli ryhmäkeskusteluja, joissa toteutui vertaistuki ja perheen ohjaus lapsen sairauden kanssa tukemiseksi.

Lasten viikon ohjelmaan sisältyi erilaisia fysioterapeutin vetämiä ryhmiä esimerkiksi temppurata. Temppurata toteutui liikuntasalissa ja sen tavoitteena oli harjoittaa koordinaatiota, tasapainoa sekä silmän ja käden yhteistoimintaa. Lapsilla oli keskusteluryhmiä, joissa keskusteltiin yleisesti siitä, mitä dysmelia sairautena on. Lisäksi lapsilla oli perheterapeutin tapaaminen. Viikon aikana toteutui myös vertaistapaaminen Kaisa Lekan kanssa. Leka on sarjakuvapiirtäjä ja kaupunginvaltuutettu ja on ollut aikaisemminkin vertaistapaamisissa. Häneltä on vuonna 2002 amputoitu molemmat jalat vaikean synnynnäisen epämuodostuman vuoksi ja molemmissa jaloissa on proteesit. Internet sivuillaan hän kertoo pyöräilleensä muun muassa Jäämerelle, sekä Islannin ympäri ”uusilla jaloillaan”. (Leka 2012.)

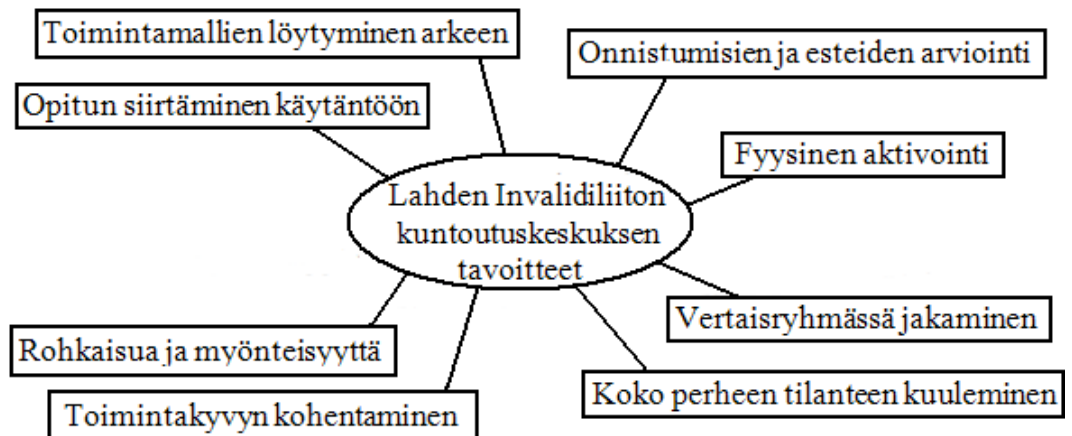
7.2 Perheiden ja Invalidiliiton tavoitekartat

Perheitä osallistui kurssille 5. Kurssin alussa perheet tekivät GAS-tavoitteet ja kurssin lopuksi oli GAS-loppuarviointi. Perheet tekivät yhdessä kurssin alussa tavoitekartan viikon kurssille. Tavoitteet olivat:



(Perheiden Tavoitekartta Dysmelia-kurssi 2012)

Lahden Invalidiliiton kuntoutuskeskuksella oli myös tavoitteet kurssille:



(Invalidiliiton Tavoitekartta Dysmelia-kurssi 2012)

7.3 Fysioterapeutin osuus dysmelian kuntoutuksessa kurssin aikana

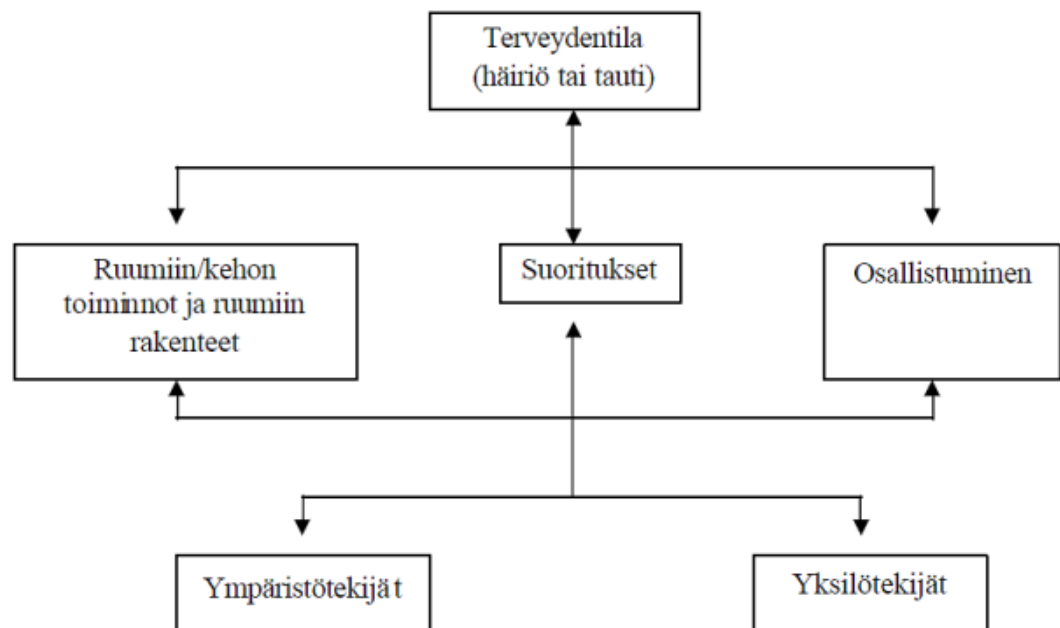
Viikon aikana kurssi sisälsi vanhemmille muun muassa Simo Vilkin luennon, joka on jalka- ja käsikirurgiaan erikoistunut lääkäri. Lisäksi viikkoon kuului kuntosaliohjausta, erilaista liikunnan ohjausta muun muassa sauvakävelyä, rentoutusryhmiä ja keskusteluryhmiä. Yhdessä perheen kanssa oli perheuinti, jossa annettiin ohjausta lapsen vedessä olemiseen ja uinnin tukemiseen. Tavoitteena perheuinnissa oli myös perhedynamiikan vahvistaminen. Fysioterapian toteutuksessa kuunneltiin vanhempien toiveita ja he antoivatkin erittäin hyvää palautetta päivittäisistä ulkoiluista, jonka he kokivat tärkeänä hyvinvoinnin, sekä jaksamisen kannalta. Myös ryhmäkeskustelut olivat vanhemmille hyvin tärkeitä vertaistuen sekä ajatusten vaihdon vuoksi. Keskustelujen perusteella osa vanhemmista olisi toivonut yksilöllistä fysioterapiaa lapselleen, vaikka kotipaikkakunnalla onkin fysioterapiaa, koska kuntoutuskeskuksen fysioterapian kokemus ja tietotaito dysmelian kuntoutuksesta voisi tuoda jotain uutta lapsen sairauden tukemiseen.

Lapsille fysioterapian osuus sisälsi ryhmätoimintaa: he kävivät keilaamassa ja uimassa ja heillä oli erilaisia pelihetkiä, sekä leipomista. Lisäksi heillä toteutui niin kutsuttu temppurata, jossa tavoitteena oli silmä-käsi koordinaation ja tasapainon harjoittaminen. Havainnoinnin ja keskustelujen perusteella tämän toiminnallisen temppuradan lapset kokivat erityisen mieluisaksi. Viikon sisällä toteutui myös lasten omia keskusteluryhmiä, joissa keskusteltiin siitä, mitä dysmelia on. Lapsilla oli myös päivän kestävä vertaistapaaminen Kaisa Lekan kanssa. Häneltä puuttuu dysmelian vuoksi molemmat alaraajat ja hän on ollut vertaistapaamisissa aiemminkin. Lapset kokivat mieluisiksi nämä keskusteluryhmät vertaistuen vuoksi. Viikon aikana työmme keskeisiksi fysioterapian lasten kuntoutumisen pääteemoiksi nousivat psykofyysinen fysioterapia, vertaistuki, sekä ryhmämuotoinen fysioterapia. Lasten viikko-ohjelmassa olevissa ohjatuissa ohjelmissa havainnoimme toteutuvan useita pääteemoihin liittyviä asioita samanaikaisesti.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

8.1 Johtopäätökset

Dysmelia - perhekurssilla toteutettiin Dysmelia-lapsen kuntoutusta moniammatillisesti erilaisissa, pääosin ryhmämuotoisissa tapaamisissa. GAS-arviointimenetelmän avulla luotiin kuntoutujan henkilökohtaiset tavoitteet kurssille. Fysioterapeutin kuntoutusmenetelmien pääteemoina olivat psykofyysinen fysioterapia, vertaistuki, ja ryhmämuotoinen fysioterapia. Johtopäätöksissä tarkastellaan kolmen pääteeman tavoitteellisia tuloksia käyttäen ajatusmallina ICF-luokitusta. ICF -luokitukseen kuuluu neljä osaa, jotka ovat ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistuminen, ympäristötekijät, sekä yksilötekijät. (Stakes 2004.)



(Stakes 2004)

Vaikka psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, sisältyy se aina fysioterapian toteutukseen, kun lähestymistapana on ihmisen kokonaisvaltainen kuntoutus. Havainnoimme ja totesimme Dysmelia-kurssilla viikon aikana psykofyysisen fysioterapian toteutuvan ryhmämuotoisissa keskusteluissa, vertaistapaamisissa, ryhmämuotoisessa terapiassa, sekä ryhmässä toimimisessa. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteellisina tuloksina kurssilla olivat kehon ja minäkuvan tukeminen, fyysisen vamman hyväksyminen osaksi omaa kehoa, sekä proteesin hyväksyminen osana omaa kehoa. Lapset saivat tietoa keskustelujen avulla fyysisen vamman vaikutuksesta fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn ja ympäristön vaikutuksesta ja suhtautumisesta vammaan.

Kehon ja minäkuvan tukeminen, sekä keskustelut vaikuttavat ICF: in osa-alueissa kuntoutujan suorituksiin ja osallistumiseen. Proteesin eli keinovalmisteisen kehonosan hyväksyminen osana kehoa vaikuttaa ruumiin ja kehon toimintoihin, sekä yksilötekijöihin. Psykofyysisen fysioterapian keinoilla vaikutetaan ympäristötekijöihin keskustelemalla ympäristön vaikutuksesta ja suhtautumisesta kuntoutujan vammaan. Psykofyysisellä fysioterapialla on vahvistava vaikutus kuntoutujan yksilötekijöihin sairauden tukemiseksi, kuten esimerkiksi edellä mainittu kehon ja minäkuvan tukeminen.

Havainnoimme ja totesimme vertaistuen toteutuvan ryhmämuotoisissa keskusteluissa, vertaistapaamisissa, ryhmäterapiassa, sekä ryhmässä toimimisessa. Tavoitteellisina tuloksina totesimme olevan sosiaalinen kanssakäyminen, joka ilmenee ryhmämuotoisessa terapiassa tukien lapsen minäkuva. Toiminnallinen tekeminen ryhmässä vahvistaa fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. Keskusteluryhmissä tuetaan kuntoutujan psyykkistä kehitystä muun muassa vahvistamalla itsetuntoa sekä vahvistamalla itsensä ja muiden vamman kanssa elävien hyväksymistä. Keskusteluryhmissä omien kokemusten vertailu muiden kokemuksiin vammasta luo uusia keinoja ja voimavaroja omaan kuntoutumiseen, sekä vertaistapaaminen voimaannuttaa saman vamman kanssa olevia.

Vertaistuki ei suoranaisesti vaikuttanut ruumiin ja kehon toimintoihin, joita tarkastellaan ICF: ssa. Vertaistuki vaikuttaa laaja-alaisesti kuntoutujan suorituksiin ja osallistumisiin, sekä yksilötekijöihin voimaannuttamalla

kuntoutujaa elämään vamman kanssa. Vertaistuki mahdollistaa vaikutuksen ympäristötekijöihin tuomalla esiin muiden kuntoutujien kokemuksia vastaavanlaisten ympäristötekijöiden kanssa elämisestä.

Havainnoimme ja totesimme ryhmämuotoisen fysioterapian menetelmiä Invalidiliiton Dysmelia-kurssilla olevan temppurata, perheuinti, pelihetket, leipominen, ryhmäkeskustelut, sekä ryhmässä toimiminen yleisesti. Tavoitteena ja tuloksina olivat ryhmässä toimimisen avulla tukea sairaudessa kuntoutumista. Samat tavoitteet ja tulokset toteutuivat kuin psykofyysisessä fysioterapiassa ja vertaistuessa, koska ryhmämuotoinen fysioterapia oli kurssin ainoa menetelmämuoto.

8.2 Kehittämisehdotukset

Kurssin aikana ja jälkeen pohdimme kehittämisehdotuksia fysioterapeutin roolia ajatellen. Ryhmämuotoinen fysioterapia tuo haasteita lapsen yksilölliseen kuntoutumiseen. Pohdimme, että kurssin alussa esimerkiksi GAS-alkuarviointia ja tavoitteita tehtäessä fysioterapeutti voisi nostaa kunkin lapsen kohdalta jonkin spesifin, yksilöllisen kuntoutumistavoitteen, jota hän huomioisi ryhmämuotoisessa terapiassa. Esimerkiksi syksyn kurssilla toteutunut toiminnallinen temppurata voisi sisältää kullekin lapselle jotain spesifiä, hänen toimintakykyään tukevaa toimintaa.

Keskusteluryhmissä voitaisiin yhdessä lasten kanssa pohtia, millä tavoin he pitävät kuntoutumista yllä kotioloissa ja voisiko viikon kurssin aikana toteuttaa ryhmämuotoisesti näitä liikkumismuotoja yhdessä. Samalla toiset lapset saisivat mahdollisesti vinkkejä, mitä toimintakykyä tukevia harrastuksia he voisivat itse kokeilla kotona. Tällä tavoin vertaistuki ja voimaantuminen vahvistuisi.

Pohdimme hoitohenkilökunnan roolia Dysmelia-kurssilla ja olimme palaverissa kurssin vastuuhoidajan kanssa kurssin päätyttyä. Esille nousi fysioterapeutin rooli hoitohenkilökunnan tukemiseksi harvinaisiin sairauksiin liittyvillä perhekursseilla. Kuntoutusta edistävän työotteen ohjaus ja toteuttaminen on perusteltua kuntoutujan toimintakyvyn ja mahdollisimman itsenäisen liikkumisen

tukemiseksi, sekä hoitohenkilökunnan ergonomian vuoksi. Kuntoutusta edistävä työote tarkoittaa kuntoutujan mahdollisimman itsenäisen toimintakyvyn tukemista niin, että kuntoutuja toimii mahdollisimman paljon itsenäisesti esimerkiksi siirtymisissä ja pukemisissa. (Kritz, Niemelä 2010.) Kurssin alussa voisi olla aikataulun mahdollistaessa hoitajien ohjaus liittyen esimerkiksi apuvälineisiin ja ergonomiaan. Lasten perushoidon yhteydessä esimerkiksi yläraajan mobilisointi pukemisen yhteydessä olisi helppo toteuttaa. Mobilisoinnilla tarkoitetaan nivelten normaalien, yksilöllisten liikelajauksien tukemista joko asiakkaan itse suorittaessa haluttua liikerataa, tai mobilisoijan passiivisesti liikuttaessa haluttua kehonosaa. (Kaltenborn 2010.)

Vanhempia voitaisiin haastatella lasten päivärutiineihin liittyvistä asioista ja tämän haastattelun jälkeen olisi otollinen hetki hoitajien kysyä fysioterapeutilta esimerkiksi siirtymisten tai nostojen avustamisen erityispiirteistä. Yksi ehdotus on, että hoitohenkilökunnan ja fysioterapeutin tapaaminen voisi olla tiistaina, kun lasten kanssa on oltu jo päivän verran ja perheisiin tutustuttu. Tällä tavoin lapsen kehitystä ja hyvinvointia tuetaan spesifisti. Tarvittaessa hoitajat voisivat kääntyä uudestaan fysioterapeutin puoleen, jos jotain epäselvää ilmenisi tai lapsen voinnissa tapahtuisi muutoksia. Näin toteutuisi moniammatillisuus ja lapsen kokonaisvaltainen kuntoutus. Huomioitava on tietenkin fysioterapeutin rajallinen aika yksilöllisen kuntoutumisen toteutumiseksi. Edellä mainittu rajallinen aika mielessä pitäen pohdimme fysioterapeutin osallistumista sekä alku-, että loppuarviointiin. Tämä mahdollistaisi yksilöllisten tavoitteiden selkeytymisen mahdollisimman aikaisessa vaiheessa kurssia. Kuntoutujasta saa kokonaisvaltaisemman kuvan, kun häntä pääsee havainnoimaan jo kurssin ensimmäisessä yhteisessä tapaamisessa.

9 POHDINTA

9.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessimme alkoi tammikuussa 2011. Otimme yhteyttä Invalidiliiton kehittämispäällikköön Hely Strengiin mahdollisen opinnäytetyön toteuttamisessa, koska molemmilla oli takana työharjoittelujakso Invalidiliitolla ja koimme molemmat neurologisen asiakasryhmän mielenkiintoiseksi.

Ensimmäisessä palaverissa keskustelimme vaihtoehdoista ja jäimme kypsyttämään perhekurssiin ja erityisesti lapsiin liittyvää opinnäytetyötä. Keväällä ja kesän aikana olimme Invalidiliittoon yhteydessä ja lopulta aikataulullisesti sopivaksi kurssiksi tuli Dysmelia- perhekurssi. Osallistuimme kurssille mahdollisimman moniin ohjelmiin viikon aikana ja tapasimme ennen kurssia ja kurssin jälkeen kurssille osallistunutta moniammattillista tiimiä.

Näin jälkeenpäin ajatellen opinnäytetyön noin vuoden kestänyt prosessi opetti paljon. Meillä oli aikaa perehtyä perhekurssia määritteleviin säädöksiin jo ennen tarkasteltavaa kurssia ja samalla saimme kypsyttellä aihealuetta rauhassa. Aiheen rajaus oli alkuvaiheessa haasteellista siksi, koska tietoa hakiessa esimerkiksi lapsen eri kehitysvaiheet olivat mielenkiintoisia dysmeliaa ajatellen. Tavoitteenamme oli kuitenkin rajata aihe fysioterapeutin rooliin. Syksyn perhekurssin jälkeen aloitimme työstämään kerättyä materiaalia ja tässä vaiheessa rajasimme työn näkökulman tarkastelemaan nimenomaisesti fysioterapian keinoja dysmelia-lapsen kuntoutuksen tukemisessa.

9.2 Opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen toteutuminen

Opinnäytetyön tavoite toteutui mielestämme hyvin, koska olemme onnistuneet luomaan kattavan ja käyttökelpoisen tietopaketin tarkasteltavan kurssin haastattelujen ja havainnoinnin, sekä tietolähteidemme pohjalta. Rakentamaamme tietopakettia voidaan käyttää työkaluna myös vastaavilla lasten kokonaisvaltaista, erityisesti psykofyysistä kuntoutumista tukevilla kursseilla. Aiheen rajaaminen tuki tavoitteen ja tarkoituksen toteutumista. Uutta tietoa tulee tutkimusten myötä

jatkuvasti, mutta tietyt perusasiat, kuten lapsen kuntoutumista tukevat toimintatavat ja kokonaisvaltaista kuntoutumista vahvistavat menetelmät, sekä ihmisen psykofyysiseen toimintakykyyn liittyvät lainalaisuudet eivät muutu. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi kehon ja mielen yhteistoiminta toimintakyvyn näkökulmasta ja sosiaalinen kuntoutuminen ryhmässä toimimisen avulla. Työmme tarkoitus oli tuoda vastaus kysymykseen Mikä on fysioterapeutin rooli ja työmenetelmät perhekurssilla Dismelia-lapsen kuntoutuksessa, johon tarkastelemamme kurssin ja tiedonhaulla keräämämme materiaalin pohjalta koottu tieto tuo vastauksen.

9.3 Luotettavuus ja eettisyys

Tätä aihepiiriä ei ole hakemamme tiedon perusteella tarkasteltu aiemmin Suomessa. Tämän vuoksi meillä ei ollut aiempia vertailukohtia ja tämä teki työstämme mielenkiintoisen ja toisaalta myös haasteellisen. Aihealueena fysioterapeutin rooli perhekurssilla oli meidän tekijöiden, sekä Invalidiliiton Lahden kuntoutuskeskuksen mielestä tarkastelemisen arvoinen. Halusimme korostaa työn luotettavuutta tarkastelemalla fysioterapeutin roolia ammatilliselta näkökannalta ja jätimme pois subjektiiviset kokemukset eli haastattelut, koska ne eivät ole luotettavaa materiaalia arvioitaessa fysioterapeutin työmenetelmiä perhekurssilla. Tästä syystä jätimme lopullisesta versiosta pois moniammatillisen tiimin ja perheiden haastattelut. Lisäksi haastattelujen pieni otos ei pysty vastaamaan kattavasti ja perustellusti fysioterapeutin työmenetelmiin dysmeliala sairastavan lapsen kuntoutuksen tukemiseksi.

Hyvä tieteellinen käytäntö määritellään tutkimuseettisen neuvottelukunnan sivuilla. Työn eettisyys ilmenee tutkijoiden sitoutumisella laadukkaan ja perustellun tiedon hakemiseen työn tueksi sekä lähteiden kunnioittaminen ja asianmukainen merkintä sekä havaintojen täsmällinen käsittely ja niiden pohjalta nousevien johtopäätösten tarkka kuvaus (Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta 2012). Olemme toteuttaneet edellä mainituissa osa-alueissa mielestämme eettistä käytäntöä hakemalla perustellun tietopohjan sekä lähteet tukemaan ja refleктоimaan tarkastelemaamme kurssia. Kurssilla havainnoidessamme tavoitteenamme oli olla huomaamattomia tarkastelijoita kunnioittaaksemme

perheiden tärkeää kuntoutumisprosessia. Näin ollen eettisistä syistä emme myöskään toteuttaneet järjestelmällistä kyselyä esimerkiksi lomakkeen muodossa perheille, koska halusimme mahdollistaa perheiden voimavarojen kohdentuvan kurssin toteutukseen.

9.4 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheeksi pohdimme muun muassa tarkastelua siitä, miten fysioterapeutti voisi vaikuttaa GAS - tavoitteiden toteutumiseen ja huomioida näitä tavoitteita kurssilla yksilöllisellä tasolla enemmän.

Koimme hyvin mielenkiintoisena esille nousseet kolme pääteemaa. Yleensä fysioterapia mielletään konkreettiseksi, usein pääosin manuaaliseksi kuntoutusmuodoksi, mutta kurssin aikana havainnoimamme asiat osoittivat fysioterapiassa olevan erilaisia lähestymistapoja manuaalisen lähestymistavan lisäksi. Pohdimme, miten fysioterapialla ja minkälaisilla fysioterapian menetelmillä voidaan vaikuttaa työssämme tarkastelemiini kolmeen pääteemaan vaikeavammaisen lapsen tukemiseksi.

Pohdimme vertaistuen toteutumista ennestään tuttujen ja uusien kontaktien välisessä kanssakäymisessä. Kuinka pitkällä aikavälillä tuntemattomien vertaistukijoiden tulisi toimia yhdessä, jotta mahdollistettaisiin paras mahdollinen jaettu tuki? Toinen kysymys joka heräsi oli, että kuinka suuri ero on ennestään tuttujen ja tuntemattomien vertaistukijoiden tavassa kohdata toisensa ja voimaantua?

LÄHTEET

Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S., Louhenperä, A. 2010. GAS-Menetelmä käsikirja versio 2. Kansaneläkelaitos. >[Viitattu.] Saatavilla:
[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/%28WWWAllDocsById%29/68378A01AED3A1C2257727003F01B0/\\$file/GAS_kasikirja_100518.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/%28WWWAllDocsById%29/68378A01AED3A1C2257727003F01B0/$file/GAS_kasikirja_100518.pdf)<

Heinonen, M., Nurminen, A. 2011. Opinnäytetyö. Psykofyysinen fysioterapia lastenkodissa. >[Viitattu. Lainattu.] Saatavilla:
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29968/Heinonen_Maria_Nurminen_Anniina%20Psykofyysinen%20fysioterapia%20lastenkodissa.pdf?sequence=2<

Invalidiliitto Ry. 2012. Alakulosta iloon- luottamusta tulevaisuuteen. >[Viitattu.] Saatavilla:
http://www.invalidiliitto.fi/files/attachments/lahden_kuntoutuskeskus/aikuisten_kuntoutus/2012/alakulosta_iloon_2012.pdf<

Invalidiliitto Ry. 2012. Harvinaiset-yksikkö. >[Viitattu.] Saatavilla:
<http://www.invalidiliitto.fi/portal/kuntoutuskeskus/lahti/palvelut/harvinaiset-yksikko/><

Invalidiliitto. 2009. Hyvä kuntoutuskäytäntö.> [Viitattu]. Saatavilla:
http://www.invalidiliitto.fi/files/attachments/kuntoutus/hyva_kuntoutuskaytando.pdf<

Invalidiliitto. 2012a. Palveluopas lapsiperheelle. >[Viitattu.] Saatavilla:
<http://www.invalidiliitto.fi/files/attachments/harvinaiset-yksikko/lapsiperheenopas.pdf><

Invalidiliitto. 2012b. Vertaistuki. >[Viitattu. Lainattu.] Saatavilla:
<http://www.invalidiliitto.fi/portal/fi/toiminta/vertaistuki/><

Invalidiliiton harvinaiset-yksikkö. 2007. Dysmelia.

>[Viitattu.] Saatavilla:

<http://www.invalidiliitto.fi/files/attachments/laku/harvinaiset-yksikko/dysmelia.pdf><

Invalidiliiton Lahden Kuntoutuskeskus. 2012. Perhekuntokurssit 2012.

>[Viitattu.] Saatavilla:

<http://www.invalidiliitto.fi/files/attachments/laku/perhekurssit/2012/perhekuntokurssit2012.pdf><

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun opettajankoulutuslaitos.

>[Viitattu.] Saatavilla:

<http://herkules oulu.fi/isbn951425340X/isbn951425340X.pdf> <

Kansaneläkelaitos. 2009. Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardi, versio 17/11.5.2009. Täsmennetty 4.12.2009. Voimassa 1.1.2010-31.12.2012.

>[Viitattu.] Saatavilla:

[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/041209150653AM/\\$File/Standardiversio17,11.5.2009,t%C3%A4smennetty4.12.2009.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/041209150653AM/$File/Standardiversio17,11.5.2009,t%C3%A4smennetty4.12.2009.pdf?OpenElement)<

Kansaneläkelaitos. Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit. 2012.

>[Viitattu.] Saatavilla:

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/040901131221MP><

Kaltenborn, F. M. 2010, 12-13. Raajojen nivelten manuaalinen mobilisointi.

Kritz. M., Niemelä. M. 2010. Yhdessä kohti kuntoutumista. Tampereen Ammattikorkeakoulu. >[Viitattu.] Saatavilla:

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23041/Kritz_Marjo_Niemela_Marjo.pdf?sequence=2<

Leka, K. 2012. Kaisa Leka. <[Viitattu.] Saatavilla: www.kaisaleka.net>

Lähteenmäki, M. Jaakkola, R. Puttonen, A. Viippola, I. 2009. Opinnäytetyö. Psykofyysinen fysioterapia 3 – kokemus kehossa. >[Viitattu.] Saatavilla: [http://www.tamk.fi/cms/hakumm.nsf/lupgraphics/Psykofyysinen_fysioterapia3.pdf/\\$file/Psykofyysinen_fysioterapia3.pdf](http://www.tamk.fi/cms/hakumm.nsf/lupgraphics/Psykofyysinen_fysioterapia3.pdf/$file/Psykofyysinen_fysioterapia3.pdf)<

Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen Vertaistuki. Akateeminen väitöskirja. >[Viitattu.] Saatavilla: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1303-5/urn_isbn_978-951-27-1303-5.pdf<

Orton Invalidisäätiö. 2011. Hyvinvointia ja elämänlaatua. >[Viitattu.] Saatavilla: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/%28WWWAllDocsById%29/6A4975C235A05557C225781600426B1A/\\$file/ORTON.%20GAS-%20KOKEMUKSET%201.12%20%5BYhteensopivuustila%5D.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/%28WWWAllDocsById%29/6A4975C235A05557C225781600426B1A/$file/ORTON.%20GAS-%20KOKEMUKSET%201.12%20%5BYhteensopivuustila%5D.pdf)<

Partanen, K. 2010. Fysioterapia Ammattina. Suomen Fysioterapeutit. >[Viitattu.] Saatavilla: http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=55<

ProNeuron. 2011. Ryhmäkuntoutukset. >[Viitattu.] Saatavilla: <http://www.proneuron.fi/ryhmakuntoutukset/><

Roach, A. T., Elliott, S. N. 2005. Goal Attainment Scaling: An Efficient and Effective Approach to Monitoring Student Progress. >[Viitattu.] Saatavilla: <http://dpi.wi.gov/sspw/pdf/mhgoalscaling.pdf><

Rehab-scales.org. 2007. The international classification of functioning, disability and health (ICF). >[Viitattu.] Saatavilla: <http://www.rehab-scales.org/international-classification-of-functioning-disability-and-health.html><

Rantakari, T. 2010. Palveluntuottajan kokemuksia GAS-tavoiteasettelusta avokuntoutuksessa.

>[Viitattu.] Saatavilla:

[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/%28WWWAllDocsById%29/A232C7BE5BFC6EE1C22578160041627D/\\$file/Aksoni%20GAS%20kokemukset%2008.12%20%5BYhteensopivuustila%5D.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/%28WWWAllDocsById%29/A232C7BE5BFC6EE1C22578160041627D/$file/Aksoni%20GAS%20kokemukset%2008.12%20%5BYhteensopivuustila%5D.pdf)<

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua.

>[Viitattu.] Saatavilla:

<http://herkules.oulu.fi/isbn951425340X/isbn951425340X.pdf><

Stakes. 2004. Toiminta- ja työkyvyn fyysisten arviointi- ja mittausmenetelmien kartoittaminen ICF-luokituksen aihealueella "liikkuminen".

>[Viitattu.] Saatavilla: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita25-2004.pdf><

Uotinen, S. 2005. Pro Gradu. Vertaisryhmä CP-vammaisten lasten kuntoutuksessa. >[Viitattu.] Saatavilla:

https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8923/URN_NBN_fi_jyu-2005408.pdf?sequence=1<

Suomen Fysioterapeutit. 2012. Fysioterapia ammattina. >[Viitattu] Saatavilla:

http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=55<

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys. 2012. >[Viitattu.] Saatavilla:

<http://www.psyfy.net/><

Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta. 2012. >[Viitattu.] Saatavilla:

http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf<

Toijja, A. 2011. Vertaistuen voima. Jyväskylä: Terveystieteiden Laitos.

>[Viitattu.] Saatavilla:

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/36788/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-2011101011525.pdf?sequence=1><

Veijola, A. 2004. Pro Gradu. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön - lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. >[Viitattu.] Saatavilla: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514274245/isbn9514274245.pdf><

Viitapohja, K. 2010. Sopeutumisvalmennus. Kehitysvammahuollon tietopankki. >[Viitattu.] Saatavilla: <http://www.kvhtietopankki.fi/sopalvel/sope.htm><