

Paula Siltanen

***Kuvaus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutuksen järjestämisen toimintatavasta***

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti YAMK

Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

10.8..2015

<p>Tekijä Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Siltanen Paula Kuvaus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutuksen järjestämisen toimintatavasta</p> <p>50 sivua + 9 liitettä 10.8.2015</p>
<p>Tutkinto</p>	<p>Fysioterapeutti (YAMK)</p>
<p>Tutkinto-ohjelma</p>	<p>Kuntoutus YAMK</p>
<p>Ohjaajat</p>	<p>Yliopettaja, FT Salla Sipari Yliopettaja, FT Pekka Paalasmaa</p>
<p>Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa sairaanhoitoalueen kuntoutuksen kehittämisen tueksi kuvaus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutuksen järjestämisen toimintatavasta. Hyvien kuntoutuskäytäntöjen mukaisesti kuntoutuksen järjestämisessä vastuunjako on määriteltävä selkeästi. Kuntoutuksen on oltava viiveetöntä, kuntoutuksen tarpeen arvioinnin kokonaisvaltaista ja moniammatillista, kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä kuntoutujan läheisineen tulisi olla osallistuva kumppani sekä toimintakyvyn ja vaikuttavuuden arvioinnissa tulisi käyttää ICF - luokitusta.</p> <p>Tutkimuksellisessa kehittämistyössä etsittiin vastausta yhtäältä siihen, mitä ovat kuntoutuksen järjestämisen hyvät toimintatavat kuntoutujien näkökulmasta, ja toisaalta siihen, mitä kuntoutuksen järjestämisen toimintatavat ovat julkisella sektorilla moniammatillisen kehittäjäryhmän tuottamana. Kuntoutujien näkökulmasta sairaanhoitoalueen omat fysioterapiapalvelut toimivat hyvin, ja muitakin terapioiden hankittiin mahdollisuuksien mukaan os-topalveluna. Apuvälineet, kotiutuskäytännöt ja intensiiviset laituskuntoutusjatkot saivat kiitosta. Parannusta toivottiin kuntoutuksen seurantaan, kuntoutujan ja omaisten osallisuuden ja psyykkisen kuntoutumiseen. Potilaat toivoivat myös enemmän tietoa kolmannen sektorin toiminnasta sekä kuntoutusohjauksesta.</p> <p>Työryhmän tuottamassa kuvauksessa kuvattiin tämän ensimmäisen kuntoutusketjun nykytila täydentäen esille tulleita muutostarpeita mahdollisuuksien mukaan. Kuvauksessa ehdotetaan sairaalasta kotiutuvalle automaattista kutsua terveyskeskukseen kuntoutuksen seurantakäyntiä varten, sekä yhteystahon nimeämistä terveyskeskuksesta. Toimintakyvyn arvioinnin välineeksi suositellaan ICF – luokituksen käyttöä, ja kuntoutussuunnitelman tavoitteet ja keinot laaditaan yhdessä kuntoutujan kanssa. Lisäksi alueelle esitetään kuvattavaksi laituskuntoutusmallia, sekä kuntoutusohjaajaa. Kuvausta hyödynnetään alueen kuntoutuksen kehittämisessä, ja aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksen järjestämisen jatkosuunnittelussa alueen kokonaisvaltaisen kuntoutusmallin suunnittelussa.</p>	
<p>Avainsanat</p>	<p>kuntoutuksen järjestäminen, lääkinnällinen kuntoutus, aivoverenkiertohäiriö, hyvät kuntoutuskäytännöt</p>

Author Title	Paula Siltanen A Description of Organizing the Rehabilitation of Stroke Patients
Number of Pages Date	50 pages + 9 appendices Autumn 2015
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Rehabilitation
Instructors	Salla Sipari, Principal Lecturer Pekka Paalasmaa, Principal Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to create a description of how to organize the rehabilitation of stroke patients in order to support the development of rehabilitation within a regional health care district. According to good rehabilitation practices the distribution of responsibility must be clearly defined. Rehabilitation must be immediate, assessment of the need for rehabilitation must be holistic/integrated and multi-professional, a person being rehabilitated should be an involved companion together with his or her kin when drawing up the rehabilitation plan, and ICF-classification should be used when assessing both functioning and effectiveness.</p> <p>From the rehabilitees' perspective the physiotherapy services of their own medical area were working well, and other therapies were purchased as outsourced services, when possible. Mobility devices, safe discharge practices and intensive periods in rehabilitation facilities were praised. Then again, improvement in monitoring rehabilitation, participation of rehabilitees and their relatives, and mental rehabilitation were hoped for. Patients were also expecting to get more information on the activities of the third sector, as well as rehabilitation counseling.</p> <p>A multi-professional development group produced a description of the current rehabilitation chain, making suggestions for changes. They proposed a system where the rehabilitee gets an automatic call for a follow-up visit and a designated contact person at the health center. As an instrument for functional capacity evaluation the use of ICF classification is recommended, and the rehabilitation plan including the objectives and means should be drawn up together with the rehabilitees and their relatives. In addition, the regional health care district is suggested to be given a new rehabilitation model and rehabilitation counselors.</p> <p>This thesis looked into how rehabilitation is seen from the patient's viewpoint, and how the public sector's group of multi-professional developers produce rehabilitative activities. This description will benefit the development of regional rehabilitation, as well as the further planning of rehabilitation of stroke patients in a holistic way that crosses boundaries.</p>	
Keywords	organizing rehabilitation, medical rehabilitation, stroke, good rehabilitation practice

## Sisällys

<b>1</b>	<b>Johdanto</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Kuntoutuksen järjestämisen toimijat</b> .....	<b>4</b>
2.1	<i>Kuntoutuksen palvelujärjestelmät</i> .....	5
2.2	<i>Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutus</i> .....	6
2.3	<i>Suositus hyvästä kuntoutuskäytännöstä</i> .....	8
<b>3</b>	<b>Kuntoutuksen järjestäminen Itä-Uudellamaalla</b> .....	<b>10</b>
3.1	<i>Sairaanhoidon alueen kuvaus</i> .....	10
3.2	<i>Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksen järjestämisen nykytila</i> .....	11
<b>4</b>	<b>Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite ja tarkoitus sekä tutkimuskysymykset</b> .....	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>Tutkimuksellisen kehittämistyön kuvaus ja menetelmälliset ratkaisut</b> .....	<b>15</b>
5.1	<i>Lähestymistapana toimintatutkimuksen strategia</i> .....	15
5.2	<i>Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen</i> .....	16
5.3	<i>Tiedontuottajien valinta ja kuvaus</i> .....	18
5.4	<i>Aineiston kerääminen</i> .....	21
5.4.1	<i>Ammattilaisten tapaamiset</i> .....	22
5.4.2	<i>Kuntoutujien haastattelut</i> .....	24
5.5	<i>Aineiston analyysi</i> .....	25
<b>6</b>	<b>Tulokset</b> .....	<b>27</b>
6.1	<i>Kuntoutuksen järjestämisen nykytilan kuvaus</i> .....	27
6.2	<i>Kuntoutuksen järjestämisen hyvät toimintatavat Porvoon sairaanhoitoalueella kuntoutujien näkökulmasta</i> .....	29
6.3	<i>Kuntoutuksen järjestämisen toimintatavat tarkastellen hyvien kuntoutuskäytäntöjen näkökulmasta</i> .....	30
<b>7</b>	<b>Kuvaus kuntoutuksen järjestämisen hyvistä toimintatavoista</b> .....	<b>31</b>
7.1	<i>Kuntoutuksen vastuunjako</i> .....	31
7.2	<i>Viiveetön kuntoutus</i> .....	33
7.3	<i>Kokonaisvaltainen kuntoutuksen arviointi, kuntoutussuunnitelma ja ICF</i> .....	34

<b>8</b>	<b>Pohdinta.....</b>	<b>36</b>
----------	----------------------	-----------

	<b>Lähteet.....</b>	<b>48</b>
--	---------------------	-----------

## Liitteet

Liite 1	Kuntoutujien kysymykset (teemahaastattelu)
Liite 2	Pienkehittäjätyöryhmän tiedote
Liite 3	Tutkittavien tiedote
Liite 4	Suostumus tutkimukseen, tutkittava
Liite 5	Näyte ammattilaisten kolmannen tapaamisen (21.4.2015) aineiston ryhmittelystä pelkistyksestä alaluokkiin
Liite 6	Potilaiden ja ammattilaisten käsitykset kuntoutuksen järjestämisen nykytilasta
Liite 7	Kuntoutuksen järjestämisen toimintatavat peilattuna hyviin kuntoutuskäytäntöihin
Liite 8	Kuvaus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutuksen järjestämisestä
Liite 9	Luonnos kuntoutusketjusta

## 1 Johdanto

Aivoverenkiertohäiriön kustannusvaikuttavin hoito on preventio. On kuitenkin ennustettu, että ikääntymisen myötä vuonna 2030-luvulla Suomessa sairastuu kuitenkin 20 000 aivoverenkiertohäiriöön. Suomessa ensimmäisen vuoden hoitokustannukset aivoinfarktipotilasta kohden ovat keskimäärin 21 000 euroa, josta akuuttihoidon osuus on yli puolet (Käypä hoito 2011.) Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden tulisi saada akuuttivaiheen hoito siihen erikoistuneissa keskuksissa huolimatta maantieteellisestä sijainnista. Meretojan ja kumppaneiden (2011) tutkimuksen mukaan kotona asuneet, aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet ja akuuttivaiheen tehokkaan hoidon sekä kuntoutuksen saaneet, pystyivät asumaan kotonaan myös sairastumisensa jälkeen (Meretoja ym. 2011: 77.) Kuntoutuksen avulla sairastuneiden toimintakyky ja elämänhallinta paranuu. Tämä voidaan nähdä niin kuntoutujan elämänlaadun parantumisena, kuin myös kustannustehokkuutena.

Porvoon sairaanhoitoalueelta on puuttunut yhteisesti sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen ohjeistus, jossa olisi kuvattuna erikoisalojen lääkinnällisen kuntoutuksen vastuut. Kuntoutustyötä tekevien näkökulmasta on haasteellista tukea kuntoutujan tarpeita alueellisen ohjeistuksen puuttuessa. On herännyt huoli myös siitä sekä saavatko aivoverenkiertohäiriöihin sairastuneet alueella yhdenvertaisesti tarvitsemansa kuntoutuksen. Sairastuessaan potilas voi olla usean eri tahon asiakas, tai jäädä väliinputoajaksi, jolloin myös syrjäytymisen riski voi kasvaa (Kokko 2012: 163.) Kuntoutusketjun kuvaaminen tavoitteena on kuntoutujan näkökulmasta varmistaa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneille yhdenvertaisen ja tasapuolisen kuntoutuksen järjestämisen. Sairastuneiden tulisi saada kuntoutusta riippumatta kuntoutuksen tarpeen määrästä, iästä, sukupuolesta tai kotipaikkakunnasta. Moniammattillisen kuntoutuksen tarve korostuu erityisesti siirryttäessä intensiivivaiheen kuntoutuksesta ylläpitävään kuntoutukseen. (Konsensuslausuma 2008: 7.)

Organisaatioiden sisäiset toimintamallit ja normit eivät välttämättä avaudu kuntoutujalle, joten sanoittamattoman tiedon julkiseksi tuottaminen määrittelemällä kuntoutuksen vastuunjako ja kuntoutuksen tuottamisen järjestämistapa, edistetään itse kuntoutumista. (Stenvall - Rannisto - Sallinen 2014: 15 -17). Yhteiskunnan muutostarpeiden ja yksilöllistävien kuntoutustarpeiden kautta palveluorganisaatiot kohtaavat uusia haasteita

kuntoutujalähtöisen kuntoutuksen järjestämistavan kehittämiseksi. Tarvitaan joustavia tiimi- ja verkostopohjaisia muutokseen perustuvia toimintatapoja. (Savukoski - Kauramäki 2012: 134).

Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on oltava kirjattuna lääkinnällisen kuntoutuksen hoito- ja kuntoutusketju, jossa eritahojen vastuut on määritelty selkeästi kuntoutuksen suunnittelun, seurannan, terapioiden järjestämisen, neuvonnan ja ohjauksen sekä apuvälineiden osalta (Paltamaa ym. 2011: 226). Palveluketjuilla tulisi olla nimetty vastuunkantaja, sillä vastuutahon puuttuessa myös kuntoutuksen seuranta ja ohjaus on puutteellista (Konsensuslausuma 2008: 7). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on kuluvalle järjestämisaikavälillä (2013 - 2016) sovittu, että sairaanhoitoalueet voivat sopia oman alueensa peruskuntien kanssa alueella terveydenhuollon järjestämisestä. Yksi Porvoon sairaanhoitoalueen järjestämisaikavälillä kehitettävistä on kuntoutuksen järjestäminen alueella. (Itä-Uudenmaan järjestämisaikavälillä 2013: 19). Järjestämisaikavälillä vastuuhenkilöt ovat katsoneet, että tämä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden kuntoutuksen järjestämistä kuvaava työ tukee järjestämisaikavälillä tavoitteita ja tulee olemaan osa sitä.

Oman haasteensa kuntoutuksen järjestämisessä tuo yhteiskunnalliset muutokset ja Sote - uudistus. Sote - uudistuksen tarkoituksena on turvata kaikille ihmisille yhdenvertaiset, asiakaslähtöiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut koko maassa. Uudistuksella vahvistetaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja. Tämä toteutetaan uudistamalla julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet, ohjaus ja hallinto. Tavoitteena on nykyistä kustannustehokkaampi ja vaikuttavampi toiminta. (STM 2015.)

Laki terveydenhuollosta (2010/1326) edellyttää kuntien vastaavan alueensa lääkinnällisestä kuntoutuksesta, sekä velvoittaa perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa yhteistyöhön suunnittelemaan ja kehittämään toimintaa yhdeksi kokonaisuudeksi (2010/1326: § 29, § 33.) Myös uusimmassa hallitusohjelmassa peräänkuulutetaan kuntoutusohjelman uudistamista, sekä painotetaan vaikuttavia asiakaslähtöisiä palveluketjuja yli hallintorajojen. Hallitusohjelma edellyttää kokemusasiantuntemuksen käyttöä ja ihmisten osallisuutta, ja kirjaa muutoksen perustaksi kumppanuuden eri toimijoiden kesken. (Valtioneuvosto 2015: 18).

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tuotetaan sairaanhoitoalueelle ehdotus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden kuntoutuksen järjestämisen toimintata- vasta. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden hyviin kuntoutuskäytäntöihin katsotaan kuuluvaksi selkeä vastuunjako eri toimijoiden välillä ja viiveetön kuntoutuksen aloittaminen. Kuntoutuksen tarve tulisi arvioida kokonaisvaltaisesti. Kuntoutus- suunnitelma tulisi laatia moniammatillisesti yhteistyössä kuntoutujan kanssa, ja se tulisi olla kirjattuna kuntoutujan asiakirjoihin. Kuntoutujan toimintakyvyn arvioinnissa ja kir- jaamisessa tulisi käyttää ICF - viitekehystä. (Paltamaa ym. 2011: 225 -231.) ICF on Maailman terveysjärjestön kehittämä luokitus toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja ter- veydentilan kuvaamisessa. Sen monet käyttömahdollisuudet auttavat jäsentämään kuntoutuksen eri osa-alueita niin toiminnallisen terveydentilan kuin kuntoutujan ympä- ristön ja kuntoutuksen järjestämisen näkökulmasta. (Stakes 2005: 7-8.)

Kuntoutuja voi sairastuttuaan olla useamman eri terveydenhuollon toimintayksikön hoi- dossa: yliopistollisessa sairaalassa, alueen erikoissairaanhoidon sairaalassa sekä pe- rusterveysdenhuollossa. Kuntoutuminen jatkuu usein vielä avohoidossa joko terveys- keskuksessa tai maksusitoumuksella yksityisen palveluntuottajan tiloissa, joskus myös potilaan kodissa. Tässä tutkimuksellisen kehittämistyön kuvataan sairaanhoitoalueen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden kuntoutuksen järjestämistapa, jossa konkretisoidaan hyvän kuntoutuskäytännön edellytysten mukaisesti kuntoutuksen vas- tuut siihen liittyvine prosesseineen.

Toimintatavan kehittäminen toteutetaan yhteistyössä alueen terveyskeskusten erityis- työntekijöiden edustajien sekä erikoissairaanhoidon edustajien kanssa. Kuntoutujien ääni kuntoutuksen järjestämisen kehittämisen lähtökohdaksi saadaan haastattelemalla aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilai- den kuntoutuksen järjestämisen toimintatapa kuvataan kehittämisyyöhön osallistuvien informanttien tuottaman aineistoon perustuen.

## 2 Kuntoutuksen järjestämisen toimijat

### Kuntoutusta säätelevät tekijät

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksen järjestämiseen vaikuttavat yhtäältä järjestelmän toimintaan liittyvät tekijät kuin toisaalta kuntoutujan persoonaan ja elämäntilanteeseen liittyvät tekijät. Kuntoutusprosessin toimivuus, oikea-aikaisuus, sisältö ja tavoitteiden määrittely edellyttävät kuntoutujan näkökulmasta kuntoutuksen järjestämisessä eri organisaatioiden välistä moniammatillista osaavaa yhteistyötä ja tiedonvälitystä, sekä pitkäaikaista ohjausta, tukea ja seurantaa.

Kuntoutustoiminnassa toimintaympäristö toimijoineen yhdistyy ja ammattilaisten on ylitettävä tieteenalojen ja organisaatioiden rajat voidakseen toimia kokonaisvaltaisesti (Sipari - Mäkinen 2012:7). Kunnan näkökulmasta palvelujen tarjoamisessa yhteiskunnan arvot voivat tuntua tärkeiltä, palvelujen vaikuttavuus kuitenkin syntyy kuntoutujan ja kuntoutusta tuottavan ammattilaisen yhteistyössä ja kuntoutujan oma tahto vaikuttaa olennaisesti tuloksellisuuteen (Stenvall ym. 2014: 49).

Terveystieteiden lain (1326 /2010) pykälän 33 mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on velvollinen yhteistyössä perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan kanssa suunnittelemaan ja kehittämään erikoissairaanhoidon palveluja siten, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon palvelut muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Kokonaisuudessa on huomioitava erikoissairaanhoidon palvelujen tarjoaminen tarkoituksenmukaisesti perusterveydenhuollon yhteydessä sekä erikoissairaanhoidon yksiköissä. (Terveystieteiden laki 1326/2010: § 33.)

Saman lain mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on annettava alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita perusterveydenhuollon ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa sekä vastata kunnallisen terveydenhuollon tuottamien lääkinällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta. Samaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluvien kuntien on laadittava terveydenhuollon *järjestämissuunnitelma*, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. Suunni-

telmassa on sovittava kuntien yhteistyöstä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuutahoista, terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä, päi-vystys-, kuvantamis- ja lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista sekä tarvittavasta yh-teistyöstä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, lääkehuollon ja muiden toimijoiden kesken. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010: § 34.)

## 2.1 Kuntoutuksen palvelujärjestelmät

Suomessa kuntoutusta järjestäviä erillisiä oheistahoja ovat 1) kunnallinen sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmä, 2) työvoimahallinto, 3) kansaneläke- ja sosiaalivakuutusjär-jestelmä (Kela), 4) työeläkejärjestelmä, 5) pakollinen tapaturma- ja liikennevakuutus, 6) vapaaehtoinen tapaturmavakuutus, 7) veteraanien kuntoutus ja 8) järjestöjen kuntou-tustoiminta (Kuntoutusportti 2014).

Järjestelmien kautta tapahtuneen jäsentelyn lisäksi, kuntoutusta voidaan tarkastella myös *toiminnan* näkökulmasta: kuntoutus voidaan jakaa lääkinnälliseen, ammatilliseen, sosiaaliseen ja kasvatukselliseen kuntoutukseen. Kuntoutusta voidaan tarkastella myös *alueellisesti*; miten esimerkiksi sairaanhoitoalueella paikallisesti terveydenhuollon toi-mesta kuntoutuksen toteuttaminen on järjestetty. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen *kuntoutujan* näkökulmasta kuntoutus näyttäytyy henkilökohtaisena prosessina, jossa kuntoutumisen ydinkumppaneina ovat terveydenhuollon järjestäjät ammattilaisineen (Leino 2012: 95).

Konsensuslausuman (2008, 15) mukaan kunnat ja sairaanhoitopiirit järjestävät vuosit-tain 14 000 aivohalvauspotilaan akuuttihoiton, josta 6000 potilasta saa myös akuutti-sairaalan jälkeisen laitoshoidon- tai kuntoutusjakson. Aluesairaala- ja terveyskeskusta-solla moniammatillisen kuntoutuksen mahdollisuudet ovat vähäisiä, sillä henkilöstöä ei välttämättä ole lainkaan. Aluesairaallalla tässä tarkoitetaan sairaanhoitoalueen erikois-sairaanhoidosta vastaavaa sairaalaa. (Konsensuslausuma 2008: 15.) Helsingin ja Uu-denmaan sairaanhoito piiri (HUS) on 2014 siirtynyt organisaatiossaan osaamiskeskuk-siin. Osaamiskeskukset ovat Helsingin Yliopistollisen Keskussairaalan (HYKS – alu-teen) organisaatiomuutoksen lopputulos. Tämä ei kuitenkaan vähennä jatkokuntoutus-tarpeita sairaanhoitoalueilla.

Laitoskuntoutuksesta pyritään valtakunnallisestikin siirtymään lähellä kuntoutujan arkea tapahtuvaan kuntoutukseen. Tulevaisuuden kuntoutusosaamista kuvaavat hybridimäisyys ja joustavuus. Lähtökohtana ovat kuntoutujan omat verkostot, johon ammattilaisten ja organisaatioiden tulisi tarttua. Tämä tarkoittaa, että kuntoutumisen tukeminen tapahtuu kuntoutujan omassa toimintaympäristössä, jolloin paikallisen palveluverkoston merkitys korostuu. Tämä edellyttää uutta kuntoutuskulttuuria ja uudenlaista yhdistelmäosaamista (Sipari - Mäkinen 2012: 32 - 33). Sairaanhoidoalueella tämä tarkoittaa uusia toimintatapoja ja innovatiivisuuteen perustuvia sopimiskäytäntöjä.

## 2.2 Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutus

Kuntoutuksen ytimessä on kuntoutuja. Kuntoutuksen järjestämisen lähtökohtana ovat kuntoutujan toimintakyky ja toiminnalliset tarpeet ja niiden ymmärtäminen ja yhdistäminen asiantuntijoiden näkemykseen (Paltamaa ym. 2011: 225). Kuntoutuksen pyrkimyksenä on suunnata toimenpiteet niitä tarvitseville, eikä arvoa kuntoutujalle tuota kuntoutuspalvelut itsessään, vaan niiden tuottamat hyödyt, seuraukset ja vaikutukset kuntoutujan omiin tavoitteisiin. Arvoa syntyy, kun palveluntuottaja ja asiakas toimivat yhdessä. (Hurri ym. 2014: 44.)

Leinon (2012) mukaan kuntoutus on ihmisen henkilökohtaisen kehittymisen prosessi. Kuntoutuksen tavoitteita ovat psykofyysisen toimintakyvyn ja sosiaalisen selviytymisen paraneminen, työkyvyn ja ammatillisten valmiuksien palautuminen, yhteiskunnan toimintaan osallistuminen sekä hyvinvoinnin ja yksilöllisten elämäntavoitteiden saavuttaminen. Leino (2012) toteaa lääkinnällisen kuntoutuksen useimmiten jääneen psykofyysiselle tasolle ja haasteeksi on siten muodostunut toipuvan ihmisen motivaation herättely ja sen tukeminen. Jo alkuvaiheen hoitopaikassa tulee kuntoutuksen olla yhteydessä myös sosiaaliseen, ammatilliseen ja kasvatukselliseen kuntoutukseen. (Leino 2012: 95.) Aivohalvauksesta selvinneet kokevat useita muutoksia kotiutuessaan sairaalasta tai kuntoutusyksiköstä. Heidän on pakko löytää uusia tapoja tehdä asioita tai he joutuvat ottamaan apua vastaan. Aivohalvauksesta toipumiseen vaaditaan huomattavia ponnistuksia elämän uudelleen rakentamiseksi. (JBI suositus 2009: 3.) Voimaantumisen ja elämänhallinnan tukemien onnistuu parhaiten kuntoutujan ollessa aktiivinen osallistuja kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa (Konsensuslausuma 2008: 2).

Aivoverenkiertohäiriöstä (AVH) kuntoutuminen on vaikuttavampaa moniammatillisessa aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutukseen erikoistuneessa kuntoutusyksikössä, myös kuntoutuksen intensiteetti lisää sen vaikuttavuutta. Toistojen ja kuntoutusjaksojen lukumäärä sekä harjoitteluun käytetty aika ovat ratkaisevia. Nopea kuntoutuksen aloittaminen edistää toipumista, ja pitkällä aikavälillä se on myös kustannustehokasta. Varhaisen vaiheen kuntoutus ja kuntoutussuunnitelman teko tapahtuu erikoissairaanhoidossa ja osin tulee keskittymään keskussairaaloiden aivohalvausyksikköihin. Kuntoutujan siirtyessä alueen kuntoutusvastuulle sairaanhoitoalueen kuntoutusketjujen mukaisesti tulee moniammatillisen kuntoutuksen jatkoa kuntoutussuunnitelman mukaisesti ja tukea kuntoutujan toimintakykyä ylläpitävänä ja parantavana. Kuntoutuksen tavoitteena on hyvä selviytyminen arjessa ja mahdollisesti paluu työelämään. (Konsensuslausuma 2008; 6 – 14.)

Vaikeavammaisten kuntoutusta tutkittaessa oli havaittu, että vaikka kuntoutujat olivat olleet tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen, esille oli kuitenkin noussut runsaasti ongelmakohtia ja muutostarpeita. Nämä kohdistuivat niin kuntoutussuunnitelman tekoprosessiin, kuntoutuksen päätöksentekoon kuin organisointiin sekä itse kuntoutuksen toteutukseen. Kuntoutusprosessin suunnitteluun osallistuminen vähensi kuntoutujan epävarmuutta ja stressiä, ja antoi työntekijöille sekä kuntoutujille yhteisen kuntoutuksen ytimen. Ihmisten erilaisuus ja ilmiöiden monimuotoisuus haastavat tehdyt vaikuttavuustutkimukset. Se, mikä on yhdelle kuntouttavaa, ei ehkä olekaan toiselle tarpeellista. Kuntoutuksen tulisi siis lähteä sosiaalisen osallistumisen rajoituksista, jota kuntoutuja kokee ongelmakseen. Sen tulisi kyetä myös vastaamaan nopeasti muuttuviin tilanteisiin. Mikäli kuntoutussuunnittelu tulkitaan elämänsuunnitteluksi, kuntoutussuunnittelun tulisi nivoutua entistä enemmän kuntoutujan elämään liittyvään muuhun palvelu-, hoito-, opinto- ja työelämäsuunnitteluun. (Hokkanen ym. 2009: 283 – 296.)

Kuntoutujan näkökulman huomioon ottaminen haastaa moniammatillisen ja monitahoisien aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutuksen järjestämisen toimintatapojen suunnittelun sekä toteutuksen. Kuntoutuksen järjestämisen toimintatavat tulee uudistaa sellaisiksi, että niissä mahdollistuu kuntoutujan yksilöllisyyden huomioiminen ja osallisuus.

### 2.3 Suositus hyvästä kuntoutuskäytännöstä

Laki Kelan kuntoutuksesta on tuonut kuntoutusmaailmaan Hyvä kuntoutuskäytäntö - käsitteen. Hyvä kuntoutuskäytäntö perustuu vakiintuneeseen ja kokemusperäisesti perusteltuun kuntoutuskäytäntöön tai tieteelliseen vaikuttavuustietoon. Määritelmässä todetaan, että kuntoutuksen tulee perustua erityisosaamiseen ja olla tarpeellista työ- tai toimintakyvyn turvaamiseksi ja että erityisesti kuntoutujan yksilölliset tarpeet ja tavoitteet ovat kuntoutuksen lähtökohta mahdollistaen kuntoutukseen sitoutumisen. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen hyvät kuntoutuskäytännöt on yhdistetty viiteen pääkohtaan. Ne ovat työnjako, viiveetön kuntoutus, kokonaisvaltainen kuntoutuksen arviointi, kuntoutussuunnitelma sekä ICF - luokituksen käyttö. (Paltamaa ym. 2011: 225.)

*Työnjaon* mukaan lääkinnällinen kuntoutus kuuluu kuntien järjestämisvastuulle, ja kuntoutujan hoidosta vastaavan terveydenhuollon yksikön on laadittava kirjallinen kuntoutumissuunnitelma vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutumisen toteutumiseksi Kela varten. Julkisen terveydenhuollon on myös vastattava että yli 65-vuotiaiden vaikeavammaisten tarvitsema lääkinnällinen kuntoutus järjestetään yksilöllisen tarpeen mukaisesti. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on siis oltava kirjattuna hoito- ja kuntoutusketju, jossa vastuut on selkeästi määritelty niin kuntoutuksen suunnittelun, seurannan kuin terapioiden järjestämisen, neuvonnan ja ohjauksen sekä apuvälinepalveluiden osalta. Tätä suunnitellessa on huomioitava erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä resurssit ja työnjako. (Paltamaa ym. 2011: 225 – 226.)

*Viiveettömän kuntoutuksen* periaatteiden mukaan kuntoutuksen toimintatapojen on mahdollistettava kuntoutujan tarvitsema oikea-aikainen kuntoutus kuntoutussuunnitteluun ja sen aloittamiseen. *Kokonaisvaltainen kuntoutuksen arviointi* vaikeavammaisten kuntoutuksessa on moniammatillisella työryhmällä, ja kuntoutustarpeen arvioinnin peruslähtökohtana on kokonaisvaltaisuus. Kuntoutuksen taloudelliset näkökulmat tai henkilöresurssit eivät voi ohjata kuntoutuksen saatavuutta. Julkinen terveydenhuolto vastaa siitä, että *kuntoutussuunnitelma* laaditaan yhteistyössä kuntoutujan ja/tai hänen omaisensa kanssa. Kuntoutussuunnitelman laadinnassa on lisäksi huomioitava joustavuus kuntoutujan elämäntilanteiden mukaisesti. Kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteiden asettelussa ja vaikuttavuuden arvioinnissa on noudatettava *ICF - luokituksen* viitekehystä tarkoittaen kokonaisvaltaista kuntoutujan kuntoutustarpeen arviointia.

(Paltamaa ym. 2011: 226 – 228.) Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan hyvät kuntoutuskäytännöt on kuvattu kuviossa 1.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan hyvät kuntoutuskäytännöt
--

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alueellinen työnjako ja vastuut on määriteltävä</li> <li>• Kuntoutuksen on oltava viiveetöntä</li> <li>• Kuntoutuksen tarve tulee arvioida kokonaisvaltaisesti</li> <li>• Kuntoutussuunnitelma laaditaan kirjalliseen muotoon, moniammatillisesti yhteistyössä kuntoutujan kanssa</li> <li>• Kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteiden asettelussa ja vaikuttavuuden arvioinnissa noudatetaan ICF - luokitusta.</li> </ul> |
|---|

Kuvio 1. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan hyvät kuntoutuskäytännöt (Paltamaa ym. 2011: 225 – 228).

Vaikuttavan AVH - kuntoutuksen edellytyksiin sisältyy tiedon välittäminen kuntoutujalle ja hänen läheisilleen. Kuntoutus voidaan toteuttaa joko palveluntuottajien tiloissa tai kuntoutujan arkiympäristössä. Arkiympäristöön kuuluvien henkilöiden neuvonta ja ohjaus on osa kuntoutusta. Kuntoutusketjun katkeamattomuus on välttämätöntä. Tämä vaatii saumatonta yhteistyötä eri toteuttajien välillä, sekä myös niin että mahdolliset katkeamisen riskikohdat tunnistetaan etukäteen. Näitä riskikohtia voivat olla esimerkiksi laitoksesta toiseen siirtymiset tai 65-ikävuoden saavuttaminen, jolloin Kelan kuntoutukset päättyvät. Onnistunut kuntoutus vaatii alueella saumattomat apuvälinepalvelut, ja toteuttajien jatkuvaa kouluttautumista. (Paltamaa ym. 2011: 229 – 233.)

Käypä hoito – suositukset ovat näyttöön perustuvia hoitosuosituksia, joiden avulla pyritään parantamaan hoidon laatua (Käypä hoito - käsikirja 2004: 9). Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutusta voidaan tarkastella käypä hoito -suosituksen mukaisesti varhaisvaiheen ja myöhäisvaiheen kuntoutuksena. *Varhaisvaiheen* kuntoutus jakautuu kahteen; akuuttiin vaiheeseen ja subakuuttiin vaiheeseen. Akuuttivaiheella tarkoitetaan tilannetta missä potilaan vointi ei ole vielä tasaantunut ja subakuuttivaiheella tarkoitetaan kuntoutuksen nopeinta vaihetta kestäen yleensä kuukaudesta kolmeen kuukauteen sairastumisesta. *Myöhäisvaiheen* kuntoutus alkaa varhaisvaiheen kuntoutuksen jälkeen, ja monilla kuntoutumista tapahtuu vielä vuodenkin jälkeen sairastumisesta. (Käypä Hoito. Aivoinfarkti 2011.) Porvoon sairaanhoitoalueella tapahtuva aivoverenkiertoon sairastuneiden potilaiden kuntoutuksen järjestämistapojen tulisi noudattaa hyvien käytäntöjen suositusta ja alueellisten toimintatapojen tulisi konkretisoitua näissä puitteissa.

### 3 Kuntoutuksen järjestäminen Itä-Uudellamaalla

#### 3.1 Sairaanhoidon alueen kuvaus

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) on 24 kunnan muodostama kuntayhtymä, jonka tehtävänä on tuottaa jäsenkunnille ja niiden asukkaille tarpeellisia erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon palveluja. HUS jakaantuu viiteen sairaanhoitopiiriin; HYKS – sairaanhoitoalueeseen, Länsi-Uudenmaan, Lohjan, Hyvinkään sekä Porvoon sairaanhoitoalueeseen, ja sen sisällä on 22 sairaalaa. Sairaanhoidon lisäksi HUS:n toiminta on pääosin organisoitu lääketieteelliseksi tulosyksiköiksi, liikelaitoksiksi sekä tytäryhtiöiksi. (HUS 2014.)

HUS:n osana toimiva yliopistosairaala HYKS vastaa lisäksi hoidon tuottamisesta harvinaisia sairauksia ja muuten vaativaa hoitoa tarvitseville potilaille omaa sairaanhoitopiiriä laajemman erityisvastuualueen (Erva) väestölle ja joissakin sairauksissa myös koko maan väestölle. HYKS:n erityisvastuualueeseen kuuluvat Uudenmaan sairaanhoitopiiriin lisäksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden Eksote ja Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea. (HUS 2014.) HUS järjestää suurimmalla sairaanhoitoalueellaan, HYKS-alueella, keskeisten sairausr ryhmien hoidon osaamiskeskusina. Vuoden 2015 alusta alkaen HYKS:n ja kahden HUS:n liikelaitoksen organisaatiota muutetaan siten, että perustetaan kymmenen erilaista osaamiskeskusta, joista yksi on Sisätautien ja kuntoutuksen osaamiskeskus. HUS sairaanhoitopiireineen ja kuntineen on kuvattu kuviossa 2.



Kuvio 2: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) sairaanhoitoalueineen (HUS 2014).

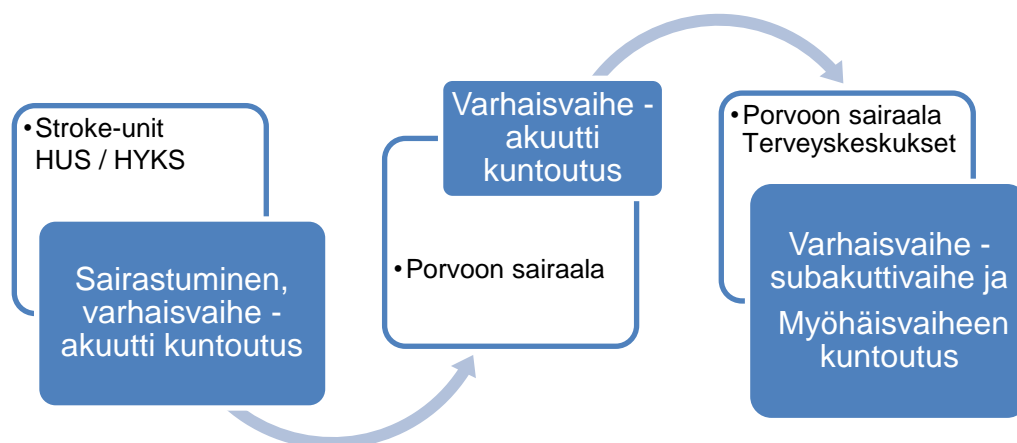
Porvoon sairaanhoitoalueen jäsenkunnat ovat Askola, Lapinjärvi, Loviisa, Pornainen, Porvoo ja Sipoo. Pornainen on ollut 1.1.2010 alkaen osa Mäntsälän perusturvapalveluita, ja Lapinjärvi ja Loviisa muodostavat 1.1.2010 alkaen perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueen (Loviisa). Porvoon sairaanhoitoalueella on yksi erikoissairaanhoidosta vastaava sairaala, Porvoon sairaala.

Alueen jäsenkuntien väkiluku on noin 96 000 asukasta. Porvoon sairaanhoitoalue tuottaa ensisijaisesti oman alueensa jäsenkunnille niiden tarvitsemia erikoissairaanhoidon palveluita yhdessä HYKS:n ja muiden sairaanhoitoalueiden kanssa (HUS 2014). Tässä työssä keskitytään Porvoon sairaanhoitoalueen kunnista Loviisan, Porvoon ja Sipoon aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden kuntoutuksen järjestämisen toimintatapoihin.

### 3.2 Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksen järjestämisen nykytila

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan vaativa päivystys ja tehohoito on keskitetty HYKS / Meilahden sairaalaan. Hoidon varhaisvaiheen akuuttikuntoutus voi näin ollen alkaa HYKS:n Stroke Unit - osastolla, josta potilas siirtyy joko alueen erikoissairaanhoidon yksikköön Porvoon sairaalaan tai suoraan alueen terveystieteiden keskuksen hoitovastuulle. Kuntoutuksen järjestämisen nykytilan kuvaus on kuvattuna kuviossa 3.

Alueella ei ole erillistä kuntoutusyksikköä. Kuntoutustyöntekijät ovat osa erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon nykyistä toimintaa. Porvoon sairaalassa potilaita hoidetaan sisätautiosastolla, lisäksi sairaalassa toimii neurologian poliklinikka. Sekä vuodeosastolla että poliklinikalla potilaiden hoito on moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuvat kolmen neurologin lisäksi sairaanhoitajat, yksi puheterapeutti, yksi neuropsykologi, kahdeksan fysioterapeuttia, toimintaterapeutti sekä sosiaalityöntekijä. Fysioterapiapalvelut ja toimintaterapiapalvelut jaetaan sairaalan kaikkien erikoisalojen vuodeosastojen ja poliklinikkatoiminnan kesken.



Kuvio 3. Kuntoutuksen järjestämisen vastuiden nykytila Porvoon sairaanhoitoalueella.

Kuntien terveyskeskusten kuntoutustyöntekijöiden työpanoksen kohdentaminen on kuntakohtaista, myös kuntien rakenteet ovat erilaisia. Kaikissa alueen terveyskeskuksesta on fysioterapeutteja. Loviisan terveyskeskuksessa on kuusi, Sipoossa neljä ja Porvoon terveyspalveluissa 10 avohoidossa olevan lisäksi vuodeosastoilla on kaksi ja vanhuspalveluissa neljä fysioterapeuttia (yhteensä 16). Kuntien fysioterapeutit vastaavat koko terveyspalvelualueensa kaikkien potilasryhmien vuodeosasto- ja poliklinikkapalveluista. Toimintaterapeutteja on Porvoon terveyspalveluissa yksi vuodeosastolla ja yksi vanhuspalveluissa. Sipoon kotiutustiimissä on niin fysioterapeutti kuin myös toimintaterapeutti. Sipoon ja Loviisan avokuntoutuksen toimintaterapiapalvelut hankitaan ostopalveluna kuten puheterapiapalvelutkin. Loviisassa on lisäksi yksi, ja Porvoossa kaksi kuntohoitajaa. (Muistio 2015.) Kuntoutujat ovat saaneet tämän lisäksi ostopalveluna neuropsykologin palveluita sekä laituskuntoutusjaksoja. Porvoon sairaalan ja terveyskeskusten, joiden edustajat osallistuivat tutkimussuunnitelman mukaisesti kehittämistyöhön, kuntoutusresurssit on kuvattu taulukossa 1.

Porvoon sairaanhoitoalueen lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluista on alueellinen ohje. Tämän ohjeen ulkopuolelle on rajattu erikoissairaanhoidosta saatavat, erikoisasiantuntijuutta vaativat lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet sekä vammais- palvelulain ja –asetuksen perusteella myönnettävät apuvälineet. (Suhonen 2006). Porvoon sairaanhoitoalueen fysioterapiatoiminnan ja apuvälinetoiminnan yhtenäistäminen – hankkeessa (2005 - 2007) kuvattiin apuvälinetoiminnan lisäksi myös aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan yhtenäiset fysioterapiaan liittyvät kuntoutuskäytännöt. Nämä käytännöt päivitetään vuosittain.

Taulukko 1. Aineiston keruuseen osallistuneiden terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon (Porvoon sairaala) kuntoutusresurssit.

	Porvoon sairaala	Loviisan tk	Porvoon tk	Sipoon tk	Yht.
Fysio - terapeutit	vuodeosasto: 5 poliklinikat: 3	vuodeosasto: 1,8 poliklinikka: 2,7	vuodeosasto: 2 poliklinikka: 10 vanhuspalvelut: 4	vuodeosastot: 1,5 poliklinikka: 3,5 kotiutustiimi: 1	34,5
Toiminta- terapeutit	1	ostopalveluna	vuodeosasto: 1 vanhuspalvelut: 1	kotiutustiimi: 1	4
Kunto- hoitajat	ei	fysioterapia: 1 senioripalvelu- keskus: 1	poliklinikka: 2 vanhuspalvelut: 2	ei	6
Puhe- terapeutit	1	ostopalveluna	ostopalveluna	ostopalveluna	1
Neuro- psykologi	1	ostopalveluna	ostopalveluna	ostopalveluna	1
<b>Kaikki yht.</b>					46,5

Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut potilas ylittää sairastuttuaan monia rajapintoja, ja organisaatioiden rajat ylittävän toiminnan sujuvuuden merkitys korostuu tulevaisuudessa (Troberg 2012: 85). Organisaatioiden välillä käytävä vuorovaikutus vaikuttaa kykyyn koordinoida toimintaa, innovatiivisuuteen, tiedon jakamiseen ja sen hyödyntämiseen. Rakenteisiin liittyvillä toiminnan eri tasoilla voi syntyä institutionaalisia normeja, jotka eivät näy ulkopuolisille. Näin ollen kuntoutuksen järjestämisen näkökulmasta voi järjestämisvastuiden viidakko olla joillekin ammattilaisille oman työnsä sisällä hahmotettavissa, kun taas muille ammattilaisille, toiselle organisaatio-osapuolelle tai kuntoutujalle tämä ei näy. (Stenvall - Rannisto – Sallinen 2014: 15 -17.) Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutuksen järjestämisen kuvausta tarvitaan avaamaan kuntoutuksen järjestämisen piiloiset institutionaaliset normit. Myös yhteiskunnallinen paine kannustaa kuntia uudelleen toimintaan Sote - uudistuksen myötä, ja sairaanhoitopiirin strategia edellyttää lisääntyvää yhteistyötä peruskuntien kanssa.

#### 4 Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite ja tarkoitus sekä tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa kuvaus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutuksen järjestämisen toimintatavaksi Porvoon sairaanhoitoalueelle.

Tutkimuksellista kehittämistyötä ohjasivat kysymykset:

1. Mitä ovat kuntoutuksen järjestämisen toimintatavat kuntoutujien näkökulmasta kuvattuna?
  - a. Mitä hyviä toimintatapoja on käytössä?
  - b. Mitkä toimintatavat eivät ole olleet toimivia?
  - c. Mitkä tekijät edistävät kuntoutumisen järjestämistä?
  - d. Mitkä tekijät estävät kuntoutumisen järjestämistä?
  
2. Mitä on kuntoutuksen järjestämisen hyvät toimintatavat Porvoon sairaanhoitoalueella julkisella sektorilla moniammatillisen kehittäjäryhmän tuottamana?
  - a. Mitä ovat kuntoutuksen järjestämisen toimintatavat, kun kuntoutusta tarkastellaan kuntoutujien näkökulmasta?
  - b. Mitä on kuntoutuksen järjestämisen alueelliset toimintatavat, kun niitä tarkastellaan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan hyvän kuntoutuskäytännön suositusten näkökulmasta?

Tutkimuksellinen kehittämistyö tuotti kuvauksen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan alueellisesta kuntoutuksen järjestämisen toimintatavasta.

## 5 Tutkimuksellisen kehittämistyön kuvaus ja menetelmälliset ratkaisut


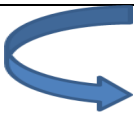


### 5.1 Lähestymistapana toimintatutkimuksen strategia

Tämä työ toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä käyttäen toimintatutkimuksen strategiaa sen soveltuessa käytännöllistavoitteelliseen toimintaan, jossa toimijat osallistuvat aktiivisesti ratkaisun löytämiseen (Anttila 2006: 440; Aaltola - Syrjälä 1999: 18). Toimintatutkimuksen tarkoituksena on juuri käytännöllisen tiedon tuottaminen. Tähän lähestymistapaan kuuluu erilaisten näkökulmien nostaminen yhteiseen keskusteluun. Toimintatutkimus sopii siis hyvin tilanteisiin, jossa pyritään muuttamaan jotain sekä lisäämään muutoksen kohteena olevasta asiasta ymmärrystä sekä tietoa tuomalla käytännön hyötyä ja käyttökelpoista tietoa. (Toikko - Rantanen 2009: 30 – 31.) Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tiedon intressi oli emansipatorinen. Tällöin tiedon intressi on aina yhteydessä elämään, arvioihin, käytäntöön ja subjettiin. Emansipatorisessa tutkimuksessa toimija itse pyrkii muuttamaan toimintaansa ja ympäristöään. (Metsämuuronen 2005: 219.)

Toimintatutkimus mahdollistaa harkinnanvaraisen ja tarkoituksenmukaisen aineiston hankinnan, mikä tässä kehittämistyössä toteutettiin monipuolisen ja kattavan ymmärryksen tavoittamiseksi kutsumalla työryhmään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kuntoutusta tekeviä ammattilaisia. He muodostivat ammattilaisten pientyöryhmän. Lisäksi haluttiin mukaan myös kuntoutujien näkökulma, ja tämä saatiin kuntoutujilta teemahaastatteluilla. Toimintatutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan pyritään kuvaamaan ja ymmärtämään aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutumisen järjestämiseen liittyviä näkökulmia, näin ollen haastateltujen määrä voi olla pieni ja harkittu. Tässä tutkimuksessa haastateltiin kolme kuntoutujaa. (Eskola - Suoranta 2008: 61.) Teemahaastattelu valittiin menetelmäksi, koska se sallii tutkittavien aihepiirien sisällä syventävien kysymysten tekemisen.

Tutkijan rooli oli toimintatutkimuksen hengen mukaisesti aktiivinen toimintaa ohjaava osallistuja (Toikko - Rantanen 2009: 30). Tutkija vastasi itse myös kuntoutujien haastattelusta. Tutkijan rooli oli tulkita esille tulevia tilanteita, sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Tutkijan rooli kehittämistyössä oli huolehtia ammattilaisten keskustelun pysymisin teemassa, ja kannustaa osallistujia tuomaan esille erilaisia näkökulmia sekä löytämään ratkaisuja.

Toimintatutkimukselle on tyypillistä spiraalimainen kehittäminen, jossa aikaisempi kehää täydentää seuraavia. Toimintatutkimuksen sykleissä keskeistä on reflektiivinen ajattelu, joka johtaa toiminnan suunnitteluun ja arviointiin tuottaen uudenlaisia tapoja. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutus asetettiin arvioitavaksi kuvion 4 mukaisen sykleittäin etenevän kaavion mukaisesti, jossa ensimmäisessä tapaamisessa kerättiin ammattilaisten tuottamaa aineistoa nykytilasta. Sen jälkeen kuntoutujien käsitykset saatiin kuuluville haastatteluilla. Syklin toisessa vaiheessa nämä kaksi aineistoa käsiteltiin yhdessä ammattilaisten muodostamassa pientyöryhmässä, ja kolmannessa vaiheessa niistä tuotetun aineiston perusteella kuvattiin alueelle kuvaus toimintatavasta.

	1. Tapaaminen / tammikuu 2015 Ammattilaisten tuottama tieto Suunnittelu ja toimintavaihe
	Kuntoutujien haastattelut / helmikuu 2015 Kuntoutujien tuottama tieto Toimintavaihe
	2. Tapaaminen / maaliskuu 2015. Learning Cafe Ammattilaisten tuottama tieto ensimmäisen tapaamisen ja kuntoutujilta saadun tiedon perustella Reflektointivaihe
	3. Tapaaminen / huhtikuu 2015 Kuvauksen kirjaaminen Arviointivaihe

Kuvio 4. Toimintatutkimuksen syklit mukaillen Linturi 2003 (Teoksessa Anttila 2006:442).

## 5.2 Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen

Tutkimuksellisen kehittämistyön aihe nousi tarpeesta kehittää alueen kuntoutustoimintaa. Työn rajautuminen aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksen järjestämiseen määräytyi alueen ylilääkäreiden toiveesta. Tutkimusluvan myönsi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhtymähallinnon Koordinoiva eettinen toimikunta 18.11.2014. Tämän jälkeen tutkimuslupa pyydettiin Loviisan, Porvoon, ja Sipoon terveyskeskuksista. Tutkimuksellisen kehittämistyön tekemiseen osallistui kuntoutujia, sekä ammattilaisten muodostama pientyöryhmä. Tutkija oli osallisena tuottamassa tietoa. Kehittämis-

työhön liittyvät ammattilaisten kolme tapaamista olivat tammikuussa, maaliskuussa ja huhtikuussa 2015. Kehittämistyön ajallinen eteneminen on kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2. Kehittämistyön ajallinen eteneminen

Aika	Prosessin vaihe
Elo - marraskuu 2013	Aiheen täsmentyminen ja seminaarit
Kevät 2014	Tutkimussuunnitelman valmistelu
Marraskuu 2014	Tutkimuslupa HUS Koordinoiva eettinen toimikunta
Joulukuu 2014 – 1/ Tammikuu 2015	Tutkimusluvut Sipoo, Porvoo, Loviisa
Tammikuu 2015	Ensimmäinen tapaamien, ammattilaisten pienryhmä
Helmikuu 2015	Kuntoutujien haastattelut
Maaliskuu 2015	Toinen tapaaminen, ammattilaisten pienryhmä
Huhtikuu 2015	Kolmas tapaaminen, ammattilaisten pienryhmä
Touko-kesäkuu 2015	Työn kirjoittaminen
Elokuu 2015	Kehittämistyö on valmis

Ensimmäisessä tapaamisessa tammikuussa 2015 kerättiin ammattilaisten käsityksiä siitä, minkälaisia hyviä toimintatapoja oli käytössä, mitkä toimintatavat eivät olleet toimivia ja minkälaisia kuntoutuksen järjestämisen edistäviä tai estäviä tekijöitä he havaitsivat. Lisäksi sovittiin kevään kokousten aikataulut, sekä haastateltavien valintaan liittyvät käytännön järjestelyt. Ensimmäisen tapaamisen jälkeen, helmikuussa, tutkija haastatteli kolme kuntoutujaa. Yhden haastattelu tapahtui Porvoon sairaalassa, ja kahden terveyskeskuksissa. Haastatteluista saadun tiedon ja ammattilaisten kokemusten sekä hyvien kuntoutuskäytäntöjen pohjalta työstettiin yhteistoiminnallisella Learning Cafe - menetelmällä saatuja materiaaleja. Yhteiskehittelyn menetelmin haettiin moniäänisyyttä ja jaettua ymmärrystä (Harra - Mäkinen – Sipari. 2012). Toisessa tapaamisessa aineisto tuotettiin kirjallisena fläppitauludokumenttina, jonka tutkija kopioi identtiseksi Word-dokumentiksi. Analysoitu tieto siirrettiin tutkijan viemänä Hyvät kuntoutuskäytännöt – taulukkoon, sekä sen pohjalta työstettiin kuntoutusketjun esiaste viimeisen tapaamisen työkaluksi. Kolmannessa tapaamisessa saatu aineisto tarkistettiin sekä sovittiin tehtävistä muutoksista. Ensimmäinen ja kolmas tapaaminen tallennettiin digitaaliseen muotoon. Tuotettu aineistot käsiteltiin aineiston analyysin menetelmällä. Prosessin eteneminen on kuvattu taulukossa 3.

Taulukko 3. Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessin eteneminen

Prosessin vaihe	Osallistujat	Menetelmät	Aineiston analyysi	Tulos
Ensimmäinen tapaaminen	Ammattilaisten pientyöryhmä	Keskustelu, ammattilaisten käsitys kuntoutuksen järjestämisestä; aineiston tallennus ja litterointi	Aineistolähtöinen sisällön analyysi	Ammattilaisten käsitys kuntoutuksen järjestämisestä (Ammattilaisten käsitys nykytilasta)
Haastattelut	Kuntoutujat	Teemahaastattelu, kuntoutujien käsitys kuntoutuksen järjestämisestä; tallennus ja litterointi	Aineistolähtöinen sisällön analyysi	Kuntoutujien käsitys kuntoutuksen järjestämisestä (Tehtävä 1)
Toinen tapaaminen	Ammattilaisten pientyöryhmä	Learning Cafe, ammattilaisten tekemä vertailu kuntoutujien ja ammattilaisten käsityksistä suhteessa hyviin käytäntöihin; tuotetun kirjallisen materiaalin litterointi.	Aineistolähtöinen sisällön analyysi	Kuntoutuksen järjestämisen erot suhteessa hyviin kuntoutuskäytäntöihin (Tehtävä 2ab)
Kolmas tapaaminen, yhteenvedon muodostaminen	Ammattilaisten pientyöryhmä	Kuvauksen muodostaminen, tallennus ja litterointi	Aineistolähtöinen sisällön analyysi	Kuvaus ensimmäisestä alueellisesta kuntoutusketjusta (Tehtävä 2 ab)
Kuvaus on valmis				Valmis kuvaus

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä kuvattiin kuntoutuksen järjestämiseen osallistuvien tahojen kuntoutujien ja ammattilaisten keskinäisiä suhteita ja interventioita. Yhteistyön tuloksena saatiin kuvaus alueellisesta kuntoutuksen järjestämisen toimintatavasta. Kuvaus tuotettiin kuntoutujien tuottaman tiedon sekä ammattilaisten tuottaman tiedon perusteella vertaamalla niitä olemassa oleviin hyviin kuntoutuskäytäntöihin.

### 5.3 Tiedontuottajien valinta ja kuvaus

#### Alueen valinta

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on kuluvalle järjestämissuunnitelmakaudella sovittu, että sairaanhoitoalueet voivat sopia oman alueensa peruskuntien kanssa alueella terveydenhuollon järjestämisestä. Itä-Uudellamaalla Porvoon sairaanhoitoalueen järjestämissuunnitelman kehittämiskohteista yksi on kuntoutuksen järjestäminen

alueella. Järjestämissuunnitelman vastuuhenkilöt ovat katsoneet, että tämä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden kuntoutuksen järjestämistapoja kuvaava työ tukee järjestämissuunnitelman tavoitteita ja tulee olemaan osa sitä. Porvoon sairaanhoitoalueelle (noin 96 000 asukasta) kuuluu Askolan, Pornaisten, Porvoon ja Sipoon perusturvapalvelut sekä Loviisan ja Lapinjärven muodostama yhteistoiminta-alue. Tässä työssä keskitytään Porvoon sairaanhoitoalueen kunnista Loviisan (15 480 asukasta), Porvoon (49 728 asukasta) ja Sipoon (19 034 asukasta) aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden kuntoutuksen järjestämisen toimintatapoihin (Tilastokeskus 2014.) Valittujen kuntien peruspalveluiden toimintamallit koskevat yli 86 % sairaanhoitoalueen asukkaista. Tekijä työskentelee kyseisellä sairaanhoitoalueella erikoissairaanhoidossa osallistuen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutuksen järjestämiseen. Toiminnan kehittäminen alueella on myös osa tekijän omaa perustehtävää, ja tästä syystä kehittämistehtävän valinta omalta alueelta oli luontevaa.

Kuntoutuksen ammattilaiset, pienkehittäjätyöryhmän valinta

Työryhmässä työskenteli erikoissairaanhoidon sekä alueen perusterveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen ammattilaisia. Työryhmän ammattiryhmittäinen koonpano on kuvattuna taulukossa 4. Ammattilaisten työryhmä oli alueiden ylilääkäreiden nimeämä neurologisen kuntoutuksen työryhmä, joka oli kokoontunut syksyllä 2014 orientaatiovaiheen yhteistyökokokseen kerran neurologian Porvoon sairaalaan neurologian ylilääkärin kutsumana.

Työn kakkos- ja kolmosyklivaiheeseen osallistui myös Askolan kunnan fysioterapeutti ylilääkärinsä ja neurologian ylilääkärin luvalla. Tutkija oli yksi kehittämiseen osallistuvista ammattilaisista osallistuen yhteistyöhön aktiivisesti (Anttila 2006: 441). Tekijän rooli tässä työssä oli muutosagenttina toimiminen, koordinoija sekä yhdessä tekeminen (Heikkinen, Huttunen - Moilanen 1999: 169.)

Taulukko 4. Ammattilaisten pientyöryhmän kokoonpano

Organisaatio	Nimike
HUS Porvoon sairaala, erikoissairaanhoido	ylilääkäri osastonhoitaja, fysioterapia fysioterapeutti neuropsykologi psykologiharjoittelija puheterapeutti sairaanhoidaja toimintaterapeutti
Loviisan terveyskeskus	ylilääkäri osastonhoitaja, fysioterapia kotihoidon koordinaattori
Porvoon terveyskeskus	geriatri osastonhoitaja, fysioterapia
Sipoon terveyskeskus	osastonhoitaja, fysioterapia
Askolan terveyskeskus	fysioterapeutti, tapaamiset 2 ja 3
Yhteensä	15 henkilöä

## Kuntoutujien valinta haastateltaviksi

Kuntoutujien ääni saatiin kuuluville haastatteleamalla kolme kuntoutujaa. Aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutusta koskeva konsensuslausuma on tehty 2008, sekä ensimmäinen versio aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen Käypähoidosta on julkaisu tammikuussa 2011. Tutkimuksellisen kehittämistyön haluttiin rajata kuntoutujien haastattelu konsensuslausuman jälkeiseen aikaan, ja näin päädyttiin työtä suunnitelmavaiheessa (2013) kriteeriin, jolloin sairastumisesta on alle viisi vuotta. Kuntoutujien äidinkieli toivottiin olevan sama kuin haastattelijankin, jotta voitiin vähentää väärinymmärrysten määrää haastattelun aikana. Kuntoutujien toivottiin saaneen moniammatillista kuntoutusta, jotta kuntoutuksen monimuotoisuudesta olisi saanut laajemman kuvan. Haastateltavien valinnan teki kunkin kunnan ylilääkärien nimeämät lääkinnällistä kuntoutusta toteuttavat henkilöt annetun kriteeristön mukaisesti. Kriteerit on kuvattu kuviossa 5.

- aivoverenkiertohäiriöön sairastumisesta enimmillään viisi vuotta
- sairastuttuaan ovat olleet hoidossa sekä alueen omassa erikoissairaanhoidon sairaalassa (Porvoon sairaala) ja oman kotikunnan (Loviisa, Porvoo tai Sipoo) laitosp- tai avokuntoutuksessa tai molemmissa
- kuntoutujat ovat tarvinneet useampia kuin yhtä lääkinnällisen kuntoutuksen toimenpiteitä
- haastateltavat ovat suomenkielisiä

Kuvio 5. Haastateltavien valintakriteerit

Tutkimukseen osallistumista ehdottaneet ammattilaiset esittivät sopiville kuntoutujille osallistumismahdollisuutta, ja antoivat potilaille kuntoutujille tarkoitetun tiedotteen sekä suostumuslomakkeen. Kuntoutujan osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti.

Tutkimussuunnitelman mukaan oli tarkoituksensa haastatella yksi porvoolainen, yksi loviisalainen ja yksi sipoolainen kuntoutuja. Sipoon kunnan kuntoutuja kuitenkin estyi viime hetkellä saapumasta haastatteluun, eikä toista kuntoutujaa kunnan alueelta ollut tarjota, joten Loviisan ylilääkärin suostumuksella haastateltiin Loviisan alueelta kaksi kuntoutujaa. Haastattelut tehtiin helmikuussa 2015. Haastattelut suoritti tutkija.

#### 5.4 Aineiston kerääminen

Kehittämistyön aineisto muodostui laadulliselle tutkimukselle ominaisin tavoin haastatteleamalla, keskustelemalla sekä tuottamalla yhdessä dokumentteja (Tuomi - Sarajärvi 2009: 71). Ammattilaisten tuottama aineisto kerättiin kolmen eri tapaamisen aikana, kaksi tapaamista tallennettiin digitaalisesti ja yksi tapaaminen tuotti kirjalliset dokumentit. Tuotettu aineisto oli laadullista, kuvailevaa tietoa. Aineiston analyysi toteutettiin aineistolähtöistä sisällön analyysiä käyttäen (Tuomi – Sarajärvi 2009: 103 -113). Tutkimuksessa kuntoutujilta saatua aineistoa hyödynnettiin ammattilaisten toisessa pienryhmätyöskentelyssä, jossa yhteiskehittelyn avulla alueelle luotiin kuvaus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksen järjestämisen toimintatavasta. Kuntoutustyöntekijöiden ammatillinen osaaminen on kuntoutuksen ydintä ja moniammatillisella ja eri organisaatioista koostuvalla työryhmällä katsottiin voivan tuottaa riittävästi monipuolista tietoa alueen kuntoutuksen järjestämisestä organisaation näkökulmasta.

Kuntoutujien ääni saatiin kuuluville teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelussa pyrittiin löytämään vastauksia tutkimustehtävien mukaisesti, joten se soveltui hyvin haastattelumenetelmäksi (Tuomi – Sarajärvi 2009: 75). Teemahaastattelun avulla pyrittiin löytämään kuntoutujien näkemyksiä aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutumisen järjestämisestä, ja teemahaastattelun runko perustui tutkimussuunnitelman kysymyksiin. Haastateltavilta pyydettiin ensin kertomaan nimen ja syntymäajan lisäksi sairastumisesta sekä siitä, miten ja missä häntä oli hoidettu, minkälaista kuntoutusta hän oli missäkin paikassa saanut ja miten siirtyminen vastuupaikasta toiseen oli sujunut. Tämän lisäksi heitä pyydettiin kertomaan mitä hyviä toimintatapoja on ollut käytössä, mitkä toimintatavat eivät ole olleet hyviä, mitkä tekijät heidän mielestään edistivät kuntoutuksen järjestämistä ja mitkä tekijät estivät kuntoutuksen järjestämistä. Kysymykset on nähtävissä liitteessä 1.

Kolmen kuntoutujan yksilölliset haastattelut tapahtuivat helmikuun 2015 aikana, yksi Porvoon sairaalassa kuntoutujan toivomuksesta. Kaksi haastattelua tehtiin kuntoutujien omassa terveyskeskuksessa. Aineiston keruumenetelmät on kuvattu kuviossa 6.

	Menetelmä
Kuntoutuja	Teemahaastattelu
Ammattilaiset	Yhteistoiminta

Kuvio 6. Aineiston keruumenetelmät

#### 5.4.1 Ammattilaisten tapaamiset

##### Ensimmäinen tapaaminen

Ensimmäisen tapaamisen aikana keskityttiin tuottamaan ammattilaisten avulla tietoa olemassa olevista hyvistä ja huonoista toimintatavoista, sekä kuntotutusta edistävästä ja estävästä tekijöistä. Dialogista keskustelua ohjasi tutkimuskysymykset joiden läpikäynnistä vastasi kokouksen koollekutsujana ylilääkäri. Läpikäytävät kysymykset olivat kaikkien nähtävillä videotykin avulla. Tekijä osallistui työpajassa yhteiskehittelyyn, rooliina oli puheenvuoroin osallistua näkökulmia laajentavaan keskusteluun sekä havainnoida keskustelun sisältöjä. Tapaamisen suunnitteluvaiheessa käytiin etukäteen avointa dialogia työryhmän koollekutsujan kanssa ja tapaamisen sisältö ja toteutus varmistettiin ennen tapaamista vielä sähköpostilla. Tapaamiseen kutsutut henkilöt saivat etukäteen hyvien kokoustapojen mukaisesti tiedoksi tapaamisen sisällön. Ryhmään osallistuneita osallistujia oli etukäteen informoitu orientoivan vaiheen tapaamisessa syksyllä 2014 tulevasta kevään 2015 aikana tapahtuvasta AVH - kuntoutusketjun kehittämisestä osana opinnäytetyötä.

Tapaamisen aluksi ryhmän jäsenet saivat hyvien tutkimustapojen mukaisesti pienkehittäjäryhmätiedotteen (liite 2), jossa kuvattiin tutkimuksellisen kehittämistyön kulku. Ensimmäisen tapaamisen lopuksi käytiin läpi haastateltavien kuntoutujien kriteerit ja tavoittaminen, sekä haastattelupaikasta sopiminen. Kuntien edustajille annettiin mukaan tutkittavien tiedotteet (liite 3) ja tutkittavien suostumuslomakkeet (liite 4) tutkimusta varten. Toimintaa ohjasi AVH - potilaan käypähoitosuositukset (Käypä hoito 2011) sekä suositukset hyvistä kuntoutuskäytännöistä (Paltamaa ym. 2011). Tekijä vastasi tapaamisen tallennuksesta. Tallentaminen tapahtui erillisellä digitaalisella äänentallentimella,

josta tallenne voitiin siirtää tapaamisen jälkeen tietokoneelle turvaten tallenteen säilymisen tutkimuksen ajan.

### Toinen tapaaminen

Ammattilaisten toisen tapaamisen ohjaajana toimi tekijä. Tapaamisen aluksi esiteltiin työmenetelmä, Learning Cafe. Learning Cafe eli Oppimiskahvila – menetelmässä olennaista on keskustelu, ja mielipiteiden vaihtamien sekä konsensuskseen pyrkiminen. (Innokylä 2012.) Menetelmä valittiin työtavaksi, sillä sen avulla voitiin taata kaikille osallistujille mahdollisuus tasavertaiseen pienryhmäkeskusteluun ja tiedon siirtoon. Menetelmän ideologian mukaan ammattilaiset jaettiin vapaavalintaisesti kahteen ryhmään. Kummassakin ryhmässä oli käytettävissä suositukset hyvistä kuntoutuskäytännöistä. Toiseen ryhmän osallistujat aloittivat kuntoutujilta haastatteluiden kautta saaduista ja litteroiduista vastauksista, toinen ryhmä aloitti ammattilaisten tuottamien ja litteroitujen vastausten tarkastelusta siten, että niitä kummassakin ryhmässä oli tarkoitus verrata hyviin kuntoutuskäytännön suosituksiin. Viidentoista minuutin tarkastelun jälkeen ryhmät vaihtoivat paikkaa puheenjohtajien pysyessä paikallaan. Kun kumpikin ryhmä oli käsitellyt molemmat vastaukset, ryhmien puheenjohtajan esittelivät lopputulokset ja niistä keskusteltiin tekijän johdolla. Toisen tapaamisen aineisto oli kaksi erillistä kirjallisesti tuotettua dokumenttia, kuntoutujien sekä ammattilaisten tuottamien vastausten vertailu hyvien kuntoutuskäytäntöjen suosituksiin.

### Kolmas tapaaminen

Kahden aikaisemman tapaamisen, sekä kuntoutujien tuottaman tiedon vertailu suhteessa hyviin kuntoutussuosituksiin tuotti aineiston viimeiseen, kolmanteen tapaamiseen. Ammattilaisten ja kuntoutujien tuottaman aineiston käsittelyssä toteutui yhteistoiminnallisuuden periaatteet; yhteinen ennakointi sekä vastavuoroisuus, ja niiden avulla rakennettu yhteinen tulevaisuus (Harra - Mäkinen - Sipari 2012). Kolmannen tapaamisen alussa käytiin läpi tekijän alustamana hyvien kuntoutuskäytäntöjen ydin. Tapaaminen keskittyi tuotettujen materiaalien tarkistamiseen, sekä tulevaisuuden suunnitteluun kuntoutusketjun valmistuttua. Materiaalit muodostuivat yhteisesti tuotettujen materiaaleista litteroidusta aineistosta, ja niiden pohjalta tehdyistä kuvauksista. Tekijä osallistui tapaamiseen tasavertaisena yhteiskehittäjänä muiden kanssa. Tekijän työparina kokouksessa toimi ylilääkäri, joka varmisti yhdessä tekijän kanssa kaikkien materiaali-

en käsittelyn ja arvioinnin. Työmenetelmänä oli edellisen tapaamisen materiaaleista koostettujen asiakirjojen arviointi ja täydentäminen keskustelun keinoin ylläkäarin johdolla. Tapaaminen tallennettiin digitaalisesti, ja se käsiteltiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaatimalla tavalla.

#### 5.4.2 Kuntoutujien haastattelut

Kuntoutujien haastatteluilla saatiin selville kuntoutujien näkökulma aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutuksen järjestämisen toimintatavoista. Toimintatutkimuksessa kuntoutujilta saatua aineisto ei ollut tarkoituksena ainoastaan tutkia tai ymmärtää, vaan myös hyödyntää yhdessä ammattilaisten työskentelyssä luoden yhteiskehittelyn avulla alueelle aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksen järjestämisen toimintatapa. Koska tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä ei pyritty tilastollisiin yleistyksiin, vaan kuvaamaan ja ymmärtämään aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutumisen järjestämiseen liittyviä näkökulmia, haastateltujen määrä voi olla pieni ja harkittu (kolme potilasta). (Eskola - Suoranta 2008, 61.)

Haastateltavista yksi oli nainen, kaksi miestä. Kaikki haastateltavat kertoivat itse kuntoutumisen järjestämisestä omalla kohdallaan, kuitenkin yhden kuntoutujan omainen osallistui kuntoutujan lisäksi hänen avustajanaan haastatteluun. Kuntoutujista yksi oli sairastuessaan vielä työelämässä (eläkeikään muutamia vuosia) ja kaksi jo eläkkeellä olevia. Kuntoutujia pyydettiin kertomaan nimensä ja syntymäaikansa lisäksi lyhyesti sairastumisestaan, miten ja missä häntä oli hoidettu, mitä kuntoutumista tukevia terapi-oita tai toimenpiteitä hän oli kyseisissä paikoissa saanut ja miten siirtyminen oli sujunut vastuupaikasta toiseen. Lisäksi heiltä kysyttiin tutkimussuunnitelmassa olleet kysymykset 1) Mitä hyviä toimintatapoja on ollut käytössä 2) Mitkä toimintatavat eivät olleet toimiva 3) Mitkä tekijät heidän mielestään edistivät kuntoutuksen järjestämistä ja 4) Mitkä tekijät estävät kuntoutuksen järjestämistä. Haastatteluista yksi toteutui potilaan toiveen mukaisesti hänen käydessään muiden syiden takia Porvoon sairaalassa, ja kaksi kuntoutujien omassa terveyskeskuksessa. Aikaa haastatteluihin käytettiin enintään tunti. Haastattelun suoritti tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä. Kaikki haastattelut tallennettiin digitaaliseen muotoon, ja saatu aineisto käsiteltiin sisällönanalyysilla.

## 5.5 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimusaineisto on sellaisenaan analysoitavana. Sisällönanalyysi sopi hyvin strukturoimattomankin aineiston analyysiin. Haastattelut ja käydyt keskustelut saatettiin tallennemuodosta kirjalliseen muotoon. Tämä saatu aineisto pelkistettiin, jonka jälkeen niistä muodostettiin tarpeenmukaiset ala- ja yläluokat. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 102 – 103.) Aineiston analyysissä analyysiyksikkönä voi olla lauseen osa tai ajatuskokonaisuus, mutta myös yksittäinen sana tai lause (Tuomi - Sarajärvi 2009: 111). Tässä tutkimuksellisen kehittämistyön analyysiyksikkönä käytettiin ajatuksellista kokonaisuutta. Aineistoa tarkasteltiin vasten tutkimuskysymyksiä, joten analyysiyksiköt valittiin tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti, eikä aikaisemmillä havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla ollut merkitystä lopputuloksen kannalta. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95, 112.)

Ensimmäisessä tapaamisessa ammattilaiset tuottivat aineistoa siihen, mitä hyviä tai huonoja kuntoutuksen järjestämisen toimintatapoja alueella oli, sekä mitkä tekijät heidän mielestään edistivät tai estivät kuntoutuksen järjestämistä. Tuotettu aineisto redusoitiin eli pelkistettiin, ja tämän lisäksi vielä klusteroitiin (ryhmiteltiin) pelkistetyistä ilmapuksesta alaluokkiin. Liitteessä 5 on näyte kolmannen tapaamisen aineiston ryhmittelystä pelkistyksestä alaluokkiin.

Ensimmäisessä tapaamisessa tuotettu tieto vietiin seuraavaan tapaamiseen kuitenkin pelkistetyssä muodossa sen suuremman informatiivisuuden takia. Ensimmäisen tapaamisen jälkeen tukija haastatteli kuntoutujat teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelulla pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimustehtävän mukaisesti, ja se mahdollisti haastattelutilanteessa tarkentavien lisäkysymysten tekemisen (Tuomi - Sarajärvi 2009: 75). Ensin jokainen haastattelu yksittäin purettiin alaluokkiin, ja sen jälkeen vastaukset yhdistettiin yhteen yläluokiksi. Haastattelu tuotti tietoa siitä, mitä ovat kuntoutuksen järjestämisen toimintatavat kuntoutujien näkökulmasta tutkimushetkellä.

Ammattilaisten toiseen tapaamiseen vietiin kirjallinen dokumentaatio ensimmäisen ammattilaisten tapaamisesta pelkistetyksen tasolla, sekä kuntoutujien tuottama aineisto alaluokkatasolla yhdistettynä yhdeksi kokonaisuudeksi. Alaluokkatasoon käyttämiseen päädyttiin sen isomman informaatioarvon takia. Ammattilaisten ryhmä työsti yhteiske-

hittelymenetelmin (Learning Cafe) kaikkia saamiaan aineistoja suhteessa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen hyviin kuntoutuskäytäntöihin. Työskentelyn tuloksena saatiin kaksi dokumenttia, joista toinen kuvasi kuntoutujien näkemyksiä ja toinen ammattilaisten näkemyksiä. Nämä dokumentit käsiteltiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmällä, ja yhdistettiin yhdeksi dokumentiksi vastaten siihen, mitä kuntoutuksen järjestämisen toimintatavat ovat kuntoutujien ja ammattilaisten näkökulmasta.

Kolmas tapaaminen tuotti tietoa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksen järjestämisen nykytilasta sekä kehitettävistä toimintamalleista. Siinä asiakas siirtyi organisaatiotasolta toiselle. Tämä ammattilaisten tapaaminen tuottama tieto käsiteltiin sisällönanalyysillä alaluokkatasolle. Lopullisen aineiston muodostivat ammattilaisten tapaamisesta litteroitu kirjallinen aineisto sekä kuntoutujien haastattelusta litteroitu aineisto. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 28 liuskaa, fontin ollessa Tahoma 11.

Taulukossa 5 on kuvattuna kehittämistyön aineiston keruuprosessi, jossa edetään ammattilaisten ja kuntoutujien tuottaman tiedon kautta kohti tavoitteena olevaa kuvausta alueellisista hyvistä kuntoutuskäytännöistä

Taulukko 5.

1.	Ensimmäinen ammattilaisten tapaaminen Ammattilaisten tuottama tieto	Sisällönanalyysi
2.	Kuntoutujien haastattelut Kuntoutujien tuottama tieto	Sisällönanalyysi
3.	Toinen ammattilaisten tapaaminen Ammattilaisten tuottama tieto vs. hyvät suositukset	Sisällönanalyysi
4.	Kolmas ammattilaisten tapaaminen Ammattilaisten tuottama kuvaus kuntoutusketjusta ja sen kehittämistarpeista	Sisällönanalyysi

## 6 Tulokset

### 6.1 Kuntoutuksen järjestämisen nykytilan kuvaus

Kehittämistyössä selvitettiin kuntoutuksen järjestämisen toimintatapoja kuntoutujien näkökulmasta (kehittämistehtävä 1). Sen rinnalla myös ammattilaiset pohtivat samoja teemoja. Tulosten perusteella löytyi kuntoutujien ja ammattilaisen mielestä yhteisiä toimivia näkökulmia kuin eroavaisuuksiakin.

Kuntoutujien mielestä Porvoon sairaanhoitoalueella kuntoutuksen järjestämisessä fysioterapia toimi hyvin. Fysioterapia alkoi heti, se oli monipuolista, vastasi kuntoutujan tarpeisiin ja jatkui kotiutumisen jälkeen. Myös ammattilaiset pitivät sairaanhoitoalueen yhteistyötä sekä fysioterapiakäytäntöjä toimivina.

”On toiminut hyvin kun siirrytään esh:sta pth:oon niin kuin siinä ei ole ollu mitään ongelmaa ja just nimenomaan fysioterapian suhteen ni mun mielest on toiminu todella hyvin sekä täällä (esh) päässä kuin meidän (tk) päässä”

Kuntoutujat olivat myös tyytyväisiä heille järjestettyihin laitospääntöjaksoihin. Laitospääntöstä erityisesti kiiteltiin sitä, että pääntöjakson aikana oli onnistuneet suunnitelmat, selkeä lukujärjestys sekä tarpeisiin vastaavaa pääntöä. Kuntoutujat kiittelivät myös kotona asumisen tukemista, siihen liittyviä apuvälinepalveluita sekä kodinmuutostöitä. Ammattilaiset kokivat hyväksi alueella olevat kotiutusikäntö, erityisesti mainittiin kotiutustiimit ja terapiahenkilöstön osallistuminen kotiutusprosesseihin. Kuntoutujat kokivat palveluiden olevan osaavia, ja asiantuntevia ja yhteistyön sujuvan hyvin eri instanssien välillä. Ammattilaiset pitivät sairaanhoitoalueen sisällä olevia kokousikäntöjä hyvinä. Ammattilaisten mielestä myös terveyskeskuksilla ja erikoissairaanhoidossa on hyviä omia kokousikäntöjä, jotka olivat toimivia ja tukivat pääntöjärjestämistä. Myös hoitohenkilökunnan osallistumisen pääntöön katsottiin olevan ammattilaisten mielestä hyvä olemassa oleva toimintatapa.

Pääntöjärjestämisessä oli kuntoutujien mielestä myös parannettavaa. Kuntoutujien näkökulmasta omaisten ja potilaan osallistuminen pääntösuunnitteluun sekä päätöksen tekoon oli puutteellista, erityisesti erikoissairaanhoidon akuuttivaiheen laitoshoidonjakso Porvoossa sai kritiikkiä. Kuntoutuja ja omaiset kokivat, että heillä oli

vain rajattu mahdollisuus keskustella neurologin kanssa, eikä osaston toimintatavat tukeneet omaisia kuntoutuksen suunnittelussa.

”Ja sitten kun sisaret oli Turusta ja Tampereelta tulossa samana päivänä katto-  
maan, ja junalla Helsinkiin ja hänet haettiin katsomaan Porvooseen. Kun ei tie-  
detty tästä että häntä ollaan jo siirtämässä Loviisaan...ja mä sain sitten sen ver-  
ran pitkitetty sitä lähtemistä, että ne sisaret ehti siellä Porvoossa käydä koska  
Loviisan asti ne ei olis sitten juna - aikataulujen takia päässy. Että ku oli kuitenkin  
kyse siitä että pysyykö hengissä vai ei. Omaisten tapaaminen pikkuisen enem-  
män vois ottaa huomioon, ettei se olis ihan shokki se siirto.”

Vaikka kuntoutujat olivat tyytyväisiä akuuttivaiheen jälkeiseen laituskuntoutuksen saa-  
miseen, toisaalta koettiin, että sinne siirtyminen tuntui kestävän kauan. Ammatillaiset  
kokivat kuntoutuslaitosten kanssa tehtävän yhteistyön yksisuuntaiseksi sekä ennakoi-  
mattomaksi asettaen siten haasteita jatkokuntoutuksen järjestämisessä terveyskeskuk-  
sessa.

”...jos tänään soitetaan (perjantai) että perjantaina kotiutuu ja pitäis heti maanan-  
taina olla terapiaa..”

Kuntoutujien mielestä joissakin tapauksissa tiedon puute, tai se, ettei kuntoutuksen  
seuranta ollut aukotonta, hidasti katkenneen terapian jatkumista tai uuden henkilökoh-  
taisesti valmistetun apuvälineen korjaamista. Palautetta annettiin myös joistain terapi-  
oiden sisällöistä. Kuntoutujilla oli huomautettavaa myös siitä, että kuntoutuksen paino-  
piste oli vain somaattisessa kuntoutuksessa.

Ammattilaisten näkökulmasta kaivattiin ammattilaisille yhteistä ymmärrystä ja käsitteis-  
töä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille, sekä päällekkäisten työvai-  
heiden poistumista. Ammattilaisten mielestä oli vaikeaa järjestää jatkokuntoutusta kun-  
toutushenkilökunnan puutteen takia. Lisäksi havaittiin eroja kuntouttavan hoitotyön to-  
teutumisessa niin terveyskeskusten välillä kuin erikoissairaanhoidon sisällä.

Kuntoutujien mielestä kuntoutuksen järjestämistä edistävät perheen ja kuntoutujan  
osallistuminen kuntoutuksen suunnitteluun, sekä yhteistyö eri tahojen kesken. Heidän  
mielestään strukturoidut toimintamallit edistävät kuntoutuksen järjestämistä ja sen to-  
teutumista. Järjestämisen esteinä nähtiin oma osallistumattomuus, lääkäreiden vaihtu-  
minen sekä yhteistyön puute kolmannen sektorin kanssa tarkoittaen tässä erityisesti  
järjestöjen toiminnasta tiedottamisen puutetta. Ammattilaisten mielestä kuntoutuksen  
järjestämisen edistäviä tekijöitä on alueellinen yhteistyö ja ammattilaisten osaaminen.

Kuntoutuksen järjestämisen esteinä on ammattilaisten mielestä kuntoutustiedon puute. Tällä tarkoitettiin tietämättömyyttä kuntoutuksesta, tutkimustiedon puutetta sinänsä.

”Joo ja siis että kuntoutuksesta, ehkä se on ollut vähän erillään tästä muusta terveydenhuollosta ja sairaanhoidosta ja on vaan ajateltu että se nyt on vaan että joku vatkaa niveliä siellä terveyskeskuksen takahuoneen nurkassa. Että se on sitä kuntoutusta.”

Lisäksi esteinä mainittiin kuntien heikko taloudellinen tilanne sekä byrokratia. Kuntoutujien ja ammattilaisten käsitykset nykytilasta on kuvattuna taulukkona liitteessä 6.

## 6.2 Kuntoutuksen järjestämisen hyvät toimintatavat Porvoon sairaanhoitoalueella kuntoutujien näkökulmasta

Porvoon sairaanhoitoalueella on olemassa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden kuntoutusta tukevia hyviä toimintatapoja. Kuntoutusketju toimi hyvin fysioterapi-an osalta. Fysioterapia alkoi akuuttivaiheessa erikoissairaanhoidossa, ja jatkui kuntoutujan siirtyessä jatkokuntoutukseen joko terveyskeskukseen, laituskuntoutukseen tai kotiin. Terveyskeskusten fysioterapia sai poikkeuksetta kiitosta kaikissa terveyskeskuk-sissa. Fysioterapian lisäksi muitakin terapioida hankittiin kotona asuvalle potilaalle tarpeiden mukaan ostopalveluna. Kotiutumisvaiheessa alueiden kotiutustiimit olivat toimi-via kuntoutusta tukevia toimintamalleja. Alueen toimivat apuvälinepalvelut ja terapeutti-en osallistuminen kotiutukseen sekä kotona selviytymisen arviointiin todettiin hyväksi mahdollistaen kotona asumisen. Ammattilaisten puheenvuoroista kävi ilmi, että potilaat eivät aina olleet huolehtineet heille määrättyjen jatkoseurantojen toteuttamisista. Am-mattilaisten kokemusten perusteella syitä on ollut erilaisia; tiedon puute, eivät ole muis-taneet, eivät ole ymmärtäneet varata aikaa tai eivät ole kyenneet varaamaan aikaa. Nykyinen tapa, jossa vastuu ajanvarauksesta on potilaalla, ei myöskään edesauta ti-lannetta, joten seuranta-ajanvaraus tulisi olla potilaalle automaattinen organisaatiosta lähtevä ajanvaraus.

Potilaat saivat myös tarvittaessa kuukauden mittaisen laituskuntoutusjakson. Vaikka ammattilaiset kritisoivat yhteistyön sujumista laituskuntoutustuottajien kanssa, kuntou-tujat eivät tätä havainneet vaan kokivat että heidän asiansa hoidettiin hyvin heidän siir-tyessä paikasta toiseen. Laituskuntoutuksen jälkeen kuntoutuksen jatkumista tosin ei varmistettu, tai se kesti kauan. Potilaan ja omaisten osallistuminen kuntoutuksen suun-nitteluun kuntoutuksen kaikissa vaiheissa tarvitsisi lisähuomiointia. Potilaat ja omaiset

kokivat erityisesti erikoissairaanhoidossa (Porvoon sairaala) tarvitsevansa enemmän osallisuutta. Heidän tulisi voida osallistua kuntoutuksen suunnitteluun, ja heidän pitäisi tuntea tulleensa kuulluksi. Myös psyykkisen kuntoutuksen tarve tulisi huomioida kaikissa kuntoutuksen vaiheissa. Potilaat toivoivat myös enemmän tietoa kolmannen sektorin toiminnasta sekä kuntoutusohjauksesta. Kuntoutuksen seuranta tarvitsee toimenpiteitä, sillä joissakin tapauksissa laitospotilaan siirtyminen kesti kauan. Myös henkilökohtaisesti valmistettujen apuvälineiden hankintaprosessi aikaisemmin rikkouduttua oli epäselvä.

### 6.3 Kuntoutuksen järjestämisen toimintatavat tarkastellen hyvien kuntoutuskäytäntöjen näkökulmasta

Hyvien kuntoutuskäytäntöjen mukaan kuntoutuksen vastuunjako on määriteltävä selkeästi koskien kuntoutuksen suunnittelua, terapioiden järjestämistä, neuvontaa ja ohjausta sekä apuvälinepalveluita. Kuntoutujien näkökulmasta fysioterapeuttien alueellinen yhteistyö oli toimivaa, samoin kotiutuskäytännöt ja niihin liittyvät kodinmuutostyö- sekä apuvälinekäytännöt. Kuntoutujien mielestä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö oli toimivaa ja kehitettävää oli ainoastaan kuntoutuksen seurannan näkökulmasta. Ammatilliset sen sijaan kokivat vastuunajossa olevan selkeytettävää, kuntoutuksen linjauksissa puutteita ja tämän takia kuntoutuksen toteuttaminen ontui. Kuntoutusvastuiden toteuttamista heikensi myös alueellinen terapeuttipula.

Viiveettömällä kuntoutuksella tarkoitetaan sitä, että kuntoutusprosessin eri vaiheissa kuntoutuja saa tarvitsemansa kuntoutuksen oikea-aikaisesti. Alueella fysioterapian osalta kuntoutus toimii viiveettömästi ja oikea-aikaisesti. Muiden terapioiden toteutumisen esteenä on terapeuttipula, sekä julkisen terveydenhuollon ja kolmannen sektorin väliset tiedonsiirron ongelmat. Viiveettömyys toteutui apuvälinepalveluiden ja kotiutumisen osalta. Laitospotilaita olivat tyytyväisiä, kuitenkin yhden kohdalla omainen mielti, olisiko laitospotilaan ajoituksen tai keston suhteen voinut toimia toisin. Kuntoutajat tunsivat tarvitsevansa myös enemmän tukea psyykkisessä kuntoutumisessa.

Vaikeavammaisen kuntoutuksen suunnittelu- ja hoitovastuu on ammattitaitoisella ja moniammatillisella työryhmällä. Ammatillaisen mielestä moniammatillinen kuntoutuksen arviointi toteutui erikoissairaanhoidossa, mutta ei perusterveydenhuollossa ja se

kärsii kuntoutushenkilöstön puutteen takia. Alueellinen vastuunjako toimi fysioterapian, kotiutuskäytäntöjen ja kodinmuutostöiden osalta. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen yhteistyö oli myös toimivaa. Vastuunjaon tuomien vastuiden toteuttaminen sen sijaan ontuu linjausten puutteen ja terapeuttipulan takia, eikä kuntoutuksen seuranta ollut riittävää.

Kuntoutussuunnitelma on laadittava moniammatillisesti ja yhteistyössä kuntoutujan kanssa. Kuntoutujat ja omaiset totesivat, että perheen osallistuminen kuntoutuksen suunnitteluun edistää kuntoutumista, ja alueella on kehitettävää kuntoutujien sekä omaisten huomioimisessa kuntoutuksen suunnittelussa. Ammatillaiset kokivat, että kuntoutussuunnitelman laatimista estää yhteisen tietojärjestelmän puute. Tämä ei kuitenkaan koske Kelan asiakkaita. Ammatillaiset myös kokivat kuntoutussuunnitelman tavoitteiden tekemisen vaikeaksi. Terveyskeskuksissa toimivat kuntoutuksen ammattilaiset kuvasivat haasteelliseksi muun muassa arvioida kuntoutuksen tarpeen kestoa ja koska esimerkiksi kuntoutusta voi vähentää tai lopettaa, ja milloin vastuu kunnan ylläpitämisestä voidaan siirtää kuntoutujan vastuulle. Toimintakyvyn ja vaikuttavuuden arvioinnissa on käytettävä apuna ICF:n viitekehystä. Tämä ei ole vielä alueella käytössä. Sairaanhoidoalueella on järjestetty kuitenkin ensimmäinen aiheeseen liittyvä koulutus, ja ICF - luokituksen käyttöön ottoa ollaan aloittamassa. Tulokset kuntoutuksen järjestämisen toimintatavasta peilattuna hyviin kuntoutuskäytäntöihin on koottu taulukkomuotoon liitteeseen 7.

## **7 Kuvaus kuntoutuksen järjestämisen hyvistä toimintatavoista**

### **7.1 Kuntoutuksen vastuunjako**

Tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksena syntyi kuvaus sairaanhoitoalueelle aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutuksen järjestämisen toimintatavasta. Kuvaus on alueen ammattilaisten tuottama, ja sen sisältöön ovat vaikuttaneet myös kuntoutujat. Valmistunut kuvaus on ensimmäinen kuvaus alueen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksen järjestämisestä. Tästä johtuen kuvaus painottuu nykytilan kuvaukseen. Tästä huolimatta kokoontumisten aikana havaittuihin epäkohtiin on pyritty löytämään ratkaisuja, jotka on jo kirjattu kuvaukseen. Kuvaus ei ole siis vain nykytilan kuvaus, vaan askel kohti hyviä kuntoutuskäytäntöjä.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan alueellisissa toimintatavoissa on kehitettävää. Kuntoutuksen seuranta ei toimi, kuntoutujille ei tarjota riittävästi neuvontaa ja ohjausta eikä kuntoutujat tiedä, keneen ottaa yhteyttä sairauteen liittyvissä kysymyksissä. Tämän takia työryhmä ehdotti, että sairaalasta kotiutuva potilas saisi automaattisesti kutsun terveyskeskukseen sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolle (esimerkiksi diabeteshoitajalle) 1-2 kuukauden kuluessa kotiutumisesta. Sairaanhoidajan vastaanotolla voidaan tarkistaa verenpaineet, veren sokeriarvot ja kolesteroliarvot sekä tarkistaa potilaan toimintakykyyn sekä kuntoutumiseen liittyviä sovitteja elämäntapojen interventioita. Tapaamisen aikana huomioidaan myös psykososiaalisen tuen tarve. Tarvittaessa hänet ohjataan lääkärin vastaanotolle, tai muiden tarvittavien palveluiden piiriin.

Kuntoutuksen seurannan mahdollistamiseksi on sovitteja alueelliset toimintamallit. Toimintakyvyn ja vaikuttavuuden arvioinnin yhteiseksi välineeksi suositeltiin ICF -luokituksen käyttöä. Varhaisvaiheen kuntoutus alkaa HUS Aivohalvausyksikössä tai HUS Porvoon sairaalassa. Myöhäisvaiheen kuntoutuksen päävastuu on terveydenhuollolla. Kela vastaa alta 65-vuotiaiden vaikeavammaisten kuntoutuksesta, perusvastuu säilyy kuitenkin kunnalla. Vastuunjakoon liittyen erikoissairaanhoidon perustehtäviksi katsottiin potilaan tilanteen arviointi ja hoitomuotojen valinta, sekundääripreevention aloitus, moniammatillinen arvio ja kuntoutuksen aloitus. Akuuttivaiheen ensivaiheessa sovitteja kirjattavaksi epikriisiin kuntoutussuunnitelma tai lyhyen tähtäimen kuntoutusehdotus. Akuuttivaiheessa erikoissairaanhoidosta suoraan kotiutuvan jatkoterapioiden järjestäminen on erikoissairaanhoidon vastuulla. Kuntoutuksen seurannan vastuunjako on määritelty työkyvyn arvion tai muun erityistarpeen suhteen. Työikäisten ja muiden erityishuomiota vaativien kontrollit ovat erikoissairaanhoidossa, kuten akuuttivaiheeseen liittyvä ajokykyä koskeva kannanotto. Ajokykyyn liittyvä myöhäisempi kannanotto ehdotettiin olevan terveyskeskusten vastuulla terveysperusteiseen ajokyvyn arviointiin viitaten. Myös laitospäätyneen kuntoutuksen harkinta on erikoissairaanhoidon tehtävä. Kuntoutuksen suunnittelu määriteltiin tehtäväksi erikoissairaanhoidossa.

Perusterveydenhuollon tehtäviksi katsottiin kuuluvaksi kuntoutuksen jatkaminen, seuranta ja tiedon jakaminen. Työryhmä ehdotti, että sairaalasta kotiutuva potilas saisi automaattisesti kutsun sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolle 1 – 2 kk:n kuluessa terveyskeskukseen. Terveyskeskuksen sairaanhoitajan vastaanotolla voidaan tarkistaa verenpaineet, sokerit ja kolesterolit sekä kysellä potilaan voinnista ja kuntou-

tukseen liittyvistä tarpeista. Terveyskeskuksessa tapahtuvassa seurannassa huomioidaan myös kuntoutujan psykososiaalinen tuen tarve, ja tarvittaessa hänet ohjataan palveluiden piiriin. Perusterveydenhuollon vastuulla on sekundaaripreventio, työkykyarvioiden lähettäminen moniammatilliseen arvioon neurologian erikoisalalle sekä tarvittaessa konsultoida kuntoutustyöryhmää. Kotiutukseen tai jatkohoitopaikkaan liittyvät järjestelyt ovat terveystieteiden vastuulla, kuten subakuuttivaiheessa olevien potilaiden laitostuntoustarpeen harkinta. Terveystieteiden keskukselle kuuluu myös terveystieteiden ajokyvyn arvio tarvittaessa.

Jatkossa tulee kiinnittää erityishuomiota psyykkisen kuntoutumisen tukemiseen, osallistamiseen sekä yhteistyöhön kolmannen sektorin kanssa. Tulee myös sopia ensi – ja infotilaisuuksien järjestämisen vastuut ja aikataulut, sekä varmistaa kuntoutusketjun vuosittainen säännöllinen arviointi.

## 7.2 Viiveetön kuntoutus

Viiveetön moniammatillinen kuntoutus toteutetaan ensisijaisesti terveystieteiden keskuksessa, ja kuntoutustyöntekijöiden alueellisen puutteen takia maksusitoumus järjestetään niihin terapioihin, joita alueella ei ole saatavilla omana toimintana. Alueelle laaditaan lisäksi esitys alueellisesta laitostuntoutusmallista, sekä kuntoutusohjaajan toimen tarpeellisuudesta. Viiveettömän kuntoutuksen toteutumisen tulee pitää sisällään myös psyykkisen kuntoutumisen huomiointi. Työryhmä ehdottaa, että terveystieteiden keskuksissa tapahtuvassa seurannassa huomioidaan psykososiaalisen tuen tarve, ja kuntoutuja ohjataan tarvittaessa tuen piiriin. Potilaalla tulee olla yhdyshenkilö, johon tarvittaessa ottaa yhteyttä voidakseen selvittää kuntoutumiseensa liittyviä asioita. Koska alueella ei tällä hetkellä ole kuntoutusohjaajaa, työryhmä pohti voisiko potilaan ensisijainen yhdyshenkilö olla oman alueen terveystieteiden keskuksessa sama sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja (esimerkiksi diabeteshoitaja), joka järjestäisi ensimmäisen kontrollikäynnin sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Työryhmä esittää laadittavaksi Porvoon sairaanhoitoalueelle alueellista laitostuntoutusmallia, jossa otetaan kantaa moniammatillisen alueellisen kuntoutuksen järjestämisestä yhdessä alueen peruskuntien kanssa. Tähän liitetään myös ehdotus kuntoutusohjaajan toimen perustamisesta.

Laitostuntoutusta hankittaessa käytetään jatkossakin useita eri laitostuntoutuspaikkoja kuntoutujan tarpeiden perusteella. Laitostuntoustarpeen arviointi on erikoissairaanhoidon vastuulla. Ammatillaiset kokivat yhteistyön haasteelliseksi laitostuntoutuksesta

kotiutuvien potilaiden jatkokuntoutuksen järjestämiskysymyksissä, sairaanhoitoalueella oli myös erilaisia toimintatapoja. Tästä johtuen työryhmä esitti, voisiko laituskuntoutus-palautteet tulla viikoittain kokoontuvaan moniammatillisen työryhmän käsittelyyn. Tämä mahdollistaisi alueellisesti samanlaisen käsittelyn jatkokuntoutuksiin liittyen, sekä toisi laajemman näkemyksen kuntoutujan tueksi. Nämä alustavat viikoittaisesti kokoukset pyrittäisiin järjestämään verkkokokouksina, mikäli mahdollista.

### 7.3 Kokonaisvaltainen kuntoutuksen arviointi, kuntoutussuunnitelma ja ICF

Kuntoutuksen suunnittelu ja hoitovastuu on ammattitaitoisella ja moniammatillisella työryhmällä, eikä taloudelliset kysymykset saa ensisijaisesti ohjata kuntoutuksen toteutumista. Kuntoutussuunnitelman kuntoutuksen tavoitteet ja keinot tulisi laatia yhdessä kuntoutujan kanssa GAS - menetelmää käyttäen (Kela 2015). GAS – menetelmää suositeltiin käytettäväksi kuntoutuksen tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin apuvälineeksi, sillä se on asiakaslähtöinen ja myös Kelan suosittelema arvioinnin väline.

Työryhmän mukaan kuntoutuksen arviointi toteutui erikoissairaanhoidossa, muttei perusterveydenhuollossa. Tästä johtuen moniammatillisen kuntoutuksen arviointi esitetään toteutuvaksi kerran viikossa kokoontuvan työryhmän toimesta, tavoitteena alueellinen yhdenvertaisuus. Aikaisemmin mainittu esitys alueellisesta laituskuntoutusmallista tukee moniammatillisen kuntoutuksen toteutumista.

Kuntoutujan ja/tai hänen omaisensa tulisi voida osallistua kuntoutussuunnitelman tekoon. Tämä ei kuitenkaan ole toteutunut riittävällä tasolla, joten toimintaehdotukseksi kirjattiin kuntoutujan ja omaisten osallistaminen. Alueellisen moniammatillisen työryhmän käsittely tuo apua kuntoutussuunnitelman tavoitteiden asettamisessa. Toimintakyvyn ja vaikuttavuuden arvioinnissa tulisi käyttää ICF - luokitusta. Sairaanhoitoalueella on aloitettu ICF - luokitukseen perehtyminen, ja sen käyttöönottoa suositellaan.

Liitteessä 8 on kuvaus kuntoutuksen järjestämisen hyvistä toimintatavoista sairaanhoitoalueella työryhmän esittämänä. Tämä 21.4.2015 tapaamisessa tehty aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutusketju lähtee alueen ylilääkäreille hyväksymistä varten syksyllä 2015. Sen liitteeksi tehdään uusi kuvaus rajapintoja ylittävästä kuntoutujalähtöisestä kuntoutustoiminnasta alueella. Tuossa kuvauksessa hyödynnetään tämän tutkimuksellisen kehittämistyön aikana esille tulleita ilmiöitä. Liitteessä 9 on sama kun-

toutusketju kuvattuna perinteisen kuntoutusketjuideologian mukaisesti, tästä kuvauksesta käytetään nimeä "Luonnos kuntoutusketjusta".

## 8 Pohdinta

### *Tulosten pohdinta*

Porvoon sairaanhoitoalue on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä, samoin sen jäsenkunnat. HUS:in strategian päämääriin kuuluvat potilaslähtöinen ja oikea-aikainen hoito, sekä tiivistyvä kumppanuus perusterveydenhuollon kanssa. Kehittämistyön toteuttaminen ja sen lopputulos palvelee hyvin HUS:in strategiaa. Potilaslähtöisen ja oikea-aikaisen hoidon perusteena on hoidon järjestäminen niin lähellä hänen asuinpaikkaansa kuin se lääketieteellisesti on mahdollista laadun ja kustannushyödyn kannalta. (HUS 2012: 8.) Kuvaus alueellisesta kuntoutuksen järjestämisestä tukee kuntoutujan lähipalveluita, ja sen tekeminen yhdessä perusterveydenhuollon kanssa tiivistää kumppanuutta. Näiden monien rajojen ylittäminen oli mahdollista, sillä peruskunnat tunnistivat erilaisten rajapintojen merkityksen toiminnan kehittämisen kannalta, ja myönteisellä alueellisella johtamiskulttuurilla mahdollistivat tutkimuksellisen kehittämistyön tekemisen.

Neurologian erikoisala Porvoon sairaanhoitoalueella on varsin uusi, vasta muutaman vuoden ikäinen. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita potilaita on kuitenkin hoidettu sairaanhoitoalueella koko ajan niin erikoissairaanhoidossa kuin terveyskeskuksissakin. Fysioterapeutit ovat tehneet 2005 - 2007 (Suhonen, 2006) alueellisen toimintamallin, ja sen mukanaan tuomat hyödyt tuli esille kehittämistehtävän aikana. Neurologian erikoisalan tulon kautta oli mahdollista aloittaa määrätietoinen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden moniammatillisen kuntoutuksen kehittäminen, josta yksi oli kuntoutusketjun laatiminen ja hyvien kuntoutuskäytäntöjen mukaan toimiminen.

Kuvaus toimintatavasta, kuntoutusketju, on ensimmäinen, ja tästä johtuen sen painopiste painui työskentelyn aikana kohti nykytilan kuvausta, vaikkakin katse oli tulevaisuusorientoitunut. Yhteiseen mielen ja tiedon *tulevaisuuden työhuoneeseen* saapui ammattilaisia neljästä eri organisaatiosta, sekä kuntoutujien käsitykset haastatteluiden kautta. Organisaatioiden rajat ylittävään toimintaan liittyi erilaisia ammattinimikkeitä 11 erilaista. Ammattilaisten osaamisvaatimuksena, ja yhteistyön edellytyksenä, oli hahmottaa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutuksen järjestämiseen liittyvä kokonaisuus niin oman työn, oman organisaation, kuntoutujan, mutta myös muiden organisaatioiden näkökulmasta sekä kyetä vertaamaan niitä olemassa oleviin kuntoutuksen hyviin käytäntöihin. Ammattilaisten työryhmä oli alueiden ylilääkäriensä ni-

meämä. Kehittämistyön edetessä jäin pohtimaan, olisiko ollut tarpeellista tuoda myös ravitsemuksen, vuodeosastojen hoitotyön, sosiaalityön sekä kuntien vammaispalveluosaamisen näkökulmat näkyville. Jatkossa voisi olla tarpeellista kuulla myös kuntoutuslaitosten edustajien, sekä esimerkiksi Aivoliiton edustajien käsityksiä yhteistyön toteuttamisen tavoista.

Jotta asiakkaan arjen edistäminen olisi mahdollista, eikä asiakasta vain ohjattaisi paikasta toiseen, näyttäisi tulevaisuuden kuntoutuksen toimintatapoja suunnitellessa olevan keskiössä kuntoutujien ja ammattilaisten välinen yhteiskehittely, jossa kaikki toimijat ovat aktiivisia tasa-arvoisia osallistujia, ja tämän olisi voinut konkretisoida toisenlainen työtapo sekä kokemusasiantuntijoiden mukaanotto. Kuitenkin tässä eräänlaisessa uutta luovassa "tulevaisuuden työpajassa" työskennelleessä pienryhmän keskusteluisa kuului sitoutuneisuus, ja halu saada kuvaus aikaiseksi, sekä erityisen vahvana saada sen avulla työkalu arkeen helpottamaan potilaan kanssa yhdessä tehtäviä tavoitteen asetteluita, perusteluita kuntoutuksen järjestämiselle ja tavoitteiden saavuttamiselle sekä myös kuntoutujan roolin ja vastuiden näkymiselle.

Kehittämistyössä molemmat, niin kuntoutujat kuin ammattilaisetkin, toivat selkeästi esille alueella olevan toimivat fysioterapiakäytännöt sisältöineen. Sairaanhoitoalueella on tehty hanke 2005 - 2007, jolloin alueen fysioterapiakäytännöt yhtenäistettiin ja käytännöt päivitetään vuosittain. Tästä herää ajatus, että mikäli panostus tuottaa näin selkeän lopputuloksen, olisiko syytä pohtia laajemmaltikin sairaanhoitoalueella kuntoutuskäytäntöjen yhtenäistämistä.

Kuntoutujat toivat esille osallisuuden tärkeyden. Tämän suuntaisia puheenvuoroja ei suoraan kuitenkaan ammattilaisten työryhmä juurikaan tuottanut. Olisiko siis niin, että kuntoutujien osallisuutta pidetään joko itsestään selvänä, vai olisiko niin että potilaan kumppanuudesta ja osallisuudesta on erilainen käsitys. Pientyöryhmä toi itse esille, ettei alueella ole yhteistä ymmärrystä ja käsitteistöä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä koskien kuntoutusta. Tutkija jää miettimään, voiko tämä osaltaan selittää sitä, ettei ammattilaiset kuvanneet potilaan kumppanuutta ja osallisuutta vahvasti näkyville ja että voisi olla hyvä sairaanhoitoalueella tuoda kuntoutus entisistä näkyvämmäksi. Sen kautta voisi vahvistaa ja yhtenäistää potilaiden asemaa, ja tukea esimerkiksi kuntouttavan hoitotyön merkitystä ja kehittämistä.

Tutkimuksellisen kehittämistyönä tehdyn kuvauksen valmistuminen osana ensimmäistä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutusketjua on jo sinänsä merkittävää, sillä

aikaisempaa kuntoutusketjua alueella ei ollut. ”Kuntoutusketju” – sanan merkitys on suurempi kuin voi ensin ajatella. Järvikoski kirjoittaa lääkinnällisen kuntoutuksen toteuttamisesta Suomessa, ja toteaa kuntoutuksen ymmärrettäväksi kiinteäksi osaksi hoitoa. Tästä johtuen selkeää rajanvetoa hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen välillä on ollut vaikea tehdä. Kuntoutukseen ei näin kiinnitetä riittävästi huomioita; kuntoutukseen ei hoitoketjussa päästä ja jatkohoitoon hakeutuminen jää asiakkaan vastuulle. (Järvikoski, 2013, 42.) Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutusketjun nimeäminen kuntoutusketjuksi eikä hoitoketjuksi on tärkeää. Kehittämistyön aikana kävi ilmi, että sairaalasta kotiutuvien potilaiden jatkokuntoutuksen seuranta tulisi olla automaattinen ja organisaatiolähtöinen estäen seurannan katkeamisen ja kuntoutuksen viivästyksen mahdollisine keskeytyksineen. Hoitoketjuajattelusta perinteenä on ajateltu jatkohoitoon hakeutumisen olevan asiakkaan vastuulla. Tuolloin yhteydenotto voi unohtua, tai sen merkitystä tulevaisuuden kannalta ei riittävästi ymmärretä sairauden alkuvaiheessa, joka josinäsä on elämänhallinnan kannalta valtava muutos. Seurannan varmistamiseksi työryhmä haluaisikin ehdottaa ensimmäisen kutsun seurantaan terveyskeskukseen olevan lähtöisin terveyskeskuksesta. Työryhmä päätti ehdottaa, voisiko yhdyshenkilö olla esimerkiksi diabeteshoitaja. Porvoon terveyskeskuksessa diabeteshoitajat käyttävät työssään Potku 2 / Potilas kuljettajan paikalle - omahoitolomaketta (Potku – hanke 2014), jonka avulla potilas ja hoitaja tekevät yhteistyötä henkilökohtaisen terveys- ja hoitosuunnitelman aikaansaamiseksi. Alueella on siis jo käytössä erilaisia hyviä toimintamalleja, ja pohdittavaksi jääkin kuinka nämä kaikki olemassa olevat hyvät käytänteet voisi saada alueellisiksi käytänteiksi ja miten tätä voisi edistää. Avoimena on myös Sote - uudistuksen vaikutus alueen terveydenhuollon järjestämiseen.

Kehittämistehtävän tavoitteena ja tarkoituksena oli ensinnäkin selvittää mitä on kuntoutuksen järjestämisen toimintatavat *kuntoutujien* näkökulmasta. Kehittämistehtävän yhteistoiminnallisilla menetelmin ja kuntoutujien haastatteluilla kuntoutuksen järjestämisen nykytilaa alueella saatiin näkyväksi. Nykytilan kuvauksen havaittiin olevan perinteinen organisaatiolähtöinen kuvaus. Kuntoutujien näkökulmasta kuntoutusta oli järjestetty, mutta puutteita oli erityisesti kuntoutujien ja omaisten osallisuudessa, kuntoutuksen seurannassa, ja psyykkisen tuen järjestämisessä. Samankaltainen johtopäätös AVH -kuntoutujien kohdalla on havaittu jo Paltamaa ym. (2011) tutkimuksessa. (Paltamaa ym. 2011: 60.)

Kehittämistehtävään liittyvää työskentelyä tarkastellessa taaksepäin, kurkistettaessa yhteisen työhuoneen suljetun oven kynnykseltä ohi olkapään, tekijä pohtii olisiko use-

amman kuntoutujan haastattelu tuonut jotain oleellista uutta näkyväksi. Entä olisiko kokemusasiantuntijan läsnäolo tapaamisissa muuttanut kuvausta tuomalla esiin erilaisia piiloisia tietoja? Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutuksen kuntoutujien yksilöllisten näkökulmien vaikutus kuntoutuksen järjestämiseen jää organisaatiokeskeisessä mallissa näkymättömäksi, vaikka mallissa ehdotuksia puutteiden korjaukseen on jo tehtykin.

Kuvauksen nykytilassa on huomioitu osa esille tulleista puutteista. Sen lisäksi syksyllä tuotetaan rajapintoja ylittävä kuntoutuksen seuraava kuntoutujakeskeinen toimintamalli. Sen prioriteettina on kuvata tulevalle Sote – alueelle yhteinen kuvaus alueellisesta kuntoutusmallista. Stenvall ja kumppanit (2014) tutkivat kuntien rajapintoja, vahvuuksia ja kuinka niitä voitaisiin kehittää, jotta kunnat selviytyisivät tulevista haasteista. He toteavat, että jos rajapintojen ylittävää vuorovaikutusta pidetään keskeisenä, olisi mahdollista johdonmukaisesti viedä eteenpäin siihen liittyvää kehittämis- ja hanketoimintaa ja näin on mahdollista myös kehittää asiakaslähtöistä palvelutoimintaa. Tällöin tulee niin yhteistyömalleja kuin johtamisjärjestelmääkin uusia samanaikaisesti. (Stenvall ym. 2014: 52.)

Kokonaisvaltainen, moniammatillinen kuntoutuksen tarpeen arviointi toteutuu erikoissairaanhoidossa, mutta perusterveydenhuollossa ei kuntoutushenkilöstön puutteen takia. Hyvien kuntoutuskäytäntöjen mukaan kuntoutussuunnitelma on laadittava niin, että kuntoutuja ja moniammatillinen työryhmä ymmärtää samalla tavalla kuntoutujan tarpeet, tavoitteet sekä tavoitteiden saavuttamiseen tarvittavat interventiot (Paltamaa ym. 2011: 227.) Tämän takia kuntoutussuunnitelma on laadittava yhteistyössä kuntoutujan ja/tai hänen omaisensa tai muun läheisen kanssa. Kuntoutujien ja omaisten osallisuus ei kuitenkaan kuntoutujien mielestä tällä hetkellä toteudu. Ammatillaiset kokevat, että kuntoutussuunnitelman tekemistä vaikeuttaa yhteisen tietojärjestelmän puute, ja että kuntoutussuunnitelman tekemisessä on vaikea asettaa selkeät tavoitteet.

ICF – luokitusta kokonaisvaltaisen toimintakyvyn kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa alueella ei ole vielä otettu käyttöön kuten suositus edellyttää.

Sairaanhoitoalueella ei ole ollut hyvien käytäntöjen edellyttämää alueellista kuntoutusketjua, jossa on kuvattuna eri tahojen vastuut (Paltamaa: 2011, 62). Tämän kehittämis-tehtävä vastasi tähän haasteeseen tarjoten kuvauksen kuntoutuksen järjestämisestä. Kuvaus toi mielestäni esille myös sen, että organisaatorajoja ylittävä työskentely tuo

esille kaikkia hyödyttäviä kuntoutuksen järjestämisen toimintatapoja, ja ennen kaikkia edistää potilaan saamaa kuntoutusta.

### Menetelmälliset ratkaisut

Kehittämistehtävän menetelmällisten ratkaisujen perusteena olivat toimintatutkimuksen strategian sopivuus kehittämistehtävään. Toimintatutkimus ei ole niinkään kiinnostunut siitä, miten asiat ovat vaan miten niiden tulisi olla. Sen tarkoituksena ei ole tuottaa uutta yleistettävää tietoa, vaan täsmätietoja jostakin erityisestä tilanteesta. Sen tavoitteena on käytännöllisen tiedon tuottaminen. (Toikko - Rantanen 2009: 30.) Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa uusi tieto syntyy niissä ympyröissä, joissa toiminta tapahtuu ja menetelmänä se antoi vapauden tehdä kehittämistyö aidossa ympäristössä. Tällöin tieto nousee aidosta käytännön toiminnasta ja tarpeesta ratkaista käytännön toiminnasta esille tulleita kysymyksiä. (Toikko - Rantanen 2009: 42.) Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä menetelmäksi valittiin toimintatutkimuksen strategia, koska se sopi hyvin työelämän toiminnan kehittämiseen. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan tiedontuottajat olivat moninaisia, terveydenhuollon eri organisaatiotasolla monissa eri tehtävissä työskenteleviä ammattilaisia, ja kehittämistyössä saatiin kuuluville myös kuntoutujien ääni. Kehittämistoiminnassa tieto nousi tekijän ja kehittämiskohteen välisestä vuorovaikutuksesta aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuksen järjestämisen toimintatapaan liittyvästä kuvauksesta ja pohdinnasta. (Toikko - Rantanen 2009: 42 - 43.) Tämä saavutettu tieto on hyödynnettävissä alueella organisaatioiden sisällä selkeytyneenä vastuunjaon kuvauksena, missä on määriteltynä kuntoutuksen vastuunjaon lisäksi kuntoutuksen suunnittelun, seurannan ja terapioiden järjestämisvastuut, sekä otettu kantaa neuvontaan ja ohjaukseen. Tämä samainen tulee olemaan myös kuntoutujien käytössä kuntoutusketjun julkistamisen jälkeen. Kehittämistyö toi näkyville myös edelleen kehitettävät alueet. Tämän tiedon näkyväksi saattaminen mahdollistaa kuntoutuksen jatkokehittämisen alueella, tuotettu tieto on käyttökelpoista ja hyödynnettävissä.

Toimintatutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan pyritään kuvaamaan ja ymmärtämään aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutumisen järjestämiseen liittyviä näkökulmia. Näin ollen haastateltujen määrä voi olla pieni kolmen etukäteen valittujen kriteerien perusteella valitun kuntoutujan ryhmä. (Eskola - Suoranta 2008: 61.) Kuntien kuntoutustyöntekijät valitsivat haastateltavat kriteerien mukaisesti.

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä jokaisessa intervention vaiheessa, niin ammattilaisten tapaamisten sisällön kuin haastatteluidenkin analysoinnissa. Aineistolähtöisessä prosessissa aineisto pelkistettiin ensin kysymällä siltä tutkimustehtävään perustuvia kysymyksiä, ja sitä seuraavassa vaiheessa samaa tarkoittavat ajatuskokonaisuudet yhdistettiin samaan kategoriaan. Osassa tutkimusta käytettiin pelkistysvaiheen kokonaisuuksia, ja osassa alaluokkataso kokonaisuuksia. Menetelmä sopi hyvin tämän tyyppiseen kehittämistehtävään. Työn edetessä Tekijä havaitsi alaluokkatasolle jääneen vastauksia, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin vaan kuvasivat esimerkiksi kuntoutuksen sisältöä. Niitä ei kuitenkaan käytetty, joten ne eivät vaikuttaneet työn lopputulokseen.

Tässä yhteisessä työhuoneessa toteutettiin kolme ammattilaisten tapaamista. Organisaatioita ylittävässä keskustelussa kuului selkeästi se, että kuntoutumiseen liittyy yhä monimuotoisempia ja yli oman ammattitaidon tai yli oman organisaatiotason ratkaistavia asioita, joten organisaatiot ja ammattilaiset ovat entistä enemmän riippuvaisia toisistaan (Isoherranen 2012, 30). Yhteiskehittelytyöskentely sai tekijän pohtimaan, millälaisia valmiuksia tämän hetken työelämän ammattilaisilla on kohdata organisaatiopintoja ja ammattiryhmien työalueita ylittäviä, tulevaisuusorientoituneita kehittämistehtäviä sekä työskennellä yhteistyömenetelmin. Kaarina Isoherranen (2012) toteaa moniammatillisuutta käsittelevässä väitöskirjassaan terveydenhuollon koulutuksesta puuttuvan reflektiivisen ajattelun ja moninäkökulmaisuuuden. Terveystieteiden tutkimuksessa edelleen lineaarinen, ja mekanistinen johtamiskulttuuri, mikä näkyi myös pienryhmätoiminta – ja kokoustyöskentelyssä. (Isoherranen 2012: 30.) Tutkimuksen edetessä jäin pohtimaan, olisiko ollut järkevää ottaa työhön yhtenä tutkimusstrategisena menetelmänä mukaan myös rajapintatyöskentely, sillä se olisi voinut tuoda lisäarvoa ja tietoa.

Kuntoutujan näkökulmat saatiin työhuoneeseen haastatteluiden kautta. Kuntoutuja on tämän yhteisöllisen toiminnan osa, ja kuntoutujakeskeisessä toiminnassa kuntoutuja otetaan mukaan kuntoutuksen suunnitteluun sekä toteutukseen, kuntoutuja on mukana häntä koskevissa palavereissa ja yhteistyötä virittää yritys ymmärtää kuntoutujien määrittelemiä ongelmia. (Sipari - Mäkinen 2012: 14.) Tässä kehittämistehtävässä kuntoutujien ääni saatiin kuuluville haastatteleamalla heitä. Kokemusasiantuntijakumppanuuden kautta olisi voinut tuoda konkreettisemmaksi nykytilan ja tulevaisuuden hyvien kuntoutuskäytäntöjen ideologian: kuntoutuja on keskiössä. (Sipari - Mäkinen 2012: 15 -16.)

Kuitenkin syvällisen tiedon saaminen haastattelulla verrattuna laajempaan määrälliseen tietoon, katsottiin riittäväksi.

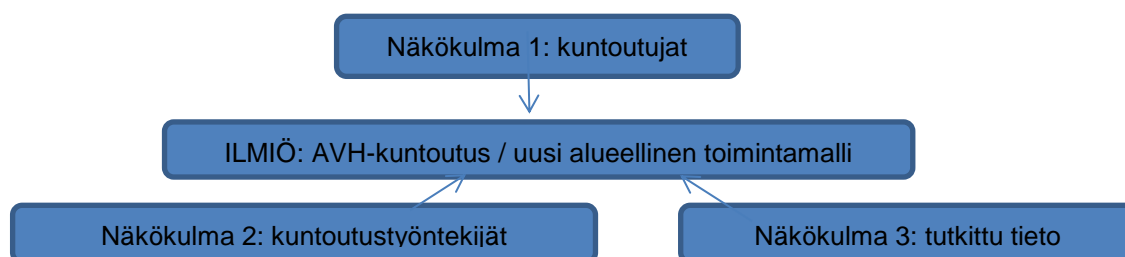
Learning Cafe - työskentelyssä oli havaittavissa menetelmän uutuus. Uudet työtavat eivät välttämättä saa kaikkia osallistujia toimimaan parhaimmillaan, eritoten kun työ-kumppaneina on vieraita tiimiläisiä. Hyvin toimiva moniammatillinen tiimi tuo yhteisöön sosiaalista tukea, jota kautta vastavuoroisuus ja luottamus kasvaa (Isoherranen, 2012, 147). Learning Cafe – menetelmä tuo mahdolliseksi sen, että jokainen osallistuja voi kertoa tasavertaisesti mielipiteensä esillä olevista asioista. Mikäli kuitenkin työtapa on vieras, ja läsnä olevat ammattilaiset toisilleen samoin, tekijä jää pohtimaan, tuottiko menetelmä parhaan mahdollisen lopputuloksen. Lähtökohtaisesti kuitenkin eri organisaatiotasojen ja eri ammattiryhmien tuottama tieto voitiin kuvata suhteessa kuntoutujien tarpeisiin, sekä hyviin kuntoutuskäytäntöihin.

### *Luotettavuus*

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä sitouduttiin noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön periaattein huolellisuutta ja tarkkuutta sekä rehellisyyttä. Osallistujille annettiin riittävästi informaatiota tutkimuksesta ja heiltä pyydettiin suostumus osallistumiseen. Tutkimuksellisen kehittämistyön raportti toimitetaan valmistuttuaan osallistuville organisaatiohoidolle. Toimintatutkimuksen perspektiivin validiteetti tarkoittaa sitä, että se liittyy sekä tiedon tarvitsijaan, sen hankkijaan että tiedon lähteeseen. Ei ole olemassa siis vain yhtä ainoaa totuutta. (Anttila 2006, 470.) Erilaiset näkemyksen ja totuudet on saatu näkyville käyttämällä tiedon keruussa eri ammattilaisia, ja eri organisaatioista olevien työntekijöiden tietoa sekä kuntoutujien näkökulmia. Toimintatutkimuksen luotettavuutta lisää tarkka raportointi, mikä on toteutettu erittelemässä toimintavaiheiden raportointi erilleen. Tässä tutkimuksessa kuntoutumisen lähtökohtaa lähestyttiin niin kuntoutujan kuin kuntoutustyötä tekevienkin eri ammattilaisten sekä eri organisaatiotasojen näkökulmasta. Kuviossa 8 kuvataan, kuinka tutkimuksessa pyrittiin löytämään alueellinen malli hyvien olemassa olevien kuntoutuskäytäntöjen, kuntoutuksen toteuttajien ja kuntoutujan näkökulmien tuottaman tiedon kautta. Useat näkökulmat vahvistavat tuotetun mallin luotettavuutta.

Aineiston hankinnan luotettavuuteen tekijänä kiinnitin huomioita siihen, että aineisto pystyy vastaamaan tutkittavaan ilmiöön, alueelliseen kuntoutuksen järjestämiseen. Tämä toteutuu sillä ammattilaisten työryhmässä oli edustettuna alueen erikoissaira-

hoidon ammattilaiset, sekä kolmen suurimman kunnan perusterveydenhuollon kuntoutuksen järjestämiseen osallistuvat työntekijät.



Kuvio 8. Moniäänisyyden kuvaus tutkimuksellisessa kehittämistyössä.

Lisäksi haastateltiin kolmea aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta, joilta saatiin syvällistä tietoa kuntoutujan näkökulmasta tutkittavasta ilmiöstä. Ammattilaisten tieto kerättiin yhteistoiminnallisilla menetelmillä, kuntoutujien kohdalla käytin teemahaastattelua. Ammattilaisilta kerätty tieto saatiin kahden tapaamisen tallennuksena, sekä yhdestä tapaamisesta kahtena kirjallisena dokumenttina. Kerätyn tiedon luotettavuutta pyrin lisäämään litteroimalla tallennukset ja saadut dokumentit mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen.

Haastattelujen luotettavuuteen tekijänä kiinnitin huomioita valmistautumalla haastatteluihin huolellisesti, sekä valmistelemalla teemakysymykset etukäteen kirjallisesti. Lisäksi tutkimusta varten hankin digitaalisen tallentimen, jolla tallensin ja siirsin niin kuntoutujien haastattelusta saadut tiedot kuin ammattilaisten kanssa käydyt tapaamiset varmennetiedostoina tietokoneelle. Koen, että teemojen sisälle olisin voinut varmistaa itselleni valmiita yhteneväisiä lisäkysymyspaketteja, vaikka toimintatutkimus ei sitä edellytäkään. Tällä tavalla olisin ehkä saanut yhteneväisempää tietoa kuntoutuksen järjestämisestä. Haastattelun kautta saadun aineiston laatua pyrin parantamaan litteroimalla tallenteen mahdollisimman pian tallennuksen jälkeen.

Tutkimuksessa haastateltavien kuntoutujien vapaaehtoisuus toteutettiin hyvän käytännön mukaisesti. Heille annettiin etukäteen potilastiedote, jossa tutkimuksen kuvaus tavoitteineen oli raportoitu, vapaaehtoisuuteen ja osallistumisen keskeyttäminen oli erikseen kuvattu. Osallistuminen ei vaikuttanut kuntoutukseen tai kohteluun. He saivat myös allekirjoitettavakseen suostumuslomakkeen. Tutkimukseen valikoituneet kuntoutajat vastasivat kriteereitä. Yhden kuntoutujan keskustelun tukena toimi omainen. Omaisen toimiminen keskustelun tukijana toi esille aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen monimuotoiset kuntoutumisen järjestämisen haasteet elämönhallinnassa. Hyvien

kuntoutuskäytäntöjen mukaisesti tulisi kuulla kuntoutujan lisäksi tarvittaessa myös lähipiiriä. Vaikka tässä tutkimuksessa ei keskitytty omaisten kuulemiseen, omaiset ovat olennainen osa aivoverenkiertohäiriöstä käytävää kuntoutuksen järjestämisen keskustelua. Omaisten osallistuminen ei vähentänyt tutkimuksen luotettavuutta, vaan omalta osaltaan oli lisäämässä sitä. Pienryhmän jäsenet saivat erillisen tiedotteen. Terveystieteiden ammattilaisten etiikkaan kuuluu vaitiolovelvollisuus. Vaitiolovelvollisuuden periaatetta on noudatettu kaikissa kokouksissa, eikä keskusteluissa ole ilmennyt mitään sellaista tietoa, mistä olisi voinut tunnistaa potilaan tai heidän kuntoutukseensa liittyvää henkilökohtaista tietoa. Luotettavuutta lisää myös tapaamisista pidetyt kokousmuistot.

Tekijän rooli tutkimuksen aikana oli olla aktiivinen osa työskentelyä. Aikaisempi käsitys kuntoutuksen järjestämisestä oli merkityksellistä kuntoutujia haastatellessa lisäten luotettavuutta, sillä tekijä pystyi tekemään haastatteluiden aikana täsmentäviä kysymyksiä. Tekijällä on pitkä työura fysioterapeuttina, sekä erillisen koulutuksen kautta perehtyneisyys vuorovaikutustaitoihin. Nämä tekijät mielestäni lisäävät haastatteluiden luotettavuutta, sillä olen harjaantunut kuuntelemaan ja kyselemällä saamaan kuntoutujilta kuuluvaksi heidän äänensä. Osastonhoitajana saadun ymmärryksen kautta alueellisen kuntoutuksen järjestämisen tavoista katson lisäävän luotettavuutta, sillä keskusteluiden aikana on ymmärryksellä paikallisesta sairaanhoitoalueen toimintatavoista työskentelyä helpottava merkitys.

### *Eettisyys*

Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu huolellinen suunnittelu, toteutus ja tieteelliselle tieteenle asetettujen vaatimusten mukainen raportointi (Tuomi - Sarajärvi: 2009, 132 - 133). Tätä tutkimusta varten on haettu tutkimuslupa HUS:n koordinoivalta eettiseltä toimikunnalta, sekä sen saamisen jälkeen tutkimukseen osallistuneelta kolmelta kunnalta. Tutkimus on toteutettu suunnitelman mukaisesti, ja raportoinnissa on pyritty huolellisuuteen ja tarkkuuteen. Tutkimusryhmän asema, oikeudet, osuus tekijyydestä, vastuut ja velvollisuudet sekä tutkimustulosten omistajuutta ja aineiston säilyttämistä koskevat kysymykset on määritelty ja kirjattu kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla. Osallistujille ja tutkittaville on annettu kirjalliset tiedotteet, ja kuntoutujille suostumuslomake, jossa on kerrottu tutkimuksen etenemisestä sekä siihen liittyvistä vapaaehtoisuudesta ja aineiston säilyttämisestä.

Tekijä on noudattanut parasta osaamistaan ja rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksellisen kehittämistyön arvioinnissa. Tutkimuksessa on noudatettu toimintatutkimuksen strategiaa ja sen edellyttämiä toimintatapoja. Hankittu tieto on analysoitu aineiston analyysin mukaan sisällön analyysillä. Työssä ei ole loukattu tai kyseenalaistettu muiden tutkimuksia, ja niihin viitattaessa on käytetty asianmukaisia kirjaamismenetelmiä.

### *Ehdotukset jatkotyöskentelyyn*

Kuntoutujat osallistuivat kuvauksen tekemiseen tuottamalla tietoa siitä, miten hyvät kuntoutuksen toimintatavat olivat toteutuneet heidän kohdallaan, minkälaiset toimintamallit olivat olleet toimivia ja mitkä eivät. Kuntoutujat toivat esille, ettei heidän tai omaistensa ääntä oltu riittävästi kuultu kuntoutumisen eri vaiheissa. Kuvauksessa kirjattiin näkyville kuntoutussuunnitelman tekovaiheeseen kuntoutujien ja omaisten kuuleminen.

Kuntoutuja keskiössä – mallin laajentaminen koko sairaanhoitoalueen toimintamalliksi edellyttää yhteistä tahtotilaa, ja rajapintoja ylittävää toimintamallia. Alueelle on toivottu omaa moniammatillista kuntoutusosastoa. Kun yhteistä toimintamallia suunnitellaan, tulisi pohtia, mikä juuri tämän kuntoutusosaston funktio olisi. Onko se uutta toimintaa, korvaako se jotain aikaisempaa, esimerkiksi terveyskeskusten vuodeosastojen tarjoamaa kuntoutusta, korvataanko sillä ostopalveluina hankittua kuntoutusta, vai onko se jotakin uutta tarpeeseen vastaavaa toimintaa. Tarkoitetaanko kuntoutusosastolla vuodeosaston kaltaista toimintaa, vai olisiko kysymyksessä päivätoimintaan perustuva intensiivistä moniammatillista tarjoava keskus jossa on mahdollista niin apuvälinepalvelut kuin yksilö- kuin ryhmäterapiatkin. Koukkari (2010) toteaa väitöskirjassaan, että kuntoutujat eivät ole yhtenäinen ryhmä, vaan jokainen on yksilö omine tavoitteineen ja tarpeineen (Koukkari 2010: 179.) Punaisena lankana tulisi siis olla, miten kuntoutusosasto edistää aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutujan yksilöllisiä tarpeita ja elämänhallintaa. Kuntoutusta tulisi tarkastella organisaatio – tai ammattikeskeisyyden sijaan kuntoutujakeskeisesti.

Kunta- ja palvelurakenteita uudistettaessa on päätöksentekojärjestelmien ja toiminnan sisällön uudistusten kuljettava rinnakkain (Niiranen – Puustinen - Zitting - Kinnunen 2013: 110.) Kun kuntoutuksen järjestämistä kehitellään eteenpäin, tulee toiminnanmuutosten lisäksi huomioida myös kunta- ja toimintarajat ylittävä päätöksenteko.

Tämä kehittämistehtävä toi esille mielestäni useita jatkotyöstämisen kohteita:

1. Itä-Uudenmaan yhteisen kuntoutujakeskeisen kuntoutustoiminnan kuvaaminen niin, että se koskettaa kaikkia erikoisaloja ja organisaatioitasoja.
  - a. Alueellisen laituskuntoutuksen kehittäminen ja/tai alueellisen osaamiskeskuksen perustaminen intensiiviseen päivätoimintaan keskittyvine toimintoinen
  - b. Alueellisen apuvälinetoiminnan kehittäminen (suunnittelu on jo aloitettu) osana alueellista osaamiskeskusta
  - c. Alueellinen yhteinen kuntoutuksen koulutussuunnitelma.
2. Erikoissairaanhoidossa toimintamallien kehittämisen kuntoutujan osallisuuteen ja kumppanuuteen perustuvaksi.
3. AVH - potilaan kuntoutuksen seurannan suunnittelu ja toteutus; menetelmät ja vastuutahot.
4. Nyt sovitun kuvauksen jatkotyöstäminen
5. ICF - luokituksen ja GAS - menetelmän alueellinen käyttöönotto

### *Hyödynnettävyys*

Kuvausta aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutuksen järjestämisen toimintatavasta tullaan käyttämään kuntoutusketjun pohjana. Materiaalia tullaan käyttämään myös jatkotoimenpiteissä, jossa tullaan kuvaamaan organisaatioiden rajoja ylittävä alueellinen kuntoutuksen kuvaus.

Sairaanhoitoalueen kannalta kuntoutusketjun valmistuminen on merkittävä, sillä se lisää kuntoutujien sekä ammattilaisten tietoa alueellisista toimintamalleista. Sen arvo korostuu myös terveyden huollon julkisen valinnanvapauden takia kiireettömän hoidon suhteen, sillä sen mukaan jokaisella kuntalaisella on mahdollisuus valita hoitopaikkansa koko maan alueelta (Kuntaliitto, yleiskirje 6 / 80/2014). Vaikka aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen ei ole akuuttivaiheessa kiireettömän hoidon piiriin kuuluva, voi kuvatut toimintamallit helpottaa kuntalaisia terveydenhoitoon liittyvien ratkaisujen tekemisessä.

### *Lopuksi*

Kehittämisessä parasta on mahdollisuus tehdä toisin, löytää uusia ratkaisuja, tehdä paremmin, joustavammin, tehokkaammin tai vaikka taloudellisemmin – mikä ikinä tavoite sitten onkaan. Toisin tekeminen vaatii aina uuden oven avaamista, ja usein toisen sulkemista. Uuden oven avaamista varten tarvitaan toki muutakin kuin vain avain. Muutoksessa tarvitaan halua, tahtoa, rohkeutta, visioita, päättäväisyyttä ja ymmärrystä siitä, että voi joutua käymään ylittämällään kynnyksellä kurkistamassa mitä taakseen on jättänyt. Tämän kehittämistyön tekemisessä on ollut muovailuvahana aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutuksen järjestämisen tulevaisuus. Sen pohjalta syntyneen kuvauksen voidaan katsoa tukevan kuntien ammattilaisten työtä, lisäävän sairastuneiden tasa-arvoa alueella kuntoutuksen suhteen ja ohjaavan alueen päätöksentekoa. Se toivottavasti myös innostaa jatkamaan aloitetulla tiellä saavuttamaan rajoja, myös kuntarajoja, ylittävän kuntoutuksen mallin.

Tämän kehittämistyön aikana kuljettu polku vanhalta ovelta uudelle ovelle on edennyt toimintatutkimukselle tyypilliseen syklimäiseen tapaan kohti tavoitetta saada aikaan kuvaus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksen järjestämisestä sairaanhoitoalueella. Matkakumppanit, kuntoutujat ja ammattilaisten työryhmä, ovat rikastaneet tekijää ja mahdollistaneet tarkastella alueellista kuntoutusta konkreettisesti ja laaja-alaisesti. Erityinen merkitys on ollut kohdata ammattilaisten ja kuntoutujien palautteiden kautta saatu yhteinen eräänlainen mielen ja tiedon asiantuntijuudenhuone, jossa voitiin etsiä nykytilan kautta katsetta kohti tulevaisuuden ovea, kohti kuntoutujalähtöistä tulevaisuutta. Työkaluiksi tuohon huoneeseen oli annettu Kuntoutuksen hyvät käytännöt.

## Lähteet

Aaltola, Juhani - Syrjälä, Leena. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa Heikkinen, Hannu L.T. – Huttunen, Rauno – Moilanen, Pentti (Toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva; Atena Kustannus.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Harra, Toini – Mäkinen, Elisa – Sipari, Salla. 2012. Mikrokirja: Yhteiskehittely hyvinvoinniksi (käsikirjoitusluonnos 7.6.2012). Helsinki; Metropolia.

Heikkinen, Hannu L.T. – Huttunen, Rauno – Moilanen, Pentti (toim.) 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena kustannus.

Heikkinen, Hannu. 2006. Tieteen ja tietämisen yhteinen alkuperä. Teoksessa Heikkinen, Hannu L.T. – Rovio, Esa – Syrjälä, Leena (toim.). 2006. Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Hokkanen, Liisa – Härkäpää, Kristiina – Järvikoski Aila – Martin, Marjatta – Nikkanen, Pirjo – Notko, Tiina – Puumalainen, Jouni. 2009. Asiakkaan äänellä vaikeavammaisen kuntoutuksesta – tulkintoja ja johtopäätöksiä Teoksessa Järvikoski, Aila – Hokkanen, Liisa – Härkäpää Kristiina (toim.) 2009. Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80/2009. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Huovinen, Terhi – Rovio, Esa. 2006. Tutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, Hannu L.T. – Rovio, Esa – Syrjälä, Leena (toim.). 2006. Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Hurri, Heikki – Säilä, Hanna – Orenius, Tage – Ristolainen, Leena. 2014. Kuntoutustarve ja sen tunnistaminen. Kuntoutus 3/2014.

HUS. 2012. Edellä kävijä. Vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi. HUS:n strategia 2012-2016. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf>. Luettu 20.4.2014.

HUS. 2014. Internet-sivusto. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx>. Luettu 20.4.2014.

Innokylä 2012. <https://www.innokyla.fi/web/malli109421>. Luettu 19.6.2015.

Itä - Uudenmaan järjestämisuunnitelma vv. 2013 – 2016. Valtuusto 11.12.2013.

JBI Aivohalvauksesta toipuvien iäkkäiden henkilöiden psykososiaalis-henkinen kokemus. Best Practice 13 (6) 2009. Joanna Briggs Instituutin julkaisema parhaaseen tutkimusnäyttöön perustuva hoitosuositus (JBI – suositus).

Järvikoski, Aila. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali – ja terveysministeriön raporteja ja muistioita 2013:43. Helsinki: Sosiaali - ja terveysministeriö.

Kela. 2015. <http://www.kela.fi/gas-menetelma>. Luettu 19.6.2015.

Kuntaliitto. 2014. Terveystieteiden valinnanvapaus ja laatutieto. Liite Kuntaliiton yleiskirjeeseen 6/80/2014.

Kuntaliitto. 2014. Valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa. Yleiskirje 6/80/2014.

Kokko, Riitta-Liisa. 2012. Kohtaamisia ja ohituksia kuntoutujan elämäntilanteen tienristeyksessä. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Konsensuslausuma 2008. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Helsinki: Duodecim.

Koukkari, Marja. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus 2010. Acta Universitatis Lapponiensis 179.

Kuntoutusportti. 2014. Internet-sivusto. <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutusjarjestelma/>. Luettu 9.3.2014.

Käypä hoito Käsikirja. 2004. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Vammalan kirjapaino.

Käypä hoito. Aivoinfarkti. 2011. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=F17458ECE69FE99E58768CEE9CB879EE?id=hoi50051#s18> . Luettu 20.4.2014.

Leino, Eeva. 2012. Sosiaalisen näkökulman väistämättömyys lääkinnällisessä kuntoutuksessa teoksessa Karjalainen, Vappu – Vilkkumaa, Ilpo (toim.). 2012. Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. ss 93 – 101.

Meretoja, Atte. 2015. PERFECT Stroke. PERFORMANCE, Effectiveness, and Costs of treatment episodes in Stroke. Väitöskirja. Department of Neurology Helsinki University Central Hospital.

Miettinen, Sari. 2011. Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy.

Metsämuuronen, Juha. 2005. Tutkimuksen tekemiset perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Muisto 2015. AVH - kuntoutusketju. 13.1.2015.

Niiranen, Vuokko – Puustinen, Aila – Zitting, Joakim & Kinnunen, Juha. 2013. Sosiaali- ja terveyspalvelut kunta- ja palvelurakennemuutoksissa. Paras - ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 25. Helsinki: Kuntaliitto.

Paltamaa, Jaana – Karhula, Maarit – Suomela-Markkanen, Tiina – Autti-Rämö, Ilona. (Toim.) 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon ana-

lyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto, Helsinki. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.  
Potku – hanke. 2014. <http://www.potkuhanke.fi/> Luettu 20.6.2015.

Poutiainen, Erja. 2011. Uusi terveydenhuoltolaki ja lääkinällinen kuntoutus. Kuntoutus 2 / 2011.

Savukoski, Marjo ja Kauramäki, Pirjo. 2012. Nuoren sosiaalinen tukeminen omalle ammatilliselle uralle. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo Toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes.Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Sipari, Salla – Mäkinen, Elisa. 2012. Yhdessä rakentuva kuntoutusosaaminen. Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Aatos-artikkelit 6 2012. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Stakes 2005. (Suom). ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Word Health Organization. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Stenvall, Jari – Rannisto, Pasi-Heikki – Sallinen, Sini. 2014. Osaava kunta - rajapinnoilta vahvuutta kuntien toimintaan. Acta 254. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Helsinki. Kuntaliitto.

STM. Sosiaali – ja Terveysministeriö. 2015.  
[http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/palvelurakenneuudistus](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus). Luettu 7.5.2015.

Suomen Lääkäriseura Duodecim. 2008. Konsesuslausuma. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. 29.10.2008. Suomen Akatemia.

Suhonen, Irja. 2006. Porvoo sairaanhoitoalueen lääkinällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelut, - ohje alueelliseksi käytännöksi 2007-2008. Päivitetty 4.4.2012 toistaiseksi voimassa olevaksi.

Reunanen, Merja 2011. Aivohalvauskuntoutus ja toimijuuden mahdollisuudet. Teoksessa Järvikoski, Aila – Lindh, Jari – Suikkanen. Asko (toim.) 2011: Kuntoutus muutoksessa. Tampere: Juvenses Print. 179 – 187.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010

Tilastokeskus. 2014.  
[http://193.166.171.75/Dialog/varval.asp?ma=010\\_vaerak\\_tau\\_123&ti=V%E4kiluku+sukupuolen+mukaan+alueittain+sek%E4+v%E4est%E4m%E4r%E4n+muutos+31%E12%E2014&path=../Database/StatFin/vrm/vaerak/&lang=3&multilang=fi](http://193.166.171.75/Dialog/varval.asp?ma=010_vaerak_tau_123&ti=V%E4kiluku+sukupuolen+mukaan+alueittain+sek%E4+v%E4est%E4m%E4r%E4n+muutos+31%E12%E2014&path=../Database/StatFin/vrm/vaerak/&lang=3&multilang=fi) Luettu 5.5.2015.

Toikko, Timo - Rantanen, Teemu. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Tuomi, Jouni – Sarajarvi, Anneli. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Troberg, Anna. 2012. Kotiuttamisesta kotiutumiseen – aivoverenkiertohäiriöpotilas koh-  
teesta toimijaksi. Kuvaus tulevaisuuden toiminnasta. Helsinki: Metropolia Ammattikor-  
keakoulu, YAMK opinnäytetyö.

Valtioneuvosto. 2015. Valtioneuvoston tiedonanto eduskunnalle 29.5.2015 nimitetyn  
pääministeri Juha Sipilän hallituksen ohjelmasta.  
[http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1433371/Tiedonanto\\_Sipil%C3%A4\\_29052015\\_final.pdf/6de03651-4770-492a-907f-89452141d0d5](http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1433371/Tiedonanto_Sipil%C3%A4_29052015_final.pdf/6de03651-4770-492a-907f-89452141d0d5). Luettu 9.6.2015.

Viinämäki, Leena – Saari, Erkki. 2007. (Toim) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelli-  
seen tutkimukseen. Helsinki: Tammi.

Kuntoutujien kysymykset (teemahaastattelu)

1. Nimi, syntymäaika
2. Kerro lyhyesti sairastumisestasi
3. a. Miten ja missä sinua on hoidettu,  
b. minkälaista kuntoutusta olet saanut missäkin paikassa  
c. miten siirtyminen vastuupaikasta toiseen on sujunut
4. Mitä hyviä toimintatapoja on ollut käytössä?
5. Mitkä toimintatavat eivät ole olleet hyviä?
6. Mitkä tekijät mielestäsi edistävät kuntoutuksen järjestämistä?
7. Mitkä tekijät estävät kuntoutumisen järjestämisen?

## Pienkehittäjätyöryhmän tiedote

Arvoisa pienkehittäjätyöryhmän jäsen

Porvoon sairaanhoitoalueella ollaan kehittämässä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutuksen järjestämisen toimintatapaa. Kehittämistyö toteutetaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ammattilaisten yhteistyönä yhteistoiminnallisesti kolmen erillisen tapaamisen aikana syksyn 2014 ja kevään 2015 aikana.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden näkökulma saadaan kuuluvaksi haastattelemalla kolmea kuntoutujaa, jotka terveystieteiden edustajat etsivät kontaktiansa kautta tutkijan haastateltavaksi. Kuntoutujilta saadaan pienkehittäjätyöryhmän työn pohjaksi kuntoutujien näkemykset siitä, mitä hyviä toimintatapoja on käytössä ja mitkä toimintamallit eivät ole olleet toimivia, mitkä tekijät edistävät kuntoutumisen järjestämistä ja mitkä sitä estävät. Kuntoutujilta saadun tiedon, sekä Hyvän kuntoutuksen suositusten pohjalta, luodaan kuvaus alueellisesta toimintatavasta aivoverenkiertohäiriöön sairastuneille Porvoon sairaanhoitoalueelle.

Pienkehittäjäryhmään on kutsuttu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutukseen osallistuvia ammatillaisia ylilääkärin toimesta. Osallistumisen perustana on asiantuntemus kehitettävästä asiasta. Työskentelyyn orientoitumiseksi on koottu materiaalitiedosto, jotka saat tämän sähköpostin liitteenä.

Työskentelyyn sitoudutaan noin 4 kk ajaksi siten, että kunkin kolmen tapaamisen kesto on korkeintaan kolme tuntia (iltapäivä tai aamupäivä), ja tapaamispäivät sovitaan ensimmäisessä tapaamisessa.

Kuvaus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutuksen järjestämisen toimintatavasta – kehittämistyö on osa Metropolia ammattikorkeakoulun Kuntoutuksen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon koulutusohjelmassa toteuttavaan opinnäytetyötä. Pienkehittäjätyöryhmässä ja potilaiden haastatteluista saatu materiaali muodostaa tutkimusaineiston yhdessä olevissa olevia hyviä kuntoutuskäytänteitä. Osa keskusteluista dokumentoidaan äänittämällä ja kuvaamalla. Kirjallisena muodostuva aineisto taltioidaan. Aineisto käsitellään luottamuksellisesti niin, ettei tuotettu tieto henkilöidy yksilöön, ammattiryhmään tai taustaorganisaatioon. Aineisto hävitetään tutkimuksellisen kehittämistyön valmistuttua.

Opinnäytetyö valmistuu keväällä 2015. Valmis työ toimitetaan kehittämistyöhön osallistuneisiin työyhteisöihin. Opinnäytetyö on myös luettavissa ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden opinnäytetöiden verkkokirjastosta [www.thesus.fi](http://www.thesus.fi).

Lisätietoja

Paula Siltanen,

osastonhoitaja, fysioterapeutti (AMK), 050xxxxxxx

Tutkittavien tiedote

### **Alueellisen kuntoutustoimintamallin kehittäminen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneille**

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukselliseen kehittämistyöhön, jossa tuotetaan kuvaus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden kuntoutuksen järjestämistavasta Porvoon sairaanhoitoalueen erikoissairaanhoidon yksiköissä ja perusterveydenhuollossa. Tavoitteena on määritellä hyvän kuntoutuskäytännön mukaiset kuntoutuksen vastuut, käynnistäminen sekä kuntoutujälähtöinen prosessi.

Teitä pyydetään osallistumaan tähän tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistumalla haastatteluihin, joissa kartoitetaan kuntoutujien näkökulma kuntoutuksen järjestämisestä.

#### **Tutkimuksen kuvaus:**

Tutkimuksellinen kehittämistyö toteutetaan Porvoon sairaanhoitoalueella pienryhmätyöskentelynä siten, että Porvoon sairaanhoitoalueen ammattilaisten muodostama pientyöryhmä peilaa kuntoutujilta saatua tietoa sekä oman pienryhmänsä tuottamaa tietoa olemassa oleviin hyviin kuntoutuskäytäntöihin muodostaen näin kuvauksen alueellisesta aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutuksen järjestämistavasta.

Ammattilaisten pientyöryhmässä on kuntoutusta toteuttavia ammattilaisia HUS Porvoon sairaalasta sekä Loviisan, Porvoon ja Sipoon kunnista. Tutkija työskentelee HUS Porvoon sairaalassa, ja osallistuu kehittämistyöhön.

Kuntoutujien näkemykset saadaan haastattelemalla kolme kuntoutujaa. Haastateltavat ehdottaa kotikunnan (Sipoo, Porvoo, Loviisa) terveydenhuollon ammattilaiset. Haastattelu tapahtuu oman alueen terveyskeskuksessa erikseen sovittuna ajankohtana. Haastattelu kestää korkeintaan tunnin.

Haastattelulla kerätään tietoa siitä, mitä kuntoutuksen järjestämisen toimintatavat ovat kuntoutujien näkökulmasta kuvattuna.

- a. Mitä hyviä toimintatapoja on käytössä?
- b. Mitkä toimintatavat eivät ole olleet toimivia?
- c. Mitkä tekijät edistävät kuntoutumisen järjestämistä?
- d. Mitkä tekijät estävät kuntoutumisen järjestämistä?

Haastattelut taltioidaan äänittämällä, äänitetty materiaali kirjataan tutkijan toimesta. Tämä kirjattu materiaali on pienryhmän käytössä tutkimuksen ajan. Työn valmistuttua kaikki tallennettu materiaali hävitetään.

#### **Tutkimukseen osallistuminen:**

2(2)

Osallistumisenne tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista ja voitte halutessanne keskeyttää osallistumisenne haastatteluun ilman, että sillä on vaikutusta kuntoutukseenne tai kohteluunne.

**Tutkimukseen liittyvät riskit:**  
tatteluun ei liity riskejä.

Haas-

**Tutkimuspaikka:**

Alueenne terveyskeskus.

**Kysymykset ja huolenaiheet:**

Mikäli Teillä on kysyttävää, voitte ottaa yhteyttä haastattelijaan

**Tutkija ja haastattelut toteuttava henkilö:**

Paula Siltanen, fysioterapeutti AMK, osastonhoitaja. HUS Porvoon sairaala, puh: 050 xxxxxxx (työ)

**Tutkimuksesta vastaava henkilö:**

Pekka Paalasmaa, Metropolia AMK, lehtori, puh: 040 xxxxxxx

Suostumus tutkimukseen, tutkittava

Minua on pyydetty osallistumaan Porvoon sairaanhoitoalueella tehtävään tutkimukseen, jossa on tarkoituksena kuvata aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutuksen järjestämisen toimintatapa.

Haastattelupyynnön olen saanut omalta terveysasemaltani ja olen vapaaehtoisesti suostunut haastateltavaksi tietoisena siitä, että voin halutessani keskeyttää osallistumiseni haastatteluun ilman, että sillä on vaikutusta kohteluuni tai kuntoutukseeni. Voin milloin tahansa peruuttaa suostumukseni, eikä haastattelun tietoja sen jälkeen enää käytetä tutkimuksessa. Haastattelu tapahtuu oman alueeni terveyskeskuksessa ja kestää korkeintaan tunnin. Haastattelijana toimii tutkija.

Olen lukenut tutkimuksesta kertovan potilastiedotteen ja saanut kopion siitä itselleni. Olen saanut samansisältöisen suullisen selvityksen tutkimuksen kulusta ja siihen liittyvistä asioista. Olen saanut vastauksen tutkimusta koskeviin kysymyksiin ja minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Annan luvan haastattelulle ja sen kautta saatavan tiedon käsittelylle tutkimuksessa. Edellytän, että kaikki minusta kerätty tieto käsitellään luottamuksellisesti ja hyvän tutkimustavan mukaisesti ja että henkilö- ja sairaustietojani ei luovuteta tutkimusryhmän ulkopuolisille. Mikäli tietojani käytetään tutkimustulosten julkaisemisessa, edellytän että tiedot esitetään siten, ettei henkilöllisyyttäni voi tunnistaa.

Vahvistan allekirjoituksellani osallistuvani tähän tutkimukseen vapaaehtoisesti.

Tutkittavan nimi:

\_\_\_\_\_

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Paikka: \_\_\_\_\_ Aika: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2014

Tutkittavan

allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Suostumuksen vastaanottajan nimi: \_\_\_\_\_

Näyte ammattilaisten kolmannen tapaamisen (21.4.15) aineiston ryhmittelystä pelkistyksestä alaluokkiin

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokat
<p>Jatkoseuranta vaiheessa joku tipahtaa.</p> <p>Olisiko uusia toimintatapoja varmistamaan, jotta potilaat ei putoaisi?</p> <p>(Jatko)seuranta on erikoissairaanhoidossa, jos on tarvetta työkyvyn arvioon tai muu erityinen syy.</p> <p>Jatkoseuranta on muussa tapauksessa terveyskeskuksessa.</p> <p>Potilaat pitää seurata.</p> <p>Seurannan vastuusta ei voi vetäytyä, että sanoo ettei meillä ole virkoja.</p>	<p>Jatkoseurannan järjestäminen ja varmistaminen on tarpeellista.</p>
<p>Potilaat jättävät ottamatta yhteyttä itse terveyskeskukseen verenpaine – kolesteroliin.</p> <p>Poliklinikkapotilaistakin moni jättää menemättä terveyskeskukseen.</p>	<p>Potilaat jättävät menemättä terveyskeskuksiin heille määrättyihin kontrolleihin.</p>
<p>Potilaat kokevat, etteivät saa yhteyttä tk:een.</p> <p>Potilaat kokevat, etteivät saa aikoja tk:een.</p> <p>Potilaat eivät ymmärrä, mikä merkitys seurannalla.</p> <p>Kaikki eivät ymmärrä ottaa yhteyttä.</p>	<p>Potilaat kokevat, etteivät saa aikoja terveyskeskukseen tai eivät ymmärrä seurannan merkitystä.</p>
<p>Potilaat eivät ole uusi ryhmä.</p> <p>Potilaat ovat jo siellä (tk).</p> <p>Suurimmalla osalla asiakkaista on jo jokin lääkitys, silloin on jo valmis kontakti oman alueen terveyskeskukseen.</p>	<p>Potilaat eivät ole uusi potilasryhmä terveyskeskuksessa.</p>
<p>Verenpainepotilaita kutsutaan th:n vastaan-</p>	

<p>otolle.</p> <p>Suurimmalla osalla on jo jokin lääkitys, jonka takia heillä on jo jokin pakollinen kontakti terveyskeskukseen.</p> <hr/> <p>Voisiko osastolta kotiutuva potilas saada kutsun parin kuukauden kuluttua kontrolliin?</p> <p>Sairaanhoidaja tai terveydenhoitaja kutsuu potilaan parin kuukauden kuluttua verenpaine-, sokeri-, kolesterolikontrolliin.</p> <p>Kontrollissa voisi tarkistaa, miten potilaalla menee.</p> <p>Seurantaanko automaattisesti verenpainepotilaat.</p> <p>Automaattinen kutsu.</p> <p>Potilaiden ei välttämättä tarvitsisi käydä hoitajan vastaanotolla, sitten soitetaan ja kontrolloidaan.</p> <p>Tarvittaessa potilaat ohjataan lääkärille.</p> <p>Automaattisesti sairaanhoidajan tai terveydenhoitajan kontrolliin.</p> <hr/> <p>Suosituksen mukaan tulisi olla yhdyshenkilö, johon ottaa yhteyttä.</p> <p>Yhdyshenkilö olisi hyvä.</p> <p>Voitaisiin ehdottaa, että esim. diabeteshoitajalle.</p> <hr/> <p>Kuntoutusohjaaja puuttuu alueelta.</p> <p>Yhtään uutta virkaa ei saa.</p>	<p>Terveyskeskuksissa kutsutaan potilaita kontroleihin.</p> <hr/> <p>Automaattisesti järjestetyissä kontroleissa voisi tarkistaa miten potilaalla menee, kontrolloida ohjeistetut laboratoriotutkimukset ja heidät voidaan tarvittaessa ohjata lääkärille.</p> <hr/> <p>AVH - suosituksen mukaan potilailla tulisi olla tiedossa yhdyshenkilö, ja se voisi olla esimerkiksi diabeteshoitaja.</p> <hr/> <p>Alueelta puuttuu kuntoutusohjaaja, eikä uusia virkoja saada</p>
---	---

## Potilaiden ja ammattilaisten käsitykset kuntoutuksen järjestämisen nykytilasta.


	Potilaat	Ammattilaiset
Mitä hyviä toimintatapoja on käytössä	Toimiva fysioterapia kaikissa vaiheissa.	Kotiutuskäytännöt (kotiutustiimi ja terapeuttien osallistuminen kotiutukseen).
	Laitoskuntoutusjaksot.	Alueelliset fysioterapiakäytännöt.
	Kotona asumisen mahdollistuminen	Alueelliset organisaatioiden väliset yhteiset kokouskäytännöt.
	Osaavat kuntoutuspalvelut ja yhteistyön sujuminen eri instanssien välillä	Organisaatioiden omat kokouskäytännöt. Hoitohenkilökunnan osallistuminen.
Mitkä toimintatavat eivät olleet toimivia	Omaisten ja potilaan osallistuminen kuntoutuksen suunnitteluun ja päätöksentekoon erikoissairaanhoidossa (Porvoo) oli puutteellista.	Yhteisen ymmärryksen ja käsitteistön puuttuminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ammattilaisten välillä.
	Kuntoutuksen jatkumista ei varmistettu tai se kesti kauan.	Kuntoutuslaitosten kanssa tehtävä yhteistyö.
	Painopiste somaattisessa kuntoutuksessa.	Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työvaiheiden päällekkäisyys.
		Kuntoutushenkilökunnan puute. Hoitohenkilökunnan toteuttaman kuntouttavan hoitotyön toteutuminen vaihtelee erikoissairaanhoidon sisällä sekä alueellisesti.
Mitkä tekijät edistävät kuntoutuksen järjestämistä?	Kuntoutuslaitoshoidon strukturoidut toimintamallit	Yhteistyö ja kolmas sektori
	Kuntoutujan ja perheen osallistuminen.	Ammattilaisten osaaminen, halu ja asenne.
	Yhteistyö eri tahojen kanssa.	
Mitkä tekijät estävät kuntoutuksen järjestämistä?	Kuntoutuja ei osallistunut kuntoutuksen suunnitteluun eikä yksilöllisiä tarpeita oteta huomioon.	Kuntoutustiedon puute ja yhteisten linjausten puuttuminen.
		Kuntien taloudellinen tilanne ja byrokrania.

## Kuntoutuksen järjestämisen toimintatavat peilattuna hyviin kuntoutuskäytäntöihin

Hyvät kuntoutuskäytännöt ↓	Mitä on kuntoutuksen hyvät toimintatavat, kuntoutuja (Learning Cafe)	Mitä kehitettävää on, kuntoutujat (Learning Cafe)	Mitä on kuntoutuksen hyvät järjestämiset toimintatavat, ammattilaiset (Learning Cafe)	Mitä kehitettävää on, ammattilaiset (Learning Cafe)
Kuntoutuksen vastuunjako on määriteltävä selkeästi.  Kuntoutusketju, kuntoutuksen suunnittelu, kuntoutuksen seuranta, terapioiden järjestäminen (vastuut), neuvonta ja ohjaus, apuvälineet	Fysioterapeuttien alueellinen yhteistyö  Kotiutuskäytännöt, kodinmuutostyöt ja apuvälineet  Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö	Seuranta		Vastuunjaon tuominen vastuiden toteuttamiseen ontuu linjausten puutteen ja terapeuttipulan takia.
Viiveetön kuntoutus	Fysioterapian osalta toimii  Kotiutuminen ja apuvälineet toimivat  Laitoskuntoutusjaksot toimivat	Psyykinen tuki		Viiveetön kuntoutus ja moniammatillisen kuntoutuksen arviointi kärsii kuntotushenkilöstöpuutteen takia.  Toteuttamisen esteenä on terapeuttipula.  Toteuttamisen esteenä ovat julkisen terveydenhuollon ja kolmannen sektorin väliset tiedonsiirron ongelmat.
Kokonaisvaltainen, moniammatillinen kuntoutuksen tarpeen arviointi			Moniammatillinen kuntoutuksen arviointi toteutuu erikoissairaanhoidossa	Viiveetön kuntoutus ja moniammatillisen kuntoutuksen arviointi kärsii kuntotushenkilöstöpuutteesta. Moniammatillinen kuntoutuksen arviointi ei toteudu perusterveyden-

				huollossa.
Kuntoutus-suunnitelma	Perheen osallistuminen edistää	Kuntoutujan osallistuminen Omaisten huomioiminen Kuntoutuskokous, jossa kuntoutuja on mukana (hoitokokous)		Kuntoutussuunnitelman laatimista estää yhteisen tietojärjestelmän puute (ei Kelan asiakkaat)  Kuntoutussuunnitelman tekemisessä on vaikea asettaa selkeät tavoitteet
ICF-luokitus toimintakyvyn ja vaikutavuuden arvioinnin välineenä				ICF-luokituksen käyttöönotto on tulossa

## Kuvaus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutuksen järjestämisestä

Hyvät kuntoutuskäytännöt 	<b>Kuvaus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutuksen järjestämisestä Porvoon sairaanhoitoalueella 21.4.15</b>
Kuntoutuksen vastuunjako on määriteltävä selkeästi <ul style="list-style-type: none"> <li>- kuntoutusketju</li> <li>- kuntoutuksen suunnittelu</li> <li>- kuntoutuksen seuranta</li> <li>- terapioiden järjestäminen (vastuut)</li> <li>- neuvonta ja ohjaus</li> <li>- apuvälineet</li> </ul>	<b>Tavoite:</b> Eri tahojen vastuut on määriteltävä selkeästi kuntoutuksen suunnittelun, seurannan, terapioiden järjestämisen, neuvonnan ja ohjauksen sekä apuvälineiden osalta (Paltamaa ym. 2011, 226).  <b>Havaittu tila:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Kuntoutuksen seuranta ei toimi.</li> <li>B. Kuntoutujat tarvitsevat neuvontaa ja ohjausta elämänhallinnassa</li> <li>C. Kuntoutuksen seurannan mahdollistamiseksi on sovittava alueelliset toimintamallit.</li> <li>D. Akuuttivaiheen kuntoutus alkaa HUS Stroke Unitissa jatkuen sen jälkeen HUS Porvoon sairaalassa. Kuntoutus jatkuu sen jälkeen terveyskeskusten vastuulla.</li> <li>E. Akuuttivaiheessa suoraan erikoissairaanhoidosta kotiutuville järjestetään tarvittavat jatko-terapian. Mikäli näitä ei ole kunnilla tarjottavana, harkitaan tarpeen mukaan kuntoutuksen ostamista ostopalveluna.</li> <li>F. Kuntoutuksen suunnittelu on määritelty tehtäväksi tämän ketjun valmistumisen myötä erikoissairaanhoidossa</li> <li>G. Laitoskuntoutuksen tarpeen arviointi ja hankinta tehdään pääsääntöisesti erikoissairaanhoidossa, kuten sen maksusitoumuskin.</li> <li>H. Akuuttivaiheeseen liittyvä ajokykyä koskeva kannanotto kuuluu erikoissairaanhoidon. Myöhemmin terveyskeskus voi ottaa kantaa terveysperusteiseen ajokykyyn.</li> <li>I. Työikäisten ja muiden erityishuomiota vaativien kontrollit ovat erikoissairaanhoidossa.</li> </ol> <b>Toimintaehdotus:</b> A, B, C: Sairaalasta kotiutuva potilas saisi automaattisesti kutsun sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolle 1 – 2 kk:n kuluessa terveyskeskukseen. Terveyskeskuksen sairaanhoitajan vastaanotolla voidaan tarkistaa verenpaineet, sokerit ja kolesterolit sekä kysellä potilaan voinnista ja

	<p>kuntoutukseen liittyvistä tarpeista. Huomioidaan terveyskeskuksessa tapahtuvassa seurannassa myös kuntoutujan psykososiaalinen tuen tarve, ja tarvittaessa hänet ohjataan palveluiden piiriin.</p> <p>H, I:</p> <p>Akuuttivaiheen työkykyyn liittyvät tai muuten poikkeuksellisen hankalat kuuluvat erikoissairaanhoidon, muut terveyskeskukseen. Terveyskeskuksessa voidaan käyttää terveysperusteista ajokkyarvioita.</p> <p><b>Sovittavaa:</b> Erikoissairaanhoidossa erityishuomiota vaativien kontrollit sekä ensi - ja infotilaisuuksien järjestämisen vastuita ei ole vielä vahvistettu.</p> <p>Jatkossa tulee kiinnittää huomioita erityisesti psyykkisen kuntoutumisen tukemiseen, kuntoutujan ja omaisten osallistamiseen sekä yhteistyöhön kolmannen sektorin kanssa.</p> <p>Alueellinen kuntoutusketju suunnitellaan jatkossa yhdessä alueen toimijoiden kanssa.</p> <p>Nyt valmistuvaa kuntoutusketjua tulee arvioida vuosittain.</p>
Viiveetön kuntoutus	<p><b>Tavoite:</b> Kuntoutusprosessin eri vaiheissa toimintatapojen on oltava sujuvia ja resurssit on mitoitettava siten, että kuntoutuja saa tarvitsemansa kuntoutuksen oikea-aikaisesti. Kuntoutussuunnitelmaan on kirjattava julkisessa terveydenhuollossa oleva kuntoutujan yhteyshenkilö. (Paltamaa 2011, 226.)</p> <p><b>Havaittu tila:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>J. Viiveetön moniammatillinen kuntoutus toteutetaan ensisijaisesti terveyskeskuksessa, ja maksusitoumus järjestetään niihin terapioihin, joita alueella ei ole saatavilla.</li> <li>K. Viiveetön kuntoutus kärsii kuntoutustyöntekijöiden puutteesta.</li> <li>L. Kuntoutujan tulee tietää, keneen ottaa yhteyttä sairauteen liittyvissä kysymyksissä</li> <li>M. Viiveettömän kuntoutukseen tulee sisältyä myös psyykkisen kuntoutuksen huomiointi</li> <li>N. Moniammatillinen intensiivinen laituskuntoutus toteutetaan ostopalveluna hankittavilla laituskuntoutusjaksoilla sitä tarvitsevien kohdalla.</li> </ul>

	<p>Laitoskuntoutusta hankittaessa käytetään useita eri laitoskuntoutuspaikkoja kuntoutujan tarpeiden perusteella. Subakuuttivaiheen laitoskuntoutusjaksotarpeet tulee huomioida.</p> <p>O. Viiveettömän kuntoutuksen toteuttamisen esteenä on julkisen terveydenhuollon ja kolmannen sektorin (kuntoutuslaitokset) väliset tiedon siirron ongelmat.</p> <p>P. Kuntoutuksen sosiaalityö, vammaispalvelut, ovat osa kokonaisvaltaista kuntoutusta</p> <p><b>Toimintaehdotus:</b></p> <p>J: Viiveettömän kuntoutuksen mahdollistumiseksi kotiutuville potilaille järjestetään niistä tarvittavista terapioiden maksusitoumus, joita terveyskeskus ei pysty omana toimintana järjestämään.</p> <p>K: Laaditaan esitys alueellisesta laitoskuntoutusmallista, sekä kuntoutusohjaajan toimen tarpeellisuudesta.</p> <p>L, M: Katso ehdotus A, B, C.</p> <p>N, O: Laitoskuntoutusjakson palautteet lähetetään erikoissairaanhoidon moniammatillisen työryhmän käsiteltäväksi.</p>
Kokonaisvaltainen, moniammatillinen kuntoutuksen tarpeen arviointi	<p><b>Tavoite:</b> Vaikeavammaisen kuntoutuksen suunnittelu- ja hoitovastuu on ammattitaitoisella ja moniammatillisella työryhmällä. Taloudelliset ja henkilöresurssit sekä kuntoutuksen saatavuus eivät saa ensisijaisesti ohjata kuntoutuksen suunnittelua ja toteutusta. (Palamaa ym. 2011, 227.)</p> <p><b>Havaittu tila:</b> Q. Moniammatillinen kuntoutuksen arviointi toteutuu erikoissairaanhoidossa, muttei perusterveydenhuollossa.</p> <p><b>Toimintaehdotus:</b></p> <p>Q. Moniammatillisen kuntoutuksen arviointi turvataan kerran viikossa tapahtuvilla moniammatillisilla kuntoutuskokouksilla, joissa pohditaan alueen potilaiden kuntoutuskysymyksiä. Tavoitteena alueellinen yhdenvertaisuus, ja moniammatillinen kuntoutuksen tarpeen arviointi. Kuntoutuksen edistymistä tulee seurata ja ar-</p>

	<p>vioida.</p> <p>Katso myös A, B, C, K.</p>
Kuntoutussuunnitelma	<p><b>Tavoite:</b> Kuntoutussuunnitelma laaditaan yhteistyössä kuntoutujan ja/tai hänen omaisensa tai muun läheisensä kanssa. Kuntoutuksen tarve on arvioitava ja suunnitelma on laadittava moniammatillisesti kuhunkin organisaatioon soveltuvalla tavalla. Suunnitelma on tehtävä niin, että se voidaan toteuttaa joustavasti elämäntilanteen mukaisesti. Kuntoutujan tavoitteet on kirjattava kuntoutussuunnitelmaan. (Palamaa ym. 2011, 227.)</p> <p><b>Havaittu tila:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>R. Kuntoutujan ja omaisten huomioiminen kuntoutussuunnitelman laadinnassa.</li> <li>S. Kuntoutussuunnitelman laatimista estää yhteisten tietojärjestelmän puute</li> <li>T. Kuntoutussuunnitelman tekemisessä on vaikea asettaa selkeät tavoitteet.</li> </ul> <p><b>Toimintaehdotus:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>R. Kuntoutussuunnitelman kuntoutuksen tavoitteet ja keinot laaditaan yhdessä kuntoutujan kanssa. Kuntoutussuunnitelman kuntoutuksen tavoitteet ja keinot laaditaan yhdessä kuntoutujan kanssa, suositellaan käytettäväksi GAS-menetelmää.</li> <li>S. Tietojärjestelmäongelma ei koske Kelan asiakkaita.</li> <li>T. Moniammatillinen alueen asioita pohtiva työryhmä perehtyy kaikkien tk:n esille nostamiin tapauksiin.</li> </ul>
ICF-luokitus toiminta-kyvyn ja vaikuttavuuden arvioinnin välineenä	<p><b>Tavoite:</b> Kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteiden asettelussa ja vaikuttavuuden arvioinnissa on noudatettava ICF – viitekehystä. Tässä tarkoitetaan potilaan kokonaisvaltaista arviointia kuntoutustarpeesta, ei toiminnallisen tilan koodaamista. (Paltamaa ym. 2011, 228.)</p> <p><b>Havaittu tila:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>U. ICF – luokituksen käyttöönotto on tulossa. Ensimmäinen koulutus on ollut syksyllä 2014.</li> </ul> <p><b>Toimintaehdotus:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>U. Huolehditaan ICF-luokituksen alueellisesta käyttöönotosta.</li> </ul>

Luonnos kuntoutusketjusta  
AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖPOTILAAN KUNTOUTUS PORVOON SAIRAANHOITOALUEEL-  
LA, KUNTOUTUSKETJU  
Luonnos 21.4.2015

1. Tavoite

- mahdollistaa kuntoutujalle saavutettava, osallisuutta vahvistava ja kumppanuutta toteuttava kuntoutuinen parhaalla mahdollisella tavalla (2, 3, 4)
- yhtenäistää aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden kuntoutuskäytäntöä Porvoon sairaanhoitoalueella (1, 5)
- oikea-aikaisella kuntoutuksella minimoida sairauden aiheuttamaa toimintakyvyn heikkenemistä
- lisätä alueen terveydenhuollon ammattilaisten tietoa ja osaamista
- vakiinnuttaa tieteelliseen tutkimusnäyttöön perustuvia aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksen hoito – ja kuntoutuskäytäntöjä (1)
- tukea päätöksentekoa ja hoidon priorisointia (1)

2. Kohderyhmä

- terveydenhuollon ammattilaiset erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa Porvoon sairaanhoitoalueella

3. Työryhmä

- Pursiainen Ville, neurologian ylilääkäri, HUS Porvoon sairaala
- Borup Katariina, ylilääkäri, Loviisan kaupunki
- Juola Anna-Liisa, geriatri, Porvoon kaupunki
- Puhakainen Sanna, fysioterapeutti, HUS Porvoon sairaala
- Kuismen Vuokko, toimintaterapeutti, HUS Porvoon sairaala
- Keurulainen Kiira, sairaanhoitaja, HUS Porvoon sairaala
- Nyström Elisa, psykologiharjoittelija, HUS Porvoon sairaala
- Mäenpää Pia, neuropsykologi, HUS Porvoon sairaala
- Haapala Peppi, puheterapeutti, HUS Porvoon sairaala
- Siltanen Paula, fysioterapian oh, HUS Porvoon sairaala
- Skogster Merja, fysioterapian oh, Porvoon kaupunki
- Karlsson Anita, fysioterapian oh, Loviisan kaupunki
- Westerlund Marina, fysioterapian oh, Sipoon kunta
- Lehtola Nina, kotihoidon koordinaattori, Loviisan kaupunki
- Risku Susanna, fysioterapeutti, Askolan kunta

Tässä kuntoutusketjussa kuvataan kuntoutuksen vastuutahot koskien

- kuntoutuksen suunnittelua
- kuntoutuksen seurantaa
- terapioiden järjestämistä
- neuvontaa ja ohjausta
- apuvälinepalveluita

4. Varhaisvaiheen kuntoutus

Varhaisvaiheen kuntoutus pitää sisällään kuntoutuksen, joka alkaa kun potilaan tilanne ei ole vielä vakiintunut (akuutti vaihe) sekä kuntoutuksen nopeimman vaiheen (subakuutti -vaihe) joka kestää jopa kuuteen kuukauteen asti. (1)

Varhaisvaiheen kuntoutus voi alkaa HUS Aivohalvausyksikössä (Stroke Unit) tai HUS Porvoon sairaalassa.

## 5. Myöhäisvaiheen kuntoutus

Myöhäisvaiheen kuntoutus voi jatkua potilaan tarpeiden mukaan vuoden, joskus pidempäänkin.

Päävastuu kuntoutuksesta on terveydenhuollolla. Kela vastaa alta 65-vuotiaiden vaikeavammaisten kuntoutuksesta perusvastuun säilyessä kunnalla.

## 6. Erikoissairaanhoidon perustehtävät

- potilaan tilanteen arviointi ja hoitomuotojen valinta
- sekundaariprevention aloitus, kts. Aivoinfarktin Käypä hoito
- moniammatillinen arvio ja kuntoutuksen aloitus
- epikriisiin kuntoutussuunnitelma tai lyhyen tähtäimen kuntoutusehdotus
- akuuttivaiheessa erikoissairaanhoidosta suoraan kotiutuville jatkoterapian järjestäminen. Mikäli kunnalla ei ole tarjota palvelua omana toimintana, harkitaan tarpeen mukaan kuntoutuksen hankkimista ostopalveluna
- työikäisten ja muiden erityishuomiota vaativien kontrolli
- ensitieto-infotilaisuudet, tiedon jakaminen ja ohjaus
- laituskuntoutustarpeen harkinta
- kannanotto ajokykyyn

## 7. Perusterveydenhuollon perustehtävät

- kuntoutuksen jatkaminen, seuranta ja tiedon jakaminen:

kuukauden kuluttua kotiutumisesta perusterveydenhuollossa hoitajakontrolli, jossa tarpeen mukaan lääkitysasioiden kontrolli, lääkitapaamisen tarpeen arviointi, verenpaineen ja kolesteroliarvioiden kontrolli sekä psykososiaalisen tuen tarpeen arviointi

- sekundaaripreventio, kts. Aivoinfarktin Käypä hoitosuositus
- . työkykyarvioiden lähettäminen moniammatilliseen arvioon neurologian erikoisalalle, tarvittaessa kuntoutustyöryhmä voi myös konsultoida.
- kotiutukseen tai jatkohoitopaikkaan liittyvät järjestelyt
- perusterveydenhuollossa subakuuttivaiheessa olevien potilaiden laituskuntoutustarpeen harkinta, tarvittaessa kuntoutustyöryhmä voi myös konsultoida
- yhteistyö kunnan sosiaalitoimen kanssa (vammapalvelut)
- terveystieteellinen ajokyvyn arvio tarvittaessa

## 8. Kuntoutukset osa-alueet

- lääketieteellinen ja moniammatillinen arvio
- kuntouttava hoitotyö
- fysioterapia
- toimintaterapia
- puheterapia
- neuropsykologinen kuntoutus
- psykoterapia

- ammatillinen kuntoutus
- kuntoutusohjaus
- apuvälineet ja asunnonmuutostyöt
- sosiaalityöntekijän/ terveydenhuollon palveluohjaajan tehtävät
- laitos- tai avokuntoutus

#### 9. Kuntoutussuunnitelman sisältö

- sisältää potilaan, ja tarvittaessa omaisten kanssa yhdessä laaditut kuntoutuksen tavoitteet ja keinot GAS - menetelmää käyttäen
- täsmentyy kuntoutumisen edetessä
- tekijänä pääasiassa hoitava lääkäri tai kuntoutustyöryhmässä sovittu työntekijä käyttäen hyväksi eri työntekijäryhmiltä saatuja tietoja
- edellytetään vaikeavammaisten lääkinnällisessä kuntoutuksessa, ammatillisessa kuntoutuksessa ja kuntoutustuen ja -rahan maksamisessa
- vaikeavammaisen työkäisen kuntoutuksen rahoituksesta vastaa Kela, mutta vaikeavammaisten kuntoutuksesta vastaa terveydenhuolto.
- ylläpitävän vaiheen suunnitelma tehdään 1–3 vuodeksi
- Siirtymävaiheessa erikoissairaanhoidon ammattilaiset ovat yhteydessä terveyskeskukseen jatkokuntoutuksen varmistamiseksi, tarvittaessa järjestetään maksusitoumus terapioihin joita ei ole saatavilla.

#### 10. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistoimintamallit

- Työkäisten potilaiden seuranta jatkuu neurologian poliklinikalla, kunnes on tehty lopullinen kannanotto työkykyyn
- Suoraan erikoissairaanhoidon sairaalasta kotiutuvien potilaiden akuuttivaiheessa sairaala vastaa jatkoterapian järjestämisestä. Mikäli kunnalla ei ole tarjota palvelua omana toimintana, harkitaan tarpeen mukaan kuntoutuksen hankkimista ostopalveluna
- Jatkokuntoutukseen siirryttäessä terapiasuositusten tulee sisältää terapioiden tiheys sekä tavoitteet huomioiden muuttuvat tilanteet. Jatkokuntoutukseen siirryttäessä sairaalan terapiahenkilöstö on yhteydessä terveyskeskuksen terapiahenkilöstöön. Tavoitteet tulisi olla laadittu yhdessä kuntoutujan ja/tai omaisten kanssa.
- Intensiivisen laituskuntoutuksen tarpeen ja ajankohtaisuuden arviointi tehdään pääsääntöisesti erikoissairaanhoidossa, kuten sen maksusitoumuskin.
- Mikäli potilaan vireystila ei riitä laituskuntoutukseen hänen siirtyessään jatkokuntoutukseen perusterveydenhuoltoon, terveyskeskukseen annetaan ohjeistus myöhäisempää laituskuntoutusjakson tarvetta ajatellen. Maksusitoumus kirjoitetaan kuitenkin erikoissairaanhoidosta.
- ylläpidetään hyviä tapaamis- ja kokouskäytäntöjä eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä
- tuetaan kotona asumista kodinmuutostyönarvioiden ja apuvälineiden sekä kotona tapahtuvien ohjausten keinoin

#### 11. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tulevaisuusorientaatio, kehitysvisio

- kehitetään aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutujan psyykkisen kuntoutumisen tukemista (1)

- kehitetään kuntoutujan ja omaisten osallisuutta kuntoutusprosessissa
- kehitetään toimintamalli, jonka avulla kuntoutujalle taataan tietoa myös kolmannen sektorin toiminnasta
- huolehditaan, että kuntoutusprosessin aikana järjestetään tarvittaessa kuntoutuskokous, johon kuntoutuja ja/omaiset voivat osallistua
- kehitetään kuntoutumisen seurannan menetelmät ja mittarit, sekä yhteinen kirjaamiskäytäntö (ICF)
- potilaan siirtyessä intensiivilaitoskuntoutusjaksolle, ohjeistetaan palautteet lähetettäväksi perustettavaan Alueelliseen aikuisneurologisten potilaiden lääkinnällisen kuntoutuksen asioista kerran viikossa käsittelevälle työryhmään hyvissä ajoin ennen potilaan kuntoutusjakson päättymistä.
  - Ryhmän perustamisen tavoitteena on taata potilaille alueellisesti samanarvoiset jatkokuntoutusmahdollisuudet, keskittää ja täsmentää tiedon siirtymistä laitoskuntoutusjakson jälkeen.
  - Ryhmään yksi edustaja alueelta, lääkärit osallistuvat tarvittaessa.
  - Selvitetään etäkokousten pitämismahdollisuuksia.
- laaditaan esitys alueellisen laitoskuntoutuksen järjestämisestä
- laaditaan esitys alueellisesta kuntoutusohjaajan toimen perustamisesta

## 12. Lisätiedot

### **Tulevat liitteet**

Neuropsykologinen kuntoutus

Fysioterapia

Toimintaterapia

Puheterapia

### Kirjallisuus:

- (1) Aivoinfarkti. 2011. Käypä hoito – suositus. Suomalainen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä.
- (2) Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Duodecim 2000; 115: 1823.
- (3) Sipari, S. & Mäkinen, E. 2012. Yhdessä rakentuva kuntoutusosaaminen. Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Aatos-artikkelit. 6/2012.
- (4) Kuntoutusselonteko. 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle 2002.
- (5) Paltamaa, J.; Karhula, M.; Suomela-Markkanen, T & Autti-Rämö, I. (Toim.). 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki. Kela.