

Soile Eronen

YHDESSÄ PAREMMIN
Aivohalvauskuntoutuksen tehostaminen
moniammatillisuudella

Opinnäytetyö
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen
Fysioterapeutti (YAMK)

Marraskuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>	Opinnäytetyön päivämäärä		
Tekijä(t) Soile Eronen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen 90 op, Fysioterapeutti (YAMK)		
Nimeke YHDESSÄ PAREMMIN Aivohalvauskuntoutuksen tehostaminen moniammatillisuudella			
Tiivistelmä <p>Moniammatillinen yhteistyö on ensiarvoisen tärkeää aivohalvauskuntoutuksessa aivoverenkiertohäiriön moniolotteisen oirekuvan vuoksi. Tutkimuksin on kuitenkin todistettu, että moniammatillisuuden hyödyntämisessä olisi vielä paljon kehitettävää. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tehostaa moniammatillista aivohalvauskuntoutusta viemällä sitä toiminnan tasolle muutosintervention avulla. Muutosinterventio koostui moniammatillisista työryhmätapaamisista, jotka tallennettiin muistioiksi. Opinnäytetyö liittyy käynnissä olevaan ”Aktivoiva fysioterapia aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen kuntoutuksessa” - tutkimushankkeeseen, ja siinä käytettiin kehittävän työntutkimuksen lähestymistapaa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella, miten aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kuntoutusta ja harjoittelua on suunniteltu Kruunupuistossa työnjaon, tuotoksen ja välineiden näkökulmasta ja millaisia muutoksia siinä tapahtui opinnäytetyöhön liittyneen noin vuoden mittaisen muutosintervention aikana. Tutkimusongelmat olivat seuraavat: 1. Miten avh-kuntoutujan kuntoutus ja harjoittelu on suunniteltu aiemmin moniammatillisesta näkökulmasta? 2. Miten avh-kuntoutujan moniammatillinen kuntoutus ja harjoittelu suunnitellaan tällä hetkellä? 3. Miten avh-kuntoutujan harjoittelun suunnittelu kehittyi moniammatillisen intervention aikana?</p> <p>Ensimmäisen tutkimusongelman aineistona toimivat kahden työntekijäryhmän videoidut yhteisluistelut. Vastaus ensimmäiseen tutkimusongelmaan oli, ettei moniammatillista suunnittelua ollut. Näkemykset työnjaosta ja kohteesta olivat erilaiset ryhmien välillä, samoin käytetyt välineet. Toisen tutkimusongelman aineistona olivat moniammatilliselle työryhmälle annetut alkukyselyt ja ensimmäiset työryhmätapaamisista kerätyt muistiot. Toisen tutkimusongelman vastaukseksi saatiin, että moniammatillisen työryhmän jäsenillä oli samansuuntainen näkemys eri ammattiryhmien työstä, mutta moniammatillinen yhteistyö vastasi lähinnä rinnakkain työskentelyä. Tässä vaiheessa näkyi myös orastavia merkkejä syvemmälle menevästä työryhmätyöskentelystä. Kolmannen tutkimusongelman aineiston muodostivat videoitu moniammatillisen työryhmän ryhmähaastattelu, moniammatillisten tapaamisten muistiot, toistetut alkukyselyt moniammatilliselle työryhmälle ja kenttämuistiinpanot. Vastaus kolmanteen tutkimusongelmaan oli, että rinnakkain työskentelystä päästiin ammattirajoja sovitusti ylittävään työskentelyyn. Alkuvaiheen konsultoinnista päästiin intervention aikana yhteiseen harjoitteiden suunnitteluun ja yhteisterapioiden toteutukseen. Aineistojen analysoinnissa käytettiin sovelletusti sisällönanalyysiä.</p> <p>Opinnäytetyössä kokeiltua toimintamallia voidaan hyödyntää sovelletusti myös muiden potilasryhmien kohdalla moniammatillisen yhteistyön tehostumiseksi ja pyrittäessä kohti entistä asiakaslähtoisempää toimintaa. Jatkossa on kehitettävä edelleen myös uusia työkäytänteitä, jotta moniammatillisuutta voitaisiin hyödyntää vieläkin tehokkaammin aivohalvauskuntoutuksessa.</p>			
Asiasanat (avainsanat) aivohalvaus, moniammatillisuus, kuntoutuminen, toimintakyky			
Sivumäärä 100 sivua + 6 liitettä	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Kieli suomi</td> <td style="width: 33%;">URN</td> </tr> </table>	Kieli suomi	URN
Kieli suomi	URN		
Huomautus (huomautukset liitteistä)			
Ohjaavan opettajan nimi Merja Reunanen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Kruunupuisto Oy Aktivoiva fysioterapia -hanke		

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis	
Author(s) Soile Eronen		Degree programme and option Development and Management in Health Care and Social Services 90 ects, Physiotherapy (Master of Health Care)	
Name of the bachelor's thesis BETTER TOGETHER Enhancing of stroke rehabilitation with multiprofessional team work			
<p>Abstract Multiprofessional teamwork is very important in stroke rehabilitation. However, several studies have revealed that multiprofessional rehabilitation should be even more effective. The goal of this Master's thesis was to enhance multiprofessional teamwork in practise using the method of intervention. The intervention consisted of multiprofessional meetings which were recorded in memos. This thesis is a part of the <i>Activating Physiotherapy in the Initial Phase of Stroke Rehabilitation</i> research project in Eastern Savo. The research approach was developmental work research.</p> <p>The purpose of this Master's thesis was to investigate multiprofessional planning of stroke rehabilitation at Kruunupuisto Rehabilitation Centre and to examine whether any changes occur during the intervention. The research questions were: 1. How has the rehabilitation and training of stroke patient been planned earlier from a multiprofessional point of view? 2. How is it planned at the moment? 3. What kind of changes occurred during the multiprofessional intervention? Various methods and materials were used and collected, including videotaped recollection meetings, questionnaires, videotaped group interviews and memos. The data was analysed by using modified content analysis.</p> <p>The answer to the first research question was that there was no multiprofessional planning because of ideological differences. Both the opinions about the object and division of tasks as well as the methods used were different. In answer to the second question, the members of the multiprofessional team had parallel views on their job descriptions. However, they worked in a multi- and interprofessional way even though there were some signs of transprofessional teamwork. In answer to the third research question, the teamwork developed from multi- and interprofessional work into transprofessional teamwork. At first the members of the multiprofessional team consulted each other, emerging to planning exercises together and in the end implementing some therapies together.</p> <p>The intervention method tested in this Master's thesis is viable also with other patients. New practices should be developed further in the future to improve multiprofessional teamwork in stroke rehabilitation.</p>			
Subject headings, (keywords) stroke, multiprofessional, rehabilitation, performance			
Pages 100 pages + 6 appendices	Language Finnish	URN	
Remarks, notes on appendices			
Tutor Merja Reunanen		Bachelor's thesis assigned by Kruunupuisto Rehabilitation Centre <i>The Activating Physiotherapy in the Initial Phase of Stroke Rehabilitation</i> research project	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	AIVOHALVAUSKUNTOUTUSTA OHJAAVAT SUOSITUKSET	3
2.1	Aivoinfarktin käypä hoito -suositus.....	4
2.2	Konsensuslausuma äkillisten aivovaurioiden jälkeisestä kuntoutuksesta	6
3	ALUEELLISET TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEET	11
3.1	Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden toimintakyvyn luotettava kliininen mittaaminen ja fysioterapian kehittäminen Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella - Reliable Clinical Assessment of Stroke Patients´ Postural Control and Development of Physiotherapy in Stroke Rehabilitation	12
3.1.1	PCBS-testi (Postural Control and Balance for Stroke) ja testien katseluun liittyvät ohjaustilanteet	12
3.1.2	Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kehittäminen, aktivoiva fysioterapia ja aktivoivan terapian vaikuttavuustutkimus.....	13
3.1.3	Yhteenvedo ja jatkotutkimushaasteet	15
3.2	Fysioterapeutit työnsä kehittäjinä – Miten aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian muutos käynnistyi?	15
3.2.1	Muutosintervention päävaiheet ja aineiston kerääminen	15
3.2.2	Yhteenvedo ja jatkotutkimusehdotukset	18
3.3	Aktivoiva fysioterapia aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen kuntoutuksessa - Kuntoutumisen seurantatutkimus	18
3.3.1	Kuntoutusprosessi	18
3.3.2	Toimintakyvyn arviointi.....	20
3.4	Aktivoiva terapia ja tehtäväkeskeinen harjoittelu.....	21
3.4.1	Aktivoivan ja perinteisen terapian vertailu	22
3.4.2	Tehtäväkeskeinen harjoittelu	23
4	MONIAMMATILLISUUS KUNTOUTUKSESSA	24
4.1	Moniammatillisuus	24
4.2	Kotikuntoutus	27
4.3	Yhteenvedoa ja perusteita moniammatillisille tapaamisille	30
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA MENETELMÄT	31
5.1	Kehittämistehtävä ja sen tarkoitus	31

5.2	Kehittävä työntutkimus lähestymistapana	32
5.2.1	Kehittävän työntutkimuksen lähtökohdat	32
5.2.2	Kehittävän työntutkimuksen vaiheet.....	34
5.3	Aineistojen analysointi	40
5.4	Tutkimuksen eettinen tarkastelu	44
6	AVH-KUNTOUTUJAN MONIAMMATILLISEN KUNTOUTUKSEN JA HARJOITTELUN SUUNNITTELU.....	47
6.1	Avh-kuntoutujan moniammatillisen kuntoutuksen historiallinen analyysi .	47
6.1.1	Ensimmäisen ryhmän yhteismuistelun tuloksia.....	48
6.1.2	Toisen ryhmän yhteismuistelun tuloksia.....	51
6.1.3	Historialliset jännitteet.....	52
6.2	Nykytilan analyysi	54
6.2.1	Moniammatillisen kuntoutuksen nykytila alkukyselyjen perusteella	54
6.2.2	Nykytila ensimmäisten muistioiden näkökulmasta.....	56
6.2.3	Yhteenvedo ja tulkinta.....	57
7	MUUTOSINTERVENTION KUVAUS.....	59
7.1	Moniammatillisten työryhmätapaamisten suunnittelu.....	60
7.2	Moniammatilliset työryhmätapaamiset eli uuden toimintamallin kokeilu ..	60
8	MONIAMMATILISESSA TYÖSKENTELYSSÄ TAPAHTUNEET MUUTOKSET	63
8.1	Työryhmätyöskentelyssä tapahtuneet muutokset.....	64
8.2	Työryhmäläisten kokemuksia	68
8.3	Millaista oppimista tapahtui?.....	70
8.4	Lähikehityksen vyöhykkeen suunnittelua	71
8.5	Yhteenvedo ja tulkinta.....	73
9	POHDINTA	74
9.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelua.....	74
9.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja oman toiminnan tarkastelu.....	84
9.3	Opinnäytetyöprosessin kuvaus, lähestymistavan arviointia ja jatkotutkimusehdotukset	87
	LÄHTEET	91

LIITTEET

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu Suomessa vuosittain lähes 14 000 henkilöä ja sairastavuuden ennustetaan kasvavan väestön ikääntyessä 21 000:een vuoteen 2020 mennessä, ellei ennaltaehkäisyä pystytä tehostamaan. Aivohalvaus on aivokudoksen toiminnasta johtuva aivojen toimintahäiriö, jonka taustalla on aivoverisuonitus 80 %:lla, aivoverenvuoto yli 10 %:lla ja SAV (subaraknoidaalivuoto) alle 10 %:lla sairastuneista. Aivohalvaus on kolmanneksi kallein kansantautimme mielenterveyshäiriöiden ja dementian jälkeen. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2009.)

Aivoverenkiertohäiriön oirekuva on hyvin moniulotteinen vaikuttaen niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaaliseenkin suoriutumiseen. Tämän vuoksi moniammatillinen kuntoutus on ensiarvoisen tärkeää aivohalvauskuntoutuksessa. Moniammatillisen kuntoutusyksikön tehokkuus ja siitä koituneet hyödyt sairastuneen osalta verrattuna yleissairaalaan on todistettu tutkimuksin (Langhorne & Duncan 2001, 273). Moniammatillisessa kuntoutusyksikössä tapahtuneesta hoidosta hyötyvät kaikki iästä, sukupuolesta ja sairauden vaikeusasteesta riippumatta (Aivoinfarktin käypä hoito -suositus 2006, 2787).

Moniammatillisuudesta puhutaan paljon, mutta käytännössä se jää usein hyvin pinnalliselle tasolle. Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella toteutetussa tutkimus- ja kehittämishankkeessa ”Aktivoiva ja omatoimisuutta tukeva fysioterapia aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa” jatkokehittämiskohteeksi nousi juuri moniammatillisuuden hyödyntäminen ja tehostaminen optimaalisen harjoittelun vaikeustason ja koti-harjoittelun tehostamisen lisäksi (Pyöriä 2007).

Tutkimukset ovat osoittaneet, että aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden toimintakyvyn suurin palautuminen tapahtuu ensimmäisen 3 kk:n aikana sairastumisesta, ja tämän vuoksi intensiivinen kuntoutus tulisi keskittää sairauden alkuvaiheeseen (Kwakkel ym. 2004, 281–299). Jorgensen ym. (1995, 410) osoittivat tutkimuksessaan, että 80 % potilaista saavutti parhaan päivittäisen toimintakyvyn kuuden viikon aikana sairastumisesta. Syksyllä 2008 käynnistyneessä ”Aktivoiva fysioterapia aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen kuntoutuksessa – kuntoutumisen seurantatutkimus” - tutkimushankkeessa on tarkoitus selvittää satunnaistetulla koe- ja kontrolliryhmäase-

telmalla, voidaanko sairastumisen alkuvaiheessa kolmen kuukauden aktivoivalla fysioterapialla parantaa potilaiden toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä kotona. Tarkoituksena on myös selvittää, voidaanko aktivoivalla fysioterapialla vaikuttaa perinteistä terapiaa enemmän aivohalvauspotilaiden henkiseen toimintakykyyn ja mielialaan. (Pyöriä ym. 2008.) Tutkimus- ja kehittämishanketta kuvataan tarkemmin luvussa 3. Opinnäytetyön raportissa käytetään nimikettä ”Aktivoiva fysioterapia” -hanke kuvattaessa kyseistä hanketta.

Viime vuosina aivohalvauskuntoutuksessa on alettu kehittää motoriseen oppimiseen ja säätelyyn pohjautuvia menetelmiä, joissa korostetaan potilaan aktiivista roolia omassa harjoittelussaan. Näissä menetelmissä pyritään potilaan todelliseen elämään kuuluvien toimintojen uudelleenoppimiseen ja siihen, että potilas pystyisi soveltamaan niitä erilaisissa ympäristöissä. (Carr & Shepherd 2000, 3–22; Shumway-Cook & Woollacott 2001, 1–25.) Näihin edellä mainittuihin tavoitteisiin pyritään tehtäväkeskeisen harjoittelun avulla. Oppimisen edellytyksenä on intensiivinen harjoittelu ja sillä tähdätään aivojen kykyyn muotoutua uudelleen (plastisiteetti) (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 6).

Tehtäväkeskeisen harjoittelun vaikeustason määrittäminen on avainasemassa potilaan harjoittelumotivaation kannalta. Liian vaikeat harjoitteet turhauttavat, samoin voi käydä myös harjoitteiden ollessa liian helppoja. Pitäisi siis löytää harjoitteet, joissa potilaan resurssit ja harjoittelun vaikeustaso kohtaavat. Harjoittelun vaikeustasoa mietittäessä pelkkä fyysisen oirekuvan tiedostaminen ei riitä, vaan sen lisäksi tarvitaan tietoa potilaan kyvystä sitoutua ja motivoitua tekemiseen, ymmärtää ohjeita ja suunnitella omaa toimintaansa. Edellä mainittujen seikkojen lisäksi on tiedettävä, missä vaiheessa potilas on sairauteensa sopeutumisessa. Tehtävien suunnitteluun tarvitaan siis moniammatillista yhteistyötä.

Opinnäytetyöni liittyy aiemmin mainittuun alueelliseen tutkimus- ja kehittämishankkeeseen. Tutkimuksen toteutuksesta vastaa Kruunupuisto, ja hankkeen päärahoittajina ovat Kela ja Raha-automaattiyhdistys, Kruunupuisto sekä tutkimukseen osallistuvat Itä-Savon sairaanhoitopiiri ja Kymenlaakson keskussairaalapiiri. Yhteistyötahoina ovat myös Jyväskylän yliopisto ja Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonniemen kampus. (Pyöriä ym. 2008.)

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehostaa moniammatillisuutta aivohalvauskuntoutuksessa ja viedä sitä syvemmälle, toiminnan tasolle, niin terapioiden (tehtävien) suunnittelussa kuin toteutuksessakin. Tähän tavoitteeseen pyrittiin moniammatillisten työryhmätapaamisten avulla, joiden tuotoksena pyrittiin saamaan aikaan moniammatillisesti suunniteltuja, oikealle vaikeustasolle saatuja harjoitteita, joita voidaan siirtää myös kotiharjoitteluun.

Lähestymistapana opinnäytetyössä käytettiin sovelletusti kehittävää työntutkimusta. Kehittävä työntutkimus yhdistää tutkimuksen, käytännön kehittämistyön ja koulutuksen ja on näin osallistava lähestymistapa. Kehittävässä työntutkimuksessa ratkaisuja ei tuoda ulkoapäin, vaan työntekijät analysoivat itse toimintaansa, kehittelevät ja kokeilevat uusia ratkaisuja työssään kohtaamiinsa ongelmiin. (Engeström 2002, 12.) Opinnäytetyöprosessi eteni ekspansiivisen oppimissyklin mukaisesti. Ekspansiivisella oppimissyklillä tarkoitetaan työn kehittämiseen liittyvää oppimisprosessia, jossa saman työkohteen parissa toimivat työyhteisön jäsenet pystyvät ratkaisemaan työhön häiriöitä ja ongelmia tuottavia nykytoiminnan ristiriitoja (Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 3).

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat aivohalvauskuntoutus, kuntoutuskäytännöt, kuntoutusprosessi, toimintakyky ja sen arviointi, moniammatillisuus, kotikuntoutus ja aktivoiva terapia. Käsitteitä kuvataan tarkemmin opinnäytetyön edetessä.

2 AIVOHALVAUSKUNTOUTUSTA OHJAAVAT SUOSITUKSET

Tässä luvussa käsitellään aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoitoa ja kuntoutusta ohjaavia kansallisia hoitolinjoja, jotka perustuvat sekä kansainvälisiin että kotimaassa tehtyihin tutkimuksiin. Käypä hoito -suositus on asiantuntijaryhmän laatima yhteenveto yksittäisen sairauden, tässä tapauksessa aivoinfarktin, diagnostiikasta ja hoidon vaikuttavuudesta. Suositus perustuu systemaattisesti koottuun tutkimustietoon, jonka näytönastetta arvioidaan neliportaisella asteikolla A–D. A kuvaa vahvinta ja D heikointa tutkimusnäyttöä. (Aivoinfarktin käypä hoito -suositus 2006.)

Konsensuskokoukset ovat avoimia ja julkisia tilaisuuksia, joissa arvioidaan käsiteltävän aihealueen lääketieteellisiä toimintatapoja verrattuna tutkimusnäyttöön. Vuonna

2008 konsensuskokouksen aiheena oli äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Kokouksen pohjalta laaditaan konsensuslausuma, jossa annetaan ohjeita käsiteltävän aihealueen kehittämiseen Suomessa. Samalla jaetaan ajankohtaista tietoa terveydenhuollon ammattilaisille, tutkijoille, päättäjille, potilaille jne. Ennalta kokoon kutsuttu paneeli laatii konsensuslausuman, joka pohjautuu olemassa olevaan tutkimustietoon, asiantuntijoiden toimittamiin kirjallisuuskatsauksiin, kokouksessa kuultuihin asiantuntijaluentoihin ja yleisön kommentteihin. Vuoden 2008 konsensuslausuman taustamateriaalina on käytetty myös aivoinfarktin käypä hoito -suositusta. (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 3.)

2.1 Aivoinfarktin käypä hoito -suositus

Tässä opinnäytetyössä käsitellään lähinnä käypä hoito -suosituksen akuutin ja subakuutin vaiheen kuntoutukseen liittyviä asioita. Akuutissa vaiheessa potilaan tila ei ole vielä vakiintunut. Subakuutista vaiheesta puhutaan, kun tarkoitetaan vaihetta, jolloin nopein kuntoutuminen tapahtuu eli keskimäärin kolmeen kuukauteen asti sairastumisesta. Jokaiselle aivoinfarktipotilaalle tehdään arvio moniammatillisen kuntoutuksen tarpeesta. Arvio kuntoutuksen hyödyllisyydestä edellyttää moniammatillisen työryhmän tekemää arviota. Potilaille, jotka tarvitsevat kuntoutusta, laaditaan moniammatillisen arvion pohjalta kuntoutussuunnitelma. (Aivoinfarktin käypä hoito -suositus 2006, 2786.)

Vahvaa tutkimusnäyttöä on siitä, että kuntoutusta tarvitsevien tulisi saada hoitoa moniammatillisessa kuntoutusyksikössä. Tällaisesta kuntoutuksesta hyötyvät kaikki aivoinfarktipotilaat iästä, sukupuolesta tai sairauden vaikeusasteesta riippumatta. Sairastumisen alkuvaiheessa moniammatillisessa kuntoutusyksikössä hoidettujen kuolleisuus ja riski pysyvään laitoshoitoon jäämiseen on pienempi kuin tavallisella vuodeosastolla hoidettujen. Hoidon tehokkuus on voitu osoittaa lyhentyneenä hoitoaikana, vähäisempänä vammaisuutena ja parempana elämänlaatuna. Kuntoutusyksikössä hoidettujen potilaiden saavuttamana lisähyöty säilyy tutkimusten mukaan myös seurannassa. Moniammatillinen kuntoutustyöryhmä muodostuu lääkäristä, sairaanhoitajasta, fysio-, toiminta- ja puheterapeutista sekä neuropsykologista ja sosiaalityöntekijästä. Kuntouttava hoitotyö on avainasemassa. Tärkein ennustetekijä kuntoutumiselle on aivoinfarktin vaikeusaste. (Aivoinfarktin käypä hoito -suositus 2006, 2787.)

Asentohoito (passiivinen kuntoutus) aloitetaan välittömästi sairastumisen jälkeen, koska varhaisella mobilisaatiolla voidaan vähentää myös painehaavojen, keuhkokuumeen, syvien laskimotukosten ja keuhkoembolian riskiä. Aktiivinen kuntoutus aloitetaan heti, kun potilaan tila on vakiintunut riittävästi. Viikon kuluessa aloitettu aktiivinen kuntoutus on tutkitusti selvästi tehokkaampaa kuin kuukauden kuluttua sairastumisesta aloitettu. Sama ero näkyy myös viikon ja kahden viikon päästä aloitetun kuntoutuksen eroissa. Raajaoireiden lisäksi myös kognitiivinen kuntoutus pitäisi aloittaa mahdollisimman nopeasti. Akuuttivaiheessa riittävän tiedon tarjoaminen potilaalle ja hänen omaisilleen kuuluu tärkeänä osana kuntoutukseen. (Aivoinfarktin käypä hoito -suositus 2006, 2787.)

Aivoinfarktipotilaan aktiivista kuntoutusta jatketaan niin kauan kuin toipumista tapahtuu. Kuntoutumista ja sen tuomaa hyötyä voidaan arvioida tutkimusten mukaan melko luotettavasti 1–3 viikon päästä sairastumisesta. Aktiivisessa kuntoutuksessa on tärkeää kokonaisvaltainen ja joustava ote. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntoutuksessa keskitytään häiriintyneen toiminnan harjoittamiseen ja toimintojen mahdollisimman suureen palauttamiseen, mutta myös kompensatiokeinojen ja/tai apuvälineiden käytön harjoittamiseen. Lisäksi potilaalle annetaan psyykkistä ja psykososiaalista tukea muuttuneen elämäntilanteen hallintaan ja tulevaisuuden suunnitelmien tukemiseen. Akuuttivaiheen jälkeen kuntoutusta jatketaan ylläpitävänä kuntoutuksena. (Aivoinfarktin käypä hoito -suositus 2006, 2787.)

Seuraavassa käsitellään eri terapiamuotojen vaikuttavuutta aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuksessa. Akuutin vaiheen jälkeen fysioterapiaa jatketaan intensiivisesti. Tutkimukset osoittavat, että fysioterapian intensiteetin lisääminen tehostaa motorista kuntoutumista, mutta käytettyjen menetelmien välillä ei ole merkitsevää eroa tuloksen kannalta. Tavanomaisten fysioterapiamuotojen välillä ei ole todettu selvää eroa pystyasennon hallinnan ja alaraajojen toiminnan kuntouttamisessa. Painokevennetty kävelykuntoutus on uusi fysioterapian menetelmä, ja sen vaikuttavuutta tutkitaan tälläkin hetkellä. Toiminnallisella sähköstimulaatiolla on saatu aikaan käden motoriikan ja kävelynopeuden parantumista aivohalvauksen jälkeen, mutta sen vaikutuksista toiminnalliseen suoriutumiseen ei ole vielä toistaiseksi näyttöä. (Aivoinfarktin käypä hoito -suositus 2006, 2787.)

Toimintaterapiasta on todettu olevan hyötyä päivittäisten perustoimintojen kuntoutumisen kannalta, ja sen lisäksi toimintaterapialla on pystytty lisäämään yleistä aktiivisuutta ja sosiaalista osallistuvuutta. Puheterapiasta näyttäisi tutkimustiedon mukaan olevan hyötyä afasian kuntoutuksessa niin akuutissa kuin kroonisessakin vaiheessa. Neuropsykologinen kuntoutus kohdennetaan potilaalla olevaan kognitiiviseen häiriöön ja samalla kiinnitetään huomiota potilaan emotionaaliseen ja psykososiaaliseen tilaan. Visuospatiaalisten (esim. suuntien, etäisyyksien hahmottaminen) häiriöiden ja neglect-oireyhtymän (huomiotta jääminen) kuntoutuksessa strategiaharjoittelu ja oireen suora harjoittaminen ovat tehokkaita ilmeisesti silloin, kun siihen liittyy myös oiretiedostuksen lisääminen. Tutkimusnäyttö aivoinfarktipotilaiden tarkkavaisuushäiriön, muisti- ja toiminnanohjaushäiriöiden kuntouttamisen vaikuttavuudesta on toistaiseksi puutteellista, mutta sen on arvioitu olevan tehokasta. (Aivoinfarktin käypä hoito -suositus 2006, 2788.)

2.2 Konsensuslausuma äkillisten aivovaurioiden jälkeisestä kuntoutuksesta

Konsensuslausumassa äkillisellä aivovauriolla käsitetään äkillisen aivoverenkiertohäiriön tai aivovamman seurauksena syntyneitä aivovaurioita (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 2). Tässä opinnäytetyössä keskitytään lähinnä konsensuslausuman aivoverenkiertohäiriötä koskeviin ohjeisiin.

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutus perustuu aivojen muotoutuvuuteen. Kuntoutumisprosessin aikana hermosolut voivat muodostaa uusia yhteyksiä tai muovata uudelleen jo olemassa olevia yhteyksiä kompensoimaan aivovauriosta aiheutunutta puutosta. Hermoverkkojen uudelleen järjestäytyminen edellyttää aktiivista harjoittelua. Harjoittelulla ja hermosolujen aktivoinnilla edistetään muovautuvuutta ja ohjataan sitä oikeaan ja tarkoituksenmukaiseen suuntaan. Käypä hoito -suosituksen mukaisesti kuntoutus on tuloksellisinta, kun se aloitetaan mahdollisimman pian aivovaurion jälkeen. Konsensuslausuman suosituksen mukaan kuntoutuksen rahoituksen painopistettä pitäisi siirtää entistä enemmän akuuttivaiheen kuntoutukseen. (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 6.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden akuutti hoito tulee keskittää erikoissairaanhoidon, jossa alustava kuntoutussuunnitelma pitäisi tehdä keskimäärin viikon kuluessa sairast-

tumisesta. Tuolloin pystytään jo tekemään kuntoutumisen ennuste varsin suurella todennäköisyydellä. Kuntoutussuunnitelma tulisi tehdä moniammatillisessa yksikössä yhdessä kuntoutujan ja tarvittaessa myös hänen omaistensa kanssa. Suunnitelmasta tulisi käydä ilmi seuraavat asiat: potilaan toimintakyky, kuntoutuksen tavoitteet ja sisältö, missä kuntoutus tapahtuu ja kuka vastaa kuntoutuksen koordinoinnista, seurannasta ja arvioinnista. Konsensuslausuma on yhteneväinen käypä hoito -suosituksen kanssa moniammatillisessa kuntoutusyksikössä tapahtuvan kuntoutuksen vaikuttavuudesta ja kuntoutuksesta hyötyvästä kohderyhmästä. (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 6, 9.)

Kuntoutus sisältää käypä hoito -suosituksen mukaisesti aivoverenkiertohäiriöpotilaan tarpeen mukaisesti fysio-, toiminta- ja puheterapiaa sekä neuropsykologista kuntoutusta. Hoitotyön tulee käyttää kuntouttavaa työtettä, ja kuntoutusohjaaja ja sosiaalityöntekijä varmistavat, että potilas saa tarvitsemansa palvelut kuntoutusprosessin eri vaiheissa. Kuntoutuksessa pitää huolehtia etenkin alkuvaiheessa riittävästä intensiteetistä ja sopivasta jaksotuksesta potilaan tavoitteiden ja tarpeiden mukaisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että toistoja on paljon ja harjoitteluun käytetty kokonaisaika on tärkeä. Myöhemmässä vaiheessa kuntoutus voi painottua enemmän ohjaukseen ja seurantaan, johon konsensuslausumassa esille tuotu ryhmämuotoisen kuntoutuksen tehokkaampi hyödyntäminen voisi olla yksi keino. (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 9–10.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilas hyötyy vaikuttavuustiedon perusteella kävely- ja tasapainoharjoituksista, käden ja yläraajan harjoituksista, aerobisesta ja lihasvoimaharjoittelusta. Kävelyharjoittelua voidaan suorittaa kävelymatolla tai elektromekaanisten kävelylaitteiden avulla perinteisen kävelyharjoittelun lisäksi. Elektromekaanisilla kävelylaitteilla harjoittelu lisää todennäköisyyttä saavuttaa itsenäinen kävelykyky. Halvaantuneen yläraajan toimintakykyyn voidaan vaikuttaa parantavasti tehostetulla yläraaja-harjoittelulla, sähköstimulaatiolla, kaksikäsisellä harjoittelulla, mielikuvaharjoittelulla ja biopalautteen käytöllä. Potilaan kotona tapahtuva arkielämän toimintojen harjoittelu on vaikuttavaa ja lisää potilaan itsenäisyyttä päivittäisissä toiminnoissa. Edellä mainittua harjoittelua voidaan tehdä myös fysio- ja toimintaterapeutin yhteisterapiana. Tehäväkeskeisellä harjoittelulla voidaan parantaa sairastuneen toiminnallista ennustetta. (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 10.)

Kokemusperäisen tiedon pohjalta puheterapiassa voidaan kuntouttaa puheen motorisen tuoton häiriöitä dysarthria (artikulaation, äänen tuoton, puhenopeuden ja/tai hengityskontrollin ongelma) osalta. Aspiraation (henkeen vetäminen) riskiä voidaan vähentää hyödyntämällä puheterapeutin tekemää analyysia nielemishäiriöistä. Afasian (vaikeus ymmärtää ja tuottaa puhuttua tai kirjoitettua kieltä) kuntouttamiseen käytetään useampia tekniikoita. Puheterapialla voidaan edistää kommunikointitaitoja ja tämän lisäksi puheterapiassa voidaan löytää vaihtoehtoisia kommunikointimahdollisuuksia ja harjoitella niiden käyttöä. (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 10.)

Neuropsykologinen kuntoutus on vaikuttavaa aivoverenkiertohäiriöpotilaan neuropsykologisten erityishäiriöiden, kuten neglectin, visuaalisten ja visuospatiaalisten häiriöiden, apraksian ja laskemiseen liittyvien vaikeuksien kuntoutuksessa. Muistin, toiminnanohjauksen, tarkkaavaisuuden, ongelmanratkaisun ja oiretiedostuksen häiriöissä neuropsykologinen kuntoutus on myös todettu hyödylliseksi. (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 10.)

Kuntoutus tulee keskittää nykyistä suurempiin kuntoutusyksiköihin, jotta voidaan turvata erikoisosaaminen ja varmistaa tarvittavat resurssit. Kuntoutusta pitäisi tarjota oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti riippumatta iästä, sukupuolesta tai kotipaikkakunnasta. Moniammatillista asiantuntevaa kuntoutusta tulisi olla saatavilla iästä tai asuinpaikasta riippumatta. Ikää ei voida käyttää perusteena kuntoutuksesta jättämiselle, koska iäkkäät hyötyvät kuntoutuksesta yhtä paljon kuin nuoremmatkin. Ylläpitävään kuntoutukseen siirryttäessä tarvitaan moniammatillista asiantuntijuutta ja palveluketjujen toimivuuteen tulisi keskittää entistä enemmän huomiota. Nykytilanteessa kokonaisvastuuta kuntoutusprosessin etenemisestä ei ole kenelläkään. Hoidon kirjaamista korostetaan kaikissa aivoverenkiertohäiriöpotilaiden vaiheissa tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden saavuttamisen kannalta. (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 7, 16.)

Kuntoutuminen on oppimisprosessi, johon osallistuu potilaan ja hänen omaisensa lisäksi kuntouttaja. Jotta potilas pystyisi olemaan aktiivinen omassa kuntoutusprosessissaan, hänen on päästävä osallistumaan tavoitteidensa asetteluun ja kuntoutuksensa suunnitteluun prosessin eri vaiheissa. Näin voidaan taata prosessin joustavampi ete-

neminen ja mahdollistaa parempi lopputulos. Tällä hetkellä suuri osa kuntoutussuunnitelmista tehdään ilman potilaan osallistumista suunnitelman tekoon. (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 12.)

Konsensuslausumassa tuodaan esille asiakaslähtöisyyden näkökulma. Potilaat tulisi kohdata kokonaisvaltaisina yksilöinä, ja heidän erilaiset elämäntilanteensa, elinympäristönsä, kokemuksensa ja kulttuurinsa tulisi ottaa paremmin huomioon kuntoutuksessa. Nämä asiat huomioimalla ylläpidetään potilaan motivaatiota ja voidaan päästä tulokselliseen kuntoutukseen. Vertaistukitoiminta on myös tärkeää toimintaa, jolla pyritään edistämään kuntoutusprosessia saman kokemuksen omaavien henkilöiden kokemusten vaihdolla. (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 12–13.)

Työ parantaa yleensä aivovauriopotilaiden elämänlaatua, rytmittää päivää ja antaa eläkettä paremman toimeentulon lisäksi mahdollisuuden kuulua yhteisöön. Säännöllisellä päivä- ja viikkorytmillä voidaan vaikuttaa aivovauriota yleisesti seuraavaan masennukseen. Aivoverenkiertohäiriöistä neljäsosa tapahtuu työikäisille, joista suurin osa on jo lähellä eläkeikää eivätkä enää palaa töihin. Töihin palaaminen onnistuu yleensä vain omaan työpaikkaan aluksi työkokeilun avulla. Työelämän muutos kuitenkin asettaa haastetta myös aivoverenkiertohäiriöpotilaan työhön palaamiselle, sillä työn sisältö vaatii usein yhä enemmän kognitiivisia valmiuksia. Työtä tulisikin katsoa myös potilaan näkökulmasta, eikä vain yrittää sopeuttaa potilasta työhön. (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 11, 13–14.)

Nykykäytännöissä esille tulevat kehittämistarpeet koskevat kuntoutusprosessien eriarvoisuutta ja kuntoutuksen koordinoitua ja ajoitusta sekä aivovauriopotilaan työhön paluuta, jota käsiteltiin edellisessä kappaleessa. Vuosittain 6000 aivoverenkiertohäiriöpotilasta tarvitsee akuuttivaiheen moniammatillista osastokuntoutusta, mutta valtakunnallisesti vain alle puolet saa tarvitsemaansa kuntoutusta. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista moniammatilliseen kuntoutukseen pääsee vain 10–20 % potilaista. Kuntoutukseen pääsyn todennäköisyys riippuu pitkälti siitä, onko sairaanhoitopiirillä oma kuntoutusosasto vai ei. Iäkkäiden potilaiden kohdalla tämä alueellinen eriarvoisuus korostuu entisestään. (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 15–16.)

Kuntoutuksen koordinoinnista puuttuu usein kokonaisuutta hallitseva taho tai se on epäselvä. Erikoissairaanhoidossa aivoverenkiertohäiriöpotilaan välitön kuntoutustarve arvioidaan yleensä hyvin, ja potilaan päästessä jatkamaan moniammatilliseen laitosp-kuntoutukseen jatkokuntoutuskin koordinoidaan asianmukaisella tavalla. Erikoissairaanhoidossa kuntoutuksen käynnistyminen voi kuitenkin viivästyä resurssien riittämättömyyden vuoksi, ja tällöin menetetään aivojen muovautuvuuden otollisin aikajakuna eli ensimmäiset kaksi viikkoa sairastumisesta. (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 16.)

Kela (Kansaneläkelaitos) tulee rahoittamaan osan kuntoutuksesta 3–6 kuukauden päästä aivoverenkiertohäiriöön sairastumisesta, jos potilaalle on tehty kuntoutussuunnitelma, hän on alle 65-vuotias, asuu kotona ja saa Kelan korotettua tai erityisvammaisetaisuutta. Kelan rahoittama kuntoutus kohdistuu siis lähinnä työikäisiin, vaikka ikääntyneiden kuntoutuksesta on hyvää näyttöä. Kuntoutuksen tehokkainta aikaa, ensimmäistä vuotta, hukataan usein Kelan kuntoutuslain ja vammaisetaisuuksia koskevan lain ristiriitaisuuksien ja siitä koituvan asian käsittelyn pitkittymisen vuoksi. Konsensuslausuman suosituksen mukaan Kelan kytkös vammaisetaisuuksiin pitää poistaa ja kuntoutuksen piiriin tulee ottaa myös yli 65-vuotiaat kuntoutujat. Kuntoutuksen palveluketjun saumattomuus tulee taata, eikä kuntoutuksen rahoitusjärjestelmän kirjo saa olla sen esteenä. (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 16.)

Konsensuslausuman mukaan tutkimustiedossa on aukkoja esim. aivovaurion jälkeisen kuntoutuksen pitkäaikaisvaikutuksista, kuntoutusinterventioiden sisällöistä ja palveluketjujen toimivuudesta sekä muovautuvuuden aktivoinnin mahdollisuuksista kriittisen ajanjakson jo sulkeuduttua. Kaiken kaikkiaan aivovauriopotilaan kuntoutuksesta tarvitaan enemmän kotimaassa tehtyä tutkimusta. Lisäksi tarvetta on poikkitieteelliselle ja tieteiden väliselle tutkimukselle. Esille nostettuja tutkimusalueita ovat äkillisen aivovaurion saaneiden palvelutarpeiden tutkimus, järjestelmä- ja toimeenpanotutkimus kuntoutuksen organisoinnin kohentumiseksi, työllistymistä tukeva tutkimus sekä uusin kuntoutusmenetelmien kehittäminen, arviointi ja tutkimus. (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 17–19.)

3 ALUEELLISET TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEET

Kuntoutuskäytännöllä tarkoitetaan tapaa tehdä kuntoutusta. Hyvä kuntoutuskäytäntö tarkoittaa yleisesti hyväksyttyä kuntoutusta, joka perustuu tieteelliseen vaikuttavuustietoon tai vakiintuneeseen ja kokemusperäisesti perusteltuun kuntoutuskäytäntöön. Kirjattujen hyvien kuntoutuskäytäntöjen avulla parannetaan kuntoutuksen vaikuttavuutta ja luodaan yhdenvertaisuutta eri toimijoiden kesken. Hyvien kuntoutuskäytäntöjen tulisi antaa ajantasaista tietoa myös kuntoutujalle parhaan mahdollisen toimintakyvyn saavuttamiseen kuntoutuksen keinoin. (Kelan kuntoutuksen hyvät käytännöt 2009.)

Tässä luvussa kuvataan Itä-Savon alueella toteutettujen aivohalvauskuntoutushankkeiden lisäksi käynnissä olevaa aivohalvauskuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanketta. Hyvien kuntoutuskäytäntöjen tutkiminen ja kehittäminen on ollut kaikkien näiden alueellisten hankkeiden tavoitteena. Ensin kuvataan 1990-luvun loppupuolella Itä-Savon alueella alkanutta aivohalvauskuntoutushanketta ja tämän jälkeen esitellään alueella paraikaa käynnissä olevaa hanketta. Luvun lopussa kuvataan tarkemmin jo päättyneiden aivohalvauskuntoutushankkeiden aikana kehitettyä aktivoivaa terapiaa sekä tehtäväkeskeistä harjoittelua.

Vuonna 1997 alkaneeseen ja 2000-luvun alkupuolelle kestäneeseen Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella toteutettuun aivohalvauspotilaiden fysioterapian kehittämisen ja tutkimusprojektiin kuului neljä erillistä tutkimushanketta. Koulutushankkeen tavoitteena oli fysioterapeuttien työn ja alueellisen yhteistyöverkoston kehittäminen aivohalvauskuntoutuksessa. Toimintakyvyn luotettavuustutkimuksessa arvioitiin projektin aikana kehitetyn aivohalvauspotilaiden fyysisen toimintakyvymittarin luotettavuutta. Terapian vaikuttavuustutkimus koostui kahdesta hankkeesta, joissa tutkittiin aktivoivan terapian vaikutuksia aivohalvauspotilaiden fyysiseen toimintakykyyn ja päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen sekä henkiseen toimintakykyyn. (Talvitie ym. 2001, 2031–2035.) Vuonna 2008 syksyllä käynnistynyt ”Aktivoiva fysioterapia aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen kuntoutuksessa” -tutkimus- ja kehittämishanke on jatkoa edellä kuvatulle hankkeelle.

3.1 Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden toimintakyvyn luotettava kliininen mittaaminen ja fysioterapian kehittäminen Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella - Reliable Clinical Assessment of Stroke Patients' Postural Control and Development of Physiotherapy in Stroke Rehabilitation

Pyöriän (2007) väitöstutkimus liittyi vuonna 1997 alkaneeseen Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella toteutettuun ”Aktivoiva ja omatoimisuutta tukeva fysioterapia aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa” -tutkimus- ja kehittämishankkeeseen. Väitöskirjan tavoitteena oli tutkia projektiin kehitellyn asennonhallintamittarin validiteetti- ja reliabiliteettiominaisuuksia sekä sen kykyä reagoida aivohalvauspotilaiden tasapainonhallinnassa tapahtuvia muutoksia. Kontrolloidulla seurantatutkimuksella tutkittiin aktivoivan terapian vaikutuksia aivohalvauspotilaiden fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn sekä itsenäisen kotona selviytymisen osalta. Saatuja tuloksia verrattiin perinteistä fysioterapiaa saaneiden potilaiden tuloksiin. Väitöskirjassa tutkittiin myös, kuinka fysioterapeutit auttavat potilasta näkemään yhteyden tasapainomittarista saadun tuloksen ja oman toimintakykynsä välillä. (Pyöriä 2007, 71.)

3.1.1 PCBS-testi (Postural Control and Balance for Stroke) ja testien katseluun liittyvät ohjaustilanteet

Edellä mainitun tutkimus- ja kehittämishankkeen aikana kehitettiin aivohalvauksen aiheuttamien asennonhallinnan- ja tasapainovaikeuksien arviointiin sopiva PCBS-testi (Postural Control and Balance for Stroke) ja sen luotettavuutta tutkittiin myös hankkeen aikana. PCBS-testiä lähdettiin kehittämään Jorvin sairaalan fysioterapeuttien 1990-luvun puolivälissä luomasta toimintakykytestistä. Tehtävien sisältöjä, suoritustapoja ja -aikoja tarkennettiin ja arviointiasteikkoa uudistettiin niin, että nykyisessä asteikossa arvioidaan potilaiden käyttämiä asennonhallintastrategioita itsenäisen suorituksen arvioinnin sijaan. (Pyöriä 2007, 72.)

PCBS-testiin kuuluu kolme osa-aluetta: asennon muutoksen arviointi, tasapainon hallinta istuen ja tasapainon hallinta seisten. Asennonmuutoksia arvioivat tehtävät mitaavat testattavan kykyä kääntyä vuoteessa, nousta istumaan ja siirtyä (pyörä)tuoliin. Neliportaisella (0–3) arviointiasteikolla mitataan testattavan avun tarvetta suorituksen aikana. Istuma- ja seisomatasapainonhallintatehtävissä arvioidaan testattavan asen-

nonhallintakykyä sellaisten suoritusten aikana, jotka edellyttävät esineeseen tarttumista kurkottamalla tai kumartumalla eteen tai sivuille ja sivuttaisen tasapainon hallintaa kyynärpäähän kosketustehtävissä istuen tai seisten. Neliportaisella (0–3) arviointias- teikolla arvioidaan testattavan asennonhallintastrategioita istuma- ja seisomatasapai- noa vaativissa tehtävissä. Kehon painon sivusuuntaista jakautumista mitataan vaako- jen päällä seisoma-asennossa ja painon siirrossa jalalta toiselle. Suoritus arvioidaan kilogrammoina. (Pyöriä 2007, 72.)

Väitöskirjassa tutkittiin myös fysioterapeutin ja potilaan vuorovaikutusta ja fysiotera- peuttien kykyä hyödyntää PCBS-testin tuloksia kotiharjoitteiden suunnittelussa ja oh- jauksessa videoitujen testitilanteiden ja videon katseluun liittyvien ohjaustilanteiden avulla (Pyöriä 2007, 75). Ohjaustilanteisiin liittyvät analyysit toivat esille sen, että fysioterapeuttien pitäisi olla vieläkin tietoisempia aivoverenkiertohäiriöön liittyvistä kommunikaatio-ongelmista ja antaa potilaalle enemmän tilaa ja aikaa osallistua kes- kusteluun. Tämän lisäksi keskustelut tulisi liittää entistä enemmän potilaan omaan elinympäristöön. (Pyöriä 2007, 70, 75.)

3.1.2 Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kehittäminen, aktivoiva fysioterapia ja aktivoivan terapian vaikuttavuustutkimus

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa on käytetty fysioterapiaa 1940–1950- luvulta lähtien. Tuolloin kehitetyissä terapiamenetelmissä, ns. neuroterapioissa, poti- laan/kuntoutujan rooli on passiivinen. 2000-luvulla fysioterapiassa ovat yleistyneet oppimisen teorioihin pohjautuvat menetelmät. Näissä menetelmissä korostetaan sitä, että psyykkiset ja fyysiset tekijät, ympäristötekijät ja suoritettavan tehtävän asettamat vaatimukset vaikuttavat yhdessä kuntoutumiseen. Oppimiseen perustuvissa terapia- menetelmissä kuntoutuja itse on aktiivinen toimija. (Pyöriä 2007, 74.)

”Aktivoiva ja omatoimisuutta tukeva fysioterapia aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kun- toutuksessa” -tutkimus- ja kehittämishankkeen aikana kehitettiin uusi aivoverenki- ertohäiriöpotilaiden fysioterapian toimintamalli, joka nimettiin aktivoivaksi terapiaksi. Aktivoivaa terapiaa kehitettiin kansainvälisen tutkimustiedon, koulutusten ja yhteisen ideoinnin pohjalta. (Reunanen 2003, 72.)

Seuraavassa kuvataan lyhyesti aktivoivan terapian lähestymistapaa ja tarkemmin asiaa tarkastellaan luvussa 3.4. Aktivoivassa terapiassa on keskeistä potilaan tietoinen ja konkreettinen osallistuminen harjoittelunsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Kognitiiviset tekijät otetaan huomioon tehtävien ja harjoittelun suunnittelussa, ohjauksessa ja arvioinnissa. Tämä puolestaan edellyttää sitä, että fysioterapeutti on selvillä kuntoutujan sosiaalisesta elämäntilanteesta sekä fyysisestä ja henkisestä toimintakyvystä. Aivohalvauksen jälkeinen motorinen oppiminen tavoittelee sellaisen tiedon ja taidon saavuttamista, joka auttaa kuntoutujaa selviytymään jatkuvasti muuttuvassa ympäristössä. (Pyöriä 2007, 74; Shumway-Cook & Woollacott 2001, 25.)

Aktivoivassa lähestymistavassa terapian suunnittelu perustuu aivoverenkiertohäiriöpotilaiden toimintakyvyn systemaattiseen mittaamiseen. Mittaaminen mahdollistaa myös potilaan oman oppimisprosessin ja tavoitteiden asettelun käynnistymisen. (Reunanen 2003, 73.) Harjoittelutapana käytetään tehtäväkeskeistä harjoittelua, joka on tutkimusten mukaan tehokkaampaa verrattuna perinteiseen terapiaan (Rensink ym. 2009). Tehtäväkeskeisessä harjoittelussa harjoittelu viedään potilaan omaan elinympäristöön, jonne laaditaan potilaalle sopiva peruskuntoharjoitteluohjelma ja päivittäisissä toiminnoissa tarvittavien taitojen harjoittelu oikeissa arjen tilanteissa (Pyöriä 2007, 75).

Aktivoivassa lähestymistavassa potilaan ohjaustapoja mietitään tietoisesti tarkemmin. Ohjaustavoista painotetaan visuaalista ja verbaalista ohjausta (Talvitie 1996, 58). Sannallisella ohjauksella mahdollistetaan kuntoutujan osallistuminen terapiatilanteeseen entistä paremmin (Pyöriä 2007, 74).

Aktivoivan terapian vaikutuksia aivohalvauspotilaan fyysiseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn ja itsenäiseen kotona selviytymiseen tutkittiin vertaamalla aktivoivaa terapiaa saaneiden koeryhmän potilaiden (n=40) tuloksia perinteistä terapiaa saaneiden kontrolliryhmän potilaiden (n=40) tuloksiin vuoden seurantatutkimuksessa. Tutkimus osoitti, että koeryhmän potilaiden fyysinen toimintakyky parani kontrolliryhmää enemmän, vaikka ero ei ollutkaan tilastollisesti merkitsevä. Koeryhmän potilaat selviytyivät kotona paremmin ilman ulkopuolista apua, ja he pystyivät liikkumaan ulkona pidempiä matkoja. Vuoden seurannan aikana koeryhmän potilaiden kognitiiviset taidot paranivat ja muistitoimintojen osalta ero koe- ja kontrolliryhmien välillä oli merkitse-

vä. Kontrolliryhmässä kognitiivisten toimintojen parantumista ei havaittu. (Pyöriä 2007, 75.)

3.1.3 Yhteenveto ja jatkotutkimushaasteet

Itä-Savon alueella toteutuneen tutkimus- ja kehittämishankkeen aikana kehitettiin aivohalvauspotilaiden tasapainon- ja asennonhallinnan testiä (PCBS) ja aktivoivaa terapiaa rinnakkain. Testi todettiin luotettavaksi mittariksi arvioimaan aivohalvauspotilaiden tasapainoa. Aktivoivalla fysioterapialla puolestaan voidaan aktivoida aivohalvauspotilaiden sekä fyysisiä että kognitiivisia taitoja ja edistää itsenäistä kotona selviytymistä. (Pyöriä 2007, 75–76.) Jatkotutkimushaasteiksi nousivat mm. aktivoivan fysioterapian vaikuttavuuden arvioiminen kuntoutuksen eri vaiheissa, fysioterapeuttien ja potilaiden vuorovaikutuksen kehittäminen, moniammatillisen yhteistyön tehostaminen ja PCBS-testin tuloksien tehokkaampi hyödyntäminen harjoittelutehtävien ja koti-harjoittelun suunnittelussa (Pyöriä 2007, 69–70).

3.2 Fysioterapeutit työnsä kehittäjinä – Miten aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian muutos käynnistyi?

Reunanen (2003) liseniaatin tutkielma liittyi myös ”Aktivoiva ja omatoimisuutta tukeva fysioterapia aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa” -tutkimus- ja kehittämishankkeeseen. Liseniaattitutkimuksen tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä fysioterapeuttien työstä ja sen kehittämismahdollisuuksista ja kuvata fysioterapeuttien ajattelu- ja toimintatavoissa tapahtuneita muutoksia aivoverenkiertohäiriöpotilaan fysioterapian työn kohteen ja välineiden näkökulmasta. Tutkimuksen kohderyhmänä oli 15 fysioterapeuttia ja kolme osastonhoitajaa, jotka toimivat kuudessa eri fysioterapiayksikössä Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella. (Reunanen 2003, 21–23.)

3.2.1 Muutosintervention päävaiheet ja aineiston kerääminen

Tutkimuksessa käytettiin tutkimusmenetelmänä kehittävää työntutkimusta, joka eteni ekspansiivisen oppimissyklin mukaisesti. Tutkimusongelmina tarkasteltiin aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian historiallista kehittymistä, nykytilaa ja kehittämismahdollisuuksia kohdeyhteisöissä. (Reunanen 2003, 22.)

Tutkimus sisälsi viiden vaiheen kehityssyklin. Ensimmäinen vaihe sisälsi alueellisen aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiaan kohdistuvan projektin suunnittelua ja aihetta käsittelevään uusimpaan tutkimustietoon ja vallitseviin työkäytäntöihin perehtymistä. Muutosinterventioon liittyvät fysioterapeuttien alueelliset ja työpaikkakohtaiset koulutukset aloitettiin myös ensimmäisessä vaiheessa. (Reunanen 2003, 27.)

Kehityssyklin toisessa vaiheessa tehtiin aivoverenkiertohäiriöpotilaan fysioterapian historiallista ja nykytilan analyysia. Historiallisessa analyysissä tarkasteltiin aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kehitysvaiheita ja kuvattiin fysioterapiaan kohdistuvia historiallisia jännitteitä. (Reunanen 2003, 28.) Fysioterapian kehitysvaiheiden tarkastelussa kävi ilmi, että työn kohde oli muuttunut kohdeyhteisöissä passiivisesta hoidon vastaanottajasta jo hieman aktiivisempaan suuntaan, mutta välineistössä ei ollut tapahtunut riittävästi muutoksia. Tämä aiheutti ristiriitaa työn kohteen ja työn välineiden näkökulmasta. (Reunanen 2003, 44–50.)

Nykytilan analyysissä todettiin ristiriitaisuutta fysioterapeuttien ajattelu- ja toimintatavoissa (Reunanen 2003, 28). Haastatteluissa fysioterapeutit kuvasivat työn kohteeseen aktiivisen yhteiskunnan jäsenen tai aktiivisen oppijan. Kuvanauhoilta kuitenkin paljastui, että terapia oli terapeuttilähtöistä, jossa fysioterapeutti oli aktiivinen osapuoli. Myöskään käytössä olleet välineet (terapia- ja ohjausmenetelmät, tilat ja harjoitusvälineet) eivät tukeneet potilaan aktiivista roolia. (Reunanen 2003, 51–52, 68.) Saatuja aineistoja käytettiin koulutusmateriaalina ja oman työn kehittämisen välineinä. Tässä vaiheessa hahmottui myös tavoiteltava lähikehityksen vyöhyke. (Reunanen 2003, 28.)

Kolmannessa vaiheessa fysioterapeutit alkoivat kehittää työtään tavoiteltavan lähikehityksen suuntaan alueellisten ja työpaikkakohtaisten koulutusten tuella (Reunanen 2003, 28). Työn kohteen uudelleen hahmottumisen myötä todettiin, että fysioterapeutin roolissa täytyy myös tapahtua muutosta eri kohdeyhteisöissä. Kuntoutujan saumattoman oppimisprosessin takaamiseksi täytyi kohdeyhteisöissä kehitellä uusia ja yhteisiä välineitä toimintakyvyn arviointiin ja harjoitteluun. Välineistön, tilojen ja ohjauskäytäntöjen kehittäminen tapahtui omien ideoiden ja tuoreen tutkimustiedon pohjalta. (Reunanen 2003, 69.)

Kehityssyklin neljännessä vaiheessa tapahtui varsinainen työtoiminnan muutos. Tuolloin otettiin käyttöön jo edellä kuvattu PCBS-testi, välineitä ja terapiatiloja uudistettiin ja ohjaustapoja muutettiin. Fysioterapeuttien koulutus jatkui koko tämän kehittä- ja kokeiluvaiheen ajan. Syklin aikana kehitetystä aktivoivasta terapiakäytännöstä muodostui uusi toimintamalli. Neljännessä vaiheessa käynnistettiin myös työn muutoksen arviointi. (Reunanen 2003, 28.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan fysioterapiassa tapahtuneita työkäytännön muutoksia arvioitiin syklin viidennessä vaiheessa. Työn kohde hahmotettiin uudelleen, jolloin potilas alettiin nähdä aktiivisena oppijana. Tämä näkyi myös kuvanauhoilta: potilaalle annettiin enemmän aikaa, ja fysioterapeutin rooli alkoi vähitellen muuttua ohjauksellisemmaksi. Välineisiin kohdistunut ristiriita ratkaistiin ottamalla käyttöön potilaan oppimista tukevia välineitä niin toimintakyvyn arviointiin kuin harjoitteluun. Kehitetyä PCBS-testiä alettiin hyödyntää myös terapian suunnittelussa. Välineiden ja fysioterapeuttien ohjausmenetelmien kehittymisen myötä manuaalisen ohjauksen käyttöä pystyttiin minimoimaan. Fysioterapiassa voitiin nähdä myös tarvittavaa erilaisuutta eri kohdeyhteisöissä ja yhteistyö kohdeyhteisöjen fysioterapeuttien välillä kohentui. (Reunanen 2003, 77–85.)

Kehittävään työntutkimukseen kuuluva lähikehitys saavutettiin muutosintervention aikana, kun sitä tarkastellaan työn kohteen ja välineiden kehittymisen näkökulmasta. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan fysioterapiaa pystyttiin myös kehittämään aktiivisempaan suuntaan. Kehittämissyklin arvioinnin kriteerinä käytettiin ekspansiiviseen oppimisen ja siihen liittyvän siirtovaikutuksen käsitteitä. Perinteistä siirtovaikutusta näkyi siinä, että kehitysprosessissa omaksuttua tietoa pystyttiin hyödyntämään myös toisessa yhteydessä, esim. toisen potilasryhmän kanssa. Toimintakontekstista toiseen tapahtuvaa siirtovaikutusta esiintyi, kun fysioterapeutit alkoivat nähdä itseään oppijan roolissa. Tutkimuksessa eri kohdeyhteisöjen fysioterapeutit avasivat työtään toisilleen ja rohkaistuivat jakamaan omia ideoitaan sekä työyhteisössä että yhteistyöverkostossa. Tätä voidaan pitää esimerkkinä kehittävästä siirtovaikutuksesta. (Reunanen 2003, 86–91.)

3.2.2 Yhteenveto ja jatkotutkimusehdotukset

Reunasen (2003, 96) lisensiaattitutkimuksen aikana fysioterapeuttien työn kohde hahmottui uudestaan ja johti välineiden uudistamiseen. Potilaan toimintakyvyn arvioinnissa, harjoittelussa ja harjoitteluympäristöjen luomisessa tapahtui positiivisia muutoksia. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan fysioterapia kehittyi tutkimuksessa mukana olleissa fysioterapiayksiköissä siihen suuntaan, mihin neurologisen kuntoutuksen kehittämistä on linjattu asiantuntijakatsauksessa (vrt. Kallanranta 2002, 99–105). Jatkotutkimuskohteiksi nousivat asiakaslähtöisyyden ja aivoverenkiertohäiriöpotilaan moniammatillisen kuntoutuksen kehittäminen sekä työn verkostoituminen (Reunanen 2003, 112–114).

3.3 Aktivoiva fysioterapia aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen kuntoutuksessa - Kuntoutumisen seurantatutkimus

Vuonna 2008 syksyllä käynnistyneen ”Aktivoiva fysioterapia aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen kuntoutuksessa” -tutkimus- ja kehittämishankkeen tarkoituksena on selvittää satunnaistetun koe- ja kontrolliryhmäasetelman avulla, voidaanko sairastumisen alkuvaiheessa toteutetulla kolmen kuukauden aktivoivalla fysioterapialla parantaa potilaiden toimintakykyä ja itsenäistä kotona selviytymistä. Hankkeessa seurataan terapian vaikutuksia potilaan fyysiseen, henkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn sekä itsenäiseen kotona selviytymiseen. Keskeistä tutkimuksessa on löytää ne aivohalvauspotilaat, jotka hyötyvät aktivoivasta terapiasta. Toisaalta pyritään myös löytämään ne toimintamallit, joilla alkuvaiheen kuntoutuksessa voidaan tuottaa pitkäkestoista toimintakyvyn ylläpysymistä ja kotona selviytymistä. (Pyöriä ym. 2009, 3, 9.)

3.3.1 Kuntoutusprosessi

Kuntoutusprosessi on kuntoutujan yksilöllisiä tarpeita vastaava saumaton palvelukokonaisuus. Kuntoutusprosessi etenee vaiheittain ja eri vaiheiden toteutumista arvioidaan systemaattisesti. Tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus, kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys, kuntoutujakeskeisyys, voimavaralähtöisyys ja pitkäjännitteisyys ovat kuntoutusprosessin ominaisuuksia. (Kuntoutusprosessi 2009.)

Tutkimushankkeeseen osallistuvat potilaat tulevat Itä-Savon ja Kymenlaakson sairaanhoitopiireistä 2008 syksyn ja vuoden 2011 välisenä aikana. Tutkimukseen otettavien potilaiden tulee olla ensimmäiseen aivoinfarktiin ja -verenvuotoon sairastuneita, alle 86-vuotiaita henkilöitä, jotka ovat asuneet ennen sairastumista kotona ja selviytyneet päivittäisistä toiminnoista omatoimisesti ja joille on sairastumisen seurauksena kehittynyt kehon toispuolihalvaus tai muu tasapainovaikeus pystyasennossa. Erityisen lievät tai vaikea-asteiset halvausoireet saaneet henkilöt (Barthelin indeksi alle 3 tai yli 17) eivät osallistu tutkimukseen. Poissulkukriteereinä ovat myös vaikeat laaja-alaiset kognitiiviset häiriöt, desorientaatio aikaan ja paikkaan sekä toimintakykyä oleellisesti heikentävät muut sairaudet (esim. akuutti syöpä, diagnostisoitu dementia). Tutkimuksen sisäänottokriteerit täyttäviä potilaita otetaan tutkimukseen yhteensä 120, joista 60 potilasta on koe- ja 60 kontrolliryhmässä. (Pyöriä ym. 2009, 9.)

Tutkimukseen osallistuvien potilaiden alkuvaiheen hoito ja kuntoutus alkavat keskus-sairaaloissa normaalien käytäntöjen mukaisesti. Kruunupuiston kuntoutuskeskukseen potilaat siirtyvät 2–4 viikon kuluessa sairastumisesta. Koe- ja kontrolliryhmiin satunnaistaminen tapahtuu satunnaisten lohkojen menetelmän avulla potilaiden saapuessa Kruunupuistoon. Sekä koe- että kontrolliryhmän potilailla ensimmäinen ns. perusjakso kestää kolme viikkoa, jonka aikana he saavat fysioterapian lisäksi tarpeen mukaan puhe- ja toimintaterapiaa sekä neuropsykologista kuntoutusta. Koeryhmän potilaiden lähiomaisilla on mahdollisuus osallistua kolmen päivän pituiselle omaisen jaksolle perusjakson aikana. Perusjakson tavoitteena on kotiutuminen. (Pyöriä ym. 2009, 10.)

Perusjakson jälkeen koeryhmäläisten fysioterapia jatkuu kotikäynteinä kaksi kertaa viikossa. Ensimmäinen kotikäynti toteutetaan Kruunupuistossa koeryhmäläisen fysioterapiasta vastanneen fysioterapeutin ja kotipaikkakunnalla kuntoutusta jatkavan fysioterapeutin toimesta. Kotikäyntien aikana potilaat soveltavat terapeutin avustuksella perusjaksolla harjoiteltuja toimintoja päivittäisiin toimintoihin. Kontrolliryhmän potilaat jatkavat fysioterapiaa polikliinisesti kaksi kertaa viikossa oman paikkakunnan terveyskeskuksessa. Fysioterapiakertojen kesto ja sisältö kirjataan strukturoidulle lomakkeelle molemmissa ryhmissä. (Pyöriä ym. 2009, 10.)

Kolmen kuukauden kuluttua sairastumisesta toteutuu sekä koe- että kontrolliryhmäläisillä viikon mittainen kuntoutusjakso Kruunupuistossa. Tämän jakson jälkeen fysio-

rapia jatkuu koeryhmäläisten kohdalla kotikäynteinä ja kontrolliryhmäläisten kohdalla polikliinisesti terveyskeskuksessa kaksi kertaa kuukaudessa. Koeryhmäläisten kohdalla kotikäyntien aikana tarkistetaan kotiharjoittelua ja ohjataan potilaita ryhmämuotoiseen toimintaan. Kuuden kuukauden kuluttua sairastumisesta molempiin ryhmiin kuuluvilla potilailla on vielä kolmen vuorokauden arviointijakso Kruunupuistossa. (Pyöriä ym. 2009, 10.)

3.3.2 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyky on laaja käsite, jolla tarkoitetaan niin ihmisen selviytymistä arjen askareista kuin elämän suurista haasteistakin. Tämän vuoksi toimintakykyä on hankalaa määritellä tai mitata kattavasti. Toimintakyky voidaan määritellä esimerkiksi kykynä selviytyä jokapäiväisen elämän haasteista, kuten itsestä huolehtimisesta, työstä, vapaa-ajasta ja harrastuksista eri elämänvaiheissa. Toimintakykyä on mahdollista kuvata myös tasapainotilana kykyjen, elin- ja toimintaympäristön sekä omien tavoitteiden välillä. Toimintakyvyn jako fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn ei riitä, koska todellisuudessa toimintakyky on jotain muuta kuin edellä mainittujen osatekijöiden summa. Toisinaan toimintakyky on parempi ja toisinaan heikompi kuin mitä sen osatekijöitä tarkastellen voisi olettaa. (Karppi 2006.)

Toimintakyvyn arviointi toimii kuntoutuksen suunnittelun lähtökohtana. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan toimintakyvyn arviointiin kuuluu fyysisen, henkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn mittaamista. Toimintakyvyn eri osatekijöitä mittaavia testejä on paljon, ja niiden avulla pyritään saamaan mahdollisimman kattava kuva kokonaistoimintakyvystä.

”Aktivoiva fysioterapia” -hankkeessa fyysinen toimintakyky mitataan perusjakson alussa (PCBS, FIM = Functional Independent Measure, 10 metrin kävelynopeus, puristusvoima ja tuolilta ylösnousu) ja lopussa (PCBS, FIM, 10 metrin kävelynopeus, puristusvoima, tuolilta ylösnousu ja 6 minuutin kävelytesti). Viikon seurantajaksolla suoritetaan samat mittaukset kuin perusjakson lopussa. Kolmen vuorokauden arviointijaksolla toistetaan perusjakson lopussa tehdyt mittaukset ja niiden lisäksi mitataan asentohuojunta voimalevyllä. (Pyöriä ym. 2009, 10.)

Kognitiivista toimintakykyä arvioidaan perusjakson alussa ja kolmen vuorokauden arviointijaksolla. Neuropsykologisessa tutkimuksessa arvioidaan eri kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueita: kielelliset toiminnot, muisti, visuospatiaaliset toiminnot, visuaalinen huomiokyky, tarkkaavuus, toiminnanohjaus sekä oiretiedostus. Mielialaa ja elämänlaatua arvioidaan perusjakson alussa ja lopussa, viikon seurantajaksolla, kolmen vuorokauden arviointijaksolla ja vuoden kuluttua sairastumisesta. Sosiaalista toimintakykyä arvioidaan perusjakson alussa ja vuoden kuluttua sairastumisesta. Strukturoidulla haastattelulla kartoitetaan potilaan asuminen, sosiaalinen kanssakäyminen, liikunta ja liikkuminen sekä muut harrastukset ennen ja jälkeen sairastumista. Vuoden kuluttua sairastumisesta tehtävässä puhelinhaastattelussa selvitetään myös potilaan arvio omien kuntoutumistavoitteiden saavuttamisesta. (Pyöriä ym. 2009, 10, 12–13.)

Yllä kuvattujen toimintakykymittausten lisäksi potilaiden käyttämät terveyst- ja sosiaalipalvelujen määrät kootaan kahden vuoden aikana erilliselle lomakkeelle. Potilaiden kuntoutuskokemuksia ja harjoittelun merkityksiin liittyviä käsityksiä kerätään haastatteleamalla potilaita puolen vuoden kuluttua sairastumisesta. Tutkimukseen osallistuvien potilaiden läheisten kokemukset potilaan kuntoutumisesta ja omasta jaksamisesta kartoitetaan puolen vuoden kuluttua sairastumisesta kyselylomakkeella. Koeryhmän potilaita ohjataan hankkimaan harjoitusvälineitä omatoimisen harjoittelun jatkamiseksi puolen vuoden jälkeen sairastumisesta. Sekä koe- että kontrolliryhmän potilaita ohjataan hakeutumaan erilaisiin liikuntaryhmiin ja pitämään liikuntapäiväkirjaa. (Pyöriä ym. 2009, 10, 13.)

3.4 Aktivoiva terapia ja tehtäväkeskeinen harjoittelu

Aktivoivaa terapiaa ja tehtäväkeskeistä harjoittelua sivuttiin jo luvussa 3.1, mutta tässä luvussa aktivoivaa terapiaa avataan vielä lisää vertaamalla sitä perinteiseen terapiaan. Tehtäväkeskeistä harjoittelua kuvataan myös hieman tarkemmin.

Aktivoiva terapia kehitettiin jo aiemmin kuvatun alueellisen tutkimus- ja kehittämishankkeen aikana (Reunanen 2003, 72). Aktivoivan terapian lähestymistavan taustalla vaikuttaa motorinen oppiminen (Pyöriä ym. 2009, 7). Motorinen oppiminen tarkoittaa uusien liikkeiden saavuttamista ja muokkaamista. Tämä puolestaan edellyttää harjoit-

telua ja kokemuksia. Harjoittelulla pyritään taidon pysyvään muuttamiseen. Oppimisella taas tarkoitetaan taidon pysyvää muuttumista. Motorinen oppiminen ei käsitä pelkästään motorisia prosesseja, vaan se muodostuu havaintojen, kognitiivisten toimintojen ja liiketoimintojen yhteisten vaikutusten tuloksena. Motorisen oppimisen päämääränä on hallita tehtäviä, joiden ratkaisu edellyttää vuorovaikutusta opittavan tehtävän ja ympäristön kanssa sekä uudenlaista tapaa toimia ja tehdä havaintoja. (Shumway-Cook & Woollacott 2001, 26–27; Talvitie ym. 1999, 62–63.)

3.4.1 Aktivoivan ja perinteisen terapian vertailu

Aktivoivan terapian voidaan ajatella koostuvan viidestä pääteemasta. Ensinnäkin *lähestymistapa* on nimensä mukaisesti aktiivinen. Aktivoivassa terapiassa kuntoutuja on aktiivinen ongelmanratkaisija ja hänen päätöksentekoaan tuetaan. Perinteisessä terapiassa terapian toteutus on useimmiten terapeuttikeskeistä: terapeutti asettaa tavoitteet ja valitsee käytettävät menetelmät. (Pyöriä ym. 2009, 8.)

Aktivoivan *terapian suunnitteluun* kuuluu systemaattinen toimintakyvyn mittaaminen ja seuranta. Testien antaman informaation avulla suunnitellaan eri kuntoutusvaiheisiin soveltuva nousujohteinen harjoittelu. Testien avulla myös seurataan terapian toteutumista. Kuntoutuja osallistuu tietoisesti ja konkreettisesti harjoittelunsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Pyöriä ym. 2009, 7–8.) Tavoitteiden asettaminen edellyttää, että kuntoutujalla on realistinen kuva omasta fyysisestä ja kognitiivisesta toimintakyvystään (Reunanen 2003, 73). Tutkimuksin on todettu, että kuntoutujan osallistuksessa tavoitteiden asettamiseen hänen roolinsa on aktiivisempi ja odotettavissa on parempaa kuntoutumista (Payton ym. 1998, 218). Harjoittelun itsearvioinnin välineinä voidaan käyttää esimerkiksi harjoituspäiväkirjaa ja videointia. Myös omaisia ohjataan tukemaan kuntoutujien omatoimista harjoittelua ja itsenäisyyttä. (Pyöriä ym. 2009, 7–8.) Perinteiseen terapiaan ei kuulu toimintakyvyn systemaattista arviointia (Pyöriä ym. 2009, 7–8).

Aktivoivassa terapiassa *harjoittelutapana* käytetään tehtäväkeskeistä harjoittelua, johon sisältyvät muun muassa toiminnalliset harjoitteet, asennonhallinnan ja tasapainon harjoitteet sekä voima- ja kestävyys harjoittelu. Perinteisessä terapiassa keskitytään enemmän liikkeiden oikeaan suorittamiseen asennonmuutosten ja tasapainon, raajojen

ja vartalon liikkeiden sekä liikkumisen harjoittelussa. Voima- ja kestävyys harjoittelua vältetään. Eri *ohjaustapoja* käytetään aktivoivassa terapiassa suunnitelmallisesti ja joustavasti kognitiivisen ja motorisen oppimisen aikaansaamiseksi. Perinteinen terapia puolestaan perustuu manuaalisiin tekniikoihin, joilla estetään epänormaaleja liikemalleja, estetään liiallista tonuksen (lihasjänteys) kohoamista lihaksissa ja edistetään oikeiden liikemallien syntymistä. (Pyöriä ym. 2009, 7–8.)

Aktivoivassa terapiassa *harjoitteluympäristö* rakennetaan niin, että se tukee kuntoutujan aktiivista osallistumista harjoituksiin ja omatoimista harjoittelua. Tehtävät suunnitellaan oikealle tasolle kuntoutujan resurssit huomioiden ja niin, että hän saa myös palautteen tehtävästä. Perinteisessä terapiassa tilanteet ovat yleensä terapeutti johtoisia ja tehtävien suorittaminen edellyttää terapeutin valvontaa. Kuntoutusyksikkö ei toimi oppimisympäristönä. (Pyöriä ym. 2009, 8.)

3.4.2 Tehtäväkeskeinen harjoittelu

Tehtäväkeskeiselle harjoittelulle ei ole yhtä oikeaa määritelmää (Rensink ym. 2009, 738). Tehtäväkeskeisessä harjoittelussa liikkeen kuvataan saavan alkunsa yksilön, tehtävän ja ympäristön välisestä vuorovaikutuksesta. Tällöin liikkeen syntymiseksi tarvitaan havainto-, kognitio- ja toimintajärjestelmien välistä vuorovaikutusta biomekaanisten tekijöiden lisäksi. (Shumway-Cook & Woollacott 2001, 2; Talvitie ym. 1999, 256.) Tehtäväkeskeinen harjoittelu keskittyy toiminnallisiin tehtäviin, joilla on merkitystä kuntoutujan omassa elinpiirissä selviämisen kannalta. Harjoittelussa kuntoutuja toimii itse ongelmanratkaisijana kohdatessaan motorisia ja ympäristöön liittyviä ongelmia. Tällöin tilanteeseen liittyy myös ennakoivaa suunnittelua. (Talvitie 2002, 12.) Tehtäväkeskeinen harjoittelu on kuntoutujalle mielekästä, joten se lisää harjoittelun määrää ja siirtovaikutusta (Dean & Shepherd 1997, 722–728). Tehtäväkeskeisen harjoittelun tehtävissä tuetaan potilaan omaa ongelmanratkaisua ja ne suunnitellaan niin, että ne ovat mielekkäitä potilaalle ja antavat palautteen ilman terapeutin läsnäoloa (Lehto ym. 2001, 109–114; Marley ym. 2000, 315–320).

”Aktivoiva ja omatoimisuutta tukeva fysioterapia aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa” -tutkimus- ja kehittämishankkeen aikana harjoittelu ympäristöt rakennettiin tukemaan aktiivista harjoittelua sekä ohjatusti että itsenäisesti suoritettuna. Ympä-

ristöön tehdyillä pienilläkin ratkaisuilla voidaan mahdollistaa sellaisten henkilöiden harjoittelu, joilla on erilaisia häiriöitä esim. aisti- ja havaintotoiminnoissa. Harjoitteluympäristön pitää myös toimia niin, että se mahdollistaa nousujohtaisen harjoittelun. Kestävyysharjoittelua voidaan toteuttaa eri välineitä, kuten juoksumattoa, kuntopyörää ja käsiergometriä, hyödyntäen. Kävelyharjoittelua puolestaan voidaan tehdä erilaisilla alustoilla, maastossa ja sauvakävelynä. Tasapainoharjoittelussa tavoitteena on kohentaa kuntoutujan kykyä hallita molempia kehonpuoliskojaan ja toimia tukipinnan reunalueilla kaatumatta. (Pyöriä 2007, 74.)

4 MONIAMMATILLISUUS KUNTOUTUKSESSA

Tässä luvussa määritellään ensin moniammatillisen yhteistyön laajaa käsitettä eri näkökulmista. Tämän jälkeen kuvataan moniammatillisessa yhteistyössä ilmeneviä tasoja ja kansainvälisiä tutkimuksia moniammatillisesta kotikuntoutuksesta. Luvun lopuksi esitellään perusteita moniammatillisille tapaamisille teoreettiseen viitekehykseen pohjautuen.

4.1 Moniammatillisuus

Moniammatillisuudella tarkoitetaan toimintaa, jossa eri ammattiryhmät suunnittelevat ja tekevät työtään yhdessä. Äkillisistä aivovaurioista puhuttaessa moniammatillinen kuntoutustyöryhmä koostuu lääkäristä, sairaanhoitajasta, fysioterapeutista, toimintaterapeutista, puheterapeutista, neuropsykologista, sosiaalityöntekijästä ja kuntoutusohjaajasta. (Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 2.)

Moniammatillisen yhteistyön käsitettä ryhdyttiin käyttämään jo 1980-luvun loppupuolella kuvaamaan asiantuntijoiden ja eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Suomessa käsite vakiintui 1990-luvulla. Moniammatillisen yhteistyön käsite on hyvin epämääräinen, ja sitä käytetään varsin monella tapaa. Sitä voidaan pitää sateenvarjokäsitteenä, joka sisältää useita yhteistyömuotoja. Moniammatillisessa yhteistyössä asiantuntijoilla on yhteinen tavoite, työ tai tehtävä, jonka saavuttamiseen tarvitaan tiedon ja osaamisen yhdistämistä. (Isoherranen 2008, 33.)

Pärnän (2007, 50) mukaan moniammatillinen yhteistyö on dynaaminen ja alati muuttuva käsite, jonka merkitystä luodaan ylempien tasojen lisäksi myös yksittäisten työryhmien vuorovaikutustilanteissa. Moniammatillisen yhteistyön käsitettä käytetään eri yhteyksissä. Sillä voidaan viitata tapaan tehdä työtä, se voi olla tavoite tai kehys, jossa työtä tehdään. Moniammatillisuus on eri ammattikuntien välistä yhteistyötä joko organisaation sisällä tai organisaatioiden välillä. (Pärnä 2007, 51.)

Määtän (2006, 569–582) artikkelin mukaan moniammatillisessa yhteistyössä pyritään tietojen, taitojen, tehtävien, kokemusten ja toimivallan jakamisella saavuttamaan jokin yhteinen päämäärä. Käsitteellä voidaan tarkoittaa organisaation sisäistä tai organisaatioiden välistä yhteistyötä, yhteistyön vakiintuneita tai satunnaisia muotoja sekä ammattirooleissa pitäytyvää tai ammattirajoja ylittävää yhteistyötä (Määttä 2006, 569–582).

Leathard (2003, 5) puolestaan tuo moniammatillisen yhteistyön määrittelyssään esille vuorovaikutuksen ulottuvuuden. Hänen mukaansa moniammatillinen yhteistyö on avaintermi, jolla viitataan eri ammattiteissa toimivien henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen. Vaikka toimijoilla on erilaiset taustat, heillä on yhteiset tavoitteet yhdessä työskentelylle. (Pärnä 2007, 52.)

D'Amour ym. (2005) määrittelevät yhteistyön kollektiiviseksi toiminnaksi, jolla pyritään yhteiseen tavoitteeseen luottamuksen ja harmonian hengessä. Heidän määritelmässään käsitteen teemoina ovat jakaminen, kumppanuus, keskinäinen ja vastavuoroinen riippuvuus, valta sekä prosessi. Näiden teemojen avulla voidaan tarkemmin jäsentää moniammatillisen yhteistyön prosessia. (Pärnä 2007, 52.)

Isoherranen (2008, 33) tuo kirjassaan esille asiakaslähtöistä yhteistyötä mahdollistavien puitteiden luomisen. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että yhteiseen tiedon käsittelyyn, tavoitteen asettamiseen ja yhteisen käsityksen luomiseen tulisi olla riittävästi aikaa. Tasa-arvoinen päätöksenteko, kaikkien asiantuntijoiden erityisosaamisen arvostaminen ja yhteisen kielen löytäminen ovat tärkeitä tekijöitä moniammatillisen yhteistyön onnistumiseksi. Lisäksi tehokas moniammatillinen työskentely vaatii ammattirajojen ylittämistä. (Isoherranen 2008, 33–35.)

Tiivistetysti moniammatillinen yhteistyö on sekä vuorovaikutusta että konkreettista toimintaa. Se sisältää yhteisen työskentelyn tavoitteiden määrittelyä, oman asiantuntijuuden ja osaamisen jakamista kuin myös toisilta oppimista. Asiakasryhmän tarpeet ovat aina moniammatillisen yhteistyön perustana. (Pärnä 2007, 53.)

Suomen kielessä moniammatillista yhteistyötä kuvaamaan on vain yksi käsite. Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään myös kahta yhteistyötä tarkentavaa käsitettä, joilla kuvataan pidemmälle edennyttä ja nykymäärittelyksen mukaista yhteistyötä: interprofessional ja trans- tai crossprofessional (kuvio 1). Eri tieteenalojen yhteydessä käytetään myös suomen kielessä termejä interdisciplinary (tieteidenvälinen) ja trans- tai crossdisciplinary (poikkitieteinen yhteistyö). Ammatillisessa yhteistyössä vastaavia yhteistyön astetta kuvaavia käsitteitä ei ainakaan vielä ole. (Isoherranen 2008, 37.)

Multiprofessional	Interprofessional	Transprofessional
Moniammatillisen työryhmän jäsenet työskentelevät rinnakkain omasta viitekehuksestään käsin, mutta todellinen yhteistyö ja vuorovaikutus ovat vähäistä.	Moniammatillisen työryhmän jäsenillä on runsaasti yhteistä tiedonvaihtoa sekä yhteisesti sovittuja ja keskustelun ja päätöksenteon mahdollisuuksia.	Moniammatillisen työryhmän jäsenet rikkovat asiakaslähtöisesti työskennellessään sovitusti roolirajojaan.



KUVIO 1. Moniammatillisen yhteistyön eri asteita Isoherrasta mukaillen (2008, 38–39)

Interprofessional-työskentelyssä roolit, tiedot, taidot ja vastuut sopeutetaan yhteen. Tällä toimintatavalla työskentelevä ryhmä pyrkii järjestämään runsaasti yhteistä informaation vaihtoa ja yhteisesti sovittuja keskustelun ja päätöksenteon mahdollisuuksia. Interprofessional on siis käsitteenä melko samanmerkityksinen kuin multiprofessional, mutta se korostaa yhteisesti ja selkeästi sovittun tavan, ajan ja paikan merkitystä tiedon vaihdossa. (Isoherranen 2008, 37–38.)

Transprofessional-periaatteella työskentelevän moniammatillisen työryhmän työskentelyn keskeiset periaatteet ovat kyky jakaa tietoa ymmärrettävästi ja ottaa yhteistä vastuuta, ammatillisten rajojen väljyys, halukkuus olla yhtäaikaaisesti oppija ja erikoisasiantuntija sekä valmius sopeuttaa työryhmän rooleja asiakkaan tarpeista lähtien (Isoherranen 2008, 39).

Moniammatilliseen yhteistyöhön liittyy kiinteästi myös moniäänisyyden käsite, jolla tarkoitetaan sitä, että kaikkien työryhmän jäsenten ääni tulisi saada kuuluviin. Moniäänisyyden toteutuminen ei ole itsestäänselvyys, vaikka työryhmällä olisi hyvät keskustelu- ja vuorovaikutustaidot. Myös yhteisen ymmärryksen ja näkemyksen luominen tuovat haasteita moniammatilliselle työryhmätyöskentelylle. (Isoherranen 2008, 41.)

Moniammatillista työskentelyä kuntoutuksessa on tutkittu 2000-luvulla Suomessa mm. Arja Veijolan (2004) ja Salla Siparin (2008) väitöstutkimuksissa sekä muutamissa pro gradu -tutkielmissa (Sipari 2002; Tanttu, 2002; Tyyskä 2002). Siparin väitöstutkimusta lukuun ottamatta muita edellä mainittuja tutkimuksia on käsitelty tiivistetysti Riikilän ja Tervosen (2009, 14–15) moniammatillista työskentelyä käsittelevässä opinnäytetyössä. Yleisesti ottaen tutkimuksissa nousivat esille toisen työn tuntemisen ja yhteisen käsityksen luomisen tärkeys kehitettäessä moniammatillista yhteistyötä. Siparin (2008, 120) väitöstutkimuksessa puolestaan todettiin, ettei hyvää kuntoutusta välttämättä ennusta ammatillinen osaaminen vaan yksilöllinen työorientaatio, tahto ja asenne yhteistyöhön ja -toimintaan. Suomessa tehtyjä tutkimuksia moniammatillisesta työskentelystä avh-kuntoutuksessa en ole vielä tähän mennessä löytänyt.

4.2 Kotikuntoutus

Kotikuntoutuksella tarkoitetaan kuntoutujan kotona tapahtuvaa moniammatillista kuntoutusta. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla kokosin tutkimuksia, joissa käsiteltiin aivoverenkiertohäiriöpotilaan kotona tapahtuvaa kuntoutusta. Kirjallisuuskatsaukseen hain tietoa Mikki-tietokannasta ja erilaisista artikkelitietokannoista. Artikkelitietokannoista käytin lähinnä CINAHL-, EBSCO- ja PEDro-tietokantoja. Hakusanoina käytin seuraavia sanoja ja niiden yhdistelmiä: stroke, rehabilitation at home, home-based therapy, early discharge and home rehabilitation ja physiotherapy. Suomessa tähän aihealueeseen liittyvää tutkimusta ei ole vielä tehty, joten löytynyt aineisto oli

pelkästään englanninkielistä. Seuraavassa kuvaan tiivistetysti tutkimuksia, joita pystyin hyödyntämään opinnäytetyössäni.

Winkelin ym. (2008, 167–187) tekemään systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen oli hyväksytty 17 randomisoitua kontrolloitua tutkimusta, jotka käsittelivät aivoverenkiertohäiriöpotilaiden nopeaa kotiutumista yhdistettynä kotiutumisen jälkeiseen kotikuntoutukseen (early discharge and home rehabilitation, EDHR). Tutkimusten laadun arvioinnissa oli käytetty PEDro-asteikkoa ja Sackettin sääntöä. Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt julkaisut liittyivät kahdeksaan eri tutkimusprojektiin, joista kaksi oli toteutettu Trondheimissa ja muut Montrealissa, Oslossa, Akershusissa, Tukholmassa, Newcastlella ja Torinossa. (Winkel ym. 2008, 167–187.)

Tutkimustulokset osoittivat, että nopeaan kotiuttamiseen liittyvällä kotikuntoutuksella voidaan lyhentää aivoverenkiertohäiriön jälkeistä sairaalassaoloaika. Tähän tulokseen päästiin kaikissa muissa paitsi toisessa Trondheimin tutkimusprojektissa. (Ks. Rodgers ym. 1997, 280–287; Widén–Holmqvist ym. 1998, 591–597; McNamee ym. 1998, 345–351; Indredavik ym. 2000, 2989–2994; Mayo ym. 2000, 1016–1023; von Koch ym. 2000, 80–86; von Koch ym. 2001, 131–138; Bautz-Holter ym. 2002, 348–355; Fjærtoft ym. 2005, 376–383.) Torinon ja Akershusin tutkimuksissa sairaalassaoloaika ei ollut tutkimuksen kohteena (Ronning & Guldvog 1998, 779–784; Ricauda ym. 2004, 278–283).

Kotikuntoutuksella saattaa olla positiivisia vaikutuksia peruspäivittäistoiminnoista selviytymiseen, mutta eniten sillä näyttäisi kuitenkin olevan vaikutusta elämänlaatuun ja avh-potilaiden välineellisistä päivittäistoiminnoista suoriutumiseen, kuten esimerkiksi kotitaloustöiden ja kaupassa käynnin sujumiseen. (Winkel ym. 2008, 184.) Tämän suuntaisiin johtopäätöksiin tulivat tutkimuksissaan mm. Fjærtoft ym. 2003, 2687–2691, Fjærtoft ym. 2004, 580–586, Ricauda ym. 2004, 278–283, Mayo ym. 2000, 1016–1023, Askim ym. 2004, 238–248 ja Thorsén ym. 2005, 297–303.

Kotikuntoutuksessa ympäristö on tärkeässä asemassa. Kotona potilaat ja heidän läheisensä ovat sairaalahoitoa aktiivisemmassa roolissa kuntoutuksen suhteen ja potilaan todelliset tarpeet tulevat paremmin esille. (Mayo ym. 2000, 1022; Thorsén ym. 2005, 301.) Tutkimuksissa kuvattu kotikuntoutukseen kuuluva fysioterapia oli yksilöllisesti

suunniteltua, ja se perustui tehtävä- ja ympäristökeskeisyyteen. Tällä tarkoitetaan sitä, että potilas suoritti toiminnallisia harjoituksia sekä ohjatusti että omatoimisesti. Harjoitteiden valinta perustui potilaan omiin kiinnostuksen kohteisiin ja niiden tekemiseen sitoutumiseen terapioiden välillä. Puolisoja rohkaistiin olemaan aktiivisia kuntoutusprosessissa. Tarvittaessa heille tarjottiin lisäohjausta. Kotikuntoutus edellyttää myös siellä käyviltä terveydenhuollon ammattilaisilta käyttäytymisen muovaamista, jotta voidaan välttyä liiallisen asiantuntijuuden korostamiselta. (Winkel ym. 2008, 167–187.) Kotonahan potilas on oman elämänsä asiantuntija (kirj. huom.).

Kotikuntoutus näyttäisi olevan kustannustehokasta ja käyttökelpoisempaa silloin, kun sitä toteuttaa sairaalan moniammatillinen tiimi, eli potilasta sairaalassa hoitanut moniammatillinen tiimi jatkaa kuntoutusta kotona ja koordinoi myös kotona tapahtuvan myöhäisemmän vaiheen kuntoutuksen ja hoidon. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyissä tutkimuksissa tiimissä oli aina mukana fysio- ja toimintaterapeutti. Heidän lisäksi sairaanhoitaja oli mukana useimmissa tiimeissä. Puheterapeutti ja sosiaalityöntekijä kuuluivat vain muutamissa tutkimuksissa suoraan moniammatilliseen tiimiin, ja muissa tutkimuksissa heitä konsultoitiin tarvittaessa. Lääkäreiden osallistuminen tiimeihin vaihteli päivittäisistä kotikäynneistä sairaanhoitajan suorittamaan yhteydenpitoon. Kustannustehokkuus liittyi lyhentyneeseen sairaalassaoloaikaan, kotiuttamiseen ja kotona olemiseen, kun terveydenhuoltopalvelujen käyttö, potilaan terveys ja välineelliset päivittäistoiminnot otettiin huomioon. (Winkel ym. 2008, 167–187.)

Nopea kotiuttaminen ja sen jälkeinen kotikuntoutus on yksi vartenotettava vaihtoehto aivoverenkiertohäiriöpotilaan sairaalassa toteutetulle kuntoutukselle. Kotikuntoutusta mietittäessä on otettava huomioon potilaan persoonalliset tekijät, kuten asioiden käsittely- ja selviytymiskyky. Lisäksi on huomioitava puolison tai muun kotona olevan läheisen jaksaminen. (Winkel ym. 2008, 167–187.)

Winkelin ym. (2008, 167–187) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käsitellyt tutkimukset olivat tutkimusasetelmiltaan erilaisia, ja tämän vuoksi niiden suoranainen vertaileminen oli vaikeaa. Baderin (2008, 83–89) tutkimusartikkelissa tämä asia nousi myös esille. Tutkimuksiin perehtymällä huomataan, että kotikuntoutusta voidaan toteuttaa useilla eri tavoilla ja eri kokoonpanoilla. Tulevaisuudessa tulisikin Baderin (2008, 87) mukaan tutkia tarkemmin, millaisella kotikuntoutuksen muodolla päästään

parhaisiin tuloksiin avh-kuntoutuksessa. Lisäksi hänen mielestään tulisi tutkia enemmän potilaan elämänlaatua ja potilaan läheiseen kohdistuvia vaikutuksia (Bader 2008, 87). Kuten Winkelin ym. (2008, 167–187) kirjallisuuskatsauksesta kävi ilmi, kotikuntoutus näyttäisi olevan kustannustehokasta, mutta Baderin (2008, 87) mukaan tarvitaan vielä lisää tutkimusta asian selvittämiseksi.

Suomessa edellisissä tutkimuksissa kuvattua hoitomallia ei ole vielä käytössä avh-kuntoutuksessa, mutta aiemmin tässä opinnäytetyössä kuvatussa ja meneillään olevassa ”Aktivoiva fysioterapia” -tutkimus- ja kehittämishankkeessa alkuvaiheen avh-kuntoutusta pyritään viemään jo osittain tähän suuntaan. Hankkeeseen osallistuvat avh-kuntoutujat siirtyvät normaalikäytäntöä nopeammin jatkokuntoutuspaikkaan ja sieltä mahdollisuuksien mukaan suoraan kotiin. Koeryhmäläisten kohdalla kuntoutuskeskuksessa kuntoutujan fysioterapiasta huolehtinut fysioterapeutti tekee ensimmäisen kotikäynnin yhdessä kotikäyntejä jatkavan fysioterapeutin kanssa ja kotikäynteinä toteutetun fysioterapian avulla kuntoutujaa pyritään aktivoimaan hänen kiinnostuksensa mukaisesti kodin ulkopuolella tapahtuvaan toimintaan. (Pyöriä ym. 2009, 10.)

4.3 Yhteenvetoa ja perusteita moniammatillisille tapaamisille

Käypä hoito -suositus ja konsensuslausuma 2008 korostavat moniammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuuden merkitystä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ikään katsomatta. Kuten aiemmin esitellyissä Itä-Savon alueella tehdyissä tutkimuksissa tuli esille, moniammatillisuutta avh-kuntoutuksessa olisi kuitenkin edelleen syytä tehostaa. Lähes kymmenen vuotta avh-kuntoutusta tehneen työkokemuksella voin todeta, että usein tehokkaamman moniammatillisen yhteistyön esteenä ovat olleet vallitsevat työkäytännöt. Yhteistä aikaa on liian vähän, jotta pystyttäisiin menemään kuntoutujan asioissa tiedon jakamista syvemmälle tasolle. Isoherranen (2008, 33) tuo kirjassaan esille yhteistyötä mahdollistavien puitteiden, kuten yhteisen ajan, järjestämisen tärkeyden moniammatillisessa yhteistyössä. ”Aktivoiva fysioterapia” -hankkeessa lisää yhteistä aikaa pyritään takaamaan työkäytänteitä muuttamalla niin, että koeryhmäläisten kohdalla järjestetään erillisiä moniammatillisia tapaamisia normaalien kuntoutusneuvottelujen lisäksi. Tämä uuden toimintamallin kokeilu toimii opinnäytetyöni muutosinterventiona.

Pyöriän (2007, 75) väitöstutkimuksessa todettiin, että aktivoivalla terapialla ja tehtäväkeskeisellä harjoittelulla voidaan vaikuttaa kognitiivisten toimintojen palautumiseen aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Moniammatillisissa tapaamisissa voidaan paneutua tarkemmin kuntoutujan kognitiivisten toimintojen tasoon ja suunnitella sen myötä tehtäväkeskeisiä harjoitteita entistä optimaalisemmalle tasolle.

Rensink ym. (2009, 737–754) toteavat systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan tehtäväkeskeisen harjoittelun olevan perinteistä terapiaa tehokkaampaa. He myös korostavat sitä, että hoitajien tulisi ottaa suurempaa roolia kuntoutujien terapioiden ulkopuolella tapahtuvassa harjoittelussa (Rensink ym. 2009, 749). Useissa tutkimuksissa on todettu, että aivohalvauskuntoutujien päivittäinen harjoittelu-aika on minimaalinen kuntoutujan aktiivisesta ajasta (esim. Bernhardt ym. 2004, 1008; Bernhardt ym. 2007, 47–48; Laakkonen ym. 2010, 23–30). Päivittäinen hoitotyö voisi olla tehokkaampaa, jos hoitoon liitettäisiin toiminnallisia tehtäviä, kuten tasapainoharjoittelua istumasta seisomaannousun yhteydessä ja pukiessa sekä esineiden kurkottamista joko istuen tai seisten (Rensink ym. 2009, 749). Moniammatillisten tapaamisten avulla on mahdollista vaikuttaa myös hoitajien ohjauksella tapahtuvaan terapioiden ulkopuolella tapahtuvaan harjoitteluun.

Moniammatillinen yhteistyö on aivohalvauskuntoutuksen kivijalka. Opinnäytetyöhön liittyvällä muutosinterventiolla pyritään tehostamaan tätä yhteistyötä, kohentamaan aivohalvauskuntoutuksen tehokkuutta ja tuottamaan kuntoutujille parempaa kotona selviytymistä.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA MENETELMÄT

5.1 Kehittämistehtävä ja sen tarkoitus

Opinnäytetyöni tarkoituksena on tarkastella, miten aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kuntoutusta ja harjoittelua on suunniteltu Kruunupuistossa työnjaon, tuotoksen ja välineiden näkökulmasta ja millaisia muutoksia siinä tapahtuu opinnäytetyöhön liittyvän intervention aikana.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

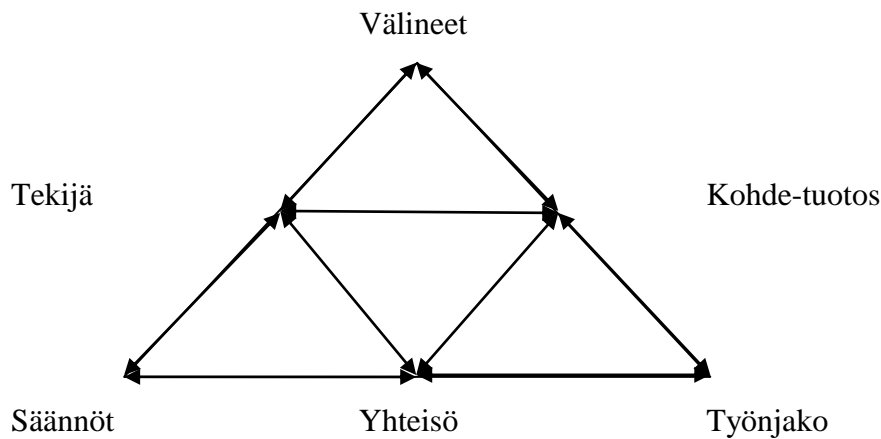
1. Miten aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kuntoutus ja harjoittelu on suunniteltu aiemmin moniammatillisesta näkökulmasta?
2. Miten aivoverenkiertohäiriökuntoutujan moniammatillinen kuntoutus ja harjoittelu suunnitellaan tällä hetkellä?
3. Miten aivoverenkiertohäiriökuntoutujan harjoittelun suunnittelu kehittyi moniammatillisen intervention kuluessa?

5.2 Kehittävä työntutkimus lähestymistapana

Käytän opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä kehittävän työntutkimuksen lähestymistapaa. ”Kehittävä työntutkimus on 1980-luvun alussa virinnyt suomalainen lähestymistapa työn ja organisaatioiden tutkimiseen ja kehittämiseen” (Engeström 2002, 11). Menetelmän taustalla on Lev Vygotskin, Alexei Leontjevin ja Alexander Lurian alkuun saattama kulttuurihistoriallinen toiminnan teoria. Käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteistä poiketen toiminnan teoria yhdistää yksilön ja yhteisön toisiinsa ja niitä tarkastellaan toisiinsa vaikuttavina tekijöinä. Kehittävässä työntutkimuksessa yksilön tekojen ja ominaisuuksien nähdään muodostuvan kollektiivisessa toimintajärjestelmässä, esim. työssä. Yksilön teot ja ominaisuudet puolestaan muovaavat toimintajärjestelmää, joka nähdään historiallisesti kehittyvänä, ristiriitaisena ja dynaamisena. (Engeström 2002, 11.)

5.2.1 Kehittävän työntutkimuksen lähtökohdat

Kehittävän työntutkimuksen tunnusomaiset piirteet voidaan kiteyttää kolmeen teoreettiseen ja metodologiseen ideaan. Ensinnäkin analyysiyksikkönä on kollektiivinen toimintajärjestelmä, jonka toimintaa määrittävät sen osatekijät ja jonka toiminnalla on tietty kohde. Osatekijöitä ovat välineet, yhteistoimintamuodot, työnjako ja säännöt. Yksittäisiä tekoja ja tilanteita arvioidaan aina suhteessa koko toimintajärjestelmään (kuviokuva 2). (Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 1.)



KUVIO 2. Toimintajärjestelmän rakennemalli (Engeström 2002, 47)

Toisena kehittävän työntutkimuksen teoreettisena lähtökohtana on, että toiminnassa esiintyvät ongelmat ilmentävät ristiriitoja toimintajärjestelmän eri osatekijöiden välillä. Ristiriidat tehdään näkyväksi analysoimalla työn normaalissa kulussa esiintyviä poikkeamia: häiriöitä ja katkoksia tai työhön liittyviä uusia ideoita. Ristiriitoja tarkastellaan sekä nykytoiminnan että toiminnan historiallisen kehityksen kannalta. Näin saadaan esille, miten toiminta on kehittynyt. Toiminnassa tapahtuvat laadulliset muutokset ovat seurausta toimintajärjestelmän ristiriitojen ratkaisemisesta ja niiden pohjalta kehitetyistä uusista toimintamalleista ja välineistä. (Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 1.)

Muutosten ja kehityksen tarkasteleminen ja tutkiminen pitkäkestoisina, kollektiivisina oppimisprosesseina on kehittävän työntutkimuksen kolmas lähtökohta. Oppimisprosessit johtavat usein aivan uusien yhteisten toimintamallien ja työvälineiden luomiseen. Tällaista koko yhteisön oppimista kutsutaan ekspansiiviseksi oppimiseksi. (Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 1.)

Kehittävä työntutkimus yhdistää tutkimuksen, käytännön kehittämistyön ja koulutuksen ja on näin osallistava lähestymistapa. Kehittävässä työntutkimuksessa ratkaisuja ei tuoda ulkoapäin, vaan työntekijät analysoivat itse toimintaansa, kehittelevät ja kokeilevat uusia ratkaisuja työssään kohtaamiinsa ongelmiin. (Engeström 2002, 12.)

Toiminnan tarkastelua varten kerätään peiliaineistoa sekä työn historiallisesta kehitymisestä että nykytilasta. Historian tarkastelun peiliaineistona voidaan käyttää esim.

muistelmia, haastatteluja ja toimintakertomuksia. Videoidut työtilanteet ja haastattelut puolestaan voivat muodostaa nykytilan peilin. Peiliaineiston avulla työntekijät pääsevät analysoimaan ja arvioimaan toimintaansa. Näin toteutuu kehittävän työntutkimuksen reflektiivinen tutkimusote. Reflektiivisyys näkyy myös siinä, että prosessin ohjaajat saavat palautetta ratkaisuksistaan ja arvioivat omaa työskentelyään. Ohjaajan oman toiminnan arviointi voi tapahtua esimerkiksi videoitujen muutoslaboratorioistuntojen analysoinnin avulla. (Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 2.)

Historiallisen analyysin avulla muodostetaan oletus työn kehitysvaiheista ja ristiriidoista. Oletusta testataan, tarkennetaan ja tulkitaan teoreettisesti peiliaineiston ja toimintajärjestelmän mallin avulla. Peiliaineistojen myötä työntekijät kokevat analysoinnin usein hyvin henkilökohtaisena asiana, mutta erilaisten mallien avulla häiriöt pystytään näkemään koko toimintajärjestelmää koskevin ristiriitoina. Analyysejä tehtäessä käytetään ns. välitason analyysivälineitä, jotta huomio osattaisiin keskittää kehittämisen kannalta kiinnostavimpiin asioihin. Tällaisia analyysivälineitä ovat esimerkiksi erilaiset kategoriat, luokitukset ja nelikentät. (Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 2.)

5.2.2 Kehittävän työntutkimuksen vaiheet

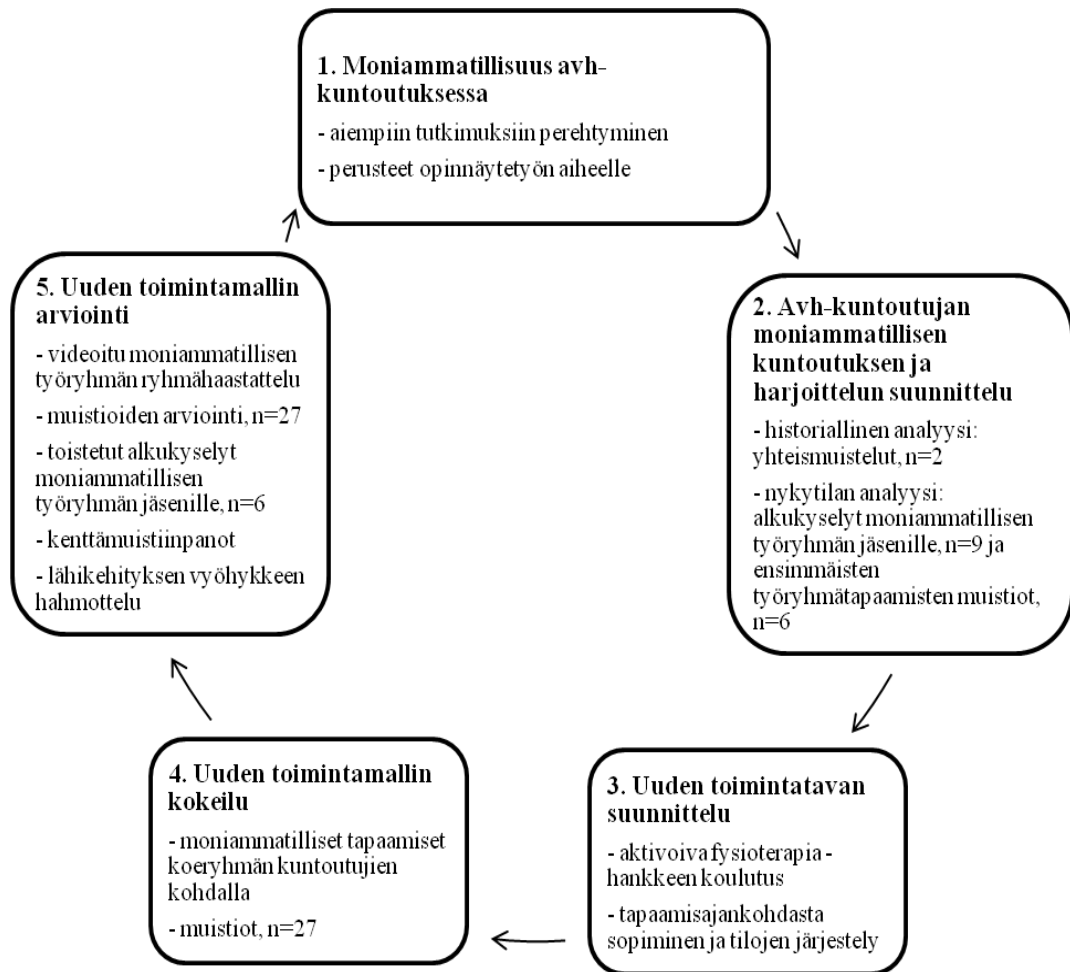
Ekspansiivisen oppimisen syklimallia käytetään kehittävässä työntutkimuksessa vaiheistamaan tutkimus- ja kehittämishanketta. Prosessin ohjaajan tehtävänä on auttaa tutkimukseen osallistuvia viemään toimintaansa kehityssyklillä eteenpäin interventioiden eli väliintulojen avulla. Ohjaaja tuottaa työntekijöille peiliaineistoa, joka sisältää konkreettista havaintoaineistoa heidän työstään, siinä näkyvistä häiriöistä ja uutta ennakoivista ratkaisuista. Lisäksi hän antaa työntekijöille tehtäviä peiliaineiston analysoimiseksi sekä uuden toimintamallin tuottamiseksi ja soveltamiseksi. Kolmantena tehtävänä ohjaajalla on tarjota ja kehittää työntekijöille käsitteellisiä välineitä edellä annettujen tehtävien ratkaisemiseksi. (Engeström 2002, 126.)

Koko prosessin ymmärtäminen edellyttää syklin eri vaiheiden tapahtumien rekisteröimistä ja tallentamista sekä niistä tehtyä analysointia. Prosessin ohjaaja toimii siis kehittävässä työntutkimuksessa kolmoisroolissa. Ensiksi hän toimii aktiivisena tapahtu-

miin puuttujana, toiseksi niiden tallentajana ja erittelijänä ja kolmanneksi omien tekoiensa ja tulkintojensa arvioijana. (Engeström 2002, 126.)

Työn kehittämiseen liittyvää oppimisprosessia kutsutaan ekspansiiviseksi silloin, kun saman työkohteen parissa toimivat työyhteisön jäsenet pystyvät ratkaisemaan työhön häiriöitä ja ongelmia tuottavia nykytoiminnan ristiriitoja. Tämä tapahtuu historiallisesti muotoutuneiden työkäytäntöjen ja työn kohteen analysoinnin avulla. Ekspansio tarkoittaa siirtymistä aivan uuteen toimintatapaan, joka ei ole kenelläkään ennalta tiedossa vaan syntyy kehittämissuunnan aikana. (Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 3.)

Kehittävässä työntutkimuksessa ja ekspansiivisessä oppimissyklissä on viisi vaihetta. Kuviossa 3 esitellään ekspansiivista oppimissykliä ja opinnäytetyön vaiheistusta syklin mukaan. Ensimmäisessä vaiheessa kuvataan nykyinen toimintatapa. Toinen vaihe koostuu toiminnan kehityshistorian ja nykyisten ristiriitojen analyysistä. Tässä vaiheessa kuvataan yleensä myös lähikehityksen vyöhyke. (Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 3.) Tässä opinnäytetyössä lähikehityksen vyöhykettä hahmotellaan vasta viidennessä vaiheessa. Kolmannessa vaiheessa suunnitellaan, kokeillaan ja arvioidaan uutta toimintamallia. Neljännessä vaiheessa uusi toimintamalli otetaan käyttöön ja viidennessä vaiheessa arvioidaan uutta toimintamallia. Edellä mainittu oppimissykli on ns. ideaalimalli kehittävän työntutkimuksen vaiheista eikä se todellisuudessa etene suoraviivaisesti vaiheesta toiseen, vaan välillä saatetaan liikkua edestakaisin vaiheiden välillä. (Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 3.)



KUVIO 3. Opinnäytetyön vaiheistus ja aineistot Engeströmiä (2002, 128) mukailen

Kehittävän työntutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tuotetaan konkreettista kuvausta työstä ja sen historiasta erilaisten havainnointimenetelmien avulla. Tämän vaiheen tavoitteena on rajata tutkittava toimintajärjestelmä, kuvata työn nykytila ja sen ongelmakohdat. Aineiston hankkimisessa voidaan käyttää useita eri menetelmiä, kuten havainnointia, haastattelua ja videointia tai erilaisten dokumenttien, kuten prosessi- ja organisaatiokaavioiden keräämistä. Aineistoa kerätessä on muistettava ottaa huomioon, että työyhteisössä on monia usein toisiinsa törmääviä näkökulmia. Työntekijöiden näkökulmien lisäksi rinnalla kannattaa tarkastella myös esimerkiksi johdon ja asiakkaiden näkökulmia. Prosessin ohjaaja välittää näkökulmia ja toimii osallistujien erilaisten näkökulmien tulkkinä. (Engeström 2002, 130–134; Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 3.)

Syklin toisessa vaiheessa voidaan erottaa kolme aluetta, jotka ovat toiminnan historiallinen analyysi, nykytoiminnan analyysi ja lähikehityksen vyöhykkeen hahmottelu. Historiallinen analyysi perustuu kehittävän työntutkimuksen ajattelutapaan, jonka mukaan uuden toimintamallin työstäminen edellyttää aina toiminnan historiallisten kehitysvaiheiden ottamista huomioon. Uusi toimintamalli tuotetaan aikaisemman toiminnan sisällä ratkaisuksi sen ristiriitoihin. Usein tämä vaatii aikaa ja paljon ponnistelua. (Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 4.)

Kehittävässä työntutkimuksessa ristiriidat eivät ole synonyymejä ongelmille, puutteille tai häiriöille. Ristiriidalla tarkoitetaan jännitettä, joka syntyy eri suuntaan vetävien toimintajärjestelmän osatekijöiden välillä. Tällaiset ristiriidat näkyvät erilaisina ongelmina normaalissa työn kulussa. Toimintajärjestelmän malli, toiminnan kehityssyklin malli ja toiminnan historiallisten kehitysristiriitojen käsite antavat raamit historiallisen analyysin teolle. Historiallisten kehitysvaiheiden tunnistaminen on tärkeää, jotta työyhteisössä ilmeneviä erilaisia käytäntöjä, ajattelutapoja ja välineitä voitaisiin tulkita. Historiallista analyysia tehtäessä aineistona käytetään pääasiassa dokumentteja ja suullista muistitietoa. (Engeström 2002, 135–139; Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 4.)

Tässä opinnäytetyössä ensimmäiseen tutkimusongelmaan vastataan historiallisen analyysin avulla opinnäytetyön vaiheessa kaksi (kuvio 3). Historiallisen analyysin aineistonkeruu toteutettiin kahtena erillisenä yhteismuisteluna, joiden tavoitteena oli saada muodostettua näkemys aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kuntoutukseen ja harjoitteluun liittyvästä suunnittelusta ja työnjaosta sekä moniammatillisesta yhteistyöstä Puhkajarjun Kuntoutussairaalassa eli nykyisessä Kruunupuistossa. Ennen historiallisen analyysin teon aloittamista perehdyin vielä tarkemmin erilaisiin kehittävän työntutkimuksen lähestymistavalla tehtyihin tutkimuksiin ja niissä tehtyihin historiallisiin analyysihin.

Historian analyysin pohjalta tehty hahmotelma nykytoiminnan ristiriidoista perustuu historiallisiin dokumentteihin ja muistitietoon ja on näin ollen vielä melko yleisluontoinen. Nykytoiminnan analyysi puolestaan paljastaa, miten ristiriidat ilmenevät käytännössä. Nykytoiminnan ristiriita syntyy, kun jokin toimintajärjestelmän osatekijöistä,

esimerkiksi työn kohde, on muuttunut tai kehittynyt muiden edelle. Tällöin jotkut toiset osatekijät, esimerkiksi välineet, eivät enää sovi yhteen sen kanssa. Nykytoiminnan ristiriitojen analysoinnissa aineistona käytetään teemahaastatteluja, työsuoritusten tai vuorovaikutustilanteiden videotointia sekä innovaatioiden ja häiriöiden rekisteröimistä. Toiminnassa esiintyviä häiriöitä ja innovaatioita voidaan tarkastella ja tulkita toimintajärjestelmän rakenteellisten ristiriitojen ilmauksina. (Engeström 2002, 139–140; Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 4.)

Vastaaan toiseen tutkimusongelmaan nykytilan analyysin avulla opinnäytetyön vaiheessa kaksi (kuvio 3). Nykytilan analyysin aineistona käytin moniammatilliselle työryhmälle antamaani alkukyselyä mielikuvista moniammatillisen työryhmän jäsenten työstä. Lisäksi aineistoon kuuluivat myös aivan ensimmäiset moniammatillisen työryhmätapaamisen muistiot, joiden avulla pyrin kuvaamaan moniammatillisuuden nykytilaa.

Nykytoiminnan ristiriitojen määrittämisen jälkeen voidaan rajata lähikehityksen vyöhyke, jolla kyseisten ristiriitojen ratkaiseminen tapahtuu (Engeström 2002, 144). Tässä opinnäytetyössä lähikehityksen vyöhykettä tarkennettiin vasta arviointivaiheessa.

Syklin kolmannessa vaiheessa uuden toimintamallin suunnittelu tapahtuu usein ajatuskokeiden sarjana tai ennakoivina stimuloineina eli ”mitä jos” -kysymyksiin vastaamisena. Ajatuskokeiden pohjana käytetään tarjolla olevia esimerkkejä tai ehdotuksia vaihtoehtoisista tavoista järjestää kyseinen toiminta. Uuden toimintamallin muodostuminen tapahtuu erilaisia esimerkkejä ja ehdotuksia vertailemalla ja yhdistelemällä sekä niiden heikkouksia ja vahvuuksia tunnistamalla ja arvioimalla. Uutta toimintatapaa kuvataan usein toimintajärjestelmän mallin avulla ja sitä täydennetään ja konkretisoidaan esimerkiksi mallittamalla yksityiskohtaisemmin uuden toimintatavan edellyttämiä toimintajärjestelmän osatekijöitä. Myös strategisten avaintehtävien ja -välineiden simulointia ja kokeilua voidaan käyttää uuden toimintamallin hahmotuksessa. (Engeström 2002, 146–147; Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 4–5 .)

Uuden toimintamallin suunnittelu tapahtui ”Aktivoiva fysioterapia aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen kuntoutuksessa – kuntoutumisen seurantatutkimus”

-tutkimushankkeeseen liittyvässä koulutuksessa, jossa esille tuli tarve järjestää moniammatillisia työryhmätapaamisia viikoittaisten kuntoutusneuvotteluiden lisäksi. Tämä tapahtui opinnäytetyön vaiheessa kolme (kuvio 3). Koulutuksessa todettiin, että kuntoutusneuvotteluissa ei ole riittävästi aikaa kuntoutujien moniammatilliseen harjoittelun suunnitteluun. Tässä vaiheessa käynnistyi opinnäytetyöhön kuuluva muutosinterventio.

Neljännessä vaiheessa eli uuden toimintamallin käyttöönottovaiheessa uutta toimintatapaa kokeillaan työssä konkreettisesti. Tähän vaiheeseen kuuluu uuden ja vanha toimintamallin väliset törmäykset, jotka ovat seurausta siitä, että uusi toimintamalli on sekä mahdollisuus että uhka. Uudella toimintamallilla on mahdollisuus vastata toiminnan uusiin vaatimuksiin, mutta samalla se tarkoittaa vanhasta ja tutusta toimintatavasta luopumista. Jos nämä ristiriidat pystytään ratkaisemaan, uusi malli muuttuu uudeksi käytännöksi. Uuden toimintamallin käyttöönottovaiheessa uuden ja vanhan mallin törmäämisistä syntyy häiriöitä ja innovaatioita, jotka ovat tutkimuksellisesti kiinnostavia. Interventioiden avulla voidaan seurata uuden mallin muuntumista: paluuta vanhaan toimintamalliin ja myös kehittymistä suunniteltua rohkeampaan suuntaan. Toinen kiinnostava kohde tutkimuksen näkökulmasta on seurata uudesta mallista lähteviä ”rönsyjä”. (Engeström 2002, 149; Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 5.)

Opinnäytetyön neljännessä vaiheessa (kuvio 3) uutena toimintatapana aivoverenkier-tohäiriökuntoutujan kuntoutuksen ja harjoittelun suunnittelussa käytettiin koeryhmäläisten kohdalla toteutettuja moniammatillisia työryhmätapaamisia. Tapaamisten tavoitteena oli tuottaa moniammatillisesti suunniteltuja tehtäviä ja harjoituksia sekä kuntoutusjakson ajalle ohjattuihin ja omatoimisiin harjoitteluihin että kotiharjoitteluun. Moniammatillisen työryhmän tapaamisista laadittiin muistiot, jotka jaettiin kaikille tapaamiseen osallistuneille.

Syklin viidennessä ja viimeisessä vaiheessa uutta vakiintunutta toimintaa arvioidaan. Arvioinnilla on kolme tehtävää. Ensinnäkin arvioidaan, kuinka uusi toimintatapa on ratkaissut aiemman toiminnan ristiriidat. Arvioinnissa käytetään samantyyppisiä aineistoja ja analyysimenetelmiä kuin syklin kahdessa ensimmäisessä vaiheessa (esim. haastattelut, videoinnit). Toiseksi tarkastellaan, kuinka kuvattu lähikehityksen vyöhy-

ke ja uusi toimintamalli ovat toteutuneet ja kuinka niitä tulisi tarkistaa. Näiden arvioinnissa vertaillaan laadittua uutta mallia ja sen toteutumista käytännössä. Usein huomataan, että malli on toteutunut joiltakin osin puutteellisesti tai eri tavalla kuin etukäteen odotettiin. Kolmanneksi arvioidaan itse kehittämisprosessia, sykliä ja siihen liittyvien interventioden läpivientä. Tällöin analysoidaan itse asiassa viimeisimmän kehityssyklin historiaa vrt. toimintajärjestelmän historiallinen analyysi. Etuna on kuitenkin se, että aineisto on helpommin hankittavissa ja tutkija voi itse ratkaisuilleen vaikuttaa aineiston laatuun. Vaikeutena voidaan mainita se, että tutkijan oma toiminta syklin aikana tulee nyt arvioida tarkasti ja arviointiin on hyvä ottaa työntekijät mukaan. (Engeström 2002, 149–154; Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 5.)

Kolmanteen tutkimusongelmaan vastataan ekspansiivisen oppimissyklin arviointivaiheella opinnäytetyön vaiheessa viisi (kuvio 3). Työryhmätapaamisten muistiot, toistetut alkukyselyt moniammatillisen työryhmän jäsenille ja kenttämuistiinpanot toimivat osana arviointivaiheen aineistoa. Arviointivaiheessa arvioin aivoverenkiertohäiriökuntoutujan harjoittelun suunnittelun kehittymistä eri näkökulmista.

Muutosintervention arvioinnin aineistona toimi moniammatilliselle työryhmälle tekemäni videoitu ryhmähaastattelu, jossa arvioitiin yhdessä moniammatillisten tapaamisten antia. Tässä yhteydessä hahmoteltiin myös lähikehityksen vyöhykettä. Kehittävässä työntutkimuksessa lähikehityksen vyöhyke on ristiriitoja ratkaisevien uusien toimintatapojen alue. Uusien toimintatapojen tulee olla mahdollisia toiminnan historiallisen kehityksen puolesta. Lähikehityksen vyöhykettä on kuvattu useissa tutkimushankkeissa ideaalin toimintajärjestelmän avulla, jossa nykyiset ristiriidat on ratkaistu. Tämän kuvaustavan heikkous on sen yksipuolisuus. Uudemmissa tutkimuksissa on pyritty tuomaan esiin myös vaihtoehtoisia ratkaisumalleja nelikentän avulla. (Engeström 2002, 144–145; Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 4.)

5.3 Aineistojen analysointi

Opinnäytetyöprosessin aikana on kerätty monipuolisesti erilaisia aineistoja osittain yhtä aikaa. Aineiston keruuseen, analysointiin ja tulosten kuvaamiseen liittyvät asiat on koottu tiivistetysti taulukkoon 1 helpottamaan lukijaa.

TAULUKKO 1. Yhteenveto tutkimusongelmista, aineistoista ja niiden analysointimenetelmistä sekä tulosten kuvaamisesta

Tutkimusongelma	Aineisto	Analysointi	Tulokset
1. Miten aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kuntoutus ja harjoittelu on suunniteltu aiemmin moniammatillisesta näkökulmasta?	Videoidut yhteismuistelut, n=2. Yhteismuistelu 1: ett: t ja hoitajat. Yhteismuistelu 2: ft: t ja kh: t.	Teorialähtöinen sisällönanalyysi, jossa aineiston analysoinnin teoriana toimi kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmä.	Moniammatillisen kuntoutuksen ja harjoittelun suunnittelun sekä toimintajärjestelmän osatekijöiden hahmottamisen kuvaaminen. (luku 6.1)
2. Miten aivoverenkiertohäiriökuntoutujan moniammatillinen kuntoutus ja harjoittelu suunnitellaan tällä hetkellä?	Alkukyselyt moniammatillisen työryhmän jäsenille, n=9. Ensimmäiset työryhmätapaamisten muistiot, n=6.	Alkukyselyt: aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Muistiot: teorialähtöinen sisällönanalyysi, jossa teoriana toimivat moniammatillisen yhteistyön tasot.	Moniammatillisen työryhmän jäsenten näkemysten kuvaaminen eri ammattiryhmien työstä. Moniammatillisen yhteistyön tason määrittäminen. (luku 6.2)
3. Miten aivoverenkiertohäiriökuntoutujan harjoittelun suunnittelu kehittyi moniammatillisen intervention kuluessa?	Videoitu moniammatillisen työryhmän ryhmähaastattelu. Moniammatillisten tapaamisten muistiot, n=27. Toistetut alkukyselyt moniammatillisen työryhmän jäsenille, n=6. Kenttämuistiinpanot.	Ryhmähaastattelut ja muistiot teorialähtöisellä sisällönanalyysillä, joissa teoriana toimi moniammatillisen yhteistyön tasot. Alkukyselyt prosessin alkuvaiheessa saadun teemarunгон perusteella.	Moniammatillisen työryhmätyöskentelyn kehittymisen kuvaaminen muistioihin kirjattujen asioiden, työryhmäläisten kokemusten ja oppimisen sekä eri ammattiryhmien työn hahmottamisen näkökulmasta. (luku 8)

Opinnäytetyön aineistojen analysoinnissa käytettiin sovelletusti sisällönanalyysiä. Eri tutkimusongelmiin vastaavien aineistojen laadusta riippuen käytin joko aineisto- tai teorialähtöistä sisällönanalyysiä. Seuraavassa kuvataan sisällönanalyysin perusteita ja historiaa lähinnä Kynkään ja Vanhasen (1999) mukaan.

Kyngäs ja Vanhanen (1999, 3) luonnehtivat useisiin lähteisiin vedoten sisällönanalyysiä menettelytavaksi, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objek-

tiivisesti. Sen avulla voidaan järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysin tavoitteena on rakentaa malleja, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö on mahdollista käsitteellistää. Analyysiä voidaan tehdä joko aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai aikaisempaan tietoon perustuvan luokittelun avulla eli deduktiivisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.)

Sisällönanalyysi sopii erinomaisesti täysin strukturoimattomaankin aineistoon. Aineisto (dokumentti) voi olla niin artikkeli, päiväkirja, kirje, raportti kuin puhe tai haastattelukin. Sisällönanalyysillä pyritään luomaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyksi ja yleisessä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.) Analyysin lopputuloksena tuotetaan kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä, käsitekarttoja tai malleja, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4–5).

Sisällönanalyysiä voidaan siis tehdä joko aineisto- tai teorialähtöisesti. Ennen analysoinnin aloittamista tutkijan on päätettävä, ottaako hän analyysiin mukaan vain sen, mikä on selvästi ilmaistu dokumentissa, vai analysoiko hän myös piilossa olevia viestejä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Robsonin (1993) mukaan tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys ohjaavat tutkijaa analysoitavien sisältöjen valinnassa (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5).

Sekä induktiivinen että deduktiivinen sisällönanalyysi alkavat analyysiyksikön määrittämisellä. Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi sana, sanayhdistelmä, lause tai ajatuskokonaisuus. Tutkimustehtävä ja aineiston laatu ohjaavat analyysiyksikön valinnassa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Analyysiyksikön valinnan jälkeen aineistoa luetaan useita kertoja aktiivisesti läpi ja sille esitetään kysymyksiä. Tämän jälkeen analyysin eteneminen riippuu analysointitavasta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Tässä opinnäytetyössä aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä käytettiin vain toiseen tutkimusongelmaan vastaavan aineiston analysoinnissa alkukyselyjen kohdalla (taulukko 1). Induktiivinen sisällönanalyysi sisältää kolme vaihetta: aineiston pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin eli teoreettisten käsitteiden luomisen. Pelkistämävaiheessa aineistosta koodataan tutkimustehtävään liittyvät ilmaisut. Tämä

tapahtuu kysymällä aineistolta esimerkiksi tutkimustehtävän mukaista kysymystä. Vastaukset voidaan kirjata sivun marginaaliin ja kerätä ne sen jälkeen peräkkäin erilliselle paperille. Pelkistämisvaihe toimii kategorioiden muodostamisen ensimmäisenä vaiheena. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–6; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.)

Analyysin toinen vaihe on ryhmittely, jossa etsitään pelkistettyjen ilmauksien yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut ryhmitellään samaan kategoriaan ja sille annetaan kategorian sisältöä kuvaava nimi. Luokitteluyksikkönä voidaan käyttää esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuutta, piirrettä tai käsitystä. Ryhmittely on jo osa abstrahointia. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6; Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Aineiston abstrahoinnissa edetään alkuperäisinformaation käyttämistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Samansisältöisiä kategorioita yhdistellään edelleen muodostaen niistä yläkategorioita, joille annetaan sen sisältöä eli sen alakategorioita hyvin kuvaava nimi. Abstrahointia jatketaan niin pitkään kuin se on aineiston sisällön näkökulmasta mielekästä ja mahdollista. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6–7; Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.)

Ensimmäiseen tutkimusongelmaan vastaavan aineiston analysoin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä, jossa teoriana toimi kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmä. Tämän lisäksi käytin teorialähtöistä analysointitapaa toisen tutkimusongelman aineistoista muistioiden analysointiin. Muistioiden analysoinnissa teoriana toimivat moniammatillisen yhteistyön tasot. Kolmanteen tutkimusongelmaan vastaavan aineiston analysoin kauttaaltaan deduktiivista sisällönanalyysia soveltaen. Videoidun ryhmähaastattelun ja muistioiden analysoinnin teoriana toimivat moniammatillisen yhteistyön tasot. Uudelleen toistettujen alkukyselyjen analysoinnissa teoriana toimi prosessin alkuvaiheessa koottu teemarunko (taulukko 1).

Deduktiivisessa sisällönanalyysissä aineiston luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen, jolloin analyysia ohjaa tema, malli tai käsitekartta. Teorialähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysirungon laatiminen. Tämän avulla aineistosta etsitään sisällöllisesti sopivia asioita. Analyysirunko voi olla väljä, jolloin sen sisälle muodostetaan luokituksia induktiivisen sisällönanalyysin periaatteilla. Ana-

lyysirungon ollessa strukturoitu aineistosta poimitaan vain analyysirunkoon sopivia asioita. Yleensä tällaisissa tapauksissa testataan aiempaa teoriaa uudessa kontekstissa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7–8; Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.)

Valmista analyysirunkoa käytettäessä analyysi voidaan tehdä joko poimimalla vain luokitusrunkoon sopivat asiat tai myös ne asiat, jotka eivät ole luokitusrungon mukaisia. Tutkimuksen tarkoitus ohjaa tässäkin tapauksessa sekä analyysirunkotyypin että poimittavien asioiden valintaa. Aineistonkeruutapa määrittää omalta osaltaan analysointitapaa. Strukturoidulla aineistonkeruumenetelmällä hankittua aineistoa ei pystytä analysoimaan induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi molemmissa muodoissaan on aikaa vievä prosessi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 8–9.)

Tutkimustuloksissa esitellään esimerkiksi aineistosta muodostettu malli tai aineistoa kuvaavat teemat. Tuloksissa kuvataan myös luokittelujen pohjalta nousseet kategoriat ja niiden sisällöt. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10; Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.) Sisältöjen kuvaamisessa käytetään alakategorioita ja pelkistettyjä ilmauksia. Suoria lainauksia voidaan käyttää raportissa esimerkinomaisesti. Niiden tarkoituksena on lisätä raportin luotettavuutta ja tuoda läpinäkyvyyttä kategorioiden muodostamiseen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.) Johtopäätösten tekemisessä tutkija pyrkii ymmärtämään asioiden merkityksiä tutkittaville (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113).

Tuloksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan tuloksen ja aineiston välisen yhteyden. Muodostetuilla kategorioilla täytyy olla yhteys aineistoon ja niiden pitää liittyä myös järkevästi luotuun käsitejärjestelmään. Tutkija on eettisesti vastuussa siitä, että tutkimustulos todella vastaa aineistoa. Sisällönanalyysin luotettavuutta kyseenalaistetaan jatkuvasti, mutta asianmukaisesti ja huolellisesti käytettynä sen avulla voidaan tuottaa uutta tietoa, muodostaa käsitejärjestelmiä, -karttoja ja malleja. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10–11.)

5.4 Tutkimuksen eettinen tarkastelu

Eettiset kysymykset luovat tutkimus- ja kehittämistyölle näkymättömän kehikon. Varro (1992, 34) ja Kuula (2006, 11) toteavat, että kaikki tutkijan, tässä tapauksessa opin-

näytetyön tekijän, toimet ovat eettisiä toimia. Etiikka moraalisisina valintoina ja päätöksinä käsittää koko tutkimusprosessin aiheen valinnasta tuloksiin asti (Kuula 2006, 11).

Tämän opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonniemen kampuksella järjestetyssä suunnitelmaseminaarissa. Sen jälkeen opinnäytetyön tekijä on tehnyt sopimuksen Kruunupuisto Oy: n kanssa opinnäytetyön tekemisestä ja saanut luvat opinnäytetyön aineiston kokoamiseen ja opinnäytetyön toteuttamiseen (liitteet 1 ja 2).

Teoksessa Tutkijan eettiset valinnat Juhani Pietarinen (2002, 59–69) on esittänyt tutkimustyön kahdeksan keskeistä eettistä perusvaatimusta, joita käsitellään tiivistetysti seuraavassa. Älyllisen kiinnostuksen vaatimus edellyttää, että tutkijan on oltava aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta ja paneuduttava siihen tunnollisesti. Tunnollisuuden vaatimukseen liittyy myös kysymys ajankäytöstä, toisin sanoen miten syvästi tai laajasti tutkittavaan aiheeseen paneudutaan. (Pietarinen 2002, 59–69.) Opinnäytetyön tekijä on ollut aidosti kiinnostunut hankkimaan uutta tietoa opinnäytetyön aiheesta ja yrittänyt perehtyä aiheeseen ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyölle asettamien vaatimusten mukaisesti.

Vaaran eliminoimisen vaatimus edellyttää tutkijaa luopumaan sellaisesta tutkimuksesta, joka voi tuottaa vahinkoa (Pietarinen 2002, 59–69). Opinnäytetyöhön ei ole liittynyt vahinkoa aiheuttavaa toimintaa. Pietarisen (2002, 59–69) mukaan rehellisyyden vaatimus tarkoittaa, ettei tutkimukseen saa liittyä minkäänlaista vilppiä. Tämä liittyy myös tulosten julkistamisen vaatimukseen (Pietarinen 2002, 59–69). Opinnäytetyössä on pyritty tarkkaan lähdeviitetekniikkaan, jossa käytettyjen lähteiden tekijät tulevat raportissa selkeästi esille eli kunnia menee heille, joille se kuuluu. Opinnäytetyön vaiheet ja tulokset esitetään rehellisesti ja totuudenmukaisesti.

Sosiaalisen vastuun vaatimus edellyttää käyttämään tietoa oikein ja osallistumaan julkiseen keskusteluun (Pietarinen 2002, 59–69). Opinnäytetyön esittäminen tapahtuu yleisessä tilaisuudessa, jonne kaikilla asiasta kiinnostuneilla on mahdollisuus osallistua. Lisäksi kypsyyšnäytteenä toteutettavan lehtiartikkelin voidaan katsoa olevan osallistumista julkiseen keskusteluun.

Ammatinharjoittamisen edistämisen vaatimus tarkoittaa sitä, että tutkija edistää toiminnallaan tutkimuksen tekemistä. Kollegiaalisuuden vaatimukseen liittyy toisten tutkijoiden arvostaminen. (Pietarinen 2002, 59–69.) Opinnäytetyön tekijä on ollut opinnäytetyössä käytetyn lähestymistavan vuoksi kiinteästi mukana koko prosessissa. Kehittävässä työntutkimuksessa prosessin ohjaaja toimii kolmoisroolissa aktiivisena tapahtumiin puuttujana, niiden tallentajana ja erittelijänä sekä omien tekojensa ja tulkintojensa arvioijana (Engeström 2002, 126). Opinnäytetyö liittyy ”Aktivoiva fysioterapia” -hankkeeseen, jossa toisten tutkijoiden arvostaminen tapahtuu luontevasti, ollen myös edellytys koko hankkeen jouhevälle etenemiselle.

Opinnäytetyöprosessin aikana opinnäytetyön tekijä on tehnyt tiivistä yhteistyötä moniammatillisen työryhmän kanssa. Historiallista analyysiä tehtäessä opinnäytetyön tekijä kokosi yhteismuisteluista esille nousseet asiat kerronnalliseksi tekstiksi ja lähetti ne kommentoitavaksi muisteluihin osallistuneille varmistaakseen ymmärtäneensä asiat oikein. Tekstiä muokattiin saatujen palautteiden mukaan.

Moniammatillisten tapaamisten alkuvaiheessa opinnäytetyön tekijä ehdotti tapaamisten videointia, mutta tapaamiseen osallistuvat eivät kokeneet sitä mielekkääksi, joten ajatuksesta luovuttiin. Moniammatillisista tapaamisista kootut muistiot lähetettiin kaikille tapaamisiin osallistuneille, jolloin heillä oli mahdollisuus antaa palautetta ja korjata mahdollisia väärinymmärryksiä.

Moniammatillisten tapaamisten arviointivaiheessa opinnäytetyön tekijä sai osallistujilta suullisen luvan ryhmähaastattelun videointiin. Tämä osoittanee joiltain osin luottamuksen syntymistä opinnäytetyön tekijän ja työryhmän välillä. Arviointivaiheessa opinnäytetyön tekijä esitteli moniammatilliselle työryhmälle tekemiään tulkintoja aineistoista ja sai työryhmältä varmistuksen tekemilleen tulkinnoille.

Opinnäytetyön aikana videoidut aineistot ovat olleet vain opinnäytetyöntekijän käytössä, ja tämä asia on varmistettu videoiduille henkilöille. Aineistojen analysoinnin jälkeen aineistot hävitetään ja videonauhat tuhoetaan.

6 AVH-KUNTOUTUJAN MONIAMMATILLISEN KUNTOUTUKSEN JA HARJOITTELUN SUUNNITTELU

Opinnäytetyön tulokset esitellään kehittävän työntutkimuksen vaiheiden avulla. Kehittävän työntutkimuksen syklin ensimmäisessä vaiheessa kerätään konkreettista tietoa työstä (Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 4). Tähän opinnäytetyöhön liittyvä tutkimus käynnistyi oikeastaan vasta kehityssyklin toisessa vaiheessa, jonka vuoksi ns. ensimmäinen vaihe sisälsi lähinnä teoria- ja tutkimustietoon perehtymistä ja sitä kautta perustelujen löytämistä opinnäytetyön aiheelle. Ensimmäisen vaiheen tuotoksia kuvataan luvuissa 2–4.

Kehittävän työntutkimuksen syklin toinen vaihe käsittää historiallisen ja nykytoiminnan analyysin lisäksi lähikehityksen vyöhykkeen hahmottelun (Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 4). Syklin toista vaihetta kuvataan ensiksi yhteismuistelusta saatujen aineistojen pohjalta. Sen jälkeen kuvataan nykytilaa kategorioina, jotka on muodostettu moniammatilliselle työryhmälle antamani alkukyselyaineiston perusteella. Nykytilaa kuvataan myös ensimmäisten moniammatillisten työryhmätapaamisten muistioiden perusteella. Lähikehityksen vyöhykettä kuvataan tässä opinnäytetyössä syklin viidennessä vaiheessa.

6.1 Avh-kuntoutujan moniammatillisen kuntoutuksen historiallinen analyysi

Historiallisen analyysin avulla voidaan tehdä näkyväksi aiemmin käytössä olleet toimintatavat ja toimintajärjestelmän eri suuntiin vetävien osatekijöiden väliset jännitteet eli ristiriidat. Tällaiset ristiriidat ilmenevät erilaisina työntekoon liittyvinä ongelmina. (Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 4.) Tässä opinnäytetyössä historiallisen analyysin avulla kartoitettiin, miten moniammatillinen yhteistyö on ilmennyt Kruunupuistossa kuluneina vuosikymmeninä, miten avh-kuntoutujan kuntoutuksen ja harjoittelun suunnittelu on toteutettu ja mikä on ollut työnjako. Opinnäytetyön ensimmäiseen tutkimusongelmaan vastattiin siis historiallisen analyysin avulla. Analyysi toimii myös pohjana muutosinterventiolle.

Historiallisen analyysin aineistona olivat kahdesta yhteismuistelusta saadut videonauhaukset, joiden analysointi tapahtui kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän osa-

tekijöiden avulla (tekijä, välineet, kohde, säännöt, yhteisö ja työnjako) teorialähtöisesti. Lisäksi videonauhoja tukemassa oli aikajana, jota osallistujat täyttivät yhteismuistelujen aikana. Opinnäytetyössä päädyttiin kuvaamaan yhteismuistelujen antia vuosikymmenjaottelulla, koska raportissa haluttiin kuvata kuntoutuksen luonteen muuttuminen kuluneiden 40 vuoden aikana. Tähän vaikuttavia tekijöitä ovat olleet esimerkiksi maksajatahojen vaatimusten muuttuminen ja uuden tutkimustiedon saaminen ja sen hyödyntäminen. Nämä asiat ovat vaikuttaneet myös moniammatilliseen työskentelyyn.

Yhteismuistelut toteutettiin vuonna 2009 marraskuun lopussa ja joulukuun puolessa välissä. Ensimmäisessä yhteismuistelussa olivat mukana puhe- ja toimintaterapeutti, neuropsykologi, sairaanhoitaja ja perushoitaja. Toiseen yhteismuisteluun osallistui viisi fysioterapeuttia ja kaksi kuntohoitajaa. Kaikki yhteismuisteluihin osallistuneet työntekijät olivat olleet yli kymmenen vuotta Kruunupuistossa töissä.

6.1.1 Ensimmäisen ryhmän yhteismuistelun tuloksia

Kuntoutustoiminta aloitettiin nykyisessä Kruunupuistossa vuonna 1969. 1970-luvulla kuntoutujat olivat pääasiassa sotaveteraaneja ja -invalideja, mutta joukossa oli myös ns. vaikeavammaisia kuntoutujia. Näihin lukeutuivat myös aivoverenkiertohäiriöpotilaat, joita kutsuttiin tuohon aikaan ”hemeiksi”. Vaikeavammaisille soveltuvat kuntoutustilat valmistuivat vuonna 1975, ja vuonna 1977 toiminta siirtyi Kuntoutussairaalasäätiölle. 1970-luvulla kuntoutuskeskuksessa oli yksi sosiaalityöntekijä muttei muita erityistyöntekijöitä. Alkuvaiheen avh-kuntoutusta ei siis vielä tuolloin toteutettu, vaan kuntoutujilla oli jo pidempi aika sairastumisesta. Lääkäripalvelut tuotettiin ostopalveluna. Muisteluun osallistuneiden mukaan 1970-luvulla hoitotyön ei nähty olevan vielä kuntouttavaa, mutta yhteistyö hoito- ja kuntoutushenkilökunnan välillä koettiin olleen tiivistä. Kuntoutujia muun muassa ulkoilutettiin paljon yhdessä. Kuntoutusjaksot olivat pitkiä, parhaimmillaan 6–8 viikkoa.

Ensimmäiset erityistyöntekijät (puheterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi) tulivat 1980-luvun puoliväliin mennessä, ja tuolloin kuntoutuskeskus sai myös ensimmäisen neurologinsa. Samoihin aikoihin alkoi myös alkuvaiheen avh-kuntoutus. Tuolloin alettiin puhua akuuteista kuntoutujista. 1980-luvun alkupuolelta asti hoitajat on alettu nähdä kuntoutushenkilöstönä, ja tuolloin on alettu myös käyttää välineenä kuntoutta-

vaa hoitotyötä. Omahoitaja-käytäntö otettiin käyttöön 80-luvun puolivälissä, jolloin alettiin myös tilastoida käsin kuntoutujien hoitoisuusluokituksia. Yhteismuisteluun osallistuneiden kertoman perusteella hoitajilla oli aktiivinen rooli kuntoutujien terapia-aikojen ulkopuolisessa kuntoutuksessa 1980-luvun loppupuolella ja 1990-luvun alkupuolella. Tuolloin hoitajat leipoivat mm. pullaa ja torttuja kuntoutujien kanssa ja käyttivät heitä uimassa ja ulkoilemassa. 80-luvun loppupuolella terapia-altaalla ei ollut vielä kaltereita, vaan terapia-altaalla pystyi käymään vapaasti ilman valvojan läsnäoloa.

1980-luvulla kuntoutusjaksot olivat edelleen pitkiä, noin 4–6 viikkoa. Palaverikäytännöt olivat moniammatillisia, ja ne toteutettiin joko paperi- tai huonekiertoina. 80-luvun loppupuolella akuuttien ja kroonisessa vaiheessa olevien kuntoutuspalavereja järjestettiin joltain osin erikseen ja kuntoutujat olivat palavereissa mukana.

Moniammatillinen aivohalvauspotilaiden kurssimuotoinen kuntoutus käynnistyi nykyisessä Kruunupuistossa vuoden 1988 joulukuussa. Kyseessä oli Suomen ensimmäinen halvauskuntoutujille tarkoitettu sopeutumisvalmennuskurssi, johon saivat osallistua sekä oikean- että vasemmanpuoleisen halvauksen saaneet ihmiset. Aiemmin kurseja oli järjestetty muualla Suomessa erikseen afaatikoille ja lisäksi yksittäisiä kurseja myös vasemman puolen halvausoireiston sairastaneille.

Sopeutumisvalmennuskurssin kurssityöryhmään kuuluivat puhe-, toiminta- ja fysioterapeutti, hoitajia, psykologi, sosiaalityöntekijä ja lääkäri. Kurssilla tavoitteena oli tehdä mahdollisimman lähellä oikeaa elämää olevia toimintoja ja saada yksilöterapioidessa saavutetut asiat käytäntöön. Muistelijoiden mukaan ainakin joidenkin lääkäreiden oli vaikea ymmärtää tätä toiminnallisuuteen painottuvaa filosofiaa, koska laitos oli vielä tuolloin vahvasti sairaalamainen. Lääkärit eivät myöskään vielä oikein mieltäneet hoitajia kuntoutustyöntekijöiksi, hoitajien nimet esimerkiksi puuttuivat usein kuntoutusselosteeseen kirjatusta työryhmästä. Myös osalla fysioterapeutteja ja hoitajia oli haastavaa ymmärtää ideologiaa.

Toiminnalliset ryhmät olivat keskeisessä asemassa kurssiohjelmassa. Ryhmissä tehtiin yhdessä arkielämää vastaavia toimintoja, joiden seurauksena tuli konkreettinen, näkyvä ja kosketeltava tuotos kuntoutujalle, esimerkiksi saviastia. Halvauksen tuomien

toiminnanvajausten kompensointi oli toiminnassa sallittua. Pääasia oli, että kuntoutu-
jat pystyivät tekemään asioita omalla tyyllillään. Työryhmä oli tiiviisti mukana kurs-
siohjelmaan sisältyvissä ryhmissä. 1980-luvun loppupuolella kuntoutuskeskuksessa oli
useita fysiatreiksi erikoistuvia lääkäreitä, jotka olivat innokkaita osallistumaan myös
kurssiohjelmiin. Sopeutumisvalmennuskursseilla oli omat kuntoutuspalaverit joka
viikko kolmen viikon kurssin aikana. Koska kyseessä oli ensimmäinen tämänkaltainen
kurssi, Kela edellytti myös vaikuttavuuden tutkimista.

1990-luvun alkupuolella kuntoutuskeskus sai uuden neurologin ja hänen tulonsa myö-
tä alettiin koko henkilöstölle järjestää avh-koulutusta. Hänen aloitteestaan muuttuivat
myös palaverikäytännöt. Akuuttien ja kroonisen vaiheen kuntoutujien asioita alettiin
käsitellä systemaattisesti eri palaverissa. Huonekierrot jatkuivat edelleen, mutta
akuuttien asiat käsiteltiin neurologin huoneessa. Suomessa 1990-luvun alkupuolella
vallinnut taloudellinen lama vaikutti myös kuntoutukseen niin, että Kelan kustantamat
jakso lyhenivät. Tietokoneiden tultua 1990-luvun puolivälissä alettiin työajan käyttöä
seurata tarkemmin. Yhteismuisteluun osallistuneiden mukaan sopeutumisvalmennus-
kurssit tiivistivät moniammatillista yhteistyötä myös yksilökuntoutuksessa olevien
osalta. Lähinnä tämä tarkoitti konsultaatioita.

1980-luvun lopussa aloitetut avh-potilaiden sopeutumisvalmennuskurssit päättyivät
siinä muodossaan 2000-luvun alussa. 2000-luvun taitteessa Kelan standardit alkoivat
tiukentua ja antaa enemmän ulkopuolista ohjausta toiminnan suunnitteluun. Talouden
kovat lait tulivat myös kuntoutukseen 2000-luvun edetessä. Muistelussa tuli selkeästi
esille taloudellisen ajattelun ja aidosti moniammatillisen kuntoutuksen yhteensopivuus-
den pulmat. Vain taloudellista tulosta ajattelemalla ei saada aikaan tuloksia kuntoutuk-
sessa. Toisaalta ilman vahvaa taloudellista pohjaa toiminta ei ole mahdollista. Myös
Kelan standardien koettiin rajoittavan luovuuden käyttöä työnteossa ja heikentävän
yksilöllisyyden huomioimista kuntoutuksessa. Työtahdin koettiin kiristyneen 2000-
luvun puolivälin jälkeen tapahtuneiden ulkoistamisten myötä. Tiimimäistä työskente-
lyä on aloitettu 2000-luvun loppupuolella, mutta yhteismuisteluun osallistuneiden mu-
kaan sopeutumisvalmennuskurssien aikana tiimimäinen työote toteutui tehokkaammin
kuin nykyisin. Muisteluun osallistuneet kertoivat ”Kunttarin hengestä” ja toivoivat sen
kantavan jatkossakin eteenpäin.

6.1.2 Toisen ryhmän yhteismuistelun tuloksia

Tähän yhteismuisteluun osallistuneet työntekijät olivat tulleet pääosin 1980- ja 1990-luvulla Kruunupuistoon töihin. 1970-luvulla kuntoutuskeskukseen tullut kertoi lisäyksenä edelliseen muisteluun, että avh-kuntoutujien maksajatahona oli 1970-luvulla Sosiaalhallitus. Avh-kuntoutujia kutsuttiin hemeiksi ja heidän kanssaan toteutettu fysioterapia oli hemijumppaa. 1970-luvulla järjestettiin paljon toimipaikkakoulutusta. 1970-luvulta 1990-luvun loppuun asti fysioterapiassa toteutettiin Bobath-terapiaa.

1980-luvun alkupuolella kuntoutuskeskus teki sopimuksen Savonlinnan Keskussairaalan (SKS) kanssa. Alkuvaiheessa SKS:sta tulleet kuntoutujat olivat lähinnä leikkauspotilaita. 1980- ja 1990-luvun taitteessa sopimukset tehtiin myös Tampereen Yliopistollisen, Kotkan ja Päijät-Hämeen Keskussairaalan kanssa.

1990-luvun alkupuolella tulleen neurologin aloittama uusi palaverikäytäntö nähtiin tässä ryhmässä ensimmäisenä murroskohtana moniammatillisuuden näkökulmasta. Sopeutumisvalmennuskursseissa fysioterapeutilla oli muisteluun osallistuneiden mukaan toiminnallisissa ryhmissä avustajan rooli (esim. autokuski, videokuvaaja). Fysioterapeutit suunnittelivat yksilöterapioiden ja liikuntaryhmien sisällöt, mutta toiminnallisten ryhmien suunnittelussa he eivät olleet mukana. Yksilökuntoutujien kohdalla moniammatillinen yhteistyö koettiin vähäiseksi, ja lähinnä se tapahtui palavereiden ja konsultaatioiden avulla. 1990-luvun alkupuolella fysio- ja toimintaterapeutin välinen työnjako nähtiin sellaisena, että toimintaterapeutti teki lähinnä käsiharjoituksia ja fysioterapeutti liikkumiseen liittyviä harjoituksia. 1990-luvun lopulta eteenpäin toimintaterapiassa on tehty enemmän myös päivittäisten toimintojen harjoittelua.

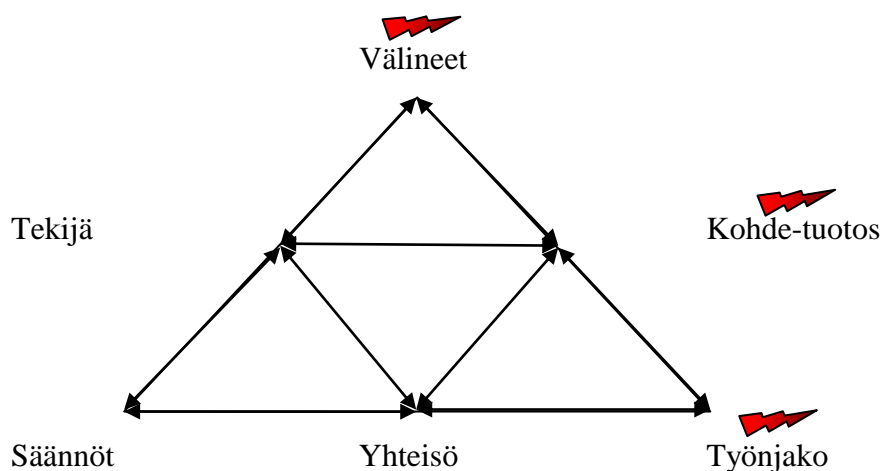
Vuonna 1998 alkanut AVH-projekti nähtiin tässä ryhmässä suurimpana murroskohtana moniammatillisen yhteistyön kannalta. Tuolloin fysioterapeutit avasivat ja tarkastelivat omaa työtään ja kehittivät työmenetelmiään. Ryhmätoimintaa lisättiin. Projektin aikana (1998–2002) kuntoutujien kognitiivisten taitojen huomiointi otettiin mukaan fysioterapiaan. Yhteisterapioita tehtiin jonkin verran sekä psykologin että toimintaterapeutin kanssa. Muisteluun osallistuneiden mukaan projektin sisäinen moniammatillinen yhteistyö tiivistä myös projektin ulkopuolella tapahtunutta yhteistyötä. 1990-

luvun lopulla maksajien vaatimukset alkoivat tulla myös työntekijöiden tietoon ja tuoloin fysioterapeutit alkoivat olla mukana lääkärin tulotarkastuksissa.

2000-luku on ollut erilaisten hankkeiden aikaa ja niiden myötä moniammatillinen yhteistyö on tiivistynyt. Muisteluun osallistuneet kokivat, että moniammatillista osaamista hyödynnetään nyt enemmän. Erityistyöntekijöiden tekemien terapioiden toteuttaminen muualla kuin työhuoneen sisällä on koettu positiivisena. 2000-luvulla henkilöstössä on tapahtunut paljon vaihdoksia. Muisteluun osallistuneet kokivat yhteistyön tekemisen helpommaksi ns. uudemman sukupolven kanssa. Myös hoitohenkilökunnan kanssa yhteistyö sujuu nykyään muistelijoiden mukaan paremmin. Yhteisterapioiden toteuttaminen on ollut vielä vähäistä.

6.1.3 Historialliset jännitteet

Vastauksena ensimmäiseen tutkimusongelmaan voidaan todeta, että etenkin yksilökuntoutujien kohdalla avh-kuntoutusta ja harjoittelua ei ole aiemmin suunniteltu moniammatillisesti. Yhteismuistelujen välillä havaittiin olevan ristiriitaa työnjaon käsittämisen, kohteen hahmottamisen ja välineiden osalta, jotka näkyvät myös kuviossa 4. Historiallinen analyysi antoi aiempien tutkimusten ohella lisää perusteita moniammatillisten työryhmätapaamisten aloittamiselle ja moniammatillisuuden tehostamisen tarpeellisuudelle. Historiallisia jännitteitä lähdetään ratkaisemaan moniammatillisten tapaamisten avulla. Seuraavassa kuvataan vielä tarkemmin yhteismuistelujen välillä vallinneita eroja.



KUVIO 4. Yhteismuisteluissa esiin tulleita ristiriitoja osatekijöiden sisällä

Käsitys työnjaosta oli yhteismuisteluryhmien välillä erilainen. Ensimmäisessä yhteismuistelussa moniammatillinen yhteistyö nähtiin pitkälti sopeutumisvalmennuskurssien kautta. Yksilökuntoutuksesta ei juurikaan puhuttu, koska moniammatillisuutta ei mielletty sen kautta. Toisessa yhteismuistelussa moniammatillisuutta kuvattiin palaverikäytäntöjen ja hankkeiden kautta. Yksilökuntoutuksen osalta yhteistyö on ollut pinnallista, ja se on perustunut lähinnä konsultointiin. Terapioita ei ole suunniteltu eikä toteutettu moniammatillisessa yhteistyössä, vaan työnjako on ollut melko tarkasti rajattu. Terapioita on toteutettu ns. rinnakkain ilman ammattirajojen ylittävää toimintaa. 1990-luvun alkupuolella moniammatillista yhteistyötä on tapahtunut palavereissa. 90-luvun puolivälissä yksittäistapauksissa on keskusteltu jonkin verran työstä ja työnjaosta. 1990-luvun lopussa ja 2000-luvun alussa on päästy hankkeiden myötä tehokkaampaan konsultointiin ja yksittäisiin yhteisterapioihin.

Yhteismuisteluissa tuli esille, että **kohde hahmotettiin** kummassakin ryhmässä eri tavalla. Toiminnallisissa ryhmissä kohteeksi ajateltiin oikeassa elämässä pärjäävä ihminen. Bobath-terapiassa toiminnan kohde oli passiivinen hoidon vastaanottaja, koska manuaalisella ohjauksella estettiin potilaan/kuntoutujan mahdollinen oma aktiivisuus. Erilaisella näkemyksellä kohteesta lienee ollut vaikutusta myös työnjakoon sopeutumisvalmennuskursseilla. Fysioterapeuteilla ei ollut varsinaista roolia toiminnallisissa ryhmissä, koska heillä ei ollut sellaisia erityisosaamisia. Mahdollisesti ideologioiden erilaisuus vaikutti siihen, ettei fysioterapeuttien panosta koettu merkitykselliseksi ryhmien suunnittelussa. 1980- ja 1990-luvulla käytetyt välineet olivat siis yhteismuisteluihin osallistuneilla täysin erilaiset ja tästä johtuen myös toiminnan kohde nähtiin erilaisena. Näillä oli vaikutusta myös työnjakoon. Toiminnan taustalla vallinneet erilaiset ideologiat estivät siis osaltaan moniammatillisen yhteistyön toteutumista.

Yhteismuisteluihin osallistuneiden työntekijöiden **käyttämien välineiden** välillä oli havaittavissa ristiriitaa. Sopeutumisvalmennuskursseissa toiminnalliset ryhmät olivat keskeisessä asemassa. Toiminnallisissa ryhmissä kuntoutujilla oli lupa tehdä asioita ”omalla tyylillään” ja käyttää ns. kompensatiokeinoja toimintojen suorittamiseen. Toisin sanoen heitä ohjattiin itsenäiseen suoriutumiseen. Fysioterapeuttien työtä 1970–1990-luvuilla ohjannut Bobath-terapia puolestaan ohjeisti mahdollisimman oikean liikesuorituksen tekemiseen ja samalla epänormaalien liikemallien estämiseen manuaalisen ohjauksen avulla.

Taulukossa 2 kuvataan vielä tiivistetysti vastaus ensimmäiseen tutkimusongelmaan.

TAULUKKO 2. Vastaus ensimmäiseen tutkimusongelmaan

Tutkimusongelma	Tulokset
1. Miten aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kuntoutus ja harjoittelu on suunniteltu aiemmin moniammatillisesta näkökulmasta?	Moniammatillista suunnittelua ei ollut. Näkemykset työnjaosta ja kohteesta olivat erilaiset, samoin käytetyt välineet.

6.2 Nykytilan analyysi

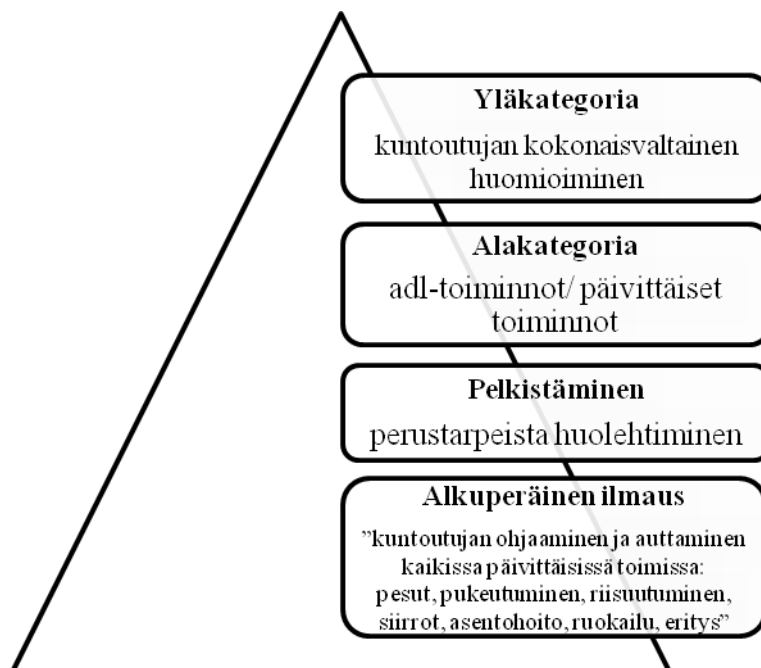
Nykytoiminnan analyysi paljastaa, miten ristiriidat esiintyvät käytännössä. Nykytoiminnan ristiriita syntyy, kun jokin toimintajärjestelmän osatekijöistä, esimerkiksi työn kohde, on muuttunut tai kehittynyt muiden edelle. Tällöin jotkut toiset osatekijät, esimerkiksi välineet, eivät enää sovi yhteen sen kanssa. (Engeström 2002, 139–140; Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 4.) Vastaan toiseen tutkimusongelmaan nykytilan analyysin avulla, jolla selvitin moniammatillisen kuntoutuksen ja harjoittelun suunnittelun nykytilaa Kruunupuistossa. Aineistona käytin moniammatilliselle työryhmälle antamaani alkukyselyä mielikuvista moniammatillisen työryhmän jäsenten työstä. Lisäksi aineistona olivat myös aivan ensimmäiset moniammatillisen työryhmätapaamisen muistiot. Alkukyselyistä saadun aineiston analysointi on tapahtunut induktiivisella sisällönanalyysillä. Muistioiden analysointi on tehty teorialähtöisesti.

6.2.1 Moniammatillisen kuntoutuksen nykytila alkukyselyjen perusteella

Ennen muutosintervention alkamista annoin moniammatillisen työryhmän jäsenille täytettäväksi alkukyselyn, johon pyysin kirjaamaan mielikuvia ja näkemyksiä moniammatillisen työryhmän jäsenten työstä aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kanssa. Alkukysely on opinnäytetyön liitteenä (liite 3). Myös alkukyselyistä tehty yhteenveto on kokonaisuudessaan opinnäytetyön liitteenä (liite 4). Yhdeksän työryhmään kuuluvaa jäsentä vastasi kyselyyn. Seuraavassa kuvataan, miten eri ammattiryhmien työnkuva hahmotettiin.

Alkukyselyihin vastanneilla eri ammattiryhmien edustajilla oli hyvin samansuuntainen ja perinteinen näkemys eri ammattiryhmien työstä. Kaikille ammattiryhmille yhteisiä kategorioita oli myös useita. Näitä olivat kuntoutujan tukeminen, kuntoutujan omaisuuden harjoittelun ja vapaa-ajan aktiivisuuden tukeminen, omaisten ohjaus ja moniammatillinen tiimityö.

Yhteisten kategorioiden lisäksi kullekin ammattiryhmälle hahmottui myös heille uniikit työtehtävät. Hoitajalla nämä tehtävät jäsenyivät kolmen kategorian alle. Kategorioina olivat kuntoutujan laitospäätyä tuloon, kotiutumiseen ja jatkohoitopaikkaan siirtymiseen liittyvät toimenpiteet, kuntoutujan kokonaisvaltainen huomioiminen (perustarpeet, lääkkeet, toimintakyky jne.) ja terveystieteiden kasvatusta. Kuntoutujan kokonaisvaltaisen huomioimisen alle jäivät alakategorioiksi adl-toiminnoissa/päivittäisissä toiminnoissa avustaminen ja ohjaaminen, adl-toiminnoista/päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arviointi, kuntouttava hoitotyö ja lääkehoito (kuvio 5).



KUVIO 5. Esimerkki kategorioiden muodostumisesta

Neuropsykologin ja psykologin työnkuva jäsenyivät neljän teeman alle. Teemoiksi valikoituivat kuntoutujan tutkiminen, neuropsykologinen kuntoutus, tiedon jakaminen sekä kuntoutujan kotiutumiseen ja jatkokuntoutukseen liittyvät asiat.

Toimintaterapeutin työnkuva puolestaan nähtiin jakautuvan viiden eri teeman alle. Näitä olivat kuntoutujan tutkiminen, terapia, apuvälineet, tiedon jakaminen, kuntoutujan kotiutumiseen ja jatkokuntoutukseen liittyvät asiat. Terapian alle alakategorioiksi jäsenyivät päivittäisten toimintojen ohjaaminen, käsien harjoittaminen, toiminnan arviointi, kotikäynnit ja neuropsykologisten oireiden ja kielellisten toimintojen havainnointi ja kuntoutus.

Fysioterapeutin työnkuvaa kuvattiin seuraavilla teemoilla: kuntoutujan tutkiminen, terapia, apuvälineet sekä kuntoutujan kotiutumiseen ja jatkokuntoutukseen liittyvät asiat. Fysioterapeutin työnkuvassa terapian alle alakategorioiksi hahmottuivat terapian suunnittelu, fysioterapian sisältö, ryhmät ja kotikäynnit.

Puheterapeutin työ jäsennettiin neljän teeman alle, joita olivat kuntoutujan tutkiminen, terapia, tiedon jakaminen, kuntoutujan kotiutumiseen ja jatkokuntoutukseen liittyvät asiat. Terapian alle alakategorioiksi jäivät nieleminen, kommunikaatiokuntoutus, vaihtoehtoiset kommunikaatiotavat ja neuropsykologisten oireiden kuntoutus.

6.2.2 Nykytila ensimmäisten muistioiden näkökulmasta

Moniammatilliset työryhmätapaamiset koeryhmän kuntoutujien kohdalla aloitettiin 29.10.2008. Nykytilan analyysin aineistona käytettiin kuudesta ensimmäisestä tapaamisesta koottua muistiota. Rajaus on tehty vuoden 2008 puolella pidettyihin tapaamisiin, joiden aikana ehti olla kolme koeryhmäläistä kolmen viikon perusjaksolla. Mielestäni näillä lukumäärillä pystyttiin tavoittamaan moniammatillisen kuntoutuksen ja harjoittelun suunnittelun nykytila tapaamisten näkökulmasta.

Aineiston analysointi tapahtui lukemalla näitä kuutta muistiota aktiivisesti useaan kertaan. Aineistosta haettiin vastausta kysymykseen: ”Miten aivoverenkiertohäiriökuntoutujan moniammatillinen kuntoutus ja harjoittelu suunnitellaan tällä hetkellä?” Analysoinnin teoriapohjana käytettiin Isoherrasen (2008, 39) kuvaamaa taulukkoa moniammatillisen yhteistyön eriasteisista muodoista. Muistioissa oli nähtävissä viisi eri teemaa. Ne olivat terapiassa ja hoitotoimenpiteiden yhteydessä tehtyjen havaintojen ja terapian/hoidon sisällön kuvaaminen, työnjaosta ja yhteisistä toimintatavoista sopiminen, kuntoutujan asioista ja kuntoutuksesta keskusteleminen, eri ammattiryhmien an-

tama ohjeistus ja harjoitusehdotukset muille ammattiryhmille sekä yhteiseen terapian suunnitteluun ja toteutukseen orientoituminen. Muistioista nousivat esille mm. seuraavat sanat: kertoi, toi esille, sovittiin, keskusteltiin, ehdotti ja suositteli.

Moniammatillisen yhteistyön muotoja ajatellessa edellä kuvatut asiat viittaavat multi-professional- ja interprofessional-työskentelyyn (vrt. Isoherranen 2008, 38–41). Näitä työskentelytapoja kuvaa muistioissa se, että tapaamisissa sovitaan ja keskustellaan erilaisista asioista ja toimintatavoista yhteisesti sovittuna aikana ja sovitussa paikassa. Eri ammattiryhmät tuovat tietonsa ja osaamisensa työryhmän käyttöön, mutta asioiden tarkempi prosessointi ja yhteisen käsityksen luominen jäävät vähäisempään rooliin. Muistioista on nähtävissä myös alkuja transprofessional-työskentelyn käynnistymiselle eri ammattiryhmien toisilleen antamien ohjeistusten ja orastavan yhteisen harjoitteiden suunnittelun muodossa.

6.2.3 Yhteenveto ja tulkinta

Moniammatillisen yhteistyön eri asteita mietittäessä voidaan ajatella moniammatillisuuden nykytilan vastaavan alkukyselyjen perusteella lähinnä eri ammattiryhmien rinnakkain työskentelyä, jossa ammattirajojen sisälle kuuluvat asiat ovat selkeästi muotoutuneet historian kuluessa, eikä niitä juurikaan kyseenalaisteta. Eri ammattiryhmät toimivat kuntoutujan kanssa omasta ammatillisesta viitekehiksestään käsin ja mahdollisesti erilaisin tavoittein (Isoherranen 2008, 33). Moniammatillinen työskentely koettiin kuuluvan jokaisen ammattiryhmän työnkuvaan, joten siltä osin muutosinterventiolle oli olemassa hyvä perusta.

Kuten jo edellä kuvattiin, muistioista oli nähtävissä, että tapaamisissa pyrittiin tiedon jakamiseen ja työnjaosta sopimiseen. Eri ammattiryhmien antamat ohjeistukset muille työryhmän jäsenille ja ehdotukset terapian sisältöön liitettävistä asioista tapahtuivat kohteliaasti ja ammattirajoja kunnioittaen. Työskentelytapa muistuttaa multi- ja interprofessional-työskentelyä (Isoherranen 2008, 37–39). Muistioista oli nähtävissä myös ns. ituja yhteisen terapian suunnittelusta ja toteutuksesta. Muistioista saatu kuva moniammatillisen kuntoutuksen ja harjoittelun nykytilasta on yhteneväinen alkukyselystä saatujen tulosten kanssa.

Nykytilan analyysissä käytettyjen aineistojen analysoinnin perusteella moniammatillisen työskentelyn kehittämiseksi oli selkeä tarve pyrittäessä tiiviimpään yhteistyöhön ja avh-kuntoutuksen tehostamiseen. Aineistoista saadun tiedon lisäksi myös ”Aktivoiva fysioterapia” -hankkeen toiminta-alueella (Kymenlaakson ja Itä-Savon sairaanhoitopiirien alueella) vallitseva heikohko erityisterapioiden saatavuus puolsi moniammatillisen kuntoutuksen tehostamisen tarvetta.

Erityisterapioita (puhe- ja toimintaterapia, neuropsykologinen kuntoutus) aikuisneurologisten kuntoutujien kanssa tekevien työntekijöiden määrä Itä-Savon ja Kymenlaakson sairaanhoitopiireissä on pieni. Erityisterapioiden saatavuudessa ei ole tapahtunut muutoksia kuluneen kahden vuoden aikana, joten seuraavassa kuvataan syksyllä 2010 vallitsevaa tilannetta aikuisneurologisten kuntoutujien palvelujen saannin näkökulmasta. Savonlinnan keskussairaalassa toimii yksi puheterapeutti neurologisella osastolla (Herttuainen 2010). Toimintaterapeutteja keskussairaalan aikuisneurologisella puolella ei käytännössä ole, eikä myöskään neuropsykologia (Niemi 2010). Neuropsykologin palvelut tuotetaan alueen ainoan neuropsykologin konsultaatioina. Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella Kelalla on voimassa oleva avokuntoutussopimus yhden palveluntuottajan kanssa, joka tarjoaa toiminta- ja puheterapiaa sekä neuropsykologista kuntoutusta aikuisneurologisille kuntoutujille. (Liimatta 2010.)

Kymenlaaksossa erityisterapioiden saatavuus on myös huono. Kymenlaakson keskussairaalassa aikuisneurologian puolella työskentelee yksi puheterapeutti, yksi toimintaterapeutti ja yksi neuropsykologi. Kuusankosken aluesairaalassa on yksi puheterapeutti ja Kouvolan terveyskeskuksessa yksi toimintaterapeutti. Kouvolan alueella neuropsykologista kuntoutusta ei ole saatavilla julkisella puolella kuin kehitysvammaisille. Yksityisellä puolella Kymenlaaksossa aikuisneurologisten kuntoutujien kanssa työskentelee yksi–kaksi toimintaterapeuttia ja yksi puheterapeutti. Neuropsykologista kuntoutusta on saatavilla vain yhden henkilön toimesta noin 1–2 terapiakertaa kuussa. (Gustafsson 2010.)

Kelan www-sivuilta löytyneen tiedon mukaan Kelalla oli vuoden 2010 alkupuolella sopimukset kuuden puheterapiaa ja seitsemän toimintaterapiaa tuottavan palveluntuottajan kanssa Kymenlaakson alueella. Neuropsykologista kuntoutusta tarjoavia palveluntuottajia ei ollut yhtäkään. (Kela 2010.) Näistä lukumääristä ei selvinnyt, kuinka

moni yllä mainituista erityistyöntekijöistä toimii aikuisneurologisella puolella. Vertaamalla Kelan www-sivuilta löytynyttä tietoa Gustafssonin (2010) keräämään yhteen-
vetoon voidaan päätellä, että erityisterapioiden saatavuus aikuisneurologisella puolella on heikko.

Opinnäytetyöni muutosinterventiossa erityisterapioiden heikon saatavuuden asettamaan haasteeseen pyrittiin vastaamaan osaltaan moniammatillisten työryhmätapaamisten avulla. Tapaamisten yhteydessä pyrittiin muodostamaan moniammatillisessa yhteistyössä mahdollisimman hyvä kuva kuntoutujan kokonaistilanteesta ja suunnittelemaan sen myötä juuri kyseiselle kuntoutujalle sopivia, hänen yksilölliset resurssinsa huomioon ottavia harjoitteita, joiden voidaan olettaa tuottavan kuntoutujalle parempaa kotona selviytymistä. Moniammatillisesti suunnitelluissa harjoitteissa yhdistyvät samanaikaisesti niin fyysiset kuin kognitiivisetkin harjoitukset.

Taulukossa 3 kuvataan tiivistetysti vastaus toiseen tutkimusongelmaan.

TAULUKKO 3. Vastaus toiseen tutkimusongelmaan

Tutkimusongelma	Tulokset
2. Miten aivoverenkiertohäiriökuntoutujan moniammatillinen kuntoutus ja harjoittelu suunnitellaan tällä hetkellä?	Ammattiryhmien edustajilla samansuuntainen näkemys eri ammattiryhmien työstä. Rinnakkain työskentelyä (multiprofessional + interprofessional), viitteitä orastavasta trans-professional-työskentelystä.

7 MUUTOSINTERVENTION KUVAUS

Syklin kolmannessa vaiheessa uuden toimintamallin suunnittelu tapahtuu usein ajatuskokeiden sarjana, joiden pohjana käytetään tarjolla olevia esimerkkejä tai ehdotuksia vaihtoehtoisista tavoista järjestää kyseinen toiminta. Uuden toimintamallin muodostuminen tapahtuu erilaisia esimerkkejä ja ehdotuksia vertailemalla ja yhdistelemällä sekä niiden heikkouksia ja vahvuuksia tunnistamalla ja arvioimalla. Strategisten avaintehtävien ja -välineiden simulointia ja kokeilua voidaan käyttää uuden toimintamallin hahmottelussa. (Engeström 2002, 146–147; Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 4–5.)

7.1 Moniammatillisten työryhmätapaamisten suunnittelu

Uuden toimintamallin suunnittelu tapahtui ”Aktivoiva fysioterapia aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen kuntoutuksessa – kuntoutumisen seurantatutkimus” - tutkimushankkeeseen liittyvässä koulutuksessa, jossa nousi esille tarve järjestää moniammatillisia työryhmätapaamisia viikoittaisten kuntoutusneuvotteluiden lisäksi. Koulutuksessa todettiin, että kuntoutusneuvotteluissa ei ole riittävästi aikaa kuntoutujien moniammatilliseen harjoittelun suunnitteluun.

Syksyllä 2008 pidettyjen koulutustilaisuuksien myötä päädyttiin moniammatillisten työryhmätapaamisten järjestämiseen viikoittain koeryhmän kuntoutujille silloin, kun koeryhmäläisiä on perusjaksolla. Moniammatillisten työryhmätapaamisten koordinointi ja ”ideariihien” tuotosten tallentaminen sovittiin minun osa-alueekseni. Näin sain liitettyä opinnäytetyöhöni koulutusohjelmani mukaisen johtamisen näkökulman. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että ensimmäiseksi selvitin parhaan mahdollisen tapaamisajankohdan moniammatilliselle tapaamiselle. Päiväksi valikoitui keskiviikko, ajankohdaksi klo 15 ja paikaksi toimintaterapia. Ensimmäinen työryhmätapaaminen järjestettiin 29.10.08. Siitä lähtien moniammatillinen työryhmä on kokoontunut viikoittain, kun koeryhmäläisiä on ollut kolmen viikon perusjaksolla.

Oma roolini työryhmätapaamisissa on ollut toimia tapaamisten ohjaajana. Ennen kuin työryhmätapaamiset alkoivat, kartoitin sopivan ajankohdan tapaamiselle, varasin tilan ja tein tarvittavat varaukset myös ajanvarausohjelmaamme.

7.2 Moniammatilliset työryhmätapaamiset eli uuden toimintamallin kokeilu

Syklin neljännessä vaiheessa eli uuden toimintamallin käyttöönottovaiheessa uutta toimintatapaa kokeillaan työssä konkreettisesti. Uudella toimintamallilla on mahdollisuus vastata toiminnan uusiin vaatimuksiin, mutta samalla se tarkoittaa vanhasta ja tutusta toimintatavasta luopumista ja tämä voi aiheuttaa uuden ja vanhan toimintamallin välisiä törmäyksiä. Jos nämä ristiriidat pystytään ratkaisemaan, uusi malli muuttuu uudeksi käytännöksi. Uuden toimintamallin käyttöönottovaiheessa uuden ja vanhan mallin törmäämisistä syntyy häiriöitä ja innovaatioita, jotka ovat tutkimuksellisesti kiinnostavia. Interventioiden avulla voidaan seurata uuden mallin muuntumista. Toi-

nen kiinnostava kohde tutkimuksen näkökulmasta on seurata uudesta mallista lähteviä ”rönsyjä”. (Engeström 2002, 149; Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 5.)

Uutena toimintatapana aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kuntoutuksen ja harjoittelun suunnittelussa alettiin käyttää moniammatillisia työryhmätapaamisia, joiden tavoitteena oli tuottaa moniammatillisesti suunniteltuja tehtäviä ja harjoituksia sekä kuntoutusjakson ajalle ohjattuihin ja omatoimisiin harjoitteluihin että kotiharjoitteluun. Kaikki tämä tähtäsi siihen, että kuntoutuja selviytyisi sairastumisensa jälkeen kotona mahdollisimman hyvin. Moniammatillisen työryhmän tapaamisista laadittiin muistiot, jotka jaettiin kaikille tapaamiseen osallistuneille.

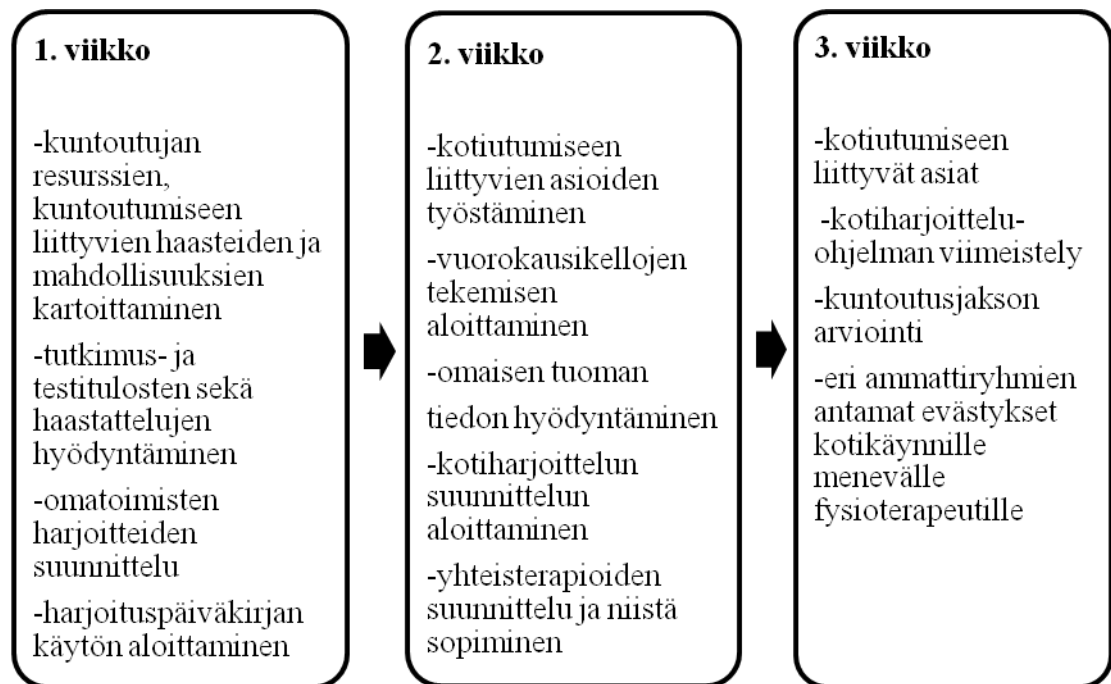
Koeryhmän kuntoutujien kohdalla järjestetään kolmen viikon perusjakson aikana viikoittain erilliset moniammatilliset työryhmätapaamiset normaalikäytäntöön kuuluvien kuntoutusneuvotteluiden lisäksi (kuvio 6). Nämä moniammatilliset työryhmätapaamiset otettiin kokeilukäyttöön, jotta moniammatillisuutta voitaisiin hyödyntää tehokkaammin aivoverenkiertohäiriökuntoutujien kuntoutuksessa. Normaalikäytännön mukaisissa kuntoutusneuvotteluissa on yleensä paljon kuntoutujia käsiteltävänä, jolloin moniammatillisuus tarkoittaa lähinnä eri ammattiryhmien tuomaa informaatiota omalta alueeltaan muiden käyttöön. Ns. ammattirajoja ylittävää toimintaa ei noissa tapaamisissa juurikaan tule esiin. Moniammatilliseen työryhmätapaamiseen osallistuvat koeryhmän kuntoutujan fysio-, toiminta- ja puheterapeutti, kuntoutuspsykologi, sairaanhoitaja/perushoitaja, intervention ohjaaja eli opinnäytetyön tekijä ja ajoittain myös tutkimushankkeen tutkija.

Moniammatillisen työryhmän **ensimmäisen viikon tapaamisen** tavoitteena on kartoittaa koeryhmän kuntoutujan resursseja, kuntoutumiseen liittyviä haasteita ja mahdollisuuksia, joiden pohjalta harjoittelua lähdetään suunnittelemaan. Tässä yhteydessä hyödynnetään eri ammattiryhmien kuntoutujalle tekemiä tutkimuksia, haastatteluja ja testejä (esim. neuropsykologiset testit, PCBS-testi). Niiden avulla saadaan tietoa esimerkiksi kuntoutujan neuropsykologisista häiriöistä ja mielenkiinnon kohteista, jotka on tärkeää ottaa huomioon harjoittelun suunnittelussa harjoittelun vaikeustason ja harjoittelumotivaation kannalta. Samalla mietitään kuntoutujan omatoimiseen harjoitteluun liittyviä asioita: mitä ja miten kuntoutuja pystyy harjoittelemaan omatoimises-

ti/hoitajan ohjauksessa ja miten harjoittelua seurataan. Harjoituspäiväkirjan käyttö pyritään aloittamaan heti jakson alussa.

Toisen viikon tapaamisen tavoitteena on alkaa työstää kuntoutujan kotiutumiseen liittyviä asioita. Toimintaterapeutti pyrkii aloittamaan vuorokausikellojen tekemisen yhdessä kuntoutujan kanssa toisen kuntoutusviikon aikana. Tarkoituksena on tehdä vuorokausikello ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen. Vuorokausikellon tarkoituksena on saada normaali päivärytmi säilymään myös kotiutumisen jälkeen. Työryhmätapaamisen aikana toimintaterapeutti tuo esille, miten kuntoutuja on hahmotellut vuorokausikellojaan. Vuorokausikello kiertää jokaisen työryhmän jäsenen luona jäljellä olevan kuntoutusjakson aikana, jolloin kuntoutujan kanssa yhdessä suunnitellaan harjoitteluajat kotiin. Toisella kuntoutusviikolla kuntoutujan omainen osallistuu 3 vrk:n jaksolle, joten tuolloin työryhmätapaamisessa on mahdollisuus hyödyntää myös omaisen tuomaa tietoa kotioloista ja harjoittelumahdollisuuksista siellä. Kotiharjoittelun moniammatillinen suunnittelu aloitetaan ja yhteisterapioista sovitaan viimeistään toisen viikon tapaamisessa.

Kolmannen viikon tapaamisessa käsitellään kotiutumiseen liittyvät asiat ja viimeistellään kotiharjoitteluohjelma. Samalla arvioidaan myös kuntoutusjakson etenemistä ja kuntoutusjaksolla saavutettua edistymistä. Eri ammattiryhmien edustajat antavat evästyksensä kotikäynnille menevälle fysioterapeutille.



KUVIO 6. Uusi toimintamalli

Oma roolini työryhmätapaamisissa on ollut toimia lähinnä keskustelun ohjaajana ja muistioiden tallentajana. Tapaamisista kootut muistiot jaettiin kaikille tapaamiseen osallistuneille ennen seuraavan viikon tapaamista. Kotikäynnille menevät fysioterapeutit veivät muistiot mukanaan kotikäyntejä jatkavalle fysioterapeutille, jolloin hän sai käsityksen kuntoutusprosessin alkuvaiheesta. Edellä mainittujen tehtävien lisäksi olen ollut mukana työryhmätyöskentelyssä myös oman ammattini edustajana, koska toimin itsekin koeryhmäläisten terapeuttina.

8 MONIAMMATILLISESSA TYÖSKENTELYSSÄ TAPAHTUNEET MUUTOKSET

Syklin viidennessä ja viimeisessä vaiheessa uutta vakiintunutta toimintaa arvioidaan. Arvioinnilla on kolme tehtävää. Ensinnäkin arvioidaan, kuinka uusi toimintatapa on ratkaissut aiemman toiminnan ristiriidat. Arvioinnissa käytetään samantyyppisiä aineistoja ja analyysimenetelmiä kuin syklin kahdessa ensimmäisessä vaiheessa (esim. haastattelut, videoinnit). Toiseksi tarkastellaan, kuinka kuvattu lähikehityksen vyöhyke ja uusi toimintamalli ovat toteutuneet ja kuinka niitä tulisi tarkistaa. Näiden arvioinnissa vertaillaan laadittua uutta mallia ja sen toteutumista käytännössä. Kolmanneksi arvioidaan itse kehittämisprosessia, sykliä ja siihen liittyvien interventioiden läpivientiä. Tutkijan oma toiminta syklin aikana tulee nyt arvioida tarkasti, ja arvioin-

tiin on hyvä ottaa toimijat mukaan. (Engeström 2002, 149–154; Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 5.)

Vastataan kolmanteen tutkimusongelmaan eli kysymykseen ”Miten aivoverenkiertohäiriökuntoutujan harjoittelun suunnittelu kehittyi moniammatillisen intervention kuluessa?” ekspansiivisen oppimissyklin arviointivaiheella. Työryhmätapaamisten muistiot, kenttämuistiinpanot, toistettu alkukysely ja moniammatillisen työryhmän videoitu arviointipalaveri toimivat aineistona. Arviointivaiheessa arvioidaan moniammatillisen harjoittelun suunnittelun kehittymistä muutosintervention aikana. Lisäksi kuvataan työryhmäläisten kokemuksia ja prosessin aikana tapahtunutta oppimista. Aivan lopuksi hahmotellaan lähikehityksen vyöhykettä. Aineiston analysoinnissa on käytetty sovelletusti teorialähtöistä sisällönanalyysiä.

8.1 Työryhmätyöskentelyssä tapahtuneet muutokset

Työryhmätapaamisissa kirjattuja muistioita analysoimalla voitiin nähdä aivoverenkiertohäiriökuntoutujan harjoittelun suunnittelussa tapahtuneen kehitystä moniammatillisen intervention kuluessa. Aineiston analysoinnissa on käytetty sovelletusti teorialähtöistä sisällönanalyysiä, jossa teoriana on hyödynnetty Isoherrasen (2008, 38–41) kuvaamia moniammatillisen yhteistyön tasoja. Harjoittelun suunnittelussa tapahtunutta kehitystä pyritään havainnollistamaan intervention alku-, keski- ja loppuvaiheen muistioista kerättyjen suorien lainausten avulla.

Kuten jo nykytilan analyysissä kuvattiin, alkuvaiheen muistioissa moniammatillinen yhteistyö näyttäytyi multiprofessional- ja interprofessional-työskentelynä (vrt. Isoherrasen 2008, 37–39). Alkuvaiheen tapaamisten muistioista nähdään, että tapaamisten pääpaino oli kuntoutujan asioista ja kuntoutuksesta keskustelemisessä sekä erilaisista asioista ja työnjaosta sopimisessa.

”Keskusteltiin, kuinka kuntoutujan perehtymistä taloon ja turvallisuuden tunnetta ympäristön suhteen voisi tehostaa. Kokeillaan huoneen oveen tunnistetta ja harjoitellaan kuntoutujan kanssa muistisääntöjä, käytetään aluksi samaa reittiä, hissiä jne., että paikat tulevat tutuiksi.”

”Hoitajat laativat yhdessä kuntoutujien kanssa päivä/viikko-ohjelman, jota aletaan mahdollistamaan erityistyöntekijöiden avulla... Fysioterapeutti lupasi toimittaa kotoaan kyseistä musiikkia.”

Edellä mainittujen asioiden lisäksi tuotiin esille eri ammattiryhmien tekemiä havaintoja ja kuntoutujan toiminnasta ja kerrottiin, mitä eri terapioissa oli tehty.

”Hoitaja toi esille, että kuntoutujan on ollut ajoittain vaikea hahmottaa, miten päivä on mennyt. Lisäksi toimintaterapeutti toi esille, ettei kuntoutuja oikein osaa ottaa ympäristön vihjeitä huomioon ja eksyy edelleen tiloissa.”

”Fysioterapiassa on harjoiteltu sauvakävelyä ja se alkanut onnistua... Toimintaterapeutin kanssa kuntoutuja on suunnitellut vuorokausikelloa.”

Muistioista oli nähtävissä myös alkuja transprofessional-työskentelyn käynnistymiselle eri ammattiryhmien toisilleen antamien ohjeistusten ja orastavan yhteisen harjoitteiden suunnittelun muodossa (vrt. Isoherranen 2008, 38).

”Toimintaterapeutti ehdotti jatkossa kaksikätisten toimintojen harjoittelun liittämistä fysioterapian harjoitteisiin. Puheterapeutti puolestaan suositteli värien hyödyntämistä jatkossakin fysioterapian sisällä.”

”Toiminnanohjauksen näkökulmasta suunniteltiin seuraavaa: toimintaterapiassa suunnitellaan kauppalista aamupalan tekoa varten. Hoitaja käy kuntoutujan kanssa kaupassa ostamassa tarvikkeet ja seuraavana aamuna kuntoutuja tekee aamupalan toimintaterapiassa.”

Intervention keskivaiheilla harjoittelun suunnittelussa päästiin vielä paremmin käytännön tasolle. Isoherrasen (2008, 38–39) kuvaama transprofessional-työskentelytapa alkoi näyttäytyä niin ikään paremmin.

”Työryhmätapaamisen aikana suunniteltiin moniammatillisesti harjoitteita, joita kuntoutuja voisi jatkaa kuntoutusosastolla. Seuraavassa harjoite-ehdotuksia: esim. pyykin ripustaminen narulle pyykkipojilla, pyykkikori lattialla vasemmalla puolella.”

Moniammatillinen yhteistyö edellyttää onnistuakseen yhteistä kieltä ja käsitteitä (Isoherranen 2008, 42). Jotta tämä mahdollistuisi entistä paremmin, pyrittiin intervention aikana järjestämään tilanteita yhteisen kielen ja käsitteiden opettelua varten.

”Tapaamisen aikana keskusteltiin myös eri työryhmän jäsenten osallistumisesta fysioterapiatilanteisiin ja yhteisterapioiden järjestämisestä. Harjoitteiden yhteinen suunnittelu on helpompaa, kun tietää paremmin, mitä ja miten esim. fysioterapiatilanteissa harjoitellaan.”

Transprofessional-työskentelyssä eri ammattiryhmien edustajat voivat antaa toisilleen ohjeita ja opastusta siinä, kuinka toimintakyvyn eri osa-alueilla olevia häiriöitä voidaan eri terapiatilanteiden ja hoitotoimenpiteiden yhteydessä kuntouttaa (Isoherranen 2008, 38).

”Päivittäisissä toiminnoissa kuntoutujaa ohjataan aloittamaan esim. pukeutuminen vasemmalta puolelta. Sauvakävelyharjoitteluun yhdistetään vasemman puolen hahmottamisharjoitteet vielä tehokkaammin eli lenkille otetaan lista asioista, jotka täytyy löytää vasemmalta puolelta (eri puulajit, liikennemerkki, katuvalo ym.).”

Intervention loppuvaiheessa moniammatillisen työryhmän työskentely alkoi vastata muistioiden perusteella transprofessional-periaatteella työskentelevää työryhmää (vrt. Isoherranen 2008, 39). Yhteisen kielen löytämisen avulla oli mahdollista jakaa tietoa ymmärrettävästi. Ammatillisissa rajoissa tapahtui väljentyistä intervention aikana, ja loppuvaiheessa uskaltauduttiin jo osin heittäytyä asiantuntijaroolin ohella myös oppijan rooliin. Hyvä esimerkki asiantuntija- ja oppijaroolin yhdistämisestä olivat yhteisterapiat. Yhteisterapioissa kaikki osapuolet, niin kuntoutuja kuin työntekijätkin, oppivat varmasti. Yhdessä suunnitellut ja toteutetut terapiat antavat myös lisävalmiuksia jatkoharjoittelun suunnittelulle.

”Fysioterapeutti ja psykologi suunnittelivat seuraavan tehtävän perjantain yhteisterapiaa varten: nopan heitto $x 2 \Rightarrow$ yhteenlaskettu summa, noppa määrää lukumäärät ja väripallot kertovat, minkä värisiä hernepusseja lattialta kerätään \Rightarrow hernepussien

kerääminen lattialta värien ja lukumäärien mukaan => vieni oikean värisiin koreihin punaiselta matolta.”

”Yhteisterapiassa näkyi selvästi, kuinka kuntoutujan työmuisti kuormittui tehtävässä, jossa hänen piti muistaa useampia asioita suoriutuakseen tehtävästä. Kotioloissa työmuistin harjoittelua voisi toteuttaa esimerkiksi kaupassa käydessä seuraavasti...”

Muutosinterventiossa paneuduttiin harjoitteiden suunnitteluun, mutta siitä ei tehty kuitenkaan itsetarkoitusta. Yksilöllisyys huomioitiin kaikkien kuntoutujien yhteydessä.

”Varsinaisiin yhdessä suunniteltuihin harjoituksiin kuntoutujalla ei nähty olevan tarvetta, vaan palaaminen mahdollisuuksien mukaan ennen sairastumista tehtiin toimintoihin lienee parasta ja mielekkäintä harjoitusta hänen kohdallaan.”

Kenttämuistiinpanojen osuus arviointivaiheen aineistossa on varsin pieni. Muistiinpanot perustuvat opinnäytetyön tekijän tekemiin havaintoihin opinnäytetyöprosessin aikana. Muistiinpanoista voidaan havaita neljä eri vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa, joka kesti arviolta noin kaksi–kolme kuukautta työryhmätapaamisten alusta lukien, työryhmän jäsenet jakoivat tietoaan omasta ammatillisesta viitekehksestään käsin. Tämä tarkoitti sitä, että eri ammattiryhmien edustajat toivat omissa tutkimuksissaan, testeissään, haastatteluissaan ja terapioissaan havaitsemansa asiat työryhmän käyttöön. Tämän jälkeen kukin ammattiryhmä poimi niistä omassa työssään tarvittavat ja hyödynnettävät tiedot omaan käyttöönsä. Tämä vaihe muistutti perinteistä palaverikäytäntää.

Toisessa vaiheessa eri ammattiryhmien edustajat alkoivat kysyä aktiivisemmin omaaloitteisesti vinkkejä ja neuvoja kuntoutujan terapiaan muilta ammattiryhmien jäseniltä. Tämä vaihe kesti myös kahdesta kolmeen kuukauteen. Kolmannessa vaiheessa työryhmä alkoi suunnitella yhdessä harjoitteita kuntoutujille niin omatoimisiin harjoitteluihin, terapian sisällöksi kuin kotiharjoitteluakin varten. Yhdessä suunniteltuihin harjoitteisiin pyrittiin yhdistämään jokaisen ammattiryhmän osaaminen yhden harjoitteen sisälle, joten niistä tuli konkreettisesti moniammatillisesti suunniteltuja. Viimeisessä vaiheessa päästiin kokeilemaan yhdessä suunniteltuja harjoitteita myös yhteisterapiana. Yhteisterapioita ei ehtinyt olla kuin muutama muutosintervention aikana, mutta jo

ne osoittivat, kuinka tarpeellisia yhdessä toteutetut terapiat ovat niin kuntoutujien kuin työntekijöidenkin oppimisen kannalta.

Arviointivaiheessa **toistettuun alkukyselyyn** vastasi kuusi työryhmään kuuluvaa työntekijää. Toistettujen alkukyselyjen analysoinnissa käytettiin nykytilan analyysi -vaiheessa koottua teemarunkoa. Toisten työryhmän jäsenten työnkuvan hahmottamisessa ei ollut tapahtunut muutoksia prosessin aikana, vaan samat teemat toistuivat jokaisen ammattiryhmän kohdalla myös arviointivaiheen kyselyssä.

8.2 Työryhmäläisten kokemuksia

Videoituun ryhmähaastatteluun osallistui kuuden moniammatillisen työryhmän jäsenen lisäksi ”Aktivoiva fysioterapia” -hankkeen tutkija, koska hän oli myös ollut osittain prosessissa mukana. Haastattelun tuloksia kuvataan tekstin lisäksi videolta poimitujen suorien lainausten avulla. Ryhmähaastattelussa arvioitiin ensimmäiseksi moniammatillisten tapaamisten vuoden ajan kestänyttä sykliä. Haastattelussa todettiin yksimielisesti, että syklin alussa tapaamiset vastasivat lähinnä normaalikäytäntöön kuuluvia kuntoutusneuvotteluja.

”Aluksi se oli tosissaan kuntoutuspalaverimuotoinen.”

”Toistettiin iltapäivällä aamun asiat.”

Alkuvaiheessa toisten työn sisältö ei ollut vielä selvä, joten yhteinen tehtävien rakentaminen tuntui haastavalta. Tuntui esimerkiksi hankalalta suunnitella fysioterapiaan harjoitteita, kun ei ollut tarkkaa tietoa siitä, mitä fysioterapia jo normaalisti sisältää.

Prosessin edetessä omatoimisia harjoitteita osastolle on tullut lisää ja niiden merkitys on auennut paremmin hoitajille.

”Alkuvaiheeseen verrattuna osastolle on tullut lisää kuntouttavia tehtäviä, just nää kirjaintehtävät siellä seinällä.”

”Myö saatiin niistä sit enemmän tietoo, että mitä meidän pitäis huomioida.”

Työryhmän jäsenet kokivat, että vuoden syklin aikana on päästy käsittelemään kuntoutujan asioita syvemmälle tasolle. Haastattelussa tuotiin esille, että on päästy kokonaisvaltaisempaan ja asiakasta tukevampaan toimintaan. Asiat eivät jää vain ajattelun tasolle, vaan mietitään oikeasti, miten kuntoutuja selviytyy turvallisesti kotona ja mitä se vaatii. Tämän lisäksi on päästy yhteiseen harjoittelun suunnitteluun ja muutamiin yhteisterapioihin.

”...on menty paljon yksityiskohtaisemmalle ja syvemmälle tasolle jokaisen ammattiryhmän kautta... puhuttu harjoituksista ja mitä tehdään kuntoutujan kanssa... päässyt jonkin verran kättelemään harjoittelua ihan käytännössä... on ollut tosi antoisaa...”

”...vielä asiakasta tukevampaa ajattelumaailmaa, mikä ei jää ajattelun tasolle, vaan pyritään tekemään se, jotta kotona oleminen olisi turvallista.”

Työryhmätapaamisten vahvuudeksi koettiin se, että niissä oli riittävästi aikaa käsitellä ja jäsentää kuntoutujan asioita. Kolmen viikon perusjakson aikana yhteisten ajatusten nähtiin kehittyneen.

”Niissä todellakin oli aikaa käsitellä sitä (kuntoutujan asioita) monelta kannalta... Moniammatillista näkemystä päästiin hyödyntämään enemmän kuin mitä on aikaa kuntoutusneuvotteluissa.”

”Pikku hiljaa ajatukset kehittyivät kolmen viikon aikana... Mitkä ovat todelliset kuntoutustarpeet ja millaisia harjoituksia voisi olla... ja ne siinä valmistui, kypsyi siinä vaiheessa, kun hän (kuntoutuja) oli kotiutumassa.”

Tapaamisten heikkoutena tai haasteena koettiin tässäkin opinnäytetyössä yhteisen ajan järjestymisen vaikeus ja ajan puute. Nämä asiat tulivat esille useissa eri yhteyksissä. Kaksi- ja kolmivuorotyö sekä niihin liittyvät viikolla olevat vapaapäivät tuovat myös omat haasteensa kaikenlaiseen palaverityöskentelyyn. Uuden toimintatavan todettiin vievän alussa myös enemmän aikaa.

”Ainakin tässä alkuvaiheessa se vie ihan hirveen paljon enemmän aikaa, resursseja ja ajattelua ja kaikkea muuta.”

Työryhmätyöskentelyn kehittymisen todettiin vaativan joka tapauksessa tietynlaisen kehittämissyklin.

”...edellyttää paljon eri vaiheita, niitä ei voi vain ylittää, on vaan käytävä nämä vaiheet läpi, jotta ollaan jossakin vaiheessa tekemisen tasolla.”

8.3 Millaista oppimista tapahtui?

Toisena asiana videoidussa ryhmähaastattelussa mietittiin reilun vuoden mittaisen muutosintervention aikana tapahtunutta oppimista. Haastattelusta nousivat esille seuraavat teemat: oman ammattitaidon kehittyminen, toisten ammattiryhmien työn sisällön parempi ymmärtäminen ja yhteisen kielen löytyminen.

Oman ammattitaidon kehittymistä kuvattiin muun muassa niin, että tapaamisten myötä tieto on lisääntynyt esim. neuropsykologisista häiriöistä ja on alkanut paremmin ymmärtää, miten ne voi huomioida omassa työssään. Tämä on tapahtunut työn sisältöjen avaamisen ja ammattiryhmien toisilleen antaman ohjauksen kautta.

”...oppinut miten voi huomioida päivittäisissä toimissa vaikka neglectiä ja sen kompensoimista...

”Hirveän valaisevaa itelle, käsitti, mitä sie teet, mitä hän tekee (neuropsykologisten häiriöiden kuntouttamiseksi eri terapioidessa) ja miten voi yhdistää toimintaan.”

Moniammatillinen työskentely on tuonut lisää hyviä ja konkreettisia asioita omaan työhön esimerkiksi harjoitteiden ja välineiden muodossa. Lisäksi haastattelussa todettiin, että moniammatillisen työskentelyn myötä on saanut lisää eväitä oman työn ja jatkokuntoutuksen suunnitteluun. Kognitiivisten harjoitteiden määrä terapiassa on lisääntynyt.

”Esimerkiksi punaiset teipit... toistui jatkopaikassa ja on nyt kotona käytössä samalla ihmisellä... Konkreettisia, hyviä juttuja... Itelle tulee semmoinen olo, että näinhän tää onkin tosi hyvä ja moni asia selkiytyy ja aukeaa.”

”...näitten (moniammatillisten tapaamisten) kautta oman ammattitaidon ja oman työn kehittämistä on voinu rikastuttaa.”

Toisten ammattiryhmien työn sisällön parempi ymmärtäminen ja yhteisen kielen löytäminen oli toinen pinnalle noussut teema. Haastattelussa kerrottiin, että toisten ammattiryhmien työtä on alettu ymmärtää paremmin. Myös tapaamisiin harvemmin osallistuneet toivat esille, että tapaamisten myötä on alkanut miettiä tarkemmin, mitä asioita toisten tarvitsee tietää, ja sitä, millä kielellä asiansa esittää.

”On päässy pikkasen kurkistamaan muitten ammattiryhmien työhön.”

Tapaamisissa on vallinnut avoin ilmapiiri ja niissä on avattu omaa työtä eli kerrottu avoimesti, mitä kuntoutujan kanssa harjoitellaan ja miksi. Toisten työn avautuminen on antanut yhteistä kieltä niin moniammatillisen työryhmän jäsenten välille kuin myös erityistyöntekijöiden, hoitajien ja kuntoutujienvälille.

”Kerrotaan, mitä tehdään sen ihmisen kanssa ja voidaan päästä hyvinkin paljon pidemmälle kuin tehtäis kaikki ominemme.”

”...pystyy kuntoutujien kanssa puhumaan paremmin esimerkiksi mitä fysioterapiassa on tehty, kun on selvinnyt enemmän fysioterapian periaatteita ja harjoituksia... on ollut yhteinen kieli kuntoutujan kanssa...”

8.4 Lähikehityksen vyöhykkeen suunnittelua

Kehittävässä työntutkimuksessa lähikehityksen vyöhyke on ristiriitoja ratkaisevien uusien toimintatapojen alue, jossa toimintatapojen tulee olla mahdollisia toiminnan historiallisen kehityksen puolesta. Useissa tutkimushankkeissa lähikehityksen vyöhykettä on kuvattu ideaalin toimintajärjestelmän avulla, jossa vallitsevat ristiriidat on ratkaistu. Tämä kuvaustapa on kuitenkin varsin yksipuolinen. Uudemmissa tutkimuk-

sisä on pyritty tuomaan esiin myös vaihtoehtoisia ratkaisumalleja nelikentän avulla. (Engeström 2002, 144–145; Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 4.)

Ryhmähaastattelussa todettiin, että nykyinen toimintatapa on toimiva ja sitä kannattaa jatkaa. Kehittämisen kohteena jatkossa ovat terapioiden tiiviimpi seuraaminen, kirjaamisen ja omatoimisten harjoitteiden ohjaamisen tehostaminen ja yhteisterapioiden lisääntyneen toteuttaminen.

Tavoitteena on, että kuntoutujaa päästäisiin seuraamaan enemmän eri tilanteissa, kuten esimerkiksi aamutoimien yhteydessä. Samalla nähtäisiin, viekö kuntoutuja terapiosta vinkkejä mukanaan vapaa-ajalle. Erityistyöntekijät ja hoitajat pyrkivät pääsemään jatkossa seuraamaan enemmän terapiatilanteita, koska esimerkiksi ryhmässä toimiminen on kuntoutujalle erilainen ja paljon vaativampi tilanne kuin yksilöterapia. Tällä pyritään edelleen parantamaan tiedonkulkua ammattiryhmien välillä ja kohentamaan sitä kautta siirtovaikutusta eri terapioiden sekä terapioiden ja vapaa-ajan välillä. Haastattelussa todettiin yhteisesti, että tällä hetkellä terapioiden opeteltujen asioiden siirtyminen vapaa-ajalle on vähäistä. Mahdollisesti tehostetulla terapioiden seuraamisella pystyttäisiin vaikuttamaan myös siihen, että kuntoutujat alkaisivat mieltää myös päivittäiset toiminnot yhdeksi harjoittelun muodoksi.

”Ois hyvä päästä kattomaan kuntoutujaa monissa eri tilanteissa, jotta näkisi, miten hän toimii käytännön tilanteissa ja ottaako hän yhtään malleja mukaan terapiatilanteista.”

”Olisi hyvä olla ihan vaan seuraamassa, miten hän (kuntoutuja) toimii, ryhmätilanne on asiakkaalle jo ihan eri, jos on afasia.”

”...olisi aikaa seurata kuntoutujien harjoittelua, ymmärtäis ohjata, ymmärtäis mitä kuntoutujat puhuu (harjoitteista)...”

Jatkossa pyritään tehostamaan myös yhteisterapioiden toteutusta. Yhteisterapioiden ja terapian seuraamisen toteutuminen pyritään varmistamaan sopimalla yhteisiä aikoja suoraan ajanvarausohjelmaan moniammatillisten tapaamisten yhteydessä. Lisäksi lä-

hikehityksen vyöhykkeen sisälle nähdään tehostetumpi omatoimisten osastolla tehtävien harjoitteiden ohjaaminen hoitajille. Tämä pyritään varmistamaan kirjaamisen tehostamisella ja henkilökohtaisella ohjauksella.

Ryhmähaastattelussa visioitiin myös havainnollistavan videoinnin käyttöä avaamaan aktivoivan terapian ja käytännössä konkreettisella tasolla toimivan moniammatillisen työskentelyn auki kirjoittamiseksi. Videoitujen terapiatilanteiden avulla voitaisiin helpommin näyttää, miten samaa ideologiaa hyödynnetään monialaisesti. Videointeja voitaisiin käyttää myös koulutustarkoituksessa.

8.5 Yhteenveto ja tulkinta

Moniammatillisen intervention kuluessa aivoverenkiertohäiriökuntoutujan harjoittelun suunnittelu on kehittynyt rinnakkain työskentelystä sovitusti ammattirajoja ylittävään työskentelyyn eli ns. transprofessional-työskentelyyn, jonka tuotoksena on syntynyt useita erilaisia ja yksilöllisesti suunniteltuja harjoitteita niin terapioiden sisällöksi kuin kotiharjoitteluun (taulukko 4). Engeströmin (2002, 47) kuvaamaan toimintajärjestelmän rakennemalliin peilattuna tämä tulos tarkoittaa sitä, että niin välineiden, työnjaon kuin kohteen/tuotoksen näkökulmasta on tapahtunut kehitystä muutosintervention aikana verrattuna historiallisen analyysin tuloksiin.

Transprofessional-periaatteella työskentelevän moniammatillisen työryhmän työskentelyn keskeiset periaatteet ovat kyky jakaa tietoa ymmärrettävästi ja ottaa yhteistä vastuuta, ammatillisten rajojen väljyys, halukkuus olla yhtäaikaisesti oppija ja erikoisasiantuntija sekä valmius sopeuttaa työryhmän rooleja asiakkaan tarpeista lähtien (Isoheranen 2008, 39). Oman työn sisällön avaaminen, toisten ammattiryhmien ohjeistaminen ja kuntoutujien asioiden syvälinen käsittely osoittavat ymmärrettävää tiedon jakamista ja yhteistä vastuunottoa. Halukkuus olla yhtäaikaisesti oppija ja erikoisasiantuntija tulevat selkeästi esille sekä harjoitteiden suunnittelussa että yhteistyössä toteutetuissa terapioissa. Samalla tapahtuu myös ammattirajojen löyhentymistä ja oman ammattiroolin sopeuttamista kuntoutujalähtöisesti.

Ryhmähaastattelun osallistajat toivat esille, että muutosintervention aikana toisten ammattiryhmien työn sisältö on alkanut hahmottua paremmin. Arviointivaiheessa tois-

tetuissa alkukyselyissä eri ammattiryhmien työn sisältö hahmotettiin kuitenkin samalla tavalla kuin prosessin alkuvaiheessa. Tästä voidaan päätellä, että alkuvaiheessa toisten työstä oli olemassa teoreettinen tieto, mutta prosessin edetessä työn sisällöt ovat alkaneet hahmottua myös käytännössä. Paperille kirjattuina sanoina ne kuitenkin näyttävät samoilta.

Oman työn sisällön avaamisen ja moniammatillisen yhteistyön uuden tason löytämisen seurauksena voidaan jatkossa suunnitella entistä paremmin yhteisterapioita ja terapioiden seuraamisia. Samalla voidaan olettaa myös siirtovaikutuksen terapioiden välillä ja terapioiden sekä vapaa-ajan välillä entisestään kohentuvan.

TAULUKKO 4. Vastaus kolmanteen tutkimusongelmaan

Tutkimusongelma	Tulokset
3. Miten aivoverenkiertohäiriökuntoutujan harjoittelun suunnittelu kehittyi moniammatillisen intervention kuluessa?	Rinnakkain työskentelystä transprofessionaaliseen työskentelyyn. Konsultointi – yhteinen harjoitteiden suunnittelu – yhteisterapiat.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön pohdinta on jaoteltu helpomman luettavuuden kannalta kolmeen eri osa-alueeseen. Ensimmäiseksi tarkastellaan saatuja tuloksia eri näkökulmista ja perustellaan tehtyjä valintoja. Seuraavaksi pohditaan opinnäytetyön luotettavuuteen liittyviä tekijöitä ja arvioidaan opinnäytetyön tekijän omaa toimintaa prosessin aikana. Lopuksi kuvataan lyhyesti opinnäytetyöprosessia, arvioidaan kehittävän työntutkimuksen soveltumista opinnäytetyön lähestymistapana ja esitetään jatkokehittämisehdotuksia.

9.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella, miten aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kuntoutusta ja harjoittelua on suunniteltu Kruunupuistossa työnjaon, tuotoksen ja väli-neiden näkökulmasta ja millaisia muutoksia siinä tapahtui opinnäytetyöhön liittyvän intervention aikana. Kuntoutus ja harjoittelu on opinnäytetyössä haluttu irrottaa tietoisesti toisistaan. Kuntoutus on yläkäsite, joka pitää myös harjoittelun sisällään. Kuntou-

tuksen suunnittelulla opinnäytetyön tekijä ymmärtää yleisten kuntoutuksen suuntaviit-
tojen moniammatillisen hahmottelun, johon osallistuu yleensä koko kuntoutuksesta
vastaava työryhmä eli lääkäri, hoitaja, fysio-, toiminta- ja puheterapeutti, neuropsyko-
logi sekä sosiaalityöntekijä. Harjoittelun suunnittelu puolestaan on jo todellista käy-
tännön tasolla tapahtuvaa terapiaan liittyvää toimintaa, johon lääkäreillä on harvem-
min mahdollisuus osallistua. Sosiaalityöntekijä puolestaan toimii tärkeänä kuntoutujan
kotona selviytymisen mahdollistajana ts. harjoitusten ympärillä olevien puitteiden
(mm. etuuskien ja kotiapujen järjestäminen) luojana. Näiden asioiden yhdistäminen
varsinaiseen käytännön harjoittelun suunnitteluun on hankalampaa, joten tämän vuok-
si sosiaalityöntekijä ei ole ollut mukana koeryhmäläisten kohdalla toteutuneissa mo-
niammatillisissa tapaamisissa.

Ensimmäiseksi opinnäytetyössä selvitettiin, miten aivoverenkiertohäiriökuntoutujan
kuntoutus ja harjoittelu on suunniteltu aiemmin Kruunupuistossa moniammatillisesta
näkökulmasta katsottuna. Suoraa vastausta ensimmäisen tutkimusongelman kysymyk-
seen yhteismuistelussa ei saatu, koska niissä suunnittelusta ei puhuttu, vaikka opin-
näytetyön tekijä pyrki useampaan otteeseen saamaan vastausta kysymykseen. Aineis-
ton analysointi paljasti sen, ettei moniammatillisesta suunnittelusta voitu puhua, koska
sitä ei ollut tehty. Kahden yhteismuisteluryhmän käsitykset työnjaosta, kohteesta ja
välineistä sekä niiden kautta moniammatillisuudesta erosivat selkeästi toisistaan, mikä
tuntui alkuun hyvin yllättävältä. Toisaalta se selitti ennen muutosinterventiota vallin-
neita toimintatapoja moniammatillisessa työskentelyssä. Päätös pitää yhteismuistelut
kahdessa eri ryhmässä osoittautui toimivan tässä tapauksessa erittäin hyvin ja edesaut-
toi saamaan todenmukaisen kokonaiskäsityksen asiasta. Moniäänisyyden vaatimus
toteutui yhteismuistelussa.

Nykytilan analyysi toteutettiin alkukyselyjen ja ensimmäisten moniammatillisten ta-
paamisten muistioiden avulla. Alkukyselyllä kartoitettiin moniammatillisen työryhmän
jäsenten näkemyksiä ja mielikuvia toisten jäsenten työstä ja työnkuvasta. Alkukyselyn
täyttämiseen ei annettu tarkkoja ohjeita, vaan siinä annettiin mahdollisuus vapaaseen
ilmaisuun, koska tavoitteena oli saada kunkin työntekijän henkilökohtainen mielikuva
tai näkemys asiasta. Tarkalla ohjeistuksella tämä ajatus olisi voinut kahliutua.

Alkukyselyihin kirjatut näkemykset olivat hyvin samansuuntaiset eri ammattiryhmien kesken. Ne vastasivat ammatillisissa perusopinnoissa tehtyä karkeaa luokittelua eri ammattiryhmien osaamisalueista. Kuntoutujan tukeminen, omatoimisen harjoittelun ja vapaa-ajan aktiivisuuden tukeminen, omaisten ohjaus ja moniammatillinen tiimityö nähtiin kuuluvan jokaisen ammattiryhmän tehtäväkenttään. Näiden teemojen voidaan olettaa kumpuavan sekä toimintaympäristöstä että käynnissä olevasta tutkimushankkeesta. Kuntoutuskeskus toimintaympäristönä henkii moniammatillisuuden olemassaoloa ja kaikissa kuntoutusta ohjaavissa standardeissa ja suosituksissa moniammatillisuus tuodaan aina tavalla tai toisella esille, kuten myös omaisten ohjaus. Kuntoutuskeskuksessa järjestetään iltaisin ja viikonloppuisin vapaa-ajan ohjelmaa, jonne ohjaamista on korostettu kaikille ammattiryhmien edustajille. Omatoimisen harjoittelun tukeminen on ollut esillä ”Aktivoiva fysioterapia” -hankkeen koulutuksissa ja voidaan olettaa, että sillä on ollut vaikutusta tämän asian näkymiseen kyselyissä.

Ensimmäisistä muistioista oli nähtävissä uuteen työskentelymuotoon orientoituminen. Tapaamisissa keskusteltiin ja sovittiin, ehdotettiin ja suositeltiin asioita. Tapaamiset muistuttivat pitkälti kuntoutuskeskuksen ns. normaalia palaverikäytäntöä, eivätkä tapaamiset vielä tuossa vaiheessa tuoneet suurta lisäarvoa moniammatillisuuden näkökulmasta. Toisten ammattiryhmien työn sisällöt eivät olleet tuolloin vielä käytännössä selvät, mikä vaikeutti yhteistyötä. Samanlaiseen tulokseen tuli myös Veijola (2004, 108) väitöstutkimuksessaan. Ensimmäisistä muistioista oli kuitenkin nähtävissä jo alkua yhteiselle terapian suunnittelulle. Jälkeenpäin ajateltuna tämä vaihe oli tärkeä tutustumisvaihe tiiviimmän yhteistyön perustan luomisessa.

Kolmannessa tutkimusongelmassa käsiteltiin aivoverenkiertohäiriökuntoutujan harjoittelun suunnittelun kehittymistä. Harjoittelun suunnittelussa tapahtui selkeää edistymistä, mikä voitiin todeta niin muistioiden, ryhmähaastattelun kuin kenttämuistiinpanojenkin avulla. Tärkeitä tekijöitä edistymisen taustalla olivat yhteisen kielen löytäminen ja toisten työn sisältöjen parempi ymmärtäminen, mikä tapahtui kunkin ammattiryhmän jäsenen oman työn avaamisen kautta. Tapaamisissa vallinnut avoin ilmapiiiri oli edellytys edellä kuvattujen asioiden toteutumiseksi. Nämä tekijät tulivat esille myös Veijolan (2004, 109) väitöstutkimuksessa moniammatillisen yhteistyön kehittämisen taustalla.

Harjoite-ehdotusten esittämisestä päästiin muutosintervention aikana yhteiseen harjoittelun suunnitteluun ja osin myös toteuttamiseen. Rinnakkain työskentelystä siirryttiin siis sovitusti ammattirajoja ylittävään työskentelyyn (vrt. Isoherranen 2008, 38–39). Engeström ym. (2008, 175–195) tuovat kirjassaan esille yhteisessä dialogissa tapahtuvan uuden tiedon luomisen, koska kukaan meistä yksinään ei tiedä riittävästi. Täysin valmista tietoa ei ole, vaan se luodaan yhdessä (Engeström ym. 2008, 175–195). Tämä pätee myös moniammatilliseen yhteistyöhön, jossa asiantuntijoilla on yhteinen tavoite ja sen saavuttamiseksi tarvitaan tiedon ja osaamisen jakamista (Isoherranen 2008, 33). Harjoitteiden suunnittelussa osaamisen jakamista ja uuden tiedon luomista tapahtui luontevasti, koska kenelläkään ei ollut ennalta valmista tietoa harjoitteesta. Oli vain palasia, joita yhdessä yhdistämällä saatiin aikaan uutta kokonaista tietoa.

Engeström ym. (2008, 177) puhuvat kirjassaan myös ammattitaidon jatkuvasta integroinnista ja yhdistämisestä muiden kanssa. Ammattitaidon kehittyminen edellyttää, että on suhteessa muihin ihmisiin ja ympäristöön. Ammattitaito ei ole vain oman osaamisen syventämistä yksilönäkökulmasta. (Engeström ym. 2008, 177.) Ryhmähaastattelussa esille tulleen oman ammattitaidon kehittyminen on tapahtunut juuri tällä tavalla eli muiden ammattiryhmien edustajien kanssa tapahtuneessa ammattitaidon yhdistämisessä. Tapaamisissa on oltu vaihtelevasti sekä asiantuntijan että oppijan roolissa. Tämä on yksi osoitus transprofessional-periaatteella tapahtuvasta työskentelystä (Isoherranen 2008, 39).

Arviointivaiheessa toistetuissa alkukyselyissä ei ollut tapahtunut paperilla näkyvää muutosta, vaikka sitä ennen pidetyssä ryhmähaastattelussa puhuttiinkin toisten työn sisällön avautumisesta. Tämän voidaan olettaa johtuvan siitä, että alkuvaiheessa kyselyihin vastanneilla oli olemassa teoreettinen tieto toisten työstä, mutta muutosintervention edetessä tieto muuttui myös käytännön tiedoksi. Paperille kuvatut sanat pysyivät kuitenkin samoina.

Engeströmin (2002, 47) kuvaaman toimintajärjestelmän osatekijöitä ajatellen työnjaon, kohteen/tuotoksen ja välineiden osalta on tapahtunut edistymistä intervention aikana. Työnjaon osalta päästiin ammattirajoja ylittävään toimintaan harjoitteiden suunnittelun ja toteutuksen muodossa. Kohde hahmotettiin jo tapaamisten alkuvaiheessa kotona pärjäävänä ihmisenä, koska ”Aktivoiva fysioterapia” -hankkeessa tavoitteena

on kuntoutujien kotiutuminen mahdollisuuksien mukaan suoraan kotiin heti kuntoutusjakson jälkeen. Tuotoksina saatiin jo aiemmin työssä kuvattuja yhdessä suunniteltuja harjoitteita. Välineinä voidaan nähdä sekä moniammatillinen yhteistyö että aktiivoiva terapia. Moniammatillista yhteistyötä välineenä ajatellen voidaan nähdä jo aiemmin kuvattu yhteistyön tason muutos. Aktiivoiva terapia puolestaan on tullut yhteiseksi välineeksi moniammatillisen työryhmän sisälle. Lisäksi aktiivoiva terapia itsessään on saanut uusia muotoja ja lisää syvyyttä moniammatillisen suunnittelun avulla.

Aivoinfarktin käypä hoito -suosituksessa (2006) ja konsensuslausumassa äkillisten aivovaurioiden jälkeisestä kuntoutuksesta (2008) korostetaan moniammatillisuuden tärkeyttä aivohalvauskuntoutuksessa, mutta niissä kummassakaan ei ole määritelty tai avattu tarkemmin moniammatillisen toiminnan sisältöä tai muotoja. Tässä opinnäytetyössä moniammatillista toimintaa on viety käytännön tasolle ja testattu noin vuoden verran ”Aktiivoiva fysioterapia” -hankkeen aikana ideoitua moniammatillista toimintakäytäntöä. Kokeillun toimintamallin on todettu toimivan käytännössä hyvin ja tehostavan moniammatillisuutta aivohalvauskuntoutuksessa. Samalla siinä on tavoitettu käypä hoito -suosituksen korostamana kokonaisvaltainen ja joustava ote aktiivisessa kuntoutuksessa.

Konsensuslausuma äkillisten aivovaurioiden jälkeisestä kuntoutuksesta (2008) linjaa, että alkuvaiheen aivohalvauskuntoutuksessa pitää huolehtia riittävästä harjoitusintensiteetistä ja sopivasta jaksotuksesta kuntoutujan tavoitteiden ja tarpeiden mukaisesti. Opinnäytetyöhön kuuluneen muutosintervention aikana kuntoutujien omatoimisten harjoitteiden määrä lisääntyi, mutta edelleenkin harjoittelun intensiteettiä pitäisi pystyä kohentamaan. Mielestäni tähän päästään vain työkäytäntöjä muuttamalla, ja tähän asiaan palataan pohdinnan lopussa.

Konsensuslausuma äkillisten aivovaurioiden jälkeisestä kuntoutuksesta (2008) tuo esille myös eri terapeuttien yhteisterapiat aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kotona tapahtuvan kuntoutuksen yhteydessä. Tämän opinnäytetyön muutosintervention aikana päästiin kokeilemaan yhteisterapiaa muutamia kertoja. Yhteisterapioiden toteuttaminen aivohalvauskuntoutuksessa on vielä varsin harvinaista, mutta lasten kuntoutuksessa se on ollut käytössä jo pitkään. Opinnäytetyöprosessin aikana tehtyjen yhteisterapiakokeilujen perusteella voidaan olettaa yhteisterapioiden tuovan lisää moniulottei-

suutta terapioiden sisältöön ja sitä kautta lisähyötyä kuntoutujalle. Tämä vaatii kuitenkin vielä todella paljon lisää yhteisterapian kokeilua ja toiminnan tutkimista.

Kotimaassa tehtyä tutkimusta aivovauriopotilaan kuntoutuksesta tarvitaan lisää esimerkiksi uusien kuntoutusmenetelmien kehittämisen, arvioinnin ja tutkimuksen osalta (Konsensuslausuma: äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008). Meneillään oleva ”Aktivoiva fysioterapia” -hanke pyrkii vastaamaan osaltaan tähän haasteeseen. Opinnäytetyö liittyy kyseiseen hankkeeseen, ja parin vuoden päästä tiedämme jo tarkemmin, millaisia tuloksia moniammatillisesti suunnitellulla alkuvaiheen aktivoivalla terapialla saadaan aikaan.

”Aktivoiva fysioterapia” -hanketta edeltäneen Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella toteutetun tutkimus- ja kehittämishankkeen jatkotutkimusaiheiksi nostettiin projektin päättyessä muun muassa moniammatillisen yhteistyön tehostaminen sekä PCBS-testituloksien tehokkaampi hyödyntäminen harjoittelutehtävien ja kotiharjoittelun suunnittelussa (Pyöriä 2007, 69–70; Reunanen 2003; 112–114). Opinnäytetyöhön kuuluneen intervention aikana näihin molempiin asioihin on pyritty kiinnittämään huomiota samanaikaisesti.

Moniammatillisten tapaamisten aikana eri ammattiryhmät ovat tuoneet esille kuntoutujalle tekemistään testeistä saadut tulokset eli systemaattinen toimintakyvyn mittaaminen on toiminut pohjana terapian suunnittelulle, kuten aktivoivaan terapiaan kuuluu. Esimerkiksi fysioterapiassa PCBS-testistä saadut tulokset kertovat, mitä tasapainon osa-aluetta pitäisi harjoitella. Moniammatillisella harjoittelun suunnittelulla on päästy siihen, että samanaikaisesti tasapainoharjoittelun aikana pystytään harjoittamaan ja kuntouttamaan aiempaa tehokkaammin ja perustellummin myös neuropsykologisia häiriöitä, kuten toiminnanohjauksen, hahmottamisen tai muistin häiriöitä. Moniammatillisella harjoittelun suunnittelulla pystytään luomaan moniulotteisia harjoitteita myös kotona tehtävään omatoimiseen harjoitteluun ja tuomaan sitä kautta lisää elementtejä ja mielekkyyttä kotiharjoitteluun.

Kotikuntoutuksesta tehdyissä tutkimuksissa moniammatillinen tiimi jatkoi kuntoutusta aivoverenkiertohäiriön sairastaneen kotona (Winkel ym. 2008, 167–187). Suomessa moniammatillinen kuntoutus ei pysty toimimaan kyseisellä tavalla ainakaan nykyisillä

terveydenhuoltorakenteilla, koska resursseja ei ole tarpeeksi. Esimerkiksi ”Aktivoiva fysioterapia” -hankkeen alueella eli Itä-Savon ja Kymenlaakson alueella erityistyöntekijöiden palveluiden saatavuus on niin heikko, ettei sen varaan voi suunnitella tehokasta moniammatillista aivohalvauskuntoutusta. Tämä on todella harmillista, sillä kotioloissa aivoverenkiertohäiriön sairastaneet ovat tutkitusti sairaalahoitoa aktiivisemmassa roolissa kuntoutuksensa suhteen ja heidän todelliset tarpeensa tulevat paremmin esille (Mayo ym. 2000; Thorsén ym. 2005). ”Aktivoiva fysioterapia” -hankkeessa koe-ryhmäläisten fysioterapia jatkuu laituskuntoutusjakson jälkeen kotikäynteinä, jolloin kodin harjoitteluympäristönä tuomat positiiviset vaikutukset saadaan käyttöön. Erityisterapioiden heikkoon saatavuuteen kotikäynneilläkään ei pystytä vaikuttamaan, mutta laituskuntoutusjakson aikana moniammatillisesti suunnitelluilla kotiharjoitteilla voidaan tilannetta hieman edistää ja antaa kotikäyntejä jatkaville fysioterapeuteille lisää työkaluja terapian suunnitteluun.

Kotikuntoutuksesta tehdyissä tutkimuksissa harjoitteiden valinta perustui kuntoutujan omiin kiinnostuksen kohteisiin (Winkel ym. 2008, 167–187). Moniammatillisissa tapamisissa oli normaaleja palaverikäytäntöjä enemmän aikaa paneutua kuntoutujan harrastuksiin ja mielenkiinnon kohteisiin ja niitä pyrittiinkin huomioimaan mahdollisimman paljon harjoitteiden suunnittelussa, jotta harjoitteista saatiin mahdollisimman mielekkäitä.

Opinnäytetyöstä saatuja tuloksia aktivoivan terapian kannalta ajateltuna on sivuttu pohdinnassa jo aiemminkin, mutta seuraavassa kootaan vielä saadut hyödyt yhteen. Aktivoivan terapian viidestä pääteemasta opinnäytetyön muutosinterventiolla on ollut ryhmähaastatteluun pohjautuen eniten vaikutusta terapian suunnitteluun ja sitä kautta harjoittelutapaan ja siinä käytettyihin ohjaustapoihin. Moniammatillisella harjoittelun suunnittelulla harjoitteiden vaikeustaso on pystytty määrittämään optimaalisemmalle tasolle sekä kuntoutujan fyysisestä että kognitiivisesta näkökulmasta katsottuna, ja tätä kautta harjoitteista on tullut kuntoutujalle mielekkäämpiä. Mielekkäiden harjoitteiden seurauksena motivaatio harjoitteluun säilyy paremmin. Tehtäväkeskeisten harjoitteiden sisällöt ovat rikastuneet moniammatillisen suunnittelun myötä. Myös ohjaustapojen valintaan on tullut tarkempaa tietoa moniammatillisuuden tehostuessa.

Opinnäytetyön toimeksiantajalle eli Kruunupuistolle opinnäytetyöstä voidaan ajatella olevan hyötyä sekä käytännön työn tekemisen tasolla että tutkimus- ja kehittämistoiminnan kannalta. Opinnäytetyössä on selvitetty moniammatillisen yhteistyön ilmene mistä aivohalvauskuntoutuksessa Kruunupuistossa niin kuntoutuskeskuksen historian kuin nykypäivänkin osalta. Käytännön toiminnan osalta on kokeiltu yhdenlaista työ käytäntöä, joka on osoittautunut toimivaksi ainakin kohteena olleen kuntoutujaryhmän kohdalla. Opinnäytetyön intervention jälkeen moniammatillisen yhteistyön voidaan olettaa tiivistyvän myös muiden kuntoutujien kuin tutkimuskuntoutujien kohdalla. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan kannalta tehty opinnäytetyö toimii pohjana tulevaisuudessa mahdollisesti toteutuville moniammatillisen aivohalvauskuntoutuksen jatkokehittämishankkeille.

Aivohalvauskuntoutukselle annettuja suosituksia ja linjauksia on viety opinnäytetyön aikana käytännön tasolle moniammatillisuuden näkökulmasta. Käytännön tutkimusta tehdään vielä nykyisin verrattain vähän ja siitä näkökulmasta ajateltuna opinnäytetyöstä voidaan ajatella olevan hyötyä aivohalvauskuntoutuksen kehittämisen kannalta niin alueellisesti kuin jopa kansallisestikin. Olen päässyt esittelemään opinnäytetyöni aiheita useammille tahoille lähinnä ”Aktivoiva fysioterapia” -hankkeen järjestämässä koulutustilaisuuksissa ja tapaamisissa, ja ainakin niissä aihe on herättänyt mielenkiintoa. Toisaalta moniammatillisten tapaamisten anti on levinnyt muistioiden ja harjoitteiden muodossa ainakin osittain myös jatkokuntoutuksesta huolehtiville tahoille ja tätä kautta hyötyä on tullut alueellisesti.

Moniammatilliset työryhmätapaamiset jatkuvat ”Aktivoiva fysioterapia” -hankkeen loppuun asti koeryhmän kuntoutujien kohdalla. Siltä osin opinnäytetyössä kokeiltu uusi toimintatapa jatkuu käytäntönä myös opinnäytetyöintervention jälkeen. Tutkimushankkeen loppumisen jälkeen seurataan mielenkiinnolla, miten moniammatillisen yhteistyön tehostumisen juurtumisen todellisuudessa käy.

Tässä opinnäytetyössä fysioterapeutti oli keskeisessä roolissa ohjaamassa työryhmätyöskentelyä ja voidaankin pohtia, millainen vaikutus sillä oli saatuihin tuloksiin. Olisiko työryhmä toiminut paremmin tai huonommin, jos ohjaajan roolissa olisi ollut jonkun muun ammattiryhmän edustaja? Erityisesti tapaamisten alkuvaiheessa ohjaajan rooli tapaamisten aikana korostui. Työryhmätyöskentelyn edetessä yhteinen keskustelu

ja tehtävien suunnittelu käynnistyi myös ilman ohjaamista. Olisiko työryhmän työskentely voinut kehittyä nopeammin toisen ammattiryhmän edustajan ohjauksessa? Jatkossa esimerkiksi muistioiden kirjaamisvuoroa kannattanee kierrättää, etteivät tapaamiset ole vain yhden ammattiryhmän vastuulla. Vastuun jakamisella voidaan entistään tehostaa moniammatillista yhteistyötä.

Muutosinterventiassa mukana olleet erityistyöntekijät (puhe- ja toimintaterapeutti sekä psykologi) eivät olleet samoja henkilöitä kuin yhteismuisteluihin osallistuneet erityistyöntekijät. Tällä saattoi olla osittain vaikutusta saatuihin tuloksiin. Muutosinterventiassa mukana olleilla erityistyöntekijöillä ei ollut kokemukseen perustuvaa juuri tämän kuntoutuskeskuksen historiallista kulttuuria kuljetettavana mukanaan, vaan he olivat vastikään alalle kouluttautuneita. Tältä osin he pääsivät aloittamaan niin sanotusti puhtaalta pöydältä. Toisaalta heillä ei vastaavasti ollut vielä muutosintervention alkuvaiheessa paljoa kokemusta moniammatillisesta työskentelystä. Opinnäytetyössä kokeiltu työskentelytapa oli uusi kaikille, niin pidemmän työkokemuksen omaaville kuin äskettäin alalle tulleille, joten siltä osin lähtökohdat olivat kaikille samat. Olen itse samoilla linjoilla Siparin (2008, 120) väitöstutkimuksen kanssa, jossa todettiin, ettei hyvää kuntoutusta välttämättä ennusta ammatillinen osaaminen, vaan yksilöllinen työorientaatio, tahto ja asenne yhteistyöhön ja -toimintaan. Tämä pätee mielestäni erityisen hyvin moniammatilliseen yhteistyöhön.

Hoitajien osallistuminen moniammatillisiin tapaamisiin jäi kaikista ammattiryhmistä vähäisimmäksi. Osittain tämä johtui siitä, että hoitajien pitämä terveysterveystilaisuus osui samalle ajankohdalle kuin moniammatilliset tapaamiset. Työvuorosunnittelulla pyrittiin heti muutosintervention alusta pitäen puuttumaan siihen asiaan, mutta siitä huolimatta järjestely ei toiminut toivotusti. Jatkossa erityisesti hoitajien tapaamiseen osallistumiseen on kiinnitettävä huomiota. Hoitajien kanssahan kuntoutujat kuitenkin ovat vuorokauden aikana eniten tekemisissä, joten heidän panoksensa moniammatillisessa kuntoutuksessa on erittäin tärkeä. Arviointivaiheessa tehdyssä ryhmähaastattelussa oli kuitenkin positiivista huomata se, että vähäisestä osallistumisesta huolimatta hoitajat olivat kokeneet saaneensa lisää työkaluja omaan työhönsä ja oppineensa uusia asioita prosessin aikana. Moniammatillisista tapaamisista kirjatut muistiot lähetettiin aina myös hoitajille, vaikkeivät he päässeetkään osallistumaan tapaamiseen.

Muutosintervention alkuvaiheessa tavoitteena oli, että moniammatilliset tapaamiset olisi saatu myös videoitua. Työryhmä ei kuitenkaan ollut halukas tähän, joten ajatuksesta luovuttiin. Videointien avulla työryhmätyöskentelyssä tapahtuneet muutokset olisivat näkyneet entistä konkreettisemmin ja prosessin loppuvaiheessa työryhmälle olisi voitu todentaa saavutettu kehitys alku- ja loppuvaiheen videoinserttien avulla. Samalla opinnäytetyön tekijän oman toiminnan tarkastelua olisi voinut tehdä vielä analyyttisemmin.

Kuntoutujat ja/tai heidän omaisensa eivät ole olleet mukana työryhmätapaamisissa. Muutosintervention alkuvaiheessa heidän osallistumisestaan tapaamisiin mietittiin, mutta lopulta päädyttiin siihen, ettei heitä vielä prosessin tässä vaiheessa oteta mukaan. Jälkeenpäin ajateltuna se oli mielestäni viisas ratkaisu. Uuden toimintamallin mukainen työryhmätyöskentely oli kaikille uutta, ja sen muotoutuminen vaati yhteistä tutustumista eri ammattiryhmien kesken. Moniammatillisen työryhmätyöskentelyn saavutettua vakiintuneemman muodon, voisivat mielestäni myös kuntoutuja ja hänen omaisensa osallistua tapaamisiin ainakin osittain.

Konsensuslausuma äkillisten aivovaurioiden jälkeisestä kuntoutuksesta (2008) linjaa, että pystyäkseen olemaan aktiivinen omassa kuntoutusprosessissaan, aivoverenkiertohäiriön sairastaneen on päästävä osallistumaan tavoitteidensa asetteluun ja kuntoutuksensa suunnitteluun prosessin eri vaiheissa. Kuntoutujan omat tavoitteet on otettu huomioon moniammatillisia harjoitteita suunniteltaessa. Harjoittelun toteutuksessa kuntoutujat ovat arvioineet kykyjensä mukaan omaa toimintaansa ja vaikeuttaneet/helpottaneet moniammatillisesti suunniteltuja harjoitteita tarpeen mukaan. He ovat myös miettineet kuntoutusjaksolla tehtyjen harjoitteiden soveltamista kotioloihin.

Opinnäytetyöstä saatujen tulosten mukaan moniammatillisessa yhteistyössä tapahtui kehittymistä ja tehostumista noin vuoden ajan kestäneen muutosintervention aikana. Laajemmin ajateltuna vuosi on lyhyt aika, ja pidemmällä aikavälillä tarkasteltuna moniammatillisen yhteistyön tehostamisessa on raapaistu vasta hieman pintakerrosta, mutta päästy kuitenkin hyvään alkuun. Moniammatillisuuden kehittäminen ja tehostuminen vaativat vuosien työtä, ja tulevaisuus näyttää, miten asia etenee jatkossa Kruunupuistossa.

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja oman toiminnan tarkastelu

Kehittävässä työntutkimuksessa tulosten yleistettävyyttä nähdään käytännöllisenä kysymyksenä. Saadut tulokset yleistyvät käytännön toiminnassa ja leviävät uusina malleina ja välineinä, joita voidaan hyödyntää muissa samantyyppisissä toimintajärjestelmissä. Paikallisilla löydöksillä ja työssä saavutetuilla laadullisilla muutoksilla on mahdollisuus levitä ja saada laajempaa kantavuutta, kun ne ovat sisällöllisesti päteviä. Vaarana toki on, että yhden työpaikan havaintojen perusteella tehdään liian pitkälle meneviä johtopäätöksiä. (Engeström 2002, 156.)

Tässä opinnäytetyössä uutta toimintamallia eli moniammatillisia tapaamisia on kokeiltu aivohalvauskuntoutujien kohdalla. Kyseistä toimintamallia voidaan käyttää sovelletusti myös esimerkiksi muiden neurologisten kuntoutujaryhmien kohdalla. Kokeiltua toimintamallia voidaan hyödyntää myös muissa terveydenhuollon moniammatillisissa organisaatioissa, jotka ovat keskittyneet aivohalvauskuntoutukseen. Toimintamallin ei voida kuitenkaan olettaa toimivan välittömästi toisessa organisaatiossa, vaan kuten arviointivaiheen ryhmähaastattelusta kävi ilmi, uuden toimintamallin käyttöönotto vaatii toimiakseen aina tietynlaisen kehitysprosessin kyseisessä työyksikössä.

Yksin tehty opinnäytetyö aiheuttaa omat haasteensa opinnäytetyön luotettavuudelle etenkin aineistojen analysointien ja niistä tehtyjen tulkintojen muodossa. Luotettavuuden takaamiseksi on täytynyt siis käyttää muita keinoja. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että kaikkiin tutkimusongelmiin on käytetty vähintään kahta eri aineistonkeruumenetelmää. Ensimmäiseen tutkimusongelmaan haettiin vastausta videoitujen yhteismuistelujen avulla. Aikajanat toimivat molemmissa muisteluissa ajan jäsentelyn apuna. Yhteismuistelujen jälkeen videointien keskeiset asiat kirjattiin tekstiksi ja ne lähetettiin kaikille yhteismuisteluihin osallistuneille kommentoitavaksi. Tämän jälkeen tekstiä muokattiin saadun palautteen mukaan. Yhteismuisteluissa esille tulleet asiat on jätetty opinnäytetyöhön kerronnalliseksi tekstiksi, joten lukijalla on mahdollisuus arvioida opinnäytetyön luotettavuutta sekä tekstin että opinnäytetyön tekijän tekemien tulkintojen perusteella.

Toisen tutkimusongelman vastaus muotoutui moniammatilliselle työryhmälle annettujen alkukyselyjen ja ensimmäisten työryhmätapaamisten muistioiden avulla. Alku-

kyselyjen analysointi tehtiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Kategorioiden muodostumista on kuvattu opinnäytetyön raportissa esimerkin avulla, jotta lukija pystyy arvioimaan opinnäytetyön tekijän aineiston analysointimenetelmän hallintaa ja aineistosta tehtyjä tulkintoja. Myös alkukyselyistä tehty yhteenveto on opinnäytetyön liitteenä. Kaikki moniammatillisen työryhmän tapaamiset on tallennettu muistioiksi. Muistioissa näkyvät keskustellut asiat, ja niihin on kirjattu myös yhdessä suunnitellut harjoitteet. Ennen seuraavaa tapaamista muistiot lähetettiin kommentoitavaksi tapaamiseen osallistuneille. Jos muistioiden tallentaja oli ymmärtänyt jonkin asian väärin, asia korjattiin seuraavan tapaamisen muistioon. Näin työryhmän ääni pääsi esille.

Kolmatta tutkimusongelmaa varten kerättyä aineistoa oli varsin runsaasti ja aineiston keruuta suoritettiin neljällä eri menetelmällä. Videoidun ryhmähaastattelun alussa työryhmän jäsenille kerrottiin prosessissa siihen mennessä saadut tulokset eli historiallisen analyysin tulokset sekä alkukyselyistä ja moniammatillisten tapaamisten muistioista tehdyt yhteenvedot. Näin saatiin työryhmän tuki opinnäytetyön tekijän tekemille tulkinnoille.

Opinnäytetyön raporttiin on liitetty runsaasti suoria lainauksia ja sitaatteja tukemaan ryhmähaastattelusta ja työryhmätapaamisten muistioista tehtyjä tulkintoja. Muistioista tehtyjen tulkintojen varmistajana käytettiin edellä kuvatusti moniammatillista työryhmää. Opinnäytetyön raportissa on kuvattu lyhyesti myös muutamia muistioihin kirjattuja harjoitteita, joten jokainen voi nähdä, mitä konkreettisia tuotoksia työryhmätapaamisten aikana saatiin aikaan.

Videoidun ryhmähaastattelun analysoinnin opinnäytetyön tekijä suoritti itsenäisesti. Lukijalle on kuitenkin annettu mahdollisuus arvioida opinnäytetyön tekijän tekemien tulkintojen vastaavuutta raportissa esitettyjen lainauksien ja sitaattien avulla. Kenttämuistiinpanot eli raportin kirjoittajan tekemät havainnot prosessin ajalta olivat samansuuntaisia muistioista ja ryhmähaastattelusta saatujen tulosten kanssa, joten havaintoja voidaan pitää luotettavina. Toistetuiissa alkukyselyissä ei ollut tapahtunut muutoksia kyselyihin kirjattujen sanojen tasolla verrattuna alkutilanteeseen.

Kehittävässä työntutkimuksessa prosessin ohjaaja toimii kolmoisroolissa. Ensiksi hän toimii aktiivisena tapahtumiin puuttujana, toiseksi niiden tallentajana ja erittelijänä ja

kolmanneksi omien tekojensa ja tulkintojensa arvioijana. (Engeström 2002, 126.) Tässä opinnäytetyössä tapahtumiin puuttuminen ja niiden tallentaminen on tapahtunut suurimmaksi osaksi moniammatillisten tapaamisten kautta. Opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt toimimaan tapaamisten moottorina eli tehnyt etukäteisjärjestelyjä, muistutellut tapaamisajankohdista työryhmän jäseniä ja yrittänyt toimia innostajana, ”tsempparina”. Tavoitteenani oli luoda myönteistä henkeä ja avointa ilmapiiriä tapaamisiin ja saada sen avulla tarttumaan omaa innostusta myös muihin osallistujiin. Alkuvaikeuksien jälkeen koen onnistuneeni siinä tehtävässä ihan kohtuullisesti.

Tapahtumien tallentaminen on tarkoittanut tapaamisista tehtyjen muistioiden kirjaamista, kenttämuistiinpanojen tekemistä ja kaikkien muiden opinnäytetyöhön kuuluneiden aineistojen keräämistä. Alkuvaiheessa muistioiden tallentaminen tuntui työläältä, kun ilmaisussa käytettävää kieltä joutui miettimään liikaa. Hiljalleen muistioiden kirjaaminen alkoi sujua nopeammin. Työ- ja opiskelukiireet vaikuttivat siihen, että jossain vaiheessa prosessia muistioiden kirjoittaminen jäi viime tippaan eli sain ne valmiiksi vasta seuraavaa tapaamista edeltävänä iltana. Jatkon kannalta muistioiden kirjoittamisen opettelusta on varmasti paljon hyötyä.

Opinnäytetyön raportin pohdinta sisältää pitkin matkaa omien tekojen ja tulkintojen arviointia. Kuten jo aiemmin tuli esille, tuloksista tehdyille tulkinnoille on haettu varmistusta moniammatilliselta työryhmältä. Osan tulkinnoista olen kuitenkin tehnyt itsenäisesti kehittävän työntutkimuksen lähestymistavan suomaan vapautta käyttäen. Prosessia taaksepäin mietittäessä eniten omaa toimintaa olisi voinut jäməköittää prosessin alussa. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys olisi pitänyt olla paremmin hallinnassa jo muutosinterventiota aloittaessa, jolloin uuden toimintamallin kokeilua olisi voinut perustella paremmin tutkimustietoon nojaten. Myös kokonaiskuva koko prosessista ja sen etenemisestä olisi pitänyt olla selkeämmin jäsentynyt oman pään sisällä prosessin alkuvaiheessa. Prosessin edetessä olisin voinut olla vielä aktiivisempi koulutuksellisesta näkökulmasta ajateltuna. Olisin voinut esimerkiksi tuoda aiheeseen liittyviä artikkeleita työryhmän luettavaksi. Toisaalta tämän opinnäytetyön tekeminen on tapahtunut normaalin työnteon ja opiskelujen ohessa, joten siltä osin voi olla oman toiminnan tarkastelussa itselleen hieman armollisempi.

Johtajuuden osalta opinnäytetyön opintojaksokuvauksen mukaan opiskelijan tulee hallita seuraavassa kuvatut asiat. Opiskelija kykenee hahmottamaan kokonaisuuksia sekä arvioimaan ja soveltamaan tietoa kriittisesti toiminnan johtamisessa. Tämän lisäksi hän hallitsee projektitoiminnan osa-alueet ja johtaa sekä arvioi niitä tuloksellisesti. (Opinnäytetyön opintojaksokuvaus 2008.)

Opinnäytetyöprosessi on vaatinut tekijältään johtajuuden kehittämistä. Prosessin eteenpäin vieminen on sisältänyt runsaasti organisointia, erilaisista asioista sopimista, tiedottamista ja vuorovaikutuksessa olemista eri ihmisten kanssa. Alkuvaikeuksien jälkeen kokonaisuus alkoi hahmottua paremmin myös opinnäytetyön tekijälle, minkä jälkeen prosessin eteenpäin vieminen sujui jämäkämmin. Moniammatillisen työryhmän ohjaaminen ei ollut ehkä helpoin tapa alkaa kokeilla toiminnan johtamista, mutta toisaalta se on antanut runsaasti arvokasta kokemusta. Kuten jo aiemmin todettiin, alkuvaiheessa esimerkiksi muistioiden tallentaminen tuntui työläältä, kun yhteinen kieli oli vielä kadoksissa. Kokemus oli kuitenkin kaiken kaikkiaan hyvin antoisa ja opettavainen ja johti johtajan löytämiseen itsessäni. Esimiestehtävät eivät edelleenkään tunnu olevan minua varten, mutta opinnäytetyöprosessin edetessä tämäntyyppinen projektin tai toiminnan johtaminen on alkanut tuntua entistä kiinnostavammalta.

9.3 Opinnäytetyöprosessin kuvaus, lähestymistavan arviointia ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön raportissa prosessin etenemistä ja aikataulua käydään lyhyesti läpi. Tarkempi prosessin eteneminen ja aikataulutus löytyy opinnäytetyön liitteenä (liite 5). Opinnäytetyöprosessi alkoi oikeastaan jo keväällä 2008, kun hain Savonlinnassa saman vuoden syksyllä alkavaan ylempään ammattikorkeakoulututkintoon tähtäävään koulutukseen. Samana keväänä työpaikallamme alkoivat syksyllä 2008 alkaneeseen ”Aktivoiva fysioterapia aivohalvauspotilaan alkuvaiheen kuntoutuksessa - Kuntoutumisen seurantatutkimus” -tutkimus- ja kehittämishankkeeseen liittyvät koulutukset. Tuolloin päätin, että päästyäni aloittamaan opinnot teen opinnäytetyöni edellä mainittuun tutkimushankkeeseen. Syksyllä 2008 kävin keskustelemassa tutkimuksen päätutkija Outi Pyöriän kanssa tutkimusta hyödyntävistä aiheista. Tuon keskustelun perusteella aiheekseni valikoitui aivohalvauskuntoutuksen tehostaminen moniammatillisuudella.

Syksyllä 2008 pidettyjen ”Aktivoiva fysioterapia” -hankkeen koulutustilaisuuksien myötä päädyttiin moniammatillisten työryhmätapaamisten järjestämiseen viikoittain koeryhmän kuntoutujille silloin, kun koeryhmäläisiä on jaksolla. Moniammatillisten työryhmätapaamisten koordinointi ja ”ideariihien” tuotosten tallentaminen sovittiin minun osa-alueekseni, ja näin sain liitettyä opinnäytetyöhöni koulutusohjelmani mukaisen johtamisen näkökulman. Ensimmäinen työryhmätapaaminen järjestettiin 29.10.2008.

Uudenlaisen työskentelyn aloittaminen ei kai koskaan käyne aivan ongelmattomasti, vaan useimmiten siihen liittyy monenlaisia asenne- ja tahtokysymyksiä, jotka täytyy ensin ratkaista, jotta päästään siirtymään itse asiaan. Kuten Engeström (2002, 149) kirjassaan mainitsee, uuden toimintamallin käyttöönottovaiheeseen kuuluu uuden ja vanhan toimintamallin väliset törmäykset, jotka ovat seurausta siitä, että uusi toimintamalli on sekä mahdollisuus että uhka. Uudella toimintamallilla on mahdollisuus vastata toiminnan uusiin vaatimuksiin, mutta samalla se tarkoittaa vanhasta ja tutusta toimintatavasta luopumista (Engeström 2002, 149). Näin kävi osittain myös tämän opinnäytetyön muutosintervention alkuvaiheessa, mutta onneksi yhteinen tahtotila ja asenne uuden mallin kokeiluun löytyivät varsin nopeasti ja sen myötä päästiin toiminnan kehittämiseen.

Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin toukokuussa 2009, minkä jälkeen sain tutkimusluvut Kruunupuistosta. Käytännön tasolla muutosinterventio oli jo tuolloin käynnissä. Opinnäytetyön suunnitelma on esitetty myös Oslossa Pohjoismaisessa fysioterapiakongressissa, jossa suunnitelma on ollut osa posteriesitystä. Posterit on opinnäytetyön liitteenä (liite 6).

Opinnäytetyön aineiston keruu päättyi vuoden 2009 lopussa lukuun ottamatta moniammatillisen työryhmän ryhmähaastattelua ja toistettuja alkukyselyjä. Vuosi 2010 on kulunut pääsääntöisesti aineiston analysoinnissa ja opinnäytetyön raportin työstämisessä. Opinnäytetyöprosessin aikana aineistoa on kertynyt runsaasti, ja analysointivaihe on ollut varsin työlästä mutta antoisaa. Eri aineistojen analysointimenetelmien valinta tuotti ajoittaista päänvaivaa. Analyysimenetelmistä päädyttiin lopulta sovelletusti sekä aineisto- että teorialähtöisen sisällönanalyysin käyttämiseen. Ryhmähaastat-

telun ja muistioiden analysoinnissa teorialähtöistä sisällönanalyysiä on käytetty löyhästi, koska näytti siltä, että tiukalla kategorisoinnilla saadut tulokset peittyivät menetelmän alle.

Kehittävä työntutkimus kevyesti käytettynä on sopinut tämäntyyppiseen opinnäytetyöhön mielestäni hyvin. Se on asettanut raamit opinnäytetyön etenemiselle, mutta ollut samalla hyvin salliva ja armollinen aloittelevaa tutkijaa kohtaan. Opinnäytetyön vaiheistus asettui ekspansiivisen oppimissyklin malliin varsin kivuttomasti ja selkeytti prosessin etenemistä tarvittavasti myös opinnäytetyön tekijälle.

Engeströmin (2002, 12) mukaan kehittävä työntutkimus yhdistää tutkimuksen, käytännön kehittämistyön ja koulutuksen ja on näin osallistava lähestymistapa. Kehittävässä työntutkimuksessa ratkaisuja ei tuoda ulkoapäin, vaan työntekijät analysoivat itse toimintaansa, kehittelevät ja kokeilevat uusia ratkaisuja työssään kohtaamiinsa ongelmiin (Engeström 2002, 12). Kehittävän työntutkimuksen osallistava ja käytännönläheinen lähestymistapa työyhteisötason ongelmien ratkaisussa ovat viehättäneet opinnäytetyön tekijää. Monien ongelmien ratkaisut ovat siis omissa käsissä tai paremminkin päissä, jos vain tahtoa riittää niihin puuttumiseen. Tämä on lohdullinen ajatus nykypäivän alati muuttuvassa työelämässä. Työnantajien tulisi käyttää tätä työntekijätasolta löytyvää potentiaalia paljon nykyistä enemmän keksittäessä ratkaisuja organisaatioihin kohdistuviin muutospaineisiin.

Opinnäytetyöprosessi on ollut henkilökohtaisesti hyvin opettavainen niin asiantuntijuuden, johtajuuden kuin vuorovaikutustaitojenkin kehittymisen kannalta. Moniammatillisuus ja moniammatillinen yhteistyö eivät ole mitenkään yksinkertaisia asioita, eikä etenäkään niiden kehittäminen. Etenkin prosessin alkuvaiheessa aihealue tuntui todella haastavalta ja hetken jopa mietin, onko minulla riittävästi tarmoa moisen prosessin läpiviemiseen. Tässä vaiheessa voi jo huokaista helpotuksesta ja todeta, että prosessista selvittiin. Moniammatilliset tapaamiset ovat olleet minunkin näkökulmastani todella antoisia, ja niiden aikana on oppinut todella paljon uusia asioita aivohalvauskuntoutukseen liittyvistä asioista. Epäilemättä voin todeta ammattitaitoni kehittyneen prosessin aikana. Prosessin edetessä on tullut myös tullut selkeästi esille se, miten tärkeää roolia vuorovaikutustaitojen hallinta näyttää silloin, kun pyritään transprofessionaaliseen työskentelyyn.

Opinnäytetyön tulokset olivat lupauksia herättävät, mutta näkemykseni on, että vallitsevilla työkäytänteillä ja rakenteilla moniammatillisuutta ei opinnäytetyön kohdeympäristössä voida enää kehittää kovin paljon pidemmälle, vaan on mietittävä uusia toimintakäytäntöjä. Moniammatillisten työkäytänteiden kehittäminen ei ole pelkästään alueellinen vaan myös valtakunnallinen haaste.

Konsensuslausumassa äkillisten aivovaurioiden jälkeisestä kuntoutuksesta (2008) todetaan, että vuosittain 6000 aivoverenkiertohäiriöpotilasta tarvitsee akuuttivaiheen moniammatillista osastokuntoutusta, mutta valtakunnallisesti vain alle puolet saa tarvitsemaansa kuntoutusta. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista moniammatilliseen kuntoutukseen pääsee vain 10–20 % potilaista ja iäkkäiden kohdalla alueellinen eriarvoisuus korostuu entisestään (Konsensuslausuma: äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008).

Edellä kuvatut karut lukemat todistavat sen, että aivohalvauskuntoutuksessa olisi vielä paljon kehitettävää niin kuntoutukseen pääsyn kuin moniammatillisuudenkin osalta. Opinnäytetyöprosessin aikana on herännyt jatkokehittämishdotuksia moniammatillisuuden tehostamiseksi edelleen, ja näitä ajatuksia on aikomus jalostaa mahdollisesti uuden kehittämishankkeen pohjaksi vielä tämän vuoden puolella.

Opinnäytetyön lopuksi haluan kiittää opinnäytetyön ohjaajiani kannustavasta suhtautumisesta opinnäytetyötäni kohtaan ja kaikista niistä hedelmällisistä keskusteluista, joita olemme opinnäytetyöprosessin aikana käyneet. Niiden voimalla olen päässyt työssäni eteenpäin. Kiitokset myös moniammatilliselle työryhmälle, joka heittäytyi urheasti mukaan toiminnan kehittämiseen. Kanssaopiskelijoilta saatu vertaistuki on ollut prosessin aikana korvaamatonta, joten siitä kiitos. Näistäkin virkkeistä voimme päätellä, että YHDESSÄ OLEMME ENEMMÄN.

LÄHTEET

- Aivoinfarktin käypä hoito -suositus 2006. Duodecim. WWW-dokumentti.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051>. Päivitetty 12.1.2009.. Luettu 4.2.2009.
- Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2009. Liiton WWW-sivut.
http://www.stroke.fi/files/410/Numerotietoja_AVH_2009.pdf. Päivitetty 12.1.2009.
Luettu 5.10.2010.
- Askim, Torunn, Rohweder, Gitta, Lydersen, Stian, & Indredavik, Bent 2004. Evaluation of an extended stroke unit service with early supported discharge for patients living in a rural community. A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 3, 238–248.
- Bader, Tara 2008. Home-based rehabilitation for people with stroke: An evaluation of efficacy. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 2, 83–89.
- Bautz–Holter, Erik, Sveen, Unni, Rygh, Jørgen, Rodgers, Helen & Wyller, Torgeir Bruun 2002. Early supported discharge of patients with acute stroke: a randomized controlled trial. *Disability & Rehabilitation* 7, 348–355.
- Bernhardt, Julie, Dewey, Helen, Thrift, Amanda & Donnan, Geoffrey 2004. Inactive and Alone: Physical Activity Within the First 14 Days of Acute Stroke Unit Care. *Stroke – Journal of the American Heart Association* 35. Verkkolehti.
<http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/35/4/1005> Ei päivitystietoa. Luettu 7.7.2010.
- Bernhardt, Julie, Chan, James, Nicola, Ilona & Collier, Janice, M. 2007. Little therapy, little physical activity: rehabilitation within the first 14 days of organized stroke unit care. *Journal of Rehabilitation Medicine* 39. PDF-dokumentti.
<http://jrm.medicaljournals.se/files/pdf/39/1/776.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 7.7.2010.

Carr, Janet & Shepherd, Roberta 2000. The adaptive system: plasticity and recovery. Teoksessa Carr, Janet & Shepherd, Roberta (toim.) *Neurological Rehabilitation. Optimizing Motor Performance*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 3–22.

D'Amour, Danielle, Ferrara-Videla, Marcela, San Martin Rodriguez, Leticia. & Beaulieu, Marie-Dominique 2005. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care* S1, 116–131.

Dean, Catherine, M. & Shepherd, Roberta, B. 1997. Task-related Training Improves Performance of Seated Reaching Tasks After Stroke. A Randomized Controlled Trial. *Stroke – Journal of the American Heart Association* 28. Verkkolehti.

<http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/28/4/722> Ei päivitystietoa. Luettu 7.7.2010.

Engeström, Ritva, Pulkkis, Anneli, Rautkorpi, Tiina & Mutanen, Arto 2008. Vuoro-vaikutus mullistaa oppimistilanteen. Teoksessa Kotila, Hannu, Mutanen, Arto & Kakkonen, Marja-Liisa (toim.) *Opetuksen ja tutkimuksen kiasma*. Helsinki: Edita Prima Oy, 175–195.

Engeström, Yrjö 2002. *Kehittävä työntutkimus – Perusteita, tuloksia ja haasteita*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Fjærtøft, Hild, Indredavik, Bent, Magnussen, Jon & Johnsen, Roar 2005. Early Supported Discharge for Stroke Patients Improves Clinical Outcome. Does It Also Reduce Use of Health Services and Costs? *Cerebrovascular Diseases* 19. Verkkolehti.

<http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?doi=10.1159/000085543>. Ei päivitystietoa. Luettu 8.4.2010.

Gustafsson, Aira 2010. Sähköpostikeskustelu 23.–27.9.2010. Fysioterapeutti. Kymenlaakson keskussairaala.

Herttuainen, Päivi 2010. Haastattelu 29.8.2010. Puheterapeutti. Kruunupuisto Oy.

Indredavik, Bent, Fjærtøft, Hild, Ekeberg, Gun, Løge, Anne D. & Mørch, Birgitte 2000. Benefit on an Extended Stroke Unit Service With Early Supported Discharge: A Randomized, Controlled Trial. *Stroke – Journal of the American Heart Association* 31. Verkkolehti. <http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/31/12/2989>.
Ei päivitystietoa. Luettu 8.4.2010.

Isoherranen, Kaarina 2008. Yhteistyön uusi haaste – moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Isoherranen, Kaarina, Rekola, Leena & Nurminen Raija. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 26–48.

Jorgensen, Henrik, Nakayama, Hirofumi, Raaschou, Hans, Vive-Larsen, Jorgen, Stoier, Mogens & Olsen, Tom 1995. Outcome and time course of recovery in stroke. Part II: Time course of recovery. The Copenhagen Stroke Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, May, 406–412.

Kallanranta, Tapani 2002. Neurologisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Aalto, Anna-Mari, Hurri, Heikki, Järvikoski, Aila, Järvisalo, Jorma, Karjalainen, Vappu, Paatero, Heidi, Pohjolainen, Timo & Rissanen, Pekka (toim.) Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, raportteja 267/2002. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 99–125.

Karppi, Sirkka-Liisa 2006. Toimintakyky on selviytymistä elämän haasteista. WWW-dokumentti.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/261006153959HJ?OpenDocument>. Ei päivitystietoa. Luettu 27.4.2009.

Kela 2010. Etelä-Suomen vakuutusalueen infotilaisuuden avaus 23.2.2010. PDF-dokumentti.
[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/\(WWWAllDocsById\)/9DFDFEF798ACAB5EC22576D3002C8336/\\$file/Infotilaisuuden%20avaus.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/(WWWAllDocsById)/9DFDFEF798ACAB5EC22576D3002C8336/$file/Infotilaisuuden%20avaus.pdf) Ei päivitystietoa. Luettu 7.7.2010.

Kelan kuntoutuksen hyvät käytännöt 2009. WWW-dokumentti.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/301008140226SV?OpenDocument>. Ei päivitystietoa. Luettu 27.4.2009.

Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia. WWW-dokumentti.

<http://www.duodecim.fi> Päivitetty 29.10.2008. Luettu 4.2.3009.

Kuntoutusprosessi 2009. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti.

http://www.tokem.fi/eOppimiskeskus/Levike/levikehyvinvointi/hyvinvointi/kuntoutusohja-us/kuntoutuksen_perusteet/kuntoutusprosessi/kuntoutusprosessiteksti.html#arviointi.

Ei päivitystietoa. Luettu 27.4.2009.

Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka – aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kwakkel, Gert, Kollen, Boudewijn & Lindeman, Eline 2004. Understanding the pattern of functional recovery after stroke: Facts and theories. *Restorative Neurology and Neuroscience* 3 – 5/2004, 281–299.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1, 3–11.

Laakkonen, Niina, Rask, Sirpa & Valkeapää, Soili 2010. Miten kuntoutuskäytännöt tukevat aktiivisuutta? Akuuttivaiheen aivoverenkiertohäiriökuntoutujan aktiivisuuden kehittäminen kuntoutuskeskuksessa. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Fysioterapian ja hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Langhorne, Peter & Duncan, Pamela 2001. Does the Organization of Post Acute Stroke Care Really Matter? *Stroke* 1, 268–274.

Lehto, Natalie K., Marley, Taffina L., Ezekiel, Helen Jansen, Wishart, Laurie R., Lee, Timothy D. & Jarus, Tal 2001. Application of motor learning principles: The physio-

therapy client as a problem-solver. IV: Future directions. *Physiotherapy Canada*. Spring 2001: 109–114.

Leathard, Audrey 2003. *Interprofessional Collaboration: from policy to practice in health and social care*. New York: Brunner & Routledge.

Liimatta, Anne 2010. *Henkilökohtainen tiedonanto 4.10.2010*. Kuntoutuspäällikkö. Kruunupuisto Oy.

Marley, Taffina L., Ezekiel, Helen Jansen, Lehto, Natalie K., Wishart, Laurie R. & Lee, Timothy D. 2000. Application of motor learning principles: the physiotherapy client as a problem-solver. II. Scheduling practice. *Physiotherapy Canada*. Fall 2000, 315–320.

Mayo, Nancy, Wood-Dauphinee, Sharon, Côté, Robert, Gayton, David, Carlton, Joseph, Buttery, Joanne & Tamblyn, Robyn 2000. There's No Place Like Home: An Evaluation of Early Supported Discharge for Stroke. *Stroke – Journal of the American Heart Association* 31. Verkkolehti. <http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/31/5/1016>. Ei päivitystietoa. Luettu 8.4.2010.

McNamee, Paul, Christensen, Jakob, Soutter, Jennifer, Rodgers, Helen, Craig, Neil, Pearson, Pauline & Bond, John 1998. Cost analysis of early supported hospital discharge for stroke. *Age and Ageing* 27. Verkkolehti. <http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/reprint/27/3/345>. Ei päivitystietoa. Luettu 8.4.2010.

Muutoslaboratorio: kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009. WWW-dokumentti. <http://www.muutoslaboratorio.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 10.4.2009.

Määttä, Mirja 2006. Poikkialueelliset ryhmät ja perheiden ongelmiin puuttuminen. *Yhteiskuntapolitiikka* 6. Verkkolehti. <http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/8D3341D3-1F29-4BE0-A352-2B583EB9E045/0/066maatta.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 1.9.2010.

Niemi, Kirsti 2010. Sähköpostikeskustelu 4.–5.10.2010. Toimintaterapeutti. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Opinnäytetyön opintojaksokuvaus 2008. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali- ja terveystieteiden johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelma.

Payton, Otto, Nelson, Craig & Hobbs, Michelle 1998. Physical therapy patients' perceptions of their relationships with health care professionals. *Physiotherapy Theory and Practice* 14, 211–221.

Pietarinen, Juhani 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen, Sakari, Launis, Veikko, Pelkonen, Risto & Pietarinen Juhani (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 58–69.

Pyöriä, Outi 2007. Reliable Clinical Assessment of Stroke Patients' Postural Control and Development of Physiotherapy in Stroke Rehabilitation. (Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden toimintakyvyn luotettava kliininen mittaaminen ja fysioterapian kehittäminen Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella). Väitöskirja. WWW-dokumentti. http://www.jyu.fi/ajankohtaista/menneet_view?vuosi=2007&b_start:int=60 . Päivitetty 28.8.2007. Luettu 19.10.2008.

Pyöriä, Outi, Nykänen, Matti, Nyrkkö, Hannu, Talvitie, Ulla, Reunanen, Merja, Kautiainen, Hannu, Kilpeläinen, Hannu, Pieninkeroinen, Ilkka & Tapiola Tero 2008. Aktiivoiva fysioterapia aivohalvauspotilaan alkuvaiheen kuntoutuksessa – kuntoutumisen seurantatutkimus. Tutkimussuunnitelma 20.8.2008.

Pyöriä, Outi, Nykänen, Matti, Nyrkkö, Hannu, Talvitie, Ulla, Reunanen, Merja, Kautiainen, Hannu, Kilpeläinen, Hannu, Pieninkeroinen, Ilkka & Tapiola Tero 2009. Aktiivoiva fysioterapia aivohalvauspotilaan alkuvaiheen kuntoutuksessa – kuntoutumisen seurantatutkimus. Tarkennettu tutkimussuunnitelma 10.8.2009.

Pärnä, Katariina 2007. Moniammatillisen yhteistyön mahdollisuudet varhaisen tuen työssä. Teoksessa Remsu, Niina & Törrönen, Maritta (toim.) Varhainen vastuunotto. Helsinki: Painotalo Miktor, 49–59.

Rensink, Marijke, Schuumans, Marieke, Lindeman, Eline & Hafsteinsdottir, Thora 2009. Task-oriented training in rehabilitation after stroke: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 4, 737–754.

Reunanen, Merja 2003. Fysioterapeutit työnsä kehittäjinä – Miten aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian muutos käynnistyi? Terveystieteiden lisensiaatin tutkimus. Jyväskylän yliopisto.

Ricauda, Nicoletta, Aimonino, Bo, Mario, Molaschi, Mario, Massaia, Massimiliano, Salerno, Dominga, Amati, Dario, Tibaldi, Vittoria & Fabris, Fabrizio 2004. Home Hospitalization Service for Acute Uncomplicated First Ischemic Stroke in Elderly Patients: A Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2, 278–283.

Riikilä, Tuovi & Tervonen, Maarit 2009. Kokemuksista kehittämiseen - Moniammatillinen työskentely ASLAK- ja TYK-kuntoutuksessa. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Fysioterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Rodgers, Helen, Soutter, Jennifer, Kaiser, Wendy, Pearson, Pauline, Dobson, Ruth, Skillbeck, Clive & Bond, John 1997. Early supported hospital discharge following acute stroke: pilot study results. *Clinical Rehabilitation* 4. Verkkolehti.

<http://cre.sagepub.com/cgi/content/abstract/11/4/280>. Ei päivitystietoa. Luettu 8.4.2010.

Rønning, Ole, Morten & Guldvog, Bjørn 1998. Outcome of Subacute Stroke Rehabilitation. A Randomized Controlled Trial. *Stroke – Journal of the American Heart Association* 29. Verkkolehti. <http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/29/4/779>. Ei päivitystietoa. Luettu 28.6.2010.

Shumway-Cook, Anne & Woollacott, Marjorie H. 2001. Motor Control: Issues and Theories. Teoksessa Shumway-Cook, Anne & Woollacott, Marjorie H. (toim.) *Motor*

Control – Theory and Practical Applications. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 1–25.

Sipari, Salla 2002. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen lasten ja nuorten lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8248/sasipa.pdf?sequence=1> Ei päivitystietoa. Luettu 13.7.2010.

Sipari, Salla 2008. Kuntouttava arki lapsen tueksi. Kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistoiminnan rakentuminen asiantuntijoiden keskusteluissa. Jyväskylän yliopisto. Eri-tyispedagogiikan laitos. Väitöskirja. PDF-dokumentti.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18788/9789513933258.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoa. Luettu 28.8.2010.

Talvitie, Ulla, Karppi, Sirka-Liisa & Mansikkamäki, Tarja 1999. Fysioterapia. Helsinki: Oy Edita Ab.

Talvitie, Ulla, Pyöriä, Outi, Reunanen, Merja & Nyrkkö, Hannu 2001. Aktivoiva fysioterapia aivohalvauspotilaiden kuntoutuksessa – Fysioterapiapalvelujen alueellinen kehittämisprojekti. Suomen Lääkärilehti 18, 2031–2035.

Talvitie, Ulla 2002. Motorinen oppiminen – tie aktiiviseen kuntoutukseen. Fysioterapia 3, 11–13.

Talvitie, Ulla 1996. Guidance strategies and motor modelling in physiotherapy. Physiotherapy Theory and Practice 12, 49–60.

Tanttu, Anja 2002. Työterveyshuollon moniammatillisten työryhmien käsityksiä ammatillisesta kuntoutuksesta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8216/atanttu.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoa. Luettu 13.7.2010.

Thorsén, Ann-Mari, Widén Holmqvist, Lotta, de Pedro-Cuesta, Jesús & von Koch, Lena 2005. A Randomized Controlled Trial of Early Supported Discharge and Continued Rehabilitation at Home After Stroke. Five-Year Follow-Up of Patient Outcome. *Stroke – Journal of the American Heart Association* 36. Verkkolehti.

<http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/36/2/297> Ei päivitystietoa. Luettu 28.6.2010.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tyyskä, Eija 2002. Fysioterapeuttien kokemuksia asiantuntijuudestaan moniammatillisissa työryhmissä. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Fysioterapian pro gradu -tutkielma.

Varto, Juha 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Vejjola, Arja 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Oulun Yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. PDF-dokumentti.

<http://herkules oulu.fi/isbn9514274245/isbn9514274245.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 13.7.2010.

von Koch, Lena, Widén–Holmqvist, Lotta, Kostulas, Vasilios, Almázan, Javier & de Pedro–Cuesta, Jesus 2000. A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm: outcome at six months. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 32, 80–86.

von Koch, Lena, de Pedro–Cuesta, Jesus, Kostulas, Vasilios, Almázan, Javier & Widén–Holmqvist, Lotta 2001. Randomized Controlled Trial of Rehabilitation at Home after Stroke: One–Year Follow–Up of Patient Outcome, Resource Use and Cost. *Cerebrovascular Diseases* 2. Verkkolehti.

<http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Doi=47692>.

Ei päivitystietoa. Luettu 8.4.2010.

Widén–Holmqvist, Lotta, von Koch, Lena, Kostulas, Vasilios, Holm, Margareta, Widsell, Gunilla, Tegler, Helena, Johansson, Kerstin, Almazan, Javier & de Pedro-Cuesta, Jesus 1998. A Randomized Controlled Trial of Rehabilitation at Home After Stroke in Southwest Stockholm. *Stroke – Journal of the American Heart Association*. Verkko-lehti 29. <http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/29/3/591>.

Ei päivitystietoa. Luettu 8.4.2010.

Winkel, Annette, Ekdahl, Charlotte & Gard, Gunvor 2008. Early discharge to therapy-based rehabilitation at home in patients with stroke: a systematic review. *Physical Therapy Reviews* 3, 167–187.

LIITE 1. Sopimus opinnäytetyön tekemisestä



SOPIMUS OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ

Sopijaosapuolet:

Opinnäytetyön tilaaja: Aktiiviva fysioterapia aivohalvauspotilaan alkuvaiheen
kuntoutuksessa - tutkimushanke / Kruunupuisto

ja Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonlinnan terveysalan laitoksen sosiaali- ja terveysalan
johtaminen ja kehittäminen koulutusohjelman opiskelija Soile Eronen

Opinnäytetyön aihe: Aivohalvauskuntoutuksen tehostaminen moniammatillisuudella

Opinnäytetyön ohjaajat:

Ohjaava opettaja: Merja Reunanen / sisällön ohjaaja Outi Pyörriä

Työelämäohjaaja: Anne Lämätke

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika: 5/2010

Muut sopimusehdot:

15.12.2008 Punkaharju

Aika ja paikka

Soile Eronen

Opiskelijan/opiskelijoiden allekirjoitus

[Handwritten Signature]

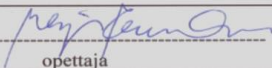
Toimeksiantajan allekirjoitus

LIITE 2. Pyyntö opinnäytetyön toteuttamiseksi ja aineiston kokoamiseksi



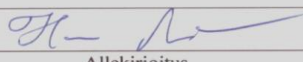
PYYNTÖ
Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
Opinnäytetyön toteuttamiseksi

Laitos, yritys, yhteisö,
jolle pyyntö osoitetaan: Kruunupuisto Oy

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella, miten avh-potilaan kuntoutusta ja harjoittelua on suunniteltu Kruunupuistossa työn ja tuotoksen näkökulmasta ja tapahtuuksia samalla muuttokien opinnäytetyöhön liittyvän intervention aikana.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Aktiivinen fyysioterapia -hankkeeseen kuuluva moniammatillinen työryhmä
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on kehittämä työntutkimus. Aineistona käytetään mm. työryhmätapaamisten muistioita ja haastatteluita.
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	syysy 2008 - tammikuu 2010
Opinnäytetyön arvioitu valmistusaika	5/2010
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveysalan laitoksella	2 päivänä kesä kuuta 2009  opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	Outi Pyöriä outi.pyoria@mami.fi Anne Lämälä anne.lamala@kruunupuisto.fi Merja Reunanen merja.reunanen@mami.fi
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	
Nimi	<u>Soile Eronen</u> puh. <u>015-7750537/työ</u> , <u>040-5739400/koti</u>
Osoite	<u>Vetehisenkatu 5 as 6 57200 Savonlinna</u>
Nimi	_____ puh. _____
Osoite	_____

Anomus käsitelty 11 6 2009

lupa myönnetty
 lupa evätty, peruste: _____


Allekirjoitus

Pyyntö lähetään kahtena kappaleena, joista toisen luvanantaja palauttaa käsitellyn jälkeen opinnäytetyön tekijöille.
LIITEET : hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma, aineistonhankintalomake (kysely-, haastattelututkimuksessa)

LIITE 3. Alkukysely

Näkemyksesi/mielikuvasi moniammatillisen tiimin jäsenten työstä avh-kjan kanssa

hoitaja: sh/ph

neuropsykologi/psykologi

toimintaterapeutti

fysioterapeutti

Avh-kja

puheterapeutti

LIITE 4 (1). Alkukyselyjen yhteenveto

HOITAJA: sairaanhoitaja, perushoitaja	alkuperäisilmaisuja:
Kuntoutujan laituskuntoutusjaksolle tuloon, kotiutumiseen ja jatkohoitopaikkaan siirtymiseen liittyvät toimenpiteet	
	<ul style="list-style-type: none"> - kuntoutujien vastaanotto kuntoutusjakson alussa - haastattelut - sairaanhoidolliset mittaukset - kotiutukseen liittyvien asioiden hoitaminen - yhteydenotto jatkohoitopaikkaan
Kuntoutujan kokonaisvaltainen huomioiminen (perustarpeet, lääkkeet, toimintakyky jne.)	
- adl-toiminnot, päivittäiset toiminnot	- kuntoutujan ohjaaminen ja auttaminen kaikissa päivittäisissä toimissa (pesut, pukeutuminen, riisuutuminen, siirrot, asentohoito, ruokailu, erityis)
- adl-toiminnoista, päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arviointi	<ul style="list-style-type: none"> - kuntoutujan päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arviointi - osastotoiminnan havainnointi - neuropsykologisten oireiden havainnointi + tiedon siirto/ välittäminen muille ammattiryhmille - ruokailun arviointi (pystyykö syömään)
- kuntouttava hoitotyö	<ul style="list-style-type: none"> - kuntoutujan hyvinvoinnista huolehtiminen 24 h/ vrk - päivittäisten toimien harjoittelu - kuntoutujan ohjaaminen ja opettaminen - toimiminen yhdessä kuntoutujan kanssa, tavoitteiden huomiointi - omatoimisuuteen kannustaminen
- lääkehuolto	<ul style="list-style-type: none"> - lääkkeiden jakaminen - lääkemuutosten vastaanottaminen - lääkemääräysten toteuttaminen
Kuntoutujan tukeminen ja terveystieteiden kasvatustarpeet	
	<ul style="list-style-type: none"> - ensisijainen tuki ja turva kuntoutujalle - keskustelut kuntoutujan kanssa sairastumiseen liittyvistä asioista - tiedon antaminen sairauksista - terveystieteiden kasvatustarpeet - terveystieteiden luennot
Kuntoutujan omatoimisuuden harjoittelun ja vapaa-ajan aktiivisuuden tukeminen	
	<ul style="list-style-type: none"> - omatoimisuuden harjoittelun ”tsekkaus” ja ohjaus - harjoittelun seuranta - eri ammattiryhmien (ft, tt, pt, psl) antamien tehtävien ohjaaminen ja seuranta - musiikin kuuntelun ja rentousharjoittelun ohjaaminen/ tukeminen - vapaa-ajan ohjelmiin ohjaaminen
Omaisten ohjaus	
	<ul style="list-style-type: none"> - omaisten ohjaus ja huomioiminen - tiivis yhteistyö läheisten kanssa
Moniammatillinen tiimityö	
	<ul style="list-style-type: none"> - moniammatilliseen tiimityöhön osallistuminen - tiedonvälitys, tiedon siirtäminen tiimille - kirjaaminen - muiden tiimin jäsenten ohjaaminen

LIITE 4 (2). Alkukyselyjen yhteenveto

NEUROPSYKOLOGI, PSYKOLOGI	
Kuntoutujan tutkiminen	
	<ul style="list-style-type: none"> - alkutilanteen selvittely - haastattelut - kognitiivisten toimintojen kartoittaminen ja häiriöiden arviointi - kuntoutujan ongelmakohtien kartoittaminen ymmärtämisen osa-alueilta - sairastumisen jälkeisten häiriöiden ja toimintojen tutkiminen - korkeimpien aivotointojen seuraaminen, testaus, edistymisen arviointi - neuropsykologiset testit - mielialan arvioiminen
Neuropsykologinen kuntoutus	
	<ul style="list-style-type: none"> - neuropsykologiseen kuntoutukseen liittyvien harjoitteiden ja tehtävien teon ohjaaminen kuntoutujalle ja niiden tekemisessä avustaminen - tavoitteiden miettimistä kuntoutujan kanssa - neuropsykologisten oireiden kuntoutus, toiminta pöytäta-solla - kognitiivisten toimintojen kuntouttaminen - oiretiedostuksen herättely - apuna erotusdiagnostiikassa: toiminnanohjaus/ kielelliset vaikeudet - mahdollisuus kommunikaation ja kielellisten toimintojen havainnointiin toiminnallisissa tilanteissa - mielialan tukeminen
Kuntoutujan tukeminen ja tiedon jakaminen	
	<ul style="list-style-type: none"> - kuntoutujan tukeminen ja kannustaminen - ryhmäkeskustelut - luennot - tiedon jakaminen neuropsykologisista ongelmista kuntoutu-jille
Kuntoutujan omatoimisen harjoittelun ja vapaa-ajan aktiivisuuden tukeminen	
	<ul style="list-style-type: none"> - omatoimisten harjoitteiden ohjaus
Kuntoutujan kotiutumiseen ja jatkokuntoutukseen liittyvät asiat	
	<ul style="list-style-type: none"> - kotiutusselvittelyt - jatkokuntoutuksen selvittäminen/ järjestäminen neuropsy-kologisen kuntoutuksen osalta - ajokyvyn arviointi - työkyvyn arviointi
Omaisten ohjaus	
	<ul style="list-style-type: none"> - omaisten ohjaus
Moniammatillinen tiimityö	
	<ul style="list-style-type: none"> - tiedonvälitys tiimille - kirjaaminen - tärkeä työpari puheterapeutille: erotusdiagnostiikka, kom-munikaation ja kielellisten toimintojen havainnointi toi-minnallisissa tilanteissa => tietoa puheterapeutille arkipäi-vän toiminnasta, arvio kotiloissa selviytymisestä

LIITE 4 (3). Alkukyselyjen yhteenveto

TOIMINTATERAPEUTTI	
Kuntoutujan tutkiminen	
	<ul style="list-style-type: none"> - alkutilanteen selvittäminen toimintakyvystä - sairastumisen jälkeen toiminnassa ilmenevien häiriöiden testaaminen ja tutkiminen - halvaantuneen käden toiminnan tutkiminen ja arviointi - testit: käden toiminta, hahmotus, silmä-käsi yhteistyö, koordinaatio ym. - tavoitteiden asettaminen yhdessä kuntoutujan kanssa
Terapia	
- päivittäisten toimintojen ohjaaminen	<ul style="list-style-type: none"> - päivittäisten toimintojen ohjaaminen - päivittäistä toimintakykyä tukevat toimintaharjoitteet - arkiasioiden harjoittelu - ruokailutilanteiden ohjaaminen - sairastuneen toimintojen ohjaaminen
- käsien harjoittaminen	<ul style="list-style-type: none"> - käsien käytön harjoittamista erilaisten asioiden toteuttamisen, ymmärtämisen ja oivalluksen kautta - käden harjoitteet - käsiterapiat hienomotorisesti, käsien käyttö - halvaantuneen käden toiminnan kuntoutus - käden taitojen ja arkeen liittyvän käytännön toiminnan arviointi ja kuntoutus
- toiminnan arviointi	<ul style="list-style-type: none"> - kuntoutujan toiminnan arviointi eri tilanteissa - toiminnan vaiheanalyysi ja kuntoutus - keittiöaskareiden arviointi
- neuropsykologisten oireiden ja kielellisten toimintojen havainnointi ja kuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> - neuropsykologisten oireiden kuntoutus toiminnan ja toimintakokonaisuuksien tasolla (hahmotus, toiminnanohjaus, apraksia) - mahdollisuus kommunikaation ja kielellisten toimintojen havainnointiin toiminnallisissa tilanteissa
- kotikäynnit	<ul style="list-style-type: none"> - kotikäyntien tekeminen
Apuvälineet	
	<ul style="list-style-type: none"> - apuvälineiden kartoitus, apuvälinetarpeen arviointi yhdessä kuntoutujan kanssa - lastojen ja apuvälineiden teko ja sovitukset sekä käytön ohjaus - apuvälinesuosituksien esittely, pienapuvälineet
Kuntoutujan tukeminen ja tiedon jakaminen	
	<ul style="list-style-type: none"> - kuntoutujan tukeminen ja kannustaminen - luennot - kuntoutujalle luodaan kuvaa oireiden vaikutuksesta toimintaan
Kuntoutujan omatoimisen harjoittelun ja vapaa-ajan aktiivisuuden tukeminen	
	<ul style="list-style-type: none"> - omatoimisten harjoitteiden ohjaus - vuorokausikellon täyttämisen aloittaminen
Kuntoutujan kotiutumiseen ja jatkokuntoutukseen liittyvät asiat	
	<ul style="list-style-type: none"> - kotiutusselvittelyt - jatkokuntoutuksen selvittäminen
Omaisten ohjaus	
	<ul style="list-style-type: none"> - omaisten ohjaus
Moniammatillinen tiimityö	
	<ul style="list-style-type: none"> - tiedonvälitys muille tiimin jäsenille, tiimin jäsenten ohjaus - kirjaaminen - kommunikaation ja kielellisten toimintojen havainnointi toiminnallisissa tilanteissa => tietoa puheterapeutille arkipäivän toiminnasta, arvio kotioloissa selviytymisestä

LIITE 4 (4). Alkukyselyjen yhteenveto

FYSIOTERAPEUTTI	
Kuntoutujan tutkiminen	
	<ul style="list-style-type: none"> - tutkiminen - lääkärin tulotarkastuksessa mukana - haastattelu, keskustelu - liikkumisen ongelmien kartoittaminen - fyysisen toimintakyvyn selvittäminen ja arviointi - fyysisten toimintaedellytysten arviointi - erilaiset testit
Terapia	
- terapian suunnittelu	- fysioterapian suunnittelu ja toteutus
- fysioterapian sisältö	<ul style="list-style-type: none"> - fyysiset harjoitteet ohjaten ja auttaen - fyysisen puolen kuntoutus - lihaskunto- ja huolto, tasapaino-, kävely- ym. monet muut harjoitteet - fyysisen toimintakyvyn harjoittaminen (lihasvoima, kestävyys, tasapaino-asennonhallinta) neuropsykologinen oireisto huomioiden - huomion kiinnittäminen kuntoutujan heikentyneen toimintakyvyn mukanaan tuomiin häiriöihin, sairastuneen toiminnan ohjaaminen ja auttaminen - harjoitteiden anto ja ohjaus kuntoutujalle - kehon hallintaharjoitteet eri asennoissa - biomekaniikan huomiointi - yläraajojen karkeamotorinen kuntoutus - kipuhoidot
- ryhmät	- erilaiset liikuntaryhmät
- kotikäynnit	<ul style="list-style-type: none"> - kotikäyntien tekeminen - yhteydet kotikäyntejä tekevän fysioterapeutin kanssa
Apuvälineet	
	<ul style="list-style-type: none"> - apuvälinearviot - liikkumisen apuvälineiden arviointi - apuvälinesuosituksot - ”isommat apuvälineet”
Kuntoutujan tukeminen	
	<ul style="list-style-type: none"> - kuntoutujan tukeminen ja kannustaminen - kuntoutujan aktiivinen mukaanotto kuntoutuksen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin johtoaikajatuksena
Kuntoutujan omatoimisen harjoittelun ja vapaa-ajan aktiivisuuden tukeminen	
	<ul style="list-style-type: none"> - omatoimisten harjoitteiden suunnittelu yhdessä kuntoutujan kanssa - harjoituspäiväkirjan täyttäminen ja ohjaaminen yhdessä kuntoutujan kanssa
Kuntoutujan kotiutumiseen ja jatkokuntoutukseen liittyvät asiat	
	<ul style="list-style-type: none"> - kotiutusasiat - jatkoterapioiden järjestely - kodinmuutostöiden tarpeen arviointi
Omaisten ohjaus	- omaisten ohjaus
Moniammatillinen tiimityö	
	<ul style="list-style-type: none"> - tiedonvälitys muille tiimin jäsenille, tiimin jäsenten ohjaus - kirjaaminen - hoitajien ohjaus asiakkaan edistymisen mukaan: mitä olisi hyvä ottaa huomioon - puheterapeutille tärkeää kuulla kuntoutujan toiminnasta fysioterapiassa, koska tilanne erilainen kuin puheterapiassa - tiedon jakaminen muille työryhmän jäsenille kuntoutujan kunnosta, turvallisesta liikkumisesta ja siirtymisestä sekä niihin liittyvistä tukitoimista

LIITE 4 (5). Alkukyselyjen yhteenveto

PUHETERAPEUTTI	
Kuntoutujan tutkiminen	
	<ul style="list-style-type: none"> - puheen tuottamisen ja ymmärtämisen sekä suun motoriikan arviointi - alkutilanteen selvittäminen testein, haastatellen, keskustellen kommunikoinnin osalta - kielellisten häiriöiden tutkiminen - kartoittaa puheen osa-alueen ongelmia - suun ja nielun alueen ongelmien kartoittaminen - tavoitteiden asettaminen yhdessä kuntoutujan kanssa
Terapia	
- nieleminen	<ul style="list-style-type: none"> - nielemisen seuraaminen, nielemisharjoitukset, nielemisvaikeuksien kuntoutus - suun seudun lihasten kuntoutus
- kommunikaatiokuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> - puheentuoton ja -ymmärtämisen kuntoutus - eleiden ja osoituksen käyttö - kommunikaatio kirjoittaminen/ lukemisen ymmärtäminen - harjoitteiden antaminen ja ohjaaminen - kommunikaatio-ongelmissa auttaminen - kielellisten rakenteiden harjoittelu
- vaihtoehtoiset kommunikaatiotavat	<ul style="list-style-type: none"> - vaihtoehtoisten kommunikaatiotapojen ohjaaminen, opettaminen - kuvatulkin käytön harjoittelun ohjaaminen - puhehäiriöisen kommunikaatioapuvälineiden käytön ohjaaminen - kommunikaatioapuvälineet
- neuropsykologisten oireiden kuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> - neuropsykologiset oireet huomioidaan terapiasisällöissä
Kuntoutujan tukeminen ja tiedon jakaminen	
	<ul style="list-style-type: none"> - tiedon antaminen kuntoutujalle - luennot
Kuntoutujan kotiutumiseen ja jatkokuntoutukseen liittyvät asiat	
	<ul style="list-style-type: none"> - kotiutumiseen liittyvät asiat - jatkokuntoutuksen selvittäminen
Omaisten ohjaus	
	<ul style="list-style-type: none"> - omaisten ohjaus - tiedon antaminen omaisille
Moniammatillinen tiimityö	
	<ul style="list-style-type: none"> - tiedonvälitys muille tiimin jäsenille, tiimin jäsenten ohjaus - kirjaaminen - vinkit kommunikaatiomenetelmiin muissa kuntoutustilanteissa

LIITE 5. Opinnäytetyön eteneminen ja aikataulutus

<p>Syyskuu 2008 Idea aiheesta Suunnittelua</p>
<p>Loka - joulukuu 2008 Moniammatilliset työryhmätapaamiset käynnistyvät Ideaseminaari Abstractin luomista Osloa varten</p>
<p>Tammi – helmikuu 2009 Materiaaliin perehtyminen Abstract lähetetään 30.1.09</p>
<p>Maalis - huhtikuu 2009 Materiaalin perehtyminen Kirjallisen raportin työstämistä suunnitelmaseminaariin Abstract hyväksytään</p>
<p>Touko – elokuu 2009 Suunnitelmaseminaari Aineiston keruuta Kirjallisen raportin työstämistä Posterin työstämistä</p>
<p>Syys - lokakuu 2009 Aineiston keruuta Raportin työstämistä Pohjoismainen fysioterapiakongressi Osllossa</p>
<p>Marras - joulukuu 2009 Yhteismuistelut n=2 Muistioiden keruu päättyy Kirjallisen raportin työstämistä</p>
<p>Tammikuu 2010 Aineiston analysoinnin aloittaminen Kirjallisen raportin työstämistä</p>
<p>Helmi - huhtikuu 2010 Aineiston analyysiä Kirjallisen raportin työstämistä</p>
<p>Toukokuu 2010 Moniammatillisten tapaamisten arviointi: ryhmähaastattelu Aineiston analyysiä Kirjallisen raportin työstämistä</p>
<p>Kesä - lokakuu 2010 Aineiston analyysiä Kirjallisen raportin työstämistä Artikkelin kirjoittaminen kypsyysnäytteenä</p>
<p>Marras - joulukuu 2010 Opinnäytetyön esitys koululla ja Kruunupuistossa Kirjallisen raportin viimeistelyä</p>



Coping at home after discharge – Supporting stroke patients’ participation and transition with activating physiotherapy

Reunanen Merja, Eronen Soile, Pyöriä Outi
Mikkeli University of Applied Sciences, Savonlinna, Finland
Kruunupuisto, Punkaharju Rehabilitation Centre, Finland

Purpose

To enhance stroke patients participation and transition to home environment with multiprofessional teamwork.
To find out the patients’ experiences about their participation in rehabilitation and coping at home after discharge.

Description



During a long-standing development project in eastern Finland a model of activating physiotherapy was constructed to support patient’s role as participant. Developing multiprofessional teamwork was identified as a future challenge.

Physiotherapy interventions



The members of multiprofessional team in rehabilitation centre share their expert knowledge with each other and with the patient to enhance the construction of meaningful daily “time-table” for the patient.

During home visits after discharge community physiotherapists continue supporting the patient in planning and problem-solving.



The major principle in activating therapy is to consider recovery after stroke as a learning process which requires not only physical but also cognitive and mental participation from the patient.

Evaluation

In developing multiprofessional teamwork the research approach is developmental work research, which shares its basic principles with action research. Narrative interviews are used to study patients’ experiences.

Funding acknowledgements

The study about patients’ experiences is funded by The Social Insurance Institution of Finland.

References

- Pyöriä, O. 2007. Reliable Clinical Assessment of Stroke Patients’ Postural Control and Development of Physiotherapy in Stroke Rehabilitation. University of Jyväskylä.
- Reunanen, M. 2003. Physiotherapists developing their work – How did stroke physiotherapy change? University of Jyväskylä. (in Finnish)