

Johanna Frilander

TRAUMAATTISTEN AIVOVAMMOJEN TOIMINTATERAPEUTTINEN KUNTOUTUS

Selvitys kuntoutuksen kohdentumisesta sekä
arviointi- ja terapiamenetelmistä

Opinnäytetyö

Toimintaterapeutti Yamk

Terveyden edistäminen

2020



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

| Tekijä/Tekijät | Tutkintonimike | Aika |
|--|------------------------------|----------------------------|
| Johanna Frilander | Toimintaterapeutti (YAMK) | Kesäkuu 2020 |
| Opinnäytetyön nimi Traumaattisten aivovammojen toimintaterapeuttinen kuntoutus – Selvitys terapian kohdentumisesta sekä arviointi- ja terapiamenetelmistä | | 123 sivua 16 liitesivua |
| Toimeksiantaja Toimintaterapia Aivoitus Oy | | |
| Ohjaaja Sari Ranta | | |
| Tiivistelmä Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää traumaattisen aivovamman saaneiden henkilöiden toimintaterapeuttisen kuntoutuksen nykytilaa Suomessa. Tarkoituksena oli selvittää, miten traumaattisen aivovamman saaneita aikuisia kuntoutetaan ja arvioidaan ja mihin interventiot kohdentuvat. Tutkimuskysymyksiin haettiin vastauksia Webropol-kyselyllä, jossa selvitettiin, minkälaisia työtapoja ja -menetelmiä toimintaterapeuteilla on käytössään, kuinka arviointi toteutetaan sekä minkälaisiin asioihin toimintaterapialla pyritään vaikuttamaan. Tavoitteena oli selvityksen myötä kerätä tietoa, jota Toimintaterapia Aivoitus Oy voisi jatkossa käyttää hyödyksi suunnitellessaan traumaattisten aivovammojen toimintaterapeuttisen kuntoutuksen yleisiä koulutuksia, ja kouluttaessaan myös omaa työyhteisöä. Kyselyyn saatiin 33 hyväksyttyä vastausta. Tulosten mukaan terapian tärkein elementti on vuorovaikutussuhde. Vastaajat kokivat oman roolinsa terapiasuhteessa merkitykselliseksi, ja kuntoutujan motivoiminen, tukeminen muuttuneessa elämäntilanteessa sekä tiedon jakaminen koettiin terapeutin tärkeimmiksi tehtäviksi. Arviointi ja terapia toteutetaan kokonaisuutena kuntoutujan ja tilanne huomioiden ja kuntoutuksessa otetaan huomioon myös kuntoutujan lähipiiri. Kuntoutusta tehdään usein moniammatillisesti. Tulosten mukaan interventiot kohdistuvat useimmiten kognitiivisten ongelmien kuntoutukseen. Lisäksi sairaala- ja terveyskeskustyössä kuntoutetaan motorisia- ja aistitoiminnan häiriöitä useammin kuin yksityissektorilla, ja yksityissektorilla taas painottuu tunne- ja sosiaalisen elämän kuntoutus enemmän kuin julkisessa terveydenhuollossa. Vastaajien mukaan toimintaterapeuttinen kuntoutus painottuu arjen toimintaan. Omalla ammattitaitoisella toiminnallaan ja menetelmillään, kuten porrastamalla toimintaa, ympäristöä muokkaamalla, tehtävää helpottamalla, tarjoamalla tietoa ja apuvälineitä, ohjaamalla, vaikuttamalla lähipiiriin, vahvistamalla itsetuntemusta ja toimintastrategioita tai esimerkiksi motivoimalla terapeutit mahdollistavat kuntoutujille osallistumisen ja suoriutumisen itselleen merkityksellistä toiminnasta. Pienen otannan vuoksi tulosten tilastollinen merkitsevyys ei ole suuri, mutta tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina. Tätä tukee myös monien yhtymäkohtien löytyminen kirjallisuuskatsauksesta saatuun tietoon. | | |
| Asiasanat toimintaterapia, aivovamma, kuntoutus, arviointi | | |

| Author | Degree | Time |
|---|-----------------------|-------------------------------------|
| Johanna Frilander | Master of Health Care | June 2020 |
| Thesis title Occupational therapy for traumatic brain injury -Study of assessment and therapy methods and targeting of interventions | | 123 pages 16 pages of appendices |
| Commissioned by Toimintaterapia Aivoitus Oy | | |
| Supervisor Sari Ranta | | |
| Abstract <p>The purpose of this thesis was to determine the current state of occupational rehabilitation of people with traumatic brain injury in Finland. The aim was to define how adults with traumatic brain injury are rehabilitated and evaluated, and where the interventions are targeted.</p> <p>This study was conducted by means of a Webropol survey to determine what kinds of working methods occupational therapists have, how evaluation is carried out and what kinds of issues occupational therapy aims to address. The aim was to gather information that the commissioner could later use when planning training related to the rehabilitation of traumatic brain injuries, also among its own employees. In total 33 responses were received to the questionnaire.</p> <p>Based on to the results, the most important element of therapy is the interaction between the therapist and a client. Respondents felt that their own role in the therapy was relevant, and they thought that the most important tasks of a therapist were motivating the clients, supporting them in their daily life after injury, and sharing information. Assessment and therapy are carried out holistically often in multi-professional cooperation and rehabilitation takes into account the client's social environment. Based on the results, interventions most often focus on the rehabilitation of cognitive problems. In addition, in hospitals and health centers the focus is on motor and sensory disorders, while the private sector places more emphasis on the rehabilitation of emotional and social life. According to the respondents, occupational therapy interventions focuses on everyday activities. Through their own professional activities and methods, such as strategy training, manipulation of the environment, chaining or simplification of the tasks, provision of information and guidance, strengthening self-awareness, encouragement and motivation, therapists can enhance rehabilitation and enable participation.</p> <p>Due to the small sample size, the results are not statistically significant, but they can be considered indicative. This is also supported by the fact that the results of the survey often coincided with the information obtained from the literature review.</p> | | |
| Keywords occupational therapy, traumatic brain injury, rehabilitation, assessment | | |

SISÄLLYS

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 6 |
| 2 | TEOREETTISET KÄSITTEET JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ..... | 7 |
| 3 | TRAUMAATTINEN AIOVAMMA..... | 8 |
| 3.1 | Aivovammojen epidemiologia..... | 8 |
| 3.2 | Vammamekanismit ja aivovammaluokittelu..... | 10 |
| 3.3 | Seuraukset ja oireet..... | 11 |
| 3.4 | Kuntoutuminen..... | 15 |
| 4 | KUNTOUTUS..... | 16 |
| 4.1 | Kuntoutuksen määrittely..... | 16 |
| 4.2 | Kuntoutusjärjestelmä..... | 17 |
| 4.3 | Lainsäädäntö..... | 19 |
| 4.4 | Aivovammakuntoutus..... | 20 |
| 5 | TOIMINTATERAPIA..... | 22 |
| 6 | TOIMINTATERAPEUTTINEN ARVIOINTI..... | 24 |
| 7 | TOIMINTATERAPIA AIOVAMMAKUNTOUTUKSESSA..... | 27 |
| 7.1 | Kognitiivinen kuntoutus..... | 30 |
| 7.1.1 | Kognitiivisen toiminnan arviointi..... | 30 |
| 7.1.2 | Toimintaterapeuttinen kognitiivinen kuntoutus..... | 34 |
| 7.2 | Visuaalinen hahmotus ja näkökyky..... | 38 |
| 7.2.1 | Visuaalisen hahmotuksen ja näönkäytön arviointi..... | 38 |
| 7.2.2 | Visuaalisen hahmotuksen ja näönkäytön kuntoutus..... | 39 |
| 7.3 | Motorisen ja fyysisen toiminnan arviointi ja kuntoutus..... | 40 |
| 7.4 | Jokapäiväisten toimintojen kuntoutus ja osallisuuden mahdollistaminen..... | 43 |
| 7.4.1 | Päivittäisten toimintojen arviointi..... | 43 |
| 7.4.2 | Päivittäisten toimintojen kuntoutus ja osallisuuden lisääminen..... | 45 |
| 7.5 | Psykososiaalisen toiminnan ja käyttäytymisen häiriöiden arviointi ja kuntoutus ... | 47 |
| 8 | OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET..... | 51 |

| | | |
|------|---|-----|
| 9 | TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT | 52 |
| 9.1 | Kyselytutkimus..... | 52 |
| 9.2 | Aineiston analysointi | 53 |
| 10 | TULOKSET..... | 56 |
| 10.1 | Tutkimusjoukko ja työnkuva aivovammakuntoutuksessa..... | 56 |
| 10.2 | Yhteistyö..... | 60 |
| 10.3 | Arviointi..... | 63 |
| 10.4 | Interventiot..... | 68 |
| 10.5 | Terapiamenetelmät..... | 78 |
| 11 | POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET | 92 |
| 11.1 | Tutkimustulosten pohdinta..... | 92 |
| 11.2 | Tutkimuksen luotettavuus..... | 106 |
| 11.3 | Eettiset tekijät | 109 |
| 11.4 | Johtopäätökset ja ehdotukset jatkotutkimuksista | 111 |
| | LÄHTEET..... | 114 |

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Kysely toimintaterapeuteille

Liite 3. Esimerkki avointen kysymysten vastausten analysointiprosessista

1 JOHDANTO

Traumaattiset aivovammat (traumatic brain injury = TBI) eivät useinkaan näy ulospäin eikä vammautunut aina tiedosta oireitaan. Aivovammojen oireet ovat yksilöllisiä riippuen vammamekanismista ja vauriokohdan sijainnista. Kognitiiviset, neuropsykiatriset sekä käyttäytymisen muutokset ovat yleisiä oireita, ja niitä esiintyy sekä akuutissa että kroonistuneessa vaiheessa. Oireet vaikuttavat vahvasti niin vammautuneen kuin hänen läheistensä elämään invalidisoituen eriasteisesti. (Pagulayan & Fann 2015, 204.)

Freestyle-hiihtäjä Pekka Hyysalo on ehkä yksi tunnetuimmista traumaattisen aivovamman saaneista suomalaisista. Hyppyonnettomuuden jälkeen Hyysalo pääsi akuuttihoiton jälkeen alkuvaiheen kuntoutukseen, mutta päätökset kuntoutuksen jatkumisesta ja maksajasta kestivät useita kuukausia. Hyysalo ei odottanut kuntoutuksen suhteen, vaan jatkoi itsensä kuntouttamista perheensä avustuksella. Aivovammojen akuuttihoito on Suomessa kansainvälisesti huippuluokkaa, mutta akuuttivaiheen jälkeen ei aina ole tarjolla riittävää jatkokuntoutusta. (Malmberg 2015.) Kuntoutuksen toteutumisen eriarvoisuuden vaikuttaa kuntoutusjärjestelmän ja lainsäädännön monimutkaisuus, mutta lisäksi myös kuntoutushenkilökunnan määrä ja osaamistaso eri kunnissa (Wikström 2012, 28–29). Aivovammat ovat kuitenkin kansantaloudellisesti sekä yhteiskunnallisesti merkittäviä traumoja, joihin tulisi kiinnittää enemmän huomiota terveydenhuollossa (Pagulayan & Fann 2015, 204).

Aivovammojen yleisimmät kuntoutusmuodot ovat neuropsykologinen kuntoutus sekä toiminta-, fysio- ja puheterapia. Eniten tutkittua tietoa on saatavissa neuropsykologisesta kuntoutuksesta (Pitkänen & Jäkälä 2012, 59; Tenovuori 2012, 52). Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus – konsensuslausumassa vuonna 2008 on jo määritelty, että lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyvä tutkimus tulisi integroida tiiviisti käytännön toimintaan. Tällöin tieto ohjaisi kuntoutusprosesseja vaikuttavaan suuntaan. (Wikström 2012, 31,34.) Aivovammakuntoutukseen liittyviä tutkimuksia on tehty sosiaali- ja terveysalalla viime aikoina melko paljon, mutta spesifejä, toimintaterapiamenetelmiin ja työtapoihin liittyviä tutkimuksia on tehty verrattain vähän, varsinkin Suomessa. Tässä opinnäytetyössä pyritään toimintaterapeuteille tehdyn kyselyn avulla

selvittämään toimintaterapeuttisen aivovammakuntoutuksen nykytila Suomessa ja tuomaan esille, kuinka toimintaterapeutit arvioivat ja kuntouttavat traumaattisen aivovamman saaneita aikuisia henkilöitä ja mihin terapiainterventiot kohdentuvat. Taustatietoa ja vahvistusta tutkittavalle asialle saatiin suoritetun kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsauksesta on tehty melko laaja, jotta siitä saatua tietoa voitaisiin jatkossa kyselytutkimuksen tulosten lisäksi hyödyntää Toimintaterapia Aivoitus Oy:n koulutusmateriaaleissa.

2 TEOREETTISET KÄSITTEET JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Keskeiset käsitteet opinnäytetyössä ovat traumaattinen aivovamma (traumatic brain injury = TBI), toimintaterapia, arviointi sekä kuntoutus. Työssä traumaattisesta aivovammasta käytetään jatkossa lyhennettyä nimitystä: aivovamma. Toimintaterapia-käsite on merkittävä tutkimuksen kannalta, sillä jokainen tutkimukseen osallistunut henkilö on koulutukseltaan toimintaterapeutti ja opinnäytetyössä tutkitaan toimintaterapeuttien työmenetelmiä, joita he käyttävät kuntouttaessaan aivovamman saaneita aikuisia henkilöitä. Tutkimuksen viitekehys muodostuu toimintaterapiasta osana terveyttä edistävää aivovammakuntoutusta ja siitä, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään. Tätä viitekehystä käytetään tarkasteltaessa teorian merkitystä kyselytutkimuksessa.

Tutkimustyö tehtiin yhteistyössä Toimintaterapia Aivoitus Oy:n kanssa kehittämään heidän tekemäänsä työtä aivovammakuntoutuksen parissa. Toimintaterapia Aivoitus Oy on yksityisellä sektorilla toimiva yritys, joka on erikoistunut neurologiseen ja neuropsykiatriseen kuntoutukseen. Yrityksessä työskentelevät terapeutit ovat erikoistuneet erityisesti aivovamman jälkitilojen, aivoverenkiertohäiriöiden, selkäydinvammojen sekä neuropsykologisten että neuropsykiatristen oireiden toimintaterapeuttiseen kuntoutukseen. Yrityksen tarjoamiin palveluihin kuuluu aikuisten, nuorten ja nyt myös lasten, yksilö- ja ryhmämuotoinen toimintaterapia, neuropsykiatrinen valmennus, kognitiivinen lyhytterapia sekä lisäksi työnohjaus. Yritys tarjoaa myös konsultointia ja koulutuksia. (Toimintaterapia Aivoitus 2019.)

Tällä työllä pyrittiin keräämään tietoa aivovammojen toimintaterapeuttisesta kuntoutuksesta kirjallisuuskatsauksen sekä toimintaterapeuteille suunnatun kyselyn avulla. Jatkossa opinnäytetyöstä saatua tietoa on tarkoitus käyttää

koulutusmateriaalien laadinnassa ja myöhemmin järjestää koulutuksia Toimintaterapia Aivoitus Oy:n työntekijöiden lisäksi myös muille toimintaterapeuteille.

3 TRAUMAATTINEN AIOVAMMA

Aivojen tehtävä on säädellä kaikkea ihmisen toimintaa, tuottaa motorinen vaste johonkin ärsykkeeseen. Ärsyke voi olla muun muassa tuttujen kasvojen näkeminen ja vaste siihen tervehtiminen, tai herkullisen ruoan tuoksu ja siitä johtuva syljen erityksen lisääntyminen. (Huhmar 2015.) Aivot prosessoivat ja seulovat nopeasti kaikkea tietoa monikanavaisesti ja tekevät valinnan mihin ärsykkeisiin reagoida. Aivojen tulee myös valikoida ärsykkeisiin sopivat vasteet, eli aivot säätelevät käyttäytymistämme. (Huhmar 2015; Ylinen 2012, 6.) Ihmisen hyvinvointia kuvataan psyykkisten, fyysisten ja sosiaalisten osatekijöiden summana ja voidaan todeta, että kaikki merkittävät osatekijät ihmisen toiminnassa sijaitsevat aivoissa. Ihmisen persoona, psyyke ja tahto muodostuvat aivoissa. (Ylinen 2012, 6.) Traumaattisessa aivovammassa (traumatic brain injury = TBI) aivojen kyky prosessoida aistikanavien kautta tulevaa tietoa heikkenee (Huhmar 2015).

Traumaattinen aivovamma on pään ja aivojen vaurio, joka johtuu ulkoisesta tekijästä, eli se on ulkoisen energian aiheuttama vaurio aivokudokselle. Vauriot vaihtelevat vakavuuden, sijainnin, laajuuden sekä vammamekanismin suhteen, muodostaen erilaisia vaurioyhdistelmiä. (Tenovuo 2012, 44.) Aivovammassa rikkoutuneet aivojen osat ja hermoradat ovat vammamekanismin vuoksi hyvin sattumanvaraisia. Aivovammaenergiat rikkovat yleensä sellaisia ratoja aivoissa, joita sairaudet eivät tyypillisesti riko, siten aivovamma eroaa esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöistä johtuvista sairauksista. (Huhmar 2015.)

3.1 Aivovammojen epidemiologia

Traumaattisia pään vammoja on tapahtunut aina esihistoriallisilta ajoilta tähän päivään asti (Vos & Diaz-Arrastia 2015, 3). Aivovammoihin ja niistä aiheutuviin niin sanottuihin näkymättömiin seurauksiin ja ongelmiin on alettu kuitenkin kiinnittää huomiota kunnolla vasta äskettäin. Tietoisuus viime vuosina on lisääntynyt myös tarpeesta määritellä, kuinka aivovammoja voidaan parhaiten hoitaa, mikä puolestaan on lisännyt tietoisuutta näiden vammojen monimutkai-

suudesta. (Powell, 2016.) Aivovammat aiheuttavat maailmanlaajuisesti merkittäviä terveydellisiä sekä sosioekonomisia ongelmia. Aivovammat ovat yleisiä sekä matalan, että korkean tulotason maissa ja niitä ilmenee kaiken ikäisillä. (Peeters ym. 2015.)

Yhdysvalloissa tehtyjen tutkimusten mukaan suurimmat riskit saada aivovamma on alle 4-vuotiailla lapsilla, 15–19-vuotiailla nuorilla sekä yli 65-vuotiailla vanhuksilla (Vos & Diaz-Arrastia 2015, 5–6). Eurooppalaisia tilastoja tutkineen ryhmän mukaan traumaattiset aivovammat ovat yleisimpiä ikäryhmissä alle 25-vuotiaat sekä yli 75-vuotiaat (Peeters ym. 2015). Suomessa noin kahdessakymmenessä vuodessa aivovammojen saaneiden keski-ikä on muuttunut noin 35 vuodesta noin 50 vuoteen (Tenovuo 2020). Alle 45-vuotiailla suomalaisilla aivovamma on yleisin kuolinsyy ja Suomessa menehtyy vuosittain noin 1 000 potilasta aivovamman seurauksena, useimmat ennen kuin ehtivät sairaalaan (Palomäki & Koskinen 2008, 274).

Kansainvälisesti yleisimpiä aivovamman syitä ovat onnettomuudet, kuten kaatumiset ja putoamiset sekä liikenneonnettomuudet. Euroopassa suurimmaksi aivovamman aiheuttavaksi tekijäksi on noussut kaatumiset ja niitä tapahtuu eniten ikäihmisille. (Peeters ym. 2015.) Suomessa yli puolet aivovammoista johtuu kaatumisesta (56 %) ja noin puolet aivovammoista (51 %) syntyy alkoholin vaikutuksen alaisena. (Aivovammat 2017.) Aivovammoista noin 8 % johtuu väkivallan teosta (Puljula 2019, Alarannan ym. 2002; Nummisen 2011 mukaan).

Maailmassa lähes 150 000 ihmistä saa aivovamman joka päivä, eli maailmassa tapahtuu yli 50 miljoonaa aivovammaa vuodessa. Laskelmat ovat todennäköisesti huomattavasti aliarvioituja, koska tilastointi kehitysmaissa on puutteellista. (Tenovuo 2020.) Sairaalahoitoa vaativien aivovammojen ilmaantuvuus Euroopassa on Käypähoidon Aivovamma -suosituksen (Aivovammat 2017) laatieneen työryhmän mukaan noin 260/100 000. Arvioiden mukaan noin kolmasosa ihmisistä saa jonkinasteisen aivovamman elämänsä aikana (Tenovuo 2020).

Lievien aivovammojen ilmaantuvuudesta on vaikea saada luotettavia lukuja, koska vain osa hakeutuu tutkimuksiin tai hoitoon (Liimatainen ym. 2012, 20).

Arvioiden mukaan Suomessa noin 35 000 ihmistä saa vuosittain aivovamman, joista noin 90 % on lieviä, mutta heistä 15 % saa vamman aiheuttamia pysyviä jälkioireita. Tämän perusteella Suomessa pysyviä oireita vammautumisestaan saa vuosittain lähes 5000 aivovamman saanutta henkilöä. (Tenovuo 2020.)

Eri väestöissä tehdyissä otantatutkimuksissa on aikuisväestön aivovammojen esiintyvyydeksi saatu 1,6–2,6 % väestöstä (Liimatainen ym. 2012, 20). Euroopassa aivovammojen aiheuttamien vuosittaisten kustannusten arvioidaan olevan yli 500 miljardia euroa, joten voidaan puhua kansantaloudellisesti ja yhteiskunnallisesti hyvin merkittävistä kustannuksista ja ongelmista (Tenovuo 2020).

3.2 Vammamekanismit ja aivovammaluokittelu

Aivovammoja luokitellaan lähteestä riippuen vammamekanismin, sijainnin, laajuuden tai vakavuuden perusteella eri tavoin. Aivovammojen yleisin luokittelumenetelmä on luokitus vaikeusasteen mukaan. Vaikeusasteeltaan aivovammat luokitellaan lievään, keskivaikeaan sekä vaikeaan. (Powell 2005, 40.) Akuuttivaiheessa vaikeusaste luokitellaan muun muassa kuvantamalla ja arvioimalla henkilön tajunnan taso sekä tajuttomuuden kesto ja muistiaukon pituus vamman tapahtumisen jälkeen (Aivovammat 2017). Aivovamman luokittelu vaikeusasteen mukaan ei ole aina spesifi: alkuvaiheen vaikeusaste ei automaattisesti vastaa jälkitilan vaikeusastetta. (Tenovuo 2012, 46-47.) Merkittävimmän vammautumismekanismin, eli diffuusiaksonivaurion (diffuse axonal injury = DAI) solutason muutokset eivät näy kuvantamistekniikoilla, kuten tietokonetomografia- tai magneettikuvissa, ja vaikeaan aivovammaan ei välttämättä liity lainkaan tajuttomuutta. (Tenovuo 2020.)

Aivovammoja luokitellessa puhutaan myös akuutisti syntyvistä, eli primääri-vaurioista, sekä toissijaisista eli sekundaarisista vaurioista (Tenovuo 2012, 45). Primäärivaurioita aiheuttava ulkoinen energia voi olla peräisin esimerkiksi suorasta iskusta tai vaikka aivokudokseen tunkeutuvasta esineestä (Tenovuo 2010). Aivovamma ei aina edellytä ulkoisesti näkyvää pään vammaa, vaan se voi syntyä esimerkiksi rajusta liikkeestä tai pään retkahduksesta. (Huhmar 2015; Tenovuo 2012, 46.) Aivokudokseen syntyvä primäärivaurio on peruuttamaton (Siironen ym. 2017, Stocchettin ym. 2017 mukaan). Primäärivaurioita ovat muun muassa paikalliset ruhjeet ja verenvuodot, murtumat, hankaumat ja

repeämät sekä diffuusi aksonivaurio (Forsbom ym. 2001, 45–46). Diffuusi aksonivaurio luetaan ensisijaisiin vaurioihin, vaikka kyse on jopa kuukausia jatkuvasta tapahtumaketjusta. Diffuusivauriot voivat tuhota ja vaurioittaa solujen välisiä yhteyksiä ja siten vahingoittaa mitä tahansa aivojen osaa tai yhteyksiä eri aivoalueiden välillä, eli ne vaurioittavat aivojen hermoverkostoa. Aksonivaurio vaurioittaa erityisesti monien eri aivoalueiden yhteistoimintaa vaativia toimintoja, kuten muistia, tai se voi hidastaa reaktioaikoja. (Tenovuo 2012, 45–48.)

Toissijaisilla vaurioilla tarkoitetaan aivoihin kohdistuvia haittaa aiheuttavia tekijöitä, jotka syntyvät jälkiseurauksena primäärivauriosta, tai elimistön muiden mahdollisten vaurioiden seurauksesta. Tällaisia ovat esimerkiksi kohonnut kallonsisäinen paine johtuen verenvuodosta tai turvotuksesta, tai hapenpuute, joka voi johtua riittämättömästä hengityksestä. Myös kovakalvon alaiset vuodot voivat kehittyä vielä viikkojen kuluttua vammatapahtumasta ja joskus ne lasketaan toissijaisiin vaurioihin. (Tenovuo 2012, 45.) Sekundäärivaurioita voi aiheuttaa myös esimerkiksi vauriokohdasta (avohaava) elimistöön päässyt bakteeri, joka aiheuttaa tulehduksen (Huhmar 2015).

3.3 Seuraukset ja oireet

Aivovamman oireet riippuvat siitä, mikä alue aivoissa vaurioituu ja kuinka laaja vamma on kyseessä. Tyypillisiä vaurioalueita ovat aivojen syvät osat (energiayksikkö), otsalohkot ja aivorunko. Aivojen syvissä osissa sijaitsevat vireystason, muistin sekä tarkkaavuuden säätelyn yksiköt anatomisesti lähellä toisiinsa ja ne toimivat tiiviisti yhteistyössä. Aivovamman sattuessa ne yleensä myös vaurioituvat yhtä aikaa. Samoin tapahtuu joskus myös aivojen taka- ja keskiosille, jotka ottavat vastaan ja ohjaavat aistien, kuten kuulo- näkö- ja tuntoaisteihin perustuvaa informaatiota. Kolmas alue, joka aivovammassa usein vaurioituu, on otsalohkot, eli toiminnanohjauksen yksikkö, jossa tapahtuu ongelmanratkaisu, uuden luominen ja käytöksen sekä toiminnan, kuten keskittymisen tai toiminnan suunnittelun säätely. (Huhmar 2015.)

Aivovamman oirekuva on yleensä monimuotoinen, mutta usein oireet painottuvat neuropsykologisiin, kuten toiminnanohjauksen, energiatason säätelyn ja

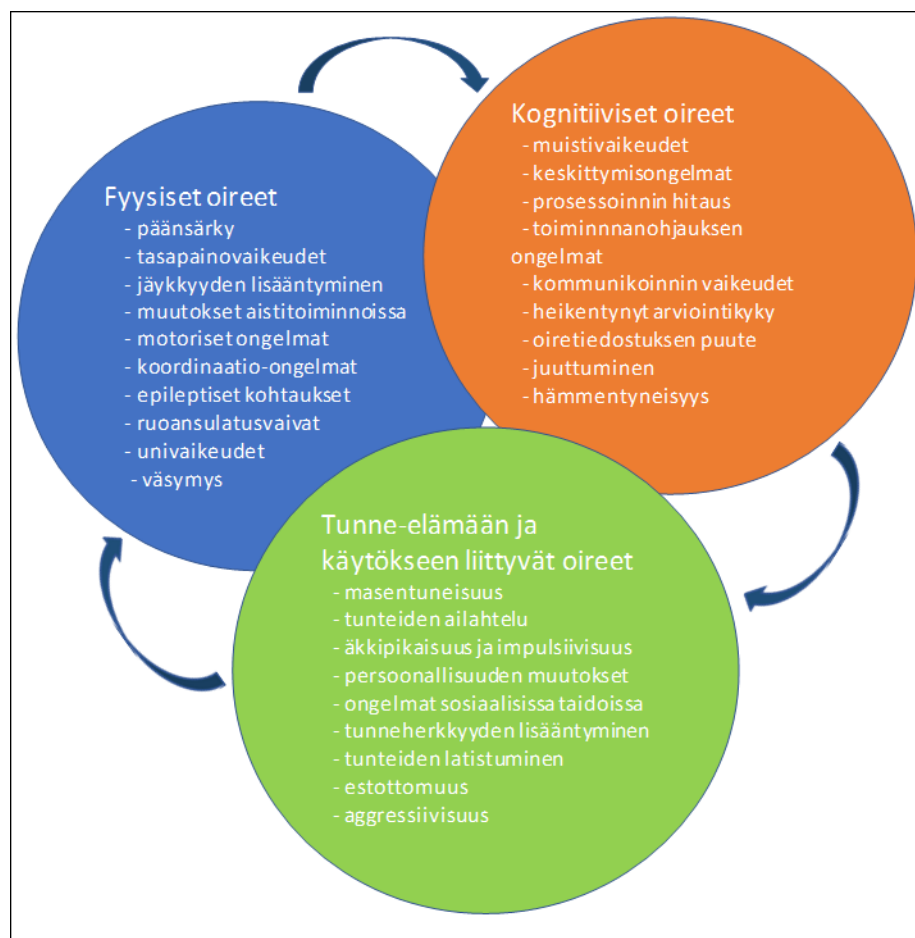
käyttäytymisen häiriöihin. Oireet jaotellaan lähteistä riippuen **fyysisiin, neuro-psykiatriisiin sekä kognitiivisiin** (Pitkänen & Jäkälä 2012, 58), tai **kognitiivisiin, fyysisiin sekä tunteisiin ja käyttäytymiseen** (Powell 2005) tai seuraaviin neljään pääkategoriaan **fyysiset oireet, kognitiiviset oireet, psyykkiset ja tunne-elämän oireet** sekä **uneen liittyvät oireet** kuuluviksi (Zuckerbraun ym. 2015, 59, Langloisin mukaan). Aivovammasta seuraavat oireet voivat liittyä johonkin tai kaikkiin näihin osa-alueisiin (kuva 1).

Lievän aivovamman fyysisiä oireita voivat olla esimerkiksi tasapaino-ongelmat, huonovointisuus, päänsärky, hämärtynyt näkö, valolle tai äänille herkistyminen, pysähtyneisyys, huimaus, tunnottomuus tai kihelmöinti sekä väsymys. Aivovamman saaneiden on todettu kärsivän kivusta usein heti vammautumisen jälkeen, mutta usein myös pitkän ajan jälkeenkin, jolloin voidaan puhua pitkittyneestä ja toimintakykyä heikentävästä kivusta (Tyrer & Lievesley 2010). Uneen liittyvät oireet ovat nukahtamisvaikeudet, lisääntynyt tai vähentynyt unen tarve sekä uneliaisuus. Kognitiivisia oireita taas muisti- ja keskittymisongelmat, hidastuneet vastaukset, hämmentyneisyys, kysymysten toistelu sekä yleinen hidastuneisuus ja sumuinen olo (Zuckerbraun ym. 2015, 59, Langloisin mukaan). Lisäksi lievän aivovamman jälkeisiä oireita voivat olla uuden tiedon käsittelyongelmat ja heikentynyt alkoholin sietokyky (Powell 2005, 40–41).

Psyykkisiä ja tunne-elämän ongelmia ovat ärtyneisyys, surullisuus, hermostuneisuus, äkkipikaisuus, sekä tunneherkkyyden lisääntyminen tai latistuminen ja tunteiden ailahtelu (Zuckerbraun ym. 2015 59, Langloisin mukaan). Muiden oireiden jälkeen seuraa usein ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. Vakava masennus onkin yleisin psykiatrinen oire aivovamman saaneilla ja noin puolet vammautuneista sairastuu siihen vuoden sisällä vammautumisesta. Masennuksen on nähty lisäävän muita oireita, kuten aggressiivisuutta ja levottomuutta sekä vähentävän osallistumista kuntoutukseen. (Pagulayan & Fann 2015, 192.) Traumaattisen aivovaurion jälkeen apatian ilmenemistä ilmoitetaan olevan 71 %:lla vammautuneista (Lane-Brown & Tate 2009, Kantin mukaan 1998).

Aivovamman jälkeen sosiaaliselle käyttäytymiselle voi olla ominaista itsekeskeinen keskustelu, kyvyttömyys ilmaista tunteita ja kokea asianmukaisesti tun-

teita sosiaalisissa tilanteissa sekä epäkypsä tai sopimaton huumori. Keskusteluille voi olla ominaista useat keskeytykset ja kerronnan katkeaminen, äkilliset aiheenvaihdokset, estottomuus tai ymmärryksen hitaus. Henkilö voi esiintyä tylsästi, tehdä liian tuttavallisia ehdotuksia tai epäonnistua muiden mielialan tulkitsemisessa heidän ilmeidensä kautta. (Cattran ym. 2018, Becharan; Hornakin ym.; McDonaldin ym. mukaan.) Tämänäyttöiset vaikeudet voivat johtaa sosiaalisen toiminnan vähenemiseen, ystävien menetykseen, suhteiden hajoamiseen ja sosiaaliseen eristykseen. Ihmiset voivat kokea itsetunnon laskua ja turhautumista, kun he joutuvat kamppailemaan selviytyäkseen sellaisista sosiaalisista vaatimuksista, joihin heillä ei ole enää riittävästi kapasiteettia (Cattran ym. 2018, Tyermanin & Humphreyn mukaan). Aikaisemmin hyvin sosiaaliseen elämään sopeutuneet henkilöt eivät pysty enää noudattamaan sosiaalisia käytäntöjä tai tekemään itselleen edullisia päätöksiä henkilökohtaisissa asioissa (Cattran ym. 2018).



Kuva 1. Traumaattisen aivovamman yleisimpiä oireita

Potilaat, joilla on lievä, keskivaikea tai vaikea aivovamma, voivat kokea myös erilaisia näkökyvyn häiriöitä, kuten häiriöitä silmien akkommodaatioissa, eli

näön mukautumisessa eri etäisyyksille, tarkentamisessa, hämäränäössä, valoon ja pimeään mukautumisessa, visuaalisen ja vestibulaarisen järjestelmän vuorovaikutuksessa ja näkökentän laajuudessa. Lisäksi aivovamma voi aiheuttaa näköön liittyvää väsymystä. (Radomski ym. 2014, 422.) Hahmottamisen häiriöt ovat tyypillisiä aivovamman jälkioireita, ja ne voivat liittyä näkövaikeuksien lisäksi myös tuntojärjestelmän häiriöihin tai hahmottamisen ja ymmärtämisen ongelmiin. Vaikeimmillaan havaintohäiriö, kuten neglect, voi aiheuttaa koko toisen puolen aisti-informaatiopuutoksen tai heikkenemisen. (Vartiainen 2012, 95–96.)

Keskivaikeassa ja vaikeassa aivovammassa oireisto voi olla sama kuin lievässä, mutta voimakkaampi (Tenovuo 2012, 52). Yleisimpiä jälkioireita ovat vahva väsymys, huimaus, päänsärky ja ärtyneisyys sekä vaikeus löytää sanoja. Lisäksi oirekuvaan liittyy enemmän ajattelun, muistin, keskittymisen, suunnittelun, organisoinnin ja asioiden priorisoinnin vaikeuksia, sekä aloitekyvyttömyyttä ja joustavuuden puutetta. (Powell 2005, 43–44.) Muiden jo aiemmin kuvattujen oireiden lisäksi oirekuvaan liittyy enemmän fyysisiä oireita kuten hienomotoriikan ja koordinaation ongelmaa, ataksiaa, vapinaa, pakkoliikkeitä, dystoniaa (tahdonalaisten liikkeiden säätelyn häiriö) ja jäykkyyttä sekä puheen epäselvyyttä. Aivolisäkkeen tai hypotalamuksen vaurioihin voi liittyä hormonitoiminnan ja seksuaalitoimintojen häiriöitä kuten haluttomuutta tai ylikorostuneisuutta, sekä autonomisen hermoston häiriöitä, kuten lämmönsäätelyn tai virtsaamisen ja ulostamisen häiriöitä. Oireet voivat olla vaikeasti diagnosoitavia, kuten ruokahaluttomuutta, painon muutoksia, nälän tunteen puuttumista, impotenssia miehillä tai kuukautishäiriöitä naisilla. Oiretiedostus on usein myös alentunut. (Pitkänen & Jäkälä, 58–59.) Alentunut oiretietoisuus on suoraan verrannollinen tajuttomuuden keston, joten usein oiretiedostus on sitä huonompi, mitä vakavampi pään vamma on kyseessä (Powell 2016, 62).

Vakavan, eli vaikean aivovamman saaneilla on usein vakavampia fyysisiä puutoksia kuin lievän tai keskivaikean aivovamman saaneilla. Neuropsykologiset oireet ovat samanlaisia, mutta yleensä voimakkaampia ja pysyvämpiä kuin muissa aivovammaluokissa ja uuden oppiminen on vaikeaa. (Powell 2005, 44.) Kaikkein vaikeimpiin vammoihin voi liittyä vegetatiivinen tila, jossa potilaalla ei ole tietoisuutta ympäristöstään, vaikka verenkierto ja hengitys toimivat normaalisti (Palomäki & Koskinen 2008, 277).

3.4 Kuntoutuminen

Nykytietämyksen mukaan aikuisten aivoilla on huomattava kyky elpyä, ja korjaavaa sekä aivojen toimintaa uudistavaa prosessia voidaan aktivoida ja tukea sekä lääkkeellisellä että lääkkeettömällä hoidolla (Vos & Diaz-Arrastia 2015 7–8). Aivojen kuntoutuessa hermosolut pystyvät muodostamaan uusia hermosolu yhteyksiä tai muokkaamaan jo olemassa olevia yhteyksiä kompensoimaan aivovaurion aiheuttamaa vajetta. Tämä kaikki vaatii intensiivistä harjoittelua. (Pitkänen & Jäkälä 2012, 55.) Suurin osa lievän aivovamman saaneista toipuu kokonaan noin 3–6 kuukauden kuluessa tapaturmasta (Powell 2005, 41). Mikäli lievän aivovamman jälkeen palaa liian nopeasti arkirytmiin, eikä anna aivoille aikaa toipua, voivat oireet jäädä pysyviksi (Tenovuo 2012, 52).

Aivovamman saaneilla suurin ja näkyvin kuntoutuminen tapahtuu ensimmäisen puolen vuoden aikana vammautumisesta. Edistyminen ei kuitenkaan lakkaa aiemmin määritellyn kaksivuotiskauden jälkeen, vaan sitä tapahtuu tämän jälkeenkin, mutta ehkä hitaammin. Uudet tutkimukset ovat osoittaneet, että aivovamman saaneen tila kohenee vähitellen ainakin kymmenen vuotta tapahtuneen jälkeen. (Powell 2005, 13, 50.) Toipumista näyttää tapahtuvan pidempään kuin aivohalvauksen jälkeen (Palomäki & Koskinen 2008, 283). Aivovammoista selvittää hengistä yhä useammin, ja hoidollisesti aivovamma on muuttunut yhä enemmän akuutista krooniseen sairastamiseen ja siten tarvitaan enemmän kuntoutusta. (Powell 2005, 13, 50.)

Fyysinen toipuminen tapahtuu nopeammin kuin kognitiivisten toimintojen palautuminen tai psykologinen sopeutuminen. Toipuminen on lähes aina vain osittaista, ei täydellistä, ja tämä juuri on kuntoutumisessa usein se vaikein asia hyväksyä. Pitkäaikaiset ongelmat eivät aina ole lääketieteellisiä, vaan liittyvät enemmänkin vammautuneen sekä hänen läheistensä sopeutumiseen aivovamman jälkeiseen elämään. (Powell 2005, 50, 191.) Varsinkin vaikean aivovamman saaneet ihmiset usein eristäytyvät muista ihmisistä, menettävät elämän tarkoituksen, kärsivät hämmennyksestä, joka johtaa turhautumiseen, ja heillä on hyvin sirpaleinen käsitys itsestään (Prigatano 2014).

Osa vamman aiheuttamista muutoksista tapahtuu heti ja osa vasta pitkän ajan jälkeen primäärivauriosta (Palomäki & Koskinen 2008, 281). Myös ne aivovamman saaneet, jotka näyttävät toipuneen onnettomuudesta täysin tai lähes täysin, voivat alkaa oireilla pitkän ajan päästä vammautumisen jälkeen. Heille voi kehittyä aivovamman lisäksi esimerkiksi epilepsia, Parkinsonin tauti tai dementia monta vuotta vammautumisen jälkeen. Varsinkin vakavan aivovamman saaneet tai niin sanotusti monivammautuneet, kuormittavat runsaasti terveydenhuoltoa. (Vos & Diaz-Arrastia 2015, 3–8.)

4 KUNTOUTUS

Suomessa kuntoutus -käsite pitää sisällään sekä uudistavaa, että korjaavaa toimintaa, eli uusien tietojen ja taitojen opettelua sekä sellaisten taitojen ja tietojen palauttamista, jotka ovat heikentyneet vamman tai vammoissa ja olosuhteissa tapahtuneiden muutosten vuoksi (Välimäki ym. 2017, 11).

4.1 Kuntoutuksen määrittely

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan ”kuntoutuksen tavoitteena on edistää sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä” (Kuntoutus). Kuntoutuksella pyritään parantamaan tai säilyttämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, mutta myös ehkäisemään ongelmia, ja kuntoutuksen tarkoituksena on tukea ja mahdollistaa arjen toimintoja eri tilanteissa (Kettunen ym. 2009; Järvikoski & Karjalainen 2008, 81–82). Kuntoutuksen avulla on tarkoitus luoda edellytykset sille, että kuntoutuja voisi elää elämäänsä itsenäisemmin ja täysipainoisemmin (Paltamaa ym. 2011, 37, Wimanin 2008, 85 mukaan). Kuntoutukseen jaotellaan kuuluvaksi lääkinnällinen kuntoutus, sosiaalinen kuntoutus, kasvatuksellinen kuntoutus ja ammatillinen kuntoutus (Malmström ym. 2018).

Koska kuntoutuminen ei yleensä ole itseohjautuva prosessi, tarvitaan useimmiten kuntoutumisen avuksi ja muutoksen tueksi hyvät vuorovaikutustaidot omaavia kuntoutuksen ammattilaisia (Autti-Rämö & Salminen 2016, 14). Kuntoutus onkin usein moniammatillista, joka mahdollistaa kuntoutujan monimuotoisiin tarpeisiin vastaamisen. Moniammatillisesti saadaan laajempi yhteisesti

jaettu näkemys ja ymmärrys kuntoutujan tilanteesta. (Paltamaa ym. 2011, 35, 37.)

Kuntoutuksessa interventioiden kohteena ei ole ainoastaan kuntoutuja, vaan myös hänen elämäänsä kuuluvat ihmiset sekä elinympäristönsä. Kuntoutuksen tavoitteita määriteltäessä on otettava huomioon kuntoutujan senhetkinen toimintakyky, elämäntilanne ja elinympäristö, voimavarat sekä ajankohtaiset tarpeet. Keinot tavoitteiden saavuttamiseksi on hyvä suunnitella yhdessä asiantuntijoiden kanssa. (Autti-Rämö & Salminen 2016, 14–15.) Kuntoutujan on voitava kokea tavoitteet itselleen sillä hetkellä arvokkaiksi ja merkityksellisiksi. Ilman kuntoutujan omaa sitoutumista muutokseen ei saavuteta tuloksia. (Kettunen ym. 2009, 32.) Kuntoutuksen ammattilaiset tukevat prosessissa kuntoutujan sitoutumista ja motivaatiota, sekä auttavat kuntoutujaa tunnistamaan tarvittavat kognitiiviset strategiat tavoitteiden saavuttamiseksi. Kuntoutustoimenpiteet sisältävät ammattilaisten kanssa toteutettua terapiaa, itsenäisesti suoritettua harjoittelua, ympäristöön vaikuttavia toimenpiteitä, kuten apuvälineiden käyttöönottoa tai kodinmuutostöitä, lähiympäristön ohjausta ja neuvontaa sekä kuntoutujan ja hänen kanssaan toimivien henkilöiden toimintatapojen muutosta. (Autti-Rämö & Salminen 2016, 14–15.) Kotiin vietävät kuntoutuspalvelut fysio- ja toimintaterapian osalta ovat viime vuosina merkittävästi lisääntyneet ja taustalla lienee ajatus toimintakyvyn tukemisesta asiakkaan omassa elinympäristössä (Malmström ym. 2018, 64.).

Kuntoutus on pitkäjänteistä työskentelyä, ja tavallisesti siihen katsotaan kuuluvaksi erilaisia vaiheita, jotka ovat: kuntoutustarpeiden ja voimavarojen kartoitus, kuntoutussuunnitelman laadinta, varsinainen kuntoutus ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi. Usein nämä vaiheet limittyvät ja esimerkiksi tarpeita ja voimavaroja kartoitetaan koko kuntoutusprosessin ajan. (Kettunen ym. 2009, 24.)

4.2 Kuntoutusjärjestelmä

Lakisääteisestä sosiaalivakuutukseen perustuvasta kuntoutuksesta vastaa tällä hetkellä kolme eri tahoa, eli **kunnat**, (lääkinnällinen kuntoutus, kuntouttava työtoiminta ja ammatillinen kuntoutus, sosiaalinen kuntoutus) **Kela ja työ-**

eläkelaitokset (vaativa lääkinällinen kuntoutus, ammatillinen kuntoutus, harkinnanvarainen kuntoutus, kuntoutuspsykoterapia, työeläkekuntoutus) sekä **vakuutuslaitokset** (vakuutus kuntoutus, ammatillinen kuntoutus, sosiaalista toimintakykyä edistävä kuntoutus, lääkinällinen kuntoutus) (Kuntoutuksen järjestäminen). Lisäksi erilaiset **järjestöt** toteuttavat kuntoutusta Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus STEA:n rahoittamana (Sosiaaliturvaopas 2020). Kuntoutus on pääosin (noin 85 %) julkisesti järjestettyä, mutta palvelut tuottaa enimmäkseen yksityissektori (noin 60 %) (Kallionpää ym. 2019, 13).

Päävastuu lääkinällisen kuntoutuksen (johon aivovammojen kuntoutuskin kuuluu) järjestämisestä on julkisella terveydenhuollolla ja kuntoutuksen tavoitteet määräytyvät yksilöllisesti kuntoutustarpeen mukaisesti ja ne tulisi määrittellä kuntoutussuunnitelmassa. Kunnan vastuulla on lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelu sekä kuntoutuspalveluiden ohjaus ja seuranta. Julkisen terveydenhuollon lisäksi lääkinällistä kuntoutusta voi järjestää myös Kela vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena. Kelan rahoittamaa kuntoutusta voivat tiettyjen kriteerien täytyessä saada alle 65-vuotiaat henkilöt, joilla kuntoutus ei liity välittömästi sairaanhoitoon. (Malmström ym. 2018, 44.) Kuntoutuksen järjestäjinä voivat toimia myös tilanteesta riippuen vakuutuslaitokset sekä työ- ja elinkeinotoimistot, jolloin toteuttajana on yleensä yksityinen palveluntuottaja. (Mäkilä 2012, 36.)

Läkinälliseen kuntoutukseen kuuluvat kuntoutujan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutusneuvonta ja -ohjaus, kuntoutustutkimus, terapiat, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus sekä kuntoutusjaksot laitospai avohoidossa. Terapia voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmämuotoisena. (Malmström 2018, 29, Sillanaukeen ym. 2015 mukaan.) Usein kuntoutuksen järjestäminen edellyttää yhteistyötä muiden organisaatioiden kanssa, ja vaikka kuntoutus toteutetaan hoitavasta tahosta erillään, hoitovastuu säilyy edelleen julkisessa terveydenhuollossa. Kuntoutus voi olla järjestetty kunnan omana toimintana tai hankittu terveydenhuollon maksusitoumuksella yksityissektorilta. Kuntoutuskäytännöt ja resurssit niin omassa tuotannossa kuin ostopalveluiden hankinnassa vaihtelevat kuntakohtaisesti huomattavasti. (Malmström ym. 2018, 30, 37, 64.) Kunnan omana toimintana on usein mahdollista saada fysioterapiaa, mutta esimerkiksi toimintaterapiapalvelut toteutetaan

usein myös ostopalveluna ja neuropsykologinen kuntoutus on lähes poikkeuksetta järjestettävä maksusitoumuksella (Malmström ym. 2018, 36–37; Mäkilä 2012, 38).

4.3 Lainsäädäntö

Kuntoutusta ohjaa monitahoinen lainsäädäntö ja säännöksiä on useissa eri laeissa (Välimäki ym. 2017, 19). Kunnallisen terveydenhuollon kuntoutusvelvoitteet määritellään ja säädetään **kansanterveyslaissa** (66/1972) sekä **erikoissairaanhoidolaissa** (1062/1989). **Terveydenhuoltolaissa** (1326/2010) säädetään terveydenhuollon sisältö, ja lääkinnällisen kuntoutuksen sisältö määritellään **asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta** (1015/1991.) (Malmström 2018, 29, Sillanaukeen ym. 2015 mukaan.)

Mikäli kuntoutuksen järjestäminen kuuluu **Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain** (566/2005) vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta koskevan 9. §:n perusteella Kelan vastuulle, ei kunnan velvollisuutena ole silloin järjestää lääkinnällistä kuntoutusta. Lain 3. §:n mukaan Kela järjestää ja korvaa ammatillista kuntoutusta, vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta sekä kuntoutuspsykoterapiaa. (Välimäki ym. 2017, 19,22.) Lisäksi Kela voi järjestää ja korvata harkinnanvaraista kuntoutusta eduskunnan vuosittain myöntämän rahamäärän puitteissa. (Kela 2020, 3.)

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987) takaa vammaiselle henkilölle annettavan kuntoutusohjauksen ja sopeutumisvalmennuksen, asunnonmuutostyöt, päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa tarvittavat välineet sekä laitteet muun muassa liikkumiseen, viestintään ja henkilökohtaiseen suoriutumiseen kotona ja vapaa-aikana (Välimäki ym. 2017, 21). **Sosiaalihuoltolaki** (2014/1301) (2020) määrittelee sosiaalisen kuntoutuksen palvelut. Lain 17. §:n mukaan: ”sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen keinoin annettavaa tehostettua tukea sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi.”

Kuntoutusta määritellään myös **Työterveyshuoltolaissa** (1383/2001), **Sairausvakuutuslaissa** (1224/2004) sekä **Työntekijän eläkelaislaissa** (2006/395).

Työeläkelaitokset järjestävät työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi ja työ- ja ansiokyvyn parantamiseksi ammatillista kuntoutusta työelämässä oleville työntekijöille ja yrittäjille. Ammatillisella kuntoutuksella on tarkoitus auttaa pysymään työelämässä tai edistää työhön paluuta. (Välimäki ym. 2017, 22, 25.)

Aivovammat tapahtuvat usein kaatumisen tai liikennevahingon seurauksena. Tällöin kuntoutuksesta vastaavat vakuutusyhtiöt. Tapaturmavakuutuslaitokset korvaavat ammatillista ja lääkinnällistä kuntoutusta silloin, kun kuntoutustarve johtuu ammattitaudista tai työtapaturmasta. (Välimäki 2017, 26,28.) Tapaturmavakuutuksen perusteella korvattavasta kuntoutuksesta säättää **Laki tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta** (1991/625) (Mäkilä 2012, 40). **Työtapaturma- ja ammattitautilaki** (459/2015; TyTAL) säätelee kuntoutuksen korvaamisen edellytyksistä ja korvattavan kuntoutuksen sisällöstä työntekijöitä ja yrittäjiä koskien ja **Maatalousyrittäjän työtapaturma- ja ammattitautilaki** (873/2015; MATAL) maatalousyrittäjiä ja apurahansaajia koskien. Mikäli kuntoutustarve johtuu liikennevahingosta, **Laki liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta** (1991/626) säättää kuntoutuksen korvaamisen edellytykset ja korvattavan kuntoutuksen sisällön. (Välimäki 2017, 26,28.)

4.4 Aivovammakuntoutus

Aivovammat ovat yksi monimutkaisimmista tiloista, jotka vaativat kuntoutuspalveluita. Kuntoutustoimenpiteisiin ja kuntoutustarpeisiin vaikuttavat monet tekijät, kuten aivovamman saaneen henkilön henkilökohtaiset ominaisuudet, vammamekanismi ja -laajuus. (Powell 2016.) Lievissä aivovammoissa ei varsinaista kuntoutusta tarvita, vaan alkuvaiheen ohjaus ja oireenmukainen hoito, sekä toipumisen ja työkyvyn seuranta riittävät (Turnes-Stokes ym. 2015; Tenovuo 2012, 52). Vaikeamman aivovamman saaneet tarvitsevat lähes aina kuntoutusta ja kattava kuntoutussuunnitelma tulisi laatia noin kolmen kuukauden kuluessa vammautumisesta ja sitä tulisi noudattaa heti kotiutumisen jälkeen (Tenovuo 2012, 52–53). Kuntoutuminen aivovammasta on pitkä prosessi ja kuntoutus on usein pitkäaikaista. Aivovammapotilaat hyötyvät eri toipumisen vaiheissa kuntoutuksesta, ohjauksesta ja tuesta painottuen eri tavoin eri ajankohtina. (Palomäki & Koskinen 2008, 283.)

Aivovammakuntoutus tarkoittaa muun muassa erilaisia kognitiivisia terapia-
muotoja, toimintakyvyn puutoksia kompensoivien järjestelyjen tekemistä, eri-
laisten tuettujen työmuotojen tai asumis- ja päivätoimintapalvelujen käyttöä,
kuin myös laaja-alaista moniammatillista yksilöllisesti suunnattua kuntoutusta
(Palomäki & Koskinen 2008, 286). Kokonaisvaltaisen kuntoutuksen avulla tue-
taan luonnollista toipumista ja oiretiedostuksen kehittymistä, jolloin toipumis-
prosessi voi edetä ja toimintakyky kohentua. Kuntoutusta tekevien ammatti-
laisten tulee olla perehtyneitä aivojen toimintaan, aivovammoihin sekä kognitii-
visiin ja neurologisiin ongelmiin. (Wikström 2012, 33.) Kokonaisvaltaiset kun-
toutusohjelmat parantavat merkittävästi vakavan aivovamman saaneiden hen-
kilöiden yhteisöön integroitumista sekä selviytymistä arkipäivän toiminnoista.
(Paavonen & Salminen 2018, 18, Geurtsenin ym. 2010 mukaan.)

Kuntoutuksen alussa tavoitteena on palauttaa ja aktivoida menetettyjä toimin-
toja mahdollisimman suuressa määrin. Aivovammakuntoutus on varsinkin vai-
keammin vammautuneiden osalta moniammatillista ja siihen osallistuu tar-
peen mukaan esimerkiksi neurologi, fysiatri, ortopedi, neurokirurgi, psykiatri,
neuropsykologi, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, puheterapeutti, sairaanhoi-
taja ja sosiaalityöntekijä. (Palomäki & Koskinen 2008, 282.) Neurologisen kun-
toutuksen asiantuntijoiden suorittama ja mahdollisimman varhain aloitettu mo-
nialainen kuntoutus parantaa aivovaurion jälkeisiä tuloksia työikäisillä aikui-
silla. Mitä suurempi intensiteetti kuntoutuksessa on, sitä todennäköisemmin se
johtaa nopeampaan ja mahdollisesti parempaan kuntoutumiseen. (Turner-Sto-
kes ym. 2015.)

Vaikean tai keskivaikean aivovamman saaneiden potilaiden osastokuntoutus-
tarve pyritään määrittelemään jo akuuttisairaanhoidon aikana. Subakuutti kun-
toutus toteutetaan useimmiten moniammatillisena osastokuntoutuksena.
Osastokuntoutuksen tavoitteena on tukea selviytymistä arjen toiminnoista, ja
kuntoutuksessa opittuja asioita tulisi voida soveltaa arjessa. (Pitkänen & Jä-
kälä 2012, 55–56.)

Kuntoutujien siirtyessä pois sairaaloista siirrytään avokuntoutuksen piiriin.
Avokuntoutuksessa palveluntuottaja, asiantuntija, tekee käynnin esimerkiksi
kuntoutujan kotona, työpaikalla tai lähiverkostossa, tai se voi olla kuntoutujan

ja omaisen käynti kuntoutuspaikassa (Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi 2017, 13). Kotona tehtävässä kuntoutuksessa on keskeistä aktivoida kuntoutujaa osallistumaan arkeensa aktiivisena toimijana ja harjoitella kuntoutujalle tärkeitä päivittäisiä toimintoja ja taitoja (Malmström ym. 2018, 38). Parhaiten kuntoutuja oppii ja kuntoutuu luonnollisessa ympäristössä, käytännön askareita harjoitellen. Kuntoutuksen voidaan katsoa olevan vaikuttavaa, kun arjessa selviytyminen liittyy kuntoutujan hyvään elämänlaatuun. Vammautuneille on tärkeää saavuttaa elämänhallinnan tunne ja siihen voi liittyä uudet elämäntavat tai uudet toiminnalliset roolit. Muiden sairauksien ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen kuuluvien ohjeiden saaminen, ja sitä myötä terveellisen elämän omaksumisella vammautuneet henkilöt voivat itsekin vaikuttaa omaan tilanteeseensa, ja se on heille tärkeää. (Wikström 2012, 27–35.)

Julkisen terveydenhuollon alueelliset ja toiminnalliset erot luovat eriarvoisuutta aivovamman saaneiden potilaiden kuntoutuksessa. Eriarvoisuuteen vaikuttavat esimerkiksi kuntien väliset arvostukset, henkilöstön puute, työntekijöiden asenteet sekä osaaminen ja olemassa olevat voimavarat. Aivovammojen yhä lisääntyessä sairaalahoidon jälkeiset hoito- ja kuntoutusmahdollisuudet eivät ole lisääntyneet samassa suhteessa. Aivovamman saaneiden henkilöiden kuntoutus on vaikuttavaa sekä inhimillisesti että taloudellisesti silloin, kun kuntoutustoimenpiteet ajoittuvat oikein ja palveluketjut toimivat saumattomasti ilman keskeytyksiä. Aivovammakuntoutusta tulisikin kehittää ja linjauksia yhteinäistää. (Wikström 2012, 27–29.)

5 TOIMINTATERAPIA

Toimintaterapia perustuu toiminnantieteeseen, jonka kiinnostuksen kohteena on ihmisen toiminta, sekä kyky toimia ja hallita jokapäiväistä elämää ihmisen omassa toimintaympäristössä. Toimintaterapia on moniulotteinen lähestymistapa ajattelemiseen ja tietämiseen, ja siinä sovelletaan myös monen muun tieteenalan tutkimusta ja tietoa. (Salminen 2016, 384.) Suomen Toimintaterapeuttiliiton (2020) mukaan toiminnantieteessä (occupational science) tutkitaan toiminnan mahdollistavia tekijöitä. Toiminnantieteessä sekä toimintaterapiassa ollaan kiinnostuneita toimintaan liittyvistä yksilöllisistä valinnoista ja toiminnan

merkityksestä terveydelle ja hyvinvoinnille. Toimintaterapian ytimenä on yksilön, toiminnan ja ympäristön välinen suhde ja se painottaa yksilön kokemusta omasta merkityksellisyydestään. Kaikkea toimintaa tarkastellaan aina suhteessa sosiaaliseen, kulttuuriseen tai fyysiseen ympäristöön. Toimintaterapian tavoitteena on mahdollistaa yksilön osallisuus yhteiskunnassa ja tukea toiminnallista muutosta. (Toimintaterapeuttiliitto 2020; Hautala ym. 2011.) Terapian tavoitteet asetetaan yhdessä kuntoutujan, sekä hänen lähipiirinsä kanssa (Kanto-Ronkanen 2012, 103).

Toimintaterapeutti työskentelee pohjaten erilaisiin toimintaterapian viitekehyksiin ja malleihin. Käyttämällä apuna esimerkiksi kansainvälistä ICF (The International Classification of Functioning, Disability and Health) toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitusta yhdessä jonkin toimintaterapiateorian viitekehyksen kanssa, saadaan kattava kuvaus yksilöstä ominaisuuksineen, toiminnasta, toimintaympäristöstä, sekä näiden välisistä suhteista. Viitekehykset ja mallit auttavat terapeuttia määrittelemään sekä analysoimaan kuntoutujan toiminnallista suoriutumista ja tunnistamaan vahvuuksia sekä heikkouksia. Tämän lisäksi ne ohjaavat terapeuttia näkemään toiminnallisten taitojen välisen yhteyden vaadittuun tehtävään tai toimintaan. (Tempest & Maskill 2017, 15, 18.) Toiminnallisuus sisältyy kaikkiin toimintaterapian teorioihin ja viitekehyksiin ja toiminnallisuus mahdollistuu taitojen kautta, ja taidot taas valmiuksien kautta (Savolainen & Aralinna 2017, 10). Mielekkäällä toiminnalla pyritään lisäämään toiminnallisuutta (Kanto-Ronkanen 2012, 103).

Toimintaterapiassa Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, CMOP-E) kuvaa terapiaprosessissa toimintaterapeutin roolia toimia puolestapuhujana, valmentajana, yhteistyön toimijana, suunnittelijana, opettajana ja erikoisasantuntijana. Lisäksi toimintaterapeutti sitouttaa kuntoutujaa ja mukauttaa toimintaa ja ympäristöä kuntoutujan vaatimukseen (Hautala ym. 2011, 218, Townsendin ym. 2007 mukaan). Toimintaterapeutin työskentely perustuu aina asiakaslähtöisyyteen sekä terapeutin, asiakkaan ja toiminnan väliseen suhteeseen. Terapiaprosessissa terapeutin oman persoonan terapeuttinen käyttö on keskeinen työväline, ja vuorovaikutussuhde asiakkaan ja toimintaterapeutin välillä on merkityksellinen osa kaikissa toimintaterapiaprosessin vaiheissa. (Hautala ym. 2013, 89, 100–101.)

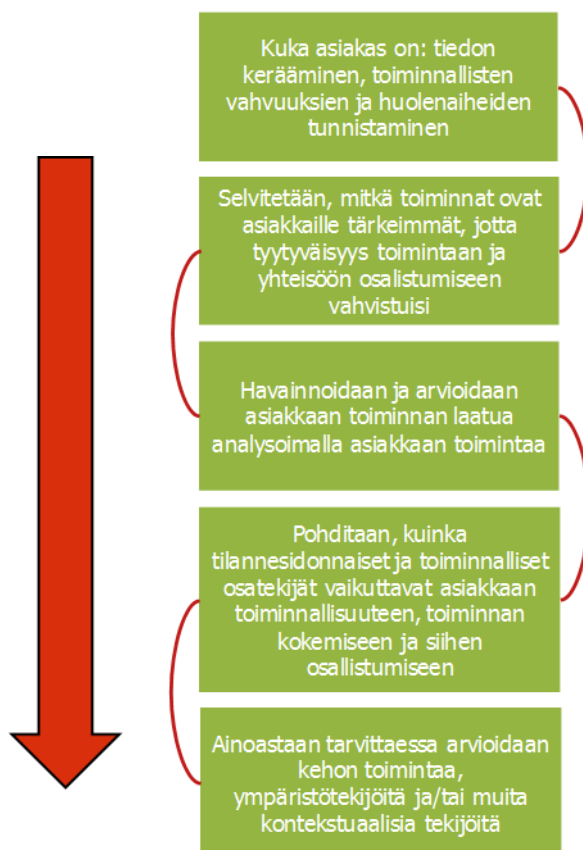
6 TOIMINTATERAPEUTTINEN ARVIOINTI

Arviointitietoa tarvitaan, jotta pystytään osoittamaan toiminnasta kuntoutujalle ilmennyt hyöty ja se, onko terapialla vaikuttavuutta. Arviointimenetelmiä valitessa ja arviota tehdessä tulisi pohtia, kuinka pystytään osoittamaan, mikä osuus kuntoutumisesta on ollut toimintaterapian osuus. (Karhula 2019.) Käytettyjen arviointimenetelmien tulee olla asiakasryhmälle sopivia ja niiden validiteetin ja reliabiliteetin riittäviä (Juntunen 2019). Väärin valikoitujen arviointimenetelmien käyttö voi vaikuttaa tulosten tulkintaan kliinisessä käytännössä, mikäli terapeutti valitsee arviointivälineitä ja mittareita epätäydellisten psykometristen ominaisuuksien perusteella, esimerkiksi viitearvoja ei löydy tietyille asiakasryhmälle. Tämän vuoksi on erityisen tärkeää, että jokainen kliinistä työtä tekevä terapeutti valitsee käyttämänsä arviointimenetelmät sen mukaan, kenelle on arviointia tekemässä ja minkälaista tietoa on etsimässä. (Qvist Kristensen ym. 2019; Maskill & Tempest 2017, 19.) Arviointimenetelmiä ei tulisi myöskään käyttää liian usein, koska silloin on mahdollista, että kuntoutujan parantunut tulos johtuu siitä, että hän on oppinut tekemään arvioinnin tehtävät, ennemmin kuin että hänen kykynsä olisivat kasvaneet (Maskill & Tempest 2017, 19).

Toimintaterapeutti arvioi kuntoutujan koettua ja havaittua toimijuutta (Lautamo 2019). Arvioinnissa selvitetään kuntoutujan kykyä huolehtia itsestään, opiskella, tehdä työtä ja viettää vapaa-aikaa, ja toimintaa tarkastellaan niin fyysisen, sosiaalisen kuin psyykkisenkin näkökulman kautta (Hautala ym. 2011, 123–124). Arvioinnissa käytetään tavanomaisten toimintojen havainnoinnin lisäksi erilaisia arviointimenetelmiä itsearviointilomakkeista vahvasti strukturoituihin ja mittaaviin menetelmiin (Kanto-Ronkanen 2012, 104). Tietoa tuotetaan siis subjektiivisilla sekä objektiivisilla menetelmillä. Subjektiivisilla arviointimenetelmillä saadaan tieto kuntoutujan omasta tulkinnasta sekä käsityksestä omasta kyvystä toimia ja tyytyväisyydestä omaan toiminnalliseen suoriutumiseen. Objektiivisilla arviointimenetelmillä saadaan systemaattisesti havainnoidulla tavalla tietoa kuntoutujan toiminnan laadusta. (Juntunen 2019; Fisher 2013). Arvioinnista saatua tietoa ei verrata keskivertosuomalaisten toimintaan, vaan vertailukohtana ovat kuntoutujan omat toiminnalliset roolit ja niihin liittyvät tehtävät. Taitoja ja valmiuksia tarkastellaan suhteessa siihen, mitä kuntoutuja haluaa tehdä ja mitä hänen odotetaan tekevän. (Hautala ym. 2011, 123–124.)

Toimintaperustaisen arvioinnin tulisi tapahtua kuntoutujan aidossa ympäristössä ja toiminnan tulee olla kuntoutujalle tärkeää ja merkityksellistä ja selkeää, josta hän haluaa suoriutua. Tekemisen aikana toimintaterapeutti tekee objektiivisia havaintoja, mutta samalla haastattelee kuntoutujaa kysyen, kuinka hän itse kokee suoriutuvansa toiminnasta. Näin saadaan välitön kuntoutujan oma kokemus ja havaitaan, onko siinä eroa terapeutin tekemiin havaintoihin. (Lautamo 2019.) Sekä terapeutin tekemät havainnot, että kuntoutujan oma arvio suoriutumisestaan kirjataan arvioinnin tuloksiin (Aralinna 2019).

Tulevassa, keväällä 2020 julkaistavassa toimintaterapeuteille laaditussa ja Toimintaterapeuttiliiton suosittelemassa Hyvät arviointikäytännöt suositus -ohjeistuksessa arviointiprosessi on kuvattu suoritettavaksi OTIPM-mallin Top-Down -periaatteen mukaisesti. Kuvassa 2 on Top-Down -periaatteen mukainen arviointiprosessin sisältö. Ylhäältä alas suuntautuvan arviointiprosessin avulla saadaan tietää kognitiivisten ja toiminnallisten vahvuuksien ja heikkouksien profiili ja sen vaikutus toiminnallisiin tehtäviin. (Juntunen 2019.) Toiminnan ollessa keskeinen osa toimintaterapiaa, tulee myös arvioinnin keskittyä siihen. (Fisher 2009, 10.) Arvioinnissa tärkeimmät osa-alueet ja kaikille toimintaterapeuteille toimialueesta riippumatta ovat neljä ensimmäistä tämän arviointiprosessin vaihetta. Toimintaterapeuteilla on käytössä paljon valmiustason arviointimenetelmiä, mutta niiden käyttö ei aina ole olennaista, kun arvioidaan kuntoutujan toiminnallisuutta ja suoriutumista toiminnasta. (Juntunen 2019.) Yksittäisen valmiuden arviointi, tai valmiuksia arvioivan testin (esimerkiksi OT-APST, joka arvioi visuaalista hahmotusta) käyttö voi antaa joko oikeaa tai virheellistä tietoa. Pelkän niin sanotun keho toiminnan tulos ei välttämättä kerro siitä, miksi jokin toiminta on vaikeaa. Mikäli terapiassa keskitytään valmiuksien, jotka saattavat tai saattavat olla selittämättä toiminnallisia vaikeuksia, harjoitteluun, on ajautettu kauas toimintaterapian varsinaisesta ytimestä -toiminnasta. (Curtin ym. 2017, 172–173.)



Kuva 2. Arviointiprosessin vaiheet TOP-DOWN -periaatteen mukaisesti (Juntunen 2019, Fisherin & Marterellan 2009 mukaan)

Arvioinnissa ei saa keskittyä vain toiminnan vajauksiin ja kykyjen puutteeseen, koska tämä voi pahimmillaan johtaa virheelliseen arviointiin sekä sitä myötä virheellisiin interventioihin. Mikäli arvioinnissa keskitytään pääasiassa puutteisiin ja menetettyihin taitoihin, tulee arviointiprosessista kuntoutujalle ahdistava ja latistava. Arvioinnissa tulee vajeiden ohella ottaa vahvasti huomioon kuntoutujan vahvuudet, taidot ja mahdollisuudet, jolloin arvioinnin tuloskin on tarkempi, toiveikkaampi ja kattavampi. (Curtin ym. 2017, 173.)

Standardoituja toimintaterapia-arviointimenetelmiä, joissa hyödynnetään toiminnallisen tehtävän suorituksen kliinistä havainnointia, ovat muun muassa Arnadottir Occupational Therapy Neurobehavioral Evaluation (A-ONE, neurobehavioraalisten häiriöiden vaikutus kuntoutujan toimintaan päivittäisissä toiminnoissa), Perceive, Recall, Plan and Perform Model (PRPP, tiedon prosessoinnin arviointia), Assessment of Motor and Process Skills (AMPS, arvioi asiakkaan päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen laatua) ja Structured Obser-

vational Test of Function (SOTOF) (Cooke ym. 2005, 62). Subjektiiivisia arviointimenetelmiä ovat muun muassa OSA (Occupational Self Assessment) ja COPM (Canadian Occupational Performance Measure) ja objektiivisia esimerkiksi ACIS (The Assessment of Communication and Interaction Skills) ja ESI (The Evaluation of Social Interaction) (Juntunen 2019). Lisää esimerkkejä toimintaterapeuttien käyttämistä arviointimenetelmistä on lueteltu myöhemmissä kappaleissa, jotka käsittelevät toimintaterapian toteutusta aivovammakuntoutuksessa.

TOIMIA-tietokannassa julkaistaan perustietoja toimintakykymittareista ja arvioita niiden pätevydestä, toistettavuudesta ja käyttökelpoisuudesta kullekin asiakasryhmälle (TOIMIA-tietokanta 2019). TOIMIA-asiantuntijaverkostossa ei ole laadittu yksityiskohtaista suositusta aivovamman saaneen potilaan kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn arviointiin. Suosituksen mukaan tulee kuitenkin arvioida tajunnan palautuminen, yleinen toimintakyky, neuropsykologiset häiriöt, psyykinen status, käyttäytyminen, kognitiiviset rajoitukset, fyysinen toimintakyky, sosiaalinen osallistuminen sekä elämänlaatu. Liikkumisen arvioinnissa voidaan suosituksen mukaan käyttää soveltuvien osien menetelmiä, jotka on TOIMIA-verkostossa kuvattu aivohalvauspotilaiden osalta. (Koskinen 2013, 2,5.)

7 TOIMINTATERAPIA AIVOVAMMAKUNTOUTUKSESSA

Useiden tutkimusten mukaan toimintaterapian vaikuttavuudesta ja varsinkin interventioissa käytettyjen menetelmien ja työtapojen vaikuttavuudesta ei ole saatavilla luotettavaa ja riittävää tutkimustietoa (Powell 2016, Bergerin ym. 2016; Changin ym. 2016 mukaan; Tenovuo 2016; Pitkänen & Jäkälä 2012, 59). On vaikea saada tutkittua yhden yksittäisen intervention/työmenetelmän vaikutusta tiettyyn yhteen ongelmaan, koska aivovammat aiheuttavat niin moninaisen oirekuvan ja kaikkea kuntoutetaan yhtä aikaa. (Powell 2016, Bergerin ym. 2016; Changin ym., 2016 mukaan). Lisäksi aivovammakuntoutus on yleensä aina moniammatillista, jolloin eri terapiat toteutuvat samaan aikaan. Tällöin on vaikea saada tutkittua tietyn terapiamuodon vaikuttavuutta ja erottaa toimintaterapian vaikuttavuus muiden terapioiden vaikutuksista. (Powell 2016, Powellin ym. 2016; Wheelerin ym. 2016 mukaan.) Tieteellisen näytön puuttuminen ei kuitenkaan tarkoita vaikutusten puuttumista (Tenovuo 2016).

Amerikan toimintaterapeuttiliitto AOTA (American Occupational Therapy Association, Inc.), on tehnyt selvitystyön, jossa on käyty läpi lähes 7000 kansainvälistä englanninkielistä aivovammojen toimintaterapeuttiseen kuntoutukseen liittyvää tutkimusta. Tämän mukaan toimintaterapian hyödystä on joko vahvaa tai kohtalaista näyttöä traumaattisten aivovammojen kuntoutuksen seuraavilla osa-alueilla: kognitiivinen kuntoutus, visuaalisen hahmotuksen kuntoutus, motorinen kuntoutus, psykososiaalinen sekä tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmiin liittyvä kuntoutus sekä joka-päiväisten toimintojen kuntoutus ja osallisuuden mahdollistaminen. Eniten tutkittua tietoa ja näyttöä toimintaterapian vaikuttavuudesta löytyi kognitiivisesta kuntoutuksesta, seuraavaksi eniten psykososiaalisesta kuntoutuksesta, ja kolmanneksi eniten toimintaan ja sosiaaliseen osallisuuteen liittyvästä kuntoutuksesta. Toimintaterapian vaikuttavuuden vahvaa, tason I näyttöä löytyi myös näönkuntoutuksesta, motorisesta kuntoutuksesta sekä kooma-asiakkaan kuntoutuksesta. (Wheeler & Acord-Vira, 2016.)

Toimintaterapeuttisen kuntoutuksen tulee olla kokonaisvaltaista ja kuntoutuksessa tulee ottaa huomioon niin fyysiset, psyykkiset kuin psykososiaalisetkin tekijät. Kuntoutus voi epäonnistua, mikäli jättää huomiotta jonkun osa-alueen, kuten kipujen, univaikeuksien, masennuksen, ahdistuneisuuden, taloustilanteen tai perhe-elämän vaikutukset kuntoutumiseen. (Tenovuo 2016.) Terapeuttisten viitekehysten ja toimintaterapiamallien lisäksi terapeutilla on oltava riittävät tiedot ihmisen kognitiivisesta kehityksestä sekä kognitiivisista ja neuropsykologisista häiriöistä ja siitä, kuinka nämä kyvyt vaikuttavat toiminnalliseen suoriutumiseen (Tempest & Maskill 2017, 15). Toimintaterapia oikein koordinoituna ja oikeilla työtavoilla toteutettuna neuropsykologisen kuntoutuksen kanssa yhdessä, voi olla tehokkain aivovammakuntoutuksen muoto. Tämä edellyttää, että toimintaterapeutilla on riittävä tietämys ja kokemus aivovammojen aiheuttamista oireista. Toimintaterapeuttien tulisi omassa työssään olla suuntautuneita neurologisten asiakkaiden kanssa työskentelyyn, jotta heillä olisi riittävät keinot kuntouttaa aivovamman saaneita henkilöitä. (Tenovuo 2016.)

Aivovammasta johtuvaa haittaa voidaan lievittää terapeuttisin keinoin, kuten ympäristöä muokkaamalla, apuvälinein sekä suunnittelemalla tilanne niin, että

asiakkaan taidot ja tehtävän vaatimukset mitoitetaan toisiinsa nähden sopiviksi. Tätä varten käytettävä toiminta on etukäteen analysoitu, eli pohdittu min-kälaisia valmiuksia ja taitoja toiminta vaatii ja miten sitä voidaan tarvittaessa helpottaa tai vaikeuttaa. (Kanto-Ronkanen 2012, 105.) Toimintaterapeuttien työtapaa aivovammakuntoutuksessa on siis sekä korjaavaa, että mukauttavaa / kompensoivaa. Kuntoutusinterventiot suunnitellaan yksilöllisesti ja korjaava tai mukauttava toiminta vaihtelevat tarpeen mukaan. Vammautumisen alussa voi esimerkiksi olla tärkeää, että toimintoja mukautetaan esimerkiksi apuvälinein tai sopivalla haastetasolla, jotta kuntoutuja pystyy suoriutumaan tehtävästä ja kuntoutujan edistyessä voidaan toimintoja taas vaikeuttaa (korjaavaa toimintaa), jotta päästään kohti normaalia toimintaa. (Maskill & Tempest 2017, 38–39.) Toimintaterapiassa tuetaan erilaisten toimintojen avulla kuntoutujan vahvuuksien löytämistä ja harjoitellaan kuntoutujan tärkeiksi kokemia toimintoja ja tehtäviä. Olennaista kuntoutuksessa on onnistumisen kokemusten luominen kuntoutujalle, jotta hänen toiminnallinen identiteettinsä vahvistuisi. (Kanto-Ronkanen 2012, 105–106).

Yhdysvalloissa AOTA on laatinut systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella suuntaviivat traumaattisen aivovamman saaneen henkilön toimintaterapeuttiin kuntoutukseen. Ohjeistuksen tarkoituksena on antaa yleiskuva traumaattisista aivovammoista kärsivien henkilöiden toimintaterapiaprosesseista, joka perustuu olemassa olevaan näyttöön erilaisten toimintaterapiainventioiden vaikutuksista. Lisäksi tarkoituksena on auttaa toimintaterapeutteja sekä aivovammakuntoutuksen ja toimintaterapiapalveluiden käytännöistä vastaavia henkilöitä ymmärtämään toimintaterapian vaikutuksen aikuisten aivovammakuntoutuksessa. Suosituksessa todetaan, ettei siinä ole kuvattu kaikkia mahdollisista kuntoutusmenetelmistä. Vaikka siinä suositellaan tiettyjä menetelmiä, on toimintaterapeutin tehtävä työskennellessään lopullinen arvio intervention sopivuudesta tietyille henkilölle tai ryhmälle, ottaen huomioon olosuhteet ja tarpeet. Interventiot on luokiteltu tutkimusnäytön mukaan seuraavasti (Wheeler & Acord-Vira 2016.):

- A - On olemassa vahvaa näyttöä siitä, että kuntoutujalle tulee tarjota rutiininomaisesti toimintaterapiainventioita. Löydetty hyviä todisteita siitä, että interventio parantaa tuloksia, ja että hyödyt ovat huomattavasti suuremmat kuin mahdolliset vahingot.
- B - On kohtuullista näyttöä siitä, että kuntoutujalle tulee tarjota rutiininomaisesti toimintaterapiainventioita. On erittäin varmaa,

että koettu hyöty on keskinkertainen, tai on kohtalainen varmuus siitä, että koettu hyöty on keskinkertainen tai huomattava.

- C - On heikkoa näyttöä siitä, että interventio voi parantaa tuloksia. On suositeltavaa, että suoritettava interventio valikoituu ammatillisen harkinnan ja potilaan mieltymysten perusteella. Ainakin kohtalainen varmuus siitä, että koettu hyöty on pieni.
- I - Ei ole riittävästi näyttöä sen määrittämiseksi, pitäisikö toimintaterapeuttien suorittaa rutiinomaisesti interventio. Toimenpiteiden tehokkuudesta ei ole näyttöä, tai ne ovat heikkolaatuisia tai ristiriitaisia eikä hyötyjen ja haittojen tasapainoa voida määrittää.

Aivovammakuntoutuksen terapiaprosessissa voidaan hyödyntää esimerkiksi OTIPM –mallia, joka ohjaa toimintaterapeutteja työssään toimimaan toimintaterapian keskeisten näkökulmien mukaisesti. Toimintaterapian keskeinen ajatus ja päämäärä on sitoutuminen toimintaan ja tämän mallin mukaan jokaisella ihmisellä on tahto sitoutua itselle merkitykselliseen ja tarkoituksenmukaiseen toimintaan. Malli ohjaa ammatillista harkintaa sekä toteuttamaan asiakaskeskeisiä toimintaan perustuvia interventioita ja arviointeja, jotka ovat top-down –näkökulman mukaisia. (Fisher 2009, 1–2.)

7.1 Kognitiivinen kuntoutus

Kansainvälinen asiantuntija- ja tutkijaryhmä INCOG on tehnyt vuonna 2014 suosituksen traumaattisen aivovamman saaneiden henkilöiden kognitiivisesta kuntoutuksesta, ja sen mukaan arviointi ja kuntoutus tulee räätälöidä potilaan neuropsykologiseen profiiliin, kuntoutujan aiempiin kognitiivisiin ominaisuuksiin sekä elämän ja osallistumisen tavoitteisiin (Clinical Practice Guideline for the Rehabilitation of Adults with Moderate to Severe TBI 2016, INCOG 2014 mukaan). Työskenneltäessä aivovamman saaneiden kuntoutujien kanssa on toimintaterapeutin tärkeä tehtävä arvioida kognitiivisen heikentymisen vaikutusta toimintaan sitoutumiseen sekä tärkeisiin elämärooleihin (Sansone & Hoffmann 2013).

7.1.1 Kognitiivisen toiminnan arviointi

Arvioitaessa kognitiota tarvitaan kvantitatiivista tietoa. Pelkillä kognitiota arvioivilla neuropsykologisilla niin sanotuilla kynä-paperitesteillä ei pystytä kuitenkaan suoraan arvioimaan henkilön toiminnallista suoriutumista arjessa (Jantunen 2020; Qvist Kristensen ym. 2019; Hildebrandt 2017, 173; Stephens ym. 2015, Gordonin 2011 mukaan). Kaksi henkilöä, jotka ovat saaneet samat

pisteet kognitiota mittaavissa testeissä, voivat olla toiminnallisesti aivan eri tavoilla ja suoriutua toiminnasta eri tavoin (Jantunen 2020). Henkilöllä, joka suoriutuu hyvin standardoiduista arvioinneista, voi olla suuria ongelmia suoriutua päivittäisestä elämästä (Hildebrandt 2017, 173). Tämän vuoksi tarvitaan lisäksi toiminnantason arviointia ja havainnointia. Toimintaterapeutit arvioivat kognitiivisen toiminnan tarkemmin integroituna reaalimaailman toimintaan. (Jantunen 2020; Stephens ym. 2015; Sansonetti & Hoffmann 2013.)

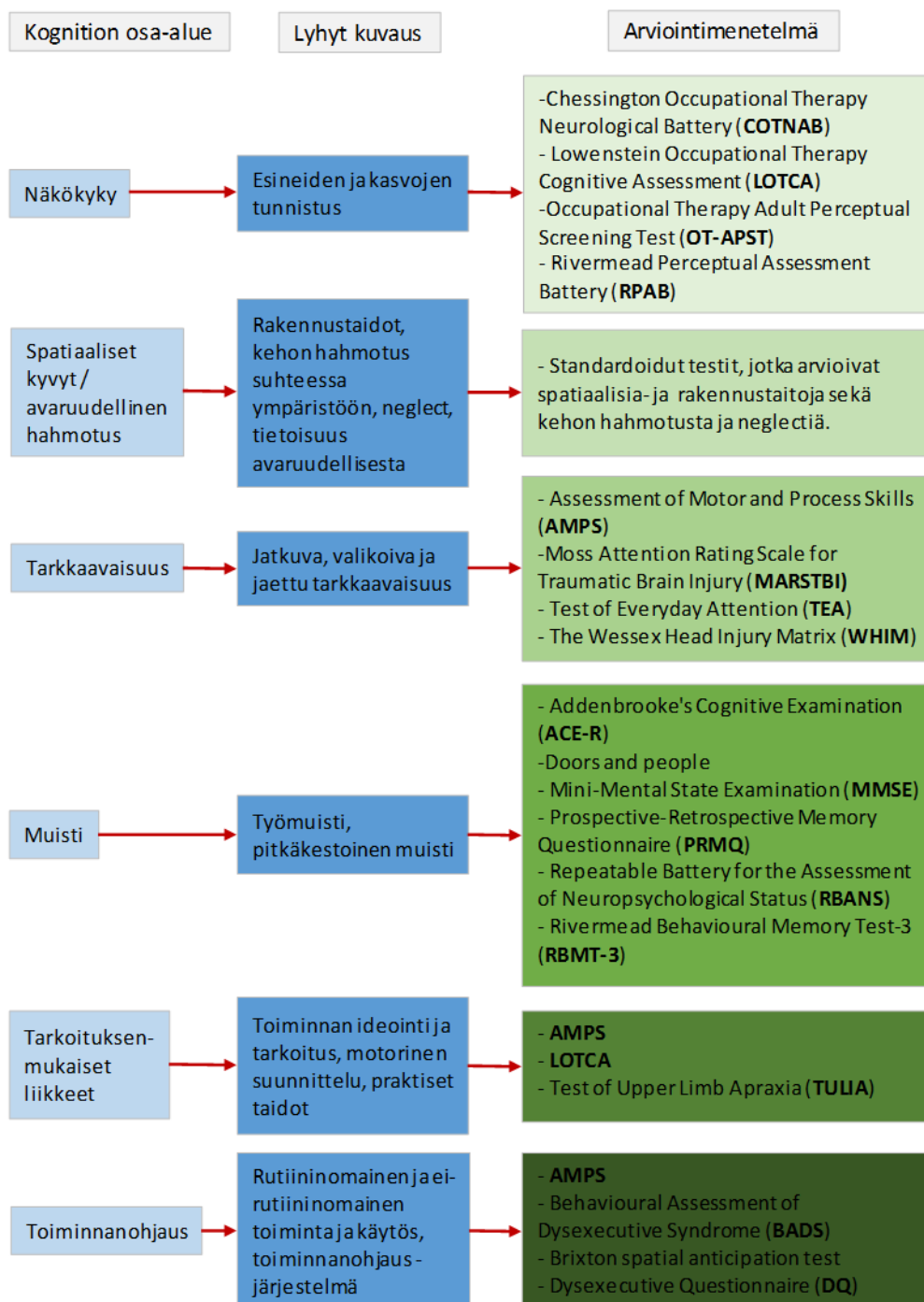
INCOG-suosituksen mukaan aivovamman saaneille tulisi tehdä puheterapeutin ja neurologisten tutkimusten lisäksi toimintaterapeutin arvio, jossa arvioidaan kognitiivisten häiriöiden vaikutusta osallisuuteen sekä suoriutumiseen merkityksellisestä toiminnasta. Suosituksen mukaan kognitiivista toimintakykyä arvioidessa jokaiselta aivovamman saaneelta tulisi arvioida (Clinical Practice Guideline for the Rehabilitation of Adults with Moderate to Severe TBI 2016, INCOG 2014 mukaan.):

- tarkkaavaisuus, mukaan lukien prosessoinnin nopeus
- visuospatiaalinen, ei avaruudellinen hahmottaminen
- toiminnanohjaustaidot
- kielelliset taidot ja sosiaalinen viestintä
- sosiaaliset taidot
- muisti ja oppiminen
- oiretiedostus
- tunteiden ilmaisu ja havaitseminen

Arviointiin voi suosituksen mukaan käyttää sekä standardoituja, että ei standardoituja menetelmiä, mutta tulisi suosia standardoituja menetelmiä. (Clinical Practice Guideline for the Rehabilitation of Adults with Moderate to Severe TBI 2016, INCOG 2014 mukaan.) Toimintaterapeuttien on kuvattu käyttävän arvioinnissaan eniten havainnointiin ja standardoimattomiin menetelmiin perustuvaa arviointia ja standardoitujen välineiden käyttö ei ole ollut rutiinisomaista. Syyksi on ilmoitettu muun muassa se, että arviointimenetelmien käyttö vie niin paljon aikaa (Qvist Kristensen ym. 2019).

Toimintaterapiainterventioiden kohteina olevat kognitiiviset osa-alueet voidaan jaotella kuuteen eri luokkaan (Maskill & Tempest 2017, 68). Jaottelu ja suositukset arviointimenetelmistä on esitetty kuvassa kolme. Arviointimenetelmien osalta on aiemmista tutkimuksista etsitty tietoa niiden käytöstä aivovammoihin

liittyen, ja kaikkien alla lueteltujen menetelmien käytöstä on löytynyt viittauksia. Tarkemmin kaikkien arviointimenetelmien käyttöä ja viitearvoja aivovamoihin tai suomennosten löytymistä ei ole tutkittu.



Kuva 3. Toimintaterapeuttisen kognitiivisen kuntoutuksen osa-alueet ja arviointi (Maskill & Tempest 2017)

Toiminnanohjausta arvioidessa tulee kiinnittää huomiota abstraktiin ajatteluun, kuten suunnittelu- ja organisointikykyyn, ajankäytön hallintaan, kognitiivi-

seen joustavuuteen, oivaltamiseen, arviointiin ja ongelmanratkaisuun sekä ihmissuhdetaitoihin, sosiaaliseen käyttäytymiseen, persoonallisuuteen ja monimutkaisten tunteiden tulkitsemiseen (Hildebrandt 2017, 173, WHO:n 2001; Chenin ym. 2008; Damasion 1995 mukaan). Toiminnanohjaustaitoja arvioi-
dessa voi hyödyntää Ylvisackerin ja Szekeresin (Hildebrandt 2017, 173–174, Ylvisackerin ja Szekeresin 1989 mukaan) laatimaa lähestymistapaa valitse-
malla moniosaisen, kuntoutujalle merkityksellisen, mutta uuden tehtävän,
jonka suorittaminen on vaatimustasoltaan kuntoutujalle sopiva. Tehtävävalin-
nan jälkeen käytetään ei-standardoitua kysymyslistaa, jonka avulla selvitetään
kuntoutujan suoriutumista jokaisesta toiminnanohjauksen osa-alueesta. Aiheet
ja kysymykset ovat seuraavanlaisia:

-*Tavoitteen asettelu*: Mitä olet tekemässä? Kuinka kauan arvioit, että toimin-
nan suorittaminen kestää? Asteikolla 1–10, kuinka hyvin luulet toiminnasta
suoriutuvasi?

-*Suunnittelu*: Mitä kaikkia osavaiheita toimintaan kuuluu?

-*Organisointi*: Onko sinulla kaikki tarvitsemasi työvälineet ja tarvikkeet? Tarvit-
setko toiminnassa apua keneltäkään? Onko sinulla riittävästi aikaa saadaksesi
tehtävän valmiiksi?

-*Aloittaminen*: Milloin aloitat tehtävän tekemisen?

-*Itsetarkkailu*: Mitä ongelmia saatat kohdata? Mitä teet, jos niitä ilmenee?

-*Ongelmanratkaisu*: Voiko tämän tehtävän tehdä muulla kuin yhdellä tavalla?

-*Lopettaminen/loppuun saattaminen*: Milloin tiedät lopettaa toiminnan?

Tätä menetelmää voidaan käyttää myös interventiometodina, kun harjoitellaan
toimintaa, joka ei ole kuntoutujalle rutiininomaista (Hildebrandt 2017, 174, Yl-
visackerin ja Szekeresin 1989 mukaan).

Kuvassa 3 olevien toiminnanohjauksen arviointimenetelmien lisäksi toiminnan-
ohjausta voidaan arvioida myös esimerkiksi Trail Making Testillä (TMT). Testiä
käytetään yleisesti tarkkaavuuden, prosessointinopeuden ja toiminnanohjaus-
taitojen tutkimiseksi. (Pavawalla 2012.) Arviointimenetelmien Functional As-
sessment Measure (FAM) ja Functional Independence Measure (FIM) yhteis-
käyttöä on suositeltu käytettäväksi aivovammakuntoutujia arvioitaessa (Qvist
Kristensen ym. 2019). Functional Loewenstein Occupational Therapy Cogni-
tive Assessment (FLOTCA) menetelmä on myös kehitetty arvioimaan korke-
ampia kognitiivisia kykyjä ihmisillä, joilla on traumaattinen aivovamma.

FLOTCA mittaa suorituskykyä kolmessa tehtävässä: navigointi kartalla, työkalupakin järjestäminen ja päiväaikataulun suunnittelu. (Schwartz ym. 2015.) Tarkkaavuutta arvioitaessa tulee arviointia suorittaa eri tilanteissa ja eri toimintaa tehdessä, sekä arvioida koko toiminnan ajan, koska tarkkaavuus vaihtelee ja on riippuvainen kontekstistaan. Tarkkaavuutta mittaavien menetelmien rinnalle tarvitaan havainnointia. (Jefferson & Maskill 2017, 82.)

Aivovammakuntoutujien arvioinnissa tulee aina huomioida, minkälainen kuntoutujan oiretiedostus on. Usein aivovamman saaneella voi olla heikentynyt itsetietoisuus ja oiretiedostus, ja voivat sen vuoksi olla kyvyttömiä tunnistamaan ongelma-alueita ja asettamaan terapialle tavoitteita. (Doig ym. 2009, 561, 563, Tromblyn ym. 1998 mukaan.) Oiretiedostuksen puute on tutkimusten mukaan yksi suurimmista kuntoutumisen, töihin paluun ja sopeutumisen esteistä (Powell 2016, 9). Myös vakavat muistitoimintojen ongelmat vaikeuttavat kuntoutumista ja lisäksi terapiatavoitteiden asettelua ja niiden saavuttamista (Doig ym. 2009, 565).

7.1.2 Toimintaterapeuttinen kognitiivinen kuntoutus

Eri ammattilaisten toteuttama kognitiivinen kuntoutus on usein toteutettu kliinissä ympäristössä erilaisin kognitiota parantavin tehtävin. Toimintaterapian perusajatuksena kuitenkin on, että ihminen on kokonaisuus, joten kognitiivisia interventioita suunnitellessa tulee ottaa huomioon myös yksilön psykososiaaliset ominaisuudet ja ympäristö. Sitoutuminen merkitykselliseen toimintaan, joka on yhdenmukaista yksilön arvojen ja uskomusten kanssa ja saa ylittämään itsensä, voi parantaa elämänlaatua. (Park ym. 2015.)

Useat tutkimukset ovat osoittaneet kognitiivisen kuntoutuksen hyödylliset vaikutukset muun muassa aivovammakuntoutujien päivittäisen elämän suunnitteluun, organisointiin ja kommunikointiin (Park ym. 2015, Vanderploegin ym. 2008; Ciceronen ym. 2008; Goveroverin ym. 2007; Salazarin ym. 2000 mukaan). Kuntoutuksen alussa keskitytään korjaaviin toimenpiteisiin ja ajan kuluessa interventiot kohdentuvat enemmän korvaavaan, eli kompensoivaan toimintaan (Stephens ym. 2015; Park 2015, Koehlerin ym. 2012 mukaan). Tutkimusten mukaan toimintaan perustuva kognitiivinen kuntoutus on hyödyllistä

aivovammapotilaille ja se parantaa suoriutumista päivittäisistä toimista (Activities of Daily Living = ADL), sekä vaikuttaa positiivisesti psykososiaalisiin toimintoihin. Toimintaan perustuvia kognitiivisen kuntoutuksen menetelmiä ovat muun muassa sosiaalisten kommunikointitaitojen koulutus, oiretiedostuksen lisääminen, toiminnanohjaustaitojen sekä tarkkaavuuden kuntoutus sekä intensiiviset kognitiivisen kuntoutusohjelmat (lähteessä ei sisältöjä tarkemmin avattu). (Park ym. 2015.)

AOTA:n suosituksen mukaan toimintaterapeuttisia interventioita kognitiivisten ongelmien kuntoutuksessa ovat (Wheeler & Acord-Vira 2016):

- Muistitoimintojen kuntoutus käyttäen sekä mukauttavaa/kompensoivaa että korjaavaa toimintaa (A)
- Tarkkaavuuden suuntaamisen harjoitukset joko ongelmanratkaisutehtävin tai ilman. Tarkoituksena kohentaa tarkkaavuutta ja toiminnanohjausta (A)
- Toiminnanohjaustaitojen harjoittelu, kuten tavoitteen asettelun harjoittelu (Goal management training, GMT) ja huomion suuntaamisen harjoitukset. (A)
- Muistitekniikoiden harjoittelu vahvistamaan mieleenpalautusta (A)
- Erilaiset muistia kompensoivat keinot (sisäiset ja ulkoiset) muistin parantamiseksi (A)
- Kognitiivisen avustavan tekniikan (paitsi ääninauhurit ja navigointilaitteet) käytön harjoittelu muistin parantamiseksi (A)
- Kognitiiviset keinot parantamaan oiretiedostusta (B)
- Kognition eri osa-alueiden ongelmia helpottamaan kompensoivien keinojen löytäminen (B)
- Tietokonepohjaiset interventiot parantamaan toiminnallista suoritusta (I)
- Yleiset korjaavat tai korvaavat toimenpiteet parantamaan tarkkaavuutta ja toiminnanohjausta (I)

Toimintaterapeuttien tulee rohkaista kuntoutujia käyttämään ja harjoittelemaan sisäisiä ja ulkoisia muistisääntöjä sekä muististrategioita parantamaan mieleenpainamista sekä mieleenpalauttamista. Tietojen erottaminen toisistaan on tekniikka, jossa pieniä määriä uutta tietoa esitetään useina lyhyinä ajanjak-

soina ja muistettavasta asiasta erotellaan olennaiset. Kuvien käyttö on hyödyllistä kuntoutettaessa muistia, varsinkin ennakoivaa muistia, joka pohjaa aiemmin opittuun ja aiempiin muistoihin, jotka ohjaavat tulevaa toimintaa. Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP) on toimintaterapiaintervention malli, joka kannustaa yksilöitä käyttämään metakognitiivisia strategioita tunnistamaan ja vahvistamaan heikkoja kognitioalueita. Sen pääpiirteitä ovat ongelmanratkaisukyvyyn kehittäminen ja tehtävälähtöisyys. Metakognitiolla viitataan kykyyn tunnistaa omia kognitiivisia kykyjä. (Stephens ym. 2015.) Mikäli kuntoutuja esimerkiksi havaitsisi, että hänellä on vaikeuksia muistaa suullisesti esitettyjä tietoja, hän voisi käyttää metakognitiivisena strategiana pyyntöä saada kirjallista tietoa muistettavasta asiasta. (Stephens ym. 2015, Dawsonin ym. 2009 mukaan).

Toimintaterapeuttien käyttämiä kognitiivisen kuntoutuksen keinoja ovat esimerkiksi ympäristön muokkaus, vihjeiden antaminen, toiminnan porrastus, vaiheistaminen ja muokkaus, läheisten sekä kuntoutujan ohjaaminen ja opastus, käyttäytymisen säätelyyn vaikuttaminen, strategioiden harjoittelu, virheettömmän oppimisen keinot (menetelmä, jossa vältetään epäonnistumisia luomalla olosuhteet sellaisiksi, että tapahtuisi vain onnistumisia) ja palautteen antaminen. Koska jokainen aivovamman saanut kokee vamman vaikutukset eri tavalla, ovat myös terapiassa käytetyt menetelmät ja tekniikat erilaisia, kuntoutujan tarpeisiin sopivia. Terapeutin käytöksellä ja toiminnalla on myös suuri merkitys terapian toteutuksessa, esimerkiksi motivointi on tärkeässä roolissa osana kuntoutusta. (Maskill & Tempest 2017, 41–45.)

Oiretiedostuksen parantaminen on välttämätöntä muiden kognitiivisten alueiden parantamiseksi, koska kuntoutujien on tunnistettava puutoksensa, jotta niitä voi parantaa (Stephens ym. 2015). Toisaalta taas oiretiedostus vaatii riittävän kognitiivisen tason ja toiminnanohjausjärjestelmän, jotta oireita voi ymmärtää. Oiretiedostuksen parantamiseksi tulisi siis kehittää toiminnanohjauksellisia taitoja. (Maskill & Tempest 2017, 35.) Yksittäisenä menetelmänä on todettu, että videoinnin ja sanallisen palautteen yhdistelmä voi parantaa potilaiden oiretiedostusta lisäämättä ahdistusta (Stephens ym. 2015, Schmidtin ym. 2013 mukaan). Myös muistiongelmaiset tarvitsevat tietoa ja apua ymmärtääk-

seen muistivaikeutensa ja heidän tietoisuuttaan siitä, kuinka vaikeudet vaikuttavat heidän jokapäiväiseen elämäänsä, tulee terapiassa lisätä (Bair & Maskill 2017, 143).

Toiminnanohjauksen ongelmista kärsivät kuntoutujat hyötyvät päivittäisistä rutiineista, jotka strukturoidaan mielellään yhdessä läheisten kanssa. Yhteistyö lähipiirin kanssa on erityisen tärkeää, jotta voidaan kehittää selviytymisstrategioita, mutta myös helpottaa adaptoitumista elämään toiminnanohjauksen ongelmien kanssa. Sekä kuntoutujalle itselleen, että lähipiirille on hyvä kertoa toiminnanohjauksen häiriön aiheuttavista vaikeuksista sekä niiden vaikutuksista päivittäiseen elämään. Tämä voi auttaa ymmärtämään asiaa paremmin ja lisäämään oiretiedostusta ja siten myös motivoida kuntoutujaa osallistumaan paremmin kuntoutukseen. Interventiot pitävät sisällään psykoedukaation lisäksi muistiharjoittelua, tarkkaavuuden säätelyn harjoituksia, oiretiedostuksen kohentamista ja GTM-harjoittelua (Goal management training). (Hildebrandt 2017, 171, 174.) Toiminnanohjauksen ongelmista kärsivien henkilöiden kuntoutukseen suunnitellussa GTM-harjoitusmenetelmässä harjoittelu on jaettu viiteen tasoon: 1. Pysähdy ja mieti mitä olet tekemässä. 2. Määrittele pää tavoite tai tehtävä etukäteen. 3. Listaa vaiheet päästäksesi tavoitteeseen/saadaksesi tehtävän valmiiksi. 4. Opettele vaiheet. 5. Tarkista ja mieti oletko tekemässä sitä mitä suunnittelit. (Hildebrandt 2017, 174, Levinen ym. 2000 mukaan.)

Useat aivovamman saaneet ovat kertoneet, että heidän kykynsä käsitellä ja toimia päivittäisten teknologialaitteiden kanssa ovat heikentyneet. Yleisimmät vaikeudet liittyvät puhelinten, tietoliikenteen ja tietokoneiden käyttöön, vaikuttaen kuntoutujien jokapäiväiseen toimintaan ja mahdollisuuteen osallistua kotona ja yhteisössä. (Lindén ym. 2009.) Voi olla, että esimerkiksi laskujen maksu tietokoneella ei enää onnistu. Toimintaterapeuttien tulisikin arvioida vaikuttaako kuntoutujien päivittäisten teknologialaitteiden käyttö heidän toimintaansa ja osallistumiseensa, ja tarvittaessa kohdentaa interventioita näiden asioiden parantamiseen (Stephens ym. 2015; Lindén ym. 2009). Päivittäisillä teknologialaitteilla tarkoitetaan puhelinten, tablettien ja tietokoneiden lisäksi esimerkiksi kodinkoneita, TV-laitteita, sähköisiä työkaluja ja niin edelleen (Lindén ym. 2009).

7.2 Visuaalinen hahmotus ja näkökyky

Visuaalinen havainto antaa merkityksen kaikelle sille tiedolle, joka välittyy aivoihimme silmien kautta. Visuaaliseen hahmottamiseen ja aistitiedon käsitteelyyn liittyy niin silmien motorista toimintaa, näkökentän laajuuteen liittyvät tekijät, kuin myös värien, muotojen, kasvojen, etäisyyksien ja mittojen tunnistamista. (Maskill & Grieve 2017.)

7.2.1 Visuaalisen hahmotuksen ja näönkäytön arviointi

Hahmotushäiriöiden seulonta akuutissa sairaalassa ja kuntoutusympäristössä on tärkeä prosessi, etenkin asiakkaille, joiden tavoitteisiin sisältyy autolla ajaminen, paluu työhön, aktiivinen elämäntyyli ja päivittäiset harrastukset sekä yksin eläminen. Erilaisia toimintaterapeuttien käyttämiä standardisoituja arviointimenetelmiä visuaalisen hahmottamisen ongelmien, joko yksinään tai yhdessä muiden kognitiivisten tai motoristen ongelmien kanssa ovat muiden muassa (Cooke ym. 2005, 62,69.):

- Rivermead Perceptual Assessment Battery (**RPAB**)
- Ontario Society of Occupational Therapists Perceptual Evaluation (**OSOT**)
- The Chessington Occupational Therapy Neurological Assessment Battery (**COTNAB**);
- Cerebral Vascular Accident (**CVA**) evaluation battery of St. Marys Hospital;
- Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (**LOTCA**);
- **LOTCA-G** (Geriatrinen LOTCA);
- Baylor Adult Visual Perceptual Assessment
- Occupational Therapy Adult Perceptual Screening Test (**OT-APST**) Kaikista ei ole suomennoksia saatavilla.

Visuaalisen hahmotuksen ja apraksian seulonta-arviointiin suositellaan OT-APST – menetelmää. Testi seuloo kattavasti myös aikuisten häiriöt agnosiassa (kyvyttömyyttä tunnistaa ja analysoida näkemäänsä) ja visuospatiaalisissa (avaruudellinen hahmottaminen, eli tilan hahmottaminen suhteessa itseensä ja ympäristöön) taidoissa. (Cooke ym. 2005, 59). Tavallisesti aivovammakuntoutujien kuntoutushenkilöstöön ei kuulu silmähoidon/näön tutkimisen ammattilaisia, joten toimintaterapeutit ovat alkaneet tunnistaa tarpeita tehokkaille, aikuisille validoiduille näköseulontatesteille. Tarkoituksena on selvittää, tarvitseeko kuntoutuja tarkempaa ja kattavaan näkö tutkimusta ja kuntoutusta. (Radomski ym. 2014, 427.)

Toimintaterapeuttien tulee arvioida ainakin silmien kohdistusta ja binokulaarista, eli silmien yhteisnäköä, akkommodaatiota (silmiin mukautuminen tarkastelemaan eri etäisyyksillä olevia kohteita), lukemista, silmiin nykimistä sekä kuntoutujan itse ilmoittamia oireita (Radomski ym. 2014, 426). Visuaalista hahmotusta ja näönkäyttöä tulee arvioida myös havainnoimalla kuntoutujan toimintaa. Havainnoidaan tunnistaako kuntoutuja ystävät ja läheiset ulkona, löytääkö hän nimetyt esineet huoneesta tai osaako nimetä tutut esineet, löytääkö tietyt tavarat käsilaukusta pelkän tunnon avulla (agnosia), pysyykö tekemään tehtäviä, joissa käytetään useita erilaisia esineitä ja löytääkö saman esineen eri suunnista (muodon pysyvyys). (Maskill & Grieve 2017, 108.)

7.2.2 Visuaalisen hahmotuksen ja näönkäytön kuntoutus

Visuaalisen hahmotuksen harjoituksena kuntoutujaa voi pyytää esimerkiksi etsimään astiakaapista kaikki samankokoiset ja -väriset mukit, tai vaatepinosta jokin tietty vaate, jolloin tulee luontaisesti arvioitua sekä harjoiteltua visuaalista etsintää ja värin sekä muodon tunnistusta. Kuvio – tausta -erottelua voi harjoitella vaikka etsimällä vaatteista kaikki napit tai taskut, sekä katselemalla kuvia ja pyynnöstä nimeämällä kuvista erilaisia asioita. (Maskill & Grieve 2017, 107.) Mikäli kuntoutujalla on visuaalisen hahmottamisen haasteita, helpottaa hänen toimintaansa selkeä tila, jossa on mahdollisimman vähän visuaalisia ärsykeitä. (Maskill & Tempest 2017, 41.)

AOTA:n suosituksen mukaan toimintaterapeuttisia interventioita näön käytön ja visuaalisen hahmotuksen kuntoutuksessa ovat (Wheeler & Acord-Vira 2016):

- Katseen kohdistamisen ja visual scanning trainig (VST) eli visuaalisen etsinnän harjoitukset parantamaan katseella haun tarkkuutta, mitattuna tietokonetesteillä tai digitaalisilla toiminnallisilla tehtävillä (A)
- Visuaalisen hahmottamisen kognitiivinen kuntoutus, joka parantaa suoritusta neuropsykologisissa mittauksissa (A)
- Katseen kohdistamisen ja visuaalisen etsinnän harjoitukset, joihin liittyy visuaalinen ja/tai ääniärsyke, ja joilla on tarkoitus parantaa visuaalisen haun ja lukemisen taitoa (B)

- Okulomotoristen (silmien liikkeiden hallinta) oireiden lievittäminen (C)
- Kognitiiviset korvaavat strategiat parantamaan suoriutumista päivittäisistä toiminnoista (C)
- Fresnel Prismaat korjaamaan näkökenttäpuutosta tai kaksoiskuvia (C)
- Vieritettävän tekstin käyttö puhelimeen tai tietokoneelle parantamaan lukusuoritusta henkilöillä, joilla on toispuoleinen näkökenttäpuutos (HTML-vieritysteksti) (C)
- Kognitiivisten strategioiden harjoittelu, jotka keskittyvät sosiaalisten taitojen opetteluun parantamalla kykyä nimetä perustunteita, opettamalla tulkitsemaan kommentteja ja määrittämään, valehteleeko henkilö vai onko kyse sarkasmista (I)

Visuaalinen etsintäharjoitus (VST, Visual Scanning Training) on tutkittu kuntoutusmenetelmä, jonka harjoituksissa toimintaterapeutti opettaa potilaalle visuaaliseen hahmottamiseen strukturoituja tapoja, joissa ympäristön huomiointi aloitetaan vasemmalta puolelta (Warren 2018, 624–625). Harjoituksissa merkitään, etsitään, nimetään tai kuvaillaan kohdeärsyksiä erikokoisilta alueilta, esimerkiksi paperista tietyt kirjaimet muiden joukosta ja niin edelleen. Etsintää voidaan vihjeistää oireisen puolen havaintokentässä muun muassa värillisen teipin avulla ja vaikeuttaa häiriöärsyksiä. Harjoitteluun on suositeltavaa yhdistää oireisen raajan aktivoitua tai taktiillista stimulaatiota. Harjoitukset voivat sisältää myös lukemista tai kuvien kopiointia piirtämällä. (Tactus Therapy 2019.)

7.3 Motorisen ja fyysisen toiminnan arviointi ja kuntoutus

Mikäli potilas on akuutissa vaiheessa tajuton tai erittäin huonokuntoinen, aloitetaan kuntoutus passiivisella asento- ja liikehoidolla. Mobilisointi aloitetaan niin pian kuin potilaan kunto sallii. (Palomäki & Koskinen 2008, 282.) Erilaisten ortoosien ja tukien käyttöä tulee myös arvioida tarpeen mukaan tukemaan optimaalista asentoa. Oikeanlaisilla asennoilla ja asentohoidolla ehkäistään nivelten jäykistyminen sekä lihasjännityksiä, mutta pystytään myös tarjoamaan sopivasti tuntoaistimuksia. Sähköhoidolla voidaan rentouttaa, mutta myös aktivoita hermo-, lihas- ja tuntojärjestelmää. Lihaskireyksiä sekä liikkuvuuden kuntouttamiseen sisältyy manuaaliset liikehoidot sekä aktiiviset liike- ja liikku-

vuusharjoitteet. Fyysisissä vaurioissa kipuhoidot ovat monelle arjessa selviytymisen edellytys. (Vartiainen 2012, 100.) Kipu luetaan fyysisiin oireisiin, vaikkakin se voi pitkittyneenä johtua fyysisten ja psykologisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Hoitoihin sisältyy kipulääkkeiden lisäksi lääkkeetöntä hoitoa, kuten asteittaista liikuntaa, kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja transkutaanista hermostimulaatio (transcutaneous electrical nerve stimulation=TENS) hoitoa. (Tyrrer & Lievesley 2010.) Kipua voidaan arvioida erilaisin kipujanoin ja -mittarein. (Vartiainen 2012, 100.)

Toimintaterapeutit voivat toimia akuuttihoiossa myös koomapotilaiden parissa. Toimintaterapeuttien toteuttaman moniaistikanavaisen stimulaation on todettu parantavan ympäristön tiedostamista ja koomasta heräämistä sekä tehostavan kliinisiä tuloksia. Tutuilla äänillä toteutetun kuuloaististimulaation on myös todettu parantavan koomapotilaiden ympäristöön orientoitumista lyhyellä aikavälillä. (Wheeler & Acord-Vira 2016.)

Fyysisistä ongelmista, kuten lihasheikkouksista tai tasapainovaikeuksista kärsivät aivovammakuntoutujat hyötyvät esimerkiksi tasapainoharjoituksista, käden- ja yläraajan harjoituksista sekä lihasvoiman harjoittamisesta (Pitkänen & Jäkälä 2012, 59). Tutkimuksista on löydetty kohtuullista sekä vahvaa näyttöä siitä, että erilaiset toimintaterapeuttien toteuttamat ja ohjaamat liikuntaohjelmat ja motoriset harjoitteet lisäävät motorista toimintaa, ja rajoitetusti todisteita siitä, että aivovammakuntoutujat voivat hyötyä tietokonepohjaisesta kuntoutuksesta sekä kuntoutusohjelmista (Chang ym. 2016). Tehostetun käden käytön kuntoutusohjelmalla (heikomman käden harjoituksia 30 minuuttia kerrallaan 3 x viikossa 10 viikon ajan, samaan aikaan parempi käsi viitenä päivänä viikossa viisi tuntia pois käytöstä) on pystytty parantamaan yläraajan heikentyneitä motorisia taitoja mitattuna The Action Research Arm Test (ARAT) ja Wolf Motor Function Test (WMFT) testeillä (Page & Levine 2003).

Käsien mekaanisia toimintoja, kuten tarttumista ja irrottamista, voidaan kuntouttaa toistoharjoitteilla. Arkielämän taitojen opetteluun on kuitenkin hyvä lisätä jokin päämäärää tukeva konkreettinen aktiivinen toiminta. Se voi olla esimerkiksi astianpesukoneen tyhjennys tai pyykkien lajittelu. Bobath -lähestymistavalla pyritään virikkeellisessä ympäristössä tehtävien toiminnallisten harjoitusten kautta aktivoimaan hermoverkkoja järjestäytymään uudelleen.

Bobath -lähestymistavan tavoitteena on ohjata kuntoutujaa toimimaan päivittäisissä toimissaan mahdollisimman symmetrisesti käyttäen myös heikentyntä tai halvaantunutta puoltaan. Kuntoutuksessa tuetaan toimimaan ja oppimaan uudelleen eri aistikanavien ja kehon liikkeiden kautta. (Vartiainen 2012, 98.)

Halvausoireiden tai fyysisen heikkouden lisäksi aivovammoihin voi kuulua kognitiivisista heikkouksista johtuvia motorisia ongelmia. Näitä ovat esimerkiksi tahdonalaisten liikesarjojen häiriö apraksia, sekä visuaalisen hahmottamisen tai tunnon ongelmista johtuvat vaikeudet. Test Of Upper Limb Apraxia (TULIA) arvioinnilla voidaan arvioida apraksian ilmenemistä (Maskill & Tempest 2017). Kuntoutujan toiminta voi näyttäytyä motorisena ongelmana, vaikka sen taustalla ei olekaan motorinen syy. Esimerkiksi esineiden tarkoituksenmukainen käsittely vaatii taktiillista palautetta, jotta niiden käsittelyyn vaadittava voima olisi tilanteeseen sopivaa. Taktiillista ja myös visuaalista sekä proprioseptistä palautetta tarvitaan muun muassa erilaisilla alustoilla kävellessä, jotta keho osaa mukautua liikkeisiin. Liikehäiriöitä voi arvioida muun muassa havainnoiden pystyykö kuntoutuja matkimaan erilaisia liikkeitä tai suorittamaan niin sanotun pantomiimin, eli suorittamaan liikesarjan tai toiminnan sanallisen tai kuvallisen ohjeen mukaan. Ohjeistus voi olla esimerkiksi: ”Näytä minulle, miten harjaat hiuksesi”. Arvioinnissa tulisi kuntoutujan toimintaa havainnoida mahdollisuuksien mukaan luonnollisessa ympäristössä ja tavoitteellisia liikkeitä havainnoidessa tulisi pohtia missä toiminnan osa-alueessa heikkous on: tunto- tai muissa aistitoiminnoissa, käsitteellistämässä vai liikkeen tuotossa. (Tempest 2017, 149–151, 158–161.)

Pahimmillaan aistihäiriö, kehon toispuoleinen hahmottamisen häiriö, eli neglect, voi poistaa kehon toisen puolen aisti-informaation kokonaan. Tämä voi näyttäytyä kömpelyytenä ja vaikeutena käyttää kehon toista puolta, vaikkei motorista vaikeutta muutoin olisikaan. (Vartiainen 2012, 96.) BIT-testillä (Behavioral Inattention Test) voidaan arvioida neglect-oireistoa (Hartman-Maeir & Katz 1995). Havaintotoimintojen häiriöstä kärsivälle sanaton ohjaus tunnon avulla voi olla toimiva ohjauskeino. Ohjaustavassa ei käytetä sanoja, vaan kuntoutujaa ohjataan tuntemaan, miten keho on suhteessa ympäristöön. Oh-

jauksen tavoitteena on auttaa havainnointikyvyn organisoitumisessa ja tehtävään orientoitumisessa. Mitä vaikeammat hahmottamisen vaikeudet ovat, sitä enemmän tulee ympäristöä muokata stabiilimmaksi. (Vartiainen 2012, 98.)

AOTA:n suosituksen mukaan toimintaterapeuttisia interventioita motorisessa kuntoutuksessa ovat (Wheeler & Acord-Vira 2016):

- Harjoitusohjelmat, kuten käsi- tai tasapainoharjoitteet tai vesiharjoittelu, joilla kohennetaan motorista toimintaa (A)
- Tietokonepohjaiset interventiot (esimerkiksi virtuaalitodellisuus, pelijärjestelmät, 3-D -pelit) yläraajojen motorisen toiminnan sekä posturaalisen ja dynaamisen tasapainon parantamiseksi (B)
- Kuntoutusohjelmat motorisen toiminnan parantamiseksi (C)
- Moniammatilliset kuntoutusohjelmat motorisen toiminnan parantamiseksi (C)
- Qigong parantamaan fyysistä aktiivisuutta, voimaa ja tasapainoa (I)

7.4 Jokapäiväisten toimintojen kuntoutus ja osallisuuden mahdollistaminen

Toimintaterapeutit usein määrittelevät kuntoutujan suoriutumisen päivittäisistä toiminnoista toimintaan tarvittavan avun kautta. Toimintaterapiainventiot kohdistuvat parantamaan kuntoutujan suoriutumista, sekä lisäämään itsenäisyyttä. (Fisher 2009, 150.)

7.4.1 Päivittäisten toimintojen arviointi

Arvioitaessa kuntoutujan suoriutumista päivittäisistä toiminnoista, tulisi arvioinnissa huomioida kuusi eri laadullista tekijää. Toiminnallisen suoriutumisen itsenäisyyttä arvioidaan määrittelemällä, kuinka paljon asiakas tarvitsee fyysistä tai sanallista apua toiminnan suorittamiseksi. Toimintaan vaadittavaa fyysistä suoritusta arvioidaan tarkkailemalla toimintaan liittyvää fyysistä heikkoutta, kömpelyyttä sekä kuntoutujan väsyvyyttä. Toiminnan tehokkuutta arvioidaan havainnoimalla, kuinka järjestynyttä toiminta on, sekä miten kuntoutuja käyttää toiminnan suorittamiseen tilaa, aikaa ja tarvittavia esineitä. Toiminnan turvallisuutta tulee myös arvioida, eli liittyykö toiminnan suorittamiseen riski vahingoittaa itseään tai ympäristöä. Sosiaalisissa vuorovaikutustaidoissa arvioidaan sosiaalista soveliaisuutta, eli tarkastellaan kuntoutujan mahdollista sosiaalista

epäkypsyyttä, tai vuorovaikutuksen vaivaantuvuutta ja vaivalloisuutta. Lisäksi arvioinnissa on aina huomioitava kuntoutujan oma tyytyväisyys toimintaan ja suoriutumiseen. (Fisher 2009, 150–151.)

TOIMIA-tietokannasta löytyy vain kaksi suositeltua mittaria aivovamman saaneen henkilön arviointiin, joista toinen on aiemmin mainittu elämänlaadun mittari QOLIBRI ja toinen yleistä toimintakykyä arvioiva GOSE (Glasgow Outcome Scale Extended) (Koskinen 2013, 2). Arviointia voi suorittaa muun muassa COPM -itsearviointilla, joka arvioi itsestä huolehtimista, tuotteliaisuutta (esimerkiksi työnteko) ja vapaa-aikaa, on todettu toimivaksi aivovammakuntoutujien kanssa käytettäväksi. Menetelmän avulla kuntoutuja voi tunnistaa merkitykselliset tavoitteet omalle toiminnalliselle suoriutumiselleen. Toimintaterapeutit voivat käyttää COPM-arviointia suunnitellessaan ja arvioidessaan toimintaan pohjautuvia asiakaskeskeisiä interventioita. (Stephens ym. 2015; Phipps & Richardson 2007.) Impact on Participation and Autonomy (IPA) -arviointimenetelmää voidaan käyttää itsearvioiden tai haastatellen, ja sillä arvioidaan asiakkaan itsenäisyyttä ja osallistumista sekä sosiaalisessa että fyysisessä ympäristössä. Menetelmässä korostuu myös fyysisen toimintakyvyn arviointi. (Fallahpour ym. 2011, 62.) Muita toimintaterapeuttien päteviä arviointimenetelmiä arvioimaan päivittäistä toimintaa ovat muiden muassa Multiple Errands Test (MET), joka tuo esille, kuinka toiminnanohjausongelmat vaikuttavat jokapäiväiseen elämään sekä Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (Stephens ym. 2015).

The Patient Competency Rating Scale (PCRS) on kyselylomake, jolla arvioidaan pärjäämistä jokapäiväisessä elämässä. Se on alun perin suunniteltu arvioimaan itsetietoisuutta/oiretiedostusta toiminnan sujuvuudesta jokapäiväisessä elämässä traumaattisen aivovamman jälkeen. Asteikon pätevyys ja luotettavuus tätä tarkoitusta varten on dokumentoitu. PCRS on itsearviointimenetelmä, ja se voi antaa tietoa koetusta toimijuudesta aivovamman jälkeen, kuten miten onnistuu päivittäisten toimintojen suunnittelu, mukaan lukien työ, ryhmätoimintaan osallistuminen ja tapaamisten pitäminen. (Sveen ym. 2010.)

ADL Profile on pätevä ja kliinisesti sovellettava havaintopohjainen mittari, joka arvioi riippumattomuutta jokapäiväisessä toiminnassa. Arviointi ottaa huomioon neljä tärkeää toiminnallisiin tehtäviin liittyvää komponenttia: tavoitteen

muotoilun, suunnittelun, toteuttamisen ja tavoitteen saavuttamisen todentamisen. Menetelmä on soveltuva käytettäväksi aivovammakuntoutujien kanssa. (Bottari ym. 2020.) Barthelin indeksiä käytetään myös aivovammakuntoutujien kanssa. Menetelmä mittaa itsenäistä toimintakykyä päivittäisissä toimissa. Mittarin tulokset eivät kuitenkaan tuo esille sitä, mitä kuntoutuja haluaa tai osaa tehdä, tai mitä strategioita tai taitoja hänellä on yrittäessään. Tulokset eivät myöskään kerro sitä, että itsenäinen toiminta voi onnistua jossakin toisessa ympäristössä, mutta toisessa ei. (Curtin ym. 2017, 173.)

Käytettäessä mittareita ja menetelmiä, jotka arvioivat suoriutumista päivittäisistä toimista ja avun tarvetta, tulisi aina pohtia myös, mitä tiedolla saavutetaan ja miten sitä käytetään. Kun korostetaan päivittäisistä toimista suoriutumista itsenäisesti, voidaan jättää huomiotta se, että joku tarvitsisi apua tai suoriutuisi paremmin avun kanssa. Apu päivittäisissä toimissa voisi mahdollistaa sen, että kuntoutujalla jäisi aikaa ja energiaa enemmän itselle merkityksellisiin ja tuottaviin toimintoihin. (Curtin ym. 2017, 173.)

7.4.2 Päivittäisten toimintojen kuntoutus ja osallisuuden lisääminen

Aivovammakuntoutujan kuntoutuksen alkuvaiheessa keskitytään itsestä huolehtimisen taitojen harjoitteluun konkreettisesti muun muassa pukeutumista, ruokailua tai peseytymistä harjoittelemalla. Näihin toimintoihin tarvittavia taitoja ja valmiuksia voidaan harjoitella myös erilaisilla muilla kuntoutujan kannalta mielekkäillä toiminnoilla ja kuntoutumisen edetessä voi siirtyä vaativampiin toimintoihin. Merkityksellinen toiminta voi olla esimerkiksi leipominen ja se voidaan aloittaa helposta leivonnaisesta, jossa työvaiheita on vähän eikä vaadita pitkäkestoista keskittymistä. Terapeutti voi myös järjestellä välineet helposti saataville ja terapeutin tehtävä on varmistaa toiminnan turvallisuus. (Kanto-Ronkanen 2012, 105.)

Tutkimuksissa on todettu, että aivovammakuntoutujien arkielämän toimintojen, kuten itsestä huolehtimisen, kodinhoidon sekä vapaa-ajan toimintojen harjoittelu on vaikuttavaa, ja ADL -taitoja (Activities of Daily Living) pyritään harjoitteluun jo osastonkuntoutuksen aikana (Pitkänen & Jäkälä 2012, 59; KONSUSLAUSUMA 2008, 10). Toimintaterapian vaikuttavuudesta vahvinta näyttöä löytyy arkielämän harjoittelusta varsinkin silloin, kun se on toteutettu

kuntoutujan luonnollisessa toimintaympäristössä (Vartiainen 2012, 108). Phippsin & Richardsonin (2007, 331–332) tutkimuksen mukaan traumaattisen aivovamman saaneet kuntoutujat ovat kokeneet tärkeimmiksi terapiatavoitteiksi itsestä ja kodista huolehtimiseen liittyvät asiat, jonka jälkeen tavoitteet liittyvät vapaa-aikaan, työstä suoriutumiseen, yhteiskuntaan takaisinintegroitumiseen, puhe- ja kirjoitustaitoihin sekä akateemisiin taitoihin. Toimintaterapialla on tutkimuksen mukaan pystytty vaikuttamaan positiivisesti kuntoutujan omiin havaintoihin suoritua päivittäisistä toiminnoista sekä omaan tyytyväisyyteen suoriutumisestaan arvioituna COPM-menetelmällä.

Terapiassa voidaan hyödyntää esimerkiksi CO-OP-interventiomallia. Tämän lähestymistavan on todettu parantavan suorituskykyä päivittäisessä toiminnassa aikuisilla, joilla on toiminnanohjailun ongelmia aivovamman jälkitilan seurauksena (Dawson ym. 2009).

AOTAN suosituksen mukaan toimintaterapeuttisia interventioita jokapäiväisten toimintojen kuntoutuksessa ja osallisuuden mahdollistamisessa ovat (Wheeler & Acord-Vira 2016):

- Toiminnallista suoriutumista parantaa toiminta, jonka tavoitteet kuntoutuja on itse luonut ja joka toteutetaan aidossa toimintaympäristössä (B)
- Moniammatillinen ja monitieteinen kuntoutus, jonka tarkoitus on parantaa toiminnallista suoriutumista ja osallisuutta vaikean ja keskivaikean aivovamman jälkeen (B)
- Vertaistukiryhmät vaikean tai keskivaikean aivovamman saaneille kuntoutujille sekä heidän läheisilleen, tarkoituksena kehittää tunnekeskeisiä mukautuvia selviytymisstrategioita ja vähentää kaaosta kotiympäristössä, somaattisia oireita ja alkoholin väärinkäyttöä (B)
- Sosiaalisen käyttäytymisen ja tunne-elämätaitojen kuntoutus helpottamaan asiakkaan parisuhdetaitoja, kuten vastavuoroista keskustelutaitoa (B)
- Sosiaalinen vertaistukitoiminta, joka keskittyy yhteisöön integroitumiseen ja lisäämään sosiaalisia kontakteja sekä parantamaan koettua sosiaalista tukea; (Huomaa, että tällaiset ohjelmat voivat myös lisätä masennusoireita) (B)

- Virtuaaliodellinen ajo-kuntoutusohjelma simuloitun ajosuorituskyvyn parantamiseksi ohjattaessa avoimilla teillä, käännytäessä, odottamattomiin ajovaaroihin reagoimisessa ja liikennesääntöjen noudattamisessa (B)
- Maamerkkeihin perustuva ohjaus, enemmän kuin oikea – vasen termistön käyttö, kun halutaan maksimoida kävelyreitintä seuranta ympäristössä (C)
- Sosiaalisten taitojen ohjelmat/ryhmät sosiaalisen osallistumisen parantamiseksi (I)

On myös todettu, että toimintaterapiainterventioissa älylaitteiden, kuten älypuhelimien toimintojen harjoittelun avulla pystytään parantamaan aivovammapotilaiden osallisuutta ja suoriutumista päivittäisistä toimista. Laitteiden ominaisuuksilla, kuten kalenteri- ja muistutustoiminnoilla pystytään kompensimaan kognition, kuten muistin ongelmia. Harjoittelulla on pystytty vaikuttamaan positiivisesti kuntoutujien kokemuksiin omasta suoriutumisestaan sekä tyytyväiseen omaan suoriutumiseen. (Gentry ym. 2008.)

7.5 Psykososiaalisen toiminnan ja käyttäytymisen häiriöiden arviointi ja kuntoutus

Vammautumisen myötä kuntoutuja voi menettää taitoja, joilla suoriutua itselleen merkityksellisistä rooleista, kuten työntekijän, käsityöläisen tai vanhemman rooleista ja tämä voi olla vaikeaa kuntoutujalla. Kuntoutuminen edellyttää sopeutumista roolien ja toiminnan sisällön muuttumiseen, ja toimintaterapeutti voi auttaa kuntoutujaa hyväksymään tilanne esimerkiksi antamalla kannustavaa palautetta toiminnasta. Terapiassa on tärkeää tukea kuntoutujan toimintavuutta hänen tärkeiksi kokemissaan rooleissa. (Kanto-Ronkanen 2012, 103,105.) Tilanteeseen sopeutumisen tukeminen tulee aloittaa heti vammautumisen tapahduttua. Tärkeä osa terapeutin ammattitaitoa on osata antaa vammautuneelle ja hänen läheisilleen sopiva määrä tietoa, oikeaan aikaan. Tämä edellyttää erityistä aivovammaosaamista sekä laaja-alaista ymmärrystä kuntoutuksen tarpeesta, toteutuksesta ja vaikuttavuudesta. (Lindstam 2012, 159.)

Ympäristötekijät voivat joko tukea tai olla esteenä positiivisille kuntoutuksen tuloksille, joten myös lähiympäristö tulisi olla kuntoutusinterventioiden kohteena. (Borgen ym. 2020, Ponsfordin ym. 2006; Powellin ym. 2002 mukaan;

Tenovuo 2016.) Omaisilla ja läheisillä on suuri vaikutus kuntoutumiseen ja kuntoutuksen onnistumiseen ja kuntoutuksen hyödyn voi jopa pilata, mikäli ei huolehdi riittävästi läheisten informoinnista (Tenovuo 2016). Useat tutkimustulokset osoittavat tiedon ja tuen tarjoamisen tärkeyden myös aivovammakuntoutujien perheenjäsenille ja ystäville osana terapiaa. Lähipiirin tukemisella autetaan heitä muun muassa hallitsemaan aivovammojen aiheuttamia pitkäaikaisia vaikutuksia ja vähennetään muun muassa riskiä omaisten psyykkiseen sairastumiseen. (Townshend & Norman 2018.)

Kuntoutuksen vaikuttavuus on vahvasti sidoksissa vuorovaikutussuhteen toimivuuteen (Tenovuo 2016). Aivovammakuntoutuksessa toimintaterapeuttien työskentelytavan tulee olla asiakaskeskeinen (client-centred), jolloin panostetaan vuorovaikutussuhteeseen ja pyritään yhdistämään kuntoutujan oma näkemys tarvittavaan harjoitteluun. Tutkimusten mukaan kuntoutujat itse kokevat vuorovaikutuksellisen suhteen merkitykselliseksi ja pitävät tärkeänä, että suhde on tasavertainen. On tärkeää, että terapeutti on kiinnostunut siitä, mikälainen kuntoutuja oli ennen vammautumistaan, mutta näkee ja hyväksyy hänet sellaisena kuin hän on myös vammautumisen jälkeen (D’Cruz ym. 2016, 30,33). Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että asiakaskeskeinen prosessi jo terapian tavoitteiden asettamisessa, voi johtaa kuntoutujan parempaan suoriutskykyensä havaitsemiseen, sekä hänen tyytyväisyyteensä saamastaan kuntoutuksesta (Phipps & Richardson 2007, 329, Jansan ym. 2004; Gagnen & Hoppesin, 2003; Wresslen ym. 2003; Melvillen ym. 2002; Chenin ym. 2002; Tromblyn ym. 2002; Wresslen ym. 2002; Bodiamin, 1999; Tromblyn ym. 1998 mukaan).

Tutkimuksissa on todettu, että toimintaterapialla pystytään positiivisesti vaikuttamaan käytöshäiriöiden ja esimerkiksi apatian ilmenemiseen, mutta kuntoutuksessa ei voida suositella tiettyjä keinoja johtuen menetelmiä koskevan tutkimustiedon puutteesta koskien aivovammakuntoutusta (Lane-Brown & Tate 2009). Toimintaan perustuvat toimet auttavat parantamaan käyttäytymishäiriöitä, ja niitä tulisi suositella aivovammapotilaiden hoitosuunnitelmassa. Toimintaterapia tarjoaa myös merkittävän tuen esimerkiksi psykoterapialle. Käytöshäiriöisten kanssa työskennellessä tehtävätason tulee olla sopiva ja välttää kahden asian tekemistä yhtä aikaa, tai liian pitkään kestäviä tehtäviä. Tärkeää on huomioida ympäristön vaikutukset ja esimerkiksi kuntoutujan väsyvyys,

koska liika kuormitus heikentää muun muassa toiminnanohjaustaitoja. Terapiassa tulisi välttää stressaavia tilanteita ja häiriöitä. Toimintaa haittaavia ulkoisia häiriötekijöitä voivat ovat esimerkiksi melu, hälinä, häirintä ja liialliset vaatimukset. Terapian sisällön tulee olla jäsenneily, selkeä ja toistuva. Terapeutin tulee puhua tarpeen mukaan rauhallisesti lyhyillä lauseilla ja yksinkertaisilla sanoilla. Vuorovaikutuksessa tulee välttää ärsytyksen ja vihan tunteita ja aggressiivisuuteen ei saa vastata aggressiivisuudella. Kuntoutujan kanssa aggression hallintaa harjoitellaan itsetutkiskelulla; havainnoimalla ja havaitsemalla kasvavaa jännitystä ja opettelemalla, kuinka irtautua muista ihmisistä näissä tilanteissa. Perhettä voi ohjata oppimaan aggressiivisuuden syntyneeseen johtavien syiden tunnistamista ja analysoimaan sekä estämään laukaisevia ja tilannetta vaikeuttavia tekijöitä. (Wiert ym. 2016.)

Ei toivotun, kuten aggressiivisen, estottoman tai häiriökäyttäytymisen huomiotta jättäminen ja hyväksytyin käytöksen kehuminen ja palkitseminen, eli näkyväksi tekeminen, ovat keinoja vaikuttaa käyttäytymiseen. Jotta vaikutuksia käytökseen voidaan saada, on tärkeää, että kaikki kuntoutukseen osallistuvat henkilöt noudattavat samoja toimintatapoja. (Maskill & Tempest 2017, 42.) Kuntoutuksessa on tärkeää, että kuntoutuja saa onnistumisen kokemuksia toiminnastaan, jotta hänen omakuvansa toimijana vahvistuisi. Terapiassa tulee myös tukea vahvuuksien löytämistä. Kannustava sosiaalinen ympäristö on tärkeää kuntoutumisen jokaisessa vaiheessa. (Kanto-Ronkanen 2012, 105, 108.)

Kuntoutajat kokevat hyötyvänsä myös ryhmämuotoisena toteutetusta toimintaterapiasta. Ryhmätoiminta helpottaa mahdollisuuksia harjoittaa taitoja, ja vuorovaikutus- ja vertaistukitukimahdollisuuksia pidetään tärkeimpinä hyötyinä ryhmäkuntoutuksessa. Ryhmän ohjaajilta vaaditaan ammattitaitoa työskennellä muun muassa käytöshäiriöisten kanssa. Toiminnan huolellinen suunnittelu ja viestintä helpottavat positiivisen ryhmädynamiikan syntyä ja varmistavat sen, että ryhmätoiminta vastaa myös yksilöllisiin tarpeisiin. (Patterson ym. 2017.)

AOTA:n suosituksen mukaan toimintaterapeuttisia interventioita psykosiaalisessa ja tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmien kuntoutuksessa ovat (Wheeler & Acord-Vira 2016):

- Kognitiivisen käyttäytymisterapian (Cognitive-behavioral therapy, CBT) menetelmät, joilla tähdätään psykososiaalisten, tunne-elämätaitojen sekä käytöksen kohentumiseen (A)
- Avokuntoutuksessa tavoitteellinen (goal-directed) kuntoutus, jolla parannetaan kuntoutujan suorituskykyä ja omaa tyytyväisyyttä suoritukseensa (A)
- Tavoitteellinen kuntoutus, jolla parannetaan avokuntoutuksessa olevan henkilön tavoitteiden asettelua, toiminnallista suoriutumista, psykososiaalista osallisuutta ympäristöön sekä sopeutumista (B)
- Vedessä tehtävät harjoitteet vähentämään jännitystä, masennusta, vihaa, väsymystä ja hämmennystä (B)
- Toiminnallisten taitojen harjoitukset joilla parannetaan sosiaalista osallistumista, yhteisöön takaisinintegroitumista, itsenäistä elämää, tunne-elämän hyvinvointia sekä elämänlaatua (B)
- Kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta (CBT) muunneltu tietoisuuteen perustuva (mindfulness) kognitiivinen terapia (MBCT) masennuksen vähentämiseksi ja motivoiva haastattelu ahdistuksen parantamiseksi (C)
- Psykososiaalisen ja emotionaalisen kärsimyksen, ahdistuksen ja masennuksen hoitoon annettu virtuaalinen kognitiivinen käyttäytymisterapia (C)
- Aerobinen liikunta parantamaan itsetuntoa, masennusta, elämänlaatua ja aktiivisuutta yhteisössä (C)
- Käyttäytymistaitojen harjoittelu käytöshäiriöissä ja vihan hallinnassa (C)
- Sosiaalisten taitojen harjoittelu (C)
- Ryhmässä ja yksilöllisesti toteutetut psykoedukatiiviset interventiot psykososiaalisten, käyttäytymis- ja tunnetaitojen parantamiseksi (C)
- Vertaistukitoiminta estämään välttämiskäyttäytymistä, kodin kaaosta, alkoholin väärinkäyttöä ja henkisen stressin aiheuttamia somaattisia oireita sekä parantamaan terveyteen liittyvää elämänlaatua (C)
- Vertaistukitoiminta, jonka avulla helpotetaan ahdistuksen ja masennuksen tason tunnistamista ja kykyä tunnistaa tyytyväisyys sosiaaliseen integraatioon tai sosiaaliseen aktiivisuustasoon (I)

- Virtuaalinen kognitiivinen käyttäytymisterapia, jonka avulla autetaan yhteisöön integroitumisessa sekä kehitetään mukautuvia selviytymisstrategioita (I)

Psyykkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisen toiminnan ja taitojen arviointiin löytyy lukuisia arviointivälineitä psykiatrian puolelta, joista tässä esimerkkeinä muutamia. Aiemmin esiteltyjä mittareita ja menetelmiä kuten OSA ja COPM -arviointeja voidaan käyttää arvioimaan henkistä hyvinvointia ja sosiaalisen ympäristön tukea. Evaluation of Social Interaction (ESI) -arviointimenetelmällä voidaan havainnoimalla arvioida luonnollisessa sosiaalisessa tilanteessa toteutuva vuorovaikutuksen laatua. ESI-arviointia voidaan käyttää myös ohjaamaan terapeuttisia interventioita, jotka liittyvät osallistujien sosiaalisiin taitoihin. (Simmons & Griswold 2010.) Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS) menetelmä havainnoi myös kuntoutujan vuorovaikutus- ja kommunikointitaitoja (Søndergaard & Fisher 2012).

WHOQOL-BREF on terveyteen liittyvä elämänlaatumittari, joka on reliabeli ja validi käytettäväksi aivovammapotilaille (Chiu 2006; Balallan ym 2019). Muita elämänlaatua kartoittavia arviointimenetelmiä ovat muiden muassa: TOIMIA -tietokannasta löytyvä QOLIBRI (Quality of Life after Brain Injury) (Koskinen 2013, 2) sekä EUROHIS-QOL-8, jotka ovat todettu sopiviksi tälle kuntoutujaryhmälle (Balalla ym. 2019). Nämä arviointimenetelmät eivät ole spesifejä toimintaterapeuttien menetelmiä, vaan kaikkien terveydenhuoltoalan ihmisten käytettävissä. Beck Depression Inventory (BDI) arvioinnilla voidaan arvioida masennusta.

8 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää traumaattisen aivovamman saaneiden aikuisten toimintaterapeuttisen kuntoutuksen nykytilaa. Tätä varten oli selvitettävä aivovammojen oirekuvaa ja kuntoutuskäytäntöjä sekä etsittävä aiempaa tutkimustietoa tuloksineen ja suosituksineen liittyen toimintaterapiaan aivovammakuntoutuksessa. Suomessa työskenteleville toimintaterapeuteille laaditun kyselyn tarkoituksena oli selvittää, miten aivovamman saaneita aikuisia kuntoutetaan ja mihin interventiot kohdentuvat, eli mitä kuntoutetaan, sekä te-

rapeuttien toiveita ja tarpeita lisäkoulutuksille. Kyselyn tulosten sekä kirjallisuuskatsauksesta saatujen tietojen avulla on jatkossa tarkoitus kehittää työn tilaajana toimineen Toimintaterapia Aivoitus Oy:n tekemää työtä aivovammakuntoutuksessa. Myöhemmin on tarkoitus suunnitella kerätyn tiedon pohjalta koulutusmateriaalia myös muille toimintaterapeuteille. Tiedon jakamisen ja koulutusten myötä on jatkossa mahdollista kehittää toimintaterapeuttien osaamista, ja yhtenäistää toimintaterapiakäytäntöjä.

Tutkimusongelma oli:

Miten toteutetaan traumaattisten aivovammojen toimintaterapeuttista kuntoutusta?

Siihen haettiin vastauksia tutkimuskysymyksillä:

1. Mihin interventiot kohdentuvat, eli minkälaisiin ongelmiin terapialla pyritään vaikuttamaan?
2. Miten toimintaterapeutit arvioivat aivovammakuntoutujia?
3. Minkälaisia työmenetelmiä ja -tapoja toimintaterapeuteilla on käytössä kuntouttaessaan traumaattisen aivovamman saaneita aikuisia henkilöitä?

9 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

Opinnäytetyön kyselytutkimuksessa selvitettiin, kuinka toimintaterapeutit toteuttivat terapiaa aivovammakuntoutujien kanssa. Kyselytutkimuksen näkökulma oli kvantitatiivinen, mutta avoimia kysymyksiä oli paljon ja niiden vastauksia analysoitiin kvalitatiivisesti. Kyselyä varten selvitettiin aiempia aivovammaoireisiin sekä aivovammakuntoutukseen ja toimintaterapiainterventioihin sekä arviointiin liittyviä tutkimuksia. Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin tiedonlähteinä kirjallisuutta sekä aiempia pääasiassa ulkomaisia tutkimuksia, jotka olivat sekä määrällisiä että laadullisia.

9.1 Kyselytutkimus

Tutkimuksen aineiston keruutavaksi valikoitui kysely, ja se päätettiin toteuttaa verkkokyselynä. Määrällisten monivalintakysymysten lisäksi kyselyyn valikoitui paljon myös avoimia kysymyksiä, joilla haluttiin saada kuvaavia ja merkityksellisiä vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Käyttämällä laadullista sekä määrällistä menetelmää rinnakkain pystyttiin tulokset sekä tiedon luotettavuus

vahvistamaan paremmin (Tuomi & Sarajärvi 2018). Kyselylomakkeen laadintaan varten tutustuttiin muihin alan kyselyihin, ja tarkasteltiin niistä muun muassa kysymysten asettelua ja muotoa. Määrällisillä kysymyksillä selvitettiin, mihin interventiot kohdentuvat ja mitä arviointimenetelmiä terapeuteilla on käytössä. Avoimilla kysymyksillä kartoitettiin, miten terapeutit kuntouttavat aivovamman saaneita aikuisia, eli mitä menetelmiä ja työtapoja heillä on käytössä.

Kysely valmistui ja julkaistiin huhtikuun puolessa välissä 2019. Webropol-kyselynä toteutettu tutkimus lähetettiin saatekirjeen (liite 1) kera Toimintaterapeuttiliiton ylläpitämälle TOInet-sähköpostilistalle, joka toimii Toimintaterapeuttiliiton jäsenten tiedotuskanavana. Lisäksi kysely (liite 2) julkaistiin Facebookissa kahdella toimintaterapeuttien omalla neurologiaan liittyvällä ryhmäsivustolla avoimena kyselynä. Kysely lähetettiin myös henkilökohtaisena linkkinä sähköpostitse 36 toimintaterapeutille, joiden oletettiin selvitetyin työpaikan mukaan työskentelevän aivovamman saaneiden kuntoutujien parissa. Vastausaika oli aluksi kolme viikkoa, jonka lopussa lähetettiin muistutus vastaamisesta. Vastausaikaa myös jatkettiin noin kahdella viikolla, ja lopulta se päättyi toukokuussa. Kyselyyn saatiin 33 hyväksytyin vastaajan vastaukset, joka otokseksi oli pieni. Vastaukset saapuivat Webropol-järjestelmään täysin anonymisti. Tutkimusjoukon hyväksymiskriteerinä oli toimintaterapeutin ammattipätevyys sekä työkokemus aivovammakuntoutuksesta. Työkokemuksen niin sanottua minimiä ei määritelty tarkemmin.

9.2 Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa käytettiin pääasiassa Webropolin omaa analysointimahdollisuutta, sekä hieman SPSS-ohjelmaa. Aineistosta tehtiin kuvaileva analyysi, koska kaikki vastaajat olivat toimintaterapeutteja ja kysely koski kaikkien heidän tekemää työtä. Aineiston tarkastelu kohdennettiin pääasiassa koko vastaajajoukkoon. Jonkun verran analyysissä tarkasteltiin julkisella puolella työskentelevien ja yksityissektorilla työskentelevien terapeuttien vastauksia, eli analyysia varten muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja: ”Yksityinen sektori”, johon kuuluivat yksityisellä palveluntuottajalla työskentelevät terapeutit sekä yrittäjät ja ”Julkinen sektori”, johon kuuluivat sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskentelevät sekä yksi julkisessa kuntoutuslaitoksessa

työskentelevä terapeutti. Vastauksia kuvattiin vastaajien määrän mukaan numeerisesti (n) sekä prosenttiosuuksilla (%). Tuloksia kuvattiin myös frekvenssien sekä niiden mediaaniarvon (m), joka mittaa vastausten jakauman keski-kohtaa, tai keskiarvon (ka) mukaan.

Avoimien kysymysten vastaukset analysointiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysissä aineistosta etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia ja pyrittiin muodostamaan pelkistämisen, luokittelun tai ryhmittelyn ja käsitteellistämisen avulla ilmiöstä tiivistetty kuvaus, ei luomaan tilastollisia yleistyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Sisällönanalyysiä ohjasi teoriaan pohjautuva kysymyksenasettelu, sekä tutkimuksen tarkoitus, ja analyysillä haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin (Kylmä & Juvakka 2007, 113). Analyysiä ohjasi vuoroin aineisto ja vuoroin teoria niin, että teoria toimi analyysin apuna, vaikkei analyysi pohjautunut aina suoraan teoriaan (Tuomi & Sarajärvi 2018). Esimerkiksi kysymyksen: ”Millaisena näet oman roolisi aivovammakuntoutujan kuntoutusprosessissa?” vastauksista haettiin yhtäläisyyksiä Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin (CMOP-E) mukaisesta toimintaterapeutin roolikuvauksesta. Vastauksiin luotiin luokittelu valmiin teorian mukaan, joka kuvasi terapiaprosessissa toimintaterapeutin roolia toimia puolestapuhujana, valmentajana, yhteistyön toimijana, suunnittelijana, opettajana, sitouttajana ja erikoisasiantuntijana. (Hautala ym. 2011, 218, Townsendin ym. 2007 mukaan.) Lisäksi luokitteluun lisättiin vastausten perusteella terapeutin vuorovaikutussuhteen merkitys ja motivoijan rooli. Vastauksista etsittiin näihin sopivat kuvaukset ja luokittelussa käytettiin apuna niin sanottua värikoodausta (kuva 4), jolloin samansisältöisiä sanoja määriteltiin vastauksista eri värein.

Tärkeänä, koska olen usein ainoa henkilö, joka käy kotona. Näen arjen ja sen vaikeudet ja onnistumiset, olen myös läheisten kanssa. Tuntuu, että minusta tulee "ystävä".

Tärkeänä osana ja tasavertaisena muiden terapeuttien rinnalla. Meillä vielä ehkä eniten yhteyksiä juuri niihin läheisiin. Koen roolin keskeiseksi, sillä työskentelen asiakkaan arjessa ja näen asiakkaan todellisen toimintakyvyn haasteineen ja vahvuuksineen. Koen, että parhaiten asiakkaan arkeen voidaan vaikuttaa juuri työskentelemällä elävänä osana arkea, jolloin pystytään realistisesti arvioimaan mikä on mahdollista saavuttaa / mitä esteitä kuntoutumiselle mahdollisesti on.

Kanssakulkija, vinkinantaja, kuntoutujan oman elämän hallitsemisen tukija.

sopeutumisvalmennus/kuntoutuskurssit auttavat sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseen ja olen siinä prosessissa toimintaterapeutina yksi tärkeä jäsen moniammatillisessa tiimissä.

Koen oman roolin olevan ns. yhteen kasaava. Otan huomioon kuntoutujan sekä hänen koko ympäristönsä, historiaansa jne. kokonaisvaltaisesti. En pelkää enää nykyhetkeä. Koen, että usein taiteiden muiden kuntoutusmuotojen ja kuntouttajien välissä ja yhteistyönä. Eri tahot ovat yhteydessä minuun ja kaikkien kanssa suunnitellaan ja toteutetaan jotakin yhteistä. Toimintaterapiassa on paljon yhtäläisyyksiä monen muun terapian kanssa ja välillä pohdin, teenkö kaikkea vain vähän, enkä mitään kunnolla, kun on niin paljon asioita, joihin tulisi kiinnittää huomiota... Kuitenkin koen, että kuntoutujat hyötyvät terapiasta ja osallistuvat siihen mielellään. Koen olevani useimmiten kuntoutujan henkinen turva ja apu silloin, kun hänellä on vaikeaa ja tarvitsee kuuntelijaa. Koen olevani myös motivoija, joka kannustaa eteen päin silloinkin, kun ei ole niin hyvä päivä. Tämä pätee usein myös läheisiin. Koska teen pääasiassa kotikäyntejä, olen paljon tekemisissä myös kuntoutujan lähipiirin kanssa. Usein he kaipaavat tietoa aivoammasta, sairastumisesta, aivoammun seurauksista, oireista, mutta myös tukea omaan oloonsa ja jaksamiseensa. Osa terapiasta kohdistuu siis myös lähipiiriin ja se onkin tärkeää, koska nuo ihmiset hän sen kuntoutujan lähimmäinen apu on ja ilman heitä olisi kuntoutujankin vaikea olla yksin. Työni on siis hyvin kokonaisvaltaista ja siinä pitää osata ottaa huomioon hyvin paljon erilaisia asioita.

Toimintaterapeutilla on keskeinen rooli arjen toiminnallisuuden ja mielekkyyden asiantuntijana. Mielestäni toimintaterapiassa tulee hyvin esiin asiakkaan yksilöllisyyden huomioiminen, eikä asiakkaan itsensä asettamia

Kuva 4. Avoimien vastausten luokittelu värikoodein

Terapiamenetelmiä koskevien avointen kysymysten sisällönanalyyseissä valmis teoria määritteli käytetyt yleiskäsitteet pääpiirteittäin jo valmiiksi (Tuomi & Sarajärvi 2018). Teoria ja kysymysten muotoilu määrittelivät, että yleiskäsitteet terapiamenetelmien ja työtapojen osalta jakautuivat kolmeen yleiskäsiteluo- kaan: kognitiivinen kuntoutus, fyysinen ja motorinen kuntoutus sekä tunteisiin ja käyttäytymiseen liittyvä kuntoutus. Vastauksista etsittiin tutkimuksen kan- nalta oleelliset kohdat ja ne merkittiin tekstiin kursivoiden, jonka jälkeen tehtiin pelkistys. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin niin, että samasta asiasta kertovat asiat muodostivat erilaisia alaluokkia (Tuomi & Sarajärvi 2018). Alaluokat muodostivat joitakin teorian mukaan luotuja yläkategorioita, esimerkiksi toimin- nanohjauksen kuntoutus, muistin ja tunnetaitojen kuntoutus ja niin edelleen. Nämä taas jakautuivat teoriapohjaisiin yleiskäsitteisiin. Yläkategorioita analyysiin muodostui myös aineiston pohjalta. Liitteessä kolme on esimerkki, minkä- laisia pelkistyskäsitteitä ja luokituksia vastauksista tehtiin. Lisäksi vastauksista poimittiin nimetyt spesifit menetelmäkuvaukset kategorioittain, esimerkiksi moto- risten- tai tunnetaitojen kuntoutus, ja niistä tehtiin tuloksiin valmis listaus.

10 TULOKSET

10.1 Tutkimusjoukko ja työnkuva aivovammakuntoutuksessa

Kyselyyn vastasi 34 toimintaterapeuttia, joista yksi ainoastaan muutama ensimmäiseen taustatietoihin liittyvään kysymykseen, joten hänen vastauksensa jätettiin kyselyn ulkopuolelle. Vastaajajoukkona käsiteltiin siten 33 toimintaterapeuttia (taulukko 1).

Erot työkokemuksessa vastaajien välillä olivat merkittävät. Työkokemus toimintaterapiasta oli vastaamishetkellä muutamasta kuukaudesta 33 vuoteen, sen ollen keskimäärin 13,5 vuotta. Keskimäärin vastaajat olivat työskennelleet aivovammakuntoutujien parissa 9,3 vuotta. Vastaukset jakautuivat muutamasta kuukaudesta 30 vuoteen. Vastaajista 14, eli noin 42 % oli työskennellyt aivovammakuntoutujien parissa 10 vuotta tai sitä enemmän. Lähes puolet vastanneista oli työskennellyt aivovammaisten kanssa koko tai lähes koko toimintaterapeuttiuransa.

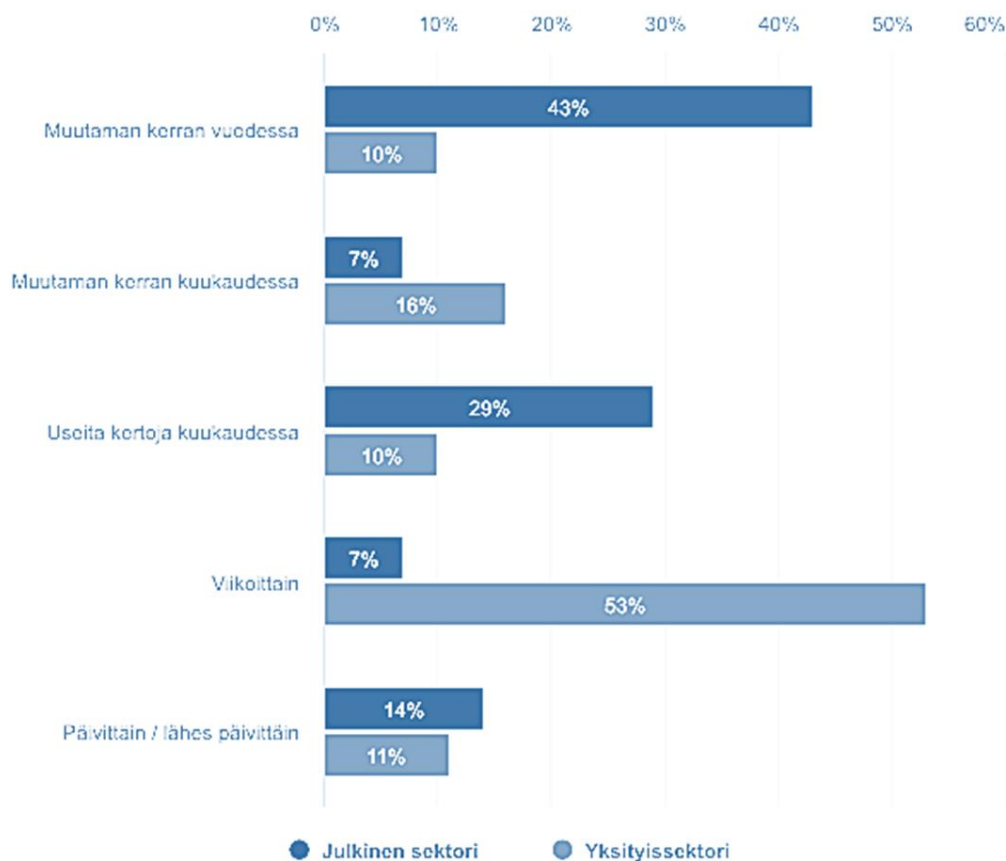
Yksityisellä palveluntuottajalla työskenteli vastaajista 11 ja yksityisenä palveluntuottajana viisi. Vastaajista yksi ilmoitti työskentelevänsä sekä yksityisellä palveluntuottajalla, että yksityisenä palveluntuottajana. Keskussairaalassa sekä yliopistollisessa sairaalassa ilmoitti työskentelevänsä vastaajista viisi (yhteensä 10) ja terveyskeskuksessa neljä, joista yksi kertoi työskentelevänsä terveyskeskuksen lisäksi keskussairaalassa. Kuntoutuslaitoksessa työskenteli kaksi vastaajaa, toinen yksityisessä, toinen julkisessa kuntoutuslaitoksessa. Vastaajista noin puolet työskenteli yksityisellä sektorilla ja puolet julkisella.

Taulukko 1. Vastaajien työkokemus ja tapaamiset aivovammakuntoutujien kanssa

| Vastaaja | Toimintaterapian työkokemus vuosina | Työkokemus aivovammakuntoutuksesta vuosina | Aivovammakuntoutujien tapaaminen |
|----------|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| 1 | 3 | 3 | Muutama kerta/vuosi |
| 2 | 6 | 0 | Useita kertoja/kk |
| 3 | 3 | 2 | Päivittäin/lähes päivittäin |
| 4 | 18 | 10 | Useita kertoja/kk |
| 5 | 12 | 12 | Muutama kerta/vuosi |
| 6 | 9 | 5 | Useita kertoja/kk |
| 7 | 32 | 15 | Muutama kerta/vuosi |
| 8 | 0-1 | 0-1 | Muutama kerta/vuosi |
| 9 | 33 | 30 | Päivittäin/lähes päivittäin |
| 10 | 21 | 6 | Useita kertoja/kk |
| 11 | 4 | 4 | Muutama kerta/vuosi |
| 12 | 8 | 6 | Päivittäin/lähes päivittäin |
| 13 | 11 | 4 | Muutama kerta/vuosi |
| 14 | 7 | 7 | Muutaman kerran/kk |
| 15 | 25 | 20 | Viikoittain |
| 16 | 21 | 21 | Muutaman kerran/kk |
| 17 | 10 | 10 | Muutaman kerran/kk |
| 18 | 14 | 8 | Useita kertoja/kk |
| 19 | 20 | 15 | Viikoittain |
| 20 | 20 | 20 | Viikoittain |
| 21 | 6 | 3 | Viikoittain |
| 22 | 5 | 2 | Viikoittain |
| 23 | 18 | 10 | Viikoittain |
| 24 | 12 | 12 | Viikoittain |
| 25 | 10 | 10 | Viikoittain |
| 26 | 2 | 1 | Muutaman kerran/kk |
| 27 | 7,5 | 6,5 | Viikoittain |
| 28 | 30 | 15 | Muutama kerta/vuosi |
| 29 | 17,5 | 10 | Muutama kerta/vuosi |
| 30 | 18 | 1 | Useita kertoja/kk |
| 31 | 6 | 5 | Viikoittain |
| 32 | 28 | 28 | Päivittäin/lähes päivittäin |
| 33 | 6 | 2 | Viikoittain |

Aivovammakuntoutujien kanssa viikoittain kertoi työskentelevänsä kolmannes, eli 11 vastaajaa, kun taas kahdeksan vastaajaa kertoi tapaavansa aivovammakuntoutujia vain muutaman kerran vuodessa. Aivovammakuntoutujien parissa työskenteli useita kertoja kuukaudessa seitsemän vastaajaa, ja neljä vastaajaa tapasi aivovammakuntoutujia muutaman kerran kuussa. Päivittäin tai lähes päivittäin oli aivovammakuntoutujien kanssa tekemisissä vastaajista neljä. Avokuntoutuksessa yksityissektorilla työskentelevät terapeutit tapasivat

aivovammakuntoutujia selvästi useammin kuin julkisen terveydenhuollon puolella toimivat kollegansa. Tarkemmin jakautuminen esitelty kuvassa 5. Ainoastaan yksi vastaajista, joka työskenteli yksityisellä puolella, ilmoitti tapaavansa aivovammakuntoutujia vain muutaman kerran vuodessa, muut useammin.



Kuva 5. Työskentely aivovamman saaneiden kanssa julkisella ja yksityisellä sektorilla

Vastaajien työ painottui selvästi arviointiin tai terapian toteutukseen sen mukaan, missä vastaaja työskenteli. Sairaaloissa ja terveyskeskuksen poliklinikalla työskentelevät kertoivat työn olevan arviointipainotteista, kun taas yksityissektorilla avokuntoutuksen puolella työskentelevät kertoivat työn olevan enemmän kuntoutusta. Polikliiniseen työskentelyyn liittyi arvioinnin lisäksi usein lyhyet ohjaukselliset terapiajaksot. Varsinkin akuuteilla neurologian osastoilla toimintaterapeutin työ kuvastui arviointikeskeisenä, koska osastojaksot olivat lyhyitä. Sairaalassa työskentelevistä terapeuteista puolet kertoivat, että heidän toimenkuvaansa kuului työskentely akuutilla osastolla. Koomapotilaiden kanssa kertoi työskentelevänsä heistä vain yksi. Sairaaloitten tai terveyskeskuksen kuntoutusosastoilla työnkuvaan liittyi arvioinnin lisäksi vahvasti

myös terapiatyöskentely. Eräs vastaaja kertoi toteuttavansa sopeutumisvalmennusta kuntoutuslaitoksessa pääasiassa ryhmämuotoisena, toinen kuntoutuslaitoksessa työskentelevä terapeutti ilmoitti, että työ pitää sisällään melko tasaisesti sekä arviointia, että terapiaa. Avokuntoutukseen kerrottiin kuuluvan terapian lisäksi alku- ja loppuarvioinnit, ja yksityissektorilla tarpeen mukaan myös väliarviointi. Useassa vastauksessa kerrottiin, että vaikka työskentely on terapiapainotteista ja kuntoutuja on tullut terapiaan jonkun muun arvioimana, tekee terapian toteuttava terapeutti myös oman alkuarvioinnin tilanteesta.

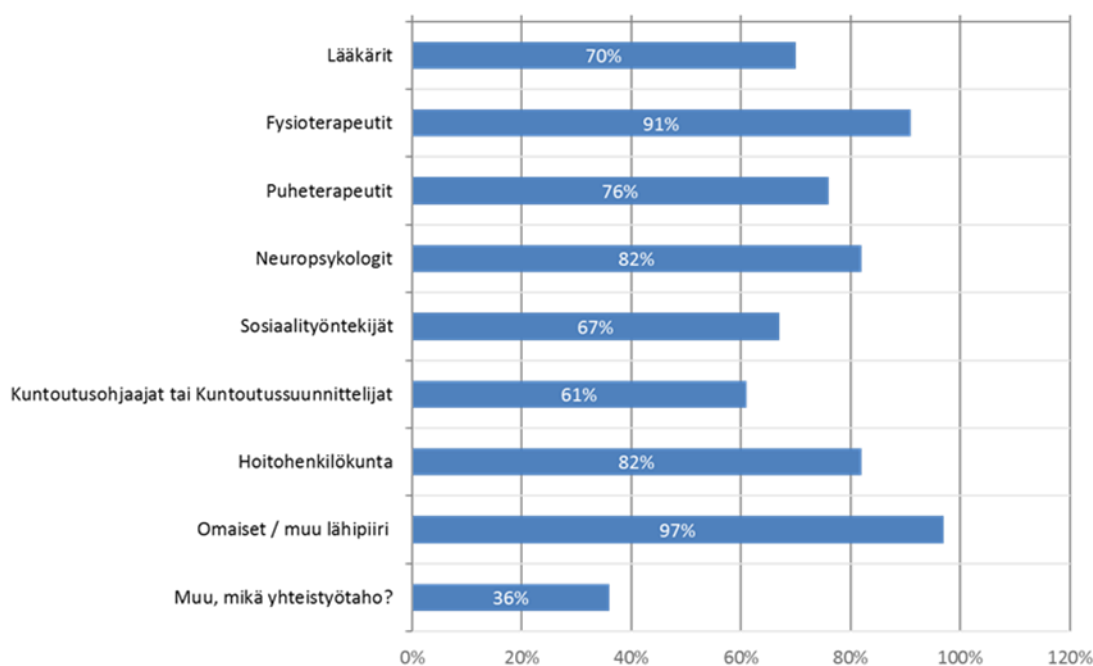
Eroavaisuudet tapaamiskertamäärissä olivat suuret, samoin suurta vaihtelua oli terapiajaksojen keston suhteen. Vaihtelu oli suurta vastaajien välillä, mutta myös yksittäisen terapeutin tapaamiskerrat tai terapiajaksojen pituudet vaihtelivat paljon kuntoutujasta ja tilanteesta riippuen. Terapeutit olivat tavanneet hyvin eri määrän aivovamman saaneita henkilöitä viimeisen vuoden aikana. Enimmillään joku arvioi tavanneensa noin 70 aivovamman saanutta henkilöä viimeisen vuoden aikana, ja yksi vastaaja kertoi, ettei hänellä ollut viimeisen kuluneen vuoden aikana ollut yhtään aivovamman saanutta henkilöä asiakkaanaan. Keskimäärin vastaajilla oli ollut 11 aivovammakuntoutujaa asiakkaanaan viimeisen vuoden aikana. Yksityissektorilla työskentelevien terapeuttien aivovamman saaneiden asiakkaiden määrä vaihteli kahdesta kahteenkymmeneen. Suurimmat asiakasmäärät, eli 70 ja 30 aivovammakuntoutujaa, oli terapeuteilla, jotka työskentelivät joko yliopistollisessa tai keskussairaalassa.

Terapiajaksot avokuntoutuksessa olivat yleisimmin kerrallaan vuoden mittaisia ja jatkuivat keskimäärin 2–4 vuotta. Terapiasuhte oli joidenkin aivovammakuntoutujien osalta kestänyt jopa 15 vuotta. Yleistä oli, että terapian alkaessa kuntoutujaa tavattiin kerran - kaksi viikossa ja vuosien päästä käyntejä harvennettiin noin 1–2 kertaa kuukaudessa toteutettavaksi. Terapiakertojen määrä vaihteli tilanteen mukaan neljästä kerrasta aina 80 kertaan vuodessa. Yleisimmin mainittu vuosittainen terapiamäärä oli 40 kertaa. Kertamäärät olivat usein riippuvaisia maksajatahosta, mutta asiaan vaikutti myös kuntoutujan tilanne, kuten vammautumisasajankohta, tai oireiston laajuus. Muutama vastaaja toi vastauksissaan esille, että usein terapiamääriä olisi kaivattu enemmän kuin niitä oli myönnetty. Avokuntoutuksessa terapia toteutettiin pääasiassa koti- ja asiointikäynteinä.

Sairaalahoidossa olevien aivovammakuntoutujien jaksot vaihtelivat akuuttivaiheen muutamasta päivästä, noin puolen vuoden kuntoutusjaksoihin. Sairaalassa suurin osa toimintaterapeuteista tapasi yksittäistä aivovammakuntoutujaa lähes päivittäin tai noin 3–5 kertaa viikossa. Arviota tehdessä aivovammakuntoutujia kokonaisuudessaan vain kerran – kaksi tapasi kaksi sairaalassa työskentelevää terapeuttia. Sairaaloista kuntoutujat ohjattiin vastausten mukaan usein jatkokuntoutukseen joko toiseen sairaalaan, kuntoutuslaitokseen tai avokuntoutukseen. Kuntoutuslaitoksissa työskentelevät terapeutit kertoivat myös terapiajaksojen pituuden vaihtelevan ja aivovammakuntoutujia pyrittiin tapaamaan päivittäin/lähes päivittäin.

10.2 Yhteistyö

Kyselyyn vastanneet toimintaterapeutit tekivät yhteistyötä monien eri tahojen kanssa ja vastaajien työskentely oli pääasiassa moniammatillista. Vastaajista yhtä lukuun ottamatta kaikki tekivät yhteistyötä kuntoutujan omaisten tai lähipiirin kanssa. Ammatillista yhteistyötä tehtiin eniten fysioterapeuttien kanssa, seuraavaksi eniten lääkäreiden sitten neuropsykologien ja hoitohenkilökunnan. Kuvassa 6 tarkemmat vastaukset yhteistyökumppaneista jakautuen kaikkien vastaajien kesken.



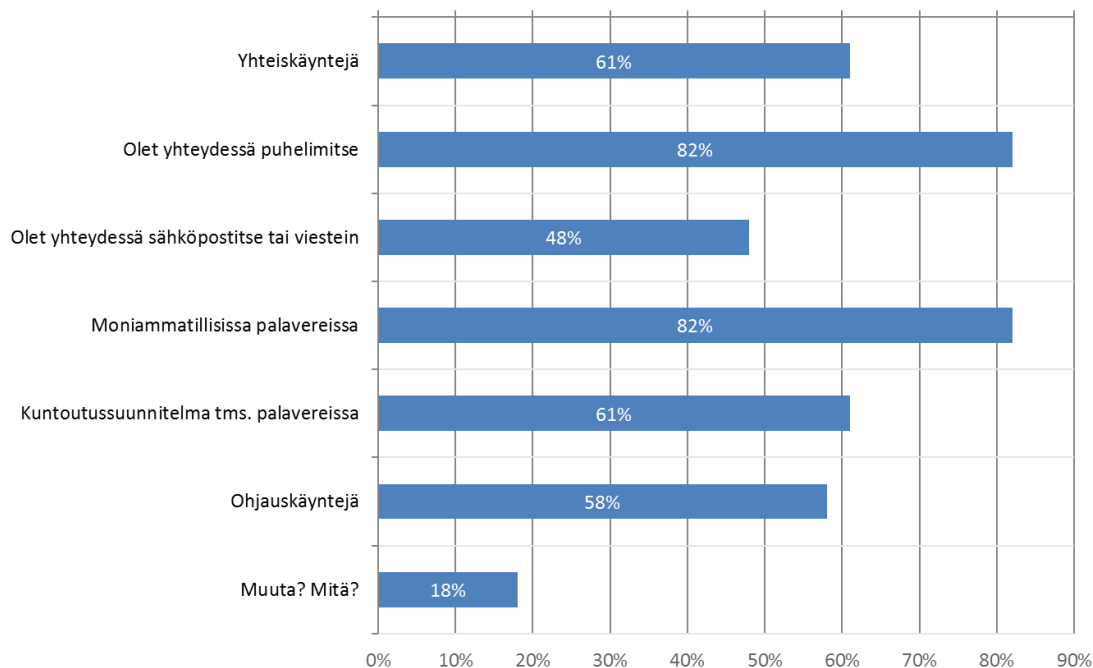
Kuva 6. Kuntoutuksen yhteistyötahot

Yhteistyötä tehtiin hieman eri ryhmien kanssa painottuen eri lailla sen mukaan, työskenneltiinkö yksityisellä vai julkisella sektorilla (taulukko 2). Yksityisellä puolella ovat terapeutit tekivät eniten yhteistyötä omaisten, fysioterapeuttien ja neuropsykologien kanssa, kun taas julkisella puolella työskentelevät tasaisemmin omaisten, lääkäreiden, fysioterapeuttien ja hoitohenkilökunnan kanssa. Vastausten mukaan yksityissektorilla työskentelevät näyttäisivät tekevän hieman enemmän yhteistyötä muiden tahojen kanssa.

Taulukko 2. Yhteistyön jakautuminen vastaajien kesken julkisella ja yksityisellä sektorilla

| Yhteistyötaho | Julkinen sektori | Yksityissektori | Yhteensä |
|---|------------------|-----------------|----------|
| Lääkärit | 13 | 10 | 23 |
| Fysioterapeutit | 13 | 17 | 30 |
| Puheterapeutit | 12 | 13 | 25 |
| Neuropsykologit | 12 | 15 | 27 |
| Sosiaalityöntekijät | 10 | 12 | 22 |
| Kuntoutusohjaajat tai Kuntoutussuunnittelijat | 10 | 10 | 20 |
| Hoitohenkilökunta | 13 | 14 | 27 |
| Omaiset / muu lähipiiri | 13 | 19 | 32 |

Yhteistyötä työtoiminnan henkilökunnan tai mahdollisen avustajan tai avustajien kanssa mainitsi tarvittaessa tekevänsä kaksi vastaajaa. Myöhemmissä interventioihin ja työskentelyyn liittyvissä vastauksissa ilmeni, että useampikin toimintaterapeutti teki yhteistyötä, esimerkiksi ohjauskäyntejä, henkilökohtaisten avustajien kanssa. Yhteistyötahoiksi mainittiin lisäksi musiikkiterapeutti, sosiaaliohjaaja, Kela, vakuutusyhtiöt sekä kolmannen sektorin toimijat, eli erilaiset yhdistykset, kuten Aivoliitto. Yhteistyön laatua on kuvattu kuvassa 7. Taulukossa mainittujen menetelmien lisäksi vastauksissa tuotiin esille yhteistyö ja yhteydessä oleminen muihin muun muassa sähköpostitse sekä raportoiden kirjallisesti potilaskertomuksiin. Kaupungin asunnonmuutostyön toteuttajien tai työmiesten kanssa yhteistyötä ilmoitti tekevänsä yksi vastaajista.



Kuva 7. Yhteistyön muodot

Tietoa kuntoutujan toimintakyvystä ja kuntoutuksesta jaettiin hoitohenkilökunnalle, avustajille tai asumisenohjaajille. Vajaa puolet (42 %) vastanneista koki tiedon jakamisen henkilökunnalle, avustajille ja niin edelleen. kuuluvan terapiaan usein ja 27 % vastaajista aina. Kolmannes vastaajista taas kertoi, että tiedon jakaminen näille osapuolille kuuluu osaksi heidän tekemiään interventioita vain joskus tai harvoin. Tähän väittämään harvoin, tai joskus vastauksella vastanneita löytyi jokaiselta työskentelyalueen sektorilta.

Puhuttaessa tiedon jakamisesta kuntoutujan läheisille, vastasi 18 % (n = 6) terapeuteista, että interventioissa on aina jaettava tietoa kuntoutujan toimintakyvystä hänen läheisilleen ja 42 % (n = 14) vastaajista koki, että näin on tehtävä usein. Tietoa kuntoutujan toimintakyvystä lähiomaisille ilmoitti jakavansa joskus 13 vastaajaa. Harvoin- tai ei koskaan -vastauksia ei annettu. Kuntoutujan lähiomaisten tukeminen jakautui terapeuttien vastauksissa enemmän. 15 % (n = 5) koki, että lähiomaisten tukeminen kuuluu aina interventioiden tarkoitukseen, 36 % (n = 12) koki että se kuuluu usein, 42 % (n = 14) joskus, ja kahden terapeutin mielestä lähiomaisten tukeminen on osa interventioita vain harvoin. Vastauksissa ei ollut tilastollista merkitsevyyttä, missä terapeutit työskentelivät. Ainoastaan väittämään, että *interventioiden tarkoituksena on tukea lähiomaisia*, aina vaihtoehdon valinneista (n = 5) neljä työskenteli yksityissekto-

rilla ja yksi terveystieteiden keskuksessa. Kaikilla näillä vastaajilla oli yli 11 vuoden työkokemus toimintaterapeutin työstä. Muutoin vastausvaihtoehdot jakautuivat tasaisemmin.

10.3 Arviointi

Kaikki vastaajat käyttivät arviointikeinona havainnointia sekä haastattelua. Kuntoutujaa itseään kertoivat terapeutit haastattelevan joko aina (n = 32) tai usein (n = 1) ja yli 75 % vastaajista kertoi haastattelevansa usein tai aina myös kuntoutujan lähipiiriä. Vastaajista noin 21 % ilmoitti haastattelevansa lähipiiriä joskus ja yksi vastaajista harvoin. Kuntoutujan toimintaa arvioidessa mahdollista hoitohenkilökuntaa tai muita kuntoutuksen ammattilaisia haastateltiin lähes aina (yhteensä lähes 90 % vastaajista). Päivittäisiä toimia arvioidessa havainnoimalla, kiinnitettiin eniten huomiota motorisiin sekä kognitiivisiin toimintoihin. Tarkemmat kuvaukset havainnoinnista löytyy taulukosta 3.

Väittämään *Arvioidessasi kuntoutujaa havainnoit hänen toimintaansa eri toimintaympäristöissä*, vastaukset vaihtelivat vastauksesta 1 en koskaan, vastaukseen 5 aina, vaihteluvälin ollen suuri. Vain noin 18 % vastaajista arvioi kuntoutujan toimintaa aina erilaisissa toimintaympäristöissä. Yli puolet vastaajista suoritti arvion erilaisissa toimintaympäristöissä usein ja neljännes joskus tai harvoin. Ei koskaan tai harvoin toiminnan havainnointia erilaisissa toimintaympäristöissä toteuttavat terapeutit työskentelivät kaikki joko terveystieteiden keskuksessa, yliopistollisessa- tai keskussairaalassa. Kuntoutujaa erilaisissa toimintaympäristöissä joskus kertoi havainnoivansa kaksi yksityisellä puolella työskentelevää terapeuttia, muut yksityissektorilla työskentelevät vastasivat joko usein tai aina. Arviointi suoritettiin osastohoidon aikana sairaaloissa pääasiassa osastolla, esimerkiksi päiväsaaleissa tai kuntoutujan omassa huoneessa, voimista riippuen vaikka vuoteessa. Muutama vastaaja kertoi, että on mahdollista käyttää lisäksi harjoituskeittiötä tai erillisiä toimintaterapiatiloja. Poliklinistä työtä sairaaloissa tai terveystieteiden keskuksissa tekevät terapeutit tekivät arvioinnin pääasiassa terapiatiloissa, joissa useimmiten oli myös harjoituskeittiö. Kotikäyntejä tehtiin jonkun verran varsinkin silloin, jos kuntoutuja oli sairaalassa kuntoutusjaksolla tai arviointijakso oli pitkäkestoinen. Yksityissektorilla avokuntoutusta tekevät toimintaterapeutit kertoivat tekevänsä arvion pääsään-

töisesti aina kuntoutujan luonnollisessa ympäristössä. Useimmiten arviota tehtiin kuntoutujan kotona, mutta myös muualla, kuten asiointi- tai harrastuskäynneillä. Erään vastaajan mukaan maksajataho määrittelee joskus toimintaterapiakäynnit vastaanottokäynneiksi, joten tuolloin myös arviointi suoritetaan vastaanotolla.

Taulukko 3. Haastattelut ja havainnointi osana arviointia.

| | En koskaan | Harvoin | Joskus | Usein | Aina | Keskiarvo | Mediaani |
|--|------------|---------|---------|---------|---------|-----------|----------|
| Arvioidessani kuntoutujan toiminnan rajoituksia, haastattelen kuntoutujaa itseään | 0 % | 0 % | 0 % | 3,03 % | 96,97 % | 4,97 | 5 |
| Arvioidessani kuntoutujan motorisen toiminnan rajoituksia, havainnoin hänen päivittäisiä toimiaan | 0 % | 0 % | 6,06 % | 24,24 % | 69,70 % | 4,64 | 5 |
| Arvioidessani kuntoutujan kognitiivisia taitoja, havainnoin hänen päivittäisiä toimiaan | 0 % | 0 % | 6,06 % | 27,27 % | 66,67 % | 4,61 | 5 |
| Arvioidessani kuntoutujan sosiaalisia taitoja, havainnoin hänen päivittäisiä toimiaan | 0 % | 6,06 % | 9,09 % | 30,30 % | 54,55 % | 4,33 | 5 |
| Arvioidessani kuntoutujan psyykkisiä taitoja, havainnoin hänen päivittäisiä toimiaan | 0 % | 6,06 % | 9,09 % | 33,33 % | 51,52 % | 4,3 | 5 |
| Arvioidessani kuntoutujan sensorisia toimintoja, havainnoin hänen päivittäisiä toimiaan | 0 % | 0 % | 12,12 % | 45,46 % | 42,42 % | 4,3 | 4 |
| Arvioidessani kuntoutujan toimintaa haastattelen mahdollista hoitohenkilökuntaa tai muita kuntoutuksen ammattilaisia | 0 % | 3,03 % | 9,09 % | 51,52 % | 36,36 % | 4,21 | 4 |
| Arvioidessani kuntoutujan toiminnan rajoituksia, haastattelen kuntoutujan lähipiiriä | 0 % | 3,03 % | 21,21 % | 60,61 % | 15,15 % | 3,88 | 4 |
| Arvioidessani kuntoutujaa havainnoin hänen toimintaansa eri toimintaympäristöissä | 3,03 % | 6,06 % | 18,18 % | 54,55 % | 18,18 % | 3,79 | 4 |
| Arviointia tehdessäni teen aina sekä alku- että loppuarvioinnin | 3,03 % | 15,15 % | 21,21 % | 30,31 % | 30,30 % | 3,7 | 4 |

Arviointia tehdessä yli 60 % vastaajista kertoi tekevänsä kuntoutujalle joko aina tai usein sekä alku- että loppuarvioinnin. Ainoastaan yksi yliopistollisessa sairaalassa työskennellyt vastaaja kertoi, ettei tee koskaan sekä alku- että loppuarviointia. Harvoin molemmat arvioinnit ilmoitti tekevänsä kolme sairaalassa, yksi terveyskeskuksessa ja yksi yksityisellä palveluntuottajalla työskentelevää terapeuttia. Yksityisellä sektorilla työskentelevät terapeutit tekivät useimmiten sekä alku- että loppuarvioinnin. Vaihteluväli vastauksissa oli suuri, vaihdellen en koskaan vastauksen arvosta 1, vastauksen aina arvoon 5.

Aivovammoja saaneiden henkilöiden arviointi perustui vastausten mukaan pitkälti standardoimattomiin arviointimenetelmiin, kuten kuntoutujan, hoitohenkilöstön ja lähipiirin haastatteluihin, havainnointiin, kliiniseen tutkimiseen sekä erilaisiin kyselylomakkeisiin. Haastattelua ja havainnointia käytti jokainen terapeutti ja kliinistä tutkimista noin puolet terapeuteista. Arviointimenetelmien käyttö oli kirjavaa ja erilaisia käytössä olevia menetelmiä oli lukuisia. Yhteensä erilaisia arviointimenetelmiä lueteltiin vastauksissa 46. Taulukossa 4 on lueteltu kaikki käytössä olleet arviointimenetelmät ja määrät, kuinka moni kutakin menetelmää joskus käytti.

Taulukko 4. Käytetyt arviointimenetelmät

| | n | Prosentti |
|---|----|-----------|
| ACIS (The Assessment of Communication and Interaction Skills) | 1 | 3,03% |
| AMPS (The Assessment of Motor and Process Skills) | 10 | 30,3% |
| ARAT (The Action Research Arm Test) | 4 | 12,12% |
| ASTA | 1 | 3,03% |
| Baking Tray Test | 1 | 3,03% |
| BBT (Box and Block Test) | 15 | 45,45% |
| Bergin tasapainotesti | 2 | 6,06% |
| BIT (Behavioral Inattention Test) | 5 | 15,15% |
| CBS (The Catherine Bergegon Scale) | 1 | 3,03% |
| CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) | 8 | 24,24% |
| Clock Drawing Test | 6 | 18,18% |
| COPM (Canadian Occupational Performance Measure) | 22 | 66,67% |
| DASH (Disabilities Arm, Shoulder and Hand) | 5 | 15,15% |
| LOTCA tai DLOTCA (Dynamic Loewenstein occupational therapy cognitive assessment) | 16 | 48,48% |
| DLOTCA-G (Dynamic Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment -for geriatric use) | 1 | 3,03% |
| E-LINK (Exercise and Evaluation System for Clinical Rehabilitation) | 2 | 6,06% |
| FIM®-toimintakyky- ja avuntarpeen mittari | 6 | 18,18% |
| FSQfin (Functional Status Questionnaire) | 1 | 3,03% |
| Goniometri | 3 | 9,09% |
| Grooved Pegboard | 11 | 33,33% |
| Jamar-dynamometri tai jokin muu puristusvoimamittari | 23 | 69,7% |
| Kipukyselyt | 15 | 45,45% |
| Kipumittarit | 7 | 21,21% |
| Kliininen tutkiminen | 15 | 45,45% |
| MMSE (Mini-Mental state examination) | 12 | 36,36% |
| MoCA (Montreal Cognitive Assessment) | 4 | 12,12% |
| Modified Interest Checklist | 3 | 9,09% |
| MOHOST (Model Of Human Occupational Screening Tool) | 10 | 30,3% |
| MVPT -4 (Motor-Free Visual Perception Test 4) | 1 | 3,03% |
| Nine Hole Peg testi | 23 | 69,7% |
| OCAIRS (Occupational Circumstances Assessment- Interview and Rating Scale) | 1 | 3,03% |
| OPHI II (Occupational Performance History Interview) | 3 | 9,09% |
| OSA (Occupational Self Assessment) | 8 | 24,24% |
| Pinch mittari sormien puristusvoiman mittaukseen | 8 | 24,24% |
| Purdue Pegboard | 12 | 36,36% |
| Qolibri | 3 | 9,09% |
| Role Checklist | 4 | 12,12% |
| SW (Semmes-Weinsteinin monofilamentit) | 5 | 15,15% |
| TIS (Trunk Impairment Scale) | 5 | 15,15% |
| TMT (Trail Making Test) | 2 | 6,06% |
| TVPS-4 (Test of Visual Perceptual Skills-4th Edition) | 1 | 3,03% |
| Valpar 9 | 1 | 3,03% |
| VQ (Volitional Questionnaire) | 1 | 3,03% |
| WCPA (Weekly Calendar Planning Activity) | 7 | 21,21% |
| WEIS (Work Environment Impact Scale) | 1 | 3,03% |
| WRI (Worker Role Interview) | 5 | 15,15% |

Havainnoinnin lisäksi toimintaterapeutit käyttivät keskimäärin kolmea muuta arviointimenetelmää arvioidessaan kuntoutujia. Minimissään ilmoitettiin muita

arviointimenetelmiä olevan 0–1 ja enimmillään 7. Yksityissektorilla työskentelevät terapeutit käyttivät arvioinnissa keskimäärin 3,3 arviointimenetelmää. Keskimäärin sairaaloissa käytettiin 4,3 erilaista menetelmää, kun taas terveyskeskuksissa työskentelevien terapeuttien (kolme vastaajaa) keskimääräinen arvo oli 1. Tulosten mukaan sairaaloissa työskentelevät terapeutit käyttivät keskimäärin useampia arviointimenetelmiä, mitä yksityisellä sektorilla tai terveyskeskuksissa työskentelevät kollegansa. Vähiten työvuosia toimintaterapeuttina olleilla oli käytössään pienin määrä arviointimenetelmiä. Monilla vastaajilla keskimääräinen käytetty menetelmämäärä vaihteli jonkun verran riippuen tilanteesta, jotkut vastasivat menetelmiä olevan keskimäärin 2–5 tai 1–3.

Havainnoinnin lisäksi toinen aina käytetty menetelmä oli haastattelu. Taulukossa 7 on lueteltu kaikki vastaajilla käytössä olleet menetelmät ja mittarit, mutta arviointimenetelmistä eniten kerrottiin käytettävän havainnoinnin ja haastattelun lisäksi käsitestejä, joista yleisimmin Box and Block-testiä sekä puristusvoiman mittausta. Lisäksi yleisimmin arvioinnissa käytetyiksi menetelmiksi nimettiin myös COPM (n 13), Lotca tai sen päivitetty versio Dlotca (n 9), AMPS (n 5), MoCa (n 4), QOLIBRI (n 3), MMSE (n 3), Mohost (n 3) sekä tunnon ja kivun arviointi ja kliininen tutkiminen (n 3 kaikissa). Muita yleisimmin käytettyjä menetelmiä eri vastaajilla olivat muiden muassa OSA, Baking Tray Task, Trail Making Test, Cerad, WCPA, Clock drawing Test, WRI, TVPS-4, ASTA, FSQ, TIS ja Bergin tasapainotesti. Useimmissa vastauksissa kerrottiin käytettävän standardoimattomia omakehittämiä tai sairaalassa yhdessä tehtyjä kyselylomakkeita, arviointimenetelmiä ja tehtäviä. Arvioitiin muun muassa kirjoittamista, lukemista, laskemista, ajankäyttöä tai rakentelutaitoja. Useammalla vastaajalla käytössä oli myös Aivotyökirjassa (Powell, T. 2016) olevat kyselyt niin kuntoutujalle kuin omaisille. Vastauksissa nousi esille lisäksi Kelan vaatima GAS-menetelmä, jota voidaan käyttää tavoitteiden asettamiseen sekä arvioimiseen. Arvioinnissa tärkeäksi nähtiin havainnoinnin pohjalta toiminnan analyysi ja sitä kautta oireiden vaikutuksen arviointi toimintaan. Joidenkin vastausten mukaan arvioinnissa ei aina käytetty standardoituja menetelmiä lainkaan.

Kysyttäessä mihin arvioinnissa kiinnitetään eniten huomiota, lähes kaikki vastaajat toivat esille, että arviointi pyrittiin tekemään kokonaisvaltaisesti ja huo-

mioimaan kaikki asiat, jotka vaikuttavat kuntoutujan toimintakykyyn. Arvioinnissa pyrittiin selvittämään suoriutuminen arjessa ja päivittäisissä toimissa sekä kuntoutujan toiminnallisuus. Arvioinnissa haluttiin saada selville kuntoutujan haasteet ja vaikeudet sekä avuntarve. Tärkeäksi asiaksi useammat vastaajat nostivat myös kuntoutujan vahvuuksien löytämisen sekä sen, että saadaan selvitettyä kuntoutujan oma tavoitetaso kuntoutumiselle ja elämänlaatuun vaikuttavat asiat. Yksittäisistä asioista nousi selvästi eniten esille toiminnanohjauksen ja prosessitaitojen sekä muistitoimintojen ja hahmottamisen arviointi. Oiretiedostuksen selvittämisen yhdeksi tärkeimmistä arvioinnin kohteista koki neljä vastaajaa ja muutamissa vastauksissa tuotiin esille ympäristön arviointi, eli onko ympäristössä toimintaa edistäviä tai estäviä tekijöitä ja onko niille jotakin tehtävissä. Sosiaalisen verkoston selvittämistä ja psyykkisen hyvinvoinnin arviointia painotti arvioinnissa kolme vastaajaa. Fyysisen ja motorisen toiminnan, kuten yläraajojen symmetrian ja liikkeiden koordinaation, tasapainon ja lihastonuksen arviointia painotti muutama vastaaja, joskaan näitä ei nähty arvioinnin aivan tärkeimmiksi kohteiksi.

Toiminnan havainnointi toi usean vastaajan mielestä usein esille sen, mitä osa-alueita olisi hyvä arvioida tarkemmin ja käytetyt menetelmät valikoituivat kuntoutujien toimintatason ja ongelmien mukaan. Useampi vastaaja kertoi tekevänsä niin sanottuja seulontatestejä neuropsykologisista oireista kärsiville esimerkiksi MoCa tai LOTCA -menetelmillä. Seulontatestien tulosten perusteella suositeltiin mahdollisesti tarkempia neuropsykologisia tutkimuksia. Kaiken kaikkiaan arviointi nähtiin hyvin kokonaisvaltaisena ja tarkemmin arvioitavat kohteet riippuivat kuntoutujasta ja hänen oirekuvastaan.

10.4 Interventiot

Toimintaterapiainterventioita toteutettiin usein eri ympäristöissä ja eri keinoin. Interventioilla tarkoitetaan toimenpiteitä, jotka toimintaterapeutit kohdistivat avovammakuntoutujien hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen kuntouttaessaan heitä. Interventioiden kohdentumista eri osa-alueisiin ja terapian toteutusta selvitettiin sekä Likert-asteikolla, että avoimilla kysymyksillä. Likert-asteikossa vastausvaihtoehdot olivat 1–5 sen mukaan, miten vastaaja koki väittämän kuvaavan omaa toimintaansa. Numero yksi tarkoitti pienintä mahdollista vastausta (ei koskaan) ja viisi suurinta (aina).

Kyselyyn vastanneiden mukaan toimintaterapeutti toimii aivovammakuntoutujan tukena muuttuneessa tilanteessa, ja antaa tukea sekä tietoa myös läheisille. Kuntoutujan henkisen ja psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen koettiin myös tärkeäksi osaksi työn tekemistä. Interventioiden tarkoituksena oli tukea kuntoutujaa muuttuneessa elämäntilanteessa aina 67 % (n = 22) kyselyyn vastanneiden mielestä, 30 % (n = 10) vastasi, että näin on usein, ja yksi koki, että tukeminen on tarkoituksena vain joskus. Vastausten mediaaniarvo oli 5, osoittaen että kuntoutujan tukeminen muuttuneessa elämäntilanteessa kuului osaksi interventiota lähes aina. Kyselyyn vastanneista interventioiden tarkoituksena oli tukea kuntoutujan psyykkistä ja henkistä jaksamista aina 48,5 %:n, usein 42 %:n ja joskus 9,1 %:n mielestä. Yksityissektorin työntekijöistä kaikki vastasivat kysymykseen joko usein (26 %) tai aina (73 %), kun taas julkisella puolella työskentelevistä terapeuteista noin 22 % vastasi joskus, 64 % usein ja 14 % aina. Tiedon jakaminen kuntoutujalle itselleen hänen toimintakyvystään ja sen rajoitteista koettiin myös tärkeäksi. Yli 60 % vastaajista koki, että se on interventioiden tarkoituksena aina, 30 % oli sitä mieltä, että se on interventioiden tarkoitus usein, ja noin 10 %, että joskus. Mediaaniarvo oli kuitenkin 5. Kaikki, jotka vastasivat, että jakavat tietoa kuntoutujalle itselleen hänen toimintakyvystään joskus, olivat työskennelleet aivovammakuntoutujien parissa 1–3 vuotta.

Vastaajien mukaan terapiasuhteen luomiseen käytettiin omaa persoonaa ja vuorovaikutuksellinen suhde koettiin tärkeäksi osaksi kuntoutumista. Terapeutin rooli nähtiin hyvin tärkeänä interventioiden osatekijänä. Kyselyyn vastanneet terapeutit käyttivät persoonaansa, kuten huumoria tai empatiakykyä, työvälineenä terapiasuhteen luomiseen. Vastaajista suurin osa, lähes 80 % kertoi käyttävänsä terapiasuhteen luomiseen persoonallisuuden piirteitään aina ja noin 20 % usein. Likert-asteikon keskiarvotulos oli 4,8 ja mediaaniarvo 5, joka osoittaa asian merkityksellisyyden. Yli puolet, eli 58 % vastaajista koki, että terapiasuhde perustuu aina vuorovaikutukselliseen keskusteluun, 39 % koki asian olevan usein näin ja yksi vastaaja oli sitä mieltä, että terapiasuhde perustuu vuorovaikutukselliseen keskusteluun joskus. Mediaaniarvo oli kuitenkin 5 vastausten painottuessa usein tai aina vastauksiin. Interventioiden aikana toimintaterapeutit myös motivoivat kuntoutujaa omalla toiminnallaan. Vastaajista 82 % oli sitä mieltä, että interventioiden tarkoituksena on aina mo-

tivoida kuntoutujaa toimintaan osallistumiseen, viiden vastaajan mielestä motiivointi oli usein intervention tarkoitus ja yksi vastaaja oli sitä mieltä, että intervention tarkoituksena on motivoida kuntoutujaa joskus. Vastausten frekvenssien keskiarvo oli 4,8, joten keskiarvoisesti terapeutit motivoivat kuntoutujaa osallistumaan toimintaan lähes aina.

Vastaajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä, minkälaisena he näkevät oman roolinsa aivovammakuntoutujan kuntoutusprosessissa, sekä halutessaan saivat kertoa yleisesti näkemyksestään toimintaterapeutin roolista aivovammakuntoutuksessa. Omaa roolia koskevaan avoimeen kysymykseen vastasivat kaikki. Osa vastauksista oli sanan tai muutaman mittaisia, toiset taas pitkiä lausetasoisia vastauksia. Lyhimmillään vastaus oli: *tärkeäksi* tai *hyvin tärkeäksi*. Tärkeäksi ja merkitykselliseksi oman roolinsa kuntoutusprosessissa kuvasi noin puolet vastaajista. Lisäksi toimintaterapeutin roolin kuvattiin olevan kannustava, motivoiva, arjessa ohjaava, monipuolinen ja asioita laajasti huomioiva. Toimintaterapeutin koettiin toimivan kuntoutusprosessissa kuntoutujan puolestapuhujana, luotettavana keskustelukumppanina, koordinoijana, vierellä kulkijana, sopeuttajana, henkisen avun tuojana, tukijana sekä tiedon jakajana. Keskeistä oli, että toimintaterapeutin rooli nähtiin monipuolisena sekä kuntoutujaa kokonaisvaltaisesti huomioivana. Vastauksista myös ilmeni, että työkenttä koettiin hyvin laaja-alaisena, koska aivovamman saaneiden oireet voivat olla niin moninaiset. Eräässä vastauksessa pohdittiinkin, jääkö työ välillä pinnalliseksi, kun on niin paljon asioita, joihin tulisi kiinnittää huomiota. Kahdessa vastauksessa taas tuotiin esille yhtäläisyyksiä muiden terapiamuotojen, kuten fysioterapian ja neuropsykologisen kuntoutuksen kanssa ja mietittiin, missä kulkee kuntoutusmuotojen välinen raja.

Toimintaterapeutin roolin merkityksellisyys arjen toiminnan arvioinnissa sekä arjen toiminnan edistämisessä tuotiin esille 55 %:ssa vastauksista. Koettiin, että on tärkeä tukea kuntoutujan pärjäämistä hänen omassa ympäristössään, johon liittyi vahvasti myös lähipiiri. Näin kokivat varsinkin yksityisellä puolella työskentelevät terapeutit. Useamman heidän vastauksistaan nousi esille se, kuinka vahvasti työskennellään koko perheen kanssa, kun tehdään kotikäyn- tejä. Eräs vastaajista kirjoitti vastauksessaan näin: *Myös läheisten ohjaaminen ja tukeminen on itsestään selvää. Asiakkaani ei ole pelkästään kuntoutuja vaan myös hänen perheensä, mikäli sellainen on.* Monien vastausten mukaan

koettiin, että harjoittellessa asioita käytännössä arjessa asiat siirtyvät helpommin omaan toimintaan, eivätkä jää vain yksittäisiksi irrallisiksi harjoitelluiksi asioiksi tai toiminnoiksi.

Kolmannes vastaajista korosti moniammatillista yhteistyötä ja sitä, että toimintaterapeutti toimi yhtenä osana kuntoutuksen ammattilaisten joukkoa. Usea vastaaja toi esille, että toimintaterapeutin rooli oli usein keskeinen ja niin sanottu kokoava tai linkittävä muiden yhteistyötahojen kanssa. Eräs keskustaisraalassa työskennellyt terapeutti koki roolinsa irrallisena ja tekevänä oman osuutensa osallistumatta työryhmätyöskentelyyn siinä määrin kuin kokisi sen mielekkäänä. Usean vastaajan mielestä toimintaterapeuteilla oli kuntoutuksen ammattilaisista laajin käsitys kuntoutujan toimintakyvystä, koska he tarkastelivat kuntoutujan kaikkia toiminnan osa-alueita ja huomioivat sellaisia asioita, mitä muut kuntouttajat eivät ehkä huomioi tai näe. Toimintaterapeutti selvitteli vastausten mukaan usein kuntoutujan asioita, oli yhteydessä muihin kuntoutustahoihin, avusti palveluiden saamisessa ja toimi ikään kuin asiakasohjaajana kertoessaan mahdollisista palveluista ja järjestäessään jatkokuntoutuksia.

Yleisesti toimintaterapiaa aivovammakuntoutuksessa koskevaan kysymykseen vastasi 15 terapeuttia. Vastaajat kokivat, että toimintaterapeutin rooli aivovammakuntoutuksessa on oleellinen. Reilusti yli puolet vastasi, että ala on liian vähän tiedostettu ja he kokivat, että toimintaterapiaa tulisi paremmin hyödyntää aivovammakuntoutuksessa. Useampi vastaaja toi esille, että toimintaterapeutin roolin vahvistaminen aivovammapotilaan kuntoutuksessa olisi olennaisen tärkeää ja tervetullutta, ja koettiin, että tiedon levittäminen olisi tärkeää. Yhden vastaajan mukaan toimintaterapeuttien tulisi itse tuoda esille omaa osaamistaan, ja mahdollisuuksia ja keinoja esimerkiksi neuropsykologisten ja kognitiivisten ongelmien kuntoutuksessa. Osa painotti yhteistyön tärkeyttä ja moniammatillisuutta, mutta koettiin myös, ettei se aina toimi, kuten ei kuntoutusjärjestelmäkään. Asioiden hoitaminen koettiin osassa vastauksissa vaikeaksi, koska käytännöt olivat sekavia ja yhteistyö muiden kanssa saattoi olla hankalaa. Eräs vastaaja toivoi, että aivovammaisille olisi omat koordinoivat henkilöt, joilta voisi tiedustella miten palvelut hoituvat ja kuka hoitaa mitään asiaa. Varsinkin yhteistyö psykiatrian alan kanssa vaatisi erään vastaajan mukaan sujuvampia toimia ja tiedonsiirtoa. Kuntoutuskäytäntöjen yhtenäistämistä

toivottiin useammassakin vastauksessa, jolloin saavutettaisiin tasavertaisempi kuntoutus aivovammakuntoutujille asuinpaikasta riippumatta.

Yli puolet interventioista toteutettiin kyselyn mukaan **kuntoutujan luonnollisessa toimintaympäristössä** joko aina tai usein, keskiarvotuloksen ollen kuitenkin joskus. Vastaajista 24 % toteutti interventiot aina luonnollisessa toimintaympäristössä ja 27 % vastaajista usein. Vastaajista kolme ei toteuttanut interventioita koskaan kuntoutujan luonnollisessa toimintaympäristössä, noin neljännes vastaajista harvoin ja 15 % joskus. Tähän vaikutti selkeästi terapeutin työskentely-ympäristö (taulukko 5). Kysymykseen kuinka usein interventiot toteutetaan kuntoutujan luonnollisessa toimintaympäristössä, yhtä lukuun ottamatta kaikki, jotka vastasivat ei koskaan, harvoin tai joskus, työskentelivät terveyskeskuksessa, keskussairaalassa, yliopistollisessa sairaalassa tai yksityisessä kuntoutuslaitoksessa. Ainoastaan yksi yksityisellä palveluntuottajalla työskennellyt terapeutti kertoi myös, ettei toteuta interventioita kuntoutujan luonnollisessa ympäristössä lainkaan. Usein tai aina luonnollisessa toimintaympäristössä interventioita toteuttavat terapeutit toimivat pääasiassa joko yksityisinä palveluntuottajina, tai työskentelivät yksityisellä palveluntuottajalla.

Taulukko 5. Interventioiden toteutus luonnollisessa ympäristössä

| Interventiot toteutetaan kuntoutujan luonnollisessa toimintaympäristössä | Ei koskaan | Harvoin | Joskus | Usein | Aina |
|--|------------|---------|---------|---------|---------|
| Sairaalat + terveyskeskukset | 14,29 % | 50 % | 28,57 % | 7,14 % | 0 % |
| Yksityissektori | 5,26 % | 5,26 % | 5,26 % | 42,11 % | 42,11 % |

Kyselyllä kartoitettiin mihin **toimintaterapiainterventiot** aivovammakuntoutuksessa kohdistuvat. Interventiot kohdistuivat monelle elämän osa-alueelle, jotka liittyivät kuntoutujaan itseensä, sekä hänen ympäristöönsä, joka piti sisällään myös sosiaalisen ympäristön. Interventiokohteita oli useita ja ne toteutettiin pääasiassa yksilöterapihana. 60 % vastaajista ilmoitti, että interventiot toteutuvat aina yksilömuotoisena ja vain joskus tai harvoin ryhmämuotoisena. Kaksi vastaajaa ilmoitti interventioiden toteutuvan ryhmämuotoisena usein, toinen heistä työskenteli terveyskeskuksessa, toinen kuntoutuslaitoksessa.

Terapiassa eniten aikaa kognitiivisten ongelmien kuntoutukseen kertoi käyttävänsä vastaajista suurin osa (73 %, n = 24). Eniten aikaa tunteisiin ja käyttäytymiseen liittyvien ongelmien kuntouttamiseen käytti viisi vastaajaa ja neljä fyysisten ongelmien kuntoutukseen. Kaikki viisi vastaajaa, jota vastasivat käyttävänsä eniten aikaa tunteisiin ja käyttäytymiseen liittyvien ongelmien kuntouttamiseen, työskentelivät yksityissektorilla.

Toimintaterapian avulla pyrittiin löytämään kuntoutujille sopivia kuntoutuskeinoja. Terapiassa etsittiin sopivia **kompensoivia tapoja ja keinoja**, joilla korvattiin kuntoutujan heikentyneitä valmiuksia ja taitoja, mutta myös kehitettiin, eli niin sanotusti **korjattiin heikentyneitä taitoja ja valmiuksia**. Kaikista vastaajista 46 % (n = 15) kertoi interventioiden tarkoituksen olevan aina tukea kuntoutujaa löytämään itselleen sopivia kompensointikeinoja. Saman verran vastaajia oli sitä mieltä, että se on usein intervention päämäärä. Vastaajista kolme koki, että intervention tarkoitus on joskus auttaa kuntoutujaa löytämään itselleen sopivia kompensointikeinoja. Terapeuteista 27 % (n = 9) koki, että interventioiden on aina tarjottava kuntoutujalla sopivia kompensointikeinoja korvaamaan kuntoutujan heikentyneitä toimintakykyä ja yksi vastaajista oli sitä mieltä, että näin tulee toimia vain harvoin. Usein kompensoivia keinoja kuntoutujalle tarjosi 46 % kaikista vastaajista ja joskus 24 %, eli kahdeksan vastaajaa. Interventioiden tarkoituksena oli kehittää ja korjata kuntoutujan heikentyneitä toimintakykyä aina, 33 %, usein 53 % ja joskus 15% vastaajien mielestä. Kompensoivia keinoja työssään käyttivät useammin yksityisellä puolella työskentelevät terapeutit, kuin sairaalassa tai terveyskeskuksessa työskentelevät kollegansa (taulukko 6). Yksityisellä puolella työskentelevistä terapeuteista lähes 90% tarjosi kompensoivia keinoja joko usein tai aina, kun taas sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskentelevin vastaava luku oli 50 %.

Taulukko 6. Kompensoivien keinojen käyttö interventioissa

| Kuntoutujalle tarjotaan kompensoivia keinoja, joilla korvataan kuntoutujan heikentyneitä toimintoja ja kykyjä | Ei koskaan | Harvoin | Joskus | Usein | Aina |
|---|------------|---------|---------|---------|---------|
| Sairaalat + terveyskeskukset | 0 % | 7,14 % | 42,9 % | 42,9 % | 7,14 % |
| Yksityissektori | 0 % | 0 % | 10,53 % | 47,37 % | 42,1 % |
| Tarkoituksena on tukea kuntoutujaa itseään löytämään sopivia kompensointikeinoja toimintansa edistämiseen | Ei koskaan | Harvoin | Joskus | Usein | Aina |
| Sairaalat + terveyskeskukset | 0 % | 0 % | 14,3 % | 50 % | 35,7 % |
| Yksityissektori | 0 % | 0 % | 5,26 % | 42,11 % | 52,63 % |

Apuvälinetarpeen arviointia interventioissaan suoritti aina noin kymmenes eli kolme vastaajaa ja usein apuvälinetarvetta arvioi 21 % (n = 7). Suurin osa teki interventioissaan apuvälinetarpeen arviota joskus (39 %) tai harvoin (30 %). Apuvälinesuosituksen laatiminen kulki lähes linjassaan tarpeen arvioinnin kanssa. Muutoksena se, että suositusten laatiminen aina osana terapiainterventioita, vastausten määrä oli kaksi ja vastaavasti taas vastaus harvoin lisääntyi yhdellä, ollen 33 % vastauksista. Hieman suurempi osa suosituksista laadittiin julkisella puolella, kuin yksityisellä. Apuvälineiden käytön opastusta teki myös hieman useammin sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskentelevät terapeutit. Ortooseja valmistettiin useammin julkisen terveydenhuollon puolella, vaikkakaan se ei ollut interventioissa kovinkaan yleistä. Koko vastaajajoukon vastausten perusteella interventioiden tarkoituksena oli valmistaa ortooseja pääasiassa harvoin tai joskus. Yksityispuolella työskentelevistä terapeuteista lähes 53 % vastasi, ettei koskaan tee ortooseja.

Toimintaterapeutit auttoivat kuntoutujia myös erilaisten **palveluiden arvioinnissa, suunnittelussa ja hankinnassa**. Interventiot kohdistuivat palvelutarpeen arviointiin/palveluiden suunnitteluun keskimäärin hieman useammin kuin palveluiden järjestämiseen/avustamiseen palveluiden hankinnassa. Tarkempi jakautuminen näkyy taulukossa 7. Sairaalassa ja terveyskeskuksessa työskentelevät terapeutit tekivät enemmän palveluiden suunnittelua/palvelutarpeen arviointia, kun taas yksityissektorilla työskentelevät terapeutit järjestivät tai auttoivat palveluiden järjestämisessä. Tämä tuli esille myös avoimissa vastauksissa.

Taulukko 7. Palvelutarpeen arviointi ja avustaminen palveluiden hankinnassa

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ka | m |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|------|---|
| Interventiot kohdistuvat palveluiden suunnitteluun/palvelutarpeen arviointiin | 0 % | 24,24 % | 39,40 % | 24,24 % | 12,12 % | 3,24 | 3 |
| Interventiot kohdistuvat palveluiden järjestämiseen/avustamiseen palveluiden hankinnassa | 15,15 % | 15,15 % | 45,46 % | 18,18 % | 6,06 % | 2,85 | 3 |

Interventiot kohdistuivat **asuin ympäristön ja asunnonmuutostöihin** suurimaksi osaksi vain harvoin, joskus tai ei koskaan. Ainoastaan yksi keskussairaalassa ja yksi kuntoutuslaitoksessa työskentelevä terapeutti vastasivat, että interventiot kohdistuvat aina asuin ympäristön ja asunnon muutostöihin. Toiminnan mahdollistamiseksi ympäristöä muokattiin useammin (taulukko 8).

Taulukko 8. Ympäristön ja toiminnan muokkaaminen

| Interventiot kohdistuvat ympäristön muokkaamiseen toiminnan mahdollistamiseksi | Ei koskaan | Harvoin | Joskus | Usein | Aina |
|--|------------|---------|---------|---------|---------|
| Julkinen sektori | 7,14 % | 21,43 % | 50 % | 14,29 % | 7,14 % |
| Yksityissektori | 0 % | 15,79 % | 31,58 % | 47,37 % | 5,26 % |
| Interventiot kohdistuvat toiminnan tai tehtävän muokkaamiseen/mukauttamiseen, jotta osallistuminen toimintaan olisi mahdollista | | | | | |
| Julkinen sektori | 0 % | 0 % | 21,43 % | 71,43 % | 7,14 % |
| Yksityissektori | 0 % | 0 % | 16,67 % | 50 % | 33,33 % |

Yksityissektorilla työskentelevistä terapeuteista ympäristöä toiminnan mahdollistamiseksi muokkasi usein tai aina yli puolet vastaajista, kun taas sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskentelevä terapeutit tekivät niin pääasiassa joskus. **Toimintaa tai tehtävää toiminnan mahdollistamiseksi muokattiin tai mukautettiin** enemmän kuin ympäristöä. Kaikki vastaajat ilmoittivat tekevänsä sitä jossain määrin, koska ei koskaan ja harvoin vastauksia ei tullut lainkaan. Toimintaa muokkasi usein 60 % vastaajista ja noin 22 % muokkasi interventioissaan toimintaa aina ja 19 % joskus. Yksityissektorilla työskentelevät vastaajat muokkasivat toimintaa keskimäärin hieman useammin kuin sairaaloissa tai terveyskeskuksissa työskentelevät.

Kuntoutusinterventiot kohdistuivat valmiuksien ja taitojen kohdalla **eniten kognitiivisiin toimintoihin**, kuten muistin, päättelyn, ja prosessoinnin ongel-

miin sekä vielä tarkemmin toiminnanohjauksen, kuten suunnittelun, organisoimisen, aloitteellisuuden, tarkkaavuuden suuntaamisen sekä ajattelun joustavuuden taitoihin. Valmius- ja taitotason kuntoutusta tehtiin kognitiivisten toimintojen (painottuen toiminnanohjaukseen) sekä motoristen toimintojen kohdalla usein ja psyykkisten, sosiaalisten ja sensoristen toimintojen kohdalla keskimäärin joskus. Taulukossa 9 on kerrottu taitojen ja valmiuksien jakautuminen kaikkien vastaajien kesken interventioiden toteutuksessa. Sairaalassa ja terveyskeskuksessa työskentelevät terapeutit kohdensivat interventioita sensorisiin ja motorisiin valmiuksiin sekä taitoihin useammin kuin yksityissektorilla työskentelevät kollegansa. Yksityisellä sektorilla työskentelevät taas kiinnittivät interventioissaan huomiota sosiaalisiin valmiuksiin ja taitoihin, kuten vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoihin enemmän kuin julkisen terveydenhuollon alaiset kollegansa. Muutoin vastausten mediaaniarvot vastasivat toisiaan, vaikkakin niissä oli jonkun verran painotuseroja vastauslukujen suhteen. Yksityissektorilla esimerkiksi psyykkisiin valmiuksiin ja/tai taitoihin, kuten tunteiden tunnistamiseen, ilmaisuun ja säätelyyn, mielikuvaharjoitteluun, itseluottamukseen, tavoitteenasetteluun liittyvät toiminnat kuuluivat interventioihin usein tai aina noin 85 %:lla vastaajista, kun taas julkisen sektorin työntekijöillä vastausprosentti oli näihin noin 57.

Taulukko 9. Taitojen ja valmiuksien kuntoutusjakauma

| | 1 Ei koskaan | 2 Harvoin | 3 Joskus | 4 Usein | 5 Aina | Keskiarvo | Mediaani |
|---|--------------|-----------|----------|---------|---------|-----------|----------|
| Interventiot kohdistuvat kuntoutujan toiminnanohjaus- / prosessitaitoihin | 0 % | 0 % | 0 % | 63,64 % | 36,36 % | 4,36 | 4 |
| Interventiot kohdistuvat edistämään kuntoutujan kognitiivisia valmiuksia ja taitoja | 0 % | 0 % | 9,09 % | 75,76 % | 15,15 % | 4,06 | 4 |
| Interventiot kohdistuvat kuntoutujan motorisiin valmiuksiin ja/tai taitoihin | 0 % | 0 % | 27,27 % | 45,46 % | 27,27 % | 4 | 4 |
| Interventiot kohdistuvat kuntoutujan psyykkisiin valmiuksiin ja/tai taitoihin | 0 % | 3,03 % | 24,24 % | 60,61 % | 12,12 % | 3,82 | 4 |
| Interventiot kohdistuvat kuntoutujan sosiaalisiin valmiuksiin ja/tai taitoihin | 0 % | 6,06 % | 33,33 % | 51,52 % | 9,09 % | 3,64 | 4 |
| Interventiot kohdistuvat edistämään kuntoutujan sensorisia valmiuksia | 0 % | 9,09 % | 45,46 % | 39,39 % | 6,06 % | 3,42 | 3 |

Toiminnalliset interventiot kohdistuivat useimmin ADL -toimintoihin. Tar-
kemmin interventioiden kohdentuminen on kuvattu taulukossa 10. Useimmiten
interventiotoimenpiteet kohdentuivat **itsestä huolehtimisen ja kodin aska-
reista** suoriutumisen osa-alueille. Lisäksi toiminnan mahdollistaminen oli tär-
keää, ja vastausten mukaan interventiot kohdistuivat edistämään kuntoutujan
mahdollisuutta **osallistua itselle mielekkääseen toimintaan** omassa kodis-
saan usein. Yksityisellä puolella työskentelevien kohdalla tämä painottui hie-
man enemmän kuin sairaalassa tai terveyskeskuksissa työskentelevien vas-
tauksissa. Suurempi ero oli kuitenkin kodin ulkopuolisten toimintojen tukemi-
nen interventioissa, koska yksityissektorilla työskentelevien mediaaniarvo
tälle oli 4, mutta julkisella puolella työskentelevillä se oli 3. **Asiointiin sekä le-
poon liittyviä toimintoja** edistettiin interventioissa usein. **Opiskeluun, työky-
vyn** tai työssä selviytymisen parantamiseen, tai edistämään **mahdollisuuksia
osallistua yhteiskunnallisiin toimintoihin**, interventiot kohdentuivat vas-
tauksien mukaan pääasiassa joskus. Näistä osa-alueista useimmiten edistet-
tiin kuntoutujan oppimista, mutta vähiten opiskeluun liittyviä asioita. Tämä voi
johtua asiakaskunnasta, eli aikuisasiakkaista, jotka eivät enää niin usein opis-
kele kuin esimerkiksi nuoret.

Taulukko 10. Toiminnallisten interventioiden kohdistuminen alueittain

| | 1 Ei koskaan | 2 Harvoin | 3 Joskus | 4 Usein | 5 Aina | Keski-arvo | Mediaani |
|---|--------------|-----------|----------|---------|---------|------------|----------|
| Interventiot kohdistuvat itsestä huolehtimisen osa-alueille | 0 % | 0 % | 18,18 % | 48,49 % | 33,33 % | 4,15 | 4 |
| Interventiot kohdistuvat edistämään suoriutumista kodin askareista | 0 % | 6,06 % | 6,06 % | 63,64 % | 24,24 % | 4,06 | 4 |
| Interventiot kohdistuvat edistämään kuntoutujan mahdollisuutta osallistua itselle mielekkääseen toimintaan omassa kodissaan | 3,03 % | 6,06 % | 6,06 % | 51,52 % | 33,33 % | 4,06 | 4 |
| Interventiot kohdistuvat edistämään asiointiin liittyviä toimintoja | 3,03 % | 3,03 % | 18,18 % | 66,67 % | 9,09 % | 3,76 | 4 |
| Interventiot kohdistuvat edistämään kuntoutujan lepoa | 0 % | 3,03 % | 36,36 % | 48,49 % | 12,12 % | 3,7 | 4 |
| Interventiot kohdistuvat edistämään kuntoutujan mahdollisuutta osallistua itselle mielekkääseen toimintaan kodin ulkopuolella | 0 % | 9,09 % | 30,30 % | 51,52 % | 9,09 % | 3,61 | 4 |
| Interventiot kohdistuvat edistämään kuntoutujan oppimista | 3,03 % | 18,18 % | 39,40 % | 27,27 % | 12,12 % | 3,27 | 3 |
| Interventiot kohdistuvat kuntoutujan työkyvyn parantamiseen/ työssä selviytymiseen | 6,06 % | 21,21 % | 48,49 % | 15,15 % | 9,09 % | 3 | 3 |
| Interventiot kohdistuvat edistämään kuntoutujan mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnallisiin toimintoihin | 0 % | 27,27 % | 54,55 % | 12,12 % | 6,06 % | 2,97 | 3 |
| Interventiot kohdistuvat opiskeluun liittyvien asioiden kohentamiseen | 15,15 % | 33,33 % | 39,40 % | 6,06 % | 6,06 % | 2,55 | 3 |

10.5 Terapiamenetelmät

Interventioissa käytettäviä menetelmiä ja työtapoja kysyttiin vastaajilta avoimin kysymyksin, jotta saataisiin kattavasti tietoa ja oikea kuva käytetyistä menetelmistä toiminnan eri osa-alueilla. Ei toisaalta myöskään haluttu niin sanotusti tarjota liikaa valmista tietoa, antamalla valmiita vaihtoehtoja, mistä valita. Vastaukset avoimiin kysymyksiin vaihtelivat hyvin paljon muutamasta sanasta pitkiin monien lauseiden vastauksiin. Kaikki vastaajat eivät vastanneet kaikkiin avoimiin kysymyksiin. Jotkut vastasivat myös, ettei heillä ole käytössään sopivia menetelmiä tai työtapoja kyseisen osa-alueen kuntouttamiseen. Eniten

vastauksia tuli kysymyksiin, joka käsittelivät oiretiedostusta (n = 31), toiminnanohjausta (n = 31), motorisia toimintoja (n = 31) sekä kognitiivisten toimintojen kuntoutusta (n = 30). Vähiten vastauksia taas niihin kysymyksiin, jotka koskivat tunnetaitoja (n = 25), kehonhahmotusta (n = 27) sekä tuntehäiriöitä (n = 27). Avoimiin kysymyksiin kokonaisuudessaan vastasivat useammin yksityisellä sektorilla työskentelevät terapeutit, kuin julkisella puolella työskennelleet. Hieman suppeammin ja useammin vastaamatta jättivät ne, joilla oli vähemmän työkokemusta aivovammakuntoutuksesta. Tosin kokonaan vastaamatta avoimiin kysymyksiin jätti myös vastaaja, jolla työkokemusta oli noin 10 vuotta.

Käytetyt kuntoutusmenetelmät olivat todella moninaisia ja joissakin kuntoutuksen osa-alueissa jokin menetelmä mainittiin vain kerran, toiset taas useita kertoja ja joissakin jokin asia tuotiin esille kaikissa vastauksissa. Tuloksissa on pyritty tuomaan esille vastausten moninaisuus mahdollisimman kattavasti, mutta tiivistetysti, joten avoimien kysymysten tulokset on kuvattu pääasiassa sisällönanalyysin mukaisesti eikä määrällisesti. Vastaajia kyselyssä oli melko vähän, joten yksittäinen vastaus ja menetelmäkuvaus voi olla merkittävä tulosten kannalta, joten niitä ei haluttu jättää tulosten kuvailusta pois.

Kognitiivisten oireiden, kuten toiminnanohjauksen ongelmien, muistivaikeuksien ja visuaalisten ongelmien ja hahmottamisen häiriöiden kuntoutusta tehtiin vastaajien mukaan paljon. Käytössä oli sekä **kompensoivia** että **korjaavia menetelmiä** riippuen oireiden laadusta. **Oiretiedostuksen lisääminen** ja asioiden **näkyväksi tekeminen** koettiin tärkeäksi osaksi kognitiivista kuntoutusta ja terapiainterventioita. Kaikki vastaajat toteuttivat interventioissaan näkyväksi tekemistä ja terapiamenetelmänä sitä käytettiin vastauksissa keskimäärin usein. Oiretiedostusta lisättiin näkyväksi tekemisellä, keskusteluilla (psykoedukaatio, oman toiminnan analysointi ja niin edelleen), video- ja valokuvauksella sekä suullisen ja kirjallisen palautteen antamisella. Kaikki vastaajat kertoivat käyttävänsä oiretiedostuksen lisäämiseen keskustelua sekä palautteen antamista toiminnasta. Palautteen annossa tuli muistaa positiivisuus. Videointia käytti noin 26 % ja valokuvausta 23 % vastaajista. Lisäksi oiretiedostusta lisättiin erilaisilla itsetuntemusta lisäävillä harjoitteilla ja itsearviointimenetelmillä sekä oman toiminnan tarkkailulla esimerkiksi oire-, vireys- tai kipupäiväkirjan pitämällä. Näkyväksi tekemisessä koettiin tärkeänä, että toi-

mintaympäristö on turvallinen, jolloin kuntoutujan sallitaan tehdä virheitä ilman, että siitä koituu vaaraa tai tilanne olisi kuntoutujalle henkisesti liian raskas. Näkyväksi tekeminen tarkoitti paljon myös positiivisten asioiden ja onnistumisten korostamista, jotta kuntoutuja näkisi edistymisen ja saisi positiivista palautetta toiminnastaan. Oirekuvan ja oireiden vaikutusten läpikäynnin koettiin parantavan oiretiedostusta. Useamman vastaajan mielestä toisinaan saattoi auttaa jo se, että kuntoutujalle kerrottiin yleisiä aivovamman oireita, jolloin kuntoutuja saattoi tehdä samaistuvia havaintoja myös itsestään.

Kognitiivisten toimintojen, kuten prosessitaitojen, tarkkaavuuden tai muistin kuntoutuksessa käytettiin vastausten perusteella melko usein erilaisia **pöytä-tason tehtäviä** (n = 12), joita olivat muun muassa Aivotyökirjan (Powell 2016), CRT- tai Ahaa-tehtävät sekä IE (Instrumental Enrichment) menetelmän tehtävät, erilaiset kokoamis- ja päättelytehtävät, muistiharjoitukset (esimerkiksi muistipeli, muististahakutehtävät), sanahaku, sudoku, kuvantäydennys tai pisteestä pisteeseen tehtävät, sekä erilaiset pelit. **Äly- tai tietoteknisiä laitteita** käytettiin lisäksi kuntoutuksen apuna. (Näistä tarkempi erillinen kuvaus tulosten myöhemmässä vaiheessa.) Samoja keinoja ja menetelmiä käytettiin myös visuaalisen hahmottamisen ja näönkäytön kuntoutuksessa. Kompensoivien keinojen käyttö muistin tukena tuotiin erikseen esille 16 vastauksessa (noin 54 % vastaajista). Vastauksista ilmeni, että terapiassa ohjattiin **kompensoitokeinojen** (esimerkiksi kalenteri, muistilaput, päiväkirja, viikko-ohjelma, lääkedosetin käyttö, matkapuhelin muun muassa kuvien ja äänen tallentamiseen, kuvat) tai **muististrategioiden** (millä tyylillä muistaa eniten asioita, tarvitseeko visuaalisia vihjeitä vai ehkä tarinan muistin tueksi ja niin edelleen.) käyttöä kuntoutujien lisäksi myös läheisille. **Läheisten ohjaaminen** ja esimerkiksi **viikko-ohjelman** suunnittelu yhdessä tuotiin vastauksissa esille useamman kerran.

Muistin, vireystason säätelyn tai tarkkaavuuden ongelmat huomioitiin valmiustason harjoittelun lisäksi useimpien vastaajien mukaan myös **ADL -toimintojen** sekä kotielämän askareiden yhteydessä. Terapiassa tuettiin erilaisia omia sisäisiä **selviytymisstrategioita** ja ongelmanratkaisua, sekä pyrittiin tarpeen mukaan joko lisäämään tai vähentämään niin sanottuja ulkoisia tukitoimia. Tällä pyrittiin lisäämään osallisuutta ja osallistumisen mahdollisuuksia yh-

teisössä. Yksittäisiksi menetelmiksi nimettiin muun muassa ruoanlaitto ja leipominen (muun muassa reseptin ymmärtäminen ja seuraaminen tai muistaminen), ympäristössä liikkumisen harjoittelu, luovat toiminnot sekä erilaiset pelit kuten kortti-, lauta- ja pihapelit. Lisäksi toiminnanohjausta, kuten keskittymistä ja tarkkaavuuden säätelyä helpotettiin esimerkiksi esineiden sijoittelulla tai vähentämällä ympäristöstä aistivirikkeitä (ääni ja visuaaliset), eli **muokattiin ympäristöä** vastaamaan paremmin kuntoutujan tarpeita. Ympäristön ja toiminnan moksauksella pystyttiin myös **lisäämään osallisuutta ja osallistumista** ja yhdessä vastauksessa esimerkiksi kerrottiin, että terapiassa voidaan yhdessä tehdä ruokaa tai siivota, jolloin kuntoutuja pystyy avun kanssa osallistumaan perheen arkeen. Tällöin terapeutti mahdollistaa toiminnan ilman perhettä.

Toiminnanohjauksen ja hahmottamisen taitoja harjoiteltiin myös paljon ADL -toimien ohessa ja suurin osa vastaajista kertoi käyttävänsä menetelmänä **toimintaa**, jotakin kuntoutujalle aiemmin tuttua tai hieman tuntemattomampaa tekemistä. Päivittäisten toimien käyttö oli menetelmänä sekä sairaala- että kotiympäristössä ja eräs julkisen terveydenhuollon työntekijä vastasi kysymykseen, mitä menetelmiä käyttää toiminnanohjauksen ongelmien kuntoutuksessa näin: *Luonnollinen arjen toiminta, vaikka se ei toteudukaan kuntoutujan omassa toimintaympäristössä*. Esimerkiksi sairaalassa tai kuntoutuslaitoksessa päivittäisten toimintojen tai luovan toiminnan kautta pyrittiin antamaan kuntoutujille itselleen mahdollisuuksia valita ja vaikuttaa päivän kulkuun ja siten mahdollistettiin myös osallistuminen itselle merkityksellisiin toimintoihin. Sairaalaympäristössä ADL -toiminnot pitivät sisällään useimmiten itsestä huolehtimiseen tai ruokailuun liittyviä asioita (pukeutuminen, peseytyminen ja niin edelleen) ja jonkun verran toimintaa esimerkiksi harjoituskeittiössä tai vaikka puhelimen käytön harjoittelua. Avokuntoutuksessa korostui kuntoutujalle merkityksellinen arki ja siihen kuuluvat askareet, jotka olivat yksilöllisiä kuntoutujasta riippuen.

Toiminnan suunnittelu etukäteen, päivä- tai **viikko-ohjelman rakentaminen eli struktuurin luominen arkeen**, toiminnan **reflektointi** ja **keskustelut, toistot** (asioita tehdään riittävän monta kertaa) sekä näkyväksi tekeminen koettiin sopiviksi menetelmiksi kohentaa toiminnanohjauksen taitoja. Tarpeen mukaan **toimintaa muokattiin** muun muassa **tauttamalla** tekemistä, **porrastamalla**

ja **vaiheistamalla** toimintaa, **vaikeuttamalla tai helpottamalla** tehtävän vaatimustasoa esimerkiksi erilaisilla kompensoivilla keinoilla, kuten kuvien käytöllä, kalenterilla tai muistilistoilla. Kompensoivasta keinosta esimerkkinä aloitusvaikeuksien tai toiminnassa etenemisen helpottamiseksi mainittiin erilaiset ajastimet ja muistutukset, jotka ulkoisesti muistuttavat tehtävän aloituksesta tai vaiheesta toiseen siirtymisessä. Toiminnan vaatimustasoa tuli vastaajien mielestä nostaa toiminnanohjaus- ja prosessitaitojen kehittyessä ja tuoda terapiaan alun yksinkertaisen tehtävän tai ympäristön lisäksi lisää elementtejä, esimerkiksi visuaalisia tai muita aistiärsykeitä, useampia samanaikaisia toimintoja tehtäväksi ja niin edelleen. Yksi vastaajista kertoi etenevänsä terapiassa CO-OP mallin mukaisesti. Muissa vastauksissa ei ilmennyt, mitä toimintaterapiamalleja tai viitekehyksiä oli käytetty. Päivittäisten toimien lisäksi menetelmiksi nimettiin muun muassa toiminnan suunnittelu ja psykoedukaatio. Lisäksi pöytätason tehtävät (n = 4), kuten Aivotyökirjan (Powell T., 2016) (n = 1) sekä CRT-tehtäväsarjan kognitiiviset tehtävät (n = 1) ja erilaiset pelit mainittiin menetelmiksi kuntouttaa toiminnanohjaus- ja prosessitaitoja.

Ohjaustaitojen ja -tekniikoiden koettiin olevan tärkeässä roolissa, kun työskenneltiin kuntoutujien kanssa, joilla oli kognitiivisia, varsinkin toiminnanohjauksen ongelmia. Useamman vastaajan mukaan kuntoutujaa ei saa auttaa liikaa, mutta tukea tulisi tarjota sopivasti taitotason mukaisesti ja ohjeiden tulisi olla konkreettisia. Esimerkkiä ja tehtävän kulkua näytettäessä tulisi tekeminen selittää kuntoutujalle useamman vastaajan mukaan myös sanallisesti. Epäsuora ohjaus, jolloin selvien ohjeiden antamisen sijaan avoimien kysymysten kuten: *Miten aiot edetä? Minkälaisia työvaiheita tässä mielestäsi on?* käyttö, oli useamman vastaajan mielestä hyvä ohjaustekniikka. Muutamassa vastauksessa myös vihjeiden antaminen toiminnan edistämiseksi oli koettu hyväksi ohjausmenetelmäksi. Useassa vastauksessa korostettiin, että ohjeet tulee antaa selkeästi, rauhallisesti ja riittävän lyhyesti ja yksinkertaisesti. Toisinaan kuntoutuja saattoi vastaajien mukaan hyötyä kuvallisista tai kirjallisista ohjeista. Eräs vastaaja kuvasi kuntoutujan ohjausta näin: *Ohjeistukset laaditaan taitotason mukaan. Esim. joskus ohjeet esim. ruokareseptit tai kokoamisohjeet voi olla hyvä kirjoittaa vielä yksityiskohtaisemmiksi ja tarkemmiksi, eli selkokielisiksi, jotta kuntoutuja pystyy noudattamaan itsenäisesti ohjeita. Jos taas pyritään kohentamaan omaa päättelyä, annetaan valmiit ohjeet mahdollisimman minimaalisesti ja työskentelyn edetessä kuntoutujaa kannustetaan omaan*

päättelyyn ja vain tarvittaessa annetaan lisäohjeita tai neuvotaan. Muuttamassa vastauksessa tuotiin esille tiedottamisen tärkeys ohjauksellisista menetelmistä myös läheisille. Läheisille tuli opastaa esimerkiksi vihjeiden käyttö ohjauksessa, tai se, että annetaan yksi ohje kerrallaan ja että ympäristön tulee olla hiljainen, ettei äänet sekoitu. Terapeuttinen vuorovaikutussuhde korostui myös silloin, jos kuntoutujalla oli tunne-elämän, käytöksensäätelyn tai sosiaalisen vuorovaikutuksen haasteita.

Visuaalisen hahmotuksen ja näönkäytön kuntoutuksen keinoiksi nimettiin ADL -toimintojen ja erilaisten pelien ja pöytäson kynä- ja kokoamistehtävien lisäksi **luovat toiminnot**, kuten kankaanpainanta, puutyöt, maalaus tai mosaiikkityöt, **katseen kohdistamisen ja visuaalisen etsinnän harjoitukset**, **visuaaliset muistutukset** ja vinkit esimerkiksi teippaukset pöytään, käteen tai merkityksellisiin esineisiin, IE ja Venny (Visuaalisten hahmotusvaikeuksien kartoitus- ja kuntoutusmenetelmä) -tehtävät, psykoedukaatio sekä läheisten ohjaus. **Neglect-ohjauksessa** korostettiin oiretiedostuksen kohentamista ja visuaalisten vihjeiden käytön lisäksi **tunnon avulla ohjaamista**, ja esimerkiksi muistisääntöjen käyttöä vahvistamaan toimintaa tekemisen yhteydessä: *Aloita aina keittiön puoleisella kädellä tai Käännä katseesi aina niin, että näet punaisen viivan/teipin.* **Toistot ja rutiinit** koettiin tärkeiksi asioiksi neglect-kuntoutuksessa ja se, että ohjeet annetaan aina samalla tavalla ja ohjaus tapahtuisi vauriipuolelta.

Osallisuutta lisättiin vastauksien mukaan myös **vertaistoiminnalla**, esimerkiksi ohjaamalla vertaisryhmiin ja keskusteluilla merkityksellisestä toiminnasta ja mahdollistamalla tämä toiminta. Osallistumista mahdollistettiin aiemmin mainittujen keinojen lisäksi muun muassa erilaisilla harrastekokeiluilla, apuvälineillä ja erilaisilla palveluilla sekä lähipiirin, avustajien ja hoitohenkilökunnan ohjauksella ja neuvonnalla. Ympäristön muokkaus, kuten huonekalujen sijoittelu tai tilan rauhoittaminen toimi myös toiminnan mahdollistajana. Olenaiseksi koettiin, että toiminta muokataan kuntoutujalle sopivaksi, jolloin osallistuminen mahdollistuu.

Sosiaalisten taitojen kuntoutuksessa käytettiin vastaajien mukaan usein menetelmänä kannustavaa **terapeuttista vuorovaikutustilannetta** ja keskustelua sekä oireiden läpi käymistä (oirekartoitus ja psykoedukaatio). Lisäksi

useat vastaajat mainitsivat sosiaalisten tilanteiden harjoittelun esimerkiksi henkilökunnan kanssa, pariterapiassa tai asiointikäynneillä. **Oman toiminnan analysointia** pidettiin tärkeänä osana kuntoutusta, jotta kuntoutuja oppisi näkemään, mikä merkitys hänen omalla toiminnallaan on sosiaalisissa tilanteissa. Kuntoutuja ohjattiin myös osallistumaan ryhmätoimintaan tai hakemaan vertaistukea esimerkiksi järjestöjen tai Facebook-ryhmien kautta. Vastauksissa nousi esille myös harrastekokeiluihin ohjaus tai yhdessä osallistuminen ja avustaminen sosiaalisten yhteyksien ylläpidossa. Sosiaalisia taitoja vahvistettiin myös tunnetaitoja vahvistamalla.

Tunnetaitojen ja tunne-elämän häiriöiden kuntoutusta koskevaan kysymykseen vastasi kirjallisesti 25 terapeuttia, joista vain kahdeksan työskenteli joko sairaalassa tai terveyskeskuksessa, joten vastaukset tulivat pääasiassa yksityissektorilla työskenteleviltä terapeuteilta. Julkisen terveydenhuollon työntekijöiden vastauksissa pääasiallisena menetelmänä käytettiin **keskustelua**, lisäksi mainittiin tunnekuvien käyttö, kuntoutujan tunteiden sanottaminen ja yksittäisissä vastauksissa oiretiedostuksen lisääminen ja läheisen ohjaaminen sekä roolien kautta harjoittelu. Keskustelu nousi esille myös kaikissa yksityissektorilla työskentelevien vastauksissa. Keskusteluissa käsiteltiin muun muassa tunteita ja mahdollisia muutoksia tunne-elämässä ja niiden vaikutuksia arkeen, sosiaalisiin suhteisiin ja parisuhteeseen. Työskentelyssä pidettiin tärkeänä **positiivisten asioiden näkyväksi tekemistä**, eli että kuntoutujan tietoisuuteen saatettiin hänen vahvuutensa ja positiiviset asiat. Tämän osalta myös onnistumisen kokemusten tuottaminen oli tärkeää ja se, että kuntoutuja huomaa oman edistymisensä kuntoutumisessa.

Positiivisen palautteen antaminen koettiin olevan eräs tärkeimmistä työvälineistä, kun työskenneltiin kuntoutujien kanssa, jolla oli tunne-elämän kai käytöksen säätelyn ongelmia. Muita keinoja olivat oirekartoitus ja **tunteiden tunnistaminen sekä nimeäminen** ja tuntemusten reflektointi, jossa apuna voitiin käyttää esimerkiksi päiväkirjan kirjoittamista tai tunnekortteja. Tunnetaitoja harjoitellessa tärkeäksi koettiin **itsetuntemuksen lisääminen, omien toiminta- ja ajatusmallien ymmärtäminen** ja palautteen myötä vaihtoehtoisten toimintatapojen harjoittelu ja **tunnesäätelyn** kehittyminen. Muutamassa vastauksessa nousi esille, kuinka tärkeää terapiassa on vahvistaa kuntoutujan positiivista minäkuvaa, koska vammautuminen muuttaa minäkuvaa vahvasti.

Terapiassa saatettiin myös miettiä uusiksi kuntoutujan senhetkinen rooli elämässä, koska vammautumisen myötä ei ehkä pystynytkään enää samoihin asioihin kuin ennen. Kuntoutajat tarvitsivat tukea muuttuneen minäkuvan sekä roolien hyväksymisessä.

Muutamissa vastauksissa tuotiin esille tärkeys ohjata rauhoittumis- ja rentoutumiskeinoja esimerkiksi mielikuvaharjoittelun avulla. Tunnetaitotyöskentelyssä eräs vastaaja kertoi menetelmänä olevan **tunteiden uudelleen sanoittamisen**, jossa esimerkiksi negatiiviseksi koettuja tunteita tai ominaisuuksia nimetään uusiksi, kuten hätäinen = nopea, tai **tarinatyöskentelyn**, jossa kerrotaan tarina ja kuntoutujan tulee miettiä miten itse tilanteessa reagoisi, miten olisi hyvä reagoida ja niin edelleen. Vastausten mukaan olisi hyvä, jos kuntoutujille pystyisi tarjoamaan pari- tai ryhmäterapiaa, ja lähipiirin ottaminen mukaan terapiaan koettiin tärkeäksi.

Fyysisen toiminnan kuntoutuksessa huomioitiin mahdolliset **tuntohäiriöt, kiputilanne, turvotus, kehonhahmotus ja motoriset häiriöt**. Motorinen kuntoutus toteutettiin vastauksien perusteella pääasiassa erilaisiin **ohjatuin liikeharjoittein ja venytyksin**, toimintakyvystä riippuen joko aktiivisin tai passiivisin keinoin. Kuntoutujille laadittiin yksilöllisiä kirjallisia ja kuvallisia harjoitusohjeita, mutta liikeharjoitteita toteutettiin myös osana toimintaa, esimerkiksi pelien pelaamista (nappuloiden käyttö) tai arjen askareita, kuten polttopuiden kantamista ja pinoamista, missä tuli harjoiteltua muun muassa tasapainoa ja painonsiirtoa, vartalonhallintaa, visumotoriikkaa sekä yläraajan käyttöä, kuten otteiden hallintaa. Käden motoriikan kuntoutuksessa käytettiin muun muassa erilaisia vahoja ja foameja, painoja, kuminauhoja sekä esimerkiksi legoilla tai palikoilla rakentelua. Liikkeiden ja liikeratojen **useat toistot** eli suuret kertamäärät koettiin tärkeiksi silloin, kun koettiin, että tarvittiin motorisen toiminnan vahvistamista ja uudelleen oppimista. Muita mainittuja menetelmiä olivat **fascia-käsittelyt, sähköstimulaatiohoito, teknisavusteinen kuntoutus** (Arneo Senso, Pablo, Myro, Rapael Smart Glove, E-LINK), **peilitterapia, erilaiset liikuntakokeilut, rentoutus ja lämpöhoito** (esimerkiksi jyvähoido), **botuliinihoidon tarpeen arviointi ja kuntoutuksen toteuttaminen, painetekstiilien, apuvälineiden tai ortoosien käyttö sekä asentohoito ja Bobath-tekniikoihin** perustuva kuntoutus, kuten motorisen kontrollin harjoittelu ja lihasmuokkaukset.

Turvotusta vähennettiin kylmä-, liike- ja asentohoidoilla sekä ortooseilla ja painetekstiilien avulla. Lisäksi tuotiin esille myös jyvähoido ja manuaalinen käsittely. Liikehoidoissa korostettiin useassa vastauksessa dynaamisia pumppaavia toistoliikkeitä. **Hoitohenkilökunnan sekä omaisten ohjaus** muun muassa asento- ja liikehoidon toteutuksessa katsottiin kuuluvan olennaiseksi osaksi turvotuksen hoitoa. Samoin tunto-ongelmiin liittyvässä kuntoutuksessa. Tuntohäiriöiden kuntoutuksessa keinoiksi määriteltiin muun muassa **tunnon karsaisu sekä stimulaatiohoito**, jolloin pääpaino oli erilaisissa tunnon aktivointitekniikoissa, kuten sivelyt, esineiden tunnistaminen tunnon avulla, lämpötilaerottelu, vibran käyttö ja hieronta erilaisilla materiaaleilla. Tunto-ongelmat otettiin arkiaskareissakin huomioon ja harjoiteltiin esimerkiksi kompensatiokeinoja: *Koita terveellä kädellä onko lämpötila sopiva tai Pidä katse työssä, ettet polta kättä kuumaan kattilaan tai leikkaa sormeen.* Syvätuntoa, eli liike- ja asentotuntoa esimerkiksi erilaisin **tukeutumisharjoituksin**, painetekstiilein tai painopeittojen sekä voimaharjoittelun avulla, ja liikkeiden koordinoinnin vaikeutta kompensointiin näön avulla ja ohjaten yläraajoja tukeutumaan kehoon, kun tehtiin käsillä hienomotorisia harjoitteita. Peiliterapiaa käytettiin menetelmänä sekä motoriikan, kivun että tunnon kuntoutuksessa.

Kipua pyrittiin vähentämään terapeuttisen harjoittelun avulla, kuten **rentoutus- ja mielikuvaharjoituksin** (esimerkiksi Mindfulness), **mielekkäällä toiminnalla, luovilla toiminnoilla, liikunnalla**, ohjatuilla **liikeharjoitteilla, asento-, kylmä-kuuma- ja ortoosihoidoin, TENS-laitteen** avulla, **fascia-** ja muilla **manuaalisilla käsittelyillä, apuvälineillä**, huomioimalla **ergonomia** työasunnoissa, **GMI-terapian** keinoin, **teknisavusteisella harjoittelulla, Taikofonilla sekä kinesioteippauksella**. Vastaajien mukaan keskustelut ja terapeutin antama **psykososiaalinen tuki** ja ohjaus oli tärkeää. Ohjaus riittävään lepoon ja kipumekanismien sekä elintapojen ja elinolosuhteiden, kuten sosiaalisen ympäristön ja stressin merkityksen läpikäyminen kivun ilmenemiseen, oli useamman vastauksen mukaan olennainen osa kipukuntoutusta.

Kehonhahmotusta kohennettiin usein (lähes kaikki 28 vastaajasta ilmoittivat tämän menetelmän) peilin edessä tehtävillä harjoitteilla, jolloin kuntoutuja sai palautteen liikkeistään ja asennostaan peilin kautta. Harjoittelulla haettiin ke-

hon ja liikkeiden symmetriaa niin seisten kuin istuen. Tuntopalautetta ja -ärsykettä annettiin terapiassa myös painetekstiilein, kosketuksen avulla, manuaalisella terapialla, kehon ääriivimaa-lauksella, tunnon uudelleen-koulutuksella, tukeutumisharjoitteilla ja muilla syvätuntoa aktivoivilla harjoitteilla, Bobath-tekniikoin, Taikofonilla ja tunnon varaisella, eli sanattomalla ohjauksella. Ympäristöä muokkaamalla tuettiin myös kehonhahmotusta ja osallistumisen mahdollistumista. Riittävän niin sanotusti suljettu, eli tuettu ympäristö, jossa olisi mahdollisimman vähän visuaalisia virikkeitä, tuki erään vastaajan mielestä kehonhahmotuksesta ja tunto-ongelmista kärsivää saamaan olonsa riittävän turvallisiksi voidakseen toimia. Ympäristöä ja kuntoutujan asentoa muokattiin myös esimerkiksi psoastyynyin, tai tarvittaessa pyyherullin sekä tyynyin, jotta kuntoutuja hahmottaisi kehonrajat paremmin ja asento saataisiin toiminnan kannalta optimaaliseksi.

Interventioissa erilaisten valmiuksien ja taitojen kuntoutuksessa käytettiin vaihtelevasti **älylaiteilla, kuten tietokoneella tai tabletilla tehtäviä harjoituksia**. Keskimäärin sähköisiä harjoituksia tehtiin joskus, neljän terapeutin vastatessa, ettei käytä esimerkiksi tabletilla tehtäviä harjoituksia koskaan ja yksi taas vastasi käyttävänsä aina. Yksityisellä puolella työskentelevät terapeutit käyttivät sähköisiä harjoituksia enemmän kuin julkisella puolella työskentelevät. Julkisen sektorin työntekijöistä hieman vajaa 30 % ilmoitti, ettei harjoituksia ole koskaan käytössä, kun taas kaikki yksityispuolen terapeutit ilmoittivat ainakin joskus käyttävänsä tabletilla, puhelimella tai tietokoneella tehtäviä harjoituksia. Interventioissa hyödynnettiin älylaitteita, kuten älypuhelimia tai tabletteja hieman useammin, keskiarvon ollessa kuitenkin myös reilu 3. Ero julkisen ja yksityissektorin työntekijöiden välillä oli hieman pienempi, mutta terapiassa oli useammin sähköinen älylaite käytössä yksityissektorin työntekijöillä. Älylaitteita hyödynnettiin muun muassa muistin tukena tai toiminnanohjauksen ja prosessitaitojen arvioinnissa.

Tietokonepohjaisilla harjoituksilla tai älylaitesovellusten käytöllä oli tarkoitus edistää monenlaisia taitoja sekä valmiuksia. 26 vastaajaa ilmoitti valmiuksista ja taidoista, joita tämän tyyppisillä harjoituksilla oli tarkoitus edistää. Erilaisten ohjelmien ja sovellusten käyttö ja laitteen käsittely harjaannutti vastaajien mielestä kognitiota ja edisti keskittymistä, tarkkaavuutta, huomion suuntaamista,

päättelyä, muistia, hienomotoriikkaa, visuaalista hahmottamista ja aistitoimintoja. Useimmiten mainittiin kognitiivisten taitojen ja valmiuksien (n = 17), kuten muistin (n = 11), hahmotuksen (n = 10), toiminnanohjauksen (n = 9) ja prosessitaitojen (n = 8) kuntoutus. Lisäksi älylaitesovelluksilla ja tietokonepohjaisilla harjoituksilla oli tarkoitus edistää motorisia taitoja ja valmiuksia (n = 12) sekä visuomotoriikkaa (n = 5) ja ylläpitää ja edistää sosiaalisia taitoja ja suhteita (n = 5). Monille kuntoutujille älylaitteiden käyttö oli terapeuttien vastausten mukaan mielekäs tapa harjoitella ja myös mielekäs ajanviettotapa. Erään vastauksen mukaan: *Pelatessa kuntoutuja tulee tehneeksi mm. hienomotorisia harjoitteita, joihin ei välttämättä muutoin niin motivoituisi, tulee tehtyä myös runsaasti toistoja.*

Laitteilla harjoiteltiin lisäksi ohjeiden noudattamista ja pettymysten sietoa sekä hankittiin tietoa tai käytettiin apuna asioiden hoitamisessa. Laitteiden kautta oli esimerkiksi harjoiteltu laskunmaksua sekä asiointia KELA:n, pankin tai verottajan sivuilla ja tutkittu tietoja Oma Kannasta, uusittu kirjaston lainoja sekä tilattu ruokaa kaupasta tai tehty ostoslistoja. Älylaitteiden ja niiden käytön harjoittelun avulla pystyttiin osan vastaajien mielestä mahdollistamaan kuntoutujien itsenäisempi suoriutuminen arjessa. Laitteiden omilla ohjelmilla, kuten kamera, kalenteri tai muistio -toiminnoilla pystyi kompensoimaan vastaajien mukaan esimerkiksi muistiongelmiä. Puhelinta tai tablettia käytettiin terapiassa myös kommunikoinnin välineenä tai apukeinona, tästä mainintana kirjoittaminen tai mikäli kirjoittamisen kanssa oli ongelmia, auttoi laitteen Puhe-toiminto, jonka kautta esimerkiksi viestien lähetys onnistui. Vastauksissa luetellut käytössä olleet ohjelmat ja sovellukset on kuvattu taulukossa 11. Useissa vastauksissa ei tuotu esille tiettyjä sovelluksia tai ohjelmia, vaan kerrottiin, että käytössä on paljon ilmaisia sovelluksia ja pelejä, kuten palapelejä, sanapelejä, ongelmanratkaisupelejä, ristikoita, visuomotoriikkaa sekä hahmottamista ja muistia parantavia tehtäviä sekä rentoutusharjoituksia. Paljon käytettiin ylipäättään internettiä ja sieltä löytyviä sivustoja, kuten uutissivuja, Google-hakua, sosiaalisen median sivustoja ja niin edelleen.

Taulukko 11. Käytetyt tietotekniset sovellukset ja ohjelmat

| Sähköiset sovellukset ja ohjelmat | Vastanneiden lukumäärä (n) |
|--|----------------------------|
| Laitteen omat sovellukset ja ohjelmat kuten kalenteri, tekstinkäsittely, laskin, ajastin, kamera, muistio jne. | 12 |
| Papunet -sivusto | 6 |
| Muistipuisto -verkkopalvelu (entiset Miina Sillanpää -säätöön Foramen harjoitukset myös) | 6 |
| Harjoitusverkkopankki | 3 |
| Tietokoneen näppäimistön käytön harjoitukset | 2 |
| Selkouutiset | 2 |
| E-link | 2 |
| Recognise -sovellukset ja tietokoneohjelma | 2 |
| Finger Motion | 2 |
| Reseptihaut | 2 |
| Kauppojen tarjoamat sovellukset -ostoslistat | 1 |
| Cami havaintotaidot ohjelma | 1 |
| Time Timer | 1 |
| Kitara- piano- ym. soitinsovellukset | 1 |
| Sudoku, Tetris ja Mahjong | 1 |
| Celia kirjasto | 1 |
| Finger Fights | 1 |
| rehabWall -kuntoutussovellus | 1 |
| myro -harjoituspöytä | 1 |
| HSL-reittiopas | 1 |
| Smash Ant | 1 |

Kyselyllä haluttiin selvittää, minkälaisia aivovammakuntoutukseen liittyviä lisäkoulutuksia vastaajat olivat suorittaneet perus toimintaterapeuttiopintojen lisäksi. Jonkunlaisia kursseja tai lisäkoulutuksia kertoi käyneensä 23 vastaajaa. Lisäkoulutukset vaihtelivat yksittäisistä ammatillisista luennoista ja työpaikan tarjoamista koulutuspäivistä pitkiin monen opintopisteen kokonaisuuksiin. Selkeää, muista erottuvaa lisäkoulutusta ei vastauksista ilmennyt. Useimmin mainittiin Suomen aikuisneurologisten toimintaterapeuttien unioni SANTUN järjestämät aivovammoihin liittyvät koulutukset (koulutuspäivien sisältöä ei kerrottu missään vastauksessa). Lisäksi useassa vastauksessa oli tuotu esille aivovammoihin liittyvät koulutuspäivät tai koulutusluennot, mutta järjestäjää tai sisältöä ei oltu kuvattu tarkemmin. Bobath-kurssi mainittiin kolmessa vastauksessa, ja erilaisiin arviointeihin ja toimintakykymittareihin liittyviä vastauksia nousi esille saman verran. Arviointimenetelmäkoulutuksista mainittiin AMPS, COPM ja WCPA. Todennäköisesti kaikki vastaajat eivät olleet tähän laittaneet arviointiin liittyviä koulutuksia, koska esimerkiksi AMPSin käyttö nousi esille useissa vastauksissa, kun kysyttiin käytettyjä arviointimenetelmiä, ja AMPS

vaatii aina käyttäjäkoulutuksen. Toiminnanohjaukseen ja ortoosien valmistukseen liittyviä koulutuksia kertoi käyneensä kaksi eri vastaajaa. Kaksi vastaajista kertoi työssään käyttävän seksuaalineuvojan koulutuksesta saamiaan oppeja ja kaksi muuta vastaajaa taas neuropsykiatrisen valmentajan menetelmiä. Yksittäin kuvattuina koulutuksina tuotiin esille Toiminnalliset kädet -kurssi, MAPA, Traumakoulutus, Psykoterapian perusteet, Yläraajakuntoutuksen täydennyskoulutus (15 op), aistisäätelyn koulutukset, Fascia koulutus, Neuropsykologiset oireet aivovamman seurauksena -koulutus, Kun vamma ei näy päällepäin -koulutus (neuropsykologisten oireiden käsittelyä), Voimauttava valokuvaus -kurssi, Moniammatillisen aivovauriokuntoutuksen erikoistumisopinnot (30 op) sekä Neurologisen kuntoutuksen erityiskoulutus.

Vastaajilta kysyttiin myös, kuinka riittäviksi he kokivat omat keinonsa ja työmenetelmänsä kuntouttaa aivovammakuntoutujia eri osa-alueilla. Näistä tarkempi kuvaus taulukossa 12. Vastaajista yksi jätti vastaamatta joihinkin osa-alueisiin. Kattavimmin vastaajat kokivat hallitsevansa fyysisten ja motoristen ongelmien kuntoutuksen. Lähes 25 % vastaajista oli sitä mieltä, että heidän keinonsa kuntouttaa fyysisiä ongelmia aivovammakuntoutuksessa olivat täysin riittävät. Suurin osa näin vastanneista työskenteli sairaalassa, ja vain kaksi vastaajaa yksityissektorilla, heillä molemmilla noin 20 vuoden työkokemus. Toisaalta ei pitkä työurakaan taannut kokemusta, että työmenetelmät olisivat riittäviä, koska kahdella vastaajalla, jotka kokivat, etteivät heidän keinonsa riitä lainkaan fyysisten ongelmien kuntoutukseen olivat työskennelleet kuusi ja 18 vuotta toimintaterapeutteina. Molemmat työskentelivät yksityissektorilla.

Pääpiirteittäin vastaajat kokivat, että heidän keinonsa ja työmenetelmänsä aivovammakuntoutuksen eri osa-alueilla olivat jokseenkin riittävät. Vähiten keinoja koettiin olevan tunne-elämään ja käytöshäiriöihin liittyvässä kuntoutuksessa. Jopa lähes 60 % vastaajista koki, etteivät heidän keinonsa kuntouttaa käytöshäiriöitä ole lainkaan riittäviä. Vastauksissa näkyi ero yksityissektorilla, sekä julkisella sektorilla työskentelevien terapeuttien välillä. Selvästi suurempi osa sairaaloissa ja terveyskeskuksissa olevista terapeuteista koki, että heidän keinonsa kuntouttaa tunne-elämän häiriöitä olivat riittämättömiä. Sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskentelevistä yli puolet (54 %) kokivat, etteivät heidän keinonsa olleet lainkaan riittäviä, kun taas julkisella puolella työskentele-

vistä noin neljännes vastasi näin. Myös käytöshäiriöisiä tai sosiaalisten taitojen kuntouttavat keinot koettiin heikommiksi julkisella sektorilla työskentelevien joukossa, kuin yksityissektorilla. Tämä näkyi selvästi myös aiemmissa vastauksissa selvitettäessä interventioiden kohdentumista, jolloin selvisi, että sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskentelevät terapeutit kiinnittivät vähemmän huomiota psyykkisiin ja henkisiin ongelmiin, kuin yksityisellä sektorilla työskentelevät terapeutit. Kokemus puutteellisista keinoista korreloi interventioiden kohdentumiseen.

Taulukko 12. Koettu työmenetelmien riittävyys aivovammakuntoutuksessa

| Kuinka riittäviksi koet omat keinosi/työmenetelmäsi kuntouttaa seuraavia osa-alueita aivovammakuntoutuksessa? | Ei lainkaan riittävät | Jokseenkin riittävät | Täysin riittävät | Keskiarvo |
|---|-----------------------|----------------------|------------------|-------------|
| Fyysisten ja motoristen ongelmien kuntoutus | 6,06 % | 69,70 % | 24,24 % | 2,18 (n 33) |
| Sosiaalisten taitojen kuntoutus | 12,50 % | 78,13 % | 9,37 % | 1,97 (n 32) |
| Kognitiivinen kuntoutus | 15,15 % | 75,76 % | 9,09 % | 1,94 (n 33) |
| Tunne-elämän häiriöihin liittyvä kuntoutus | 37,50 % | 53,12 % | 9,38 % | 1,72 (n 32) |
| Käytöshäiriöihin liittyvä kuntoutus | 59,37 % | 31,25 % | 9,38 % | 1,5 (n 32) |

Vastaajista 24, eli noin 73 % koki kaipaavansa lisätietoa tai lisäkoulutuksia aivovammoihin liittyen. Viiden vastaajan mukaan he tarvitsisivat tietoa kaikesta aivovammoihin liittyvistä asioista. Eräessä vastauksessa tuotiin esille, että arviointi ja terapiatilanne on aina yksilöllinen ja toisinaan tulee vastaan hyvinkin haasteellisia tilanteita, jolloin saattaa kokea myös riittämättömyyttä, vaikka hallitsee perusasiat. Lisätietoa kaipasivatkin sekä vähän, että kauan terapeuteina työskennelleet. Useimmat pidempään työskennelleet toivat esille konkreettisempia ja yksityiskohtaisempia toiveita, kuten alkuvaiheen arviointiin soveltua arviointimenetelmiä, tai lisää tietoa tuntohäiriöiden ja muistin kuntoutuksesta. Monien vähemmän aikaa työskennelleiden vastauksissa ilmaistiin toiveet yleisemmällä tasolla, kuten *arvioinnista* tai *kuntoutusmenetelmistä*.

Aivovammakuntoutuksen laaja-alaisuuden vuoksi lisäkoulutus ja -tieto monelta eri osa-alueelta koettiin tärkeäksi. Eniten lisätietoa kaivattiin arviointi- sekä terapiamenetelmistä ja yleisesti interventioiden toteutuksesta. Arviointimenetelmistä haluttiin perustietoa, mitä arviointimenetelmiä aivovammakuntoutuksessa suositellaan käytettävän, sekä suomennoksia hyväksi todetuista

arviointimenetelmistä. Yksittäisistä interventiokohteista mainittiin useassa vastuksessa kognitiivisen ja tunne-elämään sekä käytöshäiriöiden kuntoutus, ja muutamissa seksuaalisuuteen, tuntohäiriöihin sekä krooniseen väsymykseen liittyvät terapiamenetelmät, joista haluttiin lisätietoa. Kaksi vastaajaa toivoi saavansa lisää työkaluja läheisten kohtaamiseen. Muutama vastaaja koki tarvitsevansa lisätietoa aivovammoista ja niiden vaikutuksesta toimintakykyyn sekä kuntoutusverkostosta ja palvelujärjestelmästä, jotta kuntoutujia osattaisiin ohjata paremmin eri palveluiden piiriin. Yksi vastaaja toivoi saavansa tietää, miten toimintaterapian rooli aivovammakuntoutuksessa nähdään muiden, esimerkiksi lääkäreiden tai moniammatillisen työryhmän silmin.

11 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

11.1 Tutkimustulosten pohdinta

Tämän työn tavoitteena oli selvittää traumaattisten aivovammojen toimintaterapeuttisen kuntoutuksen yleistilaa, ja tutkimusongelmana oli: Miten toteutetaan traumaattisten aivovammojen toimintaterapeuttista kuntoutusta?

Vastauksia haettiin tutkimuskysymyksillä:

1. Mihin interventiot kohdentuvat, eli minkälaisiin ongelmiin terapialla pyritään vaikuttamaan?
2. Miten toimintaterapeutit arvioivat aivovammakuntoutujia?
3. Minkälaisia työmenetelmiä ja -tapoja toimintaterapeuteilla on käytössä kuntouttaessaan traumaattisen aivovamman saanutta aikuista henkilöä?

Vastaajajoukko oli pieni, mutta vastauksia esitettyihin kysymyksiin saatiin melko kattavasti. Vastaajajoukko koostui 33 toimintaterapeutista, joiden työkokemus aivovammakuntoutuksesta vaihteli alle vuodesta 30 vuoteen. Vastaajat työskentelivät julkisella sektorilla yliopistollisissa tai keskussairaaloissa sekä terveystieteissä, ja yksi vastaaja kuntoutuslaitoksessa. Yksityissektorilla työskentelevät terapeutit toimivat työntekijöinä yksityisellä palveluntuottajalla avohuollon palveluissa tai yksityisenä palveluntuottajana, ja yksi vastaaja yksityisessä kuntoutuslaitoksessa. Vastaajista noin puolet toimivat yksityissektorilla ja noin puolet julkisella. Monivalintakysymyksiin vastasivat kaikki, mutta avoimiin kysymyksiin jätti osa vastaamatta. Vastauksien perusteella saatiin kuitenkin aikaan yleiskuva, miten kyselyyn vastanneet toimintaterapeutit arvioivat ja kuntoutuivat traumaattisen aivovamman saaneita aikuisia ihmisiä, ja

mihin interventiot kohdistuivat. Kyselyn vastauksissa tuotiin esille yleisten kulausten lisäksi konkreettisia esimerkkejä ja spesifejä menetelmiä esimerkiksi tunnetaitojen tai motorisen toiminnan kuntoutuksesta, joita voidaan jatkossa hyvin hyödyntää terapiatyössä aivovammakuntoutujien kanssa. Tarkempaa tutkimusta kohdennettujen menetelmien käytöstä kuntoutuksen eri osa-alueilla kuitenkin tarvitaan jatkossa lisää. Vastauksissa ja kirjallisuuskatsauksessa nousi esille arviointimenetelmiä, joiden käyttöä Toimintaterapia Aivoitus Oy:n työyhteisössä voidaan hyvin pohtia, ja menetelmien hankintaa harkita. Yhdistämällä kyselyn tuloksia melko kattavasti tehdyn kirjallisuuskatsauksen tietoihin, on jatkossa mahdollista tuottaa materiaalia aivovammakuntoutusta koskeviin koulutuksiin. Kyselyllä saatiin myös tieto, minkälaista lisäkoulutusta ja minkälaisista aiheista toimintaterapeutit kaipaavat lisätietoa, joten jatkossa mahdollisia koulutuksia voi suunnitella näiden tarpeiden ja toiveiden mukaisesti.

TOIMIA-tietokannan mukaan **aivovamma-arviointi** on hyvin laaja-alainen ja aivovamman saaneelta tulee arvioida tajunnan palautuminen, yleinen toimintakyky, neuropsykologiset häiriöt, psyykkinen status, käyttäytyminen, kognitiiviset rajoitukset, fyysinen toimintakyky, sosiaalinen osallistuminen sekä elämänlaatu (Koskinen 2013, 5). Tämä laaja listaus toteutui myös toimintaterapeuttien tekemässä arvioinnissa, pois lukien tajunnan palautuminen. Kyselyssä esiin nousseet arvioinnin osa-alueet olivat fyysinen, motorinen ja sensorinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toiminta sekä elämänlaatu. Vastauksissa korostettiin arvioinnin kokonaisvaltaisuutta ja toiminnallisuuden merkitystä, ja kognitiivisen toiminnan osa-alue koettiin merkityksellisimmäksi toiminnan kannalta. Arvioinnissa haluttiin saada selville kuntoutujan haasteet sekä avuntarve, mutta myös kuntoutujan vahvuuksien ja elämänlaatuun vaikuttavien asioiden selvittämistä pidettiin tärkeänä. Arvioinnissa tuleekin vajeiden ohella ottaa vahvasti huomioon kuntoutujan vahvuudet, taidot ja mahdollisuudet, jolloin arvioinnin tuloskin on tarkempi ja kattavampi (Curtin ym. 2017, 173). Sairaala- ja terveyskeskusympäristössä painottui arviointi, kun taas yksityisellä puolella enemmän terapian toteutus.

Arvioinnissa suositellaan käytettävän sekä subjektiivisia että objektiivisia arviointimenetelmiä (Juntunen 2019; Fisher 2013; Kanto-Ronkanen 2012, 104). Kyselytutkimuksen vastauksissa tuli esille useita eri arviointimenetelmiä, joita terapeutit käyttivät arvioidessaan aivovammakuntoutujia. Osa menetelmistä oli

objektiivisiä terapeutin havaintoihin perustuvia, ja osa kuntoutujan omiin subjektiivisiin kokemuksiin pohjaavia. Osa menetelmistä oli standardoituja, osa standardoimattomia, kuten arvioinnissa voi olla, vaikkakin tulisi suosia standardoituja menetelmiä (Clinical Practice Guideline for the Rehabilitation of Adults with Moderate to Severe TBI 2016, INCOG 2014 mukaan). Tämän kyselyn mukaan arviointi perustui pitkälti standardoimattomiin arviointimenetelmiin, kuten kuntoutujan, hoitohenkilöstön ja lähipiirin haastatteluihin, havainnointiin, kliiniseen tutkimiseen sekä erilaisiin kyselylomakkeisiin. Tämä vastaa myös kansainvälistä linjaa, joka ilmeni ulkomaisista tutkimuksista (Qvist Kristensen ym. 2019). Tässä kyselyssä ei varsinaisesti selvitetty syitä, miksi strukturoituja ja standardoituja arviointimenetelmiä ei systemaattisesti käytetty, mutta syitä voisivat olla esimerkiksi, ettei sopivia arviointimenetelmiä tunneta, niihin ei ole suomennoksia, tai työyhteisössä ei ole sopivia menetelmiä. Aieman tutkimustiedon mukaan syitä ovat myös koettu arviointimenetelmien käytön vaivalloisuus ja se, että niiden käyttö vie niin paljon aikaa (Qvist Kristensen ym. 2019).

Vastauksista ilmeni, että arviointimenetelmien käyttö oli vaihtelevaa ja joskus arvioinnissa käytettiin vain havainnointia ja haastattelua. Keskimäärin vastaajat käyttivät arviointia tehdessään havainnoinnin lisäksi noin kolmea muuta menetelmää, joista yleisin oli haastattelu. Sairaalassa työskentelevät käyttivät keskimääräisesti hieman enemmän menetelmiä mitä muualla työskentelevät kollegansa. Varsinaisista arviointimenetelmistä eniten kerrottiin käytettävän käsitteistä, joista yleisimmin Box and Block -testiä sekä puristusvoiman mittausta. Muita yleisimmin käytettyjä menetelmiä esiintyvyyden mukaan olivat COPM, LOTCA tai sen päivitetty versio DLOTCA, AMPS, MoCa, QOLIBRI, MMSE, Mohost sekä tunnon ja kivun arviointi. Julkisen terveydenhuollon puolella arvoinnit toteutettiin pääsääntöisesti osasto- tai terapiatilaympäristössä, kun taas yksityissektorilla kuntoutujan luonnollisessa toimintaympäristössä. Yleisesti vastausten mukaan pyrittiin tekemään sekä alku, että loppuarviointi. Akuutilla neurologisella osastolla työskentelevien mukaan aina ei tähän ollut mahdollisuutta osastojakson kestollisen lyhyiden vuoksi.

Kirjallisuuskatsausta tehdessä löytyi suuri määrä arviointimenetelmiä, jotka eivät nousseet esille tässä kyselytutkimuksessa, eivätkä vaikuta olevan Suo-

messa käytössä. Vastauksista ilmenikin, että monet toimintaterapeutit toivoivat ulkomaisista aivovammakuntoutuksessa käytettävistä arviointimenetelmistä päteviä suomennoksia ja suomalaisia viitearvoja tukemaan käyttöä. Kyselyyn vastanneet terapeutit käyttivät usein toimintaterapeuttien arviointimenetelmiä, joista ei löytynyt tietoa, ovatko ne juuri aivovammakuntoutujille sopivia. Tämä onkin yksi ongelma arvioinnissa ja sen toteutuksessa. Arviointiohjeissa ohjataan käyttämään menetelmiä, jotka ovat luotettavia, juuri sille asiakasryhmälle sopivia, ja niiden tulisi mitata juuri sitä asiaa, mistä halutaan saada tietoa (Juntunen 2019; Qvist Kristensen ym. 2019). Aivovammakuntoutuksessa käytettävistä, juuri tälle asiakasryhmälle tutkitusti sopivia ja kohdennettuja arviointimenetelmiä on kuitenkin lueteltu suhteellisen vähän. TOIMIA-tietokonnasta niitä löytyi vain kaksi, eivätkä ne ole spesifejä toimintaterapeuttien menetelmiä.

Kyselyn vastauksissa arviointimenetelmien vaihtelevuus oli niin suurta, ettei pelkästään vastausten pohjalta pystytty luotettavasti tekemään suositusta käytettävistä arviointimenetelmistä. Pohjaten lisäksi aiempaan ulkomaiseen tutkituun tietoon, voidaan kuitenkin suositella arvioinnissa käytettäväksi ainakin COPM-, AMPS-, OT-APST-, ESI-, Qolibri- ja LOTCA -arviointimenetelmiä toiminnan eri osa-alueiden arviointiin. Näistä OT-APST- ja ESI -menetelmiä lukuun ottamatta kaikki nousivat myös kyselyssä eniten käytettyjen arviointimenetelmien joukkoon. Luettelosta jätettiin tarkoituksellisesti pois tutkimusten vastauksissa yleisesti mainitut käsitteet, kuten Jamar ja Box and Blocks. Tämä tehtiin siksi, että suositusten mukaan toimintaterapeuttisessa arvioinnissa tulee keskittyä enemmän taitojen ja toimintakokonaisuuksien arviointiin, kuin tehdä valmiustason testejä (Juntunen 2019; Curtin ym. 2017, 173). Näitä voi tehdä sitten, jos vaaditaan tarkempaa erittelyä yläraajojen toiminnasta, mutta yleisesti toiminnallinen kuvaus ja toiminnanvajausten merkitys toimintaan on olennaisin tieto arvioinnissa.

Terapiajaksojen pituus ja tapaamisten kertamäärät vaihtelivat tämän tutkimuksen mukaan hyvin paljon. Ymmärrettävästi tapaamiskertamäärät ovat hyvin erilaisia akuutilla osastolla, kuin esimerkiksi kuntouttavalla sairaala- tai kuntoutuslaitososastolla. Vaihtelevuus oli suurta myös avopalveluissa toteutetulla terapialla. Terveyskeskuksissa tai sairaalan avokuntoutuksessa kuntoutujia saatiin tavata kokonaisuudessaan vain kerran pari. Käyntikertoja saattoi myös

olla useita pitäen sisällään lyhyen interventiojakson. Yksityissektorilla toteutetut interventiojaksot toteutuivat keskimäärin 40 kertaa vuodessa painottuen alun tiiviimpiin tapaamisiin. Terapiakertamäärät vaihtelivat muutamasta käyntikerrasta 80 kertaan vuodessa, riippuen kuntoutujan tilanteesta.

Kuntoutuksen vaikuttavuus on vahvasti sidoksissa vuorovaikutussuhteen toimivuuteen (Tenovuo 2016). Kyselyn **interventioiden kohdentumiseen** liittyvistä vastauksista kaikista suurimmat keskiarvotulokset saivat väittämät, jotka liittyivät vuorovaikutukselliseen suhteeseen, eli kuntoutujan motivoimiseen, psyykkisen ja henkisen hyvinvoinnin tukemiseen, kuntoutujan tukemiseen muuttuneessa tilanteessa, sekä kuntoutujan informoimiseen hänen tilastaan ja toimintakyvystään. Näissä väittämässä keskiarvotulos oli kaikissa suurempi kuin 4,5. Vuorovaikutuksellisen suhteen luominen ja sen toimivuus koettiin merkityksellisimmäksi toimintaterapian elementiksi ja interventioissa käytettiin vastaajien mukaan työkaluna omaa persoonaa, kuten huumoria tai empatiakykyä terapiasuhteen luomiseen lähes aina (ka = 4,8). Interventioiden toteutuksessa kyselyyn vastanneet kokivat oman roolinsa terapiaprosessissa merkitykselliseksi ja terapeutit kokivat pystyvänsä vaikuttamaan omalla persoonallaan terapian kulkuun. Terapiaprosessissa terapeutin oman persoonan terapeutin käyttö onkin keskeinen työväline, ja vuorovaikutussuhde asiakkaan ja toimintaterapeutin välillä on merkityksellinen osa kaikissa terapiaprosessin vaiheissa (Tenovuo 2016; Hautala ym. 2013, 100). Toimintaterapiateorian mukaan terapiaprosessissa terapeutin rooli on toimia puolestapuhujana, valmentajana, yhteistyön toimijana, suunnittelijana, opettajana ja erikoisasiantuntijana. Lisäksi toimintaterapeutti sitouttaa kuntoutujaa toimintaan (Hautala ym. 2011, 218, Townsendin ym. 2007 mukaan). Nämä kaikki elementit löytyivät kyselyn vastauksista. Usea vastaaja painotti omaa rooliaan yhdistävänä tekijä muiden kuntoutuksen ammattilaisten sekä lähipiirin välillä.

Aivovammojen oirekuva voi olla todella moninainen (Powell 2016). Yleisimmät aivovamman oireet painottuvat kuitenkin toiminnanohjauksen, energiatason säätelyn ja käyttäytymisen häiriöihin (Pitkänen & Jäkälä 2012, 58). Eniten näyttöä toimintaterapian vaikuttavuudesta on löytynyt kognitiivisen, psykososiaalisen sekä toimintaan ja sosiaaliseen osallisuuteen liittyvien osa-alueiden kuntoutuksesta. Jonkun verran vahvaa näyttöä on löytynyt myös näönkuntoutuksesta, motorisesta kuntoutuksesta sekä kooma asiakkaan kuntoutuksesta.

(Wheeler & Acord-Vira 2016.) Tämän kyselytutkimuksen mukaan toimintaterapiainterventiot Suomessa kohdistuivat hyvin pitkälti näihin asioihin. Ainoastaan kirjallisuuskatsauksessa ilmennyt kooma-asiakkaan kuntoutus ei noussut tässä tutkimuksessa samassa määrin esille. Yksi vastaajista kertoi työskentelevänsä koomakuntoutujien parissa, mutta terapiamenetelmät kohdennetusti tälle asiakasryhmälle eivät vastauksista ilmenneet.

Kaiken kaikkiaan interventiot kohdentuivat edistämään kuntoutujien kognitiivisia valmiuksia ja taitoja kognitiivisten (painottuen toiminnaohjauksen ja muistin toimintoihin) sekä motoristen ja fyysisten toimintoja usein, ja psyykkisiä, sosiaalisia sekä sensorisia (mukaan lukien visuaalinen hahmotus) toimintoja keskimäärin joskus. Vastaajista noin 75 % kertoi käyttävänsä eniten aikaa kognitiivisten (esimerkiksi toiminnanohjaus, muisti, ajattelu, tarkkaavaisuus, luovuus) ongelmien kuntoutukseen. Aiemman tutkimustiedon (Wheeler & Acord-Vira 2016; Park ym. 2015, Vanderploegin ym. 2008; Ciceronen ym. 2008; Goveroverin ym. 2007; Salazarin ym. 2000 mukaan) sekä tämän tutkimuksen tulosten pohjalta voikin todeta, että kognitiivisten toimintojen ja neuropsykologisten ongelmien kuntoutuksen painottuminen aivovammojen toimintaterapiainterventioissa on olennaista ja tärkeää. Kuntoutuksen tulee kuitenkin olla kokonaisvaltaista ja kuntoutuksessa tulee ottaa huomioon niin fyysiset, psyykkiset kuin psykososiaaliset tekijät. Kuntoutus voi epäonnistua, mikäli jättää huomiotta jonkun osa-alueen. (Tenovuo 2016.) Tässä tutkimuksessa vastaajat painottivatkin avoimien kysymysten vastauksissa kuntoutujien kokonaisvaltaista huomiointia, ja vastaajat kokivat ottavansa huomioon interventioissaan kokonaistilanteen. Varsinkin yksityissektorilla työskentelevät terapeutit toivat vahvasti esille koko arjen hallinnan ja kuntoutujan toimintakyvyn edistämisen kokonaisvaltaisesti niin, että toimiminen arjessa helpottuisi.

Sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskentelevät terapeutit kohdensivat interventioita kuntoutujan psyykkisiin valmiuksiin ja taitoihin (tunteiden tunnistaminen, ilmaisu ja säätely, itseluottamus, tavoitteenasettelu ja niin edelleen) sekä sosiaalisiin valmiuksiin ja taitoihin (esimerkiksi vuorovaikutus, yhteistyötaidot, roolit) harvemmin kuin yksityissektorilla työskentelevät terapeutit. Myös heidän kokemuksensa omien työmenetelmien ja -tapojen riittävydestä kuntouttaa tunne-elämän häiriöitä, käytöshäiriöitä tai sosiaalisia taitoja kuvastui heikom-

pana kuin yksityissektorilla työskentelevien. Kuntoutujan psyykkinen ja henkinen tukeminen koettiin kuitenkin tärkeäksi. Yksityissektorilla taas kiinnitettiin interventioissa hieman julkisen sektorin työntekijöitä vähemmän huomiota kuntoutujan motorisiin ja sensorisiin valmiuksiin ja taitoihin.

Useat tutkimustulokset osoittavat tiedon ja tuen tarjoamisen tärkeyden kuntoutujan lisäksi myös perheenjäsenille ja ystäville osana terapiaa. Lähipiirin tukemisella vähennetään muun muassa riskiä omaisten psyykkiseen sairastumiseen. (Townshend & Norman 2018.) Terapeutin on osattava antaa vammautuneelle ja hänen läheisilleen sopiva määrä tietoa, oikeaan aikaan (Lindstam 2012, 159). Vastausten mukaan toimintaterapeutit antoivat tukea sekä tietoa kuntoutujan lisäksi myös läheisille, ja yhteistyö lähipiirin kanssa koettiin pääsääntöisesti tärkeäksi. Yhteistyötä lähipiirin kanssa tehtiin tiiviimmin julkisella puolella työskentelevien terapeuttien toimesta, mikä onkin ymmärrettävää, koska interventiot toteutettiin pääsääntöisesti kotikäynteinä ja interventioiden kokonaiskesto saattoi olla vuosia. Julkisen terveydenhuollon terapeutit kohdistivat interventioissaan myös tuen ja tiedon tarjoamisen vammautuneen lähipiirille harvemmin, kuin yksityisellä puolella työskentelevät. Tämä tuntui toisaalta oudolta, koska voisi olettaa, että akuutissa vaiheessa järkyttyneet omaiset kaipaisivat paljon tukea ja tietoa tilanteesta.

Kuntoutusta käsittelevissä standardeissa, suosituksissa ja laeissa suositellaan kuntoutuksessa moniammatillista yhteistyötä, koska sen ajatellaan olevan kuntoutujalle hyväksi ja edellytys tulokselliselle kuntoutukselle. (Jeglinsky-Kankainen & Kukkonen 2016.) Tämän kyselyn tulosten mukaan toimintaterapeutit tekivät yhteistyötä omaisten ja lähipiirin lisäksi myös eri ammattilaisten kanssa, ja työskentely oli usein moniammatillista. Yksityispuolella työskentelevät tekivät lähipiirin kanssa yhteistyötä tiiviimmin ja myös tukivat perhettä useammin kuin julkisella puolella työskentelevät. Ammatillista yhteistyötä tehtiin eniten fysioterapeuttien, sitten lääkäreiden, neuropsykologien ja hoitohenkilökunnan kanssa. Muita yhteistyötahoja olivat puheterapeutit, henkilökohtaiset avustajat, sosiaalityöntekijät, työtoiminnan ohjaajat ja kuntoutussuunnittelijat. Yhteistyö tarkoitti pääasiassa yhteiskäyntejä ja -palavereja sekä suullista ja kirjallista viestintää. Moniammatillisella kuntoutuksella mahdollistetaan monimuotoisiin tarpeisiin vastaaminen ja saadaan laajempi näkemys kuntoutujan

tilanteesta. (Paltamaa ym. 2011, 35, 37.) Usean vastauksen mukaan toimintaterapeutin rooli koettiin keskeisenä ja niin sanotusti kokoava tai linkittävä muiden yhteistyötahojen kanssa.

Teoria puoltaa aivovammakuntoutujan kotona tai luonnollisessa toimintaympäristössä toteutettavaa kuntoutusta. Kuntoutuminen tapahtuu tutkimusten mukaan parhaiten luonnollisessa ympäristössä, käytännön askareita harjoitellen (Kanto-Ronkanen 2012, 108; Wikström 2012, 27). Tämän kyselyn mukaan yli puolet interventioista toteutettiin kuntoutujan luonnollisessa toimintaympäristössä joko aina tai usein, mutta keskimääräinen tulos oli joskus. Sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskentelevät terapeutit toteuttivat arvioinnin sekä kuntoutusinterventiot pääasiassa osastolla tai terapiatiloissa, kun taas yksityisellä sektorilla työskentelevät toteuttivat ne pääsääntöisesti luonnollisessa toimintaympäristössä. Osa sairaaloissa työskentelevistä terapeuteista toi vastauksissaan esille, että ympäristö rajoitti arviointia sekä toimintamahdollisuuksia jonkun verran.

Kirjallisuuskatsauksen toimintaterapiainterventioita käsittelevissä tutkimuksissa nousi esille usein jokin intervention malli, jota oltiin käytetty. Useimmiten se oli prosessimalli OTIPM (Simmons & Griswold 2010) tai interventiomalli CO-OP (Dawson 2009). Tässä tutkimuksessa ainoastaan yksi vastaaja toi esille käyttävänsä CO-OP interventiomallia tehdessään kuntoutusta. Kyselyssä ei suoraan kysytty, käytetäänkö terapiassa jotakin mallia tai teoreettista viitekehystä, mutta pyydettiin kuvailemaan terapian toteutusta. Epäselväksi kuitenkin jäi, ovatko toimintaterapian teoreettiset interventiomallit terapiatyössä käytössä kuinka kattavasti.

Tämän kyselyn mukaan terapeuttien käyttämät **interventiomenetelmät** vaihtelivat suuresti. Jokin menetelmä nousi esille monessa vastauksessa, ja toinen taas vain kerran. Vastaajilla oli selvästi käytössään laaja skaala erilaisia korjaavia sekä kompensoivia keinoja toiminnan vajeiden kuntoutukseen. Sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskentelevät terapeutit tarjosivat ja käyttivät vähemmän kompensoivia keinoja työskennellessään, kuin yksityisellä sektorilla työskentelevät terapeutit. Kuntoutuksen alussa onkin tärkeää vahvistaa ja korjata menetettyjä sekä olemassa olevia kykyjä ja taitoja (Stephens ym.

2015; Park 2015, Koehlerin ym. 2012 mukaan). Usein tehtävien taitojen ja valmiuksien harjaannuttamisen lisäksi toiminnallista suoriutumista parannettiin joskus myös muun muassa apuvälinein, ympäristöä muokkaamalla tai auttamalla erilaisten palveluiden tarpeen arvioinnissa, suunnittelussa ja hankinnassa. Interventioiden tarkoituksena oli usein myös muokata toimintaa kuntoutujan taitotasoa vastaavaksi sekä tarjota, tai auttaa kuntoutujaa itseään löytämään, sopivia kompensoivia keinoja, joilla korvata heikentyneitä toimintoja ja kykyjä. Toimintaterapeuttien työtapaa aivovammakuntoutuksessa onkin tarpeen mukaan joko korjaavaa tai kompensoivaa (Maskill & Tempest 2017, 38).

Toimintaterapiassa tuetaan erilaisten toimintojen avulla kuntoutujan vahvuuksien löytämistä ja harjoitellaan kuntoutujan tärkeiksi kokemia toimintoja ja tehtäviä (Kanto-Ronkanen 2012, 108). Toimintaan perustuvan kognitiivisen kuntoutuksen on todettu olevan hyödyllistä aivovammapotilaille ja parantavan suoriutumista päivittäisistä toimista, sekä vaikuttavan positiivisesti psykososiaalisiin toimintoihin (Park ym. 2015). Tässä kyselyssä ilmeni, että interventioiden pääpaino oli kohentaa kuntoutujien toiminnallisuutta ja suoriutumista arjesta ja ADL -toiminnoista, sekä mahdollistaa merkityksellinen toiminta ja osallistuminen. Toimintaterapialla pyrittiin lisäksi vahvistamaan tai luomaan uusia positiivisia sisäisiä toimintamalleja ja selviytymisstrategioita. Toisinaan ne olivat motivaation tai itsetunnon kohottamista, pystyvyyden tunteen vahvistamista tai impulssien hillintää, ja toisinaan taas kokonaan ulkoisten apukeinojen käyttöä tai konkreettista asioiden harjoittelua. Sitoutuminen merkitykselliseen toimintaan, joka saa ylittämään itsensä, voi tutkimusten mukaan parantaa muun muassa elämänlaatua (Park ym. 2015).

Tunnetaitojen ja tunne-elämän häiriöiden kuntoutusta tehtiin paljon keskustelun avulla. Keskusteluissa käsiteltiin muun muassa tunteita ja mahdollisia muutoksia tunne-elämässä ja niiden vaikutuksia arkeen, sosiaalisiin suhteisiin ja parisuhteeseen. Työskentelyssä pidettiin tärkeänä positiivisten asioiden näkyväksi tekemistä ja onnistumisen kokemusten tuottamista. Positiivisen palautteen antamisen lisäksi muita keinoja tunnetaitotyöskentelyyn olivat tunnekuvien käyttö, tunteiden tunnistaminen ja sanoittaminen, oiretiedostuksen lisääminen ja läheisen ohjaaminen, roolien kautta harjoittelu, oirekartoitus, tunteiden uudelleen sanoittaminen, tarinatyöskentely sekä tuntemusten reflek-

tointi, jossa apuna voitiin käyttää esimerkiksi päiväkirjan kirjoittamista tai tunnekortteja. Tunnetaitoja harjoitellessa tärkeäksi koettiin itsetuntemuksen lisääminen, omien toiminta- ja ajatusmallien ymmärtäminen ja palautteen myötä vaihtoehtoisten toimintatapojen harjoittelu ja tunnesäätelyn kehittyminen. Kuntoutujat tarvitsivat vastausten mukaan tukea muuttuneen minäkuvan sekä roolien hyväksymisessä. Muutamissa vastauksissa tuotiin esille tärkeys ohjata rauhoittumis- ja rentoutumiskeinoja esimerkiksi mielikuvaharjoittelun avulla.

Erilaisia taitoja ja valmiuksia harjoiteltiin pääsääntöisesti toiminnan yhteydessä -sekä julkisen terveydenhuollon terapeuttien, että yksityissektorin terapeuttien toimesta. Toiminnallisuus sisältyykin kaikkiin toimintaterapian teorioihin ja toiminnallisuus mahdollistuu taitojen ja valmiuksien oppimisen kautta (Savolainen & Aralinnä 2017, 10). Mielekkään toiminnan on todettu lisäävän motivoitumista toiminnallisuuteen ja toimintaan (Kanto-Ronkanen 2012,105). Tässä tutkimuksessa ilmeni, että terapeutit pyrkivät valitsemaan toiminnan kuntoutujan taitotason ja mielenkiinnon kohteiden mukaisesti niin, että kuntoutuja motivoitui sitä tekemään. Sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskentelevistä osa toi vastauksissaan esille, että toimintaympäristö rajoitti tekemistä ja toimintaa jonkun verran.

Neuropsykologisten ja kognitiivisten oireiden kuntoutus koettiin vastausten mukaan tärkeäksi. Kognitiivisten oireiden, kuten toiminnanohjauksen ongelmien, muistivaikeuksien ja visuaalisten hahmottamisen ongelmien kuntoutusta tehtiin vastaajien mukaan paljon. Toiminnan lisäksi taitoja- ja valmiuksia harjoitettiin myös erilaisin pöytätason tehtävin. Oiretiedostuksen lisääminen ja asioiden näkyväksi tekeminen koettiin tärkeäksi osaksi terapiainterventioita. Aivovammakuntoutujien kanssa työskennellessä tulee aina huomioida, minkälainen kuntoutujan oiretiedostus on, koska heikentynyt itsetietoisuus ja oiretiedostus voi heikentää niin tavoitteiden asettelua, kuin terapian vaikuttavuutta. (Doig ym. 2009, 561,563, Tromblyn ym. 1998 mukaan.) Oiretiedostuksen lisäämiseen käytettiin aina suullisen palautteen antoa, ja lisäksi videointia käytti noin 26 % ja valokuvausta 23 % vastaajista. Yksittäisenä menetelmänä on todettukin, että videoinnin ja sanallisen palautteen yhdistelmä voi parantaa potilaiden oiretiedostusta lisäämättä ahdistusta (Stephens ym. 2015, Schmidtin, Flemingin, Ownsworthin ja Lanninin 2013 mukaan). Näkyväksi tekemisellä tarkoitettiin pitkälti positiivisten asioiden ja kuntoutujan vahvuuksien

tuomista esille, ja sitä, että kuntoutuja huomaa onnistumisensa ja kuntoutumisen edistymisen.

Yksittäisistä nimetyistä kognitioon vaikuttavista menetelmistä tässä tutkimuksessa mainittiin esimerkiksi CRT -menetelmä, Ahaa-tehtävät, IE -menetelmän ja Aivotyökirjan (Powell 2016) tehtävät, joista CRT -menetelmä nousi esille myös taustatutkimusartikkeleissa (mutta kohdalle ei osunut artikkeleja juuri toimintaterapiainterventioista, joissa olisi käytetty CRT-menetelmää). Visuaalisen hahmotuksen ja näönkäytön kuntoutuksen keinoiksi nimettiin ADL -toimintojen ohella muun muassa erilaiset pelit sekä kynä- ja kokoamistehtävät, luovat toiminnot, katseen kohdistamisen ja visuaalisen etsinnän harjoitukset, visuaaliset muistutukset ja vinkit, kuten teippaukset pöytään tai merkityksellisiin esineisiin, IE ja Venny -tehtävät, psykoedukaatio sekä läheisten ohjaus. Neglect -ohjauksessa korostettiin oiretiedostuksen kohentamista ja visuaalisten vihjeiden käyttöä, lisäksi vastauksissa nousi esille tunnon avulla ohjaaminen (sanaton ohjaus). Taustatutkimuksista nousi näiden keinojen lisäksi esille myös Fresnel Prismojen käyttö korjaamaan näkökenttäpuutosta tai kaksoiskuvia (Wheeler & Acord-Viran 2016). Tämän voisi ymmärtää, että toimintaterapeutit voivat tarvittaessa suositella prismojen hankintaa silmälaseihin, eikä suoranaisesti ole terapeuttien käyttämä menetelmä. AOTA suositteli myös tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöissä sekä kognitiivisten toimintojen kuntoutuksessa usein kognitiivisen käyttäytymisterapian (Cognitive-behavioral therapy = CBT) menetelmiä (Wheeler & Acord-Viran 2016), mutta Suomessa tämä terapiamuoto on psykoterapeuttista kuntoutusta. Toki toimintaterapeuttiin työskenelyyn voi ottaa kognitiivisen kuntoutuksen keinoja, kuten kyselyvastausten mukaan oli otettukin.

Toiminnanohjauksen ongelmista kärsivät kuntoutujat hyötyvät päivittäisistä rutiineista, jotka strukturoidaan mielellään yhdessä läheisten kanssa (Hildebrandt 2017, 174). Tässä tutkimuksessa tuotiin esille, että toiminnan etukäteissuunnittelu, päivä- tai viikko-ohjelman rakentaminen eli struktuurin luominen arkeen oli eräs tärkeimmistä interventioiden tavoitteista. Toimintaterapeuttien käyttämiä kognitiivisen kuntoutuksen keinoja ja menetelmiä olivat muun muassa oiretiedostuksen lisääminen, toiminnan ja tehtävien muokkaaminen tauottamalla, porrastamalla ja vaiheistamalla toimintaa, tehtävien vaatimustason vaikeuttamien tai helpottaminen, erilaisten toimintamallien ja strategioiden

sekä käyttäytymisen säätelyn harjoittelu (muisti- ja toiminnanohjausstrategiat, itsehavainnointi ja niin edelleen), kuntoutujan ja omaisten ohjaaminen, sopivat ohjaustekniikat kuten ohjaavat kysymykset ja vihjeistäminen, sekä palautteen antaminen ja näkyväksi tekeminen. Lisäksi toiminnan reflektointi sekä toistot toiminnassa ja tehtävissä koettiin sopiviksi menetelmiksi aivovammakuntoutuksessa. Samat kognitiivisen kuntoutuksen menetelmät nousivat esille myös taustatutkimuksista (Maskill & Tempest 2017, 41–45).

Kyselyssä spesifejä, nimettyjä menetelmiä nousi eniten esille fyysisen ja motorisen toiminnan osa-alueilta, vaikkakin interventiot painoutuivat enemmän kognitiivisiin ongelmiin. Menetelminä fyysisen toiminnan (joka piti sisällään myös sensorisen toiminnan, turvotuksen hoidon ja kivun hallinnan) kuntoutuksessa mainittiin esimerkiksi Mindfulness-harjoittelu, TENS-hoidot, peilitterapia, kinesioiteippaus, tunnon karaisu, GMI-terapia, fasciakäsittelyt, teknisavusteinen kuntoutus (Armeo Senso, Pablo, Myro, Rapael Smart Glove, E-LINK), kylmä-kuumahoito sekä painetekstiilien käyttö. Lisäksi fyysistä toimintaa kohennettiin erilaisia ohjatuin liikeharjoittein tai esimerkiksi tasapainoharjoituksin. Motorisen toiminnan vahvistamisesta harjoitusohjelmilla, kuten käsi- tai tasapainoharjoitteilla, löytyykin vahvaa tutkittua näyttöä (Wheeler & Acord-Viran 2016).

Useat aivovamman saaneet ovat kertoneet, että heidän kykynsä käsitellä ja toimia päivittäisten teknologialaitteiden kanssa ovat heikentyneet. Yleisimmät vaikeudet liittyvät puhelinten, tietoliikenteen ja tietokoneiden käyttöön, vaikuttaen kuntoutujien jokapäiväiseen toimintaan ja osallistumisen mahdollisuuksiin. (Lindén ym. 2009.) Tämän tutkimuksen mukaan toimintaterapeutit käyttivät tietoteknisiä laitteita terapian toteutuksessa hyvin vaihtelevasti. Osa vastaajista kertoi, ettei käytä terapiassa lainkaan esimerkiksi älylaitteita. Toiset taas käyttivät niitä sekä arvioidessaan kuntoutujaa, että terapian toteutuksessa. Yksityisellä puolella työskentelevät terapeutit käyttivät sähköisiä laitteita ja harjoituksia enemmän kuin julkisella puolella sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskentelevät. Erilaisten tietoteknisten laitteiden käsittely ja erilaiset ohjelmat ja sovellukset harjaannuttivat vastaajien mielestä kognitiota ja edisti keskittymistä, tarkkaavuutta, huomion suuntaamista, päättelyä, muistia, hieno- ja visuumotoriikkaa, visuaalista hahmottamista ja aistitoimintoja. Lisäksi harjoittelun avulla oli tarkoitus ylläpitää ja edistää sosiaalisia taitoja ja suhteita.

Laitteilla harjoiteltiin myös ohjeiden noudattamista ja pettymysten sietoa, sekä hankittiin tietoa ja käytettiin apuna asioiden hoitamisessa.

Monen vastaajan mielestä teknisten laitteiden käytön harjoittelulla pystyttiin lisäämään kuntoutujien omatoimisuutta, itsenäisyyttä ja osallistumisen mahdollisuutta. Harjoittelun avulla pyrittiin edistämään muun muassa asiointia Kelan, verottajan tai vakuutusyhtiöiden kanssa. Lisäksi tehtiin esimerkiksi kauppallistoja tai suoritettiin laskujen maksua. Vastausten mukaan eniten käytettiin älylaitteiden perustoimintoja ja laitteisiin, kuten puhelimeen saatavia sovelluksia. Useat käyttivät lisäksi Papunet- tai Muistipuisto.fi -sivuja. Tutkimusten mukaan toimintaterapeuttien tulisikin arvioida, vaikuttaako kuntoutujien päivittäisten teknologialaitteiden käyttö heidän toimintaansa ja osallistumiseensa, ja tarvittaessa kohdentaa interventioita parantamaan laitteiden käyttöä (Stephens ym. 2015; Lindén ym. 2009).

Tässä tutkimuksessa ilmeni, että pääpiirteittäin vastaajat kokivat, että heidän keinonsa ja työmenetelmänsä aivovammakuntoutuksen eri osa-alueilla olivat jokseenkin riittävät. Suurimmalla osalla vastaajista on kuitenkin toiveita erilaisista lisäkoulutuksista liittyen aivovammakuntoutukseen. Vastaajista yli 70 % toivoi lisäkoulutusta aivovammakuntoutuksen eri osa-alueista. Kattavimmin vastaajat kokivat hallitsevansa fyysisten ja motoristen ongelmien kuntoutuksen. Vähiten keinoja koettiin olevan tunne-elämään ja käytöshäiriöihin liittyvässä kuntoutuksessa. Jopa lähes 60 % vastaajista koki, etteivät heidän keinonsa kuntouttaa käytöshäiriöitä ole lainkaan riittäviä. Eniten kaivattiin tietoa erilaisista arviointi- ja terapiamenetelmistä. Lisää tietoa kaivattiin myös aivoammoista ja niiden oireista. Useat vastaajat toivoivat saavansa lisää konkreettisia työkaluja työskentelyynsä varsinkin kognitiivisen ja psykososiaalisen kuntoutuksen osa-alueilta. Lisäkoulutuksen tarvetta ja toivetta ilmeni sekä pitkään työskennelleillä että vähemmän aikaa terapeutteina olleilla. Vastaajien kokemukset hallitsemistaan työmenetelmistä ja koulutustoiveet korreloivat melko hyvin työn toteutukseen. Tuloksista oli selvästi havaittavissa, että vaikka vastaajat kokivat esimerkiksi tunne- tai sosiaalistaitojen kuntoutuksen ja kuntoutujan psyykkisen hyvinvoinnin tukemisen terapiassa tärkeäksi, eivät interventiot kohdentuneet niihin niin usein. Kun tiedot ja taidot eivät kohdeta käytäntöä, on tämä väkisinkin tulos.

Vaikka kyselyllä saatiin lopulta melko kattaviakin vastauksia ja sen myötä luotua kuva Suomessa toteutetusta toimintaterapeuttisesta kuntoutuksesta aivovammakuntoutujien parissa, tulee tuloksia lukiessa huomioida, että interventiomenetelmiä koskeviin tuloksiin on analysoitu kaikkien vastaajien vastaukset. Tämä ei tarkoita, että kaikilla vastaajilla olisi käytössä samat menetelmät ja työtavat, vaan yksilölliset erot vastaajien välillä olivat itseasiassa suuret. Menetelmä- ja työtapakuvaukset olivat eri tasoisia ja kuvailivat monesti eri asioita ja menetelmiä painottuen ehkä vastaajien osaamisalueiden tai mielenkiinnon mukaan. Vastauksista kuvastui terapeuttien eritasoinen osaaminen kuntoutuksen eri osa-alueilla. Tämä ei täysin selittynyt työvuosilla, vaikkakin työssä vähemmän aikaa olleet pääsääntöisesti vastasivat suppeammilla kirjallisilla vastauksilla avoimiin kysymyksiin. Aiemmissa tutkimuksissa onkin todettu, että kuntoutuksen osaaminen voi olla epätasaisesti jakautunutta ja tämä saa kuntoutujat eriarvoiseen asemaan riippuen asuinpaikasta (Kallionpää 2019, 28). Jotkut vastaukset olivat muutaman sanan mittaisia kuvaillen esimerkiksi kognitiivisten toimintojen kuntoutuksessa käytettävien menetelmien olevan: arjen askareet tai muistiharjoitukset. Muutamat vastaajat kokivat, ettei heillä ollut spesifejä keinoja esimerkiksi kognitiivisten, tunne-elämän tai sosiaalisten taitojen kuntoutukseen lainkaan. Useat vastaukset olivat taas hyvinkin kuvailevia, antoisia ja pitkiä. Niissä kerrottiin työskentelytavoista kattavasti, tai niissä lueteltiin tiettyjä nimettyjä keinoja, miten kohentaa esimerkiksi tunnetaitoja tai motorista toimintaa.

Menetelmäkuvauksista sai sisällön analyysillä erilaisista vastauksista kuitenkin melko kattavan kuvauksen, kuinka kyselyyn vastanneet toimintaterapeutit kuntoutusta tekivät. Vastauksien pohjalta tultiin siihen päätelmään, että osaaminen aivovammakuntoutuksessa vaikuttaa hieman epätasaisesti jakautuneelta terapeuttien kesken. Päätelmää voi toki vääristää joidenkin vastaajien niin sanottu laiskuus tai se, ettei ole ollut mielenkiintoa vastata pitkästi, mutta havaittavissa oli silti niin suuria eroavaisuuksia, etteivät nämäkään tekijät eroa täysin selittäne. Joillakin terapeuteilla oli selvästi pitkä kokemus neurologisten kuntoutujien kanssa työskentelystä, ja heidän työtapansa ja menetelmänsä olivat kohdentuneempia ja selvästi tiettyyn aihealueeseen pureutuvia.

11.2 Tutkimuksen luotettavuus

Vastaajajoukko oli pieni, vain 33 terapeuttia vastasi kyselyyn. Suomessa on noin 3 200 toimintaterapeutina työskentelevää henkilöä, mutta jakautumista työkentällä ei tiedetä. Vastaajajoukko olisi kuitenkin voinut olla huomattavasti suurempi ja kattavampi. Tutkimuksessa vastaajajoukon kato heikentää tutkimuksen ulkoista validiteettia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 193). Positiivisena puolena voidaan pitää sitä, että otos voidaan katsoa edustavaksi vastaajajoukon jakautumisen mukaan melko tasan julkisella ja yksityisellä sektorilla työskentelevien kesken. Eri työskentelysektorit tulivat otannassa esille ja työkokemusta vastaajilla oli vaihtelevasti. Pääsääntöisesti heillä oli vuosien työkokemus aivovammakuntoutujien kanssa työskentelystä, jokusella jopa vuosikymmenien kokemus. Kyselyä laatiessa pohdittiin, että vastaajia olisi rajattu työkokemuksen mukaan esimerkiksi niin, että kyselyyn voisivat vastata terapeutit, joilla oli kokemusta aivovammakuntoutuksesta esimerkiksi vähintään kaksi vuotta. Tämä olisi lisännyt ammatillisen osaamisen varmistamista ja siten myös luotettavuutta. Tätä ei kuitenkaan päädytty tekemään, koska oletuskin oli, että vastaajia tulee olemaan todennäköisesti melko vähän ja haluttiin saada useampia vastauksia. Kokemus aivovammakuntoutuksesta on kuitenkin yksi luotettavuuteen vaikuttava tekijä.

Kysely oli hyvin pitkä, ja mikäli avoimiinkin kysymyksiin vastasi kattavasti, meni vastaamiseen aikaa reilusti yli tunti. Vastaajamäärää varmasti rajoitti kyselyn pituus ja sen myötä aika, jonka joutui käyttämään vastaamiseen. Rajoittavana tekijänä voidaan pitää myös saavutettavuutta, eli varmasti kaikkia mahdollisia vastaajia ei ole tavoitettu niillä keinoin, joilla kyselyä levitettiin. Kaikki toimintaterapeutit eivät ole Toimintaterapeuttiliiton jäseniä, eivätkä varmasti kuulu Facebookin ammattiryhmiin. Saavutettavuuden vuoksi olisi ollut hyvä, jos kyselyn olisi voinut lähettää sairaanhoitopiireille jaettavaksi, mutta tämä olisi vaatinut tutkimusluvat erikseen jokaiseen yksikköön ja sen katsottiin olevan liian työlästä toteuttaa. Otantaa pyrittiin lisäämään etsimällä Internetistä yksityisiä toimijoita, joiden oletettiin internetsivujen perusteella työskentelevän aivovammakuntoutujien kanssa, ja lähettämällä heille sähköpostilla linkki kyselyyn. Näiden linkkien kautta tuli lopulta vain muutama vastaus. Vastausaikaa pidentämällä ja muistutusviestiä lähettämällä saatiin kolme vastausta alkuperäisen 30 vastaajan joukkoon.

Tutkimuksen kyselyä tehdessä hyödynnettiin aikaisempaa kirjallisuutta ja aiempia tutkimuksia muun muassa kysymyksen asettelun ja muotoilun suhteen, sekä tietenkin kysymysten tietopohjana. Kirjallisuuskatsaus pyrittiin tekemään kattavasti ja teoriaan pohjautuvat käsitteet kuvaamaan tarkasti, tämä parantaa tutkimuksen validiteettia (Metsämuuronen 2006, 64). Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin vain ilmaiseksi saatavia tutkimuksia ja tutkimusten saatavuuteen vaikutti joidenkin tutkimusten maksullisuus. Tutkitun tiedon pohjalta laadittiin kyselylomakkeen kysymykset. Kysymyksiä kommentoi kaksi toimintaterapeuttikollegaa, joista toinen oli työnantaja, joka toimi tehtävän toimeksiantajana. Molempien kommentoijien mielestä kysely oli pitkä ja siinä oli hyvin paljon kysymyksiä, joten vastaaminen kesti pitkään. Jonkun verran kysymyksiä poistettiin, mutta edelleen kyselyyn jäi todella paljon kysymyksiä, koska tietoa haluttiin saada kattavasti. Toisen kommentoijan mielestä kyselyn käsitteitä piti myös hieman avata enemmän, jotta kysymykset olisivat selkeämpiä ja vastaaja tietäisi varmuudella mitä kysytään. Näitä kysymyksiä muutettiin ja käsitteitä avattiin ennen kyselyn julkaisua.

Vastaukset perustuivat vastaajien työkokemukseen ja saatuihin koulutuksiin, sekä vastausmotivaatioon. Tutkimus tuotti tietoa kyselyyn vastanneiden toimintaterapeuttien näkemyksistä ja kokemuksista interventioiden kohdentumisesta, arvioinnista sekä terapiamenetelmistä. Tämä lisää työn vaikuttavuutta, mutta samalla tulee huomioida, että vastaukset ovat hyvin tapauskohtaisia, yksilöstä riippuvia ja myös tilannesidonnaisia. Työkokemusvuodet ja työn painottuminen neurologisiin tai muihin kuntoutujiin, tai toimiminen aivovammapotilaiden kanssa vain kerran pari vuodessa, ovat luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä. Tämä ei tarkoita, ettei ammattitaitoa löytyisi, vaikka kuntoutujia tapaisi vain kerran vuodessa, mutta asia tulee ottaa huomioon tuloksia tarkasteltaessa. Erot vastausten laajuuden ja sisällön suhteen olivat osittain merkittäviä, riippuen kysymyksestä.

Tutkimuksen sisäistä validiteettia on vaikea arvioida vastaajien ja vastausajankohdan osalta, koska vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen ja se on tehty internetin välityksellä, joten tutkija ei voi tietää, minkälaisissa olosuhteissa vastaaminen on tehty ja mitkä asiat ovat voineet vastaamiseen vaikuttaa. Kyselyyn vastanneiden valikoitumista ei tiedetä ja vastaajiksi ovat voineet valikoitua

esimerkiksi vain innokkaimmat ja vastaajien ammattitaidosta ei ole mitään tietoa. Kyselyhetkellä vaikuttavia tekijöitä ovat voineet olla myös kiire, vastaajan tunnetila tai esim. väsymys, motivaatio, ympäristötekijät, kuten melu, joka on voinut vaikeuttaa keskittymistä ja niin edelleen. Kyselyn laajuus on voinut heikentää ajan kuluessa vastaajien motivaatiota ja jaksamista vastata kysymyksiin kattavasti. Vastaaja ei myöskään ole vastaustilanteessa halutessaan päässyt kysymään tarkentavia kysymyksiä mahdollisista epäselvyyksistä ja kysymysten tulkinta on tapahtunut yksilöllisesti jokaisen vastaajan osalta. Saatikirjeeseen laitettiin tutkijan yhteystiedot siltä varalta, että joku olisi halunnut jotakin kysyä, mutta sellaista ei ehkä vastaustilanteessa ajattele.

Luotettavuutta lisättiin moninaisella kysymyspohjalla. Työkokemuksen lisäksi haluttiin selvittää mahdollinen lisäkoulutus sekä vastaajien kokemus omista taidoistaan ja hallitsemistaan menetelmistä, ja tarpeesta lisäkoulutukselle. Tällä haluttiin saada tietoa, onko vastaajien lisäkoulutuksilla tai koetulla osaamisella merkitys interventioiden toteutukseen. Kyselyssä oli siis paljon ehkä tutkimuskysymysten kannalta niin sanotusti epäoleellisia kysymyksiä, mutta niiden taustalla oli tarkoitus saada lisätietoa ja merkityksellisyyttä ja luotettavuutta tutkimuksen sisältöön. Kysymyksillä terapiakertojen määrästä ja aivo- vammaisten kohtaamisista vuositasolla pyrittiin samaan päämäärään. Lisäksi lisäkoulutustoiveilla ja -tarpeilla pyrittiin kartoittamaan, mihin suuntaan tulevaisuudessa suunniteltuja koulutusmateriaaleja tulisi kohdentaa.

Tulokset pyrittiin analysoimaan huolella ja apuna käytettiin Webropolin omia analysointimahdollisuuksia ja tuloksia tarkastettiin useamman kerran. Avointen kysymysten vastauksista etsittiin sisällönanalyysillä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, ja niitä tuotiin tuloksissa esille. Vastausten ollessa kovin eritasoisia ja moninaisia, tuotiin tuloksissa esille myös vastaajien kuvaamia kertainintaisia työmenetelmiä tai -tapoja, mikäli tutkija koki sen oleelliseksi työn kannalta. Luotettavuuden kriteerinä voidaankin pitää itse tutkijaa, ja tehtyjä valintoja aineiston analyysin suhteen. Luotettavuutta heikentää se, että tutkimusta teki vain yksi henkilö, joten tulosten analyysi perustuu yhden ihmisen näkemyksiin. Aineiston analyysivaihe koettiin ajoittain haastavaksi koska aiempaa kokemusta ei ollut ja aineisto oli itseaiheutetusti hyvin laaja.

Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään osallistamalla tutkimuskurssille, joka opasti kyselyn teknisessä toteutuksessa ja tulosten analysoinnissa. Tämä oli olennaista, koska tämäntyyppistä laajaa tutkimusta ei ollut koskaan aiemmin tehty. Luotettavuutta heikentävänä tekijänä voitaneen pitää sitä, että tämä oli tutkimuksen laatijan ensimmäinen laajempi tutkimus, joten kaikkia asioita ei ehkä ole osattu ottaa huomioon. Tutkimus ja sen laatiminen olikin tutkijalla kokonainen oppimisprosessi ideoinnista ja taustatutkimuksen tekemisestä aina kyselytutkimuksen laadintaan ja tulosten analysointiin ja pohdintaan. Sisällön ja terapiaosuuden luotettavuuteen voi vaikuttaa se, että ohjaava opettaja ei ole toimintaterapia-alan asiantuntija, joten ohjausta muun muassa ammattitermistöön ja ammattialaan liittyviin aiheisiin ei ole saatu.

Pienen otannan vuoksi tulokset eivät ole tilastollisesti merkittäviä, mutta niitä voidaan pitää suuntaa antavina. Tätä tukee myös monien yhtymäkohtien löytyminen taustatutkimuksen tietoon. Tilastollisen merkitsevyyden parantamiseksi otoskoon olisi pitänyt olla tutkimuksessa suurempi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 136). Tutkimuksen tuloksista nousi kuitenkin esiin tutkittavat asiat, ja tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa koulutuksia suunniteltaessa.

11.3 Eettiset tekijät

Tutkimusaiheen valinnassa on tärkeää tutkimuskysymysten pohjana olevien arvojen pohtiminen, sekä tutkimuksella tuotettavan tiedon merkityksellisyys oman tieteenalan ja yhteiskunnan kannalta (Kylmä & Juvakka 2007, 144). Tämän työn aihe oli tärkeä ja ajankohtainen. Tutkimustiedosta ilmenee, että kuntoutusta saavat ihmiset ovat eriarvoisessa asemassa palveluiden saatavuuden mukaan, ja tarjotut palvelut eroavat laadullisesti (muun muassa Kallionpää 2019, 28; Wikström 2012, 27). Ennen työn aloitusta koettiin, että olisi tärkeää saada yhtenäistä tietoa aivovamman saaneiden kuntoutujien toimintaterapiasta. Terapia laatua pystyttäisiin parantamaan tutkituilla, tehokkaammilla ja yhtenäisillä kuntoutusmenetelmillä. Tätä varten tarvittiin tutkimusta selvittämään, miten aivovammakuntoutujia tällä hetkellä arvioidaan ja kuntoutetaan, ja mihin interventiot kohdentuvat. Jatkossa on mahdollista kohdentaa koulutuksia tärkeille osa-alueille.

Tutkimus oli laaja, koska aiheena oli aivovammojen toimintaterapeuttinen kuntoutus kokonaisuudessaan, eikä vain yksittäinen osa-alue, esimerkiksi kognitiivinen kuntoutus. Työtä aloittaessa ja tehdessä tiedostettiin, että rajausta olisi hyvä ollut tehdä enemmän. Olisi voitu tutkia vain esimerkiksi ADL -toimintojen tai kognitiivisen kuntoutuksen osa-alueet, mutta tämä ei olisi hyödyttänyt niin paljon omaa työyhteisöä, tai muita kollegoita. Tietoa haluttiin saada mahdollisimman laajasti, jotta saataisiin kattava ja kokonainen kuvaus aivovammojen kuntoutuksesta ja sen tilasta Suomessa. Kirjallisuuskatsauksesta tehtiin myös laaja, koska siitä saatua tietoa on tarkoitus myöhemmin käyttää koulutusmateriaalien laadinnassa. Kirjallisuuskatsauksen tietojen katsotaan myös hyödyttävän toimintaterapeutteja, jotka opinnäytetyön lukevat. Kuten teoriaosiossa sanottiin, on aivovammakuntoutus ehkä yksi laajimmista ja monimutkaisimmista kuntoutuksen osa-alueista (Powell 2016), joten sitä koskeva tutkimuskin on väkisin laaja. Laajuuden vuoksi tutkimus oli myös työläs ja vaati runsaasti aikaa ja keskittymistä. Tutkimusprosessi venyi kokonaisuudessaan sen verran, että kirjallisuuskatsaukseen piti hakea uudelleen tutkimuksia ennen kyselyn laatimista, koska työn suunnitteluvaiheen ja toteutuksen välillä oli niin pitkä ajanjakso. Tulosten analyysivaihekin pitkittyi, joka sai toisaalta aikaan turhautumista, mutta aiheutti myös sen, että tutkijalla oli aikaa pohtia asioita.

Tutkimustyöhön ryhtyessä tuli pohtia tutkijan omaa roolia toimintaterapeuttina ja sen mahdollisia vaikutuksia työn toteutukseen. Omien mielipiteiden, asenteiden ja niin sanotun hiljaisen tiedon ei saanut antaa vaikuttaa tutkimukseen ja tulosten analysointiin. Tutkimuksen eettisyys merkitsi avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta kaikkien tutkimusvaiheiden raportoinnissa (Kylmä & Juvakka 2007, 154). Työskennellessä pyrittiin näihin kaikkiin asioihin ja tarkkuutta ja luotettavuutta lisättiin kollegoiden tuella ja käymällä tutkimuksen laadullisen analyysin vaiheessa sisällön pelkistämistä yhdessä läpi toisen henkilön kanssa. Tuloksia verrattiin ja todettiin niiden olevan riittävän yhteneväiset.

Eettisyyteen pyrittiin vaikuttamaan toteuttamalla kysely täysin anonymisti, ja vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselyssä kysyttiin vain välttämättömät taustatekijät, kuten työkokemus ja työskentely-ympäristö, mutta ei esimerkiksi ikää, asuinpaikkaa tai sukupuolta. Vastaaminen tapahtui Webropol-ohjelmalla, eikä sen kautta välittynyt henkilötietoja tai edes vastaajan sähköpostiosoitetta. Tuloksia julkaistaessa ei tuotu esille tietyn terapeutin työympäristöä yhdistettynä

työssäolovuosiin, koska tämä olisi saattanut riittää siihen, että yksilö olisi mahdollisesti pystytty henkilöimään.

Saatekirjeessä kerrottiin, miksi työ tehdään ja että vastaamalla kyselyyn vastaaja antaa luvan käyttää vastauksia nimettömänä opinnäytetyön raportissa. Lisäksi mainittiin, että vastauksia voidaan jatkossa hyödyntää koulutusten suunnitteluun.

11.4 Johtopäätökset ja ehdotukset jatkotutkimuksista

Kyselytutkimuksen vastauksista saatiin yleiskuvaus, miten kyselyyn vastanneet toimintaterapeutit kuntouttavat aivovamman saaneita henkilöitä, ja mihin interventiot kohdistuvat. Vastausmäärän vähyyden vuoksi tuloksista ei voi täysin tehdä suoria yleistyksiä, mutta tuloksia voidaan toisaalta pitää suuntaa antavina, koska vastaukset olivat linjassa aiemmista tutkimuksista saatuun tietoon.

Tällä hetkellä toimintaterapeuteilla on käytössä hyvin vaihteleva määrä erilaisia arviointimenetelmiä arvioidessaan kuntoutujia. Arviointi pyritään lähes poikkeuksetta laatimaan kokonaisvaltaisesti ja huomiota kiinnitetään toiminnan eri osa-alueille kattavasti, mutta menetelmät vaihtelevat suuresti. Pääpaino arvioinnissa on havainnoinnissa ja haastatteluissa, sekä standardoimattomien menetelmien käytössä. Arviointikäytäntöjä olisi hyvä yhtenäistää.

Kyselyssä tärkeimmäksi interventioon vaikuttavaksi elementiksi nousi vuoro-vaikutussuhde. Vastaajat kokivat oman roolinsa terapiasuhteessa merkitykselliseksi ja heidän mielestään kuntoutujan motivoiminen, tukeminen muuttuneessa elämäntilanteessa sekä tiedon jakaminen koettiin yhteisesti tärkeimmiksi terapeuttin tehtäviksi. Toimintaterapeutit kokivat usein olevansa linkkinä kuntoutujan sekä hänen läheistensä, ja muiden ammattilaisten välillä. Toimintaterapeutin kuntoutus painottuu vastausten mukaan toimintaan ja päivittäisiin toimintoihin. Interventiot kohdistuvat eniten ja useimmiten kognitiivisten ongelmien kuntoutukseen, joko toiminnallisilla tai pöytätason erilaisilla tehtävillä. Lisäksi sairaala- ja terveyskeskusympäristössä kuntoutetaan motorisia ja aistitoiminnan häiriöitä, useammin kuin yksityissektorilla. Yksityissektorilla

taas painottuu sosiaalinen ja tunne-elämän kuntoutus enemmän kuin julkisessa terveydenhuollossa. Interventioissa pyritään huomioimaan ihminen kokonaisuutena ja ottamaan huomioon myös fyysinen sekä sosiaalinen ympäristö. Julkisessa terveydenhuollossa interventiot arviointeineen suoritetaan pääasiassa osasto- ja terapiatiloissa, kun taas yksityissektorilla pääasiassa kuntoutujan luonnollisessa toimintaympäristössä.

Toimintaterapeutin tärkeä tehtävä aivovammakuntoutuksessa on mahdollistaa toiminta. Kuntoutujat tarvitsevat mahdollisuuksia oppia, kehittää taitojaan sekä tietämystään, ja tässä kohtaa nousee toimintaterapeuttien erikoisosaaminen ja ammattitaito esille. Omalla ammattitaitoisella toiminnallaan, kuten porrastamalla toimintaa, ympäristöä muokkaamalla, tehtävää helpottamalla, tarjoamalla tietoa tai apuvälineitä, sopivalla ohjauksella, vahvistamalla kuntoutujan itsetuntemusta ja minäkuvaa, vaikuttamalla lähipiiriin, selviytymisstrategioita opettamalla tai esimerkiksi motivoimalla, toimintaterapeutti tarjoaa kuntoutujalle mahdollisuuksia osallistua ja suorittaa itselleen merkityksellistä toimintaa. Kuntoutujaa ja hänen toimintakykyään ja toiminnallisuuttaan huomioidaan kokonaisvaltaisesti ja mielenkiinnon kohteisiin perustuvalla toiminnalla saadaan kuntoutuja motivoitumaan ja sitoutumaan toimintaan. Toimintaterapeutit ”poistavat esteitä”, joita aivovamman oireista mahdollisesti seuraa. Aina ne eivät ole kuntoutujasta ja hänen kyvyistään johtuvia, vaan ennemminkin ympäristön luomia rajoitteita, jotka estävät osallistumista ja toimintaa. Silloin voi olla olennaista huolehtia sopivista apuvälineistä, riittävästä palveluista ja toimintaympäristön muutostöistä ja sosiaalisen ympäristön vaikuttavista tekijöistä. Näihin asioihin toimintaterapeutit kiinnittävät huomiota sekä arvioinnissa, että interventioissa.

Tutkimuksen tuloksissa kuvastui toimintaterapeuttien moninaisuus ja erilaiset työskentelytavat sekä käytetyt menetelmät, sekä arvioinnissa että kuntoutustoimenpiteissä. Tämän tutkimuksen vastauksista kuvastui terapeuttien erilaiset taidot ja menetelmien käyttö aivovammakuntoutuksen eri osa-alueilla. Tämän vuoksi olisi hyvä järjestää enemmän koulutuksia, joiden avulla pystyttäisiin jakamaan tietoa niin aivovammoista ja niiden aiheuttamista oireista, kuten myös toimintaterapeutisessa kuntoutuksessa käytettävistä arviointi- ja terapiamenetelmistä kuntoutuksen eri osa-alueilla. Koulutusten myötä yhtenäisen tiedon

jakautuessa kuntoutuskäytäntöjä ja toiminnan laatua olisi mahdollista yhtiäistä.

Teorialähteissä ja kuntoutussuosituksissa kannustetaan käyttämään interventioissa näyttöön perustuvia menetelmiä ja kuten D'Cruz ym. (2016) tutkimuksessa toteavat, tulee kuntoutujia kohdella yksilöinä ja terapian toteutuksen tulee olla asiakaskeskeistä ja asiakaslähtöistä. Asiakkaan tulee itse saada valita, mitä haluaa tehdä ja mitä tulisi kuntouttaa. Käytettyjen menetelmien tulisi kuitenkin olla näyttöön perustuvia. Toisaalta taas on tiedossa, että varsinaisesti tutkittuja ja näyttöön perustuvia spesifejä menetelmiä on tiedossa suhteellisen vähän. Menetelmät eivät välttämättä ole sellaisia, jotka kuntoutujaa miellyttävät. Haasteeksi voi nousta, miten kuntoutujan oma näkemys ja toimintaterapeutin näkemys käyttää vain näyttöön perustuvia menetelmiä interventioissa, saadaan integroitua toimivaksi kokonaisuudeksi niin, että asiakas- ja yksilökeskeisyys ja asiakaslähtöisyys kuitenkin toteutuu.

Kuten monissa aiemmissa tutkimuksissa (esimerkiksi Powell 2016, Bergerin ym. 2016; Changin ym. 2016 mukaan.), todetaan tässäkin, että jatkossa tulisi tutkia tiettyjen kuntoutusmenetelmien ja työtapojen vaikuttavuutta. Tätä varten tarvitaan pitkiä kohorttitutkimuksia ja toimintaterapeuteilta lisää kiinnostusta tutkia ja kehittää toimintaterapia-alaa. Vaikuttavuustutkimuksilla saadaan lisää vaikuttavuutta myös omaan työhömmee. Menetelmien ja työtapojen tutkimisen lisäksi tarvitaan tutkittua tietoa arviointimenetelmistä ja niiden käytettävyydestä aivovammakuntoutuksessa. Erilaisten arviointimenetelmien suomennokset ja arviointimenetelmien kehittäminen suomalaiseen toimintaympäristöön sopiviksi olisi tärkeää. Olennaista olisi myös tutkia eri toiminnan osa-alueiden kuten toiminnanohjauksen tai sosiaalisten taitojen osa-alueita, ja kuntoutusinterventioiden vaikutuksia niihin.

Kannattavaa olisi myös pohtia kuntoutusjärjestelmän ja niin sanotun hoitopolun toimivuutta aivovammakuntoutuksessa. Voisiko olla alueellisia neurologisen kuntoutuksen keskittymiä, joista osaamista jaetaan? Hyödyttäisikö kunnalliset tai sairaanhoitopiirikohtaiset koordinaattorit, jotka suunnittelisivat ja organisoisivat neurologisten, tai esimerkiksi avh- ja aivovammakuntoutujien kuntoutusta ja hoitopolkujen katkeamattomuutta? He voisivat myös vastata tiedon jakamisesta kuntoutujille ja heidän läheisilleen.

LÄHTEET

Aivovammat. 2017. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi18020#R33> [viitattu 22.2.2020].

Aralinna, V. 2019. Toimintaterapianimikkeistö ja ICF-luokitus dokumentoinnin perusteena. Toimintaterapeuttiliiton järjestämä Vahva Toimija seminaari. Toimintaterapian hyvät arviointikäytännöt. 21.11.2019. Helsinki.

Autti-Rämö, I. & Salminen, A.-L. 2016. Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Teoksessa Autti-Rämö, I., Rajavaara, M., Salminen, A.-L. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 14–17.

Bair, T. & Maskill, L. 2017. Memory. Teoksessa Maskill, L. & Tempest, S. (toim) Neuropsychology for Occupational Therapists. 4th edition. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd., 123–148.

Balalla, S. K., Medvedev, O.N., Siegert, R.J. & Krägeloh, C. U. 2019. Validation of the WHOQOL-BREF and Shorter Versions Using Rasch Analysis in Traumatic Brain Injury and Orthopedic Populations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 10, 1853–1862. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 31.3.2020].

Borgen, I. M. H., Løvstad, M., Andelic, N., Hauger, S., Sigurdardottir, S., Sørberg, H. L., Sveen, U., Forslund, M.V., Kleffeldgård, I., Lindstad, M. Ø., Winter, L. & Røe, C. 2020. Traumatic brain injury—needs and treatment options in the chronic phase: Study protocol for a randomized controlled community-based intervention. *Trials* 294. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 1.4.2020].

Bottari, C., Dutil, E., Auger, C. & Lamoureux, J. 2020. Structural validity and internal consistency of an ecological observation-based assessment, the Activities of Daily Living Profile. *Australian Occupational Therapy Journal* 23. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 1.4.2020].

Catran, C., Oddy, M., Ramos, S., Goodson, A. & Wood, R. 2018. The development of a measure of social cognition following acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation* 4, 633–648. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 21.2.2019].

Chang, P.-F., Baxter, M. F. & Rissky, J. 2016. Effectiveness of Interventions Within the Scope of Occupational Therapy Practice to Improve Motor Function of People With Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy* 70, Abstract. Päivitetty 13.6.2018. Verkkolehti. Saatavissa: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=2512713> [viitattu 23.2.2019].

Chiu, W. T., Huang, S. J., Hwang, H. F., Tsauo, J. Y., Chen, C. F., Tsai, S. H. & Lin, M. R. 2006. Use of the WHOQOL-BREF for evaluating persons with traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma* 11, Abstract. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 21.2.2019].

Clinical Practice Guideline for the Rehabilitation of Adults with Moderate to Severe TBI. 2016. Ontario Neurotrauma Foundation. PDF-tiedosto. Saatavissa: https://braininjuryguidelines.org/modtosevere/fileadmin/Guidelines_components/Rec/Section_2_REC_complete_ENG_final.pdf [viitattu 21.4.2017].

Cooke, D., McKenna, K. & Fleming, J. 2005. Development of a standardized occupational therapy screening tool for visual perception in adults. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2, 59–71. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.tandfonline.com/> [viitattu 18.4.2017].

Curtin, M., Egan, M. & Adams, J. (toim.) 2017. Occupational Therapy for People Experiencing Illness, Injury or Impairment. Promoting occupation and participation. United Kingdom: Elsevier.

Dawson, D. R., Gaya, A., Hunt, A., Levine, B., Lemsky, C. & Polatajko, H. J. 2009. Using the cognitive orientation to occupational performance (CO-OP) with adults with executive dysfunction following traumatic brain injury. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2, 115–127. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 18.4.2017].

Doig, E., Fleming, J., Cornwell, P. L., & Kuipers, P. 2009. Qualitative exploration of a client-centered, goal-directed approach to community-based occupational therapy for adults with traumatic brain injury. *American Journal of Occupational Therapy* 63, 559–568. Verkkolehti. Päivitetty 4.6.2014. Saatavissa: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1869963> [viitattu 21.4.2017].

D’Cruza, K., Howiea, L. & Lentin, P. 2016. Client-centred practice: Perspectives of persons with a traumatic brain injury. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy* 1, 30–38. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.tandfonline.com/> [viitattu 23.2.2019].

Fallahpour, M., Jonsson, H., Taghi Joghataei, M. & Kottorp, A. 2011. Impact on Participation and Autonomy (IPA): Psychometric evaluation of the Persian version to use for persons with stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 18, 59–71. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.tandfonline.com/> [viitattu 23.2.2019].

Fisher, A. G. 2009. Occupational Therapy Intervention Process Model. A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Interventions. Fort Collins, Colorado: Three Star Press, Inc.

Fisher, A. G. 2013. Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. Volume 20, 2013. Issue 3. s.162–173. Sähköinen artikkeli. Saatavissa: <https://www.tandfonline.com/> [viitattu 23.2.2020].

Forsbom, M.-B., Kärki, E., Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Helsinki: Tammi.

Gentry, T., Wallace, J., Kvarfordt, C. & Lynch, K.B. 2008. Personal digital assistants as cognitive aids for individuals with severe traumatic brain injury: a

community-based trial. *Brain Injury* 1, 19–24. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 22.2.2019].

Hartman-Maeir, A. & Katz, N. 1995. Validity of the Behavioral Inattention Test (BIT): Relationships With Functional Tasks. *American Journal of Occupational Therapy* 49, 507–516. PDF-tiedosto. Päivitetty 30.4.2020. Saatavissa: <https://doi.org/10.5014/ajot.49.6.507> [viitattu 23.2.2019].

Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä, L. & Rusi-Pyykönen M. 2011. Toiminnan voimaa. Helsinki: Edita Prima.

Hildebrandt, S. 2017. Executive Functions. Teoksessa Maskill, L. & Tempest, S. (toim) *Neuropsychology for Occupational Therapists*. 4th edition. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd. 165–176.

Huhmar, H. 2015. Miten aivot toimivat ja miten aivovamma vaikuttaa aivoihin. Aivovammaliiton etäluento. 14.11.2015. Saatavissa: <https://www.youtube.com/watch?v=hN1wZyoOJYo> [viitattu 22.4.2017].

Jefferson, R. & Maskill, L. 2017. Attention. Teoksessa Maskill, L. & Tempest, S. (toim) *Neuropsychology for Occupational Therapists*. 4th edition. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd. 71–87.

Jeglinsky-Kankainen, I. & Kukkonen, T. 2016. Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksessa. Teoksessa Autti-Rämö, I., Rajavaara, M., Salminen, A-L. & Ylinen, A. (toim.) *Kuntoutuminen*. E-Kirja. Helsinki: Duodecim. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 22.10.2019].

Juntunen, K. 2019. Arviointivälineen valinta toimintaterapiassa. Toimintaterapeuttiliiton järjestämä Vahva Toimija seminaari. Toimintaterapian hyvät arviointikäytännöt. 21.11.2019. Helsinki.

Järvikoski, A. & Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T., Suikkanen, A. (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim. 80–93.

Kallionpää, P., Kähkönen, A. & Leskelä, R.-L. 2019. Kuntoutuksen toimiala- ja tulevaisuus selvitys. Loppuraportti – Määrällinen osio. Nordic Healthcare Group. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hyvinvointiala.fi/wp-content/uploads/2019/03/2019-03-28-kuntoutuksen-toimiala-ja-tulevaisuus selvitys-nhg-loppuraportti.pdf> [viitattu 23.2.2020].

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kanto-Ronkanen, A. 2012. Tavoitteena toiminnallisuus – toimintaterapeuttinen näkökulma. Teoksessa Lindstam, S. & Ylinen, A. (toim.) *Aivovammojen kuntoutus*. Helsinki: Duodecim, 102–108.

Karhula, M. 2019. Toimintaterapia-arvioinnin hyvät käytännöt -suositus. Toimintaterapeuttiliiton järjestämä Vahva Toimija seminaari. Toimintaterapian hyvät arviointikäytännöt. 21.11.2019. Helsinki.

Kela. 2020. Vaativa lääkinällinen kuntoutus. PDF-dokumentti. Päivitetty 10.02.2020. Saatavissa: <https://www.kela.fi/documents/10192/3239622/Vaativa%20I%C3%A4%C3%A4kinn%C3%A4llinen%20kuntoutus.pdf> [viitattu 23.2.2020].

Kelan avo- ja laitospalveluisten kuntoutuksen standardi. Yleinen osa. 2017. Kela. Etuuspalvelujen lakiyksikkö Kuntoutuspalvelujen ryhmä. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kela.fi/documents/10180/3093658/Yleinen+osa.pdf/45a60235-979c-41ab-8a4a-5703940aa52f> [viitattu 23.2.2020].

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY pro Oy.

KONSENSUSLAUSUMA - Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. 2008. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/kuntoutuksen-konsensuslausuma2008.pdf> [viitattu 23.4.2017].

Koskinen, S. 2013. Suositus aivovammapotilaan elämänlaadun ja yleisen toimintakyvyn arvioimiseksi. TOIMIA. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132193/12_Aivovammapotilaan_elamanlaadun_ja_yleisen_toimintakyvyn_arvioimiseksi.pdf?sequence=2&isAllowed=y [viitattu 22.4.2017].

Kuntoutus. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus> [viitattu 21.2.2020].

Kuntoutuksen järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/kuntoutuksen-jarjestaminen> [viitattu 21.2.2020].

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lane-Brown, A. & Tate, R. 2009. Interventions for apathy after traumatic brain injury. Cochrane Database of Systematic Reviews. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 19.2.2019]

Lautamo, T. 2019. Toimintakeskeisyys. Toimintaterapeuttiliiton järjestämä Vahva Toimija seminaari. Toimintaterapian hyvät arviointikäytännöt. 21.11.2019. Helsinki.

Liimatainen, S., Niskakangas, T. & Öhman, J. 2012. Lievät aivovammat päivystyslääketieteessä. Teoksessa Lindstam, S., Ylinen, A. (toim.) Aivovammojen kuntoutus. Helsinki: Duodecim. 20–26.

Lindén, A., Lexell, J. & Larsson Lund, M. 2009. Perceived difficulties using everyday technology after acquired brain injury: Influence on activity and participation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 4, 267–275. Verkko-lehti. Saatavissa: <https://www.tandfonline.com/> [viitattu 24.2.2019].

Lindstam, S. 2012. Sopeutuminen aivovamman aiheuttamiin muutoksiin – sopeutumisvalmennus kuntoutumisen tukena. Teoksessa Lindstam, S., Ylinen, A. (toim.) Aivovammojen kuntoutus. Helsinki: Duodecim. 158–165.

Malmberg, N. 2015. Aivovammasta kuntoutuva Pekka Hyysalo: ”Kun kaikki tekee vaan hyvää niin hyviä juttuja tapahtuu”. Yle uutiset. Päivitetty 21.12.2016. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://yle.fi/uutiset/3-8136091> [viitattu 20.3.2020].

Malmström T., Leskelä, R.-L., Lindh, M., Kajova, M., Niemelä, P., Rissanen, A. & Salmisaari, T. 2018. Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus – tieto muutostyön tukena. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 7/2018. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://tietokayttoon.fi/documents/10616/6354562/7-2018-Kuntoutusj%C3%A4rjestelm%C3%A4n+kokonaisuudistus.pdf/25418ffa-3927-4a2b-b8f9-eab45af47667/7-2018-Kuntoutusj%C3%A4rjestelm%C3%A4n+kokonaisuudistus.pdf?version=1.0> [Viitattu 16.2.2020].

Maskill, L. & Grieve, J. 2017. Visual Perception, Recognition and Agnosia. Teoksessa Maskill, L. & Tempest, S. 2017. (toim) Neuropsychology for Occupational Therapists. 4th edition. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd. 89–111.

Maskill, L. & Tempest, S. 2017. (toim) Neuropsychology for Occupational Therapists. 4th edition. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Mäkilä, R. 2012. Aivovamma ja palvelujärjestelmä. Teoksessa Lindstam, S., Ylinen, A. (toim.) Aivovammojen kuntoutus. Helsinki: Duodecim. 36–41.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. painos. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Paavonen, A.-M. & Salminen, A.-L. 2018. Intensiiviset kuntoutuskurssit traumaattisen aivovamman saaneille aikuisille. Hyödyt ja soveltuvuus Kelan järjestämäksi kuntoutukseksi. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 9/2018. Helsinki: Kela. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/234013/Raportteja9.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 22.2.2019].

Page, S. & Levine, P. 2003. Forced use after TBI: promoting plasticity and function through practice. *Brain Injury* 8, 675–684. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 19.4.2017]

Pagulayan, K. & Fann, J. 2015. Neuropsychiatric and behavioral sequelae. Teoksessa Vos, P. & Diaz-Arrastia, R. (toim.) Traumatic Brain Injury. E-kirja. Wiley-Blackwell. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 18.4.2017]

Palawalla, S. P., Schmitter-Edgecombe, M., Smith, R. E. 2012. Prospective Memory Following Moderate-to-Severe Traumatic Brain Injury: A Multinomial Modeling Approach. *Neuropsychology* 1, 91–101. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 19.4.2017]

Palomäki, H. & Koskinen, S. 2008. Aivovammat. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T., Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim. 274–288.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (toim.) 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto. Helsinki: Kela.

Park, H. Y., Maitra, K. & Martinez, K. M. 2015. The Effect of Occupation-based Cognitive Rehabilitation for Traumatic Brain Injury: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Occupational Therapy International* 2, 104–116. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1002/oti.1389> [viitattu 18.4.2017].

Patterson, F., Fleming, J., Doig, E. 2017. Clinician perceptions about inpatient occupational therapy groups in traumatic brain injury rehabilitation. *Brain Injury* 8, 1077–1087. Abstract. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 3.3.2019].

Peeters, W., Ruben van den, B., Polinder, S., Brazinova, A., Steyerberg, E., Lingsma, H. & Maas, A. 2015. Epidemiology of traumatic brain injury in Europe. *Acta Neurochirurgica* 10, 1683–1696. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4569652/> [viitattu 16.2.2020].

Phipps, S., & Richardson, P. 2007. Occupational therapy outcomes for clients with traumatic brain injury and stroke using the Canadian Occupational Performance Measure. *American Journal of Occupational Therapy* 61, 328–334. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1866963> [viitattu 23.4.2017].

Pitkänen, K. & Jäkälä, P. 2012. Moniammatillinen osastokuntoutus aivovammapotilaan subakuutin vaiheen kuntoutuksessa. Teoksessa Lindstam, S. & Ylinen, A. (toim.) Aivovammojen kuntoutus. Helsinki: Duodecim. 55–63.

Powell, J. 2016. Special Issue on Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury. *American Journal of Occupational Therapy*. Verkkolehti. Päivitetty 30.4.2020. Saatavissa: <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.703002> [viitattu 22.4.2017].

Powell, J., Rich T. J. & Wise E. K. 2016. Effectiveness of Occupation- and Activity-Based Interventions to Improve Everyday Activities and Social Participation for People With Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*. Verkkolehti. Päivitetty 30.4.2020. Saatavissa: <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.020909> [viitattu 22.4.2017]

Powell, T. 2005. Pään vammat. Helsinki: Edita Prima Oy.

Powell, T. 2016. Aivotyökirja. Hogrefe: Psykologien Kustannus Oy.

Prigatano, G. 2014. Neurocovery, Neuropsychological Rehabilitation, and Ling-Term Adaptation after Significant Brain Injury. Part II. Symposium on holistic Neurorehabilitation after Traumatic Brain Injury. Conference in Helsinki 6.-7.3.2014.

Puljula, J. 2019. Alkoholien vaikutus aivovammojen ilmaantuvuuteen ja ennusteeseen. Päivystysneurologiaa -kertaus yle-päivystäjille. PDF-dokumentti.

Saatavissa: https://bin.yhdistys-avain.fi/1587734/QXohl6kzMaUKkVQNe4Mu0RWZUS/Puljula_Alkohol%20osuus%20aivovamman%20ilmaantuvuuteen%20ja%20ennusteese.pdf [viitattu 16.2.2020].

Qvist Kristensen, L., Almkvist Muren, M., Krintel Petersen, A., van Tulder, M. W. & Gregersen Oestergaard, L. 2019. Measurement properties of performance-based instruments to assess mental function during activity and participation in traumatic brain injury: A systematic review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 3, 168–183. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.tandfonline.com/> [viitattu 31.1.2020].

Radomski, M. V., Finkelstein, M., Llanos, I., Scheiman, M. & Wagener, S. G. 2014. Composition of a vision screen for servicemembers with traumatic brain injury: Consensus using a modified nominal group technique. *American Journal of Occupational Therapy* 4, 422–429. Verkkolehti. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.011445> [viitattu 22.4.2017].

Salminen, A.-L. 2016. Kuntoutuksen ammattihenkilöstö. Teoksessa: Kuntoutuminen. Autti-Rämö, I., Salminen, A., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim). Helsinki: Duodecim. 383–387.

Sansonetti, D. & Hoffmann, T. 2013. Cognitive assessment across the continuum of care: The importance of occupational performance-based assessment for individuals post-stroke and traumatic brain injury. Abstract. *Australian Occupational Therapy Journal* 5, 334–342. Verkkolehti. Saatavissa: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1440-1630.12069> [viitattu 19.4.2017].

Savolainen, T. & Aralinna, V. 2017. Toimintaterapianimikkeistö: nimikkeistöt ja luokitukset. WWW-dokumentti. Helsinki: Suomen kuntaliitto. Saatavilla: <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/site/assets/files/2411/toimintaterapianimikkeisto.pdf> [viitattu 29.2.2020].

Schwartz, Y., Averbuch, S., Katz, N. & Sagiv, A. 2015. Validity of the Functional Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (FLOTCA). *American Journal of Occupational Therapy* 1, 1–7. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.016451>. [viitattu 19.4.2017].

Siironen, J., Takala, R. & Tanskanen, P. 2017. Keskivaikeiden ja vaikeiden aivovammojen hoito. Käypä hoito. Duodecim. Päivitetty 29.12.2017. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaupahoito.fi/nix02515> [viitattu 21.2.2019].

Simmons, C. D. & Griswold, L. A. 2010. Using the Evaluation of Social Interaction in a community-based program for persons with traumatic brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 1, 49–56. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.tandfonline.com/> [viitattu 28.4.2017].

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Sosiaaliturvaopas. 2020. Järjestöjen sosiaaliturvaopas 2020. Saatavissa: <https://sosiaaliturvaopas.fi/kuntoutus/#82> [viitattu 21.2.2020].

Søndergaard, M. & Fisher, A.G. 2012. Sensitivity of the Evaluation of Social Interaction Measures Among People With and Without Neurologic or Psychiatric Disorders. *American Journal of Occupational Therapy* 66, 356–362. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.5014/ajot.2012.003582> [viitattu 3.3.2019].

Stephens, J.A., Williamson, K.-N.C. & Berryhill, M.E. 2015. Evidence – Based Practice for Traumatic Brain Injury: A Cognitive Rehabilitation Reference for Occupational Therapists. *Occupation, Participation, and Health* 1, 5–22. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6730543/> [viitattu 22.2.2020].

Sveen, U., Bautz-Holter, E., Sandvik, L., Alvsåker, K. & Røe, C. Relationship between competency in activities, injury severity, and post-concussion symptoms after traumatic brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 3, 225–232. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.tandfonline.com/> [viitattu 26.4.2017].

Tactus Therapy. 2019. How To: Visual Scanning Treatment for Neglect. WWW-sivusto. Saatavissa: <https://tactustherapy.com/visual-scanning-treatment/> [viitattu 7.3.2020].

Tempest, S. 2017. Purposeful Movement and Apraxia. Teoksessa Maskill, L. & Tempest, S. (toim) *Neuropsychology for Occupational Therapists*. 4th edition. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd. 149–163.

Tempest, S. & Maskill, L. 2017. Occupation and Cognitive Rehabilitation. Teoksessa Maskill, L. & Tempest, S. (toim) *Neuropsychology for Occupational Therapists*. 4th edition. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd. 3–16.

Tenovuo, O. 2010. Tietoa aivovammoista. Saatavissa: <http://www.ollitenovuo.com/75> [viitattu 22.4.2017].

TOIMIA-tietokanta. 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-sivusto. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti> [viitattu 23.2.2020].

Tenovuo, O. 2012. Aivovamman luokittelu ja alkohoito. Teoksessa Lindstam, S. & Ylinen, A. (toim.) *Aivovammojen kuntoutus*. Helsinki: Duodecim. 44–54.

Tenovuo, O. 2016. Kuntoutus aivovammojen jälkitiloissa. Luentomateriaali Suomen aikuisneurologisten toimintaterapeuttien unioni Santtu ry:n koulutuspäivä. 11.3.2016. Turku.

Tenovuo, O. 2020. Yleisluento aivovammoista. Aivovammaliiton Aivovamma 2020-tietokiertue. 11.3.2020 Joensuu. Etäosallistuminen luennolle.

Toimintaterapeuttiliitto. 2020. Toimintaterapia. Toimintaterapia perustuu toiminnantieteeseen. WWW-sivu. Saatavissa: <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/toimintaterapia/> [viitattu 29.2.2020].

Toimintaterapia Aivoitus. 2019. Yritys. WWW-sivusto. Saatavissa: <http://www.aivoitus.fi/index.htm> [viitattu: 20.4.2020].

- Townshend, J. & Norman A. 2018. The Secondary Impact of Traumatic Brain Injury: An Interpretative Phenomenological Analysis of the Experiences of Family and Friends. *Family Journal*. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/1066480717752905> [viitattu 25.2.2019].
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 10.4.2020].
- Turner-Stokes, L., Pick, A., Nair, A., Disler, P.B. & Wade, D.T. 2015. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. Cochrane Systematic Review – Intervention. WWW-Dokumentti. Saatavissa: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004170.pub3/full> [viitattu 21.2.2019].
- Tyrer, S. & Lievesley, A. 2010. Pain following traumatic brain injury: Assessment and management. *Neuropsychological Rehabilitation* 1–2. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 3.3.2019].
- Vartiainen, M. 2012. Toiminnallisuus ja kuntoutus aivovammojen jälkitiloissa. Teoksessa Lindstam, S. & Ylinen, A. (toim.) Aivovammojen kuntoutus. Helsinki: Duodecim. 93–101.
- Vos, P. & Diaz-Arrastia, R. 2015. The clinical problem of traumatic head injury. Teoksessa Vos, P. & Diaz-Arrastia, R. (toim.) Traumatic Brain Injury. E-kirja. West Sussex: Wiley-Blackwell. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 17.4.2017].
- Välimäki, K., Halonen, S., Pohjonen, P., Husman, K., Varhila, K., Antila, O., Piispanen, T., Tötterman, P., Luoma-aho, O., Santamäki-Vuori T., Juvonen-Posti, P., Mäki-Lohiluoma, K-P, Tainio, H., Hupli, M., Sulavuori, M., Rantahalvari, V., Siekkinen, S., Kivekäs, J., Sorvari, E., Pekkonen, M., Heikkinen, H., Hirvonen, M. & Sarkomaa, S. 2017. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y [viitattu 16.2.2020].
- Warren, M. 2018. Evaluation of Sensation and Treatment of Visual Deficits After Brain Injury. Julkaisussa Pedretti's Occupational Therapy. Practice skills for physical dysfunction. United States of America: Elsevier, 594–630.
- Wheeler, S., & Acord-Vira A. 2016. Occupational therapy practice guidelines for adults with traumatic brain injury. American Occupational Therapy Association, Inc. (OTA). WWW-dokumentti. Päivitetty 26.7. 2018. Saatavissa: <https://www.brainline.org/article/occupational-therapy-practice-guidelines-adults-traumatic-brain-injury#implementation> [viitattu 15.5.2017 ja 22.2.2020].
- Wiert, L., Luauté, J., Stefan, A., Plantier, D. & Hamonet, J. 2016. Non pharmacological treatments for psychological and behavioural disorders following traumatic brain injury (TBI). A systematic literature review and expert opinion

leading to recommendations. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 1, 31–41. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 22.4.2017].

Wikström, J. 2012. Aivovammakuntoutuksen tavoitteet. Teoksessa Lindstam, S. & Ylinen, A. (toim.) Aivovammojen kuntoutus. Helsinki: Duodecim. 27–35.

Ylinen, A. 2012. Aivovamma ja kuntoutus. Teoksessa Lindstam, S. & Ylinen, A. (toim.) Aivovammojen kuntoutus. Helsinki: Duodecim. 6–8.

Zuckerbraun N., King, C., & Berger, R. 2015. Emergency department evaluation in mild traumatic brain injury. Teoksessa Vos, P. & Diaz-Arrastia, R. (toim.). *Traumatic Brain Injury*. E-kirja. West Sussex: Wiley-Blackwell. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 22.4.2017].

Hei kaikki kollegat,
jotka työskentelette traumaattisen aivovamman saaneiden aikuiskuntoutujien parissa!

Tämä kysely on osa XAMK:ssa toteutettavaa YAMK-opinnäytetyötäni, jonka tarkoituksena on tuottaa tietoa traumaattisten aivovammojen kuntoutuksesta toimintaterapeuttisin menetelmin. Teoriapohjaa on kerätty ulkomaisista tutkimuksista ja julkaisuista ja niiden mukaan traumaattisesta aivovammasta seuraavat oireet luokitellaan **kognitiivisiin, fyysisiin, psyykkeeseen ja käyttäytymiseen** sekä **uneen** liittyviksi. Tällä kyselyllä on tarkoitus selvittää mihin osa-alueisiin toimintaterapiainterventiot Suomessa kohdentuvat ja kuinka toimintaterapeutit toteuttavat terapiaa ja arviointia omassa työssään. Tavoitteena on saada teiltä tietoa, jonka avulla toimintaterapeuttisen aivovammakuntoutuksen tilaa Suomessa voidaan ymmärtää paremmin ja sitä kautta myös kehittää.

Toimeksiantajana opinnäytetyölle toimii Toimintaterapia Aivoitus Oy, joka on Suomen aikuisneurologisten toimintaterapeuttien unionin, Santtu ry:n Kaakkois-Suomen paikallistoiminnan yhteystaho. Tutkimuksesta saadun tiedon perusteella on jatkossa tarkoitus laatia koulutusmateriaalia traumaattisten aivovammojen toimintaterapeuttisesta kuntoutuksesta. Tiedon avulla oman työn perusteltavuus myös lisääntyy!

Kysely on laaja ja sen vastaamiseen menee aikaa. Sen voi halutessaan jättää kesken ja jatkaa vastaamista myöhemmin. Toivon teidän kaikkien myös muistavan, ettei vastauksissa ole oikeita tai vääriä vaihtoehtoja, vaan jokainen kertomanne vastaus on tärkeä tiedon osa työssänne. Kaikkea tietoa käyttämistänne työtavoista, -menetelmistä tai arvioinnin toteutuksesta tarvitaan, jotta tutkimustuloksista saadaan riittävän kattavat. Vastaamalla kyselyyn annat luvan käyttää vastauksiasi nimettömänä opinnäytetyön raportissa.

Vastausaikaa Webropol-kyselyyn on 24.4. asti. Toivon teidän paneutuvan kysymyksiin ja vastauksiinne ja tulette itsekin huomaamaan, kuinka monitahoista ja tärkeää työtä teette. Vastaamalla teette työstänne näkyvää!

Lisätietoa kyselystä tai kysymyksiä aiheesta voitte laittaa sähköpostilla:

johanna_frilander@hotmail.com

Mukavaa kevään odotusta kaikille!

Ystävällisin terveisin Johanna Frilander

toimintaterapeutti AMK

ratkaisukeskeinen neuropsykiatrinen valmentaja

Kysely toimintaterapeuttisista menetelmistä traumaattisten aivovammojen kuntoutuksessa

Tämän YAMK-opinnäytetyö kyselyn tarkoituksena on kerätä toimintaterapeuteilta tietoa traumaattisen aivovamman (Traumatic brain injury=TBI) saaneiden aikuisten henkilöiden toimintaterapeuttisesta kuntoutuksesta. Kyselyllä kerätään tietoa, mihin toimintaterapiainterventiot kohdistuvat, sekä mitä työmenetelmiä ja -tapoja arvioinnissa ja kuntoutuksessa käytetään. Tässä kyselyssä käytetään traumaattisesta aivovammasta lyhennettä aivovamma ja traumaattisen aivovamman saaneesta henkilöstä aivovamma-kuntoutuja tai kuntoutuja ja hänen kuntoutuksestaan aivovammakuntoutus.

Kyselyyn vastataan anonymisti, eikä vastaajien henkilöllisyys missään vaiheessa paljastu. Kysely on laaja ja vastaamiseen joutuu käyttämään aikaa, mutta ilman kattavia kysymyksiä ei saada riittävästi tietoa.

Valmis opinnäytetyö julkaistaan osoitteessa www.theseus.fi. Tutkimustuloksia tullaan jatkossa käyttämään traumaattisten aivovammojen toimintaterapeuttisen kuntoutuksen suunnittelussa ja koulutusmateriaalin laadinnassa. Vastaamalla kyselyyn pystyt vaikuttamaan toimintaterapia-alan tutkimustyöhön sekä tuleviin terapiakäytäntöihin.

TAUSTATIEDOT

1. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt toimintaterapeuttina? *

2. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt aivovammakuntoutujien arvioinnin ja/tai kuntoutuksen parissa? *

3. Missä työskentelet tällä hetkellä? Voit valita useamman vaihtoehdon. *

- Terveyskeskus
- Keskussairaala
- Yliopistollinen sairaala
- Yksityisellä palveluntuottajalla
- Yksityisenä palveluntuottajana
- Kuntoutuslaitos

- palvelutalo / asumisyksikkö
- Avokuntoutus
- Muualla, missä?

4. Sisältääkö työsi enimmäkseen arviointia vai terapiaa vai jotakin muuta? Kerro perustyönkuvastasi aivovammakuntoutuksessa.

| |
|--|
| |
| |

TERAPIAKERRAT JA KUNTOUTUJAMÄÄRÄT

5. Kuinka usein työskentelet kuntoutujien kanssa, jolla on aivovamma? *

- Muutaman kerran vuodessa
- Muutaman kerran kuukaudessa
- Useita kertoja kuukaudessa
- Viikoittain
- Päivittäin / lähes päivittäin

6. Minkä verran arvioisit aivovamman saaneita henkilöitä olleen asiakkaanasi viimeisen vuoden aikana? Kirjoita määrä *

7. Kuinka kauan (kuukausina/vuosina) tai montako kertaa tapaat yhtä aivovammakuntoutujaa keskimäärin? Mikäli interventiojaksojen pituudet vaihtelevat suuresti, kerro sanallisesti tarkemmin.

| |
|--|
| |
| |

YHTEISTYÖ

8. Valitse seuraavista ryhmistä ne, joiden kanssa teet yhteistyötä aivovammakuntoutujien kohdalla.

- Lääkärit
- Fysioterapeutit
- Puheterapeutit
- Neuropsykologit
- Sosiaalityöntekijät
- Kuntoutusohjaajat tai Kuntoutussuunnittelijat
- Hoitohenkilökunta
- Omaiset / muu lähipiiri
- Muu, mikä yhteistyötaho?

9. Minkälaista yhteistyötä teet? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- Yhteiskäyntejä
- Olet yhteydessä puhelimitse
- Olet yhteydessä sähköpostitse tai viestein
- Moniammatillisissa palavereissa Kuntou-
- tussuunnitelma tms. palavereissa Ohjaus-
- käyntejä
- Muuta? Mitä?

ARVIOINTI**10. Valitse arvioinnissa käyttämäsi menetelmät, testit ja mittarit.**

- ACIS (The Assessment of Communication and Interaction Skills)
- ACL (The Allen Cognitive Level Test)
- AMPS (The Assessment of Motor and Process Skills)
- AOF-CV (The Assessment of Occupational Functioning- Collaborative Version)
- ARAT (The Action Research Arm Test)
- AWP (Assessment of Work Performance)
- AWC (Assessment of Work Characteristics)
- BBT (Box and Block Test)
- Bergin tasapainotesti
- BIT (Behavioral Inattention Test)
- CBS (The Catherine Bergegon Scale)
- CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer´s Disease)
- Clock Drawing Test
- CMT (Contextual Memory Test)
- COGNISTAT (Neurobehavioral Cognitive Status Examination)
- COPM (Canadian Occupational Performance Measure)
- CST (The Cognitive Screening Test)
- CTMT (Comprehensive Trail-Making Test)
- DASH (Disabilities Arm, Shoulder and Hand)
- DLOTCA (Dynamic Loewenstein occupational therapy cognitive assessment)
- DLOTCA-G (Dynamic Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment -for geriatric use)
- E-LINK (Exercise and Evaluation System for Clinical Rehabilitation)
- ESI (The Evaluation of Social Interaction)
- FIM®-toimintakyky- ja avuntarpeen mittari
- FMA (Fugl-Meye Assessment)
- Goniometri
- Grooved Pegboard

- Haastattelu (vapaamuotoinen)
- Havainnointi
- Jamar-dynamometri tai jokin muu puristusvoimamittari
- Kipukyselyt
- Kipumittarit
- Kliininen tutkiminen
- MHQ (The Michigan Hand Outcomes)
- MMSE (Mini-Mental state examination)
- Modified Interest Checklist
- MOHOST (Model Of Human Occupational Screening Tool)
- Nine Hole Peg testi
- Nottingham Extended ADL Scale
- OCAIRS (Occupational Circumstances Assessment- Interview and Rating Scale)
- OPHI II (Occupational Performance History Interview)
- OQ (Occupational Questionnaire)
- OSA (Occupational Self Assessment)
- OT-APST (Occupational Therapy Adult Perceptual Screening Test)
- Pinch mittari sormien puristusvoiman mittaukseen
- PRPP (Perceive, Recall, Plan and Perform)
- Purdue Pegboard
- Role Checklist
- RBMT (Rivermead Behavioral Memory Test)
- SODA (Sequential Occupational Dexterity Assesment)
- STI-testi (Shape-Texture Identification testi)
- SW (Semmes-Weinsteinin monofilamentit)
- TEA (Test of Everyday Attention)
- TIS (Trunk Impairment Scale)
- TVPS-4 (Test of Visual Perceptual Skills—4th Edition)
- VQ (Volitional Questionnaire)

WCPA (Weekly Calendar Planning Activity)

WEIS (Work Environment Impact Scale)

WRI (Worker Role Interview)

muu, mikä?

11. Arviointiin liittyen valitse itseäsi ja toimintaasi parhaiten kuvaava vaihtoehto

| | En koskaan | Harvoin | Joskus | Usein | Aina |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Arvioidessasi kuntoutujan toiminnan rajoituksia, haastattelet kuntoutujaa itseään | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Arvioidessasi kuntoutujan toiminnan rajoituksia, haastattelet kuntoutujan lähipiiriä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Arvioidessasi kuntoutujan toimintaa haastattelet mahdollista hoitohenkilökuntaa tai muita kuntoutuksen ammattilaisia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Arvioidessasi kuntoutujan motorisen toiminnan rajoituksia, havainnoit hänen päivittäisiä toimiaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Arvioidessasi kuntoutujan kognitiivisia taitoja, havainnoit hänen päivittäisiä toimiaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Arvioidessasi kuntoutujan sosiaalisia taitoja, havainnoit hänen päivittäisiä toimiaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Arvioidessasi kuntoutujan psyykkisiä taitoja, havainnoit hänen päivittäisiä toimiaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Arvioidessasi kuntoutujan sensorisia toimintoja, havainnoit hänen päivittäisiä toimiaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Arvioidessasi kuntoutujaa havainnoit hänen toimintaansa eri toimintaympäristöissä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Arviointia tehdessäsi teet aina sekä alku- että loppuarvioinnin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12. Havainnoinnin lisäksi kuinka montaa eri arviointimenetelmää käytät keskimäärin tehdessäsi toimintaterapia-arviota aivovammakuntoutujasta?

13. Mitkä ovat yleisimmät käyttämäsi arviointimenetelmät?

| |
|--|
| |
| |

14. Mihin seikkoihin kiinnität arviota tehdessäsi eniten huomiota ja missä ympäristössä suoritat arvioinnin?

| |
|--|
| |
| |

INTERVENTIOT

Interventiolla tarkoitetaan tässä kyselyssä toimintaterapeuttisia toimenpiteitä, joilla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen. Ne voivat olla sekä arviointia että terapian toteutusta.

Kompensoinnilla tarkoitetaan ns. korvaavia toimintoja tai menetelmiä, joiden avulla kuntoutuja voi suoriutua tarpeellisista toimistaan jonkin toimintakyvyn osa-alueen heikkenemisestä huolimatta, esimerkiksi kehittämällä uusia tapoja suoriutua jostain tehtävästä tai suoriutua niistä apuvälineiden avulla.

15. Kerro työstäsi aivovammakuntoutujien kanssa vastaamalla kuinka usein toimintaterapia-interventiosi aivovammakuntoutujien kanssa liittyvät seuraaviin väittämiin:

| | Ei koskaan | Harvoin | Joskus | Usein | Aina |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Interventioissa käytetään työkaluna omaa persoonaa, kuten huumoria tai empatiakykyä terapisuhteen luomiseen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventioissa terapisuhde perustuu vuorovaikutukselliseen keskusteluun | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot toteutetaan kuntoutujan luonnollisessa toimintaympäristössä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventioissa tarjotaan kuntoutujalle kompensoivia keinoja, joilla korvataan kuntoutujan heikentyneitä toimintoja ja kykyjä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | Ei koskaan | Harvoin | Joskus | Usein | Aina |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Interventioiden tarkoituksena on tukea kuntoutujaa itseään löytämään sopivia kompensointikeinoja toimintansa edistämiseen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventioiden tarkoituksena on motivoida kuntoutujaa toimintaan osallistumiseen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventioiden tarkoituksena on uudelleen kehittää eli ns. korjata kuntoutujan heikentyneitä toimintoja (esim. fyysiset harjoitteet, muistiharjoitukset jne.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventioiden tarkoituksena on tukea kuntoutujan sopeutumista muuttuneeseen tilanteeseen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventioiden tarkoituksena on jakaa tietoa kuntoutujalle hänen tilastaan ja toimintakyvystään | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventioiden tarkoituksena on jakaa tietoa kuntoutujan lähiomaisille | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventioiden tarkoituksena on tukea kuntoutujan lähiomaisia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventioiden tarkoituksena on jakaa tietoa kuntoutujan toimintakyvystä tai kuntoutuksesta esim. hoitohenkilökunnalle tai asumisen ohjaajille | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat apuvälinetarpeen arviointiin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat apuvälinesuosituksen laatimiseen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventioiden tarkoituksena on opastaa ja auttaa apuvälineiden käytössä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventioiden tarkoituksena on valmistaa ortooseja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat asuinympäristön ja asunnon muutostöihin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | Ei koskaan | Harvoin | Joskus | Usein | Aina |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Interventiot kohdistuvat ympäristön muokkaamiseen toiminnan mahdollistamiseksi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat palveluiden suunnitteluun/palvelutarpeen arviointiin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat palveluiden järjestämiseen/avustamiseen palveluiden hankinnassa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat toiminnan tai tehtävän muokkaamiseen/mukauttamiseen, jotta osallistuminen toimintaan olisi mahdollista | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventioiden tarkoituksena on tukea kuntoutujan psyykkistä ja henkistä jaksamista | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat kuntoutujan toiminnanohjauksellisiin/prosessitaitoihin (suunnittelu, organisointi, aloitteellisuus, tarkkaavuuden suuntaaminen, ajattelun joustavuus, jne.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat kuntoutujan psyykkisiin valmiuksiin ja/tai taitoihin (tunteiden tunnistaminen, ilmaisu ja säätely, mielikuvaharjoittelu, itseluottamus, tavoitteenasettelu jne.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat kuntoutujan sosiaalisiin valmiuksiin ja/tai taitoihin (vuorovaikutus, yhteistyötaidot, roolit) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat kuntoutujan motorisiin valmiuksiin ja/tai taitoihin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat edistämään kuntoutujan kognitiivisia valmiuksia ja taitoja (muisti, päätely, ongelmanratkaisu, jne.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat edistämään kuntoutujan sensorisia valmiuksia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | Ei koskaan | Harvoin | Joskus | Usein | Aina |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Interventiot kohdistuvat itsestä huolehtimisen osa-alueille | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat edistämään suoriutumista kodin askareista | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat edistämään asiointiin liittyviä toimintoja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat kuntoutujan työkyvyn parantamiseen/työssä selviytymiseen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat edistämään kuntoutujan oppimista | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat opiskeluun liittyvien asioiden kohentamiseen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat edistämään kuntoutujan mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnallisiin toimintoihin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat edistämään kuntoutujan mahdollisuutta osallistua itselle mielekkääseen toimintaan kodin ulkopuolella | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat edistämään kuntoutujan mahdollisuutta osallistua itselle mielekkääseen toimintaan omassa kodissaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot kohdistuvat edistämään kuntoutujan lepoa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventiot toteutetaan ryhmämuotoisena | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventioiden tarkoituksena on tehdä näkyväksi asioita | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Interventioissa on käytössä älylaitteilla kuten tietokoneella tai tabletilla tehtäviä harjoituksia, tarkoituksena edistää kuntoutujan erilaisia valmiuksia tai taitoja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Interventioissa hyödynnetään
älylaitteita, kuten älypuhelimia tai
tabletteja



16. Millaisia tietokoneohjelmia, sovelluksia tai harjoituksia käytössäsi on?

| |
|--|
| |
| |

17. Mitä taitoja tai valmiuksia tietokonepohjaisilla harjoituksilla tai älylaitesovellusten käytöllä on tarkoitus edistää? Mikäli et käytä tietokonepohjaisia harjoituksia tai älylaitteita kuntoutuksessa, jätä tyhjäksi.

| |
|--|
| |
| |

18. Aivovammakuntoutuksessa käytät eniten aikaa

- Kognitiivisten oireiden kuntoutukseen
- Tunteisiin ja käyttäytymiseen liittyvien ongelmien kuntoutukseen
- Fyysisten ongelmien kuntoutukseen
- Sensoriseen kuntoutukseen

19. Mikäli työskentelet sairaalassa, kuuluuko toimenkuvaasi toimiminen akuutilla osastolla?

- Ei
- Kyllä

20. Mikäli vastasit kyllä, työskenteletkö kooma-potilaiden parissa?

- Ei
- Kyllä

21. Kerro mitä lisäkoulutuksia tai kursseja olet käynyt aivovammakuntoutukseen liittyen

| |
|--|
| |
| |

KUNTOUTUSMENETELMÄT JA TYÖTAVAT

Kuvaile lyhyesti millaisia menetelmiä (sekä korjaavia että kompensoivia) käytät aivovammakuntoutuksessa. Kerro konkreettisia esimerkkejä. Mikäli et tee kyseisen osa-alueen interventioita, jätä tyhjäksi.

22. Oiretiedostuksen lisääminen

| |
|--|
| |
| |

23. Jokapäiväisten toimintojen (ADL-taitojen) kuntoutus (itsestä huolehtiminen, asiointi jne.)

| |
|--|
| |
| |

24. Visuaalisten ongelmien ja visuaalisen hahmottamisen kuntoutus

| |
|--|
| |
| |

25. Toiminnanohjauksen (aloitteellisuus, suunnittelu, joustavuus, impulssisäätely jne.) ongelmien kuntouttaminen

| |
|--|
| |
| |

26. Tunnetaitojen kohentaminen

| |
|--|
| |
| |

27. Sosiaalisten taitojen kohentaminen

| |
|--|
| |
| |

28. Osallisuuden lisääminen/mahdollistaminen

| |
|--|
| |
| |

29. Motorinen kuntoutus, esim. liikelaajuuksien ja motoriikan lisääminen tai ataksian vähentäminen

| |
|--|
| |
| |

30. Turvotuksen vähentäminen

| |
|--|
| |
| |

31. Tuntohäiriöiden kuntoutus

| |
|--|
| |
| |

32. Kivun vähentäminen

| |
|--|
| |
| |

33. Kehonhahmotuksen kohentaminen

| |
|--|
| |
| |

34. Kognitiivisten toimintojen, kuten muistitoimintojen, päättelyn jne. kuntoutus

| |
|--|
| |
| |

35. Jokin muu interventiokeino tai menetelmä, mikä?

| |
|--|
| |
| |

36. Kuinka riittäviksi koet omat keinosi/työmenetelmäsi kuntouttaa seuraavia osa-alueita aivovammakuntoutuksessa?

| | Ei lainkaan riittävät | Jokseenkin riittävät | Täysin riittävät |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Kognitiivinen kuntoutus | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sosiaalisten taitojen kuntoutus | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fyysisten ja motoristen ongelmien kuntoutus | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tunne-elämän häiriöihin liittyvä kuntoutus | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Käytöshäiriöihin liittyvä kuntoutus | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

37. Kaipaisitko joistakin osa-alueista tai aivovammakuntoutukseen liittyvistä asioista, kuten arviointimenetelmistä tms. lisää tietoa? Mistä?

| |
|--|
| |
| |

38. Millaisena näet oman roolisi aivovammakuntoutujan kuntoutusprosessissa?

| |
|--|
| |
| |

LOPUKSI

39. Jos haluat sanoa vielä jotakin yleisesti toimintaterapeutin roolista aivovammakuntoutuksessa, kirjoita tähän vastauksesi.

| |
|--|
| |
| |

Esimerkki kyselyn tulosten analysoinnista eri kategorioihin, liittyen aivovammakuntoutuksen toimintaterapeuttisiin kuntoutusmenetelmiin.

| Tutkimuskysymys | Alkuperäinen ilmaus | Pelkistäminen | Alakategoriat | Yläkategoriat | Päälouokka |
|---|---|--|------------------------|-------------------------------|---|
| Minkälaisia työmenetelmiä ja -tapoja toimintaterapeuteilla on käytössä kuntouttaessaan traumaattisen aivovamman saanutta aikuista henkilöä? | Kaikki päättelykykyä, ongelmanratkaisua ja muistia tukevat trhtäväsarjat, pelit, pulmatehtävät. Arjen tilanteissa samat, apuvälineiden ja tukikeinojen opettelu muistin tueksi. Pöiväkirja. Arjen tilanteissa käytännössä ongelmanratkaisuun tukeminen, ulkoisesta avusta pois opettelu. | Pöytätason tehtävät Pelit Arjen toiminnat Muistin apukeinot Strategioiden harj. | Kompensoivat keinot | Muistitoimintojen kuntoutus | Miten toimintaterapeutit kuntouttavat kognitiivisia toimintoja interventioissaan? |
| | Strategioiden opettelu eli vaikka muistiin liittyen millä tyylillä muistaa eniten asioita. Tarvitseeko visuaalisia vihjeitä, tarinan muistin tueksi muistettaville asioille.. omatoimiharjoitteina ristikoita, sudokuja, pelejä, mikä ketäkin kiinnostaa. | Strategioiden harj. Muistiharjoitukset Pelit Mielenkiinnon koht. | Korjaavat keinot | | |
| | Muistilistojen ja kalenterin käyttö, puhuva kello, toimintaohjeet rauhoittaa toiminnallinen tilanne ja suorittaa se vaiheittain, vireystilan tunnistaminen ennen toiminnan aloittamista, ohjeet vireystilan säätelyyn, avustaja/omaisen ohjaus vihjeiden antamiseen, kuvatukien käyttö esim ohjeissa, hälyttimet ja ajastimet, päivärutiinin laadinta | Muistin tukeminen Muistin apuvälineet Vaiheistaminen Toim.ympär. vaikuttaminen Kuvien käyttö Päivärutiinit Läheisten ohjaus Ohjaustekniikat esim. vihjeistäminen | Ohjaukselliset keinot | Toiminnan-ohjauksen kuntoutus | |
| | Keskustelu päivittäisistä asioista, menoista, kalenterista ja tapahtumista. Kalenterin käytön harjoittelu. Ajan jäsentäminen kalenterin avulla. Viikko/päiväohjelman laatiminen asiakkaalle. Toimintojen tekeminen esim. keittiössä, jossa asiakas saa toiminnan kautta palautteen toimintakyvystään ja suoriutumisen tasosta. | Keskustelu/ vuorovaikutus Muistin tukeminen Muistin apuvälineet Päiväohjelma Strateginen harj. Keittiötoiminnat Palaute | Päivittäiset toiminnot | | |