

Aivovammakuntoutujien kokemuksia fysioterapiasta

LAB-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala (AMK), Fysioterapeutti

Syksy 2020

Annukka Rauha

Tiivistelmä

Tekijä Rauha, Annukka	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Valmistumisaika Syksy 2020
	Sivumäärä 42 sivua, 2 liitettä	
Työn nimi Aivovammakuntoutujien kokemuksia fysioterapiasta		
Tutkinto Fysioterapeutti (AMK)		
Ohjaavan opettajan nimi, titteli ja organisaatio Heli Lahtio, Fysioterapian päätoiminen tuntiopettaja, LAB-ammattikorkeakoulu		
Toimeksiantajan nimi Aivovammaliitto		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millaisia kokemuksia aivovammakuntoutujilla on kuntoutuksesta yleisesti ja millainen rooli fysioterapialla on ollut kuntoutuksessa. Tarkoituksena oli tuoda haastatteluiden pohjalta fysioterapian vaikuttavuutta näkyvämmäksi aivovammakuntoutuksessa, sillä fysioterapian vaikuttavuutta aivovammakuntoutuksessa on tutkittu vähän.</p> <p>Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Aivovammaliitto. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineistokeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teema-alueet olivat kuntoutusprosessin alkuvaihe, kokemukset fysioterapiasta sekä tämänhetkiset kuntoutuspalvelut. Haastattelut tehtiin kolmelle aivovammakuntoutujalle ja yhdelle AVH-kuntoutujalle. AVH-kuntoutujan tausta selvisi vasta haastattelutilanteessa. Analyysi tehtiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä mukailien.</p> <p>Haastatteluissa selvisi, että haastateltavilla oli vaikeuksia saada alkuvaiheessa oikeanlaista kuntoutusta, sillä aivovamma ei tuonut heidän kohdallaan ulkoisia vaurioita, jolloin fysioterapian tai muiden kuntoutusmuotojen tarpeellisuutta oli haastava arvioida. Jokainen aivovamman saanut haastateltava oli käynyt pitkät taistelut oikeudessa, jotta olivat saaneet vakuutuksen kautta kuntoutusta aivovammalleen. Fysioterapian kuntoutajat näkevät tärkeimpänä kuntoutusmuotona. AVH-kuntoutuja sai hyvää kuntoutusta heti vammauduttuaan ja koki myös fysioterapian kuntoutusmuodoista tärkeimmäksi.</p>		
Asiasanat aivovamma, aivovammakuntoutus, kokemuksia, fysioterapia, teemahaastattelu, laadullinen tutkimus		

Abstract

Author Rauha, Annukka	Type of Publication Bachelor's Thesis	Published Autumn 2020
	Number of Pages 42 pages, 2 appendices	
Physiotherapy Experiences of Brain Injury Rehabilitees		
Name of Degree Bachelor's Degree of Physiotherapy		
Name, title and organization of the supervising teacher Heli Lahtio, Physiotherapy teacher, LAB University of Applied Sciences		
Name of the client Aivovammaliitto		
<p>The aim of this thesis is to find out what kind of experiences Brain Injury rehabilitees have about the rehabilitation process and what is the role of physiotherapy in the whole process. The purpose is to make the effectiveness of physiotherapy more visible with the help of the interviews because the effectiveness of physiotherapy has not been researched much.</p> <p>The thesis was commissioned by Aivovammaliitto. The thesis was done as qualitative research and the material was collected through theme interviews. The themes were the rehabilitation process in the beginning, experiences of physiotherapy and what kind of rehabilitation forms are the rehabilitees getting now. The interviews were done with three brain injury rehabilitees and to one stroke rehabilitee. The stroke rehabilitees background didn't come out until in the interview situation. The interviews were conducted as individual interviews.</p> <p>The results of this thesis show that the rehabilitees have difficulties to get the right kind of rehabilitation in the beginning. The problem of getting the rehabilitation was that they didn't have any external damages. What for it was difficult to assess the need of physiotherapy and other rehabilitation forms. Each of the brain injury rehabilitees of this interview had fought long battles in court to receive rehabilitation for their brain injury through insurance. Rehabilitees saw physiotherapy as the most important form of rehabilitation. The stroke rehabilitee received good rehabilitation already in the beginning of the process and also felt that physiotherapy was the most important form of rehabilitation.</p>		
Keywords brain injury, brain injury rehabilitation, experiences, physiotherapy, theme interview, qualitative research		

Sisällys

1	Johdanto.....	3
2	Aivovamma.....	4
2.1	Aivovamman synty ja yleisyys	4
2.2	Aivovamman luokittelua.....	4
2.2.1	Jaottelu kudosisvaurion ja vammamekanismin mukaan	4
2.2.2	Vaikeusasteen mukainen jaottelu	6
3	Kuntoutusprosessi & fysioterapia.....	9
3.1	Yleistä aivovammakuntoutujan hoidosta ja kuntoutuksesta.....	9
3.2	Lievän aivovamman akuuttivaihe	10
3.3	Lievän aivovamman subakuutti ja myöhäisvaiheen kuntoutus	10
3.4	Keskivaikean ja vaikean aivovamman akuuttivaihe ja osastokuntoutus	12
3.5	Keskivaikean ja vaikean aivovamman kuntoutus osastovaiheen jälkeen	14
4	Opinnäytetyön toimeksiantaja, tarkoitus & tavoite	17
4.1	Toimeksiantaja	17
4.2	Tarkoitus & tavoite	17
5	Tutkimuksellisen opinnäytetyön toteutus.....	18
5.1	Tutkimus- & aineistonkeruumenetelmä	18
5.2	Haastatteluiden toteutus	19
5.3	Aineiston analyysi.....	20
6	Tulokset.....	22
6.1	Haastateltavien kuvaus.....	22
6.2	Kokemukset kuntoutusprosessin alkuvaiheesta.....	24
6.3	Kokemukset fysioterapiasta aivovammakuntoutuksessa.....	27
6.4	Kuntoutujien kuntoutuspalvelut tänä päivänä.....	32
6.5	Muita esiin nousseita teemoja.....	33
7	Pohdinta	35
7.1	Tulosten pohdinta	35
7.2	Eettisyys ja luotettavuus	36
7.3	Jatkotutkimusaiheet.....	37
8	Yhteenveto	39
	Lähteet	40

Liitteet

Liite 1. Informointikirje

Liite 2. Suostumuskirje

Liite 3. Teemahaastattelurunko

1 Johdanto

Aivovamman saa Suomessa vuosittain noin 15 000-20 000 henkilöä. Aivovaurio on yläkäsite, joista aivovamma on tapaturman aiheuttama aivovaurio. Englanniksi aivovammasta käytetäänkin nimitystä traumatic brain injury eli traumaattinen aivovamma. Aivovamma voidaan luokitella sijainnin, vauriomekanismin, laajuuden ja vakavuuden mukaan. (Aivovammaliitto 2020; Lindstam & Ylinen 2012, 44.) Yleisimpiä aivovammasta aiheutuneita oireita ovat muun muassa päänsärky, väsyvyys, pahoinvointi, huimaus, muistihäiriöt, keskittymisvaikeudet, unihäiriöt, ärtyneisyys sekä yleinen hidastuneisuus (Tenovuo 2020, 12).

Aivovammakuntoukselle ei ole tarkkaa kaavaa, sillä jokainen aivovamma ja sen tuomat oireet ovat yksilöllisiä. Alkuvaiheen hoidossa käytetään ESI-luokitusta, jonka avulla voidaan arvioida, kuinka kiireellistä potilaan hoito on. Kiireettömät aivovamman hoidot tapahtuvat perusterveydenhuollossa ja kiireelliset erikoissairaanhoidossa. (Lindstam & Ylinen 2012, 22–23.) Aivovamma voi myös olla toissijaisesti kuntoutettava vamma, mikäli trauman seurauksena on tullut muita fyysisiä vaurioita (Arokoski, Mikkelsson, Pohjolainen & Viikari-Juntura 2015).

Tutkimuksia fysioterapian vaikuttavuudesta aivovammakuntoutuksessa on tehty vähän ja jatkotutkimuksille olisi tarvetta. Aivovammakuntoutuksessa Parreiras de Menezesin (2015) mukaan fysioterapeuttisista menetelmistä positiivisia vaikutuksia ovat tuottaneet: mobilisaatio, aistien stimulaatio, kunto- ja aerobinen harjoittelu, hengityselimistön fysioterapia, kontraktuurien ehkäisy sekä toiminnallinen harjoittelu, kuten istumasta seisomaan-, tasapaino- ja käsien toimintakyvyn harjoittelu. Aivovamman oireet ovat yksilöllisiä, joten fysioterapialla ei ole tiettyä kaavaa, vaan se suunnitellaan yksilöllisesti kuntoutujan tarpeiden mukaan (Lindstam & Ylinen 2012, 99–100).

Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä kuntoutujien kokemuksia kuntoutuksesta ja saada selville millainen rooli fysioterapialla on ollut kuntoutuksessa. Tarkoituksena on tuoda näkyvämmäksi fysioterapian vaikuttavuutta aivovammakuntoutuksessa. Opinnäytetyöhön haastateltiin teemahaastattelun keinoin kolmea aivovammakuntoutujaa ja yhtä AVH-kuntoutujaa. Kaikilla haastateltavilla on kokemusta fysioterapiasta osana kuntoutusprosessia. Opinnäytetyön aihe kokemusten keräämisestä syntyi keskustellessa toimeksiantajan kanssa tämänhetkistä haasteista aivovammakuntoutuksessa. Heiltä nousi esiin, että fysioterapiasta saatava apu aivovammakuntoutuksessa nähdään liian kapea-alaisesti, minkä seurauksena maksajat tarjoavat fysioterapiaa rajallisesti.

2 Aivovamma

2.1 Aivovamman synty ja yleisyys

Aivovamma on yksi aivovaurioiden alakäsite. Aivovaurioita ovat muun muassa aivoverenkierronhäiriöt, aivokasvain, CP-vamma sekä tapaturmaisesti aiheutunut vaurio eli aivovamma. (Partanen, Falck, Hasan, Jäntti, Salmi & Tolonen 2006, 224.) Aivovamma aiheutuu päähän kohdistuvasta ulkoisesta voimasta, joka aiheuttaa aivotoiminnassa häiriön tai rakenteellisen vaurion. Mekaaninen voima aiheuttaa aivoihin anatomisesti sekä kiihtyvyydeltään epänormaalia liikettä. Yleisimpiä syitä aivovamman aiheutumiseen ovat kaatumiset, putoamiset ja liikenneonnettomuudet. Suomessa noin 56% aivovamman aiheutumisista syntyy kaatumisen seurauksena. (Aivovammat 2020, 3; Lindstam & Ylinen 2012, 21.)

Arviolta sairaalahoitoa vaativia aivovammoja ilmaantuu Suomessa vuosittain noin 5200 henkilöllä (Arokoski ym. 2015). Kokonaisuudessaan aivovammoja tapahtuu Suomessa vuosittain noin 15 000-20 000 (Aivovammaliitto 2020). Miehillä aivovamma on yleisempi kuin naisilla, 55-82% aivovamman saaneista on miehiä. Aivovamman saaneet naiset ovat keskimäärin miehiä iäkkäämpiä. Jopa puolet aivovamman saaneista ovat olleet vammautumishetkellä alkoholin vaikutuksen alaisena. Yli 75-vuotiaana aiheutuneet aivovammat ovat lisääntymässä. (Aivovammat 2020, 3.)

2.2 Aivovamman luokittelua

Aivovamma on laaja yläkäsite useille erilaisille vaurioille aivoissa. Vaurion luokitteluun vaikuttavat vamman sijainti, vauriomekanismi, laajuus sekä vakavuus. (Lindstam & Ylinen 2012, 44.) Alla esitellään aivovamman luokittelua primääri- ja sekundääri, ulkoisen ja sisäisen, paikallisen ja diffuusin, suoran ja epäsuoran sekä vaikeusasteen mukaisen jaottelun mukaan. Ymmärtääkseen aivovamman vaikeusaste, on olennaista tietää vammamekanismi ja kudოსvauriot, joita aivovammassa on tapahtunut.

2.2.1 Jaottelu kudოსvaurion ja vammamekanismin mukaan

Primääri- & sekundäärivauriot sekä ulkoiset & sisäiset vauriot

Ensi- ja toissijaiset eli primääri- ja sekundäärivauriot ovat nimensä mukaisesti jaoteltu vammoihin, jotka aiheutuvat heti vammautumishetkellä tai niin kutsuttuna jälkiseurauksena yleensä minuuttien, tuntien tai päivien kuluessa. Ensisijaisia vammoja ei voi vammautumishetken jälkeen ehkäistä, kun taas toissijaisia vaurioita pyritään ehkäisemään ja vähentämään hoidon avulla. Ensi- ja toissijaiset vauriot voidaan jakaa vielä omiin alaluokkiin, jotka esittelen seuraavissa kappaleissa. (Arokoski ym. 2015; Lindstam & Ylinen 2012, 45.)

Ensisijaiset vammat voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin vaurioihin. Sisäisessä vauriossa vaurio on syntynyt aivokudokseen ja ulkoisessa vauriossa vaurio on aivojen ulkopuolella, mutta kuitenkin kallon sisällä ja useimmiten vamman seurauksena aiheutuu myös aivokudoksen vaurioituminen. Yleisimpiä sisäisiä aivovaurioita ovat aivoruhje, aivojen sisäiset verenvuodot ja diffuusi aksonivaurio. Ulkoiset vauriot ovat käytännössä kaikki erilaisia verenvuotoja. Esimerkkejä ulkoisista vaurioista ovat kovakalvon ulkoinen ja alainen vuoto sekä traumaattinen lukinkalvon alainen vuoto. Kallonmurtuman seurauksena voi olla aivovamma iskun liike-energian vuoksi. Ulkoisessa ja sisäisessä vauriossa erona on myös se, että ulkoiset vauriot hoidetaan usein kiireellisellä leikkaushoidolla, kun taas sisäisiä vaurioita harvemmin hoidetaan leikkaushoidolla. (Lindstam & Ylinen 2012, 44–45; Soinila, Kaste & Somer 2006, 425.)

Toissijaiset vauriot aiheutuvat siis ensisijaisten vaurioiden jälkiseurauksena. Toissijaiset vauriot voidaan jaotella kallon sisäisiin ja koko elimistöä koskeviin vaurioihin. Kallon yleisiä sisäisiä vaurioita voivat olla kohonnut kallonsisäinen paine, aivoturvotus, aivoverenkiertohäiriöt, aivo-selkäydinnesteen kierron häiriöt, epileptistyyppiset kohtaukset ja kallonsisäiset tulehdukset. Koko elimistöä koskevia tyypillisiä toissijaisia vaurioita ovat hapenpuute, liian alhainen verenpaine, anemia, nestetasapainon häiriöt, kuume, veren hyytymishäiriöt sekä sokeritasapainon häiriöt. (Lindstam & Ylinen 2012, 45.) Aivovammapotilaan akuuttihoidon tärkeimpänä tarkoituksena on varmistaa aivojen riittävä hapensaanti ja verenkierto toissijaisten vaurioiden ehkäisemiseksi (Siironen, Takala & Tanskanen 2017). Akuuttihoidon tehtäviin palataan lisää ”kuntoutusprosessi” kappaleessa.

Paikalliset & diffuusit vauriot

Aivovammat voidaan jakaa myös paikallisiin tai diffuuseihin vaurioihin. Paikallisessa aivovammassa voidaan määritellä vaurioitunut alue, kun taas diffuusissa aivovammassa vaurioaluetta ei voida rajata vaan se on laaja-alainen. Esimerkkinä diffuusista aivovauriosta on diffuusi aksonivaurio eli DAI ja paikallisesta aivovammasta ruhjepesäke. (Lindstam & Ylinen 2012, 46.) Diffuusissa aksonivauriossa voimakas hidastuvuus- tai kiihtymisenergia aiheuttaa aivokudoksen sisäisten rakenteiden rikkoutumisen. DAI:n aiheuttamat muutokset aivoissa voidaan nähdä TT-kuvauksella ja joissain tapauksissa myös magneettikuvauksella. (Soinila ym. 2006, 425.)

Suorat & epäsuorat vauriot

Yksi tapa jaotella aivovamma, on jakaa se suoriin ja epäsuoriin aivovammoihin. Suorassa aivovammassa vaurio syntyy suoran kontaktin kautta, jolloin iskun osuessa päähän aivot vaurioituvat, vaikka kallon luu ei murru. Epäsuorassa aivovammassa vaurio syntyy hidastuvuus- tai kiihtyvyysovoiman myötä, eli esimerkiksi liikenneonnettomuudessa päähän ei

välttämättä tule suoraa osumaa ulkoisesta esineestä, mutta äkkipysähdys aiheuttaa aivoihin kiertävän hidastusliikkeen. (Lindstam & Ylinen 2012, 46; Soinila ym. 2006, 425.)

2.2.2 Vaikeusasteen mukainen jaottelu

Aivovamma jaetaan lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan aivovammaan. Vaikean aivovamman arviointi on usein selvää, mutta lievän ja keskivaikean aivovammaan on useita luokittelukriteereitä. (Aivovammat 2020, 6.) Vaikeusaste arvioidaan heti akuuttivaiheessa ja sitä käytetään pohjana myöhemmälle arviolle. Yleisimpiä aivovamman vaikeusasteen määrittelyyn käytettäviä mittareita ovat Glasgow'n kooma-asteikko (GCS), joka mittaa tajunnantasoja potilaan tullessa sairaalaan sekä PTA-mittari (Post-traumaattinen amnesia), jolla määritellään vaikeusastetta muistiaukon keston mukaan. Lisäksi TT-kuvien tai magneettikuvien löydökset sekä tajuttomuuden pituus vaikuttavat vaikeusasteen luokitteluun. Näiden niin sanottujen mittareiden pohjalta saadaan alustava arvio vamman vaikeusasteesta. (Lindstam & Ylinen 2012 46–4; Aivovammat 2020, 3–14).

Tajunnantaso

Tajunnantason seurauksessa käytetään usein GCS-asteikkoa (Aivovammat 2020, 14). GCS-asteikolla arvioidaan tajunnantasoja heti potilaan tullessa sairaalaan. GCS-asteikolla arvioidaan alla olevan taulukon (taulukko 1) mukaisesti potilaan reagointia silmien avaamiselle, puhevasteelle ja parhaalle liikevasteelle. Maksimipistemäärä on 15 ja minimipistemäärä 3. GCS-asteikon mukaan tajunta voi vaihdella täydestä tajuttomuudesta täysin toimivaan tajuntaan. Tajuttomuuden selviämiseen tarvitaan silminnäkijöitä, sillä vammautunut ei voi itse tietää onko hän ollut tajuton vammautuessaan. (Tenovuo 2020, 10; Teasdale 2014). GCS-taulukko on pääosin ollut sama pitkään, mutta pieniä muutoksia on Teasdalen (2014) mukaan tullut sanamuotoihin.

Taulukko 1. Glasgow'n kooma-asteikko. (Aivovammat 2020)

TOIMINTO	REAGOINTI	PISTEET
Silmien avaaminen	Spontaanisti	4
	Puheelle	3
	Kivulle	2
	Ei vastetta	1
Puhevaste	Orientoitunut	5
	Sekava	4
	Irrallisia sanoja	3
	Ääntelyä	2
	Ei mitään	1
Paras liike- vaste	Noudattaa kehotuksia	6
	Paikallistaa kivun	5
	Väistää kipua	4
	Fleksio kivulle	3
	Ekstensio kivulle	2
	Ei vastetta	1
Yhteensä		3-15 pistettä

Muistiaukko

PTA-mittarilla arvioidaan vaikeusastetta muistiaukon keston mukaan, eli trauman jälkeinen aika siihen asti, kun muistissa esiintyy aukkoja ennen yhtenäistä muistamista. PTA arvio annetaan ensimmäisen sairaalahoitajakson tai poliklinikka käynnin aikana. Mitä pidempi muistiaukko vammautuneella on, sen vaikeampi aivovamma on kyseessä. PTA-tuloksiin voi vaikuttaa esimerkiksi päihteet, kipu tai psyykinen stressi. (Arokoski ym. 2015; Aivovammat 2020, 4.)

Kriteerit vaikeusasteen luokitteluun

Aivovamman vaikeusasteen mukaiseen arviointiin vaikuttavat kokonaisuudessaan tajunnantaso, muistiaukko, TT-kuvien ja magneettikuvien löydökset sekä tajuttomuuden pituus. Pelkällä GCS- tai PTA-mittarilla ei saada kokonaisvaltaista arviota aivovamman vaikeusasteesta. (Aivovammat 2020, 7.) Alla olevassa taulukossa (taulukko 2) on määritelty Käypä hoito -suosituksen mukaiset kriteerit vaikeusasteen mukaisesta luokittelusta.

Taulukko 2. Aivovamman vaikeusasteen luokittelu Käypä hoito -suosituksen mukaan. (Aivovammat 2020)

Vaikeusaste	Kriteeri
Lievä aivovamma	<p>GCS-pistemäärä on 13–15 puolen tunnin kuluttua vammasta ja koko seurannan ajan sekä jokin seuraavista toteutuu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maksimissaan 30 minuutin tajuttomuus 2. Maksimissaan 24 tunnin PTA 3. Aivojen TT- tai magneettikuvissa vähäinen vamman aiheuttama kallonsisäinen löydös
Keskivaikea aivovamma	<p>Aivojen TT- tai magneettikuvauksessa vamman aiheuttama kallonsisäinen löydös sekä jokin seuraavista toteutuu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GCS-pistemäärä 9–12 puolen tunnin kuluttua vammasta tai jossain vaiheessa sen jälkeen 2. Yli 30 minuutin, mutta maksimissaan. 24 tunnin tajuttomuus 3. Yli 24 tunnin, mutta maksimissaan 7 vuorokauden PTA
Vaikea aivovamma	<p>Aivojen TT- tai magneettikuvauksessa vamman aiheuttama kallonsisäinen löydös sekä jokin seuraavista toteutuu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GCS-pistemäärä maksimissaan 8 puolen tunnin kuluttua vammasta tai jossain vaiheessa sen jälkeen 2. Yli 24 tunnin tajuttomuus 3. Yli 7 vuorokauden PTA

3 Kuntoutusprosessi & fysioterapia

3.1 Yleistä aivovammakuntoutujan hoidosta ja kuntoutuksesta

Aivovamman akuuttivaiheen hoito on jaettu potilaan kiireellisyys- ja hoitoluokittelun mukaisesti. Kiireellisyysluokittelu arvioidaan asteikolla 1-5, mitä pienempi numero, sitä kiireellisempää hoitoa potilas tarvitsee. Aivovamman alkuhoidon aikana tärkeintä on tunnistaa hengenvaaralliset kallonsisäiset vammat, joita voidaan hoitaa. (Lindstam & Ylinen 2012, 22–23.) Ensihoidossa tärkeintä on ehkäistä ja vähentää sekundäärivammojen synty, jotka voivat syntyä minuuttien, tuntien tai vuorokausien päästä primäärivammasta. Myös hengitysteiden avaaminen, riittävä hapettuminen, ventilaation turvaaminen ja verenkierron ylläpito ovat tärkeitä asioita, jotka tulee huomioida ensihoidossa. Ennen kuvantamistutkimuksia on muistettava, että potilaalla saattaa olla kaularangassa murtuma. (Siironen ym. 2017.)

Tarkkaa kaavaa kuntoutuksen etenemisestä ei ole, sillä kuten edellisestä osiosta käy ilmi, aivovammat voivat olla tyypiltään hyvin erilaisia, vaikka vaikeusaste olisikin sama. Harvoin aivovamma on myöskään ainoa aiheutunut vaurio, jolloin hoidon ja kuntoutuksen eri vaiheissa on myös huomioitava muut vauriot. Joskus aivovamma voi olla toissijaisesti kuntoutettava vamma, kuten esimerkiksi selkäydinvamman saaneilla aivovammaa ei välttämättä edes huomata aluksi. (Arokoski ym. 2015.) Kuntoutusprosessi on usein moniammatillista yhteistyötä. Erityisesti keskivaikeiden ja vaikeiden aivovammojen kohdalla intensiivisestä moniammatillisesta kuntoutuksesta on saatu näyttöä toiminta- ja työkyvyn paranemisen kannalta. Moniammatilliseen kuntoutukseen osallistuvat mm. lääkäri, joka yleensä on neurologi, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, neuropsykologi, psykiatri, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, kuntoutusohjaaja ja puheterapeutti. Kuntoutusmuodot valitaan kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden mukaan. (Lindstam & Ylinen 2012, 56.)

Lievässä, keskivaikeassa ja vaikeassa aivovammassa on kaikissa merkittävää ajoittaa kuntoutus oikeaan aikaan aivotointojen osalta. Puhutaan plastisuudesta eli aivojen muovautumisesta, jota tapahtuu oppimistilanteissa jatkuvasti jokaisen ihmisen aivoissa. (Jehkonen, Saunamäki & Hokkanen 2020.) Aivojen plastisuus on voimakkaimmillaan 3-6 kuukautta onnettomuudesta, joten tärkeää olisi päästä mahdollisimman pian kuntoutukseen (Ballester ym. 2019). Aivovamman seurauksena yhden hermoverkoston toiminta voi katketa, jolloin kuntoutumisen kannalta on merkittävää, että aivoissa uusi yhteys voi tarjota vaihtoehtoisen reitin hermoverkostoihin ja kuntoutuminen on tätä kautta mahdollista. Synapsitason muutoksia tapahtuu enemmän, kun kuntoutus aloitetaan varhain, mutta on myös havaittu, että joskus varhain aloitettu kuntoutus on johtanut epätoivottuihin toiminnan muutoksiin. Aivojen

toimintaa voidaan siis muovata oppimiskokemuksilla ja siksi on tärkeää saada tarpeeksi usein ja intensiivisesti kuntoutusta. (Jehkonen ym. 2020; Soinila ym. 2006, 439.)

Aivovammakuntoutujien omia tavoitteita on usein voida hyvin ja pystyä huolehtimaan itsensä. Aivovamman vaikuttaessa myös mahdollisesti tunteiden kokemiseen sekä sosiaaliin kanssa käymiseen, on kuntoutujalla sopeutumista tilanteeseen fyysisten rajoitteiden lisäksi monella eri osa-alueella. (Parreiras de Menezes 2015.) Kuntoutuja ei välttämättä itse tunnista kaikkia aivovamman tuomia muutoksia, jolloin kuntoutuksessa tärkeänä osana on luoda kuntoutujalle selkeä kuva jälkioireista ja niiden vaikutuksesta elämään (Soinila ym. 2006, 439). Yhteiskunnassa selvitäkseen ja itsenäisesti pärjätäkseen kuntoutuja tarvitsee paljon tukea moniammatilliselta kuntoutustiimiltä sekä läheisiltään (Parreiras de Menezes 2015). Seuraavissa osioissa kerrotaan hoidon ja kuntoutuksen etenemisestä yleisellä tasolla sekä esitellään tarkemmin fysioterapeutin roolia prosessissa.

3.2 Lievän aivovamman akuuttivaihe

Lievät 15 GCS-pisteen aivovammat hoidetaan perusterveydenhuollon päivystyksessä. ESI-luokitus on 4-5, eikä vammautumishetkellä ole esiintynyt muistamattomuutta, tajuttomuutta, sekavuutta tai neurologisia puutosoireita. (Lindstam & Ylinen 2012, 22–23.) Mikäli potilaan muistiaukko on ohi, GCS on 15, pään TT-kuvissa ei ole löydöksiä, vamman jälkeiset oireet, kuten päänsärky on lievää, eikä muita sairaalahoitoa vaativia vaurioita ole, voidaan potilas kotiuttaa päivystyksestä. Mikäli kotiutuskriteerit eivät täyty tai potilas on alkoholin vaikutuksen alaisena, tulee potilasta seurata päivystyksessä tai osastolla. (Aivovammat 2020, 8.)

Lievän aivovamman hoito on oireenmukaista, lääkehoito keskittyy pääosin kivunhoitoon. Toipumisen edistämiseksi on tärkeää tunnistaa lievä aivovamma mahdollisimman nopeasti sekä tiedottaa potilasta oireista ja yleisestä toipumisennusteesta. Lievän aivovamman jälkeen ei tarvitse pidättäytyä täydellisessä levossa, vaan toipumista edistää asteittainen siirtyminen takaisin arkipäivän toimintoihin. Liian nopeasti aloitettu intensiivinen harjoittelu voi lisätä aivojen verenvuodon riskiä nostamalla kallonsisäistä painetta. Lievästä aivovammasta kirjoitetaan sairauslomaa ja jälkitarkastus tulee kyseeseen perusterveyshuoltoon 1-2 viikon päähän työkyvyn varmistamiseksi. (Aivovammat 2020, 7–8; Hugentobler, Vegh, Janiszews-ki & Quatman-Yates 2015.)

3.3 Lievän aivovamman subakuutti ja myöhäisvaiheen kuntoutus

Lievästä aivovammasta toivutaan yleensä täysin oireettomaksi 7-14 päivän kuluessa, mutta 10-30%:lla oireet pitkittyvät. Pitkittyneitä oireita kuvataan nimityksellä postkommootio-oireyhtymä, josta käytetään englanninkielisestä termistä tulevaa lyhennystä PCS. Niitä voivat

olla muun muassa päänsärky, väsyvyys, huimaus, hyvänlaatuinen asentohuimaus ja tasapainohäiriöt. (Hugentobler ym. 2015; Gurley, Hujsak & Kelly 2013, 519.) Alla olevassa taulukossa (taulukko 3) on esitetty tarkemmin PCS-oireita. Alkuvaiheessa on hyödyllistä tehdä moniammatillinen arviointi kuntoutujalle, mikäli hän kärsii pitkittyneistä oireista. Testauksia on muun muassa tehty korkeatasoisille jääkiekkopelaajille, jotta saadaan selville, onko heidän turvallista jatkaa lajia. (Lindstam & Ylinen 2012, 23–24.)

Taulukko 3. Lievän aivovamman jälkioireiden arviointi asteikko (Post-concussion scale). (Graham, Rivara, Ford & Spicer 2014)

Oireet	Arviointi							
	Ei mitään	Kohtuullista	Kohtuullista		Vakavaa			
Päänsärky	0	1	2	3	4	5	6	
Pahoinvointi	0	1	2	3	4	5	6	
Oksentelu	0	1	2	3	4	5	6	
Tasapainohäiriöt	0	1	2	3	4	5	6	
Huimaus	0	1	2	3	4	5	6	
Väsyvyys	0	1	2	3	4	5	6	
Unettomuus tai lisääntynyt unen tarve	0	1	2	3	4	5	6	
Uneliaisuus	0	1	2	3	4	5	6	
Herkkyys äänelle tai valolle	0	1	2	3	4	5	6	
Ärtyisyys	0	1	2	3	4	5	6	
Alakuloisuus	0	1	2	3	4	5	6	
Hermostuneisuus	0	1	2	3	4	5	6	
Lisääntynyt tunteisuus	0	1	2	3	4	5	6	
Turtumus/Kihelmöinti	0	1	2	3	4	5	6	
”Hidastuneisuuden” tunne	0	1	2	3	4	5	6	
”Sumuisuuden” tunne	0	1	2	3	4	5	6	
Keskittymisvaikeudet	0	1	2	3	4	5	6	
Muistamattomuus	0	1	2	3	4	5	6	
Yhteensä:								

Asentohuimauksesta ja tasapainohäiriöistä kärsivät henkilöt voivat hyötyä vestibulaarikuntoutuksesta, jonka kuntoutuksesta vastaavat yleensä fysioterapeutit. Siihen sisältyy kohdennettujen harjoitteiden käyttö edellä mainittujen oireiden ja yleisen toimintakyvyn parantamiseksi. Asentohuimaus johtuu sisäkorvan kaarikäytävien toimintahäiriöstä, joka aiheuttaa 2-20 sekuntia asennon vaihdon jälkeen virhetuntemuksia, jotka ilmaantuvat kierto- huimauksena. Usein asentohuimaus saadaan pois muutaman vestibulaarisen fysioterapiakäynnin avulla. Mikäli kuntoutujalla on esimerkiksi katseen kohdistamisessa vaikeuksia, liikeherkkyyttä, heikentynyt posturaalinen kontrolli tai asentohuimausta, on fysioterapian seurannan tarve pidempiaikaista. (Gurley ym. 2013, 519; Saarelma 2020; Kane, Diaz & Moore 2019.)

Tällä hetkellä ei ole olemassa standardoituja fysioterapeutin ohjeita lievän aivovamman jälkeisten oireiden kuntouttamiseksi ja tutkimuksia fysioterapeuttisen kuntoutuksen

tehokkuudesta lievän aivovamman saaneille on tehty vähän. Jatkotutkimuksia erityisesti tehokkaiden hoitomenetelmien selvittämiseksi tarvittaisiin lisää. Fysioterapeutin roolin nähdään kuitenkin olevan nousussa lievän aivovamman kuntoutusprosessissa, sillä fysioterapeuteilla on tietotaitoa lievän aivovamman pitkittyneiden oireiden hoitoon. Aktiivisen kuntoutuksen uskotaan myös edistävän aivojen neuroplastisuutta, mikä helpottaa oireiden tunnistamista sekä parantaa yleistä hyvinvointia. (Hugentobler ym. 2015; Kane ym. 2019.)

Fysioterapian hyötyjä on nähty muun muassa Rabago & Wilkenin (2011) tutkimuksessa, jossa selvitettiin tapaus tutkimuksen avulla tietokoneavusteisessa ympäristössä suoritettun kuntoutuksen tehokkuutta 36-vuotiaalle kuntoutujalle. Hänellä oli ongelmia visuaalisessa ja fyysisessä toimintakyvyssä sekä heikentynyt staattinen tasapaino. Kuuden hoitokerran jälkeen kuntoutujalla havaittiin merkittävää parantumista posturaalisessa kontrollissa ja kävelytasapainossa. Myös Hugentobler ym. (2015) -tapaussarja tutkimuksen mukaan fysioterapia voi olla avuksi paranemiselle sekä kehittää toimintakykyä. Tutkimukseen valittiin takautuvasti kuusi lapsiurheilijaa, jotka kärsivät PCS:stä ja olivat käyneet fysioterapiassa. Tutkittavilla aikaa vammautumisesta oli 19-192 päivää. Sen tarkoituksena oli kuvata erilaisia fysioterapeuttisia menetelmiä tutkittavien hoitoon. Erityisesti tutkimustulokset viittaavat siihen, että monimuotoinen fysioterapia voi auttaa oireiden helpottamisessa sekä turvallisesti parantaa kuntoutujan itseohjautuvuutta ja toimintakykyä. Hugentobler ym. (2015) toteaa tapaus tutkimuksessaan lievän aivovamman tehokkuuden olevan vähän tutkittua ja jatkotutkimusten olevan tarpeellisia.

3.4 Keskivaikean ja vaikean aivovamman akuuttivaihe ja osastokuntoutus

Keskivaikeat tai lievät vähintään 9 GCS-pisteen aivovammat hoidetaan erikoissairaanhoidon päivystyksen kautta. Vammautumishetkellä potilailla on ilmennyt muistamattomuutta, tajuttomuutta, sekavuutta tai neurologisia puutosoireita. ESI-luokitus vähintään 9 GCS-pisteillä on 2-3. GCS-pisteiden ollessa alle 9, jolloin aivovamma luokitellaan vaikeaksi tai keskivaikeaksi ja peruselintoiminnot ovat uhattuina, kuuluu akuuttivaiheen hoito erikoissairaanhoidon ensihoitoyksikölle. Tällöin kiireellisyys- eli ESI-luokitus, on 1. (Lindstam & Ylinen 2012, 22–23.) Kaikki, joilla epäillään vaikeaa tai keskivaikeaa aivovammaa, tulee ottaa seurantaan sekä hoitoon sairaalaan. Potilaat siirretään suoraan teho-osastolle, mikäli he ovat tajuttomia tai heillä on useita eri vammoja. (Siironen ym. 2017.)

Vaikean aivovamman saaneet potilaat tulee intuboida lääkkeellisesti. Intuboinnin jälkeen potilas tulee normoventiloida, eli pyrkiä normaaliin keuhkotuuletukseen ehkäistäkseen hypo- ja hyperventilaation riskiä. Hypoksemian eli veren vähähappisuuden ja hypotension eli matalan verenpaineen hoitoon tulisi kiinnittää huomiota, sillä yhtäaikaisesti ne lisäävät aivovammapotilaan kuolleisuutta jopa 14-kertaisesti. Sekundääri vaurioita tulee pyrkiä

ehkäisemään varmistamalla aivojen riittävä hapensaanti ja verenkierto. Sekundäärivauriot voivat huonontaa potilaan neurologista ennustetta sekä lisätä kuolleisuutta. Tehohoidon aikana sekundäärivaurioita voi aiheutua jopa lyhyistäkin hypoksemia- ja hypotensiojaksoista. Muita sekundäärivaurioita aiheuttavia tekijöitä ovat mm. kuume, epileptiset kohtaukset, anemia ja korkea verensokeri. (Siironen ym. 2017; Aivovammat 2020, 10–11.)

Akuuttikuntoutuksessa fysioterapeutti keskittyy yleensä hengityselimistöön kuntouttamiseen sekä passiivisesti liikelaajuuksien ylläpitämiseen. Asento- ja lepoajoilla voidaan ehkäistä painehaavoja, vähentää spastisuutta ja ylläpitää nivelten liikkuvuutta. Tehohoidon jälkeen kuntoutuja siirtyy osastokuntoutukseen, jonka aikana kuntoutujalle laaditaan yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa kuntoutussuunnitelma, jossa asetetaan kuntoutuksen tavoitteita. Fysioterapeutti on kuntouttamassa kuntoutujaa yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa ja keskittyy asioihin, jotka ovat kuntoutujan kannalta merkityksellisimpiä. Selvää kuntoutusmallia fysioterapeuteille ei ole jokaisen aivovamman ollessa erilainen, joten kuntoutuksessa edetään kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. (Lindstam & Ylinen 2012, 56–59, 100.) Varhaisella ja intensiivisellä kuntoutuksella on nähty positiivisia vaikutuksia useilla kuntoutujilla mm. aivojen plastisuuden takia. Siksi fysioterapeutilla on hyvin keskeinen rooli hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuudessa ja siksi varhainen sitoutuminen jo akuutin kuntoutuksen aikana on kuntoutujan kuntoutumisen kannalta tärkeää. (Parreiras de Menezes 2015.)

Kuntoutujalle on hyvä laatia päätavoitteiden lisäksi välitavoitteita, jotta kuntoutujan motivaatio pysyy yllä. Osastokuntoutuksen moniammatilliseen työryhmään osallistuvat kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden mukaan neuropsykologi, toimintaterapeutti, fysioterapeutti sekä puhe-terapeutti. Myös kuntoutusohjaaja ja sosiaalityöntekijä ovat alkuvaiheessa varmistamassa, että kuntoutuja saa oikea-aikaisesti mahdolliset palvelut ja etuudet. Osastokuntoutuksen aikana selvitetään työhön paluun mahdollisuuksia sekä suunnitellaan alustavasti ammatillista kuntoutusta. Usein ammatillisen kuntoutuksen arviointi on kuitenkin mahdollista tehdä vasta, kun tiedetään paremmin toimintakyvyn pysyvämpi taso. (Lindstam & Ylinen 2012, 56, 59; Soinila ym. 2006 439–440.)

Keskeisin terapiamuoto osastokuntoutuksen aikana nähdään olevan neuropsykologinen kuntoutus. Tutkimusnäytön mukaan neuropsykologinen kuntoutus parantaa kognitiivisia, emotionaalisia ja psykologisia osa-alueita aivovammakuntoutuksessa. Erityisesti muistin, tarkkaavaisuuden, toiminnanohjauksen sekä kommunikatiohäiriöiden kohdalla neuropsykologisesta kuntoutuksesta on hyötyä. (Lindstam & Ylinen 2012, 59; Soinila ym. 441–442.)

3.5 Keskivaikean ja vaikean aivovamman kuntoutus osastovaiheen jälkeen

Kuten jo aiemmin on mainittua, tarkkaa kaavaa ei aivovammakuntoutuksessa ole, ja tämä toteutuu myös osastovaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa. Kotiuttaessa aivovammakuntoutuja, voidaan hänelle tarvittaessa ohjata apuvälineiden käyttö ja tehdä kodin muutostyöt. Kotiutuksen jälkeen kuntoutujalla voi jatkua terapiat yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Kuntoutujalla voi olla mm. neuropsykologista kuntoutusta, toimintaterapiaa, fysioterapiaa ja puheterapiaa. Vaikeimmissa tapauksissa kuntoutuja siirtyy vuodeosastolta suoraan kuntoutusosastolle tai -laitokseen. Aivovammakuntoutus on kokonaisuudessaan vuosia kestävä prosessi, jossa eri terapiamuodot ja niiden tiiviys vaihtelevat. Viime vuosien aikana on saatu enemmän näyttöä aivovammakuntoutuksen hyödyllisyydestä. Hyödyt ovat näkyneet myös tapauksissa, joissa aivovammakuntoutuja on päässyt kuntoutuksiin vasta vuosien kuluttua vammautumisestaan. (Soinila ym. 2006, 441; Lindstam & Ylinen 2012, 53, 91.)

Aivovamma voi aiheuttaa yksilöllisesti pitkäaikaisia fyysisiä vammoja sekä lukuisia ja monimuotoisia neurologisia vaurioita, jotka vaikuttavat elämänlaatuun. Jälkitiloissa voi esiintyä hahmottamisen häiriöitä, jotka voivat liittyä esimerkiksi tuntojärjestelmän häiriöihin ja näkyä kehon tunnistamisen vaikeuksina suhteessa ympäristöön. Havaintohäiriö vaikeimmissa tapauksissa voi aiheuttaa koko toisen puolen neglect-oireen, jolloin toinen puoli kehosta ja ympäristöstä jää huomiotta. Hahmottamishäiriöt voivat näkyä esimerkiksi kömpelyytenä. Lisäksi aivovamma voi tuoda kehon hallintakyvyn alenemista, koordinoinnin häiriöitä ja tasapainovaikeuksia. Alkuvaiheen fysioterapiatutkimuksissa selvästi näkyvät toimintakykyyn vaikuttavat oireet eivät välttämättä näy tutkimuksissa, vaan voivat näkyä vasta arjen rutineihin palatessa, kuten harrastuksissa tai urheillessa. (Parreiras de Menezes 2015; Lindstam & Ylinen 2012, 95–97; Terveyskyä 2020.)

Hellwegin & Sönken (2008) kirjallisuuskatsauksessa on perehdytty useisiin tutkimuksiin ja siinä todetaan, että vaikka muutamia suosituksia voidaan tehdä aivovammakuntoutujien fysioterapiasta, on vaikuttavuudesta harvojen tutkimusten takia vielä paljon kysymyksiä. Fysioterapeutin on tärkeä tunnistaa toimintakykyä rajoittavat tekijät, jotka voivat aivovamman lisäksi olla aiheutuneet myös muista syistä, kuten esimerkkinä selkäydinvammasta tai ortopedisistä vammoista. Tunnistettuaan toimintakyvyn rajoitteet, fysioterapeutin tehtävänä on auttaa kuntoutujaa saavuttamaan mahdollisimman samanlainen toimintakyky kuin ennen aivovammaa. Oireiden selkeytyminen tapahtuu usein vasta pidemmän ajan päästä vammautumisesta, jolloin fysioterapian jatkuvuus olisi tärkeää myös myöhemmässä vaiheessa aivovammaa. Myöhäisvaiheen fysioterapian voidaan sanoa olevan taitojen ylläpitämistä, mutta myös mahdollisesti niiden kehittämistä. (Parreiras de Menezes 2015.) Fysioterapeuttiset keinot voivat olla yksittäiseen alueeseen keskittyviä tai kokonaisuuteen pyrkiviä.

Tärkeää fysioterapeutille on erityisesti keskittyä harjoittelun ohjaukseen, sillä aivovamman oireet, kuten aloitekyvyttömyys, tarkkavaisuuden vaikeudet ja muistivaikeudet, vaikuttavat harjoittelun toteuttamiseen. (Lindstam & Ylinen 2012, 97.)

Jokaisella fysioterapia on suunniteltu omien tarpeiden mukaan, mutta yleisiä aivovammakuntoutuksessa esiintyviä keinoja ovat muun muassa kuntoharjoittelu, raajapainoinen toisto- ja harjoittelu, jolla pyritään lisäämään raajojen toimintaa ja liikettä, lihaskireyksiä, liikkuvuuden ja jännitysten hoito olotilan helpottamiseksi, allasterapia sekä kipuhoidot. Lisäksi aivovammakuntoutujat voivat hyötyä ryhmämuotoisesta harjoittelusta, sillä ryhmästä voi saada vertaistukea. Kaikille ryhmämuotoinen harjoittelu ei kuitenkaan sovi häiriöherkkyyden vuoksi. (Lindstam & Ylinen 2012, 99–100.) Bobath-lähestymistapaa on myös käytetty erilaisten aivovaurioiden kuntoutuksessa. Bobath-lähestymistapa sopii hyvin aivovammakuntoutujille, joilla on tuntojärjestelmän- tai koordinaation häiriöitä. (Gjelsvik & Syre 2016, 29.)

Parreiras de Menezesin (2015) mukaan fysioterapeuttisista menetelmistä positiivisia vaikutuksia ovat tuottaneet mobilisaatio, aistien stimulaatio, kunto- ja aerobinen harjoittelu, hengityselimistön fysioterapia, kontraktuurien ehkäisy sekä toiminnallinen harjoittelu, kuten istumasta seisomaan-, tasapaino- ja käsien toimintakyvyn harjoittelu. Näiden lisäksi Hellwegin & Sönken (2008) kirjallisuuskatsauksessa on korostettu hoidon intensiteetin tärkeyttä. Harjoitukset tulee valita kuntoutujalle yksilöllisesti hänen tarpeidensa mukaan. On myös tärkeää toistaa samat arvioinnit tai testit, jotka suoritettiin ennen kuntoutusta ja sen aikana, jolloin saadaan selville ovatko kuntoutuksen tavoitteet toteutuneet. (Parreiras de Menezes 2015.) Voima- ja kuntoharjoittelun on myös tutkittu soveltuvan keskivaikean ja vaikean aivovamman saaneille kuntoutujille. Pitkällä ja progressiivisella voimaharjoittelulla, huomioiden liiallisen lihajännityksen nousu ja huimaus, voidaan kohentaa fyysistä toimintakykyä ja parantaa liikkumista. (Bhambhani, Roand & Farag 2005.)

Siitä huolimatta, että aivovamman saaneiden kuolleisuus on pienentynyt ja esiintyvyys noussut, ei voida sanoa mikä on tehokkain terapiamuoto. Jatkotutkimukset ovat yhä tarpeellisia. (Parreiras de Menezes 2015.) Neuropsykologinen kuntoutus nähdään kuitenkin usein keskeisimpänä terapiamuotona aivovammakuntoutuksessa. Tutkimustuloksista onkin selvinnyt, että kuntoutuja hyötyy eniten kokonaisvaltaisesta neuropsykologisesta kuntoutuksesta, jossa psykoterapia on osana terapiaa. (Lindstam & Ylinen 2012, 88–91.)

Aivovamman saaneelle tulee järjestää riittävän pitkäkestoinen seuranta, sillä kuntoutusprosessin aikana voi ilmetä useita muutoksia. Kuntoutuksen maksaja riippuu siitä, miten aivovamma on aiheutunut, mikä on aivovamman vaikeusaste, millaisia oireita aivovammasta on seurannut sekä kuntoutujan ikä. Maksajina voivat olla esimerkiksi Kela, työterveydenhuolto, vakuutuskuntoutus sekä vakuutus- ja työeläkeyhtiöt. Vaikeuksia

kuntoutuspalvelujärjestelmän toimijoille tuottaa aivovamman näkyvien oireiden puutteellisuus, jolloin haasteita on ymmärtää kuntoutuksen ja avun tarvetta. Tähän vaikuttavat niin tietämättömyys kuin lait ja säädökset. Aivovammaiselle palvelujärjestelmien vaatimuksia voi olla vaikea ymmärtää. (Lindstam & Ylinen 2012, 128–130; Soinila ym. 2006, 443–444.)

4 Opinnäytetyön toimeksiantaja, tarkoitus & tavoite

4.1 Toimeksiantaja

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Aivovammaliitto. Aivovammaliitto on vuonna 1992 perustettu valtakunnallinen etujärjestö, jonka tarkoituksena on edistää aivovamman saaneiden itsenäisyyttä ja yhdenvertaisuutta. Aivovammaliiton toimintaan kuuluu muun muassa tiedonjakaminen aivovammasta, vertaistuen järjestäminen mm. sopeutumisvalmennuskurssien avulla sekä yhteistyö yhdistysten ja ammattiryhmien kanssa. Vuoteen 2014 mennessä Aivovammaliitolla oli jäseniä noin 2000, joka on vain murto-osa suomalaisista aivovamman saaneista tai heidän läheisistään. (Aivovammaliitto 2014.) Yhdistystoimintaa Aivovammaliitolla on 30 paikkakunnalla ja ne toimivat vapaaehtoisten avulla. Yhdistykset järjestävät muun muassa erilaisia tapahtumia jäsenilleen. (Aivovammaliitto 2020.)

4.2 Tarkoitus & tavoite

Aivovammaliitolta selvisi, että kuntoutujilta on noussut esiin epäselvyys muun muassa toimintaterapian ja fysioterapian työnjaossa sekä näiden suhteessa neuropsykologiaan. Aivovammaliitolta kerrottiin myös, että aivovammakuntoutuksessa fysioterapeutin roolin koetaan jääneen hieman toisten terapiamuotojen varjoon. Mahdollisesti fysioterapiasta saatava apu nähdään liian kapea-alaisesti, jolloin maksajat tarjoavat fysioterapiaa rajallisesti. Fysioterapeutin työnkuvasta aivovammakuntoutuksesta löytyy jonkin verran tietoa kirjallisuudesta ja internetistä, mutta fysioterapian vaikuttavuudesta ja toteuttamistavoista on tehty vain hyvin vähän laadukkaita tutkimuksia. Näistä taustoituksista lähdimme Aivovammaliiton kanssa miettimään sopivaa aihetta opinnäytetyölleni, jolloin aiheeksi valikoitui kokemusten kerääminen aivovammakuntoutujilta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä kuntoutujien kokemuksia aivovammakuntoutuksesta ja selvittää millainen rooli fysioterapialla on ollut kuntoutuksessa. Kokemusten pohjalta tarkoituksena on tuoda näkyvämmäksi fysioterapian vaikuttavuutta aivovammakuntoutuksessa.

Tutkimuskysymyksiksi muodostuivat seuraavat:

1. Millainen oli kuntoutusprosessin alkuvaihe?
2. Mitkä ovat kuntoutujan kokemukset fysioterapiasta aivovammakuntoutuksessa?
3. Mitä kuntoutuspalveluja kuntoutuja saa tänä päivänä?

5 Tutkimuksellisen opinnäytetyön toteutus

5.1 Tutkimus- & aineistonkeruumenetelmä

Menetelmänä käytin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen ja laadullisen tutkimuksen suurin eroavaisuus on, se että määrällisen tutkimuksen raportointi perustuu numerointiin, kun taas laadullisessa tutkimuksessa käytetään yleensä kuvailevaa raportointia. Vaikka laadullisessa tutkimuksessa numeraalinen raportointi on harvinaista, esitetään tulokset usein käyttäen muun muassa ilmaisuja, kuten ”suurin osa”, ”enemmän kuin” jne. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 24; Eskola & Suoranta 2000, 86–87.)

Laadullisen tutkimuksen pyrkimys on ymmärtää toimijoiden näkökulmaa, siinä merkitysten tutkiminen on olennaista, kun taas määrällisellä tutkimuksella pyritään mm. yleistettävyyteen ja ennustettavuuteen. Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on ihminen ja siinä tuodaan yksilön ääni kuuluviin. Tutkimusmenetelmälle on tyypillistä tutkijan ja tutkittavan henkilökohtainen osallistuminen ja tutkijan empaattinen ymmärrys. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 22–24; Kylmä & Juvakka 2007, 16.)

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä on useita, mm. haastattelu, havainnointi tai valmiista aineistoista kerättävä tieto (Hirsjärvi & Hurme 2015, 23). Käytän tutkimuksessa menetelmänäni haastattelua. Haastattelu on vapaamuotoinen aineistonkeruumenetelmä, siinä tutkittava nähdään subjektina, joka voi tuoda omia näkemyksiään mahdollisimman vapaasti esille. Haastattelun avulla voidaan tutkia asioiden merkityksiä ja pyytää mielipiteiden perusteluita. Laadullisessa tutkimuksessa haastattelija ja haastateltava ovat vuorovaikutuksessa ja tulokset saadaan yhteistyön pohjalta, sillä haastattelija voi esimerkiksi vahvistaa haastateltavan näkökulmaa. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 23, 35; Eskola & Suoranta 2000, 86–88.)

Haastatteluja voi suorittaa eri tavalla, on olemassa mm. strukturoitu lomakehaastattelu, strukturoimaton haastattelu ja puolistrukturoitu haastattelu (Eskola & Suoranta 2000, 86–87). Näistä valitsin haastattelumenetelmäksi puolistrukturoidun haastattelumenetelmän eli teemahaastattelun. Teemahaastattelussa kysymysten sanamuotoja ja esittämisjärjestystä voi muuttaa, mutta kysymykset ovat kaikille samat. Haastattelulle on siis määritelty jokin näkökohta, mutta ei jokaista. Haastatteluiden aikana voidaan myös mahdollisesti esittää tarkentavia kysymyksiä. Puolistrukturoidussa haastattelussa strukturoidulle haastattelulle kuuluva kysymysten tarkka muoto sekä järjestys puuttuvat, mutta samojen teema-alueiden vuoksi se ei ole yhtä vapaa kuin strukturoimaton haastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 44–48.)

Teemahaastattelua voidaan käyttää haastattelumenetelmänä, kun halutaan saada tietoa haastateltavien omista kokemuksista tai ei tiedetä, millaisia vastauksia tullaan saamaan. Etukäteen on kuitenkin tiedossa, se että haastattelija on kokenut tietyn tilanteen. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 47–48; Eskola & Suoranta 2000, 86–87.) Tässä tutkimuksessa tiedossa on se, että haastateltavilla on aivovamma ja heillä on kokemusta fysioterapiasta kuntoutusmuotona. Teemahaastattelua varten on selvitettävä tutkimukseen kuuluvia merkittäviä osa-alueita ja kokonaisuutta (Hirsjärvi & Hurme 2015, 47–48). Tässä tutkimuksessa niitä ovat aiempien osioiden aiheet: aivovamman luokittelu, kuntoutusprosessi ja fysioterapian hyödyt aivovammakuntoutuksessa.

Haastattelut voivat tapahtua ryhmä- tai yksilöhaastatteluina (Eskola & Suoranta 2000, 94). Tähän tutkimukseen valitsin haastattelutavaksi yksilöhaastattelun, jotta pääsisin syvemmin tutustumaan jokaisen haastateltavan omaan kuntoutusprosessiin. Oletuksena oli myös se, että aivovammaiset eivät välttämättä ryhmätilanteissa uskalla puhua yhtä avoimesti, koska heillä voi olla kommunikaatiossa ongelmia ja aiheet voivat olla arkoja. Yksilöhaastattelut tapahtuivat joko kasvokkain ja Teamsin kautta. Suunnitelmana oli haastatella neljää aivovammakuntoutujaa ja toiveena oli, että kuntoutujien aivovammojen vaikeusasteissa olisi eroja. Olennaisinta oli se, että kuntoutuja halusi kertoa omia kokemuksia kuntoutuksestaan ja siitä, millaisena fysioterapeutin rooli on esiintynyt juuri hänen prosessissaan.

Teemat muodostuivat pääosin toimeksiantajan ajatusten pohjalta siitä, että fysioterapiasta saatava apu nähdään kapea-alaisesti ja fysioterapia jää muiden terapiamuotojen varjoon. Teemojen valitsemiseen vaikutti myös teemahaastattelun luonne ymmärtää haastateltavien näkökulmia ja kokemuksia (Hirsjärvi & Hurme 2015, 22). Osa teemoista muuttui analyysin aikana ja lopullisiksi teemoiksi muodostuvat: kokemusten kerääminen kuntoutusprosessin alkuvaiheesta, kokemukset fysioterapiasta ja kuntoutuspalveluiden jatkuminen tänä päivänä.

5.2 Haastatteluiden toteutus

Haastateltavat järjestyivät Aivovammayhdistyksen kautta. Sain toimeksiantajalta eli Aivovammaliitolta vinkin, että Aivovammayhdistyksen kautta voisi löytyä halukkaita haastateltavia. Ennen haastatteluja lähetin yhdistykselle informointi- ja suostumuskirjeen, jotka yhdistyksen sihteeri välitti haastateltaville.

Sain Aivovammayhdistykseltä tiedon, että kolme kuntoutujaa haluaa tehdä haastattelut kasvotusten ja heidän kanssaan sovin haastattelupäivän puhelimitse. Haastattelupäivän sopiminen oli helppoa, sillä haastateltaville sopi lähes mikä päivä vain. Sovimme haastattelut samalle päivälle viikon päähän puhelusta. Puhelimessa pystyin jo arvioimaan, että

haastateltavat pystyvät kommunikoimaan sujuvasti, joten varasin aikaa jokaisen haastattelu 1,5 tuntia. Yksi haastateltava halusi tehdä haastattelun Teamsin kautta ja hänen kanssaan sovin päivästä sähköpostin välityksellä. Päiväksi valikoitui pari päivää myöhemmin kuin kasvotusten tapahtuvat haastattelut.

Haastattelut tapahtuivat elokuussa 2020. Kaksi haastatteluista tehtiin Lahden kirjaston tiloissa, yksi haastateltavan kotona ja yksi Teamsin kautta. Jokaisella haastateltavalla oli vapaus valita haastattelun toteuttamistapa. Haastattelut kestivät 31min, 40min, 39min ja 1h20min. Erityisesti yli tunnin haastattelussa aiheet lähtivät paljon sivuraiteille. Teamsin kautta tapahtuva haastattelu tehtiin ilman videokuva, sillä haastateltava ei saanut sitä toimimaan.

5.3 Aineiston analyysi

Yksi laadullisen aineiston analysointimetodi on sisällönanalyysi, joka sopii myös aloittelevalle laadullisen tutkimuksen tekijälle. Sisällönanalyysin avulla tutkittava asia pyritään luomaan tiivistettyyn ja yleiseen muotoon. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103–108.) Käytin tässä opinnäytetyössä mukailen aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, joka etenee kolmivaiheisesti pelkistämisestä ryhmittelyyn ja ryhmittelystä käsitteiden muodostamiseen.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi aloitetaan litteroinnilla, eli haastatteluiden aukikirjoittamisella sanasta sanaan (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109). Litterointi oli yksi opinnäytetyön aikaa vievin vaihe, sillä haastattelut olivat pitkiä ja välillä sama kohta oli kuunneltava useita kertoja, jotta sai selvää mitä haastateltava oli sanonut. Materiaalia litteroinnin jälkeen kertyi neljästä haastattelusta yhteensä 57 sivua, jokaisesta haastattelusta oli 10-20 sivua. Tämän vaiheen jälkeen perehdyin haastatteluaineistoon ja karsin tutkimukselle epäolennaiset asiat pois, eli lähdin pelkistämään aineistoa. Pelkistämisessä aineistosta karsitaan tutkimukselle epäoleellinen tieto pois. Haastattelun teemat ohjaavat aineiston pelkistämistä, niin että jäljelle jää vain tutkimuskysymyksiin vastaava tieto. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 92.) Tässä työssä karsin aiheeseen liittymättömät keskustelut pois. Haastatteluista kertyi paljon tutkimukselle epäolennaista tietoa, sillä osan kohdalla haasteena haastatteluissa oli aiheessa pysyminen.

Aineiston pelkistämisen jälkeen lähdin etsimään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia haastatteluissa käyttämiäni teemoja apuna käyttäen. Samanlaisuuksien ja erilaisuuksien etsimistä kutsutaan klusteroinniksi eli ryhmittelyksi. Klusteroinnissa alkuperäisilmauksia tarkastellaan tarkkaan ja aineistosta pyritään löytämään käsitteitä, joissa on yhtäläisyyksiä tai eroavaisuuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110.) Käsitteet ryhmitellään eri luokkiin, joista muodostetaan alaluokat. Klusterointi toimii pohjana tutkimuksen perusrakenteelle. Tämän

jälkeen alaluokkia yhdistetään, josta muodostuvat yläluokat. Yläluokkia yhdistelemällä muodostuvat pääluokat, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 93–94.)

Samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsimistä lähdin tekemään niin, että maalasin jokaisesta litteroiduista haastatteluaineistosta aiheeseen liittyviä lauseita. Sitten siirsin kopioimalla ja liittämällä ensimmäisestä haastattelusta lauseet toiseen Word-dokumenttiin ja otiskoin lauseita pelkistetyillä ilmaisuilla. Jatkoin seuraaville haastatteluille samalla tavalla, mutta yhdistin mahdollisia samankaltaisia lauseita pelkistettyjen ilmaisujen alle. Kun sain kaikki aiheeseen liittyvät lauseet siirrettyä toiseen Word-dokumenttiin, niin lähdin muodostamaan alakäsitteitä, joiden alle leikkasin ja liitin samankaltaisia asioita. Näistä muodostui vielä viimeiseksi kolme yläkäsitettä, jotka hahmottuivat vasta siirtäessäni tuloksia opinnäytetyöhön. Muutamia irrallisia, mutta mielestäni opinnäytetyön tulosten kannalta merkittäviä lauseita jäi ilman täysin yhtäläistä alakäsitettä, joten muodostin näistä neljännen yläkäsitteen ”Muita esiin nousseita teemoja”. Alla on esitelty taulukkomuodossa sisällönanalyysin toteuttaminen pelkistetysti.

Taulukko 4. Sisällönanalyysin esimerkkitaulukko.

Pelkistetty ilmaisu	Alakäsite	Yläkäsite
Tapaturman aiheutumistapa aiheutti 10 vuoden taistelut vakuutusyhtiön kanssa	Haasteet päästä kuntoutukseen vakuutusyhtiön maksamana	Kokemukset kuntoutusprosessin alkuvaiheesta
9,5 vuotta taisteluita käräjäoikeuteen asti, kunnes vakuutusyhtiö halusi sopia		
Aivovamman diagnosointi tapahtui vasta kuuden vuoden jälkeen, kun taistelut vakuutusyhtiön kanssa oli käynnissä		
Kotiuttamisen yhteydessä ei annettu tarpeeksi ohjeita aivovammasta	Kuntoutuksen eteneminen alkuvaiheessa	
Itse täytyi vaatia, että pääsi kuntoutuksessa eteenpäin		
Kaikki eteni alkuvaiheessa sujuvasti		

6 Tulokset

6.1 Haastateltavien kuvaus

Haastateltaviksi valikoitui neljä kuntoutujaa, joista kolmella on aivovamma. Neljännellä kuntoutujalla on aivoverenkiertohäiriö, joka selvisi vasta haastatteluvaiheessa. Alkuun ajattelin, että jättäisin hänen haastattelunsa pois opinnäytetyöstäni, mutta sain haastattelusta mielenkiintoista vertailukohdetta aivovammakuntoutukseen, joten otin hänen haastattelunsa myös mukaan. Iältään haastateltavat olivat noin 30 ja 70 välillä. Haastateltavista kaksi olivat naisia ja kaksi miehiä. Haastateltavat esitetään pseudonyymeinä heidän anonymiteettinsä suojelemiseksi. Alla kerron haastateltavien omia kommentteja aivovamman tuomista haasteista toimintakykyyn. Kaikki haastateltavat ovat olleet ennen vammautumistaan työelämässä, ja vamman seurauksena joutuneet jäämään työelämästä pois.

Taulukko 5. Haastateltavien kuvaus.

Haastateltava	Vauriot & tapaturma	Muutokset toimintakyvyssä
Jaana (30-40v)	Keskivaikea aivovamma, niskan retkahdusvamma Liikenneonnettomuus	Mm. väsyvyys, arjenhallinnan ongelmat, heikentynyt muisti, spastisuus, vartalon hallinta, ei pysty juoksemaan
Kalle (50-60v)	Vaikea aivovamma Liikenneonnettomuus	Ei näkyviä oireita Mm. aloitekyvyttömyys, heikko muisti, väsyvyys, ärtyneisyys, vuolaspuheisuus
Hannu (60-70v)	Vaikea aivovamma Pahoinpitely tai tapaturma	Ei näkyviä oireita Mm. väsyvyys, heikko muisti, asentohuimaus
Minna (60-70v)	Aivoverenkiertohäiriö Tukoksen seurauksena	Oikeanpuoleinen halvaus – pysyy kävelemään muutamia metrejä, säheltäminen

Jaana on haastateltavista nuorin ja hänellä on ollut liikenneonnettomuuden seurauksena aiheutunut keskivaikea aivovamma 14 vuotta. Hänellä on aivovamman lisäksi tullut

whiplash eli niskan retkahdusvamma, joka aiheutuu usein juurikin autokolarin seurauksena. Siinä on kohdistunut niskaan äkillinen kiihtyvyy- ja hidastusvoima, joka aiheuttaa pään äkillisen taaksetaivutuksen. (Saarema, 2020.) Jaanan tapauksessa on vaikea sanoa, mikä on aiheutunut aivovammasta ja mikä niskan retkahdusvammasta.

”Aika paljon tuonu rajoituksia elämään, liikuntakyky on sillain niinkö öö vois sanoo että normaali, kun on rajoitusten kanssa oppinu elämään, että niinkö kävelen ja liikun ja toimin ja ulospäin ei sillain vamma näy, mutta tota väsyvyys ja sitten arjenhallinta ja... muisti ja sitte on semmoset niinkö no niska enemmän tuo ne omat haasteensa siihen et on niinkö liikunnassa rajoituksia”

”se on tosi hankala, et jos joku kysyy mitä aivovamma aiheutti ja mitä niskavamma aiheutti, nii se on tosi hankala määritellä erikseen”

Kallen aivovamma aiheutui myös liikenneonnettomuuden seurauksena 24 vuotta sitten. Hänen aivovammansa luokitus on vaikea. Kalle on oppinut vuosien mittaan ymmärtämään aivovamman tuomia haasteita toimintakykynsä.

”Alotekyky on heikko ja tietysti muisti ömm... väsyminen, se on ollu. Se on kylläki pikkuhiljaa korjautunu sillä tavalla et mun ei tarvi ihan niin paljon nukkua päivällä, kun ensimmäiset vuodet”

”ja tietysti onhan ihan päivittäin eroja, et saattaa olla semmonen päivä, että mä oon niinku mielestäni ollu iha et ei mitään oiretta et sitte on ihan et tonne noin kaikenmaailman hommia tekemään ja sit mä oon kolme päivää aivan dead et mä en pysty mitään, ei yksinkertaisesti mitään”

”No sitte on tietysti se ärtyneisyys, ku on otsalohkovammasta kyse”

”Ja sit tää vuolaspuheisuus on se yks sit ku rupee puhumaan nii puhuu puhuu”

Hannu on haastateltavista vanhin ja hänellä on ollut aivovamma 17 vuotta. Aivovamman aiheutuminen on vaikeasti määriteltävissä silminnäkijän puuttumisen ja Hannun muistamattomuuden takia, mutta epäilynä on pahoinpitely tai tapaturma. Myös Hannun aivovamma on luokiteltu vaikeaksi. Asentohuimaukseen Hannulla on erikseen lääkitys.

”Väsyminen, muisti ja sit nää nää ihan fyysisiäkin jutut, nii on tullu paljo semmosia ongelmia ja sitte se mikä on että täytyy, että täytyy tota hirmu tarkkaan miettiä että millon on yhteydessä ihmisiin, koska sit ku väsyneenä on, niin se aiheuttaa sitä että ei oikee kontrollii eikä oikee mm, et sitä voi helposti puhua vähä sameita ja sekavia tai jotai semmosta, ei mieli mitä mitä puhuu”

”Seki on ihan jatkuvaa, että tulee helposti se asentohuimaus”

Minnalla ei ole aivovammaa, mutta tukoksen seurauksena aiheutunut aivoverenkiertohäiriö. Jaanan, Kallen ja Hannun kohdalla ei voi ulkoisesti tietää heidän vammastaan, mutta Minnasta näkee sähköpyörätuolin sekä oikeanpuoleisen halvauksen perusteella hänellä olevan jokin vamma. Minnalla on sairastanut AVH:n neljä vuotta sitten.

”Mä oon ollu aina vilkas ja eloisa, mut nyt must on tullu sellanen että uhh kauheen nopee... ja must on tullu ihan hirveen tällänen, mä sotken ja sählään ja mut mä tiedän sen et mä sotken ja sählään eli mun täytyy aina uudestaan ja uudestaan et oliko se nyt näin kuule, joo. Voit kuvitella et elämä on niinku pientä kaaosta”

”Minulla on tietenki tämä (sähköpyörätuoli) ja sit kotona on manuaalituoli sit mul on kävelykeppi, sen mä otan mukaan manuaaliin. Siin on sellanen teline, et jos mä lähen kaupungille, vaikka satamaan nii mä otan sen kepin ja köpöttelen sillä kepillä semmosia lyhyitä matkoja, ei montaa kymmentä metriä”

6.2 Kokemukset kuntoutusprosessin alkuvaiheesta

Kuntoutusprosessin käynnistymisestä nousi kaksi merkittävää teemaa: Alun haasteet kotiuttamisen yhteydessä ja taistelut vakuutusyhtiöiden kanssa kuntoutukseen pääsemisestä.

Hoito- ja kuntoutusprosessin eteneminen alkuvaiheessa

Aivovammakuntoutujilta nousi paljon epäkohtia alkuvaiheen etenemisestä. Kotiutuksen jälkeen tilanne ei aivovammakuntoutujien kohdalla edennyt saumattomasti. Jaanalla koko hoitoprosessi lähti liikkeelle väärin, eikä hän alkuun saanut diagnoosia aivovammasta tai niskan retkahdusvammasta. Näin Jaana kertoi alkutilanteestaan:

”Ömmmm no se lähti liikkeelle hoitovirheillä, että tota noin mut vietiin terveys-ase-malle, jossa mun päätä käännettiin ja väännettiin eri suuntiin ja kysyttiin tuleeko kipua ja sitte passitettiin pois...että mua on vaan niinkö kiikuteltiin sen vuoden ajan sairaalaan ja takasi kotia ja sairaalaa ja takasi kotia ...äiti sitä ai-ka paljo oli sitä tapellu ja vääntäny että niinku pitää tutkia, vaikka ei niinkö.. ei tietämystä porukalla ollu”

Kalle kotiutettiin 5 viikon päästä onnettomuudesta, eikä jatko-ohjeita aivovamman kanssa selviytymiseen annettu hänelle eikä hänen vaimolleen:

”Sitte ne kotiutti sieltä ja vaimo jäi töistä pois ja sitten oli täällä vahtimassa mua. Siit ei enää enää niinkun ööö.. siinä vaiheessa ku mä pääsin kotiin, niin enää puhuttu mitään, ei sanottu mitään et mul on aivovamma eikä et sitä tarvis jotenki kuntouttaa tai mitä sille pitää tehdä, siit ei enää puhuttu yhtään mitää”

Hannu ei muista sairaalavaiheesta tai kotiutuksesta mitään, mutta kuvaili alkuvaiheen tilannetta näin:

”Mä olin sit semmonen kyllä että ihan alkuvaiheessa että mä vaadin vaadin, mun piti vaatia että mä pääsin eteenpäin, et mä pääsin kuntoutukseen ja kaikkii ja se on tosi, sillonku on ihminen aivovammautunut, se on hirmu vaikeeta jos ei oo itselläsi semmosta tajua että pitää pitää niinku saada asiat hoitumaan”

AVH-kuntoutuja Minnan alkuvaiheen kokemukset olivat hyvin poikkeavat aivovammakuntoutujien kotiutuksiin. Hän oli kuntoutussairaalassa 6 kuukauden ajan ja sen jälkeen kuntoutukset ovat edenneet sujuvasti:

”Se oli elokuun alku, ku mä menin sinne kuntoutussairaalaan ja siitä seuraa-van vuoden sinne tammikuun 10. päivä asti. Sillon leikattiin ja laitettiin tää paikka päähän ja sen jälkeen mä olen ollu kotona kotihoidon turvin, henkilökohtaisen avun turvin joo ja kuntoutussairaalassa psykologihan kans haastatteli mua”

Omaiset olivat Hannun ja Jaanan kohdalla alkuvaiheessa suuressa roolissa. Vastuu kotona pärjäämisestä aivovamman jälkeen oli hyvin pitkälti jätetty omaisten harteille. Kotona eläminen aivovamman kanssa oli vaikeaa, kun ei ole tiedostanut omaa tilaansa tai saanut tarpeeksi tietoa aivovamman kanssa elämisestä. Jaanan kohdalla erityisesti hankaluuksia toi, kun diagnoosia ei edes ollut annettu ja oireita esiintyi jatkuvasti. Hannukin kertoi alussa nukkuneensa paljon ja ihmetelleen, kun hänelle on todettu, ettei hän ole työkykyinen. Hän olisi kokenut tarpeelliseksi, että sairaalasta olisi saanut suoraan vertaistukea ja edes yhden kontaktin kuntoutusihmiseen, joka olisi ohjannut eteenpäin. Kallen mukaan oli mahdollista, että hän on pystynyt sairaalassa niin sanotusti esittämään niin skarppia, etteivät lääkäritkään olleet tajunneet aivovamman vakavuutta ja tämän takia hänen jääneen ilman aivovammakuntoutusta. AVH-kuntoutuja Minna sai tarvitsemansa avun alussa, ja tilanne on ollut päinvastainen aivovammakuntoutujien kanssa. Vaikka aivovamman todellinen tila selvisi kuntoutujille vasta vuosien päästä, olisi heille ollut tärkeää saada heti alussa oikeanlaista ohjausta helpottaakseen arjessa pärjäämistä.

Haasteet saada kuntoutusta vakuutusyhtiön maksamana

Kaikki kolme aivovammakuntoutujaa joutuivat taistelemaan alkuvaiheessa aivovammakuntoutukseen pääsemisestä. Kallen ja Jaanan kohdalla aivovammaa sivuutettiin ja Hannun kohdalla vaikeuksia tuotti epäselvyys aivovamman tapahtumistavasta. AVH-kuntoutuja Minnan kohdalla tilanne on ollut täysin päinvastainen. Hän pääsi suoraan oikeanlaisiin kuntoutuksiin eikä hän ole joutunut taistelemaan kuntoutukseen pääsystä alussa ollenkaan. Yhtenä eniten puhuttavana asiana aivovammakuntoutujilla nousi kuitenkin taistelut

vakuutusyhtiöiden kanssa. Vaikka kyseessä on ollut tapaturmaisesti aiheutunut vamma, joutuivat kaikki haastateltavat aivovammakuntoutujat taistelemaan 9-10 vuotta vakuutusyhtiön kanssa muun muassa kuntoutuksen korvauksista. Heidän kohdallaan pitkät taistelut ovat kuitenkin tuottaneet tulosta, ja jokainen on saanut vakuutuskorvaukset läpi ja tätä kautta kuntoutuspalveluita.

Hannun kuvailuja alun vakuutustaisteluista:

*"Eli oli kyse siitä, että onko tämä toisen aiheuttama vai onko tämä tapaturma... ja meni *huokaus* 10 vuotta kunnes vakuutusosoikeus päättyi. Ne oli kieltänyt et se oli toi toi pahoinpitely. Ja tota sit oli uudestaan, mut kolmannel kerral, ku mä pystyin todistamaan, että on on, on on niinku hmh oikeudessa todistettu, että päätetty että ei ole toisen pahoinpitely, eikä tää oo mikään sairaus... nii se on kolmas vaihtoehto se, että se on tapaturma ja se meni läpi"*

Kallen kohdalla vakuutustaistelut kestivät myös lähes 10 vuotta, näin Kalle kertoi taisteluitaan:

"9,5 vuotta kesti siitä onnettomuudesta ennen, kun käräjäoikeuteen haastettuna vakuutusyhtiö halusi sopia sen asian muutamaa päivää ennen istuntoa, ja sit me tehtiin semmonen kompromissi, et mä luovuin muutamista mun kuntoutukseen liittyvistä niinkun oikeuksista ja sit ne myönsi mulle 100 prosenttisen työkyvyttömyyden ja sen jälkeen alko vasta aivovammakuntoutukset"

Myös Jaana taisteli vakuutusyhtiön kanssa 10 vuotta, mutta hänen kohdallaan myös aivovamma oli jäänyt diagnosoimatta ja Jaana kertoi diagnoosin tulleen vasta noin 6 vuoden päästä onnettomuudesta:

"Oisko ollu... 2013.. tuli aivovammadiagnoosi, et se tuli ku mää siis mä tappelin vakuutusyhtiötä vastaan kymmenen vuotta, nii se tuli siis se tuli myöhään aivovammadiagnoosi, ömm.. koska sitä ei niinkö osannu ees niinkö ei ollu ees kukaa heittänyt ilmoille tämmöstä, kunnes sitten niinkö asianajaja sano joo että niinkö yleisesti näissä tapauksissa, ku niskassa on toi niinkö whiplash vamma noin tommonen suuntaan ja noin isoenerginen kolari, nii niistä aivovamma on kans niinkö osallisena ja sit se jotenki niinkö se tutkittiin sitte se aivovamma myös ja se löyty"

Kuntoutujilta nousi esille, että he kokivat kohtuuttomaksi sen, että joutuivat aivovammaisena käymään taisteluita kuntoutukseen pääsystä. Jaanan ja Kallen kohdalla omaiset ovat olleet iso tuki ja Kalle kokeekin, että vaimo on ollut avainasemassa siinä, että hän on päässyt eteenpäin kuntoutuksissaan. Jaana on ollut vammautumishetkellä vielä melko nuori, joten

hänellä vanhemmat auttoivat paljon vakuutusyhtiöiden taisteluiden kanssa. Hannu on joutunut selviämään yksin ja kertoikin olleensa periksiantamaton taistelija.

6.3 Kokemukset fysioterapiasta aivovammakuntoutuksessa

Tällä hetkellä kaikki haastatellut aivovammakuntoutujat saavat fysioterapiaa vakuutusyhtiön korvaamana. AVH-kuntoutuja saa fysioterapiaa Kelan korvaamana. Opinnäytetyössä selvitin, millaista fysioterapia oli alkuvaiheessa, kokevatko kuntoutujat fysioterapian tärkeäksi, mitä fysioterapiassa on muun muassa tehty ja miten pitkään fysioterapia jatkuu.

Fysioterapiakokemuksia alkuvaiheessa

Kaikki ovat saaneet tai käyneet omakustanteisesti fysioterapiassa alkuvaiheessa. Hieman epäselväksi jäi joidenkin kohdalla, mitä kautta fysioterapia on silloin maksettu, sillä Hannu ja Jaana kuvailevat fysioterapian olleen pääosin omakustanteista ennen vakuutusyhtiön päätöstä eli 10 vuoden ajan. Kokemukset alkuvaiheen fysioterapiasta olivat Hannun kohdalla negatiivisia ja Kallen ja Jaanan kohdalla fysioterapia ei ole kohdistunut aivovamman kuntoutukseen ollenkaan. Hannu ei ollut tyytyväinen kunnalliseen kuntoutukseen:

”Sekin oli niin että, että se kuntoutus sen kun sai kunnallisessa kuntoutuksessa nii eihä se oo ku valohoitoo.. se oli tosi huonoa, annettiin lämpökäsittelyä ja et sit ei osattu. Ei mul ollu varaa käydä, käydä muuta ku kunnallisella.”

Jaamalla fysioterapia oli alussa epäsäännöllistä ja fysioterapeutti vaihtui useasti. Aivovammasta ei ensimmäisenä noin kuutena vuotena ollut tietoa, joten fysioterapia kohdistui ainoastaan niskan retkahdusvamman. Näin Jaana kuvaili alkuvaiheen fysioterapiakokemuksia:

”Pitkään alussa niinku se tais olla akupunktioo ja kivunhoitoo se niinkö fysioterapia ja sittekö siinä oli se vakuutusyhtiö taistot kans päällä niidenki takia se sitte viivästy, et sit se niinkö, mä olin pitkään semmosessa niinkö velloin eteenpäin ja selviydyin tilassa en saanu niiku fyssarin hoitoja enkä mitään”

Kalle sai myös ensimmäiset 13 vuotta fysioterapiaa vain toisiin vammoihinsa, eli muun muassa käden hermovammaan ja selkävaivoihin, vaikka aivovamma oli myös tiedossa:

”Kokoajanhan mä kävin fysioterapiassa, mut se oli just tän hermovamman takia, ku tää käsi ei noussu ja myöhemmin sit selkä tuli mukaan. Näitä kehon ongelmia selviteltiin kyllä niinku tiuhaan, mut ei missään vaiheessa kukaan puhunu siit aivovammasta enää mitään, ei mitään, se meni aivan niinku ihanku sitä ei oliskaan”

AVH-kuntoutuja Minnalla oli vain positiivista sanottavaa alkuvaiheen kunnallisesta fysioterapiasta:

”Se oli se kunnallinen ensin se mun avohoito vai miten se sanotaan. Siinä kävin ja tapasin semmosen hyvin ammattitaitosen fysioterapeutin, se teki niiku 150 lasissa töitä et jos kaikki tekis niin nii meitä ei oliskaan”

Jaana ja Kalle olisivat kaivanneet fysioterapiaa aivovammaan heti alkuvaiheesta. Kalle koki kuitenkin saaneensa piilokuntoutusta aivovammalleen jo alkuvaiheessa, vaikka siitä ei nimellisesti ole fysioterapiassa puhuttu. Hannu kävi omakustanteisesti kunnallisessa fysioterapiassa kuntouttamassa aivovammaa, mutta olisi kaivannut laadukkaampaa fysioterapiaa.

Fysioterapian tärkeys

Kuntoutujat kertoivat, miksi kokevat fysioterapian tärkeäksi. Kaikilta kuntoutujilta nousi esille muun muassa tärkeys ammattilaisen antamista ohjeista kehon hallintaan. Myös toisena tärkeänä asiana nousi fysioterapian vaikutus arjessa pärjäämiseen ja jaksamiseen. Hannu kokee, että niskan käsittely on kaikille aivovammakuntoutujille tärkeää. Näin hän totesi asiasta:

”Mä tarvitsen jatkuvasti fysioterapiaa. Se on hyvin tärkeä et tää (niska) käsitellään, kelle tahansa aivovammalle, koska aivot tarvitsee hirmu paljo verta ja että hermot kulkee hyvin ja tarvii justii kaulan alue ja sitte kaikkee tämmösiä tasapainojuttuihin ja sitte pitää innostaa ihmistä justii niinku mä saan paljo oh-jeita et miten pitää tehdä”

Jaana kommentoi fysioterapian tärkeyttä näin:

”Justii se, että niinkö... onnn... pystyny hillitseen sitä mun menoa, mutta myös niinkö näyttää ne oikeat tiet miten pitää kroppa kunnossa. Ite aika pitkälti aattelee sillai, että niinkö kun kroppa on tässä vaiheessa jo näin kremppa, nii iän myötä se tulee vaan menemään tasaseen tahtiin alaspäin nii se on hyvä nyt jo oppia ne keinot, et miten pitää niinkö kokonaisvaltaisesti kunnossa”

Kalle on kokenut fysioterapian ehdottomasti tärkeimmäksi kuntoutusmuodoksi:

”...ja sit se (neuropsykologi) kysy multa, et kumman sä koet tärkeemmäks et sulla jatkuu se fysioterapia vai se et sä pääset näihin aivopuolen kuntoutuksiin. Ja mä sanoin, et ilman muuta et fysioterapia jatkuu et se on iha, ihan ykkösasia sen mun selviämisen ja jaksamisen ja kaiken koska se, se taas vaikka mä nyt täällä puuhaan ja teen sitte halkoja metsätöitä nii se ei oo kuitenkaan sama asia, ku se että joku ammattilainen ohjaa mua niinkun tekemään semmosia liikkeitä, et se mun kroppa pysyy kunnossa et mä pystyn tekemään niitä metsätöitä”

Minnan kohdalla fysioterapialla on ollut suuri merkitys myös hänen liikkumisensa kannalta. Minna ei alkuun kävellyt ollenkaan ja nyt pystyy ottamaan jo muutamia askelia:

”Mut se on ollu iso et mä oon käyny sen tuhat kertaa kuule siel fysioterapiassa tänä aikana ja kaikkies mahollises, mut ilman fysioterapiaa mä oisin siel sängyn pohjalla”

Kaikki kokivat fysioterapian olevan tärkein kuntoutusmuoto tällä hetkellä. Fysioterapiasta saatu apu koettiin kuntoutusprosessissa erittäin merkittäväksi hyvinvoinnin kannalta. Aivovamman aiheuttama aloitekyvyttömyys vaikuttaa myös kehon ylläpitoon, sillä kuntoutujat kokivat, että on vaikea lähteä itsenäisesti esimerkiksi kuntosalille. Kuntosaliohjelman tai kotiohjaiden antaminen voi myös olla aivovammakuntoutujalle haasteellista heikon muistin takia. Näiden syiden takia kuntoutujat muun muassa kokivat kasvotusten tapahtuvan fysioterapian tärkeäksi.

Fysioterapian sisältö

Fysioterapian sisältö vaihteli kuntoutujilla hyvin paljon, sillä jokaisella on omat haasteensa vammansa kanssa. Kuntoutujat käyvät yksityisellä fysioterapialla. Kaksi aivovammakuntoutujaa ovat kokeneet OMT-fysioterapian keinot hyväksi. Hannu kertoi OMT-fysioterapian olleen hänelle sopiva. Näin hän kuvaili fysioterapian sisällöstä:

”Noku se on omt juttua, nii se aina hyvin paljon tota noin tota tätä esimerkiksi mulla on niin, että pahin pahat alueet on tää niskan alue, nii siihen on kohdistettu paljon huomiota ja sitten nikamiin ja mul oli alkuun nii tää näin niin tämä alue (näyttää kylkeä) oli mielettömän kip kipeä, et mä oon ilmeisesti myös satuttanut itteni tämän osan johku ja siin kesti. Nyt se on rauhottunu et sitä ku hoidettiin niin OMT-hoitona pitkään niin tota, se on menny kuntoon”

Välissä Hannu muutti toiselle paikkakunnalle ja OMT-fysioterapeutti vaihtui. Näin hän kuvaili tästä fysioterapiasta:

”...mul on paljon hyvin paljon ihan näitä näitä jumppa erilaisia semmosia liikkeitä, jotka auttaa. Minä oon se aktiivinen osapuoli ja hänkin on koska tekee mun hänen ohjeiden mukaan, eli se on kans hyvä et se on mukana siinä, koska koska se auttaa sit mun tasapainoon ja siihen että... pysyn semmosessa kuosissa, että ettei tuu niin helposti näitä ongelmia”

Kallella on ollut useampia fysioterapeutteja ja fysioterapian sisältö on vaihtunut paljon riippuen fysioterapeutin näkemyksistä. Hänenkin kohdallaan OMT-fysioterapia on ollut suuressa roolissa. Kallen kommentteja eri fysioterapeuttien näkemyksistä:

”Alkuun mul oli se OMT-fysioterapeutti, nii hän sitte tota sitte kuntoutti ja jaa käsitteli niinku sen OMT-fysioterapian keinoin...

...sitte hän niinku tavallaan ohjas mut sitte ihan perusfysioterapiaan ja ja silloin se oli useimmiten sitä käsittelyä elikkä se sitte hierottiin selkä taas vetreeks ja ja yms

...mut nyt mulla on viime vuona tuli sit tämmönen joka on valmistumassa OMT-fysioterapeutiksi ja hän on nyt sit ottanu vähä eri linjan ja käydään lähin-nä siellä kuntosalin puolella sitte ja ja keksii mulle kaikkennäköstä semmosta kuntouttavaa fysioterapiaa mutta hyvin vähä sitte semmosta käsittelyä”

Jaana on ollut sama fysioterapeutti useita vuosia. Näin Jaana kertoo kokemuksistaan:

”Aika paljon keskitytty tohon toiminnalliseen terapiaan, ehkä toi niska alue on sen verran herkkä, että sinne ei pysty mennä käsittelee ollenkaa jaa.. hartiareenkaan kautta se on pystynyt niinkö aukasee jännityksiä ja vaikuttaa tonne niskan toimintaan, mutta niinkö ite niskan alueelle ei oo mennyt niinkö manuaaliterapialla ollenkaa, et se niinkö ollaan käytännön harjoitteita tehty”

Minnan kokemuksia siitä mitä, fysioterapiassa on tehty:

”...et kivunlievitystä on ja sit mul oli tämä hirveen pissa tulee helposti nii alalanti ala ööää lantionlihaksia ja kaikkea joo niitä on harjoiteltu sen lisäksi sen että me kävellään portaissa ylös alas kuntojuttuja tehdään, tasapainoharjoitteita sellasella että vedetään sellasta narua niinku hiihto semmonen kunto, seisaallani siinä en pidä mistään kiinni ja kaikkee että joo”

Allasterapiasta Minna vielä kommentoi näin:

”Siellä tehdään veden alla kaikkii jumppaliikkeitä, että ku mä oon niin kauheen onneton ja pieni nii mulla ei oo semmosi Lihaksia niinku sellasia kunnon lihaksia. Niin näitä pieniäki lihaksia yritetään löytää”

Kuten luonnollista onkin, on fysioterapian sisältö vaihdellut kuntoutujilla fysioterapeutin näkemyksen mukaan. Kalle on kokenut hyväksi fysioterapeuttien vaihtuvuuden juuri sen takia, että kuntoutukseen on tullut uusia näkökulmia. Janna taas kokee tärkeäksi jatkuvuuden saman fysioterapeutin kanssa. Kaikki aivovammakuntoutujat ovat saaneet manuaalista ja toiminnallista fysioterapiaa, AVH-kuntoutujalla fysioterapia on pääasiassa ollut toiminnallista. Kuntoutujat tuovat merkittäväksi tekijäksi fysioterapian laadukkaan sisällön lisäksi hyvän henkilökemian fysioterapeutin kanssa muun muassa siksi, että työskentely tapahtuu lähekkäin.

Fysioterapian jatkuminen

Hannun, Jaanan ja Kallen kohdalla fysioterapiaa jatkuu käytännössä niin kauan kun on tarve. Kuntoutuksen jatkuminen riippuu siitä, mitä lääkäri tulevassa kuntoutussuunnitelmassa suosittelee. AVH-kuntoutuja Minnalla fysioterapia loppuu hänen täyttäessään 65-vuotta. Hannu kertoi näin kysymyksen ollessa, kuinka pitkään fysioterapia tulee jatkumaan:

”Ihan niin pitkää, ku vakuutus maksaa ja nehän maksaa niin kauan, ku mä elän. Et ainahan mä saan, pitää hakee uus. Nyt mul on kaks tälle vuodelle ja ens vuodelle vai onko mul viel seuraavallekki mut ne voi antaa vaa vuodeks kerrallaa et aina pitää hakea seuraavalle vuodelle”

Näin Jaana totesi kuntoutumisen jatkumisesta:

”Toivoisin kyl, että jatkuu koska se on aika isossa roolissa päivittäisen aktiivin ylläpitoon”

Kallelle on yleensä myönnetty kaksi vuotta kerrallaan, näin hän kertoi fysioterapian jatkuvuudesta:

”Mulhan on vakuutusyhtiön maksamana kerran vuodessa neurologin käynti, joka sit taas tekee nämä suositukset näistä kuntoutuksista ja vakuutusyhtiö on nää kuntoukset yleensä antanu kaks, kaks vuotta kerrallaan paitsi nyt tää personal trainer on uus juttu et saa nähä sitte et myöntääkö ne sitä enää”

Minnalla on pian edessä pärjääminen ilman fysioterapiaa. Hän ei kuitenkaan ole tilanteesta huolissaan. Näin hän totesi:

”Mä täytän kohta 65 nii sittehän ei Kela enää myönnä eli mun täytyy vaan hakeutua sitten tämmösiin tee-se itse kurs.. jut.. ja mä oon mennykki joogaamaan...

...ku minä tiedän et, ku minä vaan teen, minä vaan teen, minä vaan kävelen, siitä se tulee”

Pitkien taisteluiden jälkeen on helpottavaa kuulla, että tilanne on nyt hyvä ja kaikki aivovammakuntoutujat saavat vielä pitkään kuntoutusta. Aivovammakuntoutujat olivat tyytyväisiä siihen, että saavat jatkossakin fysioterapiaa sekä osa myös muita kuntoutuspalveluita. Aivovammakuntoutujilla ei ollut valitettavaa nykytilanteesta ja päinvastoin Hannukin on vähentänyt fysioterapiakäyntejään, sillä kokee pärjäävänsä pienemmällä määrällä, mitä hänelle annettaisiin.

6.4 Kuntoutujien kuntoutuspalvelut tänä päivänä

Kaikilla kuntoutujilla on tällä hetkellä säännöllisesti kuntoutusta. Kaikilla on fysioterapiaa kuntoutuspalveluista eniten. Fysioterapian määrät kuitenkin vaihtelevat jokaisella. Fysioterapian lisäksi osalle on myönnetty myös muita kuntoutuspalveluita.

Hannulla on fysioterapiaa ja neuropsykologista kuntoutusta. Aiemmin Hannulla oli kaksi kertaa kuussa fysioterapiaa ja neuropsykologista kuntoutusta, mutta hän itse koki määrän turhan suureksi. Hannu kertoi:

”Mä saan nyt käydä jopa... jopa tota noin kerran kuussssa... eiku kolmen viikon välein mä käyn OMT-fysioterapiassa ja 4 kertaa vuodessa käyn neuropsykologilla”

Jaana kuvaili kuntoutuspalveluistaan näin:

*”Mä oon sitte vuosia tehny, mä en muista monta vuotta, mutta mä oon vuosia ollu sitte **:n (fysioterapeutin nimi) kuntoutettavana. Ja meillä on sitte ollu kerta viikkoon tai joka toinen viikko ollu niinkö tapaamisaikoja. Neuropsykologinen mulla on ollu jo pitkään ja on edelleen. Nyt se menee niinkö joka toinen viikko ja tota niin toimintaterapeutti on nyt alkanu ihan vasta vuoden sisään käymään kotona”*

Kalle käy fysioterapiassa ja sen lisäksi hänelle on myönnetty personal trainer ohjausta. Toisin kuin Hannulla ja Jaanalla, Kallella ei ole ollut säännöllisesti neuropsykologista kuntoutusta:

”OMT-fysioterapiaa on se mitä pääsääntöisesti on niinku ollu haettu, mut sitte haettiin myös tämmöstä personal trainer ohjausta. Viime vuona oli viis kertaa ja nyt saatiin 10 kertaa tälle vuodelle, sen lisäksi et on 30 käyntikertaa sitä niinku OMT-fysioterapiaa”

Minnalla on tällä hetkellä ainoastaan fysioterapiaa, josta osa toteutetaan allasterapiana. Minnalla on ollut fysioterapian lisäksi paljon muita kuntoutuspalveluita, kuten neuropsykologista, psykologikäyntejä ja toimintaterapiaa, mutta tällä hetkellä fysioterapian lisäksi ei ole muita säännöllisiä terapioidia:

”Sain Kelalta sellasen et vuoden verran oon käyny kerran viikossa on se 45 minuuttia fysioterapiaa ja allasterapiaa 12 kertaa on jäljellä”

Kuntoutuspalveluista suurimmassa roolissa näkyivät fysioterapia, neuropsykologinen kuntoutus ja toimintaterapia. Kallella ei ole tällä hetkellä neuropsykologista kuntoutusta, mutta hän kertoi saaneensa sitä aiemmin, eikä koe sille enää tarvetta. Jaanalle oli kokeiltu myös fysioterapian, toimintaterapian ja neuropsykologin lisäksi personal trainer ohjausta. Minna koki fysioterapian tällä hetkellä olevan ainoa tarvittava kuntoutuspalvelu.

6.5 Muita esiin nousseita teemoja

Vaikeus kun aivovamma ei ole näkyvä vamma

Aivovammakuntoutujilla ei kenelläkään ole ollut näkyviä vammoja. Hannu ja Kalle kokivatkin, että se on osasy, joka on vaikeuttanut kuntoutumiseen pääsyä. Kalle totesi tilanteestaan näin:

”Sillon ei oo mitään ongelmaa, jos sul on sellanen aivovamma et on hyvin näkyvä, se aiheuttaa hyvin selkeät niinkun oireet ja ja niin et se vaikuttaa sun niinkun koko elämään niis ei oo yleensä mitään ongelmaa, mut sit tämmöset vähän niinku meikäläinenki että se ei oo ihan niinku semmonen et sä et nää niinku tuolla kylällä ku mä kävelen et tossa kävelee nyt vaikea aivovammanen, nii meillä on ne semmoset propleemat. Ku mä en oo mikään kauheen hiljanen tai semmonen sulkeutunu ollu koskaan, nii mä oon näillä lääkärikäynneillä skarpannu aivan älyttömästi. Mä oon keskittyny niihin ja mä mietin aivot käy ihan täpöllä kokoajan, nii mä oon ehkä vähä hämännny niitä lääkäreitä”

Hannulla on samankaltaisia kokemuksia:

”Niil joil on näkyvä vamma, nii se on helpompi kohdata semmosii, mutta ku ei oo näkyvää nii sitä ei jopa, jopa omaiset ei meinaa uskoos sitä et sit todetaan et sä oot laiska ja sä oot sitä ja sä oot tätä, mut ku ei tajuta et se johtuu vammasta ja tää on aika vaikee alue ja tota justii näin hoidon kannalta”

Näkyvä vamma helpottaa ulkopuolista ymmärtämään vamman haasteellisuuden, mutta aivovamman kohdalla jopa läheisten ja lääkäreiden voi Hannun ja Kallen mukaan olla vaikea ymmärtää tilanteen vakavuutta. Aivovamman tuoma aloitekyvyttömyys saatetaan sekoittaa laiskuuteen. Kalle tosin totesi, että hän ei itsekään tiedä milloin kyseessä on tavallista laiskuutta ja milloin aivovamman tuomaa aloitekyvyttömyyttä, joten jopa kuntoutujalle itselleen voi olla vaikea ymmärtää, millaisia muutoksia aivovamma on heille tuonut.

Kuntoutus lähtee itsestä

Vaikka kuntoutujat ovat tuoneet esille vaikeuden päästä kuntoutuksiin, tiedostivat he, että kuntoutus kuitenkin lähtee itsestään. Näin Minna kommentoi asiaa:

”Nii i et ei se pelkkä, vaikka kävisi terapeutti joka päivä, jos mulla ei oo sitä omaa tahtoa. Heti siitä et minä haluan sit samaksi mitä olen ollut, minä olen olevinaan vierassa ruumiissa nytten. Joo sitä kohti tähtään”

Hannu kertoi säännöllisen elämän ja oman aktiivisuuden tärkeydestä:

”Erityisen tärkeää on se et mul on säännöllinen elämä. Nukun hyvin ja syön terveellisesti, mutta usein ja vähän. Ja sitte erityisesti et mä liikun paljo, ja nimenomaan tuolla luonnossa, se oma aktiivisuus. Se vaatii siis, se vaatii siis mut ehdotonta sellasta sääntillisyyttä et se on tärkeää ja sit mä yritän joka päivä ottaa iltapäivä, jos en unet nii levot et oon ihan rauhassa, en tee mitään”

Kuntoutuminen aivovammasta on iso prosessi, joka vaatii erilaisten kuntoutuspalveluiden lisäksi paljon tekemistä kuntoutujalta itseltään. Kuntoutushenkilön on tärkeä ohjata kuntoutujaa toimimaan vamman kanssa oikein, mutta kuitenkin omat elämänvalinnat ja oma tahto kuntoutua nousevat merkittäviksi tekijöiksi haastatteluista. Haastatteluista tulee erityisesti esille unen ja levon tärkeys, sillä aivovammaisella aivot väsyvät terveitä ihmisiä nopeammin.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyön teemat olivat: aivovammakuntoutusprosessin alkuvaihe, kokemukset fysioterapiasta ja kuntoutujien kuntoutuspalvelut tänä päivänä. Tuloksia kertyi kolmelta aivovammakuntoutujalta ja yhdeltä AVH-kuntoutujalta. AVH-kuntoutujan kokemukset toivat hyvää vertailukohdetta opinnäytetyölle, sillä hänen kuntoutusprosessinsa erosi paljon aivovammakuntoutujien kokemuksista.

Kuntoutusprosessin alkuvaiheesta aivovammakuntoutujilta nousi kaksi merkittävää yhtäläisyyttä, jotka olivat puutteelliset ohjeistukset kotiutuksen yhteydessä sekä pitkät taistelut vakuutusyhtiöiden kanssa kuntoutukseen pääsemisestä. Aivovammakuntoutujilla kesti useita vuosia päästä oikeanlaisiin kuntoutuksiin. AVH-kuntoutujalla kokemukset alkuvaiheesta olivat päinvastaiset. Hän pääsi ohjatuksi tarvitsemiinsa kuntoutuksiin heti onnettomuuden jälkeen ja koki alkuvaiheen edenneen asianmukaisesti. Alkuvaiheessa olisi erityisen tärkeää päästä heti kuntoutukseen, sillä aivojen plastisuus on voimakkaimmillaan 3-6 kuukautta onnettomuudesta (Ballester ym. 2019). Myös Parreiras de Menezesin (2015) tutkimuksessa on nähty varhaisella ja intensiivisellä kuntoutuksella positiivisia vaikutuksia, joten olisi merkittävää, että kuntoutukseen pääsisi mahdollisimman pian.

Aivovammakuntoutujilla taistelut kuntoutukseen pääsemisestä vakuutusyhtiön maksamana kestivät 9-10 vuotta. Myös yksi kuntoutujista sai aivovammadiagnoosin vasta kuuden vuoden päästä tapaturmasta ja yhdellä aivovamma diagnosoita sivuutettiin alun kuntoutuksissa. Osa kuntoutujista koki, että olisi tarvinnut heti alussa vertaistukea ja ymmärtämäni mukaan asiaa on yritetty saada eteenpäin, jotta jatkossa aivovammakuntoutajat saisivat heti vertaistukea. Tiedossa ei ole millainen tilanne kuntoutuksen alkuvaiheesta on tänä päivänä.

Tutkimustulokset osoittivat haastateltavien kuntoutujien suhtautuvan fysioterapiaan positiivisesti. Kuntoutajat näkivät muun muassa hyvän fyysisen toimintakyvyn olevan tärkeä voimavara aivovamman kanssa selviämiseen, minkä takia fysioterapia nähtiin merkittävänä. Fysioterapian roolin kuntoutajat kokivat olleen kaikista suurin heidän kuntoutuksessaan ja se nähtiin tärkeimmäksi kuntoutusmuodoksi. Fysioterapian vaikuttavuudesta on löytynyt myös positiivisia tuloksia aikaisemmista tutkimuksista. Esimerkiksi Hugentoblerin (2015) tutkimustuloksissa selviää monimuotoisen fysioterapian lievittävän lievän aivovamman oireissa sekä parantavan kuntoutujan toimintakykyä.

Aivovammaliitolta oli haastatteluja ennen saanut käsityksen, että aivovammakuntoutajat eivät ole saaneet paljoa fysioterapiaa tai eivät tiedä, miten he hyötyisivät fysioterapiasta. Tämän opinnäytetyön tulokset kuitenkin osoittivat kuntoutujien saavan fysioterapiaa ja

kokevan sen hyödylliseksi. Tämän opinnäytetyön haastatteluihin osallistui vain kolme aivovammakuntoutujaa, joten tuloksia ei voida yleistää.

Tällä hetkellä kaikki kuntoutujat saavat fysioterapiaa, mutta osa myös muita kuntoutuspalveluita. Kaksi aivovammakuntoutujista saa neuropsykologista kuntoutusta ja toinen heistä saa lisäksi myös toimintaterapiaa. Kolmas aivovammakuntoutujista saa personal trainer -ohjausta fysioterapian lisäksi. AVH-kuntoutujalla on ainoastaan fysioterapiaa, mutta osa fysioterapiasta toteutetaan allasterapiana. Kuten edellisestä kappaleesta selviää, niin on aikaisemmista tutkimuksista selvinnyt, että fysioterapiasta nähdään merkittäviä hyötyjä aivovammakuntoutuksessa. Ei kuitenkaan ole selvinnyt onko fysioterapiasta saatava apu vaikuttavin, vaan esimerkiksi Lindstam & Ylinen (2012, 88–91) toteavat, että neuropsykologinen kuntoutus nähdään usein merkittävimpänä. Tutkimustuloksista selviää, että kuntoutujat hyötyvät eniten kokonaisvaltaisesta neuropsykologisesta kuntoutuksesta, johon sisältyy psykoterapiaa (Lindstam & Ylinen 2012, 88–91).

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä on käytetty pohjana Arenen (2018) laatimia opinnäytetöiden eettisiä suosituksia ammattikorkeakouluille. Kaikissa opinnäytetöissä tulee käyttää hyvää tieteellistä käytäntöä, jonka rajat laatii lainsäädäntö. Hyvä tieteellinen käytäntö näkyy muun muassa rehellisyytenä, huolellisuutena, avoimuutena ja vastuullisuutena. Tekijänoikeuslain mukaan tulee toisten omistamat aineistot mainita lähteissä tuoden esille tekijät ja alkuperä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6; Arene 2018, 7–8, 12.) Tässä opinnäytetyössä alkuperäislähteisiin on viitattu ja viittaukset on tehty asianmukaisesti.

Toimeksiantajan kanssa laadittavalla yhteistyösopimuksella sovitaan yhteisistä pelisäännöistä, kuten aiheista, vastuista ja henkilötietojen säilyttämisestä (Arene 2018, 6). Opinnäytetyöprosessia varten täytimme Aivovammaliiton kanssa kirjallisen tutkimuslupasopimuksen, jossa sain ohjeita tutkimuksellisen opinnäytetyön suorittamiseen. Välitin myös Aivovammaliitolle suunnitelman haastattelusta.

Eettisyyden kannalta on tärkeä tiedottaa haastateltavia haastattelun sisällöstä ja, mihin tarkoitukseen haastatteluita käytetään. Ennen haastatteluita lähetin Arenen (2018, 7) eettisten ohjeiden mukaisesti haastateltaville informointikirjeen (liite 1) ja suostumuskirjeen (liite 2), jotta haastateltavat tiesivät, mitä varten antavat tietoja ja, mitä tiedoille tullaan tekemään. Suostumuskirjeessä painotettiin haastatteluiden vapaaehtoisuutta ja mahdollisuutta keskeyttää haastattelu.

Anonymiteetin säilyttäminen ja henkilötietojen tuhoaminen on tärkeää opinnäytetyön eettisyyden kannalta (Arene 2018, 7). Ennen haastattelua kerroin haastateltaville, etten tule

julkaisemaan henkilötietoja missään vaiheessa ja säilytän anonymiteetin käyttämällä tuloksissa pseudonyymejä. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen hävitin puhelimesta ja tietokoneeltani nauhoitukset sekä litteroidut haastattelut. Tiedotin haastateltaville jo ennen haastattelua informointikirjeessä hävittäväni kaikki haastattelumateriaalit opinnäytetyön valmistumisen jälkeen, jotta mitään henkilötietoja ei jäisi talteen. Opinnäytetyöprosessin aikana en näyttänyt ulkopuolisille opinnäytetyön materiaaleja, eikä opinnäytetyössä ole julkaistu mitään sellaisia tietoja, joiden perusteella haastateltavien henkilöllisyyksiä olisi mahdollista saada selville.

Opinnäytetyön laadun tarkkailua tehdään jo tutkimussuunnitelmaa laatiessa. Luotettavaan tutkimukseen sisältyvät myös eettiset käytänteet (Tuomi & Sarajärvi 2018, 111). Luotettavuutta opinnäytetyölle lisäsi haastatteluiden nauhoittaminen ja sanatarkka litterointi. Haastattelutilanteissa puolueettomuus ja haastateltavien mahdollisuus vastata mahdollisimman avoimesti kysymyksiin vaikuttavat luotettavimpien tulosten saantiin. Haastatteluprosessi ja tulokset on tuotu opinnäytetyöhön mahdollisimman tarkasti esille, jotta uskottavuus ja luotettavuus säilyisi koko opinnäytetyöprosessin ajan. Teoriataustan luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyössä on käytetty luotettavia ja mahdollisimman uusia lähteitä. Toisaalta laadukkaiden tutkimusten löytäminen oli haastavaa, sillä tutkimuksia aiheesta on tehty vähän.

Haasteita luotettavuuteen toi aivovamman tuomat haasteet eli esimerkiksi haastateltavien muistin heikentyminen ja vuolaspuheisuus. Jo terveen ihmisen on haasteellista muistaa elämänsä useiden vuosien taakse, niin aivovammaisella tämä on vielä haasteellisempaa. Luotettavuutta olisi tässä kohtaa lisännyt esimerkiksi omaisten haastattelu tai potilastietoihin tutustuminen, koska kyseessä oli kokemusten kerääminen eikä faktatiedon kerääminen, niin tulokset eivät olisi olleet enää suoria kokemuksia kuntoutujilta.

Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että haastattelut on tehty yksin, jolloin väärinymmärryksille on mahdollisuus. Toisaalta litteroinnin ja tallenteiden avulla haastatteluihin oli mahdollista palata ja varmentaa ymmärrystä, joka puolestaan lisäsi luotettavuutta. Luotettavuuteen litteroinnin osalta haasteita toi, että kaikkia haastatteluista ei aukikirjoitettu heti haastatteluiden jälkeen. Tämä vaikutti osin joihinkin osioihin, joissa haastateltava puhui jostain tietystä kohdasta esim. ”tämä tässä”, eikä muistissa enää ollut mistä kohdasta haastateltava puhui.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Kuten tässä opinnäytetyössä tulee esille, on fysioterapian vaikuttavuudesta aivovammakuntoutuksessa tehty vähän tutkimuksia. Tämä olisi yksi aihe, jota voisi tutkia lisää, sillä sitä kautta voitaisiin tuoda esille selkeitä hyötyjä fysioterapiasta aivovammakuntoutujilla. Esimerkiksi interventiotutkimus, jossa koeryhmässä aivovammakuntoutujat saisivat

fysioterapiaa ja kontrolliryhmässä kuntoutujat eivät saisi fysioterapiaa, voisi selvittää, miten fysioterapia on vaikuttanut selviämiseen aivovamman kanssa.

Toisena jatkotutkimusaiheena voisi kerätä kuntoutusprosessin etenemisestä uudempia kokemuksia. Tässä opinnäytetyössä kaikilla haastateltavilla aivovammakuntoutujilla on ollut aivovamma jo useita vuosia, ja alkuvaiheen kokemukset ovat tapahtuneet ennen vuotta 2010, joten olisi mielenkiintoista kuulla tämän päivän alkuvaiheen kokemuksista. Tähän voisi sisältyä kuntoutujien haastattelut siitä, miten he ovat kokeneet tiedotuksen aivovammasta kotiutusvaiheessa ja ovatko he saaneet ohjausta jatkokuntoutukseen. Voisi myös haastatella alle vuoden sisällä aivovammautuneita kuntoutujia tai heidän omaisiaan ja kerätä tätä kautta tietoa, missä vaiheessa kuntoutus on ja millaisia palveluita kuntoutujalle on tarjottu. Tutkimustuloksia vastaavasta aiheesta voisi kerätä myös määrällisenä tutkimuksena, jolloin vastauksia saataisiin laajemmalta joukolta. Fysioterapeuttiopiskelijat ovat kokonaisuudessaan tehneet vähän opinnäytetöitä aivovammoista, joten lisätutkimukset fysioterapian yhteydestä aivovammaan eivät olisi haitaksi.

8 Yhteenveto

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää aivovammakuntoutujien kokemuksia kuntoutusprosessista ja millainen rooli fysioterapialla on ollut siinä. Tarkoituksena oli tuoda fysioterapian vaikuttavuutta aivovammakuntoutuksessa näkyvämmäksi. Tämän opinnäytetyön haastattelujen pohjalta ei voi yleistää kokemuksia, sillä haastateltavia aivovammakuntoutujia oli vain kolme.

Haastatteluihin osallistui kolme aivovammakuntoutujaa ja yksi AVH-kuntoutuja. Tuloksien pohjalta käy ilmi, että haastatelluilla aivovammakuntoutujilla on ollut vaikeuksia erityisesti kuntoutusprosessin alkuvaiheessa. Jokainen haastateltava aivovammakuntoutuja on joutunut taistelemaan vakuutusyhtiöiden kanssa 9-10 vuotta. Haasteita aivovammakuntoutujille luovat näkyvien oireiden puuttuminen, jolloin kuntoutuspalveluiden tarpeen arvioiminen on haasteellista. Toinen haastava tekijä on, ettei alussa ole ollut tarpeeksi ohjausta aivovamman suhteen, joka on vaikeuttanut kuntoutujan tietämystä siitä, millaisesta avusta hän hyötyisi. Haastateltu AVH-kuntoutuja on päässyt kuntoutuksiin alusta alkaen ja hänellä on alkuvaiheen kuntoutuksesta pelkkiä positiivisia kokemuksia.

Tutkimustulosten mukaan fysioterapia on ollut kuntoutujille vaikuttava osa kuntoutusprosessia. Kaikki kuntoutajat ovat käyneet fysioterapiassa useita vuosia, ja kokemukset fysioterapiasta ovat olleet pääosin positiivisia. Fysioterapian lisäksi osalla kuntoutujista on neuropsykologista kuntoutusta, toimintaterapiaa ja personal trainer ohjausta. Kuntoutajat kokevat fysioterapian tällä hetkellä merkityksellisemmäksi kuntoutusmuodoksi ja toivovat fysioterapian jatkuvan vielä pitkään.

Lähteet

Aivovammaliitto. 2020. Aivovammayhdistykset [viitattu 6.3.2020]. Saatavissa:

<https://www.aivovammaliitto.fi/aivovammayhdistykset/>

Aivovammaliitto. 2014. Strategia 2015-2019 [viitattu 6.3.2020]. Saatavissa: http://www.aivovammaliitto.fi/wp-content/uploads/2015/04/STRATEGIA2015_2019.pdf

Aivovammat. 2020. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen neuroanestesian jaoksen, Suomen Fysiatriryhdistyksen, Suomen Neurokirurgisen Yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Neuropsykologinen Yhdistys ry:n ja Suomen Vakuutuslääkärien Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [viitattu 19.11.2020]. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi18020.pdf>

Arene. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset [viitattu 14.10.2020]. Saatavissa: <http://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>

Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. 2015. Fysiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Ballester B.B, Maier M., Duff A., Cameirao M., Bermúdez S., Duarte E., Cuxart A., Rodríguez S., Mozo R. & Verschure P. 2019. A critical time window for recovery extends beyond one-year-post-stroke. *J. Neurophysiol.* 2019 Jul 1; 122(1): 350–357 [viitattu 7.11.2020]. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6689791/>

Bhambhani Y., Roland G. & Farag M. 2005. Effects of circuit training on body composition and peak cardiorespiratory responses in patients with moderate to severe traumatic brain injury. *Arch Phys Med* 2005; 86: 267-76 [viitattu 15.10.2020]. Saatavissa: <https://www.archives-pmr.org/action/showPdf?pii=S0003-9993%2804%2900472-1>

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Gjelsvik BE. & Syre L. 2016. The Bobath concept in adult neurology. Theme Medical Publishers.

Graham R., Rivara F., Ford M. & Spicer C. 2014. Sports-Related Concussions in Youth: Improving the Science, Changing the Culture. Washington DC: National Academies Press US 2014 [viitattu 14.4.2020]. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK185341/>

Gurley J., Hujsak B., Kelly J. 2013. Vestibular rehabilitation following mild. *NeuroRehabilitation* 32/2013, 519-528 [viitattu 14.4.2020]. Saatavissa: <http://www.sportsconcussion.co.za/sportconcussion/wp-content/uploads/2019/05/Record-10-Vestibular.pdf>

Hellweg S. & Sönke J. 2008. Physiotherapy after traumatic brain injury: A systematic review of the literature. *Brain Injury* 22(5)/2008, 365-373 [viitattu 15.4.2020]. Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/5436388_Physiotherapy_after_traumatic_brain_injury_A_systematic_review_of_the_literature

Hirsjärvi S. & Hurme H. 2015. Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus.

Hugentobler J., Vegh M., Janiszewski B., Quatman-Yates C. 2015. Physical therapy intervention strategies for patients with prolonged mild traumatic brain injury symptoms: a case series. *International Journal of Sports Physical Therapy* 10(5)/2015, 676-689 [viitattu 14.4.2020]. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4595921/>

Jehkonen M., Saunamäki T. & Hokkanen L. 2020. Kliininen neuropsykologia. Duodecim.

Kane A., Diaz D. & Moore C. 2019. Physical Therapy Management of Adults with Mild Traumatic Brain Injury. *Seminars in Speech and Languages* 40(01)/2019, 36-47 [viitattu 14.4.2020]. Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/330470401_Physical_Therapy_Management_of_Adults_with_Mild_Traumatic_Brain_Injury

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

Lindstam S., Ylinen A. 2012. Aivovammojen kuntoutus. Porvoo: Bookwell Oy.

Parreiras de Menezes, K. 2015. Physical Therapy Rehabilitation after Traumatic Brain Injury [viitattu 14.4.2020]. Saatavissa: <https://www.iomcworld.org/open-access/physical-therapy-rehabilitation-after-traumatic-brain-injury-2155-9562-1000311.pdf>

Partanen, J., Falck, B., Hasan, J., Jäntti, V., Salmi, T. & Tolonen U. 2006. Kliininen Neurofysiologia. Kustannus Oy Duodecim.

Quatman-Yates C., Cupp A., Gunsch C., Haley T., Vaculik S. & Kujawa D. 2016. Physical Rehabilitation Interventions for Post-mTBI Symptoms Lasting Greater Than 2 Weeks: Systematic Review. *Physical Therapy* Volume 96, Issue 11/2016, 1753-1763 [viitattu 14.4.2020]. Saatavissa: <https://academic.oup.com/ptj/article/96/11/1753/2870037>

Rabago C., Wilken J. 2011. Application of a Mild Traumatic Brain Injury Rehabilitation Program in a Virtual Reality Environment: A Case Study. *Journal of Neurologic Physical Therapy* Volume 35 Issue 4/2011, 185-193 [viitattu 14.4.2020]. Saatavissa:

https://journals.lww.com/jnpt/FullText/2011/12000/Application_of_a_Mild_Traumatic_Brain_Injury.6.aspx

Saarelma O. 2020. Hyvänlaatuinen asentohuimaus. Lääkärikirja Duodecim [viitattu 14.4.2020]. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00224

Saarelma O. 2020. Piiskaniskuvamma, (whiplash, niskan retkahdusvamma). Lääkärikirja Duodecim [viitattu 19.8.2020]. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00850

Siironen J., Takala R. & Tanskanen P. 2017. Keskipaikeiden ja vaikeiden aivovammojen. Käypä hoito -suositus. Duodecim [viitattu 6.4.2020]. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix02515>

Soinila S., Kaste M. & Somer H. 2006. Neurologia. Helsinki: Duodecim.

Teasdale G. 2014. Forty years on: updating the Glasgow Coma Scale. Nursing Times 15.10.14 [viitattu 13.4.2020]. Saatavissa: <https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2014/10/141015Forty-years-on-updating-the-Glasgow-coma-scale.pdf>

Tenovuo, O. 2020. Avainasiaa aivovammasta – Opas vammautuneelle ja läheisille [viitattu 19.11.2020]. Saatavissa: https://www.aivovammaliitto.fi/wp-content/uploads/2020/03/Avainasiaa_aivovammasta_A5_36s_web.pdf

Terveyskylä. 2020. Tietoa neglect-oireesta [viitattu 15.10.2020]. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivot-ja-toimintakyky/neglect-eli-toispuoleinen-huomiotta-j%C3%A4misen-h%C3%A4iri%C3%B6/tietoa-neglect-oireesta>

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [viitattu 14.10.2020]. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Informaatiokirje tutkimukseen osallistuville

Kutsun aivovamman saaneita kuntoutujia haastatteluun. Olen fysioterapeuttiopiskelija Lahden Ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä aiheesta fysioterapeutin rooli aivovammakuntoutuksessa.

Tavoitteenani on haastatella neljää aivovammakuntoutujaa yksilohaastattelun muodossa. Haastateltavalta tarvitsen ainoastaan halukkuutta kertoa omasta kuntoutusprosessistaan. Haastattelut voivat tapahtua haluamallasi tavalla; kasvokkain, puhelimitse tai web-kameran välityksellä. Kasvokkain tapahtuvat haastattelut onnistuvat Etelä-Suomen alueella. Toiveina haastattelun ajankohdalle olisi **15.6-31.8.2020**

Haastattelut toteutetaan teemahaastatteluna, jossa haastattelun aiheet ovat ennalta suunniteltuja, mutta kysymysten tarkka järjestys ja muoto puuttuu. Kaikkiin kysymyksiin vastaaminen on vapaaehtoista.

Tietosi pidetään täysin anonyyminä ja opinnäytetyössäni oikeat nimet muutetaan. Haastattelut äänitetään litterointia varten, mutta työn valmistuttua kaikki materiaali hävitetään.

Opinnäytetyö esitetään seminaarissa ja julkaistaan Theseus.fi:ssä.

Opinnäytetyön tekijän yhteystiedot:

Annukka Rauha

(puhelinnumero)

Liite 2. Suostumuskirje

LAB Ammattikorkeakoulu
Fysioterapia

Suostumusasiakirja tutkimukseen osallistuvalla

Kirjallinen suostumus haastattelututkimukseen osallistumisesta

Opinnäytetyön aihe: Kuntoutujien kokemuksia fysioterapeutin roolista aivovammakuntoutuksessa

Tekijä: Annukka Rauha

1. Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan opinnäytetyössä käytettävään tutkimukseen.
2. Olen lukenut ja ymmärtänyt informaatiokirjeen.
3. Suostun haastattelun nauhoittamiseen.
4. Voin keskeyttää osallistumisen missä vaiheessa tahansa.

Osallistujan allekirjoitus

Tekijän allekirjoitus

Liite 3. Teemahaastattelurunko

Teemahaastattelurunko

1. Millainen oli kuntoutusprosessin alkuvaihe?
2. Mitkä ovat kuntoutujan kokemukset fysioterapiasta aivovammakuntoutuksessa?
3. Mitä kuntoutuspalveluja kuntoutuja saa tänä päivänä?