

TAVOITTEELLISUUS, ASIAKASLÄHTÖISYYS JA MONIAMMATILLISUUS

Kuinka ne näkyvät aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden laitoskuntoutuksessa?

Anja Timlin

Opinnäytetyö
Toukokuu 2012

Terveyden edistämisen koulutusohjelma Ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) Timlin Anja	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 14.05.2012
	Sivumäärä 69	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi TAVOITTEELLISUUS, ASIAKASLÄHTÖISYYS JA MONIAMMATILLISUUS Kuinka ne näkyvät aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden laitoskuntoutuksessa?		
Koulutusohjelma Terveyden edistämisen koulutusohjelma, Ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) Kantanen Mari, Kuukkanen Tiina		
Toimeksiantaja(t) Kitinkannus®		
Tiivistelmä Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää aivoverenkiertohäiriöiden (AVH) laitoskuntoutusta. Opinnäytetyössä kartoitetaan, toteutuuko tavoitteellisuus, asiakaslähtöisyys ja moniammatillisuus laitoskuntoutuksessa. Tavoitteiden asettamisena käytettiin GAS (Goal Attainment Scaling) menetelmää. Tutkimus toteutettiin tapaustutkimuksena. Tiedonantajiksi arvottiin kolme, 50- 80-vuotiaasta AVH-kuntoutujaa. Aineisto koostui kirjatusta materiaalista, jota kertyi yhteensä 137 sivua. Aineisto analysoitiin käyttämällä kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia menetelmiä. Opinnäytetyön tuloksissa GAS-menetelmällä muodostettuja ja sen ulkopuolisia eli muita tavoitteita tarkasteltiin ICF-luokitusta hyödyntäen. Suurin osa GAS-tavoitteista kohdentui suoritukset ja osallistumisen pääluokkiin. Hoitotyön ja toimintaterapian yhteistyö oli itsestä huolehtimiseen liittyvissä toiminnoissa. Hoitotyön ja fysioterapian yhteistyö kohdistui asennon muuttamiseen, itsensä siirtämiseen, seisomiseen ja kävelemiseen. GAS-tavoitteet tukivat asiakaslähtöisyyden ja moniammatillisuuden muodostumista. Muut tavoitteet kohdentuivat enimmäkseen ruumiin/kehon toimintojen pääluokkiin. Asiakaslähtöisyys näkyi laitoskuntoutuksessa asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumisena, yksilöllisistä tarpeista huolehtimisena ja omaisen kuulemisena. Moniammatillisuus näkyi laitoskuntoutuksessa yhtenäisinä käytäntöinä, yhteisymmärryksenä ja tiedottamisena. Johtopäätöksenä on, että GAS-menetelmä tukee asiakaslähtöisten tavoitteiden muodostamista ja moniammatillisuuden toteutumista laitoskuntoutuksessa. Tavoitteellisuus, asiakaslähtöisyys ja moniammatillisuus ovat toisiinsa sidoksissa ja vuorovaikutuksessa. Nämä tekijät ovat tunnistettavissa Kitinkannuksen laitoskuntoutuksessa. Tuloksia voidaan hyödyntää Kitinkannuksen AVH-kuntoutuksen jatkokehittämisessä. Tavoitteiden asettamisessa olisi tärkeä lisätä ICF-luokituksen hyödyntämistä, tarkkuutta, asiakaslähtöisyyttä ja omaisen osallistumista. Jatkotutkimuksen aiheeksi jää, millaisena asiakas ja omainen kokevat asiakaslähtöisyyden kuntoutusjaksolla.		
Avainsanat (asiasanat) Aivoverenkiertohäiriöt, laitoskuntoutus, tavoitteellisuus, GAS-menetelmä, asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus, ICF-luokitus		
Muut tiedot		



Author(s) Timlin Anja	Type of publication Master's Thesis	Date 14052012
	Pages 69	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title GOAL ATTAINMENT, CLIENT-CENTEREDNESS AND MULTI-PROFESSIONALISM How are they seen in rehabilitation center of stroke patients?		
Degree Programme Master's Degree Programme in Health Promotion		
Tutor(s) KANTANEN, Mari, KUUKKANEN, Tiina		
Assigned by Kitinkannus ®		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this study was to develop the rehabilitation of stroke patients. This study tried to identify whether goal attainment, client-centeredness and multi-professionalism was realized in a rehabilitation center. The GAS-method (Goal Attainment Scaling) was used for setting the objectives of this thesis.</p> <p>The study was conducted as a case study. Three 50-80-year-old stroke patient rehabilitants were randomly chosen as the study subjects. Data was collected from pertinent written material, which accumulated a total of 137 pages. The data was analyzed by using qualitative and quantitative methods.</p> <p>In the thesis findings, the GAS-objectives and other goals were examined by using the ICF-classification system. It was discovered that most of the GAS goals were focused on the activities and participation category. Nursing and occupational therapy collaboration was focused on self-care related activities. Nursing and physical therapy collaboration was focused on position changes, self-transfer, standing and walking related activities. The GAS-objectives were also found to support client-centeredness and multidisciplinary teamwork. Most of the other goals were focused on the body functions category.</p> <p>Client-centeredness was reflected in institutional rehabilitation through patient autonomy, taking care of individual needs and by listening to the patients' relatives. Multi-professionalism was reflected in institutional rehabilitation through consistent practices and a common understanding of open communication.</p> <p>The conclusion is that the GAS-method supports the formation of client-centered objectives and multidisciplinary teamwork in institutional rehabilitation. Goal attainment, client-centeredness and multi-professionalism are interrelated and interact with each other. These factors are identifiable in the rehabilitation center Kitinkannus. The results can be used to further develop stroke patient rehabilitation in Kitinkannus. Precision in goal setting and client-centeredness as well as involving the clients' relatives would be important to increase. Future research questions could be: How do the clients and their relatives experience the client-centered approach in a rehabilitation unit?</p>		
Keywords Stroke, rehabilitation, goal attainment, GAS-method, client-centeredness, multi-professionalism, multidisciplinary teamwork, ICF-classification		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	3
2	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT (AVH)	5
3	ASIAKASLÄHTÖISYYS	7
4	MONIAMMATILLISUUS	8
5	TAVOITTEIDEN ASETTAMINEN JA GAS-MENETELMÄ	10
6	ICF-LUOKITUS	12
7	LAITOSKUNTOUTUS KITINKANNUKSESSA	15
8	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	17
9	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	18
9.1	Tapaustutkimus	18
9.2	Tiedonantajien valinta	19
9.3	Aineiston kuvaus	19
9.4	Aineiston analyysi	21
9.5	Tutkimuksen eettiset lähtökohdat	24
10	TULOKSET	26
10.1	Tavoitteiden näkyminen laitoskuntoutuksessa	26
10.1.1.	GAS-tavoitteet ICF-luokituksessa	26
10.1.2.	GAS-tavoitteiden yhdistyminen ammattiryhmien työskentelyssä	29
10.1.3.	Muut tavoitteet ICF-luokituksessa	33
10.1.4.	Muiden tavoitteiden näkyminen ammattiryhmien työskentelyssä	35
10.2	Asiakaslähtöisyyden näkyminen laitoskuntoutuksessa	36
10.2.1.	Itsemääräämisoikeuden toteutuminen	38
10.2.2.	Yksilöllisistä tarpeista huolehtiminen	38
10.2.3.	Omaisien kuuleminen	39
10.3	Moniammatillisuuden näkyminen laitoskuntoutuksessa	40
10.3.1.	Yhtenäiset käytännöt	41
10.3.2.	Yhteisymmärrys	42
10.3.3.	Tiedottaminen	43
10.4	Tulosten yhteenveto	43
11	POHDINTA	45
11.1	Tuloksien tarkastelua	45
11.2	Tutkimuksen luotettavuus	51
12	JOHTOPÄÄTÖKSET	54
	LÄHTEET	56
	LIITTEET	61
	Liite 1. Tiedote opinnäytetyön tarkoituksesta	61
	Liite 2. Tiedonantajan tai omaisen suostumus	62
	Liite 3. Kitinkannuksen GAS-lomake	63
	Liite 4. GAS-tavoitteiden kohdistaminen ICF-luokitukseen	65

Liite 5. GAS-tavoitteisiin liittyvien merkintöjen määrä	67
Liite 6. Muihin tavoitteisiin liittyvien merkintöjen määrä	68
Liite 7. Asiakslähtöisyyden ja moniammatillisuuden merkintöjen määrä	69

KUVIOT

KUVIO 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet	14
KUVIO 2. Tutkimusprosessin ja analyysin vaiheet	21
KUVIO 3. Tutkimukseen liittyvä ajankäyttö ja sisältö	24
KUVIO 4. Liikkumiseen liittyvät GAS-tavoitteet ja ammattiryhmien yhteistyö	30
KUVIO 5. Itsestä huolehtimisen GAS-tavoitteisiin liittyvä ammattiryhmien yhteistyö	31
KUVIO 6. Kolmeen eri pääluokan GAS-tavoitteiden näkyminen ammattiryhmien yhteistyössä	32
KUVIO 7. Muiden tavoitteiden näkyminen eri ammattiryhmien kirjaamisessa	35
KUVIO 8. Asiakslähtöisyyden pääluokkien näkyminen kirjaamisessa	36
KUVIO 9. Moniammatillisuuden pääluokkien näkyminen kirjaamisessa	40

TAULUKOT

TAULUKKO 1. ICF-luokituksen rakenne	13
TAULUKKO 2. Analysoitava aineisto	20
TAULUKKO 3. Tutkimuskysymyksien mukainen aineiston analyysi	23
TAULUKKO 4. GAS-tavoitteiden näkyminen liikkumisen aihealueissa	27
TAULUKKO 5. GAS-tavoitteiden näkyminen itsestä huolehtimisen aihealueissa	28
TAULUKKO 6. Kolmen GAS-tavoitteen näkyminen eri pääluokissa	29
TAULUKKO 7. Muiden tavoitteiden näkyminen ICF-luokituksessa	34
TAULUKKO 8. Asiakslähtöisyyttä kuvaavien pääluokkien sisältö	37
TAULUKKO 9. Moniammatillisuutta kuvaavien pääluokkien sisältö	41

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuneita arvioitiin olevan Suomessa vuonna 2009 82 000 henkilöä. Aivoinfarktin saa vuosittain noin 14 600 suomalaista. Noin puolelle henkiin jääneistä jää pysyvästi alentunut ja päivittäistä toimintaa haittaava toimintakyky (Lehtonen ym. 2005, 3391). Joka kolmas toipuu täysin oireettomaksi, kolme neljästä omatoimiseksi ja 15 % jää pysyvään laitoshoittoon. Sairastumisen riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine, sydänperäiset syyt, tyyppin 2 diabetes, kohonnut veren kolesterolitaso, tupakointi ja ylipaino. Myös sairastettu TIA-kohtaus lisää aivohalvauksen riskiä kymmenkertaiseksi. (Aivoverenkiertohäiriö 2011; aivoinfakti 2011.)

Vake-hankkeen (vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishanke) avulla selvitettiin neurologisten sairauksien, kuten aivoverenkiertohäiriöiden, hyviä kuntoutuskäytäntöjä. Tutkimusnäytön perusteella aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutuksen tulee perustua oikea-aikaisuuteen ja tavoitteellisuuteen, jolloin asiakas voi motivoitua itselleen merkityksellisten ja realististen asioiden saavuttamiseen. Kuntoutusta suunniteltaessa tulee huomioida asiakkaan ja hänen verkostonsa tarpeet sekä voimavarat. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkula & Autti-Rämö, 2011, 29.)

Asiakaslähtöisyyden toteutuminen aivohalvauksen ja aivovammojen kuntoutuksessa on usein liian kapea-alaista. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian konsensuslausumassa todetaan, että vammaiset kohtaavat usein organisaatioiden ja ammattihenkilöiden yhteistoiminnan heikkouden ja näkemysten kapealaisuuden. Asiakkaan tarpeet huomioiva yhteistyö edellyttää hyvään vuorovaikutukseen perustuvaa toimintatapaa. Tuolloin asiantuntijuus voidaan jakaa asiakkaan, tämän lähiverkoston ja kuntoutuspalveluiden tuottajien kesken. (Konsensuslausuma 2009, 102.)

Aivoverenkiertohäiriöiden jälkeisen laituskuntoutuksen vahvuuksia ovat Peter Langhornen ja Pamela Duncanin mukaan (2001) yhtenäiset toimintatavat ja organisoitunut moniammatillinen yhteistyö. Kuntoutus perustuu työryhmien asiantuntijuuteen ja asiakkaan sekä omaisten ottamiseen mukaan kuntoutusprosessiin. (Langhorne & Duncan 2001, 273.) Moniammatillisessa yhteistyössä voidaan toimia yhdessä luotta-

muksellisesti ylittäen ammattisidonnaiset rajat. Asiantuntijoilla on yhteinen ongelma tai päämäärä, johon päästäkseen he yhdistävät tietonsa ja osaamisensa. Asiakslähtöinen ja verkottunut työskentely edellyttää ammatillisuuden lisäksi uudenlaisia yhteistyötaitoja ja muutoksia toimintamalleihin ja johtajuuteen. (Isoherranen, Rekola ja Nurminen 2008, 3, 33-34.)

Paltamaan ym. (2011) mukaan kuntoutustavoitteiden asettaminen pitäisi rakentaa asiakasta kuunnellen ja hänen kokonaisvaltaisen elämäntilanteensa ja kehitysmahdollisuuksiensa ehdoilla. ICF-luokitusta tulisi hyödyntää kuntoutuksen suunnittelemisessa ja tavoitteiden asettamisessa sekä kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioitaessa. (Paltamaa ym. 2011, 29, 228.)

Kela on pilotoinut Goal Attainment Scaling (GAS) menetelmän käyttöä vuodesta 2007 lähtien. GAS-metelmässä asiakas on mukana moniammatillisen työryhmän kanssa muodostamassa kuntoutusjaksolle konkreettisia ja mitattavia tavoitteita, jotka jaksolla voidaan realistisesti saavuttaa. Osallisuus omien tavoitteiden asettamiseen motivoi kuntoutujaa ponnistelemaan tavoitteiden mukaisesti. (Autti-Rämö, Vainiemi, Sukula & Louhenperä 2010, 3.)

Suomessa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutustarve arvioidaan yksilöllisesti. Akuuttivaiheen kuntoutuksen jälkeen keskussairaaloiden aivohalvausyksiköissä moniammatillinen työryhmä tekee alustavan kuntoutus- tai hoitosuunnitelman, jossa päätetään mm. jatkokuntoutuspaikasta ja ajankohdasta. Jatkokuntoutus voidaan toteuttaa paikallisissa terveyskeskuksissa tai aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutukseen erikoistuneissa laitoksissa. Kustantajana on erikoissairaanhoidopiiri, asiakkaan kotikunta tai Kela. (Korpelainen, Leino, Sivenius & Kallanranta 2008, 259.) Aivoverenkiertohäiriöiden laitospäätyä pyritään keskittämään tulevaisuudessa neurologisiin yksiköihin tai laitoksiin, joissa on käytettävissä riittävät moniammatilliset resurssi yhä kasvavaan AVH:n kuntoutustarpeeseen. (Takala 2009, 22.)

Opinnäytetyöni tarkoitus on edistää ja kehittää Kitinkannuksen tavoitteellista, asiakaslähtöistä ja moniammatillista toimintamallia. Kuntoutuksen lähtökohtia ovat asiakaslähtöisyys ja asiakkaan osallistuminen tavoitteiden asettamiseen yhdessä mo-

niammatillisen tiimin kanssa. Opinnäytetyöni tavoitteena on kartoittaa, toteutuuko laituskuntoutusjaksoilla tavoitteellinen, asiakaslähtöinen ja moniammatillinen kuntoutus. Opinnäytetyön menetelmänä on tapaustutkimus, jossa kolmen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutujan/tiedonantajan kuntoutusjakso analysoidaan tavoitteellisuuden, asiakaslähtöisyyden ja moniammatillisuuden näkökulmasta.

2 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT (AVH)

Käypä hoidon mukaan aivoverenkiertohäiriö (AVH) on yhteisnimitys aivoverisuonten tai aivoverenkierron sairauksille. Häiriö voi olla ohimenevä (2-15 minuuttia) TIA eli Transient Ischemic Attack, tai pitkäaikainen neurologisia oireita aiheuttava sairaus. Aivohalvaus (stroke) tarkoittaa aivoinfarktin, aivoverenvuodon tai lukinkalvonalaisen verenvuodon (SAV) aiheuttamaa aivotoimintojen häiriötä. (Aivoinfarkti 2011.)

Aivoverenkiertohäiriön tyypillisin oire ovat toispuolinen raajahalvaus ja siihen liittyen motorisen ja sensorisen hermoston toiminnan häiriöt. Häiriöt aiheuttavat sairastuneelle monenlaisia motorisia ja kognitiivisia vaikeuksia, kuten puheen tuottamisen vaikeuksia, henkisen tason laskua ja sairauden oiretietoisuuden laskua. Monimuotoisen oireiston vuoksi AVH-kuntoutus perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön. Käypähoidon mukaan mahdollisimman varhain, viimeistään viikon sisällä aloitettu aktiivinen, toiminnallinen ja laaja-alainen kuntoutus on tehokkainta. Tämä sisältää myös kognitiivisen kuntoutuksen. (Aivoinfarkti 2011; Korpelainen ym. 2008, 271-273.)

Akuutissa vaiheessa, 0-3 kk sairastumisesta (tilanne ei ole vakiintunut), noin puolet sairastuneista kärsii masennuksesta ja ensimmäisen vuoden aikana riski vakavaan masennukseen kasvaa. Mikäli masennukseen liittyy huono toiminnallinen ennuste, pysyvän ja yhteiskunnalle kalliin laitoshoidon riski kasvaa. AVH:n kuntouttamiseen on terapiamuotoja, joilla pyritään edistämään sairauden varhaisessa vaiheessa selviytymistä kotiympäristössä. Subakuutissa (nopean kuntoutumisen vaihe) vaiheessa eli 3-6 kk kuluttua sairauden alkamisesta edistymisen nopeinta. Myös myöhäisemmäs-

sä eli kroonisessa vaiheessa terapiat auttavat sairastuneen selviytymistä kotona tukitoimien avulla. (Aivoinfarkti 2011; Korpelainen ym. 2008, 255.)

Aivoverenkiertohäiriön jälkeen suoriutuminen päivittäisissä toiminnoissa eli ADL-toiminnoissa (activities of daily living) heikkenee. Perustoiminnoista eli PADL-toiminnoista (primary activities of daily living) heikkenevät eniten pukeutuminen ja liikkuminen. Ruokailu sekä hygienian hoito vaikeutuvat vähemmän. (Korpelainen ym. 2008, 253-255.) Vuoden kuluttua sairastuneista kotiutuu 73-83 %, heistä 53-68 % oli itsenäisiä päivittäisissä toiminnoissa. Kotona asuvista yli puolet tarvitsee apua itsestä huolehtimisessa ja IADL-toiminnoissa (instrumental activities of daily living) kuten asioinnissa. Kaksi kolmasosaa tarvitsee apua kodinhoidossa. (Aivoinfarkti, 2011.)

Walker ja kumppanit (2004, 2230-2231) tutkivat meta-analyysissään kahdeksan sokkoutettua ja satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta, joissa oli mukana 1143 potilasta. Aivohalvauksen jälkeisessä kuntoutuksessa yhteisöllinen toimintaterapia paransi merkittävästi henkilökohtaisia ja laajennettuja ADL-toimintoja sekä vapaa-ajan toimintoja. Yksilöllisesti kohdennetut toimenpiteet paransivat tuloksia.

Sivenius (2010, 1699) arvioi, että tulevaisuudessa väestön eliniän kasvu ja väestön ikääntyvien määrän kasvu tulevien vuosikymmenien aikana luo suuren haasteen terveydenhuollolle. Vuoteen 2030 mennessä Suomessa arvioidaan vuosittain sairastuvan 12 100-20 100 ihmistä aivohalvaukseen ennustetavasta riippuen. (Sivenius 2010, 1699.) Ikääntyminen lisää eniten riskiä sairastua aivoverenkiertohäiriöön. Myös ikäikäiden kuntoutus kannattaa, sillä merkittävä osa 75-84-vuotiaista kuntoutui AVH:n jälkeen itsenäisiksi päivittäisissä toiminnoissa. (Lehtonen ym. 2005, 3391, 3394.) Käypähoidon mukaan aivohalvaukseen sairastuneen hoito vuodessa on n. 21 000 euroa ja elinikäinen hoito n. 80 000 euroa ja hoitokustannusten on ennustettu nousevan. (Aivoinfarkti, 2011).

Aivoverenkiertohäiriöiden akuutti- ja subakuuttivaiheen kuntoutuksen järjestämisvastuu kuuluu erikoissairaanhoidopiireille. Akuuttivaiheessa hoidon keskittäminen aivohalvausyksiköihin vähentää kansainvälisen tutkimusnäytön perusteella AVH-kualiteettia ja mahdollistaa varhaisvaiheen moniammatillisen kuntoutuksen. (Go-

van 2009, 9.). Lievässä aivoverenkiertohäiriössä ja kroonisessa laitoshoitovaiheessa kuntoutusvastuu kuuluu perusterveydenhuollolle. (Konsensuslausuma 2009, 104-105.) Kansaneläkelaitos järjestää 65-ikävuoteen asti muun kuntoutuksen, kuntoutuksista ja kuntoutusrahaetuuksista annetun lain (566/2005) 9 §:n perusteella Kansaneläkelaitokselle osoitettuna tehtävänä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, § 29.)

3 ASIAKASLÄHTÖISYYS

Aivoverenkiertohäiriön jälkeisessä kuntoutuksessa tulee hyödyntää tietoa kuntoutusasiakkaiden yksilöllisistä tarpeista ja sosiaalisista rooleista. Sosiaalisen osallistumisen on todettu olevan merkittävä tavoite AVH- kuntoutujille. Osallistumisen vaikeudet voivat eristää sairastuneen henkilön ihmissuhteiden hoidosta ja vapaa-ajan viettämisestä. (Vincent ym. 2007, 15.) Walker ym. (2004) totesivat kirjallisuuskatsauksessaan, että iäkkäiden aivohalvauskuntoutujien toimintaterapiassa huomioitiin yksilölliset lähtökohdat sekä ympäristöön liittyvät ja yhteisölliset tekijät. Tällainen kokonaisnäkemys antoi terapian vaikuttavuudesta parhaan näytön. (Walker ym. 2004, 2231.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon peruseriaatteena ja toiminnan lähtökohtana on asiakaslähtöisyys. 1.5.2011 voimaan tulleessa terveydenhuoltolain 2 §:ssä painotetaan terveydenhuoltopalveluiden järjestämisessä käsitettä asiakaskeskeisyys. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011). Duodecimin julkaisemassa konsensuslausumassa asiakaslähtöisyyden edellytys on ammattihenkilön kunnioitus asiakkaan yksilöllisiä tarpeita kohtaan. Vuorovaikutuksessa tulee näkyä asiakkaan kohtaaminen kokonaisvaltaisesti ja ammatillisesti. (Konsensuslausuma 2009, 101.)

Kelan käynnistämänä 2006 aloitettiin hanke vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuspalveluiden kehittämiseksi yhteistyössä Lapin yliopiston ja kuntoutussäätiön kanssa. Kelan kuntoutuspalveluiden odotuksista ja arvioista julkaistiin raportti, Asiakkaan äänellä -kirja (2009). Raportissa tuodaan esille asiakkaan ja hänen läheisensä kokemukset ja tarkastellaan kokemuksia asiakaslähtöisyyden peruslähtökohdista.

Tutkijat toteavat johtopäätöksissä, että vaikeavammaisten kuntoutuksen tulisi olla lähellä asiakkaan arjen elämää. (Järvikoski, Hokkanen Härkäpää 2009, 22.)

Terveydenhuoltolain § 29 mukaan kunnan tehtävä on järjestää asiakkaan hoito ja lääkinnällisen kuntoutus toimivaksi kokonaisuudeksi ja kirjata nämä tavoitteet kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan sekä vastata kuntoutuksen ohjauksesta ja seurannasta. Kelan tutkimuksen mukaan tämä tavoite ei läheskään aina toteudu asiakkaan ääntä ja tarpeita kuunnellen eikä kuntoutuskentän kokonaistietämystä hyödyntäen. (Järvikoski ym. 2009, 287.) Asiakkaan tulisi olla oman kuntoutusprosessinsa asiantuntija.

Asiakkaalla on itsemääräämisoikeus häntä koskevissa valinnoissa. Asiakslähtöisyyteen kuuluu myös osallisuuden (conclusion) ja osallistumisen (participation) käsitteet. Kuntoutuksessa asiakkaan osallistuminen tarkoittaa hänen aktiivista panostaan tavoitteiden asettamiseen, suunnitteluun ja saavutettujen tulosten arviointiin. Näiden lisäksi asiakas osallistuu myös aktiivisesti konkreettiseen kuntouttavaan toimintaan. (Järvikoski ym. 2009, 22.)

Aivoverenkiertöhäiriöiden kuntoutuksessa asiakslähtöisyyden löytyminen mahdollistaa kuntoutujan kohtaamisen ainutlaatuisena yksilönä ja osana sosiaalista ja kulttuurista ympäristöä arvoineen, tapoineen ja tottumuksineen. Cardol, De Jong ja Ward toteavat, että asiakslähtöisyyteen sisältyy asiakkaan autonomian tunnustaminen ja tukeminen. Asiakkaalle annetaan riittävästi häntä koskevaa tietoa valintojen helpottamiseksi. Autonomian eli itsemääräämisoikeuden käsite on kulttuurisidonnainen ja vaihtelee eri maiden välillä. Eettisesti hoidon ja kuntoutuksen strategioiden pitäisi tukea yksilön autonomiaa ja osallistumista päivittäiseen arkeen. (Cardol, De Jong & Ward 2002, 970.)

4 MONIAMMATILLISUUS

Erikoissairaanhoidossa AVH-yksiköiden moniammatilliseen työryhmään kuuluvat neurologi, neuropsykologi, sosiaalityöntekijä, hoitohenkilökunta ja terapiahenkilöstö.

Perusterveydenhuollossa työryhmän koostumus on samantyyppinen kuin erikoissairaanhoidossa. Avoterveydenhuollossa moniammatilliseen ryhmän koostumus riippuu AVH-asiakkaan kuntoutustarpeesta. Työryhmään voi kuulua esimerkiksi fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti ja kotihoidon työntekijä. (Korpelainen ym 2008, 260-262.) Hyvien kuntoutuskäytäntöjen suositusten mukaan aivoverenkiertohäiriöiden jälkeisessä kuntoutuksessa kuntoutussuunnitelman tekeminen, terapioiden toteuttaminen ja seuranta edellyttävät moniammatillista yhteistyötä laaja-alaisen kokonaiskäsityksen muodostumiseksi. (Paltamaa ym. 2011, 53, 227-228.)

Langhornen ja Duncanin (2001) meta-analyysissä tarkastellaan subakuutin vaiheen laituskuntoutuksen vaikuttavuutta. Tutkimukset käsittivät 1437 potilasta. Tutkijoiden mukaansa AVH-laituskuntoutus, joka on järjestelmällistä ja perustuu moniammatilliseen asiantuntijuuteen on vaikuttavinta. Tähän prosessiin kuuluu asiakkaan ja hänen omaisensa aktiivinen osallistuminen. Tutkijoiden mukaan aivoverenkiertohäiriöiden hoitoon ja kuntoutukseen perehtynyt, sitoutunut ja kiinnostunut henkilökunta seuraa kuntoutujan edistymistä laaja-alaisesti. Moniammatillisissa palavereissa asiakasta koskeva tieto siirtyy ammattiryhmältä toiselle. (Langhorne & Duncan 2001, 268, 273.)

Isoherrasen ym. (2008) mukaan moniammatillinen (multiprofessional, interprofessional) yhteistyö sisältää monenlaisia yhteistyön muotoja. Asiantuntijoilla on yhteinen ongelma tai tehtävä, jonka ratkaisemiseksi he yhdistävät tietonsa ja osaamisensa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tavoitteena on monipuolisen ja kokonaisvaltaisen tiedon saaminen asiakkaan tilanteesta. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 33.)

Moniammatillisuuden lähtökohtia ovat ympäristöstä riippumatta asiakaslähtöisyys, tiedon kokoamisen mahdollisuus, vuorovaikutustaidot, roolien muutokset ja yhteydet verkostoihin. Erityisasiantuntijuuteen tarvitaan taitavaa dialogia ja yhteistä kieltä. Tieteiden välinen (interdisciplinary) ja monitieteinen (multidisciplinary) yhteistyö aiheuttaa ongelmia, koska eri ammattialoilla on eri koulutus, tiedeperusta ja viitekehys. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä tarvitaan ajattelu- ja toimintatapojen muuttumista pirstaleisesta näkemyksestä holistiseen näkemykseen. Tarvitaan myös ammattiroolien määrittelyä päällekkäisten työskentelyjen ja ristiriitaisten tavoitteiden karsimiseksi. Parhaimmillaan moniammatillisessa yhteistyössä tiukat am-

matilliset rajapinnat väljentyvät ja antavat tilaa dialogisuudelle ja joustavan ammattikulttuurin kehittymiselle. (Isoherranen ym. 2008, 32-37.)

5 TAVOITTEIDEN ASETTAMINEN JA GAS-MENETELMÄ

Aivoverenkiertohäiriöiden jälkeisessä kuntoutuksessa tavoitteiden asettaminen pitäisi toteuttaa asiakaslähtöisesti. Tavoitteiden asettamisen apuna tulisi käyttää näyttöön perustuvia ja standardoituja menetelmiä. Rosewilliamin, Roskellin, ja Pandyanin (2011) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutuksessa tavoitteiden tuloksellisuuden osatekijöitä. Tutkijat pitävät tärkeänä, että AVH-kuntoutukseen otetaan käyttöön yhtenäinen asiakaslähtöinen tavoitteiden asettamisen malli. Kuntoutuksen tulokset paranivat, mikäli asiakaslähtöisyys ja yksilöllinen huomioiminen sisällytettiin tavoitteiden asettamisen menetelmään. (Rosewilliam, Roskell & Pandyan 2011, 502, 510.)

Asiakaslähtöisten tavoitteiden vaikutuksesta kuntoutujan psykososiaalisiin osalualueisiin on vahvaa näyttöä. AVH-kuntoutustavoitteista pitäisi kuvastua asiakkaalle tärkeät asiat ja tavoitteiden pitäisi olla riittävän haasteelliset, jotta tuloksia saavutettaisiin. Tutkijoiden mielestä tämä edellyttää asiakkaan konkreettista läsnäoloa tavoitteiden asettamisen tilanteessa. AVH-kuntoutujien tavoitteissa saavutettiin edistymistä lyhyellä aikavälillä päivittäisissä toiminnoissa ja liikkumisessa. (Rosewilliam ym. 2011, 508-509.)

GAS (Goal Attainment Scaling) menetelmä kehitettiin terapioiden ja kuntoutusmuotojen yhteisten tavoitteiden asettamisen ja saavuttamisen apuvälineeksi. GAS tavoitteiden asettelun menetelmää on tutkittu 1968-luvulta lähtien ja sen ansioiksi on todettu käyttökelpoisuus monenlaisten interventioiden käyttämiseen ja hyvinkin heterogeenisten asiakkaiden yksilöllisessä terapiassa tai ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa. Tavoitteet asetetaan aina yksilöllisesti. (Kiresuk & Sherman, 1968, 453.)

GAS-menetelmää on käytetty Kelan kustantamassa laituskuntoutuksessa Suomessa 2007 vuodesta lähtien. 2011 vuoden alussa Kelan internetsivustoilla julkaistiin GAS-lomake ja GAS-ohjekirjan uudistettu versio 2. Kelan tavoitteena on kehittää vaikeavammaisten ihmisten kuntoutukseen menetelmä, joka osoittaa kustannustehokkaasti kuntoutusprosessin kohdentumisesta tavoitteiden mukaisesti. (Autti-Rämö ym. 2010. 3-4). Tällä hetkellä GAS-menetelmän koulutusvastuu on siirtynyt ammattikorkeakouluille.

Menetelmässä tavoite kirjataan taulukkomuotoon viisiportaiseksi määritelmäksi asiakkaan nimeämän toiminnallisen tavoitteen mukaisesti. Kelan standardissa voidaan asettaa kolme tavoitetta, alkuperäisessä Kiresukin ja Shermanin mallissa asetettiin kahdeksan tavoitetta. Tavoite konkretisoidaan sanallisesti vastaamaan numeerista tasoa -2, -1, 0, +1, +2. Odotettu tavoitetaso on 0. (Turner-Stokes, 2009, 364.)

GAS- menetelmässä tavoitteiden muodostamista helpottaa SMART periaate. Tavoitteen tulee olla specific (yksilöllinen), measurable (mitattavia), achievable (saavutettavissa oleva), realistic (konkreettinen) ja timed (ajallisesti määritelty). Terapeutti ja asiakas sopivat yhdessä päivämäärän, jolloin tavoitteen saavuttamista voidaan yhteistyössä arvioida. (Turner-Stokes, 2009, 365; Bovend'Eerdt ym. 2009, 355.) GAS-menetelmässä tavoitteiden saavuttamista kuvaava T-arvo voidaan laskea matemaattisen kaavan avulla. (Turner-Stokes, 2009, 364-365, 367.) Kelan standardissa tavoitteiden saavuttamista kuvaavat T-arvot löytyvät GAS-käsikirjan taulukosta. (Autti-Rämö ym. 2010, 21.)

Steenbeek, Gorter, Ketelaar, Galama & Lindeman (2011) vertaavat Goal Attainment Scaling menetelmää kahden standardoidun mittarin ominaisuuksiin CP (Cerebral Palsy) lasten kuntoutuksessa. Heidän mukaansa GAS ja tutkimuksessa mukana olleet standardoidut mittarit täydentävät toisiaan reagoitiherkkydessä. Mikäli mittauksessa käytetään yksinomaan GAS-menetelmää, voidaan menettää pieniä mutta tärkeitä muutoksia tuloksissa. Mikäli tulosten mittaamisessa käytetään vain standardoituja mittareita, voi huomattava määrä saavutettuja tuloksia jäädä huomiotta. Tutkijat rohkaisevat kehittämään ja soveltamaan GAS-menetelmän käyttöä kuntoutuksen eri osa-alueille, sillä GAS-menetelmän ansiot ovat heterogeenisten ryhmien muutoksien

mittaamisessa. Lisäarvona tutkijat kertovat potilaiden, perheiden ja ammatillisten tiimien olleen tyytyväisiä työskennellessään GAS-menetelmän mukaisesti. (Steenbeek, Gorter, Ketelaar, Galama & Lindeman 2011, 1137-1138.)

6 ICF-LUOKITUS

ICF on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, joka kuuluu Maailman terveysjärjestön (WHO) luokitusjärjestelmään, johon kuuluu myös kansainvälinen tautiluokitusjärjestelmä ICD-10 (International Classification of Diseases, Tenth Revision). Luokitus soveltuu laajojen väestöryhmien, kansallisen väestön ja yksilön terveydentilan tutkimukseen ja määrittämiseen. Luokitus tarjoaa laajalaisen ja yhtenäisen viitekehyksen ja kielen, joka kuvaa toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa. (ICF 2007, 3-6.)

ICF-luokituksessa on kaksi osaa, jotka kumpikin sisältävät kaksi osa-aluetta (ICF 2007,10). Osa 1. **Toimintakyky ja toimintarajoitteet:** ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet sekä suoritukset ja osallistuminen. Osa 2. **Kontekstuaaliset tekijät: ympäristötekijät ja yksilötekijät. Ruumiin/kehon toiminnot** ilmaistaan lyhenteellä (b) (body functions) ja **ruumiin rakenteet** (s) body structures. **Suoritukset** voidaan koodata erikseen lyhenteellä (a) activities ja **osallistuminen** (p) participation sekä yhdessä käytettynä **suoritukset ja osallistuminen** (d). **Ympäristötekijöistä** käytetään kirjainkoodia (e) environmental factors. (ICF 2007, 12- 14.)

Kirjainkoodin jälkeen pääluokka ilmaistaan yhdellä numerokoodilla. Esimerkiksi suoritukset ja osallistumiseen kuuluu pääluokka **itsestä huolehtiminen** (d5). Pääluokkiin sisältyvistä aihealueista käytetään neliportaista numerokoodistoa, joka sisältää yksityiskohtaisia kuvauskohteita. Esimerkiksi Itsestä huolehtimiseen sisältyy aihealueet **kehon osien peseminen** (d5100) ja **vaatteiden pukeminen** (d5400). Yksilön toimintakykyä voidaan kuvata monella riippumattomalla tai vuorovaikutussuhteessa olevalla koodilla. Lisäksi ICF-luokitus sisältää tarkenteita, jotka ilmentävät yksilön terveyden

tasoa tai ongelman vaikeusastetta kyseisellä toimintakyvyn aihealueella. (ICF 2007, 21, 147-149.)

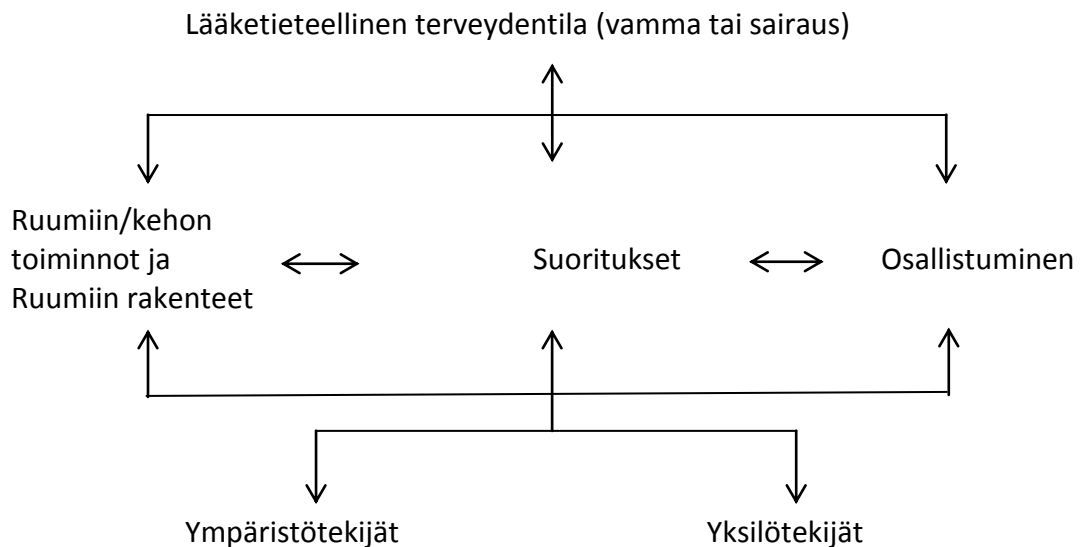
Suoritukset ja osallistumisen osa-alue on laaja-alainen kuvaus elämän eri kokonaisuuksista. Siihen sisältyvät pääluokat kommunikointi, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, erilaiset tehtävät ja niiden tekemisen vaateet, kotielämässä suoriutuminen, vuorovaikutus ja ihmissuhteet, keskeiset elämänalueet, kuten työ ja koulutus, sekä yhteiskunnallinen ja yhteisöllinen toiminta. (ICF 2007, 14.) Taulukossa 1 on ICF-luokituksen rakenne ja osa-alueet.

TAULUKKO 1. ICF-luokituksen rakenne (ICF 2007, 11, 211 muutettu)

ICF-LUOKITUS					
OSA 1. TOIMINTAKYKY JA TOIMINTARAJOITTEET			Osat	OSA 2. KONTEKSTUAALISET TEKIJÄT	
Ruumiin/kehon toiminnot b1-b9 1. Mielentoinninnot 2. Aistitoiminnot ja kipu	Ruumiin rakenteet s1-s8 1. Hermostojärjestelmän rakenteet 2. Silmä, korva ja niihin liittyvät rakenteet	Suoritukset ja osallistuminen d1-d9 1. Oppiminen ja tiedon soveltaminen 2. Yleisluontoiset tehtävät ja vaateet	Pääluokat aihealueet	Ympäristötekijät e1-e5 1. Tuotteet ja teknologiat 2. Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen teemät...	Yksilötekijät ei ICF-luokitusta
Ruumiin/kehon toiminnan muutos	Ruumiin rakenteen muutos	Tarkenteet: <i>Suoritustaso</i> (Mitä yksilö tekee nyky-ympäristössä) <i>Suorituskyky</i> (Yksilön kyky toteuttaa tehtävä tai toimi)	Mittaaminen Arviointi Ohjaavat käsitteet	Fyysisen, sosiaalisen ja asenneympäristön edistävä ja rajoittava vaikutus	Yksilötekijöiden vaikutus
Toimintojen eheys	Rakenteiden eheys	Suoritukset ja osallistuminen	Edistävät tekijät	Edistävät tekijät	
Vajavuus	Vajavuus	Suoritusrajoite Osallistumisrajoite	Rajoittavat tekijät	Rajoittavat tekijät	

Toimintakyky ja toimintarajoitteet määräytyvät yksilön lääketieteellisen terveydentilan ja yksilötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena (kuvio 1). Toimintakyky tarkoittaa tämän vuorovaikutuksen myönteisiä piirteitä ja toimintarajoitteet kielteisiä piirteitä. Toimintarajoitteet ovat ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden vajavuuksia sekä suoritus- ja osallistumisrajoitteita (taulukko 1). (ICF 2007, 14-18.)

Yksilön kokonaisvaltaisen terveyden kuvaaminen edellyttää ICF-luokituksen kaikkien osa-alueiden huomioimista. Kontekstuaaliset tekijät vaikuttavat myös yksilön toimintakykyyn vaikka ne sisältävätkin laajoja, ulkopuolisia tekijöitä, kuten yhteisöjen asenteet, fyysiset tilaratkaisut ja yhteiskunnan sisältämät järjestelmät. (ICF 2007, 19.)



KUVIO 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (ICF 2007, 18.)

Tavoitteiden sisällöt tulisi olla ICF-luokituksen suoritukset ja osallistuminen osa-alueilta, jotta tavoitteiden sisältöön löytyisi asiakkaalle merkittäviä elämänalueita. (Bovend'Eerd ym. 2009, 353-354.) Rosewilliamin ym. (2011, 508) mukaan ICF-luokituksen käyttäminen aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutustavoitteissa mahdollistaa psykososiaalisen osallistumisen ja osallistumisrajoitteiden huomioimisen. ICF-viitekehyksen käyttäminen AVH-kuntoutuksessa on suositeltavampaa kuin biolääketieteellisten lähestymistavan käyttäminen. (Rosewilliam ym. 2011, 508).

ICF-luokitusta tulisi hyödyntää kokonaisvaltaisesti asiakkaan kuntoutusta suunniteltaessa ja kuntoutustarvetta arvioitaessa. Esimerkiksi arvioinnissa pelkän toiminnallisen tilan koodaaminen ei ole riittävä. Tutkijoiden mukaan kuntoutusprosessin eri vaiheissa ja erityisesti moniammatillisessa kuntoutuksessa tulisi hyödyntää ICF-viitekehystä sen tarjoaman yhteisen käsitteistön vuoksi. He näkevät ympäristötekijöiden huomioimisen lisäävän kuntoutuksen toiminnallisuutta ja sosiaalisen verkoston merkitystä. (Paltamaa ym. 2011, 228-233).

Järvikosken ja Karjalaisen (2008, 83-84) mukaan kuntoutuksessa kiinnostavimmat ICF-luokituksen osa-alueet ovat suoritukset ja osallistumisen aihealueet sekä ympäristötekijät, sillä ne kattavat lähes kaikki luonnolliset ja ihmisen rakentamat elämäalueet. ICF-viitekehyksen käytössä pitäisi ottaa mukaan subjektiivisen ulottuvuus eli kuntoutuksessa asiakkaan yksilöllisten tekijöiden huomioiminen on turvattava. Kuntoutusasiakkaan osallistuminen kuntoutuksen ongelmien kartoitukseen lisää asiakkaan motivaatiota, itsetuntemusta ja autonomiaa. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 83-84.)

7 LAITOSKUNTOUTUS KITINKANNUKSESSA

Kitinkannus on sotainvalidien ja -veteraanien sekä heidän puolisoitensa laitostuntoutukseen erikoistunut kuntoutuslaitos Kannuksessa, Keski-Pohjanmaalla. Laitos perustettiin Kannuksen Veljeskodin nimellä 1991. Kitinkannus on sitoutunut huolehtimaan ja kuntouttamaan veteraaniväestöä heidän elämänsä ajan. Tämä palvelu sisältää sekä laitostuntoutusta että laitoshoidtoa. Veteraanien keski-ikä on noin 89 vuotta ja joka päivä kuolee useita veteraaneja. (Tuomi-Nikula, 2010, 3.)

Kitinkannuksen osaaminen suuntautuu ikääntyvien toimintakyvyn edistämiseen. Uudeksi osaamisalueeksi on muodostunut neurologinen laitostuntoutus. Kävelykuntoutusta on kehitetty tutkimusnäyttöön perustuvaksi (Paltamaa ym. 2011, 175.) Taloon on hankittu tätä varten uutta teknologiaa, mm. kävelyrobotti ja painokevennetty kävelylaite. Suurin asiakasryhmä on aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet yli 65-vuotiaat henkilöt. Kuuden vuoden ajan lähialueen erikoissairaanhoidopiiri ja peruspalvelukuntayhtymät ovat lähettäneet asiakkaita laitostuntoutusjaksoille, joiden kokonaistavoitteena on ollut kotikuntoisuuden saavuttaminen. (Tuomi-Nikula, 2009, 2; Kitinkannus 2012.)

Hoitoa ja kuntoutusta tukee merkittävästi ravitsemukseen ja ruokailuun liittyvät palvelut, joissa huomioidaan esimerkiksi ruuan rakenne, ruokailun apuvälineet ja muut henkilökohtaiset tarpeet. Puheterapeutin, jalkahoitajan ja psykologin palvelut oste-

taan palveluntuottajilta. (Tuomi-Nikula 2010, 17; Kitinkannuksen palveluseloste 2010.) Fysioterapiaa sisältyy kuntoutusjaksoon kahdesti päivässä 40 minuuttia ja toimintaterapiaa 45 minuuttia kerran päivässä. (Kitinkannus 2012.)

Kitinkannuksessa AVH-asiakkaan laituskuntoutus perustuu asiakaslähtöiseen, moniammatilliseen kuntoutukseen, jonka perusta rakennetaan GAS- tavoitteiden asettamisen menetelmällä. Kitinkannuksen toimintaa johtaa toimitusjohtaja, henkilökuntaan kuuluvat lääkäri, johtava hoitaja, sosiaalityöntekijä ja hoito-osaston sekä kuntoutuksen työntekijät. Kuntoutusosaston henkilökuntaan kuuluvat fysioterapeutti-osastonhoitaja, 4 fysioterapeuttia, toimintaterapeutti ja kuntohoitaja. Hoito-osaston henkilökuntaan kuuluvat 6 sairaanhoitajaa, 6 perus- tai lähihoitajaa, 2 hoitoapulaista, 2 laitosapulaista sekä kuntohoitaja. (Kitinkannuksen palveluseloste 2010.)

Moniammatillisuuden ja GAS-menetelmän käyttöönotto

Moniammatillisuuden toimintatavan kehittäminen ja GAS-menetelmän käyttäminen kuntoutuksen perustana liittyivät toimintaterapeutin Jyväskylän ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opintoihin. Kitinkannuksessa GAS-menetelmän käyttöönottoon liittyi tavoitteiden asettamiseen ja taustateoriaan liittyviä luentoja 8 x 45 minuuttia ja tiedon käytäntöön soveltamista yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa.

Luennot aloitettiin 13.12.2010 talon sisäisenä koulutuksena, joka kohdistettiin hoito-osastolle ja kuntoutusosastolle. Luennot sisälsivät moniammatillisuuden kehittämiseen liittyvän tietopaketin, GAS-menetelmän käyttöön liittyvän luentokokonaisuuden. Luennoille osallistui 6-8 henkilöä ja ne sisälsivät paljon keskustelua. GAS-tavoitteiden ja ICF-luokituksen käyttöä syvennettiin helmikuussa. Toukokuussa 2011 pidettiin learnig cafe hyvän tavoitteen tunnusmerkeistä. GAS-menetelmän käytäntöön soveltaminen asiakastyössä aloitettiin 15.1.2011 ja menetelmää käytetään edelleen.

Kitinkannuksessa GAS-menetelmän käyttö perustuu Kiresukin ja Shermanin (1968, 443-453) kehittämään teoriaan ja Kelan sekä ammattikorkeakoulujen näkemykseen

menetelmän käytöstä Suomessa (Autti-Rämö ym. 2011, 16-19). Kitinkannuksessa käytettiin aluksi Kelan GAS-lomaketta, johon oli mahdollisuus kirjata kolme tavoitetta. Taloon kehitettiin oma lomake, joka mahdollisti useamman GAS-tavoitteen käyttämisen kuntoutusjaksolla (liite 3).

GAS-palaveriin osallistuvat asiakkaasta huolehtiva moniammatillinen tiimi, asiakas sekä omainen mahdollisuuksien mukaan. 45-minuuttia kestävä keskustelun aikana tavoitteet kirjataan ylös. Tavoitteiden tarkan porrastamisen tavoitetaulukkoon GAS-lomakkeelle tekevät tiimin jäsenet yhteistyössä tai yksin. Valmiiksi täytetty lomake annetaan asiakkaalle ja tiimin jäsenille. Kukin tiimin jäsen käy kuntoutusjakson kahdenkeskistä keskustelua AVH-kuntoutujan kanssa tavoitteiden toteutumisesta ja tuo asiakkaan näkemyksiä kirjauksissa tai moniammatillisissa kuntoutuspalavereissa esille.

Asiakslähtöisyys on lisääntynyt aikaisempaan verrattuna, sillä GAS-menetelmän käyttöönoton jälkeen AVH-asiakkaat ovat mukana suunnittelemassa kuntoutusjaksoaan tiimin jäsenten kanssa. Myös omaisten ohjaamista ennen kotiutumista on kehitetty. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen on lisännyt hoitotyön ja kuntoutuksen ammatillista ja asiakkaisiin liittyvää keskustelua palavereissa. Huomioiden kirjaaminen potilaspapereihin on lisääntynyt ja tarkentunut. Hoitajien yhteydenotot terapeutteihin asiakkaan tavoitteisiin, apuvälineisiin, siirtämiseen liittyvään ergonomiaan liittyvissä asioissa on lisääntynyt. Terapeutit ovat pyytäneet hoitajia keskustelemaan asiakkaan kanssa tai auttamaan tavoitteisiin liittyvien harjoitteiden tekemisessä iltaisin ja viikonloppuisin.

8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoitus on edistää ja kehittää Kitinkannuksen tavoitteellista, asiakaslähtöistä ja moniammatillista toimintamallia aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden laituskuntoutuksessa.

Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa, toteutuuko laitospääntoutusjaksoilla tavoitteellinen asiakaslähtöinen ja moniammatillinen pääntoutus. Tutkimuksen tavoitteena on löytää tapaustutkimuksen avulla ja sisällön analyysin keinoin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Kuinka **tavoitteet** näkyvät laitospääntoutusjaksolla?
 - 1.1 Miten tavoitteet näkyvät ICF-viitekehyksessä tarkasteltuna?
 - 1.2 Miten tavoitteet yhdistyvät eri ammattiryhmien toiminnassa
2. Kuinka **asiakaslähtöisyys** näkyy laitospääntoutuksessa?
3. Kuinka **moniammatillisuus** näkyy laitospääntoutuksessa?

9 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

9.1 Tapaustutkimus

Opinnäytetyöni tutkimusmenetelmä on tapaustutkimus, jossa seurataan kolmen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen asiakkaan pääntoutusprosessia laitospääntoutusjakson aikana, moniammatillisen työryhmän tekemien kirjaamisten välityksellä.

Tapaustutkimuksen prosessiin kuuluu tutkimuskysymysten tarkentuminen tutkimuksen edistyessä ja merkitysten selkiintyessä. Tapaustutkimukselle on ominaista etsiä vastauksia miksi- ja kuinka-kysymyksiin. Tutkimuskohde ohjaa ongelman ja kysymysten asettelua tutkimusprosessin aikana eli tutkijana joudun herkistämään ja altistamaan itseni aineiston tiedon, teoritiedon ja ajatusteni sekä tunteideni vuorovaikutukselle. (Syrjälä ym. 1995, 17-21.) Tapaustutkimuksen luonteeseen kuuluu runsas teorian osuus. (Aaltola & Valli 2007, 189.)

Teorialähtöisessä tapaustutkimuksessa teoria rakennetaan tutkimuksen alussa ja se ohjaa deduktiivisesti tapauksen tutkimusprosessia. Teoriaohjautuva tai teoriasidonnainen tapaustutkimus sijoittuu tähän välimaastoon. Teoria ohjaa tapauksen sisällön

analyysia ja auttaa nostamaan olennaisia asioita esille. Teoreettiset kytkennät eivät välttämättä pohjautu suoraan teoriaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 98.) Tiedon osuus ja merkitys prosessissa tulee selvittää huolellisesti tutkimusraportissa. (Syrjälä ym. 1995, 22.)

9.2 Tiedonantajien valinta

Tiedonantajiksi valittiin arpomalla marraskuun alussa kolme aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta kuntoutujaa, jotka tulivat 3-6 viikon kuntoutusjaksolle elokuun - lokakuun aikana 2011 Kitinkannukseen. Arvonnan tekivät kolme toimistotyöntekijää nostamalla sattumanvaraisesti kolme lipuketta kupista, jossa oli kaikkien em. ajankohtana 2011 laituskuntoutuksessa olleiden AVH-kuntoutujien nimet. Nämä henkilöt täyttivät mukaanottokriteerit ja olivat antaneet kirjallisen suostumuksen osallistumisestaan tutkimukseen.

Tiedonantajien mukaanoton kriteerinä oli, että kuntoutustavoitteet asetettiin GAS-menetelmää käyttäen. Tiedonantajiksi rajautuivat 50-80-vuotiaat AVH-kuntoutajat, joilla ei ollut erityisiä kognitiivisia vaikeuksia eikä vaikeaa afasiaa. Tiedonantajien tuli kyetä seuraamaan kuntoutusjakson sisältöä ja tavoitteita.

9.3 Aineiston kuvaus

Analyysia varten tutkimusaineistoksi kerättiin kolmen tiedonantajan GAS-tavoitelomakkeet, hoitotyössä päivittäisille seurantasivuille tehdyt kirjaukset, fysio- ja toimintaterapian päivittäisille seurantasivuille tehdyt kirjaukset ja moniammatilliset kuntoutusselosteet. Sähköiset kirjaukset tulostettiin ja paperiversiot kopioitiin analysointia varten. Yhteensä analysoitavaa aineistoa kertyi 137 sivua. Aineisto on esitetty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Analysoitava aineisto

GAS-tavoitteet	18 tavoitetta, 8 GAS-lomakesivua
hoitotyö: rava- arviointilomakkeet tulohaastattelulomakkeet ja <i>hoitotyön päivittäiset seurantasivut</i>	84 hoitopäivää 4 kpl yhteensä 51 sivua
fysioterapia: <i>fysioterapian päivittäiset seurantasivut,</i> jonka lopussa FT- yhteenveto	132 x yksilöfysioterapiaa 30 sivua
toimintaterapia: <i>toimintaterapian päivittäiset seurantasivut,</i> jonka lopussa TT-yhteenveto	67 yksilöterapiaa 26 sivua
puheterapia: sisältöä kirjattu päivittäisen hoitotyön seurantasivuille	2 lausuntoa
sosiaalityö sisältöä kirjattu päivittäisen hoitotyön seurantasivuille	
moniammatillinen kuntoutusseloste: sisälsi <i>sosiaalityöntekijän</i> , fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja hoitajan <i>lausunnot</i> kuntoutusjaksosta sekä suositukset apu- välineistä ja jatkotoimenpiteistä 9 eri henkilön kirjaukset	30 sivua
YHTEENSÄ	137 sivua

Kolmelta tiedonantajalla oli yhteensä **18 GAS-tavoitetta**, jotka oli kirjattu kahdeksalle GAS-lomakkeelle.

Kolmen tiedonantajan kuntoutusjaksot olivat pituudeltaan **84 hoitovuorokautta**.

Hoitotyön kirjaaminen sisälsi asiakkaiden tulohaastattelut, hoitotyön tavoitteet, rava-arvioinnit jakson alussa ja/tai lopussa. Kirjaamisia tehtiin kolmesta neljään kertaa vuorokaudessa. Hoitotyön päivittäisille seurantasivuille kirjasivat säännöllisesti hoitajien lisäksi lääkäri, sosiaalityöntekijä, puheterapeutti ja satunnaisesti fysioterapeutit ja toimintaterapeutti. Aineistoa oli 51 sivua.

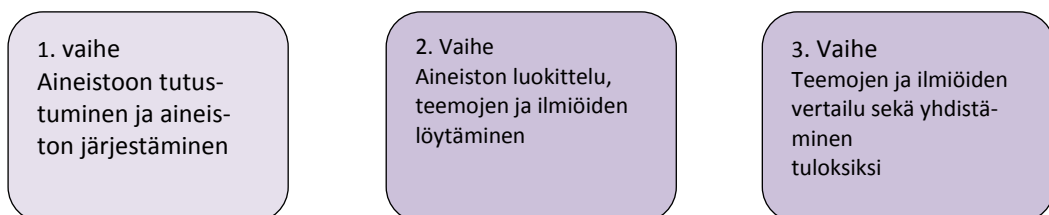
Kolmella tiedonantajalla oli **fysioterapiaa** yhteensä 138 kertaa. Tästä kertyi 30 sivua. Sisältönä oli fysioterapian alkustatus, kahdesti päivässä annetun fysioterapian sisällön kuvaus päivittäiselle seurantasivulle sekä yhteenveto terapiasta.

Toimintaterapiaa oli keskimäärin kerran päivässä, kolmella tiedonantajalla yhteensä 67 kertaa. Sisältönä olivat alkuarvioinnit, toimintaterapian päivittäiset kuvaukset seurantasivulle sekä terapiayhteenvedot. Kirjattua materiaalia oli yhteensä 26 sivua. Puheterapian sisällön kirjaus tehtiin hoitotyön sivuille ja yhteenveto puheterapeutin lausuntoon.

Moniammatillinen kuntoutusseloste sisälsi kuntoutusjaksojen sisällönkuvauksen, arviointien yhteenvedot ja jatkosuositukset. Kuntoutusselosteen kirjoittivat **vastuuhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä**. Kolme kuntoutusselostetta sisälsi 30 sivua, kirjoittajia oli yhdeksän eri henkilöä.

9.4 Aineiston analyysi

Tapaustutkimuksen aineiston analyysikeinot ovat väljiä. Analyysissä voidaan käyttää laadullisia ja määrällisiä keinoja. Tuomen ja Sarajärven (2002) mukaan sisällön analyysia voidaan jatkaa kvantifioimalla eli laskemalla, kuinka monta kertaa tietty asia tai ilmaus esiintyy kuvauksissa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 117.) Aineiston sisällönanalyysin kulkua kuvaa parhaiten kuviossa 2 esitetyt analyysin vaiheet. Pidän ohjeena Pertti Alasuutarin (1995, 187-189) kehoitusta tekemään analyysivaiheessa paljon miksi-kysymyksiä. Kysymykset auttavat nostamaan sisällöstä samankaltaisuuksia ja ristiriitaisuuksia, jotka helpottavat erittelemään aineistoa ja siten edistävät arvoituksen ratkeamista.



KUVIO 2. Analyysin vaiheet

Analyysin ensimmäinen vaihe: Aineistoon tutustuminen ja järjestäminen

Kolmea tiedonantajaa koskeva aineisto luettiin läpi ja koodattiin erikseen

- GAS-tavoitteet: tavoitteisiin liittyvät merkinnät koodattiin hoitotyön, fysioterapian ja toimintaterapian päivittäisiltä seurantasivuilta sekä moniammatillisista kuntoutusselosteista.

- Muut tavoitteet (GAS-tavoitteiden ulkopuoliset): merkinnät koodattiin hoitotyön, fysio- ja toimintaterapian päivittäisiltä seurantasivuilta sekä moniammatillisista kuntoutuskertomuksista.

- Asiakslähtöisyys: kuvaavat ilmaukset koodattiin hoitotyön, fysio- ja toimintaterapian päivittäisiltä seurantasivuilta sekä moniammatillisista kuntoutusselosteista.

- Moniammatillisuus: kuvaavia ilmaukset koodattiin hoitotyön, fysio- ja toimintaterapian päivittäisiltä seurantasivuilta sekä moniammatillisista kuntoutusselosteista.

Analyysin toinen vaihe: Aineiston luokittelu, teemojen ja ilmiöiden löytäminen, kvantifiointi

- **GAS-tavoitteet:** Kolmen tiedonantajan GAS-tavoitteiden luokitteleminen ICF-luokituksen pääluokkien ja aihealueiden mukaisesti **GAS-tavoiteluokkiin**.

- **Muut tavoitteet:** Kolmen tiedonantajan muut tavoitteiden luokitteleminen **ICF-tavoiteluokkiin**.

- Tavoiteluokkiin liittyvät merkinnät etsittiin hoitotyön, fysioterapian ja toimintaterapian päivittäisiltä seurantasivuilta sekä moniammatillisista kuntoutusselosteista.

Eri ammattiryhmien merkinnät laskettiin Excel-taulukkolaskentaohjelmalla.

- *Asiakslähtöisyyttä* kuvaavat alustavat luokat tarkastettiin ja yhdistettiin alaluokiksi.

- *Moniammatillisuutta* kuvaavat alustavat luokat tarkastettiin, yhdistettiin alaluokiksi.

Analyysin kolmas vaihe: Teemojen ja ilmiöiden vertailu ja yhdistäminen tuloksiksi

- GAS-tavoitteet ja muut tavoitteet: Tavoitteiden näkyminen eri ammattiryhmissä havainnollistettiin kuvioina. Tavoiteluokkien yhdistyminen eri ammattiryhmissä kuvattiin kuvioina ja sisältö tarkistettiin alkuperäisestä aineistosta.

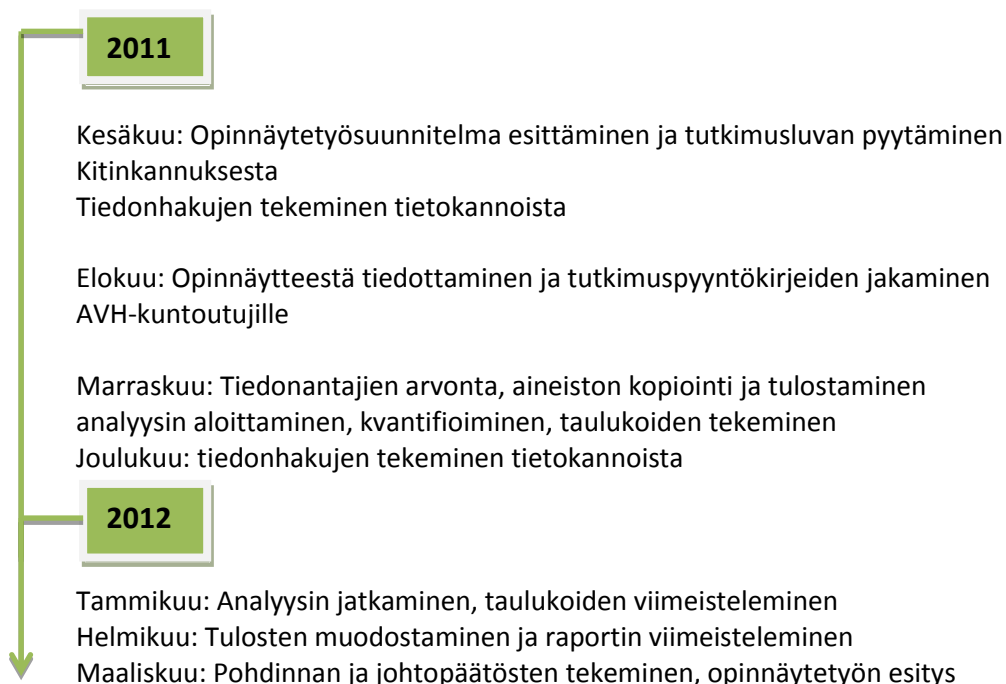
- **Asiakslähtöisyyttä** ja **moniammatillisuutta** kuvaavat **pääluokat** muodostettiin ja tarkastettiin autenttisten lainauksien avulla yhteenkuuluviksi. Tekstilainaukset, alustavat luokat, ala- ja pääluokat taulukoitiin. Pääluokkiin liittyvät merkinnät laskettiin Excel-taulukkolaskentaohjelmalla. Taulukoista muodostettiin kuviot.

GAS ja muiden tavoitteiden analysointi on **teorialähtöistä**, sillä analyysin apuna on käytetty ICF-viitekehystä. Asiakslähtöisyyden ja moniammatillisuuden analyysi on **aineistolähtöistä**, sillä luokittelu perustuu aineiston sisältöön. Taulukkoon 3 on koottu tutkimuskysymyksiin liittyvät analyysin vaiheet ja tulosten esittäminen.

TAULUKKO 3. Tutkimuskysymyksiin mukainen aineiston analyysi

Tutkimuskysymykset	Aineisto	Analyysi	Tulosten esittäminen
1. Kuinka tavoitteet näkyvät laitospääntöu- töksessä?	Hoitotyön ja fysio- ja toimintate- rapian päivittäiset seurantasivut Moniammatilliset kuntoutuslausekkeet	Tavoitteiden sisällön analyysi ja luokittelu, merkintöjen laskeminen, sisällön ja ajan- kohtien vertaaminen Vastaavuudet ja tietojen vertaaminen Tietojen yhdistäminen	GAS-tavoite- luokkien ja muiden tavoitteiden ICF- luokkien taulukointi numero- ja kirjain- koodeja käyttäen
1.1 Miten tavoitteet näkyvät ICF- viitekehystä tarkas- teltuna?	GAS-tavoite- lausekkeet Muut tavoitteet ht-, ft- ja tt-seuranta- sivuilta ja moniam- matillisista kuntou- tuslausekkeista	GAS-tavoitteiden ja muiden tavoitteiden sisällön yhdis- täminen ICF-luokituksen mukaisesti	Liitteissä kokonai- suutena GAS- tavoitteet kohden- nettuina ICF- luokituksen
1.2 Miten tavoitteet yhdistyvät eri ammat- tiryhmiin toiminnas- sa?	GAS-tavoite- lausekkeet, hoitotyön, fysio- ja toimintaterapian päivittäiset seuranta- sivut sekä mo- niammatilliset kuntoutuslausekkeet	GAS-tavoitteisiin ja muihin tavoitteisiin liittyvien am- mattiryhmiä yhdistävien tekijöiden nostaminen kir- jaamisesta. Sisällön ja ajan- kohtien vertaaminen. Yh- teistyökertojen laskeminen ja taulukointi. Analyysin tarkastaminen aineistosta.	Eri ammattiryhmien toteuttamien yhteis- ten GAS- tavoitteiden ja mui- den tavoitteiden havainnollistaminen kuvioina ja teksti- lainauksina
2. Kuinka asiakslähtöisyys näkyy laitos- kuntoutuksessa?	Hoitotyön, toiminta- ja fysioterapian päivittäiset seurantasivut Moniammatilliset kuntoutuslausekkeet	Sisällön analyysi. Asiakslähtöisyyttä kuvaavien luokkien muodostaminen aineiston sisällöstä Kvantifiointi: Asiakslähtöisyyden pääluokkiin sisältyvien merkintöjen laskeminen exel-ohjelmalla	Asiakslähtöisyyden eri luokkien esittäminen tekstilainauksien avulla Pääluokkiin liittyvien merkintöjen määrät kuvioina Liitteenä pääluokkiin liittyvien merkintöjen määrä ammattiryhmittäin
3. Kuinka moniammatillisuus näkyy laitos- kuntoutuksessa?	Hoitotyön, toiminta- ja fysioterapian päivittäiset seurantasivut Moniammatilliset kuntoutuslausekkeet	Sisällön analyysi. Moniammatillisuutta kuvaavien luokkien muodostaminen aineiston Kvantifiointi: moniammatillisuuden pääluokkiin sisältyvien merkintöjen laskeminen exel-ohjelmalla	Moniammatillisuuden eri luokkien esittäminen tekstilainauksien avulla Pääluokkiin liittyvien merkintöjen määrä kuvioina Liitteenä pääluokkien merkinnät

Opinnäytetutkimus käynnistyi kesäkuussa 2011. Tutkimuksen aikataulua ja prosessiin liittyviä toimenpiteitä on kuvattu kuviossa 3.



KUVIO 3. Tutkimukseen liittyvä ajankäyttö ja sisältö

9.5 Tutkimuksen eettiset lähtökohdat

Opinnäytetyön eettisenä ohjeena ovat Jyväskylän ammattikorkeakoulun eettiset periaatteet 2010, tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeet ja työyhteisöni Kitinkannuksen eettiset ohjeet. Taustalla olevat arvot ovat tutkimusta tehdessä rehellisyys ja toisten tutkijoiden kunnioittaminen, heidän tietojensa tunnustaminen ja mainitseminen omassa raportissani. Toimitusjohtaja Hannu Lounaston mukaan eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita, mikäli opinnäytesuunnitelmassa osoitetaan riittävän hyvin tiedonantajien anonyymiuden turvaaminen. Tiedonantajien tiedot on salattu mahdollisimman hyvin, ettei heitä voitaisi tunnistaa tutkimuksesta. (Hannu Lounasto, 2011.) Yhteistyösopimus Jyväskylän ammattikorkeakoulun ja Kitinkannuksen välillä allekirjoitettiin 13.6.2011.

Tutkimuseettisen toimikunnan (<http://www.tenk.fi/>) ohjeiden ja hyvän tieteellisen käytännön (2011) mukaan tutkittavilta saatava tieto tulee anonymisoida. Omassa tutkimuksessani kolmen tiedonantajan tiedot diagnooseista, toimintakyvystä ja su-

kupuolesta salataan, koska Keski-Pohjanmaa on suhteellisen pieni alue ja ihmiset voidaan siten tunnistaa. Eettisten ohjeiden mukaan tutkimuksen päätyttyä ja tutkimuksen virallisen hyväksymisen jälkeen tutkittavien tiedot hävitetään. (Tutkimusetiikkaa ja lakipykälää 2010.)

Omaa tutkijan työtäni on ohjannut Länsimies-Antikaisen näkemykset tietoon perustuvasta suostumuksesta. Olen tiedostanut näitä asioita tehdessäni opinnäytetyöstäni tiedotetta ja kirjallista suostumusta tuleville tiedonantajille. Pyrin tiedottamaan opinnäytetyöstäni huolellisesti ja annoin tutkimukseen suostumuksensa antaneille riittävästi aikaa miettiä ratkaisua. Tiedostin oman kaksoisroolini merkityksen opinnäytetyön tekijänä ja toimintaterapeutina moniammatillisessa työryhmässä. Tiedostin myös tutkimukseen halukkaiden ja suostumuksensa antaneiden motivaation vaikutukset tutkimuksen kulkuun. (Länsimies-Antikainen 2008, 91-93.) Keskustelin työyhteisöni jäsenten kanssa avoimesti tutkimustavasta ja tiedonantajien valintaan liittyvästä prosessista.

Subjektiiiset lähtökohtani vaikuttavat tutkimuksen kulkuun. Olen ollut kymmenen vuotta Kitinkannuksessa toimintaterapeutina ja moniammatillisen tiimin jäsenenä. Työtoverit olivat tuttuja vuosien ajalta. Ennen tutkimusta oletukseni oli, että työyhteisön **moniammatilliseen toimintatapaan** vaikuttavat merkittävästi työntekijöiden persoonat, asenteet sekä työntekijöiden väliset henkilökemiat. Etukäteen käsitykseni työyhteisöni asiakaslähtöisyydestä oli myönteinen, sillä Kitinkannuksen asenne kuntoutujia kohtaan on kunnioittava ja arvostava.

Tutkimuksen edetessä ja tiedon lisääntyessä kriittisyyteni lisääntyi asiakaslähtöisyyden konkreettista toteuttamista kohtaan. Keskustelin työtovereideni kanssa heidän käsityksistään moniammatillisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä ennen tutkimuksen aloittamista. Heidän mielestään moniammatillisuuden keskeisin tekijä on eri ammattiryhmien tasa-arvoisuus. Asiakaslähtöisyyden perustekijä on työtovereideni mielestä pyrkimys mahdollistaa asiakkaan oma aktiivisuus ja suorittaminen toiminnallisissa tilanteissa.

10 TULOKSET

Tämän opinnäytetyön tulokset muodostettiin analysoimalla moniammatillisen työryhmän kirjaamisen sisältöä. Aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutuksessa ilmeni kahdenlaisia tavoitteita, **GAS-tavoitteita** ja **muita tavoitteita**. Ne kohdentuvat eri tavoin ICF-viitekehykseen. Tavoitteet yhdistivät ammattiryhmien toimintaa, mikä näkyi ammattiryhmien työskentelyssä erilaisina interventioiden määrinä. AVH-laitoskuntoutuksessa **asiakaslähtöisyyttä** ja **moniammatillisuutta** kuvataan sisällöstä nousevien pääluokkien avulla ja ammattiryhmien pääluokkiin kohdistuvien kirjaamisten määrinä.

10.1 Tavoitteiden näkyminen laitoskuntoutuksessa

10.1.1. GAS-tavoitteet ICF-luokituksessa

Kolmen tiedonantajan **GAS-tavoitteita** oli yhteensä **18**. GAS-tavoitteet olivat toiminnallisia, sanoin kuvattuja pitkiä lauseita. Osittain päällekkäisiä tavoitteita yhdistettiin, tavoitteita lyhennettiin ja luokiteltiin ICF-luokituksen pääluokkiin sopiviksi GAS-tavoiteluokiksi. GAS-tavoitteet kohdentuivat **yhdeksään GAS-tavoiteluokkaan**.

Suoritukset ja osallistuminen:

- Liikkuminen: 4 tavoiteluokkaa - 7 GAS-tavoitetta
- Itsestä huolehtiminen: 2 tavoiteluokkaa-8 GAS-tavoitetta
- Yleisluontoiset tehtävät ja vaateet: 1 tavoiteluokka – GAS- tavoite
- Kotielämä: 1 tavoiteluokka – 1 GAS-tavoite

Ympäristötekijät:

- Tuotteet ja teknologiat: 1 tavoiteluokka-1 GAS-tavoite

GAS-tavoitteet kohdennettiin niitä parhaiten kuvaaviin pääluokkiin ja aihealueisiin. Tauloihin merkittiin pääluokkien kirjainkoodit ja aihealueryhmien ja aihealueiden numerokoodit. GAS-tavoitteet rajattiin koskemaan vain yhtä pääluokkaa. Esimerkiksi pukeutumisen vaiheissa ei huomioitu asentoa eikä käsien käyttöä, vaikka nämä vaikuttavatkin oleellisesti toiminaan. Alkuperäiset GAS-tavoitteet ja niiden kohdentuminen ICF-luokitukseen ovat liitteessä 4.

Liikkuminen

Suoritukset ja osallistuminen pääluokkaan **liikkuminen** (d4) sisältyi seitsemän GAS-tavoitetta, joiden sisältö kuvasi asiakkaiden siirtymistä vuoteesta, vuoteesta pyörätuoliin ja liikkumista pyörätuolilla tai kävellen pesuhuoneeseen wc-istuimelle. Pääluokkiin sisällytetyt GAS-tavoitteet nimettiin neljän aihealuer ryhmän ja yhden aihealueen mukaan. Nimeämisen kriteerinä oli kuvailevuus ja ytimekkyys. **GAS-tavoiteluokiksi** muodostuivat **asennon vaihtaminen, itsensä siirtäminen, seisominen ja käveleminen**.

Asennon vaihtamisen tavoiteluokkaan otettiin vain **istuma-asentoon** asennon vaihtaminen. Istuma-asennosta nouseminen seisoma-asentoon luokiteltiin **seisomiseksi** (d104). Tavoiteluokkaan seisominen sisältyy kolme GAS-tavoitetta ja kolme aihealuetta: **seisoma-asennon ylläpitäminen** (d4154), **seisominen** (d4104), **kehon painopisteen siirtäminen** (d4106). Tavoiteluokkaan **käveleminen** sisältyvät aihealueet **lyhyiden kävelymatkojen käveleminen** (d4500) ja **liikkuminen välineiden avulla** (d465). Taulukossa 4 liikkumiseen liittyvät GAS-tavoitteet on kohdistettu ICF-luokitukseen.

TAULUKKO 4. GAS-tavoitteiden näkyminen liikkumisen aihealueissa

GAS-tavoitteiden määrä	Aihealue	Tavoitteet ICF pääluokan ja aihealuer ryhmän sisällä	GAS-tavoiteluokat
SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN (d) Liikkuminen (d4)			
1	Istumisen (d4103)	Asennon vaihtaminen (d410)	Asennon vaihtaminen
1	Itsensä siirtäminen istuma-asennossa (d4200)	Itsensä siirtäminen (d420)	Itsensä siirtäminen
3	Seisominen (d4104)	Asennon vaihtaminen (d410)	Seisominen
	Seisoma-asennon ylläpitäminen (d4154)	Asennon ylläpitäminen (d415)	
	Seisominen (d4104) Kehon painopisteen siirtäminen (d4106)	Asennon ylläpitäminen (d415)	
	Seisoma-asennon ylläpitäminen (d4154)	Asennon ylläpitäminen (d415)	
2	Lyhyiden kävelymatkojen käveleminen (d4500)	Käveleminen (d450)	Käveleminen
	Liikkuminen välineiden avulla (d465)		
	Lyhyiden kävelymatkojen käveleminen (d4500)		

Itsestä huolehtiminen

Suoritukset ja osallistumisen pääluokkaan **itsestä huolehtiminen** (d5) sisältyy seitsemän GAS-tavoitetta. GAS tavoiteluokiksi muodostuivat **peseytymiseen** ja **pukeutumiseen**. Peseytymiseen (d510) kohdistui kaksi ja pukeutumiseen (d540) viisi GAS-tavoitetta. Peseytyminen aihealueet sisälsivät **kehon osien pesemisen** (d5100) ja **koko kehon pesemisen** (d5102). Pukeutuminen sisälsi **vaatteiden pukemisen** (d5400) aihealueen. Taulukkoon 5 on koottu itsestä huolehtimisen sisältyvät GAS tavoitteet kohdistettuina ICF-pääluokkien aihealueisiin.

TAULUKKO 5. GAS-tavoitteiden näkyminen itsestä huolehtimisen aihealueissa

GAS-tavoitteiden määrä	Aihealue	Tavoitteet ICF pääluokan ja aihealueryhmässä	GAS-tavoiteluokat
SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN (d) Itsestä huolehtiminen (d5)			
3	d5100 Kehon osien peseminen d5102 Koko kehon peseminen	Peseytyminen (d510)	Peseytyminen
5	d5400 Vaatteiden pukeminen	Pukeutuminen (d540)	Pukeutuminen

Yksittäisen tehtävän tekeminen ja kotitalouden esineistä huolehtiminen

Suoritukset ja osallistumisen pääluokkiin **yleisluontoiset tehtävät ja vaatteet** (d2) sekä **kotielämä** kohdistui yhden GAS-tavoitteet. Vesihanauksen sulkeminen käsien pesun yhteydessä kohdennettiin tavoiteluokkaan **yksittäisen tehtävän tekeminen** (d210) ja tarkemmin **yksittäisen tehtävän tekeminen** (d2100). Ovien saranoiden rasvaus kohdistettiin aihealueryhmään **kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen** (d650) ja tarkennettuna asunnosta ja huonekaluista huolehtiminen (d6501). Tavoiteluokka lyhennettiin **kotitalouden esineistä huolehtimiseksi** (taulukko 6).

Kommunikointituotteet ja teknologiat

GAS-tavoite, herätyksen asettaminen kännykkään, kohdistettiin ympäristötekijöiden (e) pääluokkaan **tuotteet ja teknologiat** (e1) aihealueeseen **kommunikoinnin yleistuotteet ja teknologia** (e1250). Tavoiteluokka nimettiin aihealueryhmän mukaan kommunikointituotteet ja teknologiat (e125). Taulukkoon 6 on koottu edellä kuvatut GAS-tavoitteet ja tavoitepääluokat.

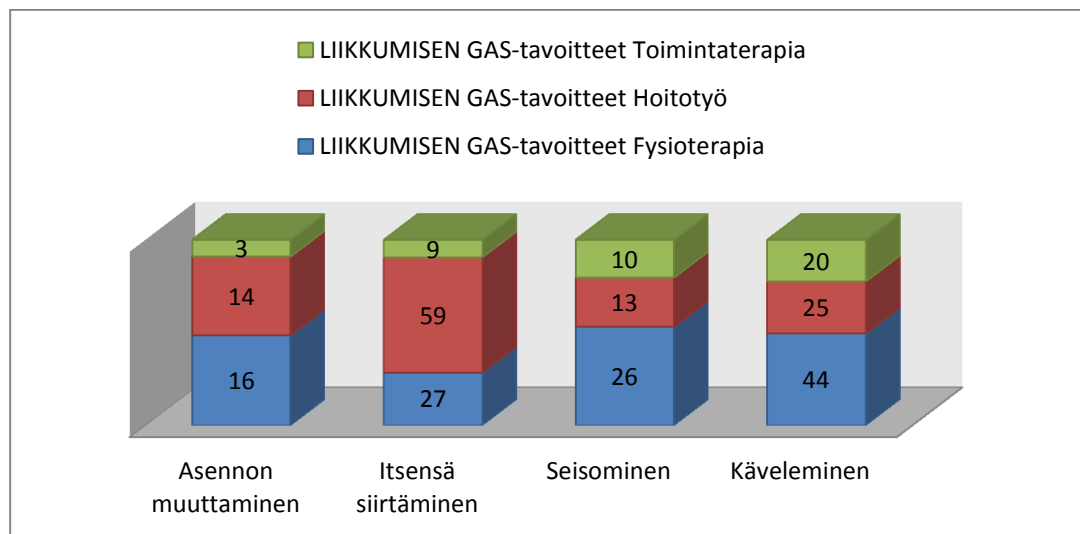
TAULUKKO 6. Kolmen GAS-tavoitteen näkyminen eri pääluokissa

GAS-tavoitteiden määrä	Aihealue	Tavoitteet ICF pääluokan ja aihealueryhmässä	GAS-tavoiteluokat
SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN (d) Yleisluontoiset tehtävät ja vaateet (d2)			
1	Yksinkertaisen tehtävän tekeminen (d2100)	Yksittäisen tehtävän tekeminen (d210)	Yksittäisen tehtävän tekeminen
SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN (d) Kotielämä (d6)			
1	Asunnosta ja huonekaluista huolehtiminen (d6501)	Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen (d650)	Kotitalouden esineistä huolehtiminen
YMPÄRISÖTEKIJÄT (e) Tuotteet ja teknologiat (e1)			
1	Kommunikointin yleistuotteet ja teknologia (e1250)	Kommunikointituotteet ja -teknologiat (e125)	Kommunikointituotteet ja -teknologiat

10.1.2. GAS-tavoitteiden yhdistyminen ammattiryhmien työskentelyssä

Hoitotyössä tehtiin GAS-tavoitteisiin liittyviä merkintöjä yhteensä **286**, fysioterapiassa **127** ja toimintaterapiassa **94**. Liitteessä 5 on taulukoitu GAS-tavoitteiden kirjaamisen määrät. Valtaosa toimintaterapian GAS-tavoitteisiin liittyvästä kirjaamisesta kohdistuu itsestä huolehtimiseen ja liikkumisen tavoitteista eniten seisomiseen ja kävelemiseen. Hoitotyön kirjaamisesta kohdistuu pääosa itsestä huolehtimiseen, itsensä siirtämiseen ja kävelemiseen. Fysioterapian kirjaamisesta pääosa kohdistuu liikkumiseen kohdistuviin GAS-tavoitteisiin eli asennon muuttamiseen, itsensä siirtämiseen, seisomiseen ja kävelemiseen. Ammattiryhmät kirjasivat havaintoja kaikista muista GAS-tavoitteista, paitsi fysioterapian kirjaamisista ei löytynyt peseytymiseen liittyviä merkintöjä.

Liikkumiseen kohdistuvat GAS-tavoitteet yhdistivät **fysioterapiaa** ja **hoitotyötä**. Fysioterapiassa ja hoitotyössä tehtyjä merkintöjä löytyi eniten itsensä siirtämiseen (27/56) ja seuraavaksi eniten kävelemiseen (44/25). Myös asennon muuttamiseen ja seisomiseen liittyviä tilanteita oli AVH-kuntoutujilla paljon (kuvio 4). Fysioterapeutit toteuttivat tavoitteiden mukaisia terapiatilanteita hoito-osastolla keskimäärin kerran viikossa, muutoin fysioterapia oli kuntoutuksen tiloissa. Usein asiakkaan hakemiseen tai huoneeseen viemiseen liittyi wc-käynti. Nämä tilanteet loivat asiakkaan, fysioterapeutin ja hoitajan välillä hyviä yhteistyön tilanteita, jolloin apuvälineen käyttöä ja sopivaa avustamista kokeiltiin käytännössä.



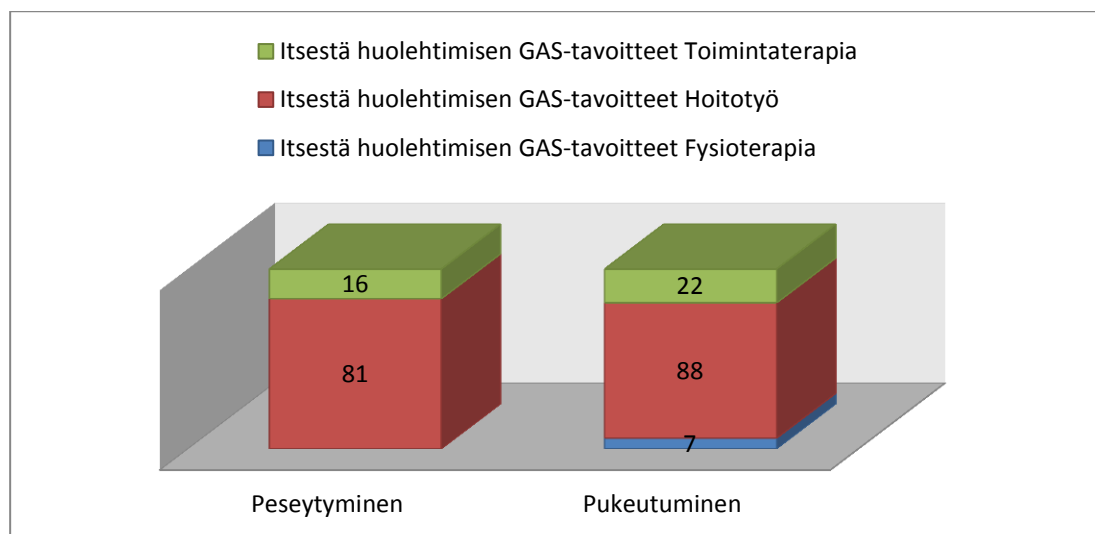
KUVIO 4. Liikkumiseen liittyvät GAS-tavoitteet ja ammattiryhmien yhteistyö

Kuntoutusjakson alkuvaiheessa korostuivat **asennon muuttamisen** ja **itsensä siirtämisen** tavoitteet. Loppuvaiheessa painottuivat seisomisen ja kävelemisen tavoitteet. Hoitotyön ja fysioterapian yhteinen mielenkiinto kohdistui asiakkaiden kivun hoitoon, asentohoitoon ja terveydentilan seuraamiseen. Fysioterapeutti seurasi asiakkaan terveydentilaa terapiatilanteen yhteydessä mittaamalla verenpainetta.

”Harjoiteltiin TheraFitin käyttöä, jotta X voisi polkea hoito-osaston pyörällä...vointi hieman huterana, mitattiin RR mitattiin: 94/61, X väsynyt, haukotteli kovasti.”

Hoitotyötä ja **toimintaterapiaa** yhdistivät **itsestä huolehtimiseen** kohdistuvat **peseytymisen** ja **pukeutumisen** tavoitteet. Toimintaterapeutti oli keskimäärin kerran viikossa mukana Itsestä huolehtimisen tilanteissa, hoitotyössä peseytymiseen (81/16) ja pukeutumiseen (88/22) liittyviä tilanteita oli päivittäin. Näissä tilanteissa kirjattiin eniten seisomiseen (13/10) ja kävelemiseen (25/10) liittyviä havaintoja. (Kuvio 5.)

”Asiakas pesi itse kasvot ja kädet, alapesussa avustettiin ja tasapainoa harjoiteltiin seisoma-asennossa. Toimintaterapeutti ohjasi paidan, housujen, sukien ja kenkien pukemista huoneessa.”



KUVIO 5. Itsestä huolehtimisen GAS-tavoitteisiin liittyvä ammattiryhmien yhteistyö

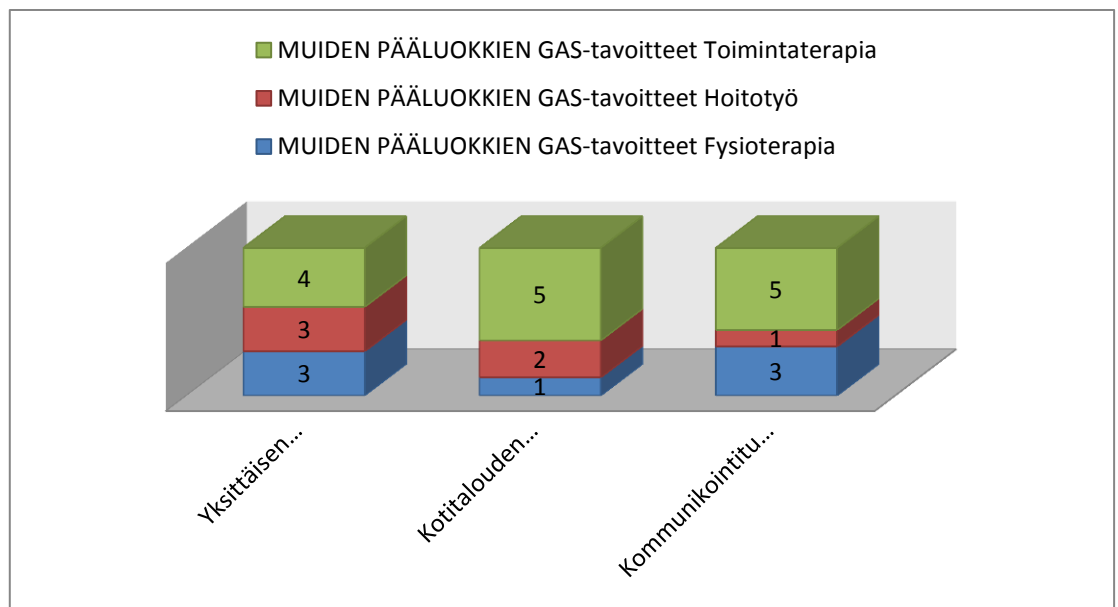
Yhteisiin tilanteisiin liittyi sopivan apuvälineen käyttämisen tai sopivan avustamisen kokeileminen yhteistyössä asiakkaan, hoitajan sekä toiminta- ja fysioterapeutin kesken. Yhteisiä tavoitteiden mukaisia harjoitustilanteista löytyi kirjaamisista kuusi merkintää. Hoitotyön ja toimintaterapian yhteinen mielenkiinto oli kirjaamisten perusteella asiakkaan mieliala ja omatoimisuus.

Fysioterapian ja **toimintaterapian** yhteistyötä tehtiin erityisesti alku- ja loppuvaiheessa, jolloin **asennon muuttaminen** ja **itsensä siirtäminen** sekä **seisominen** edellyttivät useita käsipareja turvallisuuden vuoksi. Samalla asiakkaan sekä fysio- ja toimintaterapeutin oli tilaisuus miettiä turvallisia keinoja siirtyä ja liikkua. Toimintaterapiassa yhdistettiin asennon muuttamista ja seisomista toiminnallisten tilanteiden,

kuten saranoiden rasvaamisen lomassa. Fysioterapeutit toteuttivat myös itsestä huolehtimiseen sekä kommunikointituotteet ja teknologia-tavoitteiseen sisältyviä harjoitustilanteita. Toimintaterapeutin vapaapäivänä fysioterapeutti toteutti itsestä huolehtimisen harjoituksia:

”Fysioterapiassa pukeutumisharjoituksissa kenkien ja takin pukeminen. Takin pukeminen vaikutti aluksi utopistisen vaikealta, kun asiakas yritti aloittaa vasemmasta hihasta. Oikean hihan pukeminen ensimmäiseksi selkiinnytti tilanteen ja asiakas sai itse takin päälle.”

Yksittäisen tehtävän tekemiseen (vesihanauksen sulkeminen), **kotitalouden esineistä huolehtimiseen** (ovien saranoiden rasvaus) ja **kommunikointituotteisiin ja teknologiaan** (herätyksen asettaminen kännykkään) liittyviä merkintöjä oli 1-5 kertaa. Kaikki ammattiryhmät seurasivat asiakkaan edistymistä näissä tavoitteissa jonkin verran. Kotielämään ja ympäristötekijöihin sisältyvät tavoitteet liittyivät pääosin toimintaterapiatilanteisiin (kuvio 6).



KUVIO 6. Kolmeen eri pääluokan GAS-tavoitteiden näkyminen ammattiryhmien yhteistyössä

10.1.3. Muut tavoitteet ICF-luokituksessa

Aineistosta löytyi **kymmenen** GAS-tavoitteiden **ulkopuolista** tavoitetta, joille annettiin yleisnimi, **muut tavoitteet**. Muut tavoitteet kohdennettiin **kahdeksaan ICF-tavoiteluokkaan**, joka nimettiin aihealueriikkeen tai aihealueen mukaan.

Ruumiin/kehon toiminnot:

- Tuki- ja liikuntaelimistöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot: 3 ICF- tavoiteluokkaa - 3 muuta tavoitetta
- Mielentoiminnot: 2 ICF-tavoiteluokkaa - 3 muuta tavoitetta

Suoritukset ja osallistumisen:

- Liikkuminen: 2 ICF- tavoiteluokkaa - 3 muuta tavoitetta

Laaja-alainen tavoite: 1 ICF-tavoiteluokka - 1 muu tavoite

Pääluokkaan **tuki- ja liikuntaelimistöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot** (b7) sisältyy tavoitteita, jotka kohdistuvat nivelten liikkeisiin, stabiiliuteen ja kehon osien liikkuvuuteen. Aihealueriikkeen ovat **keski- ja alavartalon lihastoiminnan ja tehontuotto-toiminnot** (b730), **nivelten stabiilustoiminnot** (b715) ja **nivelten liikkuvuustoiminnot** (b710). Muiden tavoitteiden ICF-tavoiteluokissa on tarkennettu mihin kehon osaan toiminto liittyy. **Mielentoimintoihin** (b1) sisältyvät ICF-tavoiteluokat **kehon kuva** (b1801) ja **orientoitumistoiminnot** (b114).

Suoritukset ja osallistumisen pääluokkaan **liikkuminen** (d4) sisältyvät tavoitteet parettisen käden käyttö tukikätenä ja pyörätuolilla tai kävellen ympäristössä liikkuminen. Näistä muodostettiin ICF-tavoiteluokat, **käden ja käsivarren käyttäminen** (d445) ja **liikkuminen erilaisissa paikoissa** (d460). Muihin tavoitteisiin sisältyy yksi laaja-alainen tavoite, kuntoutuminen mahdollisimman omatoimiseksi. Omatoimiseksi kuntoutuminen liittyy asiayhteyksien perusteella eniten liikkumiseen ja itsestä huolehtimiseen. ICF-tavoiteluokka nimettiin: **suorituksen (activity) edistäminen monilla osaluilla**.

Muiden tavoitteiden kohdentuminen ICF-luokitukseen on koottu taulukkoon 7. Muut tavoitteet on kohdistettu pääluokkien aihealueeryhmiin ja aihealueisiin käyttämällä numero- ja kirjainkoodeja.

TAULUKKO 7. Muiden tavoitteiden näkyminen ICF-luokituksessa

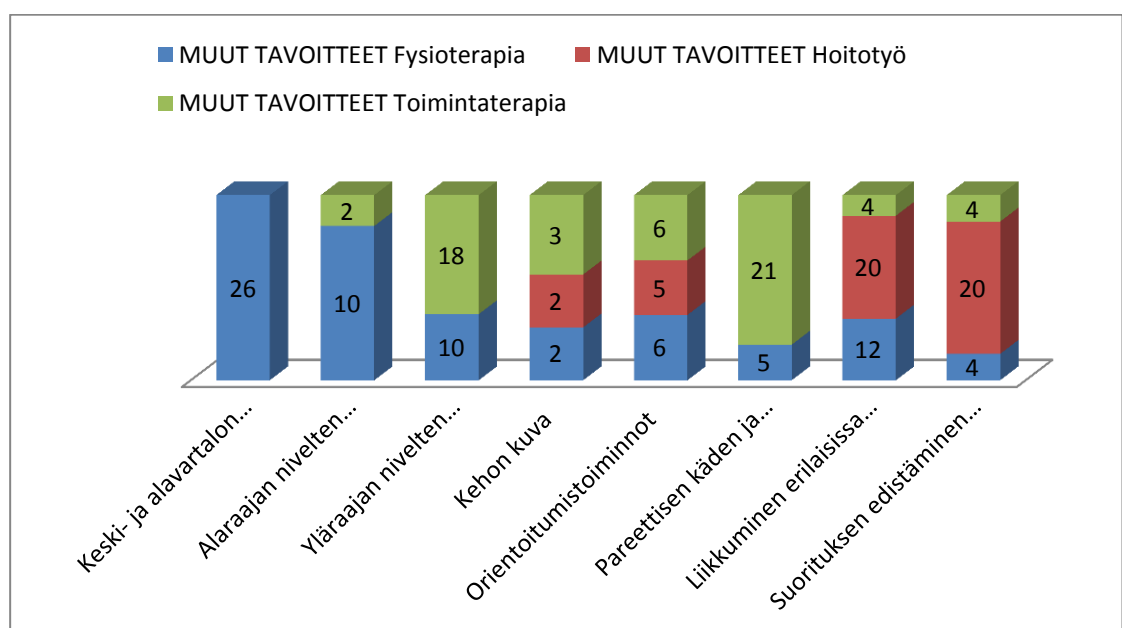
Muut tavoitteet kokonaisuudessaan	Aihealue	Muut tavoitteet yhdistetty ja kohdistettu ICF pääluokkaan ja aihealueeryhmään	Muiden tavoitteiden ICF-tavoiteluokat
RUUMIIN / KEHON TOIMINNOT (b)			
Tuki- ja liikuntaelimestöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot (b7)			
Keskivartalon ja alaraajojen lihasten hallinnan lisääntyminen	Vartalon lihasten voima ja teho (b70305) Alaruumiin lihasten voima ja teho (b7303)	Lihasten toiminnan ja tehon tuottotoiminnot (b730)	Keski- ja alavartalon lihas toiminnan ja tehon tuottotoiminnot
Oikean lonkan, polven ja nilkan stabiiliteetin parantuminen sekä jalkaterän virheasennon vähentyminen	Usean nivelen stabiilius (b7151)	Nivelten stabiiliustoinnot (b715)	Alaraajan nivelten stabiiliustoinnot
Oikean yläraajan ja hartian liikkuvuuden aktivoituminen	Usean nivelen liikkuvuus (b7101)	Nivelten liikkuvuustoinnot (b710)	Yläraajan nivelten liikkuvuustoinnot
RUUMIIN / KEHON TOIMINNOT (b) Mielentoiminnot (b1)			
Kehon huomioinnin paraneminen	Kehon kuva (b1801)	Itsen ja ajan kokemisen toiminnot (b180)	Kehon kuva
Ajankäytön hallinnan paraneminen	Orientoituminen aikaan (b1140)	Orientoitumistoinnot (b114)	Orientoitumistoinnot
Ympäristön huomioinnin paraneminen ja paikkojen löytäminen	Orientoituminen paikkaan (b1141)	Orientoitumistoinnot (b114)	
SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN (d) Liikkuminen (d4)			
Pareettisen käden käytön edistymisen tukikädeksi	Käden ja käsivarren käyttäminen, muu määriteltä (d4458)	käden ja käsivarren käyttäminen (d445)	Käden ja käsivarren käyttäminen
Liikkumisen varmistuminen	Muissa rakennuksissa liikkuminen (d4601)	Liikkuminen erilaisissa paikoissa (d460)	Liikkuminen erilaisissa paikoissa
Ympäristössä omatoiminen liikkuminen	Muissa rakennuksissa liikkuminen (d4601)	Liikkuminen erilaisissa paikoissa (d460)	
Laaja-alaiset tavoitteet			
Kuntoutuminen mahdollisimman omatoimiseksi	(Activity) Yksilölähtöisistä tehtävistä suoriutuminen		Suorituksen edistäminen monilla osa-alueilla

10.1.4. Muiden tavoitteiden näkyminen ammattiryhmien työskentelyssä

Kirjaamisten perusteella muut tavoitteet asetetaan yhdessä asiakkaan kanssa, mutta ei moniammatillisen työryhmän kanssa. Toimintaterapian kirjaamisessa näkyy asiakkaan tavoite edistää parettisen käden toimintaa:

”Asiakas esitti tänään toiveen saada tehostetusti oikean käden ote- ja liikeharjoituksia, jotta voisi käyttää kättä tukikätenä.”

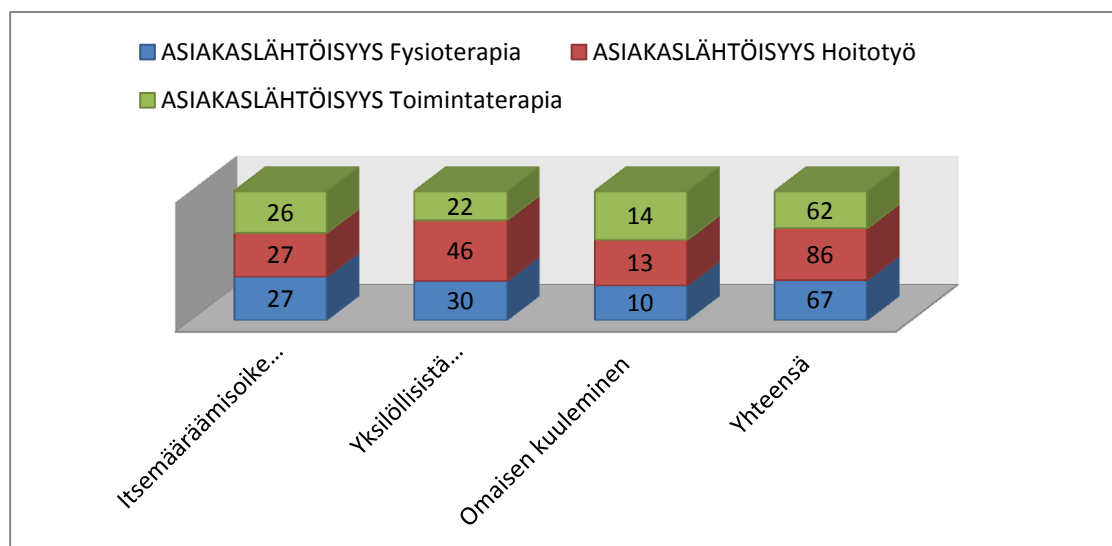
Kaikki ammattiryhmät tekivät yksittäisiä havaintoja tavoitteista, jotka liittyivät **kehon kuvaan, orientoitumistoimintoihin ja liikkumiseen erilaisissa paikoissa**. Muihin tavoitteisiin liittyviä merkintöjä löytyy **eniten fysioterapian (75) ja toimintaterapian (58) kirjaamisesta**. Keski- ja alavartalon lihastoimintaan ja tehon tuottotoimintoihin liittyviä merkintöjä löytyi ainoastaan fysioterapian kirjaamisesta. Fysioterapiassa merkinnät kohdistuvat eniten tavoitteisiin, jotka liittyivät keskivartaloon ja alaraajan toimintaan. Toimintaterapiassa merkinnät kohdistuivat yläraajan liikkumiseen tai parettisen käden toimintaan. **Hoitotyön kirjaamiset (47)** kohdistuvat eniten **liikkumiseen** kävellen tai apuvälineellä erilaisissa paikoissa ja **suorituksen edistämiseen** monilla osa-alueilla. Muihin tavoitteisiin liittyvät kirjaamisten määrät ammattiryhmittäin on esitetty kuviossa 7. Taulukko on liitteessä 6.



KUVIO 7. Muiden tavoitteiden näkyminen eri ammattiryhmien kirjaamisessa

10.2 Asiakslähtöisyyden näkyminen laitoskuntoutuksessa

Asiakslähtöisyyttä ilmentävät tekijät muodostivat kolme pääluokkaa: **itsemääräämisoikeuden toteutuminen, yksilöllisistä tarpeista huolehtiminen** ja **omaisen kuuleminen**. Asiakslähtöisyyden pääluokkiin liittyviä merkintöjä oli yhteensä **215**. Itsemääräämisoikeuden toteutumisesta löytyi 80 merkintää. Yksilöllisistä tarpeista huolehtimisesta löytyi 89 merkintää ja omaisen kuulemisesta 37 merkintää. Asiakslähtöisyyden pääluokkien merkintöjen määrät ammattiryhmittäin ovat liitteessä 7. Kuvioon 8 on koottu asiakslähtöisyyden pääluokkiin kohdistuvien merkintöjen määrät ammattiryhmien kirjaamisesta. **Yksilöllisistä tarpeista huolehtimisesta** on eniten merkintöjä. Omaisen kuulemiseen liittyvät huomiot oli kirjattu kuntoutusjakson loppupuolella.



KUVIO 8. Asiakslähtöisyyden pääluokkien näkyminen kirjaamisessa

Pääluokan **itsemääräämisoikeuden toteutuminen** sisältö muodostuu kolmen eri alaluokan sisällöistä: asiakkaalle mahdollisuuksien antaminen, asiakkaan tahdon kuuleminen ja asiakkaan kohtaaminen yksilönä. Pääluokkaan **yksilöllisistä tarpeista huolehtiminen** sisältyvät **sopeutumisen tukeminen** ja **asiakkaasta huolehtiminen**. Pääluokkaan **omaisen kuuleminen** sisältyy alaluokat **omaisen ohjaaminen** ja **omaisen tarpeiden kuuleminen**.

Taulukossa 8 on esimerkkejä asiakslähtöisyyteen liittyvästä kirjaamisesta, joista muodostuu alustavat luokat, ala- ja pääluokat.

TAULUKKO 8. Asiakslähtöisyyttä kuvaavien pääluokkien sisältö

ILMAISUT KIRJAAMISESSA	ALUSTAVAT LUOKAT	ALALUOKAT	PÄÄLUOKAT
FT: <i>"Kuntoutusjakson alussa asetettiin GAS-tavoitteet yhdessä kuntoutujan kanssa: pitkän aikavälin tavoite kävellä mahdollisen apuvälineen kanssa."</i>	Asiakasta kannustetaan osallistumaan aktiivisesti	Asiakkaalle mahdollisuuksien antaminen	Itsemääräämisoikeuden toteutuminen (80 merkintää)
HT: <i>"Kuntoutuja suoritti itse aamuisin pikkupesut pesulapulla. Pukemisessa veti itse paidan päälle. Kasvot ja kädet hän pesi itse WC:ssä"</i>	Merkityksellisten asioiden mahdollistaminen		
HT: <i>"Reumarollalla kävellyt lenkin 1 hoitajan kanssa käytävällä."</i>	Asiakkaan tahdon kuuleminen	Asiakkaan tahdon kuuleminen	
HT: <i>"Kertoi kuntoutuneensa hyvin."</i> <i>"Kertoo olevansa tyytyväinen hoitohenkilökunnan kannustuksesta."</i>	Asiakkaan kuuleminen		
HT: <i>"Halusi aamujumppaan!"</i> <i>"Ei halunnut ryhmiin."</i>	Yksilöllisen toiveen toteuttaminen	Asiakkaan kohtaaminen yksilönä	
FT: <i>"Mukana AVH-kuntoutujien keskusteluryhmässä, fysioterapia jäi nyt väliin."</i>	Yksilöllisen toiveen toteuttaminen sopeutumisen tuki		
HT: <i>"Huolissaan siitä, meneekö kuntoutusjakso pilalle".</i> <i>"Mieliala matala, odottanut kuntoutuvansa nopeammin."</i>	Ymmärtäminen kannustaminen	Sopeutumisen tukeminen	Yksilöllisistä tarpeista huolehtiminen (89 merkintää)
HT: <i>"Miettinyt, pystyisikö kävelemään kepillä – kotona olisi helpompi mennä wc:hen."</i> <i>"Kotiinlähtö mietityttää."</i>	Vertaistuen antaminen		
HT: <i>"Halusi jutella wc-asioista, mietityttää ja pelottaa, jos tulee vahinkoja kun on liikkeellä"</i>	Ajan antaminen asiakkaalle	Asiakkaasta huolehtiminen	
HT: <i>"Asentoa kohennettu, voideltu rannetta Piroxinilla 03 aikoihin."</i>	Henkilökohtaisista tarpeista huolehtiminen		
HT: <i>"Lisäpetarit vuoteeseen. Viety yöleipiä ja mehua yönätkään."</i>	Henkilökohtaisista tarpeista huolehtiminen		
STT: <i>"Puoliso oli käymässä. Tehtiin omaishoidon tukihakemus."</i>	Omaisen ohjaaminen	Omaisen ohjaaminen	Omaisen kuuleminen (37 merkintää)
TT: <i>"Kuntoutujan puolisoa ohjattiin vessaan siirtymisessä ja käden huoltamisessa."</i> <i>"Puolisoa rohkaistiin kotona selviytymisessä"</i>	Omaisen ohjaaminen		
STT: <i>"Tavoitettu kotipalvel.vastaava. Järjestävät koti-apua tarpeen mukaan."</i>	Omaisen ja kodin asioiden järjestäminen	Omaisen tarpeiden kuuleminen	
TT: <i>"Puolison kanssa tehtiin COPM, toiminnallisen suoriutumisen ongelmien kartoitus. Kotona itsenäinen siirtyminen vessaan..."</i>	Omaisen näkökulmien huomioiminen		

10.2.1. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen

Itsemääräämisoikeuden toteutumiseen liittyviä merkintöjä löytyi 80. Eri ammattiryhmät kirjasivat noin 27 kertaa asiakkaan tahtoon ja toiveisiin liittyviä merkintöjä. Asiakkaat olivat mukana asettamassa GAS-tavoitteet kuntoutusjaksolle yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. Fysioterapeutti on kirjannut ilmaisuun:

”Pidettiin GAS-palaveri, mukana oli asiakas X, sairaanhoitaja, perushoitaja, toimintaterapeutti ja fysioterapeutti. Muodostettiin neljä tavoitetta, joista X piti kävelyä tärkeimpänä.”

Kuntoutuksen kirjauksissa tavoitteiden mukaisen kuntoutusohjelman sisältöä ja valintoja pyrittiin järjestämään **asiakkaiden toiveiden** ja **valintojen** mukaan. Hoitotyön tilanteissa tuli runsaasti GAS-tavoitteiden mukaisia itsestä huolehtimiseen liittyviä tilanteita. Kiireestä huolimatta hoitaja antoi asiakkaalle mahdollisuuden osallistua pukeutumiseen:

”X pesi itse vasemman kainalon ja käden. Ylävartalon X sai puettua lähes itsenäisesti, vähän hihassa autettiin. Tasapaino on parantunut selvästi, housuja pukiessa sai itse vedettyä housut ylös. Vähän vasenta puolta avitettiin.”

Asiakkaalle merkittävien asioiden järjestäminen edellytti asiakkaan tahdon kuulemista ja kohtaamista yksilönä. Hoitaja houkutteli asiakasta iltaohjelmaan, mutta asiakas koki itselleen tärkeimmäksi saada mahdollisimman paljon harjoitella kävelyä. Tähän järjestettiin mahdollisuuksia iltaisin ja viikonloppuisin (taulukko 8).

10.2.2. Yksilöllisistä tarpeista huolehtiminen

Yksilöllisistä tarpeista huolehtimisesta löytyi **eniten** merkintöjä (86). Hoitotyössä kirjaamisesta 46 merkintää viittasi tähän pääluokkaan. Yksilöllisiin valintoihin sisältyi myös **mahdollisuus kieltäytyä** hänelle tarjotuista vaihtoehtoista. Asiakas ei ollut kovin innokas ryhmä-ihminen, joten hän halusi levähtää huoneessa ryhmien aikana. Yksilölliset tarpeet olivat usein konkreettisia. Hoitajan ja sosiaalityöntekijän kirjaamisissa välittyi suhtautuminen asiakkaaseen yksilönä.

”Asiakas kertoi aamulla nukkuneensa huonosti, koska peti oli ollut liian kova. Haettiin pehmusteiksi kaksi sijauspatjaa.” ”Kuntoutuja kertoi vuoteen olevan liian kova ja lyhyt, häiritsee yölepoa.”

Asiakkaan sopeutumista tuettiin järjestämällä osallistuminen AVH-vertaistukiryhmään. Kuntoutujien kommentteja oli kirjattu toimintaterapiassa:

”Mä koin tärkeänä sen ryhmän. Sain puhua mulle tärkeistä asioista muiden samanlaisten kanssa. Kyllä me kannustusta ja tukea tarvitaan, mutta ei saa niin paljon taputtaa olkapäälle, että kaatuu polvilleen.”

Sairastuminen aivoverenkiertohäiriöön herätti tiedonantajien mielissä paljon ajatuksia ja pelkoja. Keskustelun mahdollisuutta toivottiin erityisesti iltaisin, jolloin hoitajat järjestivät keskusteluaikaa asiakkaan kanssa.

10.2.3. Omaisen kuuleminen

Omaisen kuulemiseen liittyviä merkintöjä löytyi yhteensä 37, eri ammattiryhmät kirjasiivat suurin piirtein yhtä paljon (10-14 kertaa). **Sosiaalityöntekijä** järjesti asiakkaan ja omaisen **tarpeisiin palveluita** ja **auttoi tukihakemusten** täyttämässä. Hän oli tärkeä linkki asiakkaan ja laitoksen sisäisten sekä ulkopuolisten ammattiryhmien välillä:

”Täytettiin omaisen kanssa vammaispalveluhakemus. Kotiin tarvitaan omaisen mielestä ainakin alkuun kotiapua aamutoimiin ja peseytymiseen. Kodinmuutostyöt on laitettu vireille. Kodinmuutostyöt on arvioitu kotikäynnin yhteydessä vammaispalvelusta.”

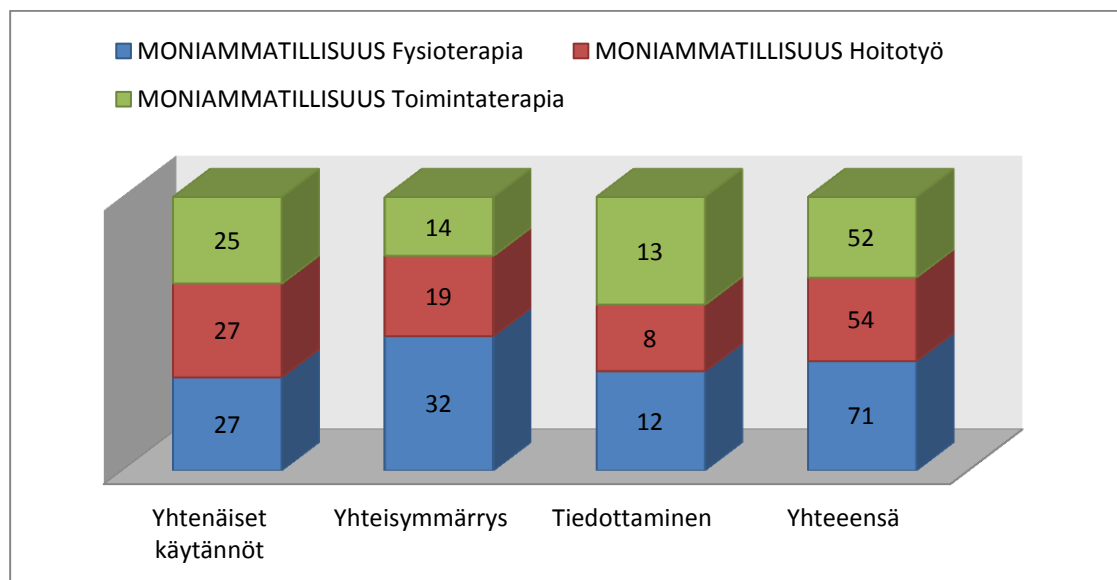
Omaisen huomioiminen liittyi oleellisesti kotiutumiseen ja kotona pärjäämiseen. Fysioterapeutti ja toimintaterapeutti järjestivät yhteisiä **ohjaustilanteita omaiselle**. Tilanteissa ohjattiin siirtymisen avustamista ergonomisesti, apuvälineitä hyödyntäen ja asiakkaan omatoimisuutta tukien. Seuraavassa hoitajan kirjaamisesta:

X tyytyväisenä kotiin lähdössä, vaikka kotiin meno vähän jännittääkin. Puoliso ollut seuraamassa kuntoutusta ja päivittäisten toimien ohjausta. Avustanut X:ää Wc-reissuilla ja on luottavaisin mielin kotona selviytymisestä.”

10.3 Moniammatillisuuden näkyminen laituskuntoutuksessa

Moniammatillisuus muodostuu kolmesta pääluokasta: **yhtenäiset käytännöt**, **yhteisymmärrys** ja **tiedottaminen**. Moniammatillisuuden pääluokkiin liittyviä merkintöjä löytyi yhteensä **177**. Yhtenäisistä käytännöistä löytyi aineistosta 79 merkintää. Ammattiryhmien tekemiä merkintöjä yhtenäisistä käytännöistä oli lähes yhtä paljon. Yhteisymmärrykseen liittyviä merkintöjä oli eniten fysioterapian kirjaamisessa (32), yhteensä merkintöjä oli 65. Tiedottamiseen liittyi yhteensä 33 merkintää, fysioterapiassa, toimintaterapiassa 13 ja hoitotyössä 8 merkintää.

Moniammatillisuuteen liittyviä merkintöjä löytyi eniten fysioterapian kirjaamisista (71 merkintää). Pääluokkien merkintöjen määrät on koottu kuvioon 9. Pääluokkien merkintöjen määrät eri ammattiryhmittäin ovat liitteessä 7.



KUVIO 9. Moniammatillisuuden pääluokkien näkyminen kirjaamisessa

Pääluokka **yhtenäiset käytännöt** muodostuu kolmesta alaluokasta: **yhteisten tavoitteiden mukainen toiminta**, **yhteiset ohjaamiskäytännöt** ja **yhteistyön tekeminen**.

Pääluokka **yhteisymmärrys** koostuu alaluokista **työkaverin auttaminen** ja **yhteinen ideointi**. Pääluokka **tiedottaminen** muodostuu kahdesta alaluokasta **sisäinen tiedottaminen** ja **ulospäin tiedottaminen**. Taulukkoon 9 on koottu aineistosta moniammatillisuutta kuvastavia ilmaisuja ja niistä muodostuvat alustavat luokat, ala- ja pääluokat.

TAULUKKO 9. Moniammatillisuutta kuvaavien pääluokkien sisältö

ILMAISUT KIRJAAMISESSA	ALUSTAVAT LUOKAT	ALALUOKAT	PÄÄLUOKAT
FT: <i>"GAS-tavoitteiden laatiminen yhdessä fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja hoitajan kanssa."</i>	Yhteiset toiminnan tavoitteet	Yhteisten tavoitteiden mukainen toiminta	Yhtenäiset käytännöt (79 merkintää)
FT: <i>Seisomaan nousu ja seisominen 20 min Balance Trainer laitteella ja lopuksi PEP-harjoitus. Harjoitusker- ta yhteistyössä toimintaterapeutin kanssa."</i>	Yhdessä toimi- minen		
TT: <i>"Yhdessä hoitajan kanssa arvi- oitiin siirtymistä ja avun tarvetta vessassa. Turner ja tukikaide tarvi- taan kotiin"</i>	Yhdessä ohjaa- minen	Yhteiset oh- jaamiskäy- tännöt	
FT: <i>"Kävelylenkki reumarollalla hoito-osastolla, kotipiiri 2 perältä kp 3 tupaan, tauko ja samaa kyytiä takaisin huoneeseen."</i>	Yhteistyön mahdollistami- nen	Yhteinen ideointi	Yhteis- ymmärrys (65 merkintää)
HT: <i>"Laita korotus tuolille niin ylös- nousu onnistuu paremmin."</i>	Ongelmien rat- kaisu	Työkaverin auttaminen	
HT ja FT: <i>"Kenkien ja ulkoilu- housujen pukeminen onnistui oh- jattuna ja lyhyen t-pihdin avulla omatoimisesti."</i>	Yhteiset toimin- tatavat	Yhteistyön tekeminen	
TT: <i>"Riisui sukat ja kengät apuke- pillä ja t-pihdeillä jalka stepperin päällä".</i>	Yhteistyötahoil- le tiedottami- nen	Sisäinen tiedottami- nen	Tiedottaminen (33 merkintää)
HT: <i>"Keskusteltu palaverissa mieli- alasta ja mieliala-lääkkeen aloit- tamisesta. Asiakkaan mielestä siitä olisi hyötyä."</i> FT: <i>"Tiedotettu hoitajille kävely- apuvälineen vaihtamisesta."</i>	Työryhmälle tiedottaminen		
TT: <i>"TK:n toimintaterapeuttiin oltiin yhteydessä pienapuvälineiden ja terapia jatkojen vuoksi."</i>	Tiedottaminen kollegoille	Ulospäin tiedottami- nen	
FT: <i>"Oltu yhteydessä liikkumisen apuvälineiden ja tukien johdosta apuvälinelainaamoon."</i>	Tiedottaminen apuvä- linelainaamoon		
TT: <i>"Sosiaalityöntekijä on ollut yhteydessä kotihoitoon. Kotisai- raanhoitajan käynnit ovat tärkeitä kuntoutuja terveydentilan turvaa- miseksi alkuvaiheessa."</i>	Tiedottaminen kotihoitoon		

10.3.1. Yhtenäiset käytännöt

Yhtenäisiin käytäntöihin liittyviä huomioita kirjattiin eri ammattiryhmissä lähes sa- man verran (25-27 merkintää). **Yhteisten tavoitteiden mukainen toiminta** näkyy hoitajan ohjaamassa itsestä huolehtimisen harjoituksessa:

”Päivittäisissä toiminnoissa ohjattu yhteisesti sovittujen tavoitteiden mukaisesti. Peseytymisessä käsien ja kasvojen pesu onnistuu omatoimisesti. X tarvitsee sanallista ohjausta ja kannustusta toimissaan.”

Vähintään kerran viikossa terapiatilanteita toteutettiin hoito-osastolla, jossa oli asiakkaan huone. Fysioterapeutit ja asiakkaat toteuttivat siirtymis- ja kävelyharjoituksia sekä polkivat therfit-polkulaitetta hoito-osastolla. Huomioita ja ohjeita on kirjattu fysioterapian jälkeen hoitopapereihin:

”Makuulla jalka tuetaan kiilatyynyillä. Istumaan nousu kyljen kautta. Käsistä ei saa vetää, sillä käsi kipeytynyt.” ”Reumarolla vaihdettu tavaliseen rollaattoriin. Uusi rannetuki kokeilussa, + huomenna jätetään kokonaan olkatuki pois. → kipeytyykö olkapää?”

Toimintaterapeutti ja fysioterapeutti tekivät välillä **yhteisarviointia**, esimerkiksi Bergin tasapainotestiä testauksessa. Myös terapiatilanteita yhdistettiin ja pulloon puhaltamista harjoiteltiin asiakkaan, fysio- ja toimintaterapeutin kanssa yhteistyössä. Ohjeita kirjattiin hoitotyön lehdelle yhteisen käytännön muodostumiseksi (taulukko 9, s.41).

10.3.2. Yhteisymmärrys

Yhteisymmärrys näkyi moniammatilliset kuntoutusselosteissa yhdenmukaisena näkemyksenä kuntoutujan tilanteesta. Fysioterapiassa kirjattiin eniten yhteisymmärryksen liittyviä huomioita (32). Fysioterapeutin, toimintaterapeutin, hoitajan ja sosiaalityöntekijän kuvauksista välittyi kuntoutusjaksolla tehty yhteistyö. Sisällöt olivat yhdenmukaisia. Hoitaja on kirjannut:

”Nyt kävely onnistuu lyhyillä matkoilla ohjatusti rollaattorin avulla. Saa itse asetettua vasemman käden rollan kahvaan. Itsenäisesti siirtymiset pyörätuoliin ovat turvallisia.”

Fysioterapeutin kirjaus kuvastaa kokonaiskäsitykseen yhdistyvää ammatillista näkökulmaa:

”Neljän viikon kuntoutusjaksolle asetetut tavoitteet on saavutettu... alavartalon pukemista ja seisomaan nousua haittaa edelleen alaselän ja lonkien kankeus...”

10.3.3. Tiedottaminen

Asiakkaan kuntoutusjakson sisällöstä tiedottaminen edellytti ulkoista ja sisäistä tiedottamista. Fysio- ja toimintaterapian kirjaamisista löytyi tiedottamiseen liittyviä merkintöjä 13/12 kertaa, hoitotyön kirjaamisista 8 kertaa. Esimerkkinä sisäisestä tiedottamisesta on kotiutumistilanne, jossa sosiaalityöntekijän kirjaa näkemyksensä hoitosivuille:

”Kotipalvelujen tarpeesta oltiin yhteydessä kotikuntaan ja pyydettiin järjestämään kotiapua... puolison tuella kotiutuminen on nyt mahdollista... pyydetään säännöllisen vuorohoidon järjestymistä.”

Ulkoinen tiedottaminen liittyy apuvälineiden ja jatkokuntoutuksen suosittamisessa. Yhteistyöstä tehtiin myös tiedonantajan kotikunnan terveyskeskukseen mm. apuvälineasioissa:

”tk:n apuvälinelainaamon kanssa sovittiin puhelimitse rollaattorin ja vuoteen reunaan kiinnitettävän ylösnousutuen sekä pukeutumisen apuvälineiden toimittamisesta kotiin.”

10.4 Tulosten yhteenveto

GAS-tavoitteet: Kolmen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen asiakkaan kuntoutusjaksolla asetettiin yhteensä 18 GAS-tavoitetta. Ne kohdistettiin ICF-luokitukseen, jolloin niiden määrä väheni **yhdeksään tavoiteluokkaan**. Tavoiteluokat nimettiin kuvailuvuuden perusteella aihealueen tai aihealueryhmän mukaan. **Liikkumisen** pääluokkaan sisältyi **seitsemän** GAS-tavoitetta. ICF-viitekehyksessä tavoitteita oli neljä: asennon muuttaminen, itsensä siirtäminen, seisominen ja käveleminen. **Itsestä huolehtimisen** pääluokkaan sisältyi kahdeksan GAS-tavoitetta. Peseytymiseen kohdistui kolme ja pukeutumiseen viisi GAS-tavoitetta. Kolme GAS-tavoitetta kohdistui **eri pääluokkien aihealueisiin**, yksittäisen tehtävän tekemiseen, kotitalouden esineistä huolehtimiseen sekä ympäristötekijöiden kommunikointitekнологiaan ja tuotteisiin.

GAS-tavoitteiden yhdistyminen eri ammattiryhmien tehtävissä: Laitoskuntoutusjaksoilla hoitotyössä, fysioterapiassa ja toimintaterapiassa seurattiin lähes kaikkia GAS-tavoitteita. **Fysioterapiaa ja hoitotyötä** yhdistivät liikkumisen tavoitteet **itsensä siirtäminen** ja **käveleminen**. **Hoitotyötä ja toimintaterapiaa** yhdistivät itsestä huolehtimisen tavoitteet **peseytyminen ja pukeutuminen**. Näiden harjoitusten yhteydessä arvioitiin myös itsensä siirtämistä, seisomista ja kävelemistä. Fysio- ja toimintaterapiaa yhdistivät liikkumisen tavoitteet seisominen ja käveleminen. Eri ammattiryhmien yhteisiä arviointi- ja terapiatilanteita oli keskimäärin viikoittain. Kaikki ammattiryhmät seurasivat yksittäisen tehtävän tekemisen tavoitetta, joka oli vesihanauksen sulkemisen käsien pesun yhteydessä.

Muut tavoitteet: AVH-laitoskuntoutuksessa asetettiin myös GAS-tavoitteiden ulkopuolisia tavoitteita, muita tavoitteita. 10 muuta tavoitetta asetettiin yhdessä ammattihenkilön ja asiakkaan kanssa muttei moniammatillisen tiimin kanssa. Muut tavoitteet kohdennettiin ICF-luokitukseen, jolloin **ICF-tavoiteluokkia** muodostui **kahdeksan**. Ruumiin/kehon toimintojen pääluokkaan **tuki- ja liikuntaelimityö** ja **liikkeisiin liittyvät toiminnot** kohdistui kolme muuta tavoitetta ja **mielentoimintoihin** kolme tavoitetta. Suoritukset ja osallistuminen pääluokkaan **liikkuminen** kohdistui kolme tavoitetta. Yksi tavoite oli laaja-alainen ja tarkentamaton, joten sitä ei kohdistettu luokituksen osa-alueisiin. Fysioterapian kirjaamiset kohdistuivat eniten kehon osien ja nivelten liikkeisiin liittyviin tavoitteisiin, toimintaterapian kirjaamiset pareettisen yläraajan toimintaan. Hoitotyön kirjaaminen kohdistui tavoitteisiin liikkuminen erilaisissa paikoissa ja suorituksen edistäminen monilla osa-alueilla.

Asiakaslähtöisyys näkyi laitoskuntoutuksessa AVH-asiakkaan **itsemääräämisoikeuden toteutumisena**, hänen **henkilökohtaisista tarpeistaan huolehtimisena** ja **omaisen kuulemisena**. Nämä nimettiin pääluokiksi. Asiakasta kuultiin hänen kuntoutustavoitteidensa muodostamisessa GAS-menetelmällä, mutta myös kuntoutusjakson sisältöjen toteutuksessa. Henkilökohtaisista tarpeista kivun ja mielialan hoitaminen sekä sairauteen sopeutumisen tukeminen nousivat tärkeiksi asiakaslähtöisyyden tekijöiksi. Omaisen kuuleminen sisälsi erilaisten tukimuotojen ja kodinmuutostöiden järjestämistä ja siirtymistekniikan, apuvälineiden käytön sekä avustamisen ohjaamista.

Moniammatillisuus näkyi laitospääntoutuksessa **yhtenäisinä käytäntöinä, yhteisymmärryksenä ja tiedottamisena**. GAS-tavoitteiden mukainen toiminta edellytti yhteisten käytäntöjen, kuten avustamisen määrän tai apuvälineen käytön noudattamista kaikilta asiakkaan kanssa toimijoilta. Yhteisymmärrys muodostui auttamalla toista ammattiryhmää ja ideoimalla yhteistyössä asiakkaalle ongelmallista siirtymistä tai kipua aiheuttavaa liikettä. Laitoksen **sisäinen ja ulkoinen tiedottaminen** oli tärkeä moniammatillisuuden avain. AVH-asiakkaiden kuntoutumisessa nopeat muutokset edellyttivät jatkuvaa tiedottamista. Moniammatillisuuteen liittyi jatkospääntoutuksen ja kotipalvelun henkilöille tiedottamista asiakkaan kokonaistilanteesta.

11 POHDINTA

Opinnäytetyöni aiheen valintaan vaikutti eniten oma mielenkiintoni aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutusprosessia kohtaan. Tutkimusaiheeni on tärkeä, koska hoitokustannukset tulevat kasvamaan Suomessa ja muissa länsimaissa vielä nykytilanteesta. Kustannuksista huolimatta kuntoutus on todettu kannattavaksi myös taloudellisesti. (Sivenius 2005, 3393-3394.) Aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutuksessa tavoitteiden asettaminen asiakaslähtöisesti on myös ajankohtainen ja tärkeä asia. Tavoitteiden asettamiseen liittyviä tutkimuksia tehdään kaiken aikaa ja näkemyksiä on monenlaisia. Kaikki tutkimussuuntaukset tunnustavat, että asiakkaan tulee olla mukana hänen kuntoutustavoitteitaan asetettaessa. Moniammatillinen toimintatapa asiakaslähtöisessä kuntoutusprosessissa on ajankohtainen tutkimusaihe yhä edelleen, vaikka monet kuntoutuksen lähtökohdat on tunnustettu jo vuosikymmeniä.

11.1 Tuloksien tarkastelua

GAS-menetelmään liittyvä tavoitteellisuus, asiakaslähtöisyys ja moniammatillisuus ovat opinnäytetyöni tuloksissa vuorovaikutuksessa keskenään ja vaikuttavat toisiinsa. Opinnäytetyön teoria ja tutkimustehtävät olivat laaja-alaisia. Tulokset nostettiin kolmen tiedonantajan kuntoutusprosessiin liittyvästä kirjallisesta aineistosta, joten tu-

lokset ilmentävät ensisijaisesti aineistoon liittyvää kontekstia. Teoreettinen viitekehys antoi tämän opinnäytteen analyysille ja tuloksille laajan peilauspinnan.

Tavoitteellisuus

Kolmen asiakkaan kuntoutusjaksolle muodostetut GAS-tavoitteet olivat pitkiä, mutta kuvasivat yksilöllisesti ja konkreettisesti tavoiteltavaa toimintaa. Tavoitteet kohdennettiin ICF-luokitukseen, koska tavoitteiden sisältöä piti yhdenmukaistaa. Tämä helpotti myös tavoitteiden tarkastelua teorian näkökulmasta. Kun alkuperäiset GAS-tavoitteet kohdistettiin ICF-luokitukseen, tavoitteiksi muodostui yhdeksän GAS-tavoiteluokkaa. GAS-tavoitteiden kohdistamisessa pääluokkien ja aihealueiden ryhmiiin taulukoissa käytettiin kirjain- ja numerokoodeja. Koodien käyttöä on rajattu tekstin luettavuuden helpottamiseksi.

Tuloksien perusteella ICF-luokituksen **suoritukset ja osallistumisen** pääluokkaan **liikkuminen** kohdentui seitsemän GAS-tavoitetta ja **itsestä huolehtimisen** pääluokkaan kahdeksan tavoitetta. **Kotielämään ja yleisluontoiset tehtävät** ja **vaateet** pääluokkaan kohdentui yhdet tavoitteet. Yksi GAS-tavoite kohdentui **ympäristötekijöiden** pääluokkaan tuotteet ja teknologiat. Kuntoutustavoitteiden sisällöt tulisi olla ICF-luokituksen suoritukset ja osallistumisen osa-alueilta, koska niihin liittyvät aihealueet sisältävät tärkeitä elämänalueita. (Bovend'Eerdt ym. 2009, 353-354; Järvikoski & Karjalainen 2008, 83-84.)

GAS-tavoitteisiin liittyviä merkintöjä kirjattiin eniten hoitotyössä. Hoitotyössä huomiointiin liikkumiseen ja itsestä huolehtimiseen liittyviä tilanteita runsaasti, sillä luonnollisia tilanteita oli useita kertoja päivittäin. Kaikkia GAS-tavoitteita toteutettiin, havainnoitiin ja kommentoitiin myös fysio- ja toimintaterapiassa. Kirjaamisten määrään vaikuttivat terapioiden määrät päivässä. GAS-tavoitteissa olisi voitu hyödyntää enemmän kotielämään liittyviä toimintamahdollisuuksia ja laitoksen ympäristöön liittyviä mahdollisuuksia.

Hoitotyössä ja toimintaterapiassa yhdistettiin monia GAS-tavoitteita. Esimerkiksi wc-käynnin yhteydessä arvioitiin itsensä siirtämistä, kävelemistä seisomista ja pukeutu-

mista. Runsaat toistojen ja harjoitusten määrät tehostivat GAS-tavoitteiden saavuttamista. Myös fysioterapeutit osallistuivat laaja-alaisesti GAS-tavoitteiden toteuttamiseen. Fysioterapiaa ja hoitotyötä yhdisti liikkumisen aihealueisiin liittyvät tavoitteet, asennon muuttaminen, itsensä siirtäminen, seisominen ja käveleminen. Yhteistyötilanteet sisälsivät moniammatillista arviointia apuvälineen ja avun tarpeen määrästä.

GAS-tavoitteiden sisällöt kohdistuivat kotona pärjäämiseen, asiakkaalle merkityksellisten tavoitteiden avulla. Tavoitteet olivat yksilöllisiä riippuen asiakkaan persoonallisuudesta, toimintakyvystä ja elämäntilanteesta. Kirjaamisten perusteella GAS-tavoitteet auttoivat asiakkaan ja moniammatillisen työryhmän yhteistyön muodostumista tiiviiksi ja yhtenäiseksi. Asiakkaalle tärkeiden tavoitteiden **tärkeysjärjestys** on hyvä selvittää kirjattaessa GAS-tavoitteita tavoitetaulukkaan. Asiakkaan näkemys voi poiketa ammattihenkilön ajatuksista. Yhteistyön edetessä tavoiteristiriita voi masentaa asiakasta ja viedä motivaation. Tutkimukseen osallistuneet tiedonantajat nostivat kävelemisen tärkeimmäksi tavoitteeksi, seuraavaksi tärkein oli itsestä huolehtimisen taitojen lisääntyminen.

Aineistosta löytyi kymmenen **muuta tavoitetta**, joita eri ammattiryhmät olivat asettaneet asiakkaan kanssa alkuhaastattelujen yhteydessä. Muut tavoitteet täydensivät osittain GAS-tavoitteita, mutta olivat osittain irrallisia ja epämääräisiä. Muilla tavoitteilla oli selviä yhtymäkohtia ammatilliseen erityisosaamiseen ja tarkasti määritettyihin **asiantuntijuutta vaativiin tehtäviin**. Joissakin tapauksissa lähettävä taho voi pyytää esimerkiksi tarkempaa kognitiivista arviointia tai erityisapuvälineen soveltuvuutta laitostuntoutusjaksolla. Tämä vaikuttaa kuntoutuksen tavoitteisiin ja sisältöön. Tutkimukseen osallistuneiden tiedonantajien lähetteissä ei ollut erityispyyntöjä. Muut tavoitteet kohdentuivat pääosin kehon/ruumiin toimintojen pääluokkiin tuki- ja liikuntaelimestön liikkeit. Muiden tavoitteiden löytyminen herätti kehittämistarpeen, jotta tavoitteet saataisiin asiakkaan ja moniammatillisen työryhmän yhteisiksi tavoitteiksi ja osaksi GAS-tavoitteita.

Australiassa tehty tutkimus osoittaa, kuinka tärkeää on kehittää asiakaslähtöisyyttä tavoitteiden asettamisessa. Tutkimus tehtiin sähköpostikyselynä ja sen tavoitteena

oli lisätä ymmärrystä tavoitteiden asettamisen prosessia kohtaan. Kysely suunnattiin kuntoutuslaitoksien moniammatillisten työryhmien jäsenille, jotka työskentelivät subakuutin vaiheen AVH-kuntoutujien parissa. Kuntoutustavoitteet muodostettiin kolmella tavalla: terapeutin johdolla, asiakkaan ja terapeutin kesken tai kokonaan asiakaslähtöisesti. Asiakkaiden motivaatio lisääntyi ja tulokset paranivat, mikäli perheenjäsen oli mukana tavoitteiden asettamisessa ja potilas sekä omainen saivat ohjausta aivoverenkiertohäiriöön ja kuntoutukseen liittyvissä asioissa. Myös yhteisesti määritelty tavoitteiden aikaväli lisäsi asiakkaiden motivaatiota. Terapeutin johdolla asetetut tavoitteet kohdistuivat pääosin ICF-luokituksessa kyvyttömyyden ja suoritusrajoitusten tasolle. Vain muutamat tavoitteet oli osoitettu suoritus- ja osallistumisrajoitteiden tasolle. (Leach, Cornwell, Fleming & Haines 2010, 169-170.)

Asiakaslähtöisyys

Tuloksissa asiakaslähtöisyys muodostui pääluokista **itsemääräämisoikeuden toteutuminen, yksilöllisistä tarpeista huolehtiminen ja omaisen kuuleminen**. Itsemääräämisoikeus toteutui, kun asiakas otettiin mukaan suunnittelemaan kuntoutustavoitteita. Hänen tahtoaan kuultiin jatkuvasti kuntoutusjaksolla ja asiakasta kannustettiin osallistumaan aktiivisesti tavoitteiden mukaiseen toimintaan ja vapaa-ajan ohjelmaan. Kuntoutuja sai myös kieltäytyä ja toteuttaa itselleen merkityksellisiä asioita mahdollisuuksien mukaan.

Asiakkaan **yksilöllisistä erityistarpeista** huolehdittiin hoitamalla kipuja, mielialaa ja yleistä vointia. Yksilöllisten ratkaisujen turvaaminen kuntoutusjaksolla näkyi esimerkiksi yksilöllisten apuvälineiden järjestämisenä tai hoitajien järjestämänä kävelyharjoituksena viikonloppuisin. Asiakaslähtöisyydessä tuettiin asiakkaan sopeutumista elämään aivoverenkiertohäiriön jälkeistä elämää tarjoamalla kahdenkeskisiä keskusteluhetkiä ja AVH-ryhmässä saatua vertaistukea. Asiakaslähtöisyyteen kuului myös omaisen mukanaolon mahdollistaminen koko kuntoutusjakson aikana eri tilanteissa ja erityisesti kotiin siirtymisen valmistamisessa. Omaisen ohjaaminen painottui kuntoutusjakson loppuvaiheeseen.

Rosewilliamin ym. (2011) mukaan asiakaslähtöisyyden tuominen kuntoutuksen osatekijäksi voi aiheuttaa moniammatillisia haasteita. Eri ammattialat määrittelevät asiakaslähtöisyyden eri tavoin ja käsityksissä voi olla ristiriitoja. Tutkijoiden mielestä asiakaslähtöisyyden tuominen kuntoutustavoitteiden asetteluun on tärkeää, mutta on tarpeen käyttää tunnustettuja ja näyttöön perustuvia menetelmiä. Joillakin ammattiryhmillä on pitkät perinteet asiakkaan kohtaamisessa ja huomioimisessa. Tällaiset eettiset lähtökohdat olisivat suositeltavia kaikille kuntoutuksen saralla työskenteleville. (Rosewilliam, Roskell & Pandyan 2011, 508-510.) Kitinkannuksessa tällaisia ristiriitoja ei syntynyt, vaikka menetelmän koulutuspalavereissa keskustelu suuntautui eniten tavoitteellisuuteen ja moniammatillisuuteen. Asiakaslähtöisyys on kirjattu Kitinkannuksen eettisiin säädöksiin.

Asiakkaat toivoivat tavoitteiden asettamisessa joustavaa osallistumista. Aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutuksessa ja tavoitteiden asettamisessa on hyvä, että moniammatillinen tiimi istuu asiakkaan vuoteen äärelle asiakkaan kanssa muodostamaan konkreettisia ja mitattavia kuntoutustavoitteita. Myös riittävän ohjauksen ja harjoituksen järjestäminen on asiakkaille tärkeää. (Rosewilliam ym. 2011, 511.) Kitinkannuksessa GAS-tavoitteet asetettiin yhdessä asiakkaan kanssa yleensä hänen huoneessaan tai muussa rauhallisessa tilassa.

Paltamaan ym. (2011) mukaan on selvää näyttöä, että asiakaslähtöinen tavoitteiden muodostaminen ja terapian toteuttaminen lisää ja turvaa asiakkaalle merkityksellisten elämänalueiden toteutumisen, erityisesti kotiympäristössä (Paltamaa ym. 2011, 178-179; vrt. Leach ym. 2010, 170.). Laitoskuntoutuksessa kodin tarpeet ja yksilölliset lähtökohdat on hyvä tunnistaa kuntoutuksen ensi hetkistä lähtien.

GAS-menetelmällä muodostetut tavoitteet olivat asiakkaiden nimeämiä ja moniammatillinen työryhmä auttoi muotoilemaan tavoitteet realistisiksi ja saavutettaviksi. Asiakkaan mukaan ottaminen yhteistyöhön moniammatillisen tiimin kanssa on mahdollistanut asiakkaan mielipiteen tulla kuulluksi. Seikkula ja Arnkill (2009) ovat tutkineet ja kehittäneet dialogisen verkostotyön menetelmiä Suomessa. He toteavat, että tilanne, jossa kaikki osallistujat ovat läsnä, muuttaa vuorovaikutusta avoimeksi.

Yhteinen neuvottelemine ja suunnittelemine muuttavat myös hoitajien, terapeuttien, asiakkaan ja omaisten käyttäytymistä. (Seikkula & Arnkil 2009, 23.).

Moniammatillisuus

GAS-tavoitteet näyttivät ohjaavan ja yhtenäistävän moniammatillisen työryhmän työskentelyä. Moniammatillisuuden tunnusmerkeiksi nousivat kirjaamisista pääluokat **yhtenäiset käytännöt, yhteisymmärrys ja tiedottaminen**. Yhteisten käytäntöjen ja toimintatapojen taustalla olivat yhteiset GAS-tavoitteet. Moniammatillisen työryhmän toimintaa yhdistivät monet GAS-tavoitteet. Tuloksissa **kuntouttava hoitotyö** tarjosi paljon luontevia ja tavoitteiden mukaisia tilanteita perinteisen kuntoutusmuotojen rinnalla. Yhteistyö edellytti yhteistä ideointia sekä yhteisiä ohjaamis- ja avustamismenetelmiä. Yhteisymmärrys näkyi parhaiten moniammatillisissa kuntoutusselesteissa. Eri ammattiryhmät kuvasivat tavoitteiden saavuttamista yhdenmukaisesti. Kirjaamisista heijastui avoin tiedonkulku.

Kitinkannuksen moniammatillisessa työskentelyssä asiakkaan kuntoutumiseen liittyvien tietojen sanallinen ja kirjallinen tiedottaminen oli tärkeää yhteistyön onnistumiseksi. Tiedon kulkuun sisältyi myös kuntoutuslaitoksen ulkopuoliselle taholle tiedottaminen puhelinsoitolla tai kirjallisella tiedotteella. Myös asiakkaalle ja omaiselle tiedottaminen oli tärkeää luottamuksen ja yhteisymmärryksen muodostumiseksi. Isoherrasen ym. (2008) mukaan moniammatillinen työskentely on laaja-alaista. Asiakaslähtöisen ja kokonaisvaltaisen tiedon muodostamiseen tarvitaan yhteistä kieltä. Yhteydenpito verkostossa muuttaa usein asiantuntijoiden rooleja ja keskustelukulttuuria. (Isoherranen ym. 2008, 34-35.). Nämä näkemykset tukevat opinnäytetyöni tuloksia, erityisesti yhteisymmärryksen ja tiedottamisen osalta.

Tutkimukset kohdistuvat pääasiassa aivohalvausyksikköihin keskitetyn akuutin ja subakuutin kuntoutuksen arviointiin ja kehittämiseen. Hyvin organisoidussa moniammatillisessa yhteistyössä kuntoutusta tukeva hoitotyö ja moniammatillinen tiimi ovat motivoituneita aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutukseen ja saavat tuloksia aikaan. Langehornen mukaan organisoitu tiimityöskentely turvaa tehokkaan tiedonvaihdon. (Langehorne & Pollock 2002, 365.) Myös iäkkäiden AVH-potilaiden posta-

kuutti, moniammatillinen laitostuntoutus kannattaa, sillä kuntoutus lisää riippumattomuutta ja selviytymistä päivittäisessä elämässä sekä yhteiskuntaan sopeutumises- sa. (Langhorne & Duncan 2001, 273)

11.2 Tutkimuksen luotettavuus

Opinnäytetyöni luotettavuutta punnitessa on tausta-ajatuksena laadullisen tutkimuk- sen yleiset käsitykset luotettavuutta lisäävistä tekijöistä. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran mukaan (2009, 232) tutkimuksen kulun, sisällön analyysin ja tulosten huo- lellinen ja tarkka raportointi ja ratkaisujen selvittäminen ja perustelu osoittavat luki- jalle tutkimuksen luotettavuuden. Tuomi ja Sarajärvi (2002, 139.) suosittavat tutkijan käyttävän riittävästi aikaa tutkimuksen tekemiseen luotettavuuden parantamiseksi.

Aineiston hankkiminen tapahtui keräämällä tiedonantajia koskeva kirjallinen materi- aali kuntoutusjaksojen ajalta. Keruumenetelmä oli mielenkiintoinen ja etukäteen haastava. Koska tiedonantajia ei tiedetty etukäteen, oli saatu tutkimusaineisto melko tyyppillinen otos aivoverenkiertohäiriöön liittyvästä paperin paljoudesta. Fysioterapi- an, toimintaterapian ja hoitotyön kirjaamisten ajankohtia vertaamalla muodostui selkeä kuva kuntoutusjakson sisällöstä, tehdyistä valinnoista ja toteutuksista. Kirjaa- misesta heijastui henkilökunnan sitoutuminen ja korkea moraali. Asiakkaiden sano- maa oli myös kirjattu ilahduttavan paljon. Moniammatillisista kuntoutuskertomuksista välittyi punnittu tieto ja kokonaisnäkemys.

Kolmen tiedonantajan kuntoutusjaksosta tehdyt kirjaamiset olivat keskenään melko erilaisia, sillä kuntoutujien toimintakyky oli erilainen. Tämä vaikutti GAS-tavoitteiden ja kuntoutusjakson sisältöön. Henkilökunnan kirjaaminen edistyi selvästi verrattuna GAS-menetelmän käyttöönoton alkuvaihetta ja myöhemmin, menetelmän vakiintu- neen vaiheen tehtyyn kirjaamiseen. Moniammatillisen henkilöstön erilainen työote ja tapa kirjata asioita tuli aineistosta esille. Osa henkilöstöstä oli suurpiirteisiä kuvauk- sissa, osa kirjasi havainnot hyvin tarkasti.

Aineiston **analyysi** vei aikaa kolme kuukautta. Aineisto oli runsas ja analysointimene- telmät olivat monimuotoisia. Tutkimuksen luotettavuutta lisää, mikäli tutkija tunnis-

taa tutkijanominaisuutensa ja vahvuutensa valitessaan tutkimustapaa ja menetelmiä. Koen omaksi vahvuudekseni analyttisen pohdinnan ja erittelyn. Kvantifiointiin liittyvät matemaattiset menetelmät rikastuttivat tutkimusta antamalla perusteluita ja suuntaviivoja sisällön analyysiin sekä havainnollistamiskeinon tuloksille. Vaikeinta analyysiprosessissa oli päättää, koska analyysi oli riittävän valmis.

Tutkimuskysymyksien muotoutuminen ja tarkentuminen kuuluu laadulliseen tutkimusmenetelmään, näin kävi myös omassa opinnäytetyössäni. Tutkimuskysymyksien rajaamisen jälkeen myös analyysi täsmentyi. Tavoitteisiin liittyvä analyysi on teorialähtöinen ja perustuu ICF-viitekehukseen. Asiakaslähtöisyyteen ja moniammatillisuuteen liittyvä analyysi on aineistolähtöistä. Teoriatiedon runsas lukeminen auttoi kaikissa analyysin vaiheissa antamalla näkökulmia ja ratkaisun avaimia. (Vrt. Tuomi & Sarajärvi 2002, 98.). Tutkimuksen eri vaiheissa tein monia systemaattisia tiedonhakuja Pub Med/Medline, Cinahl, Cochrane Library tietokantoihin. Tietokantoihin tuli jatkuvasti uusia kirjallisuuskatsauksia ja tutkimusraportteja, jotka auttoivat näkemään ja tunnistamaan oleellisia asioita.

Raportoin analyysin vaiheita, tavoiteluokkien sekä asiakaslähtöisyyden ja moniammatillisuuden ala- ja yläluokkien muodostumista mahdollisimman tarkasti lisätäkseen luotettavuutta, kuten Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara suosittavat (2009, 232-233). Yhdenmukaisen tulosten esittämistavan löytäminen oli erittäin haastavaa, koska tuloksia oli paljon. Monien kuvioiden ja taulukoiden liittäminen tekstin joukkoon mietitytti, sillä ne hankaloittavat tekstin lukemista. Toisaalta taulukot ja kuvat havainnollistavat parhaiten tuloksia. Alaluokkien muodostaminen oli välillä hankalaa, sillä tulkitsin ilmaisujen ja merkintöjen kuuluvan moniin alaluokkiin samanaikaisesti. Myös pääluokkien muodostuminen oli muutamissa luokissa haasteellista. Jouduin poistamaan kolme pääluokkaa asiakaslähtöisyydestä ja moniammatillisuudesta kokonaan, koska niihin ei kohdentunut lainkaan alaluokkien sisältöjä. Lukija voi arvioida tulkintojen osuvuutta lukemalla sitaattiesimerkkejä ja tutkimalla taulukoita.

Oma osuuteni **tutkijana ja toimintaterapeutina** moniammatillisen työryhmän jäsenenä huolestutti etukäteen. Käytännössä roolit eivät tuottaneet ongelmia, sillä vuoden 2011 aikana Kitinkannuksessa oli runsaasti asiakkaita ja toimintaterapiassa pal-

jon haasteita. Kiireisen aikataulun vuoksi ammatilliset tehtävät veivät täysin työajan, joten ammattiroolin kohentaminen tutkimustulosten hyödyttämiseksi ei käytännössä ollut mitenkään mahdollista. Aineiston analyysivaiheessa nämä roolisidonnaisuudet joutuivat kovaan koetukseen, sillä toimintaterapiakirjausten sisällön analyysi aiheutti paljon ahdistusta ja riittämättömyyden tunnetta sekä kehittämistarvetta.

Tiedonantajien valinta toimistotyöntekijöiden tekemän arvonnalla lokakuun lopussa lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Tiedonantajien normaalit potilaspaperit arkistoitiin arkistolain mukaan. Tiedonantajien kuntoutusjaksoon liittyvä aineisto analysoitiin kotonani erillisessä työhuoneessani ja apuna analyysissä käytin omaa tietokonettani. Aineiston käsittelyssä ja tiedostojen käsittelyssä olin erityisen huolellinen ja tarkka. Luotettavuutta lisätäkseni pyysin työyhteisön mentoreita, kuntoutuksen osastonhoitaja Pirkko Kestiä ja johtava hoitaja Helena Ala-Kuusistoa tarkastamaan lukemaan ja kommentoimaan opinnäytetyötäni raportin kirjoitusvaiheessa. Tutkijana on noudattanut tutkimuseettisen toimikunnan suosittamia hyvän tieteellisen käytännön ohjeita(2011).

Kitinkannuksen kehittäminen

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ja edistää Kitinkannuksen AVH-kuntoutuksen tavoitteellisuutta, asiakaslähtöisyyttä ja moniammatillisuutta. Kehitysvaiheen alusta eli vuoden 2011 tammikuusta lähtien AVH-kuntoutusprosessiin on tullut ryhtiä ja rakennetta. Myös kirjaaminen täsmentyi ja kuvasi paremmin asiakkaan toiminnassa tapahtuneet muutokset. Moniammatillisuus on tuonut kuntouttavan hoitotyön tärkeän merkityksen perinteisen kuntoutuksen rinnalle mahdollisuutena tehostaa laituskuntoutusta.

GAS-tavoitteiden asettamiseen liittyvien rutiinien kehittäminen, palaveriin osallistuvien roolien jakaminen sekä kirjaamisen kehittäminen täsmällisemmiksi ovat edelleen haasteita. Oikein asetettujen ja realististen sekä saavutettavissa olevien tavoitteiden muodostaminen ei ole helppo tehtävä. ICF-viitekehystä on tärkeää hyödyntää löytämään tavoitteita, jotka turvaavat asiakkaan osallistumisen ja osallisuuden hänelle merkityksellisissä tavoitteissa hänen ympäristössään. ICF-luokituksen ja käsitteis-

tön käyttöönotto ovat vielä uusia asioita, joihin tarvittaisiin Kitinkannuksessa koulutusta. Paltamaa ym (2011, 231) kehottavat käyttämään ICF- luokitukseen perustuvia listauksia (core sets / sheck lists) riittävän laaja-alaisen kokonaiskäsityksen muodostumiseksi ja päällekkäisyyksien välttämiseksi. Aivoverenkiertohäiriöiden ICF-osa-alueiden listauksen hyödyntäminen jatkossa AVH-kuntoutuksessa olisi tärkeää.

Omaisien mukaan ottaminen tavoitteiden muodostamisen lisäksi myös koko kuntoutusjakson ajaksi on tärkeää ja asiakaslähtöistä. Usean viikon kuntoutusjaksolla omaisen voi ennakoida kotiutumistilannetta ja varautua uuteen tilanteeseen ajoissa. Tuen saaminen uuteen elämäntilanteeseen on tärkeä ja myös laitospääntöyksessä voidaan järjestää tarvittaessa tukea ja ohjausta.

GAS-menetelmä on moniammatillisuutta edistävä ja asiakaslähtöisyyttä turvaava menetelmä, joka sopii hyvin laitospääntöykseseen. Menetelmän etuna on moniammatillisesti suunnattu koulutus. Mitään ammattiryhmää ei suljeta koulutuksen ulkopuolelle eikä erityisiä lisenssejä tarvita menetelmän käytössä. GAS-menetelmä on myös taloudellinen, sillä se on melko nopea tapa muodostaa jäsenyneyttä ja toiminnallisia tavoitteita, joita ymmärtää asiakas, omaisen ja moniammatillinen tiimi.

12 JOHTOPÄÄTÖKSET

Kuinka GAS-tavoitteet näkyvät Kitinkannuksen kuntoutuksessa?

GAS-tavoitteet ohjaavat moniammatillista työskentelyä ja konkreettista yhteistyötä kohti asiakkaalle tärkeitä päämääriä. GAS-tavoitteet auttavat asiakasta pääsemään mukaan tavoitteiden asettamiseen ja päättämään kuntoutuksen sisällöstä. GAS-tavoitteet toivat kuntouttavan hoitotyön tärkeäksi osaksi tavoitteellista ja moniammatillista kuntoutusta.

Mihin ICF luokkaan GAS-tavoitteet kohdentuvat?

Kolmen tiedonantajan kohdalla suurin osa GAS-tavoitteista kohdentuu suoritus- ja osallistumisen pääluokkiin liikkuminen ja itsestä huolehtiminen. Muutama tavoite

kohdistuu pääluokkiin yleisluontoiset tehtävät ja vaateet, kotielämä sekä ympäristötekijöiden osa-alueelle. Muihin pääluokkiin ei kohdennu tavoitteita.

Toteutetaanko GAS tavoitteita moniammatillisessa työskentelyssä?

Moniammatillista työtä tehtiin tavoitteiden mukaisesti. Hoitotyön kirjauksissa tulee esille monipuolisimmin kaikki kuntoutukselle asetut tavoitteet. Fysio- ja toimintaterapian interventiot ovat osittain päällekkäisiä, mutta toimintaterapiassa painottuu enemmän itsestä huolehtiminen ja fysioterapiassa liikkuminen.

Onko Kitinkannuksen kuntoutus on kirjausten perusteella asiakaslähtöistä ja moniammatillista?

Moniammatillinen työskentely tuli esille kirjausten kautta, sillä yhteistyö suunnattiin tavoitteita kohti. Tieto välitettiin kirjaamalla ja osallistumalla palavereihin. Asiakaslähtöisyys tuli esille yksilöllisissä tavoitteissa sekä siinä, että asiakkaiden mielipiteet otettiin huomioon ja heidän itsemääräämisoikeuttaan kunnioitettiin. Asiakkaiden yksilöllisistä tarpeista huolehdittiin ja omaisia kuultiin ja ohjattiin. Näyttää siltä, että GAS-tavoitteet ovat näiden kolmen kuntoutujan kohdalla eläneet kuntoutusjaksolla, tavoitteisiin on pyritty moniammatillisesti ja kuntoutujien yksilölliset tarpeet huomioiden.

Mikä toteutuu parhaiten, missä on vielä kehittämistä?

Asiakkaan ottaminen mukaan yhteistyöhön moniammatillisen työryhmän kanssa GAS-tavoitteiden muodostamisessa toteutui parhaiten. GAS-tavoitteiden ulkopuoliset, muut tavoitteet kohdentuivat tarkasti ruumiin/kehon toimintojen pääluokkiin mutta jäivät osittain epämääräisiksi. Yhtenäisten ja asiakaslähtöisten tavoitteiden asettelua pitäisi kehittää, jotta moniammatillisen työskentely olisi tavoitteellista. ICF-luokituksen tuntemusta ja käyttöä pitäisi soveltaa kuntoutuksessa ja tavoitteiden muodostamisessa.

Mitkä vastaukset jäivät saamatta ja mitä pitäisi tutkia lisää?

Seuraaviin kysymyksiin olisi kiinnostava saada vastaus: Miten asiakas ja omainen kokevat asiakaslähtöisyyden laitospääluokkiin? Ovatko asetut tavoitteet olleet asiakkaan tarpeisiin vastaavia?

LÄHTEET

Aivoinfarkti. Käypähoito. 11.1.2011. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 30.5.2011.

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051#s19_1

Aivoverenkierohäiriö. Aivoliitto ry 2011. Viitattu 7.5.2011.

<http://www.aivoliitto.fi/AVH>.

Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S. & Louhenperä, A. 2010. GAS-menetelmä. Käsi- kirja, versio 2.0. Tulostettu 14.11.2010.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/301210120315SV?OpenDocument>.

Bovend'Eerd, T. J. H, Botell, R. E. & Wade, D. T. 2009. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation* 23, 352–361.

Cardol, M., De Jong B. A. & Ward, C. D. 2002. On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 24 (18), 970-974. Viitattu 21.1.2012.

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=112&sid=b2b62297-e5cd-47d3-a683-1b984e0fe39a%40sessionmgr10>.

Govan, L. 2009. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke (Review). *Stroke Unit Trialists' Collaboration*. Viitattu 20.1.2011.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000197.pub2/full>.

Grenville, J & Lyne, P. Patient-centred evaluation and rehabilitative care. 1995 *Journal of Advanced Nursing* 22, 965-972.

Henkilöstörakenne. Kitinkannuksen palveluseloste 2010.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hyvä tieteellinen käytäntö. 2011. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 31.1.2012. [Http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html).

ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2007. Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Jyväskylä: Gummerus.

Isoherranen, K., Rekola, L & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä. Moniammatillinen yhteistyö. Porvoo: WSOY.

Jyväskylän ammattikorkeakoulun eettiset periaatteet. JAMKin hallituksen hyväksymä 7.12.2010. Jyväskylä. Viitattu 1.6.2011.

[Http://www.jamk.fi/download/31264_JAMK_Eettiset_periaatteet_JAMKin_hallituksen_hyvaksyma_201012.pdf](http://www.jamk.fi/download/31264_JAMK_Eettiset_periaatteet_JAMKin_hallituksen_hyvaksyma_201012.pdf).

Järvikoski, A., Hokkanen, L & Härkäpää, K. (toim.) 2009. Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinällisestä kuntoutuksesta. Helsinki: Yliopistopaino.

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

Kitinkannus 2012. Viitattu 17.1.2012.

[Http://www.kitinkannus.fi/content/neurologinen-kuntoutus](http://www.kitinkannus.fi/content/neurologinen-kuntoutus).

Kiresuk, T. & Sherman, R. 1968. Goal Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programs. Community Mental Health Journal 4 (6), 443-453.

Konsensuslausuma. 2009. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Duodecim 125, 101–114.

Korpelainen, J., Leino, E., Sivenius, J. & Kallanranta, T. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Kuntoutus. P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.). Helsinki: Duodecim, 251–272.

Langhorne, P. & Duncan, P. 2001. Does the Organization of Postacute Stroke Care Really Matter? Stroke 32, 268-274. Viitattu 30.12.2011.

[Http://stroke.ahajournals.org/content/32/1/268](http://stroke.ahajournals.org/content/32/1/268).

Langhorne, P. & Polloc, A. 2002. What are the components of effective stroke unit care? Age and Ageing 31, 365-371. Viitattu 30.12.2011. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO. [Http://ageing.oxfordjournals.org/content/31/5/365.full.pdf](http://ageing.oxfordjournals.org/content/31/5/365.full.pdf).

Law M., Babtiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko H. & Pollock, N. 2000. Canadian Occupational Performance Measure (COPM). CAOT Publications ACE. Canada. [Http://www.uab.edu/shrpot/Emily/Clinical%20Reasoning/COPM.pdf](http://www.uab.edu/shrpot/Emily/Clinical%20Reasoning/COPM.pdf)

Leach, E., Cornwell, P., Fleming, J. & Haines, T. 2010. Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. Disability and Rehabilitation 32(2), 159–172. Viitattu 21.1.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Pubmed.

[Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19562579](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19562579).

Lehtonen, A., Salomaa, V., Immonen-Räihä, P., Sarti, C., Mähönen, M., Tirppa, J & Sivenius, J. 2005. Finstroke-tutkimus: Aivohalvauksen ilmaantuvuus ja aivohalvauksuolleisuus ovat vähentyneet myös yli 74-vuotiaassa väestössä. Suomen lääkirilehti 35 (60), 3391-3396.

Liukko, S. & ja Perttula, S. 2010. Opinnäytetyön raportointi. Viitattu 18.6.2011.

[Http://www.jamk.fi/download/27435_Raportointiohje.pdf](http://www.jamk.fi/download/27435_Raportointiohje.pdf).

Lounasto, H. Toimitusjohtaja Kitinkannus. Opinnäytetyösuunnitelma, tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja eettiset tekijät. Keskustelu 13.6.2011.

Länsimies-Antikainen, H. 2008. Ihmisten tutkimiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä: pohdintaa tietoon perustuvasta suostumuksesta. Teoksessa etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Pietilä, A. M. & Länsimies-Antikainen, H. (Toim). Kuopio. Kuopion yliopiston julkaisuja F, yliopistotiedote 45, 91-108.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkula, T. & Autti-Rämö I. (Toim.) 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Sastamala: Vammala.

Rosewilliam, S., Roskell, C. A. & Pandyan, A. 2011. A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 25, 501–514. Viitattu 21.1.2012.

[Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Pubmed.

[Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21441308](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21441308).

Seikkula, J & Arnkill, T. E. 2009. Dialoginen verkostotyö. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Esa-Print OY.

Sivenius, J. 2010. Aiovalvauksen ilmaantuvuuden kehityssuunnat Suomen väestössä vuoteen 2030. *Suomen lääkirilehti* 19 (65), 1699-1704.

Steenbeek, D., Willem Gorter, J., Ketelaar, M., Galama, K. & Lindeman, E. 2011. Responsiveness of Goal Attainment Scaling in comparison to two standardized measures in outcome evaluation of children with cerebral palsy. *Clinical Rehabilitation* 25, 1128–1139. Viitattu 21.1.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Pubmed. [Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21795404](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21795404).

Takala, T. 2009. AVH:n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen 2006-2009. AVH-kuntoutusprojektin loppuraportti. Viitattu 13.3.2012. [Http://www.aivoliitto.fi/files/751/AVH-kuntoutusprojekti_loppuraportti.pdf](http://www.aivoliitto.fi/files/751/AVH-kuntoutusprojekti_loppuraportti.pdf).

Terveystieteiden lakia. Viitattu 7.6.2011.

[Http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326).

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Tuomi-Nikula, L. (Toim.) 2010. Tulevaisuutta tekemässä. 20-vuotta hoivaa ja hyvää kuntoutusta Kitinkannuksessa 1991-2011. Kokkola: Kirjapaino Antti Väli-Mäki.

Tuomi-Nikula, L. 2009. Keskussairaala Kitinkannukseen. Kitinkaiku 1, 2.

Turner-Stokes L. 2009. Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. Clinical Rehabilitation 23, 362-370.

Tutkimusetiikkaa ja lakipykälää. 2010. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 14.6.2011. [Http://www.fsd.uta.fi/laki_ja_etiikka/etiikka_lait.html](http://www.fsd.uta.fi/laki_ja_etiikka/etiikka_lait.html).

Walker, M. F., Leonardi-Bee, J., Bath, P., Langhorne, P., Dewey, M., Corr, S., Drummond, A., Gilbertson, L., Gladman, J. R. F., Jongbloed, L., Logan P. & Parker, C. 2004. Individual Patient Data Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials of Community Occupational Therapy for Stroke Patients. Stroke 35, 2226-2232. Viitattu 20.1.2012. [Http://stroke.ahajournals.org/content/35/9/2226.full.pdf+html](http://stroke.ahajournals.org/content/35/9/2226.full.pdf+html).

Vincent, C., Deaudelin, I., Robichaud, L., Rousseau, J., Viscogliosi C., Talbot L. R. & Desrosiers, J. 2007. Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: perceptions of four populations. BMC Geriatrics 7 (20), 1-17. Viitattu 19.1.2012. [Http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/20](http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/20).

LIITTEET

LIITE 1. TIEDOTE OPINNÄYTETYÖN TARKOITUKSESTA

Hei!

Teen opinnäytetyötä Aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuminen kotikuntoiseksi - asiakaslähtöisen moniammatillisen ja tavoitteellisen kuntoutuksen kuvaaminen tapaus-tutkimuksen keinoin. Tutkimus on ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö ja kuuluu terveyden edistämisen koulutusohjelmaan.

Tutkimuksen tarkoitus on kuvata kahden tapaus-tutkimuksen avulla asiakaslähtöistä moniammatillista kotikuntoisuutta tavoittelevaa kuntoutusprosessia, jossa tavoitteet asetetaan yhteisössä asiakkaan kanssa (GAS-menetelmä). Tarkoitukseni on lisätä syvällistä ymmärrystä asiakaslähtöistä ja moniammatillista kuntoutusprosessia kohtaan.

Alustavat tutkimuskysymykset ovat:

1. Kuinka GAS tavoitteissa näkyy kotikuntoisuuteen pyrkimys?
2. Kuinka tavoitteet ja asiakaslähtöisyys näkyvät kuntoutusprosessissa?
3. Kuinka moniammatillisuus näkyy GAS tavoitteiden mukaisessa kuntoutusprosessissa?

Tutkimuksen kulku: Tutkimus tehdään elokuun - joulukuun 2011 välisenä aikana oleville kuntoutujille. Suostumuksen antaneista valitaan kaksi kuntoutujaa, joiden tiedot ja potilasasiakirjoihin tehdyt kirjaukset analysoidaan. Kuntoutujilta kerätään kokemuksia kuntoutusjaksosta päiväkirjan tai yksinkertaisen seurantalomakkeen avulla. Myös nämä analysoidaan.

Sinun osuutesi: Pyytäisin sinua osallistumaan tutkimukseen ja antamaan luvan käyttää kuntoutusjaksoon liittyviä potilaspapereitasi saadaksemme tutkimusaineistoa analysointia varten. Analysoinnin jälkeen kaikki henkilökohtaiset ja tunnistettavat tietosi salataan, jotta sinua ei voida tunnistaa aineistosta. Opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen analysoitu aineisto hävitetään.

Mikäli lupaudut tutkimukseen, pyydämme kirjaamaan kokemuksiasi päiväkirjaan tai kuntoutuksen seurantalomakkeeseen päivittäin. Sinuun otetaan 1-2 kk jakson jälkeen yhteyttä puhelimitse ja tiedustellaan kotona selviytymistäsi muutamien kysymysten avulla.

Paljon kiitoksia!

Anja Timlin, Yamk-opiskelija,
Jyväskylän ammattikorkeakoulu

LIITE 2. TIEDONANTAJAN TAI OMAISEN SUOSTUMUS

Lupa päiväkirjan ja potilasasiakirjojen käytöstä opinnäytetyötä varten

- 1) Annan luvan ottaa tarvittavat kopiot ja tiedot **potilaspapereistani** sekä **päiväkirjasta** opinnäytetyötä varten.
- 2) Minulle on selvitetty opinnäytetyön tarkoitus.
- 3) Minulle on selvitetty, että **henkilöllisyyteni** ja henkilökohtaiset **tietoni** pysyvät **salassa**.
- 4) Minulle on selvitetty, että tutkimukseen kerätyt tietoni **hävitetään** tutkimuksen valmistumisen ja hyväksymisen jälkeen.

Paikka, pvm

Nimi

Paikka, pvm

Laitoksen edustajan nimi

LIITE 3. KITINKANNUKSEN GAS-LOMAKE

GAS-lomake

GAS (Goal Attainment Scaling) **tavoitteiden** asettaminen ja saavuttaminen

Nimi:

Sotu:

Osoite:

Kuntoutusjakso:

TAVOITTEEN ASETTAMINEN ASTEIKOLLE

TAVOITE 1:

ARVIOINTI pvm 1 pvm2

	-2 Selvästi odotettua matalampi		
	-1 Jonkin verran odotettua matalampi		
	0 Tavoitetaso		
	+1 Jonkin verran odotettua korkeampi		
	+2 Selvästi odotettua korkeampi		

TAVOITE 2:

ARVIOINTI pvm 1 /pvm2

	-2 Selvästi odotettua matalampi		
	-1 Jonkin verran odotettua matalampi		
	0 Tavoitetaso		
	+1 Jonkin verran odotettua korkeampi		
	+2 Selvästi odotettua korkeampi		

TAVOITE 3:

ARVIOINTI pvm 1 /pvm2

	-2 Selvästi odotettua matalampi		
	-1 Jonkin verran odotettua matalampi		
	0 Tavoitetaso		
	+1 Jonkin verran odotettua korkeampi		
	+2 Selvästi odotettua korkeampi		

TAVOITE 4:

ARVIINTI pvm 1 /pvm2

	-2 Selvästi odotettua matalampi		
	-1 Jonkin verran odotettua matalampi		
	0 Tavoitetaso		
	+1 Jonkin verran odotettua korkeampi		
	+2 Selvästi odotettua korkeampi		

Lähde: Kelan käsikirja, versio 2., 22. Muutettu.

Turner-Stokes Lynne (2009). Goal Attainment Scaling(GAS) in rehabilitation: a practical guide. Clinical Rehabilitation, 23: 362- 370.

Palaverissa mukana:

Asiakas:

Omainen:

SH:

LH:

FT:

TT:

PISTEMÄÄRÄ:

T-arvo:

T-ARVO: tavoitteiden määrä:					
	1	2	3	4	
-8				21	
-7				25	
-6			23	28	
-5			27	32	
-4		25	32	35	
-3		31	36	39	
-2	30	38	41	43	7 %
-1	40	44	45	46	21 %
0	50	50	50	50	43 %
+1	60	56	55	54	21 %
+2	70	62	59	57	7 %
+3		69	64	61	
+4		75	68	65	
+5			73	68	
+6			77	72	
+7				76	
+8				79	

Lähde: Gordon, J. E., Powell, C. & Rockwood, K. (1999). Goal Attainment Scaling as a measure of clinically important change in nursing-home patients. Age and Ageing, 28 (3): 275-83.

LIITE 4. GAS-TAVOITTEIDEN KOHDISTAMINEN ICF-LUOKITUKSEEN

GAS- tavoitteet kokonaisuudessaan	Aihealue	GAS-tavoitteet yhdistetty ja kohdistettu ICF pääluokkaan ja aihealuryhmään	GAS-tavoiteluokat
SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN (d) Liikkuminen (d4)			
1 Asiakas pystyy nousemaan vuoteessa istumaan itsenäisesti oikean kyljen kautta 3 kuntoutusviikon jälkeen.	Istuminen (d4103)	Asennon vaihtaminen (d410)	Asennon vaihtaminen
2 Asiakas siirtyy itsenäisesti vuoteesta pyörätuoliin 3 kuntoutusviikon jälkeen	Itsensä siirtäminen istuma-asennossa (d4200)	Itsensä siirtäminen (d420)	Itsensä siirtäminen
3 Asiakas nousee tukea vasten seisomaan ja pysyy seisoma-asennossa tukea vasten 20 minuuttia neljän kuntoutusviikon jälkeen	Seisominen (d4104) Seisoma-asennon ylläpitäminen (d4154)	Asennon vaihtaminen (d410) Asennon ylläpitäminen (d415)	Seisominen
4 Asiakas siirtyy wc-istuimelle 1 henkilön avustamana ja Turner kääntölevyyn tukeutuen kahden kuntoutusviikon jälkeen	Seisominen (d4104) Kehon painopisteen siirtäminen (d4106)	Asennon ylläpitäminen (d415)	
5 Asiakas seisoo yli 2 minuutin ajan ilman tukea laskiessaan ja nostaesaa housut	Seisoma-asennon ylläpitäminen (d4154)		
6 Asiakas kävelee valvottuna rolaattoriin tukeutuen sisätiloissa lyhyet matkat (n. 10 m) kolmen kuntoutusviikon jälkeen	Lyhyiden kävely-matkojen käveleminen(d4500) Liikkuminen välineiden avulla (d465)	Käveleminen (d450)	Käveleminen
7 Asiakas kävelee omasta huoneesta kuntoutukseen ilman lepotaukoja neljän kuntoutusviikon jälkeen	Lyhyiden kävely-matkojen käveleminen(d4500)		
SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN (d) Itsestä huolehtiminen (d5)			
1 Asiakas pesee itsenäisesti ylävartalon kuntoutusjakson jälkeen. Alavartalon pesemisessä avustetaan	d5100 Kehon osien peseminen	Peseytyminen (d510)	Peseytyminen
2 Asiakas annetaan pesulappu ja saippua valmiiksi. Ylävartalon pyyhkii itsenäisesti oikealla kädellä pesulappua käyttäen. Annetaan pikkusuihku, jolla itse pystyy suihkuttamaan alapesun.			

3 Asiakas käy itsenäisesti suihkussa kolmesti viikossa kuntoutusjaksolla	d5102 Koko kehon peseminen		
1 Itsenäinen paidan pukeminen kuntoutusjakson jälkeen: Asiakas ottaa itse paidan hyllystä, saa puettua paidan itsenäisesti. Osaa itse huomioida, että paita on symmetrisesti päällä.	d5400 Vaatteiden pukeminen	Pukeutuminen (d540)	Pukeutuminen
2 Itsenäinen paidan pukeminen kuntoutusjakson jälkeen: Asiakas pukee ensin oikea hihan, sitten vasemman hihan, vetää paidan pään yli päälleen.			
3 Puseron pukeminen omatoimisesti kuntoutusjakson jälkeen: Asiakas pystyy pujottamaan ensin vasemman ja sitten oikean käden puseron hihoihin ja vedettyä puseron pään yli noin viidessä minuutissa.			
4 Housujen pukeminen neljän kuntoutusviikon jälkeen: Asiakas saa istuen laitettua vasemman ja oikean jalan lahkeeseen ja vedettyä housut polvien päälle. Avustetaan housujen vetämisessä ylös.			
5 Alavartalon pukeminen neljän kuntoutusviikon jälkeen: Asiakas saa omatoimisesti ja ilman avustamista tarttumapihdin avulla oikean sukan ja lahkeen puettua jalkaan.			
SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN (d) Yleisluontoiset tehtävät ja vaatteet (d2) Kotielämä (d6) YMPÄRISÖTEKIJÄT (e) Tuotteet ja teknologiat (e1)			
Asiakas sulkee vesihanakan käsienspesun yhteydessä rutiininomaisesti yhden kuntoutusviikon jälkeen.	Yksinkertaisen tehtävän tekeminen (d2100)	Yksittäisen tehtävän tekeminen (d210)	Yksittäisen tehtävän tekeminen
Ovien saranoiden rasvaaminen 30 minuutin ajan kerran viikossa kahden lepoetken avulla.	Asunnosta ja huonekaluista huolehtiminen (d6501)	Kotielämä (d6) Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen (d650)	Kotitalouden esineistä huolehtiminen
Itsenäisesti herätyksen asettaminen kännykkään, jotta voisi huolehtia sovitusta tapaamisesta viikon päästä: Asiakas löytää kännykästä herätyksen kellovalinnan. Asettaa hälytyksen itsenäisesti.	Yksinkertaisen tehtävän tekeminen (d2100) Kommunikoinnin yleistuotteet ja teknologiat (e1250)	Yleisluontoiset tehtävät ja vaatteet (d2) Yksittäisen tehtävän tekeminen (d210) YMPÄRISÖTEKIJÄT (e) Tuotteet ja teknologiat (e1) Kommunikointituotteet ja teknologiat (3125)	Yksittäisen tehtävän tekeminen Kommunikointituotteet ja –teknologiat

LIITE 5. GAS-TAVOITTEISIIN LIITTYVIEN MERKINTÖJEN MÄÄRÄ

GAS-TAVOITTEET ICF-viitekehyksessä	HT	TT	FT	Yh- teen sä	Kirjaamisen huomiot
SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN Liikkuminen <ul style="list-style-type: none"> • <i>asennon muuttaminen</i> • <i>itsensä siirtäminen</i> • <i>seisominen</i> • <i>käveleminen</i> 	14 59 13 25	3 9 10 20	16 27 26 44	33 95 49 89	Painottuu alkuvaiheessa Painottuu loppuvaiheessa
SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN Itsestä huolehtiminen <ul style="list-style-type: none"> • <i>peseytyminen</i> • <i>pukeutuminen</i> 	81 88	16 22	- 7	97 117	Seurattu lähes päivittäin hoitotyössä
Kotielämä <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kotitalouden esineistä huolehtiminen</i> Yleisluontoiset tehtävät ja vaateet <ul style="list-style-type: none"> • <i>Yksittäisen tehtävän tekeminen</i> 	2 3	5 4	1 3	8 10	
YMPÄRISTÖTEKIJÄT Kommunikointituotteet <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikointituotteet ja teknologia 	1	5	3	9	
Merkinnät yhteensä:	28 6	94	12 7		

LIITE 6. MUIHIN TAVOITTEISIIN LIITTYVIEN MERKINTÖJEN MÄÄRÄ

MUUT TAVOITTEET ICF-viitekehyksessä	HT	TT	FT	Yht.	Huomiot kirjaamisessa
RUUMIIN / KEHON TOIMINNOT Tuki- ja liikuntaelimestöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot <ul style="list-style-type: none"> <i>Keski- ja alavartalon lihas toiminnan ja tehon tuottotoiminnot</i> <i>Alaraajan nivelten stabiilustotoiminnot</i> <i>Yläraajan nivelten liikkuvuustotoiminnot</i> 			26	26	Vain FT:ssä
		2	10	12	
		18	10	28	Eniten TT:ssä
Mielentoiminnot <ul style="list-style-type: none"> <i>Kehon kuva</i> <i>Orientoitumistoiminnot</i> 	2	3	2	7	
	5	6	6	17	
SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN Liikkuminen <ul style="list-style-type: none"> <i>Pareettisen käden ja käsivarren käyttäminen</i> <i>liikkuminen erilaisissa paikoissa</i> 		21	5	26	Eniten TT:ssä
	20	4	12	36	Eniten HT:ssä
Suorituksen edistäminen monilla ICF-osa-alueilla	20	4	4	28	Eniten HT:ssä
YHTEENSÄ	47	58	75		Eniten FT:sä

LIITE 7. ASIAKASLÄHTÖISYYDEN JA MONIAMMATILLISUUDEN MERKINTÖJEN MÄÄRÄ

ASIAKASLÄHTÖISYYDEN PÄÄLUOKKIIN LIITTYVÄ MERKINTÖJEN MÄÄRÄT

ASIAKASLÄHTÖISYYS				Yhteensä
	Fysioterapia	Hoitotyö	Toimintaterapia	
Itsemääräämisoikeuden toteutuminen	27	27	26	80
Yksilöllisistä tarpeista huolehtiminen	30	46	22	98
Omaisien kuuleminen	10	13	14	37
Yhteensä	67	86	62	

MONIAMMATILLISUUDEN PÄÄLUOKKIIN LIITTYVÄ MERKINTÖJEN MÄÄRÄ

MONIAMMATILLISUUS				Yhteensä
	Fysioterapia	Hoitotyö	Toimintaterapia	
Yhtenäiset käytännöt	27	27	25	79
Yhteisymmärrys	32	19	14	65
Tiedottaminen	12	8	13	33
Yhteensä	71	54	52	