



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Petra Suokorpi

AVH-kuntoutujien ympäristön rikastuttaminen neurologisella kuntoutusosastolla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja YAMK S2019S6

Sosiaali- ja terveysalan palveluiden ja liiketoiminnan johtaminen

Opinnäytetyö

13.04.2021

Tekijä Otsikko	Petra Suokorpi AVH-kuntoutujien ympäristön rikastuttaminen neurologisella kuntoutusosastolla
Sivumäärä Aika	45 sivua + 4 liitettä 13.04.2021
Tutkinto	Sairaanhoitaja YAMK
Tutkinto-ohjelma	Sosiaali- ja terveysalan palveluiden ja liiketoiminnan johtaminen (YAMK)
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveysalan johtaminen
Ohjaaja	Lehtori Sanna Garam
<p>Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus oli keinojen kehittäminen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) neurologisella kuntoutusosastolla ympäristön rikastuttamiseksi, jotta se olisi kuntoutujia aktivoiva ja kuntoutusta tukeva niinä aikoina kun kuntoutujilla ei ole terapiota tai hoitotoimenpiteitä. Tavoite oli löytää keinoja, joilla aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuvan ympäristöä voidaan rikastuttaa, jotta kuntoutujan aktiivinen aika lisääntyisi ja sängyssä vietetty passiivinen aika vähentyisi.</p> <p>Tutkimuksellisessa kehittämistyössä on sovellettu tapaustutkimuksen otetta. Työ toteutettiin yhteiskehittelyryhmissä, johon osallistui jokaisesta neurologiseen kuntoutukseen osallistuvasta ammattiryhmästä henkilöitä eri pituisella kokemuksella. Ryhmien teemat alkoivat kehittämistehtävistä. Kahdelle viimeiselle kerralle teema muodostui ensimmäisen ja toisen ryhmän tuottamasta aineistosta. Osastojen kansliassa oli ideointipaperi, johon kuka tahansa sai laittaa nimettömänä ideoita. Yhteiskehittelyryhmien tuottama aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Työssä hyödynnetty tutkittu tieto ja yhteiskehittelyryhmästä saatu aineisto osoittaa, että itsenäisellä viriketoiminnalla, omaharjoittelulla, kuntoutujien vastuuttamisella, visuaalisuudella ja aisteilla, tahoilla ja henkilöillä, digitaalisin keinoin sekä osaston toiminnan muutoksilla, aktivoinnin nostamisella kuntoutussuunnitelmaan, ohjatulla viriketoiminnalla ja informaation lisäämisellä ympäristöä pystytään hyödyntämään kuntoutujaa aktivoivana keinona.</p>	
Avainsanat	kuntoutus, aivoverenkiertohäiriö, aivoinfarkti, toimintaympäristö, ympäristön rikastuttaminen

Author Title	Petra Suokorpi Cerebrovascular Disorder Enrichment of the Rehabilitation Operating Environment in the Neurological Rehabilitation Ward
Number of Pages Date	45 pages + 4 appendices 13 April 2021
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master`s Degree in Health Care and Social Services
Specialisation option	Leadership in Health Care and Social Services
Instructor	Senior lecturer Sanna Garam
<p>The purpose of this observing innovative project was to develop methods, for a neurological rehabilitation unit of the hospital district of Helsinki, in Finland, to enrich their unit's environment to be as activating and supportive towards rehabilitation as possible, during the times patients' have no therapies or treatments. The objective was to find ways to enrich the unit's environment for neurological patients in ways that increase the amount of time patients spend being active and decrease the amount of time they spend being passive.</p> <p>A case study approach has been applied in this observing innovative project. The project was conducted in collective groups, formed by neurological rehabilitation professionals of different trades, with a various amount of experience. The collective groups started the project with innovatine assignments. For the last two times, the theme consisted of material produced by the first and second groups. A piece of paper for brainstorming was placed in the central office of the unit, where anyone could leave their anonymous suggestion ideas. The material produced by the collective groups was analyzed using material-based content analysis.</p> <p>The material received from the collective groups shows, that independently done stimulating activity, self-practise, giving responsibilities to the patients, visuality and senses, directions and individuals, digital methods and changes in the practices of the unit, adding activation into the rehabilitation plan, supervised stimulating activity as well as increasing the amount of information provided, a patient may be activated to increase the time spent active and to decrease the time spent passive.</p>	

Keywords	rehabilitation, cerebrovascular disease, stroke, operating environment, enrichment of the environment
----------	---

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettiset lähtökohdat	3
2.1	Aivoverenkiertohäiriö	3
2.2	Toimintakyky ja kuntoutuminen aivoverenkiertohäiriöstä	5
2.3	Moniammatillinen työryhmä kuntoutujan tukena	7
2.4	Rikastettu ympäristö	8
3	Työn tavoite, tarkoitus ja kehittämistehtävät	11
4	Ympäristön rikastuttamisprojekti	11
4.1	Tutkimuksellinen lähestymistapa	11
4.2	Projektin eteneminen	13
4.3	Toteutusympäristön kuvaus ja kohderyhmä	15
4.4	Aineiston keruu	16
4.5	Aineiston analysointi	19
5	Ryhmien kehittämisideoita	25
5.1	Toimintaympäristön rikastuttaminen ilman henkilöstön työpanosta	25
5.1.1	Itsenäinen viriketoiminta	25
5.1.2	Omaharjoittelu	26
5.1.3	Kuntoutujan vastuuttaminen	27
5.1.4	Visuaalisuus ja aistit	27
5.1.5	Tahot ja henkilöt	27
5.1.6	Digitaaliset keinot	28
5.2	Toimintaympäristön rikastuttaminen henkilöstön avulla ja työpanoksella	28
5.2.1	Toiminnan muutokset	28
5.2.2	Aktivoinnin nostaminen kuntoutussuunnitelmaan	29
5.2.3	Ohjattu viriketoiminta ja yhdessä olo	30
5.2.4	Informaatio	31
6	Pohdinta	32
6.1	Tulosten tarkastelu	32
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	36
6.3	Ammatillinen kasvu ja kehittämisideat	38
	Lähteet	39

Liitteet

Liite 1. Liitteen nimi

Liite 2. Liitteen nimi

1 Johdanto

Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) ovat nouseva inhimillinen ja taloudellinen terveysongelma. Suomessa AVH on kolmanneksi yleisin kuolinsyy ja merkittävin invaliditeettia aiheuttava sairaus. (Kauhanen 2003: 212.) AVH aiheuttaa aivojen toimintahäiriön; aivovaltimo joko tukkeutuu tai vuotaa. Suomessa aivoverenkiertohäiriöön sairastuu vuosittain noin 24 000 ihmistä eli joka päivä noin 65 ihmistä, heistä neljännes on työikäisiä. (Atula 2019; Kaste ym. 2015.) Aivoverenkiertohäiriön seuraukset ovat yksilöllisiä sekä vaurioalueen sijainnista ja laajuudesta riippuvaisia (Mustanoja – Pekkanen 2016). Vauriot aiheuttavat kärkevää vammautuneille ja heidän läheisilleen sekä saattavat aiheuttaa myös pysyvän toimintakyvyn heikentymisen tai työkyvyttömyyden (Heliövaara – Viikkari-Juntura 2003: 38).

Ihmisen aivot ovat muovautuneemmillaan ensimmäisten kolmen kuukauden aikana sairastumisesta, siksi intensiivisen neurologisen kuntoutuksen aloittaminen heti akuutin vaiheen jälkeen on ensisijaisen tärkeää (Laaksonen 2012). Aivoliiton vuonna 2020 päivitettyjen tilastojen mukaan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista 40-50 prosenttia tarvitsevat moniammatillista kuntoutusta, mutta vain 15 prosenttia saavat sitä. (Aivoliitto 2020.)

AVH-potilaiden hoitoon liittyvät kustannukset Suomessa ovat noin 1,1 miljardia euroa vuodessa. Yksittäisen AVH-potilaan hoitamiseen elinaikana kuluu noin 55 000 euroa. Moniammatillisen kuntoutusjakson osuus kustannuksista on keskimäärin n. 20 000 euroa jos lasketaan, että vuorokausihinta on n. 490 euroa ja keskimääräinen hoitoaika on n. 40 vuorokautta. (Koskinen 2016.)

AVH-kuntoutujien passiivisesti vietetty aika liittyy huonoon toiminnalliseen lopputulokseen kolmen kuukauden jälkeen sairastumisesta mikä osoittaa, että liikaa sängyssä vietettyä aikaa tulisi välttää AVH kuntoutuksessa (Askim – Bernhardt – Salvesen – Indredavik 2013). Tämä työ tehdään kahdelle neurologiselle kuntoutusosastolle, joissa hoidetaan pääosin aivoinfarktista tai aivoverenvuodosta kuntoutuvia kuntoutujia. Osastoille on tehty syksyllä 2019 aivoverenkiertohäiriöpotilaiden aktiivisuuden ja ajankäytön seuranta tutkimus (Taipale 2020), jossa havaittiin kuntoutujien aktiivisuuden olevan terapeuttista 34,7 % ajasta 07:30–15:30 välisenä aikana. Kuntoutajat ovat siis suurimman osan vuorokaudesta yksin omassa huoneessaan. (Taipale 2020.) Käy myös ilmi, että kuntoutujien saama päivittäinen kuntoutus jää alle suosituksen, joka on HYKS- erikoisvastuualueen (ERVA) vuoden 2018 suosituksen mukaan kuusi tuntia, johon lasketaan mukaan

potilaan omatoiminen harjoittelu ja toimintakykyä aktivoiva hoitotyö (Taipale 2020; Ijäs 2019). Keskimäärin vuorokaudessa terapeuttisesti aktiivista aikaa oli noin kaksi tuntia ja 50 minuuttia. Osastolla kuntoutujat eivät päässeet fysioterapiatiloihin klo 16 jälkeen, joten kuntoutujien aktiivisuus virka-ajan ulkopuolella koostui pääosin ruokailuista, iltatoimista ja omatoimisesta harjoittelusta. Kuntoutujat olivat itse toivoneet lisää mahdollisuuksia omatoimiseen ja nimenomaan motoriseen harjoitteluun. (Taipale 2020.)

Tämän tutkimuksellisen kehittämisyön tavoite on löytää keinoja, joilla aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuvan ympäristöä voidaan rikastuttaa, jotta kuntoutujan aktiivinen aika lisääntyisi, sängyssä vietetty passiivinen aika vähentyisi. Kehittämistyön tarkoitus on keinojen kehittäminen osastolla ympäristön rikastuttamiseksi, jotta ympäristö olisi mahdollisimman aktivoiva ja kuntoutusta tukeva erityisesti niinä aikoina kun kuntoutujilla ei ole terapiaa tai hoitotoimenpiteitä.

2 Teoreettiset lähtökohdat

2.1 Aivoverenkiertohäiriö

Verenkierron välityksellä keskushermosto saa happea ja glukoosia toimiakseen. Häiriöt verenkierrossa johtavat nopeasti keskushermoston pysyviin vaurioihin. Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu Suomessa noin 24 000 ihmistä, heistä neljännes on työikäisiä. Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat sairauksista eniten pysyviä haittoja. Suomessa noin 70 % eloonjääneistä aivoverenkiertohäiriön sairastaneista pystyy palaamaan kotiin sairastumisen jälkeen ja viidennes palaa työelämään. Vuoteen 2030 mennessä voi väestön ikääntymisen myötä sairastumiset ja sairaalahoitopäivät kaksinkertaistua, ellei aivoverenkiertohäiriön ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa saavuteta huomattavaa edistystä. (Kaste ym. 2015.)

Aivoinfarkti syntyy, kun valtimo tukkeutuu ja sen ympärillä oleva aivokudos ei saa enää happea (Atula 2019). Aivoinfarktin keskeiset riskitekijät ovat ikä, kohonnut verenpaine, tupakointi, keskivartalolihavuus, epäterveellinen ruokavalio, vähäinen liikunta, diabetes, eteisvärinä ja kohonneet veren rasva-arvot. Aivoinfarkti on ennaltaehkäistävissä hoitamalla riskitekijät. Aivoinfarktipotilas tarvitsee aina tehokasta akuuttihoitoa ja etiologian selvittämisen, jotta uusiutumisen riski saadaan poistettua. Kaikille AVH-potilaille tehdään AVH-yksikössä kuntoutustarpeen arviointi akuuttivaiheen jälkeen. Mahdollisesta kuntoutuksista huolehtii moniammatilliseen kuntoutukseen erikoistuneet yksiköt, kuten tässä kehittämistyössä mukana olevat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) neurologiset kuntoutusosastot. (Käypähoito. 2020; Kaste ym. 2015.)

Aivoverenvuoto voi tulla spontaanisti (englanniksi ICH, intracerebral hemorrhage), jossa aivovaltimo repeää ja vuotaa aivojen sisälle tai se voi tulla traumaattisesti muualle kallon sisäiseen tilaan, kuten lukinkalvonalainen verenvuoto (SAV, subaraknoidaalivuoto), kovakalvonalainen verenvuoto (SDV, subduraalivuoto) sekä epiduraalivuoto. Aivoverenvuodon riskitekijöitä ovat verenpainetauti, tupakointi, runsas alkoholin käyttö, aivoverisuonten sairaudet, verenhennuslääkitys ja veren hyytymisen häiriöt. (Atula 2019.) Kuten aivoinfarktipotilaat, niin myös aivoverenvuodon saanut henkilö tarvitsee aina tehokasta akuuttihoitoa ja etiologian selvittämisen uusiutumisen riskin minimoimiseksi. Sairastunutta hoidetaan melkein aina konservatiivisin hoitokeinoin, joissain tapauksissa voidaan päätyä poistamaan verenpurkauma kallon avausleikkauksella (kraniotomia). Kuntoutustarpeen arviointi akuuttivaiheen jälkeen tehdään ja tarvittaessa kuntoutukselta huolehtii

moniammatilliseen kuntoutukseen erikoistunut yksikkö niin pitkään kuin kuntoutuja siitä hyötyy. (Käypähoito. 2020: Kaste ym. 2015.)

Aivoverenkiertohäiriön oireet (raajan heikkous tai puutuminen, puheentuo-ton vaikeus, näköhäiriöt, suupielen roikkuminen, tasapainovaikeus, huimaus, päänsärky tai seka-vuus) ovat samantapaisia niin aivoinfarktissa kuin aivoverenvuodossakin (Kauhanen 2003: 212). Niiden erottaminen kuvantamisella on tärkeää oikean hoidon saamiseksi. Aivoinfarkteissa tukkeumat liuotetaan ja joissain tapauksissa voidaan tukkeumaa poistaa myös mekaanisesti (trompektomia). (Mustanoja – Pekkanen 2016.) Aivoverenvuodossa on ensisijaista laskea verenpainetta ja kumota mahdollinen verenhennuslääkitys tai muu vuototaipumus (Atula 2019).

Aivoverenkiertohäiriön seuraukset ovat yksilöllisiä ja vaurioalueen sijainnista ja laajuudesta riippuvaisia (Mustanoja – Pekkanen 2016). Mahdollisia seurauksia voi olla yksi tai useampia ja niitä ovat esimerkiksi *liikkumisvaikeudet* halvausoireiden, tuntopuutosten, tasapainon hallinnan vaikeuden tai hahmotusvaikeuksien vuoksi. *Raajajäykkyys* eli lihasjänteyden kohoaminen, jolloin raajojen lihakset supistuvat hallitsemattomasti ja yliaktiivisesti (Kauhanen 2003: 212; Terveyskylä. 2017). *Kielelliset häiriöt* eli afasia, jossa puheen tuottaminen, puheen ymmärtäminen, lukeminen, kirjoittaminen ja/tai laskemisenkin saattavat vaikeutua. *Puhemotorinen häiriö* eli dysartria, jossa puhe on hidasta ja epäselvää. *Nielemisvaikeus* eli dysfagia, jossa ruoan, juoman tai syljen nielemisessä on hitautta tai vaikeutta. *Tiedon käsittelyn vaikeudet*, kuten väsyminen, ajattelun ja toiminnan hidastuneisuus, keskittymiskyvyn muutokset, toiminnan suunnittelun kangertelu, muistivaikeudet, neglect eli toispuoleinen huomiotta jäämisen häiriö, vaikeudet puheessa ja kielessä (muun muassa puhuminen ja puheen ymmärtäminen), lukemisen, kirjoittamisen ja laskemisen vaikeudet, vaikeudet näönvaraisessa havainnoinnissa (muun muassa nähdyn tunnistaminen, ympäristön ja reittien hahmottaminen), vaikeudet päättelyssä ja ongelmanratkaisussa, vaikeudet liikkeiden tahdonalaisessa hallinnassa sekä oiretiedostuksen vaikeudet. *Mielialamuutokset* kuten tunnekokemusten latistumista tai voimistumista, alentunutta sietokykyä tai itkuherkkyyttä, tilanteeseen sopimatonta huolettomuutta ja vaikeutta tulkita muiden tunnetiloja tai sosiaalisia tilanteita. *Näkökenttäpuutos* eli näkökentästä puuttuu osa kummalla tahansa silmällä katsottuna, lisäksi esi-neiden, värien tai kasvojen tunnistus voi olla häiriintynyt. (Kauhanen 2003: 212-222.)

2.2 Toimintakyky ja kuntoutuminen aivoverenkiertohäiriöstä

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä päivittäisistä tehtävistä ja haasteista kotona, työssä ja vapaa-aikana. Toimintakyvyllä tarkoitetaan myös kykenevyyttä vuorovaikutukseen ympäristönsä kanssa sekä asettamaan elämälleen tavoitteita ja pyrkimään niihin. Puhutaan ihmisen toimintakyvyn fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista edellytyksistä. (Kähäri-Wiik – Niemi – Rantanen 2006: 13.) Fyysisiä edellytyksiä ovat yleinen fyysinen suorituskyky ja toisaalta lihaksiston voima ja kestävyys, liikekoordinaatio, tasapaino ja nivelten vakaus ja liikkuvuus (Alaranta – Pohjolainen 2003: 21-22). Psykkistä toimintakykyä kuvataan kognitiivisten kykyjen avulla esimerkiksi kykyä ottaa vastaan tietoa, käsitellä sitä ja muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta. Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan edellytyksiä toimia toisten ihmisten kanssa. (Kähäri-Wiik ym. 2006: 13.)

Kuntoutus on yksi keino lisätä väestön työ- ja toimintakykyä ja antaa ihmisille voimavaroja oman elämän hallintaan sairastumisen jälkeen (Rissanen 2003: 93.) Kuntoutuminen voidaan myös nähdä kasvu- ja oppimisprosessina. Kuntoutuja oppii hyväksymään muutuneen elämäntilanteensa, vammansa tai sairautensa ja sen aiheuttamat rajoitukset olemassa olevina tosiasioina. Kuntoutuja pystyy myös luopumaan entisistä suunnitelmista, näkemään uusia mahdollisuuksia ja rakentamaan tulevaisuutta jäljellä olevien voimavarojen varaan. Kuntoutumisen edetessä ihminen oppii myös löytämään uusia voimavaroja sekä uudenlaisia tapoja toimia ja kohdata arkipäivän tilanteita. Tärkeää on alkaa tiedostamaan, että omalla toiminnalla ja aktiivisuudella on vaikutusta elämään. (Kähäri-Wiik ym. 2006: 18-19.)

Kuntoutujan omalla motivaatiolla on ratkaisevin merkitys. Mitä tavoiteltavampana ja itselleen merkityksellisempänä kuntoutuja kuntoutumisen näkee, sitä motivoituneempi hän on tekemään kaiken sen hyväksi. Kuntoutusosastot tukevat, kannustavat ja antavat kaikki edellytykseen kuntoutumiseen, mutta edellyttävät sitoutuneisuutta kuntoutukseen kuntoutujalta itseltään. (Kähäri-Wiik ym. 2006: 18-19.) Kuntoutujan osallistuminen omien tavoitteiden asettamiseen sekä motivoi että sitouttaa kuntoutujaa kuntoutumisprosessiin. Kognitiiviset ongelmat eivät estä kuntoutujan aktiivista osallistumista tavoitteen asettamisprosessiin, mikäli ammattilaiset tukevat ja kannustavat kuntoutujan osallisuutta ja päätöksentekoa. (Alanko – Karhula – Piirainen – Kröger – Nikander 2017.) - Kuntoutujan aktiivisen osallistumisen tukeminen kuntoutuksessa on eri toimijoiden ja kuntoutujan vä-

listä yhteistyötä ja yhteistä sopimista, joka toteutetaan yksilöllisesti. Alkuvaiheessa tiedon antaminen selkeästi, konkreettisesti, monikanavaisesti ja oikea-aikaisesti korostuu. Kuntoutujan aktiivista osallistumista tuetaan avoimella vuorovaikutuksella, motivoiden ja kannustamalla. Tärkeintä on kaikkien osapuolten yhteisymmärrys siitä, mikä on kuntoutuksen tavoite ja tarkoitus. Kuntoutujan aktiivisen osallistumisen tukeminen voi olla yksilöllistä huomiointia, toiveiden kysymisestä, ohjausta ja tiedon antamista, ennakointia, mahdollisuuksien ja vaihtoehtojen tarjoamista. (Kostamo-Kleemola 2019.)

Kuntoutuksen oikea-aikainen aloittaminen voi auttaa parantamaan kuntoutujan tuloksia ja antamaan yksilöille mahdollisuuden jatkaa elämää, työskennellä ja olla mukana yhteisössä. Aivohalvauksen kuntoutus olisi tehokkainta aloittaa pian aivotapahtuman jälkeen, kun kuntoutujan tila on lääketieteellisesti vakaa ja hän pystyy tunnistamaan kuntoutuksen ja toipumisen tavoitteet. (Hebert – Lindsay – McIntyre 2015.) Toipuminen on nopeaa ensimmäisten neljän viikon aikana ja hidastuu sitten 3-6 kuukauden kohdalla aivohalvauksesta. Kolmessa kuukaudessa aivojen elpyminen on 48–91% maksimaalisesta normalisoitumisesta. Siksi kuntoutujat, jotka osoittavat pysähtymistä tai heikkenemistä tässä vaiheessa, tulisi havaita aikaisin. (Lee 2015.)

Neurologiseen kuntoutukseen koulutetut kuntoutusryhmän jäsenet esimerkiksi lääkärit, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, puheterapeutit, neuropsykologit, hoitajat, ravitsemusterapeutit, psykologit ja sosiaalityöntekijät auttavat kuntoutujia toipumaan aivohalvauksen jälkeisistä toimintarajoitteistaan käyttämällä erilaisia kuntoutusmenetelmiä. Myös sairastuneen omaiset ja ystävät ovat suuressa osassa kuntoutusprosessia. Kuntoutuksen kesto ja tarvittavat terapiat riippuvat yksilön ja kuntoutujan tarpeista sekä tietyn ympäristön käytettävissä olevista resursseista. (Hebert ym. 2015; Winstein ym. 2016.) Vaikka suurin edistyminen kuntoutuksessa ja toipumisessa tapahtuu kolmen ensimmäisen kuukauden aikana aivohalvauksesta, palautuminen jatkuu vielä pidemmän osastokuntoutuksen jälkeen (Hebert ym. 2015). Intensiivinen kuntoutus jatkuu avokuntoutuksessa 2–3 kertaa viikossa niin kauan kuin potilas edistyy (Kaste ym. 2015).

HYKS (Helsingin yliopistollinen keskussairaala)- erikoisvastuualueen (ERVA) vuoden 2018 suositusten mukaan tulisi potilaille järjestää vuorokaudessa kuusi tuntia kuntoutusta, johon lasketaan mukaan potilaan omatoiminen harjoittelu ja toimintakykyä aktivoiva hoitotyö (Ijäs 2019). Kansalliset aivohalvauksen kliiniset suuntaviivat suosittavat maailmanlaajuisesti aivohalvauksen saaneille henkilöille mahdollisimman paljon suunnit-

teltua terapiaa. Englannissa on suositus, että potilaiden tulisi saada vähintään 45 minuuttia kutakin terapeuttista hoitoa päivittäin, joka mahdollistaa kuntoutustavoitteiden saavuttamisen. Suositukset perustuvat siihen, että hoidon lisääntynyt tiheys ja intensiteetti kuuden ensimmäisen kuukauden aikana aivohalvauksen jälkeen parantaa palautumisastetta ja lopputulosta. Kansallinen tarkastusohjelma Sentinel Stroke National Audit Programme (SSNAP) tunnistaa jatkuvasti, että hoidon määrää ja tehokkuutta koskevia suosituksia ei noudateta useimmissa aivohalvausyksiköissä. Winstein kumppaneineen (2016) mainitsee viestinnän olevan avainasemassa kuntoutuksessa. Tulokset osoittavat, että merkittävin suoritettujen terapioiden määrään ja tiheyteen vaikuttava tekijä oli aika, jonka terapeutit käyttivät rutiininomaisesti, yksittäin ja kollektiivisesti tiedonvaihdossa. Tietojenvaihdossa käytetty aika vaikuttaa hoidon tarjontaan aivohalvausyksiköissä. Tulosten mukaan terapeuttien työn uudelleenorganisointi paransi linjausta ohjeiden kanssa, joten voidaan päätellä, että terapeuttien työn uudelleenorganisoinnista viestinnän suhteen olisi hyötyä terapioiden määrään ja tiheyteen. Kuntoutujan väsymys ja sairauden hyväksyntä vaikuttivat terapeuttien päätöksiin terapioiden määrästä ja tehosta, johtaen hoidon mukauttamiseen eikä hoidon tarjoamiseen. (Clarke – Tyson – Rodgers 2015; Clarke ym. 2018.)

2.3 Moniammatillinen työryhmä kuntoutujan tukena

Kuntoutus on ryhmätyötä, kuntoutuja mukaan lukien ja tärkeintä on aito kiinnostus aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutukseen (Kaste ym. 2015). Tässä työssä neurologiaan erikoistunut moniammatillinen kuntoutustiimi tarkoittaa eri ammattiryhmien edustajien yhteistyötä. Moniammatillinen työyhteisö tunnistaa toimintaympäristöissä kuntoutuksen yhteisen arvo- ja tietoperustan merkityksen vaikuttavan kuntoutukseen. Työntekijät pitävät yhteisiä toimintaperiaatteita kuntoutumisen keskeisinä edellytyksinä, mutta yhteisiä toimintaperiaatteita ei aina kuitenkaan ole. (Mäntynen 2007.) Yleisesti moniammatillisuudella tarkoitetaan eri ammattiryhmiin kuuluvien asiantuntijoiden työskentelyä yhdessä siten, että valta, tieto ja osaaminen jaetaan. Moniammatillisuus voi käsittää myös ryhmän tai organisaation välisen toiminnan ja vuorovaikutuksen, joilla pyritään yhteiseen tulokseen tai päämäärään. Tavoitteena on siis toimia siten, että yhteinen tavoite tunnustetaan ja saavutetaan onnistuneesti. Moniammatillisuuden kautta yhteistyöhön tulee mukaan eri tiedon ja osaamisen näkökulmia, joita esimerkiksi tämä tutkimuksellinen kehittämistyö edellyttää. (Kontio 2010.)

Moniammatilliseen kuntoutustiimiin kuuluu neurologi, osastolääkäri, hoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijät (Kaste ym. 2015). Moniammatillinen tiimi kokoontuu säännöllisesti keskustelemaan jokaisesta kuntoutujasta yksilöllisesti. Lähtökohtana on kuntoutujan pyrkimykset ja hänen asettamat tavoitteet akuutin kuntoutuksen jaksolle. Tärkeää on tietää, mitä kuntoutuja arvostaa ja minkä puolesta hän on valmis toimimaan. Optimaalisen lopputuloksen saavuttamiseksi aivoverenkiertohäiriön sairastaneelle tehdään yhdessä kuntoutujan ja hänen läheistensä kanssa kuntoutussuunnitelma tavoitteiden saavuttamiseksi. Kuntoutussuunnitelma kirjaetaan sairauskertomukseen ja tarvittaessa B-lausuntoon (Kaste ym. 2015). Suunnitelmiin tulisi sisältyä kuntoutujan tavoitteet, ympäristötekijät kuten sosiaaliset tuet, elämisjärjestelyt, nykyiset toiminnalliset, kognitiiviset ja henkiset ongelmat ja mahdollisuudet toipumiseen. Suunnitelmassa tulisi kuvata selvästi vaadittavat terapiatyypit kliinisten arviointien tulosten perusteella kaikilla terapia-aloilla. Koko kuntoutus- ja palautumisprosessin ajan yksilöity suunnitelma on arvioitava säännöllisesti uudelleen ja tarkistettava potilaan edistymisen ja kehittyvien tavoitteiden huomioon ottamiseksi. Nämä arvioinnit tapahtuvat kuntoutujan ja kuntoutusosaston moniammatillisen tiimin vuorovaikutuksen kautta ja niistä keskustellaan hoitoryhmän säännöllisissä kokouksissa. Kuntoutusjärjestelmä on rakennettava näiden keskustelujen mahdollistamiseksi ja hoidon jatkuvuuden ja johdonmukaisuuden lisäämiseksi. (Hebert ym. 2015.)

Kuntoutuja osallistuu kaikkeen kuntoutustaan ja kuntoutumistaan koskevaan suunnitelmaan ja päätöksentekoon, kun näin tapahtuu, hän sitoutuu siihen paremmin. Kuntoutujalla säilyy vastuu ja päätösvalta omasta elämästään, joskin hänen ikänsä ja kykynsä päätöksentekoon huomioidaan. Kuntoutuja tarvitsee kuitenkin tukea ja tietoa asioiden hoitamiseensa, jotta kykenee ottamaan vastuun ja tekemään päätöksiä. (Kähäri-Wiik ym. 2006: 23.)

2.4 Rikastettu ympäristö

Tässä työssä rikastetulla ympäristöllä tarkoitetaan kuntoutujaa aktivoivaa ja virikkeellistä toimintaympäristöä ja osaston toimintatapoja, joilla kuntoutus saadaan sujuvammaksi. Tutkimuksia AVH-kuntoutujien rikastetusta ympäristöstä on vähän. Suurin haaste kliinisille tutkimuksille rikastetusta ympäristöstä AVH-kuntoutuksessa on, että niitä ollut vaikea tehdä epäjohdonmukaisuuden vuoksi, siitä miten ympäristön rikastuttaminen määritellään kokeellisesti. Rikastettu ympäristö parantaa oppimista ja muistia,

edistää aivojen muovautumista, aivovaurion parantumista ja siten aivohalvauksesta toipumista. Ihanteellinen rikastettu ympäristö sisältää muuttuvan ympäristön, joka kannustaa sosiaalistamiseen, liikuntaan, aistien ja kognitiiviseen stimulaatioon ja yksilölliseen omaharjoitteluun. (McDonald – Hayward – Rosbergen – Jeffers – Corbett 2018.)

Aivohalvauksen saaneelle henkilölle tavallisesta arkipäivästä suoriutuminen saattaa tuottaa ongelmia. Ympäriämme on paljon arkipäivään liittyvää tekniikkaa, kuten ovia, hissejä, kodinkoneita, puhelimia ja muuta elektroniikkaa, joiden käyttäminen ei välttämättä onnistu ilman apua tai opettelu. (Heikkinen 2003: 456.) Kodin ulkopuolella on paljon asiointia esimerkiksi kaupassa ja pankissa asiointi, joista kuntoutuja ei välttämättä suoriudu samalla tavalla kuin ennen. Ympäristössä on myös paljon kulttuurillista elämää, joita ei ehkä pysty harjoittamaan yksin. (Kauhanen 2003: 214-216.)

Norjalaisen (Askim ym. 2013) tutkimuksen mukaan AVH-kuntoutujien passiivisesti vietetty aika liittyy huonoon toiminnalliseen lopputulokseen ensimmäisen kolmen kuukauden aikana sairastumisesta. Tämä osoittaa, että liikaa sängyssä vietettyä aikaa tulisi välttää AVH-kuntoutuksen varhaisessa vaiheessa (Askim ym. 2013). Tämä työ tehdään neurologiselle kuntoutusosastolle, joissa hoidetaan pääosin aivoinfarktista ja/tai aivoverenvuodosta kuntoutuvia kuntoutujia. Osastoille on tehty syksyllä 2019 aivoverenkiertohäiriöpotilaiden aktiivisuuden ja ajankäytön seurantatutkimus. Tutkimuksessa (Taipale 2020) havaittiin kuntoutujien aktiivisuuden olevan terapeuttista vain 34,7 % ajasta 07:30–15:30 välisenä aikana. (Taipale 2020.)

Englantilaisessa vuonna 2018 tehdyssä tutkimuksessa Clare kumppaneineen osoittaa, että suosituksilla, osaston toimintatavoilla ja niiden ymmärtämisellä on suora merkitys kuntoutuksen tehostamiseen. Kuntoutuksen lisääminen ja tehostaminen parantavat aivohalvauksesta kuntoutuvien kuntoutustuloksia. (Clare ym. 2018.)

Jokaisen osaston ympäristö on erilainen ja erilaisuus ilmenee usein jo yksikön tunnelmassa ja ilmapiirissä. Hyvän toiminta- ja hoitoympäristön piirteitä ovat tarkoituksenmukaisuus ja turvallisuus. Hyvä toiminta- ja hoitoympäristö edistää terveyttä ja itsemääräämistä sekä kunnioittaa yksityisyyttä. Myös toivon täyttämä ilmapiiri edisti kuntoutumista ja erityismaininnoissa kuntoutuskeskuksen kuntoutujat painottivat lisäksi ympäristön rauhallisuutta. Voidaan siis päätellä, että kuntoutujat vaistoavat hyvin herkästi ilmapiirin ja ympäristön. (Mäntynen 2007.)

Forsblom (2012) tutkimuksen mukaan akuutin aivohalvauksen jälkeen musiikin kuunteluryhmän potilaat kokivat vähemmän masentavia ja hämmentyneitä tunteita, kuin potilaat jotka eivät olleet musiikin kuunteluryhmässä. Myös toipuminen verbaalin muistin ja kohdennetun huomion aloilla parani enemmän musiikkiryhmässä kuin äänikirja- ja kontrolliryhmissä. Tulokset viittaavat siihen, että musiikin kuuntelua voidaan käyttää rentoutumiseen, mielialan parantamiseen ja sekä fyysiseen että henkiseen aktivointiin aivohalvauksen palautumisen varhaisvaiheissa. Musiikin ja äänikirjan kuuntelijoiden kokemukset eroavat. Todettiin, että musiikin kuuntelu liittyi erityisesti parempaan rentoutumiseen, lisääntyneeseen motoriseen aktiivisuuteen ja parantuneeseen mielialaan. Sekä musiikin että äänikirjojen kuuntelu tarjosi virkistävää stimulaatiota ja herätti ajatuksia ja muistoja. (Forsblom 2012.)

Myös toimintatavoilla ja viestinnällä on merkitystä kuntoutujien maksimaaliseen aktivointiin. Aivohalvauksen kuntoutus vaatii jatkuvaa ja koordinoitua työskentelyä suurelta joukolta, mukaan lukien kuntoutujan, läheiset ja ystävät, hoitajat, lääkärit, fysio- ja toimintaterapeutit, puheterapeutit, neuropsykologit, psykologit, ravitsemusterapeutit ja sosiaalityöntekijät. Viestiminen ja koordinointi näiden ryhmän jäsenten välillä on ensiarvoisen tärkeää kuntoutuksen tehokkuuden ja tehokkuuden maksimoinnissa. Ilman viestintää ja koordinoitua yksittäiset terapiat ym. aivohalvauksen kuntouttamiseksi eivät todennäköisesti saavuta kaikkea potentiaaliaan. (Winstein ym. 2016.)

3 Työn tavoite, tarkoitus ja kehittämistehtävät

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus on keinojen kehittäminen osastolla ympäristön rikastuttamiseksi, jotta se olisi mahdollisimman aktiiviva ja kuntoutusta tukeva niinä aikoina, kun kuntoutujilla ei ole terapioita tai hoitotoimenpiteitä. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite on löytää keinoja, joilla neurologisen kuntoutujan ympäristöä voidaan rikastuttaa, jotta kuntoutujan aktiivinen aika lisääntyisi ja sängyssä vietetty passiivinen aika vähentyisi. Kehittämistyössä on tarkoitus käyttää yhteiskehittelyä moniammatillisesti ryhmissä ympäristön rikastuttamiskeinojen kehittämiseksi.

Kehittämistehtävät:

Millaisia ympäristöä rikastuttavia keinoja löytyy AVH- kuntoutujan aktiivisuuden tukemiseksi?

Miten osaston ympäristöä saataisiin rikastutettua niin, että se aktivoisi ja edistäisi kuntoutumista niinä aikoina kun kuntoutujalla ei ole terapiaa tai hoitotoimia?

4 Ympäristön rikastuttamisprojekti

4.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tavoitteena oli löytää keinoja, joilla aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuvan ympäristöä voidaan rikastuttaa, jotta kuntoutujan aktiivinen aika lisääntyisi ja sängyssä vietetty passiivinen aika vähentyisi. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on ratkaista käytännön ongelmia ja tuottaa uusia ideoita, käytäntöjä tai palveluita. Tutkimuksellisen kehittämistyön ja tieteellisen tutkimuksen suurin ero on toiminnan päämäärissä. Tässä työssä päämäärä on saada aikaan käytännön parannuksia ja uusia ratkaisuja toimintaympäristön aktivoimiseksi, kun taas tieteellisessä tutkimuksessa se olisi kehittää toimintaympäristön aktivoimisesta uutta teoriaa. Vaikka pääpaino tavoitteessa on yleensä varsinaisen käytännön kehittämisen saavuttamisessa, keskeistä tässä työssä on uuden tiedon tuottaminen siitä, miten ympäristöä voidaan rikastuttaa. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2014.) Tutkimuksellisessa kehittämistyössä hyödynnetään systemaattisesti tuotettua tietoa käytännön tarpeen täyttymiseen (Suunto 2014). Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö toteutettiin yhteiskehittelyryhmissä. Yhteiskehittäminen on yhteistä tutkimista, kokeilua, ideointia, palvelujen edelleen kehittämistä tai uusien luomista, yhteistä oppimista ja yhteistä arviointia. Osallistujat voivat

olla esimerkiksi ammattilaisia, asiakkaita tai kokemusasiantuntijoita, tässä työssä osallistujaryhmä koostuu moniammatillisesta työryhmästä. (Hietala 2016.) Tutkimuksen suhde ja kehittämistyö ilmenee siten, että kehittämisessä käytetään ja sovelletaan tutkimuksen tietoa, kuten tässä työssä yhteiskehittelyn teemat muovaantuivat yhteiskehittelyryhmien edetessä (Toikko – Rantanen 2009: 13).

Jotta moniammatillisen työryhmän näkökulma saatiin esille, laadullinen tutkimustapa oli sopiva valinta tämän tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmäksi, sillä laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on ihminen ja hänen elämänpiirinsä sekä niihin liittyvät merkitykset (Juvakka – Kylmä 2007: 16-23). Laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan kokonaista joukkoa erilaisia tulkinnallisia, luonnollisessa ympäristössä toteutettavia tutkimuskäytäntöjä. Laadullisella tutkimuksella ei ole keskeistä teoriaa, eikä täysin omia metodeja, siksi sitä on vaikea määritellä selvästi. (Metsämuuronen 2008: 9.) Laadullisessa tutkimuksessa tärkeää on juuri osallistujien näkökulman ymmärtäminen. Laadullisia menetelmiä käytetään myös sellaisten aiheiden tutkimisessa, joita ei tunneta entuudestaan hyvin ja joita halutaan tuntea paremmin, kuten tässä työssä aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuvan toimintaympäristön rikastuttamista. (Juvakka – Kylmä 2007: 16-23.)

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tuotetaan tapaustutkimuksen (case study) otteella kehittämis ehdotuksia siihen, miten osaston ympäristöä saataisiin rikastutettua, jotta se aktivoisi ja edistäisi kuntoutumista niinä aikoina, kun kuntoutujalla ei ole terapiaa tai hoitotoimia sekä millaisia ympäristöä rikastuttavia keinoja löytyy AVH- kuntoutujan aktiivisuuden tukemiseksi (Ojasalo ym. 2014). Tapaustutkimusta voidaan kuvailla empiiriseksi tutkimukseksi, jossa tarvetta tutkitaan todellisessa tilanteessa ja sen omassa ympäristössä, kuten tässä työssä kuntoutusosastolla (Yin 2003: 11-15). Tapaustutkimuksen luonteeseen kuuluu se, että tutkittavasta eli tässä tapauksessa yhteiskehittelyryhmän tuottamasta aineistosta pyritään kokoamaan monella tavalla ja monipuolisesti tietoa. Tapaustutkimuksen etuja ovat, että tapaustutkimus on jalat-maassa-tutkimusta, joka perustuu tutkittavan omiin kokemuksiin. Näin ollen tapaustutkimus tarjoaa luonnollisen pohjan yleistämiselle ja sallii ne. (Metsämuuronen 2008: 16-17.) Tärkeämpää kuitenkin on tapaustutkimuksessa tapauksen ymmärtäminen kuin yleistäminen (Aaltola – Valli 2001: 163).

Tapaustutkimukset ovat usein ”askel toimintaan” ja niiden lähtökohta on usein toiminnallinen ja tuloksia sovelletaan käytännössä, kuten tässä työssäkin on tarkoitus tehdä (Metsämuuronen 2008: 16-17). Tehtäväksi jää ratkaista mitkä ovat ne keinot joilla ympäristöä

saadaan rikastettua. Tapaustutkimuksessa ei ole tarkoitus viedä vielä muutosta eteenpäin tai varsinaisesti kehittää mitään konkreettista vaan sen avulla luodaan kehittämisideoita tai ratkaisuehdotuksia, kuten tässä työssä kuntoutujien aktiivisuuden lisäämiseksi ja kuntoutujien passiivisen ajan vähentämiseen. (Ojasalo ym. 2014.) Tapaustutkimuksen etuja on myös, että tapaustutkimusraportti sallii lukijan tehdä omia johtopäätöksiä tutkimuksen tuloksista (Metsämuuronen 2008: 17).

4.2 Projektin eteneminen

Kehittämisprosessi voidaan jakaa kuuteen eri osa-alueeseen (Kuvio 1.), joita tässäkin kehittämistyössä käytetään (Ojasalo ym. 2014).



Kuvio 1. Tämän kehittämistyön prosessi mukailtuna Ojasalo ym. 2014

Tutkimuksellinen kehittämistyö saa alkunsa organisaation kehittämistarpeesta ja halusta uudistua ja kehittyä toiminnassa, kuten tämäkin työ (Ojasalo ym. 2014). Kahdelle HUS:n neurologisille kuntoutusosastoille on tehty syksyllä 2019 aivoverenkiertohäiriöpotilaiden aktiivisuuden ja ajankäytön seurantatutkimus (Taipale 2020). Tutkimuksessa (Taipale 2020) havaittiin kuntoutujien aktiivisuuden olevan terapeuttista alle suositusten (Taipale 2020). HYKS- erikoisvastuualueen (ERVA) suositusten mukaan kuntoutusta tulisi olla kuusi tuntia vuorokaudessa, johon lasketaan mukaan potilaan omatoiminen harjoittelu ja toimintakykyä aktivoiva hoitotyö (Ijäs 2019). Osastoilla oli keskimäärin vuorokaudessa terapeuttisesti aktiivista aikaa noin kaksi tuntia ja 50 minuuttia. Osastolla kuntoutujat eivät päässeet fysioterapiatiloihin klo 16:00 jälkeen, joten kuntoutujien aktiivisuus virkaajan ulkopuolella koostuu pääosin ruokailuista, iltatoimista ja omatoimisesta harjoittelusta. Kyselyllä kuntoutujat olivat itse toivoneet lisää mahdollisuuksia omatoimiseen ja nimenomaan motoriseen harjoitteluun. (Taipale 2020.)

Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin toukokuussa 2020, jonka jälkeen on aloitettu yhteiskehittelyryhmien suunnittelu, tiedottaminen ja suostumuslomakkeiden jakaminen. Koska laadullisessa tutkimuksessa osallistujat valitaan harkintaa käyttäen, on tärkeää, että yhteiskehittelyryhmään valitaan oikeat henkilöt useasta ammattiryhmästä ja usealla eri työkokemuksella (Juvakka – Kylmä 2007: 26-27). Ryhmään osallistujat oli HUS:n neurologisen kuntoutusosastojen puolesta jo valikoitu. Kehittämistyötä rajasi osastojen muutto toiseen rakennukseen lähivuosina, joten tulosten oli mahdollistettava kehitysideoiden liikkumisen osastojen mukana paikasta toiseen. Yhteiskehittelymenetelmänä on akvaariomenetelmä, joka nousi selkeästi parhaimmaksi vaihtoehdoksi yhteiskehittelyryhmiin perehdyttyäni eri yhteiskehittelyn muotoihin. Akvaariomenetelmässä on mahdollista yhdistää ideointi ja opponointi. Näin saadaan mahdollisimman luotettavaa ja monen eri ammattiryhmän näkökulmaa keinoihin, joilla voidaan edistää kuntoutujan aktiivisuutta. (Alaniska – Ahonen 2017.)

Kehittämistyöhön kutsumisen ja tiedotteiden lähettämisen on hoitanut tietoturvasyistä toisen osaston osastonhoitaja. Yhteiskehittelyryhmät pidettiin suunnitellusti elokuussa 2020 neljä kertaa. Ennen ryhmän aloittamista käytiin läpi kaikkien osapuolien kanssa oikeudet, velvollisuudet, aineistojen säilyttämis- ja hävittämistavat sekä kerättiin allekirjoitettuna suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Kaikki tapaamiskerrat nauhoitettiin ja niitä käytettiin muistiinpanovälineenä. Erityisiä henkilötietoryhmiä, kuten kehittämistyössä käytettävä biometrinen tunniste voidaan käsitellä suoraan tietosuoja-asetuksen

perusteella tapauksissa, kun rekisteröity on antanut nimenomaisen suostumuksen kyseisten henkilötietojen käsittelyyn. (Tietosuojavaltuutetun toimisto.) Tämän jälkeen yhteiskehittelyryhmien aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

4.3 Toteutusympäristön kuvaus ja kohderyhmä

Kehittämistyö tehtiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kahdelle neurologiselle kuntoutusosastolle. Osastot tarjoavat vaativaa neurologista kuntoutusta. Toisella osastolla on 27 vuodepaikkaa ja toisella täysin samanlaisella osastolla on myös 27 vuodepaikkaa. Kuntoutujat ovat pääosin aivoverenkiertohäiriön tai aivovamman sairastaneita kuntoutujia. Kuntoutujat siirtyvät osastoille jatkokuntoutukseen suurimmaksi osaksi pääkaupunkiseudulta. Kuntoutujia hoitaa moniammatillinen tiimi johon kuuluvat neurologi, erikoistuva lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä. Toisella osastolla on 12 sairaanhoitajaa, seitsemän lähihoitajia/perushoitajaa, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja. Ja toisella osastolla on 10 sairaanhoitajaa, yhdeksän lähihoitajia/perushoitajaa, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja. Molemmilla osastoilla on neljä fysioterapeuttia, kolme toimintaterapeuttia, puheterapeutti, neuropsykologi, sosiaalityöntekijä, erikoistuva lääkäri sekä neurologi.

Kuntoutukseen tullaan neurologin hyväksymällä läheteellä. Kuntoutuja saa oireiden mukaan eri terapiamuotoja. Hoitajat tekevät alkuhaastattelun, jossa kuntoutujat saavat muun muassa asettaa jakson ensimmäisen tavoitteen. Alkuhaastattelussa myös kartoitetaan elämäntilanne, kotiympäristö ja kerrotaan kuntoutuksesta sekä osastosta. Terapeutit tekevät alkuarvion ja antavat hoitajille ohjeet muun muassa siirtotavoista ja liikkuamisen apuvälineistä sekä muista luvista ja rajoituksista, kuten ruuan ja/tai juoman koostumuksesta. Hoitajat toteuttavat aktivoivaa neurologisen kuntoutukseen erikoistunutta työtettä. Kuntoutusjakson keskimääräinen pituus on noin 40 vuorokautta. Kuntoutukseen on sitouduttava ja sen on edistytävä. Intensiivistä terapiaa annetaan terapiamuodittain ja tarpeen mukaan virka-aikana 1-5 kertaa viikossa. Työskentely eli varsinaiset terapiahetket tapahtuvat pääosin aina yhden terapeutin kanssa keskenään, joskus jotain terapiaa voi olla useamman eri ammattiryhmän jäsenen toteuttamassa. Jaksolla asetetaan myös viikkotavoitteita yhdessä kuntoutujan ja moniammatillisen tiimin kanssa, jotka voivat olla paidan onnistuneesta pukemisesta viikonloppulomaluvan saamiseen. Jaksolla harjoitellaan kaikkea päivittäistä toimintaa ja kotona pärjäämistä. Kotona pärjääminen varmistetaan tarvittaessa terapeuttien tekemillä kotikäyntinä ja kotilomakoikeiluina aina

muutamasta tunnista viikonloppulomaan niin pitkään, että se onnistuu ja tarvittaessa omaisten tai erilaisten tukipalveluiden kanssa. Kuntoutusjaksolla järjestetään vähintään kerran hoitotiimipalaveri, johon kutsutaan kuntoutujan lisäksi myös läheiset. Mikäli kuntoutus ei edisty tai se edistyy liian hitaasti, on kuntoutujalle hyödyllisempää siirtyä jatkokuntoutuksen.

4.4 Aineiston keruu

Yhteiskehittelyryhmässä käytettiin akvaariomenetelmää, jossa osallistujat jaettiin kahteen ryhmään. Toinen ryhmistä asettui keskelle ja toinen istui heidän ympärilleen. Sisäpiirille annettiin tehtäväksi keskustella aiheesta, joka oli mietitty etukäteen ja se kerrottiin ryhmän aloittaessa. Ulkopiiri oponoi ja pohti mitä ajatuksia se herätti ja miten sisäpiiriläiset perustelivat ideoitaan, jotta saatiin mahdollisimman toimivia ja luotettavia ideoita. Joka toisella kerralla ryhmä istui toisin päin. (Alaniska – Ahonen 2017.)

Laadullisen tutkimuksen aineiston keruussa käytetään menetelmiä, jotka vievät tutkijan lähelle tutkimuskohdettaan. Tavallisesti tutkijan pyrkimyksenä on tavoittaa tutkittavien näkökulma tutkittavana olevasta ilmiöstä. Tyypillisimpiä aineistonkeruumenetelmiä on haastattelu, havainnointi sekä erilaisista dokumenteista koottu tieto. Näitä erilaisia menetelmiä voidaan käyttää rinnakkain, vaihtoehtoisesti eri tavoin yhdisteltynä tutkittavan ongelman ja tutkimusresurssien mukaan. Tässä työssä on käytetty havainnointia aineistonkeruumenetelmänä sen hyvän soveltuvuuden vuoksi. (Aaltola – Valli 2001: 68; Tuomi – Sarajärvi 2017.) Havainnoinnissa on kyse siitä, että tutkija tarkkailee objektiivisesti tutkimuksen kohdetta eli tässä työssä yhteiskehittelyryhmää ja tekee havainnoinnin aikana muistiinpanoja yhteiskehittelyryhmän tuottamista tuotoksista (Metsämuuronen 2008: 42). Kirjallisten muistiinpanojen tueksi työssä on käytetty myös äänitallenteita aineiston analyysia varten. Havainnollisessa menetelmässä voi tutkija olla ääripäässä täydellisen viileän objektiivinen tarkkailija, joka kirjaimellisesti katsoo kohdettaan yksipuolisen peilin läpi tai toisessa ääripäässä olla yliosallistuva, jolloin tutkijan alkuperäinen tarkoitus vähenee ja tutkija muuttuu itse tutkimuskohteeksi. Tässä työssä tutkija on lähempänä viileää tarkkailijaa eli niin sanotusti havainnoija osallistujana. Tutkija on siis tarvittaessa valmis vastaamaan yhteiskehittelyryhmästä tuleviin tarkentaviin kysymyksiin ja ohjaamaan, mikäli aiheesta ollaan poistuttu kokonaan, mutta muuten vain tarkkailijan roolissa. (Metsämuuronen 2008: 42.) Yhteiskehittelyryhmiin varattiin vain tarvittava aika, jotta mahdollisimman moni eri ammattiryhmistä pääsisi osallistumaan ja ettei se vaikuttaisi osastolla olevien kuntoutujien terapian tai hoitotoimien saantiin. Yhteiskehittelyryhmät on

suunniteltu hyvin ja niihin on etukäteen valmistauduttu muun muassa tiedottamalla ryhmän kulusta ja menetelmästä, joten ylimäärästä aikaa ei tarvittu. Yhteiskehittelyryhmien ajankohdat muodostuivat niihin aikoihin, kun kuntoutujilla oli vähiten avun tai terapian tarvetta.

Yhteiskehittelyryhmään osallistui eri pituisella työkokemuksella fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja, sairaanhoitajia, lähihoitajia, neurologeja, yksi puheterapeutti ja yksi neuropsykologi. Työryhmä sitoutui tapaamaan yhden kerran viikossa kuukauden ajan 30-45 minuutin ajan. Kahdelle ensimmäiselle kerralle aikaa varattiin 45minuuttia aikaa ja kahdelle viimeiselle kerralle aika tiivistettiin 30 minuuttiin. Osastojen kansliassa on myös ideointipaperi, johon kuka tahansa saa laittaa anonyymisti ideoita.

Ensimmäisessä yhteiskehittelyryhmätapaamisessa osallistujia, eri ammattiryhmien jäseniä oli 20. Sisäpiirissä oli osastonhoitaja, kaksi sairaanhoitajaa, kaksi lähihoitajaa, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, neuropsykologi ja neurologi. Ulkopiirissä oli osastonhoitaja, kaksi sairaanhoitajaa, kaksi lähihoitajaa, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, puheterapeutti, neurologi ja neuropsykologiapiskelija. Sisäpiirille annettiin tukikysymyksiä: miten osaston ympäristöä voidaan rikastaa niin, että se aktivoisi kuntoutujia ja millaisia keinoja siihen löytyisi, jotta ne tukisivat yksilöllistä kuntoutumista. Tällä kerralla kysymyksiin sai vastata miettimättä henkilöstön resursseja tai ketkä toteuttavat, suunnittelevat tai kustantavat. Ensimmäinen tapaaminen kesti suunnitellusti yhteensä 45 minuuttia. Sisäpiiri ideoi ensimmäiset 15 minuuttia ja ulkopiiri tuli opponoimaan ideoita seuraavaksi 15 minuutiksi.

Toisessa yhteiskehittelyryhmätapaamisessa osallistujia oli 14 eri ammattiryhmien jäseniä. Tällä kertaa sisäpiirissä oli osastonhoitaja, yksi sairaanhoitaja, yksi lähihoitaja ja neurologi. Ulkopiirissä oli osastonhoitaja, kaksi sairaanhoitajaa, kaksi lähihoitajaa, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, puheterapeutti ja neurologi. Ryhmän uudet osallistujat allekirjoittivat ja palauttivat suostumuksen osallistumisesta ennen aloitusta. Ryhmälle kaksi annettiin samat ohjeet ja tukikysymykset, kuin edellisessä kerralla. Tapaaminen kesti suunnitellusti yhteensä 45 minuuttia. Sisäpiiri ideoi ensimmäiset 15 minuuttia ja ulkopiiri opponoi 15 minuuttia.

Kolmannessa yhteiskehittelyryhmätapaamisessa osallistujia oli 13 eri ammattiryhmien jäseniä. Sisäpiirissä oli osastonhoitaja, yksi sairaanhoitajaa, kaksi lähihoitajaa, toiminta-

terapeutti, fysioterapeutti ja neurologi. Ulkopiirissä oli osastonhoitaja, kaksi sairaanhoitajaa, yksi lähihoitaja, puheterapeutti ja neurologi. Ensimmäisen ja toisen kerran ryhmistä nousi teemat tälle kerralle. Tällä kerralla aihetta rajattiin niin, että tarkoitus oli miettiä toimintaympäristön rikastuttamista niin, että se ei vaadi kenenkään henkilökunnan, omaisen, tai yhteistyötahojen panosta. Avainsanoja ja poimittuja kysymyksiä edellisistä kerroista annettiin ennen ryhmän alkua: omaharjoittelu, yleisten tilojen viihtyvyys, miten saadaan kuntoutujat pysymään yhteisissä tiloissa, itsenäinen aktiivisuusrata ja mitä siinä olisi, kuten mainittu askelmäärän tavoite vuorokauden aikana sekä mitä kaikkea meillä on täällä tarjota, mitä ei hyödynnetä ilta- ja viikonloppuaikana.

Ryhmään osallistujat olivat jo osallistuneet yhteiskehittelyryhmään aiemmin, joten suostumuslomakkeita tutkimukseen osallistumisesta ei tarvinnut kerätä. Kolmas tapaaminen oli suunniteltu kestämään 30 minuuttia ja se myös toteutui onnistuneesti. Sisäpiiri yksi ideoi uudella temalla ensimmäiset 10 minuuttia ja ulkopiiri oponoi 15 minuuttia. Yhteiskehittelyryhmän päätyttyä työryhmä halusi jäädä vielä pohtimaan mahdollista toimeenpanoa eri ideoihin, poimin sieltä vielä muutamia ideoita, joita ei kuitenkaan hyvien käytänteiden mukaan nauhoitettu ryhmän jo päätyttyä. Poiminnat kuitenkin olivat vielä ideointia, joten oli kohtuullista ottaa ne mukaan kehittämistyöhön.

Neljännessä eli viimeisessä yhteiskehittelyryhmätapaamisessa osallistujina oli 11 eri ammattiryhmien jäseniä. Sisäpiirissä oli osastonhoitaja, kolme sairaanhoitaja, toimintaterapeutti ja puheterapeutti. Ulkopiirissä oli osastonhoitaja, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, neuropsykologi ja neurologi. Tällä tapaamiskerralla tuotiin esille tutkimuksellista tietoa, kuten, että tutkimusten mukaan suosituksilla, toimintatavoilla ja niiden tietämisellä ja ymmärtämisellä on suora merkitys kuntoutuksen tehostamiseen ja HYKS- erikoisvastualueen mukaan päivittäinen kuntoutus määrä on 6h/vrk, johon lasketaan mukaan potilaan omatoiminen harjoittelu ja toimintakykyä aktivoiva hoitotyö (Clare ym. 2018; Ijäs 2019). Teema muokkautui kysymyksellä: Miten näiden tutkimustulosten pohjalta voisi ympäristöä rikastuttaa ja mitä tulokset herättävät.

Tapaaminen kesti suunnitellusti yhteensä 30 minuuttia. Tutkimustulosten ja uuden teeman kertomiseen meni viisi minuuttia. Sisäpiiri ideoi 10 minuuttia ja ulkopiiri oponoi 10 minuuttia, johon sisältyi myös pohdintaa koko ryhmän kesken. Lopussa oli viisi minuuttia vapaata keskustelua ja sai kertoa halutessaan, jos oli mielessä ideoita teemojen ulkopuolelta. Kysymyksiä tai ideoita teemojen ulkopuolelta ei tullut.

4.5 Aineiston analysointi

Tutkimuksellisen kehittämistyön yhteiskehittelyryhmistä saatu aineisto on analysoitu aineistolähtöisen sisällön analyysin avulla. Laadullisella aineistolla tarkoitetaan tekstimuodossa olevaa aineistoa, jota ei voida muuntaa numero muotoon. Tyypillisesti laadullinen aineisto on tutkijan itsensä keräämää aineistoa, joka tässä työssä on kerätty havainnoimalla. (Aaltola – Valli 2001: 90.) Aineiston lähtökohtana on ollut yhteiskehittelyryhmän tuottama aineisto, josta muodostuneiden käsitteiden ja luokkien yhdistelyn avulla on saatu vastaus molempiin kehittämistehtäviin; millaisia ympäristöä rikastuttavia keinoja löytyy AVH- kuntoutujan aktiivisuuden tukemiseksi ja miten osaston ympäristöä saataisiin rikastutettua niin, että se aktivoisi ja edistäisi kuntoutumista niinä aikoina kun kuntoutujalla ei ole terapiaa tai hoitotoimia. Analyysissä on pyritty ymmärtämään yhteiskehittelyryhmään osallistuneita heidän omista näkökulmistaan. Laadullisen aineistolähtöisen sisällön analyysin vaiheet ovat tässä työssä jaettu kolmeen; aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi – Sarajärvi 2017.)

Kun käytetään laadullisia menetelmiä, tutkittavia on selvästi vähemmän kuin määrällisessä tutkimuksessa, mutta analysoitavaa aineistoa syntyy runsaasti (Ojasalo ym. 2014). Osastojen kahvihuoneeseen jätetty paperi, johon sai anonyymisti lisätä ideoita ei tuottanut aineistoa, joten tästä johtuen analysoinnissa käytettiin vain yhteiskehittelyryhmien aineistoa. Yhteiskehittelyryhmät äänitettiin ja äänitteitä käytettiin muistiinpanoina sen vaivattomuuden vuoksi ja jos tutkija olisi joutunut osallistumaan tai ohjaamaan ryhmää enemmän, ei kirjallisia muistiinpanoja olisi ehtinyt tekemään. Yhteiskehittelyryhmistä on tehty myös kirjallisia muistiinpanoja varmuuden vuoksi. Äänitteet ja kirjalliset muistiinpanot yhdistettiin ryhmän kulun mukaisesti. Aineistoa syntyi 10 sivua (fontti oli arial, koko oli 12).

Aineistoon tutustuminen aloitettiin lukemalla sitä useaan kertaan. Ensimmäinen vaihe oli pelkistää aineistoa siten, että aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Tämä tehtiin tiivistämällä dataa merkitsemällä samalla värillä samankaltaiset ympäristöä rikastuttavat keinot ja alleviivaamalla ne kahteen eri ryhmään. Aineisto siis ryhmiteltiin ja se jakaantui kahteen pääluokkaan; toimintaympäristön rikastuttaminen ilman henkilöstön työpanosta ja toimintaympäristön rikastuttaminen henkilöstön työpanoksella. Ryhmitelty aineisto vietiin kahteen eri Word-tiedostoon, jonka jälkeen jatkettiin samankaltaisten ympäristöä rikastuttavien keinojen merkitsemistä eri väreillä tarkemmin. Ajatus teoreettisista käsitteistä alkoi syntyä. Samalla värillä olevat ympäristöä rikastuttavat keinot vietiin

jälleen eri Word-tiedostoihin; toimintaympäristön rikastuttaminen ilman henkilöstön työpanosta ja toimintaympäristön rikastuttaminen henkilöstön työpanoksella kansioiden alle. Yläluokkia löytyi kaksi ja alaluokkia 10 (Taulukko 1. ja Taulukko 2.). (Tuomi – Sarajärvi 2017.)

Taulukko 1. AVH-kuntoutujien ympäristön rikastuttaminen neurologisella kuntoutusosastolla ilman henkilöstön työpanosta

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokat	Yläluokat
Musiikin kuuntelu Pelaaminen Älylaitteiden käyttö Maalaaminen Piirtäminen Tuolijumppa Paplo Ympäristön vaihtelu Tv ohjelmat Ulkoilu Tv:tä ei huoneessa Elokuvailta Netflix Yle areena Ruutu + Lukeminen Äänikirja Rauhoittuminen Hiljaisuus Harjoittelu terapiatiloissa Harjoittelut yleisissä tiloissa Lehden ääneen lukeminen	Itsenäinen viriketoiminta	Toimintaympäristön rikastuttaminen ilman henkilöstön työpanosta
Kotitehtävät Omatoimisen harjoittelun arviointi Terapiatilojen hyödyntäminen Terapiavälineiden tuominen yleisiin tiloihin ilta- ja viikonloppu-aikoina MOTOmed	Omaharjoittelu	

<p>Paplo Kaikille sopiva kuntopiiri Peiliharjoitus Solitar Aktiivisuusrata Lukujärjestys Päiväjärjestys</p>		
<p>Verenpaineen mittaus Painon mittaus Kivun mittaus Helsingin sanomien luku Runohetki Lukupiiri Vastuutehtävät</p>	Vastuuttaminen	
<p>Viherseinä Rauhoittumishuone Rentoutumishuone Ruokailutilan koristelu Yleisten tilojen vetonaula Viherkasveja Kasvitauluja Huoneita vierailijoille Teko kukkia Osaston selkeys Henkilökunnan ammatillisuus Neutraali ympäristön koristelu Aisti huoneet</p>	Visuaalisuus ja aistit	
<p>Vapaaehtoiset Omaiset Aivoliitto Kokemusasiantuntijat Kesätyöntekijät Askarteluohjaajat Hankkeet Yhteistyö oppilaitosten kanssa Osaston opiskelijat Kummikoulut Musiikkiopistot Terveysalan opiskelijat</p>	Tahot ja henkilöt	

<p>Opettajakoulutuslaitos Lastentarhanopettaja Ilmaisutaitoluokat Teatteri Terapiaeläimet Kaverikoirat</p>		
<p>Aloitusvideo kuntoutujalle Aloitusvideo omaiselle Ensitetovideo Motivaatiovideo Sähköinen lukujärjestys Virtuaalijumppa kuntoutujalle Virtuaalijumppa kuntoutujalle ja omaiselle Digitaaliset lehdet</p>	<p>Digitaaliset keinot</p>	

<p>Yhteisöllisyys Virikeohjaaja Kisakatsomot Aktivointi vastuhenkilö</p> <p>Juhlapyhien vietto AVH videot Pizzaperjantai Kirjakerho Lukupiiri Äänikirjapiiri Kahden hengen huoneet Leffaillat Sarjat Teemakaudet Kuunnelmat Podcast- sarjat Ruokailu päiväsalissa Suunniteltu lepo</p>		
<p>Kuntoutujien tiedottaminen virike- toiminnasta Omaisten tiedottaminen viriketoi- minnasta Lukujärjestys Tiedottaminen kaikkien ammatti- ryhmien rooleista Osaston päivä- ja viikko-ohjelma Henkilöstön tiedottaminen osas- tolla olevista viriketoiminnoista Informaatioympäristö Tiedote omaharjoittelumuodoista osastolla Tiedote omaharjoittelumuodoista kotona</p>	<p>Informaatio</p>	

Aineistolähtöisessä sisällönanalysissä yhdistetään käsitteitä ja saadaan vastaus kehittämistehtäviin. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä eli kokemusperäisestä tutkimuksen aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä

tutkittavasta ilmiöstä. Käsitteellistämistä voidaan kuvata prosessiksi, joissa tutkija rakentaa muodostamiensa käsitteiden avulla kuvauksen tutkimuskohteesta, joten teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan koko ajan alkuperäisaineistoon. (Tuomi – Sarajärvi 2017.)

5 Ryhmien kehittämideoita

Tässä luvussa haetaan vastauksia kehittämistehtäviin, millaisia ympäristöä rikastuttavia keinoja löytyy AVH- kuntoutujan aktiivisuuden tukemiseksi ja miten osaston ympäristöä saataisiin rikastutettua, jotta se aktivoisi ja edistäisi kuntoutumista niinä aikoina kun kuntoutujalla ei ole terapiaa tai hoitotoimia. Yhteiskehittelyryhmien tuottamat ympäristöä rikastuttavat keinot jakaantuivat kahteen. Ensimmäisessä osassa keskitytään siihen, miten toimintaympäristöä voidaan rikastuttaa ilman henkilöstön työpanosta ja toisessa, miten toimintaympäristöä voidaan rikastuttaa henkilöstä avulla ja työpanoksella.

5.1 Toimintaympäristön rikastuttaminen ilman henkilöstön työpanosta

Toimintaympäristön rikastuttaminen ilman henkilöstön työpanosta muodostui alaluokista itsenäinen viriketoiminta, vastuuttaminen, omaharjoittelu, visuaalisuus ja aistit, tahot ja henkilöt sekä digitaaliset keinot. (Taulukko 1.)

5.1.1 Itsenäinen viriketoiminta

Yhteiskehittelyryhmässä tuli esille keinoja, miten kuntoutujat voivat itsenäisesti viriketoiminnoilla aktivoitua ja edistää kuntoutusta. Peleillä, kuten lauta- ja palapeleillä yleisissä tiloissa koettiin olevan sosialisoiva vaikutus kuntoutujiin ja, jotta lauta- ja palapelejä tulisi käytettyä pitäisi niiden olla helposti saatavilla ja esillä. Rauhallisella yhteisellä tilalla, jossa voisi maalata, piirtää, oleilla, kuunnella musiikkia, seurata ja katsella muiden tekemistä tai vain olla hiljaa silmät kiinni koettiin olevan aktivoiva vaikutus ohjaamalla kuntoutuja poistumaan huoneestaan ja vaihtamaan ympäristöä vaikka tavoitteena olisikin rentoutuminen ja rauhoittuminen. Yhdessä päätetyt elokuvailat, Netflix sarjat, Ruutu + tai äänikirjojen kuuntelu yhdessä pidettiin keinona luoda yhteisöllisyyttä ja herättää keskustelua jälkikäteenkin. Yhteiskehittelyryhmässä tuli esille, että valmiiksi tiedossa oleviin yhteisiin hetkiin on helppo lähteä tiettyyn aikaan, eikä tekemistä tarvitse itse keksiä tai aloittaa. Kuntoutujilla on paljon omia älylaitteita ja osastoilla on yhteensä kahdeksan iPad laitetta, joten niiden hyödyntäminen olisi tärkeää. Yhteiskehittelyryhmässä tuli ilmi, että terapeutit ovat ladanneet kuntoutujien laitteisiin erilaisia harjoitusohjelmia, mutta niihin

voisi lisätä esimerkiksi Netflix, Yle Areenan, Ruutu +, äänikirjan sekä erilaisia applikaatioita, joissa voi pelata tai lukee uutisia. Yhteiskehittelyryhmässä koettiin television olevan joillekin kuntoutujille passivoiva laite ”katson ensin tämän loppuun ja sitten lähden liikkeelle”. Mutta kuntoutujilla, jotka eivät pääse huoneesta tai sängystä itse liikkumaan tai ovat eristettynä saattaa televisio olla ainoa aktivoiva keino silloin, kun ei ole terapiaa tai hoitotoimia. Tv-ohjelmien esillä olo koettiin keskustelua herättävänä keinona ja samalla aktivoivan kuntoutujat seuraamaan yhdessä mieluisaa katsottavaa. Yhteiskehittelyryhmässä nousi useasti esille musiikin kuuntelu yleisissä tiloissa tai vuoteessa. Myös musiikin ottamista mukaan kuntoutussuunnitelmaan ja musiikin kuuntelun lisäämistä kuntoutujan henkilökohtaiseen lukujärjestykseen pidettiin aktivoivana keinona. Ryhmässä tuotiin esille, että pelkkä ympäristön vaihtelu jo itsessään aktivoi ja virkistää, mutta esimerkiksi ulkoilu ryhmässä on myös sosiaalisesti aktivoivaa. Kirjojen ja lehtien lukemista itselleen tai ääneen myös muille, kaikille soveltuvaa tuolijumppaa sekä Pablon käyttöä pidettiin keinona aktivoida kuntoutujia. Yhteiskehittelyryhmän mukaan kuntoutujille suunniteltu viikkokohtainen lukujärjestys tukisi päiväjärjestystä ja aktivoisi liikkeelle lähtöä. Aktiivisuuden kasaantuminen koettiin tapahtuvan liikkuville kuntoutujille, joten lukujärjestys ja siihen suunnitellut menot yksilöllisesti vähentäisivät tätä. Lepo on myös tärkeä ja sekin olisi hyvä suunnitella päiväohjelmaan lukujärjestykseen.

5.1.2 Omaharjoittelu

Yhteiskehittelyryhmässä tuotiin esille, että omaharjoittelut terapiatiloissa sekä yleisissä tiloissa aktivoisi ja tehostaisi kuntoutumista. Yhteiskehittelyryhmässä tuli usein esille kuntoutujien aktiivisuusrata, jossa olisi erilaisia pisteitä, kuten askelmäärän tavoite vuorokauden aikana, sormien koukistelu, sanojen keksiminen, vartalon suoristaminen 50 kertaa vuorokauden aikana, yhden viivan piirtäminen ja seuraava kuntoutuja jatkaa siitä, musiikkikappaleen kuunteleminen, terapiasta tulleiden tehtävien tekeminen, kymmenen kertaa syvään hengittäminen, MOTOmedin polkeminen ja peiliharjoitusten tekeminen. Aktiivisuusrata olisi kaikille sovellettavissa ja jonkun pisteen voi jättämään tekemättä, jollei ei pysty tai halua tehdä sitä. Tulokorttiin pystyisi merkitsemään päivän tulokset radasta ja siitä voisi seurata itsenäisesti omaa edistystä. Yhteiskehittelyryhmä tuo esille, että yleisissä tiloissa tehdyt tehtävät motivoivat ja herättävät kiinnostusta myös muissa kuntoutujissa, joten niihin kannustaminen olisi hyvä keino ympäristön aktivoitumiselle. Yhteiskehittelyryhmässä tuotiin esille, että omatoimisiin harjoitteluihin olisi hyvä sisältyä harjoituksia, jotka tukevat kotilomia ja kotiutumista. Yhtenä omaharjoittelun muotona yhteiskehittelyryhmästä tuli esimerkiksi Pablun käyttö sekä terapiatilasta siirrettävät harjoit-

teluvälineet yleisiin tiloihin ilta- ja viikonloppuaikoina. Omainen, joka on saanut informaation kuntoutujan omaharjoittelusta tai kuntoutujan yksilöllisestä kuntoutussuunnitelmasta pystyisi menemään terapiatiloihin kuntoutujan kanssa. Päiväjärjestyksen noudattamista, jolloin lukujärjestys on toimiva ja kuntoutuja pystyy orientoitumaan viikkoon sekä suunnitella omia tekemisiä pidettiin yhteiskehittelyryhmässä keinona saada kuntoutujia aktivoitumaan.

5.1.3 Kuntoutujan vastuuttaminen

Yhteiskehittelyryhmän mukaan kuntoutujia, joiden lääkinnällinen tila on vakaa voisi vastuuttaa esimerkiksi mittaamalla itse verenpaineen ja painon, kirjaamalla arvot ylös paperille ja toimittamaan kerran viikossa ne hoitajalle. Myös kivun mittaaminen onnistuisi samalla tavalla. Mittareiden käyttöä pidettiin myös harjoitteluna kotilomia ja kotiutumista varten. Yhteiskehittelyryhmässä kuntoutujan vastuuttamista myös eri viriketoimintaan pidettiin aktivoivana keinona. Halutessaan kuntoutuja voisi merkata itselleen esimerkiksi Helsingin Sanomien lukuvastuuvuoron tiettyinä aamuina tai yleisen aktiivisuusradan siistimisen. Myös lukupiiriin voisi merkata halutessaan itsensä lukemaan muille runoja, kirjoja, uutisia, vitsejä ja muuta sellaista.

5.1.4 Visuaalisuus ja aistit

Yhteiskehittelyryhmässä tuli ympäristöä rikastuttavia keinoja myös viihtyvyyteen, kuten viherseinä ja viherkasveja esimerkiksi ruokailutilaan. Hygieniasyistä kasvien tulisi olla tekomateriaalia, eikä turvallisuussyistä osaston käytävälle saa laittaa tavaroita tai isoja tauluja. Osaston ympäristön pitämistä neutraalina pidettiin yhteiskehittelyryhmässä tärkeänä. Yhteiskehittelyryhmässä tuli esille, että olisi hyvä olla myös jokin muu paikka, kun oma huone tai sänky johon voi mennä rauhoittumaan, rentoutumaan, kuuntelemaan äänikirjaa ja myös paikka mihin mennä omaisen kanssa rauhassa juttelemaan.

5.1.5 Tahot ja henkilöt

Yhteiskehittelyryhmässä tuotiin esille, ettei toimintaympäristön rikastuttamisen tarvitse olla aina terapoiva, mutta virikkeellinen. Yhteistyökumppaneita pidettiin yhtenä keinona aktivoida kuntoutujia. Erinlaisia yhteistyökumppaneita olisi yhteiskehittelyryhmän mukaan esimerkiksi aivoliitto, taidekoulut, musiikkiopistot, terveysalan opiskelijat, osaston opiskelijat, terapiaeläimet, kaverikoirat, opettajakoulutuslaitos, teatteri, vapaaehtoiset,

kokemusasiantuntijat sekä kesänuoret. Myös omaiset ovat suuri tuki kuntoutujien aktiivisuudessa niin osastolla kuin kotilomilla. Yhteiskehittelyryhmässä nostettiin esille ohjeistusta ”ohjelmaa kuntoutujan kanssa” jonka voisi antaa heille osastolla ja kotona tehtäviä harjoituksia tai ehdotuksia varten. Myös osaston opiskelijoita voisi hyödyntää kuntoutujien aktivoimisessa opiskelijoiden jaksotehtävillä.

5.1.6 Digitaaliset keinot

Yhteiskehittelyryhmässä tiedon saannin merkitystä eri kanavista korostettiin. Aloitussivideo ”ensitieto infot” ja motivaatiovideo ”miten voin tukea kuntoutujaa”, mistä jokainen voisi käydä yksin tai yhdessä omaisen kanssa katsomassa ja kuuntelemassa ammattilaisten kertomana kuntoutuksesta ja siitä, kuinka tärkeää oma aktiivisuus on ja mitä hyötyä siitä on. Aloitussivideoon tulisi tehdä näkyväksi hoitotyön merkitys kuntoutuksessa, jotta kuntoutujalle ja omaisille rakentuisi heti oikea ajatus kuntoutuksesta ja päivittäisten toimien harjoittelusta. Älylaitteita, josta voisi katsoa jotain aktivoivaa, kuten tuolijumppaa tai aivojumppaa sekä sähköistä lukujärjestystä pidettiin aktivoivana keinona edistää kuntoutusta. Virtuaalijumpat siten, että videoita tehtäisiin eri kuntoutujaryhmittäin, kuten varhaishoito- ryhmä, heikentynyt vasen yläraaja- ryhmä ja niin edelleen. Helsingin Sanomien tai muiden uutisten lukeminen digitaalisena aktivoi.

5.2 Toimintaympäristön rikastuttaminen henkilöstön avulla ja työpanoksella

Toimintaympäristön rikastuttaminen henkilöstön avulla ja työpanoksella muodostui alaluokista toiminnan muutokset, aktiivisuuden nostaminen kuntoutussuunnitelmaan, ohjattu viriketoiminta ja yhdessä olo sekä informaatio. (Taulukko 2.)

5.2.1 Toiminnan muutokset

Yhteiskehittelyryhmässä nousi useasti puheenaiheeksi kuntoutujien henkilökohtainen lukujärjestys, jota kutsuttiin myös termillä ”kuntoutusohjelma”. Ryhmän mukaan se toisi rakennetta ja säännöllisyyttä kuntoutukseen. Kaikki kuntoutusta edistävä toiminta pitäisi tuoda lukujärjestykseen näkyväksi, jotta se auttaisi kuntoutujia ja omaisia ymmärtämään, mitkä kaikki kuuluu neurologiseen kuntoutukseen sekä auttaisi jakamaan päivää tasaisesti, jotta aikaa jäisi myös lepoaikaan. Päivittäisten toimien tuominen lukujärjestykseen muistuttaisi yhteiskehittelyryhmän mukaan päivittäisten toimien aloituksesta ilman hoitajan erillistä kehoitusta. Esimerkiksi hampaiden pesu, jalkalaudan poistaminen 10 metriksi

potkuttelua varten, yövaatteiden vaihto ja niin edelleen. Lukujärjestys voisi olla kuntoutujan huoneen seinässä kiinni ja siitä voisi ottaa kopion itselleen taskuun. Yksilöllisen lukujärjestyksen tekoon yhteiskehittelyryhmässä kannatettiin omaa työryhmää, joka selvittäisi ja pohtisi miten se olisi järkevä toteuttaa. Lukujärjestyksen tekoon ehdotettiin nimettyä henkilöä, joka suunnittelisi sen aina yksilöllisesti jokaiselle kuntoutujalle viikoksi. Tämä toisi myös aikaa terapeuteille, kun heiltä poistuisi ajan varaaminen useaan eri paikkaan.

Osastoilla on omia iPad laitteita ja niiden käytön organisointi edistäisi laitteiden aktiivista käyttöä. Erilaiset profiilit aktiivisuustasojen mukaan motivoisi ja kannustaisi muitakin. Ideariihipäivät kuntoutujille mitä he haluaisivat tehdä sekä jo tulohaastattelussa kysyttäisiin kuntoutujien harrastukset, mielenkiinnon kohteet, jota päivitetään jakson aikana, koska mieli voi muuttua mahdollisen uuden elämätilanteen vuoksi. Resursointikysymys tulee useasti yhteiskehittelyryhmissä esille, ympäristöä rikastuttavien toimintojen ei pitäisi edellyttää kenenkään ammattiryhmän säännöllistä sitoutumista tai työpanosta, joka on terapoivista hetkistä pois.

Yhden hengen huoneissa toteutuu yksityisyys ja kynnys on matalampi aloittaa harjoittelemaan esimerkiksi terapeutoista saatuja harjoituksia ja niitä saa harjoitella rauhassa. Yhteiskehittelyryhmässä ideoitiin myös vastuuhenkilön nimeämistä kuntoutusosastojen ympäristön koristeluun ja viihtyvyyteen. Termien muuttamista ehdotettiin kuntoutusta tukevammiksi, kuten kotiloma voisi muuttua kotona tapahtuvaksi harjoitteluksi. Kotilomien itsearvioinnin ajateltiin aktivoivan ja motivoivan kuntoutujaa harjoittelemaan kotonakin. Varauskirja systeemi yleisiin laitteisiin esimerkiksi Pablon käyttöön, jotta tiedetään milloin se on kenenkin osaston käytössä ja onko se käytössä.

5.2.2 Aktivoinnin nostaminen kuntoutussuunnitelmaan

Yhteiskehittelyryhmässä puhuttiin toistuvasti, että ”kuntoutujan aktivointi” olisi hyvä olla kuntoutussuunnitelmassa omana kohtana. Tulohaastatteluissa olisi hyvä kysyä kuntoutujan vapaa-ajan harrastuksista ja mielenkiinnon kohteista, jonka jälkeen kuntoutujalle olisi suositella mielekästä tekemistä passiivisuuden vähentämiseksi. Yhteiskehittelyryhmässä tuotiin esille, että tätä varten olisi hyvä olla jotain valmista ja konkreettista esimerkiksi informaatiolehtinen osaston aktiviteeteista ja tapahtumista, ettei niitä tarvitse aina niin sanotusti ”uudestaan keksiä”. Ryhmässä keskusteltiin, että myös moniammatillisessa kuntoutuskokouksissa suunniteltaisiin yksilöllisesti mikä olisi kuntoutujalle terapeuttisestikin hyödyttävä aktiviteetti, jonka voisi lisätä edellä mainittuun henkilökohtaisen

lukujärjestykseen. Näin voitaisiin jo suunnitellusti vähentää kuntoutujien passiivista aikaa. Motivointina kuntoutukseen voisi lisätä mielenkiinnon kohteiden ja harrastusten ottaminen mukaan kuntoutukseen eri tavoin ja ajatuksella, että sitä kohden mennään. Ryhmästä tuli esille, että kuntoutusjakson aikana kuntoutujien mielipiteet mielenkiinnon kohteista ja harrastuksista voivat muuttua tapauskohtaisesti, joten mielenkiinnon kohteita voisi päivittää kuntoutujalta tietyin väliajoin.

Yhteiskehittelyryhmässä tuotiin esille kuntoutussuunnitelmassa käytettäviä mittareita ja niiden hyödyntämisen lisäämistä kuntoutusjaksolle niin kuntoutujalle, omaisille kuin henkilöstölle. Osastolla on osittain käytössä FIM- mittari ja tämän käyttöön ottamista esitettiin ryhmässä sen olemassaolon vuoksi ja, koska se on ennestään tuttu suurimmalle osalle henkilöstöä. FIM tai muun vastaavan mittarin täydellinen käyttöön otto ja hyödyntäminen koettiin palvelevana niin eri ammattiryhmien välillä kuin kuntoutujan ja omaisten ymmärrykseen kuntoutujan edistymisestä. Mittari koettiin helpoksi tavaksi hyödyntää esimerkiksi tiimipalaverissa, jolloin pystytään kehitystä näkemään objektiivisesti.

5.2.3 Ohjattu viriketoiminta ja yhdessä olo

Yhteiskehittelyryhmässä ohjattu viriketoiminta ja yhdessä olo herätti eniten keskustelua ja tuotti runsaasti toimintaympäristöä aktivoivia keinoja, jotka ovat toteutettavissa välittömästi osastolla jo olevista mahdollisuuksista, mutta tarvitsevat henkilöstön ohjaamaan ja arvioimaan toimintaa. Hyväksi keinoksi havaittiin muun muassa levyraati, tietokilpailut, urheilun kisastudiot, ajankohtaisen sarjan katsominen ja siitä keskusteleminen, lukupiiri, äänikirjapiiri, kirjakerho, pitsaperjantai, elokuvailat, tv-ohjelmat ja sarjat sekä podcastkuuntelupiirit. Näissä yhdistyy valvottu ja ohjattu toiminta sekä kuntoutujien ja hoitajien yhdessä olo, ryhmässä tuotiin esille sen vaikutusta myös yhteisöllisyyteen. Kahden hengen huoneiden koettiin myös aktivoivan ja socialisoivan kuntoutujia eri tavalla kuin yhden hengen huoneessa olevat.

Yhteiskehittelyryhmästä nousi esille musiikkiterapia, etänä pidetyt ja tallennetut terapiahetket älylaitteilla sekä aivoverenkiertohäiriön sairastaneen informaatiovideoiden näyttäminen keinoina aktivoitumiseen.

Yhteisissä tiloissa ruokailu sekä juhlapäivien muistaminen yhteisissä tiloissa osastolla pidettiin piristävänä keinona sekä motivoivana hetkenä kaikille osallistua ja tulla yleisiin tiloihin. Pöydän ääressä syöminen on sekä turvallisuusasia, mutta myös aktivointihetki.

Kuntoutuja ei välttämättä halua tulla yleiseen tilaan syystä tai toisesta syömään, mutta on hyvä hänen kuitenkin joko omasta aloitteesta tai hoitajan ohjauksesta siirtyä huoneessa olevan pöydän ääreen syömään passiivisuuden vähentämiseksi.

5.2.4 Informaatio

Yhteiskehittelyryhmissä tuotiin esille tiedon annon tehostamista ja sen tuomaa hyötyä kuntoutujan aktiivisuudessa, kuten tiedossa oleva päiväjärjestys, yhteiset hetket esimerkiksi ruokailut ja koko osaston viikkotiedotustilaisuus. Se, että kuntoutujat tietää mitä seuraavaksi tapahtuu ja mitä olisi mahdollista tehdä tai mihin voisi osallistua aktivoisi jo kuntoutujaa, eikä olisi tunnetta, ettei ole mitään tekemistä. Tämän lisäksi yhteiskehittelyryhmässä tuli esille, että kuntoutujille olisi hyödyllistä antaa valmis tiedote muun muassa päivittäisistä tapahtumista, kuten esimerkiksi maanantain äänikirjapiiri, tiistain luku-piiri, keskiviikon peli-ilta, torstain musiikkihetki, perjantain Netflix-ilta, lauantain laulutuo-kio ja sunnuntain yhteinen ”miten meni viikko”-hetki tai muu virike- tai ohjattu viriketoiminta. Informaatiossa olisi myös ohjeet missä ja miten yhteinen hetki alkaa, esimerkiksi, että valitkaa kuka äänikirjan laittaa päälle tai kysykää hoitajaa avuksi. Myös muut aktiviteetit joita voi tehdä milloin vain olisi infotiedotteessa, kuten pelit, iPadit, MOTOmed, rauhoittumishuone, Pablo ja muita mitä edellä on mainittu yhteiskehittelyryhmän toteavan hyödylliseksi viriketoiminnaksi. Yhteiskehittelyryhmässä tuli esille, että kaikki henkilöstökään eivät tienneet kaikista mitä osastolla on jo tarjota. Täten valmis tiedote olisi kaikkia palveleva ja kaikki mahdollinen aktivoiva tekeminen ja toiminta tulisi esille ja hyödynnetyksi. Myös edellä mainittuihin kotilomiin olisi hyvä antaa tiedote, mitä kotona voisi tehdä edistääkseen kuntoutusta. Info tiedote olisi myös omaisten tueksi, siitä näkisi mitä kuntoutujan kanssa voi yhdessä osastolla tehdä tai mihin yhteisiin tapahtumiin osallistua, tällöin myös omainen voi olla tapahtuman aloittaja laittamalla ohjeista esimerkiksi äänikirjan tai elokuvan päälle. Ryhmässä tuotiin esille myös, että tiistaisin osaston yhteisessä kokouksessa voisi keskustella kuntoutujien kanssa erilaisista aktivointi keinoista ja yhteisistä hetkistä osastolla. Kokouksessa voisi päättää kuka ottaisi vastuuvuoron yhteisen hetken aloittamisesta ja lopettamisesta.

Informaatioympäristö nousi esille yhteiskehittelyryhmästä. Ryhmässä tuli esille omaisten kokevan kuntoutujan testitulosten näkemisen jälkeen niin sanotusti ”valaistumisen” kuntoutujan tilanteesta muun muassa neropsykologisten tulosten näkemisen jälkeen. Tulosten näkeminen hyödyttää omaisia ymmärtämään tilannetta paremmin, joten tulosten

avaamista myös omaisille pidettiin keinona aktivoida ja tukea kuntoutujaa, kun lähiympäristö tunnistaa kuntoutujan tilanteen oikein.

Kuntoutujan ja omaisten tiedottaminen sairaudesta ja kuntoutuksesta sekä osaston toiminnasta heti ensimmäisen päivän jälkeen on ensiarvoisen tärkeää. Siksi tulohaastattelun lisäksi voitaisiin ohjata katsomaan valmiiksi tehtyjä informaatiovideoita iPadeiltä, jossa kerrottaisiin perustellen mitkä kaikki on kuntoutusta, kuten terapiat, hoitotoimet ja niiden arviointi sekä ohjaus, ruokailuhetket yhteisissä tiloissa, omaharjoittelu, muu aktiivisuus ja lepoaika.

6 Pohdinta

Työn tavoitteena oli löytää keinoja, joilla neurologisen kuntoutujan ympäristöä voidaan rikastuttaa, jotta kuntoutujan aktiivinen aika lisääntyisi ja sängyssä vietetty passiivinen aika vähentyisi. Yhteiskehittelyryhmän avulla saatiin koottua kattava aineisto keinoista, joilla kuntoutujan toimintaympäristöä voidaan rikastuttaa eri ammattiryhmien näkökulmasta katsottuna. Yhteiskehittelyryhmän tuotokset osoittavat, että ideoita ympäristön rikastuttamiseksi riittää, mutta isona osana tulee myös resurssikysymys. Luonnollisesti keinojen käyttökuntoon saamiseen tarvitaan henkilöstön työpanosta suunnittelu- ja toteutusvaiheessa. Yleisten tilojen siistiminen saattaa korostua toiminnassa kun materiaalia on enemmän. Nämä seikat on otettu huomioon jo kehittämistyön alkuvaiheessa, eikä niihin tulla kiinnittämään huomioita tuloksissa.

6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän työn tulosten perusteella neurologisen kuntoutujan toimintaympäristöä voidaan rikastuttaa ilman henkilöstön työpanosta sekä henkilöstön avulla ja työpanoksella. Tulosten perusteella toimintaympäristön rikastuttaminen ilman henkilöstön työpanosta olisi mahdollista saavuttaa erilaisilla itsenäisillä viriketoiminnoilla, omaharjoittelulla, vastuutamisella, visuaalisuudella ja aisteilla, tahoilla ja henkilöillä sekä digitaalisin keinoin.

Itsenäisiä viriketoimintoja tulosten mukaan ovat pelit, maalaaminen, piirtäminen, musiikin kuuntelu, lukeminen, rentoutuminen, elokuvailat, Netflix sarjat, Ruutu +, Yle Areena, äänikirjat, omien ja osaston älylaitteiden käyttäminen, ulkoilu, tuolijumppaa ja lepo. Tuloksista käy ilmi, että itsenäinen viriketoiminta on usein riippuvaista laitteesta tai välineistä lukuun ottamatta rentoutumista, ulkoilua tai lepoa. Ulkoilu yhdessä muiden kuntoutujien

kanssa mataloittaa kynnyistä vuorovaikutukseen. Yksinkertaisilla ohjeilla ja hyvällä tiedottamisella pystyvät kuntoutujat ja heidän omaisensa näitä yhdessä osastolla harjoittamaan.

Omaharjoittelulla on iso vaikutus kuntoutumisen edistymiseen ja aktivoitumiseen osastolla niinä aikoina kun ei ole terapiaa tai hoitotoimia. Omaharjoittelun keinoja on esimerkiksi aktiivisuusrata, johon sisältyisi erilaisia pisteitä, kuten askelmäärän tavoite vuorokauden aikana, sormien koukistelu, sanojen keksiminen, vartalon suoristaminen esimerkiksi 50 kertaa vuorokaudessa, yhden viivan piirtäminen ja seuraava kuntoutuja jatkaa siitä, musiikkikappaleen kuunteleminen, terapiasta tulleiden tehtävien tekeminen, kymmenen kertaa syvään hengittäminen, MOTOmedin polkeminen ja peiliharjoitusten tekeminen. Aktiivisuusrata olisi tärkeä olla kaikille sovellettavissa eri kuntoutuja ryhmittäin turvallisuuden ja kompensointi riskin vuoksi. Kuntoutujan itsearviointi ja oman edistyksen tarkkaileminen aktivoisi ja auttaisi ymmärtämään kuntoutuksen merkitystä. Pablon käyttö sekä terapiatilasta siirrettävät harjoitteluvälineet yleisiin tiloihin ilta- ja viikonloppuaikoina olisi tehokas tapa hyödyntää jo osastolla valmiina olevia välineitä. Kuntoutujien lukujärjestys ja sen noudattaminen toisi säännöllisyyttä ja jäsenystä päivän menoihin. Omaharjoittelun aloittamisen merkitys jo osastolla korostuu kotilomia ja kotiutumista ajatellen, jossa kuntoutus jatkuu.

Kuntoutujien vastuuttamisesta olisi hyötyä niin osastojakson aktivoimiseen kuin pidemmälle ajateltuna kotiutumisen jälkeiseen elämän vaiheeseen. Osastolla harjoitetut verenpaineen, painon ja kivun mittauksen seuranta auttaa oppimaan mittausten viitearvot sekä oikeaoppisen mittaustavan. Osastojaksolla opittu rutiininomainen mittaus ja tulosten seuranta voi siten madaltaa kynnyksiä seurata arvoja myös kotona. Osastolla olevista tapahtumista vapaaehtoisesti vastuunottaminen olisi harjoitusta myös kotiutumisen jälkeiseen elämään, muistiin ja aloitekykyyn.

Ympäristön viihtyvyydellä on merkitystä kuntoutumisessa. Osaston visuaalinen puoli ja erilaiset aistikokemukset aktivoisivat kuntoutujia lähtemään liikkeelle, poistumaan omista huoneistaan ja jäämään yleisiin tiloihin pidemmäksi aikaa. Toimintaympäristön rikastuttamisen ei tarvitse olla aina terapeuttista, mutta virikkeellistä. Eri tahojen kanssa, kuten aivoliitto, taidekoulut, musiikkiopistot, terveysalan opiskelijat, osaston opiskelijat, terapeuttiset, kaverikoirat, opettajakoulutuslaitos, teatteri, vapaaehtoiset, kokemusasiantuntijat sekä kesänuorien kanssa tehtävät yhteistyöt aktivoisivat kuntoutujia ja antaisivat vaihtelevuutta osastotoimintaan. Myös omaiset ovat suuri tuki kuntoutujien aktivoinnissa

niin osastolla kuin kotilomilla. Omaiset pystyvät edistämään kuntoutujien aktiivisuutta ja antamaan tukea kuntoutumisessa. Omaiset ja kuntoutujat eivät kuitenkaan aina tiedä mitä kaikkea voisi tai saisi tehdä, joten kirjallinen ohjeistus tai tiedote osastolla tai kotona tehtävistä harjoituksista tukisi tätä. Tiedon saannin merkitystä digitaalisin keinoin tulisi entisestään korostaa, kuten jakson aloitus- ja ensitieto- info videolla, motivaatio – ja miten voin tukea kuntoutujaa videolla. Valmiit videot, jotka ovat milloin tahansa katsottavissa lisäksi viipymätöntä tiedon saantia. Henkilökunnan ja kuntoutujien sekä omaisten väliset kohtaamiset ja tiedottamiset säilyisivät ennallaan, mutta videot toisivat paljon lisätietoa ja mahdollistaisi saada kattavasti tietoa välittömästi osastolle tullessa. Digitaalisia keinoja kuntoutujien ympäristön rikastuttamiseen on myös kuntoutujien omat ja osaston älylaitteet, älylaitteista on helppo lukea, kuunnella musiikkia tai katsoa ohjelmia. Eri kuntoutujaryhmittäin tehdyt esimerkiksi tuolijumppavideot älylaitteisiin valmiiksi madaltaisivat kynnystä lähteä tekemään niitä sekä pienentäisivät riskiä tehdä liikkeitä, jotka saattaisi haitata kuntoutumisen edistymistä.

Toimintaympäristön rikastuttaminen henkilöstön avulla ja työpanoksella olisi mahdollista saavuttaa toiminnan muutoksilla, aktivoinnin nostamisella kuntoutussuunnitelmaan, informaatiolla sekä ohjatulla viriketoiminnalla ja yhdessäololla.

Toiminnan muutoksilla pystytään lisäämään kuntoutujien aktiivisuutta. Kuntoutujien henkilökohtaisella lukujärjestyksellä pystytään tuomaan rakennetta ja säännöllisyyttä kuntoutukseen. Se myös auttaisi kuntoutujia ja omaisia ymmärtämään, mitkä kaikki kuuluu neurologiseen kuntoutukseen sekä auttaisi jakamaan päivää tasaisesti, jotta aikaa jäisi myös lepoetkiin. Tuloksista voidaan myös päätellä, että ajanvarausten keskittäminen yhdelle henkilölle vapauttaisi aikaa henkilökunnalle toimia kuntoutujien kanssa. Tulohaastattelussa kuntoutujien mielenkiinnon kohteiden ja harrastusten kysyminen motivoisi jo alusta lähtien kuntoutujaa. Tuloksista käy myös ilmi, että mielenkiinnon kohteita on hyvä päivittää jakson aikana muuttuneen elämäntilanteen vuoksi. Osaston omien älylaitteiden käytön organisointi edistäisi laitteiden aktiivista käyttöä. Yhden hengen huoneissa yksityisyys toteutuu hyvin ja harjoitteluun ryhtymiseen on matalampi kynnyks, mutta toisaalta tuloksissa käy myös ilmi, että kahden hengen huoneet aktivoivat ja sosialisoivat huonetooverin läsnäololla. Tuloksen mukaan myös termien muuttamisella olisi kuntoutusta tukevampi vaikutus, kuten kotiloman muuttaminen kotona tapahtuvaksi harjoitteluksi. Tuloksista käy myös ilmi, että osastolla jo olevien harjoituslaitteiden käytön puutteellinen organisointi on jättänyt useat hyödylliset laitteet ja tavat toteuttaa omaharjoittelua mahdollisimman käyttäen.

Aktiivisuuden nostaminen kuntoutussuunnitelmaan aktivoisi kuntoutujia ja vähentäisi passiivista aikaa. Kuten edellä jo mainitaan mielenkiinnon kohteiden kysymisestä jo tu-lohaastattelussa on se hyvä tuoda myös esiin kuntoutussuunnitelmaan ja päivittää sitä säännöllisin väliajoin. Osaston toiminnan ja tapahtumien esittämistä esimerkiksi informaatiolehtisellä auttaisi kuntoutujaa kertomaan mitkä osastolla tapahtuvista toiminnoista häntä voisi kiinnostaa. Näin ne tulisi liitettyä kuntoutussuunnitelmaan ja moniammatillisessa kuntoutuskokouksissa tulisi pohdittua yksilöllisesti mikä olisi kuntoutujalle terapeuttisestikin hyödyttävä aktiviteetti, jonka voisi lisätä jo edellä mainittuun henkilökohtaisen lukujärjestykseen. Mielenkiinnon kohteiden ja harrastusten ottaminen mukaan kuntoutussuunnitelmaan lisääisi kuntoutujan motivaatiota. Kuntoutussuunnitelmassa käytettävien mittareiden käyttöönotosta olisi hyötyä niin kuntoutujalle, omaisille kuin henkilöstölle. Mittari on helppo tapa hyödyntää esimerkiksi tiimipalavereissa, jolloin pystytään näkemään kuntoutujan kehitystä objektiivisesti. Mittarin täydellinen käyttöönotto ja hyödyntäminen on palvelevaa niin eri ammattiryhmien välillä kuin kuntoutujan ja omaisten ymmärrykseen kuntoutujan edistymisestä.

Ohjattu viriketoiminta ja yhdessäolo tuovat runsaasti toimintaympäristöä aktivoivia keinoja, jotka ovat toteutettavissa välittömästi osastolla jo olevista mahdollisuuksista, mutta tarvitsevat henkilöstön ohjaamaan ja arvioimaan toimintaa. Hyviä viriketoiminta ja yhdessäolon keinoja ovat levyraati, tietokilpailut, urheilun kisastudiot, ajankohtaisen sarjan katsominen ja siitä keskusteleminen, lukupiiri, äänikirjapiiri, kirjakerho, pitsaperjantai, elokuvailat, tv-ohjelmat ja sarjat sekä podcast- kuuntelupiirit. Näissä yhdistynyt valvottu ja ohjattu toiminta sekä kuntoutujien ja hoitajien yhdessä olo luo yhteisöllisyyden tunteen, jota kuntoutujat ovat kertoneet tarvitsevänsäkin. Kahden hengen huoneiden koettiin aktivoivan ja sosialisovan kuntoutujia eri tavalla kuin yhden hengen huoneessa olevat. Musiikkiterapia, etänä pidetyt ja tallennetut terapiahetket älylaitteilla sekä aivoverenkiertohäiriön sairastaneen informaatiovideoiden näyttäminen auttaisi aktivoitumaan. Yhteisissä tiloissa ruokailu sekä juhlapäivien muistaminen yhteisissä tiloissa osastolla on tulosten mukaan kuntoutujia piristävä keino sekä motivoiva hetki osallistua ja tulla yleisiin tiloihin. Pöydän ääressä syöminen on sekä turvallisuusasia, mutta myös aktivointihetki.

Oikean tiedon saanti hyödyttää kuntoutujaa motivoitumaan ja ymmärtämään alusta alkaen kuntoutuksen merkityksen. Tieto siitä, mitä seuraavaksi tapahtuu ja mitä olisi mahdollista tehdä aktivoisi jo kuntoutujaa. Olisi hyödyllistä antaa kuntoutujille ja omaisille valmis tiedote muun muassa päivittäisistä tapahtumista osastolla, itsenäisistä ja ohjatuista

viriketoiminnasta. Tuloksista käy ilmi, että kaikki henkilöstön jäsenetkään eivät tienneet kaikista mahdollisuuksista osastolla, joten valmis tiedote olisi kaikkia palveleva ja kaikki mahdollinen aktivoiva tekeminen ja toiminta tulisi esille ja hyödynnetyksi. Myös kotilomille olisi hyvä antaa tiedote, mitä siellä voisi tehdä edistääkseen kuntoutusta. Kattava informaatioympäristö tukisi aktiivisuutta ja toisi runsaasti tietoa sairastumisesta, kuntoutuksesta ja sen edistymisestä niin kuntoutujalle kuin omaisillekin. Henkilökunnan puolesta suoritettun osastoesittelyn lisäksi älylaitteilta katsottavat eri ammattiryhmien tekemät videot kuntoutuksesta auttaisivat ymmärtämään alusta asti jo mikä kaikki on kuntoutusta ja miksi niitä tehdään. Jaksolla tehtyjen testien ja tehtävien tulosten näkeminen hyödyttää erityisesti omaisia ymmärtämään tilannetta paremmin.

Resurssillinen ympäristön rikastuttaminen oli tärkeä asia kehittämistyössä nostaa esille, jotta nähdään miten paljon myös resurssien lisäämisellä voidaan toimintaympäristöä rikastuttaa ja sitä kautta aktivoitua kuntoutujia ja punnita mikä on kustannustehokkainta. Tuloksista käy ilmi, että keinoja rikastuttaa ympäristöä riittää, mutta niihin ei ole aikaa, henkilöstä tai rahaa. On tärkeää, ympäristön rikastuttaminen ei lisää henkilöstön työmäärää. Kaikkeen osastolla tapahtuvaan työhön pitää olla aika ja paikka. Tulokset osoittavat, että yhdessä tekemisestä ja läsnäolosta paitsi aktiivisuuden lisäksi voidaan todeta, että se on myös henkisesti tasolla iso osa kuntoutumista ja motivoitumista. Tulokset antavat myös viitettä, että motivaatiota ja kannustusta uudenkehittämiseen tarvitaan myös henkilöstölle ja takuuta siitä, ettei työmäärä lisääny ja kaikelle uudelle on oma vastuuhenkilö.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tässä luvussa tarkastellaan sitä, onko työssä tehty oikeita valintoja ja saatu koostettua aineisto, joka vastaa kehittämistehtäviin. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan tulee tarkastella ratkaisujaan sekä ottaa kantaa analyysin kattavuuteen ja luotettavuuteen sekä pohtia luotettavuutta koko opinnäytetyöprosessin ajan (Eskola – Suoranta 1999).

Analyysimenetelmänä oli sisällönanalyysi, joka tuntui istuvan tähän kehittämistyöhön hyvin. Mitä pidemmälle aineistoa analysoi, sitä enemmän siitä hahmottui tarkasteltavaksi uusia näkökulmia. Tekijän luottamus omaan tulkintaan aineistosta lisäsi tuotti haasteellisuutta. Kuitenkin tietoisuus siitä, että laadullisessa tutkimuksessa sama aineisto voi tuottaa erityyppisiä tuloksia riippuen tekijän tulkinnoista (Kananen 2012). Toisaalta pien-

ryhmä haastatteluista olisi voinut saada perusteluita ja syvempää tietoa enemmän keinoista, joilla kuntoutujien ympäristöä voidaan rikastuttaa. Silti voidaan yhteenvetona todeta, että tässä työssä käytetyillä menetelmillä saatiin vastaukset kehittämistehtäviin.

Tämän työn eettisyyttä lisää se, että yhteiskehittelyryhmään osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja jokaisella kokoontumiskerralla paikalla oli kaikkien ammattiryhmien edustaja. Ennen ryhmään ilmoittautumista kaikille osallistujille oli lähetetty tiedote tutkimuksesta ja suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Ensimmäisellä tapaamiskerralla ennen yhteiskehittelyryhmän aloittamista on käyty läpi kaikkien osapuolien kanssa oikeudet, velvollisuudet, aineistojen säilyttämis- ja hävittämistavat sekä kerätty allekirjoitettuna suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Työ toteutui hyvän tutkimuseettisen tavan mukaisesti siten, että koko työn läpi on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia sekä tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. (Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta 2012.) Aikataulu pysyi suunnitelmassa, joten kenenkään työtehtävät eivät viivästyneet tai kenenkään kuntoutujan terapian tarve ei jäänyt vajaaksi. Yhteiskehittelyryhmistä aineistoa kerättiin vain, kun se liittyi kehittämistyöhön. Sivuttuja aiheita tai kuntoutujia kuvaavia esimerkkejä ei ole otettu työhön mukaan. Tutkimusaiheet ovat valittu tarpeellisuudesta ja osaston ehdotuksesta. Kehittämistyön tulokset eivät koske vahingollisia seikkoja vaan edistävät ja tukevat neurologisten kuntoutujien aktiivisuutta. Tässä kehittämistyössä on käytetty havainnointia aineiston keruun vaiheessa ja muistiinpanot ovat asiallisesti nauhoitettu ja informoitu yhteiskehittelyryhmälle. Nauhoitusmateriaali tullaan poistamaan todistetusti välittömästi työn julkaisemisen jälkeen. (Tuomi – Sarajärvi 2017.)

Työn luotettavuutta lisää se, että opponijat toivat rakentavaa keskustelua ja se herätti syvällisempää mietintää ideoihin. Ryhmää ei ole johdateltu ja kehitysideat ovat tulleet suoraan käytännön kokemuksesta. Aiheesta poikettiin joissain määrin, mutta ryhmä osasi palata itse aiheeseen takaisin. Yhteiskehittelyryhmässä sisäpiirin kehittämät keinot, joita ulkopiirin oli tarkoitus opponoida ei toteutunut suurimmalta osin, se oli enemmän yleistä keskustelua. Keinot kuitenkin opponoiitiin samalla kun ne esitettiin, joten se ei jäänyt tekemättä. Yhteiskehittelyryhmään osallistujat työskentelevät kyseisillä osastoilta, johon työ on tehty ja koko työryhmä on erikoistunut neurologiseen kuntoutukseen. Työn tulokset ympäristön rikastuttamiseen otettu huomioon neurologisten potilaiden ja heidän tarpeiden kautta. Laadullisessa tutkimuksessa yleensä ongelmallista on se, jos tutkijalla itsellään on hyvin voimakas ennakko-oletus tutkimustuloksista. Tässä työssä

tutkija on käyttänyt vain yhteiskehittelystä saatua aineistoa ja pyrkinyt pohtimaan sitä niin, ettei omat ajatukset ja käsitykset vaikuttaisi millään tavalla tuloksiin. Tapaustutkimuksen voi luotettavasti analysoida vain tutkimuksen tekijä, vaikka olisi mahdollista käyttää tutkimusapulaisia kirjoittamassa puhtaaksi muistiinpanoja niin näin ei ole tehty vaan varsinaisen analysoinnin on tehnyt tutkija itse. (Metsämuuronen 2008: 47.)

6.3 Ammatillinen kasvu ja kehittämisideat

Työ on aloitettu varhain ja se on ollut jatkuvaa oppimisprosessia koko prosessin ajan. Laadullista tutkimusprosessia luonnehditaan eräänlaiseksi tutkijan oppimisprosessiksi, jossa koko tutkimuksen ajan pyritään kasvattamaan tutkijan tietoisuutta tarkasteltavana olevasta ilmiöstä ja sitä ohjailevista tekijöistä. Tutkija onkin se pääasiallinen tutkimusväline, jonka välityksellä tietoa kertyy tutkimuskohteesta. (Aaltola – Valli 2001: 75.) Tämä on ollut opinnäytetyön tekijän ensimmäinen tutkimuksellinen kehittämistyö. Työtä on helpottanut se, että tutkija on tuntenut kehittämiskohteen ja yhteiskehittelyryhmiin osallistuvat henkilöt jo ennestään. Kehittämistyön tekeminen on aikataulutettu juuri sopivasti työn ja oman ajan ohelle. Positiivista opinnäytetyön tekemisessä on ollut myös se, että opinnäytetyön tekijän motivaatio ja kiinnostuminen tieteelliseen tutkimiseen on kasvanut.

Kehittämisehdotus voisi olla ympäristön rikastuttamisprojektin toteuttaminen ja myöhemmin aktiivisuuden seurantatutkimuksen uusiminen, jolloin nähtäisiin ympäristön rikastuttamisen vaikutusta neurologiseen kuntoutujaan. Toisena kehittämisehdotuksena olisi osastojen toimintatapojen yhtenäistäminen. Työssä olevat kaksi neurologista kuntoutusosastoa ovat täysin identtiset, toimintatapojen yhtenäistämisen jälkeen esimerkiksi näillä kahdella osastolla olisi mahdollista tutkia omaharjoittelun aiheuttamia haittoja ja hyötyjä.

Lähteet

Aaltola, Juhani – Valli, Raine 2001: 163. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittavalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.

Aaltola, Juhani – Valli, Raine 2001: 68. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

Aaltola, Juhani – Valli, Raine 2001: 75. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

Aaltola, Juhani – Valli, Raine 2001: 90. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

Alaniska, Hanna – Ahonen, Kirsi 2017. Toiminnallisia menetelmiä. Opintokeskus sivis. <https://www.ok-sivis.fi/media/materiaalit-osio/toiminnallisia-menetelmia.pdf>. Luettu 30.3.2020.

Alanko, Tuulikki – Karhula, Maarit – Piirainen, Arja – Kröger, Teppo – Nikander, Riku 2017. Kuntoutujan osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin –hanke (2015-2016). Kela. < https://www.kela.fi/documents/10180/3908005/Nikander_Kuntoutujan_osallistaminen_tavoitteenasettamisprosessiin.pdf/bd4b9ef4-f94b-45dd-b47e-5a2d8835a105>. Luettu 23.11.2020.

Alaranta, Hannu – Pohjolainen, Timo 2003: 21-22. Fysiatria. Toiminta- ja työkyky. Aivotalo. 2019. Sairaudet. Aivoverenkiertohäiriöt. Hoito sairaalassa. <<https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivoverenkiertoh%C3%A4iri%C3%B6t/hoito-sairaalassa>>. Luettu 20.1.2020.

Aivotalo. 2019 Sairaudet. Aivoverenkiertohäiriöt. Aivoverenvuodot. <<https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivoverenkiertoh%C3%A4iri%C3%B6t/aivoverenvuodot>>. Luettu 20.1.2020.

Aivoliitto ry. 2020. Aivoverenkiertohäiriö (AVH) suomessa 2020. <https://dyajetwym1cg9.cloudfront.net/assets/files/4204/aivoverenkiertohairiot_suomessa_lukuina.pdf> Luettu 20.1.2020.

Askim, Torunn – Bernhardt, Julie – Salvesen, Oyvind – Indredavik, Bent 2013. Physical activity early after stroke and its association to functional outcome 3 months later. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24529353/>>. Luettu 4.8.2020.

Atula, Sari 2019. Aivohalvaus. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001>. Luettu 23.11.2019.

Clarke, David J –Tyson, Sarah – Rodgers, Helen – Drummond, Avril – Palmer, Rebecca – Prescott, Matthew – Tyrrell, Pippa – Burton, Louisa – Grenfell, Katie – Brkic, Lianne – Forster, Anne 2015. Why do patients with stroke not receive the recommended amount of active therapy (ReAcT)? Study protocol for a multisite case study investigation. <<https://bmjopen.bmj.com/content/5/8/e008443>>. Luettu 15.5.2020.

Clarke, David J – Burton, Louisa – Tyson, Sarah – Rodgers, Helen – Drummond, Avril – Palmer, Rebecca – Hoffman, Alex – Prescott, Matthew – Tyrrell, Pippa – Brkic, Lianne – Grenfell, Katie – Forster, Anne 2018. Why do stroke survivors not receive recommended amounts of active therapy? Findings from the ReAcT study, a mixed-methods case-study evaluation in eight stroke units. <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269215518765329>>. Luettu 19.5.2020.

Eskoja, Jari – Suoranta, Juha 1998: 211. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Forsblom, Anita 2012. Experiences of music listening and music therapy in acute stroke rehabilitation. <<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/40653/978-951-39-4935-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Jyväskylän yliopisto. Luettu 18.5.2020.

Hebert, Debbie – Lindsay, M Patrice – McIntyre, Amanda 2015. Canadian stroke best practice recommendations: stroke rehabilitation practice guidelines. <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1747493016643553>>. Luettu 19.5.2020.

Heikkinen, Tuomas 2003: 456. Ympäristönhallintajärjestelmät ja asunnon muutostyöt.

Teoksessa Alaranta, Hannu – Pohjolainen, Timo – Salminen, Jouko – Viikari-Juntura, Eira (toim.): Fysiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heliövaara, Markku – Viikari-Juntura, Eira – Alaranta, Hannu 2003: 38. Tuki- ja liikunta-elimistön sairauksien ja vammojen epidemiologia ja ehkäisy. Teoksessa Alaranta, Hannu – Pohjolainen, Timo – Salminen, Jouko – Viikari-Juntura, Eira (toim.): Fysiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hietala, Outi 2016. Mitä yhteiskehittäminen tarkoittaa? <<https://kuntoutussaatio.fi/assets/files/2017/06/Yhteiskehitt%C3%A4misest%C3%A4-Kp%C3%A4iv%C3%A4t-08062017.pdf>>. Luettu 30.12.2020.

Ijäs, Petra 2019. Avh-kuntoutuksen toteutuminen esimerkkinä hus-alue. <https://kuntoutussaatio.fi/assets/files/2019/10/Kuntoutusakatemia2019_lj%C3%A4s.p>. Luettu 26.2.2020.

Juvakka, Taru – Kylmä, Jari 2007: 16-23. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Juvakka, Taru – Kylmä, Jari 2007: 26-27. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kananen, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas.

Kaste, Markku – Hernesniemi, Juha – Juvela, Seppo – J. Lindsberg, Perttu – Palomäki, Heikki – Rissanen, Aimo – O. Roine, Risto – Sivenius, Juhani – Vikatmaa, Pirkka 2015. Neurologia. Aivoverenkiertohäiriöt. <<https://www.oppiportti.fi/op/neu00127/do>>. Luettu 23.11.2020.

Kauhanen, Marja-Liisa 2003: 212. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Alaranta, Hannu – Pohjolainen, Timo – Salminen, Jouko – Viikari-Juntura, Eira (toim.): Fysiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kauhanen, Marja-Liisa 2003: 214-216. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Alaranta, Hannu – Pohjolainen, Timo – Salminen, Jouko – Viikari-Juntura, Eira (toim.): Fysiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kontio, Mari 2010. Moniammatillinen yhteistyö. <<http://www.oulu.ouka.fi/seutu/tukeva/Moniammatillinen-julkaisu.pdf>>. Luettu 30.12.2020.

Koskinen, Mika 2016. AVH:n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen 2013–2015. AVH-kuntoutuksen seurantatutkimuksen loppuraportti. Aivoliitto ry. <https://dyajetwym1cg9.cloudfront.net/assets/files/4204/avh-kuntoutuksen_seurantatutkimuksen_loppuraportti.pdf>. Luettu 20.1.2020.

Kostamo-Kleemola, Kirsti 2019. Miten kuntoutuja aktiivista osallistumista voidaan tukea? <<https://www.verve.fi/ajankohtaista/artikkelit/2019/11/miten-kuntoutujan-aktiivista-osallistumista-voidaan-tukea.html>>. Luettu 23.11.2020.

Kähäri-Wiik, Kaija – Niemi, Aira – Rantanen, Anneli 2006: 13. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY.

Kähäri-Wiik, Kaija – Niemi, Aira – Rantanen, Anneli 2006: 19. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY.

Kähäri-Wiik, Kaija – Niemi, Aira – Rantanen, Anneli 2006: 23. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY.

Käypähoito. 2020. Aivoinfarkti ja TIA. <<https://www.kaypahoito.fi/hoi50051#s7>>. Luettu 22.1.2020.

Lee, Kyoung – Lim, Seong Hoon – Kim, Kyung Hoon – Kim, Ki Jeon – Kim, Yang Rae – Chang, Woo Nam – Yeom, Jun Yeom – Kim, Young Dong – Hwang, Byong Yong 2015. Six-month functional recovery of stroke patients: a multi-time-point study. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4415968/>>. Luettu 4.8.2020.

Laaksonen, Kristina 2012. Brain plasticity and stroke recovery. Helsingin yliopisto. <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37108/brainpla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Luettu 20.11.2019.

McDonald, Matthew – Hayward, Kathryn S. – Rosbergen, M. C. Ingrid – Jeffers, Matthew – Corbett, Dale 2018. Is Environmental Enrichment Ready for Clinical Application in

Human Post-stroke Re-habilitation? <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6050361/>>. Luettu 4.8.2020.

Metsämuuronen, Jari 2008: 9. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: International Methelp.

Metsämuuronen, Jari 2008: 16-17. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: International Methelp.

Metsämuuronen, Jari 2008: 42. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: International Methelp.

Mustanoja, Satu – Pekkanen, Johanna 2016: 711. Suomen lääkärilehti 10/2016. Akuutin valtimotukoksen uuden hoitolinjat. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/231248/SLL102016_711.pdf?sequence=1>. Luettu 20.1.2020.

Mäntynen, Raija 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuopion yliopisto. https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0514-6/urn_isbn_978-951-27-0514-6.pdf>. Luettu 11.5.2020.

Nykänen, Matti – Pohjolainen, Timo – Alaranta, Hannu 2003: 346. Moniammatillinen työryhmä. Teoksessa Alaranta, Hannu – Pohjolainen, Timo – Salminen, Jouko – Viikari-Juntura, Eira (toim.): Fysiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2015. Kehittämistyön menetelmät. Helsinki: WSOYpro.

Rissanen, Paavo 2003: 93. Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa Alaranta, Hannu – Pohjolainen, Timo – Salminen, Jouko – Viikari-Juntura, Eira (toim.): Fysiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2017. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Suvanto, Mari 2014. Uusia malleja työelämän kehittämiseen. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/85931/2014_D_13_Uusia_malleja_työelaman_YAMK.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Luettu 20.2.2020.

Stake, Robert E. 1995. The Art of Case Study Research: perspectives on practice. London.

<https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=ApGdBx76b9kC&oi=fnd&pg=PA7&dq=Stake,+R.E.+1995.+The+Art+of+Case+Study+Research:+perspectives+on+practice.+London:+Sage.&ots=KvOGf7Fj9s&sig=tWqUkNu0OuhbbmdMPjE6BaPV6Sg&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>. Luettu 20.2.2020.

Taipale, Matias 2020. Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden aktiivisuuden seuranta HUS neurologisella kuntoutusosastolla. <https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20200489/urn_nbn_fi_uef-20200489.pdf>. Luettu 5.5.2020.

Terveyskylä. 2017. Aivotalo. Aivoverenkiertohäiriöt. Elämää aivoverenkiertohäiriön jälkeen. <<https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivoverenkiertoh%C3%A4iri%C3%B6t/el%C3%A4m%C3%A4%C3%A4-aivoverenkiertoh%C3%A4iri%C3%B6n-j%C3%A4lkeen>>. Luettu 22.1.2020.

Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. <<https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>>. Luettu 23.2.2020.

Tietosuojavaltuutetun toimisto. Erityisten henkilötietoryhmien käsittely. <<https://tietosuoja.fi/erityisten-henkilotietoryhmien-kasittely>>. Luettu 4.2.2020.

Toikko, Timo – Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1>. Luettu 20.2.2020.

Winstein, Carolee J – Stein, Joel – Arena, Ross – Bates, Leora R – Cramer, Steven C – Deruyter, Frank – Eng, Janice J – Fisher, Beth – Harvey, Richard L – Lang, Catherine E – MacKay-Lyons, Marilyn – Ottenbacher, Kenneth J – Pugh, Sue – Reeve, Mathew J – Richards, Lorie G – Stiers, William – Zorowitz, Richard D 2016. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. <<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/str.0000000000000098>>. Luettu 20.5.2020.

Yin, Robert K 2003. Case study research. Design and methods. Lontoo.
<https://books.google.fi/books?id=BWea_9ZGQMwC&printsec=frontcover&dq=Yin,+R.+K.+2003.+Case+study+research.++Design+and+methods.++3.+painos.+London:+Sage.&hl=fi&sa=X&ved=0ahUKEwjssu69z9_nAhWC-josKHZxqBYoQ6AEIKjAA#v=onepage&q&f=false>. Luettu 20.2.2020.

Toteutusaikataulu vuodelle 2020-2021

Taulukko 1. Toteutusaikataulu vuodelle 2020-2021

Tammikuu	Tutkimussuunnitelma, menetelmien opetteleminen
Helmikuu	GDPR tutustuminen, suostumusten kerääminen osallistujilta, systemaattinen kirjallisuushaku
Maaliskuu	Tutkimuslupahakemus HUS:lle, tiedote tutkimuksesta, systemaattinen kirjallisuushaku
Huhtikuu	Toteutusvaihe, systemaattinen kirjallisuushaku
Toukokuu	Toteutusvaihe
Kesäkuu	Toteutusvaihe, yhteiskehittelyryhmän tapaamisen suunnittelu
Heinäkuu	Toteutusvaihe, yhteiskehittelyryhmän tapaamisen suunnittelu
Elokuu	Toteutusvaihe, yhteiskehittelyryhmän tapaaminen 4 kertaa
Syyskuu	Analysointivaihe
Lokakuu	Analysointivaihe
Marraskuu	Raportointi ja pohdinta
Joulukuu	Työn viimeistelyä
Tammikuu (2021)	Työn viimeistelyä
Helmikuu (2021)	Julkistaminen ja kypsyysnäyte

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

AVH-kuntoutujien ympäristön rikastuttaminen neurologisella kuntoutusosastolla

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan millaisia keinoja on neurologisen kuntoutuspotilaan ympäristön rikastuttamiseksi, jotta se olisi mahdollisimman aktiivinen ja kuntoutusta tukevaa niinä aikoina kun kuntoutujilla ei ole terapioiden tai hoitotoimenpiteitä. Olemme arvioineet, että sovellutte tutkimukseen, koska olette työskennelleet juuri neurologisella kuntoutusosastolla ja arvostamme kokemustanne ja tietoutta aiheesta. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja teidän osuuttanne siinä. Porehdyttyänne tähän tiedotteeseen teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kieltäytyminen ei vaikuta oikeuksiinne tai kohteluun työpaikallanne.

Voitte myös keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Mikäli keskeytätte tutkimuksen tai peruutatte suostumuksen, teistä keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on keinojen kehittäminen neurologisen kuntoutuspotilaan ympäristön rikastuttamiseksi, jotta se olisi mahdollisimman aktiivinen ja kuntoutusta tukevaa niinä aikoina kun kuntoutujilla ei ole terapioiden tai hoitotoimenpiteitä.

Tutkimuksen toteuttajat

Tutkimus tehdään opinnäytetyönä Metropolia ammattikorkeakouluun. Tutkijana toimii Petra Suokorpi. Tutkimus toteutetaan HUS neurologisella kuntoutusosastolla ja HUS saa täysin hyödyntää tutkimusta tarpeissaan.

Tutkimusmenetelmät ja toimenpiteet

Tutkimukseen osallistuminen kestää on viisi kuukautta. Tarkoitus on tavata yhteiskehittelyn merkeissä sen aikana noin kahdeksan kertaa. Työryhmä sitoutuu tapaamaan yhden kerran kolmessa viikossa noin 30minuutin ajan.

Tutkimus toteutetaan tutkimuksellisenä kehittämistyönä ja tulokset analysoidaan laadullisella tutkimusotteella. Osastojen kansliassa on myös ideointipaperi, johon kuka tahansa saa laittaa anonymisti ideoita. Tutkimuksen kohderyhmä on sosiaali- ja terveyshuollon ammattilaiset. Aineisto koostuu kirjallisuudesta sekä yhteiskehittelyryhmän tuottamasta aineistosta.

Kustannukset ja niiden korvaaminen

Tutkimukseen osallistuminen ei maksa teille mitään. Osallistumisesta ei myöskään makseta erillistä korvausta.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Kysymyksessä on opinnäytetyö, joka julkaistaan avoimesti Theseus-tietokannassa.

Tutkimuksen päätyminen

Myös tutkimuksen suorittaja voi keskeyttää tutkimuksen halutessaan.

Lisätiedot

Pyydämme teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkijalle/tutkimuksesta vastaavalle henkilölle.

Tutkijoiden yhteystiedot

Tutkija / opinnäytetyötekijä
Nimi: Petra Suokorpi
Puh. 040 6831697
Sähköposti: petra.suokorpi@metropolia.fi

Tutkimuksesta vastaa / opinnäytetyön ohjaaja
Titteli: Lehtori
Nimi: Sanna Garam
Metropolia Ammattikorkeakoulu Oy /Kuntoutuksen ja tutkimisen osaamisalue
Puh. 040 6418226
Sähköposti: sanna.garam@metropolia.fi

Tutkimuksen tietosuojaseloste: Henkilötietojen käsittely tutkimuksessa

Tässä tutkimuksessa käsitellään teitä koskevia henkilötietoja voimassa olevan tietosuojalainsäädännön (EU:n yleinen tietosuoja-astus, 679/2016, ja voimassa oleva kansallinen lainsäädäntö) mukaisesti. Seuraavassa kuvataan henkilötietojen käsittelyyn liittyvät asiat.

Tutkimuksen rekisterinpitäjä

Rekisterinpitäjällä tarkoitetaan tahoja, joka yksin tai yhdessä toisten kanssa määrittelee henkilötietojen käsittelyn tarkoitukset ja keinot. Rekisterinpitäjä voi olla Metropolia Ammattikorkeakoulu, toimeksiantaja, muu yhteistyötaho, opinnäytetyöntekijä tai jotkut edellä mainituista yhdessä (esim. Metropolia Ammattikorkeakoulu ja opinnäytetyöntekijä yhdessä).

Tässä tutkimuksessa henkilötietojen rekisterinpitäjä on:

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| Metropolia Ammattikorkeakoulu | <input type="checkbox"/> | |
| Toimeksiantaja | <input type="checkbox"/> | Toimeksiantajan nimi: |
| Muu yhteistyötaho | <input type="checkbox"/> | Yhteistyötahon nimi: |
| Opinnäytetyöntekijä | <input checked="" type="checkbox"/> | |

Voitte kysyä lisätietoja henkilötietojenne käsittelystä rekisterinpitäjän yhteyshenkilöltä

Rekisterinpitäjän yhteyshenkilön nimi:

Organisaatio:

Puh.

Sähköposti:

Tutkimuksessa teistä kerätään seuraavia henkilötietoja

Henkilötietojen käsittely on oikeutettua ainoastaan silloin, kun se on tutkimukselle välttämätöntä. Kerättävät henkilötiedot on minimoitava, niitä ei saa kerätä tarpeettomasti tai varmuuden vuoksi.

Henkilötieto mitä tässä tutkimuksessa käytetään on biometrinen tunnistus eli yhteiskehittelyryhmäkeskustelut tullaan äänittämään, jotta tutkija pystyy osallistumaan keskusteluun myös.

Teillä ei ole sopimukseen tai lakisääteiseen tehtävään perustuvaa velvollisuutta toimittaa henkilötietoja vaan osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Tutkimuksessa kerätään henkilötietojanne myös seuraavista lähteistä

Tutkimuksessa ei kerätä henkilötietojanne muista lähteistä.

Henkilötietojenne suojausperiaatteet

Biometrinen tunniste tallentuu tutkijan omaan puhelimeen, joka on suojattu. iPhone 11 pro. Puhelin on lukittu ja sen saa vain tutkijan omalla face ID: llä auki.

Henkilötietojenne käsittelyn tarkoitus

Henkilötietojenne käsittelyn tarkoitus on saada kerättyä kaikki ryhmästä ideoituva aineisto tallenteelle ja tutkija voi rauhassa purkaa sen myöhemmin. Näin tutkija itse pystyy osallistumaan keskusteluun paremmin, kun ei tarvitse kirjoittaa samalla tai ei tarvitse sihteeriä.

Henkilötietojenne käsittelyperuste

Opinnäytetyössä käsittelyperuste on yleensä *suostumus*

Tutkimuksen kesto aika (henkilötietojenne käsittelyaika)

Tutkimus kestää kokonaisuudessaan 10kk.

Mitä henkilötiedoillenne tapahtuu tutkimuksen päätyttyä?

Biometriset tallenteet hävitetään viipymättä tutkimuksen valmistuminen jälkeen.

Tietojen luovuttaminen tutkimusrekisteristä

Tietoja ei luovuteta muualle.

Henkilötietojenne mahdollinen siirto EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle

Tietojanne ei siirretä EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle.

Rekisteröitynä teillä on oikeus

Koska henkilötietojanne käsitellään tässä tutkimuksessa, niin olette rekisteröity tutkimuksen aikana muodostuvassa henkilörekisterissä. Rekisteröitynä teillä on oikeus:

- saada informaatiota henkilötietojen käsittelystä
- tarkastaa itseänne koskevat tiedot
- oikaista tietojanne
- poistaa tietonne (esim. jos peruutatte antamanne suostumuksen)
- peruuttaa antamanne henkilötietojen käsittelyä koskeva suostumus
- rajoittaa tietojenne käsittelyä

- rekisterinpitäjän ilmoitusvelvollisuus henkilötietojen oikaisusta, poistosta tai käsittelyn rajoittamisesta
- siirtää tietonne järjestelmästä toiseen
- sallia automaattinen päätöksenteko nimenomaisella suostumuksellanne
- tehdä valitus tietosuojavaltuutetun toimistoon, jos katsotte, että henkilötietojanne on käsitelty tietosuojalainsäädännön vastaisesti

Jos henkilötietojen käsittely tutkimuksessa ei edellytä rekisteröidyn tunnistamista ilman lisätietoja eikä rekisterinpitäjä pysty tunnistamaan rekisteröityä, niin oikeutta tietojen tarkastamiseen, oikaisuun, poistoon, käsittelyn rajoittamiseen, ilmoitusvelvollisuuteen ja siirtämiseen ei sovelleta.

Voitte käyttää oikeuksianne ottamalla yhteyttä rekisterinpitäjään.

Tutkimuksessa kerättyjä henkilötietoja ei käytetä profilointiin tai automaattiseen päätöksentekoon

Henkilötietojen käsittely aineistoa analysoitaessa ja tutkimuksen tuloksia raportoitaessa

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimusaineistoa käsitellään luottamuksellisesti lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Yksittäisille tutkittavalle annetaan tunnus-koodi ja häntä koskevat tiedot säilytetään koodattuina tutkimusaineistossa. Aineisto analysoidaan koodattuna ja tulokset raportoidaan ryhmätasolla, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa ilman koodiavainta. Koodiavainta, jonka avulla yksittäisen tutkittavan tiedot ja tulokset voidaan tunnistaa, säilyttävät tutkijalla tutkimuksen ajan, eikä tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista.

Tutkimusaineistoa säilytetään tutkijan puhelimessa sekä tietokoneella 1 vuotta, jonka jälkeen ne hävitetään.

Tutkimuksen nimi: AVH-kuntoutujien ympäristön rikastuttaminen neurologisella kuntoutusosastolla

Tutkimuksen toteuttaja: Metropolia Ammattikorkeakoulu Oy, Petra Suokorpi, 0406831697,

petra.suokorpi@metropolia.fi Ohjaaja: Sanna Garam, 0358406418226, Sanna.garam@metropolia.fi

Minua ~~pyydetään~~ on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kehittää keinoja neurologisen kuntoutuspotilaan ympäristön rikastuttamiseksi, jotta se olisi mahdollisimman aktiivinen ja kuntoutusta tukevaa hiinäaikoina kun kuntoutujilla ei ole terapeuttaisia hoitotoimenpiteitä.

Olen saanut tutkimustiedotteen ja ymmärtänyt sen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja toteutuksesta, oikeuksista sekä tutkimuksen mahdollisesti liittävistä hyödyistä ja riskeistä. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Olen saanut tiedot tutkimukseen mahdollisesti liittyvästä henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta ja minun on ollut mahdollista tutustua tutkimukseen liittyvään tietosuojaselosteeseen.

Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen tai peruutan suostumukseni, minusta keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen.

Jos tutkimukseen liittyvien henkilötietojen käsittelyperusteena on suostumus, vahvistan allekirjoituksellani suostumukseni myös henkilötietojeni käsittelyyn. Minulla on oikeus peruuttaa suostumukseni tietosuojaselosteessa kuvatulla tavalla.

Taulukko 3. Ensimmäisen yhteiskehittelyryhmän tuotokset

<p>Sisäpiiri: kaksi sairaanhoitajaa, kaksi lähihoitajaa, osastonhoitaja, neurologi, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja neuropsykologi</p>	<p>Ulkopiiri: (opponentit) kaksi lähihoitajaa, kaksi sairaanhoitajaa, osastonhoitaja, neurologi, puheterapeutti, fysioterapeutti ja kaksi toimintaterapeuttia</p>
<ul style="list-style-type: none"> - musiikin kuuntelu osaksi arkea kalenteriin - pelit kaikille käyttöön - lukujärjestys, kuntoutuja pystyy orientoitumaan ensiviikkoon esimerkiksi ja voi suunnitella tekemistä - levyraati, tietokilpailut ynnä muuta ohjelmaa josta paljon kiitosta kuntoutujilta yhdessä olosta hoitajien ja kuntoutujan kanssa. - musiikkiterapia, kokeilussa hyvin suosittu - tablettiin, eri applikaatioita tai musta terapiaa etänä - kuntoutujan omien älylaitteiden käytön toiminta, terapeutit ladanneet jo - yhteisöllisyys, kuntoutujat tukisi toisiaan - maalausketket - aktivoiva tuolijumppa, joka kaikille sopiva - Pablo käyttöön - vapaa-ajan ohjelmaa illat ja viikonloput, vapaaehtoiset tekijät - rikastukset ei tarvitse olla terapeuttisia mutta virikkeellisiä - olisi ihanaa, että olisi tällainen henkilö tekemään tätä - kuntoutujat kaipaa tekemistä, urheilun seuraaminen kokoaa kuntoutujat kasaan - ulkoilu - ympäristön vaihtelu - poikkeustilanteina (viikonloppuina) miten järjestellään vierailut ynnä muuta ohjelman lomassa, pitäisikö se lisätä kuntoutus suunnitelmaan vai pitäisikö sen olla täysin vapaaehtoista 	<ul style="list-style-type: none"> - lukujärjestys hieno idea, tuo rakennetta ja säännöllisyyttä - seinässä kiinni ja voi ottaa kopion itselleen taskuun - työryhmä joka selittää miten se olisi järkevää - kuntoutusohjelman voi tehdä myös nimetty henkilö, joka suunnittelee sen yksilöllisesti - noudatetaan päiväjärjestystä, jolloin lukujärjestys on toimiva - sähköinen lukujärjestys - vapaaehtoistyöntekijä voisi tulla tekemään aivoliitolta - vastuuhenkilö aktivointi toimintaan - kokemusasiantuntijat, ne ehkä tulevat toisenlaiseen, raati kehittää - vapaaehtoinen - kesätyöntekijät, levyraati ollut pidetty, askarteluohjaajat - otetaan hankkeita mukaan, vaikuttavuuden jälkeen voi saada rahallista tukea jatkoa - yhteistyötä oppilaitosten kanssa - osaston opiskelijoille jaksotehtäviä - avoimet ovet ryhmiin jos yhteistyöstä jostain muualta jotta voi keskittyä siihen - iPad laitteiden käytön organisointi, kuntoutuskokouksissa päätetään kenelle se annetaan, joku vastuuhenkilö siihen - tulohaastattelussa jos kysyttäisiin harrastuksia ja mistä tykkää jos voidaan ajatella sitä ja sitä nähden mennä, motivoivana ja kiinnostava juttuna mm musa maku ym. - viherseinä esteettisyytenä

<p>- omaiset mukaan ottaminen aktivointiin, olisi antaa heille jotain ohjelmaa ja vaihtoehto tulla mukaan ryhmiin</p>	
---	--

Taulukko 4. Toisen yhteiskehittelyryhmän tuotokset

<p>Sisäpiiri: lähihoitaja, osastonhoitaja, sairaanhoitaja, neurologi ja puheterapeutti</p>	<p>Ulkopiiri (opponentit): kaksi sairaanhoitajaa, kaksi lähihoitajaa, osastonhoitaja, neurologi, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja neuropsykologi</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Video, josta voisi katsoa jotain aktivoivaa, kuten tuolijumppa - Kuntoutujien vastuuttaminen: verenpaino, paino, kipumittarit harjoittelua myös kotiutumista varten, tulisi harjoiteltua sairaalassa jo kotia varten. - Aktiivisuusrata: eri pisteitä mm. askelmittaripiste, kuntopiirimäinen sovellettuna kaikille, voi jättää jonkun pisteen tekemättä jos ei pysty tai halua tehdä sitä. "Tuloskortti", jää dokumenttia alkutilanteesta ja voi verrata loppujaksoon. - Yhteistyö koulujen kanssa, taidekoulut, jotka tarvitsee yleisöä, "kummikoulut" lasten esiintyminen/vierailut/piirustuksia seinille, musiikkiopistot harjoittelemaan osastolle, terveystyö alan opiskelijoiden yhteistyöt eri kursseilla - Tulohaastatteluihin "vapaa-ajan, harrastukset, mielenkiinnon kohteet" ja sit mietitään mitä on tarjolla, ristisanat, musiikkitarjonta - Tv ohjelmat, mitä sieltä tulee - Ulkoilu porukalla, ulkoympäristössä ja ryhmässä on matalampi kynnyks aktivoitua sosiaalisesti myös. - Yhteiset juhlat "juhannus juhlat", mehua samppanjalasista, tekee arjesta erilaisen. Viikonloppuna tai juhlapäivänä 	<ul style="list-style-type: none"> - Onko vastuuttaminen luotettavaa - Teko kukkia, kun aitoja ei saa bakteereiden takia pitää - Kahden hengen huoneet aktivoi ja sosiaalistaa - DVD, tekijäoikeudet tulee vastaan, elokuva arkistossa olevia saa katsoa, mutta TV:stä voi tehdä vastaavaa - Hus saa tuoda koiria - Omaisten info terapeuteilta mitä voi tehdä kuntoutujan kanssa ja millä tahdilla, kuten auttaa MOTOMediin, tuolijumppaa p-tuolissa istuen, sormien koukistelu, jolloin he ei voisi tehdä myöskään liikaa ja lepoaika säilyy. Ja silloin ruuan ja herkkujen tuominen vähentyisi, kun kuntoutujan muistaminen vaihtuu tuomista aktivoinniksi. - Leffaillat: Apple tv, jotta olisi helposti saatavilla ja jokainen voisi omasta laitteesta, silloin ei olisi myöskään laitteista tulevia epäturvallisia johtoja. Valkokankaalle tietokoneen kautta leffoja, "äänestä viikon leffa" johon olisi laitettu kolme vaihtoehtoa. Ja sitten jutella elokuvasta sen jälkeen. - Oma-jumppa: "virtuaalijumppa" erikuntoutuja ryhmittäin mm. vartalonhallinta ryhmä, vasemmanpuolen yläraaja, oik. alaraaja. Tai

<ul style="list-style-type: none"> - Tv:tä ei huoneessa, ettei passivoi ”katson ensin tämän loppuun ja sitten lähden” - Rauhoittuminen/rentoutuminen, rauhoittumishuone/paikka - Ruokailutilan viihtyvyys - Yleistilojen vetonaula - Viherkasveja - Kasvitaluja - Huoneita/paikkoja, joihin voi mennä omaisen kanssa - Yhden hengen huoneissa toteutuu yksityisyys, voi harjoitella rauhassa - DVD, elokuvailta yhdessä, yhteinen päätös mitä katsotaan - Netflix - Yle areena - Ruutu + - Äänikirja - Iso näyttö josta voi yhdessä katsoa - AVH filmejä pyörimään kerran viikossa - Pizzaperjantai - Kirjakerho - Lukupiiri - Terapiaeläimet, kaverikoirat pitämään seura - Omaiset mukaan kuntoutukseen ”ohjelma Kjan kanssa” joka olisi suunniteltu juuri heille - Hesarin lukua, joka olisi jonkun Kjan vastuulla. - Äänikirja piiri 	<p>ryhmittäin ei tekemisiä päivän mittaan esim. 100 kertaa vartalon suoristaminen päivän aikana ja siitä voisi pitää tukkimiehen-kirjaa, jonka palauttaa esim. omalle terapeutille tai hoitajalle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ”Leffailta” vuoroviikoin eri osastoilla päiväsaikaan, jaksako kuntoutuja istua 1,5h voisiko miettiä elokuvan jakamista kahteen iltaan tai minisarjat. Ja eripituisia tv hetkiä. - Teemakaudet: urheilu, tv-kilpailut. - Lukupiiri: kuntoutujalle tehtäväksi lukea muille esim. hesaria diginä, runoja, kirjoja - Äänikirja, jos kirjat liian pitkiä pätkittynäkin, voi miettiä myös Yle areenasta kuunnelmia ja podcasteja. - Rauhoittumiseen: hiljaisuus, taideterapia, piirustus, oleilu, musiikki - Aktiivisuuden kasaantuminen vain liikkuville kuntoutujille, pidetään mielessä myös huonokuntoisemmat. - Tulohaastattelussa kysytään mistä tykkää, lukeminen, kuuntelu (omassa huoneessa myös mahdollista), muistetaan että jakson aikana voi mielipiteet muuttua. - Yhteistyöt eri tahojen kanssa HUS kanssa, opettajakoulutuslaitos, lastentarhaopettaja koulutus, idearikkaita ihmisiä - Omaiset ettei hyysää, aloitusvideossa ”miten voit tukea kuntoutujaa” - Tiedote omaiselle ”mitä voitte yhdessä tehdä” ja siihen lisätä lukupiiri, äänikirja, leffailta ajankohdat. Samalla ne tulee kuntoutujalle ja omaisille tiedoksi ja osaavat olla oikeassa paikassa oikeaan aikaan. Hetken pitäjä valikoituisi vapaaehtoisesti, johonkin listaan voisi laittaa halutessaan nimen. Tiistai koko osaston kokouksessa voisi näitä myös aina kertoa ja ohjata nimen laittoon. - Pelit: ehjät lautapelit ym. värikyniä.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Kehittämisyhmä, vastuu henkilö, ympäristön koristeluun, viihtyisyyttä osastoon Ilmaisutaitoluokat, teatteri harjoittelua, tulee ongelmaksi kenen kanssa ne tulee ja tämä on sairaala. Menee liian hankalaksi. Aikuisia, ei lapsia. - Osaston käytävillä ei saa olla tavaroita, hygieniä syistä ei mitään kangasta saa olla, tämä osasto on selkeä ja henkilökunta on osaavaa mikä luo ilmapiiriä. Päiväsaliin, ei mitään pehmusteita. - Tauluja ei saa pitää käytävillä, koska esim. neglect ei turvallista. - Verhoja ym. ei saa laittaa, koska hygieniä ja paloturvallisuus. - Ympäristön koristelu, ettei ärsytä kerätään neutraalia. - Aistit visuaalisesti ei pisteitä minne voi mennä. Aisti huoneet erityyppisiä. - Kaverikoirat on koulutettu ja osaavat suhtautua sairaalaympäristöön, eläinten ei tarvitsisi mennä potilashuoneisiin jos siellä on allergikko tai Kuntoutuja ketä muuten vain ei halua koiran tulevan huoneeseen. Kissaa ei voi ottaa, kun hyvin allergisoiva.
--	---

Taulukko 5. Kolmannen yhteiskehittelyryhmän tuotokset

Sisäpiiri: sairaanhoitaja, kaksi lähihoitajaa, osastohoitaja, neurologi, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti	Ulkopiiri (opponentit): lähihoitaja, osastonhoitaja, kaksi sairaanhoitajaa, puheterapeutti ja neurologi
<ul style="list-style-type: none"> - tiedon saanti, aloitusvideo/motivaatiovideo, miten sieltä nousisi video. Alkuun vaatii resurssin, että se tehdään ja sen päälle laittaminen niille kuntoutujille ketä ei itse pysty - omaharjoittelu, viikonlopun tehtävät/illantehetävät ja sen arviointi oliko se kivaa, haastavaa, 	<ul style="list-style-type: none"> - järjestelykysymys, kun Paplo on yhdessä tilassa, välineitä pystyy siirtämään, ne voi myös mennä rikki, varauskirja, yksilöllisyys - kuntopiiriä on kokeiltu terapiassa pitää olla hyvin valikoitu porukka, neljä kuntoutuja ja

<p>mielekästä, kuntoutuskokouksessa se voitaisiin käydä läpi, muistuttelu niistä, kirjaaminen niistä koneelle ja lukkariin</p> <ul style="list-style-type: none"> - termienmuuttaminen kotiloma -> kotona tapahtuva harjoittelu ja sieltä itsearviointi - kaikki päivittäiset toimet lukkariin mukaan, koska kuntoutuja tarvitsee muistutusta aloitukseen. Mm jalkalaudan poistaminen 10metriksi potkuttelua varten - omaharjoittelu näkyväksi kaikille kuntoutujalle, terapeuteille, hoitajille, kuntoutuskokouksessa sovitaan se aina - kotona tapahtuva harjoittelu ja sen arviointi mitä kotilomillakin tehdään - fusioterapia tilat ovat käyttämättöminä, terapeutin kommentti, että kun yksin sinne ei voi mennä, koska hoitajat ei näe niin omaisen aikana voisi mennä, fysioterapia tilasta toi tuoda pe iltapäivällä kamoja käytävälle, mitä jos muiden tekee myös mieli alkaa tekee mitä ei saa. Mitä jos kognitiivisesti köyhempi saa idean, että minäkin kokeilen seisomaharjoitusta mitä toinen tekee ja itse ei pystyisi - MOTMedeja osastolle - lehden ääneen lukeminen - Paplo ja sitä voi seurata muutkin 	<p>kaksi terapeuttia jotta se on turvallista ja tehokasta. Mutta jos se olisikin tarpeeksi helppo, kuntoutuja voisi ”pitää huolta toisistaan” (yhteisöllisyys) esimerkiksi motomed, peili, solitar jotain turvallista ja kaikille sopivaa. Kuntopiiristä voi tehdä myös vain jotain pisteitä ja kuntoutuskokouksessa se pitää vain sopia ja viedä tieto kuntoutujalle. (tiedon kulku ja vastuhenkilö)</p> <ul style="list-style-type: none"> - verenpaineen mittaus, painon mittaus, kirjaisi itse ne ylös ja toisi hoitajalle, kuntoutujan vastuuttaminen - kirjain valittu yhteen päivään ja menee laittamaan joka päivä sanan - palapeli - pöydän ääreen syömään ne ketkä voi ja ketkä ei halua tulla voi jäädä omaan huoneeseen syömään, huomioidaan jos ei halua harjoittelun vuoksi tulla yleisiin tiloihin. Pääasia että passiivisuus jää pois. - aloitusvideoon myös hoitajan työ näkyväksi - muistutus hoitotoimien kuntoutuksesta lukkariin - levot merkinnöiksi myös lukkariin - FIM mittari tai muu vastaava, jotta kuntoutuja ja omaisetkin näkee objektiivisesti kehitystä. Sitä on helppo hyödyntää myös tiimipalaverissa - arviointi näkyväksi myös kuntoutujalle ja saadaan se palvelemaan kuntoutujaa - olemassa olevia hyödyntää, sitä käytäisiin läpi omaistenkin kanssa - mittareiden näkyvyys kaikille, seuranta myös kuntoutujalle. Ympäristöön seinälle myös selitteitä mitä eri mittarit tarkoittaa. - varauskirja Paplon kanssa käyttöön, jotta tiedetään milloin kenenkin osaston käytössä -hoitajan työ näkyväksi, siksi myös hyvä että se on lukkarissa näkyvissä sekä sen takia,
---	---

	että kuntoutus näkee, nyt usein omaisilta tulee viestiä, että miksi näin vähän terapiaa
--	---

Taulukko 6. Neljännen yhteiskehittelyryhmän tuotokset

Sisäpiiri: osastonhoitaja, toimintaterapeutti, kolme sairaanhoitajaa ja puheterapeutti	Ulkopiiri (opponentit): toimintaterapeutti, neurologi, neuropsykologi ja toimintaterapeutti
<ul style="list-style-type: none"> - Musiikin kuuntelua vaikka vuoteessa - kirjojen lukemista, - Lepo on myös tärkeä -98 Kuntoutuspolkua on mietitty, missä aktiivoinnin suositusta on seurattu asiat on mitattu, jos aktiivisuus ei täytynyt sitä täytettiin ohjattuja mielekkäillä tekemisillä - Toiminta lukujärjestykseen - Eniten kärsii tekemättömydestä omatoimiset - Erilaiset profiilit: aktiivisuustasojen mukaan, motivoisi ja kannustaisi muitakin - Ideariihpäivät kuntoutujille mitä he haluaisi, tutkimuksessa tätä oli jo kysytty ja nyt toimintaan oli alkuhaastattelussa jo kysytty mieli-puuhet, toki sitä pitäisi päivittää jakson aikana joska mieli voi muuttua - Omatoimiset harjoittelut motivoisi ja kannustaisi muitakin - Täällä jo harjoiteltaisiin kotiloma harjoittelua 	<ul style="list-style-type: none"> - Olisi jo tiedossa mitä tapahtuu ja voitaisiin kertoa ja antaa tiedote, että loppuisi se odottaminen mitä seuraavaksi - Aivoliitto, - Omaiset mukaan paremmin toimintaan, ulkoilu - Passiivisen olemisen lopettaminen - Ensitieto tukee myös tiedon saantia ja kulku - Moni hoitaja ei edes tiennyt kaikesta mitä meillä on, tiedottaminen - Resurssikysymys tulee taas esille, ei saa edellyttää kenenkään ammattiryhmän säännöllistä sitoutumista - Puh ja nepsystä annetaan joka kerta tehtäviä ja ne on 99% tehty. Kjat näyttävät tehtäviään ylpeinä. Yleisissä tiloissa tehdyt tehtävät ovat motivoinut ja herättänyt kiinnostuksen. Toi terapiassa harvemmin annetaan kotitehtäviä, fysioterapiassa annetaan omaharjoittelua ja joskus se menee myös yli, että joutuu toppuuttelemaan. - Liikaakin on liikaa, yksilöllisesti kaikki - Koti kuntouttava ympäristönä myös - Päiväsairaala mallia ollaan suunniteltu, että muutama paikka jossa siinä tulee sitten oma-toimiharjoittelua se että se tulee yhdeksi malliksi ja tavaksi toimia

	<ul style="list-style-type: none">- Informaatioympäristö, omaisten tiedottaminen, kokevat tulosten näkemisen jälkeen "valaistuvan" esim nepsytulosten näkeminen- Kotilomille ohjeita/lappuja ja ideoita mitä siellä voisi tehdä, ei tarvitsisi hoitajan aina alkaa keksimään niitä "uudestaan"- Omaiset myös terapeutin puheille, jotta saavat käsityksen miksi oma omainen nyt käyttäytyy näin tai ei näe vasemmalle tai osaa pukea vaatteita
--	--