

AIVOVAMMA-ASIAKKAAN
KUNTOUTUSOHJAUS YLIOPISTOLLISESSA
KESKUSSAIRAALASSA

Maria Satamo
Niina Urho

Opinnäytetyö
Toukokuu 2014

Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) Satamo, Maria Urho, Niina	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 12.5.2014
	Sivumäärä 76	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi AIOVAMMA-ASIAKKAAN KUNTOUTUSOHJAUS YLIOPISTOLLISESSA KESKUSSAIRAALASSA		
Koulutusohjelma Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Niinivirta, Mari		
Toimeksiantaja(t) -		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää yliopistollisen keskussairaalan aiovammapoliklinikan kuntoutusohjaajan työtä. Tavoitteena oli nostaa esiin keskeistä kuntoutusohjaajan ydinosaamista, sekä ydinosaamisen sijoittumista ICF- osa-alueisiin. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, mitä tulevaisuuden haasteita tai muutoksia kuntoutusohjaajan työssä aiovammapoliklinikalla on.</p> <p>Opinnäytetyö on kvalitatiivinen tutkimus, jossa tiedonkeruun menetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Tarkastelun apuna ja viitekehystenä käytettiin Maailman Terveysjärjestön (WHO) Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta (International Classification of Functions, ICF). Työ rajattiin kahteen yliopistolliseen keskussairaalaan, joissa toimii aiovammapoliklinikka. Tutkimusjoukon muodostivat neljä aiovammapoliklinikalla toimivaa henkilöä eri ammattiryhmistä, molemmista sairaaloista kaksi. Henkilöt valittiin sillä perusteella, että heillä oli kokemusta sekä aiovammapoliklinikan kuntoutusohjauksesta tai työskentelystä kuntoutusohjaajan kanssa että ICF-toimintakykyluokituksen käytöstä.</p> <p>Kuntoutusohjaajan työ pitää sisällään asiakkaan ohjausta, neuvontaa ja tukemista sekä kuntoutusprosessin koordinoitua ja prosessin etenemisen seuranta. Aiovamman saaneiden kuntoutusohjauksesta keskeisenä nousee esiin substanssiosaaminen aiovammoista, suomalaisen kuntoutuksen palvelujärjestelmän tunteminen, kuntoutussuunnitelman laatiminen ja seuranta sekä moniammatillinen yhteistyö sairaalan sisällä ja ulkopuolisten tahojen kanssa. ICF tuo lisäarvoa yliopistollisessa sairaalassa aiovamma- asiakkaan arviointiin, palvelujärjestelmän käyttöön ja arviointiin, ympäristötekijöiden ja osallistumisen arviointiin sekä työn rakenteeseen ja kirjaamiseen. Aiovamma-asiakkaiden kuntoutusohjauksen tulevaisuuden haasteita ovat oikea-aikainen ja riittävä ohjaus ja neuvonta, kuntoutusohjaajan työn olennaisen sisällön kirjaaminen tiiviissä muodossa sekä kuntoutuksen realistinen ja riittävän pitkän tähtäimen suunnittelu, seuranta ja koordinointi.</p> <p>Kuntoutusohjauksen keskiössä kuntoutusohjaajan työssä on asiakas oireineen, huolineen ja tarpeineen sekä asiakkaan perhe ja läheiset. Kuntoutusohjaajalla tulee olla kannustava ote asiakkaan ohjauksessa. Kuntoutusohjaajan työ on laaja-alaista. Hänellä on koordinoitavastuu asiakkaan kuntoutusprosessissa ja palvelujärjestelmässä yli ammatti- ja organisaatorajojen. Aiovamman oirekuvan näkyväksi tekeminen kuntoutuksen eri tahoille vaatii kuntoutusohjaajalta substanssiosaamista sekä ymmärrystä moniammatillisesta yhteistyöstä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Aiovamma, kuntoutusohjaus, ICF-luokitus		
Muut tiedot		



Author(s) Satamo, Maria Urho, Niina	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 12.5.2014
	Pages 76	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title REHABILITATION COUNSELING OF BRAIN INJURY PATIENT IN A UNIVERSITY HOSPITAL		
Degree Programme Rehabilitation Counseling and Planning		
Tutor(s) Niinivirta, Mari		
Assigned by -		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this study was to investigate the work of a University Hospital outpatient brain injury rehabilitation counsellor. The aim was to highlight the core competencies of a rehabilitation counsellor, as well as the core competencies' placement in the ICF-sections. In addition, the aim was to examine the future challenges or changes in the work of a rehabilitation counsellor in a brain injury rehabilitation clinic.</p> <p>The thesis was a qualitative study in which theme interviews were used as the method of data collection. As a reference and a basis for the review was the World Health Organization's (WHO) international classification of functional capacity, activity limitations and health (International Classification of Functions ICF). The work was limited to two University Central Hospitals having a brain injury clinic. The study sample consisted of four persons who worked in a brain injury clinic in various professions, two from both hospitals. The persons interviewed were selected on the basis of having experience of either brain injury rehabilitation counselling of outpatients or of working with a rehabilitation counsellor. In addition, they had experience of using the ICF-classification.</p> <p>The work of a rehabilitation counsellor consists of clients' guidance, counselling and support, as well as co-ordination of the rehabilitation process and monitoring the progress of the process. A key issue in counselling patients with a brain injury is knowledge of brain injuries, the Finnish rehabilitation services, the making of a rehabilitation plan and its monitoring. In addition, knowledge is needed in multi-professional co-operation within the hospital and with external parties. ICF adds value to the University Hospital brain injury client assessment, service use and evaluation as well as to evaluating environmental factors and participation. ICF also adds value to the structure of the work and its recording. The challenges of the future in the rehabilitation counselling of brain injury clients are timely and adequate guidance and counselling as well as recording the essence of the counsellor's work. Challenges are also in realistic and adequate long-term planning, monitoring and coordination.</p> <p>In the focus of rehabilitation counselling is the clients with their symptoms, worries and needs, as well as their families and friends. A rehabilitation counsellor has to have a stimulating approach in guiding the client. Rehabilitation counsellors' work is wide-ranged. They are responsible for coordinating the clients' rehabilitation process in the whole service system across professional and organizational boundaries. In bringing the symptoms of a brain injury visible to the different parties, a rehabilitation counsellor is required to have substance knowledge, as well as an understanding of multi-professional co-operation.</p>		
Keywords Traumatic brain injury (TBI), rehabilitation counseling, ICF-classification		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Aivovamma	4
2.1	Aivovamman määritelmä	4
2.2	Aivovammojen esiintyvyys Suomessa	6
2.3	Aivovamman oireet	7
3	Aivovamman saaneen henkilön kuntoutuksen erityispiirteet.....	8
3.1	Aivovammapoliklinikan asiakkaan kuntoutusta ohjaava lainsäädäntö	14
3.2	Aivovamma-asiakas ja kuntoutusohjaus	18
4	Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF)	22
5	Aivovamma-asiakkaan kuntoutusohjaus yliopistollisessa keskussairaalassa ..	30
5.1	Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimuskysymykset.....	30
5.2	Tutkimusmenetelmät	31
5.3	Tutkimuksen toteutus	33
6	Tutkimustulokset	35
6.1	Kuntoutusohjaajan työn sisältö yliopistollisen keskussairaalan aivovammapoliklinikalla ja kuntoutusohjaajan ydinosaaminen	35
6.1.1	Ohjaus, neuvonta ja tukeminen	36
6.1.2	Koordinointi ja kuntoutusprosessin eteneminen	36
6.1.3	Substanssiosaaminen	37
6.1.4	Palvelujärjestelmän tunteminen	37
6.1.5	Kuntoutussuunnitelman laatiminen ja seuranta	38
6.1.6	Yhteistyö.....	39
6.2	Toimintakykyluokitus on tuonut ja voi tuoda uutta kuntoutusohjaajan työnkuvaan.....	40
6.2.1	ICF lisää laajuutta asiakkaan arviointiin	41
6.2.2	ICF jäsentää palvelujärjestelmän käyttöä	42

6.2.3	ICF laajentaa ymmärrystä ympäristötekijöiden ja osallistumisen arvioinnissa.....	42
6.2.4	ICF strukturoi työtä ja kirjaamista	43
6.3	Kuntoutusohjaajan ydinosaaminen ICF-viitekehyyksen osa-alueisiin liitettynä	45
6.3.1	Toimintakyky ja toimintarajoitteet	47
6.3.2	Kontekstuaaliset tekijät.....	50
6.4	Muutokset tai tulevaisuuden haasteet kuntoutusohjaajan työssä aivovamma-asiakkaan kohdalla yliopistollisessa keskussairaalassa	51
6.4.1	Aivovamma-asiakkaan ohjaus ja neuvonta.....	52
6.4.2	Kuntoutusohjaajan työn kirjaaminen.....	52
6.4.3	Kuntoutuksen suunnittelu ja koordinointi	53
7	Pohdinta	53
	Lähteet	62
	Liitteet	67
	Liite 1. Saatekirje	67
	Liite 2. Haastattelukysymykset.....	68
	Liite 3. ICF-viitekehyyksen mukainen tukikaavio	69
	Liite 4. Traumaattisen aivovaurion suppea ydinkäsiteluettelo (Brief CoreSet)	71
	Liite 5. Tukikaavio ja poimitut vastaukset.....	72
 Kuviot		
	Kuvio 1. Mihin kaikkeen päähän vamma vaikuttaa?	8
	Kuvio 2. Kuntoutusohjaajan yhteistyötahot	22
	Kuvio 3. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet	24
	Kuvio 4. ICF – luokituksen hierarkkinen rakenne ja koodit	25
	Kuvio 5. ICF-luokituksen osat, osa-alueet ja pääluokat, joita käytimme haastattelussa	46

1 Johdanto

Kun ihminen saa aivovamman tai minkä tahansa vamman, hänellä on haaste sopeutua tilanteeseen ja löytää vamman jälkeen vahvuutensa. Vammaan liittyy aina menetyksen kokemusta. Aivovammatilanteessa erityisen haasteen muodostaa se, että vamma kohdistuu aivoihin, paikkaan, jossa keskeiset mekanismit myös sopeutumisen ja kuntoutumisen kannalta sijaitsevat. Aivot ovat erityinen osa ihmistä, ihmisyyttä. Kuntoutuminen ja kuntoutus ovat toivoa antavia asioita. (Ylinen 2012, 6.)

Aivovamman saaneen henkilön toipuminen on pitkä ja joskus kivinen tie. Tila koheenee vähitellen ainakin kymmenen vuotta tapahtuneen jälkeen. Elämä ei palaa välttämättä entiselleen, ja toipuminen voi olla osittaista. Uusi elämänvaihe tuo uudet tavoitteet ja näköalat. Matkalla on haasteita ja esteitä. Matkaa omaan itseen kutsutaan ihmisen sisäisen vuoren valloitukseksi. Matkalla on hyötyä oppaasta tai kartasta, joka näyttää sudenkuopat ja antaa suunnan. Opas voi olla samanlaisen matkan kulkenut tai ammattiterapeutti, joka tuntee aivovamman erityispiirteet. (Powell 2005, 191–192.)

Lähtökohtana opinnäytetyössä on, että kuntoutusohjaaja on aivovammapoliklinikalla yksi keskeinen henkilö aivovamma-asiakkaiden kuntoutuksen koordinoinnissa. Tavoitteena on nostaa esiin kuntoutusohjaajan työn ydinosaamista sekä sen sijoittumista Maailman terveysjärjestön (WHO) Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (ICF) osa-alueisiin. Tarkastelun apuna ja viitekehyyksenä käytetään ICF-toimintakykyluokitusta. Kuntoutusohjaajan työtä ja koordinointia voidaan jäsentää ICF-toimintakykyluokituksen käytöllä. Haastattelujen perusteella selvitettiin, mitä uutta ICF-luokitus tuonut työnkuvaan. Lisäksi selvitettiin, mitä tulevaisuuden haasteita tai muutoksia vastaajat näkivät kuntoutusohjaajan työssä.

Tarkastelu rajattiin koskemaan kahden yliopistollisen sairaalan aivovammapoliklinikan kuntoutusohjausta. ICF on käytössä toisessa haastattelukohteena olevassa sairaalassa aktiivisemmin ja toisessa sairaalassa tausta-ajatuksena. Tutkimusjoukon

muodostivat neljä henkilöä eri ammattiryhmistä, molemmista sairaaloista kaksi. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelujen avulla. Näin haluttiin koota merkityksellistä tietoa aivovammapoliklinikan kuntoutusohjauksesta kokeneilta ammattilaisilta suorassa vuorovaikutustilanteessa. Näin haastateltaville annettiin avoin mahdollisuus kertoa haluamallaan laajuudella ja omaan kokemukseensa perustuen annetusta aiheesta. Vastauksista nostettiin esille teemat kuntoutusohjauksen ydinsisällöstä. Koska toisessa sairaalassa ei vielä toimi kuntoutusohjaajaa moniammatillisen tiimin jäsenenä, voi kerätty tieto auttaa kuntoutusohjaajan työnkuvan rakentamisessa ja jäsentämisessä tulevaisuudessa.

Tämän opinnäytetyön haastattelujen perusteella vahvistui ajatus aivovamma-asiakkaan kuntoutuksen laaja-alaisuudesta ja koordinoinnin tarpeellisuudesta. Riittävän ja oikea-aikaisen ohjauksen tarjoaminen on haasteellista. ICF-luokitus voi toimia kuntoutuksen käsitteiden jäsentäjänä ja toiminnan tausta-ajatuksena.

2 Aivovamma

2.1 Aivovamman määritelmä

Aivovammalla tarkoitetaan aivokudoksen vauriota, joka on syntynyt tapaturman seurauksena. Ulkoinen energia aiheuttaa päähän ja aivoihin kohdistuvan vamman. Energia voi kohdistua suorana iskuna tai se voi olla aivoihin kohdistuva voimakas hidastusliike tai aivokudokseen tunkeutuva vierasesine. Keskeisimmät ensisijaiset kudosaauriot ovat kallon sisäiset verenvuodot, aivoruhje ja diffuusi aksonivaurio eli DAI. DAI tarkoittaa ilmiötä, jossa hermosolujen päähaarojen vaurioituminen johtaa hermosolujen välisten yhteyksien katkeamiseen. Se on yksi tärkeimmistä aivojen vammamekanismeista. (Aivovammaliitto ry. 2014.)

Aivovamman seuraukset voivat olla ohimeneviä tai pitkäkestoisia ja vakavasti vammauttavia. Aivovamman aiheuttaman vaurion vammamekanismit voidaan karkeasti jakaa kahteen tyyppiin. Pään kohdistunut isku aiheuttaa paikannettavia aivoruhjeita (kontuusio) tai pään edestakainen liike ilman kallon rikkoutumista vaurioittaa aivokudosta. Toiseksi aivovamman voi aiheuttaa toissijaiset muutokset, kuten esimerkiksi kudosturvotus (ödeema), verenvuoto aivoissa, aiovapaineen nousu tai tulehdus. Aivojen muutokset voivat olla paikantuneita tai laaja-alaisia vammamekanismista riippuen. Vammoissa vaurio voi olla myös aivoihin kohdistuneen iskun vastakkaisella puolella. (Kuikka, Pulliainen & Hänninen 2002, 295–297.)

Aivovammaan liittyy pään kohdistuneen trauman seurauksena ainakin jokin seuraavista niin sanotuista vähimmäiskriteereistä:

1. Tajunnan menetys, joka voi olla eripituinen ja eritasoinen.
2. Muistin menetys (posttraumaattinen amnesia), joka koskee vammaa välittömästi edeltäneitä tai seuraavia tapahtumia.
3. Henkisen toimintakyvyn muutos (esimerkiksi muistihäiriö tai sekavuus) vammautumisen yhteydessä.
4. Paikallista aivovauriota osoittava neurologinen oire tai löydös, joka voi olla ohimenevä tai pysyvä.
5. Aivojen kuvantamistutkimuksissa todettava vammamuutos.

Pään kohdistunut isku ei yksin riitä osoitukseksi aivovammasta. Ulkoiset vamman merkit, silminnäkiän antama lausunto tai muu luotettava tapahtumatieto tarvitaan vamman todentamiseen. Mahdollinen päihtymystila vaikeuttaa tajunnan tason arviointia ja voi peittää alleen muutoksia. Vähimmäiskriteerien täytyminen ei välttämättä tarkoita, että vammasta jää pysyviä oireita tai että vamman jälkeen esiintyvät oireet johtuvat kyseisestä vammasta. Oireiden ja vamman välillä tulee olla kliinisesti looginen ja todennäköinen yhteys, ja erotusdiagnostiset tekijät tulee huomioida. Aivovammadiagnoosia ei voi asettaa esimerkiksi myöhemmin esiintyvien neurologisten ja neuropsykiatristen oireiden tai neuropsykologisen tutkimuksen poikkeavuuden perusteella, vaan diagnoosi edellyttää edellä mainittujen kriteerien täyttymisen. (Aivovammat 2008.)

Aivovammojen määrittelyssä käytetään luokittelua ja vaikeusasteen arviointia. Luokittelu voi perustua vammamekanismiin, kudosaaurion luonteeseen tai vaikeusasteeseen. Vammamekanismin ja kudosaaurion luonteen mukaisesti luokitellaan aivovammat muun muassa sen mukaan, onko kalloon kohdistunut vauriota, onko aivokudoksen vaurioalue paikallinen vai laajempi tai onko kudosaaurio syntynyt suoranaisesti vammaenergian vaikutuksesta. Luokittelu vaikeusasteen mukaan on kliinisesti erittäin tärkeä ja pohjana useille myöhemmille arvioille sekä jatkotoimenpiteille. (Aivovammat 2008.) Luokittelussa käytetään käsitteitä hyvin lievä, lievä, keskivaikea ja vaikea aivovamma. Aivovamman vakavuuden arvioinnissa ei ole selviä rajakohtia, vaan se on jatkumo. Ei ole yksiselitteistä määritelmää siitä, mikä on lievä tai vaikea aivovamma. Arvio tehdään hoidollisia ja ennusteellisia tarkoituksia varten. (Aivovammaliitto ry. 2014.)

2.2 Aivovammojen esiintyvyys Suomessa

Vuosittain noin 15 000-20 000 henkilöä saa Suomessa aivovamman. Kuolinsyytilastoissa se on pääsyyntä noin 1000 henkilöllä ja alle 45-vuotiailla aikuisilla yleisin välitön kuolinsyy. Pysyviä aivovamman aiheuttamia jälkitiloja on 2,3 %:lla väestöstä. Suomessa elää arviolta 100 000 tapaturmaisesti aivovaurioitunutta ihmistä, joilla on pysyvästi oireileva jälkitila. Puolet aivovammoista ilmaantuu 15–34-vuotiaille ja noin 2/3 kaikista vammoista sattuu miehille. Sukupuoliero tasoittuu suunnilleen 45 ikävuodesta lähtien, ja yli 75-vuotiaiden ryhmässä naiset ovat enemmistönä. Nuorten aikuisten pysyvän invaliditeetin aiheuttajana nämä vammat ovat kansantaloudellisesti merkityksellisiä. (Aivovammat 2008.)

Suomessa sairaaloissa hoidetuista aivovammoista syntyy kaatumis- tai putoamistapaturmissa noin 65 %, liikenneonnettomuuksissa noin 20 %, väkivaltatapahtumissa noin 5 % ja loput sekalaisista syistä. Noin puolet aivovammoista syntyy alkoholin vaikutuksen alaisena, ja lähes yhtä isolla osalla vamman saaneista on päihdehistoria. 60–70 %

vakavista ja kuolemaan johtavista työikäisten aivovammoista johtuu liikenneonnettomuuksista. Sen sijaan vanhuksilla kaatumiset ovat tavallisin syy. Aivovamman saaneella on 3-10-kertainen vaara vamman uusiutumiseen. Toistuvien vammojen riskeistä ja vammoille altistavista tekijöistä tulisi antaa valistusta, erityisesti alkoholin käytöstä. Jos vammasta on jäänyt pysyviä jälkioireita, tulee suositella vaaralle altistavan urheilulajin lopettamista. (Aivovammat 2008.)

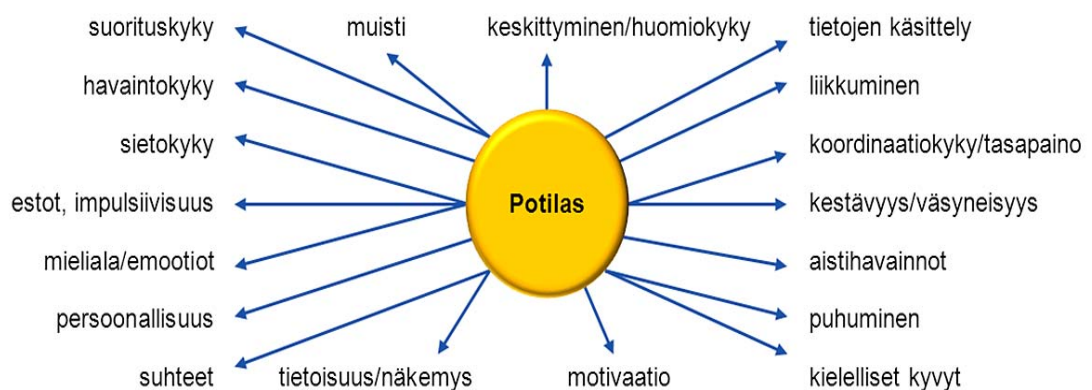
2.3 Aivovamman oireet

Aivovamman seurauksena syntynyt aivojen vaurio voi aiheuttaa neuropsykologisia häiriöitä, ja tämä tarkoittaa kognitiivisen toimintakyvyn muutosta. Kognitiivinen toiminta on laajassa merkityksessä jatkuvaa tiedon käsittelyä, josta suurin osa on tiedostamatonta. Olennainen piirre on tavoitteisuus, jolloin ihmisen toiminta on motivoitunutta ja päämäärähakuista. Kognitiivisen toiminnan perustaitoja ovat kielelliset taidot, havaitseminen, tarkkaavuus, muistaminen, toiminnan ohjaus ja liiketaidot. Lisäksi kognitiivisiin toimintoihin luetaan tunne-elämä ja motivaatio. (Kuikka ym. 2002, 22–24.)

Aivovamman seuraukset riippuvat vammamekanismista, vamman vaikeusasteesta sekä hoitotoimenpiteiden onnistumisesta. Oirekuva voi olla moninainen. Aivovamman aiheuttamia oireita voivat olla epänormaali väsymys ja rasiuksen sietokyky, tarkkaavuuden ylläpidon ja keskittymisen heikentyminen, muistitoimintojen häiriöt ja erityisesti lähimuistin heikentyminen sekä aloite- ja suunnittelukyvyn heikentyminen. Lisäksi voidaan todeta toiminnan ja ajattelun hidastumista ja juuttumista, sanojen löytämisen ja sanattoman viestinnän ymmärtämisen vaikeutta sekä vaikeutta itse tunnistaa vamman aiheuttamia oireita ja muutoksia. Aivovamman saaneella saattaa olla ongelmia hallita toimintojaan, tunteitaan ja käyttäytymistään, jolloin ilmenee äräsykeherkkyyttä, äkkipikaisuutta, ärtyneisyyttä ja arvaamattomuutta. Edellisiin liittyen saattaa oirekuvaan kuulua myös korostuneet mielialan vaihtelut, luonteen muu-

tokset, luonteenpiirteiden korostuminen tai latistuminen, arviointikyvyn ja kriittisyyden heikentyminen, ajattelun muuttuminen konkreettiseksi ja lapsenomaiseksi. Eri-laiset fyysiset oireet saattavat myös liittyä aivovammaan, kuten halvaukset, tasapai-nohäiriöt, päänsärky, epilepsia, unihäiriöt, näkökenttäpuutokset ja puheen vaikeu-det. (Aivovammaliitto ry. 2014.)

Pään vamma voi vaikuttaa hyvin monenlaisiin toimintoihin. (Ks. kuvio 1.) Huomatta-vaa on, että mikä tahansa pään vamman jälkeen ilmenevä yksittäinen ongelma tai niiden yhdistelmä voi vaikuttaa henkilökohtaiseen elämään, perhe-elämään, sosiaali-seen elämään sekä koulu- ja työelämään (Powell 2005, 62). Aivovamma ei useinkaan näy päällepäin. Tämän vuoksi vammautuneen ja ympäristön on vaikea tulkita ja ym-märtää oireita. Oireet voivat kuitenkin merkittävästi haitata selviytymistä päivittäisis-sä toimissa, työssä ja sosiaalisissa suhteissa. (Aivovammaliitto ry. 2014.)



Kuvio 1. Mihin kaikkeen pään vamma vaikuttaa? (alkup. kuvio ks. Powell 2005, 62)

3 Aivovamman saaneen henkilön kuntoutuksen erityispiirteet

Kuntoutuksen tehtävä on tukea ihmisiä tilanteissa, joissa sairaudet tai vammat seu-rauksineen ovat heikentäneet mahdollisuuksia pärjätä omassa elämäntilanteessa ja -

ympäristössä. Ihmisen elämän kannalta kuntoutus merkitsee toimintaedellytysten tukemista ja järjestämistä. Kuntoutus sisältää erilaisia palveluja, kuten neuvontaa, terapioiden, koulutusta, apuvälinepalveluja, teknisiä ratkaisuja ja rahallista tukea kuntoutuksen ajalle. Kuntoutus on sosiaalipoliittinen säätely-, palvelu- ja tukijärjestelmä. Suomalainen kuntoutusjärjestelmä on sodan jälkeisen yhteiskuntahistorian myötä kehittynyt moniosaisena ja monilakisena kuntoutusjärjestelmästä. Perinteisesti se on jäsennetty ammatillisen, kasvatuksellisen, lääkinnällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen osa-alueisiin, joilla kullakin on omat lakisääteiset vastuutahonsa. (Leino 2009, 1.)

Kuntoutus on opetuksellinen ja ongelman ratkaisuun keskittyvä prosessi, jossa keskittyy toiminnan rajoitteisiin ja tavoitellaan potilaan sosiaalisen osallistumisen ja hyvinvoinnin optimointia ja sillä tavoin vähennetään potilaan, huoltajan ja perheen stressiä. Käytännössä nämä tavoitteet saavutetaan ensisijaisesti vahvistamalla potilaan käyttäytymismalleja. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaalle annetaan taitoja ja välineitä, joilla toiminnan rajoitteita voidaan vähentää halutuissa ja tarpeellisissa toiminnoissa. (Wade 2005, 814.)

Kuntoutusjärjestelmäämme, joka palvelee aivovamman saanutta, voidaan kuvata järjestäjän, kohderyhmän ja tavoitteen kannalta seuraavalla tavalla:

- Terveydenhuolto: Koko väestö, sairauden jatkohoito ja toimintakykyisyyden palauttaminen.
- Sosiaalihuolto, vammaispalvelut: Koko väestö, erityisesti sosiaalisen selviytymisen ja osallistumisen ylläpito ja kehittäminen.
- Kela: Työikäinen väestö, vaikeavammaiset alle 65-vuotiaat, pitkäaikaistyöttömät, kuntoutustarpeen ja – mahdollisuuksien arviointi, työkykyisyyden ylläpito, vaikeavammaisten työ- ja toimintakyvyn tukeminen.

- Tapaturma- ja liikennevakuutus: Työtapaturma, ammattitaudin tai liikenneturman vammauttamattomat henkilöt, tapaturman aiheuttaman menetyksen korvaaminen kuntoutuksen tarjoaminen mahdollisuuksin.
- Työeläkejärjestelmä: Työeläkkeelle siirtyneet tai työkyvyttömyysuhan alaiset henkilöt, työelämässä jatkaminen tai sinne paluu.
- Työhallinto: Työmarkkinoiden käytettävissä olevat vajaakuntoiset henkilöt, työllistyminen, työelämässä jatkaminen ja uralla eteneminen.

(Matinvesi 2010, 10.)

Aivovamma-asiakkaan kuntoutukselle on tyypillistä pitkäkestoisuus ja monivaiheisuus. Tämä liittyy osittain perustutkimuksissa saatuihin havaintoihin aivojen korjautumiskyvystä, joka näyttää olevan aiemmin oletettua suurempaa. Pitkään jatkuvaa kuntoutusaikaa puoltaa myös usein vammautuneen nuori ikä: nuorella ihmisellä kuntoutumisedellytykset ovat iäkkäämpää ihmistä paremmat, ja aikuistumiseen liittyvät muutokset eri elämänvaiheissa edellyttävät kuntoutustoimenpiteiden tukea. Aivovammaisen henkilön kuntoutus edellyttää yhteistyötä eri terapiamuotojen kesken. Moniammatillisessa työryhmässä tulisi olla edustettuna lääketieteen eri erikoisalojen lisäksi kuntouttavan hoitotyön, fysio-, toiminta- ja puheterapian, sosiaalityön ja neuropsykologian asiantuntemus. Aivovammoihin liittyvien erityispiirteiden vuoksi neuropsykologin asema kuntoutustyössä on keskeinen. Neuropsykologin asiantuntemusta tarvitaan oirekuvan erityispiirteiden ja vaikeusasteen arvioinnissa, tarkoituksenmukaisten kuntoutustoimenpiteiden suunnittelussa ja järjestämisessä, työskentelyssä perheenjäsenten kanssa sekä kuntoutustyöryhmän ohjaajana ja kouluttajana. Neuropsykologisen kuntoutuksen tavoitteena on edistää mahdollisimman hyvän psykososiaalisen toimintakyvyn ja elämänlaadun saavuttamista. (Koskinen 1998, 62–63.)

Kuntoutuksen on vastattava aikaisempaa tavoitteellisemmin yksilön ja yhteiskunnan muuttuviin tarpeisiin. Tavoitteita ovat parempi arjessa selviytyminen pidentämällä työuria ja tukemalla itsenäistä kotona selviytymistä. Tällä hetkellä sairaudet ja vammat ohjaavat kansalaisia liian usein pois työelämästä, vaikka työ on parasta kuntoutusta. Myös omatoimisuutta tukevat harjoitukset tapahtuvat liian etäällä omasta arjesta. Oppiminen onnistuu parhaiten kotona kädestä pitäen käytännön askareita harjoitellen. Epäonnistuminen tavoitteissa lisää vammaisuuden kuormaa ja tuntuu perheissä sosiaalisten verkkojen kaventumisena. Silloin kaikki asiat pyörivät vammaisuuden ympärillä sen sijaan, että vammaisuus olisi vain osatekijä perheen arjessa. Näin on siitä huolimatta, että kuntoutuksen ammattilaisten osaaminen on maassamme korkeatasoista. Lait ja asetukset antavat luvan tehdä asiat oikein. (Wikström 2012, 28.)

Suomessa aivovamman saaneiden kuntoutuspalvelut painottuvat alkuvaiheen sairaalahoitoon vamman myöhemmän vaiheen kuntoutuksen jäädessä riittämättömäksi. Rajallisten resurssien vuoksi potilaat liian usein kotiutetaan perheenjäsenten hoidettaviksi. Omaiset saavat hyvin vähän neuvoja tai tietoa tilanteessa selviämiseen. Potilaan tukeminen itsenäiseen tai tuottavaan elämän kuntoutuksen keinoin on vähäistä. Powell pohtii kirjassaan ihannepalveluita, jotka hän jakaa kolmeen eri vaiheeseen aivovamman saaneen toipumisessa. Ensimmäisessä vaiheessa, kun itse vaurio on juuri tapahtunut, on painopiste lääketieteellisessä hoidossa ja henkiinjäämisessä. Tässä vaiheessa tulisi perheenjäsenille antaa tukea ja tietoa, etteivät he jää huomiotta. Lievien ja keskivaikeiden potilaiden kotiutuessa täytyy pitää huolta, että potilaat saavat riittävästi tietoa ja neuvoja. Näin minimoidaan myöhemmin esiin tulevat fyysiset tai emotionaaliset vaikeudet. Seuranta kotiutumisen jälkeen on avuksi. Toiseen vaiheeseen kuuluu akuutti kuntoutus laitoksessa tai avopuolella. Moniammatillisen tiimityön avulla potilas saa ammattitaitoista kuntoutusta kognitiivisiin, emotionaalisiin tai käyttäytymisen liittyviin ongelmiin fyysisen kuntoutuksen sekä lääketieteellisen hoidon rinnalla. Tiimi yhdistää akuutin vaiheen ja pitkäaikaisen kuntoutuksen tarpeet. Kolmannessa vaiheessa on yhteisöön integroituminen, jossa kuntoutusjakson ja yhteisön välillä on katkeamaton palveluketju. Aivovammatimi koordinoi palve-

lut, ja aivovamman saaneelle on tarjolla ryhmätoimintaa, tukea ja tietoa. Ammatillinen kuntoutus, suojatyö ja päivätoiminta kuuluvat tämän vaiheen palveluihin ja turvaavat mielekkään arjen. Erilaiset tuetun asumisen vaihtoehdot niille, jotka eivät asu perheensä luona kannustavat omatoimisuuteen ja estävät laitostumisen. (Powell 2005, 188–190.)

Aivovamman saaneen henkilön ihannepalvelut Powellin mukaan:

- Painopisteenä on yhteisötiimi ja sen moniammatillinen toiminta
- Aivovamma hyväksytään itsenäiseksi vammaksi, erityisalaksi
- Tuettua asumista korostetaan laitoshoidon sijaan
- Saumaton palveluketju sairaalan ja yhteisön välillä
- Pitkäaikainen tuki ja seuranta
- Kognitiiviseen kuntoutukseen ja emotionaaliseen sopeutumiseen ryhmätoimintaa
- Yhteydenpito työvoimapalveluihin ja kolmanteen sektoriin
- Hoitavan ja kuntouttavan henkilöstön koulutuksen parantaminen

(Powell 2005, 190.)

Forsbom ym. (2001, 18) toteavat, että aivovammojen kuntoutus on liian hajanaista ja katkoksia syntyy sosiaalihuoltoon ja työelämän suuntaan. On kansantaloudellisestikin tärkeää, että kuntoutusta varhennetaan ja linkitetään paremmin yhteiskunnan toimintoihin. Tarkoituksenmukaisten kuntoutuspalvelujen ja tarvitsijoiden tulee kohdata riittävän ajoissa ja oikea-aikaisesti toipumisvaiheessa. Aivovamman laajuus ja sijainti sekä yksilölliset tekijät vaikuttavat kuntoutumiseen. Kuntoutus on vaativaa moniammatillista osaamista edellyttävää toimintaa, jossa tulee turvata aivovamman saaneen jatkokuntoutusmahdollisuudet, tukiverkosto ja seuranta.

Useimmat ihmiset elävät arkeaan suhteellisten pysyvien rutiinien keskellä. Tällöin tietyt ennustettavat aktiviteetit tapahtuvat ennustettavaan aikaan. Ihminen saattaa menettää sosiaaliset rutiininsa jäädessään työttömäksi. Tuttujen rutiinien tarve kas-

vaa esimerkiksi muistihäiriöisillä. Tärkeä osa aivovamman saaneen kuntoutusta on, että taataan vakaa ja hallittu arki. (Wade 2005, 813.)

Kuntoutusjärjestelmän tukitoimia tarvitaan lisää kotiutumisen jälkeistä vaihetta tukemaan. Tukea tarvitsevat sekä aivovamman saanut että perheenjäsenet. Aivovammasta kuntoutuvan toiminta- ja työkykyä sekä kuntoutustarvetta tulee arvioida vaikka hän olisi kävelevä ja pinnallisesti toipunut. Liikuntavamma takaa yleensä keskeyttömän kuntoutuksen, mutta kävelevän ja pinnallisesti toipuneen kohdalla kuntoutuksen toteutuminen on sattumanvaraista. (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 51.) Aivovamma aiheuttaa oireita ja häiriöitä monilla toiminnan tasoilla. Poikkeavan toiminnan kautta tulevat psyykkisen ja henkisen toiminnan alueet näkyviksi. Vaikka näkyviä liikuntaongelmia ei olisi, saattaa arkielämää haitata korostunut väsymys, unohtelu, vaikeus asioiden hoitamisessa tai vastuun kantamisessa. Aivovamman saaneella pitää olla tieto siitä, mistä tarvittaessa löytyy apua ja neuvoja. Läpi elämän jatkuva tuki saattaa olla tarpeen. (Forsbom ym. 2001, 55–56.)

Kolmannen sektorin rooli on suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä merkittävä. Sen organisaatiot ovat erilaisia niin kokonsa kuin toimintojensakin puolesta. Kolmannen sektorin tunnuspiirteitä ovat voittoa tavoittelematon kansalaistoiminta ja vapaaehtoisuus. Toimijoita ovat muun muassa yhdistykset, järjestöt, osuuskunnat ja säätiöt. (Kolmas sektori.) Kolmannen sektorin toimijoista vammaisten arkielämään vaikuttavia organisaatiotyyppisiä ovat ennen kaikkea vammaisjärjestöt ja – yhdistykset. Ne ovat keskittyneet tiettyihin sairauksiin tai vammoihin ja toimivat usein vammaisten tiedonlähteinä ja edunvalvojina. Sosiaalipalveluista etenkin asumiseen liittyvät palvelut ovat viime vuosina lisääntyneet myös järjestöjen organisoimina. Sosiaali- ja terveysjärjestöistä puhuttaessa tarkoitetaan yhdistyksiä, joiden tavoitteena on jonkin erityisryhmän tai väestöosan hyvinvoinnin tukeminen. Kyseiset järjestöt jakaantuvat valtakunnallisiin asiantuntijuutta ja vaikuttamistoimintaa harjoittaviin organisaatioihin sekä paikallisyhdistyksiin. Paikallisyhdistysten toiminnassa korostuvat vertaistoiminta, vapaaehtoisuus toiminta ja virkistystoiminta sekä tiedonvälitys. (Isoniemi 2012, 90.)

Sosiaali- ja terveysalalla järjestötoiminta tukee julkista terveydenhuoltoa ja osin paikkaa sen puutteita. Kolmannen sektorin ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä tarvitaan palvelujen laadun parantamiseksi ja rajallisten resurssien hyödyntämiseksi. Toimivien yhteistyöverkoston rakentaminen on tärkeää, koska verkostoitumisen kautta mahdollistuu organisaatio- ja hallintorajat ylittävä toiminta. Lisäksi tarvitaan yhteyshenkilö tai koordinoija, joka kehittää organisoii ja tiedottaa asiasta omalla toiminta-alueellaan. Useilla potilasryhmillä on oma järjestö tai liitto, joka tuottaa neuvonta- ja ohjauspalveluita sairaudesta ja sen kanssa elämisestä. Kolmannen sektorin järjestöt tuottavat runsaasti tietoa esimerkiksi oppaiden ja Internet-sivujen tietopaketteja erilaisista sairauksista. (Haapaniemi 2008.)

Aivovammaliiton tarkoituksena on edistää aivovammaisten henkilöiden ja heidän omaistensa suoriutumista yhteiskunnassa itsenäisesti ja yhdenvertaisina muun väestön kanssa. Aivovammaliitto tarjoaa muun muassa sopeutumisvalmennusta, vertaistukihenkilöitä ja neuvontaa. Aivovammaliitto tarjoaa aivovammaisille henkilöille ja heidän läheisilleen loma- ja harrastustoimintaa sekä sopeutumisvalmennustoimintaa. Rahoittajina erilaisille kursseille ja kuntoutukselle ovat Kela ja Raha-automaattiyhdistys. (Aivovammaliitto ry. 2014.)

3.1 Aivovammapoliklinikan asiakkaan kuntoutusta ohjaava lainsäädäntö

Aivovamma-asiakkaan kuntoutusta rahoittavia ja toteuttavia tahoja on useita, jotka voivat samanaikaisesti olla toimijoina. Eri tahoja ohjaavat eri lait. Mikä taho kulloinkin vastaa kuntoutuksesta, riippuu useasta seikasta. Vaikuttavia taustatekijöitä ovat aivovamman tapahtuman olosuhteet (esimerkiksi kaatuminen tai liikenneonnettomuus), vamman vaikeusaste ja vamman saaneen ikä. Lääkinnällisestä kuntoutuksesta vastaavat Kansaneläkelaitos (Kela), julkinen terveydenhuolto tai vakuutusyhtiöt. Ammatillisen kuntoutuksen takana voivat olla Kela, työ- ja elinkeinotoimistot, työelä-

kelaitokset ja vakuutusyhtiöt. (Mäkilä 2012, 36–37.)

Aivovammapoliklinikan asiakkaan vammautumiseen liittyvät taustat ovat erilaisia ja niin myös taustalla vaikuttava lainsäädäntö. Julkinen terveydenhuolto (sairaalat ja perusterveydenhuolto) on pääasiassa vastuussa aivovamman saaneen lääkinnällisestä kuntoutuksesta ja kuntoutussuunnitelman tekemisestä. Kuntoutusvelvoitteiden järjestelyistä säädetään sekä erikoissairaanhoidolaissa (L 1.12.1989/1062) että kansanterveyslaissa (L 28.1.1972/66). Kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvasta terveydenhuollosta säädetään terveydenhuoltolaissa (L 30.12.2010/1326) ja lääkinnällisen kuntoutuksen sisällöstä asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta (L 28.6.1991/1015). Kunta voi järjestää palvelut omana toimintanaan tai terveydenhuollon maksusitoumuksella. Terveydenhuoltolain tavoitteena on lisätä kansalaisten tasa-arvoisuutta palveluiden saannissa, kehittää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kuntoutuksen palveluketjujen sujuvuutta, parantaa kuntoutuksen oikea-aikaisuutta ja viivytyksetöntä alkamista sekä varmistaa kuntoutuksen jatkuminen saumattomasti. (Mäkilä 2012, 37–38.)

Alle 65-vuotiaiden aivovamman saaneiden, vaikeasti vammautuneiden (jotka saavat korotettua tai ylintä vammaistukea tai eläkettä saavan hoitotukea) kuntoutus kuuluu Kelan vastuulle. Tällöin kuntoutus perustuu lakiin Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (L 15.7.2005/566). Kuntoutuksen edellytyksenä on julkisessa terveydenhuollossa laadittu kuntoutussuunnitelma. Kela järjestää lääkinnällistä kuntoutusta ja harkinnanvaraista kuntoutusta (aivovammaisten sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurssit). Kelan tehtäviin kuuluu myös vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus. Tämä koskee henkilöitä, joilla on lyhyt tai hajanainen työhistoria, joiden työkyky on olennaisesti heikentynyt, ja joilla on työkyvyttömyyden uhka. (Mäkilä 2012, 38–39.)

Erikoissairaanhoidon ja siihen liittyvän toiminnan järjestämisestä säädetään Erikoissairaanhoidolaissa. Siinä sanotaan, että kotikunnan tulee järjestää erikoissairaanhoidon asukkailleen. Jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhty-

mään. Maa on jaettu myös erityisvastuualueisiin (ERVA). ERVA-alue on sairaanhoitopiiri, jonka alueella on lääkärikoulutusta antava yliopisto. Sairaanhoitopiireissä, joiden alueella yliopistot sijaitsevat tulee olla yliopistollinen sairaala. Erikoissairaanhoidon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat Sosiaali- ja terveysministeriölle. (L 1.12.1989/1062.)

Erikoissairaanhoidon palvelujen ja toiminnan sisällöstä säädetään terveydenhuolto-laissa. Lakia (L 30.12.2010/1326) sovelletaan kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa säädetyn kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvan terveydenhuollon toteuttamiseen ja sisältöön, johon kuuluu myös erikoissairaanhoido. Lain mukaan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on järjestettävä yhteistyössä alueensa erikoissairaanhoido. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän, jonka hallinnassa on yliopistollinen sairaala, on järjestettävä erityistason sairaanhoido erikoissairaanhoidolain 9§:ssä tarkoitettulla vastuualueellaan. Erikoissairaanhoidon järjestämissopimusta arvioidaan vuosittain yhteistyössä kuntien ja sairaanhoitopiirien kesken. Järjestämissopimuksessa sovitaan työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Työnajon tulee edistää terveydenhuollon laatua, potilasturvallisuutta, vaikuttavuutta, tuottavuutta ja tehokkuutta. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on huolehdittava samaan erityisvastuualueeseen kuuluvien kuntien ja sairaanhoitopiirien tarvitsemasta ohjauksesta ja neuvonnasta erikoissairaanhoidon antamisessa sekä suunniteltava ja sovitettava yhteen alueensa erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto ja lääkinnällinen kuntoutus. (L 30.12.2010/1326.)

Aivovamman saaneen palvelujärjestelmää säätelee myös laki tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta (L 27.3.1991/625) ja laki liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta (L 27.3.1991/626), tällöin aivovamma on syntynyt joko liikenneonnettomuuden tai työtapaturman seurauksena ja kuntoutuksen kustannuksista vastaa vakuutusyhtiö. Vakuutusyhtiöiden kuntoutus voi olla työ- ja toimintakykyyn liittyvää kuntoutusta, ja se vastaa terveydenhuollon lääkinnällistä kuntoutusta sekä ammatillista kuntoutusta. Vakuutusyhtiön kustantaman kun-

toutuksen perustana on julkisessa terveydenhuollossa laadittu kuntoutussuunnitelma. (Mäkilä 2012, 39–40.)

Aivovamman saaneen ammatillinen kuntoutus tähtää vammautumisen jälkeiseen ammatillisten valmiuksien parantamiseen, työkyvyn kohentamiseen ja työmahdollisuuksien parantamiseen. Ammatillisesta kuntoutuksesta vastaavat työeläkelaitokset, Kela sekä tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset. Näiden velvollisuudet on säädetty työeläkelaeissa, Kelan kuntoutuslaissa ja laeissa tapaturmavakuutuslain ja liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta. Tapaturma- ja liikennevakuutus on vastuussa kuntoutuksesta, jos vakuutusyhtiö on korvausvelvollinen sattuneesta vahingosta tai ammattitaudista. Työeläkevakuutus vastaa vakiintuneesti ja pidempään työelämässä olleen sekä yhteytensä työelämään säilyttäneen ammatillisesta kuntoutuksesta, mikäli vammautuminen aiheuttaa työkyvyttömyyden uhan tai työkyvyttömyyden. Kelan ammatillinen kuntoutus koskee 16–64-vuotiaita, joilla on lyhyt tai hajanainen työhistoria. Työhallinnon ammatillinen kuntoutus on tarkoitettu pääasiassa työttömille tai työttömyysuhan alla oleville. (Paatero 2008, 43–44.)

Aivovamman saaneen kuntoutusta järjestäville viranomaisille ja yhteisöille on säädetty yhteistyövelvollisuus. Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (L 13.6.2003/497) velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon, työhallinnon ja opetushallinnon viranomaisia sekä Kansaneläkelaitosta olemaan yhteistyössä paikallisella, alueellisella ja valtakunnan tasolla aivovammapoliklinikan asiakkaan kuntoutusprosessissa. Asiakkaan ohjaus edellyttää tietojen vaihtoa vastuutahojen välillä, riittävää informaatiota, jotta kuntoutuja saa tarvitsemansa palvelut. Lailla vahvistetaan kuntoutujan asemaa ja oikeuksia kuntoutusasiansa käsittelyssä. (Paatero 2008, 44.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785) ja laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 22.9.2000/812) ovat myös aivovamma-asiakkaan kuntoutuksen taustalla parantamassa asiakkaan asemaa (Mäkilä & Sjögren 2008, 143).

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista eli ns. vammaispalvelulaki koskee niitä aivovamman saaneita, joilla on vamman johdosta

pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista.

Lain turvin järjestetään palvelusuunnitelman mukaisesti erilaisia palveluja ja tukitoimia (mm. päivätoiminta, henkilökohtainen apu). (L3.4.1987/380.)

3.2 Aivovamma-asiakas ja kuntoutusohjaus

Vuonna 1979 määritteli kuntoutuspalvelujärjestelmän kehittämistoimikunta, että kuntoutusohjaus tarkoittaa ”kuntoutusohjaajan toimesta tapahtuvaa ohjausta, neuvontaa, sairaudesta tai vammasta aiheutuvien psyykkisten tai sosiaalisten ongelmien selvittämistä sekä vammaisen henkilön kuntoutumista ja sosiaalista toimintakykyä edistäviä tukitoimia”. Kuntoutusohjaukseen kuuluu myös vammaisen henkilön perheeseen ja muuhun ympäristöön kohdistuva ohjaus ja tuki. Vuonna 1986 päätyi sosiaali- ja terveysministeriön kuntoutusohjaustyöryhmä terveydenhuollon näkökulmaa korostavaan määritelmään, jossa ”kuntoutusohjaus on laaja-alaista vammaisen/pitkäaikaissairaana henkilön elämäntilanteen kokonaisvaltaista huomioon ottamista hoito- ja kuntoutustyössä”. Tavoitteena on nähdä vamman fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset sekä pyrittävä vammautumisen/sairastumisen aiheuttamien kielteisten seurausten minimoimiseen. (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2010, 7.)

Kuntoutusohjaus on tavoitteellista, asiakaslähtöistä ja yksilöllisesti määriteltyä toimintaa. Pääpaino on asiakkaan normaalissa elinympäristössä toimiminen. Tavoitteena on itsenäinen elämä, omatoiminen selviytyminen, arkielämän sujuvuus, toimintamahdollisuuksien tuki sekä tarpeettoman laitoshoidon ehkäisy. Kuntoutusohjaus kohdentuu asiakkaan lisäksi myös asiakkaan sosiaaliseen verkostoon. Asiakas voi olla kuntoutuja, perhe, ryhmä tai yhteisö. Kuntoutusohjauksen lähestymistapa on vuorovaikutukseen perustuva, jossa asiakkaan omat kokemukset ja tunteet korostuvat. Kuntoutusohjaaja toimii kuntoutusprosessissa yhdyshenkilönä eri tahojen välissä. (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2010, 8.)

Kuntoutuspalveluluokituksessa vuodelta 1997 määritellään kuntoutusohjaus seuraavasti: ”Kuntoutujan ja hänen lähiympäristönsä tukemista, neuvontaa ja ohjausta sekä kuntoutujan toimintamahdollisuuksiin liittyvistä palveluista tiedottamista, jotta turvataan kuntoutusprosessin tarkoituksenmukainen eteneminen. Kuntoutusohjaus lisää konkreettisin toimin kuntoutujan ja/tai pitkäaikaisesti sairaan mahdollisuuksia itsenäiseen selviytymiseen, hyvinvointiin elämänhallintaan.” (Kuntoutusohjausnimikeistö 2010, 23.)

Invalidiliitto ry organisoii liikuntavammaisten kuntoutusohjausta yli 30 vuotta kiinteässä yhteistyössä eri sairaanhoitopiirien kanssa. Ensimmäinen kuntoutusohjaaja palkattiin Uudellemaalle vuonna 1977. Vallitseva käytäntö 1980-luvulla kuntoutusohjaustoiminnassa oli, että sairaanhoitopiirit hankkivat palvelut pääosin ostopalveluin potilas- ja vammaisjärjestöiltä. Sairaanhoitopiirit ovat aiempaa enemmän 2000-luvun aikana organisoineet kuntoutusohjauksen omana toimintanaan. Muutos on toteutunut usein siten, että potilas- ja vammaisjärjestöjen kuntoutusohjaajat ovat siirtyneet sairaanhoitopiirin työntekijöiksi. Invalidiliiton kuntoutusohjaus toiminta päättyi vuoden 2010 lopussa. (Invalidiliitto 2012, 3.)

Aivovamma-asiakkaan kuntoutusohjaus on pääsääntöisesti erikoissairaanhoidon tuottamaa palvelua, jossa asiakasta ja hänen lähiyhteisöään ohjataan ja neuvotaan monitoimijaisessa kuntoutuspalvelujärjestelmässä. Kuntoutusohjaaja osallistuu aivovamman saaneen hoitoon jo akuuttivaiheen kuntoutumisosastojakson lähiryhmissä, jonka jälkeen jatkohoito sekä lääkinällisen ja ammatillisen kuntoutuksen suunnittelu siirtyvät lähes kaikkien kohdalla aivovammapoliklinikan vastuulle kuntoutusohjaajan koordinoimissa siirtymistä. Kuntoutusohjaajan keskeinen tehtäväalue on kuntoutuksen koordinointi sekä kuntoutumisen ja kuntoutussuunnitelmien toteutumisen seuranta. Vamman ja sairauden asiantuntijana toimiminen erilaisissa yhteistyöverkostoissa sekä yhdyshenkilön rooli erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja muiden toimijoiden välillä kuuluvat myös kuntoutusohjaukseen. Se on suurelta osin sairaalasta ulospäin suuntautuvaa ja asiakkaan omassa toimintaympäristössä tapahtu-

vaa toimintaa kuten esimerkiksi kotona, työpaikalla, tai oppilaitoksissa tapahtuvaa arviointia tai neuvottelua. (Mäkilä & Sjögren 2008, 146–147, 155.)

Matinveden (2010, 119–120) mukaan integroidussa kuntoutusjärjestelmässä kuntoutusprosessi kilpailee voimavaroista kunkin organisaation oman toiminnan kanssa. Organisaatioissa päätetään itsenäisesti, milloin on tietyn ihmisen kuntoutusprosessin vuoro saada yksikön palveluja. Kansainvälisen työjärjestön ILO:n mukaan kuntoutusyhteistyön aikaansaamiseen tarvitaan (ulkopuolisen) kuntoutusohjaajan apua. Matinvesi vertaa väitöskirjassaan työelämän esimiehen roolia kuntoutusohjaajan rooliin kuntoutusprosessissa. Esimies vuorottaa työtehtävät eli kertoo mitä työtä kulloinkin tehdään. Kuntoutusprosessin alettua jonkun tulisi kantaa vastuu sen etenemisestä. Prosessin eteneminen estyy, jos jossakin osaprosessissa on puutteita. Kuntoutusohjaajan työnkuvauksesta ilmenee päätöksentekoprosessien keskeinen asema.

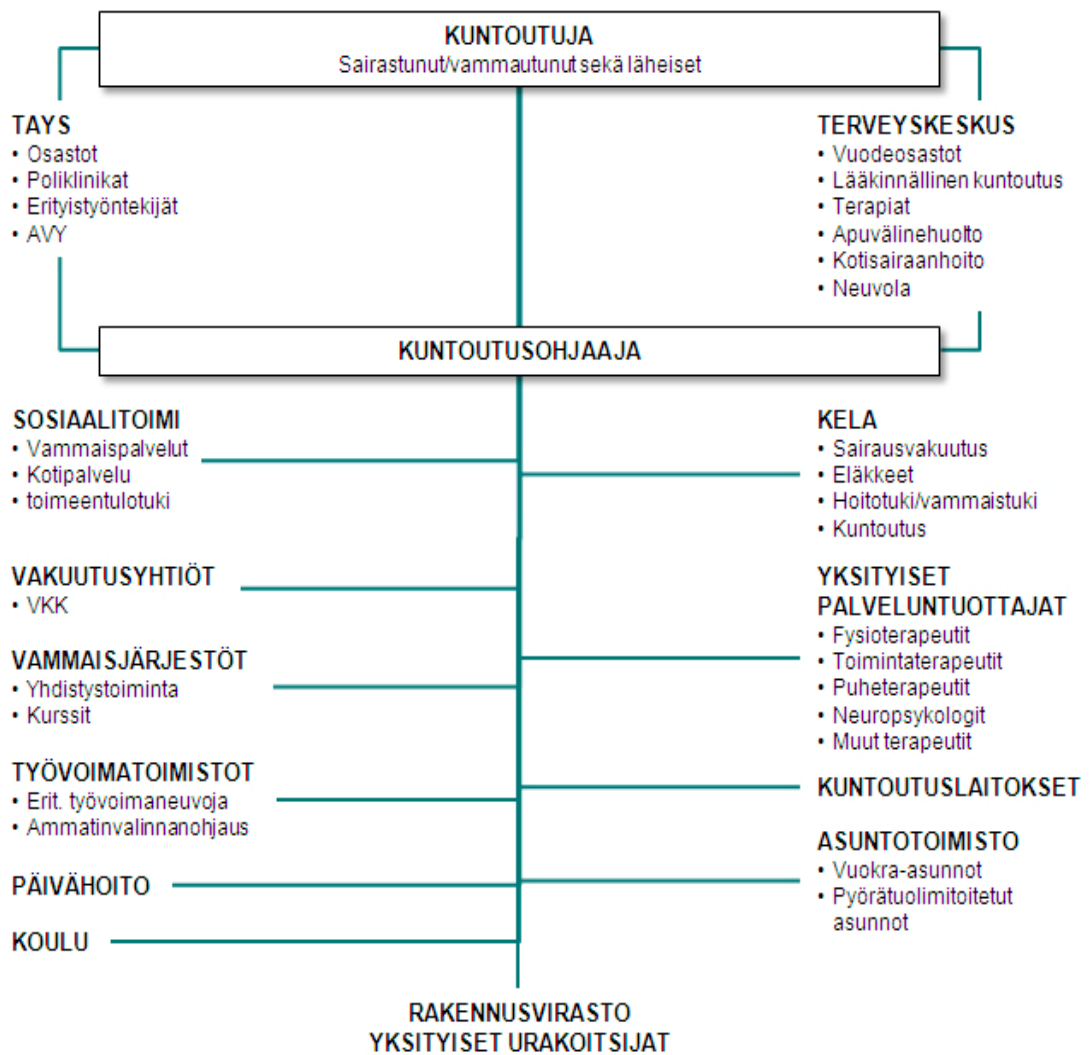
Aivovamman aiheuttamien kognitiivisten taitojen heikkeneminen on huomioitava kuntoutuspalvelujen suunnittelussa ja ylläpitämisessä. Aivovamma-asiakas tarvitsee apua esimerkiksi palvelun tuottajan hankkimisessa tai käytien sopimisessa. Kuntoutusohjauksen merkitys on aivovammojen jälkitiloissa usein keskeinen vammautuneen aloitekyvyn puutteen, muistivaikeuksien tai toiminnanohjauksen ongelmien vuoksi. Palveluiden käytännön toteuttaminen ja seuranta varmistavat, että kuntoutussuunnitelma toteutuu. Kuntoutusohjaaja pitää yhteyttä hoitavaan tahoon ja perehtyy vammautuneen henkilökohtaiseen tilanteeseen, oirekuvaan ja sosiaaliseen tilanteeseen. (Aivovamman vaikutus kuntoutuksen toteutumiseen ja kuntoutusohjaus, 2008.)

Kuntoutusohjaaja työskentelee moniammatillisessa työryhmässä ja on tärkeää, että kuntoutuksen käsitteet ovat kaikille toimijoille samansisältöisiä. Tällöin kuntoutus olisi asiakaslähtöistä ja se mahdollistaisi kuntoutuksen jatkuvuuden. Kuntoutusohjaajan roolin tulee olla kuntoutujan mukana kulkija, joka toimii asiakkaan kanssa hänen voimavaransa huomioiden. Kuntoutusohjaaja toimii asiakkaan kuntoutusprosessissa koordinoijana sekä pyrkii auttamaan asiakasta löytämään omat voimavaransa. Sosi-

aali- ja terveydenhuollon palvelut ovat jakautuneet erityisosaamisen yksiköihin, jotka tarjoavat täsmäpalveluita täsmäongelmiin. Tämän vuoksi monista yhtäaikaista ongelmista kärsivällä kuntoutujalla saattaa olla useita eri tahoja, joiden osasista kokonaispalvelut rakentuvat. Kuntoutuksen oikea-aikaisuutta tulee korostaa ja sitä, että kuntoutus kohdentuu oikeille asiakkaille. Tämän mahdollistaa se, että kaikkien palveluntuottajien erityisosaaminen otetaan huomioon ja joku koordinoi näitä palveluita. (Niemi & Volanen 2013, 32.)

Seuraavassa kuviossa esitellään esimerkki kuntoutusohjaajan yhteistyötahoista Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. (Ks. kuvio 2.) Kuviossa havainnollistuu hyvin yhteistyötahojen moninaisuus ja kuntoutusohjaajan keskeinen asema sekä läheinen yhteistyö asiakkaan kanssa.

KUNTOUTUSOHJAAJAN YHTEISTYÖTAHOT



Kuvio 2. Kuntoutusohjaajan yhteistyötahot (alkup. Kuvio ks. Kuntoutusohjausnimikkeistö 2010, 16.)

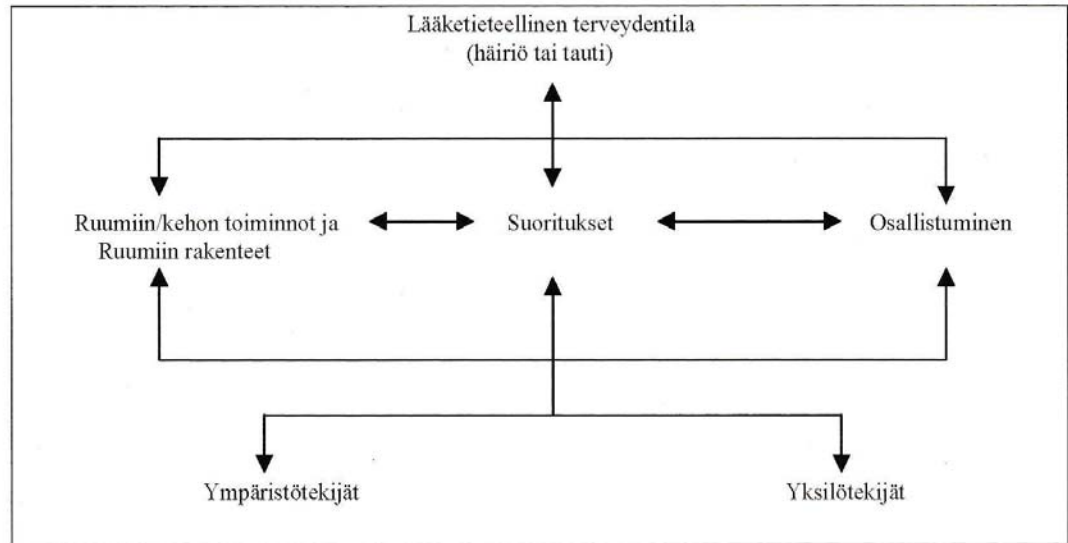
4 Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF)

ICF-luokituksen perusominaisuudet

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisestä luokituksesta käytetään lyhennettä ICF (International Classification of Functioning, Disability and

Health). WHO:n yleiskokous hyväksyi sen vuonna 2001. ICF on tuonut yhtenäisen, kansainvälisesti sovitun kielen ja viitekehyksen, jolla voidaan kuvata ”toiminnallista terveydentilaa” ja ”terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa”. ICF:n terveyden aihealueet ovat: ruumiin/kehon toiminnot ja rakenteet sekä suoritukset ja osallistuminen. Näiden aihealueiden alakäsitteiden avulla voidaan koota erilaisia profiileja eri aihealueita varten. (ICF 2011, 3.)

ICF kuvaa terveyden aihealueita (mm. näkö, kävely, muisti, oppiminen) ja terveyden lähiaihealueita (mm. liikenne, koulutus, sosiaalinen kanssakäyminen). Terveys käsitetään laajasti ja luokitus on yleiskäyttöinen; se koskee kaikkia ihmisiä, joiden toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa halutaan kuvata. Luokituksessa on kaksi osaa: 1. Toimintakyky ja toimintarajoitteet sekä 2. Kontekstuaaliset tekijät (ympäristö- ja yksilötekijät). Lisäksi molemmat jakautuvat osa-alueisiin. Ensimmäinen osa sisältää kaksi luokitusta: a) Ruumiiniin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet sekä b) Suoritukset ja osallistuminen. Jälkimmäinen sisältää myös kaksi luokitusta: c) Ympäristötekijät ja d) Yksilötekijät. (ICF 2011, 7-9.) Yksilön toimintakyky määräytyy yksilön lääketieteellisen terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. (Ks. Kuvio 3.) Vuorovaikutus on kaksisuuntainen ja kaikkien osa-alueiden huomioon ottaminen on tärkeää. (ICF 2011, 18–19.)

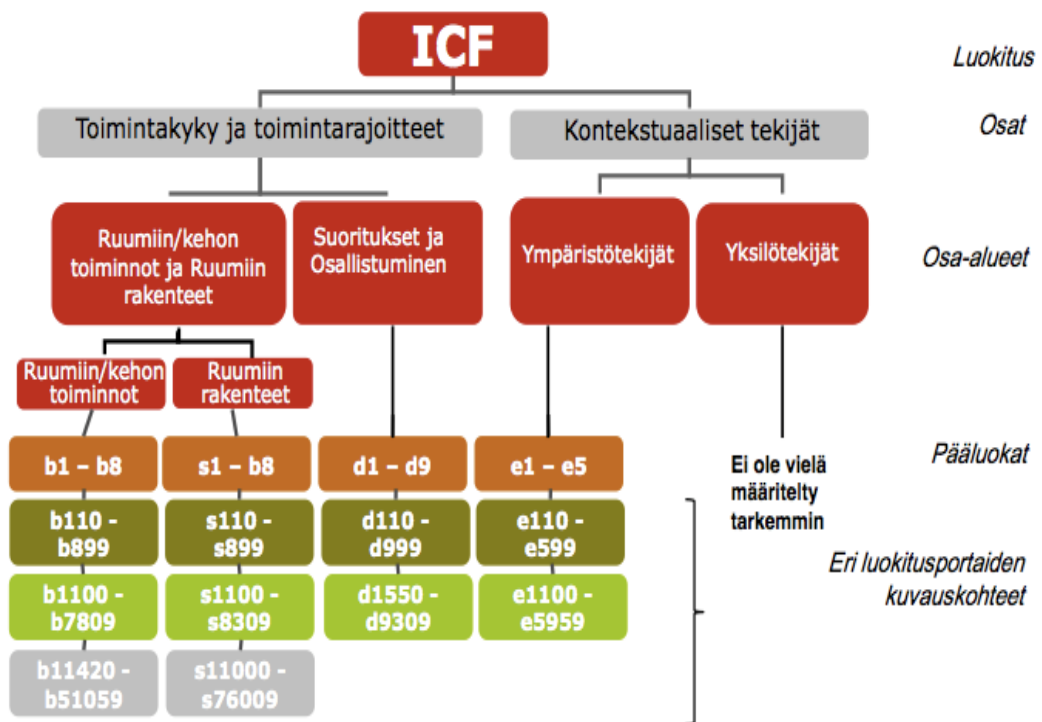


Kuvio 3. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (alkup. kuvio ks. ICF 2011, 18)

Ruumiin/kehon toiminnot ovat elinjärjestelmien fysiologiset toiminnot. Ruumiin rakenteet ovat ruumiin anatomiset osat ja vajavuudet ruumiin toimintojen ja rakenteiden ongelmat. Suoritus on tehtävä tai toimi, jonka yksilö toteuttaa. Osallistuminen on elämän tilanteisiin osallisuutta. Ympäristötekijät ovat se fyysinen, sosiaalinen ja asenneympäristö, jossa ihmiset elävät ja asuvat. Yksilötekijät muodostavat yksilön elämän tietyn taustan (mm. sukupuoli, ikä, koulutus, ammatti ja yleinen käyttäytymismalli). (ICF 2011, 12–17.)

ICF-luokituksessa henkilön terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa kuvataan useilla koodeilla. Osa-alueen kirjainkoodia (b, s, d, tai e) seuraa numerokoodi. Koodien määrä lisääntyy sitä mukaa mitä tarkemmin luokitusta on käytetty. ICF-luokitusta voidaan käyttää I – IV portaan luokituksissa. Käytännössä II luokitusportas saattaa riittää kuvaamaan henkilön toimintakykyä. Yksityiskohtainen IV portaan luokitus on tarkoitettu käytettäväksi pääasiassa erikoissairaanhoidon palvelujen piirissä (esim. kuntoutus, geriatria), kun taas II portaan luokitusta voidaan käyttää väestötutkimuksissa ja kliinisissä vaikuttavuustutkimuksissa. (ICF 2011, 23.)

ICF:n osat, osa-alueet, pääluokat ja eri luokitusportaiden kuvauskohteet voidaan havainnollistaa kaaviokuvana. (Ks. kuvio 4.) Kuviossa näkyy, kuinka kukin osa-alue koostuu lisäksi joukosta pääluokkia, ja kukin pääluokka puolestaan koostuu kuvauskohteista. Yksilön toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa voidaan kuvata yhden tai useamman kuvauskohdekoodin ja niihin liitettävien tarkenteiden avulla. (ICF 2011, 7-9, 11.)



Kuvio 4. ICF-luokituksen hierarkkinen rakenne ja koodit (alkup. kuvio ks. THL, 2014)

Käyttäjän tarpeen mukaan eri luokitusportaissa voidaan käyttää tarvittava määrä koodeja tarkentamaan kuvattavaa yksityiskohtaa:

- b Ruumiin/kehon toiminnot (osa-alue)
- b2 Aistitoiminnot ja kipu (I portaan kuvauskohde)
- b210 Näkötoiminnot (II portaan kuvauskohde)
- b2102 Näön laatu (III portaan kuvauskohde)
- b21022 Kontrastiherkkyys (IV portaan kuvauskohde)

(ICF 2011, 215–216.)

ICF ydinlistat (ICF Core Sets)

Toimintakyvyllä on vaikutusta kaikkeen mitä teemme elämässämme. Toimintakyvyn ongelma ennustaa sekä palvelujen objektiivista tarvetta että asiakkaan subjektiivista halua saada palveluita. Hoito- ja palvelupäätösten pohjaksi tarvitaan hyvää tietoa asiakkaan toimintakyvystä. ICF-luokitus toimii toimintakykytiedon jäsentäjänä tiedonkeruussa, viitekehyksenä, sanastona ja käsitteistönä käytännön mittaamisessa ja itsearviointimittareissa. ICF kuvaa toimintakykyä erittäin laajasti, mutta tarkoitus ei ole kuitenkaan jokaisen kuntoutujan kohdalla käyttää luokituksen kaikkia kohtia. Helpottaakseen luokituksen käyttöä kliinisessä työssä WHO kehitti ns. yleisen tarkistuslistan (ICF Checklist). Yleinen tarkistuslista ei ollut kuitenkaan riittävä kuvaamaan tietyille sairausryhmille (mm. aivoverenkiertohäiriöt, aivovammat) olennaisia ja ominaisia toimintakykyä ja terveydentilaa kuvaavia osa-alueita. Ryhdyttiin kehittämään kohdennettuja luetteloja (ICF Core Sets) eri sairauksiin ja vaurioihin. Aivovamman ICF Core Set on julkaistu 2010 kansainvälisessä konsensuskokouksessa Barcelonassa. (ICF Core Sets) ICF:n pohjalta on laadittu 31 ydinaihe-alue listausta eri terveydentiloista (ICF Core Sets). Tällä tavoin voidaan ICF:ää käyttää, jotta ymmärretään, mitä asioita pitäisi mitata esimerkiksi aivovamman saaneen elämässä. ICF Core Set:iä voidaan käyttää hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa, jolloin toimintakyky voidaan kuvata moniammatillisesti. (Anttila 2012, 2-6.) Kuhunkin ydinkäsiteluettelo on valittu niin vähän luokituksen kohtia kuin mahdollista, mutta kuitenkin riittävästi antamaan yleiskuva henkilön toimintakyvyn ongelmista. Luetteloita on kaksi: laaja ydinkäsiteluettelo (comprehensive core set) ja sen pohjalta koottu suppea luettelo (brief core set) (Liite 4). Laajaa ydinkäsiteluetteloä käytetään mm. moniammatillisessa toimintakyvyn arvioinnissa ja suppeaa perusterveydenhuollossa. (ICF Core Sets Projects.)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos nimeää Core Setit ydinlistoiksi, jotka auttavat ICF:n käyttöönotossa ja niitä voi käyttää muistilistoina. Lyhyttä ydinlistaa voidaan käyttää asiakkaan toimintakyvyn kuvaamisessa missä tahansa sosiaali- ja terveydenhuollon tilanteessa. Listat sisältävät n. 10–20 ICF-kuvauskohdetta. Laajempia listoja käytetään, kun tarvitaan tarkka moniammatillinen kuvaus. Kuvauskohteiden määrä vaihtelee 90:stä 140:een. (ICF-luokitus ja toimintakyky.)

Kohti yhteistä kieltä kuvattaessa toimintakykyä, toimintarajoitteita ja terveyttä

ICF on WHO:n viitekehys terveydelle ja toimintarajoitteille. Se muodostaa käsitteellisen perustan, kun terveyttä ja toiminnan rajoitteita määritellään ja mitataan sekä kehitetään toimintatapoja. ICF painottaa terveyttä ja toimintakykyä toimintarajoitteiden sijaan. Se on työkalu, joka mittaa yhteiskunnassa toimimista riippumatta henkilön toimintarajoitteiden syistä. Kuka hyvänsä saattaa kokea terveyden heikkenemisen ja kokea toimintarajoitteita. ICF siirtää painopisteen syistä vaikutuksiin. Pelkkä diagnoosi ei ennakoivasti palvelun tarvetta, sairaalahoidon pituutta, hoidon tarpeen tasoa tai toiminnallista tulosta. Sairauden olemassaolo ei ole täsmällinen ennustaja työkykyisyydelle, työhön paluun kyvyille tai sosiaalisen integraation todennäköisyydelle. ICF:n avulla kerätään tietoa toimintakyvystä ja toimintarajoitteista johdonmukaisella ja kansainvälisesti vertailukelpoisella tavalla. Tarvitaan myös tietoa ympäristötekijöistä ja eri elämänalueista. ICF auttaa luokittelemaan ja keräämään tällaista tietoa. Kun henkilön toiminnallista kapasiteettia edistetään ja suorituskykyä parannetaan sosiaalisen ja fyysisen ympäristön muutoksilla, voidaan vamman aiheuttamaa vakavuutta vähentää. Tavoitteena on oikeudenmukaisuus ja mukaan ottaminen niin, että kaikilla on mahdollisuus hyödyntää kykyjään parhaalla mahdollisella tasolla. Toimintarajoite on monimutkainen ilmiö, joka on ongelma henkilön kehon tasolla sekä monimutkainen ja ennen kaikkea sosiaalinen ilmiö. Toimintarajoite on aina vuorovaikutusta henkilön ominaisuuksien ja sen kokonaisuuden kanssa, jossa henkilö asuu. (WHO 2002, 2-5, 9.)

Sovelluksia siitä, mihin ICF:ää voi käyttää:

Yksilötasolla

- Yksilöiden arvioinnissa: *Mikä on henkilön toiminnan taso?*
- Yksilön hoidon suunnittelussa: *Mitkä hoidot tai toimenpiteet (interventiot) voivat maksimoida toimintakykyä?*
- Hoidon tai muiden toimenpiteiden arvioinnissa: *Mikä on hoidon lopputulos? Kuinka hyödyllisiä toimenpiteet olivat?*

- Lääkäreiden, sairaanhoitajien, fysioterapeuttien, toimintaterapeuttien ja muiden sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten keskinäiseen yhteistyöhön.
- Asiakkaiden itsearviointiin: *Kuinka arvioin liikkumisen tai kommunikoinnin kapasiteettia?*

Institutionaalisella tasolla

- Opetuksellisiin ja harjoittelutarkoituksiin
- Resurssien suunnitteluun ja kehittämiseen: *Mitä terveystalvveluja ja muita palveluja tullaan tarvitsemaan?*
- Laadun kehittämiseen: *Kuinka hyvin palvelemme asiakkaitamme? Mitkä indikaattorit laadun takaamiseksi ovat valideja ja luotettavia?*
- Johtamisen ja tulosten arvioinnissa: *Kuinka hyödyllisiä ovat tarjoamamme palvelut?*
- Käytössä olevienterveystalvvelujen mallien arvioinnissa: *Miten kustannustehokkaita ovat tarjoamamme palvelut? Kuinka palveluja voidaan parantaa, jotta saadaan parempia tuloksia vähemmillä kustannuksilla?*

Sosiaalisella tasolla

- Yhteiskunnan korvausten kriteerien kelpoisuus (sosiaaliturva-avustukset, työkyvyttömyyseläkkeet): *Ovatko kriteerit korvausten saamisessa tutkittuun tietoon perustuvia, tarkoituksenmukaisia sosiaalisessa mielessä ja perusteltuja?*
- Tarpeiden arvioinnissa: *Millaisia tarpeita on ihmisillä, joilla on eriaasteisia toimintarajoitteita – vamma, toiminnallisia rajoitteita ja osallistumisen rajoitteita?*
- Ympäristön arvioinnissa (esteettömyys), ympäristön helpottavien ja vaikeuttavien tekijöiden identifioinnissa/määrittelyssä: *Kuinka teemme sosiaalisen ja rakennetun ympäristön helpommin saavutettavaksi kaikille ihmisille, sekä niille joilla on toiminnallisia rajoitteita että niille, joilla ei ole rajoitteita? Osaamemeko arvioida ja mitata edistymistä tässä?*

(WHO 2002, 6.)

Esimerkkinä ICF:n jalkautumisesta käytäntöön on Suomessa kehitetty biopsykososiaalinen malli (BPS-ICF-malli), joka soveltaa ICF-käsitteitä moniammatillisessa arviointi- ja kuntoutustoiminnassa. Mallia kutsutaan asiakaskeskeiseksi toimintakyvyn arviointistrategiaksi (client centered strategy for functional assesment), koska se sallii asiakkaan itse valita omassa elämässään merkitykselliset kategoriat kuvaamaan vahvuuksiaan ja heikkouksiaan. Toimintakykyprofiilin luomiseksi voidaan käyttää erilaisia mittareita tai metodeja, jotka on linkitetty ICF:ään. Lisäksi malli pitää sisällään yksinkertaisia mittareita 2-tason kategorioille, joilla voidaan kerätä itsearviointia ja ammattilaisten arviointia yksilöllisestä toiminnan tasosta. BPS-ICF-mallin mukaisesti luotu toimintakykyprofiili on sitten pohjana, kun luodaan henkilölle kuntoutussuunnitelmaa. Tämä moniammatillisesti tehty suunnitelma (functional rehabilitation plan) olisi tapauskohtaisena työkaluna ammattilaisille. (Talo 2013, 18.)

ICF aivovamma-asiakkaan kuntoutuspolulla

ICF on hyödyllinen ihmisille, joilla on mikä tahansa toiminnanrajoite. ICF ei ole tarkoitettu vain terveydenhuollon toimenpiteiden tai kuntoutuksellisten tarpeiden määrittelyyn, vaan myös määrittelemään ja arvioimaan fyysisen ja sosiaalisen ympäristön huonoja puolia, joita henkilöt kokevat elämässään. (WHO 2002, 19.) ICF luo tieteellisen perustan tutkia toimintakykyä ja toimintarajoitteita sekä yhteisen kielen parantamaan eri ammattiryhmien välistä viestintää toimintakykyyn liittyvissä asioissa. Aivovamma-asiakkaiden diagnosointiprosessi voidaan vaiheistaa toimintakyvyn kautta sekä otetaan huomioon ympäristötekijät ja henkilökohtaiset merkitykset. ICF tarjoaa määritelmän biopsykososiaaliselle eli moniammatilliselle kuntoutukselle. (Lindstam, Nybo & Oksanen 2012, 133.)

Aivovamma-asiakkaan akuuttihoiton päättyessä erikoissairaanhoidossa tulee jokaiselle potilaalle tehdä kuntoutussuunnitelma. ICF luo pohjan hyvälle kuntoutussuunnitelmalle, johon tulee kirjata kuntoutujan toimintakyky, sosiaalinen tilanne, aiempi kuntoutus, kuntoutuksen tavoite ja sisältö, ajoitus, intensiteetti, seuranta ja arviointi. On tarkoituksenmukaista ottaa huomioon menetysten lisäksi jäljellä oleva toimintakyky ja sosiaalinen osallistuminen. ICF perustuu henkilön toimintaan ja osallisuuteen

yhteiskunnassa ja jokapäiväisessä elämässä. Kuntoutuminen perustuu nimenomaan jäljellä oleviin mahdollisuuksiin. ICF:n mukaisesti aivovamman aiheuttama ihmisen toimintakyvyn ja sosiaalisen selviytymisen rajoitus voi olla seurausta elinympäristömme fyysisistä esteistä ja yhteiskunnassa vallitsevista asenteista. (Wikström 2012, 30–31.)

ICF-luokitusta voidaan käyttää, kun arvioidaan yksilön tarpeita suhteessa hänen toimintarajoitteisiinsa ja voimavaroihinsa, kun yhdistetään erilaisia interventioita tiettyihin terveydentiloihin, kuntoutettaessa toimintakykyä ja arvioitaessa interventioiden tuloksellisuutta. Terveyspalveluiden interventiot on suunniteltu vaurioituneiden ruumiin/kehon toimintojen ja rakenteiden palauttamiseen, suoritus- ja osallistumisrajoitteiden poistamiseen tai lieventämiseen sekä uusien vaurioiden tai rajoitteiden kehittymisen estämiseen. (Koskinen ym. 2009, 197.) ICF-malli arvostaa potilaan oman valinnan tärkeyttä määriteltäessä potilaan toimintakykyä. Potilaan tahto on perusteltu intervention kohde. Oletuksena on, että joissakin olosuhteissa on järkevä yrittää vaikuttaa toimintakykyyn esimerkiksi jakamalla informaatiota tai systemaattisemmin palkitsemalla haluttua käyttäytymistä jättämällä palkitsematta ei-toivottua käyttäytymistä. (Wade 2005, 812–813.)

5 Aivovamma-asiakkaan kuntoutusohjaus yliopistollisessa keskussairaalassa

5.1 Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää keskeistä kuntoutusohjaajan työn ydinosaamista yliopistollisen sairaalan aivovammapoliklinikalla. Tarkastelun apuna ja viitekehyksenä on käytetty ICF-toimintakykyluokitusta. Halusimme selvittää, miten ICF palvelee käytännössä kuntoutusohjaajan työtä yliopistollisessa sairaalassa aivo-

vammapoliklinikalla. Lisäksi selvitimme, millaisia haasteita tai muutoksia ammattilaiset näkevät tulevaisuudessa aivovamma-asiakkaiden kuntoutusohjauksessa. Motiivina työllemme on opiskeluun liittyvä käytännön työssä oppiminen aivovammapoliklinikalla, sekä aikaisempi käytännön kokemus aivovammapotilaiden kanssa työskentelestä.

Rajasimme työmme koskemaan kahta yliopistollista sairaalaa Suomessa. Sairaaloiden nimiä ei ole julkaistu työssä, koska näin lupamenettely oli helpompaa. Toisessa sairaalassa aivovammapoliklinikalla oli pitkä kokemus kuntoutusohjauksesta aivovammapoliklinikalla ja toisessa kuntoutusohjaajan työ on jaettu useiden toimijoiden kesken. Toisessa sairaalassa ICF-toimintakykyluokitus oli jo vahvemmin mukana käytännön työssä ja toisessa ICF oli tausta-ajatuksena.

Tutkimuskysymykset:

- Mitä kuntoutusohjaajan ydinosaaminen on yliopistollisen keskussairaalan aivovammapoliklinikalla ja miten se sijoittuu ICF-viitekehykseen?
- Mitä uutta ICF on tuonut kuntoutusohjaajan työnkuvaan yliopistollisen sairaalan aivovammapoliklinikalla?
- Mitä muutoksia tai tulevaisuuden haasteita kuntoutusohjaustyössä on yliopistollisen sairaalan aivovammapoliklinikalla?

5.2 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jossa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen sekä kohteen tutkiminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Aineisto kootaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa sekä suositaan ihmistä tiedon keruun instrumenttina. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa suositaan aineiston hankinnassa menetelmiä, joissa tutkittavien näkökulmat pääsevät esille.

Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. Tapauksia käsitellään ainutlaatuisina, ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161–164.) Tutkimusmenetelmänä käytimme haastattelututkimusta, koska halusimme nostaa esiin kokeneiden ammattilaisten äänen kuvatessamme aivovammapoliklinikan kuntoutusohjausta. Haastattelu on kiehtova tiedonkeruumenetelmä, koska siinä ollaan vuorovaikutuksessa suoraan tutkittavan kanssa (Hirsjärvi ym. 2009, 204). Ratkaisevaa on myös se, että haastattelijalla osaa tulkita haastateltavan vastauksia erilaisten merkityksimaailmojen valossa. Käytetty tutkimushaastattelumenetelmä oli teemahaastattelu, jossa teema-alueet ja kysymykset olivat etukäteen haastateltavien tiedossa. Strukturoidusta haastattelusta se eroaa sikäli, että kysymysten tarkalla järjestyksellä ei ollut merkitystä. (Hirsjärvi ym. 2009, 207–208.)

Tutkimushaastattelussa halutaan välittää kuva haastateltavan ajatuksista, käsityksistä ja kokemuksista. Haastattelu on sosiaalinen vuorovaikutustilanne sekä käsitteisiin, merkitykseen ja kieleen perustuvaa toimintaa. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 41.) Tässä työssä haastattelu oli kohdennettu tiettyihin teemoihin, ja siksi sitä kutsutaan teemahaastatteluksi. Olennaista on, että haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47–48.)

Teemahaastattelu on keskustelua, jolla on etukäteen päätetty tarkoitus. Se muistuttaa jokapäiväistä keskustelua, jota tutkija ohjailee siten, että se ei kokonaan erkane tutkimusongelmasta. Muutoin hän jättää haastattelun muodon ja yksityiskohdat varsin vapaiksi. Tutkija esittää pääasiassa avoimia kysymyksiä eli sellaisia, joihin ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja (Kyselevät tutkimustavat, 2007.) Avoin kysymys antaa vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä on todella mielessään ja ilmaista itseään omin sanoin. Sen avulla voidaan osoittaa vastaajan tietämys aiheesta ja osoittaa, mikä on tärkeää vastaajan ajattelussa. (Hirsjärvi ym. 2009, 201–202.)

5.3 Tutkimuksen toteutus

Aloitimme opinnäytetyön syyskuussa 2013 hakemalla kirjallisuutta opinnäytetyön aiheeseen. Suunnittelimme haastattelukysymykset lokakuussa sekä laadimme ICF-tukikaavion haastattelun tueksi. Olimme valinneet tukikaavioon ICF-toimintakykyluokitukselta ne osa-alueet, joiden oletimme olevan oleellimmat aivovammapotilaiden ohjauksessa. Käytimme tukikaaviossa tukenamme Sanna Koskisen väitöskirjaa, jossa oli tuotu esille aivovamman saaneiden keskeiset toimintakyvyn kuvauskohteet. Käytimme tukikaaviossa ICF:n kaksiportaista luokittelua eli pääluokkaa ja osaluokkaa.

ICF-tukikaavio pohjautuu Koskisen (2011, 37–38, 58, 70) väitöstutkimukseen koskien aivovamman saaneita henkilöitä. Väitöstutkimuksessa asiantuntijat arvioivat 55 laitostuntoutusjaksolla olleen suomalaisen aivovamman saaneen henkilön toimintakykyä ja nämä arviot tiivistettiin käyttämällä ICF-luokituksen mukaista luetteloa keskeisistä toimintakyvyn kuvauskohteista. Yleisimmät aivovamman saaneiden ongelmat liittyivät ICF-luokituksen ”Ruumiin/kehon toimintojen (b)” sekä ”Suoritusten ja osallistumisen (d)” alueille. Eniten muutoksia oli todettavissa ”Mielentoimintoihin” (muistitoiminnot, korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot, tarkkaavuustoiminnot, tunne-elämän toiminnot), ”Aistitoimintoihin ja kipuun”, ”Kommunikointiin” sekä työhön liittyvillä alueilla.

Koskisen (2011, 37–38, 58, 70) tutkimuksen perusteella aivovamman saaneen henkilön toimintakyvyssä on elämänlaadun kannalta tärkeitä osa-alueita, joita ei järjestelmällisesti kirjata. Näitä on erityisesti vuorovaikutuksen ja ihmissuhteiden, yhteisöllisen ja sosiaalisen elämän sekä minään ja ympäristöön liittyvillä alueilla. Kuntoutus tähtää toimintarajoitusten minimointiin ja mahdollisimman korkean toimintakyvyn saavuttamiseen. Kuntoutuksen perustaksi tarvitaan kokonaisvaltainen käsitys ihmisen toimintakyvystä. Tämän tutkimuksen perusteella ICF-luokitus voi toimia tällaisena viitekehyksenä.

Haimme opinnäytetyötämme varten kirjalliset luvat marraskuussa kahdesta yliopistollisesta keskussairaalaista. Haastattelimme yhteensä neljää henkilöä, kahta kummastakin sairaalasta. Kumpikin opinnäytetyön tekijä haastatteli kahta henkilöä. Haastattelut tapahtuivat marras-joulukuussa 2013. Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin tekstiksi eli litteroitiin. Valitsimme henkilöt sen mukaan, että tiesimme heillä olevan työkokemusta aivovammoista ja käsitystä kuntoutusohjaajan työstä, sekä perustietoa ICF-toimintakykyluokituksesta. Haastateltaville annettiin etukäteen asianmukaista informaatiota opinnäytetyön luonteesta ja tarkoituksesta. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 20). Haastateltavien työpaikat, henkilöllisyydet tai ammatit eivät tulleet ilmi haastattelujen yhteydessä. Haastateltavat saivat etukäteen saatekirjeen (Liite 1), haastattelukysymykset (Liite 2) ja ICF-viitekehyksen mukaisen tukikaavion (Liite 3).

Aineiston analysointi tapahtui litteroinnin eli sanasanaisen puhtaaksi kirjoittamisen jälkeen. Haastattelijä analysoi aineistoa tiivistämällä, luokittelemalla ja tulkitsemalla. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 137–138.) Pyrimme löytämään haastattelujen sisällöstä olennaisen kuntoutusohjaajan työn sisällöstä, ydinosaamisesta ja ydinosaamisen sijoittamisesta ICF-viitekehykseen, sekä tulevaisuuden haasteista. Poimimme vastauksista tarkasteltavana olevan teeman mukaiset sisällöt. Aineistoa lukemalla löysimme teemat, jotka nousivat esiin haastatteluista. Näin löysimme vastauksista asiayhteyttä kuvaavaa tietoa eli kontekstitietoa. Haastattelutekstiä tulkitsimme sitten niin, että työomme lukija löytää tekstistämme ne asiat, jotka itsekin löysimme haastattelumateriaalista. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 142–151.)

Haastattelukysymykset 1, 2 ja 4 olivat avoimia, emmekä vaatineet ICF -tukikaavion käyttöä. Tukikaaviota käytimme ainoastaan kysymyksessä 3 (Miten sijoitat kuntoutusohjaajan ydinosaamisen ICF-viitekehyksen osa-alueisiin?) ja tässä kysymyksessä teemoittelu perustuu laatimamme tukikaavion ICF-rakenteeseen. Vastaukset keräsimme kaaviokuvaan (Liite 5).

Teemoittelimme kaikki haastattelukysymysten (Liite 2) vastaukset kappaleeseen 6. Tulokset raportoidaan kysymysten esittämisjärjestyksessä. Kappaleessa 6 emme eri-

telleet haastatteluista eri haastateltavien vastauksia missään kysymyksessä, vaan toimme esille kaikki heidän esille nostamansa asiat. Kokosimme vastauksista olennaimmat sisällöt erittelemättä haastateltavia. Tarkoituksena ei ollut vertailla kahden eri sairaalan toimintaa, vaan hakea yhtäläisyyksiä kuntoutusohjaajan työn sisällöstä, ICF – viitekehyksen käytöstä, kuntoutusohjaajan ydinosaamisesta ja tulevaisuuden haasteista. Haastatteluissa vaihtelivat sanat potilas ja asiakas, joita emme ole muuttaneet. Teemoissa oleva sisältö on poimittu haastatteluista. Emme ole tekstissä liisänneet sisältöä esimerkiksi lähdemateriaaleista tai tulkinneet haastateltavien vastauksia.

6 Tutkimustulokset

6.1 Kuntoutusohjaajan työn sisältö yliopistollisen keskussairaalan aivovammapoliklinikalla ja kuntoutusohjaajan ydinosaaminen

Kysymyksessä ”Mitä kuntoutusohjaajan työn kuva pitää sisällään yliopistollisen keskussairaalan aivovammapoliklinikalla?” nousivat esille ohjaus, neuvonta ja tukeminen, koordinointi ja kuntoutusprosessin eteneminen, substanssiosaaminen, palvelujärjestelmän tunteminen, kuntoutussuunnitelman laatiminen ja seuranta sekä yhteistyö. Kahden haastateltavan työpaikalla aivovammapoliklinikka on toiminut jo noin kymmenen vuotta. Kahden työpaikalla erillinen aivovammapoliklinikka on ollut vasta vuoden. Ensimmäisessä paikassa työskentely on saavuttanut jo vakiintuneita piirteitä, ja toimintaa on kehitetty pitkään. Jälkimmäisen kohdalla toiminta on vielä kehittymässä. Siellä kuntoutusohjaustyö on toistaiseksi hajautettu eri ammattialoille. Neuvontaa tekevät kaikki oman toimensa ohella. Siitä huolimatta haastatteluissa nousi esille paljon samankaltaista asiasisältöä.

6.1.1 Ohjaus, neuvonta ja tukeminen

Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että kuntoutusohjaajan työn keskiössä on asiakas oireineen, huolineen ja tuen tarpeineen. Kuntoutusohjauksen perustehtävä on asiakkaan ohjaus, neuvonta ja tukeminen. Toivon ja elämänuskon säilyttäminen, sekä realistinen ja kannustava ote ovat ohjauksessa tärkeitä. Ihmisen tulee saada palvelua tasa-arvoisesti sekä tulla nähdyksi ja kuulluksi kaikkine oireineen. Aivovamma-asiakkaan kohdalla korostuu neuropsykologinen oirekuva, eikä vamma näy välttämättä päällepäin. Tämä voi aiheuttaa ”karilleajoa”.

On oleellista huomata, että perheen tilanne saattaa olla hankala perheenjäsenen sairastuttua. Ohjauksessa on tärkeää huomioida se miten läheiset jaksavat. Aivovamma koskettaa koko perhettä ja lähiyhteisöä. Heidän mukaan ottaminen kuulemaan kuntoutuksesta, sekä tuomaan tietoa arjen sujumisesta, on tärkeää. Aivovammapoliklinikan ammattilaiset tuntevat asiakkaan vain aivovamman jälkeen, mutta läheiset tuntevat myös tilanteen ennen vammaa ja osaavat siten kertoa muutoksesta. Kuntoutusohjaajan työkenttä aivovammapoliklinikalla on laaja-alainen.

6.1.2 Koordinointi ja kuntoutusprosessin eteneminen

Potilaiden asioiden koordinointi ja yhteistyö moniammatillisessa tiimissä on keskeinen tehtävä. Kuntoutusohjaajalta vaaditaan asiantuntemusta siitä, mitä ammattihenkilöitä tullaan kuntoutusprosessissa tarvitsemaan ja missä järjestyksessä. Näin toiminta on sujuvaa ja tarkoituksenmukaisesti aikataulutettua. Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat neurologi, neuropsykologi, sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja ja sihteeri sekä tarpeen mukaan fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja puheterapeutti. Toisessa sairaalassa tiimiin kuuluu myös kuntoutusohjaaja. Haastatteluissa tuli esille, että kuntoutusohjaajan tehtäviin sisältyy sekä aivovammapoliklinikan toiminnan koordinointia, että yksittäisen aivovamman saaneen asiakkaan kuntoutusasioiden

koordinointia ja lisäksi seurantamallin mukaista kuntoutusprosessin etenemisen seuranta.

6.1.3 Substanssiosaaminen

Vaikka kuntoutusohjaajan näkökulmasta yleisesti ottaen ihmisen toimintakyky on oleellisempi kuin diagnoosi, tulee kuntoutusohjaajalla olla substanssiosaamista vammaryhmästä, jota asiakas edustaa. Kuntoutusohjauksen sisältö näin ollen riippuu myös diagnoosista ja sen vaativuudesta. Aivovamman oirekuvan näkyväksi tekeminen vaatii substanssiosaamista, joka kuntoutusohjaajan tulee hallita.

Aivovammapoliklinikan asiakkaille tiedon välittäminen on keskeistä. Avun tarpeen ja hädän vastaanottaminen vaatii sen tiedon välittämistä, että asia hallitaan ja asioista otetaan selvää, eikä asiakkaan tarvitse itse tietää tai osata kaikkea. *”Kuntoutusohjaaja on siinä etulinjassa ja ottaa ihmisen hädän vastaan ensimmäisenä ja on siinä puskurina vastaanottamassa.”* Lähetteen saavuttua kuntoutusohjaaja lähtee selvittelemään tilannetta, jäsentämään asiakkaan asiaa sekä hahmottamaan kiireellisyyttä ja aikataulua. *”Pallo on otettu tänne ja me osataan, vaikka itsestä välillä tuntuisi, että tämä on ihan kaaosta koko juttu.”* Substanssiosaamista on myös se, että aivovammojen kohdalla tarvitaan ammattilaisen osaavaa ymmärrystä.

6.1.4 Palvelujärjestelmän tunteminen

Haastatteluissa tuli esille, että yksi kuntoutusohjaajan ydinosamista on asiakkaan ohjaus, neuvonta ja tukeminen monimutkaisessa palvelujärjestelmässä. Kuntoutusohjaaja olisi keskeinen henkilö luotsaamassa alkuvaiheessa aivovamman saanutta asiakasta palvelujärjestelmässä. Kuntoutusohjaajan täytyy tuntea monimutkainen, monitahoinen ja monitoimijainen suomalainen palvelujärjestelmä hyvin sekä tietää eri rahoittajatahot ja oikeat vaihtoehdot erilaisissa rahoitussysteemeissä. Yhdellä

asiakkaalla voi olla monta eri rahoittajaa kuntoutuksessaan, ja tämä kokonaisuus on hallittava. Lääkinnällistä kuntoutusta esimerkiksi voi rahoittaa eri taho kuin ammatillista kuntoutusta. Kuntoutuksen rahoittaja määräytyy pitkälle sen mukaan, mitkä ovat vamman tapahtuman olosuhteet.

Aivovamma vaikuttaa tiedonkäsittelyyn, kognitiivisiin toimintoihin, muistamiseen, oppimiseen, asioitten ymmärtämiseen ja käyttäytymisen säätelyyn. Tarvitaan erityisesti ohjausta ja tukea palvelujärjestelmässä selviytymisessä. *”Kuntoutusohjaajan tehtävä on tavallaan tuoda sekä asiakkaalle itselleen, että läheisille palvelujärjestelmän sisällä näkymätön näkyväksi.”* Kuntoutusohjaajan tehtävä on olla palvelujärjestelmässä tulkkina, jotta vakavan vamman takia asiakas ei tule väärin ymmärretyksi tai kohdelluksi. Aivovamman ominaispiirteitä ei palvelujärjestelmässä aina tunneta. Haastattelussa tuli esille, että järjestelmä on Suomessa luotu fyysisen vamman osalta hyvin toimivaksi, ja fyysinen rajoite on helpompi määritellä. *”Tämä näkymätön aivovamma, nämä kognitiiviset toiminnot ja emotionaalinen haitta, on tuotava perustelun esille, jotta asiat etenevät palvelujärjestelmässä”*. Aivovamma-asiakkaalle tulee pääsääntöisesti yrittää saada sitä palvelua, mitä hän tarvitsee.

6.1.5 Kuntoutussuunnitelman laatiminen ja seuranta

Aivovammapoliklinikalla tehdään moniammatillisessa tiimissä kuntoutussuunnitelma, jonka toteutumista kuntoutusohjaaja seuraa. Palaute- ja suunnitelmanevotteluissa laaditaan suunnitelma tulevaisuudesta, miten seuranta jatkuu ja miten asiakkaan kanssa viedään yhteistyötä eteenpäin. Kuntoutussuunnitelmapalaverissa suunnitellut asiat eivät välttämättä aina etene niin kuin oli ajateltu, ja siihen tulee varautua. Tiimissä tulee olla valmiutta tarkistaa suunnitelmaa ja tehdä tarvittaessa suunnan muutoksia. Asiakkaan tilanneselvitystä voidaan tehdä kuntoutusohjaajan seurantatapamisissa.

Yhdessä haastattelussa tuli esille toimintakäytäntö, jossa käytettiin paritapaamista. Paritapaamisissa kuntoutusohjaaja työskentelee yhdessä neurologin, neuropsykologin tai sosiaalityöntekijän kanssa. Näitä paritapaamisia pidettiin tärkeänä toimintamuotona. Aivovamman saaneen kuntoutus ja sen suunnittelu on mitä suurimmassa määrin moniammatillista yhteistyötä.

Moniammatillisessa tiimissä jokaisella on oma roolinsa ja oma erityisosaamisensa. Toisten osaamisalueita on tärkeä ymmärtää ja kunnioittaa. *”Minun haaveeni on, että päästäisiin siihen, että se olisi dialogin kautta yhteisesti tehty suunnitelma, mitä asiakkaalle tehdään.”* Riittävän pitkä kuntoutussuunnitelman seuranta ja arviointi nousi vastauksista esille osana kuntoutusohjaajan työnkuvaa. Elämä tulisi saattaa niin pitkälle, että asiakas saa elämänsä tasapainoon. Alkuvaihe voi kestää jopa kaksi vuotta, ja sen jälkeenkin seuranta ja mahdollisuus yhteydenottoon ovat tärkeitä. Aivovammat ovat niin suuri ryhmä, että yliopistosairaala ei voi ottaa kuitenkaan kokonaan alueellista seurantavastuuta.

6.1.6 Yhteistyö

Aivovammapoliklinikan kuntoutusohjaajan työnkuvassa nousi haastateltavien vastausten perusteella esille työn koordinoiva luonne eri ammattiryhmien kesken ja sairaalan ulkopuolelle, kuten kotiin, kouluun tai työpaikalle. Kotikäyntien tarve ja kouluissa tai työpaikoilla käyntien tarve on ilmeinen. Näillä käynneillä ohjaukselta vaaditaan substanssiosaamista.

Aivovammapotilaan prosessissa voi olla mukana useita sairaalan ulkopuolisia tahoja, joiden mukaan ottamista ja yhteistyötä kuntoutusohjaaja koordinoi. Ammatillista kuntoutusta mietittäessä mukana voi olla työterveyshuollon edustaja, työkokeilun yhteydessä työnantajan edustaja tai Vakuutuskuntoutus VKK:n kuntoutussuunnittelija tai lääkinnällistä kuntoutusta mietittäessä kuntouttavia terapeutteja (esimerkiksi

neuropsykologi). Moniammatillisen yhteistyön korostaminen ja tärkeä merkitys poli-klinikan sisällä tuli esille vahvasti kaikissa haastatteluissa.

6.2 Toimintakykyluokitus on tuonut ja voi tuoda uutta kuntoutusohjaajan työnkuvaan

Kysymyksessä ”Mitä ICF-toimintakykyluokituksen käyttö on tuonut kuntoutusohjaajan työnkuvaan tai mitä haastattelijat kuvittelisivat sen tuovan?” nousi esille neljä teemaa: ICF on tuonut lisäarvoa asiakkaan arviointiin, palvelujärjestelmän käyttöön ja arviointiin, ympäristötekijöiden ja osallistumisen arviointiin sekä lisäarvoa työn rakenteeseen ja kirjaamiseen. Emme ole eritelleet haastatteluista haastateltavia, vaan heidän esille nostamansa asiat ja teemat. Tarkoituksenamme ei ole vertailla kahden eri sairaalan toimintaa. Pikemminkin haemme yhtäläisyyksiä siitä, mitä mahdollisuuksia toimintakykyluokitus on tuonut kuntoutusohjaajan työhön, ja miten sitä voisi hyödyntää lisää. Vaikka kahdessa eri sairaalassa on kuntoutusohjaustyössä erilaisia toimintakäytäntöjä, nousi jälleen esille samansuuntaista asiasisältöä.

Eniten teemoittelussa ilmeni eroavaisuutta kirjaamisen osalta, koska osa haastateltavista käytti arvioinnissa ja kirjaamisessa apuna ICF:ää. Haastattelujen sisältö oli joka tapauksessa samansuuntaista, olipa ICF-pohjainen kirjaaminen jo käytössä, tai kun sitä vasta suunniteltiin kirjaamiseen. Haastatteluissa käytettiin sanoja ”potilas” ja ”asiakas”, jotka säilytimme teemoittelussa. Teemojen sisältö on poimittu haastatteluista, emmekä ole tekstissä lisänneet sisältöä esimerkiksi lähdemateriaaleista tai tulkinneet haastateltavien vastauksia. Haastattelukysymys oli avoin, emmekä vaatineet ICF-tukikaavion käyttöä.

6.2.1 ICF lisää laajuutta asiakkaan arviointiin

Kaikilla haastateltavilla oli kokemusta eri laajuisista ICF-kehittämishankkeista, jotka koskivat aivovammoja tai muita sairausryhmiä. ICF-käsitteistön kautta, sekä erilaisten sairaus- ja vamma-ryhmien kautta on ICF:ää apuna käyttäen ollut mahdollista löytää, mikä laajasta käsitteistöstä soveltuisi juuri aivovammoille ja mitä tulisi arvioida. Vaikka ICF ei ollut käytössä toisessa sairaalassa strukturoidusti, oli se mukana ajatuksellisena kehikkona. ICF auttaa jäsentämään toiminnan rajoitteita ja sitä miten toimintakyky on muuttunut. ICF:n avulla kuntoutusohjaaja voi esittää oikeita kysymyksiä esimerkiksi toiminnanohjauksesta, ja näin vastaukset tulevat asiakkaalta itseltään. Kuntoutustyöryhmälle on tärkeää, että asiakkaan itsearviointi saadaan esille.

Asiakkaan oppiminen ja tiedon soveltaminen on tärkeä asia nähdä, huomioida ja ymmärtää. Se kertoo, mitä ammattilaisen pitää ohjauksessa tietää ja ymmärtää. Ammattilaisen täytyy kenties tuoda tietoa ihmiselle jotakin muuta kautta kuin hänen itsensä kautta, mikäli oppimisessa ja tiedon soveltamisessa on vaikeutta. Tietoa voidaan antaa esimerkiksi läheisille tai avustajille.

ICF lisäsi asiakkaan vahvuuksien esille tuloa eikä korostanut ainoastaan toimintarajoitteita. Yhdessä ICF - kehittämishankkeessa tuotiin esille työryhmän kehittämä jana, jossa asiakas itse arvioi itseään välillä -4 – + 4. Miinus-merkkiset numerot kertovat heikkouksista ja niiden tasosta jossain ominaisuudessa ja plus-merkkiset vahvuuksista. Asiakkaan itsearviointi voi kertoa ihmisen arviointikyvystä, oiretiedostuksesta tai mielialasta. Asiakas arvioi itseään janalla, jonka jälkeen vastauksen päälle asetetaan asteikko ja näkymä saadaan numeeriseksi. Tätä samaa arviointia voitiin käyttää asiakkaan kontrollikäynnillä. Joidenkin asiakkaiden kohdalla toimintakyvyn rajoitteet voivat nousta esiin herkästi. Osan kohdalla tiedot voivat olla ristiriidassa tutkimusten kanssa. ICF:n ydinkäsitteistön avulla sekä niihin liittyvillä kysymyksillä ja numeerisella skaalalla on mahdollista nähdä asiakkaan toimintakykyprofiili. ICF:n ydinkäsitteistöä on mahdollista täydentää aivovammaan liittyvällä käsitteistöllä ja näin tarkentaa arviointia.

Haastatteluissa tuli esille, että ICF tuo laajuutta asiakkaan arviointiin. Asiakkaan lähtökohtana on toimintakyky, ei diagnoosi tai vamma. Ihmisen toimintakyky koostuu yksilö- ja ympäristötekijöistä, jotka on usein terveydenhuollossa huonosti ymmärretty niiden tärkeydestä huolimatta. Terveydenhuollossa katsotaan usein enemmän terveydentilaan liittyviä asioita, kuten ruumiin ja kehon rakenteita sekä toimintoja. Muut tekijät jäävät vähemmälle huomiolle. Kuntoutusohjaukseen ja sosiaalityöhön sisältyy kuitenkin perusajatuksena se, että ihmisen kokonaistilanne otetaan huomioon tilannetta arvioidessa. Kuntoutusohjauksessa joudutaan aina katsomaan asioita laajemmasta näkökulmasta kuin sairaus tai vamma. ICF:n avulla voidaan arvioida, minkälaisia muutoksia toimintakyvyssä on tapahtunut, mitkä asiakkaan tilanne on ollut, ja mitä se on aivovamman jälkeen.

6.2.2 ICF jäsentää palvelujärjestelmän käyttöä

ICF:n avulla ohjauksessa voidaan tarkastella, mitä palvelujärjestelmiä asiakkaalla on jo käytössä, ja miten ne voisivat edistää asiakkaan tilannetta. Palvelujärjestelmien ohjauksessa tulee huomioida ihmisen vastaanottokyky. Ihmiselle ei voi antaa esimerkiksi lomakkeita täytettäväksi, jos hän ei kykene siihen tai hänellä ei ole läheisiä, jotka voivat auttaa. Vaikka läheisiä olisikin, silti asiakkaan asioiden hoitamisessa ei saa liikaa laskea omaisten ja läheisten varaan, koska läheiset ihmiset voivat olla muuten kuormittuneita. Perheen työt ovat kenties jakautuneet sairastumisen jälkeen enemmän muille perheenjäsenille ja palvelujärjestelmissä asiointi kuormittaa tilannetta lisää.

6.2.3 ICF laajentaa ymmärrystä ympäristötekijöiden ja osallistumisen arvioinnissa

ICF:n avulla voidaan tarkastella asiakkaan lähiympäristössä toimintakykyä edistäviä ja toimintakykyä rajoittavia tekijöitä. ICF laajentaa ymmärrystä asiakkaan osallistumisen alueesta. Ihmiselle tulee antaa tilaa kertoa enemmän elämästään. ICF on aivovam-

man saaneiden kuntoutustyössä tuonut esille ihmisen mahdollisuutta osallistua enemmän henkilönä ja persoonana. Perinteisesti osallistumista on arvioitu melko kapeasti, esimerkiksi työssä käymistä. Osallistuminen on myös vastuun kantamista perhepiirissä, harrastamista, yhteiskunnallista osallistumista sekä mielenkiinnon kohteita ja asiakkaan erilaisia rooleja. ICF:n avulla voidaan arvioida, minkälaisia muutoksia näiden suhteen on tapahtunut, mitä osallistuminen on ollut ja mitä se on aivovamman jälkeen. Kuntoutustyössä tulisi aina huomioida ihmisen osallistumista mahdollisimman täysipainoiseen elämään, eikä ainoastaan haittaa ja diagnoosia.

Ympäristötekijöiden arviointi sairaalasta käsin koettiin osittain haasteelliseksi. Kuitenkin aivovamma-asiakkaiden tilanteissa nousivat usein esiin juuri ympäristötekijät, asenteet ja sosiaalisen tuen tarve. ICF nosti esiin esimerkiksi työkavereiden tai työterveyshuollon asennoitumisesta rajoittavia tekijöitä. ICF avasi näkökulmaa, että ympäristötekijöiden arvioinnin tulee tulla henkilön kokemana, hänen näkökulmastaan ja hänen tilanteestaan.

6.2.4 ICF strukturoi työtä ja kirjaamista

Kaikissa haastatteluissa tuli esille, että ICF tekee kuntoutusohjaajan työn rakennetta selkeämmäksi, sekä avaa ja auttaa kuntoutusohjaajan työtä. ICF:n eri alueet tuovat asiat strukturoidummin esille, kun sisällöt on otsikoitu kirjaamiseen ja haastatteluun. Osa piti tärkeänä, että ICF näkyisi asiakkaan papereissa ja tekstissä. Osalla haastateltavista oli kokemusta käytännöstä, jossa kuntoutusohjaaja käytti kotikäynnillä haastattelulomaketta, jossa oli pohjalla ICF-viitekehys. Asiakasta koskeva teksti kirjattiin myös siltä pohjalta. Tämä voisi haastateltavien mielestä olla yksi ratkaisu siihen, että ICF näkyisi asiakkaan suunnitelmissa. ICF varsinaisesti ei kuitenkaan kenenkään haastateltavan mukaan näkynyt vielä kuntoutussuunnitelmassa.

Osa haastateltavista käytti apunaan taustatieto/esitietolomaketta, joka oli laadittu ICF:n pohjalta. Taustatietolomakkeessa on tärkeää huomioida toimintakykyä edistä-

vät tekijät, kun asiakkaan kuntoutusta suunnitellaan. Vaikka kaikki eivät lomaketta käyttäisikään, on lomakkeen anti tärkeä informaationlähde tiimille.

Kuntoutusohjaaja voi tehdä lomakkeen avulla huomioita ja havaintoja eri alueista. Kuntoutusohjaajan lausunnoissa voivat auttaa esimerkiksi ICF:n mukaiset valmiit otsikot. Kuntoutusohjaaja voi tehdä huomioita ja havaintoja eri alueista: ”kommunikointi” -kohtaan merkitään ”ok”, kun kommunikoinnissa ei ole ongelmia. Se on tullut huomioiduksi. Tai maininta, ”puheterapeutti on hoitanut kommunikoinnin apuvälineitä” tai ”asiakas käy puheterapiassa” tai ”asiakas ei pysty kommunikoimaan”. Kirjaamisessa voidaan tarvittaessa hyödyntää tekstiä eri ammattilaisten lausunnoista. Esimerkiksi fysioterapeutin lausunnosta voidaan ottaa tärkeät asiat liikkumisosioon. Niissä kohdissa, missä on paljon havaintoja ja kommentointia, esimerkiksi ”Itsestä huolehtiminen”, näkisi nopeasti, että tämä on kenties osio, jossa on enemmän tehtävää ja enemmän tarkasteltavaa. Samalla tavoin voisi toimia muidenkin osa-alueiden kohdalla.

Haastattelussa tuli esille, että ICF voisi toimia kirjaamismallina. Kun ICF olisi valmiina pohjana kirjaamisessa, niin se helpottaisi työntekijää, koska kyseisiä asioita käydään joka tapauksessa asiakkaan kanssa läpi. Kirjaamisessa ICF voisi tuoda lisää laatua työhön ja olisi laadun tae. Kirjaamisessa ICF kertoisi lukijalle, mitä on tehty sekä kertoisi tekijälle, mitä pitää tehdä, ja mitä pitäisi huomioida asiakkaan tilanteessa. Kirjaamisessa olisi tuolloin nostettu esiin ydinasiat. Sitä kautta voitaisiin tarkastella myös tilastointia. Kirjaamisessa voi ICF:n pohjalta tehdä suunnitelman laajemmin ja sen perusteella yhteenvedon. Sen avulla on mahdollista kertoa asiakkaan tilanteesta kokonaisuudessaan.

Yksi haastateltava oli mukana opintopiirissä, jossa ICF:n käytöstä keskustellaan. Ryhmä keskustelee siitä ja vie sitä eteenpäin. Keskustelun kautta ICF pidetään mukana työssä, koska se koetaan usein vaikeaksi, työlääksi tai hankalaksi. Ryhmässä pohditaan, miten ICF tulisi mukaan asiakkaan papereihin ja teksteihin sekä palvelujärjestelmään, sen lisäksi, että se toimii ajatuksellisena viitekehyksenä.

ICF erottuu lääketieteestä siinä, että lääketieteessä keskeistä ovat diagnoosit. Se voi strukturoida kuntoutusohjaajan työtä, mutta sen käytön ei pitäisi olla keinotekoisista. ICF kehittyy koko ajan, mutta yksi haastateltava suhtautui siihen siinä mielessä varauksellisesti, ettei sen ympärille pitäisi tehdä keinotekoisia byrokraatioita.

ICF kertoo nopeasti kuntoutusohjaajalle, mitä pitäisi tehdä jatkossa. Asiakkaan jatko-suunnitelma voidaan tehdä ICF:n pohjalta. Kuntoutusohjaajan lausunto voi auttaa asiakasta, kun asiakas asioi toisessa palvelupaikassa. Hän voi ottaa kuntoutusohjaajan lausunnon mukaan toiseen palvelupaikkaan, esimerkiksi vammaispalveluun tai kotihoitoon. Erityisesti lausunto auttaa silloin, jos asiakkaalla on ongelmaa kommunikoinnissa. Eri palvelujärjestelmissä kaikkea ei tarvitse aloittaa alusta silloin, kun ihmiset käyttävät eri palvelujärjestelmiä.

6.3 Kuntoutusohjaajan ydinosaaminen ICF-viitekehyksen osa-alueisiin liitettynä

Kysymyksessä ”Miten sijoitat kuntoutusohjaajan ydinosaamisen ICF-viitekehyksen osa-alueisiin?” pyysimme haastateltavia sijoittamaan ydinosaamista ICF- viitekehykseen ja käytimme apunamme laatimaamme ICF -tukikaaviota. Alla olevaan kuvioon olemme koonneet ICF -luokituksen osat, osa-alueet ja pääluokat, joita käytimme haastattelussa. (Ks. kuvio 5.) Vastaukset on purettu pääluokkien tarkkuudella. Eniten sisältöä ja kommentteja tuli seuraaviin pääluokkiin: mielen toiminnot (b1), aistitoiminnot (b2), yleisluonteiset tehtävät ja vaateet (d2), henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d7), keskeiset elämänalueet (d8), tuotteet ja teknologiat (e1) sekä tuki ja keskinäiset suhteet (e3). Niukimmin tuli tekstiä seuraaviin pääluokkiin: oppiminen ja tiedon soveltaminen (d1), kommunikointi (d3), liikkuminen (d4), itsestä huolehtiminen (d5) ja kotielämä (d6).

Haastattelussa noudatettiin ICF:n osien ja osa-alueiden kohdalla WHO:n luomaa ja-koa:

Osa 1. Toimintakyky ja toimintarajoitteet

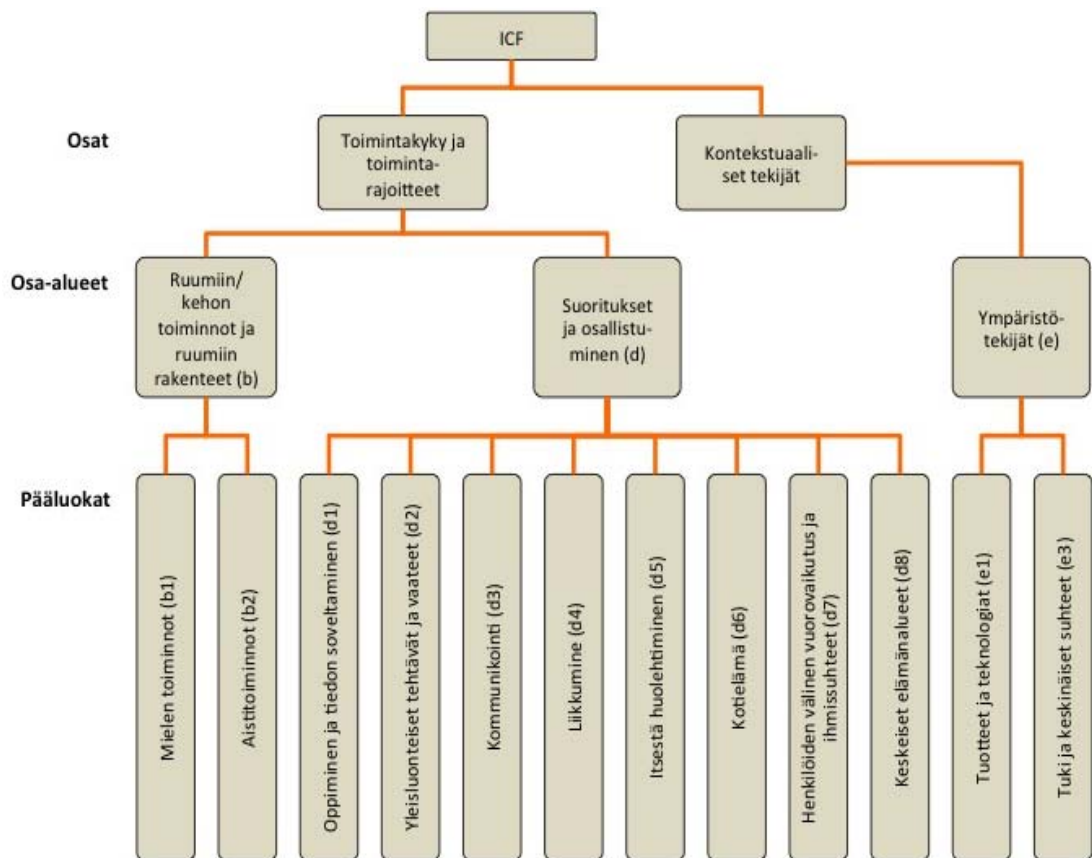
– Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet (b)

– Suoritukset ja osallistuminen (d)

Osa 2. Kontekstuaaliset tekijät

– Ympäristötekijät (e)

(ICF 2011, 10.)



Kuvio 5. ICF-luokituksen osat, osa-alueet ja pääluokat, joita käytimme haastattelussa (alkup. kuvio ks. ICF 2011, 10)

6.3.1 Toimintakyky ja toimintarajoitteet

6.3.1.1 Ruumiin/kehon toiminnot (b1-b2)

Haastateltavien vastauksista löytyi 13 erillistä kohtaa **mielentoiminnot (b1)** -osioon. Haastatteleamalla on tärkeä selvittää, mitä seurauksia on tullut aivovammasta. Keskeisiä kuntoutusohjaajan kyselyn aiheita tällä alueella ovat mielentoiminnot ja kipu. Kuntoutusohjaajan arvio on tärkeä siinä, miten havainnoidut asiat vaikuttavat ihmisen arkeen. Kuntoutusohjaaja tekee havaintoja kaikista eri alueista, esimerkiksi ruumiin ja kehon toiminnoista. Kuntoutujan haastatteluissa tulee esille, millaisia kuntoutujan tarkkaavaisuus ja käyttäytyminen ovat ja miten ne heijastuvat arkitoimintaan. Orientaatiolla on merkitystä siinä, kuinka hallinnassa arki on. Keskeistä on huomioida asiakkaan toiminnanohjaus. Kuntoutusohjaaja voi tehdä yhdistelmän mielentoiminnoista ja osallistumisesta. Tunne-elämä, vireystila ja orientaatio tulevat usein esille asiakkaasta itsestään. Muistilla on äärettömän suuri merkitys kokonaistilanteen suhteen. Kaikki muu voi olla kunnossa, mutta jos muisti ei pelaa, asiakas tarvitsee kaiken mahdollisen ohjannan ja avun. Korkeatasoisilla kognitiivisilla toiminnoilla, oiretiedotuksella ja tarkkaavuuden ongelmilla on merkitystä siinä, miten ihminen oppii ja miten hän hahmottaa maailmaa. Uni voi selittää kuntoutujan väsymysproblematiikkaa, unen laatu voi olla kovasti muuttunut, ja uni voi olla katkonaista. Yleiset mielentoiminnot (mm. tietoisuus, orientoituminen, temperamentti, henkinen energia, uni) sekä niiden arvioiminen ja ottaminen huomioon olisi tärkeää, ennen kuin mennään selittämään erityisiä mielentoimintoja (mm. tarkkaavaisuus, muisti, tunne-elämä, kieli).

Haastatteluista nousi esille 5 erillistä kohtaa **aistitoiminnot (b2)** -osioon. Kuntoutusohjaaja katsoo asioita arjen kannalta eikä diagnoosin kannalta. Jos ravintolakokilta puuttuu hajuaisti, häneltä menee ammatti. Aistitoiminnot ovat oleellisia. Jos asiakkaalla on näön ongelmaa, saattaa asiakas selviytyä kotona, mutta ei kodin ulkopuo-

lolla. Tuolloin tarvitaan ehkä jatko-ohjausta, esimerkiksi näön käytön ohjausta. Kivulla on suuri merkitys, kipu saattaa haitata unta ja viedä ihmiseltä energiaa.

6.3.1.2 Suoritukset ja osallistuminen (d1 – d8)

Haastatteluista nousi esille yksi erillinen kohta **oppiminen ja tiedon soveltaminen (d1)** -osioon. Suoritukset ja osallistuminen ovat keskeistä kuntoutujalla. Niiden kohdalla oppiminen, tiedon soveltaminen ja kommunikointi näkyvät asiakkaan osallistumisessa.

Haastatteluista nousi esille 8 erillistä kohtaa **yleisluonteiset tehtävät ja vaateet (d2)** – osioon. Kuntoutujan kykyä päivittäisen ohjelman suunnitteluun tulee kiinnittää huomiota ja siihen, kuinka paljon arjessa tarvitaan valvontaa tai apua. Sairastuminen on aina jonkinlainen kriisi. Kriisin käsittelyn ymmärtäminen on tärkeää, ja se voi olla yksi merkityksellinen asia. Kuntoutusohjaaja on mukana kriiseissä, vaikka syvissä kriiseissä tarvitaan kriisityön ammattilaisia. Kuntoutusohjauksen merkitys on tärkeä kokonaistilanteessa. Turvallisuuden tunnetta tuottava tekijä asiakkaalle on, että hänellä on henkilö, johon voi turvautua. Silloin kuntoutuja uskaltaa ottaa riskejä, kun asiat eivät ehkä sujukaan. Näin asiakas voi päästä turhista peloistaan ja siitä, että luulee, että on huonompi kuin mitä onkaan.

ICF on tuonut esille sen, mitä nämä toimintarajoitteet oikeasti ovat, miten toimintakyky kuntoutujalla on muuttunut ja mikä arjessa on muuttunut. Sillä on iso merkitys, että kuntoutusohjaaja osaa esittää oikeita kysymyksiä toiminnanohjauksesta, ja että vastaukset tulevat asiakkaalta itseltään ja läheisiltä. Näin saadaan itsearviointia esiin. ICF on tuonut esille sen, että asiakkaalta pitää kysyä myös vahvuuksia eikä ainoastaan toimintarajoitteita.

Haastatteluista nousi esille 1 kohta **kommunikointi (d3)** -osioon. Kommunikointi ja liikkuminen sujuvat aivovammassa. Haastatteluista nousi esille 2 erillistä kohtaa **liik-**

kuminen (d4) -osioon. Muistiongelmallisella ei ole tuttuja reittejä. Asiakkaan kohdalla on merkitystä, miten hän selviytyy kodin lisäksi ympäristössä.

Itsestä huolehtiminen (d5), kotielämä (d6) ja vuorovaikutus (d7) sekä koulu tai työ (d8) ovat pitkään olleet kuntoutujan arvioinnin peruskaaviossa ja ovat edelleen. Ne ovat myös keskeisimpiä osa-alueita kuntoutusohjaustyössä. Kotikäyntejä tekemällä kuntoutusohjaaja voi selvittää monia asioita. Useat tekijät nousevat hyvin esille kotona. Haastatteluista nousi esille 4 erillistä kohtaa **henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d7)** osioon. Kun alussa panostetaan, ja tehdään työ kunnolla, ja kun jo alussa kiinnitetään huomiota asiakkaan ja läheisten jaksamiseen, saadaan parempi lopputulos. Erityisesti kotikäyntitilanne kertoo paljon, mikä tilanne kotona on. Vastuun kantaminen, henkilön rooli perheessä, yhteiskunnallinen osallistuminen, harrastukset ja mielenkiinnon kohteet kuvaavat sitä, mitä osallistuminen voi myös olla. Aivovamman jälkeen tulee arvioida, kuinka erilaista elämä kaiken kaikkiaan on, minkälaista muutosta on tapahtunut, mitä se on ollut aikaisemmin ja mitä se on nyt.

Haastatteluista nousi esille 5 erillistä kohtaa **keskeiset elämäalueet (d8)** -osioon. Kuntoutusohjauksessa pitäisi ihminen saada oppimaan mahdollisimman paljon rahan käytöstä. Tavoite on, että hän osallistuisi arkielämän rutiineihin mahdollisimman paljon. Pyritään siihen, että henkilö oppii vähitellen toimimaan apuvälineiden kanssa tai ilman niitä. ICF on laajentanut ihmisen osallistumisen käsitettä. Osallistuminen on muutakin kuin työ, esimerkiksi liikkuminen kodin ulkopuolella ja yhteydenpito. Ihmisille pitää antaa enemmän tilaa kertoa omasta elämästään. Aikaisemmin katsottiin ahtaasti työkykyä ja työssä käymistä, nyt näkemys on laajentunut.

6.3.2 Kontekstuaaliset tekijät

6.3.2.1 Ympäristötekijät (e1 ja e3)

Haastatteluissa nousi esille 5 erillistä kohtaa **tuotteet ja teknologiat (e1)** -osioon. Ympäristötekijöillä ja apuvälineillä on suuri merkitys ihmisen toiminnalle, samoin tarvittavilla asunnon muutostöillä. Asiakas ei kuitenkaan voi saada mitä tahansa. Jos henkilö haluaa kesäasunnolle samat apuvälineet kuin kotiin, mutta apuvälineet eivät voi olla puoli vuotta käyttämättömänä toisessa asunnossa, täytyy yrittää löytää muita vaihtoehtoja. Apuvälineasioissa tulee pohtia, miten niitä voidaan kuljettaa ja kuka kuljettaa.

Kuntoutusohjaaja hyödyntää moniammatillista osaamista ja käyttää eri ammattilaisten lausuntoja. Silti asiat tulee hakea loppujen lopuksi asiakkaasta itsestään. Hänelle saatetaan alkuvaiheessa suositella ja hankkia apuvälineitä, jotka jäävät vaille käyttöä. Kuntoutusohjaajalla pitää myös olla rohkeutta sanoa, jos jotain apuvälinettä ei tarvita, tai jos niitä tarvitaan kiertoon, mikäli ne ovat käyttämättömänä. Useat näistä asioista eivät ole raha-asioita, vaan oivaltamis- ja asenneasioita. Lähtökohta on, että katsotaan, mitä tarvitaan, mitä löydetään, mitä halutaan ja mitä tehdään. Nostaisin ympäristötekijät yhdeksi keskeiseksi osa-alueeksi kuntoutusohjaajan työssä, koska kukaan muu ei sitä yleensä tee.

Haastattelussa nousi esille 14 erillistä kohtaa **tuki ja keskinäiset suhteet (e3)** -osioon. On asiakkaita, jotka tarvitsevat ohjausta enemmän. Joillekin asiakkaille riittää silloin tällöin pelkkä puhelinkontakti. Pitää olla tarkkana, ettei liikaa holhota ihmisiä, vaan ohjataan välittäen, rakastaen ja huolehtien. Tavoitteena on, että ammattilaisista päästään eroon ja asiat sujuvat suunnitellusti. Asiakkaiden verkostokeskustelussa kuntoutusohjaajaa tarvittaisiin asiakkaan kuntoutumisen jatkon huolehtimisessa. Verkostopalaverit ovat tietyllä tavalla kalliita, kun viedään monen ihmisen aikaa. Kun ne tehdään vakavasti ja positiivisella hengellä, ne ovat tuloksellisia. Palavereissa sitoutetaan laaja joukko ihmisiä sen taakse, mitä yhdessä sovitaan. Kuntoutusohjaaja

voi olla asiakkaan suunnitelmien seuraaja. Keskeistä yliopistosairaalassa kuntoutusohjauksessa on alkuvaiheen ohjaus ja tarvittaessa seuranta. Alkuvaiheen ohjaus on tärkeää aivovamma-asiakkaille, vaikkakin jälkityö vie kuntoutusohjaajalta paljon aikaa ja asioita jää aina kesken.

Yhteydenottoa ei ehkä jatkossa tarvita, kun alkuvaiheessa on tehty työtä ohjaukseen. Kun ihminen kokee, että hänestä huolehditaan, ja että hän on tullut kuulluksi, rauhoittaa se tilannetta. Näin joku tietää, mikä tilanne on. Verkostotyössä kuntoutusohjaajalle olisi roolia. Mitä paremmin ihmisiä ohjataan, sen vähemmän tulee yhteydenottoja ja asiat sujuvat hallitummin. Tämä koskee kaikkia diagnoosiryhmiä, ei ainoastaan aivovammoja. Usein riittää, että ihmisellä on tunne, että hän voi ottaa yhteyttä. Hän kokee olevansa ”turvassa”. Pelkkä tieto tulevasta soittoajasta voi rauhoittaa. Hän on tullut kuulluksi ja tietää, että häntä autetaan eteenpäin. Asenteet, tuki ja keskinäiset suhteet välittyvät haastatteluissa joka tapauksessa. Ympäristötekijöiden arvioinnin pitää tulla kuntoutujan kokemana, hänen näkökulmastaan ja tilanteestaan käsin. Asiakas kertoo itse, mikä edistää ja mikä rajoittaa hänen toimintaansa. Kuntoutusohjaaja on keskeinen henkilö nostamaan esille ne palvelujärjestelmät, jotka tulevat kyseeseen asiakkaan kohdalla.

6.4 Muutokset tai tulevaisuuden haasteet kuntoutusohjaajan työssä aivovamma-asiakkaan kohdalla yliopistollisessa keskussairaalassa

Tällä kysymyksellä halusimme kartoittaa, näkevätkö haastattelemamme henkilöt joitakin muutoksia kuntoutusohjaajan työssä tulevaisuudessa, tai mitä haasteita tulevaisuus aivovamma-asiakkaiden kohdalla mahdollisesti tuo. Haastateltavat toivat esille hyvin samankaltaisia ajatuksia, kuin mitä he toivat esille kysymyksessä 1 kuntoutusohjaajan ydinosaamisesta. Olemme jakaneet vastaukset kolmeen eri teemaan: aivovamma-asiakkaan ohjaus ja neuvonta, kuntoutusohjaajan työn kirjaaminen sekä kuntoutuksen suunnittelu ja koordinointi.

6.4.1 Aivovamma-asiakkaan ohjaus ja neuvonta

Yksi haastateltava nosti esille, että aivovammat ovat nyt ”fokuksessa” ja niitä ”selätetään” niin kuin muitakin sairauksia ammattitaitoisella diagnostiikalla, ammattitaitoisella luotsauksella ja positiivisella otteella. Ihminen tulee saada jatkossakin heti alkuvaiheessa asiantuntevaan diagnostiikkaan ja luotsaukseen. Haastateltavan mielestä ei ole liikaa ihmisiä, jotka huolehtivat asiakkaiden prosessien toimivuudesta. Vankka palvelujärjestelmän osaaminen tulee olemaan jatkossakin tärkeä osa kuntoutusohjaajan työnkuvaa. Tulevaisuudessa kuntoutuksen ja kuntoutumisen keskeisen roolin vahvistaminen edelleen on tärkeää. Yksi haastateltava piti sairaalassa järjestettäviä ensitietopäiviä tärkeänä tulevaisuudessa myös aivovammapotilaille. Kaikilla aloilla tapahtuu kehittymistä, ja myös moniammatillinen työ kehittyy sen mukana. Moniammatillista työtä tarvitaan aivovamma-asiakkaiden kuntoutuksessa tulevaisuudessakin.

Yksi haastateltavista toi esille sen työelämän realiteetin, että kuntoutusohjaajalla ei ole koskaan riittävästi aikaa kuntoutuksen seurantaan. Tällöin täytyy luottaa siihen, että asiakkaat, läheiset tai ammattilaiset ottavat itse aktiivisesti yhteyttä kuntoutusohjaajaan ongelmatilanteissa. Yhteiskunnassa on tehokkuusvaatimuksia, ja ne todennäköisesti lisääntyvät tulevaisuudessa. Haastateltava koki hedelmättömäksi mieltä yhteiskunnan rakenteisiin liittyviä asioita. Kuntoutusohjaajan tulee tässäkin tilanteessa keskittyä asiakkaaseen, mutta pitää työajoista ja toiminnan rajoista kiinni. Kenen tahansa tulee voida ottaa yhteyttä kuntoutusohjaajaan tulevaisuudessakin ilman rajoitusta.

6.4.2 Kuntoutusohjaajan työn kirjaaminen

Kerätyn tiedon raportointi ja välittäminen tiiviimmässä muodossa on yhden haastateltavan mukaan yksi tulevaisuuden haaste. Kun ICF saadaan lopulta sähköiseen muotoon, se voisi olla tiiviissä muodossa oleva kooste, josta myös asiakas näkee pa-

lautteen. Kuntoutusohjaaja voisi olla se, joka kokoaa muiden ammattiryhmien tekemät kuvaukset ja arviot.

6.4.3 Kuntoutuksen suunnittelu ja koordinointi

Yhtenä haasteena tuli esille, että asiakkaalle saadaan oikeasti tehtyä suunnitelmia pitkällä tähtäimellä – ja sellaisia suunnitelmia, joita on mahdollista saavuttaa. Yksi haastateltava koki, että välillä kuntoutusohjaaja on tekemisissä lähes mahdottomien tilanteiden kanssa. *”Kuntoutusohjaaja on siinä välissä näitten ihmisten kanssa, men-tiin sitten kumpaan suuntaan tahansa.”*

Yksi haastateltavista on ollut mukana kehittämässä aivovammapoliklinikan toimintaa 10 vuoden ajan ja nähnyt muutoksen. Hänen mukaansa kuntoutusohjaaja tulee olemaan jatkossakin keskeinen koordinatiivisen roolin takia. Kuntoutuksen seuranta riittävän pitkään pitää ihmiset kuntoutuksen piirissä. Tämä takaa ohjauksen ja neuvonnan silloin, kun asiat eivät aina etenekään niin kuin on suunniteltu.

Yhdessä haastattelussa kuntoutusohjaaja koettiin keskeisenä ihmisenä asiakkaan ”verkottajana” ja ”verkottujana” asiakaslähtöisesti myös tulevaisuudessa. Yksi haastateltaja toi esille, että kuntoutusohjaaja voisi valmistella asiakkaan asioita ja lukea palautteita kuntoutussuunnitelmia varten. Kuntoutussuunnitelman seurantavelvollisuutta yliopistosairaalassa pidettiin hyvänä. Seurannan olisi hyvä tapahtua yliopistosairaalan aivovammapoliklinikalla riittävän pitkälle.

7 Pohdinta

Laadullisen tutkimusmenetelmän erityispiirteenä on, että tutkimuksen tavoitteena ei ole totuuden löytyminen tutkittavasta asiasta. Tutkimuksessa muodostuneiden tul-

kintojen avulla pyritään näyttämään jotakin, joka on välittömän havainnoinnin ulottumattomissa. Tutkimusaineiston koolla ei ole väliä, vaan sillä, että analyysi tehdään perusteellisesti ja aineiston kokonaislaatu on hyvä. Kun tavoitteena on käsitteellisen ymmärryksen rakentaminen tutkittavasta ilmiöstä, on heterogeeninen tutkimusaineisto vahvuus. (Vilka 2005, 98–127.) Tutkimuksen laadullista luotettavuutta ja pätevyyttä arvioidaan tiettyjen normien ja arvojen perusteella. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on uskottavuuden perusta. Siihen kuuluvat mm. rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus sekä tutkimuksen yksityiskohtainen suunnittelu, toteutus ja raportointi. Luotettavuutta voidaan parantaa tekstien analysoinnissa perustelluilla kategorisoinneilla ja koodauksilla sekä haastatteluiden esitestauksella tai harjoittelulla. Lisäksi voidaan käyttää nauhoittamista tai yhdenmukaisia muistiinpanotekniikoita. Laadullisen tutkimuksen pätevyys eli validiteetti liittyy siihen, onko tutkimus perusteellisesti tehty ja ovatko saadut tulokset ja tehdyt päätelmät oikeita. Tällöin on kyse myös uskottavuudesta ja vakuuttavuudesta. (KvaliMOTV.)

Aineiston laatuun kiinnitettiin huomiota valitsemalla haastattelun kohteeksi kokeneita ammattilaisia, jotka edustivat eri ammattiryhmiä. Haastateltavat olivat eri ammattiryhmien edustajia. Näin saatiin erilaisia näkökulmia tutkittavaan ilmiöön. Heillä oli kuitenkin pitkäaikainen kokemus kuntoutusohjaajan kanssa työskentelystä. Kaikilla haastateltavilla oli kokemusta ICF-toimintakykyluokituksesta. He olivat olleet mukana erilaisissa ICF:ään liittyvissä kehittämishankkeissa, mikä lisäsi vastausten luotettavuutta. Haastattelukysymykset laadittiin huolellisesti ja esitettiin esittämällä kysymykset toisillemme. Vastaukset nauhoitettiin ja purettiin sanasanaisesti. Analyysi tehtiin huolellisesti ja perusteellisesti, jonka jälkeen luotiin teemat aineistosta. Päätelmien tekemisessä pyrittiin olennaisen löytämiseen ja johdonmukaisuuteen.

Haastattelututkimus on toistettavissa, koska kyselylomakkeen kysymykset ja ICF-tukikaavio oli rajattu tiettyihin alueisiin. Rajaamamme ICF – viitekehyksen käytön luotettavuutta lisäsi se, että kyseisten ICF-aihealueiden käyttöä oli jo tutkittu aikaisemmin. Opinnäytetyömme oli aineistolähtöinen. Se kohdistui aineiston keruuseen, analysointiin ja raportointiin. Luotettavuutta lisää se, että aineisto nauhoitettiin ja

purettiin tekstimuotoon, joten siihen pystyttiin palaamaan jälkikäteen. Aineistolähtöisessä tutkimuksessa luotettavuus korostuu laadullisen tutkimuksen aikana tutkimusaineistossa ja sen hankinnassa, aineiston analyysissä ja tulkinnaissa ja raportoinnissa. Opinnäytetyön johtopäätökset vastasivat todellisuutta, koska aineisto koostui täysin haastateltavien vastauksista. (Opinnäytetyöpankki, 2006.)

Haastatteluiden analysoinnin ja kirjallisuuteen perehtymisen jälkeen johtopäätöksinä voidaan todeta, että aivovammapoliklinikan kuntoutusohjaajan työ on laaja-alaista, ja hänellä on koordinoitavastuuta ohjauksessa ja palvelujärjestelmässä yli ammatti- ja organisaatorajojen. Aivovamman oirekuvan näkyväksi tekeminen vaatii kuntoutusohjaajalta substanssiosaamista ja ymmärrystä moniammatillisesta yhteistyöstä. Kuntoutusohjaajan ydinosaamista yliopistollisen keskussairaalan aivovammapoliklinikalla ovat asiakkaan ohjaus, neuvonta ja tukeminen, kuntoutusprosessin koordinointi, substanssiosaaminen (asian osaaminen) aivovammoista, palvelujärjestelmän tunteminen, kuntoutussuunnitelman laatiminen ja seuranta sekä yhteistyö. Kuntoutusohjauksen keskiössä on asiakas oireineen, huolineen ja tarpeineen, sekä asiakkaan läheiset ja perhe. Kuntoutusohjaajalla tulee olla kannustava ote ohjaamisessa.

Kuntoutusohjaajan ydinosaamisen sijoittaminen ICF-viitekehyksen osa-alueisiin tuli vastauksissa esiin hajanaisesti. Osaamisen pilkkominen tällä tavoin haastattelutilanteessa oli haasteellista. Vaikutti kuitenkin siltä, että valitut osa-alueet olivat keskeisiä. Tärkeitä yksityiskohtia saatiin poimittua. Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden sisällä painottuivat aivovamman vaikutukset arjen hallintaan ja kotielämään. Kotikäynnit nähtiin merkityksellisinä ja sen myötä kotitilanteen arviointi. Päivittäisten toimintojen sujuminen ja kriisin käsittelyn taidot nostettiin huomion arvoiksi. Asiakkaan itsearviointi nähtiin tärkeäksi. Asiakkaan vahvuudet, vuorovaikutus ja ihmissuhteet korostuivat. Kontekstuaalisten tekijöiden sisällä ICF-viitekehyksessä nousivat esille ympäristötekijöiden merkitys, riittävä ohjaus ja verkoston hyödyntäminen. Lisäksi asiakkaan asioista huolehtiminen tuo turvallisuuden tunnetta. Joihinkin osa-alueisiin tuli haastatteluista enemmän sisältöä ja kommentteja ja joihinkin niukasti. Tämä ei

tarkoittane sitä, että haastateltavat arvottaisivat niitä eri tavoin. Kysymykset antoivat mahdollisuuden avoimeen vastaukseen. Niissä oli osittain päällekkäisyyttä. Tämä aiheutti joihinkin kysymyksiin enemmän vastauksia kuin toisiin.

Vastausten perusteella tultiin siihen tulokseen, että ICF-luokitus on hiljalleen jalkautunut myös kuntoutusohjaajan työhön yliopistollisen sairaalan aivovammapoliklinikalla. Se on tuonut laajuutta asiakkaan arviointiin yhteisen käsitteistön avulla, jolloin lähtökohtana on ihmisen toimintakyky ja kokonaistilanne. ICF jäsentää palvelujärjestelmän käyttöä sekä laajentaa ymmärrystä ympäristötekijöiden ja osallistumisen arvioinnissa. ICF strukturoi kuntoutusohjaajan työtä ja kirjaamista. Haastatteluissa tuli esille, että ICF lisää aivovamma-asiakkaan vahvuuksien esille tuloa eikä korosta ainoastaan toimintarajoitteita. Se on antanut työkaluja kuntoutusohjaajalle toteuttaa asiakkaiden itsearviointia. ICF on tuonut laajempaa näkemystä asiakkaan kokonaistilanteen arviointiin ja voi toimia kirjaamisen tausta-ajatuksena.

Haastateltavinamme oli eri ammattiryhmien edustajia, jotka työskentelevät aivovamma-asiakkaiden kanssa. Haastattelujen yhteydessä huomasimme ICF:n hyödyllisyyden yhteisen kielen tuomisessa keskusteluun aivovamma-asiakkaan toimintakyvystä ja toimintarajoitteista. Matinvesi (2010, 20) väitöskirjassaan toteaa, että kuntoutusyhteistyön näkökulmasta yhteisen kielen luominen on välttämätöntä. Hänen mukaansa yhteistyön tekeminen ilman kommunikaatiota on käytännössä mahdotonta tai ainakin hyvin vaikeata. Yhteisen kielen tärkeys on esillä myös WHO:n julkaisemassa aloittelijan materiaalissa, joka on otsikoitu ”Kohti toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden yhteistä kieltä”. Paitsi, että ICF tuo laajuutta ja struktuuria kuntoutukseen, se tuo myös yhtenäisyyttä. (WHO 2002, 2-5.)

Aivovamma-asiakkaiden kuntoutusohjauksen muutokset tai tulevaisuuden haasteet yliopistollisessa sairaalassa ovat ohjaus- ja neuvonta, työn kirjaaminen sekä kuntoutuksen suunnittelu ja koordinointi. Haastatteluissa tuli esille, että myös tulevaisuudessa ihmisen tulee saada heti alkuvaiheessa asiantuntevaa ohjausta. Tulevaisuudessa ei ole liikaa ihmisiä, jotka huolehtivat siitä, että asiakkaiden prosessit toimi-

vat. Tämä korostaa vankkaa palvelujärjestelmäosaamista ja kuntoutusohjauksen merkitystä jatkossakin. Seuranta tarvitaan riittävän pitkään, jotta ihmiset pidetään kuntoutuksen keskiössä. Ohjaus ja neuvonta pitää taata silloin, kun asiat eivät aina etene suunnitelmien mukaisesti. Elämän erilaiset vaiheet (valmistuminen, ero, työttömyys tms.) saattavat nostaa esiin ohjauksen tarpeen myöhemmässäkin vaiheessa. Tämä nostaa esiin huolen resurssien riittävydestä tulevaisuudessa ja myös kuntoutusohjaukseen liittyvästä tehokkuusvaatimuksista. Tulevaisuuden haasteena pidettiin myös sähköisen kirjaamisen kehittymistä. Kuntoutusohjaajan koordinoitiroolin ylläpitäminen ja vahvistaminen koettiin tärkeänä. Samoin moniammatillisen työotteen kehittäminen.

Aivovammoihin liittyvät kognitiiviset häiriöt vaikeuttavat eniten jokapäiväisessä elämässä selviytymistä. Häiriöiden vaikeusaste ja niiden yhdistelmät vaihtelevat paljon. Merkittävimpiä häiriöitä on tarkkaavuudessa, muistamisessa ja toiminnanohjauksessa. Haittojen ilmeneminen riippuu elämäntilanteiden vaatimusten monimutkaisuudesta. Tämä on nähtävissä esimerkiksi työhön paluuta suunniteltaessa ja työn vaatimuksia mietittäessä. Ihminen saattaa selvitä kohtuullisen hyvin arkielämän perustilanteissa tai tarvitsee niissä vain pientä apua. Sen sijaan laajempi asioiden suunnittelu ja järjestely, joissa vaaditaan oma-aloitteisuutta ja joustavaa harkintaa, osoittautuu vaikeaksi tai mahdottomaksi. Vaatimusten määrän kasvaessa ihminen ärtyy tai muuttuu välinpitämättömäksi. Ulkopuolisten suhtautumista vaikeuttaa toimintakyvyn oireiden näkymättömyys. Läheisten kannalta hankaluuksia aiheuttavat toiminnanohjauksen häiriöt ja uusien asioiden muistamisen vaikeus. (Kuikka ym. 2002, 304–305.)

Aivovamman saaneiden asiakkaiden ohjaus sopii hyvin kuntoutusohjauksen toimintakonseptiin. Aivovamman jälkeen tulee järjestää turvallinen, tavoitteellinen ja riittävän pitkäkestoinen seuranta erityisesti silloin, kun kuntoutuminen kestää pitkään ja on altis muutoksille. Kuntoutusohjaaja voi olla palveluiden järjestäjä, mutta myös kuuntelija ja toivon antaja, kun prosessin eteneminen kohtaa esteitä. Palveluohjaus, luotsaus ja ”case management” ovat työ ja toimintatapoja, joilla pyritään saattamaan

asiakas tarvittavien palveluiden piiriin. Samalla koordinoidaan ja välitetään tietoa palvelujärjestelmän sisällä. Tarkoituksena on määrittellä asiakkaan yksilölliset palvelutarpeet ja voimavarat sekä toimintakykyä edistävät tekijät. Tämän pohjalta voidaan etsiä tarvittavat tukimuodot ja kuntoutuspalvelut. Tämä kaikki on osa laajempaa kuntoutusohjauksen toimintamallia. Kuntoutusohjauksen tulee olla asiakaslähtöistä, yksilöllisesti määriteltyä ja tavoitteellista toimintaa. Erityisesti aivovamman saaneet tarvitsevat tarpeenmukaista, riittävän pitkää ja tarvittaessa tiivistä ohjausta ja luotusta, joilla voidaan estää väliinputoamisia ja siten kuntoutumisprosessin pitkittymistä ja monimutkaistumista. (Mäkilä 2012, 128.)

Mielestämme ohjaustyön merkitys kasvaa jatkuvasti. Kuntoutusohjauksen tarve yliopistosairaalan aivovammapoliklinikalla nousi kiistatta esiin. Potilaiden sairaalassaoloajat lyhenevät ja potilaita kotiutetaan nopeammin. Ohjaukseen jää sairauden eri vaiheissa, erityisesti akuuttivaiheessa, aina vain vähemmän aikaa. Vaikka asiakkaiden tiedon määrä jatkuvasti lisääntyy, ja tieto on nykyisin helpommin tavoitettavissa, tarvitsevat asiakkaat siitä huolimatta yksilöllistä ohjausta. Haastatteluissa tuli esille, että aivovamma-asiakkaiden usein monimutkainen oirekuva vaatii moniammatillista osaamista.

Hajanainen ja monitahoinen kuntoutuksen kokonaisuus on rakentunut vuosikymmenien myötä. Uusia toimintoja on lisätty järjestelmään aikaisempia poistamatta. Samalla koko kuntoutuksen käsite ja toimintakenttä ovat muuttuneet yhteiskunnan muutosten rinnalla. Rakenteista on tullut monimutkaisia, ja käsitteelliset lähtökohdat ovat olleet epämääräiset koko kuntoutusjärjestelmän rakentumisen ajan. (Miettinen 2011, 12.) Terveystieteiden laissa tuli voimaan 1.5.2011 korvaten kansanterveystieteen ja erikoissairaanhoidon lain. Hallituksen esityksessä eduskunnalle uudeksi terveydenhuoltolaiksi korostettiin, että palveluketjujen uudistaminen, tiedonkulun varmistaminen ja potilaan hoitaminen oikeaan aikaan oikeassa paikassa on kansantaloudellisesti tärkeää. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen, palvelutarpeiden kasvu ja terveydenhuollon kustannusten hallinta edellyttävät toimivaa terveystieteiden palvelujärjestelmää sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon entistä tiiviimpää yhteistyötä.

(Palomäki 2012, 1.)

Vastauksissa nousivat esille ne teemat, mitkä ovat yliopistollisen keskussairaalan kuntoutusohjauksessa aivovamma-asiakkaiden parissa keskeisiä. Työn rajaaminen yliopistosairaaloihin toi työhön selkeät raamit. Mikäli kysymykset olisi asetettu johonkin toiseen kuntoutumisen vaiheeseen tai toiseen palvelujärjestelmätahoon, olisivat vastausten sisällöt voineet painottua eri tavoin. Tämä voisi olla hyvä jatkotutkimuksen aihe, koska aivovamma-asiakkaiden kuntoutusohjausta tapahtuu myös muualla. Esimerkiksi perusterveydenhuollon erilaisissa kuntoutuksen yksiköissä kuntoutusohjauksen sisällöissä ja ydinosaamisessa saattaa nousta esiin erilaisia asioita.

Ohjauksen ja vuorovaikutuksen merkitys tuli korostetusti esille kaikissa haastatteluisissa. Jokaisessa vuorovaikutustilanteessa on läsnä vähintään kaksi eettistä perspektiiviä. Siten ohjauksessa ollaan aina tekemisissä etiikan kanssa. Nämä perspektiivit ovat ammattilaisen ja potilaan tai ohjaukseen läheisesti liittyvien omaisten omat eettiset näkemykset. Eettistä pohdintaa vaativien tilanteiden tunnistaminen on keskeistä kuntoutusohjaajan työssä. Etiikalla tarkoitetaan oppia oikeasta ja väärästä, hyvästä ja pahasta toiminnasta. Se kuvaa ja perustelee hyviä ja oikeita tapoja toimia suhteessa toisiin ihmisiin. Ohjaus on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutussuhteessa. Ohjaus on aina myös sidoksissa ohjaajan ja ohjattavan taustoihin. Ohjaukseen vaikuttavia eettisiä näkemyksiä voidaan määritellä työtä ohjaavien lakien ja asetusten sekä terveydenhuollon eettisten periaatteiden ja ammattietiikan kautta. Lisänsä antavat jokaisen omat henkilökohtaiset etiikankäsitkset. (Lahtinen 2006.) Ohjaussuhde on onnistunut siinä tapauksessa, että tavoitteellinen toiminta ja aito dialogi mukana ohjaustapahtumassa (Jyrhämä 2003).

Oli yllättävää huomata, kuinka samankaltaisia sisältöjä ICF-viitekehyksessä kaikki haastateltavat toivat esille, vaikka ICF oli toisessa sairaalassa käytössä vahvasti arjessa ja toisessa sairaalassa tausta-ajatuksena. ICF-ydinalueet nousivat hyvin haastatteluisissa esille. Tämä teki teemmoittelun selkeäksi. Haastateltavien pitkä työkokemus, heidän kokemuksensa aivovammoista ja moniammatillinen työote helpottivat vas-

taamista. Niillä haastateltavilla, jotka eivät olleet kuntoutusohjaajia, oli kokemusta kuntoutusohjaajan kanssa työskentelystä. He ymmärsivät ja hahmottivat hyvin kuntoutusohjaajan työtä. Myös ICF oli kaikille haastateltaville tuttua, eikä sitä tarvinnut erikseen selvittää. Eri ammattiryhmien edustus haastatteluissa toi monipuolisuutta sisältöön. Näin kuntoutusohjaajan työtä tarkastellaan eri moniammatillisesta näkökulmasta. Haastateltavien puheesta nousi esille kuntoutusohjauksen tärkeä rooli ja arvostus yhtenä jäsenenä moniammatillisessa työryhmässä. Vaikka arvioinnissa ja ohjauksessa tuotiin esille asiakkaan toimintakyvyn merkitys tärkeämpänä kuin diagnoosi, nousi myös aivovammojen substanssiosaamisen tärkeys esiin kaikilla haastateltavilla.

Arvioinnissa ja kirjaamisessa ICF:n käyttö näkyi vahvasti sairaalassa, jossa ICF oli vaikiintuneemmin käytössä. Kirjaaminen ICF:n avulla koettiin myös toisessa sairaalassa tärkeäksi. Yksi haastateltavista toi esille sen seikan, että ICF ei kuitenkaan saa olla itseisarvo, eikä sen käytön pitäisi olla keinotekoista. Sen ympärille ei tulisi rakentaa keinotekoisia byrokratioita, vaan sen tarkoituksena on helpottaa ja strukturoida kuntoutusohjaajan työtä. ICF koettiin jossain määrin vaikeaksi, työlääksi ja hankalaksi. Siitä huolimatta koettiin, että toimintakykyluokitus on tullut jäädäkseen. Se voi jäsentää kuntoutusohjaajan työtä ja laajentaa asiakkaan toimintakyvyn käsitettä. Vaikka ICF:ää eivät kaikki moniammatillisissa tiimissä käyttäneetkään, koettiin ICF:n avulla kerätty informaatio tiimille hyödylliseksi.

Matinveden (2010, 152–153) mukaan ongelmia ICF:n käytössä on yritetty väistää kahdella tavalla. On todettu, että ICF on vielä keskeneräinen ja toiseksi on annettu mahdollisuus käyttää omia tarkenteita ja muodostaa kokoomaluokkia. Asiakaskeskeytyttä on pyritty lisäämään kehittämällä erilaisia malleja, jotka pohjautuvat ICF:ään. Talon (2013, 18) esittelemän BPS-ICF-mallin avulla luodaan yksilöllinen toimintakykyprofiili kuntoutussuunnitelman pohjaksi.

Opinnäytetyössä haastattelututkimus muotona oli haastava, mielenkiintoinen ja antoisa. Se mahdollisti henkilökohtaisen kontaktin haastateltavaan ja mahdollisuuden

päästä käytännön kokemuksen tietolähteille. Haastattelututkimus voi tuottaa uusia ideoita ja tietoa, jota ei etukäteen ehkä osaa odottaa. Vapaamuotoisessa haastattelussa ihmiset saavat tuoda ajatuksiaan esiin spontaanisti, omin sanoin ja omilla ehdoillaan. Menetelmän heikkous on Hirsjärven ym. (2009, 206–207.) mukaan siinä, ettei tuloksia voi tilastollisin perustein yleistää, ja löydösten painoarvoa voi olla vaikea arvioida tai ennakoida. Haasteeksi muodostui haastattelukysymysten yhteensovittavuus, koska haastateltavat edustivat eri ammattiryhmiä. Kysymysten teossa, sekä ajankäytön ja tilanteen etenemisen suunnittelussa vaadittiin tarkkuutta. Haastattelutilanteessa mietitytti se, miten pysytään asiassa, miten ohjata kysymystä tukikaavion suuntaan ja miten välttää liika johdatteleminen. Substanssiosaaminen aivovammoista ja sitoutuneisuus aiheeseen näkyi vastauksissa. Kokeneiden ammattilaisten vastauksista tuli esille vankka tietomäärä ja pitkä käytännön kokemus aivovammojen kuntoutuksista. Haastateltavat ilmaisivat ajatuksiaan ja puhuttua tekstiään jo valmiiksi hyvin jäsennellysti.

Opinnäytetyön tekeminen parityönä oli antoisaa, koska se nostaa erilaisia aiheita kuntoutusohjauksesta yhteiseen keskusteluun. Parityö mahdollistaa myös keskustelun syntymisen. Parityö kevensi opinnäytetyön toteutusta, koska haastattelut tapahtuivat kahdessa eri kaupungissa, ja näin työtä voitiin jakaa. Kuntoutusohjauksen opinnot ohjaavat yhteistyön tekemiseen, ja sitä mielestämme parityöskentely opettaa. Se opettaa kuulemaan ja työstämään yhdessä. Työn edetessä sparrasimme toinen toisiamme.

Haastateltavien vankka työkokemus aivovammoista oli haastattelijoille suuri opin paikka. Kiitämme lämpimästi haastateltaviamme yhteistyöstä ja toivomme heille työn iloa myös jatkossa!

”Meille on annettu kaksi lahjaa, joita tulisi käyttää mahdollisimman paljon – huumori ja mielikuvitus. Mielikuvitus korvaa sen mitä emme ole ja huumori auttaa meitä hyväksymään sen mitä olemme.”

Lähteet

Aivovammaliitto ry. 2014. Viitattu 13.3.2014.

<http://www.aivovammaliitto.fi/aivovammat/oireita/>

Aivovamman vaikutus kuntoutuksen toteutumiseen ja kuntoutusohjaus. 2008. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 14.3.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00117

Aivovammat. 2008. Käypä hoito-suositus. Viitattu 13.3.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi18020>

Anttila, H. 2012. Toimintakyky ja ICF. Esimerkki ICF Core setin käytöstä MS-tautia sairastavan asiakkaan kuntoutuksessa. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. Innopaja. Viitattu 16.2.2014.

Forsbom, M., Kärki, E., Leppänen, L. & Saranen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Haapaniemi, H. 2008. Terveysjärjestöille näkyvyyttä. Viitattu 17.3.2014.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/12_2008/artikkelit/terveysjarjestoille_nakyvyytta/

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna: Oy Yliopistokustannus.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. p., uud. p. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

ICF Core Sets Projects. ICF Research Branch. Viitattu 25.2.2014.

<http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects>

ICF Core Sets. ICF Research Branch. Viitattu 17.2.2014. <http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects-sp-1641024398/neurological-conditions/development-of-icf-core-sets-for-traumatic-brain-injury-tbi>

ICF-luokitus ja toimintakyky. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu

25.2.2014. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/icf/luokituksen_kaytto/icf_ydinlistat_ja_tarkistuslista

Isoniemi, I. 2012. Mistä apua arkeen? Tutkimus vaikeavammaisten arjen voimavaroista. Lisensiaattitutkimus. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Sosiaalityö. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Viitattu 2.4.2014.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/76581/lisuri00151.pdf?sequence=1>

Jyrhämä, 2003, Tahkokallio, 2001 mukaellen. Potilasohjaus – mitä – missä – milloin? HUS, fysioterapia iltapäivä 1.11.2012. Viitattu 8.3.2014.

Kolmas sektori. Kansalaisyhteiskunnan tutkimusportaali. Viitattu 14.4.2014.

[Http://kans.iyu.fi/sanasto/sanat-kansio/kolmas-sektori](http://kans.iyu.fi/sanasto/sanat-kansio/kolmas-sektori)

Koskinen, S. 1998. Aivovammaopas. Aivovammaliitto. Turku: Repro-Seppo ky.

Koskinen, S. 2011. Functional outcome and health-related quality of life after traumatic brain injury in the framework of the international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). University of Helsinki, Faculty of Behavioral Sciences, Institute of Behavioral Sciences, Division of Cognitive Psychology and Neuropsychology. Doctoral dissertation (article-based). Helda. Helsinki.fi. Viitattu 10.10.2013.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7297-0>

Koskinen, S., Talo, S., Hokkinen, E., Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. 2009. Neljän elämänlaatumittarin sisältöanalyysi ICF-luokituksen viitekehyksessä. Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti 46.

Kuikka, P., Pulliainen, V. & Hänninen, R. 2002. Kliininen neuropsykologia. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Kuntoutus. Kela. Viitattu 28.2.2014.

<http://www.kela.fi/kuntoutus>.

Kuntoutusohjausnimikkeistö. Opas sisältöön ja käyttöön. Kuntaliitto 2010. Helsinki: Kuntatalon paino.

KvaliMOTV. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien tietovaranto. Viitattu 21.4.2014.

[Http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html).

Kyselevät tutkimustavat. UIAH. 2007. Viitattu 13.2.2014.

<http://www2.uiah.fi/projekti/metodi/064.htm>.

Lahtinen, M. 2006. Potilaan ohjaus – mitä – missä - milloin? HUS, fysioterapia iltapäivä 1.11.2012 luentomateriaali. Viitattu 12.2.2014.

L 1.12.1989/1062. Erikoissairaanhoidolaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 9.2.2014. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö

L 3.4.1987/380. Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tuki-toimista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 9.2.2014.

[Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 13.6.2003/497. Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 9.2.2014. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 15.7.2005/566. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 9.2.2014. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 9.2.2014. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 27.3.1991/625. Laki tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 9.2.2014. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 27.3.1991/626. Laki liikennevakuutuslain perustella korvattavasta kuntoutuksesta. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 9.2.2014. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 28.1.1972/66. Kansanterveyslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 9.2.2014. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 28.6.1991/1015. Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 9.2.2014. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 30.12.2010/1326. Terveystieteiden laki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 9.2.2014. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

Leino, E. 2009. Tietoa kuntoutuksesta. Kunnet. KYS.
<http://www.kunnet.fi/index.asp?tz=-2&link=4056>

Lindstam, S., Nybo, T. & Oksanen, H. 2012. Ammatillinen kuntoutus ja aivovammat. Teoksessa Aivovammojen kuntoutus. Toim. S. Lindstam ja A. Ylinen. Porvoo: Bookwell Oy.

Matinvesi, S. 2010. Prosessin ja ajoittamisen ongelmat kuntoutuksessa: ICF:n tulkin-taa. Väitöskirja. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Viitattu 30.3.2014.
<http://www.doria.fi/handle/10024/67117>

Miettinen, S. 2011. Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Sosiaali- ja terveystieteiden, hallinnon ja talouden valtakunnallinen tutkijakoulu (SOTKA). Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 12.2.2014.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66763/978-951-44-8478-0.pdf?sequence=1>

Mäkilä, R. 2012. Aivovamma ja palvelujärjestelmä. Teoksessa Aivovammojen kuntoutus. Toim. S. Lindstam ja A. Ylinen. Porvoo: Bookwell Oy.

Mäkilä, R. 2012. Aivovamman saaneen henkilön seuranta ja luotsaus. Teoksessa Aivovammojen kuntoutus. Toim. S. Lindstam ja A. Ylinen. Porvoo: Bookwell Oy.

Mäkilä, R. ja Sjögren, R. 2008. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja aivovammapotilaan kuntoutusohjaus ja sosiaalityö. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Konsensuskokous 27.–29.10 2008. Hanasaaren kulttuurikeskus, Espoo. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Niemi, H., Volanen, N. 2013. Kuntoutusohjaajan rooli kuntoutusjärjestelmässä, kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Kuntoutusohjauksen ja suunnittelun koulutusohjelma. Viitattu 10.2.2014.

http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/68642/Niemi_Volanen.pdf?sequence=1

Näkökulmia kuntoutusohjaukseen, Kuntoutusohjauksen kehittämishanke 2011 – 2012. Toim. R. Saksanen. Artikkelikokoelma, 3. Invalidiliitto ry.

http://www.invalidiliitto.fi/files/attachments/kuntoutus/invalidil_nakokulmia_kuntoutusohjaukseen_artikkelikokoelma.pdf

Opinnäytetyöpankki. Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2006. Viitattu 11.4.2014.

<http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Luotettavuus?refreshTree=0&contentId=6311f696-3ebe-4ab2-9d95-6b9739294ecf>

Paatero, H. 2008. Laki velvoittaa, tahto toteuttaa – vahtiiko sensori? Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Konsensuskokous 27.–29.10 2008. Hanasaaren kulttuurikeskus, Espoo. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Palomäki, S. 2012. Asiakkaiden osallisuus kuntoutustutkimusprosessissa. Tampere: Tampereen yliopisto. Lisensiaattityö. Yhteiskunta – ja kulttuuritieteiden yksikkö. Viitattu 11.2.2014.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/76580/lisuri00150.pdf?sequence=1>

Powell, T. 2005. Pään vammat. Opas aivovammoista potilaille, läheisille ja ammattilaisille. Helsinki: Edita Prima Oy.

Rissanen, J., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. 2. p. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino oy.

Talo, S. 2013. Biopsychosocial assesment and promotion of functioning within ICF terminology. 12th Congress of European Forum for Research and Rehabilitation. September 11.-14.2013. Istanbul.

THL. ICF luokitus ja toimintakyky. Viitattu 15.3.2014.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/icf/luokitus/icf_luokituksen_rakene

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Virsu, V. 1991. Mitä kuntoutus ja kuntoutuminen ovat? Teoksessa Aivojen muotoutuvuus ja kuntoutuminen. Veijo Virsu ja Kuntoutussäätiö 1991. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Wade, D. 2005. Describing rehabilitation interventions. Clinical Rehabilitation 19, 811-818.

WHO 2011. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. STAKES. Jyväskylä: Bookwell Oy. <http://www.stakes.fi/oske/luokitukset>

WHO 2002. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health, ICF, WHO/EIP/GPE/GAS/01.3. World Health Organization Geneva. Viitattu 29.3.2014. <Http://www.who.int/calssifications/icf/site/beginners/bg.pdf>

Wikström, J. 2012. Aivovammakuntoutuksen tavoitteet. Teoksessa Aivovammojen kuntoutus. Toim. S.Lindstam ja A. Ylinen. Porvoo: Bookwell Oy.

Ylinen, A. 2012. Aivovamma ja kuntoutus. Teoksessa Aivovammojen kuntoutus. Toim. S. Lindstam ja A. Ylinen. Porvoo: Bookwell Oy.

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

AIVOVAMMA-ASIAKKAAN KUNTOUTUSOHJAUS YLIOPISTOLLISESSA KESKUSSAIRAALASSA

Opinnäytetyö

Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Jyväskylän Ammattikorkeakoulu

Olemme kaksi kuntoutusohjauksen opiskelijaa ja peruskoulutukseltamme fysioterapeutteja. Opinnäytetyötämme ohjaa oppilaitoksen puolesta Mari Niinivirta. Teemme opinnäytetyön liittyen kuntoutusohjaajan työnkuvaan aivovammapoliklinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata kuntoutusohjaajan työtä ja työnkuvaa yliopistosairaalan aivovammapoliklinikalla. Viitekehyksenä työllemme on kansainvälinen toimintakykyluokitus ICF.

Opinnäytetyö on haastattelututkimus, joka perustuu neljään kysymykseen. Olemme valinneet haastateltavamme sillä perusteella, että heillä on pitkä kokemus aivovammoista, ja että saamme työhömmme moniammatillista näkökulmaa. Haastateltavina ovat neljä henkilöä, joiden henkilöllisyys ei käy työssä ilmi. Haastattelu nauhoitetaan, haastattelun litterointi tapahtuu valikoiden ja tallennetusta aineistosta tehdään päätelmiä.

Olemme alustavasti tiedustelleet henkilöiden halukkuutta osallistua haastatteluun. Sovimme haastattelun ajankohdasta jokaisen haastateltavan kanssa erikseen. Haastatteluun kuluu aikaa noin tunti.

Helsingissä 18.11.2013

Niina Urho

Maria Satamo

Liitteet

- kyselylomake
- ICF, keskeiset käsitteet

Liite 2. Haastattelukysymykset

Opinnäytetyön haastattelukysymykset:

1. Mitä kuntoutusohjaajan työ pitää sisällään yliopistollisen keskussairaalan aivovammaopotilaiden kanssa ja mikä on kuntoutusohjaajan ydinosamista?
2. Onko ICF-viitekehys käytössä osana kuntoutusohjaajan työtä?
 - a. Mikäli ICF-viitekehys on käytössä, mitä uutta ICF on tuonut aivovammapoliklinikalla kuntoutusohjaajan työnkuvaan?
 - b. Mikäli ICF-viitekehys ei ole käytössä, mitä uutta kuvittelisit sen tuovan?
3. Miten sijoitat kuntoutusohjaajan ydinosamisen ICF-viitekehysten osa-alueisiin?
 - a. Mikäli ICF-viitekehys on käytössä, mitkä ICF:n osa-alueet mielestäsi korostuvat aivovamma-asiakkaiden kohdalla kuntoutusohjaajan työssä?
 - b. Mikäli ICF-viitekehys ei ole käytössä, mitkä ICF:n osa-alueet mielestäsi korostuisivat aivovamma-asiakkaiden kohdalla kuntoutusohjaajan työssä?
4. Mitä muutoksia tai tulevaisuuden haasteita oletat olevan kuntoutusohjaajan työssä aivovamma-asiakkaiden kohdalla?

Kiitos!

Liite 3. ICF-viitekehyksen mukainen tukikaavio

RUUMIIN / KEHON TOIMINNOT (b)	
Mielentoiminnot (b1) <ul style="list-style-type: none"> - vireystila, energia - orientaatio - tarkkaavaisuus - tietoisuus - muisti - tunne-elämä - korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot 	Aistitoiminnot ja kipu (b2) <ul style="list-style-type: none"> - kuulo, näkö, maku, haju, kosketus - kuulo- ja tasapainoelinten aistimus - kipuaistimus
SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN (d)	
Oppiminen ja tiedon soveltaminen (d1) <ul style="list-style-type: none"> - lukeminen, kirjoittaminen - ongelman ratkaiseminen - päätöksen tekeminen - aistien käyttäminen suhteessa tapahtumaan - tarkkaavaisuuden kohdentaminen 	Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet (d2) <ul style="list-style-type: none"> - päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen - vastuun kantaminen - stressin – ja kriisitilanteiden käsitteleminen - useiden tehtävien tekeminen samanaikaisesti - yksittäisten tehtävien tekeminen ja vieminen loppuun
Kommunikointi (d3) <ul style="list-style-type: none"> - puhuminen, arkikeskustelu - viestien ymmärtäminen ja tuottaminen - tekniikoiden käyttäminen (puhelin, tietokone, kommunikaattorit) - symbolien ja kuvien käyttäminen ja ymmärtäminen 	Liikkuminen (d4) <ul style="list-style-type: none"> - liikkuminen kotona, ulkona, eri paikoissa - liikkuminen apuvälineillä - liikkuminen eri kulkuvälineillä, autolla ajaminen - asentojen vaihtaminen, siirtyminen
Itsestä huolehtiminen (d5) <ul style="list-style-type: none"> - henkilökohtainen hygienia arjessa - peseytyminen, pukeminen, riisuminen - wc-toiminnot - syöminen, juominen - omasta terveydestä huolehtiminen, lääkkeet 	Kotielämä (d6) <ul style="list-style-type: none"> - kotitaloustyöt, kodin laitteiden käyttäminen - tavaroiden ja palvelujen hankkiminen - ostosten tekeminen - aterioiden valmistaminen - kodin huoltaminen - muiden henkilöiden avustaminen
Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d7) <ul style="list-style-type: none"> - vuorovaikutus ja käyttäytyminen ihmissuhteissa (laatu) - perhesuhteet, myös laajennettu 	Keskeiset elämänalueet (d8) <ul style="list-style-type: none"> - opetukseen ja koulutukseen osallistuminen - työelämä - rahan käyttö, laskujen maksami-

<ul style="list-style-type: none"> - vanhat ja uudet ihmissuhteet 	<p>nen</p> <ul style="list-style-type: none"> - työn haku, työpaikan säilyttäminen ja työn päättäminen <p>virkestäytyminen ja vapaa-aika</p>
<p>YMPÄRISTÖTEKIJÄT (e)</p>	
<p>Tuotteet ja teknologiat (e1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - apuvälineet sisä- ja ulkotiloissa(ortoosit, pohjalliset) - näön-kuulon-kommunikoinnin apuvälineet - autoilun apuvälineet, työssä käytettävät erityisvälineet - asunnon varustetaso, esteettömyys 	<p>Tuki ja keskinäiset suhteet (e3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - käytännön tuki kotona, työpaikalla tai päivittäisessä elämässä - tukiverkoston fyysinen ja emotionaalinen tuki - sos. ja terv.huollon ammattihenkilöt
<p>Asenteet (e4)</p> <ul style="list-style-type: none"> - lähiperheen ja läheisten asenteet ja mielipiteet - yhteisön ja työpaikan asenteet - leimaaminen, stereotyyppitys, marginalisointi, laiminlyönti 	<p>Palvelut, hallinto ja politiikat (e5)</p> <ul style="list-style-type: none"> - sosiaaliturvaetuudet, toimeentulo - kuntoutus, hoidon ja kuntoutuksen seuranta - yleiset sos.tuen palvelut: ateriapalvelu, turvapalvelu, päiväkeskustoiminta, kuljetuspalvelut - muutostyöt - vapaaehtoistoiminta, yhdistys- ja järjestöpalvelut - laki- ja koulutuspalvelut

Liite 4. Traumaattisen aivovaurion suppea ydinkäsiteluettelo (Brief CoreSet)

**ICF traumaattisen aivovaurion (aivovamman) suppea ydinkäsiteluettelo
ICF-aihealueet****ICF koodi ICF nimike****Ruumiin/kehon toiminnot**

b110	Tietoisuustoiminnot
b130	Henkinen energia ja viettitoiminnot
b140	Tarkkaavuustoiminnot
b144	Muistitoiminnot
b152	Tunne-elämän toiminnot
b164	Korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot
b280	Kipuaistimus
b760	Tahdonalaisten liiketoimintojen hallinta

Ruumiin rakenteet

s110	Aivojen rakenne
------	-----------------

Suoritukset ja osallistuminen

d230	Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen
d350	Keskustelu
d450	Käveleminen
d5	Itsestä huolehtiminen (koko pääluokka, sisältää aihealueet d510 – d570)
d720	Henkilöiden välinen monimuotoinen vuorovaikutus
d760	Perhesuhteet
d845	Työnhaku, työpaikan säilyttäminen ja työn päättäminen
d920	Virkistäytyminen ja vapaa-aika

Ympäristötekijät

e115	Päivittäisen elämän tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen käyttöön
e120	Tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen liikkumiseen ja liikenteeseen sisä- ja ulkotiloissa
e310	Lähiperhe
e320	Ystävät
e570	Sosiaaliturva – etuudet, hallinto ja politiikka
e580	Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka

[http://www.icf-research-](http://www.icf-research-branch.org/images/stories/ICF%20Core%20Sets%20Download/Brief_ICF_Core_Set_f)

[branch.org/images/stories/ICF%20Core%20Sets%20Download/Brief_ICF_Core_Set_f](http://www.icf-research-branch.org/images/stories/ICF%20Core%20Sets%20Download/Brief_ICF_Core_Set_f)
[or_TBI.pdf](http://www.icf-research-branch.org/images/stories/ICF%20Core%20Sets%20Download/Brief_ICF_Core_Set_f)

Liite 5. Tukikaavio ja poimitut vastaukset

ICF:n mukainen haastattelukysymysten tukikaavio ja poimitut vastaukset

RUUMIIN / KEHON TOIMINNOT (b)	
<p>Mielentoiminnot (b1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - vireystila, energia - orientaatio - tarkkaavaisuus - tietoisuus - muisti - tunne-elämä - korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot <p>- <i>"Kuntoutusohjaajan arvio on tärkeä, miten havainnoidut asiat vaikuttavat ihmisen arkeen."</i></p> <p>- <i>"Kuntoutusohjaaja voi tehdä yhdistelmää mielentoiminnoista ja osallistumisesta."</i></p> <p>- <i>"Yksi keskeinen asia on toiminnanohjaus."</i></p> <p>- <i>"Kuntoutusohjaaja tekee havainnot kaikkialta alueista luonnollisesti esim. ruumiin ja kehon toiminnoista."</i></p> <p>- <i>"Tunne-elämä, vireystila ja orientaatio tulevat esille asiakkaasta."</i></p> <p>- <i>"Muistilla on äärettömän suuri merkitys kokonaistilanteen suhteen, kaikki muu voi olla kunnossa, mutta jos muisti ei pelaa, asiakas tarvitsee kaiken mahdollisen ohjannan ja avun."</i></p> <p>- <i>"Tarkkaavuuden ongelmilla on merkitystä, miten ihminen oppii ja miten hän hahmottaa maailmaa, näillä on suuri merkitys."</i></p> <p>- <i>"Orientaatiolla on merkitystä, kuinka hallinnassa arki on."</i></p> <p>- <i>"Haastattelemalla on tärkeä selvittää, mitä aivovamma on tuonut mukanaan korkeatasoisiin kognitiivisiin toimintoihin ja esim. oiretiedostukseen."</i></p> <p>- <i>"Keskeisiä KO:n kyselyn aiheita</i></p>	<p>Aistitoiminnot ja kipu (b2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - kuulo, näkö, maku, haju, kosketus - kuulo- ja tasapainoelinten aistimus - kipuaistimus <p>- <i>"Kuntoutusohjaaja katsoo asioita arjen kannalta, eikä diagnoosin kannalta, esim. jos hajujaisti puuttuu ravintolakokilta, häneltä menee ammatti."</i></p> <p>- <i>"Aistitoiminnot ovat oleellisia, esimerkiksi jos näön ongelmaa, saattaa asiakas selviytyä kotona mutta ei kodin ulkopuolella, tarvitaan kenties jatko-ohjausta esim. näönkäytön ohjausta."</i></p> <p>- <i>"Mikäli henkilöllä on kipuja, ovat vitsit vähissä, niillä on suuri merkitys näiden asioiden huomioimisella."</i></p> <p>- <i>"Kipu saattaa haitata unta ja viedä ihmiseltä energiaa."</i></p> <p>- <i>"Yleiset mielentoiminnot (b1) ja niiden arvioiminen ja ottaminen huomioon olisi tosi tärkeää, ennekuin mennään selittämään erityisiä mielentoimintoja."</i></p>

<p><i>ovat mielen toiminnat ja kipu- asia.”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>”Haastatteluissa on tärkeä tuoda esille, mitä se arki on.”</i> - <i>”Haastatteluissa tulee esille, mitä tarkkaavaisuus ja käyttäytyminen ovat ja miten ne heijastuvat arki-toimintaan.”</i> - <i>”Unitoiminnot voivat olla selittä- mässä väsymysproblematiikkaa, unen laatu voi olla kovasti muut- tunut ja voi olla katkonaista.”</i> 	
SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN (d)	
<p>Oppiminen ja tiedon soveltaminen (d1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - lukeminen, kirjoittaminen - ongelman ratkaiseminen - päätöksen tekeminen - aistien käyttäminen suhteessa tapahtumaan - tarkkaavaisuuden kohdentami- nen - <i>”Suoritukset ja osallistuminen ovat sitä keskeisintä asiaa, ja siel- tä oppiminen, tiedon soveltami- nen ja kommunikointi, nämä tu- levat sieltä osallistumisen kaut- ta.”</i> 	<p>Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet (d2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen - vastuun kantaminen - stressin – ja kriisitilanteiden kä- sitteleminen - useiden tehtävien tekeminen samanaikaisesti - yksittäisten tehtävien tekeminen ja vieminen loppuun - <i>”Miten henkilö pystyy päivittäisen ohjelman suunnitteluun.”</i> - <i>”Kuntoutusohjaaja on mukana kriiseissä, vaikka syvissä kriiseissä tarvitaan kriisityön ammattilaisia, mutta kuntoutusohjauksen mer- kitys on tärkeä kokonaistilantees- sa ja turvallisuuden tunnetta tuottava tekijä, jotta on henkilö joka on käytettävissä.”</i> - <i>”Ihmiset uskaltavat ottaa riskejä, kun on henkilö, johon voi ottaa yhteyttä, kun asia ei ehkä suju- kaan. Voi päästä turhista peloista ja siitä, että luulee, että on huo- nempi kuin mitä onkaan.”</i> - <i>”Sairastuminen on aina jonkinlai- nen kriisi ja kriisin käsittelyn ym- märtäminen on tärkeää ja se voi olla yksi merkityksellinen asia.”</i> - <i>”Kuinka paljon arjessa tarvitaan</i>

	<p><i>apua, esim. tarvitseeko valvontaa ja apua.”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>”ICF on tuonut sen mitä oikeasti nämä toimintarajoitteet on, miten toimintakyky on muuttunut, mikä on arjessa muuttunut.”</i> - <i>”Sillä on hirveän iso merkitys, että KO osaa esittää oikeita kysymyksiä toiminnanohjauksesta ja että vastaukset tulevat asiakkaalta itseltään ja läheisiltä, näin saadaan itsearviointia esiin.”</i> - <i>”ICF on tuonut sen, että pitää kysyä myös vahvuuksia eikä ainoastaan toimintarajoitteita.”</i>
<p>Kommunikointi (d3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - puhuminen, arkikeskustelu - viestien ymmärtäminen ja tuottaminen - tekniikoiden käyttäminen (puhelin, tietokone, kommunikaattorit) - symbolien ja kuvien käyttäminen ja ymmärtäminen - <i>”Kommunikoinnit ja liikkuminen sujuvat tyyppillisesti aivovammassa.”</i> 	<p>Liikkuminen (d4)</p> <ul style="list-style-type: none"> - liikkuminen kotona, ulkona, eri paikoissa - liikkuminen apuvälineillä - liikkuminen eri kulkuvälineillä, autolla ajaminen - asentojen vaihtaminen, siirtyminen - <i>”Muistiongelmallisella ei ole tuttuja reittejä.”</i> - <i>”Miten ihminen selviytyy kodin lisäksi ympäristössä.”</i>
<p>Itsestä huolehtiminen (d5)</p> <ul style="list-style-type: none"> - henkilökohtainen hygienia arjessa - peseytyminen, pukeminen, riisuminen - wc-toiminnot - syöminen, juominen - omasta terveydestä huolehtiminen, lääkkeet - <i>”Itsestä huolehtiminen (d5), kotielämä (d6) ja vuorovaikutus (d7) sekä koulu tai työ (d8) ovat pitkään olleet peruskaaviossa ja ovat edelleen. Ne ovat myös keskeisimpiä osa-alueita.”</i> 	<p>Kotielämä (d6)</p> <ul style="list-style-type: none"> - kotitaloustyöt, kodin laitteiden käyttäminen - tavaroiden ja palvelujen hankkiminen - ostosten tekeminen - aterioiden valmistaminen - kodin huoltaminen - muiden henkilöiden avustaminen - <i>”Kotikäynneissä kuntoutusohjajalla olisi roolia, asiakkaiden asioissa on paljon selviteltävää.”</i>

<p>Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d7)</p> <ul style="list-style-type: none"> - vuorovaikutus ja käyttäytyminen ihmissuhteissa (laatu) - perhesuhteet, myös laajennettu vanhat ja uudet ihmissuhteet - <i>"Kun alussa panostetaan ja tehdään työ kunnolla ja kun jo alussa kiinnitetään huomiota asiakkaan ja läheisten jaksamiseen."</i> - <i>"Erityisesti kotikäyntitilanne kertoo paljon, mikä tilanne kotona on."</i> - <i>"Perhepiirissä vastuun kantaminen ja henkilön rooli perheessä, yhteiskunnallinen osallistuminen, harrastukset ja mielenkiinnon kohteet kuvaavat sitä, mitä osallistuminen voi myös olla."</i> - "KUINKA ERILAISTA ELÄMÄ KAIKEN KAIKKIAAN ON, MINKÄLAISTA MUUTOSTA ON TAPAHTUNUT, MITÄ SE ON OLLUT JA MITÄ SE NYT ON." 	<p>Keskeiset elämänalueet (d8)</p> <ul style="list-style-type: none"> - opetukseen ja koulutukseen osallistuminen - työelämä - rahan käyttö, laskujen maksaminen - työn haku, työpaikan säilyttäminen ja työn päättäminen - virkistäytyminen ja vapaa-aika - <i>"Rahankäyttö eli kuntoutustyössä ja kuntoutusohjauksella pitäisi saada ihmistä oppimaan mahdollisimman paljon."</i> - <i>"Ihmistä pitäisi saada itse osallistumaan mahdollisimman paljon, että henkilökohtainen avustaja ei tee kaikkea, pyritään siihen että henkilö oppii itse pikkuhiljaa apuvälineen kanssa tai ilman."</i> - <i>"ICF on laajentanut ihmisen osallistumisen käsitettä, se on muutakin kuin työ. Liikkuminen kodin ulkopuolella, yhteydenpidot."</i> - <i>"Ihmisille pitää antaa enemmän tilaa kertoa elämästä."</i> - <i>"Aikaisemmin katsottiin kapealla sapluunalla työkykyä ja työssä käymistä."</i>
<p>YMPÄRISTÖTEKIJÄT (e)</p>	
<p>Tuotteet ja teknologiat (e1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - apuvälineet sisä- ja ulkotiloissa (ortoosit, pohjalliset) - näön-kuulon-kommunikoinnin apuvälineet - autoilun apuvälineet, työssä käytettävät erityisvälineet - asunnon varustetaso, esteettömyys - <i>"Ympäristötekijöillä ja apuvälineillä on suuri merkitys ihmisen toiminnalle, samoin tarvittavilla muutostöillä."</i> - <i>"Asiakas ei voi saada mitä tahansa, esim. henkilö haluaa kesä-</i> 	<p>Tuki ja keskinäiset suhteet (e3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - käytännön tuki kotona, työpaikalla tai päivittäisessä elämässä - tukiverkoston fyysinen ja emotionaalinen tuki - sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt - <i>"On henkilöitä jotka tarvitsevat ohjausta enemmän, ja joillekin riittää silloin tällöin pelkkä puhelinkontakti. Sen kanssa saa olla tarkkana, ettei kouduteta ihmisiä vaan ohjataan välittäen, rakastuen ja huolehtien, että ammattilaisista päästään eroon ja hommat</i>

<p><i>asunnolle samat apuvälineet kuin kotiin, mutta ne eivät voi olla puoli vuotta käyttämättömänä toisessa asunnossa, täytyy yrittää löytää muita vaihtoehtoja. Apuvälineissä tulee pohtia miten apuvälineitä voidaan kuljettaa, kuka kuljettaa.”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>”Kuntoutusohjaaja hyödyntää moniammatillista osaamista ja käyttää lausuntoja, silti asiat tulee hakea loppujen lopuksi ihmisen kautta, esim. alkuvaiheessa saatetaan suositella ja hankkia paljon apuvälineitä jotka eivät ole käytössä. Kuntoutusohjaajalla pitää myös olla rohkeutta sanoa, että apuvälineitä ei tarvita tai niitä tarvitaan kiertoon. Useat näistä asioista eivät ole raha-asioita, vaan oivaltamisasioita ja asenne-asioita. Lähtökohta on, että katsotaan mitä tarvitaan, mitä löydetään, mitä halutaan, mitä tehdään.”</i> - <i>”Nostaisin ympäristötekijät yhdeksi keskeiseksi osa-alueeksi KO:n työssä, sitä ei kukaan muu tavallaan tee.”</i> - <i>”Tuotteet, teknologiat ja apuvälineet ovat monin verroin harvinaisempia, ellei ole jotain muuta vammaan liittyvää.”</i> 	<p><i>sujuvat suunnitellusti.”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>”Verkostokeskustelussa kuntoutusohjaajaa tarvittaisiin ja jatko- huolehtimisesta, vaikka verkostopalaverit ovat tietyllä tavalla kalliita, kun viedään monen ihmisen aikaa. Mutta, kun ne tehdään vakavasti ja positiivisella hengellä, niin ne ovat tuloksellisia ja niissä sitoutetaan laaja joukko ihmisiä sen taakse, mitä palaverissa sovitaan.”</i> - <i>”Kuntoutusohjaaja voi olla suunnitelmien seuraaja.”</i> - <i>”Keskeistä yliopistosairaalassa kuntoutusohjauksessa on alkuvaiheen ohjaus ja tarvittaessa seuranta.”</i> - <i>”Alkuvaiheen ohjaus on tärkeää aivovamma-asiakkaiden kohdalla, asiakkaiden tapaamisen jälkeen jälkityö vie paljon aikaa tapaamisten lisäksi.”</i> - <i>”Yhteydenotot vievät aikaa ja asioita jää aina kesken.”</i> - <i>”Yhteydenottoa ei ehkä jatkossa tarvita, kun alkuvaiheessa on tehty työtä ohjaukseen. Kun ihminen kokee, että hänestä huolehditaan ja hän on tullut kuulluksi, rauhoittaa tilannetta, joku tietää, mikä tilanteeni on.”</i> - <i>”Verkostotyössä kuntoutusohjaajalle olisi roolia.”</i> - <i>”Mitä paremmin ihmisiä ohjataan, sen vähemmän tulee yhteydenottoja, asiat sujuvat hallitummin ja tämä koskee kaikkia diagnoosiryhmiä, ei ainoastaan aivovammoja. Kun ihmisellä on tunne, että he voivat ottaa yhteyttä, niin he eivät välttämättä edes ota yhteyttä, kun kokevat olevansa ”turvassa.”</i> - <i>”Soittoaika voi rauhoittaa, ihminen on tullut kuulluksi ja hän tie-</i>
--	--

	<p><i>tää että häntä autetaan eteenpäin se rauhoittaa tilannetta.”</i></p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Asenteet, tuki ja keskinäiset suhteet välittyvät haastatteluissa joka tapauksessa.”</i>- <i>”Ympäristötekijöiden arvioinnin pitää tulla sen henkilön kokemana hänen näkökulmastaan ja tilanteestaan käsin, asiakas kertoo itse mikä edistää ja mikä rajoittaa.”</i>- <i>”KO on keskeinen henkilö nostamaan esille ne palvelujärjestelmät, jotka tulevat kyseeseen.”</i>- <i>”On tärkeä nostaa esiin niitä lähiympäristössä vaikuttavia/edistäviä tekijöitä.”</i>
--	---