

Nora Lilius, Anni Paso, Varpu Talvitie

## Kiikareissa kumppanuus

Toimintaterapian rooli AVH-kuntoutujan  
kotiutusprosessissa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti AMK

Toimintaterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

13.4.2015

|   |  |
|---|--|
| Tekijät<br>Otsikko<br><br>Sivumäärä<br>Aika   | Nora Lilius, Anni Paso, Varpu Talvitie<br>Kiiikareissa kumppanuus. Toimintaterapian rooli AVH-kuntoutujan kotiutusprosessissa.<br>35 sivua + 7 liitettä<br>13.4.2015 |
| Tutkinto  | Toimintaterapeutti AMK   |
| Koulutusohjelma   | Toimintaterapian koulutusohjelma   |
| Suuntautumisvaihtoehto  | Toimintaterapia  |
| Ohjaajat  | lehtori Anja Sario<br>yliopettaja Toini Harra  |
| <p>Koska laitospaikkoja ollaan valtakunnallisesti vähentämässä, on sairaaloilla tarve kehittää kotiutusprosessejaan myös taloudellisesti kannattaviksi. Painetta lisää se, että väestörakenne on muuttumassa ikääntyneiden määrän kasvaessa, ja sen myötä myös aivoverenkiertohäiriöt lisääntyvät. Toimintaterapian asiakaslähtöisyydestä tehdyissä tutkimuksissa on todettu toimintaterapian asiakaslähtöisyyden olevan vain harvoin kriittisen arvioinnin kohteena, joten myös tätä aihetta on tarpeen tutkia enemmän.</p> <p>Opinnäytetyössä selvitettiin aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kotiutusprosessia terveyskeskussairaalassa tarkastellen erityisesti toimintaterapian roolia tässä prosessissa. Työelämäyhteistyökumppanina toimiva terveyskeskussairaala sai opinnäytetyön tuotoksena käyttöönsä kaksi kaaviota, joista toinen kuvaa moniammatillisen kotiutusprosessia yleisesti ja toinen toimintaterapian roolia tässä prosessissa. Työssä myös tarkasteltiin asiakaslähtöisyyden ilmenemistä AVH-kuntoutujan toimintaterapiassa. Tunnistettavuussyistä yhteistyökumppanina toiminutta terveyskeskussairaalaa ei mainita opinnäytetyössä nimeltä.</p> <p>Opinnäytetyötä ohjasivat teoria- ja tutkimustieto asiakaslähtöisyydestä, aivoverenkiertohäiriöistä ja AVH-kuntoutujan toimintaterapiasta. Kanadalaista toimintaterapiaprosessin kehystä käytettiin pohjana prosessikaavioiden luomisessa. Aineiston analyysiteorianä toimii Saikun ja Karjalaisen (2007) viisivaiheinen tyypittely asiakkaan asemasta asiakasyhteistyöryhmissä. Terveyskeskussairaalan toimintaterapeutteja haastateltiin kaksi kertaa teemamuotoisen ryhmähaastattelun keinoin. Lisäksi aineistona käytettiin kolmea kuntoutujaa koskevia potilastietojärjestelmän kirjauksia.</p> <p>Opinnäytetyön tuotoksena valmistui kaksi kotiutusprosessikaaviota. Kotiutusprosessin alkuvaiheessa korostuu asiakaslähtöisyyden ensimmäinen taso. Prosessin edetessä, kun toimintaterapeutti ja kuntoutuja tutustuvat toisiinsa, on asiakaslähtöisyys näkyvämpää ja parhaimmillaan päästään kumppanuuden tasolle. Sairaalaympäristö ja AVH-kuntoutujan oirekuva rajaavat asiakaslähtöisyyden tasoa. Korkeimman asiakaslähtöisyyden tason saavuttaminen ei ole kuitenkaan yksin toimintaterapeutin käsissä, vaan asiakkaan on haluttava toimia yhteistyössä toimintaterapeutin kanssa ja oltava valmis ottamaan vastaan toimintaterapeutin osaamista. Jatkossa olisi hyödyllistä tutkia myös kuntoutujien kokemuksia asiakaslähtöisyyden toteutumisesta, jotta heidän äänensä pääsisi myös kuuluviin.</p> |  |
| Avainsanat  | Asiakaslähtöisyys, kotiutusprosessi, AVH-kuntoutus, toimintaterapia, toimintaterapiaprosessi   |

|   |   |
|---|---|
| Authors<br>Title<br>Number of Pages<br>Date   | Nora Lilius, Anni Paso, Varpu Talvitie<br>Towards Companionship. The Role of Occupational Therapy in the Discharge Process of a Stroke Patient.<br>35 pages + 7 appendices<br>Spring 2015 |
| Degree  | Bachelor of Health Care   |
| Degree Programme  | Occupational Therapy  |
| Specialisation option   | Occupational Therapy  |
| Instructors   | Anja Sario, Senior Lecturer<br>Toini Harra, Principal Lecturer  |
| <p>The nationwide reduction of facility places in Finland has caused a need to improve hospital discharge processes. The need for improvement is further emphasized by the increased number of strokes due to the upcoming demographic change and ageing population. Additionally, there should be more research about client-centeredness in occupational therapy, since previous research has shown that it is rarely under critical reflection.</p> <p>The objective of this study was to examine the discharge process of a stroke patient in a health-care center hospital and focus especially on the role of occupational therapy in the process. The thesis was conducted in cooperation with a Finnish health-care center hospital. As a result the hospital acquired two process graphs, one of which showed the multi-professional discharge process and the other the role of occupational therapy in the process. Another goal was to study how client-centeredness appears in occupational therapy for stroke patients. The name of the hospital is not specified in the thesis as it must remain unidentified.</p> <p>The study followed previous theory and research of client-centeredness, strokes and occupational therapy for stroke patients. The process graphs were created based on the Canadian Practice Process Framework. The content analysis was based on Saikku and Karjalainen's (2007) theory about the five stages of the client's status in client cooperation groups in rehabilitation. The data was collected by carrying out two interviews with a group of three occupational therapists that worked in the hospital. In addition, we examined the data on three stroke patients' processes in the hospital's patient care information system.</p> <p>The results showed that the first stage of client-centeredness was emphasized in the beginning of the discharge process. As the occupational therapist and the patient got to know each other, client-centeredness could be seen more clearly and it was more likely to reach the fifth stage, companionship. However, the hospital environment and the stroke patient's symptoms could lower the stage. The results lead to the conclusion that reaching the fifth stage requires not only the occupational therapist's client-centered methods but also the patient's will to cooperate and to accept the therapist's expertise. In addition, the hospital obtained two process graphs for their use. In the future, studying the patients' experience about client-centeredness would be beneficial.</p> |   |
| Keywords  | Client-centeredness, discharge process, stroke rehabilitation, occupational therapy, occupational therapy process   |

## Sisällys

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1   | Johdanto   | 1  |
| 2   | Aivoverenkiertohäiriöt   | 3  |
| 3   | Asiakaslähtöisyys toimintaterapiassa                                       | 5  |
| 3.1 | Asiakaslähtöisyyden määritelmiä  | 5  |
| 3.2 | Kanadalainen asiakaslähtöisen mahdollistamisen malli                       | 6  |
| 3.3 | Tutkimuksia asiakaslähtöisyydestä toimintaterapiassa                       | 8  |
| 4   | AVH-kuntoutujan toimintaterapia  | 10 |
| 5   | Aineistonkeruu ja sisällönanalyysi   | 12 |
| 5.1 | Teemahaastattelut ja kirjauksiin tutustuminen                              | 12 |
| 5.2 | Kotiutusprosessin aineistolähtöinen sisällönanalyysi                       | 13 |
| 5.3 | Asiakaslähtöisyyden teorialähtöinen sisällönanalyysi                       | 15 |
| 6   | Tulokset ja johtopäätökset   | 18 |
| 6.1 | Kotiutusprosessin kuvaus prosessikaavioineen                               | 18 |
| 6.2 | Asiakaslähtöisyys tutkimiemme AVH-kuntoutujien toimintaterapiaprosesseissa | 25 |
| 7   | Pohdinta   | 30 |
|     | Lähteet  | 33 |
|     | Liitteet   |    |
|     | Liite 1. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta                           |    |
|     | Liite 2. Saatekirje  |    |
|     | Liite 3. Analyysirungon alkuperäisilmauksia                                |    |
|     | Liite 4. Moniammatillinen kotiutusprosessi                                 |    |
|     | Liite 5. Toimintaterapian rooli kotiutusprosessissa                        |    |
|     | Liite 6. Haastattelukysymykset: Asiakaslähtöisyys                          |    |
|     | Liite 7. Haastattelukysymykset: Kotiutusprosessi                           |    |

## 1 Johdanto

Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) ovat merkittävin kuolleisuuden aiheuttaja Suomessa sydänsairauksien jälkeen ja ovat yleisiä ennen kaikkea vanhusväestön keskuudessa. Ne aiheuttavat myös tällä hetkellä eniten vammaisuutta. (THL 2015; Suomen Sydänliitto ry 2012.) Yksi suurimmista terveydenhuollon haasteista onkin aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden hoitoketjun kehittäminen akuuttihoidosta kuntoutuksen kautta kotiin, sillä pitkä prosessi kuluttaa runsaasti terveydenhuollon voimavaroja (THL 2015). Kun otetaan huomioon myös käsillä oleva väestörakenteen muutos ja laitospaikkojen valtakunnallinen vähentäminen, ollaan tilassa, jossa kotiutusprosessien kehittäminen on välttämätöntä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 24).

Työelämäyhteistyökumppanimme oli kiinnostunut AVH-kuntoutujien kotiutuskäytäntöihin liittyvän opinnäytetyön toteuttamisesta ja toivoi saavansa käyttöön prosessikaavion kotiutuksesta. Yhteistyökumppanina toimivaa terveyskeskussairaalaa ei mainita opinnäytetyössämme nimeltä, jottei siellä työskenteleviä toimintaterapeutteja eikä aineistoon liittyviä potilaita voida tunnistaa. Yhteistyökumppanin toiveen lisäksi aiheen valintaan vaikutti myös oma kiinnostuksemme asiakkaiden kotiutuskäytäntöjä sekä asiakaslähtöisyyden toteutumista kohtaan. Kotiutusprosessiin osallistuu toimintaterapeuttien lisäksi useiden ammattialojen edustajia, jotka arvioivat kuntoutujan toimintakykyä ja mahdollisuutta kotona asumiseen.

Opinnäytetyössä selvitämme laadullisen tutkimuksen keinoin aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kotiutusprosessin terveyskeskussairaalassa ja tarkastelemme erityisesti toimintaterapian roolia tässä prosessissa. Tuotoksena syntyy kaksi kaaviota, jotka kuvaavat moniammatillisen kotiutusprosessin yleisesti sekä tarkemmin toimintaterapian roolin. Tarkastelemme myös asiakaslähtöisyyden ilmenemistä AVH-kuntoutujan toimintaterapiassa. Työn valmistuttua saa yhteistyökumppanina toimiva sairaala AVH-kuntoutujan toimintaterapiaa kuvaavan kotiutusprosessikaavion, jota voidaan hyödyntää työn näkyväksi tekemisessä ja sen selkiyttämässä muille yhteistyötahoille. Yhteistyökumppanien on näin helpompi hahmottaa toimintaterapiaprosessi osana kotiutuksen kokonaisuutta. Eri tahojen toteuttamien toimenpiteiden oikea-aikaisuus sujuvoittaa kuntoutujan kotiutusprosessia ja prosessin selkiytymisen myötä myös toimintaterapeuttien työn tehostaminen mahdollistuu. Luomamme prosessikaaviot toimivat jatkossa hyvänä pohjana yhteistyökumppanimme tulevalle laajemmalle prosessikuvaukselle. Asiakaslähtöisyydestä

saatua tietoa voi yhteistyökumppani käyttää työnsä kehittämisen välineenä, ajatuksien herättäjänä ja toiminnan kehittämisen pohjana.

Tutkimusaineisto on kerätty terveyskeskussairaalan toimintaterapeutteja haastattele-  
malla teemamuotoisen ryhmähaastattelun keinoin sekä tunnistetiedottomia potilastietoja  
tarkastelemalla. Kerättyä aineistoa analysoitiin teoria- ja aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin.

Opinnäytetyötämme ohjanneet tutkimuskysymykset ovat:

Mikä on toimintaterapian rooli AVH-kuntoutujan kotiutusprosessin eri vaiheissa tutkittavassa terveyskeskussairaalassa?

Miten asiakaslähtöisyys ilmenee kotiutusprosessin eri vaiheissa toimintaterapeuttien kuvausten perusteella?

## 2 Aivoverenkiertohäiriöt

Vuosittain noin 19 000 suomalaista sairastuu aivoverenkiertohäiriöön. Näistä 14 600 saa aivoinfarktin ja noin 4000 aivoverenvuodon. Joka toiselle sairastuneista jää pysyvä haitta, joka jopa puolella näistä on vaikea-asteinen. Yli puolet kuntoutujista toipuu oma-toimiseksi ja joka seitsemäs sairastunut tarvitsee laitoshoidon. (Aivoliitto n.d.) Aivoverenkiertohäiriö syntyy aivoinfarktista tai aivoverisuonen repeämän aiheuttamasta aivoverenvuodosta. Aivoverenkiertohäiriöistä aivoinfarkteja on noin 80 % ja aivoverenvuotoja 20 %. (Hänninen – Kuikka – Pulliainen 2002: 280.)

Jotta AVH-kuntoutujan kotiutusprosessiin voidaan paneutua, on oltava perustietämys aivoverenkiertohäiriöiden oirekuvista. Kognitiivinen oirekuva vaihtelee sen mukaan, kumpaan aivopuoliskoon aivoverenkiertohäiriö osuu. Vasemman puoliskon aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat kielellisiä häiriöitä ja apraksiaa, oikean puoliskon häiriöt puolestaan huomiokyvyn ja hahmottamisen ongelmia sekä vasemmanpuoleista neglectiä eli huomiotta jättämistä. Myös erilaiset liikkeiden häiriöt kuten vapina, halvaus ja lihasten huono koordinaatio ovat yleisiä aivoverenkiertohäiriöiden seurauksia. (Hänninen ym. 2002: 97, 282.)

Apraksia aiheuttaa vaikeutta suorittaa tuttuja käsien liikkeitä, jolloin esimerkiksi ruuanlaittovälineiden käsittely tai pukeutuminen vaikeutuu. Neglect eli huomiotta jättäminen koskee yleensä vasenta puolta. Neglectiä sairastava ei välttämättä huomaa häiriötä itse vaan jättää esimerkiksi vasemman raajansa tai koko vasemmalla puolella olevan ympäristön huomioimatta ja voi näin ollen satuttaa itsensä helposti. Aivoverenkiertohäiriöstä voi seurata myös muita hahmottamiseen liittyviä haasteita, jotka vaikeuttavat sairastuneen arkielämää merkittävästi. Aivohalvaukseen sairastuneilla todetaan usein myös yleisluonteisia häiriöitä, kuten aloitekyvyn vaikeutumista, tarkkaavaisuuden huononemista, toimintojen hallitsemisen heikentymistä ja hätäisyyttä. AVH-potilas voi kärsiä myös oiretiedostuksen puutteellisuudesta. Tällä tarkoitetaan sitä, että sairastunut ei tunnista sairauden aiheuttamia oireita, vähättelee niitä tai luulee pystyvänsä tekemään enemmän asioita kuin mihin oikeasti pystyy. Muutokset mielialassa ovat myös yleisiä: sairastumisen jälkeen ahdistuksen sekä jännittyneisyyden tunteet ovat tavallisia ja mielialat saattavat vaihdella. (Hänninen ym. 2002: 86, 100, 211; Aivoliitto n.d.)

Aivoverenkiertohäiriön aiheuttama afasia tarkoittaa kielellistä häiriötä, joka ilmenee puheen tuottamisen ja puheen ymmärtämisen sekä lukemisen ja kirjoittamisen häiriöinä.

Oireiden vaikeusaste vaihtelee. Afasia vaikeuttaa keskustelua, minkä vuoksi vuorovai-  
kutustilanteet voivat olla haastavia. Aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa myös dysartriaa,  
joka on motorinen puhehäiriö. Siihen liittyvät erilaiset artikulaation, äänen tuoton, puhe-  
nopeuden ja hengityskontrollin ongelmat. Usein ääni voi olla heikko ja karhea, artikulaa-  
tio epätarkkaa sekä puhenopeus hidastunut. Puhtaaseen dysartriaan ei liity puheen ym-  
märtämisen, lukemisen tai kirjoittamisen ongelmia. (Hänninen ym. 2002: 112; Aivoliitto  
n.d.)



### 3 Asiakslähtöisyys toimintaterapiassa

#### 3.1 Asiakslähtöisyyden määritelmiä

Toimintaterapiassa ihmisestä käytetään nimitystä asiakas, koska ihminen nähdään aktiivisena osallistujana kuntoutusprosessissaan. Asiakslähtöisyys on toimintaterapian, kuten laajasti koko terveydenhuollonkin peruseriaatteita. Toimintaterapiassa asiakslähtöisyydellä tarkoitetaan asiakkaan ja terapeutin tasavertaista suhdetta, jossa molemmat osapuolet ovat aktiivisia osallistujia. Asiakslähtöisyyttä kuvaa luottamus, avoin kommunikaatio ja yhteistyö tavoitteiden saavuttamiseksi. (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 89, 92; Sumsion 2006: 1–6.) Sumsion (2000) on määritellyt asiakslähtöisyyden toimintaterapiassa oman tutkimuksensa perusteella näin: Asiakslähtöinen toimintaterapia on kumppanuutta asiakkaan ja terapeutin välillä. Terapian on tarkoitus saada asiakas toimimaan ja osallistumaan omiin toiminnallisiin rooleihinsa erilaisissa ympäristöissä. Tavoitteita pidetään tärkeänä terapian kaikissa vaiheissa, ja asiakas osallistuu aktiivisesti keskusteluun koskien näitä tavoitteita. Terapeutin tulee kuunnella ja arvostaa asiakkaan tarpeita ja tukea asiakkaan päätöksen tekoa. (Sumsion 2000: 308.)

Asiakslähtöisyyden käytännöistä on useita määritelmiä. Seuraavassa kuusi toimintaterapian kannalta olennaisinta periaatetta:

- Asiakkaalla on mahdollisuus tehdä valintoja. Terapeutin tulee antaa asiakkaalle mahdollisuus ohjata oman terapiansa kulkua. Hänen tulee kuunnella ja kunnioittaa asiakasta ja ymmärtää asiakkaan kulttuuritaustaa, arvoja ja uskoa. Asiakas saa itse asettaa tavoitteensa ja valita itselleen merkityksellisiä toiminnan muotoja.
- Asiakkaat ovat erilaisia ja terapeutin tulee kohdata heidät ennakkoluulottomasti.
- Terapeutti ja asiakas ovat samanarvoisia kumppaneita, yhteistyö perustuu luottamukseen. Toimintaterapeutti tuo terapiasuhteeseen oman ammattitaitonsa ja asiakas toimii oman tilanteensa asiantuntijana tuoden esiin oman kokemuksensa sairaudestaan.

- Toimintaterapeutti tukee ja rohkaisee asiakasta sekä kertoo asiakkaalle hänen mahdollisuuksistaan. Terapeutti ja asiakas tekevät yhdessä terapiaa koskevat päätökset.
- Toimintaterapeutti ottaa huomioon ympäristön vaikutukset. Ne voivat olla olosuhteita, sosiaalisia odotuksia tai vaatimuksia, fyysisiä tai taloudellisia tekijöitä.
- Toimintaterapeutti suunnittelee jokaiselle asiakkaalle yksilöllisen terapiaprosessin. Hänen tulee osata asettua asiakkaan asemaan. (Cole – Tufano 2008: 25–30.)

### 3.2 Kanadalainen asiakaslähtöisen mahdollistamisen malli

Valitsimme opinnäytetyömme teoreettiseksi viitekehyykseksi kanadalaisen näkökulman toimintaterapiaan, johon sisältyy kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, CMOP-E). CMOP-E on kokonaisvaltainen, ammatillinen malli, joka ohjaa asiakaslähtöiseen käytäntöön toimintaterapiassa ottaen huomioon asiakkaiden erilaisuuden ja erilaiset toimintaympäristöt. Kanadalaiseen näkökulmaan sisältyy myös malli asiakaslähtöisestä mahdollistamisesta (Canadian Model of Client-Centred Engagement) sekä toimintaterapiaprosessin kehys (Canadian Practice Process Framework, CPPF). (Polatajko ym. 2007: 22–32; Townsend ym. 2007: 109–114; Craik – Davis – Polatajko 2007: 229–240.)

Mahdollistaminen on toimintaterapeuttien ydinosaamista. Siinä yhdistyy osallistuminen ja yhteistyö asiakkaan ja terapeutin välisessä suhteessa, ja sitä ohjaa terapialle asetetut yhteiset tavoitteet. Mahdollistamisessa korostuu kriittinen reflektio ja tarkkaavaisuus oikeudenmukaisuutta ja monimuotoisuutta sekä valinnan ja vastuun kysymyksiä kohtaan. Asiakaslähtöisen mahdollistamisen malli kuvaa mahdollistamisen kymmenen eri elementtiä: puolestapuhuminen, mukauttaminen, valmentaminen, yhteistyössä toimiminen, neuvottelu ja konsultointi, koordinointi, suunnittelu, opettaminen, sitouttaminen sekä erikoisiantuntijana toimiminen. (Townsend ym. 2007: 109–110; Hautala ym. 2011: 217–222.)

Mukauttaminen tarkoittaa toimintojen, tehtävien ja materiaalien sovittamista asiakkaan tarpeisiin ja tarkoin määriteltyn tarkoitukseen tai tilanteeseen. Toiminnan tulisi haastaa asiakasta juuri sopivasti. Toiminta ei saisi lannista häntä, mutta hänen tulisi kokea se silti

haastavaksi ja saada onnistumisen kokemuksia. Mukauttaminen on vaihtoehtoisten toimintatapojen etsimistä, toiminnan soveltamista ja porrastamista. (Townsend ym. 2007: 109–114; Hautala ym. 2011: 217–222.) AVH-kuntoutujalla esimerkiksi voileipää valmistettaessa toimintaterapeutti arvioi kuntoutujan tarvitsemaa tuen määrää toiminnassa etenemiseksi. Tämän perusteella toimintaterapeutti voi antaa joko sanallisia ohjeita tai tämän ollessa riittämätöntä myös manuaalista ohjausta. Valmentamisen tärkeimpänä elementtinä taas on toimintaan sitouttaminen. Valmentajana terapeutti kuuntelee asiakasta ja voi rohkaista häntä aloittamaan esimerkiksi harjoitusohjelman, jonka avulla pyritään pois negatiivisista tavoista ja käyttäytymisestä. Tärkeää valmentamisessa on saada asiakas ottamaan vastuu omasta tilanteestaan ja tavoitteistaan. Yhdessä asiakkaan kanssa työskennellessä toimintaterapeutti toimii yhteistyön tekijänä, ei puolesta tekijänä. Toimintaterapeutin tulee kunnioittaa asiakastaan, olla aidosti kiinnostunut hänestä ja jakaa avoimesti tietotaitoaan. Suhde perustuu empatiaan, pyyteettömyyteen, luottamukseen ja luovaan kommunikointiin. (Townsend ym. 2007: 109–114; Hautala ym. 2011: 217–222.) Esimerkiksi AVH-kuntoutuja voi kertoa toimintaterapeutille vaikeuksistaan kuoria perunoita, jolloin toimintaterapeutti suosittelee mahdollisia apuvälineitä tai neuvoo vaihtoehtoisia tapoja suoriutua toiminnasta.

Puolestapuhujana toimintaterapeutti tuo asiakkaasta ja hänen ympäristöstään esiin asioita, joita asiakkaan läheiset tai muut työntekijät eivät ehkä ole huomanneet, ja haastaa heitä ajattelemaan uudella tavalla. Terapeutin pitäisi olla kiinnostunut asiakkaan terveydestä, hyvinvoinnista ja oikeudesta jokapäiväisiin toimintoihin, jolloin hänellä voisi olla laajin kuva asiakkaan elämäntilanteesta. Toimintaterapeutin tehtävä on myös toimia kuntoutujan puolestapuhujana päättävissä elimissä sekä tuoda esiin asiakkaalle, mihin kaikkeen hän on kykenevä ja rohkaista häntä yrittämään. (Townsend ym. 2007: 109–114; Hautala ym. 2011: 217–222.)

Toimintaterapeutti neuvottelee ja konsultoi yksilöitä, perheitä tai ryhmiä kuunnellen kaikkien osapuolten erilaiset näkökulmat sekä rohkaisee ja kannustaa kuuntelemaan ja kunnioittamaan toisten mielipiteitä. Kuultuaan kaikkia osapuolia kertoo terapeutti omat näkökulmansa, jotta asiakkaiden ja yhteistyökumppaneiden on mahdollista tehdä omia valintoja. Usein toimintaterapeutti myös neuvottelee perheiden, ammattilaisten ja tiimin jäsenten kanssa sekä konsultoi yhteistyökumppaneita, organisaatiota ja asukkaita. Neuvottelu ja konsultaatio liittyvät vahvasti myös moniammatilliseen työhön. Asiakkaan toiminnallisuuden arvioinneista saamaansa tietoa toimintaterapeutti käyttää koordinoitua toimintaa, palveluja ja organisaatiota. Terapeutti sovittaa yhteen eri näkökulmia,

suunnitelmia, tehtäviä ja asiakirjoja asiakkaiden, perheiden, työryhmien ja muiden prosessissa mukana olevien kanssa. Koordinointi varmistaa, että prosessi muovautuu saumattomaksi kokonaisuudeksi sekä auttaa asiakasta ja työryhmää työskentelemään kohti yhteistä päämäärää. Koordinointiin liittyy konkreettisesti talouden, tilojen ja välineiden sekä niihin liittyvien resurssien ja inhimillisten resurssien hallinta. Koordinoiminen vaatii asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaista ymmärtämistä, erilaisten palvelujen tuntemista ja niiden yhteensovittamista. (Townsend ym. 2007: 109–114; Hautala ym. 2011: 217–222.) AVH-kuntoutuksessa tämä näyttäytyy esimerkiksi siten, että kuntoutujan tilanteeseen tutustuttuaan toimintaterapeutti kertoo asiakkaalle jatkokuntoutuksen vaihtoehtoista ja järjestee niitä yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa.

Toiminnan kautta terapeutti voi opettaa asiakkaita muokkaamaan arkeansa. Toimintoja voidaan harjoitella terapiaympäristössä, esimerkiksi sairaalassa ennen kuin asiakas siirtyy opettelemaan asioita koti- tai työympäristöönsä. Toimintaterapeuttinen opettaminen perustuu toiminnan analyysin hallitsemiseen. Toiminnot tulee pilkkoa ja porrastaa asiakkaalle sopivaksi. Toimintaterapeutti voi opettaa yksilöä, ryhmää tai vaikkapa organisaatiota. Toimintaterapeutin tulee yrittää myös sitouttaa asiakas toimintaan ja nähdä hänet aktiivisena osallistujana päätöksenteossa. Asiakkaan mielipiteitä, näkemyksiä ja päätöksiä tulisi kuunnella. Sitoutumista ei voi pakottaa; se voi tapahtua vain siten, että asiakas saa osallistua toimintaan. Toimintaterapeutin pitää mahdollistaa toimintaan osallistuminen ja tarvittaessa olla asiakkaan tukena sekä toimia ammatillisena havainnoijana. (Townsend ym. 2007: 109–114; Hautala ym. 2011: 217–222.)

Toimintaterapeutti myös suunnittelee ja rakentaa erilaisia ortooseja ja apuvälineitä, muokkaa emotionaalisia ja fyysisiä ympäristöjä sekä toteuttaa palveluita ja ohjelmia. Tämä on ympäristön muokkaamista sen kaikissa elementeissään. Erikoistumisella tarkoitetaan erityisten tekniikoiden asiantuntijuutta ja niiden käyttöä asiakkaan hyväksi. Ammatillisen toiminnan kannalta on tärkeää myös muistaa eettinen ja moraalinen ohjeisto sekä näyttöön perustuva, toiminnan analysoinnin taito ja prosessin hallinnan taito. (Townsend ym. 2007: 109–114; Hautala ym. 2011: 217–222.)

### 3.3 Tutkimuksia asiakaslähtöisyydestä toimintaterapiassa

Etsiessämme tutkimuksia asiakaslähtöisyyden toteutumisesta toimintaterapiassa olivat hakusanamme ”occupational therapy”, ”client-centred” sekä ”enablement”. Asiaksläh-

töisyyden toteutumisesta toimintaterapiassa on tehty tutkimuksia muun muassa Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Iso-Britanniassa. Tutkimuksissa tulokset asiakaslähtöisyyden toteutumisesta ovat olleet ristiriitaisia. Whalley Hammell (2013) toteaa toimintaterapian asiakaslähtöisyyden olevan vain harvoin kriittisen arvioinnin kohteena, vaikka se onkin toimintaterapeutin ajattelun ydintä. Ideaalia, asiakaslähtöistä toimintaterapiaa esiintyy kentällä, mutta ammattikunnan sitoutuminen omaksuttuun asiakaslähtöisyyteen ei ole kuitenkaan itsestäänselvyys. (Whalley Hammell 2013.)

Parker (2013) sekä Maitra ja Erway (2006) ovat tutkineet asiakkaiden ja toimintaterapeuttien näkemyksiä asiakaslähtöisyydestä. Parkerin tutkimuksen tuloksissa asiakkaiden näkemys asiakaslähtöisyydestä liittyi erityisesti toimintaterapeutin kunnioittavaan vuorovaikutukseen ja tasavertaiseen kohteluun. Terapeutit puolestaan arvostivat kumpuuta, mutta kokivat terapiasuhteen muodostamisen sekä tavoitteiden laatimisen asiakkaan kanssa haastavaksi. (Parker 2013.) Maitran ja Erwayn tutkimuksessa toimintaterapeuteille asiakaslähtöisyys näyttäyty selkeänä, mutta asiakkaat esittivät ristiriitaisia näkemyksiä asiakaslähtöisyyden toteutumisesta. (Maitra – Erway 2006).

#### 4 AVH-kuntoutujan toimintaterapia

AVH-kuntoutujan sairaalassa tapahtuvaan varhaisvaiheen kuntoutukseen kuuluu kuntoutusarvion tekeminen, jonka tulisi tapahtua ensimmäisen viikon kuluessa sairaalaan saapumisesta. Arvion tekeminen edellyttää moniammatillisen asiantuntijaryhmän työpanosta. Moniammatilliseen tiimiin tulee kuulua lääkäri, toimintaterapeutti, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi, sosiaalityöntekijä ja myöhemmin myös kuntoutusohjaaja. Tämän moniammatillisen tiimin tulisi laatia kuntoutussuunnitelma yhteistyössä kuntoutujan ja hänen läheistensä kanssa. Suunnitelmaan kirjataan kuntoutustarve ja tavoitteet. Intensiivinen terapia tulisi aloittaa kuntoutusosastolla kuntoutujan tilan ollessa riittävän vakaa. (Aivoinfarkti 2014; Arokoski – Alaranta – Pohjolainen – Salminen – Viikari-Juntura 2009: 417.)

Toimintaterapeuteilla on ammattitaitoa tukea potilasta ja hänen perhettään, jotka ovat kohdanneet aivoinfarktin, aivoverenvuodon tai jonkin muun aivotapahtuman. He ohjaavat kuntoutujia kehittämään taitoja, joita ihminen tarvitsee selviytyäkseen työ- ja perhe-elämässä sekä yhteiskunnassa. Toimintaterapeutti käyttää kognitiivisia menetelmiä osana interventioitaan opettaessaan uusia toimintamalleja kuntoutujalle. (Katz 2011: 3.) AVH-kuntoutujan toimintaterapia perustuu aina arviointiin ja sen tavoitteena on edistää itsenäistä toimintakykyä päivittäisissä toiminnoissa. Toimintaterapiassa arjen toimintoja harjoitellaan yhdessä kuntoutujan kanssa valittujen tehtävien avulla. Näiden tehtävien tarkoitus on harjoittaa sensomotorisia, kognitiivisia, psyykkisiä tai sosiaalisia valmiuksia ja taitoja. Toimintaterapeutti antaa suosituksensa tarvittavista apuvälineistä, neuvoa niiden käytössä sekä harjoittelee erilaisten apuvälineiden käyttöä kuntoutujan kanssa. Kotikäynnillä toimintaterapeutti yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa arvioi asunnonmuutostöiden tarvetta sekä sosiaalisen ympäristön käytännöllisyyttä ja toimivuutta. Asunnonmuutostöillä pyritään tukemaan kuntoutujan omatoimisuutta luomalla turvallinen ja esteetön toimintaympäristö. Kuntoutujan läheisten kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä läpi prosessin muun muassa harjoittelemalla apuvälineiden käyttöä ja kuntoutujan avustamista päivittäisissä toiminnoissa. (Arokoski ym. 2009: 245–246, 417–419.)

Kela on teettänyt 2010 tutkimuksen, joka koskee vaikeavammaisten kuntoutuksen vaikuttavuutta. AVH:ta koskevassa osuudessa todetaan toimintaterapian vaikuttavan asiakkaan kuntoutumiseen myönteisesti subakuutissa ja kroonisessa vaiheessa. Tutkimuk-

sen mukaan toimintaterapia ilmeisesti vähentää kuolleisuutta ja kokonaistilanteen heikkenemistä. Se myös ilmeisesti lisää kuntoutujan omatoimisuutta itsestä huolehtimisessa, parantaa suoriutumista päivittäisistä toiminnoista sekä mahdollistaa vapaa-ajan toimintoja. Tutkimuksessa todetaan, että toimintaterapiassa toteutetut mielikuvaharjoitteet ja päivittäisten toimintojen analysointi saattavat edistää päivittäisten toimintojen suorittamista. Myös vaihtoehtoisten toimintatapojen vaiheittainen opettaminen saattaa vähentää apraksiaa päivittäisissä toiminnoissa. Motoristen taitojen vaiheittain etenevä opettelu saattaa lisätä yhteisöön sulautumista, laajennetuista arjen toiminnoista suoriutumista sekä tasapainoa. Myös omaisen kuormittuminen saattaa vähentyä toimintaterapian avulla. (Kela 2010.)

Myös ulkomaisissa tutkimuksissa on todettu toimintaterapian vaikuttavan positiivisesti AVH-kuntoutujien suoriutumiseen päivittäisistä toiminnoista. Nämä toimet, kuten esimerkiksi pukeutuminen, peseytyminen ja ruokailu, ovat tärkeitä jokaisen ihmisen itsenäisessä arjessa selviytymisessä. Tutkimusten mukaan erityisesti arkitointojen harjoitteluun keskittynyt toimintaterapia parantaa kuntoutujan suoriutumista päivittäisistä rutinneista ja vähentää riskiä heikentyä näissä toimissa. (BMJ 2007: 1–8; Cochrane Library 2006.) Toimintaterapian on todettu myös lisäävän AVH-kuntoutujan sosiaalista osallistumista. Lisätutkimukset toimintaterapian vaikuttavuudesta aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutumiseen ovat kuitenkin edelleen tarpeen. (American Stroke Association 2003.)

## 5 Aineistonkeruu ja sisällönanalyysi

### 5.1 Teemahaastattelut ja kirjauksiin tutustuminen

Aineistoina opinnäytetyössämme käytimme tutkittavan terveyskeskussairaalan toimintaterapeuttien haastattelusta saatua materiaalia sekä kolmen kuntoutujan tunnistetiedotomia potilastietojärjestelmän kirjauksia. Potilastiedot ovat eri ammattiryhmien kirjauksia kuntoutujien kotiutusprosesseista, jotka tallennetaan potilastietojärjestelmään. Tarkastelemamme potilastiedot on kirjattu aivoverenkiertohäiriöön liittyvän terveyskeskuksen osastokuntoutusjakson aikana. Terveyskeskussairaalan kolme toimintaterapeuttia toimivat opinnäytetyössämme sekä yhteistyökumppaneinamme että informantteinamme, joten he valitsivat potilastiedoista aineistoksi sopivat kirjaukset. Aineistoksi sopivien kuntoutujien tuli olla saanut toimintaterapiaa informantteina olleiden toimintaterapeuttien toimesta ja heidän tuli olla kotiutunut omaan kotiinsa. Kotiutusprosessin eri vaiheiden tuli myös hahmottua hyvin kirjauksista. Toimintaterapeutit valitsivat kuntoutujien joukosta kolme hyvin eripituista kotiutusprosessia. Näiden kuntoutujien kirjausten avulla keräsimme tietoa sekä kotiutusprosessin eri vaiheista että toimintaterapian roolista. Kirjaukset olivat toimintaterapeuttien, fysioterapeuttien, puheterapeuttien, lääkäreiden, hoitajien ja sosiaalityöntekijöiden kirjoittamia. Samalla arvioimme sitä, tukevatko kirjaukset toimintaterapeuttien haastattelussa esiintuomia näkemyksiä. Käyttämällä kahta erilaista aineistonkeruumenetelmää, haastattelua ja kirjauksia, saimme esiin laajemman näkökulman. Hirsjärven ja Hurmeen (2000) mukaan usean menetelmän hyödyntämisestä voidaan käyttää termiä monimetodinen lähestymistapa tai triangulaatio. Tällainen tutkimus voi tarkoittaa juuri useampaa aineistoa käyttävää tutkimusta, mutta myös useita tutkijoita, erilaisia aineistoja tai useita teorioita käyttäviä tutkimuksia. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 38–40.)

Ennen haastattelua toimintaterapeutit saivat saatekirjeen, jonka yhteydessä heiltä myös pyydettiin lupa tutkimukseen osallistumisesta. Haastatteluja oli kaksi ja ne tapahtuivat sairaalassa, tilassa jonka toimintaterapeutit olivat itse valinneet. Molemmat haastattelut kestivät noin tunnin ja sujuivat häiriöttä. Toimintaterapeutit olivat saaneet tutustua työsuunnitelmaamme etukäteen ja vielä ennen haastattelun alkua kertosimme, mitä olemme tutkimassa ja mitä aihealuetta kysymyksemme tulevat käsittelemään. Ensimmäisessä haastattelussa keräsimme tietoa AVH-kuntoutujien kotiutusprosesseista ja pyysimme toimintaterapeutteja kuvaamaan rooliaan prosessin eri vaiheissa (ks. liite 7).



Toisessa haastattelussa selvitimme toimintaterapeuttien näkemyksiä asiakaslähtöisyyden toteutumisesta kuntoutujien kotiutusprosesseissa. Kaksi meistä toimi haastattelijana, jotta pystyimme kattavammin tekemään tarkentavia kysymyksiä ja yksi otti aikaa sekä teki muistiinpanoja. Äänitimme nämä noin tunnin kestäneet haastattelut, jotta aineistoon palaaminen analyysivaiheessa olisi helpompaa. Haastattelun muotona käytimme teemamuotoista ryhmähaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelua. Teema-haastattelussa on tarkoituksena poimia tutkimuskysymyksestä keskeiset teema-alueet, joita haastattelussa olisi välttämätöntä käsitellä, jotta tutkimuskysymykseen saataisiin vastaus (Vilkkä 2005: 100–114). Haastatteluissamme teemoina toimivat prosessin eri vaiheet sekä vuorovaikutus ja asiakaslähtöisyys. Hirsjärven ja Hurmeen (2000) mukaan teemojen käsittelyjärjestyksellä ei ole teemahaastattelussa merkitystä, vaan tärkeintä on, että vastaaja antaa kaikista teema-alueista kuvauksen. Haastattelija on määritellyt kysymykset haastattelulle etukäteen, mutta hänen ei ole pakko kysyä niitä missään tiettyssä sanamuodossa. Haastattelijan tehtävänä on huolehtia, että haastateltava pysyy annetuissa teemoissa. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 47–49.) Teemahaastattelu antoi mahdollisuuden tehdä tarkentavia lisäkysymyksiä ja vaihtaa sujuvasti kysymyksestä toiseen, jos johonkin kysymykseen olikin jo saatu vastaus.

## 5.2 Kotiutusprosessin aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Aineistolähtöisessä analyysissä luodaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköiksi valitaan aineistosta ne asiat, jotka ovat tutkimuskysymyksen ja tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävän kannalta oleellisia. Analyysiyksiköt eivät siis ole etukäteen sovittuja. Analyysin ollessa aineistolähtöistä aikaisemmilla tiedoilla tai teorioilla ei ole mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa. Teoria on ohjannut vain menetelmien valintaa. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 97.)



Kuvio 1. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen

Aineiston analyysi aloitettiin kirjoittamalla ylös kaikki kuntoutujien tapaamiset kuntouttavan henkilökunnan kanssa, kaikki kuntoutujia koskevat kokoukset ja hoitoneuvottelut, kaikki kotikäynnit ja kotilomat sekä kotiutumiset (ks. kuvio 1). Tämän jälkeen vertailimme kuntoutujien prosesseja ja niiden eri tapahtumia keskenään etsien yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Teimme myös erillisen listan toimintaterapeutin tehtävistä prosessin aikana. Hahmottelimme yhteneväisyyksien perusteella alustavasti kotiutusprosessin vaiheet. Tässä vaiheessa päätimme, että opinnäytetyössämme kotiutusprosessi käsittää jakson kuntoutujan sairaalaan saapumisesta kotiutukseen saakka. Kirjausten analysoinnin jälkeen loimme ensimmäisen teemahaastattelun rungon prosessin vaiheiden mukaan. Tämän haastattelun teemat loimme niin, että saisimme samalla tarkempaa tietoa toimintaterapian roolista prosessin eri vaiheissa. Purimme haastattelut kirjaamalla ylös

toimintaterapeutin roolia koskevat asiat, prosessin vaiheiden tapahtumat sekä prosessiin osallistuneet ammattilaiset. Tällä tavalla aineistoa tiivistämällä pystyimme aloittamaan lopullisten prosessikaavioiden luomisen. Prosessikaavioita syntyi kaksi: toisessa esittelemme moniammatillisen kotiutusprosessin yleisellä tasolla ja toisessa paneudumme toimintaterapian roolin kuvaamiseen.

### 5.3 Asiakslähtöisyyden teorialähtöinen sisällönanalyysi

Asiakslähtöisyyttä koskevassa haastatteluaineistossa päädyimme keskittymään siihen tietoon, joka koski kolmea kuntoutujaa ja jättämään pois yleiset huomiot asiakslähtöisyydestä. Näin kirjaukset ja haastattelusta saatu aineisto tukevat toisiaan. Kirjausaineistosta jätimme pois ne kirjaukset, joissa asiakas esiintyy objektina, kuten: ”ohjattu kjaä oik.yläraajan käyttöön ottamisessa keittiöaskareissa.” Tällaisissa kirjauksissa ei välity kuvaa asiakkaan äänen kuuluviin pääsemisestä, emmekä voineet päätellä, onko asiakas voinut vaikuttaa tilanteen kulkuun.

Kerättyämme koko aineiston aloimme käydä läpi haastattelumateriaalia ja kirjauksia. Haastattelumateriaalien litteroiminen olisi vienyt meiltä liikaa aikaa ja palvelun ostamisesta olisi kertynyt liikaa kustannuksia, joten päädyimme jättämään materiaalin litteroimatta. Koska haastattelutilanteessa oli mukana kolme tutkijaa, oli meillä mahdollisuus tehdä muistiinpanoja sekä jälkeenpäin vertailla näkemyksiämme haastatteluissa esiintulleista asioista. Tämä lisäsi analyysin luotettavuutta.

Tässä vaiheessa huomasimme, että asiakslähtöisyyttä koskevaan haastatteluun luomamme kysymykset eivät tuottaneet tutkimuskysymyksemme kannalta oleellista tietoa. Tutkimuskysymyksemme oli tässä vaiheessa: Miten asiakslähtöisyys näyttäytyy toimintaterapeuttien näkökulmasta kotiutusprosessin eri vaiheissa? Jotta olisimme saaneet riittävästi tietoa siitä, miten asiakslähtöisyys on näyttäytynyt prosessien eri vaiheissa, olisi meidän pitänyt, asiakslähtöisyyttä korostamatta, pyytää toimintaterapeutteja kuvailemaan yksityiskohtaisesti kyseessä olevien kolmen prosessin vaiheiden tapahtumia. Kysymällä esimerkiksi: ”Kuvailkaa kuinka kotikäynti kuntoutujan kanssa eteni”, olisimme saaneet aivan toisenlaisen aineiston. Näin muodostunutta aineistoa analysoimalla olisimme löytäneet vastauksia siihen, miten asiakslähtöisyys näyttäytyi. Nyt kysyimme, miten asiakslähtöisyys on eri vaiheissa toteutunut, joten saadussa aineistossa toimintaterapeutit kuvailivat erilaisia asiakslähtöisyyden muotoja, joita olivat käyttäneet kuntoutujiensa kanssa (ks. liite 6). Jos opinnäytetyön toteuttamiseen olisi ollut enemmän

aikaa, olisimme voineet muokata kysymysten asettelua ja kerätä eri kontekstissa uuden haastatteluaineiston. Päädyimme kuitenkin muokkaamaan toista tutkimuskysymystä, jotta aineistomme vastaisi siihen paremmin. Eskolan (2007) mukaan työtä voi muokata sen eri kohdista läpi prosessin ja tutkimuskysymyksiäkin on toisinaan pakko muotoilla jopa viimeistelyvaiheessa (Eskola 2007: 37–38). Uudeksi tutkimuskysymykseksi muodostui: Miten asiakaslähtöisyys ilmenee kotiutusprosessin eri vaiheissa toimintaterapeuttien kuvausten perusteella?

Potilastietojen ja teemahaastattelun avulla saamiemme aineistojen analysoimisessa käytimme perinteistä teorialähtöistä eli deduktiivista sisällönanalyysia. Kanadalainen asiakaslähtöisen mahdollistamisen malli ohjasi aineistonkeruutamme, minkä vuoksi aineiston analysointi teorialähtöisesti oli perusteltua. Teorialähtöisessä analyysissä tutkittava ilmiö määritellään jonkin jo tunnetun mallin tai teorian mukaisesti; aikaisempaa tietoa siis testataan nyt uudessa kontekstissa (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2000: 207–212). Ensimmäinen vaihe sisällönanalyysissa on analyysirungon laatiminen. Strukturoitu analyysirunko tehdään keräämällä aineistosta vain runkoon sopivat asiat ja kaikki muu jää tutkimuksen ulkopuolelle. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95–100, 113–117.)

Alkaessamme muodostaa strukturoitua analyysirunkoa kirjasimme aluksi aineistotamme ylös asiakaslähtöisyyttä kuvaavia alkuperäisilmauksia, jotka olivat tutkimuskysymyksen kannalta oleellisia (ks. liite 3). Laadimme strukturoidun luokittelurungon yläluokat Saikun ja Karjalaisen (2007) kuntoutuksen asiakasyhteistyötä koskevan pitkäikäistarkastelun avulla. Saikku ja Karjalainen tutkivat asiakkaan asemaa asiakasyhteistyöryhmässä ja loivat sen perusteella viisivaiheisen tyypittelyn. (Karjalainen – Saikku 2007: 15–18.) Tämä tyypittely sopi hyvin opinnäytetyömme analyysirungoksi. Esittelemme nämä viisi tasoa luvussa 6 opinnäytetyön tulosten yhteydessä. Tarkastelemalla ylös kirjaamiamme oleellisia alkuperäisilmauksia aloimme jaotella niitä yläluokkien alle. Jaottelun jälkeen teimme yleistyksiä tasoja kuvaavista alkuperäisilmauksista vertailemalla keskenään saman luokan alle jaoteltuja ilmauksia (ks. kuvio 2). Näin muodostuneen analyysirungon avulla pystyimme tekemään päätelmiä asiakaslähtöisyyden tasojen ilmenemisestä kotiutusprosessissa.

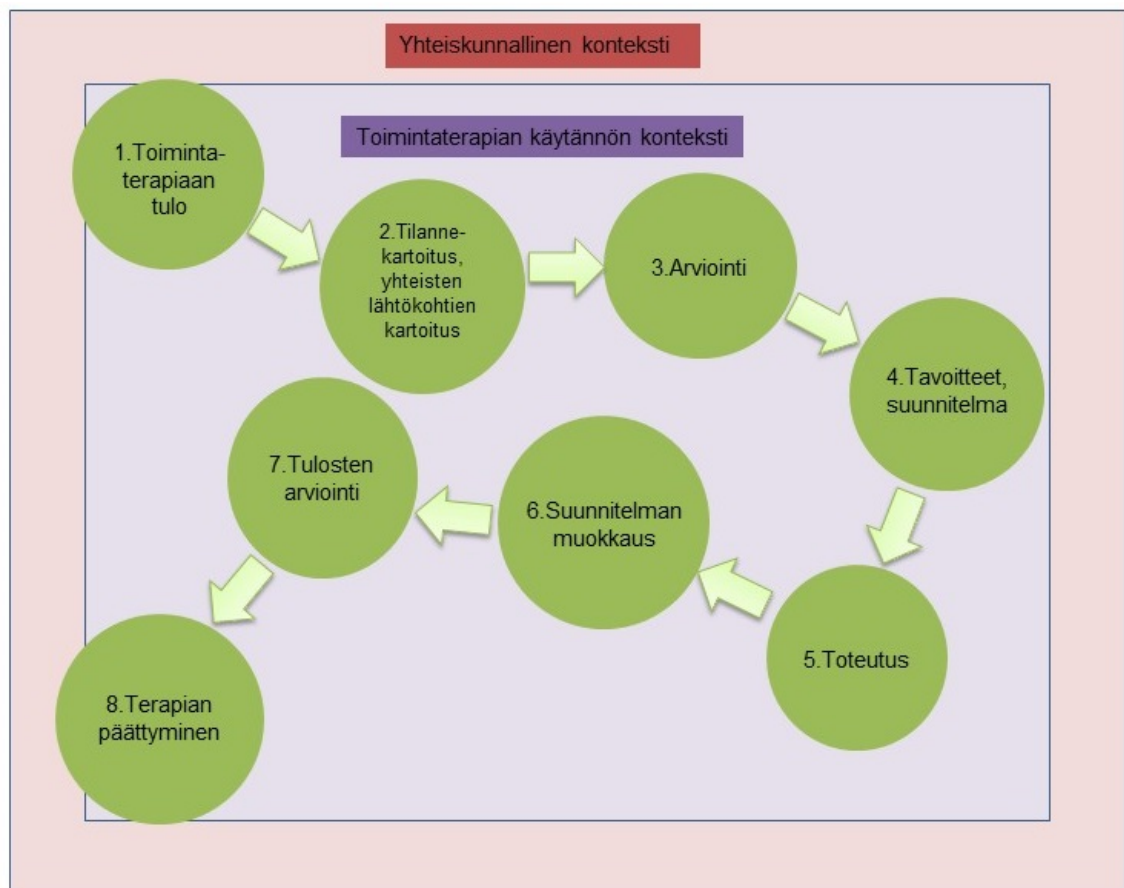


Kuvio 2. Yksinkertaistettu strukturoitu analyysirunko

## 6 Tulokset ja johtopäätökset

### 6.1 Kotiutusprosessin kuvaus prosessikaavioineen

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli: mikä on toimintaterapian rooli AVH-kuntoutu-  
jan kotiutusprosessin eri vaiheissa tutkittavassa terveyskeskussairaalassa? Tässä lu-  
vussa esittelemme, miten kotiutusprosessi terveyskeskussairaalassa etenee painottaen  
samalla toimintaterapian roolia prosessin eri vaiheissa. Laadimme kaksi kaaviota, joista  
toisessa esitellään moniammatillinen kotiutusprosessi ja toisessa toimintaterapeutin rooli  
prosessin eri vaiheissa. Nämä vaiheet ovat sovellettavissa kanadalaisen toimintatera-  
piaprosessin kehyyksen eri vaiheisiin.



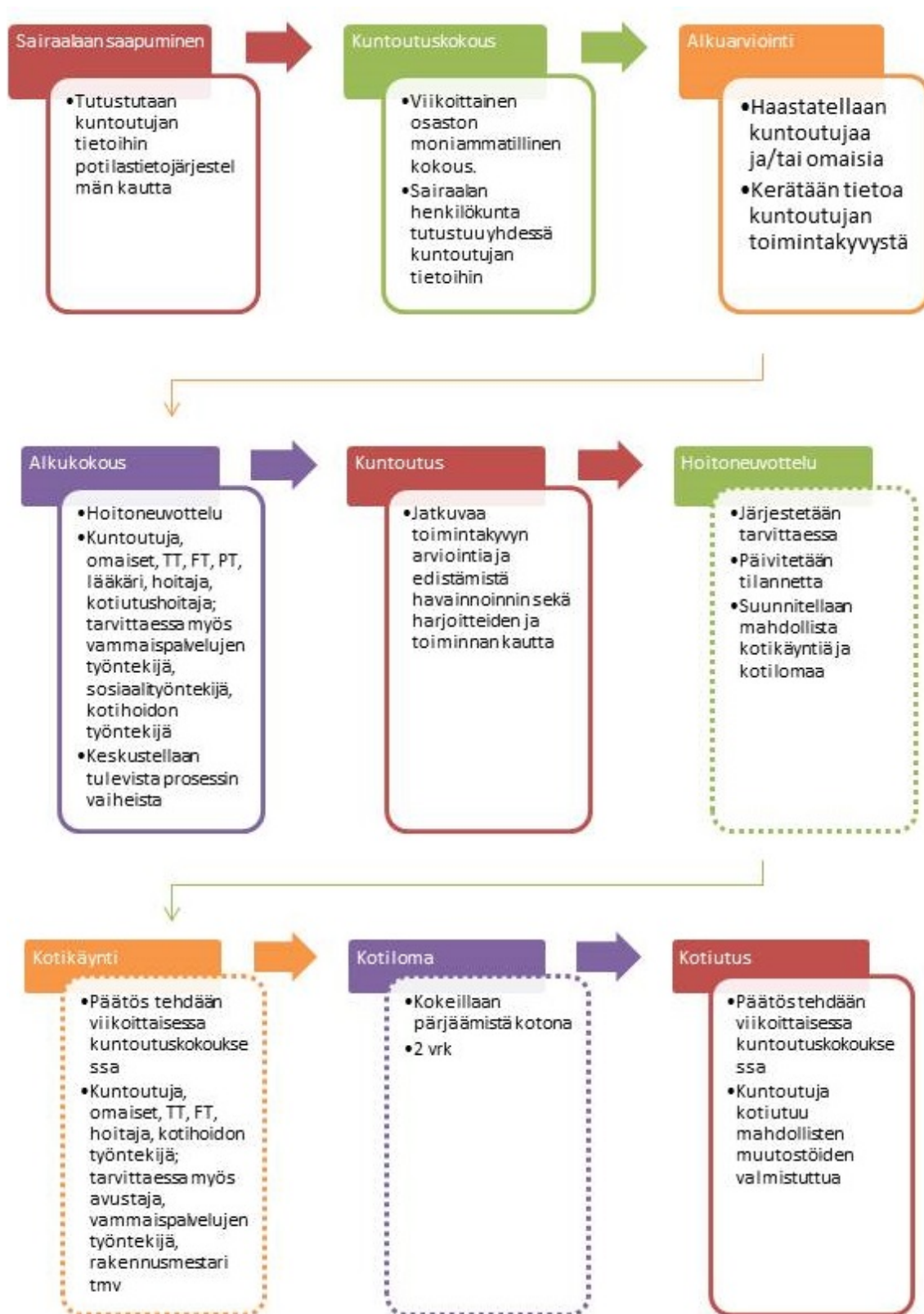
Kuvio 3. Kanadalainen toimintaterapiaprosessin kehys (Lilius – Paso – Talvitie 2015. Mukaillen Craik – Davis – Polatajko 2007: 229–242.)

Kanadalaisen toimintaterapiaprosessin kehyyksen mukaan toimintaterapiaprosessi koostuu neljästä elementistä (ks. kuvio 3). Ensimmäinen elementti on yhteiskunnallinen konteksti (uloin laatikko). Toinen on toimintaterapian käytännön konteksti (sisempi laatikko),

johon kuuluu asiakkaan ja terapeutin suhteeseen vaikuttavat henkilökohtaiset ja ympäristöön liittyvät tekijät. (Craik – Davis – Polatajko 2007: 229–242; Hautala ym. 2011: 222–234.) Tässä tapauksessa yhteiskunnallinen konteksti käsittää koko Suomen ja toimintaterapiakonteksti on AVH-kuntoutujien osasto terveyskeskussairaalassa. Tunnistettavuussyistä emme voi kuvata näitä kontekstuaalisia tekijöitä tarkemmin. Kolmantena elementtinä toimii terapeutin toimintaan ja terapiaprosessiin vaikuttavat toimintaterapeutin käyttämät teoreettinen tausta ja viitekehykset. Keskitymme opinnäytetyössämme kehyksen neljänteen eli viimeiseen elementtiin, prosessiin, joka koostuu kahdeksasta eri vaiheesta:

1. toimintaterapiaan tulo, aloittaminen
2. tilannekartoitus ja yhteisten lähtökohtien luominen
3. arviointi
4. tavoitteiden ja suunnitelman laadinta
5. toteutus
6. suunnitelman muokkaus
7. tulosten arviointi
8. terapian päätyminen.

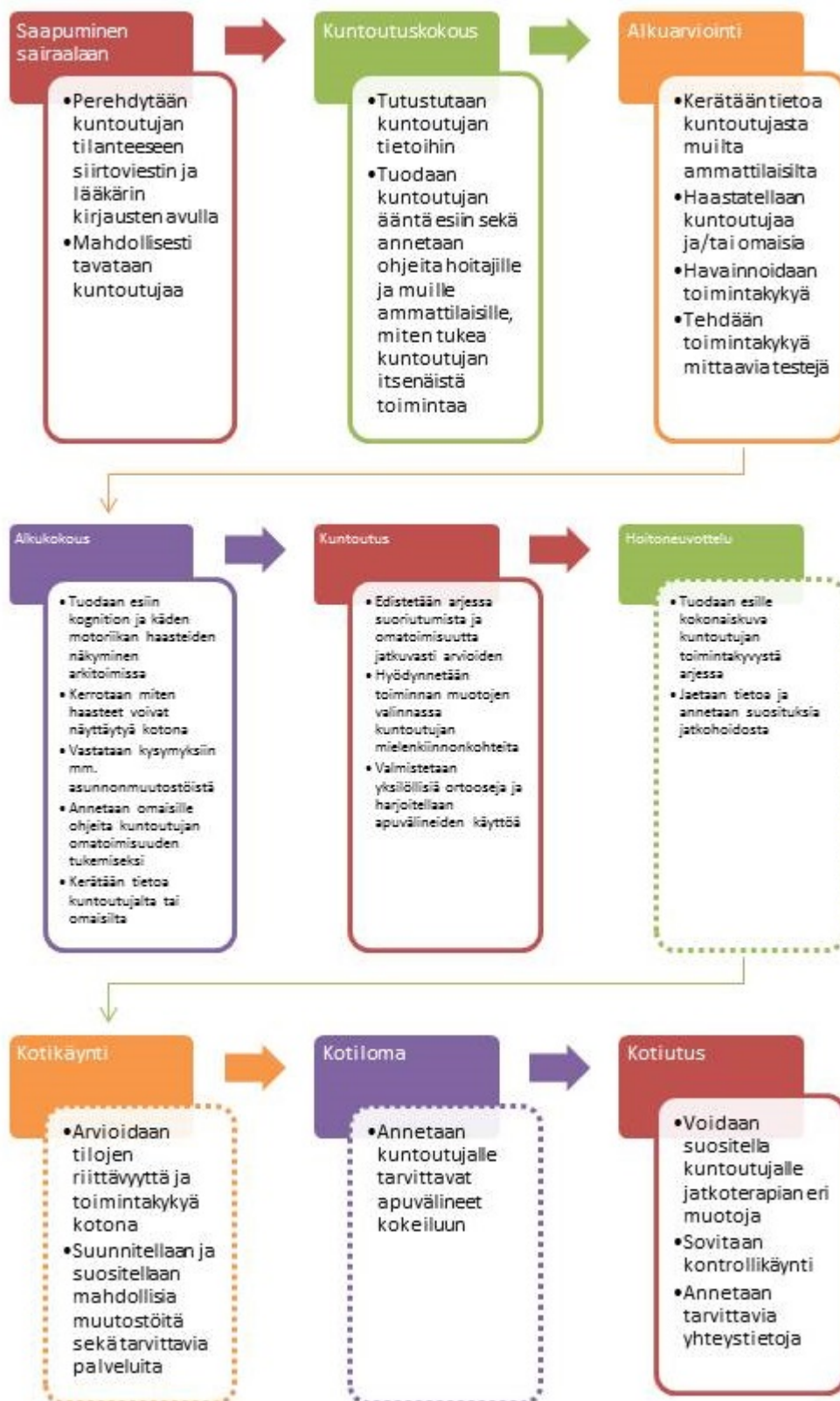
Kaikki nämä kahdeksan prosessin vaihetta eivät välttämättä toteudu tai ne voivat toteutua eri järjestyksessä. (Craik – Davis – Polatajko 2007: 229–242; Hautala ym. 2011: 222–234.) Tämä pätee myös kehittämissämme prosessikaavioissa.



Kuvio 4. Moniammatillisen kotiutusprosessin kuvaus (ks. liite 4). Katkoviivalla merkityt vaiheet eivät välttämättä toteudu prosessissa.



Yhteistyökumppanina toimivassa terveyskeskussairaalassa kotiutusprosessin katsotaan alkavan siitä, kun kuntoutuja saapuu sairaalaan. Riippuen siitä, miten kuntoutujan toimintakyky tukee osallistumista ja kotiutuminen nähdään mahdollisena voi toimintaterapeutti tulla kotiutusprosessiin mukaan sen eri vaiheissa (ks. kuvio 4). Opinnäytetyösämme kuvaamme prosessia, jossa toimintaterapia on mukana alusta loppuun saakka. Kuntoutujan saavuttua akuuttiosastolta terveyskeskussairaalaan, aletaan tutustua hänen tietoihinsa mm. siirtoviestin ja lääkärin kirjausten avulla. Ensimmäisen kerran henkilökunta käsittelee kuntoutujan asioita yhdessä osaston moniammatillisessa kuntoutuskokouksessa. Nämä kuntoutuskokoukset ovat viikoittaisia, ja niissä osastolla työskentelevä henkilökunta käy läpi jokaisen osastolla olevan kuntoutujan tämänhetkisen tilanteen ja tavoitteet. Toimintaterapeutti tuo kuntoutuskokouksissa kuntoutujan omaa ääntä esille sekä kertoo, jos kuntoutujan toimintakyvyssä on tapahtunut muutoksia, jotka vaikuttavat hänen omatoimisuuteensa (ks. kuvio 5).



Kuvio 5. Toimintaterapeutin rooli kotiutusprosessissa (ks. liite 5). Katkoviivalla merkityt vaiheet eivät välttämättä toteudu prosessissa.

Asiakkaan arviointi alkaa pian kuntoutujan saavuttua osastolle. Arviointiin osallistuu osaston hoitava ja kuntouttava henkilökunta, joka keskustelemalla kuntoutujan ja omaisen kanssa tutustuu kuntoutujaan ja kartoittaa hänen kotiympäristöään. Alkuarvioinnin aikana toimintaterapeutti haastattelee kuntoutujaa, havainnoi hänen toimintaansa ja tekee kuntoutujalle toimintakykyä mittaavia testejä. Jos toimintaterapeutti ei ole tässä vaiheessa itse tavannut kuntoutujaa, saa hän tietoa kuntoutujan toimintakyvystä muilta ammattilaisilta kirjauksien kautta. Jo tässä vaiheessa aletaan pohtia kuntoutujan mahdollisuutta kotiutua.

Alkukokous on moniammatillinen hoitoneuvottelu, jossa asiakas ja mahdolliset omaiset ovat aina mukana. Kokouksessa henkilökunta ja kuntoutuja keskustelevat senhetkisestä tilanteesta sekä alkavat usein jo tässä vaiheessa pohtia mahdolliseen kotilomaan tai kotiutumiseen liittyviä asioita. Jos asiakkaalla on haasteita kommunikoinnissa, voidaan tietoja kerätä omaisten kanssa keskustelemalla. Tällöin henkilökunta ja omaiset vaihtavat tietoa kuntoutujan toimintakyvystä tekemistään havainnoista. Alkukokouksessa toimintaterapeutti selvittelee mm. asunnonmuutostöiden tarvetta ja vastaa niitä koskeviin kysymyksiin. Terapeutti myös kerää tietoa omaisilta ja/tai kuntoutujalta itseltään hänen elämäntilanteestaan ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä aiemmasta toimintakyvystään. Terapeutti tuo kokouksessa esille erityisesti, miten käden motoriikan ja kognition haasteet näkyvät kuntoutujan sairaala- ja kotiympäristössä ja miten omaiset voivat hänen omatoimisuuttaan tukea.

Kuntoutusta tapahtuu läpi kotiutusprosessin ja sen toteuttamiseen osallistuu eri ammattiryhmiä, joilla kaikilla on prosessissa omat roolinsa. Kuntoutuksen aikana arvioidaan jatkuvasti kuntoutujan valmiuksia ja taitojen kehittymistä. Toimintaterapeutti arvioi kuntoutujan arjessa suoriutumista, oiretiedostusta ja omatoimisuuden astetta sekä havainnoi toiminnanohjausta esimerkiksi aamutoimissa. Toimintaterapiassa kartoitetaan asiakkaan tavoitteet ja laaditaan suuntaviivat terapialle. Kuntouttava toiminta sisältää pöytä-tason harjoitteita ja erilaisia toiminnallisia tilanteita, kuten esimerkiksi puuron keittämistä. Toiminnan muotojen valinnassa hyödynnetään kuntoutujan mielenkiinnonkohteita mahdollisuuksien mukaan. Yläraajan toiminnan arviointi ja kuntoutus ovat toimintaterapeuttien osaamisaluetta. He havainnoivat kuntoutujan käden liikerajoitteiden näyttäytymistä erilaisissa arjen toiminnoissa, valmistavat yksilöllisiä ortooseja ja ohjaavat muun muassa yhden käden apuvälineiden käyttöä.

Uusi hoitoneuvottelu kuntoutujan ja omaisten kanssa järjestetään tarvittaessa. Tässä prosessin vaiheessa suunnitellaan kotikäyntiä ja kotilomaa sekä arvioidaan kuntoutujan tilannetta kokonaisvaltaisesti. Jatkohoidon suosittelu ja vaihtoehtojen esitleminen kuuluvat toimintaterapeutin tehtäviin.

Päätös mahdollisesta kotikäynnistä tehdään moniammatillisesti viikoittaisessa kuntoutuskokouksessa. Sairaalassa on käytössä kotikäyntiä koskeva kriteeristö, joka määrittelee esimerkiksi, minkä ammattiryhmän edustajia kotikäynnille lähtee ja mikä heidän roolinsa on. Kotikäynti tehdään aina, jos kuntoutujalla on käytössään uusi liikkumisen apuväline, on tiedossa, että asuntoon tulee tehdä suuria muutostöitä tai jos kuntoutujan kotona toimimista on tarpeen arvioida. Toimintaterapeutti arvioi tilojen riittävyyttä ja sitä tukeeko vai estääkö ympäristö kuntoutujan toimintaa. Terapeutti voi myös antaa suosituksia palveluiden tarpeesta ja tehdä suunnitelmia kotihoidon kanssa.

Kaikkien kuntoutujien ei ole tarpeen käydä kotilomilla. Osan kuntoutujista on kuitenkin hyvä käydä kokeilemassa kotona pärjäämistä suunniteltujen palvelujen ja apuvälineiden turvin. Samalla arvioidaan kodin muutostöiden toimivuutta ja päätetään, lähdetäänkö toteuttamaan mahdollisia suurempia remontteja. Kotilomaa voidaan käyttää myös virkistytymistarkoituksessa, jolloin kuntoutuja viettää päivän kotonaan, muttei jää sinne yöksi.

Päätös kotiutumisesta tehdään viikoittaisessa moniammatillisessa kuntoutuskokouksessa. Lääkäri kuitenkin määrittelee lopullisen kotiutuksen ajankohdan. Ennen varsinaista kotiutusta toimintaterapeutit varmistavat, että mahdolliset apuvälineet ovat säädetty oikein sekä opastavat kuntoutujaa ja omaista niiden käytössä. Toimintaterapeutit voivat antaa suosituksia jatkoterapialle sekä antaa kuntoutujalle ja omaiselle tarvittavia yhteystietoja. He myös sopivat kontrollikäynnistä kuntoutujan kanssa.

Kanadalaisen toimintaterapiaprosessin kehityksen kuvauksessa todetaan, että kaikki vaiheet voivat toteutua prosessissa tai osa vaiheista jäädä toteutumatta riippuen asiakkaan tilanteesta ja toimintaterapian kontekstista (Craik – Davis – Polatajko 2007: 229–242; Hautala ym. 2011: 222–234). Myös laatimamme kotiutusprosessikaavio on joustava eli sen vaiheet voivat vaihtaa järjestystä tai niitä voi jäädä pois eikä toimintaterapia välttämättä ole kaikissa vaiheissa mukana. Kuten kanadalaisessa toimintaterapiaprosessissa on terveyskeskussairaalassa tapahtuvassa toimintaterapiaprosessissakin tavoitteena

toiminnallisuuden ja toimintaan sitoutumisen mahdollistaminen asiakkaan arjessa. Väli-  
neenä tässä prosessissa terapeutti käyttää asiakaslähtöisen mahdollistamisen keinoja.  
(Craik – Davis – Polatajko 2007: 229–242; Hautala ym. 2011: 222–234.) Seuraavassa  
luvussa kerromme lyhyesti, miten nämä mahdollistamisen keinot näyttäytyivät toiminta-  
terapeuttien kuvauksissa.

## 6.2 Asiakaslähtöisyys tutkimiemme AVH-kuntoutujien toimintaterapiaprosesseissa

Tässä luvussa esittelemme ensin lyhyesti analyysiteorian käyttämämme Saikun ja Kar-  
jalaisen (2007) luoman viisivaiheisen tyypittelyn asiakkaan asemasta asiakasyhteistyö-  
ryhmissä (Karjalainen – Saikku 2007: 15–18). Sen jälkeen käymme vaihe vaiheelta läpi,  
miten asiakaslähtöisyys ilmeni omassa aineistossamme. Lopuksi tuomme esiin yhte-  
neväisyyksiä tuloksiamme ja kanadalaisen asiakaslähtöisen mahdollistamisen mallin vä-  
lillä. Toinen tutkimuskysymyksemme oli: miten asiakaslähtöisyys ilmenee kotiutuspro-  
sessin eri vaiheissa toimintaterapeuttien kuvausten perusteella?

Saikku ja Karjalainen tekivät monialaisesta näkökulmasta pitkäaikaisarkastelun kuntoutuk-  
sen asiakasyhteistyöstä. Pitkäaikaisarkastelun avulla saatiin tietoa muun muassa asiak-  
kaan aseman muutoksesta kuntoutusyhteistyöryhmissä ja siitä, miten muutokset toimin-  
taympäristössä ovat vaikuttaneet ryhmän toimintaan. Asiakasyhteistyöryhmällä tarkoitetaan eri toimijoista koostuvaa ryhmää, jonka perustehtävänä on asiakkaan asioiden kä-  
sittely. Asiakasyhteistyöryhmien kehittyminen alkoi vuonna 1991 kuntoutuksuudistuksen yhteydessä, kun etsittiin ratkaisua sektoroituneen kuntoutustoiminnan yhteistyön haas-  
teisiin. Asiakasyhteistyöryhmät luotiin velvoittamalla Sosiaali- ja terveydenhuolto, työvoi-  
mahallinto, opetustoimi ja Kansaeläkelaitos nimeämään edustajansa yhteistyöryhmiin.  
Näin pyrittiin kehittämään eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja saamaan asiakkaan asioiden käsittely sujuvammaksi. Asiakasyhteistyöryhmien muutoksia tarkastelemalla Saikku ja Karjalainen muodostivat viisivaiheisen tyypittelyn asiakkaan asemasta näissä ryhmissä. Kutsumme näitä eri vaiheita pinnäytetyössämme tasoiksi. Tasot ovat:

1. asiakas asiakirjojen kautta
2. asiakas on mukana
3. asiakas osallistuu
4. asiakas määrittää
5. asiakas kumppanina (Karjalainen – Saikku 2007: 15–18.)

Kotiutusprosessin alkuvaiheessa kuntoutuja on mukana vain asiakirjojen kautta, kuten Saikun ja Karjalaisen tyypittelyn ensimmäisellä tasolla kuvataan (Karjalainen – Saikku 2007: 20). Tällä tarkoitetaan sitä vaihetta, jossa toimintaterapeutit tutustuvat kuntoutujaan ja hänen tilanteeseensa ennen kuntoutujan saapumista osastolle tai ennen heidän ensimmäistä tapaamistaan. Toimintaterapeutit lukevat siirtoviestin tai lääkärin kirjauksia saadakseen ennakkotietoja kuntoutujasta. Saikun ja Karjalaisen mukaan yhteistyöryhmien jäsenet vaihtavat tietoa asiakkaasta keskenään saadakseen laajemman kuvan hänen tilanteestaan (Karjalainen – Saikku 2007: 20). Myös toimintaterapeutti tekee yhteistyötä osaston hoitavan ja kuntouttavan henkilökunnan kanssa keskustellen kuntoutujan tilanteesta. Silloin, kun asiakas ei itse ole paikalla kertomassa kokemuksistaan, on vaarana se, että asiakkaan ainutlaatuisuus ei tule ilmi. Tilanne saattaa määrittyä tapaukseksi, jolla on kaavamainen ratkaisu. (Karjalainen – Saikku 2007: 20.)

Saikun ja Karjalaisen tyypittelyn toisella tasolla asiakas on mukana informantin roolissa, mutta tiedonkeruu on asiantuntijakeskeistä (Karjalainen – Saikku 2007: 20). Asiantuntijakeskeisyys näkyy aineistossa siten, että alkuarvioinnin aikana toimintaterapeutti kerää tarvitsemaansa tietoa kuntoutujan toimintakyvystä haastatellen häntä.

Kolmannella tasolla asiakas on ryhmässä selkeämmin yksi osallistujista ja osallistuu jatkosuunnitelmien tekemiseen (Karjalainen – Saikku 2007: 20). Tätä näkyy aineistossamme läpi kotiutusprosessin. Kuntoutuja pääsee osallistumaan kotiutusprosessiaan koskevaan päätöksentekoon, mutta sairaalaympäristö asettaa omat rajansa esimerkiksi aikatauluihin. Aineistossamme kuntoutujan AVH:sta johtuvien kommunikoinnin haasteiden vuoksi kaikkia tietoja ei voitu kerätä kuntoutujalta itseltään vaan oli kysyttävä omaisten näkemystä. Lisäksi toimintaterapeutti joutui tulkitsemaan tarkasti kuntoutujan ilmeitä, eleitä ja vireystilaa selvittääkseen kuntoutujan jaksamista. Tällaisessa tapauksessa toimintaterapeutti pyrki selvittämään mahdollisimman tarkasti kuntoutujan toiveet, mutta ei voida olla täysin varmoja, että kuntoutuja on tullut kuulluksi. Ympäristön ja kommunikoinnin asettamat rajoitteet siis johtavat siihen, että kuntoutuja osallistuu (3) muttei pääse määrittämään (4) tilanteen kulkua tai toimi tasavertaisena kumppanina (5). Esimerkiksi aineistossamme toimintaterapeutit antoivat kuntoutujan valita itse kuntoutuksessa käytettävän toiminnan muodon tarjoamalla hänelle vaihtoehtoja. Kuntoutuja käytti kommunikoinnin apuvälinettä vastatakseen ehdotettujen toimintojen kohdalla kyllä tai ei. Näin kuntoutuja on vaikuttanut omaan kuntoutukseensa, muttei välttämättä määrittänyt sen kulkua.

Neljännellä tasolla asiantuntijoiden tehtävä on lähinnä konsultoiva, tukeva ja tiedottava, ja asiakas itse määrittelee käsiteltävän asian sekä sen reunaehdot. Asiakas hakee tietoa ja asiantuntijat toimivat hänen informantteinaan (Karjalainen – Saikku 2007: 20–21). Aineistossamme omaiset toivat esiin osastolla käyntinsä aikana kysymyksiä kotona pärjäämisestä ja siirtymistilanteista, joihin toimintaterapeutit pyrkivät löytämään vastauksia ja antoivat neuvoja. Neljännellä tasolla palvelujärjestelmän monimutkaisuus asettaa omat rajansa asiakkaan täysin itsenäiselle toiminnalle (Karjalainen – Saikku 2007: 21). Aineistossamme kuntoutujan kotiutuessa hänen toimintakykynsä täytti kriteerit kahteen erilaiseen jatkokuntoutuspaikkaan, joista kuntoutuja sai toimintaterapeuteilta tietoa ja teki sen perusteella itsenäisen päätöksen. Tällä tasolla kuntoutuja määrittelee asiat sekä toiminnot, joista hän on kiinnostunut ja asiantuntija tuo esiin oman osaamisensa ja ympäristön asettamat reunaehdot.

Viidennellä tasolla toimintaterapeutti ja kuntoutuja pohtivat yhdessä kuntoutujan esiin tuomia asioita kotiutusprosessiin liittyen toimien tasavertaisina kumppaneina. Kumppanuus vaatii sekä kuntoutujan että toimintaterapeutin halua toimia yhteistyössä. Molemmat kunnioittavat toistensa näkemyksiä ja ovat halukkaita kokeilemaan erilaisia ratkaisuja. Vaikka toimintaterapeutti haluaisi toimia mahdollisimman asiakaslähtöisesti, ei paras mahdollinen taso (5) voi toteutua, jos kuntoutuja ei ole valmis toimimaan yhteistyössä ja kuuntelemaan myös toimintaterapeutin näkemyksiä. Tällöin jäädään helposti tasolle, jossa asiakas määrittää itse tilanteen kulun (4), mutta varsinaista kumppanuutta ei pääse syntymään. AVH-kuntoutujilla myös vaillinainen oiretiedostus on yleistä ja se vaikuttaa kuntoutujan sitoutumiseen omaan kuntoutukseensa sekä siihen, miten hän itse hahmottaa senhetkisen toimintakykynsä. Aineistossa tämä ilmeni siten, että toimintaterapeutit yrittivät realisoida erästä kuntoutujaa hänen toimintakyvystään kertomalla, että itsenäinen kotona selviytyminen tulisi olemaan haastavaa ilman apuvälineitä. Kannustuksesta huolimatta kuntoutuja kuitenkin kieltäytyi ottamasta vastaan tarjottuja apuvälineitä tai palveluita vaan tahtoi lähteä ilman niitä kotiin. Toimivassa vuorovaikutussuhteessa toimintaterapeutti ja kuntoutuja toimivat yhteistyössä, ja näin voidaan päästä kumppanuuden tasolle (5) ja sitä kautta myös parempiin tuloksiin kuntoutuksessa. Haastattelussa toimintaterapeutit kuvasivat yhteistyötä apuvälineiden valinnassa seuraavasti:

”Toki sitten just sen omaisen toiveita ehkä kuunnellen myös tavallaan hänen havaintojaan myös, että jos omainen että just, että voi vitsi kun tää ruoka - - aina valuu vaikka syliin nii sit on niinku kokeiltu korkeita reunoja lautaseen sit tavallaan

se on - - ratkennu sillä, et se on - - mahdollistunu viel enemmän se omatoiminen syöminen.”

Saikun ja Karjalaisen pitkittäistarkastelussa todetaan, että asiakkaan toimiessa kumppanina toteutuu aito vuorovaikutus, jossa kukaan ei tiedä oikeaa ratkaisua tilanteeseen. Avoin ja keskusteleva vuorovaikutus avaa uusia näkökulmia ja mahdollisuuksia. (Karjalainen – Saikku 2007: 21.)

Kotiutusprosessin alkuvaiheessa eli alkuarvioinnin ja alkukokouksen aikana painottuu asiantuntijakeskeisyys (1-3), sillä toimintaterapeutit vasta tutustuvat kuntoutujaan ja perehtyvät hänen tilanteeseensa. Kun kuntoutuja ja toimintaterapeutti ovat tutustuneet toisiinsa paremmin, voi terapiasuhte kehittyä asiakaskeskeisemmäksi (4-5). Tutkimuksemme näkyy, että asiakkaan rooli muuttuu informantista aktiivisemmaksi osallistujaksi siinä vaiheessa, kun kuntoutus pääsee alkuun.

Sairaalaympäristö aiheuttaa erilaisia esteitä asiakaslähtöisyyden toteutumiselle. Aiemmin mainitsimme sairaalan asettamista aikataulurajoitteista, joilla tarkoitamme sairaalan asettamaa päivärytmiä esimerkiksi tarkkaan määriteltyjen ruoka-aikojen ja henkilökunnan työvuorojen suhteen. Myös sairaalan rajallinen välineistö ja fyysinen ympäristö rajaavat toimintaterapeutin mahdollisuuksia toteuttaa interventio juuri kuntoutujalle sopivalla tavalla. Esimerkiksi, jos sairaalassa ei ole lavuaareja, joiden korkeutta voi säätää, ei pesutilanteiden harjoittelu välttämättä tue kuntoutujan itsenäistä selviytymistä. Lisäksi on olemassa erilaisia hygieniaan ja eristykseen liittyviä rajoitteita, jotka estävät joidenkin toimintojen toteuttamista. Joskus esiin voi nousta myös yksilön omia ennakkokäsityksiä ja asenteita sairaalaa ja sen henkilökuntaa kohtaan, jotka vaikuttavat toimivan vuorovaikutussuhteen syntymiseen. Esimerkiksi jos kuntoutujalla on aikaisempia huonoja kokemuksia sairaalassa olosta, voi hänen olla vaikea luottaa siellä työskentelevään henkilökuntaan. Myös mahdolliset kommunikoinnin vaikeudet, joista aiemmin mainitsimme, voivat hankaloittaa asiakaslähtöisyyden toteuttamista.

Nostimme aineistostamme myös paljon kanadalaisen asiakaslähtöisen mahdollistamisen mallin mukaisia mahdollistamisen keinoja. Esimerkiksi kuntoutuskokouksissa toimintaterapeutti toi kuntoutujan ääntä esille (puolestapuhuminen) ja asunnonmuutostöillä muokkasi ympäristöä kuntoutujan toimintakykyä tukevaksi (mukauttaminen). Toimintaterapeutti keskusteli yhdessä omaisen kanssa sopivasta kotikäyntiajasta (yhteistyössä



toimiminen) sekä kannusti kuntoutujaa omatoimisiin harjoitteisiin (valmentaminen). Yhdessä kuntoutujaa kuntouttavan ja hoitavan henkilökunnan kanssa toimintaterapeutti laati suunnitelman jatkokuntoutuksesta (koordinointi ja suunnittelu). Lisäksi toimintaterapeutti valmisti kuntoutujalle yksilöllisen ortoosin, jonka käytöstä hän keskusteli kuntoutujan kanssa (erikoisasiantuntijana toimiminen sekä neuvottelu ja konsultointi). (Townsend ym. 2007: 109–110.)

## 7 Pohdinta

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa yhteistyökumppanillemme kotiutusprosessikaavio ja kuvaus toimintaterapian roolista sen eri vaiheissa. Lisäksi halusimme saada selville, miten asiakaslähtöisyys näyttäytyy toimintaterapiaprosessissa. Keräsimme aineiston haastatteleamalla terveyskeskussairaalan toimintaterapeutteja ja käymällä läpi potilastietojärjestelmän kirjauksia, joita analysoimme sekä teoria- että aineistolähtöisesti. Yhteistyökumppanimme sai opinnäytetyömme tuotoksena valmiit kotiutusprosessikaaviot. Asiakaslähtöisyyttä koskevan kuvauksen perusteella pystyimme toteamaan, että asiakaslähtöisyyden ensimmäinen taso korostuu prosessin alkuvaiheessa kuntoutujaan tutustuttaessa ja prosessin edetessä voidaan päästä kumppanuuden tasolle. Ympäristökijät ja AVH:n oirekuva voivat kuitenkin rajoittaa asiakaslähtöisyyttä tai sen tasoa. Työmme perusteella voimme myös todeta, että asiakaslähtöisyyden toteutuminen vaatii kaksi osapuolta, joilla molemmilla on yhteinen tavoite sekä halu ponnistella yhdessä tavoitteen saavuttamiseksi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan periaatteiden toteutumista opinnäytetyössämme valvoi Metropolia Ammattikorkeakoulu ja lisäksi haimme tarvittavaa tutkimuslupaa kaupungilta. Opinnäytetyömme toteutettiin kaikilta osin niin, ettei yhteistyökumppanina toimivaa terveyskeskussairaala mainita nimeltä, jotta siellä työskenteleviä toimintaterapeutteja eikä aineistoon liittyviä potilaita voida tunnistaa. Kirjallista aineistoa säilytettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan sairaalan tiloissa lukitussa arkistokaapissa ja opinnäytetyön julkaisemisen jälkeen hävitämme kaiken aineiston. Yhteistyökumppanimme tarkastavat opinnäytetyömme ennen sen julkistamista.

Yhteistyökumppanina tässä opinnäytetyössä toimivat terveyskeskussairaalan toimintaterapeutit, jotka olivat myös informanttejamme. He saivat tutustua opinnäytetyömme työsuunnitelmaan ja sen taustalla oleviin teorioihin jo suunnitelmavaiheessa. Tästä johtuen informantit tiesivät tarkasti sen, minkälaisista asioista olimme opinnäytetyössämme kiinnostuneita. Tällä saattoi olla vaikutusta siihen, millä perusteella he valitsivat aineistoksemme sopivat asiakastapaukset. Toimintaterapeuteilla oli siis mahdollisuus valita sellaiset asiakasesimerkit, joissa asiakaslähtöisyys on toteutunut erityisen hyvin. Olisimme voineet tehdä suunnitelmavaiheessa yhteistyötä vain esimiestason henkilöiden kanssa, ja he olisivat voineet valita aineistoksi tulevat kuntoutujat sattumanvaraisesti. Tällöin toimintaterapeutit olisivat toimineet ainoastaan informantteinamme, joten tulos olisi voinut olla asiakaslähtöisyyden toteutumisen kannalta luotettavampi. Myös aineistomme pieni

otanta rajoittaa tutkimuksen tuloksien luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Luotettavuuteen vaikutti myös omat rajalliset taitomme haastattelijoina ja aineiston analysoijina. Toisaalta käytimme opinnäytetyössämme menetelminä aineisto- ja tutkijatriangulaatioita, mikä lisäsi tutkimuksemme validiutta. Erityisesti reflektoimalla omia näkemyksiä kolmen opiskelijan kesken mahdollistui laajempi näkökulma tutkittavaan aiheeseen. Aineiston analyysia helpotti opinnäytetyössämme se, että saimme nostettua aineistosta esiin kuvauksia, jotka sopivat hyvin yhteen valitsemamme analyysiteorian teemojen kanssa. Tämä myös lisänee työmme tuloksien luotettavuutta.

Potilastietojärjestelmään tehtyjen kirjausten avulla kotiutusprosessin vaiheiden hahmottaminen oli selkeää, mutta niistä oli kuitenkin vaikea analysoida asiakaslähtöisyyden eri tasoja. Kirjoittamistyyli kirjauksissa on hyvin napakkaa eikä sisällä juurikaan kuvailua. Haastattelussa tuli selkeämmin ilmi kumppanuus (5) toimintaterapeutin ja kuntoutujan välillä, mutta kirjauksissa heidän välistä vuorovaikutusta kuvattiin lähinnä seuraavasti: ”keskusteltu kuntoutujan kanssa kotiutukseen liittyvistä asioista.” Tästä ei pysty tekemään päätelmiä siitä, minkälaista vuorovaikutus on ollut eli kuka on ottanut asian esille ja kuka on ohjannut keskustelua. Haastattelussa sen sijaan toimintaterapeutit kuvailivat asiakkaan vaikuttamismahdollisuuksia seuraavasti:

”Sitte ku hän on ollu kotilomilla tosi paljon, niin tavallaan hän on tuonut sieltä sit aina niitä ideoita uudestaan, että - - tää olikin aika vaikeeta tai sitte taas toisaalta tää muuten suju jo mut että voisiko tätä mieltii vähän kehittää eteenpäin tätä ajatusta - - . Et tavallaan sieltä sitte mitä hän on iteki niinku tuottanu.”

Tämän tyyppisissä ilmauksissa tulee selkeästi ilmi, että asiakas on ollut vahvasti mukana ja tuottanut omaan terapiaansa sisältöä. Kirjausten ensisijainen tarkoitus ei ole tuoda esiin asiakaslähtöisyyden toteutumista. Jos toimintaterapeutit kuitenkin tahtoisivat korostaa tätä omalla alallaan tärkeänä näyttäytyvää elementtiä, voisivat he kirjatessaan vahvemmin kuvailla vuorovaikutustilanteita. He voisivat tuoda esiin, miten yhdessä on päädytty johonkin ratkaisuun tai ovatko asiakkaan nostamat huolenaiheet tai mielipiteet ohjanneet terapian kulkua. Kirjauksissa tämä voisi näkyä esimerkiksi seuraavasti: yhdessä pohdittu ratkaisua kuntoutujan esiin tuomaan asiaan.

Asiakaslähtöisyyttä käsittelevässä tutkimuksessa olisi mielestämme tärkeää kuulla toimintaterapeuttien lisäksi myös asiakkaiden näkemystä molempien osapuolien mielipiteen esille tuomiseksi ja tutkimuksen pätevyyden lisäämiseksi. Tunnistettavuussyistä

sekä AVH-kuntoutujien kommunikoinnin ja kognition haasteiden vuoksi asiakkaiden ottaminen mukaan opinnäytetyön informanteiksi ei ollut kuitenkaan meidän työssämme mahdollista. Tutkimme siis asiakaslähtöisyyttä kysymällä haastattelussa toimintaterapeuteilta heidän käyttämiään menetelmiä asiakaslähtöisyyden mahdollistamiseksi. Tämä on perusteltua erityisesti siksi, että toimintaterapeutit ovat toteuttamassa asiakasinterventioita ja ovat näin avainasemassa vaikuttamassa siihen, että asiakaslähtöisyys voi toteutua.

Analyysivaiheessa pohdimme sairaalaympäristön vaikutuksia asiakaslähtöisyyden toteutumiseen. AVH-kuntoutujien kanssa työskennellessä asiantuntijalähtöisyys korostuu, koska sairaalan henkilökunnalla on usein enemmän tietoa kuntoutujan kohtaamista neurologisista häiriöistä ja niiden vaikutuksista toimintakykyyn kuin kuntoutujalla itsellään. Myös palvelujärjestelmä ja monipuolinen asiantuntijaverkosto AVH-kuntoutuksen ympärillä ovat laajoja, joten asiantuntijoiden on oltava aktiivisemmassa roolissa kuntoutujan kanssa työskennellessään. Asiantuntijakeskeisyys painottuu sairaalaympäristössä myös siksi, että sairaalaan päätyessään osa kuntoutujista saattaa ottaa passiivisen, hoidettavan roolin eikä osallistu aktiivisesti oman kuntoutuksensa suunnitteluun. Toisaalta kuntoutujan ollessa päättäväinen ja omapäinen näyttäytyy prosessi melko asiakaslähtöisenä (4). Kumppanuus (5) toimintaterapeutin kanssa ei kuitenkaan toteudu, jos kuntoutuja ei ole valmis ottamaan toimintaterapeutin osaamista ja suosituksia vastaan.

Opinnäytetyön ideointivaiheessa yhteistyökumppanimme esitti toiveen moniammatillisen kotiutusprosessin kuvauksesta, jossa kaikkien ammattialojen roolit tuotaisiin esille. Aikataulullisista syistä emme lähteneet toteuttamaan tätä, vaan päätimme yhdessä kuvata toimintaterapian roolin kotiutusprosessissa. Opinnäytetyömme voidaan näin nähdä osana laajempaa prosessikuvausta. Kattavan moniammatillisen prosessikaavion tekeminen, jossa muidenkin ammattialojen roolit avattaisiin, sopisi hyvin kuntoutuksen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyöaiheeksi. Lisätutkimusta asiakaslähtöisyydestä voisi tehdä myös ottamalla asiakkaat mukaan aineistoon eli havainnoimalla ja haastatteleamalla kuntoutujia. Tämä vaatisi riittävästi aikaa lupaprosessin läpiviemiseen sekä haastateltavaksi soveltuvien kuntoutujien löytämiseen.

## Lähteet

Aivoinfarkti 2014. Käypä hoito -suositus. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50051#NaN>>. Luettu 21.1.2015.

Aivoliitto n.d. Perustietoa AVH:sta. Aivoverenkiertohäiriö. Verkkodokumentti. <[http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio\\_%28avh%29/perustietoa\\_avh\\_sta](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/perustietoa_avh_sta)>. Luettu 5.11.2014.

American Stroke Association 2003. Stroke. Original Contributions. Occupational Therapy for Stroke Patients. A Systematic Review. American Stroke Association. Verkkodokumentti. <<https://stroke.ahajournals.org/content/34/3/676.full>>. Luettu 2.4.2015.

Arokoski, Jari – Alaranta, Hannu – Pohjolainen, Timo – Salminen, Jouko – Viikari-Juntura, Eira (toim.) 2009. Fysiatría. Duodecim. Helsinki: Duodecim.

BMJ 2007. Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials. BMJ Research. Verkkodokumentti. <<http://www.bmj.com/content/bmj/early/2006/12/31/bmj.39343.466863.55.full.pdf>>. Luettu 2.4.2015.

Cochrane Library 2006. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. The Cochrane Library. Verkkodokumentti. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003585.pub2/abstract;jsessionid=088493BC110F6CC6515236D9DC822790.f04t04?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>>. Luettu 2.4.2015.

Cole, Marilyn – Tufano, Roseanna 2008. Applied Theories in Occupational Therapy: a Practical Approach. SLACK Incorporated.

Craik, Janet – Davis, Jane – Polatajko, Helene J. 2007. Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. Teoksessa Law, Mary – Stanton, Sue – Townsend, Elizabeth (toim.): Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being and Justice Through Occupation. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.

Erway, Frances – Maitra, Kinsuk K. 2006. Perception of Client-Centered Practice in Occupational Therapists and Their Clients. American Journal of Occupational Therapy 60 (3). 298–310. Verkkodokumentti. <<http://ajot.aota.org/Article.aspx?articleid=1870058>>. Luettu 20.11.2014.

Eskola, Jari (2007). 6–8? (Teema)haastattelu tutkimuksen toteuttamisesta. Teoksessa Leena Viinamäki & Erkki Saari (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Tammi.

Hautala, Tiina – Hämäläinen, Tuula – Mäkelä, Leila – Rusi-Pyykönen, Mari (toim.) 2011. Toiminnan Voimaa - Toimintaterapia Käytännössä. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2000. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tammi.

Hänninen, Ritva – Kuikka, Pekka – Pulliainen, Veijo 2001. Kliininen neuropsykologia. Porvoo: WSOY.

Karjalainen, Vappu – Saikku, Peppi 2007. Kohtaamisen muuttuva haaste. Pitkittäistar-  
kastelu kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä. Kuntoutus (2). 15–26. Verkkodokumentti.  
<[http://www.kuntoutusportti.fi/data/attachments/kuntoutus-lehden\\_artikkelit/2007/koh-  
taamisen\\_muuttuva.pdf](http://www.kuntoutusportti.fi/data/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2007/koh-<br/>taamisen_muuttuva.pdf)>. Luettu 25.2.2015.

Katz, Noomi 2011. Cognition, Occupation, and Participation Across the Life Span. Neu-  
roscience, Neurorehabilitation, and Models of Intervention in Occupational Therapy. 3rd  
Edition. United States of America: AOTA.

Kela 2010. Tiina Suomela-Markkanen. Tutkimustietoa vaikeavammaisten kuntoutuk-  
sesta VAKE. AVH kuntoutus. Verkkodokumentti. <[http://www.aivoliitto.fi/files/729/Tutki-  
mustietoa\\_vaikeavammaisten\\_kuntoutuksesta\\_-\\_VAKE.pdf](http://www.aivoliitto.fi/files/729/Tutki-<br/>mustietoa_vaikeavammaisten_kuntoutuksesta_-_VAKE.pdf)>. Luettu 24.3.2015.

Parker, Davina Margaret 2013. An Exploration of Client-Centred Practice in Occupa-  
tional Therapy: Perspectives and Impact. Ph.D. Thesis. University of Birmingham.  
School of Health and Population Sciences. Doctor of Philosophy. Verkkodokumentti.  
<<http://etheses.bham.ac.uk/4432/1/Parker13PhD.pdf>>. Luettu 20.11.2014.

Polatajko, Helene J. – Amoroso, Bice – Cantin, Noémi – Davis, Jane – Purdie, Lisa –  
Stewart, Deb – Zimmerman, Daniel 2007. Specifying the domain of concern: Occupation  
as core. Teoksessa Law, Mary – Stanton, Sue – Townsend, Elizabeth (toim.): Enabling  
Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being and  
Justice Through Occupation. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.

Townsend, Elizabeth A. – Beagan, Brenda – Brown, Jocelyn – Iwama, Michael – Kumas-  
Tan, Zofia – Landry, Jennifer – Stewart, Debra – Versnel, Joan 2007. Enabling: Occu-  
pational therapy's core competency. Teoksessa Law, Mary – Stanton, Sue – Townsend,  
Elizabeth (toim.): Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for  
Health, Well-being and Justice Through Occupation. Ottawa: Canadian Association of  
Occupational Therapists.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja ter-  
veysministeriö. Suomen Kuntaliitto. Verkkodokumentti <[http://www.stm.fi/c/docu-  
ment\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihminen\\_palve-  
lujen\\_laatusuositus\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/docu-<br/>ment_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihminen_palve-<br/>lujen_laatusuositus_fi.pdf)>. Luettu 24.3.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. STM valmistelee vanhusten laitoshuollon vähentä-  
mistä. Verkkodokumentti. <<http://www.stm.fi/tiedotteet/verkkouutinen/-/view/1869494>>.  
Luettu 24.3.2015.

Sumsion, Thelma 2000. A Revised Occupational Therapy Definition of Client-Centred  
Practice. British Journal of Occupational Therapy 63 (7). 304-308.

Sumsion, Thelma (toim.) 2006. Client-Centred Practice in Occupational Therapy. A  
Guide to Implementation. 2.painos. Philadelphia: Elsevier Limited.

Suomen Sydänliitto ry 2012. Faktaa. Aivoinfarkti ja Aivoverenkiertohäiriöt. Verkkodoku-  
mentti. <[www.sydanliitto.fi/faktaa#.VQ\\_I4WPSn5w](http://www.sydanliitto.fi/faktaa#.VQ_I4WPSn5w)> Luettu 20.3.2015.

THL 2015. Aivohalvaus (stroke). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/perfect/osahankkeet/aivohalvaus-stroke>>. Luettu 24.3.2015.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Whalley Hammel, Karen R. 2013. Client-Centred Practice in Occupational Therapy: Critical Reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 20 (3). 174–181. Verkkodokumentti. <<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/11038128.2012.752032>>. Luettu 20.11.2014.

## Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

### SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Teemme kevään 2015 aikana opinnäytetyötä Metropolia Ammattikorkeakoulun toimintaterapian koulutusohjelmassa. Opinnäytetyömme aiheena on aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kotiutusprosessi terveyskeskussairaalassa ja toimintaterapeutin asiakaslähtöisen mahdollistamisen keinot.

Keräämme tietoa toimintaterapeutteja haastatteleamalla ja käytämme aineistona myös kotiutusprosesseihin liittyviä tunnistetiedottomia potilastietoja aivoverenkiertohäiriöön liittyvän terveyskeskuksen osastokuntoutusjakson ajalta.

- Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siihen osallistuvalla henkilöillä on mahdollisuus keskeyttää osallistuminen niin halutessaan.
- Tutkimukseen osallistuvien henkilötietoja ei kerätä eikä henkilöllisyys tule ilmi.
- Tutkimuksen kautta saatua aineistoa käytetään vain opinnäytetyöhön.
- Aineistoa käsitellään, analysoidaan ja raportoidaan tutkittavaa henkilöä kunnioittaen.
- Aineisto kerätään helmi-maaliskuun aikana ja hävitetään 31.5.2015

Suostumukseni tutkimukseen osallistumiseen:

Suostun siihen, että minua haastatellaan AVH-kuntoutujien kotiutusprosesseihin liittyen.

Suostun siihen, että haastattelut äänitetään.

Aika ja paikka

Allekirjoitus

Nimen selvennys



## Saatekirje tutkimukseen osallistuville

Hei!

12.1.2015

Olemme toimintaterapeuttiopiskelijoita Metropolia Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kotiutusprosessista sekä asiakaslähtöisyyden toteutumisesta toimintaterapiaprosessissa terveyskeskussairaalassa. Tuotoksena syntyy prosessikaavio kotiutumisesta.

Tarvitsemme aineistoksi valitsemanne kolmen kuntoutujan tunnistetiedottomia potilastietoja kotiutusprosessien ajalta. Potilastietoja tarkastelemalla kartoitamme AVH-kuntoutujien kotiutusprosessien vaiheita sekä asiakaslähtöisyyden toteutumista toimintaterapiassa. Tehtävänänne on seuloa näistä potilastiedoista opinnäytetyömme kannalta olennaisimmat kirjaukset, joita tarkastelemalla laadimme prosessikaavion kotiutuksesta. Esi-  
miestason yhteyshenkilö tulostaa valikoidun materiaalin, jota käsittelemme vain sairaalanne tiloissa. Keräämme lisää tietoa kotiutusprosesseista ja asiakaslähtöisyydestä haastattelemalla Teitä kahteen otteeseen teemamuotoisen ryhmähaastattelun avulla sairaalanne toimintaterapiatiloissa. Ensimmäisessä haastattelussa keräämme tietoa AVH-kuntoutujien kotiutusprosesseista ja toisella kerralla keskitymme asiakaslähtöisyyteen.

Metropolia Ammattikorkeakoulu valvoo tutkimuseettisen neuvottelukunnan periaatteiden toteutumista opinnäytetyössä. Yhteistyökumppanimme toimivaa terveyskeskussairaalaa ei mainita opinnäytetyössä nimeltä, jotta Teitä eikä aineistoon liittyviä potilaita voida tunnistaa.

Opinnäytetyön toteuttamisvaihe alkaa helmikuussa 2015 ja valmis opinnäytetyö julkaistaan huhtikuussa opinnäytetyöseminaarissa Metropolia Ammattikorkeakoulussa Sofianlehdonkadulla.

Ystävällisin terveisin

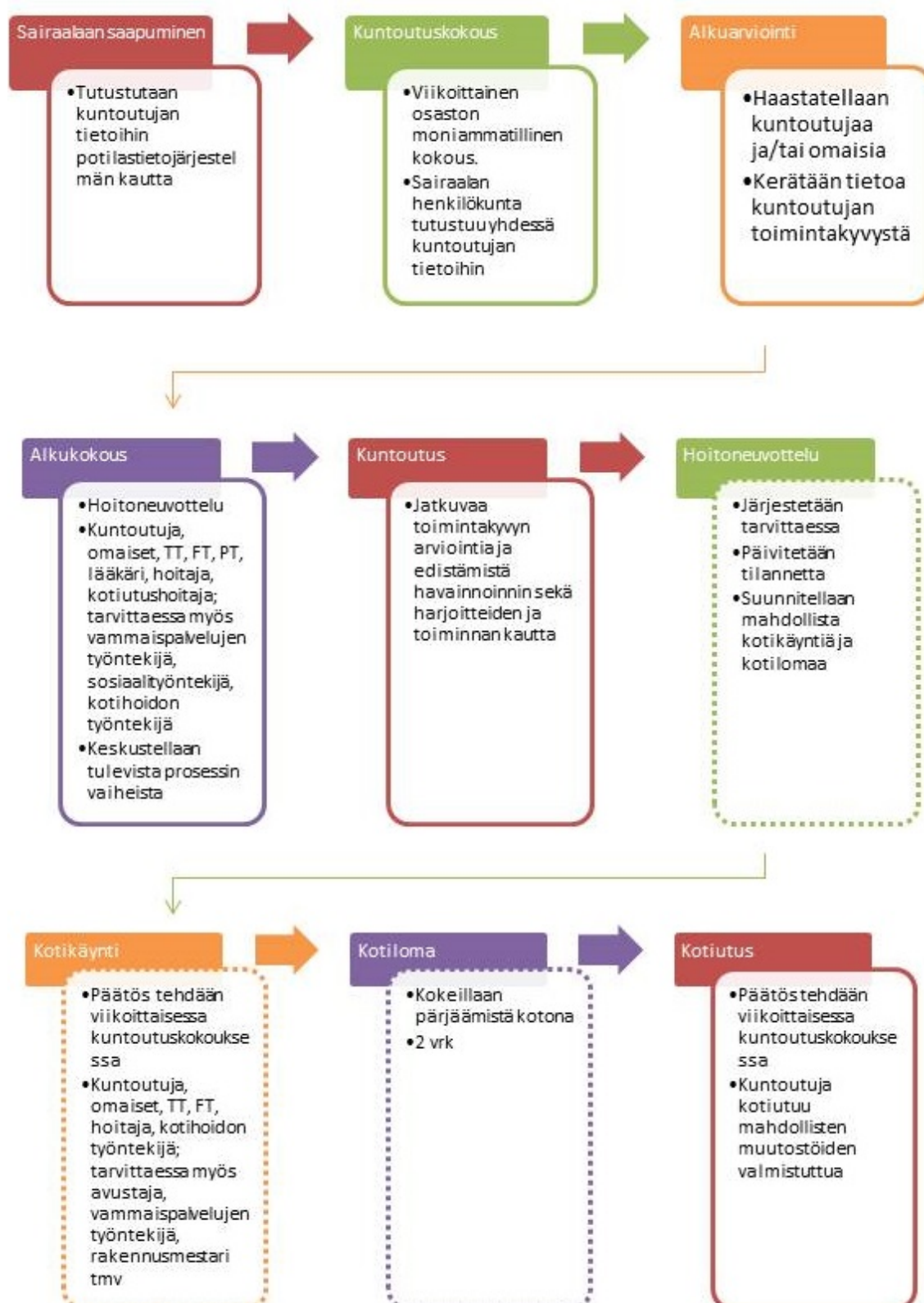
Toimintaterapeuttiopiskelijat  
Nora Lilius, Varpu Talvitie ja Anni Paso  
Metropolia Ammattikorkeakoulu

## Analyytirungon alkuperäisilmauksia

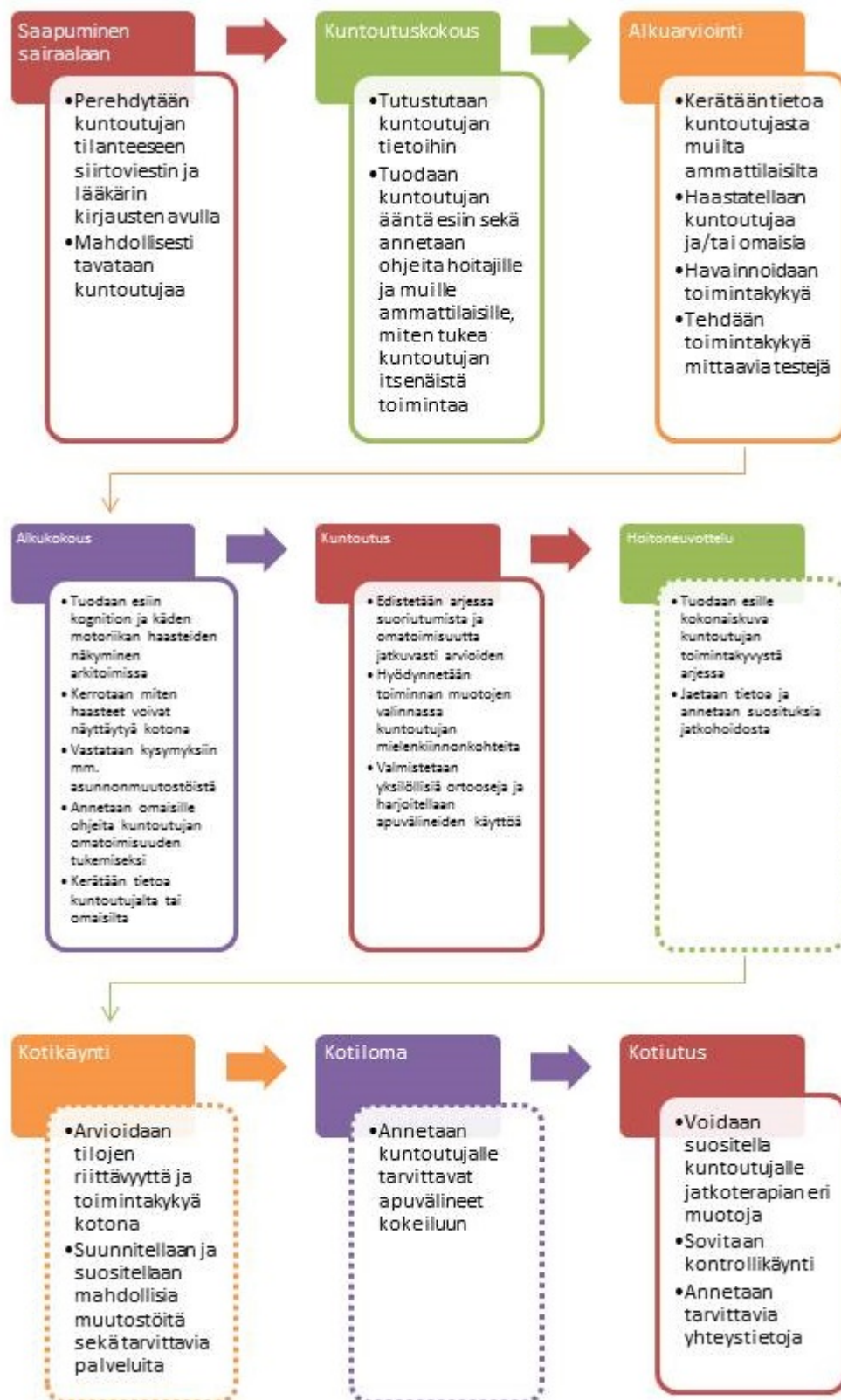
| Tasot   | Esimerkkejä alkuperäisilmauksista   |
|---|---|
| Asiakas asiakirjojen kautta (1) <ul style="list-style-type: none"> <li>Kuntoutuja ei ole paikalla</li> </ul>  | ”Tulee siirtoviesti.”<br>”Lääkärin teksti on aika tärkeä.”  |
| Asiakas mukana (2) <ul style="list-style-type: none"> <li>Asiantuntijat keräävät tietoa asiantuntijakeskeisesti</li> </ul>  | ”Kuntoutuja ottaa tilanteessa hyvin ohjausta vastaan.”<br>”Kysyttäessä kertoo viikonlopun kuluista.”<br>”Annetaan koekokeiluun rannetuki.”<br>”Haastateltu arjesta ja kotiympäristöstä.”  |
| Asiakas osallistuu (3) <ul style="list-style-type: none"> <li>Kuntoutuja on yhteistyökumppani</li> <li>Sairaalaympäristö ja kommunikoinnin vaikeudet rajaavina tekijöinä</li> </ul> | ”Keskusteltu monella tapaa. Yhdessä asiakkaankin kanssa - - ”<br>”Yhdessä luotu raameja kotiutumiseksi.”<br>”Saanut valita itse vaihtoehtoista toiminnan.” (kommunikoinnin vaikeudet)<br>”Ollaan sovittu yhdessä nämä ajat. Toki jotain aikataulullisia puitteita on saattanut olla - - ”<br>”Vireystilaakin huomioimalla.” |

|   |  |
|---|--|
| <p>Asiakas määrittelee(4)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Asiantuntija tuo esiin osaamistaan</li><li>• Kuntoutuja päättää</li><li>• Ympäristö kuntoutujan vaihtoehtoja rajaavana tekijänä</li></ul> | <p>"Kuntoutujan tavoitteena kotiutua esteettömään kotiin."<br/>"Mitä hän on itte tuottanut."<br/>"Edetään hänen mukaansa siinä."<br/>"Miten hän lähtee siihen mukaan."<br/>"Ooksä miettinyt, että mitäs sitten, kun sä oot siellä kotona?"</p>   |
| <p>Asiakas kumppanina (5)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Molemmat tuovat näkemyksiään esille</li><li>• Yhdessä pohtien etsitään ratkaisua</li><li>• Yhdessä sovitut tavoitteet</li></ul>           | <p>"On pystytty vastavuoroiseen keskusteluun."<br/>"Toimitaan vertaisina."<br/>"Päädytään nyt kiirehtimään luiskan rakentamista ensisijaisena muutostyönä, jotta kuntoutuja pääsee omaistensa kanssa kotilomille."<br/>"Hän on tuonut sieltä kotoota ja arjestaan pystynyt nostamaan niitä toimintoja, jotka on hankalia - - Sit niit on kokeiltu - -"</p> |

## Moniammatillinen kotiutusprosessi



## Toimintaterapian rooli kotiutusprosessissa



## Haastattelukysymykset: Asiakslähtöisyys

### Asiakslähtöisyys – ryhmähaastattelu 3.3.2015

#### Alkuarvioni

- Miten tutustuitte asiakkaan taustaan/historiaan?
- Kommunikoinnin haasteiden huomioiminen? Kognitiivisten haasteiden huomioiminen?
- Millä keinoin rakensitte vuorovaikutussuhteen asiakkaisiin?
- Kertokaa jotain esimerkkejä
- Miten asiakas pystyi tässä vaiheessa vaikuttamaan omaan kuntoutukseensa? Kuvailkaa esimerkkejä?
- Kuvaile yhteistyötä asiakkaan kanssa/ tiimin kanssa prosessin tässä vaiheessa

#### Alkukokous / hoitoneuvottelu / kuntoutuskokous

- Miten asiakkaan (omaisen) ääni pääsee kokouksessa kuuluville? Pääsikö asiakas vaikuttamaan oman kotiutuspäivänsä valintaan?
- Miten asiakas pystyi tässä vaiheessa vaikuttamaan omaan kuntoutukseensa? Kuvailkaa esimerkkejä?
- Kuvaile yhteistyötä tiimin kanssa (silloin kun asiakas paikalla) / asiakkaan tai omaisen kanssa
- Näkyykö asiakslähtöisyys kuntoutuskokouksessa?

#### Kuntoutus

- Miten asiakas pääsi vaikuttamaan omaan kuntoutukseensa? Kuvailkaa tilanteita
- Pääsikö tekemään valintoja / tarjottu vaihtoehtoja?
- Pääsikö vaikuttamaan esim. ajankohtaan tai toiminnan muotoon?
- Millaisia haasteita sairaalaympäristö luo asiakslähtöisyydelle?
- Mikä vaikutti yhteistyöhön asiakkaan kanssa ja miten? Kuvailkaa tilanteita.

#### Kotikäynti

- Pääsikö asiakas vaikuttamaan kotikäyntinsä ajankohtaan?
- Otettiin omaisten aikataulut huomioon?
- Miten asiakslähtöisyys näyttäytyi kotikäynneillä?
- Tarkentava: Millä tavoin asiakkaat pääsivät vaikuttamaan kodin muutostöihin?
- Miten toitte esiin esimerkiksi muutostöiden tarpeen?
- Mitä toimintaa olette mahdollisesti käyttäneet kotikäynnillä ja miksi?
- Minkälaista yhteistyötä on muiden ammattilaisten kanssa?

#### Kotiloma ja kotiutuminen

- Miten asiakslähtöisyys tässä vaiheessa näkyi?
- Kuinka paljon asiakasta kuunnellaan jatkosuosituksia tehdessä?

#### Extraa

- Miten otetaan huomioon omaisten jaksaminen?

- 
- Millaista asiakaslähtöisyys on näiden kolmen kuntoutujan prosesseissa ollut? Onko vielä jotain, mitä haluaisitte lisätä tai ei kysytty?

## Haastattelukysymykset: Kotiutusprosessi

### Prosessia koskevat haastattelukysymykset

1. Mitä vaiheita kotiutusprosessiin kuuluu? Esim. kotikäynti
2. Kauanko prosessit vähintään ja enintään voivat kestää?
3. Mistä lähtien toimintaterapeutti tulee prosessiin mukaan? Missä vaiheessa päätetään, onko toimintaterapeutti osana kuntoutusta?
4. Missä kokouksessa käsitellään ensimmäiseksi kuntoutujan asioita?
5. Missä vaiheessa kuntoutussuunnitelma laaditaan? Tarkistetaanko suunnitelmaa prosessin aikana?
6. Ketkä määrittelevät kuntoutujan tavoitteet? Laaditaanko kuntoutujalle toimintaterapiassa myös erilliset tavoitteet? Kuinka aktiivisesti kuntoutuja on osallisena tavoitteiden määrittelyssä (as. läht. haastattelu)?
7. Miksi starttivartti on niin myöhään? (Millä nimellä kutsumme sitä valmiissa työssä?)
8. Mitä starttivartissa käsitellään? Mitä TT tuo startissa esille / miten tuotte osaamisenne esiin / mitä haluatte käsitellä?
9. Mitä muita kokouksia alkukokouksen jälkeen on? Kuinka usein? Kuntoutuskokouksen, hoitoneuvottelun ja moniammatillisen kokouksen erot? Mitä TT tuo näissä kokouksissa esille?
10. Mitä ammattiryhmiä kuntoutuksessa voi olla mukana? Varmistus.
11. Mitä asioita TT arvioi? Mitä toimintaterapeutin kuntoutus täällä on? vrt. fysioterapiaan yms.
12. Millä perusteella päätös kotikäynnistä tehdään (yhdele ei tehty kotikäyntiä)?
13. Onko toimintaterapeutti aina mukana kotikäynnillä (jos ei, niin miksi)? Mitä toimintaterapeutti arvioi kotikäynnillä? Keitä muita on mukana kotikäynnillä?
14. Käyvätkö kaikki kajat kotilomalla ennen kotiutustaan?
15. Missä vaiheessa päätetään, kotiutuuko kuntoutuja? Kriteerit? Mitä vaihtoehtoja kotiutumisen lisäksi on? Onko kuntoutuja tässä päätöksessä mukana? (as. läht. haastattelu)
16. Kun päätös on tehty, mitä TT tekee ennen varsinaista kotiutumista? Esim. apuvälineet, kodin muutostyöt.
17. Miten toimintaterapeutti osallistuu jatkon suunnitteluun kotiutumisen jälkeen? (esim. suositusten antaminen, kotihoidon määrä tulevaisuudessa, saako toimintaterapiaa jatkossa, yhteistyö avopuolen TT:ien kanssa)