

Laura Euramo

Osallisuutta arjen toimissa vahvistava kuntoutus

AVH-kuntoutuksen kehittäminen Espoon sairaalassa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

toimintaterapeutti YAMK

Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma

Tutkimuksellinen kehittämistyö

28.11.2016

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Laura Euramo Osallisuutta arjen toimissa vahvistava kuntoutus - AVH-kuntoutuksen kehittäminen Espoon sairaalassa 62 sivua + 10 liitettä 28.11.2016
Tutkinto	Toimintaterapeutti YAMK
Tutkinto-ohjelma	Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	Yliopettaja Pekka Paalasmaa Yliopettaja Toini Harra
<p>Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää Espoon sairaalan neurologiselta kuntoutusosastolta kotiutuvien AVH-kuntoutujien kuntoutusta. Espooseen on valmistumassa uusi kuntoutussairaala kevään 2017 aikana. Yhtenä sairaalan toiminnallisen strategian tavoitteista on, että sairaalan toimintaa ja ydinprosesseja ohjaavat asiakkaan tarpeet. Palveluiden lähtökohtana nähdään asiakkaan ja hänen omaisensa osallistaminen hoidon ja kuntoutuksen aktiivisiksi toimijoiksi.</p> <p>Kehittämistyön tavoitteena oli AVH-kuntoutujan osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa. Kehittämistyö noudatti toimintatutkimuksen periaatteita ja se toteutui kahdessa työryhmässä, joista toisen muodosti viisi AVH-kuntoutujaa ja toisen ammattilaiset. Työryhmissä tarkasteltiin sekä AVH-kuntoutujan osallisuutta vahvistavia tekijöitä että tarvittavia toimintatapoja AVH-kuntoutujan osallisuuden vahvistumiseksi arjen toimissa. Lisäksi työryhmät kuvasivat osallisuutta vahvistavaa kuntoutusta ja kotiutusta. Aineiston keruu toteutui työryhmissä yhteiskehittelyn menetelmin. Aineiston analyysi on tehty aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Kehittämistyön tuotoksena syntyi kuvaus AVH-kuntoutujan osallisuutta arjen toimissa vahvistavasta kuntoutuksesta. Osallisuutta vahvistava kuntoutus perustuu yhdessä toimimiselle ja palveluiden hyödyntämiselle rajapintoja ylittäen sekä arjen toimintojen ja kuntoutujan oman toimintaympäristön hyödyntämiselle kuntoutustoiminnassa. Sen neljä ydintekijää ovat asiakaslähtöisyys ja yksilöllisyys, kuntoutujan osallistaminen päätöksentekoon, arvostava kohtaaminen ja omaisten ja läheisten osallistaminen kuntoutustoimintaan.</p> <p>Kehittämistyön tulokset ovat hyödynnettävissä Espoon sairaalassa neurologisen kuntoutuksen kehittämisessä sekä osallisuutta vahvistavan toimintakulttuurin rakentamisessa. Kehittämistyön tulokset ovat hyödynnettävissä yleisesti haluttaessa tarkastella kuntoutustoimintaa osallisuuden vahvistumisen näkökulmasta.</p>	
Avainsanat	osallisuus, kuntoutus, AVH

Author Title Number of Pages Date	Laura Euramo Enhancing participation and inclusion in daily life Developing Stroke rehabilitation in Espoo hospital 62 pages + 10 appendices 28 November 2016
Degree	Master of Health care
Degree Programme	Rehabilitation
Instructors	Pekka Paalasmaa, Principal Lecturer Toini Harra, Principal Lecturer
<p>The purpose of this research-based development study was to develop Stroke-patients rehabilitation in Espoo hospital. A new rehabilitation hospital opens in Espoo during spring 2017. One of the principals in the hospitals functional strategy is that hospitals core functions and processes are client-centered. Client and their relatives are perceived as agents who are actively participating hospital care and rehabilitation.</p> <p>The aim was to enhance stroke-patients participation and inclusion in daily life. The development study complied developmental research's logic. The data was collected in two groups by using co-creations methods. The first group was formed from five stroke-patients and the second from professionals. Both groups viewed the enhancing factors and the needed policy in rehabilitation to enhance participation and inclusion in daily life. The groups also described rehabilitation and hospital discharge that enhances stroke-patients participation and inclusion. The data was analysed by inductive analysis.</p> <p>The development work produced a description about participation and inclusion enhancing rehabilitation. Rehabilitation that enhances participation and inclusion is based on cooperation and services used across organizations boundaries and using the daily tasks and clients own environment in rehabilitation. Its four main factors are client-centered practice and individuality, client's participation in making decisions, equal and appreciative encounter and families and relatives participation in rehabilitation.</p> <p>The conclusions of this development study can be utilized in developing the Stroke rehabilitation unit in Espoo hospital and also generally when rehabilitation is viewed from the point of enhancing participation and inclusion.</p>	
Keywords	participation, inclusion, rehabilitation, stroke

Sisällys

1	Johdanto	1
2	AVH-kuntoutujan osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa	3
2.1	AVH-kuntoutus ja arjen toimet	3
2.2	Osallisuus ja osallistuminen kuntoutuksessa	5
2.3	Osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa	10
3	Toimintaympäristönä Espoon sairaala	11
4	Tavoite ja tarkoitus	13
5	Menetelmälliset ratkaisut	13
5.1	Toimintatutkimus tutkimuksellisena lähestymistapana	13
5.2	Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen	15
5.3	Osallistujien valinta ja kuvaus	17
5.4	Aineiston kerääminen	19
5.4.1	Aineiston keräämisen menetelmät kuntoutujien työryhmässä	21
5.4.2	Aineiston keräämisen menetelmät ammattilaisten työryhmässä	23
5.5	Aineiston analysointi	25
6	AVH-kuntoutujan osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa	27
6.1	Osallisuutta vahvistavat tekijät kuntoutujien näkökulmasta	27
6.2	Osallisuutta vahvistavat tekijät ammattilaisten näkökulmasta	30
6.3	Osallisuuden vahvistamiseksi tarvittavat toimintatavat kuntoutujien näkökulmasta	33
6.4	Osallisuuden vahvistamiseksi tarvittavat toimintatavat ammattilaisten näkökulmasta	35
6.5	Osallisuutta arjen toimissa vahvistava kuntoutus ja kotiutus	39
7	Kuvaus AVH-kuntoutujan osallisuutta arjen toimissa vahvistavasta kuntoutuksesta	45
8	Pohdinta	46
8.1	Tulosten tarkastelu	48
8.2	Kehittämisen prosessin ja menetelmällisten ratkaisujen arviointi	53
8.3	Tutkimuksellisen kehittämistyön laadullisuus ja eettisyys	55
8.4	Kehittämistyön hyödynnettävyys	57

Liitteet

Liite 1. Tutkimuslupa

Liite 2. Tutkimushenkilötiedote

Liite 3. Suostumusasiakirja

Liite 4. Työryhmätyöskentelyn runko kuntoutujien työryhmässä

Liite 5. Työryhmätyöskentelyn runko ammattilaisten työryhmässä

Liite 6. Ammattilaisten ensimmäisen työryhmän työskentelyn pohjaksi kuntoutujien tuottamasta aineistosta tiivistetty aineisto

Liite 7. Ammattilaisten toisen työryhmän työskentelyn pohjaksi kuntoutujien tuottamasta aineistosta tiivistetty aineisto

Liite 8. Ammattilaisten työryhmässä parastetut ideat

Liite 9. Ammattilaisten kolmannen työryhmän työskentelyn pohjaksi kuntoutujien tuottamasta aineistosta tiivistetty aineisto

Liite 10. Analyysinäyte

1 Johdanto

Väestön ikääntyminen luo paineen kehittää palveluita, jotka tehostavat työtä ja pienentävät sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. Palveluiden parempaa vaikuttavuutta, tehokkuutta ja tuottavuutta edistetään asiakaslähtöisellä toiminnalla. Asiakaslähtöinen toiminta kuntoutuksessa perustuu asiakkaan kuulemiselle ja asiakkaan mahdollisuudelle osallistua kuntoutuksen suunnitteluun ja päätöksentekoon (Salminen - Järvikoski – Härkäpää 2016: 31). Asiakaslähtöisyys ja asiakaskeskeisyys sosiaali- ja terveyspalveluiden perustana on laajasti tunnustettu. Ammattikuntaisuus, sektorijajottelu ja pirstaloituneet palvelut ovat kuitenkin vielä usein arkipäivää sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Virtanen – Suoheimo – Lamminmäki – Ahonen – Suokas 2011:12.)

Autti-Rämö ja Salminen (2016) näkevät tulevien sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten keskeisinä tavoitteina paremman terveyden, toimintakyvyn, aktiivisuuden ja osallisuuden (Autti-Rämö – Salminen 2016:14). Kuntoutumisessa kuntoutujan ja hänen toimintaympäristönsä rooli kasvaa ja kuntoutujalle merkityksellisten ihmisten osallistaminen kuntoutustoimintaan korostuu. Kuntoutuja nähdään kuntoutuksen uuden paradigman mukaisesti aktiivisena osallistujana ja päätöksentekijänä omassa elämässään. Samalla kuntoutuksen painopisteen nähdään siirtyvän vastaanotto- ja laitostuntoutuksesta kuntoutujan omassa toimintaympäristössä tapahtuvaan kuntoutukseen. Kuntoutujan asema muuttuu autettavasta palvelun kohteesta aktiiviseksi palvelujen käyttäjäksi. (Karjalainen 2004: 9 – 21; Autti-Rämö – Salminen 2016:14-15.)

Espooseen on valmistumassa uusi kuntoutussairaala kevään 2017 aikana. Sairaalan toiminnan tarkoituksena on mahdollistaa ikääntyneiden espoolaisten kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Yhtenä sairaalan toiminnallisen suunnitelman strategisena tavoitteena on, että sairaalan toimintaa ja ydinprosesseja ohjaavat asiakkaan tarpeet. Toiminnallisessa suunnitelmassa painottuvat sekä asiakassegmenttien mukainen prosessien kehittäminen että asiakaskeskeisyys yhtenä toiminnan suunnittelua ohjaavana periaatteena. Sairaala vastaa ikääntyneiden hoidon ja kuntoutuksen sairaalapalveluiden tuottamisesta osastoilla, avopalveluina ja kotihoidon tukena. Tämä edellyttää tiivistä vuorovaikutusta asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Palveluiden lähtökohtana on asiakkaan ja hänen omaisensa ja läheisensä osallistaminen hoidon ja kuntoutuksen aktiivisiksi toimijoiksi. (Espoon sairaala - toiminnallinen suunnitelma 2015.) Toimijana

asiakas on vastuussa omasta hyvinvoinnistaan, mikä edellyttää asiakkaan mahdollisuutta osallistua palvelu- ja hoitoprosesseihin. (Virtanen ym. 2011:18-19.)

Pyrkimys asiakaskeskeisyyteen, kuntoutujan roolin ja osallisuuden vahvistamiseen kertoo kuntoutusajattelun muutoksesta, jossa kuntoutus nähdään yksilön ja ympäristön välisenä muutosprosessina (Mäkinen 2014: 9; Järvikoski 2013: 73-75). Osallisuutta vahvistavan toiminnan tulisikin olla lähtökohtana kaikissa kunnallisissa palveluissa (Kiilakoski – Gretscl 2012:24-26). Asiakaskeskeisyyttä ja osallisuutta ei kuitenkaan pitäisi tulkita niin että vastuu kuntoutustoiminnasta siirretään kokonaan ammattilaisilta kuntoutujille. Meillä on paljon kuntoutujia, jotka eivät itse syystä tai toisesta kykene ottamaan vastuuta kuntoutumisestaan, jolloin vastuun siirtämisen riskinä on polarisoitunut kuntoutusasiakkuus: heikko-osaiset ja hyväosaiset kuntoutujat. Polarisoitumisen välttämiseksi kuntoutuksen prosessien ja toimintatapojen tulisi olla sellaisia, että ne tukevat myös niiden kuntoutujien osallisuutta, jotka itse eivät psyykkisen tai fyysisen sairautensa tai vammaisuutensa vuoksi sitä kykene ylläpitämään. (Mäkinen 2014:10).

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tarkastelen osallisuutta ja osallisuuden vahvistumista AVH-kuntoutujien ja ammattilaisten näkökulmasta Espoon sairaalassa. Vaaivassa kuntoutuksessa kuten AVH-kuntoutus, kysymys on usein pysyvistä vammoista, joiden vaikutukset arkielämään tuntevat parhaiten kuntoutujat itse (Järvikoski – Hokkanen – Härkäpää: 2009: 16). Asiakaskeskeisyys ja kuntoutujan osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa edellyttävät sairaalan toiminnassa sitä, että kuntoutusta suunnitellaan ja toteutetaan yhdessä kuntoutujan kanssa hyödyntäen hänen arkeaan ja sitä toimintaympäristöä, johon kuntoutuja on palaamassa osastokuntoutuksen jälkeen. Kuntoutujien mukaan ottaminen toiminnan kehittämiseen ja yhdessä kehittäminen mahdollistavat prosessien ja toimintatapojen tarkastelun palvelunkäyttäjän näkökulmasta ja auttavat luomaan tarpeiden mukaisia osallisuutta vahvistavia palveluita.

2 AVH-kuntoutujan osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa

2.1 AVH-kuntoutus ja arjen toimet

AVH-kuntoutajat ovat potilassegmenttinä erityinen ryhmä. He ovat sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjinä paljon palveluita tarvitseva ryhmä eikä mikään muu sairaus vaikuta niin merkittävästi laatupainotteisiin elinvuosiin kuin aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen (Käypä-hoito -suositus 2011). Sairastuminen näkyy muun muassa vapaa-ajan ja sosiaalisen toiminnan vähenemisenä sekä osallisuuden vähenemisenä ammatillisessa toiminnassa (vocational activities). Osallisuutta vähentävät sekä osallistumista estävät toimintakyvyn rajoitukset että koettu tyytyväisyys omaan osallistumiseen. (Blömer ym. 2014.) Osalla sairastuneista kyseessä on krooninen sairaus, jossa ikääntymisen myötä toimintakyky heikkenee. Kotiutumisen jälkeen toimintakykyä voidaan parantaa avokuntoutuksella vuodenkin ajan sairastumisesta. Kotona asumisen mahdollistumiseksi kuntoutuksen tarve voi kestää tämän jälkeen vielä vuosia. (Käypä-hoito -suositus 2016; Aivoliitto 2013.)

Aivoverenkiertohäiriöillä (AVH) tarkoitetaan aivoinfarktia, aivoverenvuotoa (ICH), subaraknoidaalivuotoa (SAV) ja ohimenevää aivoverenkiertohäiriötä eli TIA-kohtausta. Aivoverenkiertohäiriöihin liittyy sekä motorisia vaikeuksia että kognitiivisia häiriöitä, jotka vaikuttavat arkipäivästä selviytymiseen. Oireet ovat moninaisia ja niiden vaikeusaste vaihtelee riippuen siitä, kuinka suuri kudosvaurio on ja missä aivojen alueella se sijaitsee. Oirekuvaan voi kuulua erilaisia motorisia ja sensorisia vaikeuksia aina halvaantumisesta tasapainohäiriöihin, voimattomuuteen ja tuntuuutuksiin, sekä kognitiivisten toimintojen häiriöitä muistin, kielellisten ja näönvaraisten toimintojen, psykomotoriikan, tarkkaavaisuuden säätelyn, toiminnan ohjelmoinnin ja perustaitojen kuten lukemisen alueilla. Joka toiselle sairastuneelle jää pysyvä haitta, joka on puolella vaikeasteinen. Niille sairastuneille, joilla on pysyvä haitta, suositellaan loppuelämän jatkuvaa seuranta ja kuntoutustarpeen arviointia. (Aivoliitto 2013; Käypä hoito -suositus 2011 ja 2016; Pohjasvaara – Ylikoski – Hietanen – Kalska – Erkinjuntti 2002.)

Kuntoutuksen näkökulmasta AVH-kuntoutus on vaativaa kuntoutusta. Sairastuminen vaikuttaa koko lähipiiriin ja vaikean aivovaurion saaneen kuntoutujan kuntoutuminen sekä kotiutuminen edellyttää usein omaisten osallistumista kuntoutukseen sekä hyvää tukiverkostoa. Kuntoutumisen onnistumiseksi on huomioitava kuntoutujan yksilölliset

tarpeet ja tavoitteet sekä tunnettava kuntoutujan arjen toimintaympäristö ja se kulttuurinen ympäristö, josta kuntoutuja tulee. Terapiassa toteutettuja toimintoja on voitava soveltaa arkeen, jotta ne olisivat kuntoutujalle merkityksellisiä ja osallisuutta tukevia kuntoutujan arjessa. Kuntoutujan kotona tai luonnollisessa toimintaympäristössä tapahtuva arkielämän toimintojen harjoittelu on vaikuttavaa. (Konsensuslausuma 2008.)

Osastokuntoutus sairaalassa on AVH-kuntoutujilla usein pitkä. Keskimääräinen AVH-kuntoutujan hoitoaika akuuttiosastolla on 5 vuorokautta ja tämän jälkeen kuntoutusosastolla 30 vuorokautta (Koskinen 2016: 8-9). Sairaalahoidon joutuminen on aina riskitekijä iäkkään ihmisen kohdalla. Sairaalahoidon toimintakykyyn vaikuttavia riskitekijöitä ovat muun muassa passivoivat hoitokäytännöt, vähäinen rohkaisu itsenäiseen toimintaan, ympäristötekijät, lääkkeiden haittavaikutukset, liikkumisen rajoitukset ja liian vähäinen nesteiden ja ravinnon saanti. Sairaalahoidon jälkeisiä toimintakykyyn vaikuttavia riskitekijöitä ovat ympäristötekijät, niukat resurssit, soveltumattomat avohoidon tukimuodot, kotiutussuunnitelman puutteet ja jatkokuntoutuksen puute. (Jämsen – Kerminen – Strandberg – Valvanne 2015.) AVH-kuntoutujilla nämä riskitekijät korostuvat, kun sairauteen liittyvät motoriset vaikeudet ja kognitiiviset häiriöt heikentävät entisestään mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoon ja kuntoutukseen sekä arjen toimiin.

Palveluntuottajat näkevät usein haasteellisena niiden asiakkaiden osallistamisen, joiden elämäntaidot, kyvyt tai edellytykset osallistumiselle ovat heikot. Vaikka AVH-kuntoutujien valmiudet osallistua kuntoutukseen varsinkin alkuvaiheessa vaihtelee, ei osallistumisen mahdollisuuksia tulisi vähätellä. Osallistumismahdollisuuksien kehittämisen esteenä on useimmiten menetelmien puutteen sijaan asiakkaan näkeminen kohteena eikä voimavarana. Asiakkaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavassa työotteessa asiakkaan äänelle ja valinnan mahdollisuuksille annetaan tilaa asiakkaan kyvyt ja voimavarat huomioiden. (Virtanen ym. 2011:33.) Vaikutusmahdollisuuksiin kuuluu, että halutessaan asiakas voi tukeutua päätöksenteossa asiantuntijaan (Järvikoski 2013: 21-24).

Arjen toimet

Arki on käsite, jota ei voi yksiselitteisesti määritellä. Arki näyttäytyy erilaisena eri elämäntilannetta eläville ihmisille (Andersson – Hetemäki – Mustonen – Sihvola 2011:5-6). Työ ja vapaa-aika voivat määritellä arkea toiselle, toiselle vapaa-aika sisältää arkisia elementtejä esimerkiksi vapaaehtoistyön muodossa.

Kuntoutuksella tuetaan kuntoutujan toimimista ja osallistumista arjessa. Merkityksellinen arki kuntouttaa ja tukee kuntoutumista. Arki toteutuu erilaisissa ympäristöissä kotona, töissä ja vapaa-ajalla. Se koostuu toimimisesta yksin ja yhdessä sekä sosiaalsiin tilanteisiin ja yhteiseen toimintaan osallistumisesta. Arjen toimintaa voi kuvailla kertomalla päivästä, arjen rutiineista ja toimintatavoista. (Karhula – Veijola – Ylisasi 2016:231.)

Arjen toimilla kuntoutuksessa tarkoitetaan usein ADL- ja IADL-toimia. Päivittäiset perustoimet eli ADL-toimet sisältävät peseytymisen, pukeutumisen, liikkumisen sisätiloissa, tuoilta tai sängystä nousemisen, syömisen ja wc:ssä käymisen. Välineellisiin eli IADL-toimiin kuuluvat kodinhoito, laitteiden käyttö ja kodin ulkopuolinen asiointi. (Jämsen ym. 2015.)

Arjella on vaikutusta terveyteen ja terveydellä arkeen. Terveys on omakohtainen kokemus ja kokemukseen vaikuttaa muun muassa se, millaiseksi arki muodostuu. Riippumattomuus on yksi tärkeä koetun terveyden osa. Kyky ja mahdollisuudet omasta arjesta huolehtimiseen sekä päätöksentekoon omassa arjessa parantavat koettua terveyttä. (Huttunen 2011: 49-50)

2.2 Osallisuus ja osallistuminen kuntoutuksessa

Kuntoutus on prosessi osallistumismahdollisuuksien parantamiseksi. Se voidaan nähdä yksilön ja ympäristön muutosprosessina, jonka tavoitteena on yksilön parempi hyvinvointi ja selviytyminen arkielämässä eri toimintaympäristöissä. Kuntoutuksen näkökulmasta kuntoutujan henkilökohtaiset ominaisuudet ja toimintaympäristö voivat olla kuntoutujaa tukevia tai rajoittavia, osallistavia tai syrjäyttäviä, valtaistavia tai vajaakuntoistavia. Kuntoutuksen päätavoitteiden tulisi olla suoritusten ja osallistumisen tasolla. Kuntoutustoiminnan tulisi osallistumismahdollisuuksien parantamisen ja muutosprosessin näkökulmasta tuottaa palveluiden sijaan positiivista muutosta esimerkiksi kuntoutujan työssä jaksamisessa, yhteisön toimintaan osallistumisessa, arkielämän selviytymisessä, työllistymisessä tai elämänhallinnassa. (Järvikoski 2013: 21-24; Järvikoski ym. 2009: 23-24; Järvikoski 2008: 49 ja 53.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveydenluokitus (ICF) kuvaa ihmisten selviytymistä ja osallisuutta jokapäiväisessä elämässä ja eri toimintaympäristöissä. ICF-luokituksessa osallistumisen (participation)

todetaan liittyvän läheisesti osallisuuden käsitteeseen (ICF 2013). Osallisuus (inclusion) on yhteiskuntateoreettinen käsite, joka liittyy kansalaisuusilmiöön. Se on syrjäyttämisen tai syrjäytymisen vastinpari, joka on merkitykseltään lähellä osallistumista (Järvikoski ym. 2009: 22).

ICF-luokitus määrittelee osallistumisen osallisuudeksi elämän eri tilanteisiin. ICF-luokituksen osallistuminen on luonteeltaan toiminnallista osallistumista joka on kiinteästi yhteydessä suorituksiin. Suoritukset ovat tehtäviä tai toimia joita ihminen toteuttaa, ja osallistuminen on sosiaalisten roolien kautta toteutuvaa toimintaa erilaisissa elämän ja yhteiskunnan tilanteissa. (ICF 2013; Järvikoski ym. 2009: 22-23.) ICF-luokituksessa suoritukset ja osallistuminen jaetaan yhdeksään osa-alueeseen, joita ovat: oppiminen ja tiedon soveltaminen, yleisluontoiset tehtävät ja vaateet, kommunikointi, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, kotielämä, henkilöiden väliset vuorovaikutussuhteet ja ihmissuhteet, keskeiset elämänalueet (koulutus, työ) sekä yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (ICF 2013). WHO:n luokituksessa tarkastelun kohteena olevan yksilön omaa kokemusta osallisuudesta ei huomioida vaan näkökulma on asiantuntijana toimivan ammattilaisen. Siitä puuttuu kuntoutujan kokemuksellinen ulottuvuus. (Järvikoski 2008, 51.) Osallisuus ei voi kuitenkaan olla pelkkää aktiivisuutta vaativaa toiminnallista osallistumista. Osallisuus on kokemus kuulumisesta, osallisuudesta johonkin ilman vaatimusta erityisponnisteluista. (Jalava – Seppälä 2011, 254; Kiilakoski – Gretschel 2012, 5.)

Osallisuuden käsitteeseen kuntoutuksessa liittyy tiiviisti myös elämäntilanteen ja valtaistumisen käsitteet. Aktiivisen osallistumisen omaan kuntoutukseen nähdään tukevan valtaistumisprosessia ja luovan näin parhaat edellytykset yhteisölliseen osallistumiseen (Järvikoski ym. 2009: 23). Valtaistuminen, voimaantuminen ja elämäntilanteen hallinta edellyttävät asiakkaan aktiivisuutta omasta hyvinvoinnistaan huolehtimisessa sekä osallistumista palvelu- ja hoitoprosessiin (Virtanen ym. 2011:19). Kuntoutujan osallisuus ja osallistuminen korostuvat myös vuoden 2002 Kuntoutuslontekossa, jossa kuntoutuksen laajemmaksi tavoitteeksi asetetaan elämäntilanteen hallinta (Kuntoutuslonteko 2002).

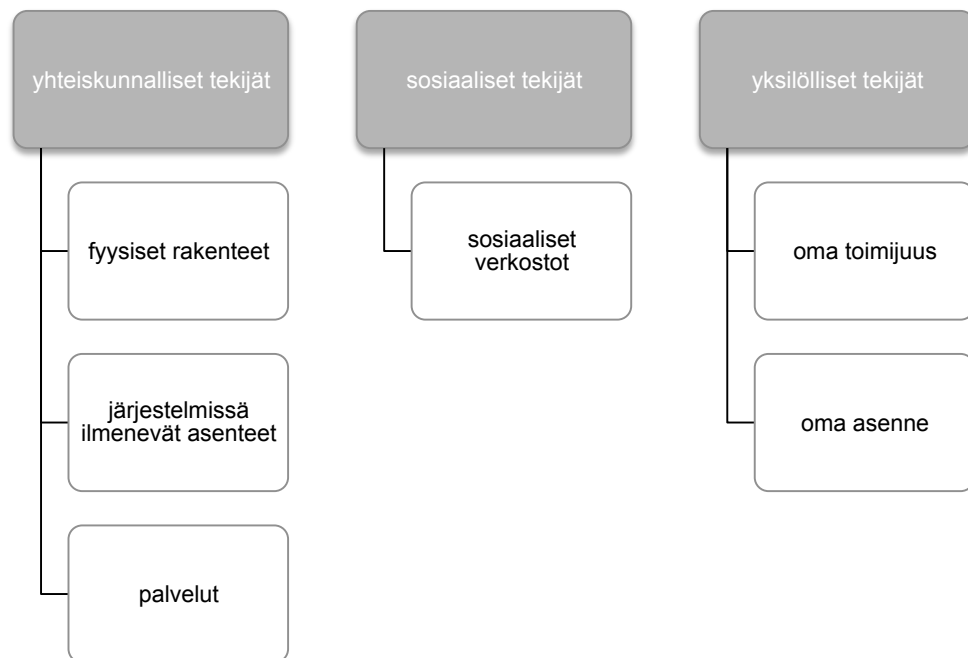
Tarkasteltaessa osallisuutta kuntoutuksessa täytyy sivuta myös sosiaalista kuntoutusta. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos sekä Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelevät sosiaalisen kuntoutuksen sosiaalisen toimintakyvyn ja sosiaalisen vuorovaikutuksen edellytysten vahvistamiseksi syrjäytymisen ehkäisemiseksi (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin

laitos 2015; sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Sosiaalinen kuntoutus on prosessi, jolla pyritään vaikuttamaan sosiaaliseen toimintakykyyn. Sosiaalinen toimintakyky sisältää kyvyn selviytyä arkipäivän välttämättömistä toiminnoista, vuorovaikutussuhteista sekä oman toimintaympäristön rooleista. Tasavertainen osallistuminen edellyttää, että yksilön sosiaalisella ympäristöllä on riittävät tiedot, ymmärrys, taidot, asenne ja motivaatio kohdata vammaisen ihminen yhteisön tasavertaisena jäsenenä (Wiman 2004: 81-92; Järvikoski 2013: 42-56). Järvikosken (2013) mukaan sosiaalista kuntoutusta on myös se toiminta, jolla varmistetaan turvallinen kotiutuminen ja paluu omaan lähiyhteisöön fyysisen tai psyykkisen sairauden tai vammautumisen jälkeen. Pelkkä lääkinällinen kuntoutus, mikä tyypillisesti muodostuu fysioterapiajaksoista sairaalajakson päätyttyä ei yksinään mahdollista sosiaalista integraatiota. Sosiaalisen integraation onnistuminen vähentää todennäköisesti myöhempiä hoito- ja huoltokustannuksia. (Järvikoski 2013: 42-56.)

Järvikoski (2013) jakaa asiakkaan osallistumisen ja osallisuuden kuntoutuksessa kahteen perusasiaan. Ensimmäinen perusasia on asiakkaan osallisuus kuntoutuksen suunnittelussa ja päätöksenteossa. Se edellyttää riittävää tiedonsaantia päätöksentekoa varten, riittävän hyvää käsitystä päätöksen seurauksista sekä aitoa mahdollisuutta vaikuttaa päätöksiin. Osallisuus päätöksenteossa edellyttää lisäksi todellisia mahdollisuuksia tehdä valintoja eli asiakkaan on voitava tehdä valinta useammasta vaihtoehdosta. Toinen perusasia on toiminta kuntoutuksen toteutuksessa osana kuntoutusprosessia. Tässä on kyse asiakkaan roolista. Onko asiakas toimija vai kohde palvelussa? Tarkasteltaessa kuntoutujan osallisuutta kuntoutuksen toteutukseen ja hyvän kuntoutustuloksen saavuttamiseen ovat kuntoutujan rooli ja motivaatio tärkeässä asemassa. Motivaatio on olennaista sekä yhteistyön onnistumiselle että kuntoutujan aktiivisemmalla osallistumisella. Keskeistä kuntoutujan motivaation kannalta on, että kuntoutus on linjassa kuntoutujan elämäntavoitteiden kanssa ja että kuntoutuja voi aidosti vaikuttaa kuntoutuksen sisältöön. (Järvikoski 2013: 21-24.)

Mari Kivistö (2014) on tutkinut väitöskirjassaan osallisuutta monimenetelmällisenä tutkimuksena, jossa näkökulmana olivat osallisuus toimintana, kokemuksena ja kielenkäyttönä. Osallisuus näyttäytyi tutkimuksessa käsitteellisesti ja sisällöllisesti monimuotoisena kokonaisuutena, jota voidaan tulkita eri tavoin. Vaikeavammaisen ihmisen toiminnalliseen osallistumiseen tutkimuksessa vaikuttivat negatiivisesti korkea ikä ja vammautuminen myöhemmällä iällä, perheellisyys, omassa kodissa asuminen ja henkilökohtaisen avun palvelumalli. Toiminnallista osallistumista lisäsivät vastaavasti nuori

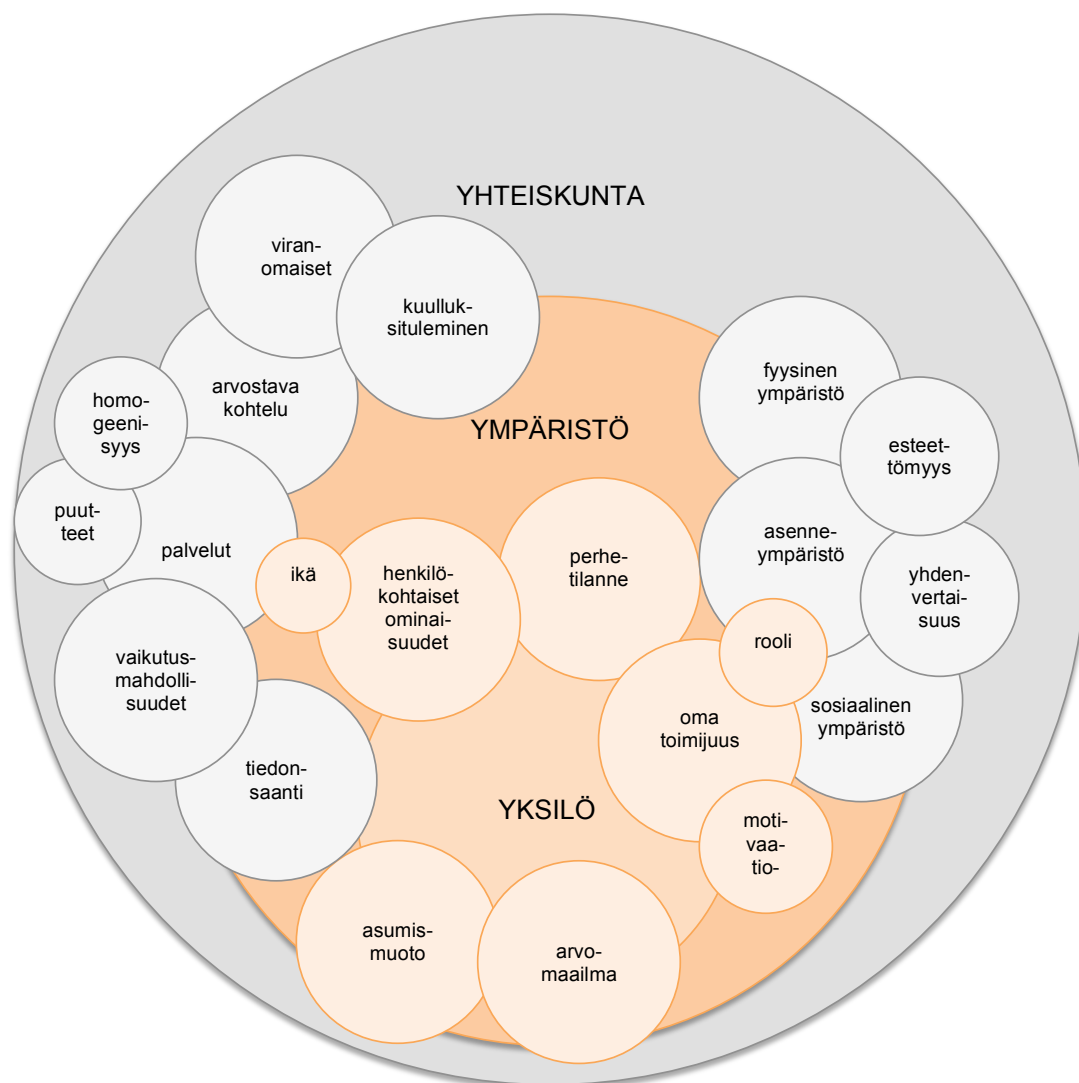
ikä, synnynnäinen vammaisuus, yksin asuminen, palvelutalossa asuminen sekä henkilökohtaisen avun työnantajamalli. Osallisuuden kannalta merkityksellisiksi koettuja tekijöitä olivat fyysinen esteettömyys ja elämänpoliittisen osallisuuden kokeminen. Aineistossa korostuivat kokemukset rakenteellisesta ja asenteellisesta esteellisyydestä. Osallistumismahdollisuuksia rajoittivat esteellinen ympäristö, palveluiden puutteellisuus tai niiden homogeenisyys, epäonnistuneet viranomaiskohtaukset ja kokemus, että ei tule kuulluksi. Lisäksi osallisuuden kokemukseen vaikuttivat yksilön subjektiivinen arvomaailma ja oma toimijuus. (Kivistö 2014: 42-160.) Osallisuuden kokemisen ja rakentumisen kannalta merkitykselliset tekijät Kivistön (2014: 161-62) mukaan on esitelty kuviossa 1. Fyysisen ja sosiaalisen ympäristön ja yhteiskunnallisen asenneympäristön merkitys yksilön sosiaaliseen osallisuuteen ja selviytymiseen korostuvat myös ICF-mallissa (ICF 2013; Järvikoski 2008, 52).



Kuvio 1. Osallisuuden kokemisen ja rakentumisen kannalta merkityksellisten tekijöiden rakentuminen Kivistön (2014:161-162) mukaan.

Yksilön toimintaan, osallistumiseen ja osallisuuteen vaikuttavat samanaikaisesti niin yksilölliset tekijät, ympäristö kuin yhteiskuntakin, jotka ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa suhteessa toisiinsa (Rämö – Salminen 2016:15-16) Toimintaa ja osallistumista voidaan tarkastella suhteessa ympäristöön. ICF-mallissa ympäristö nähdään moniulotteisena tasona, jossa sekä fyysinen että sosiaalinen ympäristö luovat esteet tai edelly-

tykset toiminnalle ja toimintakyvyn kehittymiselle. Osallistumismahdollisuudet todentuvat yksilön omassa toimintaympäristössä, jossa välittömästi kohdattu ympäristö sekä ympäristön epäviralliset ja viralliset rakenteet kuten järjestelmät, normit ja asenteet vaikuttavat osallisuuteen ja osallistumisen toteutumiseen (ICF 2013; Järvikoski ym. 2009: 23-24). Yhteiskunta luo osallistumisen perusteet esimerkiksi ympäristön esteettömyytenä ja lakeina, jotka mahdollistavat osallisuuden ja osallistumisen.



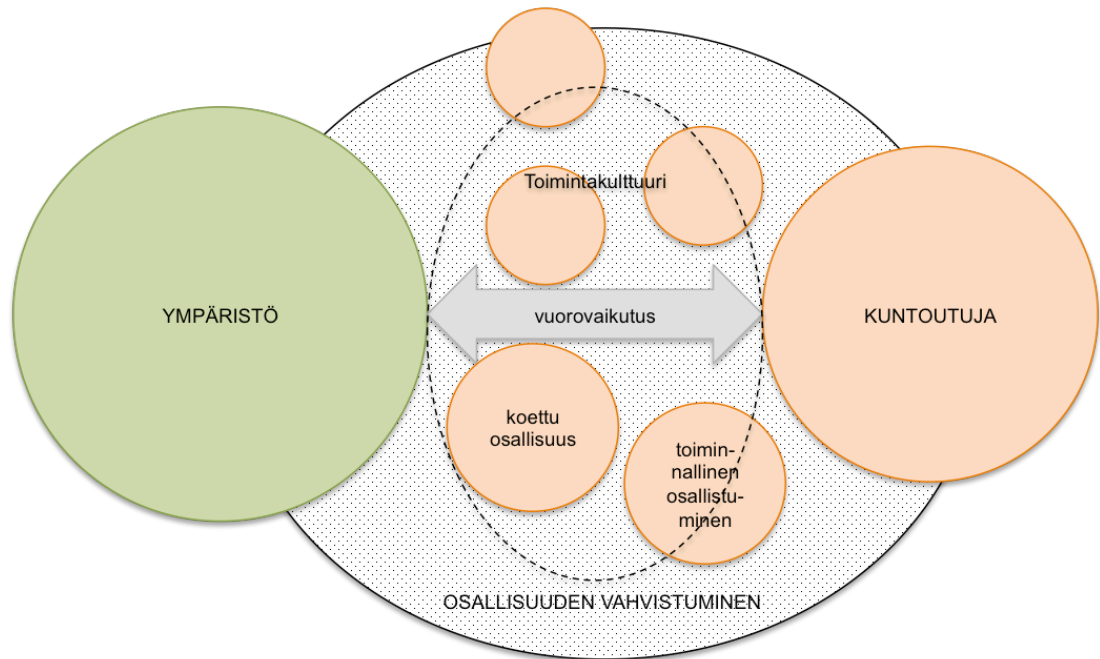
Kuvio 2. Osallisuuteen vaikuttavia tekijöitä kuvattuna yksilön, ympäristön ja yhteiskunnan tasoilla mukailen Kivistö 2014; Rämö – Salminen 2016; Järvikoski 2008 ja 2013; Wiman 2004

Kuviossa 2 olen kuvannut osallistumiseen ja osallisuuteen vaikuttavia tekijöitä yksilön, ympäristön ja yhteiskunnan tasoilla. Kuviossa olen pyrkinyt kuvaamaan aiemmin tässä kappaleessa esittämäni tiedon perusteella, miten osallisuuteen vaikuttavat tekijät ovat aina suhteessa toisiinsa yksilön, ympäristön ja yhteiskunnan tasojen vuorovaikutuksen kautta. Tässä vuorovaikutuksessa osallisuuteen vaikuttavat tekijät voivat olla osallisuutta edistäviä tai estäviä. Esimerkiksi yksilön kokemus itsestä toimijana vaikuttaa siihen, millaisia rooleja hän itselleen ottaa omassa ympäristössään. Samalla ympäristön eri ulottuvuudet, fyysinen, sosiaalinen ja asenteellinen, vaikuttavat yksilön rooleihin ja kokemukseen itsestä toimijana.

2.3 Osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa

Kuntoutujan osallistumisen vahvistumista kuntoutuksessa voidaan tarkastella kuntoutujan osallistumisena itse palvelutapahtumaan tai -prosessiin (suunnittelu, päätöksenteko, toiminta) ja sen lisäksi näkökulmana voi olla kuntoutujan osallistuminen palveluprosessien kehittämiseen. (Järvikoski 2013: 21-24; Järvikoski 2009: 22; Virtanen ym.2011:29.) Osallisuus voi näyttäytyä niin toiminnallisena osallistumisena kuin kokemuksellisenä osallisuutenakin (Kivistö 2014:42-160).

Kiilakoski ja Gretscel (2012) kuvaavat lasten ja nuorten osallisuuden vahvistumista kokemukselliseksi tilaksi, jolla on suurta merkitystä hyvinvoinnin kannalta. Osallisuus näkyy toimintakulttuurissa ja se rakentuu suhteessa yhteisöön. Yksilön ja yhteisön suhde taas riippuu suhteen merkityksestä yksilölle. (Kiilakoski – Gretscel 2012:24-26.) Osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa on merkityksellistä sekä kuntoutustoiminnan että kuntoutujan näkökulmasta. Jos kuntoutus toteutuu irrallaan arjesta, muodostuu kuntoutuksesta herkästi rinnakkaiselämä. Kuntoutuminen edellyttää terapiassa saavutettujen valmiuksien ja taitojen siirtymistä arkeen ja arjen toimiin kuntoutujan omassa ympäristössä. (Autti-Rämö – Salminen 2016:16.)



Kuvio 3. Osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa kuntoutujan ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa

Tässä kehittämistyössä osallistuminen nähdään kuntoutujan aktiivisena toimintana ja osallisuus yksilöllisenä kokemuksena toiminnasta. Osallistuminen ja osallisuus ovat sidoksissa toimintaympäristöön ja kuntoutujan ja ympäristön väliseen vuorovaikutukseen. Kuviossa kolme olen hahmotellut osallisuuden vahvistumista kuntoutujan ja ympäristön vuorovaikutuksessa. Siinä osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa edellyttää sellaista toimintakulttuuria, jossa ympäristön ja yksilön vuorovaikutus tukee koetun osallisuuden ja toiminnallisen osallistumisen mahdollistumista ja vahvistumista.

3 Toimintaympäristönä Espoon sairaala

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön toimintaympäristönä on Espoon sairaalan neurologinen kuntoutusosasto 3E ja kotihoidon ja kuntoutuksen avopalveluiden rajapinta, jossa työskennellään kotiutusvaiheessa. Rajapinta on merkityksellinen, koska sairaalan toiminnan missiona on kotona asumisen mahdollistaminen mahdollisimman pitkään. Espoon uutta sairaalaa rakennetaan HUS-Jorvin kampukselle ja kaikki sairaalan toiminnot siirtyvät uuteen sairaalan kevään 2017 aikana. Samalla sairaalan toimintatapoja ollaan rakentamassa uudelleen. Tavoitteena on kuntoutuksen painopisteen siirtäminen kotiin ja potilaan omaan elinympäristöön. Uutena toimintana ollaan suunnittelemassa

muun muassa polikliinisten ja kotiin vietävien palveluiden yksikköä, jonka tavoitteena on lyhentää sairaalahoidon kestoa panostamalla kotikuntoutukseen. Samalla ollaan kehittämässä sekä AVH-kuntoutujien että muiden potilassegmenttien kuntoutusprosesseja. (Espoon sairaala - toiminnallinen suunnitelma 2015.)

Omat työtehtäväni ovat sijoittuneet Espoon sairaalassa pääsääntöisesti kuntoutusosasto 3E:lle. Kuntoutusosasto 3E on profiloitunut neurologiseen kuntoutukseen. Osastolla toimii moniammatillinen tiimi, johon kuuluvat neurologi, neuropsykologi, neljä fysio-, kaksi toiminta- ja kaksi puheterapeuttia, hoitotyöntekijöitä, sosionomi ja sosiaalityöntekijä. Lisäksi kuntoutuksessa on mahdollista hyödyntää musiikki- ja ravitsemusterapeutin palveluita ja viriketoiminnan ohjaajia. Kuntoutus toteutuu pääasiallisesti osastolla. Tarve toteuttaa kuntoutusta kuntoutujan omassa toimintaympäristössä on tunnistettu. Terapeuteilla on mahdollisuus tarvearvioon perustuen toteuttaa kuntouttavia kotikäyntejä osastokuntoutuksen aikana. Kuntoutujat tulevat osastolle jatkokuntoutukseen pääsääntöisesti Jorvin osasto NE3:lta, Meilahden sairaalasta tai Töölön sairaalasta. Espoon uudessa sairaalassa kuntoutusosastot on jaettu potilassegmentteittäin ja neurologiseen kuntoutukseen on varattu 45 -paikkainen osasto, jossa toimii kolme 15 potilaan pienryhmää (Espoon sairaala - toiminnallinen suunnitelma 2015).

Kuntoutujan saavuttaessa sellaisen toimintakyvyn, joka on riittävä kotiutumiseksi, suunnitellaan kotiutuminen yhdessä läheisten ja kotihoidon kanssa tarvittavien tukipalveluiden järjestämiseksi. Intensiivistä moniammatillista kuntoutusta ei ole vielä mahdollista järjestää kotiin, vaikka kuntoutuja hyötyisi moniammatillisen tiimin näkemyksen perusteella tehostetusta moniammatillisesta kuntoutuksesta. Osastohoidon jälkeen ikääntyneiden yli 65-vuotiaiden AVH-kuntoutujien kuntoutus jatkuu useiden eri toimijoiden toimesta. Kuntoutusta ei koordinoita tai seurata keskitetysti. Fysioterapia jatkuu joko vanhustenpalveluiden kotikuntoutuksen toimesta kotona tai terveyspalveluiden yksilö- tai ryhmäkäynteinä vastaanotolla. Toimintaterapia toteutuu avopalveluiden aikuistoimintaterapian kautta vastaanotto- tai kotikäynteinä. Puheterapiaa tarjotaan Puolarmetsän sairaalassa tai Tapiolan terveysasemalla yksilö- tai ryhmämuotoisina käynteinä. Vaikeasti liikkuva ja moniammatillista kuntoutusta tarvitseva kuntoutuja voi saada lisäksi kuntoutusta n. 6vko:n jakson Muuralan päiväsairaalassa. Varsinaisesta moniammatillisesta kotona tapahtuvasta kuntoutuksesta ei ole mallia. Kuntoutuksen kenttä on pirstaloitunut myös Espoossa usealle eri toimialalle ja verkoston toimivuudessa on puutteita.

4 Tavoite ja tarkoitus

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää Espoon sairaalan neurologiselta kuntoutusosastolta kotiutuvien AVH-kuntoutujien kuntoutusta. Työn tavoitteena oli AVH-kuntoutujan osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa.

Kehittämistehtävät:

1. Selvittää, mikä vahvistaa kuntoutujan osallisuutta arjen toimissa
 - a. kuntoutujien näkökulmasta
 - b. ammattilaisten näkökulmasta

2. Selvittää, mitä toimintatapoja kuntoutustoimintaan tarvitaan kuntoutujan osallisuuden vahvistumiseksi arjen toimissa
 - a. kuntoutujien näkökulmasta
 - b. ammattilaisten näkökulmasta

3. Kuvata osallisuutta arjen toimissa vahvistavaa kuntoutusta ja kotiutusta

Työn tuotoksena syntyi kuvaus AVH-kuntoutujan osallisuutta arjen toimissa vahvistavasta kuntoutuksesta.

5 Menetelmälliset ratkaisut

5.1 Toimintatutkimus tutkimuksellisena lähestymistapana

Tämän kehittämistyön näkökulma perustuu moniasiantuntijuuteen. Asiantuntijoina ja tiedon tuottajina toimivat AVH-kuntoutajat ja ammattilaiset, jotka työskentelevät yhdessä AVH-kuntoutujien kanssa osastokuntoutuksen, kotiutuksen ja kotona tapahtuvan hoidon ja kuntoutuksen parissa. Kehittämistyöni lähestymistavan valintaa ohjasivat kehittämistyön tavoite, joka oli kriittisemansipatorinen sekä tarkoitus, joka oli toiminnan kehittämiseen ja muutokseen tähtäävä. Toimintatutkimus osallistavana tutkimuksen ja toiminnan yhdistävänä kehittämismenetelmänä soveltui lähestymistavaksi, koska sillä voidaan pureutua käytännön työhön ja toiminnan kehittämiseen sekä parantaa toimin-

taa muutoksen myötä. (Kananen 2014: 11-17 ; Heikkinen 2006: 16-35; Heikkinen – Kontinen – Häkkinen: 39-47.)

Osallistavan kehittämismenetelmän käytön koin tärkeäksi jo kehittämistyön aiheen näkökulmasta, mutta myös siksi, että halusin kliinistä työtä tekevät ammattilaiset sekä kuntoutujat itse pohtimaan, miten työtämme voisi parantaa. Yhteisesti tuotettu ratkaisu parantaa työilmapiiriä ja motivoi omatoimiseen työn tarkasteluun ja kehittämiseen. Osallistavalla tutkimuksella voidaan myös parantaa kehittämistyön eettisyyttä, kun mukana on mahdollisimman laaja edustus eri osapuolia, joita kehittämistyö koskettaa. Osallistavana kehittämismenetelmänä toimintatutkimus parantaa mahdollisten uudistusten juurtumista työyhteisöön verrattuna esimerkiksi ulkopuolelta annettuun toimintatapaan. (Heikkinen – Kontinen – Häkkinen: 50-51; Routio n.d..)

Prosessina toimintatutkimus on syklimäinen ja se muodostaa spiraalin, jossa yhden syklin vaiheet toistuvat peräjälkeen. Yhden syklin vaiheita ovat suunnittelu, toiminta ja arviointi, joka sisältää toiminnan havainnoinnin ja reflektoinnin. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä päästiin toimintatutkimuksen näkökulmasta prosessin suunnitelmavaiheeseen. Kehittämistyön tuotoksena syntyi kuvaus kotiutuvan AVH-kuntoutujan osallisuutta arjen toimissa vahvistavasta kuntoutuksesta. Seuraava vaihe toimintatutkimuksen syklissä on toiminta, joka tässä tarkoittaa tuotoksessa kuvattujen ydintekijöiden ja niihin sisältyvien toimintatapojen viemistä käytäntöön. Käytännössä tämä edellyttää työyhteisössä käytävää keskustelua ja päätöksiä siitä, mitä ja miten tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksia ja tuotosta hyödynnetään. Mahdollista valittujen toimintatapojen kokeilua eli toimintaa osastolla seuraisi toiminnan havainnointi ja reflektointi suhteessa kuntoutujan osallisuuden vahvistumiseen arjen toimissa. (Kananen 2014: 67-76 ; Heikkinen – Rovio – Kiilakoski 2006: 78-85.)

Toimintatutkimuksen syklimäisen prosessin sisällä työryhmätyöskentely eteni omina pieninä sykleinä, jotka koostuivat suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista muokaten aina seuraava työryhmäkertaa. Toimintatutkimukselle tyypillisen toiminnan ja reflektion vuorovaikutuksessa tutkimussuunnitelma eli ja työryhmien kulloisenkin tapaamisen kehittämistehtävät ja käytetyt yhteiskehittelyn menetelmät hioutuivat edellisillä kerroilla tuotetun aineiston perusteella. (Heikkinen ym. 2006: 85-87.) Syklimäinen työskentely mahdollisti myös kehittämistehtävien rakentumisen toistensa päälle. Työryhmät loivat ensin yhteistä näkemystä osallisuutta vahvistavista tekijöistä, tuottivat sen jälkeen toimintatapoja, joilla osallisuutta voidaan vahvistaa ja lopuksi kuvasivat kotiutumiseen

johtavaa kuntoutusta, jossa osallisuutta vahvistavat tekijät ja toimintatavat ovat mukana.

Oma roolini kehittämistyössä vaihteli eri tapaamiskertojen mukaan aktiivisesta osallistujasta fasilitaattoriin, työryhmän jäsenestä työryhmän vetäjään. Työryhmissä koordinoin yhteistoimintaa ja osallistujia varmistaen, että ryhmän jäsenet olivat aktiivisia toiminnassa. Ryhmän vetäjänä toimin kuuntelijana ja kannustajana jakaen vastuun kehittämisestä yhdessä työryhmäläisten kanssa. Tehtävänäni oli myös auttaa ryhmää työskentelemään syklimäisen prosessin mukaisesti, tarjota työskentelyyn sopivia työkaluja ja edistää ryhmän toimintaa. (Kananen 2014: 28-29; 67-76 Heikkinen – Kontinen – Häkkinen: 47.)

5.2 Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen

Kehittämistyö käynnistyi suunnitelmavaiheen jälkeen helmikuussa 2016, kun sain tutkimusluvan Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen esikunnan Kehittämisen tulosalue Ketterältä 22.2.2016 (liite 1). Kehittämistyön suunnitelman tarkasti lisäksi Espoon sairaalan päällikkö ja se oli kommentoitavana neurologisen kuntoutusosaston osastonhoitajalla ja kahdella moniammatillisen tiimin jäsenellä.

Tutkimusluvan saannin jälkeen esittelin kehittämistyön aiheen ja hyväksytyt suunnitelman kuntoutusosasto 3E:n moniammatilliselle tiimille. Kehittämistyöhön liittyvien työryhmien aikataulusta päätettiin tuolloin. Kutsut (tutkimushenkilötiedote liite 2 ja suostumusasiakirja liite 3) kehittämistyöhön esitettiin kuntoutujille ja omaisille henkilökohtaisesti ja ammattilaisille sähköpostitse. Kutsuja kuntoutujille ja omaisille jakoivat Espoon sairaalan kuntoutusosaston 3E:n sekä Muuralan päiväsairaalan toimintaterapeutit tutkimussuunnitelmassa määritellyin perustein. Kuntoutusosasto 3E:n ammattilaiset saivat itse päättää osallistumisestaan kehittämistyöhön.

Yhteiskehittely ja ryhmäkeskustelut toteutuivat kahdessa erillisessä työryhmässä huhti - toukokuussa 2016 painottuen toukokuulle. Ensimmäisen työryhmän muodostivat kuntoutujat ja toisen ammattilaiset. Molemmat työryhmät kokoontuivat yhteensä kolme kertaa. Työryhmät kokoontuivat vuoroviikoin joka toinen viikko, jotta minulle jäi aikaa työstää tuotettua aineistoa ennen seuraavaa tapaamista. Koko aineisto oli kerätty toukokuun 2016 lopussa.

Aineiston ensimmäinen analyysi valmistui elokuun lopulla, jonka jälkeen työryhmäläiset kokoontuivat yhdessä refleктоimaan yhteiskehittelyllä tuotettua aineistoa. Esittelin työryhmäläisille aineistosta tekemäni aineistolähtöisen sisällönanalyysin ala- ja yläluokat. Jaoin luokittelun ammattilaisille myös sähköpostitse kommentoitavaksi. Tämän jälkeen tarkensin aineiston analyysiä vielä loka-marraskuussa. Kehittämistyön raportti valmistui marraskuun lopulla.

Kehittämistyön aikatauluun vaikuttivat käynnissä ollut Espoon uuden sairaalan rakentaminen sekä syyskuu 2016 suunnitellut henkilöstön koulutukset ja muuttovalmistelut uuteen sairaalaan. Kehittämistyö eteni aikataulullisesti suunnitelman mukaisesti lukuun ottamatta syyskuussa pidettyä tapaamista, joka oli suunniteltu alun perin jo elokuulle. Kehittämistyön etenemistä on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen

Aika	Kehittämistyön vaiheet
syksy 2015	Espon sairaalan toiminnalliseen suunnitelmaan perehtyminen keskustelut työyhteisössä alustava aiheanalyysi
tammikuu 2016	tutkimuksellisen kehittämistyön suunnitelman valmistuminen
helmikuu 2016	tutkimuslupa Espoon kaupungilta suunnitelman esittely työyhteisössä kutsujen jakaminen kehittämistyöhön alkaa
maaliskuu 2016	yhteiskehittelymenetelmien valmistelu
huhti - toukokuu 2016	kuntoutujien työryhmät: 26.4, 10.5, 24.5 ammattilaisten työryhmät: 2.5, 16.5, 30.5 aineiston läpi käyminen ja ryhmittely työryhmien välillä
elo - marraskuu 2016	aineiston litterointi ja analysointi analysoidun aineiston ala- ja yläluokkien esittely työryhmäläisille 15.9 tapaamisessa aineiston analysoinnin tarkentaminen tutkimuksellisen kehittämistyön raportin kirjoittaminen tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten esittely työyhteisössä raportin viimeistely
joulukuu 2016	tutkimuksellisen kehittämistyön julkistaminen

5.3 Osallistujien valinta ja kuvaus

Toimintatutkimuksen periaatteiden mukaisesti tavoitteena oli koota yhteen tämän kehittämistyön tarkoituksen ja tavoitteen kannalta parhaan asiantuntemuksen omaava työryhmä. Lähtökohtana oli asiantuntijuuden jakaminen ja kuntoutujien osallisuuden vahvistaminen yhdessä kehittämällä. Osallistamalla kuntoutujat toiminnan kehittämiseen luodaan puitteet onnistuneelle palvelulle. Onnistunut palvelu syntyy tarpeiden huomiomisesta ja perustuu hyvään vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön. (Virtanen ym. 2011: 11-12). Asiantuntemuksen jakaminen mahdollistaa voimavarojen riittävyyden myös tulevaisuudessa väestön ikääntyessä (Konsensuslausuma 2008). Edellä esitettyjen periaatteiden mukaan työryhmiin kutsuttiin AVH-kuntoutujia ja heidän omaisiaan sekä moniammatillisen tiimin jäseniä kuntoutusosasto 3E:ltä sekä verkoston muita toimijoita, joiden kanssa tehdään yhteistyötä kotiutumisen ja kuntoutumisen jatkumisen onnistumiseksi.

Ensimmäiseen työryhmään kutsuttiin kuntoutujia ja omaisia osastolta 3E kotiutuvien kuntoutujien, Muuralan päiväsairaalassa kuntoutuksessa olevien kuntoutujien sekä kotikuntoutusta saavien AVH-kuntoutujien joukosta. Kuntoutujien ja omaisten kohdalla kehittämistyöhön kutsumisen perusteena oli, että kuntoutuja oli kotiutumassa tai asui omassa kodissaan tai siihen rinnastettavissa olevassa asumismuodossa. Kuntoutujan täytyi kyetä osallistumaan keskusteluun sekä ryhmämuotoiseen toimintaan tai omaisen täytyi kyetä avustamaan kuntoutujan osallistumista. Omaisen oli mahdollista osallistua myös yksin. Omaisen täytyi asua kuitenkin yhdessä kuntoutujan kanssa, jotta hänellä olisi riittävän vahva näkemys arjen toimista ja osallisuuden mahdollisuuksista.

Kuntoutujien ja omaisten saaminen mukaan kehittämistyöhön osoittautui haastavaksi lyhyen (noin kaksi kuukautta) ilmoittautumisajan vuoksi. Osastolta kotiutui tällä jaksolla vai joitakin kuntoutujia eikä heidän joukostaan löytynyt kehittämistyöhön halukkaita. Ensimmäiseen työryhmään (taulukko 2) osallistui lopulta yhteensä viisi kuntoutujaa, jotka kaikki olivat työryhmätyöskentelyn alkaessa kuntoutuksessa Muuralan päiväsairaalassa. Omaisia ei ilmoittautunut lainkaan. Työryhmäläisistä neljä oli naisia ja yksi mies ja heidän ikänsä vaihtelivat 66-78 -ikävuoden välillä. Työryhmätyöskentely sovitettiin osaksi Muuralan päiväsairaalan päiväohjelmaa. Yksi kuntoutujista osallistui työryhmätyöskentelyyn myös päiväsairaalahakson päätyttyä.

Taulukko 2. Työryhmään osallistuneet kuntoutujat

AVH-kuntoutuja	sairastumisvuosi	Osallistuminen työryhmään			Yhteinen reflektio
		25.4	9.5	23.5	
1	2013	x	x	x	
2	2006 ja 2007	x	x	x	
3	2015	x			
4	2016	x			
5	1999		x	x	x

Toisen työryhmän (taulukko 3) muodostivat kuntoutusosasto 3E:n moniammatillinen tiimi ja verkoston ammattilaiset kotikuntoutuksesta, kotihoidosta, päiväsairaalasta ja avopalveluiden toimintaterapiasta. Esitin avoimen kutsun kehittämistyöhön osallistumisesta suoraan kuntoutusosasto 3E:n moniammatilliselle tiimille ja sähköpostitse verkoston muille ammattilaisille. Työryhmään osallistujat valikoituivat tiimeistään kehittämistyöhön oman kiinnostuksensa tai esimiehen esityksen perusteella. Kehittämistyöhön osallistui yhteensä 13 ammattilaista. Työryhmän kokoonpano vaihteli eri tapaamis-kerroilla ja läsnä oli kerrasta riippuen 5 – 12 ammattilaista.

Taulukko 3. Työryhmään osallistuneet ammattilaiset

Organisaatio	Yksikkö	Nimike	Osallistuminen työryhmään			Yhteinen reflektio
			2.5	16.5	30.5	
Vanhustenpalvelut	Espoon sairaala osasto 3E	sairaanhoitaja	x		x	
		perushoitaja	x			
		toimintaterapeutti	x	x	x	x
		fysioterapeutti	x	x	x	
		fysioterapeutti	x		x	
		puheterapeutti	x	x	x	x
		puheterapeutti	x	x	x	
		lääkäri	x		x	x
Vanhustenpalvelut	Kotikuntoutus	fysioterapeutti	x		x	x
Vanhustenpalvelut	Kotikuntoutus	fysioterapeutti		x	x	
Vanhustenpalvelut	Muuralan päiväsairaala	toimintaterapeutti		x	x	x
Vanhustenpalvelut	Kotihoito	kotiutushoitaja	x	x	x	
Terveyspalvelut	Avokuntoutus	toimintaterapeutti	x	x	x	

5.4 Aineiston kerääminen

Aineisto tuotettiin yhteiskehittelyn menetelmin kahdessa työryhmässä, joista toinen koostui kuntoutujista ja toinen ammattilaisista. Aineiston keruumenetelmäksi valikoitui yhteiskehittely, koska se mahdollistaa aktiivisen ja tasaveroisen osallistumisen ja sen tuotoksena tulisi syntyä kaikkia toimijoita hyödyttävä, uutta luova tulos. Yhteiskehittelyä käytetään mm. kehittämistoiminnassa työyhteisön toiminnan kehittämiseen. (Yhteiskehittelyllä hyvinvointia n.d.) Molemmat työryhmät kokoontuivat erikseen yhteensä kolme kertaa ja kerran yhdessä refleктоimaan tuotettua aineistoa.

Yhteiskehittelyn menetelmät valitsin työryhmien koon sekä ryhmätyöskentelyvalmiuksien perusteella, kun osallistujat työryhmiin olivat ilmoittautuneet. Erillisiin työryhmiin päädyin kuntoutujien mahdollisten kommunikaatioon liittyvien haasteiden vuoksi, jolloin isossa ryhmässä heidän äänensä ei olisi ehkä tullut riittävästi esille. Varmistaakseni

kuntoutujien äänen kuulumisen myös ammattilaisten työryhmätyöskentelyssä hyödynsin Bikva-mallin ideaa kehittämistyön aineiston tuottamisessa. Bikva-mallissa asiakkaat tuottavat ensin tietoa, joka viedään sen jälkeen kenttätyöntekijöille. Kenttätyöntekijöiden tuottama tieto viedään johdolle ja johdon tuottaman tieto aina poliittisille päättäjille asti. Mallin ajatuksena on, että asiakkailta on sellaista tietoa, josta on apua toiminnan kohdentamiseen. (Hänninen ym. 2007:12.) Mukailin mallia siten, että kuntoutujien työryhmä käsitteli kehittämistehtävien pohjalta rakentuvia aiheita ensin ja heidän tuottamansa aineisto toimi pohjana ammattilaisten työryhmän työskentelylle. Ammattilaisten työryhmän tuottama aineisto esiteltiin kuntoutujien työryhmän kommentoitavaksi heidän seuraavassa tapaamisessaan.

Tässä kehittämistyössä työryhmätyöskentelyssä korostui toimintatutkimukselle tyypillinen syklimäisyys ja kehittämistyön täsmentyminen prosessin edetessä (Heikkinen – Rovio – Kiilakoski 2006: 80-82; Kiviniemi 1999: 65-68). Syklimäisyys ja täsmentyminen näkyivät suunniteltujen menetelmien ja kehittämistehtävien tarkentumisena aina työryhmän tapaamisten jälkeen. Työryhmätyöskentely muodostui tekemästäni suunnitelmasta, työryhmäläisten toiminnasta, reflektiivisestä keskustelusta sekä toiminnan arvioinnista, jonka jälkeen jäsensin aineistoa ja hioin seuraavan kerran suunnitelmaa ja kehittämistehtäviä tuotetun aineiston perusteella. Lisäksi tein tuotetusta aineistosta tiivistetyn yhteenvedon käytettäväksi seuraavan työryhmätapaamisen alustuksena. Taulukossa 4 on esitelty tutkimuksellisen kehittämistyön aineistonkeruuta työryhmien tapaamisten ja kehittämistehtävien mukaan.

Taulukko 4. Tutkimuksellisen kehittämistyön aineistonkeruu

Työryhmä	Kehittämistehtävä	Aineiston keruu	Tuotos
kuntoutujien työryhmä 26.4	Selvittää mikä vahvistaa kuntoutujan osallisuutta arjen toimissa?	ryhmäkeskustelu	Osallisuutta arjen toimissa vahvistavat tekijät kuntoutujien näkökulmasta
ammattilaisten työryhmä 2.5	Selvittää mikä vahvistaa kuntoutujan osallisuutta arjen toimissa?	Yhteiskehittely: Learning cafe	Osallisuutta arjen toimissa vahvistavat tekijät ammattilaisten näkökulmasta
kuntoutujien työryhmä 10.5	Selvittää mitä työtapoja tai menetelmiä kuntoutustoimintaan tarvitaan kuntoutujan osallisuuden vahvistumiseksi arjen toimissa?	ryhmäkeskustelu	Kuntoutustoimintaan tarvittavat työtavat ja menetelmät kuntoutujien näkökulmasta
ammattilaisten työryhmä 16.5	Selvittää mitä työtapoja tai menetelmiä kuntoutustoimintaan tarvitaan kuntoutujan osallisuuden vahvistumiseksi arjen toimissa?	Yhteiskehittely : Ideariihi ja ideoiden parastaminen	Kuntoutustoimintaan tarvittavat työtavat ja menetelmät ammattilaisten näkökulmasta
kuntoutujien työryhmä 24.5	Kuvata osallisuutta arjen toimissa vahvistavaa kuntoutusta ja kotiutusta	Yhteiskehittely: Aikajana mukailu	Kuntoutujien kuvaus prosessista
ammattilaisten työryhmä 30.5	Kuvata osallisuutta arjen toimissa vahvistavaa kuntoutusta ja kotiutusta	Yhteiskehittely: Aikajana ja kalantomallin mukailu	Kuvaus prosessista

5.4.1 Aineiston keräämisen menetelmät kuntoutujien työryhmässä

Olin etukäteen valmistellut jokaiselle kuntoutujien työryhmän tapaamiselle rungon (liite 4), joka sisälsi aikataulun, kuvauksen työryhmätyöskentelyn etenemisestä sekä menetelmän aineiston keräämiseksi yhteen kehittämistehtävään kerrallaan. Työryhmän jälkeen täydensin ja muokkasin runkoa vastaamaan toteutunutta työryhmää. Tarvittaessa muokkasin myös seuraavalle työryhmän tapaamiselle suunniteltua runkoa. Työryhmätyöskentely eteni kaikilla kolmella työryhmän tapaamisella pääpiirteissään suunnitelman mukaisesti. Työryhmän kestoja säädettiin jokaisella kerralla erikseen kuntoutujien muun Päiväsairaaloiminnan mukaan. Alustin työryhmän kulloiseenkin kehittämistehtävään.

tävään lyhyesti ja kerroin miten työskentelemme. Toisella ja kolmannella työryhmän tapaamisella esittelin aluksi myös ammattilaisten omassa työryhmässään tuottaman aineiston kuntoutujien kommentoitavaksi.

Kuntoutujat osallistuivat aktiivisesti työryhmätyöskentelyyn. Oma roolini kuntoutujien muodostamassa työryhmässä oli toimia työryhmän vetäjänä, keskustelun fasilitaattorina sekä kirjuriina. Kehittämistehtävä oli kaikilla työryhmäkerroilla kirjattuna seinällä olevalle paperille ja tarvittaessa ohjasin keskustelun takaisin kehittämistehtävään palauttamalla kehittämistehtävän mieleen ääneen lukemalla. Työskentelyn aikana kirjasin työryhmän keskustelusta pääsanoja post it -lapuille ja asetin ne nähtäville seinälle. Kuntoutujilla oli myös itse tähän mahdollisuus. Ajoittain minun oli myös avustettava työryhmää sanojen löytämisessä ja sanoittamisessa työryhmäläisten puheen tuottoon liittyvien haasteiden vuoksi. Pyrin tällöin varmistamaan työryhmäläisten oman äänen kuulumisen toistamalla kirjoittamani pääsanat ja pyytäen kuntoutujaa vahvistamaan sen. Työryhmän tapaamiset nauhoitin kokonaisuudessaan ja kirjaamani post it -laput valokuvasin aineiston analysointia varten.

Ensimmäisen ja toisen kehittämistehtävän aineiston tuottamisen menetelmänä kuntoutujien työryhmässä käytin ryhmäkeskustelua dialogimenettelyllä. Dialogimenettelyssä ryhmäkeskustelua ohjataan viestikapulalla. Viestikapula kiersi kuntoutujalta toiselle ja jokaisella oli mahdollisuus tuoda oma näkemyksensä keskusteluun. Keskustelukieroksia käytiin niin kauan kuin aiheesta oli keskusteltavaa. Tarvittaessa ohjasin keskustelua lisäkysymyksiin tai uudella näkökulmalla. Menetelmän tavoitteena oli mahdollistaa kaikkien osallistuminen, edistää toisten kuuntelua ja oman äänen esiin tuomista. (Järvensivu – Nykänen – Rajala 2010.)

Kolmannen kehittämistehtävän aineiston tuottamisen menetelmänä käytin aiemmilta kerroilta kuntoutujille tuttua ryhmäkeskustelua dialogimenettelyllä sekä mukailtua aikajanatyöskentelyä. Aikajanatyöskentelyä käytetään tyypillisesti toiminnan suunnittelussa, ja fokus työskentelyssä on tällöin niissä tapahtumissa tai teoissa, mitä aikajanalla pitää tapahtua tavoitteeseen pääsemiseksi (Mannerheimin lastensuojeluliitto nd.). Mukailin aikajana työskentelyä kuvaamaan erilaisia tekoja/toimia, menetelmiä sekä muutoksia työtavoissa ja prosesseissa, jotka auttavat saavuttamaan kehittämistyön tavoitteen: kotiutuvan AVH-kuntoutujan osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa. Kuntoutujat kuvasivat aikajanalla kuntoutusta ja sen eri vaiheita aikajatkumolla saapuminen osastolle - kotiutuminen ja kuntoutuksen jatkuminen kotona kehittämistehtävän näkökul-

masta. Työskentely toteutui siten, että piirsin seinälle aikajanan ja konkreettisia tapahtumia osastokuntoutuksen ja kotiutumisen ajalta. Kuntoutujat tuottivat keskustelemalla ja edellisiä tapaamisia hyödyntämällä tapahtumia tai tekoja, jotka minä kirjasin post-it lapuille ja vein aikajanelle.

5.4.2 Aineiston keräämisen menetelmät ammattilaisten työryhmässä

Kuten kuntoutujien työryhmässä, olin etukäteen valmistellut jokaiselle ammattilaisten työryhmän tapaamiselle rungon (liite 5), joka sisälsi aikataulun, kuvauksen työryhmätyöskentelyn etenemisestä sekä menetelmän aineiston keräämiseksi yhteen kehittämistehtävään kerrallaan. Työryhmän jälkeen täydensin ja muokkasin runkoa vastamaan toteutunutta työryhmää. Tarvittaessa muokkasin myös seuraavalle työryhmän tapaamiselle suunniteltua runkoa.

Ensimmäisen kehittämistehtävän aineiston keräämisen menetelmänä käytin Learning café -työskentelyä. Learning café -työskentelyssä työryhmä jaettiin kolmeen pöytäryhmään. Jokaisessa pöytäryhmässä oli puheenjohtaja, jonka tehtävänä oli viedä keskustelua eteenpäin ja kirjata pääkohdat ylös. Yhden kysymyksen/ teeman käsitteilyyn käytettiin aikaa 20 minuuttia, jonka jälkeen vaihdettiin pöytää. Puheenjohtaja jäi tekemään yhteenvedon uudelle pöytäryhmälle. Kierroksia jatkettiin kunnes oli palattu omaan pöytäryhmään. Lopuksi puheenjohtajat esittelivät työt ja tuotoksista käytiin yhteiskeskustelua. (Järvensivu – Nykänen – Rajala 2010.)

Ammattilaisten työryhmän Learning café:n teemat olivat: mikä vahvistaa kuntoutujan osallisuutta arjen toiminna 1) osastolla, 2) kotiutusvaiheessa ja 3) kuntoutujan omassa toimintaympäristössä? Työryhmällä oli käytössään koostamani yhteenveto (liite 6) kuntoutujien ensimmäisellä kerralla tuottamasta aineistosta. Ensimmäisen työryhmän päätteeksi jokainen työryhmäläinen valitsi tuotetusta aineistosta työskentelyn perusteella 1-2 tärkeimmäksi kokemaansa osallisuutta vahvistavan tekijää tai kehittämistä vaativaa asiaa ja merkitsi ne post it -lapuilla. Kokosin ja yhdistelin valitut aiheet ammattilaisten seuraavaa työryhmätyöskentelyä varten. Kuntoutujille esittelin Learning Caféssa tuotetun aineiston sellaisenaan.

Toisen kehittämistehtävän aineiston keräämisen menetelminä käytin ideariihettä ja ideariihen tuottamien ideoiden parastamista. Ideariihessä tuotetaan yhdessä mahdollisimman paljon erilaisia ideoita. Ideoinnissa voi visioida ja olla luova. Ideat kirjataan

esim. post-it -lapuille. Toisten ideoita ja ehdotuksia ei saa arvioida. Keksimisvaiheen jälkeen ideat ryhmitellään ja niistä valitaan parhaat jatkotyöstettäviksi. (Summa - Tuominen 2009; Järvensivu – Nykänen – Rajala 2010) Parastamisessa ”varastetaan” muiden hyviä ideoita ja kehitellään niitä eteenpäin. Parastamista varten muodostetaan pieniä ryhmiä, jotka valitsevat ideariihessä tuotetuista ideoista parhaat jatkokehittelylle. Uusia ryhmiä muodostetaan 2-4 kertaa ja aina varastetaan parhaat ideat. Lopuksi ryhmät esittelevät parhaat ideansa. (Itella n.d)

Ideariihi työskentelyssä työryhmä tuotti ideoita neljään osallisuuden vahvistamiseen arjen toimissa liittyvään teemaan. Teemat olivat 1) asiakas mukana päätöksenteossa, 2) kuntouttava työote, 3) yksilöllisesti suunniteltu jatkokuntoutus ja 4) arvostava kohtaaminen. Teemat olin tuottanut yhdistämällä kuntoutujien työryhmän ensimmäisellä ja toisella kerralla post-it -lapuille kirjaamani pääkohdat, ammattilaisten työryhmän ensimmäisen kerran lopuksi tärkeimmiksi osallisuutta vahvistaviksi tekijöiksi tai kehittämistä vaativiksi asioiksi valitseman aineiston sekä työryhmien keskusteluista tulkintani mukaan korostuneet aiheet. Työryhmätyöskentelyn tiiviin aikataulun vuoksi minulla ei ollut mahdollisuutta analysoida aineistoa tarkemmin vielä tässä vaiheessa. Lisäksi työryhmällä oli käytössään koostamani yhteenveto (liite 7) kuntoutujien toisella kerralla tuottamasta aineistosta.

Ideariihessä tuotettujen ideoiden parastaminen eli jatkotyöstäminen tuotti neljä ideaa kuntoutujan osallisuuden vahvistamiseksi (liite 8). Parastamalla tuotettuja ideoita ei ole sisällytetty tutkimuksellisen kehittämistyön aineistoon vaan niitä hyödynnetään jatkotyöskentelyssä myöhemmin.

Kolmannen kehittämistehtävän aineiston keräämisen menetelminä käytin aikajana-työskentelyn sekä kalanruotomallin mukailua. Kalanruotomalli auttaa tunnistamaan keitä ja mitä toimenpiteitä tarvitaan tavoitteen saavuttamiseksi (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014). Kalanruotomallissa hyödynnettiin 2012 osastolla kuvattua Kuntoutumisen polkua, jossa on kuvattu asiakkaan kuntoutuminen sairaalasta kotiin konkreettisten hoitoon ja kuntoutukseen liittyvien tekojen ja tapahtumien kautta sekä osastokuntoutuksen nykyisiä konkreettisiä vaiheita. Kuntoutumisen polun osia ovat muun muassa tulovartti, kuntoutus osastolla, kotikäynti, kotiloma, kotiutumiskokous ja lähtövartti. (Henriksson 2012: 43-82) Työskentelyn pohjana käytettiin kuntoutujien kolmanteen kehittämistehtävään tuottamaa aineistoa (liite 9) sekä työryhmän edellisellä kerralla tuottamaa materiaalia.

Työryhmätyöskentely eteni kaikilla kolmella työryhmäkerralla suunnitelman mukaisesti. Työryhmät käynnistyivät lyhyellä alustuksella, joka orientoi ryhmää kulloiseenkin kehittämistehtävään. Kuntoutujien samaan kehittämistehtävään tuottamasta aineistosta tiivistämäni ja jäsentämäni pääkohdat jaoin työryhmälle heidän työskentelynsä pohjaksi ja he tutustuivat materiaaliin itsenäisesti. Työskentely työryhmässä oli aktiivista ja tavoitteen mukaista. Valitut menetelmät soveltuivat hyvin aineiston tuottamiseen lukuun ottamatta viimeiseen kehittämistehtävään valittua menetelmää. Menetelmä oli itselleni vieras ja koska kolmas kehittämistehtävä koettiin kaikista kehittämistehtävistä vaativimmaksi ja vaikeimmaksi ryhmän fasilitointi oli minulle haastavaa.

Ammattilaisten työryhmässä pyrin toimimaan työryhmän vetäjänä ja keskustelun fasilitaattorina. Minulla oli myös rooli työyhteisön jäsenenä. Kolmannella työryhmän tapaa- misella roolini työyhteisön jäsenenä sekä fasilitaattorina korostui ja toimin työryhmässä edellisiä kertoja aktiivisemmin tehtävän haastavuuden vuoksi. Ammatillaiset toimivat työryhmässä aktiivisesti tuottaen runsaasti aineistoa. Aineiston analysointia varten valokuvasin työryhmän tuottaman kirjallisen aineiston, joka koostui papereille ja post-it lapuille tehdyistä tuotoksista ja nauhoitin tuotosten esittelyn sekä loppukeskustelut.

5.5 Aineiston analysointi

Kehittämistyössä käyttämäni aineiston tuottamistapa yhteiskehittely ja siitä syntynyt ryhmäkeskustelu tuottivat laadullista aineistoa kirjallisten tuotosten ja nauhoitetun keskustelun muodossa. Laadullista aineistoa tuotettiin kolmeen eri kehittämistehtävään kahdessa työryhmässä. Työryhmissä tuotetun aineiston tallensin nauhoittamalla ja valokuvaamalla.

Aineiston analysoin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Analyysikysymyksinä aineistolle toimivat kehittämistehtävät kysymysmuodossa. Sisällönanalyysi toimi väljänä teoreettisena kehyksenä aineistolle, joka oli muodoltaan nauhoitettua ja valokuvattua. Sisällönanalyysiä käytetään, kun halutaan kuvata tutkittavaa ilmiötä tiivistetysti ja yleisesti. Tiivistämisessä pyrin varmistamaan, että en hukkaa aineiston informaatiota. (Tuomi – Sarajärvi 2004: 93 -110).

Aloitin sisällön analyysin aineiston litteroinnilla, läpi käymisellä ja koodaamisella. Kuuntelin nauhoitetun aineiston ja litteroin sen yhdessä valokuvatun aineiston kanssa. Tässä vaiheessa käsittelin aineistoa kehittämistehtävittäin pitäen erillään kuntoutujien ja

ammattilaisten työryhmien tuottaman aineiston. Puhdistin litteroidusta aineistosta ne osat jotka eivät selkeästi liittyneet kehittämistehtäviin. Puhdistettua aineistoa kertyi yhteensä 48 sivua (Arial 11, riviväli 1,5). Ennen koodausta perehdyin aineistoon lukemalla. Koodauksen tarkoituksena on nostaa esille muun muassa se, mitä aineisto tutkijan mielestä käsittelee ja jäsentää aineistoa ennen varsinaista analyysiä. (Tuomi – Sarajärvi 2004: 94 -95.) Koodauksen tein erivärisillä alleviivauskynillä.

Aineistolähtöisessä sisällönanalysissä aineiston analyysi muodostuu kolmivaiheista prosessista, jossa aineisto ensin pelkistetään, sitten se ryhmitellään ja lopuksi luodaan teoreettiset käsitteet (Tuomi – Sarajärvi 2004: 93 -115). Aineiston analyysiyksiköiksi valikoitui ajatuksellinen kokonaisuus. Alkuperäiset ilmaukset vein koodauksen jälkeen Excelillä rakennettuun taulukkoon. Pidin erillään kuntoutujien ja ammattilaisten tuottaman aineiston ensimmäiseen ja toiseen kehittämistehtävään. Kolmanteen kehittämistehtävään kerätyn aineiston yhdistin ja analysoin yhtenä kokonaisuutena. Valintani perustui tutkimuksellisen kehittämistyön prosessiin aineiston tuottamisesta. Ammattilaisten työryhmä käytti kuntoutujien tuottamaa aineistoa aina oman työskentelynsä pohjana ja viimeiseen kehittämistehtävään tuotettu kuvaus oli siten näiden kahden työryhmän yhteinen tuotos.

Vietyäni alkuperäiset ilmaukset Excel-taulukkoon pelkistin ne, pyrkien säilyttämään ilmausten alkuperäisen sisällön. Osa työryhmien tuottamasta aineistosta oli jo valmiiksi pelkistetyssä muodossa ja hyödynsin nämä ilmaukset, jotka saattoivat olla myös yksittäisiä sanoja suoraan pelkistettyinä ilmauksina. Aineiston pelkistämisen jälkeen ryhmitelin samankaltaiset ilmaukset ensin alaluokkiin ja sitten yläluokkiin ja nimesin luokat sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Aineisto oli hyvin rikas, mikä vaikeutti luokittelua. Joidenkin luokkien kohdalla muodostui myös yhdistäviä luokkia. (Tuomi – Sarajärvi 2004: 110 -115.)

Kolmanteen kehittämistehtävään tuotetun aineiston analyysi on tehty aineistolähtöisesti yläluokkiin asti, minkä jälkeen se on ryhmitelty aineiston tuottamisessa työskentelyä ohjanneen kuntoutumisen polun ja konkreettisten nykyisten osastokuntoutuksen vaiheiden jäsentelyä hyödyntäen kuvaamaan osallisuutta arjen toimissa vahvistavaa kuntoutusta ja kotiutusta. Taulukossa 5 on kuvattu esimerkki aineiston pelkistämisestä ja luokittelusta. Lisäksi aineiston analyysistä on näytteet kehittämistehtävittäin ja työryhmittäin liitteenä (liite 10).

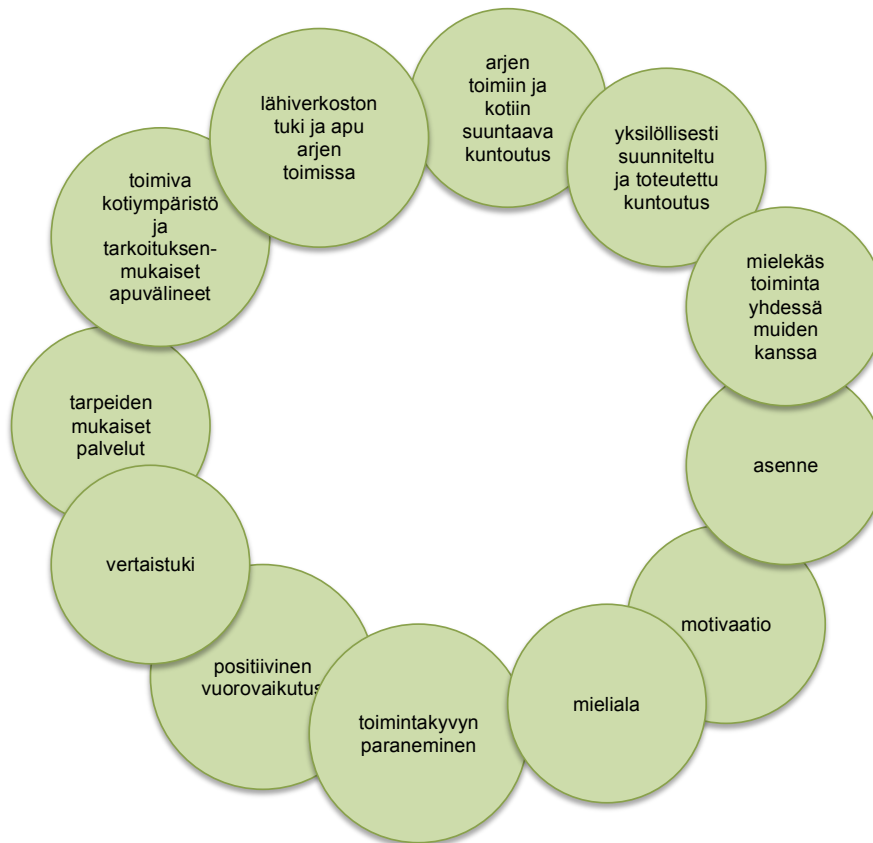
Taulukko 5. Esimerkki kuntoutujien työryhmän ensimmäiseen kehittämistehtävään tuottaman aineiston pelkistämisestä ja luokittelusta

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistetty luokka
osastolla valmennettiin hyvin	Kotiutumiseen valmistautuminen		Arjen toimiin ja kotiin suuntaava kuntoutus
hyvä kotiin valmistaminen			
keittiöharjoitukset	Keittiötoimintojen harjoittelu		
ruoan valmistaminen keittiössä			
ruoanlaiton harjoittelu			
kotikäynti	Kotikäynti ja kotilomat	Kotikäynti ja kotilomat yhteistyössä omaisten kanssa	
päiväloimat			
yöloimat			
päiväloman jälkeen pääsi yölomalle			
omaisten antama tieto lomien sujumisesta	Yhteistyö omaisten kanssa kotilomilla		
omaisen tuki kotilomilla ja yhteistyö osaston kanssa			

6 AVH-kuntoutujan osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa

6.1 Osallisuutta vahvistavat tekijät kuntoutujien näkökulmasta

Kuntoutujien näkökulmasta osallisuutta arjen toimissa vahvistavat (kuvio 4) toimintakyvyn paraneminen, positiivinen mieliala, asenne, motivaatio, positiivinen vuorovaikutus, mielekäs toiminta yhdessä muiden kanssa, vertaistuki, yksilöllisesti suunniteltu ja toteutettu kuntoutus, arjen toimiin ja kotiin suuntaava kuntoutus, toimiva kotiympäristö ja tarkoituksenmukaiset apuvälineet, lähiverkoston tuki ja apu arjen toimissa sekä tarpeiden mukaiset palvelut.



Kuvio 4. Osallisuutta arjen toimissa vahvistavat tekijät kuntoutujien näkökulmasta

Toimintakyvyn paraneminen Toimintakyvyn paranemisen etenkin liikkumisen ja kommunikoinnin osalta koettiin vahvistan osallisuutta, kun valmiudet osallistua arjen toimiin paranevat.

Positiivinen mieliala, asenne, motivaatio Kuntoutujat tunnistivat kolme yksilöön liittyvää tekijää, joilla on merkitystä osallisuuden vahvistumiselle arjen toimissa. Nämä olivat positiivinen mieliala, motivaatio ja asenne. Positiivisella mielellä asiat tuntuvat onnistuvan paremmin. Tärkeää osallisuutta vahvistavassa asenteessa oli tehdä niin paljon itse kuin mahdollista. Yksi kuntoutujista kuvaili osallisuutta vahvistavaa asennetta tarvittaessa ”itsensä pakottamiseksi”. Toiselle kuntoutujalle oma asenne ja päättäväisyys mahdollisti esimerkiksi ruoan valmistamisen itse. Motivaattorina kuntoutujille toimi halu pärjätä itse kotona ja yrittää selviytyä mahdollisimman itsenäisesti.

Positiivinen vuorovaikutus Kuntoutujien ja ammattilaisten kohtaamisen laatu nähtiin tärkeäksi tekijäksi osallisuuden vahvistamisessa. Kannustava ja positiivinen ilmapiiri

sekä ystävällinen ja empaattinen kohtelu tukevat kuntoutujan kokemusta omasta pärjäämisestään ja sitä kautta vahvistavat osallisuutta arjen toimissa.

Mielekäs toiminta yhdessä muiden kanssa Ryhmätoimintaan osallistuminen, osastolla yhdessä laulaminen sekä muu mielekäs toiminta yhdessä muiden kanssa koettiin osallisuutta vahvistavaksi. Yhdessä tekemisessä tärkeää oli toiminnan mielekkyys ja hauskuus.

Vertaistuki Kuntoutajat totesivat vertaistuen olevan tärkeää osallisuuden vahvistamisessa, mutta eivät käsitelleet vertaistukea muutoin aineistossa.

Yksilöllisesti suunniteltu ja toteutettu kuntoutus Mahdollisuus itse vaikuttaa kuntoutuksen ajankohtaan sekä yksilöllinen kuntoutustarpeen arviointi koettiin tärkeäksi. Tärkeäksi koettiin myös mahdollisuus kotona tapahtuvaan pitkäjänteiseen kuntoutukseen.

Arjen toimiin ja kotiin suuntaava kuntoutus Tulevaan kotiutumiseen valmistautuminen, keittiötoimintojen harjoittelu sekä kotikäyntien ja kotilomien suunnittelu ja toteutus yhteistyössä omaisten kanssa koettiin osallisuutta arjen toimissa vahvistavina tekijöinä.

Toimiva kotiympäristö ja tarkoituksenmukaiset apuvälineet Asumonmuutostyöt ja tarkoituksenmukaiset apuvälineet tukevat kuntoutujien mukaan osallisuutta omassa kotiympäristössä.

Lähiverkoston tuki ja apu arjen toimissa Yhdeksi merkittävimmäksi osallisuutta arjen toimissa tukevaksi tekijäksi kuntoutajat nostivat puolison, muiden läheisten sekä ystävien ja naapureiden antaman tuen ja avun arjen toimissa. Lähiverkoston tuki mahdollisti arkiaskareisiin osallistumisen ja lähiverkostosta kuntoutujat saivat apua ja tukea muun muassa kodinkoneiden käytön opetteluun, ruoanlaittoon ja ulkoiluun.

Tarpeiden mukaiset palvelut Osallisuutta vahvistaa mahdollisuus tehdä itselle merkittävimmiksi askareita ja saada tukea omien tarpeiden mukaan. Kuntoutujat toivat esiin miten yksityisen tai kolmannen sektorin palveluilla voidaan tukea osallisuutta niissä arjen toimissa, jotka eivät kuulu kotihoidon tehtäviin ja joihin kuntoutuja ei saa muualta tukea.

6.2 Osallisuutta vahvistavat tekijät ammattilaisten näkökulmasta

Ammattilaisten näkökulmasta osallisuutta arjen toimissa vahvistivat (kuvio 5) toimintakyky, motivaatio, turvallisuuden tunne, asiakaslähtöinen tavoitteenasettelu, kuntouttava työote, vertaistuki, arjen toimiin ja kotiin suuntaava kuntoutus, kuntoutusympäristö, omaisten osallistaminen ja perehdyttäminen, toimiva kotiympäristö ja tarkoituksenmukaiset apuvälineet, yhdessä valmisteltu suunnitelmallinen kotiutumien, omaisten tuki kotiutumiselle, tuki arjen toimiin, palveluiden hyödyntäminen ja yhteistyö rajapintoja ylittäen, hyvä tiedonkulku ja tiedottaminen sekä yksilöllinen ja saumaton jatkokuntoutus.



Kuvio 5. Osallisuutta arjen toimissa vahvistavat tekijät ammattilaisten näkökulmasta

Toimintakyky, motivaatio ja turvallisuuden tunne Ammatillaiset näkivät riittävät valmiudet ja taidot sekä oiretietoisuuden tärkeinä edellytyksinä osallisuuden vahvistumiselle. Oiretietoisuus, hyvä kognitio ja muisti mahdollistavat tavoitteellisen harjoittelun ja itsenäisen toiminnan kotona. Ilman motivaatiota kotiutumiseen ja kotona itse toimimiseen koettiin osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa haastavaksi. Turvallisuuden

tunne, jolla tarkoitettiin kuntoutujan uskallusta lähteä tekemään itselleen mielekkäitä asioita toimintakyvyn puutteista huolimatta, nousi yhdeksi tärkeäksi osallisuutta vahvistavaksi tekijäksi

Asiakaslähtöinen tavoitteenasettelu Kuntoutujan tietoisuus tavoitteista ja kuntoutujan omien kotona toimimiseen liittyvien tavoitteiden esille nostaminen nähtiin tärkeäksi osallisuutta vahvistavaksi tekijäksi. Kuntoutujan täytyy tietää oma viikkotavoitteensa ja ammattilaisten tehtävänä on tukea tavoitteiden asettelussa kotona pärjäämiseen liittyviä tavoitteita. Ammattilainen auttaa kuntoutujaa orientoitumaan kotiutumiseen viemällä tavoitekeskustelua kohti kotiutumista ja kuntoutujan omaa toimintaympäristöä.

Kuntouttava työote korostui ammattilaisten kuvauksissa osallisuutta arjen toimissa vahvistavista tekijöistä. Osallisuutta vahvistavia tekijöitä kuntouttavassa työotteessa olivat henkilökunnan kannustava ja motivoiva työote, yhteiset tavoitteet ja toimintatavat, voimavarojen kartoittaminen moniammatillisesti, tutut mutta joustavat toimintatavat osaston rutiineissa, riittävä aika ja apu itse tekemiseen sekä kuntoutujan aktiivisten roolien tukeminen. Yhteisistä tavoitteista ja toimintatavoista kuntoutujan kanssa on sovittu, ne ovat kaikkien tiedossa ja niiden mukaan toimitaan. Esimerkiksi siirtymisten harjoittelu tapahtuu kaikkien toimijoiden kanssa samalla tavalla. Kuntoutujan aktiivisia rooleja tuetaan. Kuntoutujalle annetaan riittävästi apua ja aikaa itse tekemiseen. Osaston tutut, tarvittaessa yksilöllisesti joustavat toimintatavat tukevat rutiineja.

Vertaistuki tunnistettiin tärkeäksi osallisuutta vahvistavaksi tekijäksi, mutta sitä ei avattu aineistossa enempää

Arjen toimiin ja kotiin suuntaava kuntoutus Arjen toimintojen harjoittelulla sekä kotikäynneillä ja kotilomilla koettiin olevan suuri merkitys osallisuuden vahvistumisessa arjen toimissa. Kuntoutuksessa huomioidaan kuntoutujan valmiudet ja taidot arjen toimiin kotona. Arkiaskareita harjoitellaan osastolla, arjen toimiin liittyviä valintoja tuetaan ja kuntoutus osastolla linkitetään kodin arkeen. Arjen toimintojen harjoittelua tukevat kotikäynnit ja kotilomat, joilla kuntoutuja pääsee kokeilemaan taitojaan omassa ympäristössään.

Kuntoutusympäristö Osallisuutta vahvistavaksi kuntoutusympäristöksi koettiin selkeä, turvallinen ja rauhallinen virikkeitä tarjoava ympäristö sekä tuttu henkilöstö.

Omaisten osallistaminen ja perehdyttäminen Omaisten osallistaminen ja perehdyttäminen kuntoutukseen tukee kuntoutujan osallisuuden vahvistumista, kun omaisen ymmärrys sairaudesta ja kuntoutujan toimintakyvystä kasvaa. Omaisten osallistaminen ja perehdyttäminen on jatkuva prosessi, joka korostuu kuntoutujan kotiutuessa.

Toimiva kotiympäristö ja tarkoituksenmukaiset apuvälineet Kodin muutostöillä ja tarkoituksenmukaisilla ja sopivilla apuvälineillä voidaan tukea kuntoutujan osallisuutta. Ammattilaisten näkökulmasta muutostyöt tulisi olla tehty ennen kotiutumista, jotta ne tukevat kuntoutujan omatoimisuutta kotiutusvaiheessa.

Yhdessä valmisteltu suunnitelmallinen kotiutuminen Kotiutuminen suunnitellaan ja valmistellaan yhdessä kuntoutujan kanssa. Ammatillaiset kokivat, että kuntoutujan on tärkeää tietää kotiutumisajankohta ennalta ja kuntoutujalle täytyy varata mahdollisuus keskusteluun esimerkiksi huolistaan kotiutumiseen liittyen. Tarvittaessa pidetään kotiutuskokous. Kotiutuslistan käyttäminen on osa suunnitelmallista kotiutusta. Kotiutuslistaa käytetään varmistamaan, että kaikki käytännön asiat on järjestetty ja että etuuksista ja tukitoimista on huolehdittu jo sairaalassa. Hakemukset tulisi täyttää sosiaalityöntekijän kanssa valmiiksi sairaalassa ja kodinmuutostöiden olla tehty. Tarvittaessa kotiutus tehdään koekotiutuksena.

Omaisten tuki kotiutumiselle Ammattilaisten näkökulmasta omaisten tuki on tärkeä kotiutumiselle. Omaisten asenteen ja uskon kotona pärjäämiseen koettiin vaikuttavan kuntoutujan omatoimisuuteen.

Tuki arjen toimiin Arjen toimiin osallistumisen mahdollistaa riittävä ja osaava apu omaisilta tai kotihoidolta. Avustajalla tulisi olla riittävästi aikaa, malttia ja osaamista tukea kuntoutujan osallistumista arjessa. Tukipalveluiden kuten kauppakassi- ja ateriapalvelu sijaan ammatillaiset toivoivat kuntoutujille kaveria kauppareissulle tai ruoan tekemiseen yhdessä.

Palveluiden hyödyntäminen ja yhteistyö rajapintoja ylittäen Yhteistyö ja palveluiden hyödyntäminen rajapintoja ylittäen mahdollistaisi työskentelytapoja joilla kuntoutujan osallisuutta voitaisiin tukea paremmin. Ammatillaiset näkivät, että esimerkiksi kotihoidon työntekijöiden ja avopuolen terapeuttien olisi hyvä tutustua kuntoutujaan jo osastolla yhteisessä tapaamisessa. Kuntoutujien tulisi voida osallistua avopuolen ryh-

miin jo osastolta käsin ja kotihoidon pitäisi olla mukana osastolta toteutetuilla kotilomilla.

Hyvä tiedonkulku ja tiedottaminen Tiedonkulku eri toimijoiden välillä ja tiedon saaminen eri palveluista koettiin tärkeäksi. Tiedonkulkuun liittyi niin kuntoutujan toimintakykyyn liittyvä tiedon siirtyminen eri toimijoiden välillä kuin tiedon saaminen tarjolla olevista eri palveluista.

Yksilöllinen ja saumaton jatkokuntoutus Kuntoutujan kotiutuessa osallisuutta vahvistaa saumattomasti jatkuva kuntoutus. Jatkokuntoutuksen suunnittelussa tärkeä tekijä on yksilöllisyys. Kuntoutuksen toteuttaja, kuntoutuspaikka sekä kuntoutuksen kesto ja intensiteetti määritellään yksilöllisesti. Ammatillaiset kokivat tärkeäksi, että jatkokuntoutus voi toteutua niin kotona kuin avokäynteinä ja että tarpeen mukaan kuntoutuksen voi toteuttaa myös osaston terapeutti.

6.3 Osallisuuden vahvistamiseksi tarvittavat toimintatavat kuntoutujien näkökulmasta

Kuntoutustoimintaa tarvittavia toimintatapoja osallisuuden vahvistamiseksi arjen toimisissa olivat (kuvio 6) kuntoutujien näkökulmasta tiedonkulun ja tiedottamisen parantaminen, päätösten tekeminen, niiden arviointi ja keskustelu päätöksistä yhdessä kuntoutujan kanssa, päätösten keskittäminen sairaalaan, henkilökunnan läsnäolon ja pysyvyyden vahvistaminen, ihmisläheisyys, kuntoutujan kuuleminen ja yksilöllinen kotiin jatkuva kuntoutus.



Kuvio 6. Kuntoutustoimintaan tarvittavia osallisuutta arjen toimissa vahvistavia toimintatapoja kuntoutujien näkökulmasta

Tiedonkulun ja tiedottamisen parantaminen Kuntoutajat totesivat nykyisessä toiminnassa olevan puutteita tiedonkulussa päätösten osalta. Puutteita koettiin niin tiedon siirtymisessä kuin tiedottamisen tavoissa. Tiedonkulkua pitää parantaa rajapinnoilla, tiedottamisesta pitäisi huolehtia myös kirjallisesti, sen tulisi olla selkeää ja tapahtua riittävän hyvissä ajoin. Päätöksistä tiedottamisessa tulisi varmistaa, että tiedottamisen ensisijaisena kohteena on kuntoutuja.

Päätösten tekeminen, niiden arviointi ja päätöksistä keskustelu yhdessä kuntoutujan kanssa Päätökset kuntoutujaa koskevissa asioissa tehdään, niitä arvioidaan ja niistä keskustellaan yhdessä kuntoutujan kanssa. Rutiininomaisistakin päätöksistä kuitenkin pitkäaikaisen laitoshoidon päätöksestä tulisi ensin keskustella kuntoutujan kanssa.

Päätösten keskittäminen sairaalaan Kuntoutujilta nousi ehdotus, jossa sairaalan tulisi ensisijaisesti kyetä tekemään kaikki kuntoutujan kuntoutusta, kotihoitoa ja tukipalveluita sekä myös sosiaalietuuksia koskevat päätökset. Sairaalalla tulisi olla järjestämis- ja päätöksentekovastuu esimerkiksi kotiin annettavista kotihoitoon palveluista ja jatkokuntoutuksesta. Kuntoutajat kokivat, että pitkän osastojakson jälkeen sairaalassa oli paras asiantuntemus heidän tarpeistaan.

Henkilökunnan läsnäolon ja pysyvyyden vahvistaminen Henkilökunnan läsnäoloa osastolla sekä vakituisen henkilökunnan pysyvyyttä osastolla ja kotihoidossa tulisi vahvistaa. Kuntoutujien näkökulmasta vaihtuvuus heikentää mm. tiedonkulkua ja samat asiat on kerrottava aina alusta asti uudelle työntekijälle.

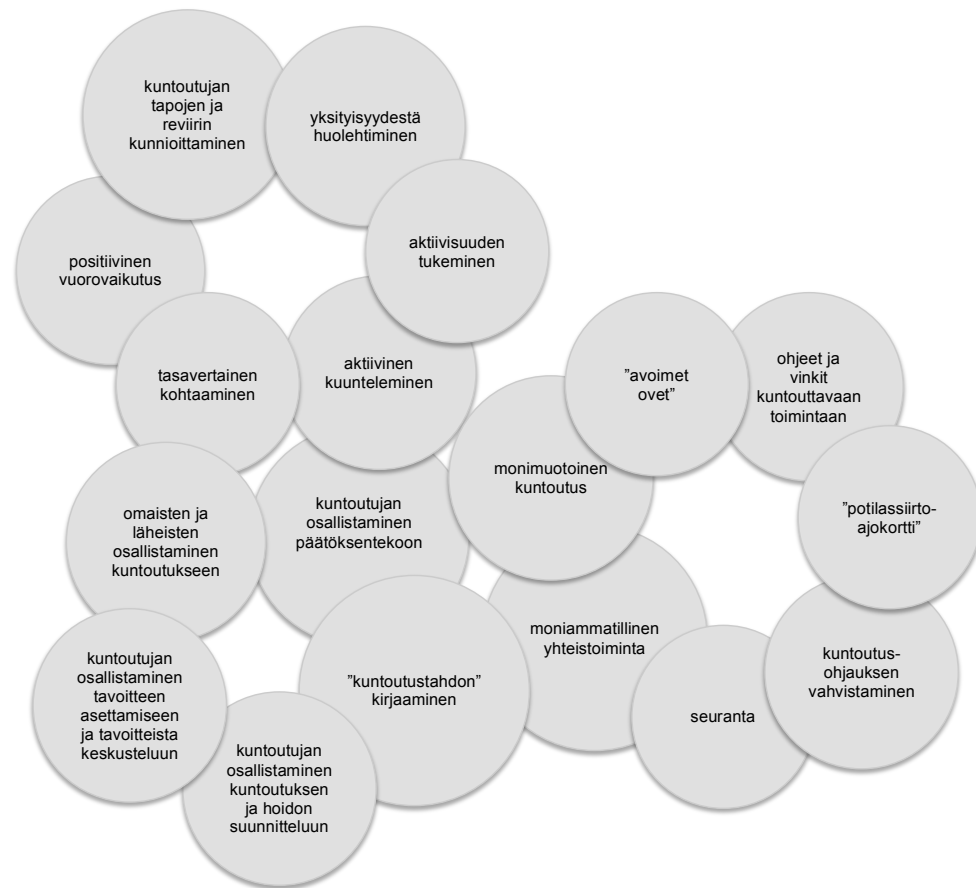
Ihmisläheisyys ja yksilöllisyys Kuntoutujan osallisuuden vahvistumiseksi kuntoutustoiminnassa tulisi näkyä enemmän ihmisläheisyys ja erilaisuuden hyväksyminen. Tärkeä elementti osallisuutta vahvistamisessa oli kuntoutujan kuunteleminen ja kuuleminen.

Yksilöllinen kotiin jatkuva kuntoutus Kontaktia sairaalan terapeutteihin kotiutumisen jälkeen pidettiin tärkeänä tekijänä, jolla voitaisiin vahvistaa osallisuutta. Lisäksi kuntoutajat pitivät tärkeänä kuntoutuksen yksilöllisyyttä ja mahdollisuutta saada kuntoutusta kotiin.

6.4 Osallisuuden vahvistamiseksi tarvittavat toimintatavat ammattilaisten näkökulmasta

Kuntoutustoimintaan tarvittavia toimintatapoja osallisuuden vahvistamiseksi arjen toimissa työstiin neljään teeman. Ammatillaiset pohtivat miten kuntoutujan osallisuutta arjen toimissa voitaisiin vahvistaa ottamalla kuntoutuja mukaan päätöksentekoon, kuntouttavalla työotteella, yksilöllisesti suunnitellulla jatkokuntoutuksella ja arvostavalla kohtaamisella.

Työtavat ja menetelmät kuntoutujan osallisuuden vahvistamiseksi arjen toimissa (kuvio 7) olivat kuntoutujan osallistaminen päätöksentekoon, kuntoutujan osallistaminen tavoitteen asettamiseen ja tavoitteista keskusteluun, kuntoutujan osallistaminen kuntoutuksen ja hoidon suunnitteluun, omaisten ja läheisten osallistaminen kuntoutukseen, moniammatillinen yhteistoiminta, aktiivisuuden tukeminen, monimuotoinen kuntoutus, kuntoutusohjauksen vahvistaminen, seuranta, ”kuntoutustahdon” kirjaaminen, ”avoimet ovet”, ”potilassiirto-ajokortti”, ohjeet ja vinkit kuntouttavaan toimintaan, yksityisyydestä huolehtiminen, tasavertainen kohtaaminen, aktiivinen kuunteleminen, kuntoutujan tapojen ja reiviin kunnioittaminen, positiivinen vuorovaikutus.



Kuvio 7. Kuntoutustoimintaan tarvittavia osallisuutta arjen toimissa vahvistavia toimintatapoja ammattilaisten näkökulmasta

Kuntoutujan osallistaminen päätöksentekoon Kuntoutujan osallisuutta päätöksentekoon lisätään päätöksistä keskustelemalla ja hyväksyttämällä ne kuntoutujalla sekä tukemalla kuntoutujan omia päätöksiä. Päätökset voidaan viedä osastolla esimerkiksi potilaspäätteelle kuntoutujan hyväksyttäväksi ja yhdessä tehdyt päätökset pidetään näkyvillä. Päätöksistä keskustellaan läheisten kanssa, jos kuntoutuja itse ei kykene osallistumaan päätöksentekoon. Tehdyt päätökset tuodaan konkreettisesti esille esimerkiksi kirjaamalla ne jääkaapin oveen

Kuntoutujan osallistaminen tavoitteen asettamiseen ja tavoitteista keskusteluun

Tavoitekeskustelu käydään yhdessä kuntoutujan kanssa. Kuntoutuja osallistuu tavoitekokoukseen tai tavoitekeskustelu käydään yhdessä kuntoutujan kanssa muuna aikana. Tavoitekeskusteluun ei viedä ehdotuksia, joista ei ole keskusteltu kuntoutujan kanssa.

Tavoitteet kirjataan yhdessä kuntoutujan kanssa. Kuntoutujaa avustetaan tavoitteiden löytämisessä keskustelemalla konkreettisista asioista kuntoutujan arjessa. Tavoitteiden asettamisessa voidaan käyttää valmista lomaketta, jossa on vaihtoehtoisia tavoitteita. Tavoitteet kirjataan selkeästi ja ne asetetaan näkyville. Tavoitteet käydään läpi kuntoutujan kanssa kahdesti viikossa.

Kuntoutujan osallistaminen kuntoutuksen ja hoidon suunnitteluun Kuntoutuja osallistetaan kuntoutuksen ja hoidon suunnitteluun esimerkiksi ottamalla hänet mukaan terapiasuunnitelman tekoon ja miettimällä yhdessä uusia toimintoja menetettyjen tilalle. Lääkemuutokset tehdään kuntoutujan luona. Suunnitelmasta keskustellaan säännöllisesti kuntoutujan kanssa.

Omaisten ja läheisten osallistaminen kuntoutukseen nähtiin toimintana, jota pitäisi kehittää osaksi tavanomaista työskentelyä. Omaiset otetaan mukaan kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen yhdessä tekemällä. Omaisten osallistamisella nähtiin olevan positiivista vaikutusta mm. yhteisen näkemyksen syntymiseen kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Omaiset perehdytetään kuntouttavaan työtoteeseen ja heille ohjataan menetelmiä kuntoutumisen tukemiseen ja kuntouttavaan toimintaan. Vieraille ohjataan esimerkiksi siirtymisten avustaminen, jotta he voivat ulkoilla kuntoutujan kanssa.

Moniammatillinen yhteistoiminta ei ole vain yhteistyötä moniammatillisesti vaan se on konkreettista yhdessä tekemistä. Ammatillaiset toivat vahvasti esille tarpeen ammattilaisten yhteistoiminnalle ja yhteistyön kehittämiseksi rajapintoja ylittäen. Uusina toimintatapoina nähtiin sairaalan ja avopalveluiden terapeuttien yhteispalaverit kuntoutujan kanssa kotiutumisen jälkeen, avopalveluiden terapeuttien osallistuminen kotikäynneille, kotihoidon ja avopalveluiden terapeuttien yhteiset käynnit kuntoutujan kotona sekä kotihoidon työntekijän käynnit osastolla käytännön tilanteissa kotiutumisvaiheessa jatkokuntoutusta suunniteltaessa. Moniammatillisuutta hyödynnetään tekemällä yhteistyötä, mutta myös jakamalla selkeitä vastuita. Yhteistyötä voidaan tiivistää parityöskentelyllä, yhteisillä tavoitteilla ja esimerkiksi selkeillä toimintaohjeilla, joihin on kirjattu eri toimijoiden työnjako. Muistineuvojilla käytössä olevaa ”yhdessä sovittua” -lomaketta, johon työnjako kuntoutujan kanssa toimivien kesken kirjataan, voitaisiin hyödyntää moniammatillisessa yhteistyössä.

Aktiivisuuden tukeminen Kuntoutujan aktiivisuutta tuetaan hyödyntämällä hänen aktiivisia roolejaan sekä tukemalla ja antamalla aikaa itse tekemiselle.

Monimuotoinen kuntoutus Jatkokuntoutuksen toteuttamiseen katsottiin tarvittavan monimuotoisempaa kuntoutusta. Kuntoutuksen tulisi olla monialaista, kaikkien toimijoiden toimesta toteutuvaa ja monipuolisesti kuntoutuksen eri muotoja hyödyntävää. Jatkokuntoutukseen tarvitaan kuntoutujan omaan toimintaympäristöön painottuvaa kuntoutusta, joka toteutuu kuntoutujan kotiympäristössä hyödyntäen kuntoutujan lähiympäristöä ja harrastuksia. Lisäksi tarvitaan monimuotoisempaa ryhmätoimintaa esimerkiksi moniammatillisia terapiaryhmiä myös avopalveluihin sekä yhteisiä ryhmiä kuntoutujille ja omaisille. Osa kuntoutujista hyötyisi moniammatillisesta kuntoutuspoliklinikasta. Vertaistukea voitaisiin hyödyntää esimerkiksi kotiutuneiden kuntoutujien pitäminä ryhminä. Etäkuntoutuksen hyödyntäminen sekä reaaliaikaisena että ajasta riippumattomana kuntoutuksena nähtiin uutena toimintamenetelmänä, jota voitaisiin hyödyntää kotiutusvaiheessa osallisuuden vahvistamisessa. Etäkuntoutus voisi toimia henkisenä tukena kotiutusvaiheessa tai kuntoutujalla voisi olla käytössään harjoituksia ja kuntoutusmateriaalia sähköisessä muodossa. Monimuotoisessa kuntoutuksessa arjen toimintoja hyödynnetään osana päivittäistä kuntoutusta opittujen taitojen siirtymiseksi arkeen. Kuntoutuja voi mahdollisuuksiensa mukaan pedata itse sänkynsä, ottaa ruokaa itse ja hakea puhtaita vaatteita. Ruokaa tarjoillaan vain siihen tarkoitettuun tilaan ja peseytyminen tapahtuu wc-tiloissa. Päivittäin tarkistetaan, onko inkosuojien, kestokatetrin tai nenämahaletkun käyttö välttämätöntä. Kuntoutujan aiemmat harrastukset huomioidaan ja hyödynnetään niitä mahdollisuuksien mukaan.

Kuntoutusohjauksen vahvistaminen Kuntoutusohjausta ja koordinoitua tulee kehittää. Jatkokuntoutuksesta tarvitaan selkeämpää kuvausta.

Seuranta Kuntoutumiseen tarvitaan seuranta kotiutumisen jälkeen. Seurantakäynnit tulisi toteuttaa vuoden ajan ja kotiutusvaiheessa seuranta voisi toteutua 1-3 kertaa sairaalan terapeuttien toimesta.

”Kuntoutustahto” Kirjataan kuntoutujan ”kuntoutustahto” potilastietojärjestelmään kuten hoitotahto.

”Avoimet ovet” Lääkärille ja kansliaan on avoimet ovet päivittäin sovittuun kellonaikaan.

”Potilassiirto-ajokortti” Henkilökunnalle järjestetään AVH-kuntoutujan potilassiirto-koulutus, jonka jälkeen hyväksytystä suorituksesta saa potilassiirto-ajokortin.

Yhteiset ohjeet ja vinkit kuntouttavaan toimintaan Uuteen sairaalan tulevia potilasnäyttöjä hyödynnetään erilaisten ohjeiden ja vinkkien antamiseen kuntoutujalle. Ideat kuntouttavaan toimintaan kuntoutujan kanssa sekä kuntoutumisen tukemiseen kerätään yhteen paikkaan kaikkien toimijoiden tueksi.

Yksityisyydestä huolehtiminen Kuntoutujan intimiteetistä huolehditaan hoitotoimenpiteiden ja keskustelun aikana.

Tasavertainen kohtaaminen Kuntoutuja kohdataan tasavertaisena ihmisenä ei toimenpiteen kohteena. Ammatillaiset ovat kuntoutujaa varten ja toiminta tapahtuu yhdessä kuntoutujan kanssa. Kuntoutujaan suhtaudutaan kunnioittavasti ja inhimillisesti. Hätään reagoidaan eikä kuntoutujan anneta odottaa tarvitsemaansa apua. Keskusteltaessa käytetään tilanteeseen ja kuntoutujalle sopivaa puhetyyliä. Tarvittaessa istuudutaan alas samalle tasolle kuntoutujan kanssa. Puhe kohdistetaan kuntoutujalle ja keskustellaan asiallisesti myös desorintoituneille ja puhumattomille kuntoutujille.

Aktiivinen kuunteleminen Tuetaan kuntoutujan kuulluksi tulemisen tunnetta, kuunnellaan aktiivisesti, tarjotaan vaihtoehtoja ja perustellaan valintoja. Varmistetaan että kuntoutujan asia on ymmärretty oikein.

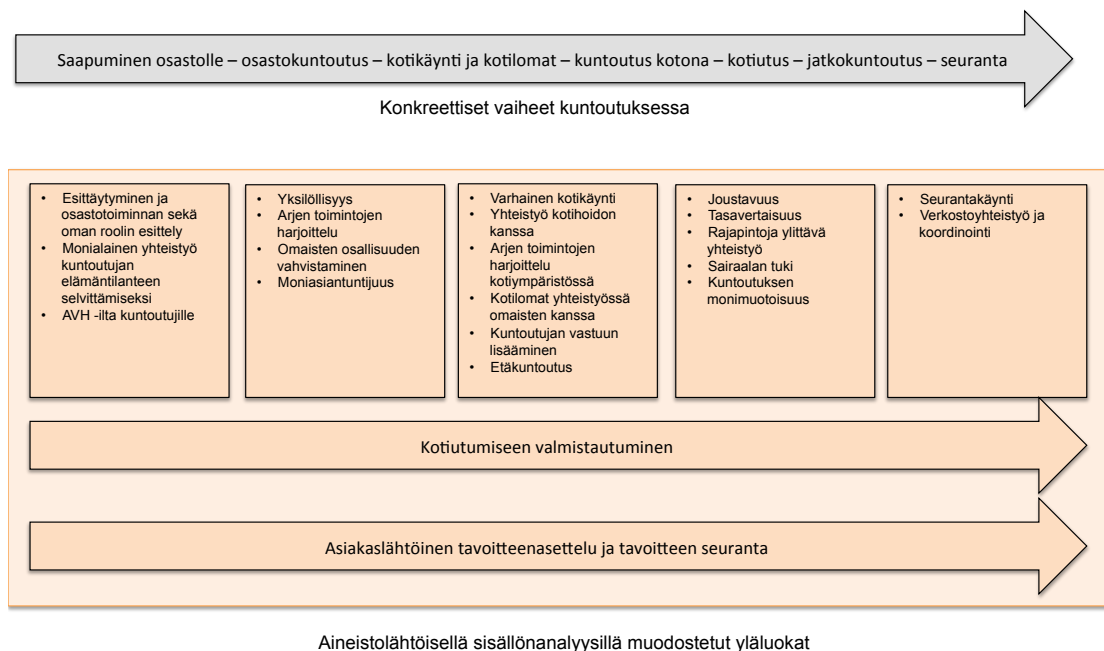
Kuntoutujan tapojen ja reviirin kunnioittaminen Kunnioitetaan kuntoutujan tapoja, omaa kotia ja tilaa. Osastolla se tarkoittaa kuntoutujan tavaroita ja potilashuonetta kalusteineen. Kuntoutujan tavaroihin ei kosketa eikä laatikoita avata ilman lupaa.

Positiivinen vuorovaikutus Kuntoutujan voimavaroja vahvistetaan kuntoutujaa tuemalla ja toimintakyvyn häiriöihin liittyvistä syistä ja seurauksista keskustelemalla. Kuntoutujan kanssa vaihdetaan kuulumisia päivittäin ja ammattilainen jaksaa esittäytyä tarvittaessa aina uudelleen.

6.5 Osallisuutta arjen toimissa vahvistava kuntoutus ja kotiutus

Osallisuutta arjen toimissa vahvistava kuntoutus ja kotiutus kuvattiin kahden työryhmän yhteistyönä siten, että ammattilaisten työryhmä täydensi kuntoutujien aloittamaa kuvastusta. Kuvauksessa hyödynnettiin työryhmien aiemmilla kerroilla tuottamaa materiaalia

ja 2012 osastolla kuvattua Kuntoutumisen polkua sekä nykyisiä osastokuntoutuksen vaiheita (Henriksson ym. 2012: 43-82). Kuvaus tehtiin aikajanana ja kuvauksen työstämisessä hyödynnettiin kalanruotomallia. Tavoittila kuvauksessa oli kotiutuvan AVH-kuntoutujan osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa. Kolmanteen kehittämistehtävään tuotettu aineisto on kuvattu kuviossa 8. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä muodostetut yläluokat näkyvät kuviossa alhaalla olevissa laatikoissa ja kahdessa nuolessa. Yläpuolella olevassa nuolessa on kuvattuna aineiston tuottamisessa työskentelejä ohjanneet kuntoutuksen vaiheet ja osa Kuntoutumisen polun käsitteistä. Yläluokat on esitetty kuviossa siinä järjestyksessä, jossa työryhmäläiset kuvasivat niiden seuraavan toisiaan osallisuutta vahvistavassa kuntoutuksessa ja kotiutuksessa. Kotiutumiseen valmistautuminen ja asiakaslähtöinen tavoitteenasettelu ja tavoitteen seuranta ovat kuvattuina nuolina, koska niiden nähtiin jatkuvan läpi koko osallisuutta vahvistavan kuntoutuksen ja kotiutuksen.



Kuvio 8. Osallisuutta arjen toimissa vahvistava kuntoutus ja kotiutus

Kuntoutujan saapuessa osastolle osallisuutta arjen toimissa vahvistavassa kuntoutuksessa korostuvat esittäytyminen ja osaston toiminnan sekä oman roolin esittely, monialainen yhteistyö kuntoutujan elämäntilanteen selvittämiseksi sekä informaation jakaminen esimerkiksi AVH-illan muodossa.

Esittäytyminen ja osaston toiminnan sekä oman roolin esittely Kuntoutujan saapuessa osastolle kuntoutujan vastaanottanut hoitaja esittäytyy ja esittelee osaston toiminnan sekä oman roolinsa osastolla. Osaston toiminnan esittely sisältää niin toiminnan esittelyn, ympäristön esittelyn kuin henkilökunnan esittäytymisen. Henkilökunnan esittäytyminen tapahtuu tilanne kerrallaan. Oman nimen ja ammattinimikkeen lisäksi kuntoutujat kokivat tärkeäksi, että ammattilaiset esittelevät myös oman roolinsa osana osaston kuntoutustoimintaa ja kuntoutujan kanssa tehtävää työtä.

Monialainen yhteistyö kuntoutujan elämäntilanteen selvittämiseksi Saapumisen jälkeen käynnistyy monialainen yhteistyö kuntoutujan elämäntilanteen selvittämiseksi. Riittävät taustatiedot kerätään hyödyntäen kuntoutujan omaa verkostoa sekä tehden yhteistyötä verkoston muiden ammattilaisten kuten kotihoidon kanssa. Aloituspalaverissa ja tulovartissa jaetaan tätä tietoa ja arvioidaan kotiutumisen aikataulua.

AVH-ilta kuntoutujille Kuntoutujille järjestetään AVH-ilta tai muu vastaava informaatio-tilaisuus omaisten AVH-illan tapaan.

Osastokuntoutuksen aikana osallisuutta vahvistavia elementtejä ovat kuntoutuksen asiakaslähtöinen tavoitteenasettelu ja tavoitteiden seuranta, yksilöllisyys, arjen toimintojen harjoittelu osastolla, omaisten osallisuuden vahvistaminen sekä moniasiantuntijuus. Osastokuntoutuksen aikana toteutuvan kotona tapahtuvan kuntoutuksen osallisuutta tukeviksi elementeiksi nähtiin varhainen kotikäynti, yhteistyö kotihoidon kanssa, arjen toimintojen harjoittelu kotiympäristössä, kotilomat yhteistyössä omaisten kanssa, kuntoutujan vastuun lisääminen omasta kuntoutuksesta ja etäkuntoutus.

Asiakaslähtöinen tavoitteenasettelu ja tavoitteiden seuranta Tavoitteet asetetaan yhdessä kuntoutujan kanssa ja ne nousevat kuntoutujalle tärkeistä asioista. Tavoitteen asettamista voidaan tukea ottamalla omaiset mukaan tavoitteenasetteluun tai hyödyntämällä valmiita vaihtoehtoja. Tavoitteet ovat muodoltaan konkreettisia ja kotona toimimiseen liittyvät tavoitteet kirjataan osaksi hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa, jotta ne ovat koko verkoston käytössä. Tavoitteiden tulee olla helposti nähtävillä kirjallisina. Tavoitteista keskustellaan yhdessä kuntoutujan kanssa. Kuntoutuja otetaan mukaan monialaiseen tavoitekeskusteluun, omahoitaja ja terapeutit keskustelevat viikkotavoitteista kuntoutujan kanssa kahdesti viikossa ja aina ennen tavoitekokousta.

Yksilöllisyys Kuntoutujan yksilöllisyys huomioidaan kuntoutuksen suunnittelussa ja

toteutuksessa mm. päiväohjelmassa. Kuntoutujan yksilöllinen kuntoutuspolku hahmotellaan ja kuvataan auttamaan kuntoutujaa orientoitumaan kuntoutukseen ja hahmotamaan tavoitteet, joiden saavuttaminen mahdollistaa kotiutumisen.

Arjen toimintojen harjoittelu Arjen toimintojen harjoittelu mahdollistetaan antamalla kuntoutujalle aikaa itse toimimiseen. Kuntoutuja voi pedata itse sängyn ja noutaa itselleen puhtaita vaatteita. Ruoan itse ottaminen tulisi mahdollistaa myös osastolla. Kuntoutuja ohjataan ruokailemaan siihen tarkoitettuun tilaan, peseytyminen tapahtuu wc-tilassa. Kotielämään liittyvien arjen toimintojen ja kodinkoneiden käytön harjoittelu mahdollistetaan kotona, kotikäynneillä ja kotilomilla yhteistyössä kuntoutujan omaisten kanssa.

Omaisten osallisuuden vahvistaminen Kuntoutujan läheiset huomioidaan osana kuntoutusta. Omaisille ohjataan kuntoutumista tukevia toimintoja, heidät perehdytetään kuntouttavaan työotteeseen ja heidän osallisuuttaan vahvistetaan omaisille suunnatulla ryhmämuotoisella toiminnalla.

Moniasiantuntijuus Osallisuutta vahvistava kuntoutus rakentuu moniasiantuntijuudesta, jossa verkostolla on yhteinen näkemys kuntoutustoiminnasta. Moniammatillinen yhteistyö toteutuu esimerkiksi parityöskentelynä. Vertaisten pitämät ryhmät ja vapaaehtoistyö ovat osa kuntoutusta.

Varhainen kotikäynti Ensimmäinen kotikäynti tehdään mahdollisimman varhain kuntoutujan tilan salliessa.

Yhteistyö kotihoidon kanssa Kotihoito tapaa kuntoutujan jo osastolla arjen toimissa ja osallistuu kotikäynnille kotiutuksen lähestyessä.

Arjen toimintojen harjoittelu kotiympäristössä Arjen toimintoja harjoitellaan jo osastokuntoutuksen aikana yksilöllisen tarpeen mukaan kuntoutujan omassa kotiympäristössä. Harjoittelun kohteeksi valitaan sellaisia toimintoja, joita kuntoutuja on tehnyt jo ennen sairastumistaan tai osastolla opittuja taitoja, joiden siirtyminen kotiympäristöön on olennaista osallisuuden vahvistumiselle arjessa.

Kotilomat yhteistyössä omaisten kanssa Kotilomat suunnitellaan ja toteutetaan yhdessä kuntoutujan ja omaisten kanssa. Kotilomista pyydetään omaisilta aina kirjallinen

palaute sitä varten tehdyllä lomakkeella.

Kuntoutujan vastuun lisääminen Kuntoutujan osallisuutta vahvistetaan lisäämällä kuntoutujan vastuuta kuntoutumisestaan. Kuntoutujan annetaan esimerkiksi itse ohjata ja neuvoa avustajaa siirtymistilanteessa, kuntoutujalle annetaan omatoimiharjoitteita ja harjoittelun seuraamista varten harjoituspäiväkirja. Motivoivaa keskustelua käytetään itse tekemisen kannustamiseen.

Etäkuntoutus Etäkuntoutusta hyödynnetään osastojakson aika, jos sitä ollaan suunnittelemassa osaksi jatkokuntoutusta.

Kotiutuminen alkaa Espoon sairaalassa kuntoutujan saapuessa osastolle. Osallisuutta arjen toimissa vahvistavassa kuntoutuksessa ja kotiutuksessa kotiutuminen konkreetisoituu osastojakson päättyessä kuntoutujan kotiutumiseen valmistautumisella.

Kotiutumiseen valmistautuminen Kotiutumiseen valmistaudutaan kuntoutujan saapuessa osastolle. Yhteistyötä kuntoutujan verkoston kanssa tehdään koko kuntoutusprosessin ajan. Kotona olevat omaiset huomioidaan ja kotiutumisen suunnitteluun otetaan mukaan kuntoutuja ja omaiset, jolloin kotiutuminen ei tule yllätyksenä. Yhteistyötä tehdään kotihoidon, avopalveluiden terapeuttien sekä muiden verkoston toimijoiden kanssa. Avopalveluiden terapeutit osallistuvat tarvittaessa yhteiselle kotikäynnille. Verkosto varmistaa, että suunnitellut palvelut toimivat. Ennen kotiutumista kerrataan osastokuntoutuksen vaiheet ja käydään jatkosuunnitelma läpi. Kuntoutujan osastojakson aikana saamille materiaaleille rakennetaan kuntoutuskansio, jota kuntoutuja voi hyödyntää kotona. Varmistetaan, että kotiutuvalla kuntoutujalla on joku rinnalla kulkija. Tarvittaessa rinnalla kulkija voi olla nimetty tukihenkilö. Varmistetaan, että potilastietoihin hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan on kirjattuna konkreettiset kodin arkeen liittyvät tavoitteet.

Osallisuutta arjen toimissa vahvistavan kuntoutuksen ja kotiutuksen jatkokuntoutusta määrittelevät joustavuus, tasavertaisuus, rajapintoja ylittävä yhteistyö, sairaalan tuki ja kuntoutuksen monimuotoisuus.

Joustavuus Jatkokuntoutus on rakenteeltaan joustavaa. Sen suunnittelussa huomioidaan kuntoutujan yksilöllisyys ja jatkokuntoutusta on mahdollista muokata erilaisten tarpeiden mukaan.

Tasavertaisuus Prosessi on rakennettu niin, että kuntoutuksen saaminen ei ole kiinni kuntoutujan omasta aktiivisuudesta tai kyvystä itse pyytää kuntoutusta.

Rajapintoja ylittävä yhteistyö Yhteistyö jatkokuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa on tiivistä sairaalan, kotihoidon ja avopalveluiden kanssa. Osaston ja avopalveluiden terapeutit tapaavat kuntoutujan kotiutusvaiheessa yhdessä ja tekevät yhteisiä käyntejä kotihoidon kanssa.

Sairaalan tuki Kotiin vietävät ja polikliiniset palvelut vastaavat kuntoutuksesta, seurannasta ja koordinoinnista 3-5kk kotiutumisen jälkeen.

Kuntoutuksen monimuotoisuus Jatkokuntoutus toteutetaan monimuotoisesti. Se voi sisältää kuntoutusjakson kotona, kotihoidon toteuttamaa arkikuntoutusta, etäkuntoutusta tai ryhmäkuntoutusta. Arkikuntoutuksessa hyödynnetään kotihoidon kuntouttavia lähihoitajia, arjen toimintojen harjoittelua kuten lounaan valmistusta toimintaterapeutin kanssa sekä kuntoutujan lähiympäristöä ja harrastuksia kuntoutuksen toteuttamisessa. Etäkuntoutus voi olla reaaliaikaista tai ajasta riippumatonta kuntoutusta esimerkiksi erilaisten sähköisten palveluiden kautta. Ryhmäkuntoutusta toteutetaan moniammatillisesti esimerkiksi kotiin vietävien ja polikliinisten palveluiden ja avopalveluiden yhteistyönä.

Seuranta koettiin tärkeäksi osaksi osallisuutta vahvistavaa kuntoutusta ja kotiutusta. Seurannan puute nykyisessä toiminnassa tuli esille sekä kuntoutujien että ammattilaisten työryhmissä. Osallisuutta vahvistavassa kuntoutusprosessissa seurantaan kuuluu seurantakäynnit, verkostoyhteistyö ja seurannan mahdollistava tekninen tuki.

Seurantakäynti Seurantakäynnit toteutetaan säännöllisesti ja ne ovat jatkumoa osastokuntoutukselle. Tarvittaessa osaston terapeutti tekee 1-3 seurantakäyntiä kuntoutujan kotiin arvioimaan jatkosuunnitelman toteutumista. Polikliiniset ja kotiin vietävät palvelut vastaavat AVH-kuntoutujien kontrollikäynneistä 3kk, 6kk ja 12kk kotiutumisen jälkeen. Seuranta mahdollistaa tapaamiset asiantuntijan kanssa sekä toimii henkisenä tukena. ICT-ratkaisua tarvitaan säännöllisten seurantakäyntien ajanvarauskirjan ylläpitämiseen ja automaattiseen ajanvaraukseen.

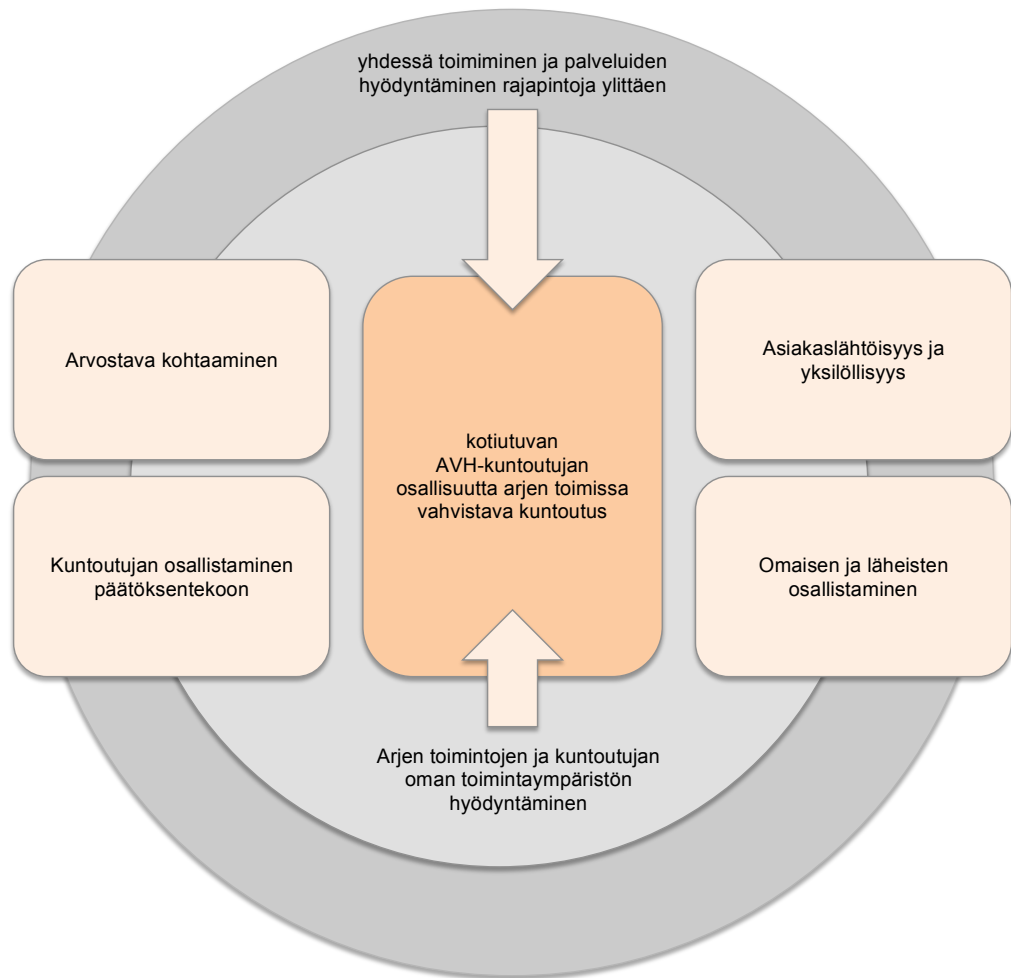
Verkostoyhteistyö ja koordinointi Kotiin vietävät ja polikliiniset palvelut vastaavat verkostoyhteistyöstä ja toiminnan koordinoinnista muiden toimijoiden kanssa. Tarvitta-

essa kuntoutujalle voidaan nimetä vastuuhenkilö palveluiden koordinointiin ja seurantaan.

7 Kuvaus AVH-kuntoutujan osallisuutta arjen toimissa vahvistavasta kuntoutuksesta

Tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten perusteella syntyi tuotos, joka kuvaa AVH-kuntoutujan osallisuutta arjen toimissa vahvistavaa kuntoutusta (kuvio 9). Kuvauksessa on hyödynnetty keskeisimpiä työryhmien tuottamia tuloksia. Kuvaus kokoaa kuntoutujien ja ammattilaisten tuottaman aineiston osallisuutta arjen toimissa vahvistavista tekijöistä, toimintatavoista sekä kuvauksen osallisuutta arjen toimissa vahvistavasta kuntoutuksesta ja kotiutuksesta osallisuutta arjen toimissa vahvistaviksi ydintekijöiksi.

Kehittämistyön tulosten perusteella AVH-kuntoutujan osallisuutta arjen toimissa vahvistava kuntoutus perustuu yhdessä toimimiselle ja palveluiden hyödyntämiselle rajapintoja ylittäen sekä arjen toimintojen ja kuntoutujan oman toimintaympäristön hyödyntämiselle kuntoutustoiminnassa. Sen neljä ydintekijää ovat asiakaslähtöisyys ja yksilöllisyys, kuntoutujan osallistaminen päätöksentekoon, arvostava kohtaaminen ja omaisten ja läheisten osallistaminen kuntoutustoimintaan. Osallisuutta arjen toimissa vahvistavassa kuntoutuksessa kuntoutuja kohdataan tasavertaisena toimijana ja hänellä on aktiivinen rooli kuntoutumisessa. Kuntoutuja osallistuu kuntoutustoiminnan suunnitteluun, tavoitteiden asettamiseen ja päätösten tekoon tasavertaisesti ammattilaisten kanssa. Omaisten ja läheisten roolia vahvistetaan ja heidät otetaan aktiivisesti mukaan kuntoutustoiminnan suunnitteluun ja toteutukseen. Omaiset ovat osa monialaista kuntoutustoimintaa ja heillä on merkittävä rooli kuntoutujan osallisuuden vahvistumisessa kuntoutujan kotiutuessa. Toiminta on asiakaskeskeistä. Kuntoutujan yksilölliset tarpeet huomioidaan ja kuntoutustoiminta joustaa kuntoutujan tarpeiden mukaan. Arjen toimintojen harjoittelu on kuntoutustoiminnan perusta. Se toteutuu kuntouttavassa työotteessa ja terapioiden toteutuksessa. Arjen toimet sidotaan vahvasti kuntoutujan omaan ympäristöön ja tavoitteisiin sopiviksi. Kuntoutujan omaa toimintaympäristöä hyödynnetään aktiivisesti kuntoutustoiminnassa. Ammattilaisten toiminta perustuu yhdessä toimimiseen yli rajapintojen. Toimintaa eivät ohjaa palvelujärjestelmän sektorit vaan kuntoutuja voi hyödyntää erilaisia palveluita riippumatta siitä, kuka hänen hoidostaan vastaa.



Kuvio 9 . Kotiutuvan AVH-kuntoutujan osallisuutta arjentoimissa vahvistavan kuntoutuksen ydintekijät.

8 Pohdinta

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tarkasteltiin AVH-kuntoutujan osallisuuden vahvistumiseen vaikuttavia tekijöitä ja kuntoutukseen tarvittavia toimintatapoja joilla osallisuutta arjen toimissa voidaan vahvistaa, sekä kuvattiin osallisuutta vahvistavaa kuntoutusta ja kotiutusta. Tavoitteena oli kotiutuvan AVH-kuntoutujan osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa. Rajapinnoilla, sairaala – koti, sekä kotona tapahtuvan kuntoutuksen kehittäminen ovat ajankohtaisia aiheita Espoon sairaalassa. Kotiutumisen kehittäminen on sairaaloiden kestoteema, koska monialaisen ja hallinnollisesti erillisten toimijoiden asiakaslähtöinen yhteistoiminta on haastavaa (Henriksson ym. 2012:77).

AVH-kuntoutujan osallisuuden vahvistuminen ja osallisuus käsitteenä nousivat kehittämistyön tavoitteeseen kuntoutusparadigmasta sekä Espoon sairaalan toiminnallista suunnitelmasta. Toiminnallisessa suunnitelmassa nostetaan asiakaskeskeisyys yhdeksi suunnittelua ohjaavaksi periaatteeksi ja kuntoutujan ja hänen omaistensa osallistaminen aktiiviseksi toimijoiksi nähdään osana palvelutuotannon toteutusta hoito- ja kuntoutustyön kaikissa vaiheissa. (Espoon sairaala – toiminnallinen suunnitelma 2015: 6-18.)

Kuntoutusparadigmassa kuntoutuja nähdään aktiivisena toimijana. Kuntoutujan henkilökohtaiset tavoitteet ovat kuntoutustoiminnan lähtökohta. Kuntoutusparadigma toteutuu kuntoutujan ja ammattilaisen yhteisönä, jossa kuntoutuja osallistuu kuntoutustoiminnan suunnitteluun ja päätöksentekoon. Paradigma painottaa kuntoutuksen liittymistä arkeen ja kuntoutustoiminnan tuloksena kuntoutujan osallisuuden parantumista sekä kuntoutujan valtaistumista. (Järvikoski – Härkäpää – Salminen 2015:18-19.)

Osallisuus on käsitteenä monimuotoinen, ja sitä käytetään laajalti monissa yhteyksissä. Kuntoutusajattelun muutos, jossa kuntoutus nähdään yksilön ja yhteisön välisenä muutosprosessina kannustaa osallisuuden vahvistamiseen. Käsitteet eivät itsessään kuitenkaan kerro, miten ne toteutetaan käytännön työssä tai mitä toimintatapoja tai muutoksia toimintavoissa edellytetään osallisuuden vahvistumiseksi. Lisäksi käsitteet voivat olla perustyötä tekeville hoidon ja kuntoutuksen ammattilaisille vieraita tai hankalasti lähestyttäviä. Lähtökohtana asiakaskeskeisyys ja osallistuminen tai osallisuus ymmärretään, mutta miten se toteutetaan päivittäisessä vuorovaikutuksessa kuntoutujan kanssa? Miten asiakaskeskeisyys, osallisuus ja toimijuus toteutuvat arjessa?

Osallisuutta ja osallistumista olen teoreettisessa viitekehyksessä käsitellyt sekä ICF-mallin kautta, yksilön ja ympäristön välisenä suhteena että kuntoutujan osallistumisena kuntoutusta koskevaan päätöksentekoon, itse kuntoutustoimintaan ja kuntoutuksen kehittämiseen. Jos kuntoutus onkin prosessi osallistumismahdollisuuksien parantamiseksi, niin myös ammattilaiset kaipaavat mahdollisuutta osallistua oman työnsä kehittämiseen. Ilman osallisuutta niin kuntoutuksesta kuin työstäkin puuttuu mielekkäys.

Kehittämistyöni antoisin vaihe oli yhteiskehittelyyn perustuvat työryhmätapaamiset. Näkökulma oli kuntoutujien ja kliinistä työtä tekevien ammattilaisten, koska heillä on sellaista tietoa ja hyödyntämätöntä osaamista, joka voi jäädä kehittämisessä piiloon, jos toimintaa kehitetään ainoastaan ulkopuolelta (Virtanen ym. 2011:36). Kahdessa

erillisessä työryhmässä toteutettuun yhteiskehittelyyn ja ryhmäkeskusteluihin osallistui viisi AVH-kuntoutujaa ja joukko ammattilaisia. Kuntoutujia ja omaisia kuullaan heitä koskevissa asioissa, mutta väitän, että heidän mukaan ottaminen toiminnan suunnitteluun on melko vierasta perusterveydenhuollossa. Asiakastyytyväisyyttä kyllä mitataan, mutta meillä ei ole selkeitä malleja siitä, kuinka kuntoutujien asiantuntijuutta voitaisiin hyödyntää helposti ja joustavasti toiminnan kehittämisessä yhdessä. Asiakas nähdään vielä usein potilaana, jonka ei kuulu puuttua hoitoprosessiin. Asiakkaan asettaminen objektin rooliin sekä ammattikuntakeskeisyys ovat usein arkea toimintatapoja kehitettäessä. Palveluita kehitettäessä keskiössä tulisi kuitenkin olla asiakas ja hänen tarpeensa. (Virtanen ym 2011:12). Osallisuuden vahvistuminen perustuu kokemukseen omasta roolista osana kuntoutustoimintaa. Olenko toiminnan kohde vai tasavertainen toimija kuntoutumisen polulla?

8.1 Tulosten tarkastelu

Kuntoutujat ja ammattilaiset käsitelivät osallisuuden vahvistumista arjen toimissa osallisuutta vahvistavien tekijöiden, Espoon sairaalassa kuntoutustoimintaan tarvittavien toimintatapojen sekä osallisuutta vahvistavan kuntoutuksen ja kotiutuksen kautta. Arjen toimia ei määritelty tarkemmin ennen yhteiskehittelyllä toteutettuja työryhmiä ja aineiston keruuta. Arjen toimet näyttäytyvät siten tuloksissa sellaisina kuten työryhmäläiset ne itse käsittivät tuottaessaan aineistoa kehittämistehtäviin. Osallistuminen kuntoutukseen, hoitoa ja kuntoutusta koskevaan päätöksentekoon ja tavoitteiden asettamiseen näyttäytyivät heille tärkeinä arjen toimina päivittäisten ADL- ja IADL-toimien ohella.

Sekä kuntoutujat että ammattilaiset näkivät osallisuuden arjen toimissa vahvistuvan kuntoutujan kokonaisvaltaisen osallisuuden lisääntymisenä kuntoutustoiminnassa. Kuntoutujan osallisuuden vahvistumiseksi arjen toimissa katsottiin tarpeelliseksi myös kuntoutujan osallisuuden vahvistuminen kuntoutuksen suunnittelussa ja päätöksenteossa. Kehittämistyöhön osallistuneista viidestä kuntoutujasta neljällä sairastumisesta oli jo kulunut aikaa ja heillä oli pidempi kokemus kuntoutustoiminnasta ja arjesta sairastumisen jälkeen. Kun kuntoutumiselle ei voi määritellä aikaa tai sairastuminen aiheuttaa pysyvän arjen toimia ja osallisuutta vaikeuttavan haitan, tuleeko kuntoutumisesta silloin osa arkea ja kuntoutukseen liittyvästä kuntoutuksen suunnittelusta ja päätöksenteosta osa arjen toimia? Jos arki nähdään niinä päivittäisinä tekoina ja tapahtumina, jotka jäsentävät viikkoa ja arjen toimet enemmän tai vähemmän säännöllisesti toistuvina päi-

vittäisinä toimina on kuntoutuksella ja kuntoutumisella iso rooli ja konkreettinen osa arkielämässä.

Kuviossa 10 olen hahmotellut aineistosta nousseita osallisuutta arjen toimissa vahvistavia tekijöitä yksilön, ympäristön ja yhteiskunnan tasoille kuvaamaan kuntoutujien ja ammattilaisten tuottaman aineiston yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia sekä kuvaamaan osallisuutta vahvistavien tekijöiden suhdetta toisiinsa. Kuntoutujien aineistosta nostetut osallisuutta vahvistavat tekijät on kuvattu vihreällä, ammattilaisten harmaalla ja molemmissa aineistoissa esiintyneet tekijät sinisellä värillä.



Kuvio 10. Osallisuutta vahvistavat tekijät kuntoutujien ja ammattilaisten näkökulmasta tarkasteltuna yksilön, ympäristön ja yhteiskunnan tasoilla

Kuviossa näkyy, miten ammattilaiset hahmottivat osallisuutta arjen toimissa vahvistavia tekijöitä osaston toiminnan ja palveluiden sekä osaston sosiaalisen ja asenneympäristön kautta. Kuntoutujien näkökulmasta palveluiden sisältö ei tässä kehittämistyössä noussut niin merkittäväksi osallisuutta vahvistavaksi tekijäksi kuin yksilölliset tekijät ja ympäristötekijät, joilla koettiin olevan juurikin sosiaalisen- ja asenneympäristön kautta iso merkitys osallisuuden kokemukselle. Osallisuutta vahvistavat tekijät asenneympäristössä näkyivät aineistossa kokemuksena kohtaamisesta ammattilaisten ja muiden kuntoutujien sekä lähiverkoston kanssa. Osallisuutta arjen toimissa vahvistava toiminta oli konkreettista kotiin ja omaan toimintaympäristöön suuntaava arjen toimien harjoittelu yhdessä ammattilaisten sekä omaisten kanssa.

Kuntoutujien kokemukset vuorovaikutuksesta sekä asenneympäristöstä olivat yksilöllisiä. Kuntoutujat olivat kuitenkin yksimielisiä siitä, että sosiaaliseen ja asenneympäristöön liittyvillä tekijöillä on iso rooli osallisuuden vahvistamisessa. Kuntoutumisen muutosmekanismeissa juuri sosiaalinen tuki ja vertaistuki ovat nousseet keskeisempien tekijöiden joukkoon (Järvikoski 2008; 58). Arjen toimissa kuntoutujien näkökulmasta osallisuutta vahvisti kannustava ja positiivinen ilmapiiri, ystävällinen, tasavertainen kohtaaminen ja lähiverkoston tuki.

... mutta se vastaava se sano mulle, että ”katos sähän onnistut tossa” niin se jollakin tavalla, emmä tiiä... minä oon semmonen ihminen että kissahan se kiitoksella elää...

... mä olin muutaman päivän ollu... oli kiva mieshoitaja... se tuli nosti mut pyörätuoliin ja sano ”tyttö mehän lähetään yhdessä syömään”... ja se nosti mun pyörätuoliin, vei yhteiseen ruokasaliin, laitto mut oikeen kauniisti ruokapöytään...

... meidän ihanat uudet naapurit, koko kerrostalo... kaikki tervehtii, kaikki tulee auttamaan...

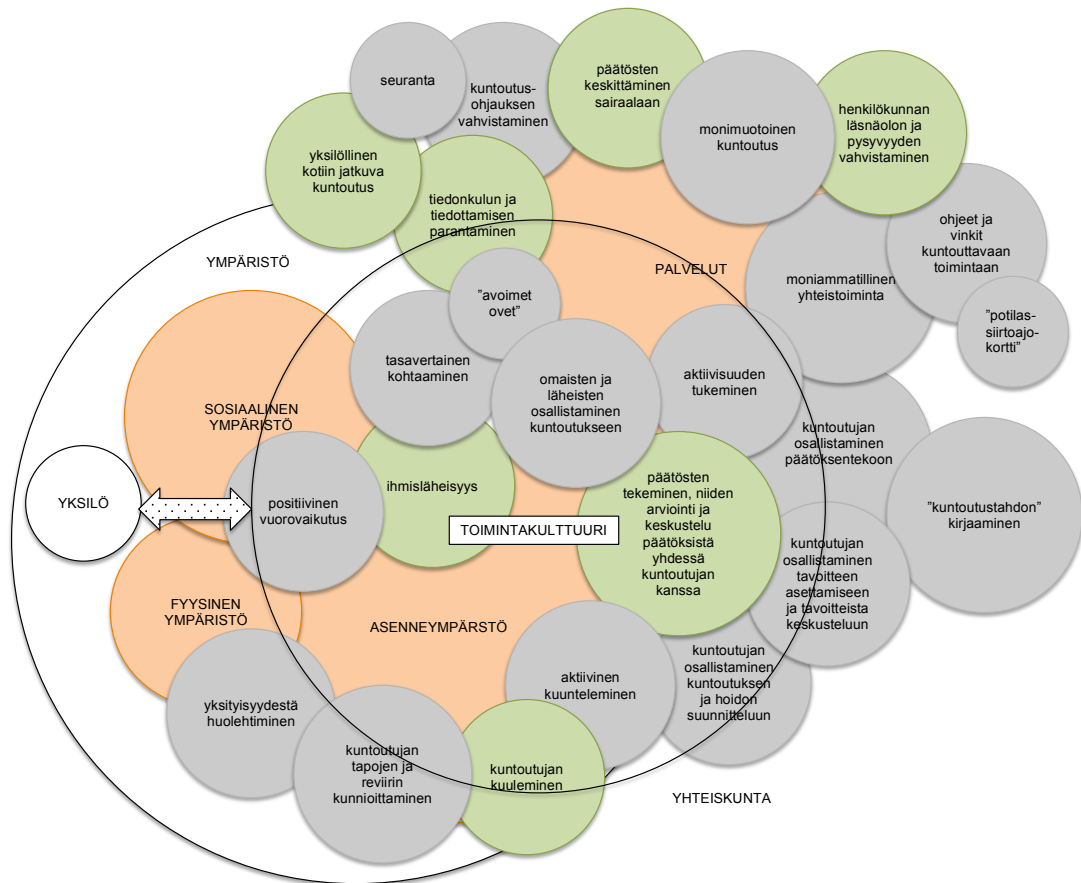
Ammattilaisten tuottamassa aineistossa osallisuutta arjen toimissa vahvistavina tekijöinä korostuivat kuntouttava työote, arjen toimiin ja kotiin suuntaava kuntoutus sekä omaisten osallistuminen.

...et henkilökunta kannustaa siihen, et pärjää siellä kotona...

... et myös se potilaan roolin vaihtuminen siihen kotirooliksi tai omaksi itsekseen, et siihen ois se tuki...

... sitten otetaan tietysti mahdollisimman paljon omaisia mukaan siihen toimintaan, osallistutetaan ja perehdytetään siihen sairauteen... tän pitäisi olla vähän niin kuin jatkuva prosessi...

Osallisuuden vahvistamiseksi tarvittavat toimintatavat kuntoutustoimintaan painoutuivat aineistossa ympäristön ja palveluiden tasolle (kuvio 11). Keskeistä aineistosta nousseissa toimintatavoissa oli vuorovaikutus ja asiakkaan nostaminen kuntoutustoiminnassa aktiiviseksi toimijaksi yhdessä ammattilaisten kanssa sekä kuntoutujan oman toimintaympäristön sekä kuntoutujalle merkityksellisten ihmisten osallistaminen kuntoutukseen. Kehittämistyöhön osallistuneet ammattilaiset ovat tunnistaneet kuntoutujan muuttuneen roolin ja toivat aineistossa esiin toimintatapoja, joiden avulla kuntoutujan osallisuutta voidaan tukea tunnustamalla kuntoutujan tasavertaisuus ja asiantuntijuus ammattilaisten kanssa. Kuntoutujan oman elämän asiantuntijuuden tunnustaminen lähtökohtana osallisuuden mahdollistumiselle palveluprosessissa tulee esille myös Autti-Rämön ja Salminen (2016) sekä Virtasen (2011) julkaisuissa. Asiantuntijuuden tunnustaminen mahdollistaa kuntoutujan tasavertaisen kumppanuuden ja yhdenvertaisen toimijuuden ammattilaisten kanssa. (Autti-Rämö – Salminen 2016:15; Virtanen ym. 2011:18-19.)



Kuvio 11. Osallisuuden vahvistamiseksi tarvittavat toimintatavat kuntoutujien ja ammattilaisten näkökulmasta tarkasteltuna yksilön, ympäristön ja yhteiskunnan tasoilla.

Tulkitsen aineistoa asiakasymmärryksen näkökulmasta siten, että nykyinen toiminta on asiakaslähtöistä ja kuntoutuja nähdään jo osittain toimijana. Asiakas ei ole enää pelkkä tiedon tuottaja, mutta kuntoutustoiminta toteutuu ammattilaisten ehdoilla. Ammattilaisten ja kuntoutujien suhde ei ole vielä tasavertainen. (Mäkinen 2014:12-13.) Vajavuus paradigmaan perustuva kuntoutustoiminta näkyy nykyisessä toiminnassa asiantuntijalähtöisyytenä ja erikoistumisena. (Järvikoski ym 2009: 17.) Palvelut rakentuvat pirstaleisesti eikä yhteistyöstä ole vielä edetty yhteistoimintaan.

Osallisuuden vahvistumisessa arjen toimissa on tulosten pohjalta kyse toimintakulttuurista. Kuviossa 11 esitetyt osallisuuden vahvistumiseksi arjen toimissa tarvittavat toimintatavat kuvaavat tarvetta muuttaa toimintakulttuuria. Toimintakulttuuri tuo asiakasymmärryksen näkyväksi käytäntöinä, joita kuntoutustoiminnassa toteutetaan. Toimintakulttuuriin sisältyy muun muassa yhteisön arvot, käsitykset, roolit ja toimintatavat. Lasten ja nuorten osallistumisen vahvistamisen haasteina ovat käytäntöjen ja toimintamallien puute, vieroksuvat asenteet ja osallisuutta vastustava ja mitätöivä ilmapiiri. (Kiilakoski – Gretscl 2012:24-26) Vaikeavammaisten osallisuuden vahvistamiseen liittyvät haasteet lienevät osin samankaltaisia.

Koska toimintakulttuuri on dynaaminen, voidaan siihen vaikuttaa ja toimintakulttuuria muuttaa. (YVI sanakirja nd.). Kuntoutujan osallisuuden vahvistuminen edellyttää muutosta toimintavoissa osana toimintakulttuuria ja palvelujärjestelmän rakentumista. Se edellyttää kuntoutuksen paradigman mukaista asiakasymmärrystä ja kuntoutumisen näkemistä yksilön ja ympäristön muutosprosessina, jossa vuorovaikutuksella, yksilön omalla toimintaympäristöllä ja tukiverkostolla on iso merkitys. Toimintakulttuurin muutos vaatii enemmän kuntoutustoiminnan yhteistä tarkastelua ja yhteisen ymmärryksen luomista. Oppimisen ja kehittäminen täytyy tällöin tapahtua yhdessä. (Sipari – Mäkinen 2012: 6.)

Kuntoutujan osallisuuden vahvistumiseksi arjen toimissa on tärkeää, että kuntoutuja on alusta alkaen tasavertainen toimija ammattilaisten rinnalla, ja että kuntoutustoiminta suunnitellaan ja toteutetaan hyödyntäen kuntoutujan omaa toimintaympäristöä. Onnistunut osallisuutta vahvistava kotiutuminen vaatii hyvää yhteistyötä rajapinnoilla ja kuntoutujan verkostossa, jossa lähiverkostolla on iso merkitys kuntoutujan osallisuuden vahvistamisessa arjen toimissa. Osastolla saavutetun toimintakyvyn ylläpysymiseen ja osallisuuden vahvistamiseen vaikuttaa koko kuntoutumisprosessi, kuntoutujan toimintaympäristö ja sen kuntoutujalle merkitykselliset toimijat sekä kuntoutuja itse. Onnistu-

nut osallisuutta vahvistava kuntoutustoiminta tukee kotiutumista ja mahdollistaa kuntoutujan osallisuuden omassa arjessaan.

8.2 Kehittämisen prosessin ja menetelmällisten ratkaisujen arviointi

Toimintatutkimukselle on tyypillistä, että tutkimusongelmat muuttuvat ja muovaantuvat prosessin edetessä eikä täsmällistä tutkimussuunnitelmaa voida kirjoittaa (Heikkinen – Rovio – Kiilakoski 2006: 78-87). Tässäkin kehittämistyössä työn tarkoitus, tavoite ja kehittämistehtävät muovaantuivat prosessin edetessä.

Suunnitelmavaiheessa kehittämistyön fokus oli kotiutumisessa ja tarkastelun kohteena piti olla toiminta rajapinnalla osasto - koti. Kehittämistyöhön osallistujat ammattilaisten työryhmässä muodostuivat kuitenkin suurelta osin kuntoutusosasto 3E:n moniammatillisesta tiimistä, mikä vaikutti osaltaan toiminnan tarkastelun ja reflektoinnin painottumiseen osastojaksoon. Kotihoidosta kehittämistyöhön osallistui vain yksi työntekijä. Rajapintayhteistyön, osasto – kotihoito, tarkastelu osallisuutta arjen toimissa vahvistavien tekijöiden ja toimintatapojen osalta olisi vaatinut kotihoidon suurempaa edustusta työryhmässä. Tällöin olisi voinut syntyä uusia toimintatapoja kuntoutujan, osaston ja kotihoidon väliseen yhteistoimintaan. Toisaalta tarkastelun painottuminen osaston toimintaan voi kertoa myös kotiutumiseen liittyvien toimintaperiaatteiden hyvästä juurtumisesta osastotyöhön. Espoon sairaalassa kotiutuminen alkaa kuntoutujan saapuessa osastolle ja kotiutuspäivä asetetaan heti ensimmäisessä moniammatillisessa tapaamisessa.

Ammattilaisten työryhmässä painottui lisäksi ammattiryhmänä terapeutit. Vain neljä työryhmään osallistunutta ammattilaista edusti jotain muuta ammattiryhmää. Terapeuttien suuri edustus työryhmässä vaikutti osaltaan kehittämistyön tulosten näkökulmaan. Kuntoutuksen ammattilaisilla voi olettaa olevan hyvä ymmärrys osallisuudesta, siihen vaikuttavista tekijöistä sekä kuntoutujan osallisuutta kuntoutustoiminnassa vahvistavista toimintatavoista. Koska hoitohenkilökunnan edustus oli pieni, ei moniammatillisuus tästä näkökulmasta päässyt työryhmätyöskentelyssä täysin toteutumaan ja yhteisen ymmärryksen syntyminen osallisuutta vahvistavista tekijöistä ja kuntoutusosaston toimintaan tarvittavista toimintatavoista vaatii jatkokehittelyä.

Kuntoutujien mukaan saaminen kehittämistyöhön osoittautui haastavaksi, koska en voinut hyödyntää kehittämistyöhön kutsumisessa potilastietojärjestelmää kuntoutusosastolta 3E kotiutuneiden kuntoutujien ja heidän omaistensa tavoittamiseksi. Kehittä-

mistyöhön ilmoittautui viisi kuntoutujaa, jotka kaikki olivat työryhmien käynnistyessä kuntoutuksessa Muuralan päiväsairaalassa. Kuntoutujien pieni edustus aineistossa on vaikuttanut kehittämistyön tuloksiin, joiden näkökulma on paikoin hyvin henkilökohtainen.

Kehittämistyö noudatti toimintatutkimuksen logiikkaa ja siinä toteutui toimintatutkimukseen kuuluva osallistava ja reflektiivinen työskentely (Heikkinen 2006: 27). Toiminta työryhmissä oli avointa ja kehittämismyönteistä. Työryhmäläiset tuottivat ja analysoivat tietoa yhdessä sekä refleктоivat tuottamaansa tietoa suhteessa nykyiseen toimintaan. Yhteistyö mahdollisti kehittämistyön laajan näkökulman ja kehittämistehtävien käsittelyn aiheen parhaiten tuntevien yhteisön jäsenten kanssa (Kananen 2014: 11-1).

Oman työn kehittäminen on olennainen osa mielekästä työtä. Toimintatutkimuksen logiikkaa noudattava tutkimuksellinen kehittäminen toimi oppimisprosessina, joka mahdollisti osallistujien oppimis- ja kasvuprosessin (Kananen 2014: 11-17). Yhteiskehittely tiedonkeruumenetelmänä auttoi yhteisen tiedon tuottamisessa osallisuudesta ja ymmärryksen luomisessa siitä, miten osallisuutta voidaan vahvistaa kuntoutustoiminnassa. Ammatillaiset tunnistivat asiakaslähtöisen ja voimavarakeskeisen paradigman ja näkivät kuntoutujan oman elämänsä asiantuntijana. Prosessina yhteiskehittely tuotti lisäarvoa osallistujille tuottamalla hyvinvointia osaamisen syvenemisenä ja laajenemisenä sekä ajatusten jakamisena ja ideoiden tuottamisena yhdessä (Yhteiskehittelyllä hyvinvointia n.d: 7-8) Ammatillaiset kuvasivat palautteissa muun muassa, miten yhteiskehittely laajensi omaa kuvaa kuntoutumisesta ja osallisuudesta sekä synnytti konkreettisia ideoita omaan työhön.

...laajensi omaa ajattelua osallisuudesta ja vahvisti kuntoutumisen olevan yhteistä ja osallistavaa...

...toi lisää ajatuksia, miten yhteistyötä pitäisi tiivistää myös konkreettisesti...

...auttaa näkemään laajempia kokonaisuuksia ja toivottavasti ottamaan vastuuta enemmän myös kuntoutusprosessin kokonaisuudesta...

Menetelmällisenä ratkaisuna työryhmätyöskentelyä kahdessa työryhmässä, jossa kuntoutujat ja ammatillaiset toimivat erillisissä työryhmissä perustelen kuntoutujien äänen kuulumisen varmistamisella. Pohdin aluksi sitä, pystynkö toteuttamaan työskentelyn siten, että yhteiskehittely toteutuu ammattilaisten ja kuntoutujien yhteistyönä. Vaikka yhteiskehittelyyn olisi ilmoittautunut sellaisia kuntoutujia, joilla ei ole puheentulon- tai ymmärtämisen vaikeuksia, oli todennäköistä, että osalla on ainakin joitakin kognitiivista

toimintakykyä heikentäviä häiriöitä. Tämä olisi voinut vaikuttaa kuntoutujien äänen kuulumiseen isossa ryhmässä. Tämän lisäksi kuntoutusjaksot osastolla ovat pitkiä ja suhteet kuntoutujien ja ammattilaisten välillä ovat tiiviitä, jolloin on mahdollista, että yhteisessä työryhmässä ei olisi pystytty kriittisesti tarkastelemaan nykyistä toimintaa.

Moniasintuntijuuden näkymisen pyrin varmistamaan mukailemalla Bikva-mallia ja tuomalla kuntoutujien tuottaman aineiston ammattilaisten työryhmätyöskentelyn pohjaksi. Lisäksi muodostin ensimmäisen ja toisen kehittämistehtävän niin, että niiden tulokset on tarkasteltavissa erikseen. Yhden työryhmän käyttöä olisi puoltanut aito vuorovaikutus ja yhteistoiminta kuntoutujien ja ammattilaisten kesken.

Aineiston tuottaminen kahdessa työryhmässä lyhyellä aikataululla tuotti haasteita muun muassa kuntoutujien tuottaman aineiston viemiselle ammattilaisten työryhmään. Koska minulla ei ollut aikaa aineistolähtöiselle analyysille, jouduin luottamaan omiin muistiinpanoihini ja mielikuvaan työryhmässä nousseista merkittäviksi koetuista teemoista. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tekeminen kuntoutujien tuottamasta aineistosta ennen sen viemistä ammattilaisten työryhmään olisi voinut tuottaa toisenlaisen lähtökohdan ammattilaisten työskentelylle. Tämän tyyppisessä työskentelyssä voisi pohtia aineiston tuottamista kokonaisuudessaan ensin yhdellä työryhmällä ja sen jälkeen koko aineiston viemistä toisen työryhmän työskentelyn pohjaksi.

8.3 Tutkimuksellisen kehittämistyön laadullisuus ja eettisyys

Kehittämistyössä pyrin hyvän tieteellisen käytännön ja periaatteiden noudattamiseen Tuomen ja Sarajärven (2002) esittämien työn laadullisuutta ja eettisyyttä koskevien periaatteiden mukaan (Tuomi – Sarajärvi 2002: 129-138). Kehittämistyön etenemisen ja käytetyt menetelmät olen pyrkinyt kuvaamaan mahdollisimman tarkasti. Aineiston keruu on kuvattu ja käytetyt yhteiskehittelyn menetelmät on esitelty tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmällisissä ratkaisuihin. Aineiston keruun luotettavuuden lisäämiseksi olen kuvannut molempien työryhmien työryhmätyöskentelyn rungot ja esittänyt näytteen aineiston analyysistä liitteenä. Aineiston keruu toteutui hyvässä vuorovaikutuksessa ja kehittämismyönteisessä ilmapiirissä sekä ammattilaisten että kuntoutujien työryhmissä. Omasta ammattitaidosta huolehtiminen ja kehittäminen kuuluu kaikkien ammattilaisten vastuulle myös eettisestä näkökulmasta. Hyvä ammattitaito ja kehittäminen varmistavat hyvän hoidon. (Etene 2016.).

Koska kehittämistyöhön osallistui kuntoutujia, se toi oman erityisen näkökulmansa kehittämistyön prosessiin. Eettisenä ongelmana voidaan pitää sitä onko moraalisesti hyväksyttävää pyytää vaikeassa elämäntilanteessa eläviä ihmisiä mukaan tutkimukseen (Mäkinen 2006:121-123). ILO, UNESCO ja WHO korostavat palvelunkäyttäjän roolin subjektiivista ja sitä, että kuntoutuspalveluita ei tule toteuttaa ilman palvelunkäyttäjän osallistumista. Vammaiset ihmiset ovat itse mukana tekemässä päätöksiä siitä, minkälaisia palveluja he tarvitsevat osallistumisensa mahdollistamiseksi. (Järvikoski 2013: 21-24.). Osallisuuden vahvistaminen ja osallistumismahdollisuuksien parantaminen kuntoutuksen avulla edellyttää palvelujärjestelmältä asiakaslähtöistä kehittämistä ja molemminpuolisen ymmärryksen lisäämistä (Virtanen ym. 2011:22). Tästä näkökulmasta kuntoutujien osallistuminen kehittämistyöhön oli edellytys koko kehittämistyölle.

Kuntoutujien kuten ammattilaistenkin osallistuminen kehittämistyöhön perustui vapaaehtoisuuteen ja heillä oli mahdollisuus jättäytyä pois kehittämistyöstä kaikissa työryhmätyöskentelyn vaiheissa. Kuntoutujilta varmistin jokaisen työryhmän jälkeen halusivatko he vielä jatkaa kehittämistyössä. Yksi kuntoutujista ei ensimmäisen työryhmätaapaamisen jälkeen halunnut enää osallistua kehittämiseen. Kehittämistyöstä pois jääminen tapahtui hyvässä hengessä ja kuntoutujalla oli mahdollisuus keskustella poisjäämisensä syistä. Vaikeaan elämäntilanteeseen liittyvistä kokemuksista ja esiin nousseista tunteista keskusteltiin myös työryhmätyöskentelyn aikana, mutta kuntoutujilla oli lisäksi halutessaan mahdollisuus myös kahdenkeskiseen keskusteluun. Olin lisäksi varautunut antamaan kuntoutujille ohjausta ja neuvontaa koskien heidän saamaansa hoitoa ja kuntoutusta, mutta tälle ei ollut tarvetta.

Kehittämistyöhön osallistuneiden kuntoutujien ja ammattilaisten valinta on kuvattu luvussa 5.3. Työryhmäläisten henkilötietoja ei kerätty ja aineisto analysoitiin sekä kirjallinen raportti toteutettiin siten, että yksittäistä työryhmäläistä tai työryhmäläisen tuottamaa aineistoa ei pystytä tunnistamaan kehittämistyöstä. Taustatietoina kerättiin kuntoutujien sairastumisvuosi ja sukupuoli sekä ammattilaisten organisaatio, yksikkö ja nimike, jotka auttavat hahmottamaan työryhmäläisten asiantuntijuuden kehitettävässä toiminnassa. Kerätyt taustatiedot, yhteiskehittelynä tuotettu aineisto ja työryhmätyöskentelyn nauhoitukset säilytettiin siten, että kukaan ulkopuolinen ei päässyt käsittelemään aineistoa. Kehittämistyön jälkeen aineisto hävitettiin vaaditulla tavalla. Dokumentoituun aineistoon ei sisällytetty henkilötietoja tai muita sairaustietoja edellä mainittujen tietojen lisäksi.

Kehittämistyön tulosten luotettavuutta olen varmistanut käymällä aineiston ja aineiston analyysin läpi useita kertoja ja tarkentamalla analyysiä. Aineiston analyysin läpikäymisellä ja tarkentamisella olen pyrkinyt sulkemaan pois oman tulkintani aineistosta analyysivaiheessa sekä varmistamaan, että analyysi on puhtaasti aineistolähtöinen. Lisäksi vein tekemäni analyysin tulokset yhteiskehittelyn päätteeksi viimeiseen tapaamiseen kuntoutujien ja ammattilaisten tarkasteltavaksi ja reflektoitavaksi ennen lopullista raportointia ja työn julkistamista. Aineiston analyysiä tarkensin vielä reflektion jälkeen.

8.4 Kehittämistyön hyödynnettävyys

Asiakasryhmänä AVH-kuntoutujat eivät näyttäyty tässä kehittämistyössä merkityksellisenä arvioitaessa osallisuutta arjen toimissa vahvistavia tekijöitä, toimintatapoja tai osallisuutta arjen toimissa vahvistavaa kuntoutustoimintaa. Kehittämistyön tuloksia ja tuotosta voidaan tarkastella siten yleisesti suunniteltaessa minkä tahansa asiakassegmentin palveluita Espoon sairaalassa tai yhteistoimintaa kotihoidon ja avopalveluiden kanssa.

Osallisuus on käsitteenä edelleen melko vieras perustyötä osastolla tekevien työntekijöiden parissa. Kuntoutujan ja omaisten sekä läheisten osallisuuden vahvistamiseen tarvitaan lisää konkreettisia esimerkkejä, joita osastotyössä voidaan hyödyntää osana arjen toimintaa. Kehittämistyön tulokset ja tuotos toimivat hyvänä runkona toiminnan yhteiselle tarkastelulle. Tuloksia ja tuotosta voidaan käyttää apuna arvioitaessa asiakassegmenttien mukaan rakennettujen hoito- ja kuntoutusprosessien kuntoutujan osallisuutta edistäviä tai ehkäiseviä tekijöitä. Kehittämistyötä voidaan hyödyntää myös toimintakulttuurin muutoksen tukena esimerkiksi keskustelun herättäjänä. Aineistosta nousseiden toimintatapojen joukossa on myös konkreettisia kehittämisideoita esimerkiksi yhteistoimintaan rajapintoja ylittäen sekä omaisten osallisuuden vahvistamiseen kuntoutustoiminnassa. Näitä ideoita voitaisiin arvioida moniammattillisesti sekä jatkotyöstää konkreettiseksi toiminnaksi arjen työhön.

Kehittämistyössä näkyväksi noussut tarve toimintakulttuurin muutokseen kuntoutujan osallisuuden vahvistamiseksi edellyttää muutokseen tähtäävien toimintatapojen liittämistä osaksi arjen työtä. Muutos tapahtuu vain, jos sen vaikutukset ja mahdollisuudet näkyvät käytännössä. (Engeström, Kerosuo, Kajamaa 2008; 23.) Ilman mahdollisuutta osallistua ei kuntoutujalta voida vaatia myöskään vastuunottoa omasta kuntoutumisestaan.

Lähteet

Andersson, Leif C – Hetemäki, Ilari – Mustonen, Riitta – Sihvola, Ari (toim.) 2011. Kaikki irti arjesta. Helsinki: Gaudeamus.

Aivoliitto 2013. Aivoverenkiertohäiriöt lukuina. Esite. Verkkodokumentti. <http://www.aivoliitto.fi/files/1091/avh_lukuina2013_web.pdf>. Luettu 15.11.2015.

Autti-Rämö, Ilona – Salminen, Anna-Liisa 2016. Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona – Salminen, Anna-Liisa – Rajavaara, Marketta – Ylinen, Arne (toim.). Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim. 14-17.

Blömer, Anne-Marie V. – van Mierlo, Maria L. – Visser-Meily, Johanna M. – van Heugten, Caroline M. – Post, Marcel W 2014. Does the Frequency of participation change after stroke and is this change associated with the subjective experience of participation? Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 96(3). 456-63.

Engeström, Yrjö – Kerosuo, Hannele – Kajamaa, Anu 2008. Vaikuttavuuden arvioinnista seuraamusten tutkimukseen. Teoksessa Mäkitalo, Jorma – Turunen, Jari – Viik-kumaa, Ilpo (toim.). Vaikuttavuus muutoksessa. Oulu: Verve. 19-48.

Espoon sairaala - toiminnallinen suunnitelma 2015. Versio 1.0. 28.5.2015. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<http://www.espoo04.hosting.documenta.fi>>.

Etene 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Verkkodokumentti. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE_julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>. Luettu 26.11.2016

Heikkinen, Hannu L. T. 2006. Tutkiva ote toimintaan. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, Hannu L. T. – Rovio, Esa – Syrjälä, Leena (toim.). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 15-37.

Heikkinen, Hannu L. T. – Kontinen, Tiina – Häkkinen, Päivi 2006. Toiminnan tutkimisen suuntaukset. Teoksessa Heikkinen, Hannu L. T. – Rovio, Esa – Syrjälä, Leena (toim.). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 39-76.

Heikkinen, Hannu L. T. – Rovio, Esa – Kiilakoski, Tomi 2006. Toimintatutkimuksen käytäntö. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, Hannu L. T. – Rovio, Esa – Syrjälä, Leena (toim.). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 77-93.

Henriksson, Jaana – Hirvonen, Marja-Riitta – Kuutama, Sylvia – Laakso, Christina – Lacho, Akvaliina – Liikka, Päivi – Mikkola, Tuula – Parviainen, Erja – Punsä, Päivi – Rantala-Nenonen, Katriina – Reijonen, Merja – Risku, Susanna – Rossi, Saara - Sumusalo, Petteri – Säisä-Winter, Pirjo – Valkama, Ulla. Onnistunut kotiutuminen: työskentelyä rajojen yli ja rajapinnoilla. Teoksessa Reijonen, Merja – Harra, Toini - Immonen, Sirpa – Marjamäki-Kekki, Minna (toim.). Yhteiset asiakkaat. Ammattikorkeakoulu ja sairaala kehittäjäkumppaneina. Helsinki: Metropolian julkaisusarja. Taito-Työelämäkirjat 4. 43-82. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa:

<[http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload /Julkaisutoiminta/ Julkai susarjat/TAITO/PDF/Yhteiset_asiakkaat.pdf](http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisutoiminta/Julkai_susarjat/TAITO/PDF/Yhteiset_asiakkaat.pdf)>.

Huttunen, Jussi 2011. Arki vaikuttaa terveyteen ja terveys arkeen. Teoksessa Anderson, Leif C – Hetemäki, Ilari – Mustonen, Riitta – Sihvola, Ari 2011. Kaikki irti arjesta. Helsinki: Gaudeamus. 49-67.

Hänninen, Kaija – Julkunen, Ilse – Hirsikoski, Riitta – Högnabba, Stina – Paananen Ilkka – Romo, Henna – Thomasén, Tarya 2007. Asiakkaat oppimisen käynnistäjinä. Raportti Bikva -arviointimenetelmän oppimisen kehistä. Helsinki:Stakes. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/75691/R6-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>>.

ICF 2013. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 4. World Health Organization. Stakes. Verkkojulkaisu. <<https://www.julkari.fi/handle/10024/77744>. Luettu 15.9.2016.

Itella n.d. Esimiehen osaamispakki osallistamiseen ja ongelmanratkaisuun. Verkkodokumentti. <http://tyohyvinvointisaatio.fi/data/documents/tyokalupakki_Osallistamiseen_ja_ongelmanratkaisuun.pdf>. Luettu 15.3.2016

Jalava, Janne – Seppälä, Ulla-Maija 2011. Kuntoutus ja sosiaaliset mahdollisuudet. Teoksessa Hyvinvoinnin uusi politiikka. Johdatus sosiaalisiin mahdollisuuksiin. Hiilamo, Heikki – Saari, Juho (toim.). Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A Tutkimuksia 27. Helsinki. Diakonia -ammattikorkeakoulu. 251-262. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa:<[http://195.148.89.50/files/diak/Julkaisutoiminta /A_27_ISBN9789524930932.pdf](http://195.148.89.50/files/diak/Julkaisutoiminta/A_27_ISBN9789524930932.pdf)>.

Jämsen, Esa – Kerminen, Hanna – Strandberg, Timo – Valvanne, Jaakko 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei – Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Suomen lääkärilehti 14-15/2015 vsk. 70 977-983.

Järvensivu, Timo – Nykänen, Katri – Rajala, Rika 2010. Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Muutosvoimaa vanhustyön osaamiseen – hankkeen julkaisu. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<http://verkosto johtaminen.fi/wpcotent/uploads/2011/01/VerkostojohtamisenOpas.pdf>>.

Järvikoski, Aila 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43. Helsinki. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114972/URN_ISBN_978-952-00-3457-3.pdf?sequence=1>.

Järvikoski, Aila 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimus. Teoksessa Mäkitalo, Jorma – Turunen, Jari – Vilkkumaa, Ilpo (toim.). Vaikutavuus muutoksessa. Oulu: Verve. 49- 59.

Järvikoski, Aila – Härkäpää, Kristiina – Salminen, Anna-Liisa 2015. Kuntoutuksen teorioista ja ICF-mallista. Kuntoutus 2015 (2). 18-32.

Järvikoski, Aila – Hokkanen, Liisa – Härkäpää, Kristiina (toim.) 2009. Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80/2009. Helsinki: Kuntoutussäätiö. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <https://kuntoutussaatio.fi/files/161/Asiakkaan_aanella.pdf>.

Kananen, Jorma 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisusarja.

Karhula, Maarit – Veijola Arja – Ylisasi, Hilikka 2016. Tavoitteiden asettamisen käytäntö. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona – Salminen, Anna-Liisa – Rajavaara, Marketta – Ylinen, Aarne (toim.). Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim. 14-17.

Karjalainen, Vappu 2004. Yksilöllistymiskehitys muuttaa kuntoutusta – mutta miten? 11-26. Teoksessa Karjalainen, Vappu – Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. STAKES. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus – ja kehittämiskeskus. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102986/URN_ISBN_978-952-245-782-0.pdf?sequence=1>.

Kiilakoski, Tomi – Gretscl, Anu 2012. Muistiinpanoja demokratiaoppitunnista. Millainen on lasten ja nuorten kunta 2010-luvulla? Nuorisotutkimusverkosto/ Nuorisotutkimusseura. Verkkojulkaisuja 57. Verkkodokumentti. <http://www.nuorisotutkimusseura.fi/images/julkaisuja/muistiinpanoja_demokratiaoppitunnista.pdf>. Luettu 11.11.2016.

Kiviniemi, Kari 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa Heikkinen, Hannu L.T – Huttunen, Rauno – Moilanen, Pentti. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena kustannus. 63-83.

Kivistö, Mari 2014. Kolme ja yksi kuvaa osallisuuteen. Monimenetelmällinen tutkimus vaikeavammaisten ihmisten osallisuudesta toimintana, kokemuksena ja kielenkäytönä. Akateeminen väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lapin yliopisto. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61789/Kivistö_Mari_ActaE150_pdfA.pdf?sequence=2>.

Konsensuslausuma 2008. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat 29.10.2008 . Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Suomen Akatemia. Verkkodokumentti. <<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1629885940/kuntoutuksenkonsensuslausuma2008.pdf>>. Luettu 17.2.2016.

Koskinen, Mika 2016. AVH:n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen 2013-2015. AVH-kuntoutuksen seurantatutkimuksen loppuraportti. Aivoliitto ry:n julkaisusarjan raportti 11. Verkkodokumentti. <http://www.aivoliitto.fi/files/2966/AVHn_sairastaneiden_kuntoutukseen.pdf>.

Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114250/kselte02.pdf?sequence=1>>. Luettu 16.2.2016

Käypä hoito –suositus 2016. Aivoinfarkti ja TIA. Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50051#K1>>. Luettu 15.11.2016

Käypä hoito -suositus 2011. Aivoinfarkti ja TIA. Duodecim. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?Id=hoi50051#s18>>. Luettu 10.10.2015.

Mannerheimin lastensuojelu liitto. Toimintaan yhdessä! Nuorten osallistava koulutus. Verkkodokumentti. <http://www.mll.fi/@Bin/39226/Nuorten_osallistava_koulutus.pdf>. Luettu 21.3.2016.

Mäkinen Elisa 2014: Kuntoutujan uusi asema. Teoksessa Sipari Salla – Mäkinen Elisa – Paalasmaa Pekka (toim.): Kuntoutettavasta kehittäjäkumppaniksi. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Aatos artikkelit 13:2014. Luettavissa myös sähköisessä muodossa: <http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/AATOS/PDF/AATOS_13_Kuntoutettavasta_kehittajakumppaniksi.pdf>.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Pohjasvaara, Tarja – Ylikoski, Raija – Hietanen, Marja – Kalska, Hely – Erkinjuntti, Timo 2002. Aivoverenkierron jälkeiset kognitiiviset häiriöt. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 118 (6): 593-599. Verkkodokumentti. <http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo92847&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=>>. Luettu 16.1.2016.

Routio, Pentti. Toiminnan kehittäminen. Virtuaali Yliopisto. Taideteollinen korkeakoulu. Verkkodokumentti. <http://www.uiah.fi/virtu/materiaalit/tuotetiede/html_files/153_ohjaa_va.html#toimitutk>. Luettu 8.12.2016.

Salminen, Anna-Liisa – Järvikoski, Aila – Härkäpää Kristiina 2016. Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona – Salminen, Anna-Liisa – Rajavaara, Marketta – Ylinen, Aarne (toim.). Kuntoutuminen. Helsinki:Duodecim. 20-36.

Sipari, Salla – Mäkinen, Elisa. Yhdessä rakentuva kuntoutusosaaminen. Helsinki. Metropolia ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Aatos-artikkelit 6:2012. Luettavissa myös sähköisessä muodossa: <http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/AATOS/PDF/Metropolia_AATOS_6-12.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Kuntoutus. Verkkodokumentti.<<http://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>>. Luettu 19.1.2016.

Summa, Terhi – Tuominen, Kaisu 2009. Fasilitaattorin työkirja. Menetelmiä sujuvaan ryhmätyöskentelyyn. Kehitysyhteistyön palvelukeskus Kepa. Verkkodokumentti. <http://www.gloaalikasvatus.fi/tiedostot/Fasilitaattorin_tyokirja.pdf>. Luettu 15.3.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Sosiaalinen kuntoutus. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/sosiaalisen-kuntoutuksen-valtakunnallinen-kehittamishanke-sosku/sosiaalinen-kuntoutus>>. Luettu 19.1.2016.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014. Muutoksen tarpeen arvioinnin menetelmiä. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/documents/10531/152020/menetelmatoisa1.pdf>>. Luettu 9.3.2016.

Thorstén Ann-Maria – Holmqvist Lotta Widés – Jesús Pedro-Cuesta – Lena von Koch 2005. A randomized controlled trial of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: five-year follow-up of patient outcome. Stroke 36 (2). 297-303.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerrus.

Virtanen, Petri – Suoheimo, Maria – Lamminmäki, Sara – Ahonen, Päivi – Suokas, Markku 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämi-

seen. Tekesin katsaus 28/2011. Helsinki: Tekes. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: < <https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>>.

Wiman, Ronald 2004. Kumpaa pitäisi kuntouttaa – ihmistä vai yhteiskuntaa? Teoksessa: Karjalainen, Vappu – Vilkkumaa, Ilpo (toim.). Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. STAKES. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus – ja kehittämiskeskus. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102986/URN_ISBN_978-952-245-782-0.pdf?sequence=1>.

Yhteiskehittelyllä hyvinvointia. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Verkkodokumentti. < http://www.e-julkaisu.fi/metropolia/yhteiskehittelylla_hyvinvointia/pdf/yhteiskehittely_esite-digipaper2.pdf>. Luettu 8.1.2016.

YVI sanakirja. Verkkojulkaisu. < <http://www.yvi.fi/sanakirja>>. Luettu 15.11.2016.

Tutkimuslupa



TUTKIMUSLUPA

1 (1)

**TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN**

Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen esikunta / Kehittämisen tulosalue Ketterä myöntää 22.2.2016 saapuneen tutkimuslupahakemuksen ja alla olevien ehtojen mukaisesti.

Hakija / yhteyshenkilö: Laura Euramo

Tutkimuksen aihe / nimi: AVH-kuntoutujan osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa

Edellytyksenä on, että tutkimuksen suorittaja tai suorittajat eivät käytä saamiaan tietoja asiakkaan tai potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pitävät ne salassa.

Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Lisäksi on noudatettava henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä olevia tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.

Tutkimusluvan myöntäminen ei velvoita tutkimuksen kohteita osallistumaan tutkimukseen. Tutkijan on neuvoteltava aina erikseen tutkimuskohteena olevien organisaatioiden kanssa tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen teko ei saa häiritä tutkimuskohteen toimintaa.

Edellytämme, että tutkija / yhteyshenkilö lähettää sosiaali- ja terveystoimen kehittämissyksikön sähköpostiosoitteeseen sotet_tutkimusluvut@espoo.fi lopullisen tutkimusraportin.

Espoossa 25.2.2016

Pirjo Huttunen
kehityspäällikkö
kehittämisjohtaja Tuula Heinäsen estyneenä ollessa
Sosiaali- ja terveystoimi
Espoon kaupunki

TUTKIMUSHENKILÖTIEDOTE

Tervetuloa kehittämään Espoon sairaalan osasto 3E:n toimintaa

Tervetuloa mukaan kehittämään Espoon sairaalan kuntoutusosasto 3E:n toimintaa. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kehittää AVH-kuntoutujien kotiutusvaiheen kuntoutusta. Työn tavoitteena on kotiutuvan kuntoutujan osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa.

Kehittämistyön toteuttamiseksi kootaan kaksi työryhmää. **Ensimmäinen työryhmä muodostetaan AVH-kuntoutujista ja heidän omaisistaan. Toinen ryhmä muodostetaan ammattilaisista.** Työryhmät kokoontuvat 3 kertaa ja lisäksi järjestetään 1 yhteinen kokoontuminen. Tapaamiskerrat kestävät 2 tuntia. Tapaamiskerroilla tuotetaan aineistoa yhteiskehittelyn menetelmin ja ryhmäkeskusteluihin.

Kehittämistyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun Kuntoutuksen ylemmän amk - tutkinnon opintoja. Kehittämistyön tutkimussuunnitelman ovat hyväksyneet.... N N on myöntänyt kehittämistyölle tutkimusluvan (päiväys)..

Kehittämistyöhön osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja jokaisella osallistujalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Työryhmän tapaamiset taltioidaan. Kaikki kerättävä tieto käsitellään luottamuksellisesti eikä ketään yksittäistä henkilöä voida tunnistaa lopullisesta raportista. Tutkimusaineiston analysointiin ei osallistu ulkopuolisia henkilöitä ja kaikki taltioitu materiaali hävitetään kehittämistyön valmistuttua. Valmis työ on saatavissa elektronisena versiona Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston Theseus -tietokannasta ja se löytyy myös kansitettuna koulun kirjastosta.

Työryhmiin osallistuvat saavat orientoivaa materiaalia sekä lisätietoa työryhmien sisällöistä myöhemmin keväällä ennen tapaamiskertoja. Annan mielelläni lisätietoa kehittämistyöstäni myös puhelimitse. **Ilmoittautuminen työryhmään 15.4. mennessä.** Yhteystietoni ovat tämän tiedotteen ala-laidassa.

Allekirjoitus

Laura Euramo
Projektisuunnittelija
Toimintaterapeutti (AMK)
Espoon sairaala
+358

Suostumusasiakirja

Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt ”AVH-kuntoutujan kotiutusvaiheen kuntoutus” kehittämistyötä koskevan tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta, tietojen keräämisestä ja säilytyksestä, ja minulla on ollut mahdollisuus saada lisätietoja suullisesti.

Ymmärrän, että osallistumiseni kehittämistyöhön on vapaaehtoista ja voin perustelematta keskeyttää osallistumiseni työryhmään milloin tahansa. Keskeytyksen ilmoitan tutkimuksen tekijälle Laura Euramolle joko suullisesti tai kirjallisesti. Tutkimuksen tekijän yhteystiedot löytyvät tämän suostumuslomakkeen alalaidasta.

Suostun osallistumaan tutkimukseen vapaaehtoisesti.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus

Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Yhteystiedot:

Laura Euramo

Laura.euramo@espoo.fi

+358

Suostumus allekirjoitetaan kahtena kappaleena, yksi suostumuksen antajalle ja yksi suostumuksen vastaanottajalle

Työryhmätyöskentelyn runko kuntoutujien työryhmässä

Kuntoutujien ensimmäinen työryhmä 26.4.2016

Tehtävät	Menetelmä tai esitystapa	Työvälineet	Aika	Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän rooli
Työryhmätyöskentelyn käynnistäminen	Esittäytyminen. Suullinen alustus kehittämistyön tavoitteesta ja tarkoituksesta, aikataulusta ja etene- misestä. Työryhmän 1. kehittämisen tehtävän esittely.	suullinen esitys	10min	Työryhmän vetäjä
Ryhmytyminen	Harjoiteltiin dialogimenettelyä esittäytymiskierroksel- la viestikapulan avulla	viestikapulana keltainen terapiapallo	5min	Työryhmän vetäjä
Aineiston tuottaminen 1. kehittämisen tehtävään	Ryhmäkeskustelu, dialogimenettely viestikapulan avulla	viestikapulana keltainen terapiapallo Ipad sovellus keskustelun nauhoittami- seen paperille kirjattu ja seinällä asetettu kehiti- tämistehtävä Post it -laput ja tussit avainsanojen kir- jaamiseen	50min	Työryhmän vetäjä, fasili- taattori: antoi aiheen kes- kustelulle, jakoi puheen- vuoroja sekä piti huolta ajankulusta, esitti lisäky- symyksiä ja veti keskuste- lua yhteensä, toimi kirjuriina
Yhteenveto työskentelys- tä, palautteen keräämi- nen, ohjeistus seuraavaan tapaamiseen	Keskustelun yhteen kokoaminen käymällä läpi avainsanoja, joita keskustelusta nousi. Työryhmäiläiset saivat seuraavan kerran teeman pohdittavakseen etukäteen	suullinen esitys	10min	Työryhmän vetäjä

Kuntoutujien toinen työryhmä 10.5.2016

Tehtävät	Menetelmä tai esitystapa	Työvälineet	Aika	Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän rooli
Työryhmätyöskentelyn käynnistäminen	Lyhyt suullinen alustus 2. kehittämistehtävään	Suullinen esitys	5min	Työryhmän vetäjä
Työryhmän 2. tuottaman aineiston kommentointi	Työryhmän 2. tuottaman jäsenmateriaalin ja tiivistetyn aineiston suullinen esittely, kommentointi ryhmäkeskusteluna. Edellisellä kerralla tuotetun tiivistetyn aineiston esittely, kommentointi ryhmäkeskusteluna	Viestikapulana kehitetty teräpöytäpöytä Ipad sovellus keskustelun nauhoittamiseen	15min	Työryhmän vetäjä, fasilitaattori: antoi aiheen keskustelulle, jakoi puheenvuoroja sekä piti huolta ajankulusta, esitti lisäkysymyksiä ja veti keskustelua yhteen
Aineiston tuottaminen 2. kehittämistehtävään	Ryhmäkeskustelu, dialogimenettely viestikapulan avulla:	Viestikapulana kehitetty teräpöytäpöytä Ipad sovellus keskustelun nauhoittamiseen paperille kirjattu ja seinällä asetettu kehittämistehtävä Post it -laput ja tussit avainsanojen kirjaamiseen	40min	Työryhmän vetäjä, fasilitaattori: antoi aiheen keskustelulle, jakoi puheenvuoroja sekä piti huolta ajankulusta, esitti lisäkysymyksiä ja veti keskustelua yhteen, toimi kirjuriina
Yhteenveto työskentelystä, palautteen kerääminen, ohjeistus seuraavaan tapaamiseen	Lyhyt yhteenveto Ryhmäläisten palaute	Suullinen esitys	5min	

Kuntoutujien kolmas työryhmä 24.5.2016

Tehtävät	Menetelmä tai esitystapa	Työvälineet	Aika	Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän rooli
Työryhmätyöskentelyn käynnistäminen	Lyhyt suullinen alustus 3. kehittämistehävään	Suullinen esitys	5min	Työryhmän vetäjä
Työryhmän 2. tuottaman aineiston kommentointi	Työryhmän 2. tuottaman jäsenneilyn ja tiivistetyn aineiston suullinen esittely, kommentointi ryhmäkeskusteluna. Edellisellä kerralla tuotetun tiivistetyn aineiston esittely, kommentointi ryhmäkeskusteluna	Viestikapulana keltainen terapiapallo Ipad sovellus keskustelun nauhoittamiseen	10min	Työryhmän vetäjä, fasilitaattori: antoi aiheen keskustelulle, jakoi puheenvuoroja sekä piti huolta ajankulusta, esitti lisäkysymyksiä ja veti keskustelua yhteen
Aineiston tuottaminen 3. kehittämistehävään	Aikajanalyöskentely (mukailu) Ryhmäkeskustelu, dialogimenettely viestikapulan avulla	viestikapulana keltainen terapiapallo Ipad sovellus keskustelun nauhoittamiseen Aikajanalyöskentelyä varten edellisten kertojen perusteella tuotettu runko Aikajana seinällä nähtävillä, Post it laput	40min	Työryhmän vetäjä, fasilitaattori: antoi aiheen keskustelulle, jakoi puheenvuoroja sekä piti huolta ajankulusta, esitti lisäkysymyksiä ja veti keskustelua yhteen, toimi kirjurina
Yhteenveto työskentelystä, palautteen kerääminen, kehittämistyön aikataulu ja viimeisen tapaamisen ajankohta sekä sisältö	Suullinen yhteenveto, ryhmäisen suullinen palaute, syksyn aikataulu esittely	Suullinen esitys	10min	Työryhmän vetäjä

Työryhmätyöskentelyn runko ammattilaisten työryhmässä

Ammattilaisten ensimmäinen työryhmä 2.5.2016

Tehtävät	Menetelmä tai esitystapa	Työvälineet	Aika 2h	Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän rooli
Työryhmätyöskentelyn käynnistäminen	Alustus: yhteenveto kehittämistyön aikataulusta, etenemisestä sekä tavoitteesta ja tarkoituksesta, työryhmän tehtävät 2.5	PP -esitys	10min	Työryhmän vetäjä
Ryhmytyminen	Esittäytymiskierros ja jakaantuminen kolmeen ryhmään (4-5 henkilöä / ryhmä)		15min	Työryhmän vetäjä, yksi toimijoista kehittämistyön kohteena olevassa toiminnassa
Aineiston tuottaminen 1. kehittämistehävään	Learning café: Mikä vahvistaa kuntoutujan osallisuutta arjen toimissa? Pöytä 1: osastolla Pöytä 2: kotiutusvaiheessa Pöytä 3: kuntoutujan omassa toimintaympäristössä • työryhmä 1 aineisto työskentelyn pohjana Pöytien esittely +	Kyniä ja isoja papereita, post it -lappuja, nauhuri	1h	Työryhmän vetäjä, fasilitaattori: antoi aiheet pöytiin ja ajan keskustelulle, kävi läpi Learnin café'n säännöt, fasilitoi keskustelua tarvittaessa, piti huolta aikataulusta
Yhteenveto työskentelystä, palautteen kerääminen, ohjeistus seuraavaan tapaamiseen	Suullinen yhteenveto Palautelaput (hyvää ja kehitettävää) työryhmätyöskentelystä ja vetäjän toiminnasta	Ipad sovellus keskustelun nauhoittamiseen Post it -lappuja ja kyniä	30min 10min	Työryhmän vetäjä

Ammattilaisten toinen työryhmä 16.5.2016

Tehtävät	Menetelmä tai esitystapa	Työvälineet	Aika	Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän rooli
Työryhmätyöskentelyn käynnistäminen	Alustus: työryhmän tehtävät 16.5 Kuntoutujien tuottama aineisto	PP -esitys	15min	Työryhmän vetäjä
Aineiston tuottaminen 2. kehittämistehävään	Ideariihä 4 teemaa, 10min/teema 1. yksilöllisesti suunniteltu jatkokuntoutus 2. kuntouttava työote 3. asiakkaan osallistaminen päätöksentekoon 4. arvostava kohtaaminen	Kyniä, isoja papereita, post it -lappuja, nauhuri	40min	Työryhmän vetäjä, fasilitaattori: antoi aiheen ja ajan ideariihelle, kertoi säännöt, fasilitoi tarvittaessa keskustelua, piti huolta aikataulusta
Aineiston jatkotyöstäminen	Ideariihen tuottaminen ideoiden parastaminen, 4 ryhmää Ryhmät valitsivat 1-2 aihetta 10min/ aihe – seuraavaan aiheen parastaminen	Kyniä, isoja papereita, post it -lappuja, nauhuri	40min	Työryhmän vetäjä, fasilitaattori: kertoi parastamisen säännöt, fasilitoi tarvittaessa keskustelua, piti huolta aikataulusta
Yhteenveto työskentelystä, palautteen kerääminen, ohjeistus seuraavaan tapaamiseen	Ideariihessä tuotettujen sekä parastettujen ideoiden esittely pöydittäin, palautelaput työryhmätyöskentelystä ja vetäjän toiminnasta	Post it -lappuja ja kyniä Arvosana 1-5 päivän työskentelystä	20min	Työryhmän vetäjä

Ammattilaisten kolmas työryhmä 30.5.2016

Tehtävät	Menetelmä tai esitystapa	Työvälineet	Aika 2h	Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän rooli
Työryhmätyöskentelyyn käynnistäminen	Alustus: työryhmän tehtävät 30.5 Kuntoutujien tuottama aineisto	PP -esitys	15min	Työryhmän vetäjä
Aineiston tuottaminen 3. kehittämistehtävään	Mukailtu kalanruoto/ aikajantäydytyksen, jonka pohjana kuntoutujien tuottama aineisto Ryhmiteltiin aikajanaan/ kalanruotoon aiemmin tuotettuja toimintatapoja sekä muita tekoja ja tapahtumia kuvaamaan kotiutumassa olevan AVH-kuntoutujan osallisuutta arjen toimissa vahvistavaa kuntoutusta ja kotiutusta. Tavoitteena oli kuntoutujan osallisuuden vahvistuminen arjen toimissa	Tutkijan tuottama valmis materiaali (kalanruodon osat), nauhuri, A4 papereita, tusseja, post it -lappuja	1,5h	Työryhmän vetäjä, fasilitaattori, yksi työryhmän jäsenistä: antaa aiheen ja ajan keskustelulle, käy läpi työskentelyyn säännöt, fasilitoi keskustelua
Yhteenveto työskentelystä, palautteen kerääminen, kehittämistyön aikataulu ja viimeisen tapaamisen ajankohta	Työryhmän vetäjä kokosi asiat yhteen kertaamalla pääkohdat työryhmän tuottamasta aineistosta Palautelaput työryhmätyöskentelystä ja vetäjän toiminnasta	Post it -lappuja ja kyniä	15min	Työryhmän vetäjä

Ammattilaisten ensimmäisen työryhmän työskentelyn pohjaksi kuntoutujien tuottamasta aineistosta tiivistetty aineisto

Osallisuutta arjen toimissa vahvistavat tekijät

pystyy puhumaan selkeästi	neuropsykologin keskustelut
pääsee p-tuolilla konserttiin	terapeutit
mieliala	hyvä p-tuoli
hyvä liikuntakyky	asunnonmuutostyöt
tekee niin paljon kuin pystyy	kotikäynti
oma motivaatio	
	päivälomat
naapureiden apu	yöloomat
puolison tuki	keittiöharjoitukset
pojan apu ruoanlaitossa ja ulkoilussa	ruoan valmistus
omaisten tuki	kiva tekeminen
ystävät keittävät kahvin ja tuovat pullaa	laulaminen osastolla
tyttären apu lieden käytössä	
omaisten antama tieto lomien sujumisesta	lähimmäisenavun palvelu
vertaistuki	
ryhmässä tekeminen	
rauha kotiutua ennen kuntoutuksen jatkumista päiväsairaalassa	
osastolla valmennettiin hyvin	
se miten/ mitä minulle puhuttiin	
empaattisuus	
hauskuus	
kannustaminen	
väsymyksen huomiointi	

Ammattilaisten toisen työryhmän työskentelyn pohjaksi kuntoutujien tuottamasta aineistosta tiivistetty aineisto

Toimintatavat osallisuuden vahvistumiseksi arjen toimissa

sairaala järjestää ja päättää kotihoidosta ja kuntoutuksesta
sosiaalityöhön liittyvät päätökset sairaalassa
päätökset tehtävä yhdessä asiakkaan kanssa
päätöksistä tehtävä arvio/ keskustelu yhdessä
ihmisläheisyys
ihmislähtöinen toiminta/ kuunteleminen
sama hoitaja/ oma hoitaja osastolla
sama hoitaja kotihoidossa päiväsairala
kuntoutus kotona
osastokuntoutus muutostöiden aikana
mahdollisuus valita itse apuvälineet
kontakti sairaalan terapeutteihin kotoa
tiedon kulku

Parastetut ideat

Valmentaja

Tarvittaessa kuntoutujalle nimetään valmentaja osastolle ja kotiin. Valmentajalla on nimetty varavalmentaja. Valmentaja ja kuntoutuja tapaavat säännöllisesti 1-2 kertaa viikossa. Valmentaja on kuntoutujan vastuutyöntekijä, joka hallitsee kokonaistilanteen. Hän vastaa edistymisen ja voinnin seuraamisesta sekä pitää kuntoutujan ja hoitotiimin ajan tasalla. Valmentaja on aktiivisesti yhteydessä omaisiin ja läheisiin heti hoitosuhteen alusta.

Valmentajan ja kuntoutujan kemioiden täytyy kohdata. Valmentaja tekee kuntoutujan kanssa sopimuksen tavoitteiden mukaan toimimisesta. Hän kuuntelee aktiivisesti kuntoutujaa ja sanoittaa kuntoutujalle tärkeät tavoitteet. Hän vahvistaa ja jalostaa kuntoutujan ideoita ja päätöksiä. Valmentaja toimii kuntoutujan edunvalvojana. Hän välittää kuntoutujan kokemat tärkeät asiat koko tiimille ja toimii tarvittaessa kuntoutujan äänenä.

Valmentaja huolehtii kirjausten ajantasaisuudesta. Kuntoutujan tavoitteet kirjataan sairaalassa potilaspäätteelle ja kotona jääkaapin oveen. Kotiutusvaiheessa valmentaja, joka tuntee kuntoutujan hyvin antaa raportin kotihoitoon. Valmentaja käy kotikäynnillä 1-4 viikkoa kotiutuksen jälkeen jolloin arvioidaan jatkosuunnitelman toimivuutta ja päätetään jatkosta.

Arjen tavoitteiden asettaminen

Kysytään kuntoutujalta arkielämään liittyviä konkreettisia toimintoja joita kuntoutuja haluaa edelleen pystyä tekemään. Muodostetaan näistä kuntoutujalle merkityksellisiä tavoitteita. Tavoitteet kirjataan näkyville esimerkiksi osastolla sängyn viereen. Ammattilaiset pilkkovat isot kokonaisuudet pienemmiksi tavoitteiksi ja konkreettisiksi harjoituksiksi. Tavoitteet ovat lähtökohtaisesti kuntoutujan, ei omaisten asettamia. Tavoitteiden asettamisen pitää lähteä kuntoutuja arjesta huomioiden kuntoutuja toimintakyky ja arki ennen sairastumista.

Omaisten osallistaminen

Omaiset otetaan aktiivisesti mukaan kuntoutukseen heti osastojakson alkaessa. Omaisten ohjaus on jatkuvaa ja toteutuu myös kotona. Heitä kannustetaan ja rohkaistaan ja motivoidaan mahdollistamaan kuntoutujan itse tekeminen ja ajan antaminen itsenäisesti toimimiselle. Omaisten kanssa yhdessä suunnitellaan konkreettisia toimia kuntoutujan toimintakyvyn edistämiseksi. Heidät otetaan mukaan tavoitteiden asetteluun ja edistymisen seurantaan. Omaisille ohjataan erilaisia menetelmiä kuntouttavaan toimintaan jo osastolla ja kerrotaan miksi kuntoutujan on tärkeä tehdä asioita itse. Heille annetaan erilaisia kirjallisia vinkkejä.

Kuntoutustoimintaa toteutetaan yhdessä omaisten kanssa tekemällä. Omaiset kutsutaan mukaan terapiaan vähintään kerran. Kuntoutujan edistyminen ja osaaminen näytetään omaisille. Omaisten kanssa käytetään viestivihkoa, joka voi toimia potilaspäätteellä.

Omaisille ja kuntoutujille pidetään yhteisiä ryhmiä. Terapiatilanteita videoidaan omaisten katsottavaksi myöhemmin tai omaisen voi osallistua terapiaan etäyhteydellä.

Kotona tapahtuva kuntoutus

Kotona tapahtuva kuntoutus on arjentoimia tukevaa. Se painottuu kuntoutujalle tärkeisiin arjen tavoitteisiin ja arjen toimien harjoitteluun. Kuntoutuksen ympäristönä toimii kuntoutujan kodin lisäksi laajempi kuntoutujan toimintaympäristö. Terapeutti käy kotona alkuun päivittäin ja jatkossa harvemmin. Yhteistyötä tehdään kaikkien toimijoiden, myös omaisten kesken. Tavoitteet kirjataan jääkaapin oveen. Kotiutumista tuetaan etäyhteydellä kuntoutujaan tai omaiseen. Etäyhteys voi toteutua video- tai puhelinyhteydellä.

Kuntoutujan kanssa mietitään uutta sisältöä arkeen mahdollisten menetettyjen toimien tilalle huomioiden kuntoutujan toiminnallinen historia. Yhdessä pohditaan mitä arki on kuntoutuksen päätyttyä. Lääkärin roolia tulevaisuudesta ja kuntoutumisesta keskusteltaessa vahvistetaan. Ryhmämuotoisella vertaistukitoiminnalla tuetaan kuntoutujan kokonaisvaltaista hyvinvointia.

Arvostava kohtaaminen

Kuntoutujan tapoja ja omaa reviiiriä kunnioitetaan ja uskonto huomioidaan. Kuntoutujalta kysytään miten hän haluaisi tehdä kyseisen asian ja mitä hän omasta mielestään kykenee tekemään. Toiminnassa huomioidaan kuntoutujan oma päivärytmi. Kuntoutujan kotona toimitaan kuntoutujan ehdoilla omat vastuut huomioiden. Tarvittaessa kuntoutujan elämäntarinaa vahvistetaan osastolle tuoduilla esineillä ja kuvilla.

Kuntoutujalle kerrotaan mitä ollaan tekemässä vaikka hän olisi desorientoitunut, puhumaton tai tajuton. Kuntoutujalle puhuttaessa katsotaan silmiin ja puhe kohdistetaan kuntoutujalle. Puhutaan aikuismaisesti, asiallisesti ja rauhallisesti. Käytetään ymmärrettävää kieltä ja kuunnellaan kuntoutujaa enemmän kuin itse puhutaan. Kuntoutujan asioista ei neuvotella kuntoutujan läsnä ollessa ilman häntä

Ammattilaisten kolmannen työryhmän työskentelyn pohjaksi kuntoutujien tuot- tamasta aineistosta tiivistetty aineisto

Kuvaus osallisuutta arjen toiminna vahvistavasta kuntoutuksesta ja kotiutumisesta

Saapuminen osastolle

- osaston toiminnan esittely
- henkilöstö esittäytyy

Kotikäynti

- Yksilöllisesti, mahdollistetaan arjen harjoittelu
- Palautteen kerääminen omaiselta kotilomista
- Kotilomat

Kotiutus

- Kertaus
- Varmistetaan, että kaikki pelaa
- Käydään suunnitelma yhdessä läpi
- Huomioidaan kotona olevat
- seuranta

Näyte analyysistä

Kehittämistehtävä: Selvittää mikä vahvistaa kuntoutujan osallisuutta arjen toimissa? (kuntoutajat)			
Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistetty luokka
<i>se miten minulle puhuttiin</i>	Tapa puhua	positiivinen vuorovaikutus	
<i>kannustaminen</i>	Kannustava ja positiivinen ilmapiiri		
<i>hyvät innostavat terapeutit</i>			
<i>motivoiva henkilökunta</i>			
<i>kannustava ja positiivinen ilmapiiri</i>			
<i>henkilökunnan asennoituminen ja kannustaminen</i>			
<i>kannustaminen</i>			
<i>hoitaja avusti kauniisti syömään muiden kanssa empaattisuus</i>	Ystävällinen kohtelu		
<i>henkilökunnan empaattisuus</i>	Empaattisuus		
<i>empaattinen henkilökunta</i>			
<i>osastolla valmennettiin hyvin</i>	kotiutumiseen valmistautuminen	kotiutumiseen valmistautuminen	arjen toimiin ja kotiin suuntaava kuntoutus
<i>hyvä kotiin valmentaminen</i>			
<i>keittiöharjoitukset</i>	Keittiötoimintojen harjoittelu	keittiötoimintojen harjoittelu	
<i>ruoan valmistaminen keittiössä</i>			
<i>ruoanlaiton harjoittelu</i>			
<i>kotikäynti</i>	Kotikäynti ja kotilomat	Kotikäynti ja kotilomat yhteistyössä omaisten kanssa	
<i>päiväloimat</i>			
<i>yöloimat</i>			
<i>päiväloman jälkeen pääsi yölomalle</i>			
<i>omaisten antama tieto lomien sujumisesta</i>	yhteistyö omaisten kanssa kotilomilla		
<i>omaisen tuki kotilomilla ja yhteistyö osaston kanssa</i>			
<i>puolison tuki</i>	Puolison apua ja tuki arjen toimissa		
<i>puolison apua ja tuki on tärkeää</i>			
<i>ei tulisi toimeen ilman puolisoa</i>			
<i>arkiaskareet tehdään yhdessä puolison kanssa</i>			
<i>omaisten tuki</i>	Läheisten apu ja tuki arjen toimissa	Lähiverkoston tuki ja apu arjen toimissa	
<i>omaisen kanssa käytiin läpi miten kodinkoneet toimii</i>			
<i>pojan apu ruoan laitossa</i>			
<i>Poika käy viikonloppuisin ja laittaa ruokaa, vie ulos ja on tukena</i>			
<i>tyttären apu lieden käytössä</i>			
<i>ruoan valmistusta harjoitettiin tyttären kanssa</i>			

<i>ystävät keittävät kahvia ja tuovat pullaa</i>	Ystävien ja naapureiden apua ja tuki arjen toimis- sa		
<i>ystävät käyvät auttamassa, keittävät kahvia ja tuovat tullessaan kahvileipää</i>			
<i>naapureiden apu</i>			
<i>naapuri kävi auttamassa ja juttelemassa</i>			
<i>naapurit tervehtivät ja auttavat</i>			

Kehittämistehtävä: Selvittää mikä vahvistaa kuntoutujan osallisuutta arjen toimissa? (Ammattilaiset)		
Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<i>henkilökunnan pitää osata motivoida ja kannustaa</i>	henkilökunnan kannustava ja motivoiva työote	Kuntouttava työote
<i>henkilökunta tukee henkisesti ja kannustaa</i>		
<i>henkilökunta kannustaa</i>	yhteiset tavoitteet ja toimintatavat	
<i>yhteiset konkreettiset tavoitteet, jotka esillä näkyvästi</i>		
<i>asiakas määrittää tavoitteet</i>		
<i>henkilökunnalla yhteinen näkemys hoidosta ja yhteiset toimintatavat esim. siirtymätilanteissa</i>	voimavarojen kartoitus moniammatillisesti	
<i>hoitajan ja terapeutin yhteistyö tulotilanteessa</i>		
<i>tulotilanteen arviointi voimavarojen kartoittamiseksi</i>	tutut ja joustavat toimintatavat osaston rutiineissa	
<i>potilas tuntee osaston toimintatavat</i>		
<i>yksilöllisten tapojen huomiointi osaston rutiineissa</i>		
<i>sopiva avun määrä</i>	Riittävä aika ja apu itse tekemiseen	
<i>aikaa suorittaa toimintoja</i>		
<i>aikaa itse tekemiseen</i>		
<i>"kuntoutuja" roolin tukeminen</i>	Kuntoutujan aktiivisten roolien tukeminen	Arjen toimien ja kotiin suuntaava kuntoutus
<i>kuntoutujan omien roolien tukeminen</i>		
<i>kuntoutujan aiemman toimintakyvyn, aktiivisuuden ja roolien huomiointi</i>		
<i>kuntoutujan arjen roolien tukeminen</i>		
<i>pystyy tekemään itselle tärkeitä asioita</i>		
<i>kuntoutuksessa on huomioitu asiakkaan valmiudet ja taidot arjen toimissa kotona</i>	Arjen toimintojen harjoittelu	
<i>arkiaskareiden harjoittelu osastolla</i>		
<i>kuntoutuksen linkittäminen kodin arkeen</i>		
<i>arjen toimintoihin liittyvien valintojen tukeminen</i>	kotikäynti ja kotilomat	
<i>kotilomat ja kotikäynnit</i>		
<i>kotilomat ja kotikäynnit</i>		
<i>kotilomat</i>		

Kehittämistehtävä: Mitä toimintatapoja kuntoutustoimintaan tarvitaan kuntoutujan osallisuuden vahvistumiseksi arjen toimissa? (ammattilaiset)			
Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistetty luokka
<i>opittujen asioiden siirtäminen arkeen</i>	arjen toimintojen hyödyntäminen		
<i>kuntoutuja petaa itse sängyn</i>			
<i>ruoan ottaminen itse</i>			
<i>ruoka tarjoillaan vain salissa</i>			
<i>puhtaiden vaatteiden hakeminen itse</i>			
<i>ei pestä vuoteeseen</i>			
<i>päivittäinen tarkistus tarvitseeko kuntoutuja vaippoja, kestopakettia, nenämahaletkua jne.</i>			
<i>huomioidaan aiemmat harrastukset</i>			
<i>harjoittelu kodin ulkopuolella</i>	kodin lähiympäristön ja harrastusten hyödyntäminen kuntoutuksessa		monimuotoinen kuntoutus
<i>mennään kotoa ulos</i>			
<i>toiminnan suuntaminen myös kotiympäristöön ja harrastuksiin</i>			
<i>kuntouttavat kotikäynnit osastolta yhdessä terapeutin kanssa</i>	kuntoutuksen toteuttaminen kotiympäristössä	kuntoutujan omaan toimintaympäristöön painottuva kuntoutus	
<i>tehokas kuntoutusjakso kotona</i>			
<i>arkikuntoutuksen vahvistaminen</i>			
<i>arkea tarkoituksenmukaisesti tukevaa</i>			
<i>toimintaterapeutti tekee esim. lounasta asiakkaan kanssa kotona</i>			
<i>intimiteetistä huolehtiminen</i>			
<i>tilanteen huomiointi asiakkaan asioista keskusteltaessa</i>	yksityisyydestä huolehtiminen	yksityisyydestä huolehtiminen	
<i>sovelias huumori</i>	sopiva puhetyyli		
<i>puhetyyli ja tuttavallisuus asiakkaan mukaan</i>			
<i>puhutaan asiallisesti kaikille</i>			
<i>ei puhuta lapsenomaisesti</i>			
<i>puhutaan arkikieltä</i>			
<i>älä puhu ylhäältä alas</i>	asiakkaan tasolle asettuminen	tasavertainen kohtaaminen	
<i>istutaan kun puhutaan pyörätuolissa olevan kuntoutujan kanssa</i>			
<i>silmiin katsominen puhuttaessa</i>	silmiin katsominen		
<i>silmiin katsominen</i>			
<i>Puhutaan suoraan asiakkaalle eikä hänen ohitseensa</i>	puheen kohdistaminen asiakkaalle		
<i>hoitotilanteessa kohdistetaan puhe potilaalle</i>			
<i>kerrotaan mitä ollaan tekemässä</i>	inhimillisyys		

<i>kohdataan asiakas ihmisenä</i>			
<i>inhimillinen kohtelu</i>			
<i>tasavertaisuus</i>	tasavertaisuus		
<i>reagoidaan asiakkaan hätään</i>	ollaan kuntoutujaa varten		
<i>ei anneta asiakkaan odottaa yli 15min</i>			
<i>kerro kuntoutujalle että olet häntä varten</i>			
<i>yhdessä asiakkaan kanssa toimiminen rauhallisesti ja asiantuntevasti</i>	yhdessä toimiminen		
<i>kunnioittava suhtautuminen potilaaseen</i>	kunnioittava suhtautuminen		

Analyysikysymys: Mitä toimintatapoja kuntoutustoimintaan tarvitaan kuntoutujan osallisuuden vahvistumiseksi arjen toimissa? (kuntoutujat)		
Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<i>tiedonkulku</i>		
<i>selkeä, oikea-aikainen tiedonkulku ja tiedottaminen kirjallisesti</i>	Tiedonkulun ja tiedottamisen parantaminen	
<i>tiedonkulun varmistaminen</i>		
<i>pitkäaikaspäätöksestä kertominen kuntoutujalle</i>	Päätösten tekeminen, niiden arviointi ja päätöksistä keskustelu yhdessä kuntoutujan kanssa	
<i>päätökset tehdään asiakkaan kanssa</i>		
<i>päätöksistä keskustellaan ja niitä arvioidaan yhdessä</i>		
<i>päätökset kotihoidosta ja kuntoutuksesta tehdään sairaalassa</i>		
<i>sosiaalityön päätökset tehdään sairaalassa</i>	päätösten keskittäminen sairaalaan	
<i>sosiaalietuuksien hakeminen ja päätösten tekeminen sairaalassa</i>		
<i>sairaalalle järjestämis ja päätöksenteko vastuu kotihoidosta ja jatkokuntoutuksesta</i>		
<i>omahoitaja osastolla</i>	omahoitajuus	
<i>sama hoitaja kotihoidossa</i>		
<i>työntekijät eivät vaihtuisi päivittäin ja tiedonkulku toimisi</i>	henkilökunnan pysyvyys	henkilökunnan läsnäolon ja pysyvyyden vahvistaminen
<i>aina eri ihminen jolle kerrotaan samat asiat alusta alkaen</i>		
<i>henkilökunnan läsnäolo osastolla</i>	henkilökunnan läsnäolo osastolla	

Kehittämistehtävä: Kuvata osallisuutta arjen toimissa vahvistavaa kuntoutusta ja kotiutusta		
Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<i>henkilökunta esittäytyy</i>	henkilökunnan esittäytyminen	esittäytyminen ja osaston toiminnan sekä oman roolin esittely
<i>henkilökuntaa esittelee itsensä ja osaston toiminnan</i>		
<i>henkilökunnan esittäytyminen</i>		
<i>toiset eivät esittäytyneet</i>		
<i>yhden nimen kuulin, sen jälkeen en kuullut mitään</i>		
<i>kerrotaan mitä tapahtuu</i>	oman roolin esittely osana osaston kuntoutusprosessin esittelyä	esittäytyminen ja osaston toiminnan sekä oman roolin esittely
<i>omasta työkuvastaan kertominen toiminnan yhteydessä</i>	osaston toiminnan esittely	
<i>osastotoiminta esitellään</i>		
<i>osaston esite</i>		
<i>vastaanottanut hoitaja esittelee osaston toimintaa</i>		
<i>osaston toiminnan esittely</i>	kotiilat	kotiilat yhteistyössä omaisten kanssa
<i>kotiilomien järjestäminen</i>		
<i>kotiiloma</i>		
<i>kotiiloma</i>		
<i>sairaala arvio kotiiloman ajankohdan</i>		
<i>omaiset täytyy ottaa mukaan kotiiloman suunnitteluun</i>	palaute kotiilomista omaisilta	kotiilat yhteistyössä omaisten kanssa
<i>palautteen kerääminen omaisilta kotiilomista</i>		
<i>palaute omaisilta lomien onnistumisesta</i>		
<i>palautteen kerääminen omaiselta kotiilomista</i>		
<i>tyttären kirjallinen palaute kotiilomasta</i>	yhteistyö kuntoutujan ja omaisten kanssa	kotiutumiseen valmistautuminen
<i>huomioidaan kotona olevat</i>		
<i>huomioidaan kotona olevat</i>		
<i>huomioidaan kotona olevat</i>		
<i>kerrotaan että voisit kotiutua</i>		
<i>yhteistyö kotihoidon kanssa</i>	yhteistyö kotihoidon, avopalveluiden terapeuttien ja muiden toimijoiden kanssa	kotiutumiseen valmistautuminen
<i>yhteistyö muiden toimijoiden kanssa</i>		
<i>avon terapeutti mukaan kotikäynnille kotiutusvaiheessa</i>		
<i>varmistetaan, että kaikki pelaa</i>	palveluiden toimivuuden varmistaminen	kotiutumiseen valmistautuminen
<i>varmistetaan että kaikki pelaa kotona</i>		
<i>palveluiden toimivuuden varmistaminen</i>		
<i>kertaus</i>	kerrataan osastokuntoutuksen vaiheet	kotiutumiseen valmistautuminen
<i>kertaus</i>		
<i>kerrataan mitä osastokuntoutuksen aikana on tapahtunut</i>	käydään suunnitelma läpi	kotiutumiseen valmistautuminen
<i>käydään suunnitelma yhdessä läpi</i>		
<i>käydään suunnitelma yhdessä läpi</i>		
<i>kansio kuntoutujan ohjeille</i>	kuntoutuskansion rakentaminen	kotiutumiseen valmistautuminen
<i>kansio ohjeille</i>		