



## “Asiakkaan ehdoilla”

Toimintaterapiaa ikääntyneen kotiympäristössä

Toimintaterapian koulutusohjelma,  
toimintaterapeutti  
Opinnäytetyö  
8.12.2009

---

Maija Kosonen  
Iida Multanen

Koulutusohjelma Toimintaterapian koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto Toimintaterapeutti	
Tekijä/Tekijät Maija Kosonen ja Iida Multanen		
Työn nimi "Asiakkaan ehdoilla" Toimintaterapiaa ikääntyneen kotiympäristössä		
Työn laji Opinnäyte	Aika 8.12.2009	Sivumäärä 45 + 3 liitettä
TIIVISTELMÄ		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on perustella toimintaterapiapalveluita Espoon sairaalan osastolta 3E kotiutuville. Yhteistyökumppaneina ovat toimineet Espoon sairaalan osaston 3E toimintaterapeutit. Työn tavoitteena on antaa yhteistyötaholle tietoa ikääntyneen aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kotona tapahtuvasta toimintaterapiasta sairaalajakson jälkeen. Opinnäytetyökysymykset ovat: Mihin toimintaterapialla pystytään kotona vaikuttamaan? Miten kotiympäristö vaikuttaa toimintaterapian toteutumiseen? Miten toimintaterapeuttien asiantuntijuutta voidaan hyödyntää kotiutusprosessissa?</p> <p>Työn alussa esitellään yhteistyökumppanina toiminut Espoon sairaalan osasto 3E sekä Espoon kaupungin ikääntymispoliittinen ohjelma. Avaamme myös kodin merkitystä ihmisille sekä sen vaikutusta kuntoutukseen. Lisäksi peilaamme käyttämiämme teoreettisia viitekehyksiä työmme aiheeseen. Opinnäytetyö pohjautuu Kanadalaiseen toiminnallisen suoriutumisen ja sitouttamisen malliin sekä Terapeuttisen voiman malliin.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus noudattaa laadullisen tutkimuksen piirteitä. Kahteen ensimmäiseen opinnäytetyökysymykseen etsimme vastauksia narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Saadaksemme vastauksia kaikkiin kolmeen kysymykseen teimme lisäksi teemahaastattelut viidelle toimintaterapeutille. Haastattelut on analysoitu teorialähtöistä sisällönanalyyysiä käyttäen.</p> <p>Muodostimme tulokset narratiivisen kirjallisuuskatsauksen ja haastatteluiden perusteella. Toimintaterapeutti pystyy kotona huomioimaan erityisesti henkilön kognitiiviset ja affektiiviset ominaisuudet sekä vaikuttamaan itsestähuolehtimisen ja vapaa-ajan toimintoihin. Koti on asiakkaan luonnollinen ympäristö. Se voi sekä estää että edistää kuntoutumista. Tähän vaikuttavat kodin fyysinen, sosiaalinen ja institutionaalinen ympäristö. Toimintaterapeutin asiantuntijuutta voidaan hyödyntää kotiutusprosessissa monipuolisesti. Hän voi esimerkiksi mukauttaa asiakkaan toimintaa ja ympäristöä sekä tehdä moniammatillista yhteistyötä asiakkaan asioiden edistämiseksi. Toimintaterapeutti tarkastelee asiakkaan elämää kokonaisuutena ja ymmärtää aivoverenkiertohäiriöön liittyvien kognitiivisten oireiden vaikutuksen toimintakykyyn. Kirjallisuuskatsauksessa nousi esiin myös kotona tapahtuvan intensiivisen kuntoutuksen kustannustehokkuus laituskuntoutukseen verrattuna.</p> <p>Opinnäytetyömme johtopäätöksinä voidaan todeta, että toimintaterapeutilla on asiantuntemusta auttaa aivoverenkiertohäiriökuntoutujaa sopeutumaan kotiympäristöönsä toimintakyvyn muuttumisen jälkeen. Terapeutti voi myös ohjata muita työntekijöitä ja omaisia toimimaan tavalla, joka tukee asiakkaan kuntoutumista. Koti on usein paras paikka toimintaterapialle, koska siellä kuntoutujan täytyy selvitä arkipäivän haasteista.</p>		
Avainsanat aivoverenkiertohäiriöt, CMOP-E, ikääntyneet, koti, toimintaterapia, ympäristö		

Degree Programme in Occupational Therapy		Degree Bachelor of Occupational Therapy	
Author/Authors Maija Kosonen and Iida Multanen			
Title "We Work on Client's Terms" Occupational therapy in home environment of elderly people			
Type of Work Final Project	Date 8 <sup>th</sup> of December 2009	Pages 45 + 3 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of this final project is to argue for why the aged stroke patients discharged from the Espoo Hospital ward 3E should receive occupational therapy. Our partners on cooperation have been the occupational therapists from the Espoo Hospital ward 3E. The goal of this project is to produce information about aged stroke patients' occupational therapy at home.</p> <p>In the beginning of the report we introduce ward 3E to the reader. We also explain the meaning of home and what kind of influence it can have on the rehabilitation process. In addition we reflect our project on some theoretical frameworks. The frameworks used in this project are the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) and Occupation by Design: Building Therapeutic Power.</p> <p>In this project we did a narrative literature review and themed interviews for five occupational therapists. The method used in this project is qualitative.</p> <p>The results showed that an occupational therapist takes person's affective and cognitive aspects into consideration and can influence on leisure and self-care occupations at home. Home environment is the natural setting of occupation. The physical, social and institutional environments can prevent or advance rehabilitation at home. An occupational therapist can help in the discharge process in various ways. An occupational therapist can adapt client's occupations and environment and collaborate with other professionals to get the client's issues solved. An occupational therapist also understands the cognitive challenges related to stroke and how these challenges affect one's performance capacity. The narrative literature review showed that rehabilitation at home is often cheaper than in a hospital.</p> <p>This indicates that an occupational therapist has tools to help the client to adapt to the home environment after a stroke. Therapist can coach client's family and other professionals to support the aged stroke patient in the rehabilitation process. Home environment is the natural setting of occupation and is therefore usually the best place for occupational therapy.</p>			
<p>Keywords aged, CMOP-E, environment, home, occupational therapy, stroke</p>			

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TYÖELÄMÄN LÄHTÖKOHDAT .....	2
2.1	Työelämäyhteys .....	2
2.2	Opinnäytetyön tarkoitus ja kysymykset .....	3
2.3	Espoon sairaala ja osasto 3E .....	3
2.4	Täyttä elämää ikääntyneenä Espoossa .....	4
3	TOIMINTATERAPIA KOTONA .....	6
3.1	Kodin merkitys.....	7
3.2	Koti kuntoutumisen ympäristönä.....	7
4	KANADALAINEN TOIMINNALLISEN SUORIUTUMISEN JA SITOUTTAMISEN MALLI TOIMINTATERAPIASSA KOTONA .....	8
4.1	Ihmisen, toiminnan ja ympäristön vuorovaikutus kotona .....	8
4.2	Asiakaslähtöisyys kuntoutujan kotona .....	10
4.3	Toimintaterapeutin asiakaslähtöiset mahdollistamistaidot kotona .....	11
5	TOIMINNAN TERAPEUTTINEN VOIMA JA KOTI LUONNOLLISENA KONTEKSTINA.....	13
5.1	Ainutlaatuinen toiminta kotiympäristössä .....	14
5.2	Kotiympäristön terapeuttinen käyttö.....	15
6	NARRATIIVINEN KIRJALLISUUSKATSAUS TOIMINTATERAPIASTA IKÄÄNTYNEIDEN AIVOVERENKIERTOHAIRIÖKUNTOUTUJIIEN KOTONA.....	17
6.1	Narratiivinen kirjallisuuskatsaus opinnäytetyössämme.....	17
6.2	Aiemmat tutkimukset lyhyesti.....	18
6.3	Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tulokset .....	21
6.4	Päätelmät .....	24
7	OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS .....	25
7.1	Aineiston keruu.....	26
7.2	Aineiston analysointi.....	27
8	TULOKSET.....	29
8.1	Mihin toimintaterapialla pystytään kotona vaikuttamaan? .....	29
8.2	Miten kotiympäristö vaikuttaa toimintaterapian toteutumiseen? .....	31
8.3	Miten toimintaterapeuttien asiantuntijuutta voidaan hyödyntää kotiutusprosessissa? .....	33
9	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	35
9.1	Toimintaterapia kotona .....	36
9.2	Toimintaterapeutin asiantuntijuus kotiutusprosessissa.....	37
9.3	Jatko-opinnäytetyöehdotus.....	38
10	POHDINTA .....	38
10.1	Luotettavuus ja eettisyys .....	38
10.2	Opinnäytetyöprosessin monet vaiheet.....	39
10.3	Julkaisu ja sovellusmahdollisuudet .....	41
	LÄHTEET .....	43
	LIITTEET 1–3	

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme mielenkiinnon kohteena on ikääntyneen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ihmisen kotona tapahtuva toimintaterapia sairaalajakson jälkeen. Viimeisen vuoden sisällä mediassa on ollut paljon keskustelua ikääntyneiden asemasta, hoidosta ja arvostuksesta. Keskustelua kiihdyttivät esimerkiksi Lääninhallitusten syyskuussa julkaisemat raportit vanhusten ympärivuorokautisesta hoidosta (STT 2009). Ikääntyneiden yksilöllisyyden ja erilaisten tarpeiden huomioiminen on noussut vahvasti esiin keskusteluissa. Ikääntyneille on yleensä mielekkäin ratkaisu elää omassa kodissaan mahdollisimman pitkään, jos se vain on mahdollista (Täyttä elämää ikääntyneenä 2009: 16).

Opinnäytetyömme yhteistyökumppanina ovat olleet Espoon vanhustenpalvelut ja erityisesti Espoon sairaalan osaston 3E toimintaterapeutit. Osastolla 3E hoidetaan ensisijaisesti aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita potilaita. (Euramo – Karppinen 2009.) Opinnäytetyömme tarkoituksena on saada tietoa, miten toimintaterapiapalveluita voidaan perustella Espoon sairaalan osastolta 3E kotiutuville sairaalajakson jälkeen. Opinnäytetyökysymyksemme ovat: mihin toimintaterapialla pystytään kotona vaikuttamaan, miten kotiympäristö vaikuttaa toimintaterapian toteutumiseen sekä miten toimintaterapeuttien asiantuntijuutta voidaan hyödyntää kotiutusprosessissa. Työmme otsikossa esiintyvä ilmaus ”Asiakkaan ehdoilla” on suora lainaus eräästä tekemästämme teemahaastattelustamme. Se kuvaa hyvin työmme asiakaslähtöistä lähestymistapaa.

Olemme rajanneet työmme ikääntyneisiin aivoverenkiertohäiriökuntoutujiin, koska useat osaston 3E kuntoutujista ovat ikääntyneitä (yli 65-vuotiaita) ja osasto kuuluu Espoon vanhustenpalveluiden alaisuuteen. Olemme molemmat myös kiinnostuneita ikääntyneiden asiakkaiden erityishaasteista toimintaterapiassa.

Opinnäytetyömme tutkimuksellisessa osuudessa olemme noudattaneet kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen periaatteita. Työmme on kehittämistyö. Se on perustunut tiedon tuottamiseen ja kehittämiseen vuorovaikutuksessa yhteistyötahon kanssa. Osana opinnäytetyötämme on tehty myös narratiivinen kirjallisuuskatsaus, koska koimme pelkän aiempien tutkimusten ja opinnäytetöiden kartoittamisen liian suppeaksi työmme aiheen kannalta. Ulkomailta on tehty paljon tutkimuksia sairaalajakson jälkeisestä kuntoutuksesta kotona. Suomessa on tehty vain muutamia opinnäytetöitä, jotka sivuavat aihetta. Opinnäytetyöllemme näyttää siis olevan tarvetta.

Seuraavassa luvussa esittelemme tarkemmin opinnäytetyömme työelämälähtökohtia. Kolmannessa luvussa pohdimme kodin vaikutusta kuntoutukseen ja merkitystä ihmiselle. Tämän jälkeen käytämme muutaman luvun työme teoriapohjan kuvaamiseen. Luvussa kuusi esittelemme tekemämme narratiivisen kirjallisuuskatsauksen ja sen tulokset. Kirjallisuuskatsauksen aiheena on kotiutuksen jälkeinen toimintaterapia ikääntyneille aivoverenkiertohäiriökuntoutujille. Tämän jälkeen kerromme opinnäytetyömme tutkimuksellisesta osuudesta, sen tuloksista sekä kerromme johtopäätökset työstämme.

## 2 TYÖELÄMÄN LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme idea on lähtöisin työelämän tarpeesta. Yhteistyökumppanimme toive oli kehittää omaa työtään. Opinnäytetyömme tarkoitus ja kysymykset on muokattu vastaamaan mahdollisimman tarkasti tähän toiveeseen.

### 2.1 Työelämäyhteys

Opinnäytetyömme aihe muotoutui yhteistyössä Espoon sairaalan osaston 3E toimintaterapeuttien kanssa. Tavatessamme toimintaterapeutit esille nousi heitä askarruttava aihe, josta myös me kiinnostuimme. Toimintaterapeutit kertoivat olevansa huolissaan toimintaterapian seurantakäynneistä kotiin heti kotiutumisen jälkeen. Tällä hetkellä osastolta 3E kotiutuvan asiakkaan on mahdollista saada toimintaterapiaa avopalveluina, päiväsairaalassa tai lääkinnällisenä kuntoutuksena. Asiakkaiden, jotka ovat saaneet sairaalassa toimintaterapiapalveluita, mutta eivät niitä kotiuduttuaan enää tarvitse, on mahdollista saada seurantakäynti Espoon avoterveydenhuollon toimintaterapeutilta. Seurantakäynnit ovat olleet vuoden toiminnassa terveyspalveluiden tulospalkkaushankkeen myötä ja toimivat hyvin. (Euramo – Karppinen 2009.)

Espoon sairaalan osastolta 3E kotiutuvien ikääntyneiden on mahdollista saada myös kotikuntoutustiimin tarjoamia fysioterapiakäyntejä. Näitä käyntejä voi tarpeen mukaan olla yhdestä viiteen. Tavoitteena on sairaalasta kotiin siirtyvän kuntoutujan saumaton hoidon jatkuvuus. (Holopainen 2009: 19.) Keskustelimme ideavaiheessa myös Kotikuntoutustiimin fysioterapeuttien kanssa saadaksemme käsityksen tämän hetkisistä toimintamalleista Espoossa sekä kuullaksemme fysioterapeuttien näkemyksiä opinnäytetyömme aiheesta. Espoon kotikuntoutustiimin fysioterapeutit kokevat työpanoksensa

osuvan oikeaan kohtaan asiakkaan kuntoutusprosessissa. He olivat myös kiinnostuneita opinnäytetyöstämme koska ovat pohtineet moniammatillista lähestymistapaa työsään. (Holopainen – Wiklund 2009.)

## 2.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja kysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena on perustella toimintaterapiapalveluita Espoon sairaalan osastolta 3E kotiutuville. Tavoitteenamme on antaa yhteistyötaholle tietoa ikääntyneen aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kotona tapahtuvasta toimintaterapiasta sairaalajakson jälkeen.

Opinnäytetyökysymykset ovat:

1. Mihin toimintaterapialla pystytään kotona vaikuttamaan?
2. Miten kotiympäristö vaikuttaa toimintaterapian toteutumiseen?
3. Miten toimintaterapeuttien asiantuntijuutta voidaan hyödyntää kotiutusprosessissa?

## 2.3 Espoon sairaala ja osasto 3E

Espoon kaupungin vanhustenpalveluiden tuloksyksikkö jakautuu kotihoidon, pitkäaikashoidon ja Espoon sairaalan palvelualueisiin. Niiden tehtävänä on kehittää ennaltaehkäiseviä toimintoja ikääntyneille sekä huolehtia kotihoito-, sairaala- ja pitkäaikaishoitopalveluista. (Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2009: 1, 5–6.)

Espoon sairaalan alaisuudessa toimivat Puolarmetsän kuntoutusosastot, Jorvin akuuttihoiton osastot sekä avosairaanhoidon yksikkö (Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2009: 5–6). Espoon sairaalan toiminnan tavoitteena on asiakkaiden kotiutus viiveettä ja hallitusti (Täyttä elämää ikääntyneenä 2009: 33).

Puolarmetsässä toimii neljä Espoon sairaalan kuntoutusosastoa ja kaksi pitkäaikashoidon osastoa sekä kotisairaalan toimisto. Puolarmetsän eri osastoilla on erikoistuttu esimerkiksi pitkäaikaishoitoon, saattohoitopotilaiden hoitoon, yleisgeriatrien sekä neurologisten potilaiden tutkimukseen, hoitoon ja kuntoutukseen sekä ortopedis-traumatologisten potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen. (Espoon kaupunki 2006.)

Puolarmetsän osasto 3E on yksi neljästä Espoon sairaalan alaisuudessa toimivista kuntoutusosastoista. Siellä hoidetaan ensisijaisesti aivohalvauksen saaneita potilaita,

jotka tulevat lääkärin läheteellä jatkokuntoutukseen pääasiassa erikoissairaanhoidosta. Osastolla on 34 hoitopaikkaa. Hoito ja kuntoutus suunnitellaan ja toteutetaan moniammatillisessa tiimissä, johon kuuluvat lääkäri, sairaanhoitaja, perus- tai lähihoitaja, fysio-, toiminta-, musiikki-, ravitsemus- ja puheterapeutti sekä sosiaalityöntekijä. (Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2008: 1–2.)

Osaston 3E potilaista suurin osa kuntoutuu aivoverenkiertohäiriöstä. Aivoverenkiertohäiriöillä tarkoitetaan iskemioita ja hemorragioita. Iskemiolla tarkoitetaan paikallista aivokudoksen verettömydestä johtuvaa häiriötä. Hemorragioilla tarkoitetaan paikallisia aivovaltimon verenvuotoja. Iskemia voi olla ohimenevä aivoverenkiertohäiriö eli TIA kohtaus (transient ischemic attack) tai aivoinfarkti eli aivoverenkierron tukos. Hemorragiaa on kahta tyyppiä: aivoverenvuoto on aivojen sisällä tapahtuva vuoto, kun taas subaraknoidaalivuoto (SAV) syntyy aivoja ympäröivän lukinkalvon alla. Aivoverenkiertohäiriöistä noin 80 % on aivoinfarkteja ja noin 10 % aivoverenvuotoja. (Kuikka – Pulliainen – Hänninen 2002: 280.) Aivohalvaus on yhteisnimitys aivoinfarktille ja aivoverenvuodolle (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2009).

#### 2.4 Täyttä elämää ikääntyneenä Espoossa

Espoon arvoja ovat asukas- ja asiakaslähtöisyys, suvaitsevaisuus ja tasa-arvo, luovuus ja innovatiivisuus, kumppanuus ja yhteisöllisyys, tuloksellisuus ja vaikuttavuus sekä kestävä kehitys (Täyttä elämää ikääntyneenä 2009: 19). Näistä arvoista opinnäytetyösämme korostuu erityisesti asiakaslähtöisyys, tasa-arvo ja vaikuttavuus.

Espoo kaupunginvaltuusto hyväksyi 17.11.2008 kaupungin uuden Ikääntymispoliittisen ohjelman vuosille 2009–2015 nimeltä *Täyttä elämää ikääntyneenä*. Tämä ohjelma on mielenkiintoinen opinnäytetyömme kannalta, sillä siinä painotetaan ikäihmisten valinnan vapauden lisäämistä sekä ennaltaehkäisyn ja asiakaslähtöisyyden kehittämistä. (Täyttä elämää ikääntyneenä 2009: 1, 5.) Ikääntymispoliittinen ohjelma koskee teknistä toimea sekä sosiaali-, terveys- ja sivistystoimea. Ohjelmassa esitellään tutkimustietoon perustuvat, iäkkäille vaikuttavaksi todetut toimenpiteet. Niitä ovat esimerkiksi elintapojen (liikunnan, ravitsemuksen ja yhteisöllisyyden) muutos, yksinäisten ryhmäkuntoutus, iäkkäiden masennuksen hoito avoterveydenhuollossa sekä geriatrinen arviointi ja kuntoutus. Toimintaterapeutin antama ohjaus on myös mainittu eräänä uutena ikääntyneiden kuntoutusmuotona, jonka vaikuttavuudesta on tieteellistä näyttöä. (Täyttä elämää ikääntyneenä 2009: 17, 20, 34.)

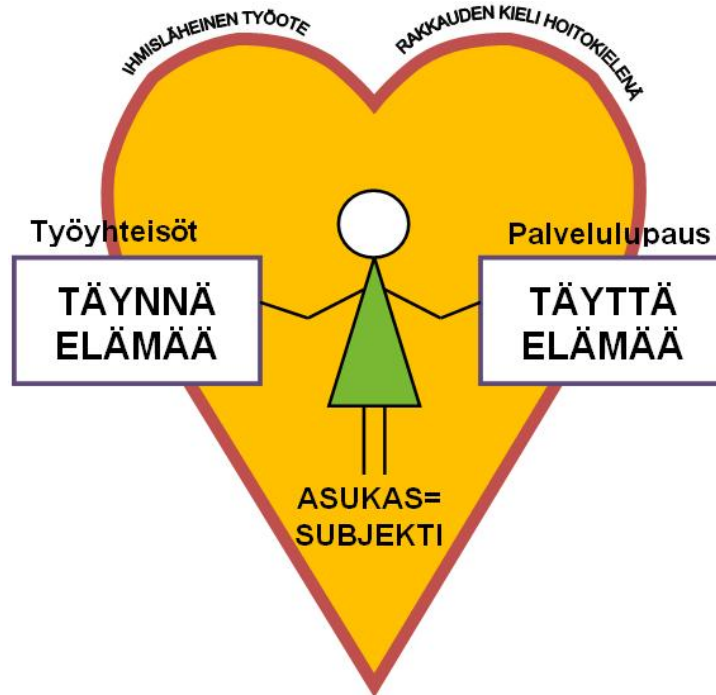


Espoon kaupungin ikääntymispoliittiset linjaukset vuosille 2009–2015 ovat:

1. seniorit itse rakentavat omaa elämäänsä
2. senioreiden osaaminen ja voimavarat rikastuttavat kanssakulkijoiden elämää
3. asuminen ja ympäristö ovat esteettömiä
4. kotona asuminen on ensisijaista ja riittävät palvelut turvaavat sen
5. ikäihmisten elämä Espoossa on turvallista
6. senioreiden terveyttä ja hyvinvointia edistetään tavoitteellisesti
7. seniorit saavat helposti tarvitsemansa tiedon ja palvelut
8. ikäihmiset osallistuvat ja toimivat yhdessä  
(Täyttä elämää ikääntyneenä 2009: 5).

Espoon kaupungin ikääntymispoliittiset linjaukset yhdistyvät opinnäytetyössämme käyttämiimme teorioihin erityisesti asiakaslähtöisyyden ja luonnollisen ympäristön osalta. Senioreiden mahdollisuuksia rakentaa omaa elämäänsä voidaan tarkastella asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Esteetön asuminen ja ympäristö, kotona asumisen ensisijaisuus riittävien palvelujen turvin sekä turvallinen elämä Espoossa liittyvät erityisesti luonnollisen ympäristön osioon mallissa Terapeuttinen voima (Pierce 2003). Kanadalainen toiminnallisen suoriutumisen ja sitouttamisen malli (Polatajko – Davis ym. 2007) voi olla välineenä edistettäessä senioreiden terveyttä ja hyvinvointia tavoitteellisesti. Näitä teorioita käsitellään tarkemmin luvuissa neljä ja viisi.

Ikääntymispoliittisen ohjelman visio on ”Täyttä elämää ikääntyneenä”. Pitkäaikaishoidon työntekijät ovat kehittäneet asiakaskonseptin, jolla nykyään kehitetään koko Espoon vanhusten palveluja. (Kuvio 1.) Ideana on, että hoito- ja asumisyhteisöjen tulee olla täynnä elämää, jotta vanhuspalvelujen asiakas voi elää täyttä elämää. Konseptissa ikääntynyt nähdään aktiivisena toimijana ja hoitokielenä on rakkaus. (Täyttä elämää ikääntyneenä 2009:5, 42.)



KUVIO 1. Espoon vanhustenpalveluiden uusi palvelukonsepti (Täyttä elämää ikääntyneenä 2009: 42).

Ohjelman ajatusmaailma antaa opinnäytetyöllemme hyvän pohjan. Haluamme tämän työn avulla perustella osastolta 3E kotiutuvien ikääntyneiden saamia toimintaterapiapalveluita sekä tarkastella toimintaterapian vaikutusta kotiutuneen kuntoutujan toimintakykyyn.

### 3 TOIMINTATERAPIA KOTONA

Opinnäytetyössämme keskitymme laitoksesta juuri kotiutuneen kotona tapahtuvaa toimintaterapiaan. Tällä tarkoitamme, että laitoksessa aloitettu toimintaterapiaprosessi saatetaan loppuun asiakkaan kotona. Emme käytä termiä kotikuntoutus, koska Espoossa sillä tarkoitetaan kotikuntoutustiimiä, jossa työskentelee fysioterapeutteja (Holopainen 2009: 19).

Asiakkaan kodin toimiessa toimintaterapiaympäristönä terapia keskittyy asiakkaan taitojen kehittämiseen juuri siinä ympäristössä missä asiakas tulee taitoja käyttämään. Tällöin ympäristöä voidaan myös tarvittaessa muokata tukemaan päivittäisiä toimintoja. (Lilja – Borell 2001: 52.)

### 3.1 Kodin merkitys

Maarte Tamm (1999) on kirjoittanut artikkelin *What does home mean and when does it cease to be a home? Home as a setting for rehabilitation and care*. Siinä hän käsittelee kolmea kysymystä: (1) mitä koti merkitsee yksilölle, (2) mitä tapahtuu kun potilaita kuntoutetaan kotona ja (3) voiko koti muuttua asiantuntijan työskentelytilaksi? Tamm on laatinut kattavan kirjallisuuskatsauksen vastatakseen näihin kysymyksiin sekä hyödyntänyt kokemuksiaan Kuntoutus kotioloissa - projektista Pohjois-Ruotsissa. (Tamm 1999: 49.) Koska Tamm vertailee artikkelissaan aiempia tutkimustuloksia omiin kokemuksiinsa, emme tässä ole etsineet alkuperäislähteitä vaan referoimme hänen tekstiään aiheesta.

Koti on henkilökohtaista aluetta ja se auttaa ihmistä organisoimaan elämänsä luomalla järjestystä, ennustettavuutta ja stabiilitettä. Useat säännöt, tavat ja oikeudet kotiin liittyen suojelevat yksilöä ulkopuoliselta maailmalta ja antaa yksilölle mahdollisuuden kontrolloida omaa elämänsä toisella tavalla kuin esimerkiksi töissä tai muissa konteksteissa. (Tamm 1999: 50.)

Koti on tukikohta ihmisen olemiselle ja identiteetille. Asiat, jotka ihmistä kotona ympäröivät ovat tunneperäisesti ladattuja. Ne suojelevat muistoja kokemuksista ja yhteyksistä toisiin ihmisiin. Ajan myötä niistä tulee osa meitä. Tässä valossa katsottuna, näistä esineistä tulee meille kuin toinen iho. Mitä vanhemmasta ihmisestä on kyse, sitä tärkeämpiä ympäröivät esineet ovat. Nämä esineet auttavat ihmistä muistelemaan elämänsä sekä antavat tunteen johonkin kuulumisesta. (Tamm 1999: 51.)

### 3.2 Koti kuntoutumisen ympäristönä

Sairaalassa kuntoutuksen aikana potilas toivoo, että kotiin palattua asiat kääntyvät parempaan. Potilaat ovat kuitenkin tietämättömiä ongelmista joita he tulevat kotiympäristössä kohtaamaan. Tämän takia koti pitää muokata potilaalle sopivaksi ennen kuin hän kotiutuu. Voi olla tarpeen esimerkiksi leventää oviaukkoja pyörätuolia varten, siirtää huonekaluja tai rakentaa ammeen tilalle suihku. Tutkimusten mukaan omaiset suhtautuvat yleensä positiivisesti kodinmuutostöihin. Heistä voi kuitenkin tuntua vaikealta kun huonekaluja, mattoja tai koriste-esineitä pitäisi järjestellä uudelleen, tai aviovuode vaihtaa sairaalasänkyyn. Näissä tapauksissa perhe kokee, ettei kodissa ole enää persoo-

nallista tunnetta jonka he kotiin yhdistävät ja että kodin pyhyyttä tai koskemattomuutta on loukattu. (Tamm 1999: 51.)

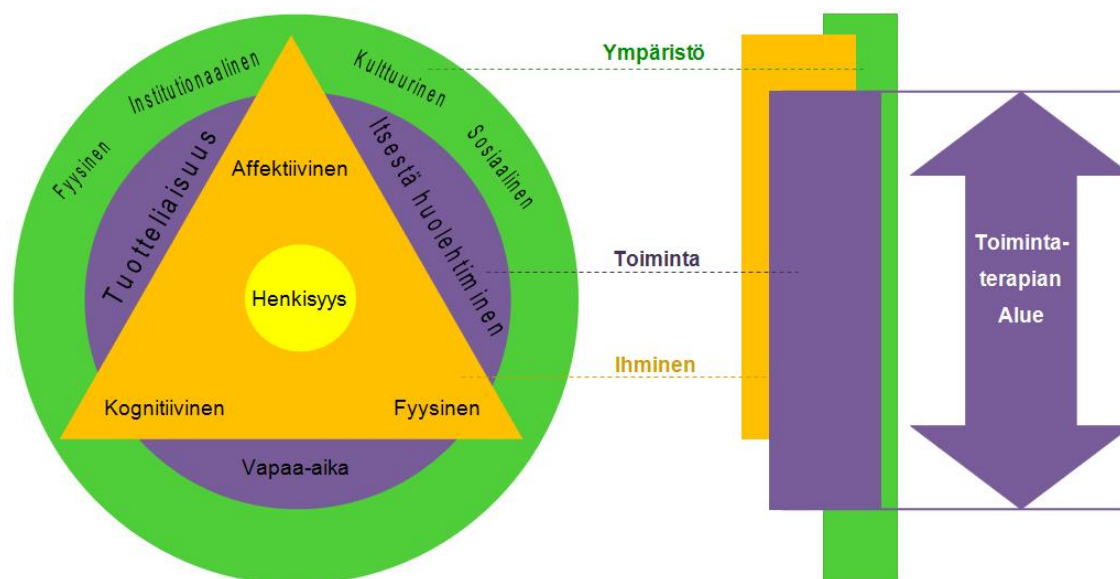
Kotona tapahtuvan kuntoutuksen tarkoituksena on mahdollistaa mahdollisimman itsenäinen elämä ja mahdollisimman korkea elämän laatu. Toisaalta tutkimusten mukaan kuntoutuksen ammattilaisten näkemys hyvästä elämänlaadusta määräytyy arviointivälineistä saatujen tulosten mukaan jolloin asiakkaan oma näkemys laadukkaasta elämästä jää usein kuulematta. (Tamm 1999: 52.)

#### 4 KANADALAINEN TOIMINNALLISEN SUORIUTUMISEN JA SITOUTTAMISEN MALLI TOIMINTATERAPIASSA KOTONA

Opinnäytetyömme pohjautuu Kanadalaiseen toiminnallisen suoriutumisen ja sitouttamisen malliin (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, CMOP-E) (Polatajko – Davis ym. 2007: 23). Mielestämme se sopii ajattelumme viitekehikseksi, koska työssämme korostuvat useat mallin käsitteet ja ideat. Näitä ovat esimerkiksi yksilön, ympäristön ja toiminnan välinen suhde sekä asiakaslähtöisyys. Jatkossa käytämme työssämme mallista lyhennettä CMOP-E.

##### 4.1 Ihmisen, toiminnan ja ympäristön vuorovaikutus kotona

Kanadalainen toiminnallisen suoriutumisen ja sitouttamisen malli kuvaa yksilön, ympäristön ja toiminnan välisiä suhteita. (Kuvio 2.) Dynaamisen suhteen tuloksena on toiminnallinen suoriutuminen. Yksilö on yhteydessä ympäristöönsä ja toiminta tapahtuu tässä vuorovaikutuksessa. (Polatajko – Davis ym. 2007: 23–24.) Opinnäytetyössämme mielenkiinto kohdistuu ympäristöön ja ihmiseen erityisesti kotona tapahtuvan toiminnan osalta.



KUVIO 2. CMOP-E: Toimintaterapian kiinnostuksen kohteet. Alkuperäiset tekijät: Polatajko, H. J. – Townsend, E. A. – Craik, J. (Polatajko – Davis ym. 2007: 23). Suomentaneet Maija Kosonen ja Iida Multanen.

Ihmisellä nähdään olevan fyysisiä, affektiivisiä ja kognitiivisia osatekijöitä. (Polatajko – Davis ym. 2007: 23–24). Fyysisillä osatekijöillä tarkoitetaan ruumiillisia, affektiivisilla tunnepitoisia ja kognitiivisilla tiedostukseen ja havainnointiin liittyviä osatekijöitä (MOT Gummerus: 2009). Henkisyys kuvataan CMOP-E:ssä minuuden ytimenä. Toiminta luokitellaan itsestä huolehtimiseen, tuotteliaisuuteen sekä vapaa-aikaan. Toiminta yhdistää ihmisen ja ympäristön toisiinsa. (Polatajko – Davis ym. 2007: 23–24.) Toimintaa voidaan luokitella monin tavoin tarkoituksesta riippuen. Yksi tapa ei ole toista parempi. (Polatajko – Backman ym. 2007: 42.) Näin ollen Kanadalaisen toiminnallisen suoriutumisen ja sitouttamisen mallin rinnalla voi käyttää esimerkiksi Toimintaterapianimikkeistöä (Holma 2003), jos tarvitsee tarkempaa toiminnan luokittelua. Tässä opinnäytetyössä tarkastelemme kotiympäristön vaikutusta asiakkaan toimintakykyyn ja kuntoutumiseen huomioiden fyysiset, affektiiviset ja kognitiiviset osatekijät sekä toiminnan eri osat alueet.

Kanadalaisen toiminnallisen suoriutumisen mallin mukaan ympäristö koostuu fyysisestä, sosiaalisesta, kulttuurisesta ja institutionaalisesta ympäristöstä. Ympäristö on yksilöllinen jokaiselle ihmiselle. Fyysinen ympäristö mahdollistaa ja rajoittaa toiminnallista sitoutumista, toiminnallisia valintoja sekä tapoja saavuttaa toiminnallisia tavoitteita. Fyysinen ympäristö sisältää luonnon sekä kaiken ihmisen rakentaman. Sosiaalinen ympäristö on moniosainen, monikerroksinen, muuttuva ja se sisältää kaikki ihmiset ympärillämme. Kulttuurinen ympäristö on sosiaalisen ympäristön erityispiirre. Kulttuuri-

nen ympäristö määrittää toimintaamme ja siihen vaikuttavat yhteisö, valtio, sukupuoli, ikä, koko, väri, eletty elämä, uskonnollinen tausta, sosiaaliset suhteet, velvollisuudet ja vastuut. CMOP-E:ssä otetaan huomioon myös institutionaalinen ympäristö joka tarkoittaa, että ihminen kuuluu johonkin tiettyyn yhteiskuntaan ja toimii sen normien puitteissa. (Polatajko – Davis ym. 2007: 23; Polatajko – Backman ym. 2007: 48–53.) Mielenkiintomme kohdistuu siihen, miten CMOP-E:n ympäristön eri ulottuvuudet vaikuttavat toimintaterapiaan kotona.

#### 4.2 Asiakslähtöisyys kuntoutujan kotona

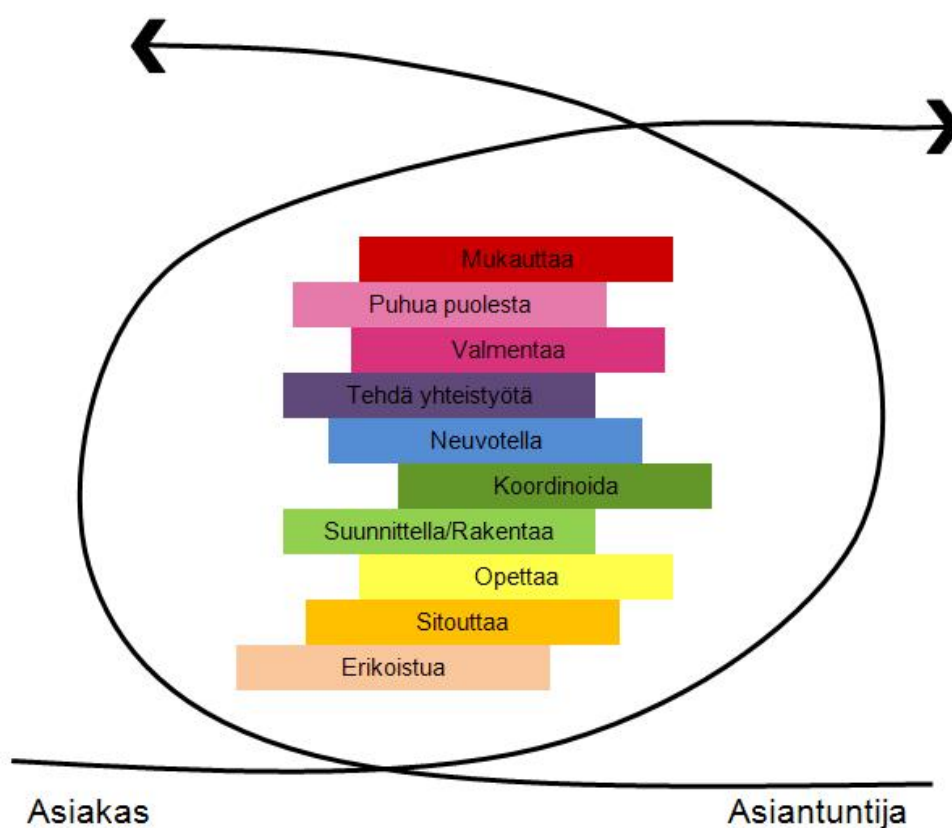
Kanadalainen toiminnallisen suoriutumisen ja sitouttamisen malli on tunnettu asiakslähtöisestä ajattelustaan. Sitä kutsutaan nimellä Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE) eli Kanadalainen asiakslähtöisen mahdollistamisen malli. (Kuvio 3.) (Townsend ym. 2007: 109.) Pohdimme suomennammeko termin client-centered asiakslähtöisyydeksi vai asiakaskeskeisyydeksi. Päädyimme asiakslähtöisyyteen, koska se kuvaa rinnalla kulkemista ja vastaa mielestämme Kanadalaisen mallin ajattelumaailmaa. Asiakaskeskeisyydestä puhuttaessa asiakas olisi mielestämme enemmän objekti kuin subjekti. Asiakslähtöisyys on keskeisessä osassa työssämme, koska käsittelemme asiakkaan kotona tehtävää terapiaa. Koti on henkilökohtaista aluetta ja siksi asiakasta tulee kuunnella siellä erityisen tarkasti. Käytämme työssämme Kanadalaisesta asiakslähtöisen mahdollistamisen mallista lyhennettä CMCE.

Kanadalaisen mallin asiakslähtöisyydessä asiakkaan ja terapeutin yhteistyö kehittyy yksilöllisesti suhteen edetessä. Suhteen tarkoitus on mahdollistaa yksilöllinen ja sosiaalinen muutos toiminnallisen sitoutumisen ja sosiaalisten rakenteiden kautta. Suhteen tulisi olla dynaaminen ja mukautuva. Sen voimasuhteiden tulisi voida muuttua tarpeen tullen ja riskien ottaminen suhteessa tulisi mahdollistaa. (Townsend ym. 2007: 109.)

CMCE korostaa, että toiminnan mahdollistaminen on toimintaterapeutin ydinosaamisen aluetta ja sen erityispiirre on asiakslähtöinen lähestymistapa toimintaan. Terapeutin ja asiakkaan välinen mahdollistamisprosessi rajautuu selkeästi alku- ja loppupisteeseen, jotka määräytyvät esimerkiksi läheteiden ja sopimusten perusteella. Yhteistyö on tavoitteellista ja perustuu asiakkaan ja terapeutin sopimukseen tavoitteista jotka tähtäävät yksilölliseen ja sosiaaliseen muutokseen. (Townsend ym. 2007: 110.)

#### 4.3 Toimintaterapeutin asiakaslähtöiset mahdollistamistaidot kotona

CMCE määrittelee terapeutin mahdollistamistaidot, jotka ovat avainasemassa asiakaslähtöisessä, toimintaan perustuvassa terapiasuhteessa. Mahdollistamistaidot ovat mukauttaa (adapt), puhua puolesta (advocate), valmentaa (coach), tehdä yhteistyötä (collaborate), neuvotella (consult), koordinoida (coordinate), suunnitella / rakentaa (design / build), opettaa (educate), sitouttaa (engage) ja erikoistua (specialize). (Townsend ym. 2007: 110.) Mielenkiintomme kohdistuu toimintaterapeutin mahdollistamistaitoihin kotiympäristössä, koska ne ovat asiakaslähtöisyyden perusta.



KUVIO 3. Kanadalainen malli asiakaslähtöisestä mahdollistamisesta (CMCE). Alkuperäiset tekijät: Townsend, E. A. – Polatajko, H. J. – Craik, J. – Davis J. (Townsend ym. 2007: 110.) Suomentaneet Maija Kosonen ja lidan Multanen.

*Mukauttaminen* tarkoittaa sopivaksi tekemistä tai sovittamista tarkoin määriteltyyn tarkoitukseen tai tilanteeseen. Mukauttaminen on keskeinen toimintaterapeutin mahdollistamistaito. Sillä tarkoitetaan toiminnan pilkkomista juuri sopiviksi haasteiksi siten, että toiminta haastaa asiakkaan saavuttamaan tavoitteet lannistamatta tätä. (Townsend ym. 2007: 117.)

Toimintaterapeutti on kiinnostunut asiakkaan terveydestä, hyvinvoinnista sekä kaikkien oikeudesta jokapäiväisiin toimintoihin. *Puolestapuhujana* toimintaterapeutti tuo esiin ja lisää tietoisuutta asioista, joita muut eivät ehkä ole huomanneet ja haastaa ajattelemaan uudella tavalla. Toimintaterapeutin tehtävä on puhua asiakkaidensa puolesta päättävissä elimissä ja ajaa heidän asioitaan. Toimintaterapeutti myös rohkaisee asiakkaitaan yrittämään asioita joihin he eivät ehkä ole uskoneet kykenevänsä. (Townsend ym. 2007: 117–118.)

Toimintaterapeutti voi *valmentaa* asiakasta. Valmennuksen tärkeimpänä elementtinä on toimintaan sitouttaminen. Valmentajana terapeutti kuuntelee asiakasta ja voi esimerkiksi rohkaista tätä aloittamaan harjoitusohjelman ratkaisuksi negatiiviselle toimintamallille, kuten päihteidenriippuvuudelle. Tärkeintä valmentamisessa on, että asiakas ottaa itse vastuun tilanteesta ja asettaa tavoitteet tärkeysjärjestykseen. (Townsend ym. 2007: 119.)

*Yhteistyön tekijänä* toimintaterapeutti työskentelee yhdessä asiakkaan kanssa, ei hänen puolestaan. Toimintaterapeutti jakaa tietotaitoaan, kunnioittaa asiakastaan ja on aidosti kiinnostunut hänestä. Yhteistyö perustuu empatiaan, pyyteettömyyteen, luottamukseen ja luovaan kommunikointiin. (Townsend ym. 2007: 119–120.)

*Neuvotellessaan* yksilöiden, perheiden ja ryhmien kanssa toimintaterapeutti aloittaa kuuntelemalla kaikkien osapuolten erilaiset näkökulmat ja rohkaisee ja kannustaa heitä kunnioittamaan toistensa mielipiteitä. Tämän jälkeen hän kertoo heille heidän mahdollisuuksistaan muokata tai puolustaa muutosta. Toimintaterapeutti neuvottelee yksilöiden, perheiden, ammattilaisten ja tiimin jäsenten kanssa ja konsultoi sitten yhteisöjä, organisaatioita ja asukkaita. (Townsend ym. 2007: 120–121.)

Toimintaterapeutti käyttää arvioinneista saamaansa tietoa *koordinoidakseen* ihmisten toimintaa, palveluja ja organisaatioita. Hän sovittaa yhteen eri näkökulmia, suunnitelmia, tehtäviä ja asiakirjoja asiakkaiden, perheiden, työryhmien ja muiden prosessissa mukana olevien kanssa. Tällainen koordinointi auttaa asiakasta kokemaan prosessin saumattomana kokonaisuutena sekä auttaa työryhmää ja asiakasta työskentelemään kohti yhteisiä päämääriä asiakkaan ollessa toiminnan keskiössä. Toimintaterapeutti koordinoi inhimillisiä, taloudellisia, tilallisia sekä materiaalisia resursseja. Toimintaterapeutti helpottaa ja mahdollistaa yhteistyötä yli organisaatorajojen. Hänen on osattava



kuunnella erilaisia mielipiteitä ja kyettävä löytämään yhteinen perusta toiminnalle. (Townsend ym. 2007: 122–123.)

Toimintaterapeutti *suunnittelee ja rakentaa* esimerkiksi apuvälineitä ja ortooseja (McKee – Morgan 1998), muokkaa fyysisiä ja emotionaalisia (Clark ym. 2001) ympäristöjä sekä suunnittelee ja toteuttaa ohjelmia ja palveluita (Rebeiro ym. 2001). Toimintaterapeutti voi esimerkiksi muokata ympäristöä tukemaan mielenterveyttä (Kirsh ym. 2005) tai olemaan fyysisesti esteetön (Clark ym. 2001). (Townsend ym. 2007: 123 mukaan.)

Toimintaterapeutti *opettaa* asiakkaita toiminnan kautta (Townsend ym. 2007: 124). Terapeutti opettaa yksilöitä, yhteisöjä ja organisaatioita muokkaamaan jokapäiväistä elämäänsä (Hopkins – Smiths 1988, Townsend ym. mukaan 2007: 124). Arkisia toimintoja voidaan harjoitella terapiatiloissa sairaalassa ennen kuin asiakas siirtää opitut toiminnot omaan ympäristöönsä, esimerkiksi kotiin tai työpaikalle. Toimintaterapeuttinen opettaminen perustuu toiminnan analyysiin. Toiminta pilkotaan osiin ja porrastetaan asiakkaalle sopivaksi. (Townsend ym. 2007: 124 – 125.)

*Sitouttaessaan* toimintaterapeutti näkee asiakkaan aktiivisena osallistujana päätöksentekoon: hänen mielipiteitään, näkemyksiään ja päätöksiään kuunnellaan. Sitouttaakseen toimintaterapeutti mahdollistaa asiakkaan osallistumisen terveyttä ylläpitäviin toimintoihin, kuten esimerkiksi opiskeluun, työntekoon sekä asumiseen ja liikkumiseen. Toimintaterapeutti voi tarvittaessa osallistua toimintaan asiakkaan rinnalla. (Townsend ym. 2007: 126–127.)

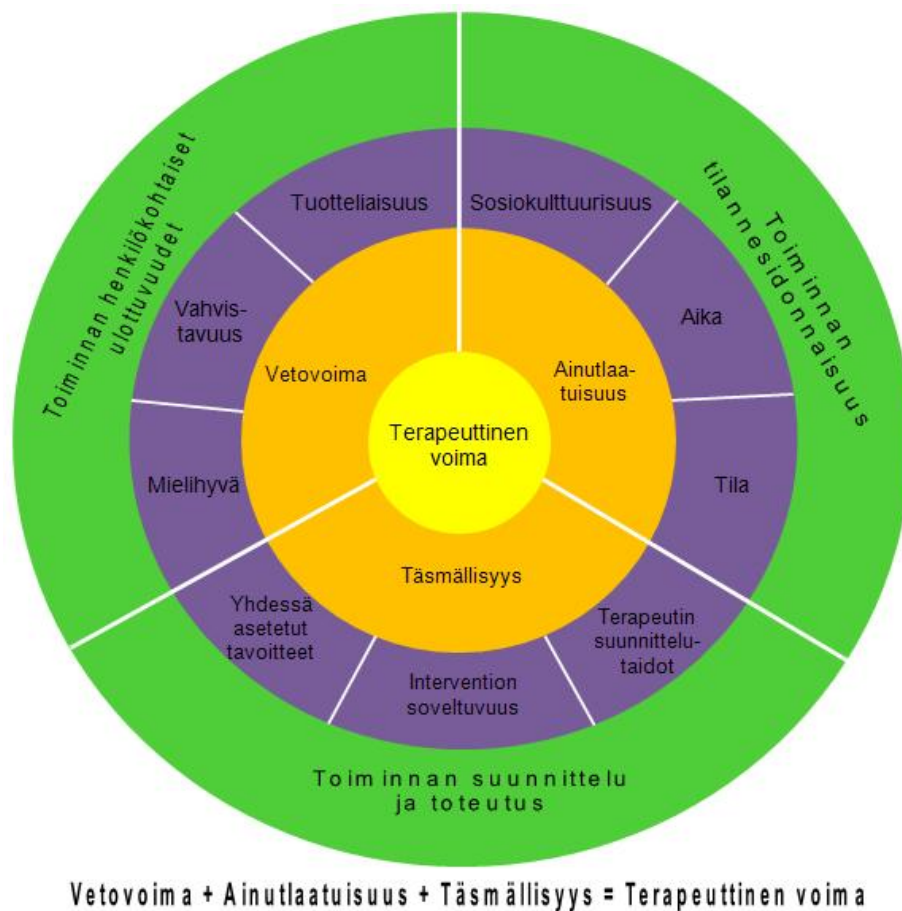
Toimintaterapeutin *erikoistumisella* tarkoitetaan asiantuntijuutta erityisten tekniikoiden käytössä. Tällaisia ovat teoreettiset tai käsitteelliset viitekehykset, kuten esimerkiksi sensorinen integraatio, käsiterapia tai ergonomia. (Townsend ym. 2007: 127–128.)

## 5 TOIMINNAN TERAPEUTTINEN VOIMA JA KOTI LUONNOLLISENA KONTEKSTINA

Doris E. Pierce on kehittänyt mallin Toiminnan terapeuttisesta voimasta (Occupation by Design – Building Therapeutic Power). (Kuvio 4.) Toiminnan terapeuttinen voima koostuu toiminnan vetovoimasta, ainutlaatuisuudesta sekä täsmällisyydestä. Toiminnan vetovoima perustuu subjektiiviseen kokemukseen toiminnasta. Toiminnan ainutlaatuisuus

kuvaa toiminnan ympäristöllisiä ulottuvuuksia. Toiminnan täsmällisyys puolestaan kuvaa sitä, kuinka toiminnalliset interventiot tapahtuvat. (Pierce 2003: 9.)

Opinnäytetyössämme rajaamme Toiminnan terapeutin voima -mallin soveltamisen toiminnan ympäristöllisiä ulottuvuuksia kuvaavaan osioon. Pohdimme opinnäytetyössämme kotikuntoutusta ja erityisesti kotiympäristön vaikutuksia toimintaterapiaan, joten koemme rajauksen olevan perusteltu.



KUVIO 4. Toiminnan terapeutin voima (Pierce 2003: 9). Suomentaneet lida Multanen ja Maija Kosonen.

### 5.1 Ainutlaatuinen toiminta kotiympäristössä

Toiminnan ainutlaatuisuudella kuvataan sitä, millaisena toiminta esiintyisi yksilön tavanomukaisessa ympäristössä, jos se ei olisi osa terapeutista interventiota. Toimintoihin osallistuminen luonnollisissa ympäristöissä voi lisätä intervention vaikuttavuutta. (Pierce 2003: 11.)

Toiminnan ainutlaatuisuus voidaan ymmärtää myös terapeutin toiminnan luonnolliseksi tekemisenä tavanmukaista kontekstia käyttämällä. Asiakkaalle tutussa ympäristössä haasteet, esteet, sopeutuminen sekä mahdolliset ongelmien ratkaisut ovat paremmin nähtävissä kuin keinotekoisessa ympäristössä, esimerkiksi sairaalassa. Toimintaan liittyvät esineet, vihjeet ja tapahtumaketjut ovat konkreettisesti näkyvillä asiakkaan luonnollisessa ympäristössä, eikä hänen tarvitse soveltaa keinotekoisessa ympäristössä harjoittelemaansa toimintoja omaan toimintaympäristöönsä myöhemmin. (Pierce 2001: 254.)

Ainutlaatuisia interventioita suunnitellakseen terapeutin tulee ottaa huomioon toiminnallisen kokemuksen ajallinen, tilallinen sekä sosiokulttuurinen konteksti. Ajalliseen kontekstiin kuuluvat vuorokausirytmii, sosiaaliset aikataulut ja kellot, subjektiiviset kokemukset ajan kulun nopeudesta, päivittäisten toimintamallien järjestäminen, sekä toiminnallisten mallien kehitys. Tilallinen konteksti sisältää kehon, ympäristön olosuhteet, välineiden käytön, sekä tilojen symboliset merkitykset. Sosiokulttuurinen ympäristö koostuu identiteetistä, jatkumosta yksin tehtävistä vuorovaikutuksellisiin toimintoihin, ihmissuhteista, kulttuurisesta moninaisuudesta, sukupuolesta sekä terveydenhuoltokulttuureista. (Pierce 2003: 11.)

Toimintaterapeuteilla on enemmän mahdollisuuksia siirtyä kliinisistä ympäristöistä luonnollisiin ympäristöihin johtuen esimerkiksi paineista lyhentää sairaalassaoloaikoja. Tärkein syy on kuitenkin, että on herätty huomaamaan luonnollisen ympäristön merkitys intervention vaikuttavuudelle. Luonnollisessa ympäristössä toimiminen on terapeuteille haastavampaa kuin toimiminen terapiatiloissa. Tavoitteisiin pyrittäessä on jatkuvasti osattava analysoida asiakkaan ajallista, tilallista ja sosiokulttuurista ympäristöä. (Pierce 2003: 220–221.)

## 5.2 Kotiympäristön terapeutin käyttö

Pierce esittelee neljä tapaa käyttää ympäristöä terapeutin käyttöön. Yksi tapa on toteuttaa terapia asiakkaan tavanmukaisessa ympäristössä huomioiden tilallinen, ajallinen ja sosiokulttuurinen tilanne. Toiseksi toimintaterapeutti voi suositella asiakkaan oman ympäristön muokkaamista, jotta se tukisi hänen toimintojaan. Kolmanneksi terapeutti ja asiakas voivat valita asiakkaalle uuden toimintaympäristön, jos se tarjoaa tarvittavia terapeutin piirteitä. Tällaisia ympäristöjä voivat olla esimerkiksi paikat, jotka on suunniteltu tiettyjä toimintoja varten, kuten ratsastuskeskukset. Neljänneksi terapeutti voi muokata terapiatilojaan muistuttamaan asiakkaalle ainutlaatuista luonnollista ympäris-

töä, mikäli terapian toteuttaminen muussa ympäristössä ei ole mahdollista organisaatiosta johtuvista syistä. (Pierce 2003: 222–224.)

Tilan toiminnalliset ulottuvuudet ovat laajempi kokonaisuus kuin esimerkiksi tilan korkeus ja muut mittasuhteet: on ymmärrettävä esimerkiksi tilan sosiaalinen merkitys sekä erilaiset aistikokemukset tilaa hahmotettaessa. Toimintaterapeutit tekevät jatkuvasti havaintoja asiakkaan ympäristöstä. Esimerkiksi asiakkaan kotona voi henkilökohtaisista esineistä kysymällä alkaa rakentaa hyvää suhdetta asiakkaaseen sekä alkaa ymmärtämään asiakkaan toiminnallista historiaa. (Pierce 2003: 155, 160.)

Rutiinit syntyvät tuttuihin tiloihin. Rutiinien toteuttamistapa säilyy samana aikojen saatossa. On tärkeää, että myös esineet joita käytetään rutiineissa säilyvät samoilla paikoilla. Kun siis rutiinit on muodostettu tilaan, myös esineiden paikat muuttuvat ennustettaviksi. Tämä vapauttaa ihmisen esineiden etsinnältä, mikä puolestaan mahdollistaa muiden asioiden ajattelemisen samalla kun toimitaan rutiininomaisesti. Esimerkiksi hampaita harjattaessa tiedämme, missä hammasharja on ja mihin sen laitamme harjaimisen päätteeksi. (Pierce 2003: 160–161.)

Esineiden tapaan myös tilat joissa toimimme voivat olla meille tärkeitä. Tilat ovat täynnä muistoja ja muokkaamme tiloja kuvastamaan itseämme. Identiteetti on usein sidoksissa paikkoihin, joissa ihminen on viettänyt paljon aikaa, kuten esimerkiksi työpaikkaan tai kotiin. Kun ihminen joutuu pois tällaisesta paikasta, hän kokee suurta menetystä: ei ainoastaan materiaalien menetyksen vuoksi, vaan koska hän ei voi enää elää uudelleen siinä paikassa tapahtuneita muistoja ja rutiineja. Paikat joissa elämme, ovat vahvasti sidoksissa siihen, miten osallistumme toimintoihin sekä siihen, miten koemme toiminnot. Tästä syystä on vaikeaa ymmärtää ihmisen toimintoja kun niitä tarkastellaan poissa heidän normaalista elinympäristöstään, esimerkiksi sairaalassa. Näkemättä tilaa jossa asiakas on tottunut toimimaan, on toimintaterapeutin ymmärtämys asiakkaan toimintatavoista rajoittunut. (Pierce 2003: 161.)

Opinnäytetyössämme korostuu luonnollisen ympäristön tärkeys toiminnan kontekstina. Piercen (2003) Toiminnan terapeuttinen voima -malli auttaa toimintaterapeuttia pohtimaan asiakkaan kodin merkitystä toimintaterapian kontekstina.

## 6 NARRATIIVINEN KIRJALLISUUSKATSAUS TOIMINTATERAPIASTA IKÄÄNTYNEIDEN AIVOVERENKIERTOHAIRIÖKUNTOUTUJIIEN KOTONA

Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tarkoitus opinnäytetyössämme on koota Puolarmetsän osaston 3E toimintaterapeuteille tietoa toimintaterapiasta ikääntyneiden aivoverenkiertohäiriökuntoutujien kotona tapahtuvasta kuntoutuksesta. Haemme katsauksella tietoa kahteen ensimmäiseen opinnäytetyökysymykseen, eli mihin toimintaterapialla pystytään kotona vaikuttamaan sekä miten kotiympäristö vaikuttaa toimintaterapian toteutumiseen.

Kirjallisuuskatsauksia on kolmea eri tyyppiä: narratiivinen kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi (Johansson 2007: 3). Teemme opinnäytetyöhömmme liittyen narratiivisen kirjallisuuskatsauksen, koska se vastaa työmme tarpeita eivätkä opinnäytetyöhön varatut resurssit riittäisi systemaattisemman kirjallisuuskatsauksen tekemiseen.

Kirjallisuuskatsaukseen kootaan tietoa joltakin rajatulta alueelta, yleensä vastauksena johonkin kysymykseen kuten tutkimusongelmaan (Leino-Kilpi 2007: 2). Kirjallisuuskatsauksen avulla muodostetaan kokonaiskäsitys olemassa olevasta tutkimuksesta. Näin saadaan tietoa esimerkiksi siitä, miten paljon tutkimustietoa on olemassa kyseiseen aiheeseen liittyen ja millaisia tutkimukset ovat sisällöllisesti ja menetelmällisesti. (Johansson 2007: 3.)

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on katsottu hyödylliseksi esimerkiksi kun kuvaillaan jonkin ongelmatilanteen taustaa tai kehitystä. Se on asiantuntijoiden kokoama kooste tiettyyn aiheeseen liittyvästä tutkimustiedosta. Narratiivista kirjallisuuskatsausta arvioidessa tuleekin huomata, että se on tehty tietyn alan asiantuntijoiden näkökulmasta. Katsauksen lukijalla ei myöskään ole välttämättä mahdollista arvioida tutkimusten haku-, valinta- ja käsittelyprosessia koska sitä ei ehkä ole kuvattu tarkasti toisin kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. (Johansson 2007: 4.)

### 6.1 Narratiivinen kirjallisuuskatsaus opinnäytetyössämme

Haimme aineistoa kirjallisuuskatsauksemme seuraavista tietokannoista: MetCat, Arken, Saima, Aura, Aapeli, Leevi, Janet, Linda, MEDIC, Helka, CINAHL, OTDBASE ja OTseeker. Hauissa käytimme hakusanoina sanoja toimintaterapia, koti, ikääntynyt, aivoverenkiertohäiriö ja aivohalvaus sekä niiden lyhenteitä, synonyymeja ja erikielisiä

vastineita. Rajasimme haun vuoteen 1999 ja sitä uudempiin tutkimuksiin yhtä perusteltua poikkeusta lukuun ottamatta. Löytämämme tutkimusten joukosta valitsimme seitsemän opinnäytetyökysymystemme kannalta keskeisintä tutkimusta. Suomalaisia tutkimuksia aiheeseen liittyen ei löytynyt, joten otimme kirjallisuuskatsaukseen mukaan opinnäytetyön vuodelta 1997. Näin saamme suomalaista näkökulmaa kirjallisuuskatsaukseemme.

Tässä luettelemme seuraavassa luvussa esittelemämme tutkimukset julkaisujärjestyksessä aloittaen tuoreimmasta:

- *A Randomized Controlled Trial of Early Supported Discharge and Continue Rehabilitation at Home After Stroke: Five-Year Follow-Up of Patient Outcome* (Thorsén – Holmqvist – Pedro-Cuesta – Von Koch 2005).
- *The Effect on Training Older Adults With Stroke to Use Home-Based Assistive Devices* (Chiu – Man 2004).
- *Advantages and Disadvantages of the Home Setting for Therapy: Views of Patients and Therapists* (Stephenson – Wiles 2000).
- *Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital: randomised controlled trial* (Gilbertson – Langhorne – Walker – Allen – Murray 2000).
- *There's No Place Like Home: An Evaluation of Early Supported Discharge for Stroke* (Mayo ym. 2000).
- *Unpacking the black box of therapy – a pilot study to describe occupational therapy and physiotherapy interventions for people with stroke* (Ballinger – Ashburn – Low – Roderick 1999).
- *Saattaen vaihdettava - toimintaterapeutti kotiutujan tukena* (Piirainen 1997).

Yhteistyötahon pyynnöstä opinnäytetyössämme on liite, jossa on tiivistelmät käyttämistämme tutkimuksista. Vaikka tämä liite on monisivuinen, emme halunneet tehdä siitä opinnäytetyöstä erillistä nidettä, koska liitteessä tiivistelmät ovat helposti lukijan saatavilla.

## 6.2 Aiemmat tutkimukset lyhyesti

*A Randomized Controlled Trial of Early Supported Discharge and Continue Rehabilitation at Home After Stroke: Five-Year Follow-Up of Patient Outcome* -tutkimuksen tarkoitus oli arvioida *Varhain toteutettu tuettu kotiutus* -palvelun (early supported discharge and continued rehabilitation at home, ESD service) vaikuttavuutta. Varhaisella tuetulla kotiutuksella tarkoitettiin, että aivohalvausyksikössä saadun hoidon jälkeen kotikuntoutustiimi ja potilas yhdessä koordinoivat kotikuntoutuksen. Viiden vuoden seurannassa tuloksia mitattiin selviytymisen, motorisen suorituskyvyn, dysfasian, päivittäisten toimintojen, sosiaalisten toimintojen, subjektiivisten toimintakyvyn häiriöiden sekä

itse ilmoitettujen kaatumisten perusteella. Tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään, kotikuntoutusryhmään sekä tavanomaiseen kuntoutusryhmään. Viiden vuoden jälkeen merkittävästi suurempi määrä kotikuntoutusryhmän potilaista oli itsenäisiä päivittäisissä toiminnoissa sekä aktiivisia kodinhoitoaskareissa verrattuna tavanomaista kuntoutusta saaneiden ryhmään. (Thorsén ym. 2005: 297.)

*The Effect on Training Older Adults With Stroke to Use Home-Based Assistive Devices*, satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa harjoitettiin yli 55-vuotiaita aivohalvauskuntoutujia käyttämään peseytymisen apuvälineitä kotona. Tutkijat halusivat selvittää onko apuvälineiden käytön harjoittelu tehokas tapa lisäämään apuvälineiden käyttöä, itsenäistä peseytymistä sekä palvelutyytyväisyyttä. Tutkimuksessa vertailtiin kahta ryhmää. Interventoryhmä sai suunnitelmallisen toimintaterapiaintervention, jonka aikana keskityttiin peseytymiseen 2 – 3 terapiakerralla. Ensimmäinen interventio tapahtui kymmenen päivän sisällä sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Verrokkiryhmä sai yhden kotiutusta ennakoivan toimintaterapian kotikäynnin kuntoutujan ollessa vielä sairaalassa, mutta ei käyntejä kotiutumisen jälkeen. Interventoryhmästä 96,7 % käytti kolmen kuukaudenkin kuluttua peseytymisen apuvälineitä, kun taas verrokkiryhmästä niitä käytti vain 56,5 %. Interventoryhmän 30 osallistujasta 25 peseytyi itse kolmen kuukauden kuluttua, kun taas verrokkiryhmän 23 osallistujasta vain 9 peseytyi itsenäisesti. Interventoryhmäläiset olivat tyytyväisempiä ja toimivat itsenäisemmin intervention jälkeen kuin verrokkiryhmäläiset samassa tilanteessa. (Chiu – Man 2004: 113, 115, 118.)

Stephensonin ja Wilesin (2000) tutkimuksen *Advantages and Disadvantages of the Home Setting for Therapy: Views of Patients and Therapists* päämääränä oli kartoittaa asiakkaiden näkemyksiä kotona toteutetusta toimintaterapiasta. Tutkimuksessa haastateltiin myös toimintaterapeutteja, jotta heidän näkemyksensä asiakkaiden esille tuomista teemoista saatiin näkyviin. Asiakkaita haastateltiin puolistrukturoiduin haastatteluin, joissa he nostivat esiin viisi pääteemaa: helppous, terapeutin ympäristö, sosiaalinen kontakti, kontrollin tunne sekä kiitollinen vastaanottaja. (Stephenson – Wiles 2000: 59.)

Gilbertsonin ym. (2000) *Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital: randomised controlled trial* -tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää voisiko lyhytkestoinen kotona toteutettu toimintaterapiajakso edistää aivohalvauksen saaneiden, sairaalasta kotiutettavien potilaiden toipumista. Tutkimus toteutettiin satunnaisena kontrolloituna tutkimuksena. Kaikilla tutkimukseen valituilla oli diagnosoitu aivohalvaus ja he olivat saaneet sairaalassa lähetteen toimintaterapiaan. Kontrolli-

ryhmän kotiutus toteutui käytössä olleiden tavanomaisten toimenpiteiden mukaisesti. Interventoryhmän palvelut suunniteltiin asiakaslähtöisesti yhteistyössä potilaiden, hoitajien sekä paikallisten toimintaterapeuttien kanssa. Yhteistyön perusteella kehitettiin kuuden viikon pituinen kotiohjelma, joka suunniteltiin potilaan kuntoutumistavoitteiden mukaisesti. Tietoa tutkimukseen kerättiin ennen potilaiden jakamista kahteen ryhmään sekä kahdeksan viikon sekä kuuden kuukauden kuluttua kotiutumisesta. Tutkimus osoittaa, että aivohalvauspotilaat, jotka ovat saaneet sairaalassa moniammatillisen tiimin toteuttamaa kuntoutusta, voivat silti hyötyä lyhyestä toimintaterapiajaksosta kotiutumisen jälkeen. (Gilbertson ym. 2000: 603–605.)

*There's No Place Like Home: An Evaluation of Early Supported Discharge for Stroke* satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa vertailtiin kahta ryhmää, joissa oli juuri sairaalasta kotiutuneita aivohalvauskuntoutujia joilla oli omaishoitaja kotonaan. Interventoryhmä sai neljän viikon pituisen, ennalta suunnitellun moniammatillisen tiimin toteuttaman kuntoutusjakson kotiin sekä tarpeidensa mukaiset hoitopalvelut. Verrokki-ryhmä sai normaalit palvelut. Interventoryhmällä oli intervention jälkeen merkittävää parannusta päivittäisissä toiminnoissa sekä uudelleen sopeutumisessa. Ryhmällä oli myös paljon parempi fyysinen kunto kuin verrokki-ryhmällä. Interventoryhmä tarvitsi tutkimusaikana kaiken kaikkiaan vähemmän terveydenhuollon palveluita kuin verrokki-ryhmä. (Mayo ym. 2000: 1016.)

Ballingarin ym. (1999) *Unpacking the black box of therapy – a pilot study to describe occupational therapy and physiotherapy interventions for people with stroke* - tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata aivohalvauksen saaneiden ihmisten fysio- ja toimintaterapian osatekijöitä sekä tarkastella palveluiden (päiväsairaalan ja kotona toteutetun terapian) välistä vaihtelevuutta. Tutkimuksessa oli mukana kuusi toimintaterapeuttia ja seitsemän fysioterapeuttia sekä 89 aivohalvauspotilasta. Terapeutit täyttivät jokaisena tutkimuspäivänä tutkimuslomakkeeseen, mitä toimintoja olivat käyttäneet terapiassa. Toimintaterapeutit käyttivät eniten seuraavia toimintoja: ”fyysinen tehtävä”, ”sosiaalinen / vapaa-ajan toiminta”, ”muu” ja ”itsestä huolehtimisen päivittäiset toiminnot”. Fysioterapeutit puolestaan käyttivät toimintoja ”kävely”, ”seisomatasapaino”, ”yläraajan liikeradat” sekä ”alaraajan liikeradat”. Tutkimus osoittaa, että aivohalvauskuntoutus ei ole homogeenistä toimintaa ja että se vaihtelee riippuen palvelun tuottajasta ja terapeutista. Myös potilaiden tarpeet ja tavoitteet, yksikön ilmapiiri sekä terapeuttien rajoitukset, asiantuntemus sekä mielenkiinnot vaikuttavat kuntoutukseen. (Ballinger ym. 1999: 301, 304, 307, 309.)



Marja-Liisa Piiraisen (1997) opinnäytetyön *Saattaen vaihdettava - toimintaterapeutti kotiutujan tukena* tarkoituksena on ollut kartoittaa toimintaterapeutin roolia ja toimintaterapiapalveluiden tarvetta hänen kotikuntansa terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiutuvien asiakkaiden siirtymävaiheessa. Opinnäytetyössä oli haastateltu neljää asiakasta kotona kotiutumisen jälkeen. Asiakkaat olivat kokeneet saaneensa riittävästi apua ja tukea kotiin siirtymisvaiheessa. Kotona elämisen oli mahdollistanut omaiset, kotiapu, kotihoito, muutostyöt sekä apuvälineet. Asiakkaat olivat kuitenkin jääneet kaipaamaan rohkaisua, omien toiveiden kuuntelemista, todellisen toimintakyvyn selvittämistä, psyykkistä tukea, omaisten tukemista sekä omia vaikutus- ja valintamahdollisuuksia. (Piirainen 1997: 22, 38.)

### 6.3 Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tulokset

Seuraavassa peilaamme narratiivista kirjallisuuskatsausta kahteen ensimmäiseen opinnäytetyökysymykseemme. Pohdimme mihin toimintaterapialla pystytään kotona vaikuttamaan sekä miten kotiympäristö vaikuttaa toimintaterapian toteutumiseen. Tämän lisäksi pohdimme myös kirjallisuuskatsauksessa esiin nousutta aihetta, kustannustehokkuutta.

Kootessamme narratiivisesta kirjallisuuskatsauksesta tietoa siitä, **mihin toimintaterapialla pystytään kotona vaikuttamaan**, päädyimme käyttämään tulosten muodostamisen apuna Toimintaterapianimikkeistöä (Holma 2003). Suomen Kuntaliiton palvelunimikkeistöihin kuuluva Toimintaterapianimikkeistö 2003 on toimintaterapiapalveluiden kehittämisen apuväline. Nimikkeistön avulla voi kertoa muille ammattiryhmille ja yhteistyökumppaneille toimintaterapian työn sisällöstä ja tavoitteista. (Holma – Liukko – Aralinna 2003: 3.)

Artikkeleissa mainittiin useaan kertaan, että asiakkaan kotona toteutetussa toimintaterapiassa pyrittiin edistämään asiakkaan suoriutumista *itsestä huolehtimisen toiminnoissa*. Lisäksi artikkeleissa mainittiin *asioimiseen ja kotielämään liittyvien toimintojen edistäminen, vapaa-ajan viettämisen edistäminen sekä motoristen taitojen vahvistaminen*.

Thorsénin ym. (2005) tutkimuksen viisi vuotta kuntoutusjakson jälkeen tehdyssä seurannassa ilmeni, että merkittävästi suurempi määrä Kotikuntoutusryhmän potilaista oli itsenäisiä päivittäisissä toiminnoissa sekä aktiivisia kodinhoitoaskareissa verrattuna

tavanomaista kuntoutusta saaneiden ryhmään. (Thorsén ym. 2005: 297.) Von Kochin, Wildénin, Wottrichin, Thamin ja Pedro-Cuestan (2000) mukaan erot voivat johtua esimerkiksi siitä, että kyseisiä toimintoja harjoiteltiin kotikuntoutuksessa. Langhornen (2003) esittämän näkemyksen mukaan tulokset voivat johtua siitä, että koti on ideaalinen ympäristö kodinhoidollisten toimintojen uudelleen opettelulle. (Thorsén ym. 2005: 299–300 mukaan.) Kotikuntoutusryhmä suoriutui tavanomaista kuntoutusryhmää paremmin myös motorisesta suorituskyvystä, näppäryydestä, 10 minuutin kävelystä, henkilökohtaisista päivittäisistä toiminnoista sekä subjektiivisista toimintakyvyn häiriöistä, vaikkakin tulos ei ole tilastollisesti merkittävä. Tutkimuksen mukaan *varhain toteutettu kotiutus* myös alensi kuolleisuutta verrattuna perinteistä kuntoutusta saaneeseen ryhmään. (Thorsén ym. 2005: 300.)

Gilbertsonin ym. (2000) tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli itsenäisen selviytymisen lisääminen itsestä huolehtimiseen, kodinhoitoon sekä vapaa-ajan toimintoihin liittyvissä tehtävissä. Tutkimus osoittaa, että aivohalvauspotilaat, jotka ovat saaneet sairaalassa moniammatillisen tiimin toteuttamaa kuntoutusta, voivat silti hyötyä lyhyestä toimintaterapiajaksosta kotiutumisen jälkeen. (Gilbertson ym. 2000: 604.)

Ballingerin ym. (1999) tutkimuksessa toimintaterapeutit käyttivät eniten seuraavia toimintoja: ”fyysinen tehtävä”, ”sosiaalinen / vapaa-ajan toiminta”, ”muu” ja ”itsestähuolehtimisen päivittäiset toiminnot”. (Ballinger ym. 1999: 304–305.)

Muita toimintaterapeuttien kuvaamia toimintoja terapiassa olivat:

- kodinhoidolliset itsestä huolehtimisen toiminnot
- havainnot, aistitoiminnot
- kognitio / mieliala (muistitoiminnot, mielialan kohottaminen)
- kotikäynti (arviointi)
- potilaan ohjaus
- huoltajan, hoitajan ohjaus
- pyörätuoli / istuminen (arviointi, harjoittelu)
- apuvälineet (käyttö asiakkaan kanssa)
- muut.

(Ballinger ym. 1999: 309.)

Chiun ja Manin (2004) tutkimuksessa interventoryhmän 30 osallistujasta 25 peseytyi itse kolmen kuukauden kuluttua, kun taas verrokkiryhmän 23 osallistujasta vain 9 peseytyi itsenäisesti. Interventoryhmäläiset olivat tyytyväisempiä ja toimivat itsenäisemmin intervention jälkeen kuin verrokkiryhmäläiset samassa tilanteessa. (Chiu – Man 2004: 113, 118.)

Piiraisen (1997) mukaan kotiin tehtävillä toimintaterapiakäynneillä voitaisiin totutella kotiympäristössä elämiseen paitsi asiakasta ohjaamalla, myös läheisiä ja avustajia opastamalla ja tukemalla. Kotona voidaan tutkimuksen mukaan myös varmistaa kotiohjeiden oikein ymmärtäminen sekä apuvälineiden oikeanlainen käyttö. Kotona voidaan Piiraisen mukaan myös pohtia asiakkaan ajankäyttöä sekä suunnitella ja mahdollistaa toimintaa. (Piirainen 1997: 40.)

Piirainen (1997) luettelee toimintaterapeutin tehtäväksi myös kotiavun ja muiden sovitujen tukitoimien koordinoimisen. Lisäksi toimintaterapeutti voi hänen mukaansa kannustaa asiakasta sosiaalisissa kontakteissa toimimiseen sekä organisoida vertaistuen jatkumisen. Lähiympäristössä liikkumisen ja asioinnin tukeminen kuvataan tutkimuksessa myös toimintaterapeutin tehtäviin kuuluvaksi, samoin kuin asiakkaan lähiympäristön muokkaaminen suvaitsevammaksi ja omatoimisuuden mahdollistavaksi. (Piirainen 1997: 40.)

Asiakkaan kotona tulee Piiraisen (1997) mukaan muistaa kunnioittaa asiakkaan tunteita, tahtoa, tottumuksia, elämänhistoriaa sekä asiakkaan suunnittelemaa tulevaa elämää. Toimintaterapeutin tehtävänä on olla asiakkaan tukija ja neuvonantaja uudessa elämäntilanteessa. (Piirainen 1997: 40.)

Haimme kirjallisuuskatsauksen perusteella vastausta myös siihen, **miten kotiympäristö vaikuttaa toimintaterapian toteutumiseen**. Von Kochin, Wildénin, Wottrichin, Thamin ja Pedro-Cuestan (2000) mukaan *Varhain toteutettu tuettu kotiutus* rohkaisi asiakkaita olemaan aktiivisia kumppaneita kuntoutuksessa sekä ratkaisemaan kohtamiaan ongelmia (Thorsén ym. 2005: 301 mukaan). Stephensonin ja Wilesin (2000) tutkimuksessa asiakkaiden mukaan kotona tapahtuvan terapian suurimpia etuja olivat helppous (ei tarvitse matkustaa) sekä rentoutuneempi olotila (yksityisyys, epämuodollisuus, vähemmän häiriötekijöitä). Terapeutit korostivat kotiympäristön tärkeyttä tavoitteiden asettamisen kannalta. Asiakkaiden nimeämiä haittoja olivat välineistön puutteellisuus, lattiatilan pienuus sekä kotiympäristön motivoimattomuus. Terapeutit kertoivat kokevansa olevansa vieraina asiakkaan kotona, minkä vuoksi he kokivat kontrollin, ”johtajuuden” ottamisen olevan vaikeaa kotiympäristössä. (Stephenson – Wiles 2000: 61–62.)

Ciun ja Manin (2004) tutkimuksessa yhdellä terapiakerralla harjoiteltiin peseytymistä konkreettisesti yhdessä kuntoutujan ja omaisen kanssa. Aikaa varattiin myös kuntoutu-

jan ja omaishoitajan esille tuomien ongelmien ja apuvälineiden käyttöön liittyvien haasteiden läpikäymiseen. Lisäksi tutkimuksessa pidettiin tärkeänä, että kuntoutujia rohkaistiin käyttämään apuvälineitä jokaisella peseytymiskerralla. Konkreettisen harjoittelun yhteydessä tarkistettiin myös välineiden sopivuus sekä turvallisuustekijät. Tuloksena tutkimuksessa oli, että kolmen kuukauden kuluttua interventoryhmäläisistä suurin osa peseytyi itse ja käyttää aktiivisemmin peseytymisen apuvälineitä. (Chiu – Man 2004: 115,118.)

Tutkimuksissa nousi vahvasti esille myös **kustannustehokkuus**. Esittelemme myös tämän näkökulman, koska kustannustehokkuus on ajankohtainen kysymys ja asia josta erityisesti päättäjät ovat kiinnostuneita.

*Varhain toteutettu tuettu kotiutus -palvelu* lyhentää Thorsénin ym. (2005) tutkimuksen mukaan sairaalassaoloaikaa ja alentaa siten kustannuksia (Thorsén ym. 2005: 301). Von Koch'n, Pedro-Cuestan, Kostulas'n, Almazanin ja Widen Holmqvistin tekemän seurantaraportin mukaan kuntoutumisen lopputulokset kuuden kuukauden ja 12 kuukauden kuluttua tehdyssä seurannassa olivat yhtenevät tai jopa paremmat kuin pidempään sairaalassa olleilla. (Thorsén ym. 2005: 301 mukaan). Gilbertsonin ym. tutkimuksessa arvioitiin myös kotona toteutetun toimintaterapiajakson taloudellista hyötyä. Saatava taloudellinen hyöty katsottiin merkittäväksi, koska toimintaterapia ehkäisi potilaiden toimintakyvyn alenemista, jolloin he tarvitsivat vähemmän palveluita jatkossa. (Gilbertson ym. 2000: 605.) Mayon ym. tutkimuksessa havaittiin, että interventoryhmä tarvitsi moniammatillisen kotiutumisosuuden aikana kaiken kaikkiaan vähemmän terveydenhuollon palveluita kuin verrokkiryhmä (Mayo ym. 2000: 1016).

Gilbertsonin ym. (2000) tutkimuksessa selvitettiin välillisesti kustannuksiin liittyvää potilastyytyväisyyttä kotiutumiseen liittyvissä palveluissa. Interventoryhmäläiset olivat keskimäärin tyytyväisempiä saamiinsa palveluihin kuin kontrolliryhmäläiset. Interventoryhmässä olleet olivat erityisen tyytyväisiä siihen, että asiat oli valmisteltu hyvin kotiutumista ajatellen, sekä siihen, että he tiesivät kehen ottaa yhteyttä, mikäli heille tulisi aivohalvaukseen liittyviä ongelmia. (Gilbertson ym. 2000: 605.)

#### 6.4 Päätelmät

Ehdottomia johtopäätöksiä seitsemän lähdetä sisältävästä narratiivisesta kirjallisuuskatsauksestamme ei voida vetää. Tutkimukset on kuitenkin tehty luotettavin tutkimus-

menetelmin ja niiden tulokset ovat samansuuntaisia. Kotona tapahtuvalla toimintaterapialla sairaalasta kotiutumisen jälkeen on positiivinen vaikutus ihmisen elämänlaadun ja tyytyväisyyden kannalta. Erityisesti kotona pystytään vaikuttamaan itsestä huolehtimiseen sekä kotielämään liittyviin toimintakokonaisuuksiin. Koti ympäristönä antaa terapialle myös aivan erilaisen lähtökohdan, sillä tavoitteiden asettelu saa konkreettiset raamit. Tutkimuksista nousee esiin myös kotikuntoutuksen taloudelliset edut. Useimmissa esittelemissämme tutkimuksissa parhaat tulokset kotona tapahtuvassa kuntoutuksessa saatiin moniammatillisesti työskennellen. Yleensä kuntoutujat saivat vähintään toimintaterapiaa ja fysioterapiaa, joskus myös esimerkiksi puheterapiaa. Lisäksi useat tutkimuksiin osallistuneet saivat kotiin hoitopalveluita.

## 7 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS

Opinnäytetyömme tutkimuksellisessa osuudessa olemme soveltaneet laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on subjektiivista ja se kuvataan yleensä määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen vastakohtana. Subjektiivisuus liitetään käsitteisiin, tulkintoihin ja havaintoihin. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää ihmisten toiminnalle antamia arvoja, ihanteita, uskomuksia ja haluja. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 165–166; Vilka 2009: 180.) Laadullinen tutkimus sopii opinnäytetyömme kehykseksi, koska työmme perustuu toimintaterapeuttien subjektiiviseen kokemukseen toimintaterapiapalveluista kotona. Opinnäytetyössämme toteutuu tutkijatriangulaatio, eli toteutimme tutkimuksellisen osuuden kahdestaan (Vilka 2009: 54).

Opinnäytetyömme tarkoituksena on saada tietoa miten toimintaterapiapalveluita voidaan perustella Espoon sairaalan osastolta 3E kotiutuville sairaalajakson jälkeen. Tavoitteenamme on auttaa yhteistyötoimintaterapeuttejamme löytämään tietoa ikääntyneen aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kotona tapahtuvasta toimintaterapiasta sairaalajakson jälkeen.

Opinnäytetyökysymykset ovat:

1. Mihin toimintaterapialla pystytään kotona vaikuttamaan?
2. Miten kotiympäristö vaikuttaa toimintaterapian toteutumiseen?
3. Miten toimintaterapeuttien asiantuntijuutta voidaan hyödyntää kotiutusproses-  
sissa?

## 7.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyössämme käytimme teemahaastattelua haastatellessamme sairaalassa ja asiakkaan kotona työskenteleviä toimintaterapeutteja. Tarkoituksenamme oli saada tietoa miten toimintaterapiapalveluita voidaan perustella ikääntyneelle aivoverenkiertohäiriön jälkeen sairaalasta kotiutuvalle. Tärkeimpänä kriteerinä haastateltavia valitessamme pidimme, että heillä on omakohtaista työkokemusta tutkittavasta aiheesta (Vilkkä 2009: 114).

Haastateltavia lähdimme etsimään toimintaterapeuttien sähköpostilista ToiNetin sekä keskustelupalsta ToiForummin kautta. ToiNetistä saimme muutaman vastauksen, jotka eivät kuitenkaan vastanneet tarpeisiimme. Lopulta löysimme haastattelemamme viisi toimintaterapeuttia omien kontaktiemme kautta. Haastatellut työskentelevät Ylöjärven Kuntoutus- ja muistikeskuksessa, Espoon avoterveydenhuollossa sekä Espoon sairaalan osastolla 3E. Ylöjärven Kuntoutus- ja muistikeskuksessa sekä Espoon avoterveydenhuollossa työskenteleviä toimintaterapeutteja haastattelimme, koska heillä on työkokemusta aivohalvauspotilaiden toimintaterapiasta kotona. Nämä haastattelut toteutimme kahtena yksilöhaastatteluna. Espoon sairaalan osaston 3E toimintaterapeutteja puolestaan haastattelimme selvittääksemme sairaalassa työskentelevien toimintaterapeuttien näkökulmaa kotona tapahtuvaan toimintaterapiaan. Espoon sairaalan terapeuteille teimme ryhmähaastattelun. Emme mainitse haastateltavien nimiä, koska ne eivät ole merkityksellistä työmme lukijan kannalta.

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on eniten käytetty tutkimushaastattelumuoto. Sitä käytetään tilanteissa, joissa tutkittavasta asiasta on vielä vähän tietoa. Haastattelu perustuu muutamiin avainaiheisiin ja kysymyksiin jotka vastaavat tutkimusongelmaan. Haastattelijä voi laatia omaksi tuekseen apukysymyksiä siltä varalta, että haastattelu ei tunnu etenevän. Teemahaastattelun tavoitteena on aktivoida haastateltavaa antamaan oman kuvansa asiasta. (Kylmälä – Juvakka 2007: 78–80; Vilkkä 2009: 100–102.)

Muodostimme teemahaastattelurungot (ks. liitteet 2 ja 1) opinnäytetyökysymystemme pohjalta. Lisäsimme runkoihin lisäkysymyksiä ja muistilistoja oman muistimme tueksi. Muistilistojen pohjana käytimme Kanadalaista toiminnallisen suoriutumisen ja sitouttamisen mallia (Polatajko – Davis ym. 2007: 23–24) sekä Toimintaterapianimikkeistöä (Holma 2003: 33). Toivoimme teemakysymysten aktivoivan haastateltavia kertomaan

oman näkökulmansa aiheeseen mahdollisimman monipuolisesti ja laajasti. Pyysimme opponentejamme lukemaan ja kommentoimaan teemahaastattelurungon. Näin varmistuimme, että kysymykset ovat ymmärrettäviä ja niiden avulla voidaan saada vastauksia opinnäytetyökysymyksiimme. Saimmekin heiltä rakentavaa palautetta, joka auttoi kehittämään selkeämmän ja tarkoituksenmukaisemman haastattelurungon.

## 7.2 Aineiston analysointi

Haastatteluissa meille kertyi nauhoitettua materiaalia yhteensä yksi tunti ja 57 minuuttia. Muutimme nauhoitetun aineiston tekstimuotoon eli litteroimme aineiston. Käytimme osittaista litterointia, eli litteroimme ainoastaan opinnäytetyön teema-alueisiin liittyvät kohdat haastatteluista. (Vilka 2009: 115–116.) Jätimme huomioimatta valitsemiemme teemojen ulkopuolelle menevän keskustelun. Litteroitua tekstiä syntyi 35 sivun verran.

Tämän jälkeen pelkistimme aineiston eli tiivistimme aineiston ja pilkoimme sen luokittelun kannalta merkityksellisiksi osiksi (Tuomi – Sarajärvi 2009: 109). (Taulukko 1.) Pelkistuksen jälkeen aineisto tiivistyi 20 sivuun. Lähetimme pelkistetyt ilmaukset haastatteluille kommentoitavaksi, varmistuaksemme että olimme ymmärtäneet oikein mitä he tarkoittivat. Pelkistyksissä oli muutamia kohtia joita haastatellut halusivat korjata tai tarkentaa.

TAULUKKO 1. Esimerkkejä pelkistysprosessista.

Litteroitu	Pelkistetty
ja samaten kanssa se siellä kotiympäristössä et miten se omainen sitten osaa toimia kuntoutujan kanssa ja miten ne heidän yhteiset toimintamallit pelaavat sitten sen kotiutumisen jälkeen siellä kotona.	Kotiympäristössä on haasteena myös se miten omainen osaa toimia kuntoutujan kanssa ja miten heidän yhteiset toimintamallit pelaavat yhteen kotiutumisen jälkeen.
Ja varsinkin jos siä kotiympäristössä on jotain muutettu, apuvälineitä tai tukikahvoja jos on laitettu. Kiikun kaakun se oleminen, sinne vessaan mennään tosi harkiten ja joka askel miettiä tai pitäs miettiä. Kun kotiympäristö on muuttunut ja toimintakyky on huomattavasti muuttunut.	Jos kotiympäristössä on jotain muutettu, apuvälineitä tai tukikahvoja on laitettu, ja kun toimintakyky on huomattavasti muuttunut, on toimintaterapialle kotona tarvetta.
Mut se on kyl hyvin paljon siit ihmisest kiinni ja siit et mitä hän normaalistikin kotona tekee.	Se mitä toimintaterapiassa tehdään kotona on hyvin paljon kiinni siitä, mitä ihminen normaalistikin kotona tekee.
Ja sit niissä asunnonmuutostöissä, et niitä ei välttämättä pysty aina niin etukäteen miettimään. Et sitten vasta kun hän on siellä pysyvästi siellä omassa ympäristössä esimerkiksi keittiössä tulee esille et mitä kantsii tehdä.	Asunnonmuutostöitä ei pysty välttämättä etukäteen miettimään, joskus muutos tarpeet tulevat esiin vasta kun kuntoutuja on omassa ympäristössään pysyvästi.
No sit ihan jotain käsiharjotuksii, yläraajaharjoituksii siel kotona et käydään ihan läpi et minkä pöydän äärellä mitäkin ja millä korkeudella ja missä tuolilla	Kotona AVH-asiakkaan kanssa voidaan tehdä yläraajaharjoituksia ja käydä läpi minkä pöydän äärellä mitäkin kannattaa tehdä, millä tuolilla ja millä korkeudella.
Että se että jossain kuntoutuslaitoksessa tai sairaalassa harjoitellaan jotain keittiötoimintoja harjoituskeittiössä, niin se ei suinkaan siirry sinne kotiin	Kuntoutuslaitoksen tai sairaalan harjoituskeittiössä harjoitellut keittiötoiminnot eivät automaattisesti siirry kotiin.
Että siinä uudessa tilanteessa se ajankäyttö, iso ongelma, must tuntuu.	Uudessa tilanteessa ajan käyttö voi muodostua suureksi ongelmaksi kotona.
Et vähän niin ku molempii näkemyksii tuua siin koko ajan, että harvoinhan on kotona mukana peseytymistilanteessa, että ehkä enemmän käydään läpi sitä että. Se peseytymistilanne käydään läpi, mutta ehkä me fyysisesti aika harvoin käydään siellä, että ehkä me katotaan enemmän niit olosuhteita ja jotain pukeutumisen osa-alueit voidaan katsoa,	Olen kotona harvoin mukana esimerkiksi peseytymistilanteessa, mutta se voidaan käydä läpi esimerkiksi katsomalla olosuhteita ja joitain pukeutumisen osa-alueita.
Yksi asia mikä sitten niillä kotikäynneillä tulee hyvin usein esiin on se että AVH-oireiston vaikutus siihen arkipäivään tulee usein kuitenkin yllätyksenä sitten sekä kuntoutujalle että hänen omaiselleen.	Kotikäynneillä tulee hyvin usein esiin se, että AVH-oireiston vaikutus arkipäivään tulee usein yllätyksenä sekä kuntoutujalle että hänen omaiselleen.

Analysoimme aineiston käyttäen teorialähtöistä eli deduktiivista sisällönanalyysia. Tämä tarkoittaa, että luokittelimme aineiston teoriaan perustuen. Ensin muodostimme väljän analyysirungon (yläluokat), jonka sisälle muodostimme erilaisia luokituksia (alaluokkia). (Tuomi – Sarajärvi 2009: 113.) Yläluokiksi muodostuivat *ihminen*, *toiminta*, *ympäristö* ja *toimintaterapeutti*. (Taulukko 2.) Kaikki ylä- ja alaluokat perustuvat Kanadalaiseen toiminnallisen suoriutumisen malliin (Polatajko – Davis ym. 2007: 23; Townsend ym. 2007: 110) lukuun ottamatta alaluokkaa luonnollinen konteksti, joka on Toiminnan terapeuttisen voiman mallista (Pierce 2001:9). Lisäämällä luonnollisen kontekstin yhdeksi ympäristön alaluokaksi saimme aineiston luokittelun vastaamaan paremmin



opinnäytetyökysymyksiimme. Näin ollen opinnäytetyössämme toteutuu teoriatriangu-laatio, sillä analyysin pohjana on käytetty kahta eri toimintaterapian viitekehystä (Vilkkä 2009: 54).

TAULUKKO 2. Aineiston luokittelu. Ala- ja yläluokkien yhteydessä on mainittu niihin luokiteltujen pelkistettyjen ilmausten lukumäärä.

AINEISTON LUOKITTELU OPINNÄYTETYÖKYSYMYSTEN MUKAAN			
Mihin toimintaterapialla pystytään kotona vaikuttamaan?	Miten kotiympäristö vaikuttaa toimintaterapian toteutumiseen?	Miten toimintaterapeuttien asiantuntijuutta voidaan hyödyntää kotiutusprosessissa?	
YLÄLUOKAT			
Ihminen – 12	Toiminta – 16	Ympäristö – 68	Toimintaterapeutti – 61
ALALUOKAT			
Affektiivinen – 9	Itsestä huolehtiminen – 10	Fyysinen – 10	Mukauttaa – 8
Fyysinen – 0	Tuotteliaisuus – 0	Institutionaalinen – 20	Puhua puolesta – 4
Kognitiivinen – 3	Vapaa-aika – 6	Sosiaalinen – 14	Valmentaa – 3
		Kulttuurinen – 0	Tehdä yhteistyötä – 15
		Luonnollinen konteksti – 27	Neuvotella – 7
			Koordinoida – 8
			Suunnitella / Rakentaa – 6
			Opettaa – 2
			Sitouttaa – 4
			Erikoistua – 4

## 8 TULOKSET

Esittelemme tulokset opinnäytetekysymysten ja analyysiluokkien mukaan. Olemme liisänneet tekstiin myös suoria lainauksia haastatteluista tuodaksemme haastateltujen äänen kuuluviin sekä korostamaan tärkeimpiä näkökulmia tuloksissa. Emme ole eritelleet suoria lainauksia haastateltujen mukaan, koska se ei ole oleellista tulosten kannalta.

### 8.1 Mihin toimintaterapialla pystytään kotona vaikuttamaan?

Haastatellut toimintaterapeutit kokivat kotona tapahtuvassa toimintaterapiassa pystyvänsä vaikuttamaan erityisesti ihmisen *affektiivisiin* ja *kognitiivisiin* ominaisuuksiin. Luokitellessamme aineistoa ei *fyysisiin* ominaisuuksiin valikoitunut yhtään pelkistettyä ilmausta. Haastateltavat käyttivät toimintaterapiassa kotona *vapaa-ajan* ja *itsestä-huolehtimisen* toimintoja. Aineistossa ei luokittelumme mukaan esiintynyt *tuotteliaisuuden* liittyviä toimintoja.

Haastatellut toimintaterapeutit kokivat pystyvänsä vaikuttamaan kuntoutujan toimintakyvyn *affektiivisiin* osa-alueisiin. Kuntoutujien ajankäyttöön on terapeuttien mielestä kiinnitettävä huomiota ja heitä on autettava löytämään mielekkäitä toimintoja suhteutettuna uuteen toimintakykyyn. Jos näin ei tehdä, on terapeuttien mukaan riskinä että kuntoutujat passivoituvat, aloittavat päihteiden väärinkäytön tai masentuvat kotona. Toimintaterapeutin haasteena on haastateltujen mukaan auttaa kuntoutujaa löytämään merkitys olemassaololleen mielekkään ja merkityksellisen toiminnan kautta. Haastatelluissa nousi esille esimerkiksi, että koska kuntoutujan ulkoinen habitus on yleensä muuttunut aivoverenkiertohäiriön jälkeen, voi kuntoutujan olla vaikea lähteä ulos kodistaan muiden tarkasteltavaksi. Tällaisissa tilanteissa on usein toimintaterapeutin tuen tarvetta. Toimintaterapeutti voi tukea kuntoutujaa hänen omissa rooleissaan omassa ympäristössään.

Et paljon ihmiset ajattelee et kun vaan kuolis pois, et mä oon valmis lähteen mä en jaksa enää tätä kun kaikki voimat menee siihen et saa vaatteet päälle ja saa käytyä vessassa ja on ihan uupunut siitä. Mistä sieltä löytys jonkunlainen pieni kipinä ja merkitys sille olemassaololle – et sillei suhteuttaa siihen.

*Kognitiivisen* toimintakyvyn tukeminen nousi vahvasti esiin kaikkien haastateltavien puheissa. He kokevat sen toimintaterapian ydinosamiseksi. Terapeutit toivat esiin esimerkiksi, että aivohalvauksen saaneiden on usein vaikea soveltaa sairaalassa harjoittelemaansa asioita kotiympäristöön ilman toimintaterapeutin tukea.

Haastateltavat keskittyivät kuntoutujan kanssa erityisesti pieniin kotona tehtäviin *vapaa-ajan* toimintoihin, esimerkiksi lehden lukemiseen, kukkien hoitoon tai tekstiilimalaukseen. Osa haastateltavista oli myös käynyt kuntoutujan kanssa tutustumassa vertaistukiryhmiin tai muihin kuntoutumista edistäviin harrastusmahdollisuuksiin.

Haastateltavat kertoivat harjoittelevansa kotona kuntoutujien kanssa *itsestä huolehtimiseen* liittyviä toimintoja kuten peseytymistä, pukeutumista ja keittiötoimintoja. Myös asiain ja lähialueella liikkumisen harjoittelu koettiin tärkeäksi. Keittiötoimintojen harjoittelu kotona on yleistä, mutta haastatelluissa kävi ilmi että keittiössä toimiessa täytyy huomioida kuntoutujan aiemmat tottumukset. Tavoitteena on että ihminen saa itselleen ruokaa ja juomaa oli kyseessä sitten itse valmistettu tai valmisateria.

On helppo lähteä siitä et mitäs sä teet siel arjessa? Ai et koskaan tee ruokaa? No ei sitte, ei mennä sinne keittiöön. Että on paljon ihmisii jotka ei tee paljonkaa keittiöaskareita syystä tai toisesta.

## 8.2 Miten kotiympäristö vaikuttaa toimintaterapian toteutumiseen?

*Fyysinen, institutionaalinen ja sosiaalinen ympäristö* erottuivat vastauksissa toisistaan selvästi ja toimintaterapeutit huomioivat ne työssään. *Kulttuuriseen ympäristöön* tai sen huomioimiseen terapeutit eivät vastauksissaan suoraan viitanneet. Toimintaterapeutit arvostivat kotia *luonnollisena ympäristönä*.

Kodin fyysinen ympäristö tuo haastateltujen toimintaterapeuttien mielestä terapiaan sekä haasteita että mahdollisuuksia. Harjoitusten tekeminen on joskus tilan ja välineiden puutteen vuoksi haastavampaa kotiympäristössä kuin sairaalassa. Kotiympäristö on kuitenkin ihanteellinen toimintakokonaisuuksia, esimerkiksi keittiötoimintoja, pukeutumista tai kodinhoitoa harjoiteltaessa. Kotona voidaan vaikkapa katsoa, missä ja miten asiakas kykenee toimimaan ergonomisesti ja turvallisesti. Vaikka toimintaterapian tavoitteet sairaalassa on asetettu kotiympäristö huomioiden, on samoja asioita hyvä harjoitella myös kotiutumisen jälkeen.

Se että jossain kuntoutuslaitoksessa tai sairaalassa harjoitellaan jotain keittiötoimintoja harjoituskeittiössä, niin se ei suinkaan siirry sinne kotiin jossa saattaa olla jääkaappi toisella puolen keittiön kalusteita, mikä sinänsä voi olla jo semmonen syy että miks sitten ne vastaavat asiat jää siellä kotona kokonaan tekemättä.

*Institutionaalinen ympäristö* vaikuttaa kuntoutujan kotona olemiseen esimerkiksi palvelukokonaisuuden kautta. Palvelukokonaisuus luodaan jo sairaalassa tai kuntoutuslaitoksessa kotiutumisen tueksi. Haastateltavat kertoivat mahdollisuudesta järjestää kotiuttamispalaveri kuntoutujan kotona. Tämä tarkoittaa, että kuntoutujan kotiutuessa toimintaterapeutti voi lähteä mukaan kotiin ja tavata kotona esimerkiksi omaiset ja kotipalvelun. Haastatellut toimintaterapeutit kertoivat lisäksi hakevansa kuntoutujalle maksusitoumuksella lääkinnällistä kuntoutusta, jos kuntoutuja tarvitsee sitä vielä kotiutusvaiheen jälkeen.

*Sosiaalinen ympäristö* on haastateltujen mukaan merkittävä tekijä kotona toteutetussa toimintaterapiassa. Kotona ovat läsnä kuntoutujan läheiset, jotka myös voivat hyötyä toimintaterapeutin ohjauksesta. Läheisiä voidaan esimerkiksi opastaa kuntoutujan avustamisessa, jotta he voivat omalla toiminnallaan edistää kuntoutumista. Kotona on myös huomioitava kuntoutujan ja hänen läheistensä roolit sekä niiden tukeminen. Niin kuntoutujan kuin hänen läheistensäkin on usein vaikea kuvitella, miten kuntoutujan muuttunut toimintakyky vaikuttaa kotona toimimiseen sairaalasta paluun jälkeen. Ihmisillä voi olla harhaluuloja omasta toimintakyvystään kotiympäristössä. Saatetaan kuvi-

tella että kotona toiminnot onnistuvat kuten ennenkin, joten todellinen tilanne voi yllättää kotiutumisen jälkeen.

Verrattuna muihin alaluokkiin aineistossa esiintyi määrällisesti eniten pelkistettyjä ilmauksia liittyen *luonnolliseen kontekstiin*. Haastatellut korostivat kotiympäristön erityisyyttä positiivisessa mielessä sekä haasteellisena ja mielenkiintoisena terapiaympäristönä. Koska kotiympäristö sisältää asiakkaalle henkilökohtaisia merkityksiä, täytyy terapeutin olla siellä hienotunteinen ja kuulosteleva, sekä edetä asiakkaan ehdoilla. Kotona on mahdollista keskittyä arkisiin asioihin ja motivoituminen on helpompaa. Esimerkiksi pyykin peseminen, kuivumaan ripustaminen sekä päälle puettavien vaatteiden valinta jäävät pois päivittäisistä toiminnoista sairaalassa. Kotiympäristö innostaa omatoimisuuteen luonnollisesti, esimerkiksi kotikäynnillä kuntoutujat alkavat usein selailemaan postiaan tai nyppimään kukkia. Sairaala puolestaan on ympäristönä kuntoutujaa helposti passivoiva esimerkiksi koska siellä on vähän henkilökohtaisia tavaroita. Kuntoutuja saattaa passivoitua kuitenkin myös kotona jos hän ei saa tukea päivittäisiin toimiinsa.

Haastateltavat kokivat, että jos toimintaterapiaprosessia ei jatketa kotona sairaalajakson jälkeen, saattaa siitä olla haittaa kuntoutumisen edistymiselle ja itsenäiselle toimintakyvylle. Kuntoutuja tarvitsee apua tutun ympäristön haltuun ottamisessa koska hänen toimintakykynsä on muuttunut. Siksi jo sairaalasta tulee tehdä kotikäynti jotta terapian tavoitteet voidaan asettaa kotiympäristön vaatimuksia vastaaviksi. Vaikka asunnonmuutostyöt ja apuvälinetarpeen kartoitus pyritään tekemään ennen kotiutusta, joskus nämä tarpeet tulevat esiin vasta kotiutumisen jälkeen. Sairaalassa tai kuntoutuslaitoksessa harjoitellut päivittäiset toiminnot eivät automaattisesti siirry kotiin, koska ympäristö on erilainen. Toisaalta kuntoutujan toimintakyky saattaa olla parempi luonnollisessa ympäristössä, ja siksi esimerkiksi toimintakyvyn arvioinnit olisi parasta tehdä kotona. Kotona nähdään kuntoutujan todellinen toimintakyky hänen omassa elinympäristössään ja tästä on apua toimintaterapian suunnittelussa.

Et kun me katotaan . . . et tämä ihminen, tässä ympäristössä tekee näitä toimia, jotka on hänelle välttämättömiä tai hän katsoo tarpeelliseksi . . . ku meil on jo se tietty ympäristö ja se tietty ihminen, niin se on helppo lähteä siitä et mitäs sä teet siel arjessa?

### 8.3 Miten toimintaterapeuttien asiantuntijuutta voidaan hyödyntää kotiutusprosessissa?

Toimintaterapeutin asiakaslähtöisyyttä tukevat mahdollistamistaidot *mukauttaa, puhua puolesta, valmentaa, neuvotella, koordinoida, suunnitella / rakentaa, opettaa, sitouttaa* ja *erikoistua* tulivat tasaisesti esiin haastatteluissa. Toimintaterapeuttien vastauksissa korostui *yhteistyön tekeminen* asiakkaan kanssa.

Haastateltavat mainitsivat toiminnan analyysin olevan yksi toimintaterapeutin tärkeimmistä työvälineistä. Toiminnan analyysin avulla voidaan *mukauttaa* toimintaa alussa helpommaksi ja vaikeuttaa sitä portaittain. Toimintaterapeutti voi mahdollistaa asiakkaan toiminnan myös esimerkiksi muokkaamalla ympäristöä. Aivoverenkiertohäiriökuntoutujien kohdalla toimintaterapeutin erityisosaamista on kognitiivisten toimintojen vaikeuksien kuten neglegtin, apraksian ja toiminnanohjauksen vaikutuksen ymmärtäminen toimintakykyyn. Joskus on tarpeen pohtia onko tarkoituksen mukaista, että ihminen tekee kaiken mihin pystyy itse, vai voisiko häntä avustaa joissakin tilanteissa voimavarojen säästämiseksi.

Ei oo itse tarkoitus tehdä itse. Et miettii kuitenkin se turvallisuus ja tehokkuus ja se avustaminen, et mikä on semmosta järkevää itsenäistä [tekemistä] suhteessa voimavaroihin mitä sulla on, et jos sun kaikki voimat menee siihen et sä saat vaatteet päälle ja kahvikupin etees . . . Must sit pitäs jäädä voimia siihen et voi sit muuta tehdä kun maata puoli kuolleena sen suorituksen jälkeen.

Toimintaterapeutilla on haastattelujen mukaan tärkeä rooli *puolestapuhujana* aivoverenkiertohäiriökuntoutujien kohdalla. Hän tuo esiin asiakkaan kognitiivisia ongelmia näkyvien ongelmien, esimerkiksi käden ongelmien lisäksi. Kognitiiviset erityisoirot tulkitaan yleensä siten, että ihminen on masentunut, ei viitsi tai ei ole motivoitunut. Toimintaterapeutin tehtävä on tuoda asiakkaan puolesta esiin että asiakas tekisi, jos hän ymmärtäisi ja osaisi toimia. Toimintaterapeutti voi lausunnoillaan myös esimerkiksi puoltaa asunnonmuutostöiden sekä apuvälineiden korvausta asiakkaalle.

Toimintaterapeutti voi opetella koti- ja lähiympäristössä toimimista yhdessä asiakkaan kanssa sen jälkeen kun tämä on kotiutunut sairaalasta. Tämä on tärkeää, koska asiakkaan toimintakyky on muuttunut ja kotona on saatettu tehdä asunnonmuutostöitä. Toimintaterapeutti voi tukea ja *valmentaa* kuntoutujaa ottamaan oma elämä haltuunsa esimerkiksi lähtemällä asioille hänen kanssaan.

Haastatteluiden mukaan *yhteistyön tekeminen* asiakkaan kanssa ja asiakkaan itsemääräämisoikeus korostuvat kotona toteutettavassa toimintaterapiassa: terapeutin pitää edetä asiakkaan tahdissa ja kuunnella hänen mielipiteitään eri tavalla kuin sairaalassa. Asiakas myös yleensä purkaa tuntojaan terapeutille, koska terapiatilanteet ovat kiireettömiä ja monimuotoisia. Moni haastateltavista kokee, että seurantakäynnit asiakkaan luona muutama päivä kotiutumisen jälkeen toisivat turvallisuuden tunnetta niin asiakkaalle kuin toimintaterapeutillekin. Näin sairaalassa alkanut prosessi saataisiin loppumaan hallitusti. Yhden haastatellun työnkuvaan kuuluvat tämän tyyppiset kotikäynnit laitosjakson jälkeen. Hän kokee tärkeäksi että pääsee itse jatkamaan terapiaprosessin loppuun kotona, koska vuorovaikutus kuntoutujan kanssa on jo luontevaa ja terapiasuhte on luotu valmiiksi. Kotona toimintaterapeutti voi yhteistyössä asiakkaan kanssa pohtia kodinmuutostöiden hyödyntämistä ja tarkoituksenmukaisuutta. Haastatellut korostivat asiakaslähtöistä työtapa kotona tapahtuvassa kuntoutuksessa: ei tehdä yleisiä tulkintoja vaan pohditaan yksittäisen ihmisen tilannetta tietyssä tilanteessa ja ympäristössä.

Joskin siin on aina oma vaikeutensakin, et onhan se hirveen henkilökohtanen ympäristö, et kuinka paljon sä voit mennä. Ja täytyy olla aika hienotunteinen ja vähän kuulosteleva, että miten kenenkin ihmisen kotiin voi mennä ja puuttua, jos tietyl taval täytyy lainausmerkeis puuttuu siihen ympäristöön, et sil taval sen asiakkaan ehdoil mennään.

Toimintaterapeutin erityisosaamista aivoverenkiertohäiriökuntoutujien kanssa työskennellessä on ymmärtää kognitiivisten erityishäiriöiden vaikutus toimintaan. Toimintaterapeutti osaa neuvoa muita ammattiryhmiä ohjaamaan ja avustamaan kuntoutujan toimintaa tarkoituksenmukaisesti. Esimerkiksi pelkästä sanallisesta ohjauksesta voi olla paljon hyötyä. Koska toimintaterapeutti ymmärtää kognitiivisia ja affektiivisia valmiuksia, osaa hän kertoa muulle henkilökunnalle minkälaisista asioista kuntoutuja pystyy ja jaksaa kantaa vastuuta. Kotona selviäminen ei ole ainoastaan kiinni fyysisistä voimavaroista, vaan tulee huomioida myös asiakkaan uudet roolit ja uudenlainen ajankäyttö arjessa: koko elämä pitää järjestää uudella tavalla. Kyetäkseen ajamaan asiakkaan etuja näissä asioissa toimintaterapeutin tulee osata *neuvotella* asiakkaan, tämän läheisten sekä asiakkaan kanssa työskentelevien tahojen kanssa.

Toimintaterapeutti tekee yhteistyötä työryhmän ja asiakkaan läheisten kanssa koko toimintaterapiaprosessin ajan. Haastatteluissa terapeutit kokivat olevansa vaihtelevasti osallisina asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa yhteistyössä muiden ammattiryhmien

kanssa. Sairaalasta tehtävien kotikäyntien jälkeen toimintaterapeutin on osattava jakaa keräämänsä tieto *koordinoitusti* osaston muulle henkilökunnalle.

Haastatteluissa korostui, että asunnonmuutostöiden *suunnittelu*, apuvälinetarpeen arviointi sekä ortoosien *rakentaminen* ovat toimintaterapeutin ydinosaamisen aluetta. Aivoverenkiertohäiriökuntoutujien tarvitsemat asunnonmuutostyöt pyritään tekemään ennen kotiutumista. Muutoksia suunniteltaessa asiakasta tulee kuunnella tarkasti, sillä esimerkiksi kotona olevien esineiden merkitykset asiakkaalle voivat olla yllättäviä.

Et joillekin ihmisille pienikin muutos on hirveen vaikee. Että muutetaan huonekalujen paikkoja tai laittaa joku tukitanko. Kun ihmisille asioiden merkitykset on yllättäviä joskus. Meille kaikille, meidän kaikkien kohalla. Saako sitä perintöpiironkia poistaa, jos se on ihan pakko tosta nyt ottaa pois ja jos niin minne ja kuka. Että se ei aina sitte onnistu.

Haastateltavat toivat ilmi että toimintaterapeutti voi *opettaa* kuntoutujaa ja hänen läheisiään hyödyntämään apuvälineitä ja asunnonmuutostöitä arkitoimissa. Läheiset voivat myös oppia tukemaan kuntoutujan uudenlaista toimintakykyä seuraamalla toimintaterapeutin työtä kotona kuntoutujan kanssa.

Haastateltavat korostivat, että kotona toteutetussa toimintaterapiassa toiminnan tulee nousta ihmisen omasta elämästä. Tämä tuo haasteita toimintaterapeutille sekä vaatii häneltä luovuutta. Asiakkaan *sitouttaminen* toimintaterapiaan edellyttää, että tavoitteet ja toiminnot ovat yksilöllisesti valittuja.

Toimintaterapeutin *erikoistumisalueita* aivoverenkiertohäiriön saaneiden kohdalla ovat kognitiiviset erityishäiriöt ja niiden vaikutusten ymmärtäminen suhteessa toimintakykyyn. Haastateltavien mukaan toimintaterapeutit ovat myös erikoistuneita toimintakyvyn edistämiseen yläraajan toimintakykyä tukemalla.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Aineistossamme oli eniten materiaalia, joka vastasi kysymyksiin *miten kotiympäristö vaikuttaa toimintaterapian toteutumiseen sekä miten toimintaterapian asiantuntijuutta voidaan kotiutusprosessissa hyödyntää*. Saimme myös kiitettävästi vastauksia kysymykseen *mihin toimintaterapialla pystytään kotona vaikuttamaan*. Tuloksissa ei suoraan näy ikääntymisen tuomat erityispiirteet toimintaterapiaan, vaikka ikärajaus on ollut

haastateltavien tiedossa. Sen sijaan aivoverenkiertohäiriöihin liittyvä erityisosaaminen korostuu.

### 9.1 Toimintaterapia kotona

Kotona tapahtuvassa toimintaterapiassa korostuu haastatteluiden perusteella erityisesti ihmisen affektiiviset ja kognitiiviset ominaisuudet. Opinnäytetyömme aihe nousi toimintaterapeuttien huolesta, miten kuntoutujat selviävät kotona sairaalajakson jälkeen. Varsinkin kuntoutujien henkinen jaksaminen mietitytti yhteistyöterapeutteja. Tämä huoli näkyy myös haastateltavien vastauksissa. Niissä korostui, kuinka helposti kotiutuvat voivat passivoitua ja jäädä neljän seinän sisälle vailla mielekästä toimintaa joka täyttäisi heidän päivänsä. Haastateltavien mukaan nämä ovat kuitenkin asioita joihin kotona tehtävällä toimintaterapialla pystytään vaikuttamaan. Myös narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa kävi ilmi, että kotona tapahtuvalla toimintaterapialla on positiivinen vaikutus ihmisen elämänlaadun ja tyytyväisyyden kannalta. Asiakkaita voidaan tukea mielekkääseen elämään valitsemalla terapiassa käytettävät toiminnot hänen mielenkiintonsa ja tottumustensa mukaan huomioiden vapaa-aika, itsestä huolehtiminen ja tuotteliaisuus. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen perusteella kotona pystytään vaikuttamaan erityisesti itsestä huolehtimiseen sekä kotielämään liittyviin toimintakokonaisuuksiin.

Analysoidessamme aineistoa luokittelimme ensin yläluokan *toiminta* Suomen Toimintaterapianimikkeistön (Holma 2003) mukaisesti alaluokkiin toimintakokonaisuudet, taidot ja valmiudet. Valmiuksiin tuli kuitenkin vain yksi pelkistys ja taitoihin ei yhtään pelkistystä. Toimintakokonaisuuksiin puolestaan tuli 16 pelkistystä. Tästä voidaan päätellä, että kotona aivoverenkiertohäiriökuntoutujien toimintaterapiassa on olennaista arjessa selviytyminen sekä mielekäs elämä. Lopulta luokittelimme toimintakokonaisuudet Kanadalaisen toiminnallisen suoriutumisen ja mahdollistamisen mallin (Polatajko – Davis ym. 2007) toiminnan osa-alueiden mukaan vapaa-aikaan, itsestä huolehtimiseen ja tuotteliaisuuteen, koska näin saimme luokittelusta informatiivisemman.

Koti koetaan positiiviseksi ympäristöksi terapian toteuttamisen kannalta. Vaikka se on joskus fyysisiltä ominaisuuksiltaan haastava työympäristö toimintaterapeutille, on se kuitenkin ympäristö jossa kuntoutuja elää arkeaan. Tästä syystä koti on usein paras paikka toimintakokonaisuuksien harjoitteluun ja mielekkään elämän tukemiseen. Koti luonnollisena ympäristönä kannustaa kuntoutujaa omatoimisuuteen. Tekemämme kir-



jallisuuskatsauksen mukaan koti antaa terapialle myös aivan erilaisen lähtökohdan, sillä tavoitteiden asettelu saa konkreettiset raamit.

Toimintaterapeutti voi tarvittaessa tehdä yhteistyötä asiakkaan kuntoutukseen liittyvien muiden ammattihenkilöiden kanssa. Myös kuntoutujan läheiset ovat yleensä tärkeitä yhteistyökumppaneita toimintaterapeutille. On tärkeää huomioida kuntoutujan sekä hänen läheistensä toiminnalliset roolit muuttuneessa tilanteessa ja tukea mielekästä arkea kotona kaikkien osapuolten näkökulmasta. Lisäksi toimintaterapeutilla on tärkeä rooli omaisten ohjaajana.

Haastatellut toimintaterapeutit kokivat asiakkaan kuntoutumisen kärsivän, jos toimintaterapiaprosessia ei jatketa kotona sairaalajakson jälkeen. Sairaalassa harjoitellut toiminnot eivät automaattisesti siirry kotiympäristöön, koska ympäristö on erilainen kuin sairaalan harjoitustilat eivätkä kuntoutujan kognitiiviset valmiudet välttämättä riitä opittujen toimintojen siirtämiseen kotiin.

## 9.2 Toimintaterapeutin asiantuntijuus kotiutusprosessissa

Aineiston mukaan toimintaterapeutin asiantuntijuutta voidaan hyödyntää aivohalvauskuntoutujan kotiutusprosessissa. Yksi toimintaterapeutin keskeinen työväline on asiakaslähtöinen toimintatapa. Kaikki Kanadalaisessa asiakaslähtöisen mahdollistamisen mallissa (CMCE:ssä) kuvatut mahdollistamistaidot esiintyvät haastateltujen vastauksista. Kotona toteutetussa toimintaterapiassa, kuten toimintaterapiassa muutenkin, toiminnan tulee nousta ihmisen omasta elämästä. Terapeutit mukauttavat toimintaa ja ympäristöä mahdollistaakseen kuntoutujalle mielekkään elämän. Vastauksissa korostui toimintaterapeuttien ammattitaito koskien aivoverenkiertohäiriökuntoutujien kognitiivisten erityishäiriöiden esille tuomista ja niiden huomioimista kuntoutuksessa. Toimintaterapeutit katsovat kuntoutujan elämää kokonaisuutena, eivätkä keskity vain yhteen ongelma-alueeseen. Kirjallisuuskatsauksen mukaan parhaat tulokset kotona tapahtuvassa kuntoutuksessa saatiin moniammatillisesti työskennellen. Tämä tuli esiin myös haastateltujen terapeuttien vastauksissa.

Toimintaterapeutit pohtivat lisäksi terapiaprosessin loppuun saattamista. Ideaalitulanteena useimmat pitivät sitä, että sairaalassa kuntoutujan kanssa työskennellyt toimintaterapeutti jatkaisi prosessin loppuun kotona. Jos tämä ei kuitenkaan ole mahdollista, haastatellut toivoivat että sairaalan toimintaterapeutilla olisi mahdollisuus saattaen vaihtaa asiakas prosessia jatkavalle terapeutille. Myös Piercen (2003) mukaan toimin-

taterapeuttien velvollisuutena on pyrkiä työskentelemään asiakkaalle terapeuttisimmassa ympäristössä. Vaikka taustaorganisaatio ei tukisi ajatusta ja yritys epäonnistuisi, on terapeutti tehnyt parhaansa asiakkaan hyväksi. Hän ei siten ole hiljaisuudessa hyväksynyt systeemiä, joka estää asiakasta saamasta parasta mahdollista palvelua. (Pierce 2003: 222.)

### 9.3 Jatko-opinnäytetyöehdotus

Työssämme olemme selvittäneet mihin toimintaterapialla voidaan kotona vaikuttaa ja miten toimintaterapeutin asiantuntijuutta voidaan hyödyntää ikääntyneen aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kotiutusprosessissa. Jatko-opinnäytetyöksi ehdotamme asiakkaiden kokemusten kuvaamista toimintaterapiasta kotiutusprosessin aikana Espoossa. Tällaisen kartoituksen avulla nähtäisiin käytössä olevan toimintamallin vahvuudet sekä mahdolliset kehityskohdat. Asiakkaan kokemuksia ovat kuvanneet Jaana Pekkola ja Mari Juvonen (2007) Saimaan Ammattikorkeakoulusta opinnäytetyössään *Aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuvien kokemuksia kuntoutusprosessista akuuttivaiheen jälkeen sekä kokemuksia kotona selviytymisestä*. Tässä työssä ei ole kuitenkaan keskitytty toimintaterapiaan vaan se on tehty fysio- ja toimintaterapian yhteistyönä. Myös Piiraisen (1997) opinnäytetyössä *Saattaen vaihdettava* kuvataan asiakkaiden kokemuksia kotiutusprosessista, mutta haastatellut eivät ole saaneet toimintaterapiaa kotona.

## 10 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen on ollut monivaiheinen oppimisprosessi. Tässä kappaleessa pohdimme oppimaamme sekä työmme luotettavuutta ja eettisyyttä.

### 10.1 Luotettavuus ja eettisyys

Noudatimme tässä opinnäytetyössä hyvää tieteellistä käytäntöä, vaikka emme varsinaisesti tehneet tieteellistä tutkimusta. Käytimme eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä sekä sovimme pelisäännöistä kaikkien yhteistyökumppanimme kanssa. (Vilka 2009: 30.) Laadimme vakiosopimuksen yhteistyökumppanimme Espoon vanhustenpalveluiden kanssa. Kysyimme luvat haastatteluihin jokaiselta haastateltavalta sekä heidän esimieheltään joko suoraan itse tai välillisesti haastateltavan kautta. Huolehdimme myös että haastatteluihin osallistuvat tiesivät mihin osallistuivat ja mihin haastatteluita käytettäisiin. Tuhosimme nauhoitukset litteroinnin jälkeen sekä kaiken

muun syntyneen materiaalin, esimerkiksi muistiinpanot. Haastattelimme opinnäytetyöhömme vain viittä toimintaterapeuttia ajan rajallisuuden vuoksi. Huomasimme kuitenkin, että aineistomme alkoi kylläntyä jo näiden haastatteluiden jälkeen (Tuomi – Sarajärvi 2009: 87).

Koimme aineiston luokittelun haasteelliseksi. Esimerkiksi luokiteltuamme pelkistykset ensimmäisen kerran huomasimme, että alaluokkaan tuotteliaisuus ei tullut yhtään pelkistystä. Toimintoja voi kuitenkin katsoa monesta näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä luokittelimme esimerkiksi ruoan valmistuksen itsestä huolehtimisen toimintoihin. Toisesta näkökulmasta katsottuna sen voisi luokitella myös tuotteliaisuuteen kuuluvaksi. Teimme luokittelun lopulta useampaan kertaan, jotta luotettavuus lisääntyisi. Kuten aiemmin olemme todenneet, emme ole plagioineet aiempia tutkimuksia kirjallisuuskatsausta tehdessämme vaan käytimme lähdeviitteitä. Jokaisella tutkijalla ja tutkimusryhmällä on omistusoikeus saavuttamiinsa tuloksiin (Nummi 1997: 10).

Olemme hyödyntäneet opponointia työskentelyn eri vaiheissa. Opponoijamme ovat lukeeet keskeneräisen työn muutaman kerran ja olemme pohtineet työn eri vaiheita heidän kanssaan. Opponoijat oikolukivat myös teemahaastattelurungon. Lisäksi olemme käyttäneet opettajan ohjausta hyödyksi koko prosessin ajan.

## 10.2 Opinnäytetyöprosessin monet vaiheet

Opinnäytetyöprosessimme käynnistyi syksyllä 2008. Halusimme alusta lähtien tehdä työmme ikääntyneisiin liittyen, koska olemme molemmat kiinnostuneita ikääntyneiden toimintaterapiasta. Syksyllä 2008 kuulimme Liittyvä Voima -hankkeesta ja kiinnostuimme siitä. Liittyvä Voima -hanke on Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Espoon kaupungin yhteistyöhanke jonka tavoitteena on kehittää kumppanuusmalli korkeakoulun ja työelämän välille. Hankkeessa ovat mukana Metropolia Ammattikorkeakoulun hyvinvoinnin ja toimintakyvyn sekä terveyden ja hoitotyön klusterit sekä Espoon sairaalan ja rekrytointiyksikön työntekijät. (Metropolia Ammattikorkeakoulu 2009.) Hanke oli kuitenkin aivan alkuvaiheessa, joten meitä kehoitettiin ottamaan suoraan yhteyttä Puolarmetsän toimintaterapeutteihin, jotka työskentelevät ikääntyneiden parissa ja tulisivat mahdollisesti myöhemmin mukaan Liittyvä Voima -hankkeeseen.

Opinnäytetyömme aihe muodostui yhteistyössä Puolarmetsän toimintaterapeuttien kanssa keväällä 2009. Opinnäytetyösopimus oli tarkoitus tehdä elokuussa 2009. Tällöin kuulimme kuitenkin että Liittyvä Voima -hanke oli käynnistynyt, joten päätimme ot-

taa uudestaan yhteyttä hankkeeseen. Siellä oltiin kiinnostuneita aiheestamme, koska sen katsottiin olevan yhteensopiva hankkeessa käsiteltäviin teemoihin.

Teimme yhteistyötä hankkeen kanssa lokakuun 2009 puoleen väliin saakka. Opinnäytetyömme aihetta yritettiin sovittaa hankkeen kahteen eri osaprojektiin. Lopulta emme kuitenkaan tehneet sopimusta Liittyvän Voiman kanssa koska selvisi että hankkeella ei ollut vielä tutkimuslupaa eikä eettistä lupaa Espoon sairaalalta. Näin ollen opinnäytetyön tekeminen hankkeeseen ei ollut mahdollista. Olimme tähän mennessä käyttäneet huomattavan paljon aikaa opinnäytetyökysymysten muokkaamiseen hankkeeseen sopiviksi sekä tiedon keräämiseen hankkeesta ja sen eri osaprojekteista, joten tilanne tuntui turhauttavalta. Opinnäytetyökysymykset olivat muokkautuneet useaan kertaan, koska yhteistyötahoiksi hankkeen kautta suunniteltiin välillä Espoon sairaalan osaston 3E toimintaterapeutteja, välillä kaikkia Espoon sairaalan toimintaterapeutteja.

Kun yhteistyö hankkeen kanssa päättyi, meillä oli alle kuukausi aikaa opinnäytetyön palautuspäivään ja paljon asioita oli taas tehtävä uudestaan: oli muokattava opinnäytetyökysymykset vastaamaan osaston 3E tarpeita, tehtävä vakiosopimus Espoon sairaalan kanssa sekä muokattava sopimuksen liitteeksi tullut opinnäytetyön suunnitelma. Lisäksi oli sovittava haastatteluista ja aikatauluista osaston 3E toimintaterapeuttien kanssa. Onneksi pystyimme hyödyntämään opinnäytetyössämme kahta aiemmin syksyllä tekemäämme haastattelua. Saimme viikon lisäaikaa opinnäytetyön palauttamiselle painavien perusteluiden vuoksi.

Liittyvä Voima -hankkeen kanssa toimiminen hidasti opinnäytetyömme etenemistä huomattavasti. Meitä harmittaa, että emme aiemmin ymmärtäneet kuinka alkuvaiheessa hanke edelleen oli ja kuinka hidasta suuren hankkeen käynnistäminen on, kun osapuolina ovat isot organisaatiot. Opimme tästä kaikesta joitakin tärkeitä asioita hanke-työskentelyyn liittyen. Suurissa organisaatioissa asioiden eteneminen on hidasta ja hankkeissa täytyy olla tarkkana esimerkiksi tutkimuslupien kanssa. Liittyvä Voima -hankkeen kautta ymmärsimme myös, kuinka vaikeaa yksittäisen henkilön on ymmärtää, millä keinoin suuren hankkeen tavoitteet on saavutettavissa.

Jouduimme hankkeeseen liittyen muokkaamaan opinnäytetyömme tarkoitusta ja kysymyksiä moneen kertaan. Oli kuitenkin hyvä, että jouduimme pohtimaan ja perustelemaan aihettamme ja päätöksiämme sekä itsellemme että muille. Näin opinnäytetyön eettinen ja tutkimuksellinen pohja ovat vakaampia.

Liittyvä Voima -hankkeesta on ilmoitettu meille, että vaikka yhteistyömme ei lopulta onnistunut, hankkeessa ollaan luultavasti kiinnostuneita opinnäytetyöstämme sen valmistuttua. Toivomme tätä todella. Halusimme alun perin mukaan hankkeeseen jotta työemme olisi osa suurempaa kokonaisuutta ja saisi jatkuvuutta. Kuten sananlaskukin sanoo: *Pienistä puroista kasvaa suuri virta.*

Tämä opinnäytetyö on ensimmäinen tekemämme tutkimuksellisen osuuden sisältävä työ. Alkuperäinen aihe muotoutui melko helposti yhteistyökumppanin kanssa, opettajan ohjausta hyödyntäen. Vaikka meillä oli paljon mutkia matkan varrella, saimme työn vauhtiin tutkimusosuuteen päästyämme. Moni toimintaterapiaopinnoissa opittu asia jäsenyi mielissämme selkeäksi kokonaisuudeksi, kun haastattelimme toimintaterapeuteja ja luokittelimme aineistoa. Opinnäytetyöprosessin kautta saimme myös luotua yhteyksiä työelämään, sillä olimme aika ajoin paljon yhteydessä yhteistyökumppaneidemme kanssa. Parityöskentelymme oli mutkatonta ja luontevaa.

### 10.3 Julkaisu ja sovellusmahdollisuudet

Opinnäytetyömme julkaistaan tarkoituksenmukaisilla foorumeilla. Useat tahot, esimerkiksi Liittyvä Voima -hanke ja yksittäiset tapaamamme toimintaterapeutit, ovat ilmaisseet kiinnostuksensa opinnäytetyötämme kohtaan. Esittelemme työn Metropolia Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarissa, jossa ovat paikalla työtä ohjanneet opettajat, opponoiijat sekä aiheesta kiinnostunut yleisö. Yhteistyökumppanimme pyynnöstä esittelemme työemme tulokset myös Espoon sairaalassa. Tilaisuus on avoin kaikille asiasta kiinnostuneille. Kutsumme paikalle kaikki, jotka ovat osallistuneet opinnäytetyöprosessiimme. Toivomme, että molemmissa esitystilaisuuksissa syntyy hedelmällistä keskustelua opinnäytetyömme aiheeseen liittyen. Toimitamme kopion opinnäytetyöstämme Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjastoon. Kirjaston Internet-sivuille tulee myös elektroninen versio opinnäytetyöstämme.

Taloudelliset resurssit määrittävät kunnallisia palveluita. Niiden on oltava kustannustehokkaita ja näyttöön perustuvaan kiinnitetään paljon huomiota. Tätä työtä voidaan hyödyntää perusteltaessa kotona tapahtuvaa toimintaterapiaa niin Espoon sairaalan osastolta 3E, kuin muistakin laitoksista kotiutuville ikääntyneille aivoverenkiertohäiriökuntoutujille.

Haluamme opinnäytetyöllämme rohkaista toimintaterapeutteja ajamaan ensisijaisesti asiakkaan etua. Toivomme heidän myös pohtivan kriittisesti, mikä on paras mahdollinen ympäristö edistämään ikääntyneen aivoverenkiertohäiriökuntoutujan toimintakykyä. Työstämme löytyy perusteluja sille miksi toimintaterapiaa kannattaa jatkaa kotona sairaalajakson jälkeen ja mitä lisäarvoa koti ympäristönä antaa toimintaterapiaprosessille. Vaikka työmme on tehty erityisesti Espoon sairaalan osaston 3E toimintaterapeuttien tarpeeseen vastaavaksi, voidaan tuloksia soveltaa myös muissa Espoon sairaalaa vastaavissa organisaatioissa.

## LÄHTEET

- Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2009. Tietoa sairauksista: AVH, dysfasia ja afasia. Verkkodokumentti. <<http://www.stroke.fi/index.phtml?s=2>>. Luettu 9.11.2009.
- Ballinger, C – Ashburn, A – Low, J – Roderick, P 1999: Unpacking the black box of therapy – a pilot study to describe occupational therapy and physiotherapy interventions for people with stroke. *Clinical rehabilitation* 13. 301–309.
- Chiu, Cindy W. Y. – Man, David W. K. 2004: The Effect of Traineng Older Adults With Stroke to Use Home-Based Assistive Devices. *OTJR: Occupation, Participation and Health* 24(3). 113–120.
- Espoon kaupunki 2006. Puolarmetsän osastot. Verkkodokumentti <<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11866;97332;97344;98240;106918>>. Luettu 27.7.2009.
- Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2008. Puolarmetsän sairaalan osasto 3E. Esite. Verkkodokumentti. <<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11884;8532;8597;8611;8616>>. Luettu 31.8.2009.
- Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2009. Sosiaali- ja terveystoimen toimialan toimintaohje. Verkkodokumentti. <<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11866;11869;549;585;670>>. Luettu 31.8.2009.
- Euramo, Laura – Karppinen, Päivi 2009. Toimintaterapeutit. Espoo. Suullinen tiedonanto 14.1.
- Gilbertson, Louise – Langhorne, Peter – Walker, Andrew – Allen, Ann – Murray, Gordon D 2000: Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital: randomised controlled trial. *BJM: British Medical Journal* 320. 603–606.
- Holma, Tupu (toim.) 2003: Toimintaterpianimikkeistö 2003. Helsinki: Suomenkuntaliitto.
- Holma, Tupu – Liukko, Matti – Aralinna, Virpi 2003: Lukijalle. Teoksessa Holma, Tupu (toim.): Toimintaterpianimikkeistö 2003. Helsinki: Suomenkuntaliitto. 3.
- Holopainen, Tuija-Päivi 2009: Kotikuntoutus – mikä hyväksi käytännöksi Espoossa? Opinnäytetyö. Laurea Ammattikorkeakoulu. Espoo.
- Holopainen, Tuija-Päivi – Wiklund, Anne 2009. Fysioterapeutit. Espoo. Suullinen tiedonanto. 12.2.
- Kylmälä, Jari – Juvakka, Taru 2007: Laadullinen Terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kuikka, Pekka – Pulliainen, Veijo – Hänninen, Ritva 2002: Kliininen neuropsykologia. Porvoo: WSOY.
- Leino-Kilpi, Helena 2007: Kirjallisuuskatsaus – Tärkeää tiedonsiirtoa. Teoksessa Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riita-Liisa (toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto. 1.

- Lilja, Margareta – Borell, Lena 2001: Occupational therapy practice patterns with older Swedish persons at home. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 68(1). 51–59.
- Johansson, Kirsi 2007: Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riita-Liisa (toim.): *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turku: Turun yliopisto. 3–9.
- Metropolia Ammattikorkeakoulu 2009: Liittyvä voima -hanke – Toimivaa kumppanuutta. Verkkodokumentti. <[http://www.metropolia.fi/tutkimus\\_ja\\_kehitystoiminta/hankkeet\\_ja\\_asiantuntijat/liittyvae\\_voima/](http://www.metropolia.fi/tutkimus_ja_kehitystoiminta/hankkeet_ja_asiantuntijat/liittyvae_voima/)>. Luettu 10.9.2009.
- Mayo, Nancy E. – Wood-Dauphinee, Sharon – Coˆte´, Rober – Cayton, David – Carlton, Joseph – Buttery, Joanne – Tamblyn, Robyn 2000: There’s No Place Like Home: An Evaluation of Early Supported Discharge for Stroke. *Stroke, Journal of the American Heart Association* 31. 1016–1023.
- MOT Gummerus Uusi suomen kielen sanakirja. 2009. Versio 1.0. Verkkodokumentti. <<http://mot.kielikone.fi/mot/metropolia/netmot.exe>>. Gummerus Kustannus Oy. Luettu 13.11.2009.
- Nummi, Jyrki 1997: *Opinnäytteellä ammattiin: opinnäytetyöohje*. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu.
- Pekkola, Jaana – Juvonen, Mari 2007: Aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuvien kokemuksia kuntoutusprosessista akuuttivaiheen jälkeen sekä kokemuksia kotona selviytymisestä. Lappeenranta: Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulu.
- Pierce, Doris E. 2003: *Occupation by design: Building Therapeutic Power*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Pierce, Doris E. 2001: Occupation by design: Dimensions, therapeutic power and creative process. *American Journal of Occupational therapy* 55. 249–259.
- Piirainen, Marja-Liisa 1997: *Saattaen vaihdettava: toimintaterapeutti kotiutujan tukena*. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Polatajko, Helene J. – Backman, Catherine – Baptiste, Sue – Davis, Jane – Eftekhar, Parvin – Harvey, Andrew – Jarman, Jennifer – Krupa, Terry – Lin, Nancy – Pentland, Wendy – Rudman, Debbie Laliberte – Shaw, Lynn – Amoroso, Bice – Connor-Schisler, Anne 2007: Human occupation in context. Teoksessa Townsend, Elizabeth A. – Polatajko, Helene J. (toim.): *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE. 37–62.
- Polatajko, Helene J. – Davis, Jane – Stewart, Deb – Cantin, Noémi – Amoroso, Bice – Purdie, Lisa – Zimmerman, Daniel 2007: Specifying the domain of concern: Occupation as core. Teoksessa Townsend, Elizabeth A. – Polatajko, Helene J. (toim.): *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE. 13–36.



- Stephenson, Sue – Wiles, Rose 2000: Advantages and disadvantages of the home setting for therapy: views of patients and therapists. *British Journal of Occupational Therapy* 63(2). 59–64.
- STT – Suomen Tietotoimisto 2009. Läälinhallitukset: Vanhusten hoidossa on pahoja puutteita. *Helsingin Sanomat*. 9.9. A 6.
- Tamm, Maaret 1999: What does home mean and when does it cease to be a home? Home as a setting for rehabilitation and care. *Disability and Rehabilitation* 21(2). 49–55.
- Thorsén, Ann-Mari – Holmqvist, Lotta Widés – Pedro-Cuesta, Jesús – von Koch, Lena 2005: A Randomized Controlled Trial of Early Supported Discharge and Continued Rehabilitation at Home After Stroke: Five-Year Follow-Up of Patient Outcome. *Stroke, Journal of the American Heart Association* 36. 297–303.
- Townsend, Elizabeth A. – Beagan, Brenda – Kumas-Tan, Zofia – Versnel, Joan - Iwama, Michael – Landry, Jennifer – Stewart, Debra – Brown, Jocelyn 2007: Enabling, Occupational therapy's core competency. Teoksessa Townsend, Elizabeth A. – Polatajko, Helene J. (toim.): *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE. 87–134.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Täyttä elämää ikääntyneenä. Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009–2015. Espoo: Sosiaali- ja terveystoimen julkaisusarja 2/2009. Verkkodokumentti.  
<[http://www.google.fi/url?q=http://espoo.fi/binary.asp%3Fpath%3D1%3B28%3B11884%3B102938%3B108423%3B111304%3B111308%26field%3DFileAttachment&ei=oa\\_kSsQXz8H5BraZkMkJ&sa=X&oi=nshc&resnum=1&ct=result&cd=1&ved=0CAsQzgQoAA&usg=AFQjCNGl5\\_wlxZhr-33oBYBIY-U8bZTEQ](http://www.google.fi/url?q=http://espoo.fi/binary.asp%3Fpath%3D1%3B28%3B11884%3B102938%3B108423%3B111304%3B111308%26field%3DFileAttachment&ei=oa_kSsQXz8H5BraZkMkJ&sa=X&oi=nshc&resnum=1&ct=result&cd=1&ved=0CAsQzgQoAA&usg=AFQjCNGl5_wlxZhr-33oBYBIY-U8bZTEQ)>. Luettu 25.10.2009
- Vilka, Hanna 2009: Tutki ja kehitä. Jyväskylä: Tammi.

## Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa esiteltyjen artikkeleiden tiivistelmät

### **Varhain toteutettu tuettu kotiutus**

A Randomized Controlled Trial of Early Supported Discharge and Continued Rehabilitation at Home After Stroke: Five-Year Follow-Up of Patient Outcome -tutkimuksen tarkoitus oli arvioida *Varhain toteutettu tuettu kotiutus* -palvelun (early supported discharge and continued rehabilitation at home, ESD service) vaikuttavuutta. Varhaisella tuetulla kotiutuksella tarkotetaan tutkimuksessa, aivohalvausyksikössä saadun hoidon jälkeistä kotikuntoutustaiin ja potilaan yhdessä koodinoimaa kotikuntoutusta. Tutkimus tehtiin, koska optimaalisia kuntoutuspalveluita aivohalvausyksiköstä kotiutumisen jälkeen ei ole määritelty. Viiden vuoden seurannassa tuloksia mitattiin selviytymisen, motorisen suorituskyvyn, dysfasian, päivittäisten toimintojen, sosiaalisten toimintojen, subjektiivisten toimintakyvyn häiriöiden sekä itse ilmoitettujen kaatumisten perusteella. (Thorsén - Holmqvist - Pedro-Cuesta - von Koch 2005: 297.)

Tutkimukseen valittiin mukaan 83 potilasta Tukholmasta. He olivat toimintakyvyllään lievästi tai keskivaikeasti heikentyneitä aivohalvauksen vuoksi. Tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään, kotikuntoutusryhmään sekä tavanomaiseen kuntoutusryhmään. (Thorsén ym. 2005: 297.)

Molemmat ryhmät saivat aivohalvausyksikössä lääketieteellistä hoitoa ja kuntoutusta. Kotikuntoutustiimi tarjosi lisäksi *Varhain toteutettu tuettu kotiutus* -palvelun kotikuntoutusryhmälle. Kotikuntoutustiimiin kuului toimintaterapeutti, fysioterapeutti sekä puheterapeutti. Intervention kesto, tiheys ja sisältö päätettiin yhdessä potilaan sekä hänen omaistensa kanssa. Kotikuntoutustiimin interventiot kestivät keskimäärin 14 viikkoa, jonka aikana kotikäyntejä tehtiin keskimäärin 12. Kotikäyntien pääasialliset syyt olivat puheen ja kommunikaation, päivittäisten toimintojen sekä kävelemisen haasteet. Tarpeen tullen myös tavanomaisen kuntoutuksen ryhmässä olleet saivat lisäkuntoutusta alueellisten palveluiden puitteissa. (Thorsén ym. 2005: 298.)

54 potilasta tavoitettiin arvioitua varten viisi vuotta aivohalvauksen jälkeen. Näistä 54 potilaasta kotikuntoutusryhmässä oli ollut 30 potilasta ja tavanomaisessa kuntoutusryhmässä 24 potilasta. Viiden vuoden jälkeen merkittävästi suurempi määrä Kotikuntoutusryhmän potilaista oli itsenäisiä päivittäisissä toiminnoissa sekä aktiivisia kodinhoitoaskareissa verrattuna tavanomaista kuntoutusta saaneiden ryhmään. (Thorsén ym. 2005: 297.) Von Kochin, Wildénin, Wottrichin, Thamin ja Pedro-Cuestan (2000) mukaan erot voivat johtua esimerkiksi siitä, että kyseisiä toimintoja harjoiteltiin kotikuntoutuksessa (Thorsén ym. 2005: 299 - 300 mukaan). Langhornen (2003) esittämän näkemyksen mukaan tulokset voivat johtua myös siitä, että koti on ideaalinen ympäristö kodinhoidollisten toimintojen uudelleen opettelulle (Thorsén ym. 2005: 299- 300 mukaan).

Kotikuntoutusryhmä suoriutui tavanomaista kuntoutusryhmää paremmin myös motorisesta suorituskyvystä, näppärydestä, 10 minuutin kävelystä, henkilökohtaisista päivittäisistä toiminnoista sekä subjektiivisista toimintakyvyn häiriöistä, vaikkakin tulos on tilastollisesti epäpätevä. Tutkimuksen mukaan kotikuntoutusryhmän kuolleisuus oli myös alhaisempi verrattuna perinteistä kuntoutusta saaneeseen ryhmään. (Thorsén ym. 2005: 300.)

Disler'n ja Waden (2003) sekä von Koch'n, Wottrich'n ja Holmqvistin (1998) mukaan fyysiset ja psykososiaaliset ympäristötekijät vaikuttavat potilaan kykyyn suoriutua toiminnosta sekä saavuttaa haluttu osallistumisen taso kuntoutumisessa. Payton ja Nelson (1998) sekä Partridge ja Johnston (1989) puolestaan ovat väittäneet että potilaan osallistuminen ja vaikutusmahdollisuudet vaikuttavat kuntoutumisen lopputulokseen. Von Kochin, Wildénin, Wottrichin, Thamin ja Pedro-Cuestan (2000) mukaan *Varhain toteutettu tuettu kotiutus* rohkaisi asiakkaita olemaan aktiivisia kumppaneita kuntoutuksessa sekä ratkaisemaan kohtaamiaan ongelmia. (Thorsén ym. 2005: 301 mukaan.)

Verrattuna tavanomaiseen kuntoutukseen *Varhain toteutettu tuettu kotiutus* -palvelulla todettiin siis olleen positiivinen vaikutus potilaiden toimintakykyyn lievästi tai keskivaikeasti vammautuneilla aivohalvauspotilailla. Tuloksiin tulee kuitenkin suhtautua varauksella johtuen lyhyestä intervention kestosta ja pitkästä aikavälisestä seurantaan. (Thorsén ym. 2005: 297, 299.)

## **Peseytymisen apuvälineiden käytön harjoittelu kotiutumisen jälkeen**

"The Effect on Training Older Adults With Stroke to Use Home-Based Assistive Devices" satunnaistetussa kontrollidussa tutkimuksessa oli tarkoitus harjoituttaa yli 55-vuotiaita aivoverenkiertohäiriöpotilaita käyttämään peseytymisen apuvälineitä ja selvittää onko se tehokas tapa lisäämään apuvälineiden käyttöä, itsenäistä peseytymistä sekä palvelu-tyytyväisyyttä. Tutkimuksessa vertailtiin kahta ryhmää. Interventoryhmä sai suunnitelmallisen toimintaterapiain-tervention keskittyen peseytymiseen 2-3 kertaa, ensimmäinen interventio tapahtui kymmenen päivän sisällä sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Verrokkiryhmä sai yhden toimintaterapian kotiutusta ennakoivan kotikäynnin kuntoutujan ollessa vielä sairaalassa, mutta ei käyntejä kotiutumisen jälkeen. (Chiu - Man 2004: 113, 115) Tulokseksi saatiin, että inter-ventioryhmästä 96,7% käytti kolmenkuukaudenkin kuluttua peseytymisen apuvälineitä, kun taas verrokkiryhmästä niitä käytti vain 56,5%. Interventioryhmän 30 osallistujasta 25 peseytyi itse kolmenkuukauden kuluttua, kun taas verrokkiryhmän 23 osallistujasta vain 9 peseytyi itsenäisesti. (Chiu - Man 2004: 118.) Interventioryhmällä toiminnallisuus ja tyytyväisyys pisteet olivat nousseet merkittävästi intervention jälkeen. (Chiu - Man 2004: 113.)

Kaikille osallistujille tehtiin Functional Independence Measure (FIM) ja The Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST) testit ennen ryhmiin jakoa ja kolmen kuukauden kuluttua kotiutumisesta. Myös sitä, kuinka usein osallistujat käyttivät apuvälineitä ja kuinka itsenäisiä he olivat kylpemisessä, arvioitiin. (Chiu - Man 2004: 113.)

Interventioryhmään kuuluvien ensimmäisellä kotikäynnillä toimintaterapeutti kävi läpi kuntoutujan ja omaishoitajan kanssa peseytymiseen liittyviä asioita, apuvälineiden käyttöä sekä turvallisuuden huomioonottamista. Toisella kerralla peseytymistä harjoiteltiin konkreettisesti, aikaa varattiin myös kuntoutujan ja omaishoitajan esiin tuomien ongelmien ja apuvälineiden käyttöön liittyvien haasteiden läpikäymiseen. Tärkeää oli, että heitä rohkaistiin käyttämään apuvälineitä jokaisella peseytymiskerralla. Tällä kerralla tarkistettiin myös välineiden sopivuus sekä turvallisuus tekijät. Kolmas kerta oli vapaaehtoinen, ja se tehtiin tarvittaessa. (Chiu - Man 2004: 115)

Interventioryhmästä 96,7 % käytti kolmenkuukaudenkin kuluttua peseytymisen apuvälineitä, kun taas verrokkiryhmästä niitä käytti vain 56,5 %. Interventioryhmän 30 osallistujasta 25 peseytyi itse kolmenkuukauden kuluttua, kun taas verrokkiryhmän 23 osallistujasta vain 9 peseytyi itsenäisesti. (Chiu - Man 2004: 118.) Interventioryhmällä toiminnallisuus ja tyytyväisyys pisteet olivat nousseet merkittävästi intervention jälkeen. (Chiu - Man 2004: 113.)

Tutkimus siis kertoo kotiutuksen jälkeisen apuvälineharjoittelun hyödyistä. Se vahvistaa ja tukee ohjeistusta joka on saatu sairaalassa sekä varmistaa asiakkaiden turvallisen ja itsenäisen selviytymisen itsestä huolehtimisen toiminnois- sa kotona. Tutkimus on kuitenkin luotettavuudeltaan epävakaa johtuen raportoinnin epätarkkuudesta ja lisätutkimukset aiheesta ovat tarpeellisia. (Wielandt 2006: 52.)

## **Asiakkaiden ja toimintaterapeuttien näkemyksiä kodista terapiaympäristönä**

Stephensonin ja Wilesin (2000) tutkimuksen *Advantages and Disadvantages of the Home Setting for Therapy: Views of Patients and Therapists* päämääränä oli kartoittaa asiakkaiden näkemyksiä kotona toteutetusta toimintaterapiasta. Tutkimuksessa haastateltiin myös toimintaterapeutteja, jotta heidän näkemyksensä asiakkaiden esille tuomista tee- moista saatiin näkyviin. Asiakkaita haastateltiin puolistrukturoiduin haastatteluin, joissa he nostivat esiin viisi päätee- mää: helppous, terapeutin ympäristö, sosiaalinen kontakti, kontrollin tunne sekä kiitollinen vastaanottaja. (Stephen- son - Wiles 2000: 59.)

Stephensonin ja Wilesin (2000) tutkimuksessa asiakkaiden mukaan kotona tapahtuvan terapian suurimpia etuja olivat helppous (ei tarvitse matkustaa) sekä rentoutuneempi olotila (yksityisyys, epämuodollisuus, vähemmän häiriötekijöitä). Terapeutit korostivat kotiympäristön tärkeyttä tavoitteiden asettamisen kannalta. Asiakkaiden nimeämiä haittoja olivat välineistön puutteellisuus, lattiatilan pienenäisyys sekä kotiympäristön motivoimattomuus. Terapeutit kertoivat kokevansa olevansa vieraina asiakkaan kotona, minkä vuoksi he kokivat kontrollin, "johtajuuden" ottamisen olevan vaikeaa koti- ympäristössä. (Stephenson - Wiles 2000: 61- 62.)

Tutkimus osoittaa, että asiakkaiden ja toimintaterapeuttien olettamukset kotona toteutetun toimintaterapian hyödyistä ja haitoista eivät aina ole yhteneviä. Onkin tärkeää, että terapeutit huomioivat tiettyjä tutkimuksessa esitettyjä asioita, jotta asiakkaat saavat mahdollisimman suuren hyödyn kotona toteutetusta terapiasta. Asiakkaan kanssa tulee keskustella kodin käytöstä terapiaympäristönä jotta vältetään väärinkäsityksiltä ja huolenaiheilta. Asiakkaalle tulee myös selittää kotiympäristön terapeuttiset hyödyt, antaa terapiatavoitteet kirjallisesti, tukea hänen kontrollin tunnettaan sekä osallistumistaan prosessiin ja kertoa hänelle tarpeellisista tuki ryhmistä. Näin varmistetaan asiakkaan sosiaaliset kontaktit. (Stephenson - Wiles 2000: 59, 64.)

### **Kotiutuksen jälkeinen toimintaterapiajakso**

Gilbertsonin ym. (2000) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää voisiko lyhytkestoinen kotona toteutettu toimintaterapiajakso edistää aivohalvauksen saaneiden, sairaalasta kotiutettavien potilaiden toipumista. Tutkimus toteutettiin satunnaisena kontrolloituna tutkimuksena. Siihen valittiin mukaan 138 potilasta kahdesta Isossa-Britanniassa sijaitsevista sairaalasta. Kaikilla valituilla oli diagnosoitu aivohalvaus ja he olivat saaneet sairaalassa lähetteen toimintaterapiaan. Heille oli myös sovittu kotiutuspäivä ennen tutkimuksen valintaa. Potilaat jaettiin satunnaisesti interventoryhmään ja kontrolliryhmään. (Gilbertson - Langhorne - Walker - Allen - Murray 2000: 603.)

Kontrolliryhmän kotiutus toteutui käytössä olleiden tavanomaisten toimenpiteiden mukaisesti. Niihin kuului moniammatillisen työryhmän toteuttama kuntoutus sairaalassa, kotikäynti ennen kotiutusta tarvittaessa, tukipalveluiden ja apuvälineiden tarjoaminen, säännöllinen moniammatillisen tiimin kontrolli aivohalvauslinikalla sekä lähetteen tekeminen päiväsairaalaan mikäli tarpeellista. (Gilbertson ym. 2000: 603.)

Sairaalassa interventoryhmä sai samat palvelut kuin kontrolliryhmä, mutta interventoryhmän kotipalvelut suunniteltiin asiakaslähtöisesti yhteistyössä potilaiden, hoitajien sekä paikallisten toimintaterapeuttien kanssa. Yhteistyön perusteella kehitettiin kuuden viikon pituinen kotiohjelma, joka suunniteltiin potilaan kuntoutumistavoitteiden mukaisesti. Tavoitteina oli esimerkiksi itsenäisen selviytymisen lisääminen itsestä huolehtimiseen, kodinhoitoon sekä vapaa-ajan toimintoihin liittyvissä tehtävissä. Tietoa tutkimukseen kerättiin ennen potilaiden jakamista kahteen ryhmään sekä kahdeksan viikon ja kuuden kuukauden kuluttua kotiutumisesta. (Gilbertson ym. 2000: 603- 604.)

Tutkimuksessa selvitettiin myös potilaiden tyytyväisyyttä kotiutumiseen liittyviin palveluihin. Interventoryhmäläiset olivat keskimäärin tyytyväisempiä saamiinsa palveluihin kuin kontrolliryhmäläiset. Interventoryhmässä olleet olivat erityisen tyytyväisiä siihen, että asiat oli valmisteltu hyvin kotiutumista ajatellen, sekä siihen että he tiesivät kehen he ottaisivat yhteyttä mikäli heille tulisi aivohalvaukseen liittyviä ongelmia. (Gilbertson ym. 2000: 605.)

Tutkimus osoittaa, että aivoinfarktipotilaat, jotka ovat saaneet sairaalassa moniammatillisen tiimin toteuttamaa kuntoutusta, voivat silti hyötyä lyhyestä toimintaterapiajaksosta kotiutumisen jälkeen. Tutkimusta voidaan kritisoida tutkimusaineiston pienestä koosta. On kuitenkin olemassa muitakin tutkimuksia, jotka puoltavat saatuja tutkimustuloksia. (Gilbertson ym. 2000: 605.) Rudden, Wolfen, Fillingin ja Beechin (1997) sekä Rodgersin ym. (1997) mukaan esimerkiksi Britanniassa on tehty kaksi tutkimusta, joissa aikainen kotiuttaminen sairaalasta moniammatillisen kotikuntoutuksen tukemana ei ole vaikuttanut potilaiden kuntoutumisen lopputuloksiin verrattuna pidempään sairaalajaksoon ilman kotiutumisen jälkeistä kuntoutusta (Gilbertson ym. 2000: 606 mukaan).

### **Kotona on hyvä olla**

There's No Place Like Home: An Evaluation of Early Supported Discharge for Stroke satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa vertailtiin kahta ryhmää, joissa oli juuri sairaalasta kotiutuneita kuntoutujia joilla oli omaishoitaja kotonaan. Interventoryhmä sai neljä viikkoa ennalta suunnitellun kuntoutusjakson kotiin sekä tarpeidensa mukaiset hoitopalvelut, verrokkiryhmä sai normaalit palvelut. Interventoryhmällä oli merkittävää parannusta päivittäisissä toiminnoissa sekä uudelleen sopeutumisessa. Interventoryhmällä oli myös interventiojakson jälkeen parempi fyysinen kunto kuin verrokkiryhmällä. Interventoryhmä tarvitsi tutkimusaikana kaiken kaikkiaan vähemmän terveydenhuollon palveluita kuin verrokkiryhmä. (Mayo ym. 2000: 1016.)

Interventoryhmä sai fysio-, toiminta-, puhe- ja ravitsemusterapeutin palveluita yksilöllisen tarpeensa mukaan. Kunkin kuntoutujan palveluista vastasi kuntoutujan kanssa eniten työtä tekevä terapeutti (yleensä fysioterapeutti) tai hoitaja. Kuntoutuja tapasi korkeintaan yhden terapeutin päivässä, mutta hoitaja saattoi käydä päivittäin. Verrokki ryhmän jäsenet saattoivat saada samoja palveluita, mutta ei samalla tavalla koordinoitusti kuin interventoryhmä. (Mayo ym. 2000: 1017)

Akuutti sairaalassaoloaika oli merkittävästi 3 päivää lyhempi interventoryhmällä kuin verrokkiryhmällä. Jos otetaan kuitenkin huomioon myös potilaat jotka jatkoivat vielä kuntoutusosastolle, niin ero kasvaa 16,1 päivään. Interventoryhmä sai 4 viikon aikana kotiutuksen jälkeen keskimäärin 6 fysioterapian, 4 toimintaterapian, 2 puheterapian ja 2,5 hoitajan käyntiä. Verrokkiryhmä, joka oli sairaalassa pidempään kuntoutusosastolla kuin interventoryhmään, sai kotiutumisen jälkeen keskimäärin 9 fysioterapian, 5 toimintaterapian, 2,5 puheterapian ja 4 hoitajan käyntiä. Fyysisessä terveydessä ei ollut merkittävää eroa ryhmien välillä kuukauden kuluttua, mutta kolmen kuukauden kuluttua mitattuna ero oli merkittävä interventoryhmän hyväksi. Psykkisen terveyden mittauksissa ei ollut ryhmien välillä eroja. Instrumentaalisia päivittäisiä toimintoja ja elämän laatua mittaavissa testeissä molempien ryhmien tulokset paranivat mittausten välillä, mutta interventoryhmän tulokset paranivat merkittävästi. (Mayo ym. 2000: 1019.)

"Secondary Health-Related Quality of Life (HRQL) End Points" testissä heti intervention jälkeen interventoryhmällä on paremmat tulokset kolmessa kohdassa kahdeksasta ja kolmen kuukauden kuluttua tulos on parempi kuudessa kohdassa. Tosin ero oli merkittävä vain kohdassa "Role Physical". Molempien ryhmien tulokset paranivat merkittävästi kahden testaus kerran välillä, mutta interventoryhmän tulokset paranivat merkittävästi enemmän. IADL testeissä interventoryhmä sai korkeammat pisteet kuin verrokkiryhmä kuukauden kuluttua testattuna, kolmenkuukauden kuluttua testattuna ero kasvoi merkittäväksi. (Mayo ym. 2000: 1019.)

### **Aivohalvauspotilaiden toiminta- ja fysioterapian osatekijöitä**

Ballingerin (ym.) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata aivohalvauksen saaneiden ihmisten fysio- ja toimintaterapian osatekijöitä sekä tarkastella palveluiden (päiväsairaalan ja kotona toteutetun terapian) välistä vaihtelevuutta. Tutkimuksessa oli mukana kuusi toimintaterapeuttia ja seitsemän fysioterapeuttia sekä 89 aivohalvauspotilasta. (Ballinger - Ashburn - Low - Roderick 1999: 301.)

Tutkimusaineiston mukaan keskimääräinen pituus terapiakerralle oli 45 minuuttia. Päiväsairaaloissa potilaat saivat fysio- ja toimintaterapiaa kerran viikossa. Kotona toteutettua toimintaterapiaa oli myös kerran viikossa, mutta kotona toteutettua fysioterapiaa oli kaksi kertaa viikossa. Ero voi selittyä esimerkiksi sillä, että kotona työskentelevä toimintaterapeutti oli osa-aikatyössä ja fysioterapeutti kokoaikatyössä. (Ballinger ym. 1999: 306.)

Ryhmäterapiaa oli sekä fysio- että toimintaterapiassa, kuitenkin enemmän toimintaterapiassa. Terapiakertojen sisällöt ja koostumus vaihtelivat terapiakerroilla, mikä kuvastaa eroja terapiatavoitteissa ja -päämäärissä. Toimintaterapeutit käyttivät terapiassa 12, fysioterapeutit 13 eri toimintoa. Toimintaterapeutit käyttivät eniten seuraavia toimintoja: "fyysinen tehtävä", "sosiaalinen / vapaa-ajan toiminta", "muu" ja "itsestähuolehtimisen päivittäiset toiminnot" ja fysioterapeutit seuraavia: "kävely", "seisomatasapaino", "yläraajan liikeradat" sekä "alaraajan liikeradat". (Ballinger ym. 1999: 304-305, 309.)

Muita toimintaterapeuttien kuvaamia toimintoja terapiassa olivat:

- kodinhoidolliset itsestä huolehtimisen toiminnot
- havainnot, aistiminen (perception)
- Kognitio / mieliala
- kotikäynti (arviointi)
- potilaan ohjaus
- huoltajan, hoitajan ohjaus
- pyörätuoli / istuminen (arviointi, harjoitus)
- apuvälineet (niiden käyttö asiakkaan kanssa)
- muut. (Ballinger ym. 1999: 309)

Muita fysioterapeuttien kuvaamia toimintoja terapiassa olivat:

- asennonharjoittelu / passiiviset liikkeet
- mobilissatio sängyssä
- istumatasapaino
- istumasta seisomaan nousu - harjoitukset
- portaat
- kivun hallinta
- apuvälineet (kävelyavut, pyörätuolit)
- huoltaja, hoitajan ohjaus
- muu (Ballinger ym. 1999: 309)

Tutkimuksen rajoituksena on, että terapeuttien piti valita yksi toiminto kuvaamaan terapiaa 15 minuutin jaksoissa. Tämä estää kuvaamasta terapioiden monimuotoisuutta; usein terapiassa työskennellään samanaikaisesti useiden toimintojen parissa ja useiden eri tavoitteiden saavuttamiseksi. Esimerkiksi teetä keittäessä voidaan keskittyä samanaikaisesti hahmottamiskykyyn, fyysiseen toimintaan, päivittäisiin toimintoihin sekä sosiaalisiin taitoihin liittyviin tavoitteisiin. Tutkimuksen ulkopuolelle jäivät myös monet terapiaprosessin osatekijät, kuten arviointi, ongelman ratkaisu ja kliininen päättely. (Ballinger ym. 1999: 307).

Tutkimus osoittaa, että aivohalvauksuntoutus ei ole homogeenistä toimintaa ja että se vaihtelee riippuen palvelun tuottajasta ja terapeutista. Myös potilaiden tarpeet ja tavoitteet, yksikön ilmapiiri sekä terapeuttien rajoitukset, asiantuntemus ja mielenkiinnot vaikuttavat kuntoutukseen. (Ballinger ym. 1999: 307)

## Saattaen vaihdettava

Marja-Liisa Piiraisen (1997) opinnäytetyön *Saattaen vaihdettava - toimintaterapeutti kotiutujan tukena* tarkoituksena on ollut kartoittaa toimintaterapeutin roolia ja toimintaterapiapalveluiden tarvetta terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiutuville asiakkaille. Opinnäytetyössä on haastateltu neljää asiakasta kotiutumisen jälkeen. Asiakkaat olivat kokeneet saaneensa riittävästi apua ja tukea kotiinsiirtymisvaiheessa. Kotona elämisen olivat mahdollistanut omaiset, kotiapu, kotihoito, kodinmuutostyöt sekä apuvälineet. Asiakkaat olivat kuitenkin jääneet kaipaamaan rohkaisua, omien toiveiden kuuntelemista, todellisen toimintakyvyn selvittämistä, psyykkistä tukea, omaisten tukemista sekä omia vaikutus- ja valintamahdollisuuksia. (Piirainen 1997: 22, 38.)

Piiraisen mukaan kotiutumisvaiheessa kaivattiin lisää keskustelua päivittäiseen elämään, kotiutumiseen ja kotona selviytymiseen liittyvissä asioissa. Myös seurantakeskustelua kotiutumisen jälkeen kaivattiin. Omaisten tai läheisten puuttuessa kaivattiin tukihenkilöä avuksi muuttuneeseen elämäntilanteeseen. Apuvälineet ja asunnonmuutostyöt tulisi tutkimuksen mukaan olla valmiina kotiutumisvaiheessa. Piirainen toteaa myös, että päivittäisiä toimintoja olisi mielekkäämpää harjoitella kotona ja että arkirutiinien tulisi jo sujua kotiutumisvaiheessa. Tutkimustuloksissa kiinnitetään huomiota myös siihen, että kotona tulisi olla riittävästi tekemistä jotta aika kuluisi ja elämä olisi mielekästä. (Piirainen 1997: 38.)

Piiraisen mukaan toimintaterapeutin ja asiakkaan tutustuminen ja suhteen luominen jo sairaalassa on tärkeää. Hyvä suhde terapeutin kanssa auttaa asiakkaan yli kotiutumisen aiheuttamien muutosten sekä toimii yhdyssiteenä ja tukena myös omaisten, sairaalan ja avohoidon välillä. (Piirainen 1997: 39.)

Tutkimuksensa pohdinnassa Piirainen on esitellyt käsityksensä asiakkaan tarvitsemista toimintaterapiapalveluista kotiutumiseen liittyen osastovaiheessa sekä kotona. Hänen mukaansa osastolla ollessaan asiakkaalla ja hänen omaisillaan tulisi olla mahdollisuus luoda hyvä suhde osastohenkilökuntaan. Asiakkaalle tulisi myös tarjota mahdollisuus vaikuttaa omaan kotiutumiseensa. Hänen identiteettiään tulisi tukea esimerkiksi mahdollistamalla omien tavaroiden ja vaatteiden käyttö sekä henkilökohtaisten tapojen ylläpitäminen. Näin asiakasta on tarkoitus motivoida kuntoutumiseen ja kotiutumiseen. (Piirainen 1997: 39.)

Tutkimuksen mukaan asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin ja harjoittelun tulisi tapahtua mahdollisimman paljon asiakkaan omassa elinympäristössä. Piirainen korostaa, että kotiympäristössä on paremmat mahdollisuudet huomioida toimintakyvyn palautumisen kannalta tärkeät asiakkaan arvot, mielenkiinnot, rooli, tavat ja kulttuuri. (Piirainen 1997: 39.)

Osastovaiheessa kuntoutumisen tavoitteet tulee Piiraisen mukaan tarkistaa yhdessä asiakkaan ja osaston työryhmän kanssa kotiutumista silmällä pitäen. Osastolla asiakasta on myös tuettava apuvälineiden hankinnassa ja niiden käytön harjoittelussa, sekä päättää yhdessä tarvittavista kodinmuutostöistä. Kodinmuutostyöt tulee tutkimuksen mukaan myös koordinoita ja valvoa osastolta käsin. Sairaalassaoloaikana tulisi tutkijan mukaan myös tehdä suunnitelmaehdotus asiakkaan avohoidossa tarvitsemista palveluista. (Piirainen 1997: 39.)

Piirainen painottaa myös asiakkaan toimintakyvystä, kuntoutustavoitteista, toiveista ja avun tarpeista tiedottamista osaston henkilökunnalle sekä läheisille ja omaisille yhdessä asiakkaan kanssa. Tämä mahdollistaa hänen mukaansa asiakasta koskevien rooli-odotusten asettumisen kohdalleen. (Piirainen 1997: 39.)

Piiraisen mukaan sairaalassaoloaikana asiakkaan kanssa tulisi suunnitella päivittäiseen elämään mielekäs sisältö. Näin asiakasta autettaisiin sopeutumaan muuttuneeseen toimintakykyyn. Piirainen kirjoittaa myös vertaistukitoiminnasta. Osastolta aiemmin kotiutuneet voisivat hänen mukaansa jakaa kokemuksiaan kotiutumisesta osastolla olevien kanssa yksilötapaamisissa tai ryhmissä. Toiminta voisi jatkua kotiutumisen jälkeenkin. (Piirainen 1997: 40.)

Tutkimuksessa ehdotetaan, että sairaalan toimintaterapeutti saattaisi asiakkaan kotiin tämän kotiutuessa. Hän voisi tukea asiakasta ja tämän omaisia tekemällä kotikäyntejä korkeintaan kuukauden ajan. Piirainen ehdottaa myös yhteydenottomahdollisuuden tarjoamista asiakkaalle ja omaisille kotiutumisen jälkeen. (Piirainen 1997: 40.)

Piiraisen mukaan päivittäin tapahtuvilla toimintaterapiakäynneillä totuteltaisiin kotiympäristössä elämiseen paitsi asiakasta ohjaamalla, myös läheisiä ja avustajia opastamalla. Kotona voidaan tutkimuksen mukaan myös varmistaa kotiohjeiden oikein ymmärtäminen sekä apuvälineiden oikeanlainen käyttö. Kotona voidaan myös pohtia asiakkaan ajankäyttöä sekä suunnitella ja mahdollistaa toimintaa. (Piirainen 1997: 40.)

Piirainen luettelee toimintaterapeutin tehtäväksi myös kotiavun ja muiden sovittujen tukitoimien koordinoimisen. Lisäksi toimintaterapeutti voi hänen mukaansa kannustaa asiakasta sosiaalisissa kontakteissa toimimiseen sekä organisoida vertaistuen jatkumisen. Toimintaterapeutilla kuvataan olevan tärkeä rooli myös omaisten ja läheisten tukemisessa. Lähiympäristössä liikkumisen ja asioinnin tukeminen kuvataan tutkimuksessa myös toimintaterapeutin tehtäviin kuuluvaksi, samoin kuin asiakkaan lähiympäristön muokkaaminen suvaitsevammaksi ja omatoimisuuden mahdollistavaksi. (Piirainen 1997: 40.)

Asiakkaan kotona tulee Piiraisen mukaan muistaa kunnioittaa asiakkaan tunteita, tahtoa, tottumuksia, elämänhistoriaa sekä asiakkaan suunnittelemaa tulevaa elämää. Toimintaterapeutin tehtävänä on olla asiakkaan tukija ja neuvonantaja uudessa elämäntilanteessa. (Piirainen 1997: 40.)

**Teemahaastattelukysymykset:****Ylöjärven Kuntoutus- ja muistikeskus sekä Espoon avoterveydenhuolto**

1. **Voisitko kertoa mistä teille tulee asiakkaat ja kuinka kauan he keskimäärin ovat täällä ja minne täältä lähtevät eteenpäin?**
2. **Miten oma työnkuvasi istuu prosessiin?**
3. **Minkälaisissa tapauksissa toimintaterapiaa jatketaan kotona AVH-kuntoutujien kanssa?**
4. **Mihin toiminnan osa-alueisiin ja toimintoihin kotona pystytään erityisesti vaikuttamaan?**  
- Mitä kotona käytännössä tehdään kuntoutujan kanssa?

**Itsestähuolehtiminen (Self-care)****Itsestähuolehtiminen**

Pukeutuminen	Ruokailu
Peseytyminen	Seksuaalisuus
wc-toiminnot	Liikkuminen ja siirtyminen
terveydestä huolehtiminen	Tavaroiden ja välineiden käyttö sekä huolto

**Tuottavuus (Productivity)****Asioiminen ja kotielämä**

Ostosten tekeminen	Kotitaloustyöt
Raha-asioiden hoitaminen	Tavaroiden ja välineiden käyttö sekä huolto
Virastoissa asioiminen	Eläimistä ja ihmisistä huolehtiminen
Aterioiden valmistaminen	

**Koulunkäynti ja opiskelu**

Mielenkiinnon kohteisiin liittyvä epävirallinen opiskelu

**Työkyky ja työssä selviytyminen**

Vapaaehtoistyö

**Yhteiskunnallinen osallistuminen**

Epävirallinen ja virallinen yhdistystoiminta  
Luottamustehtävät

**Vapaa-aika (Leisure)****Vapaa-aika**

Voimavarojen lisääminen  
Harrastukset  
Kiinnostuksen kohteet  
Vapaaehtoisuus

**Lepo**

Levon ja aktiivisen toiminnan välinen suhde  
Rentoutumiskeinot

**5. Miten kotiympäristö vaikuttaa terapiaan?**

- Onko kotiympäristöstä haittaa tai lisäarvoa terapian onnistumisen kannalta? Jos on, niin mil-laista? Jos ei, niin miksi?

**Ympäristössä selviytyminen**

Palveluiden suunnittelu ja järjestäminen  
Elinympäristössä toiminen (fyysinen ja sosiaalinen)  
Asunnon ja lähiympäristön muutostyöt

**Ympäristö (Environmet)**

Fyysinen (Fysical)  
Institutionaalinen (Institutional)  
Kulttuurinen (Cultural)  
Sosiaalinen (Sosial)

6. **Mitä toimintaterapeutilla erityisesti on annettavaa moniammatillisessa tiimissä kotiutuksen yhteydessä? Mikä on toimintaterapian ydinjuttu ja mitä ainoastaan toimintaterapeutilla on antaa tilanteeseen?**
7. **Mitä toimintaterapialla on annettavaa ikääntyneiden aivoverenkiertohäiriökuntoutujien koti-kuntoutuksessa?**  
- Mitä jäi mainitsematta?
8. **Muuta kerrottavaa?**



**Teemahaastattelukysymykset: Espoon sairaalan osasto 3E**

1. **Voisitteko kertoa mistä teille tulee asiakkaat ja kuinka kauan he keskimäärin ovat täällä ja minne täältä lähtevät eteenpäin?**
2. **Miten teidän työnkuvanne istuvat prosessiin?**
3. **Minkälaisissa tapauksissa suosittelette toimintaterapiaa jatkettavan kotona?**
4. **Mihin toimintaterapialla pystytään erityisesti kotona vaikuttamaan mihin sairaalassa on vaikeampi tarttua?**

**Itsestähuolehtiminen (Self-care)****Itsestähuolehtiminen**

Pukeutuminen	Ruokailu
Peseytyminen	Seksuaalisuus
wc-toiminnot	Liikkuminen ja siirtyminen
terveydestä huolehtiminen	Tavaroiden ja välineiden käyttö sekä huolto

**Tuottavuus (Productivity)****Asioiminen ja kotielämä**

Ostosten tekeminen	Kotitaloustyöt
Raha-asioiden hoitaminen	Tavaroiden ja välineiden käyttö sekä huolto
Virastoissa asioiminen	Eläimistä ja ihmisistä huolehtiminen
Aterioiden valmistaminen	

**Koulunkäynti ja opiskelu**

Mielenkiinnon kohteisiin liittyvä epävirallinen opiskelu

**Työkyky ja työssä selviytyminen**

Vapaaehtoistyö

**Yhteiskunnallinen osallistuminen**

Epävirallinen ja virallinen yhdistystoiminta  
Luottamustehtävät

**Vapaa-aika (Leisure)****Vapaa-aika**

Voimavarojen lisääminen  
Harrastukset  
Kiinnostuksen kohteet  
Vapaaehtoisuus

**Lepo**

Levon ja aktiivisen toiminnan välinen suhde  
Rentoutumiskeinot

**5. Miten ajattelette että kotiympäristö vaikuttaa toimintaterapian toteutumiseen?**

- Onko kotiympäristöstä haittaa tai lisäarvoa terapian onnistumisen kannalta? Jos on, niin millaista? Jos ei, niin miksi?

**Ympäristössä selviytyminen**

Palveluiden suunnittelu ja järjestäminen  
Elinympäristössä toiminen (fyysinen ja sosiaalinen)  
Asunnon ja lähiympäristön muutostyöt

**Ympäristö (Environmet)**

Fyysinen (Fysical)  
Institutionaalinen (Institutional)  
Kulttuurinen (Cultural)  
Sosiaalinen (Sosial)

**6. Mitä toimintaterapeutilla erityisesti on annettavaa moniammatillisessa tiimissä kotiutuksen yhteydessä? Mikä on toimintaterapian ydinjuttu ja mitä ainoastaan toimintaterapeutilla on antaa tilanteeseen?****7. Mitä toimintaterapialla on annettavaa ikääntyneiden aivoverenkiertohäiriökuntoutujien koti-kuntoutuksessa?**

- Mitä jäi mainitsematta?

**8. Muuta kerrottavaa?**

