



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

**TAVOITTEEN ASETTAMISEN
MALLIN KEHITTÄMINEN
AIVOVERENKIERTOHAIRIÖÖN
SAIRASTUNEEN KUNTOUTUKSESSA**

Nina Kylä-Utsuri

Opinnäytetyö
Toukokuu 2017
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Hyvinvointiteknologian koulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Hyvinvointiteknologian koulutus

KYLÄ-UTSURI, NINA:

Tavoitteen asettamisen mallin kehittäminen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksessa

Opinnäytetyö 131 sivua, joista liitteitä 21 sivua
Toukokuu 2017

Tavoitteen asettamista pidetään välttämättömänä osana tehokasta ja vaikuttavaa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutusta. Tavoitteen asettaminen edistää yksilöllisen hoidon toteuttamista, lisää potilaan hoitoon sitoutumista ja tehostaa näin ollen kuntoutuksen tuloksia. Tavoitteen asettaminen tulisi kuntoutuksessa laatia aina rutiinisti ja yhteistyössä potilaan kanssa. Tavoitteen asettamista toteutetaan kuntoutuksessa ja sen suunnittelussa, mutta sen käytännöt vaihtelevat, koska tavoitteen asettamisen taustalle ei ole pystytty osoittamaan yksittäistä teoriaa tai näyttöön perustuvaa käytäntöä. Potilaslähtöisyyttä ei tavoitteen asettamisen yhteydessä myöskään huomioida riittävästi ja potilaiden informointi jää tilanteessa usein puutteelliseksi. Tavoitteen asettamisen taustalla vaikuttaa monia eri teorioita, mm. motivaatioon, oppimiseen, hallintaan ja pystyvyyteen liittyen. Tavoitteen asettaminen edellyttää aina potilaan toimintakyvyn ja elinympäristön kartoitusta sekä riittävän tiedon antoa ja ohjausta. Laaja-alaista teoriapohjaa ei välttämättä huomioida tavoitteen asettamisessa ja tavoitteen asettaminen tapahtuu usein tehottomasti ja ainoastaan ammattilaislähtöisesti.

Tämä ylempään ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen omien tavoitteiden asettamisen malli Helsingin yliopistollisen keskussairaalan fysioterapiassa. Tarkoituksena oli selvittää mitä tavoitteen asettamiseen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutukseen liittyy sekä potilaiden että fysioterapeuttien näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksilla, jotka suunnattiin lievään aivoverenkiertohäiriöön sairastuneille potilaille (n=18), jotka kotiutuivat suoraan erikoissairaanhoidosta sekä AVH-potilaiden parissa työskenteleville fysioterapeuteille (n=16). Potilasvastauksissa korostuivat henkilökohtainen ohjaus ja tavoitteiden asettaminen liikuntaan ja elämäntapoihin liittyen. Liikunnan lisäämiseen ja sen kuormittavuuteen toivottiin neuvontaa. Lisäksi potilaat toivoivat saavansa ohjeistusta, mistä tietoa voi tarvittaessa hakea lisää. Hyvä seuranta ja ammattilaisen antama tuki koettiin myös tärkeäksi. Fysioterapeuttien vastauksissa korostuivat potilaan toimintakyvyn sekä nykytilanteen kartoittamisen lisäksi potilaan motivaation selvittäminen ja tukeminen. Fysioterapeutit korostivat myös tiedon annon tärkeyttä, omaisten antamaa tukea ja potilaan voimavaroja. Hyvä, potilasta osallistava vuorovaikutus, realismi ja oikea-aikaisuus koettiin tavoitteen asettamisen kannalta tärkeiksi tekijöiksi. Tutkimustuloksista rakentui edellä mainittuja tekijöitä huomioiva prosessikuvaus tavoitteen asettamisen mallista. Lisäksi tulokset osoittivat, että potilaan sairaalasta kotiutumisen jälkeinen seuranta-ikänti voisi tukea tavoitteen asettamista ja kuntoutuksen suunnittelua.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree in Wellbeing Technology

KYLÄ-UTSURI, NINA:

Development of a goal setting model in stroke rehabilitation

Master's thesis 131 pages, appendices 21 pages

May 2017

Goal setting is considered to play an essential role in effective and efficient stroke rehabilitation. Goal setting enhances the execution of individual care, increases patient adherence to care and optimizes therefore the outcome of the rehabilitation. Goal setting in rehabilitation should always be performed routinely and in co-operation with the patient. It is performed in rehabilitation and in the planning state of rehabilitation, but the practice varies, due to no single theory or evidence based practice has been designated to goal setting. The patient oriented approach in goal setting is usually forgotten and the patients does not receive enough information during the process.

Goal setting is influenced by many different theories, motivation, learning, self-management and self-efficacy among other things. It requires always assessment of patient's function and living environment and adequate information and guidance. The broad theoretical basis may not be taken into account in goal setting. In addition, goal setting is often performed ineffectively and only professionally-oriented.

The aim of this master's thesis was to develop a patient-oriented goal setting model in Helsinki University Central Hospital physiotherapy and to find out what goal setting in stroke rehabilitation is associated with, from both patient and physiotherapists' perspective. The data were collected using surveys directed at patients with a mild stroke (n = 18) who were discharged directly from medical care and physiotherapists (n = 16) working with stroke patients. Patient responses highlighted personal guidance and goal setting for exercise and healthy lifestyle. In addition, patients hoped to receive guidance, where they can find more information if needed. Individual guidance for rehabilitation planning and goal setting was hoped for. Follow-up and support were also considered as important factors. Responses from the physiotherapists depicted that, examination of the patient's functionality and the patient's present situation were highlighted and in addition the estimation of the patient's motivation. Physiotherapists also emphasized the importance of information delivery, family support, and patient's resources. Good patient interaction, individually assessed, realistic and well-timed goal setting as part of the rehabilitation process were felt to be important factors. The result of this thesis was a process-model for goal setting, where above mentioned factors were taken into consideration. Furthermore, the results depicted that a control visit for the patient after hospital discharge could support goal setting and rehabilitation planning.

SISÄLLYS

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 7 |
| 2 | TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET..... | 9 |
| 3 | KUNTOUTUKSEN TAVOITTEIDEN ASETTAMISEN TEORIAT | 10 |
| 3.1 | Itsemääräämisteoria | 11 |
| 3.2 | Potilaslähtöinen toimintatapa..... | 11 |
| 3.3 | Motivaatio | 12 |
| 3.4 | Oppiminen | 14 |
| 3.4.1 | Sosiaalinen oppimisteoria ja hallintaodotukset..... | 16 |
| 3.4.2 | Sosiaalis-kognitiivinen oppimisteoria ja pystyvyys..... | 17 |
| 3.5 | Yksilön selviytymiskeinot | 18 |
| 3.6 | Toimintavalmiuksien teoria | 19 |
| 3.6.1 | Toimijuuden näkökulma tavoitteiden asettamisen tukena | 21 |
| 3.7 | Elämänhallinta ja valtaistuminen..... | 22 |
| 3.8 | Potilaslähtöisyyden ja muutoshalukkuuden tukeminen | 23 |
| 3.8.1 | Motivoiva haastattelu ja vuorovaikutuskeinot | 24 |
| 4 | TAVOITTEEN ASETTAMINEN KUNTOUTUKSESSA | 28 |
| 4.1 | Kuntoutus käsitteenä..... | 28 |
| 4.2 | Kuntoutustarve..... | 29 |
| 4.3 | Kuntoutusprosessi | 29 |
| 4.4 | Tavoitteiden laadinta..... | 31 |
| 4.5 | Avh-potilaan tavoitteen asettamisen käytännöt | 35 |
| 4.5.1 | Tavoitteen asettamisen edellytykset..... | 36 |
| 4.5.2 | Tavoitteen asettamista vaikeuttavat tekijät | 39 |
| 4.5.3 | Tavoitteen asettamisen malleja | 40 |
| 4.6 | GAS-menetelmä..... | 45 |
| 4.6.1 | Tavoitteen nimeäminen..... | 45 |
| 4.6.2 | Indikaattorin valinta | 46 |
| 4.6.3 | Asteikon laadinta..... | 46 |
| 4.6.4 | Tavoitteen tarkistaminen..... | 47 |
| 4.6.5 | Kuntoutuksesta sopiminen | 48 |
| 4.6.6 | Tavoitteiden saavuttaminen | 48 |
| 5 | AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ JA FYSIOTERAPIA | 49 |
| 5.1 | Aivoverenkierron aiheuttamat haitat..... | 50 |
| 5.2 | Aivoverenkiertohäiriöistä toipuminen | 51 |
| 5.3 | Riskitekijät ja niiden hoito | 52 |
| 5.4 | Fysioterapiakäytäntö HYKS-sairaanhoidoalueella..... | 53 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 5.4.1 | Mittareiden käyttö HYKS-fysioterapiassa | 54 |
| 5.4.2 | HYKS-alueen fysioterapian toteutus..... | 56 |
| 5.4.3 | HYKS-alueen fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta | 56 |
| 6 | TOIMINTAKYKY | 59 |
| 6.1 | ICF-luokitus toimintakyvyn arvioinnissa | 60 |
| 6.2 | ICF-luokituksen käsitejärjestelmä | 61 |
| 6.3 | Ydinlistat..... | 65 |
| 7 | OPINNÄYTETYÖN AINEISTONKERUUN MENETELMÄT..... | 67 |
| 7.1 | Systemaattinen kirjallisuuskatsaus | 67 |
| 7.2 | Organisaation kuvaus ja tutkimuksen toimintaympäristö..... | 68 |
| 7.3 | Aineiston hankinta | 69 |
| 8 | AINEISTOJEN ANALYSOINTI..... | 71 |
| 9 | OPINNÄYTETYÖN TULOKSET | 72 |
| 9.1 | Tutkimukseen osallistuneet potilaat..... | 72 |
| 9.2 | Tavoitteiden asettamista edeltävä tiedon tarve potilaiden kuvaamana | 74 |
| 9.3 | Mitkä tekijät auttavat potilaita asettamaan tavoitteita | 75 |
| 9.4 | Potilaiden tavoitteet kuntoutumiselle..... | 76 |
| 9.5 | Tutkimukseen osallistuneet fysioterapeutit | 76 |
| 9.6 | Edeltävä tiedon tarve fysioterapeuttien kuvaamana | 78 |
| 9.6.1 | Tavoitteen asettamista helpottavat seikat..... | 79 |
| 9.6.2 | Tavoitteen asettamista vaikeuttavat seikat | 80 |
| 9.6.3 | AVH-potilaan tavoitteet fysioterapeuttien näkökulmasta..... | 81 |
| 9.6.4 | Tavoitteiden merkitys kuntoutusprosessille..... | 82 |
| 9.6.5 | Potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen mallin sisältö | 82 |
| 9.6.6 | Tavoitteen asettamiseen liittyviä huomioita..... | 83 |
| 10 | TAVOITTEEN ASETTAMISEN MALLI HYKS:N FYSIOTERAPIASSA . | 85 |
| 10.1 | Toimintakyvyn kartoitus ja nykytilanteen arviointi..... | 87 |
| 10.2 | Tiedon anto ja ohjaus | 88 |
| 10.3 | Potilaslähtöinen vuorovaikutus ja motivoiva haastattelu..... | 90 |
| 10.4 | Tavoitteiden asettaminen | 92 |
| 10.5 | Suunnitelma ja keinot | 93 |
| 10.6 | Väliarviointi | 94 |
| 10.7 | Seuranta | 95 |
| 10.8 | Tavoitteen saavuttaminen ja loppuarviointi..... | 95 |
| 11 | POHDINTA..... | 97 |
| 11.1 | Opinnäytetyön tulosten arviointia..... | 102 |
| 11.2 | Opinnäytetyön luotettavuus | 104 |
| 11.3 | Opinnäytetyön eettisyys..... | 105 |
| 11.4 | Kehittämisehdotukset..... | 106 |

| | |
|--|-----|
| LÄHTEET | 107 |
| LIITTEET | 111 |
| Liite 1. Tutkimusluvan myöntäminen | 111 |
| Liite 2. ICF ydinlistat | 115 |
| Liite 3. Kyselylomake potilaille | 119 |
| Liite 4. Kyselylomake fysioterapeuteille..... | 123 |
| Liite 5. GAS-asteikon T-lukuarvotaulukko..... | 127 |
| Liite 6. Kirjallisuuskatsauksen artikkeleiden valintaprosessi..... | 128 |
| Liite 7. Tutkimusten kuvaus | 129 |

1 JOHDANTO

Tavoitteen asettaminen on välttämätön osa tehokasta ja vaikuttavaa aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuneen kuntoutusta. Tavoitteen asettaminen edistää yksilöllisen hoidon toteuttamista, lisää potilaan hoitoon sitoutumista ja tehostaa näin ollen kuntoutuksen tuloksia. Tavoitteen asettamista käytetään kuntoutuksessa paljon, mutta sen käytännöt vaihtelevat, koska tavoitteen asettamisen taustalle ei ole pystytty osoittamaan yksittäistä teoriaa tai näyttöön perustuvaa käytäntöä. Potilaslähtöisyys jää usein myös vähemmälle huomiolle tavoitteen asettamisen yhteydessä. (Scobbie, McLean, Dixon, Duncan & Wyke 2013, 2; Scobbie, Duncan, Brady & Wyke 2015, 1291.)

Lievään aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet kotiutuvat yleensä suoraan sairaalasta ja lievästä oireista johtuen, heille ei välttämättä ohjelmoida jatkokuntoutusta tai seurantaa. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjauksella on suuri merkitys koska sairastumisen alkuvaiheessa tunnistetut riskitekijät ja niiden sekundaarinen hoito vähentävät huomattavasti sairastumisen uusiutumisen riskiä (Atula 2015a). Sairauden riskitekijöiden tunnistaminen ja potilaan oma motivaatio toimintatapojensa muuttamiseen ovat avaintekijöitä tavoitteiden asettamiselle. Nämä edellyttävät riittävää tiedonsaantia, potilaan elinympäristön sekä toimintakyvyn kartoittamista ja riittävää ammattilaisen tarjoamaa tukea. Hyvä potilaslähtöinen tavoite on potilaalle tärkeä, konkreettinen, määriteltävissä ja johonkin toimintaan tai potilaan elinympäristöön liittyvä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 192-194.)

Tämä ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon (YAMK) opinnäytetyön tavoitteena on kehittää aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen omien tavoitteiden asettamisen malli Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) fysioterapiassa. Tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät edistävät tavoitteen asettamista aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksessa ja mitä asioita on otettava huomioon potilaiden omien tavoitteiden mallia suunniteltaessa, sekä potilaiden että fysioterapeuttien näkökulmasta. Tavoitteen asettamista tarkastellaan työssä osana kuntoutuksen toimintaa. Aivoverenkiertohäiriöt ilmaantuvat äkillisesti ja niiden kuntoutusprosessi sekä ennuste eroavat muihin neurologisiin sairauksiin verrattuna. Näin ollen myös tavoitteen asettaminen aivoverenkiertohäiriöissä eroaa muista sairauksista (Sugavanam, Mead, Bulley, Donaghy & van Wijck 2013, 178). Tavoitteiden laadinta vaatii ammattilaiselta aina perehtyneisyyttä kyseisen potilasryhmän

oireisiin, sairauden kulkuun sekä yksittäisen potilaan toimintakykyyn ja sairauden tuomiin rajoituksiin tai ongelmiin. Omaisten ja perheiden osallistaminen potilaiden tavoitteiden asettamiseen lisää potilaiden kuntoutusmotivaatiota, mutta tavoitteet asetetaan aina potilaan kuntoutustarpeista lähtien. (Sukula, Vainiemi & Laukkala 2015, 11.)

Fysioterapiassa keskeinen tavoite on vaikuttaa aivoverenkiertohäiriöpotilaan fyysisen aktiivisuuden lisääntymiseen, ylläpymiseen ja palauttamiseen (Fogelholm, Vuori & Vasankari 2011, 187-188). Fyysisellä aktiivisuudella voidaan vaikuttaa aivoverenkiertohäiriöiden ennaltaehkäisyyn ja uudelleen sairastumisen riskiin (Atula 2015b; Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito- suositus 2016).

Opinnäytetyön tutkimuksellinen lähestymistapa oli laadullinen tutkimusnäkökulma, jossa aineistolähtöinen kuvaus toimii työn pääpainona ja jota tarkastellaan sisällönanalyysin avulla (Tuomi & Sarajärvi 2002; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 128, 164). Tavoitteen asettamisen taustalla vaikuttavat potilaan toimintakykyyn ja hänen elinympäristöön liittyvät tekijät sekä motivaatioon, oppimiseen, käyttäytymiseen ja vuorovaikutukseen liittyvät teoriat. Edellä mainitut taustavaikuttajat muodostavat opinnäytetyön viitekehksen, joka on kuvattu alla kuvassa 1.



KUVA 1. Opinnäytetyön viitekehys

2 TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tavoite

Tavoitteena on kehittää aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen omien tavoitteiden asettamisen malli Helsingin yliopistollisen keskussairaalan fysioterapiassa.

Opinnäytetyön tarkoitus

Tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät edistävät tavoitteen asettamista aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksessa ja mitä asioita on otettava huomioon, potilaiden omien tavoitteiden mallia suunniteltaessa, sekä potilaiden että fysioterapeuttien näkökulmasta.

Tutkimuskysymykset

Mitä tietoa tarvitaan, että voidaan asettaa itselleen kuntoutukseen liittyviä tavoitteita?

Mitkä seikat helpottavat tavoitteen asettamista?

Mitkä seikat vaikeuttavat tavoitteen asettamista?

Mikä merkitys tavoitteilla on kuntoutusprosessille?

Mitä potilaslähtöiseen tavoitteen asettamisen malliin sisältyy?

3 KUNTOUTUKSEN TAVOITTEIDEN ASETTAMISEN TEORIAT

Yksilön perustarpeisiin kuuluvat fyysinen terveys sekä elämän säilyttäminen. Toinen perustarpeista on autonomia, eli yksilön mahdollisuus vaikuttaa ja tehdä valintoja. Autonomia kuuluu kuntoutuksen arvoihin. Autonomiaan liittyy potilaan vastuunotto itsehoidostaan ja kuntoutumisestaan ja siihen liittyvät keskeiset tekijät ovat mahdollisuus oppimiseen, terve mieli ja toiminnan mahdollisuudet. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 154-155.)

Yksilön toimintaan liittyy monia lähestymistapoja. Ihmisillä tavoitteiden asettaminen vaihtelevat ja niiden toteuttamiseen vaikuttavat eri tilanteet, tekijät ja resurssit. Tarpeisiin sisältyvät erilaiset motivaatioteoriat. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 157.) Kuntoutusprosessissa on kyse niistä muutoksista, joita syntyy kuntoutuksen tuloksena yksilössä ja hänen ympäristössään. Yksilöllisen elämänmuutoksen, oppimis- ja kasvuprosessin, yksilön ja ympäristön välisen suhteen muutoksen tarkastelu edellyttävät laajakatseista lähestymistapaa ihmisen suoriutumisen ja osallistumisen kysymyksiin. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 81.)

Kuntoutuskäsityksen kehittämisen myötä vajavuuskeskeisestä kuntoutuskäsityksestä on edetty potilasta valtaistavaan tai ekologiseen paradigmaan. Valtaistumisella (empowerment) tarkoitetaan potilaan vaikutusmahdollisuuksien, itsemääräämisen, osallisuuden ja hallinnan vahvistumiseen kuntoutusprosessissa. Kuntoutuksen ekologinen viitekehys tarkoittaa, että ihmisen elämäkulkua on hänen ja hänen toimintaympäristönsä vuorovaikutuksen tulosta. Kuntoutuskäsitys korostaa asiakaslähtöistä, asiakkaan aktiivisuutta ja osallistumista tukevaa toimintatapaa, jossa tieto ja tukitoimet tuodaan lähelle potilaan arkielämää. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 50-52.)

Kuntoutus ja kuntoutustieteen peruskäsitteisiin kuuluvat hallinta, pystyvyys ja valtaistuminen. Sairastuminen aiheuttaa aina muutoksen potilaan elämässä ja voi aiheuttaa potilaan itsetunnon heikentymistä, avuttomuuden tunnetta ja alistumista. Hallinnalla on tärkeä merkitys siinä, millaisia valintoja ihminen tekee elämässään, millaisia tavoitteita hän itselleen asettaa ja millaiseksi hänen elämäkulkunsa muodostuu (Rissanen ym. 2008, 81.)

3.1 Itsemääräämisteoria

Itsemääräämisteoriaa on käytetty työhyvinvoinnin ja kuntoutuksen viitekehyksenä. Teoriassa on kolme perustarvetta. Kompetenssin tarpeessa on kyse pyrkimyksestä tutkia ja ottaa haltuun ympäristöä sekä ottaa vastaan haasteita ja selviytyä erilaisissa tehtävissä. Autonomian tarve tarkoittaa tarvetta oman toiminnan itsesääteilyyn ja haluun tehdä omaa elämää ja toimintaa koskevia ratkaisuja. Yhteisyyden tai yhteenkuuluvuuden tarpeessa on kyse kuulua ihmisyhteisöön. Edellä mainittujen tarpeiden tyydyttyessä, yksilö kykenee optimaaliseen toimintaan, jossa hän kasvaa ja kehittyy. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 157.)

Itsemääräämisteorian perustarpeet luovat pohjan kuntoutusmotivaatiolle, jota tarkastellaan tarkemmin kohdassa 3.3. Muutoksen aikaansaaminen kuntoutuksessa edellyttää, että yksilö kokee asian itselleen henkilökohtaisesti tärkeäksi, jolloin potilaan autonomian tukeminen lisää motivaatiota ottaa vastuuta omasta kuntoutumisesta ja selviytyä sairauden tuomasta muutoksesta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 167.)

3.2 Potilaslähtöinen toimintatapa

Tavoitteen asettamiseen ja kuntoutukseen sitoutuminen edellyttävät potilaslähtöistä toimintatapaa, potilaalta motivaatiota, halua ja pystyvyyden tunnetta toteuttaa tarvittavat muutokset saavuttaakseen kuntoutustavoitteet. Lisäksi tavoitteen asettamiseen liittyy vahvasti oppimisen ja osaamisen teoria, koska ilman riittävää tietoa, potilas ei kykene asettamaan itselleen tavoitteita. Yksilön voimavaroja sekä hänen ja ympäristön vuorovaikutussuhdetta korostavassa kuntoutuksessa potilaan oma kokemus, vaikutusmahdollisuudet ja osallisuus omassa elinympäristössään ovat vaikuttavia tekijöitä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 168, 187-190.)

Kun ammattilainen oppii tuntemaan potilaan henkilönä, edistää se merkityksellisten tavoitteiden asettamista. Ammattilaislähtöisessä toimintatavassa ammattilainen hankkii mahdollisimman objektiivista tietoa potilaan ongelmista ja tilanteesta ja laatii kuntoutussuunnitelman näiden tietojen pohjalta. Tiedon hankkimiseksi ammattilainen voi käyttää

erilaisia standardoituja tutkimusmenetelmiä ja mittareita. Mittareiden avulla ammattilainen pystyy määrittelemään potilaan fyysisen tilan, minäkäsityksen, tavoitteet ja motivaation. Asiantuntijakeskeisessä mallissa ammattilainen arvioi kuntoutuksen suunnan ja tahdin ja potilas on toimenpiteiden kohde. Asiantuntijalähtöisessä tavassa potilaan toiveet jäävät vähäisemmälle huomiolle ja ammattilaisen ja potilaan välinen vuorovaikutus voidaan kuvata eriarvoiseksi valtasuhteeksi, jossa potilaan motivaatio ei pääse vahvistumaan eikä prosessi näin ollen etene kohti valtaistumista. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 168, 187-190.)

Potilaslähtöisessä toimintatavassa potilas on tavoitteellinen, aktiivinen toimija, joka suunnittelee ja hallitsee omaa elämäänsä. Ammattilaisen rooli kuntoutusprosessissa on tarjota potilaalle tietoa ja mahdollisuuksia, jotka tukevat potilaan päätösvaltaa sekä lisää hänen ymmärrystään omasta tilanteestaan ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Vuorovaikutussuhde ammattilaisen ja potilaan välillä on tasa-arvoinen ja edellyttää kummankin osapuolen aktiivista osallistumista. Potilaslähtöisessä toimintatavassa potilaan selviytyminen omassa toimintaympäristössään sairastumisen jälkeen nousee keskiöksi, jolloin kuntoutuksessa keskitytään toimintaa estävien olosuhteiden muuttamiseen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 189-190.)

3.3 Motivaatio

Potilaan hyvä motivaatio ennustaa yleensä myönteistä kuntoutustulosta sekä positiivista muutosta terveyteen liittyvässä elämänlaadussa. Yksilön tavoitteiden ja tavoitteiden asettamiseen vaikuttavien tekijöiden ja tavoitteisiin tähtäävää toimintaa tulisi tarkastella motivaation näkökulmasta. Motivaatio on dynaaminen tila, joka on seurausta ihmisen toimintaympäristöstä, tavoitteista, tavoitteiden saavuttamisen asteesta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 165.)

Kuntoutus on päämäärähakuista toimintaa, johon liittyy konkreettinen tavoite, joka on potilaalle mielekäs ja jonka tavoitteluun hänellä on voimavaroja ja joka on arvion mukaan saavutettavissa. Tärkeää on arvioida, antavatko asetetut tavoitteet ja suunnitelma riittävän perustan motivaation syntymiselle. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 165-166.)

Motivaatio ajaa yksilön toimintaan ja ohjaa käyttäytymistä. Motivaatio koostuu motiiveista, jotka ovat tarpeita, haluja, viettejä tai palkkioita. Motiivit ovat päämääräsuuntautuneita ja ne voivat olla tiedostettuja tai tiedostamattomia. Motivaatio on motiivien aikaansaama tila, joka voidaan määritellä yksilön tilaksi, joka määrää miten vireästi ihminen toimii ja mihin hänen mielenkiintonsa suuntautuu. Motivaatioon yhdistyy yksilön tavoitteet ja käsitykset hänen toimintaansa liittyen ja vaikuttaa siihen, ryhtyykö ihminen toimimaan. Mihin toiminta suunnataan, kuinka paljon energiaa tai voimavaroja siihen panostetaan ja kuinka kauan aikaa tai kuinka sinnikkäästä toimintaa jatketaan liittyvät myös motivaatioon. (Sukula ym. 2015, 27.)

Motivaatioon vaikuttavat yksilön kokemukset, tarpeet, kognitio ja tunteet sekä erilaiset ulkoiset tekijät. Motivaatio voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen motivaatioon, jotka poikkeavat toisistaan käyttäytymistä virittävien ja suuntaavien motiivien sekä palkkioiden puolesta. (Sukula ym. 2015, 27.)

Sisäisessä motivaatiossa motivaation lähde on sisäisesti syntynyt tai yksilön sisäisistä käyttäytymisen syistä (kokemuksista, tarpeista, kognitiosta ja tunteista) syntyvä energia, joka ohjaa tavoitteelliseen toimintaan. Yksilö toimii omasta tahdostaan ilman ulkopuolisia palkkioita tai pakotteita ja hän kokee iloa sekä tyydytystä toiminnastaan. Sisäinen motivaatio on yleensä pitkäkestoista ja siitä voi tulla pysyvä motivaation lähde. Sisäiset palkkiot toimivat yleensä paremmin kuin ulkoiset. (Sukula ym. 2015, 27.)

Ulkoisen motivaation on riippuvainen ympäristöstä. Motivaation välittää jokin ulkoinen tekijä, kuten ympäristö, sosiaalinen tai kulttuurinen lähde tai ihminen. Ulkoisen motivaation lähteet ovat esimerkiksi yksilön lähiympäristön eri tekijät, jossa toiminta tapahtuu. Ulkoisessa motivaatiossa toiminta pohjautuu mm. palkkioiden saavuttamiseen. (Sukula ym. 2015, 27.) Tavoitteiden asettamisen yhteydessä ammattilaisen määrittelemät tavoitteet eivät motivoi potilasta, ellei tavoitteet ole linjassa potilaan omiin tavoitteisiin nähden, jolloin potilaan sitoutuminen kuntoutukseen tapahtuu pitkäjänteisemmin. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 168.)

Motivaatio erotellaan henkilökohtaiseen, kontekstuaaliseen ja tilannesidonnaiseen osaan. Henkilökohtaisella tasolla motivaatio on osa yksilön persoonallisuutta, elämäntavoitteita ja arvoja. Kontekstuaalinen motivaatio liittyy yksilön ympäristöihin, sosiaalisiin suhteisiin, perheeseen, vapaa-aikaan ja työhön. Tilannemotivaatio liittyy tiettyyn tilanteeseen

tai toimintaan, jossa sisäiset ja ulkoiset ärsykkeet tuottavat motiiveja sekä saavat aikaan tavoitteeseen suuntaavaa toimintaa. Motivaation eri tasot ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa ja voivat sekä vahvistaa että heikentää motivaatiota. Fyysiseen aktiivisuuteen liitettyä motivaation voi nähdä niin, että yleismotivaatio vaikuttaa liikuntaharrastuksen pohjalla ja liikunnan lopulliseen toteutumiseen vaikuttaa tilannesidonnainen motivaatio. Kuntoutuksessa on tärkeää löytää juuri yksittäisen potilaan ympäristöön ja tilannekohtaisen motivaation liittyvät keinot. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 166; Sukula ym. 2015, 27.)

Erityisesti tavoitteiden tärkeys ja millaiset tavoitteet potilas kokee mahdolliseksi saavuttaa ja millaisista syistä ne mahdollisesti jäävät saavuttamatta on huomioitava kuntoutusta suunniteltaessa motivaation herättämiseksi ja ylläpitämiseksi. Kuntoutusmotivaation kannalta tavoitteen arvolla, tavoitteeseen pääsemisellä ja erilaisten muutosta estävien ja edistävien tekijöiden tunnistaminen on tärkeää potilaan näkökulmasta. Potilaan valmius kuntoutukseen tarkoittaa potilaan halua ja kykyä asettaa omaa elämäänsä koskevia muutostavoitteita. Kuntoutumisen edellytys on sitoutuminen ja hyvä motivaatio. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 167, 169.)

3.4 Oppiminen

Oppimista tapahtuu kaikessa inhimillisessä toiminnassa ja olennaista on, miten käytämme oppimiamme asioita. Sairastumisen jälkeiseen toipumiseen kuuluvat omien rajojen tunnistaminen, oppiminen luottamaan omiin mahdollisuuksiin ja tulevaisuuden rakentaminen uuden tiedon varaan. Aivohalvauspotilailla kuntoutuminen merkitsee aikaisempien opittujen taitojen, kuten kävelemisen, käsien käytön tai puhumisen, uudelleenopettelua tai oppimista suoriutumaan niistä apuvälineiden avulla. Potilaan sisäinen motivaatio ja kiinnostus tiedon saamiseen tukevat oppimisprosessia kuntoutuksessa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 171-172.)

Behavioristinen oppimisteoria tarkoittaa yksilön oppimista toistamaan sellaisia reaktioita tai käyttäytymismuotoja, joita seuraa palkitseminen ja vastaavasti välttämään niitä, joita ei palkita. Myönteiset kokemukset kasvattavat näin ollen tietyn käyttäytymisen todennäköisyyttä. Kuntoutuksessa välitön ja selkeä palaute edesauttaa erilaisten taitojen oppimisessa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 173.)

Kognitiivinen oppimiskäsitys tarkoittaa tiedon prosessoimista. Yksilö muodostaa saadun tiedon pohjalta omia sisäisiä malleja, joita hän käyttää oppiessaan ja tulkitessaan uutta tietoa. Kuntoutuksessa sairauden ja sen merkityksen kuvaaminen on olennaista potilaan oppimisen kannalta. *Konstruktivisessa oppimisteoriassa* potilas nähdään aktiivisena tiedon tuottajana. Keskeisiä käsitteitä ovat uuden tiedon valikointi, tulkinta ja muokkaaminen. Oppiminen on sosiaalista, yhteisössä syntyvää ja aktiiviseen toimintaan liittyvää. Oppiminen on yhteydessä myös ympäristöön, tilanteeseen sekä kulttuuriin, joissa sillä on tulkinnallinen merkitys. Oppimista syntyy vuorovaikutuksessa toisten kanssa koska tuolloin omia käsityksiä, ajatuksia ja valintoja voi reflektoida muiden kanssa. Kuntoutuksessa vertaistukiryhmä tai organisaatio voi tarjota perustan sairaudesta oppimiseen, tavoitteen asettamiseen ja ajatusten vaihtoon. Konstruktiviseen oppimiskäsitykseen kuuluu erilaisia näkökulmia, joista *sosiokulttuurinen näkökulma* tarkoittaa yksilön kehitystä ja oppimista vuorovaikutuksessa sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden kautta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 174-176.)

Myönteinen kokemus ja tuntemus kaikessa kuntoutustoiminnassa luo hyvän pohjan oppimiselle. *Humanistisessa suuntauksessa* lähtökohtana pidetään yksilön luovuutta ja ainutkertaisuutta. Teorian mukaan ihmisellä on elämässä rajaton kapasiteetti kasvaa ja kehittyä ja hän hallitsee omaa elämäänsä omien valintojen kautta. Asiakaslähtöisen kuntoutuksen ja oppijakeskeisen oppimisen käsitteet pohjautuvat humanistiseen suuntaukseen. Potilaan kokemus on olennaista *kokemuksellisissa oppimismalleissa*. Kokemuksellinen oppiminen edellyttää asian reflektointia ja tietoista ymmärtämistä prosessissa, jossa potilas rakentaa tietoa omakohtaisen kokemuksen pohjalta. Motivaation syntymisen kannalta on tärkeää, että potilaalle tarjotaan mahdollisuus reflektioon tiedon siirtymisen varmistamiseksi. Ihmisillä on erilaisia tapoja käsitellä ja sisäistää tietoa. Visuaalinen ihminen havaitsee asioita esimerkiksi kuvien avulla, kun taas auditiivinen henkilö prosessoi informaatiota kuulon kautta. Kinesteettiselle ihmiselle liike ja siihen liittyvät tuntemukset voivat olla kanava tiedon oppimiseen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 177-178.)

Sairastuessaan potilas joutuu tarkastelemaan elämäntilannettaan uudesta näkökulmasta, mikä vaikuttaa omien tavoitteiden laatimiseen. Joskus potilaan elämäntilanne voi olla sellainen, että oppiminen tapahtuu kielteisten asioiden kautta, jolloin potilaan valtaistuminen ja hänen kokemansa toimintamahdollisuudet rajoittuvat. Ammattilaisen on siksi perehdyttävä potilaan tilanteeseen ja hänen elinympäristöönsä kattavasti ja osata tarjota poti-

laalle riittävää tukea ja myönteisiä oppimista edistäviä tilanteita. Tavoitteet ja mahdollisuus niiden saavuttamiseen tuen, ohjauksen ja sopivien olosuhteiden avulla on näin ollen tarkoituksenmukaista. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 176-179.)

3.4.1 Sosiaalinen oppimisteoria ja hallintaodotukset

Sosiaalisessa oppimisteoriassa vallitseva elementti on hallintaa koskevat käsitykset. Teorian mukaan toiminta on riippuvainen niistä odotuksista, joita yksilöllä on toimintansa tuloksista. Toisaalta toiminnalla tavoitellaan tuloksen arvokkuutta. Ihminen toimii ja käyttää voimavarojaan saavuttaakseen itselleen tärkeitä ja arvokkaita tuloksia. Tärkeän tavoitteen saavuttaminen ja onnistumisen kokemukset lisäävät luottamusta omaan mahdollisuuksiin ja toimivat motivaation herättäjinä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 131-132.)

Keskeinen käsite sosiaalisessa oppimisteoriassa on ”locus of control”, joka viittaa ihmisten odotuksiin asioiden hallinnasta. Hallintaodotuksilla tarkoitetaan yksilön käsityksiä siitä, voiko hän saada omalla toiminnallaan aikaan tavoittelemiaan tuloksia vai riippuvatko tulokset hänen tai ulkopuolisten asioiden hallinnasta. Jos ihminen uskoo, että hän pystyy omalla henkilökohtaisella toiminnallaan saamaan aikaan muutoksia elämässään, on hallintaodotus sisäinen. Ulkoinen hallintaodotus tarkoittaa, että yksilö kokee elämän tärkeiden tapahtumien olevan hänen vaikutusmahdollisuuksiensa ulkopuolella. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 132.)

Hallintaodotukset jaetaan kolmeen ulottuvuuteen: henkilökohtaiseen hallintaan (personal control), muiden hallintaan (control by powerful others) ja sattuman hallintaan (chance control). Kuntoutuksen tuloksia ja tavoitteiden saavuttamista edesauttaa potilaan vahva luottamus kuntoutuksen ammattilaista kohtaan. Potilaan usko siihen, että hän omalla toiminnallaan kykenee vaikuttamaan oman kuntoutumiseensa ja aktiivisten selviytymiskeinojen käyttöön, lisää kuntoutuksen ja tavoitteiden tuloksellisuutta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 132.)

Hallintaodotusten lisäksi on tunnistettava myös opitun avuttomuuden käsitettä, joka kuntoutuksessa tarkoittaa kehittyvää riippuvuuden ja hallinnan menetyksen tunnetta. Avuttomuuden tunne on opittua ja syntyy kokemuksesta, jossa yksilö kokee, ettei voi vaikuttaa omaan tilanteeseensa. Tunne syntyy, jos ympäristön tarjoamat palvelut eivät riipu yksilön

omasta toiminnasta ja jos ympäristö ei reagoi ihmisen toimintaan. Avuttomuuden tunne ja tunne siitä, että oma toiminta on merkityksetön, vaikuttaa yksilön motivaatioon ja kognitiivisiin toimintoihin, havaitsemiseen, ajatteluun ja muistiin. Kyseisessä tilanteessa ihminen ei usko omaan kykyihinsä eikä mahdollisuuksiinsa eikä pyri toimijalähtöiseen toimintaan. On tutkittu, että sairaalahoitossa olevien henkilöiden keskittymiskyky ja tarkkaavaisuus heikkenevät ja masennus lisääntyy sairaalahoitona aikana koska sairaalaympäristö passivoi potilasta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 133.)

3.4.2 Sosiaalis-kognitiivinen oppimisteoria ja pystyvyys

Sosiaalis-kognitiivisessa oppimisteoriassa hallinnan kokemuksilla on merkittävä rooli henkilön pystyvyyden tunteeseen. Kaikki oppiminen perustuu teorian mukaan ihmisen ja hänen lähiympäristönsä vuorovaikutukseen ja ihmisen toimintaan. Pystyvyys tarkoittaa, että ihminen uskoo siihen, että hän pystyy suoriutumaan itselleen asettamista tavoitteista ja tehtävistä. Yksilön toiminta on riippuvainen tulosodotuksista ja pystyvyysodotuksista. Tulosodotukset tarkoittavat, että tietyllä toiminnalla on myönteinen vaikutus tilanteeseen. Pystyvyysodotus tarkoittaa, että yksilö uskoo, että hän pystyy halutessaan toteuttamaan ne toiminnot, jotka tarvitaan haluttuihin tavoitteisiin pääsemiseksi. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 133-134.)

Yksilö jaksaa toimia aktiivisesti uskoessaan omaan mahdollisuuksiinsa. Potilaan luottaessa omaan pystyvyyteensä, on hän valmiimpi asettamaan itselleen arvokkaita tavoitteita ja tekemään töitä niiden saavuttamiseksi. Onnistumisen usko vaikuttaa toimintaan ryhtymiseen ja jatkamiseen, silloin kun eteen tulee vastoinkäymisiä. Toimintaan syventymiseen vaikuttaa myös usko onnistumisen mahdollisuuksista. Yksilön motiivit, tunteet ja konkreettiset valinnat vaikuttavat pystyvyysodotuksiin. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 134.)

Pystyvyyden tunteeseen vaikuttavat aikaisemmat elämäkokemukset. Pystyvyykokemukset vaikuttavat siihen, miten ihminen toimii ympäristössään sekä mitä valintoja hän tekee. Ihminen pyrkii yleensä välttämään sellaisia toimintoja ja tilanteita, joissa hän ei usko selviytävänsä ja hakeutuu vastaavasti sellaisiin tilanteisiin ja sosiaalisiin ympäristöihin, jotka hän uskoo hallitsevansa. Kun yksilö luottaa omaan selviytymismahdollisuuk-

siinsa, sitä huolellisemmin hän selvittelee tarjolla olevia vaihtoehtoja ja valmistautuu yrityksiinsä. Nämä edistävät hänen onnistumistaan. Uudet kokemukset vahvistavat pystyvyyden tunnetta. Kuntoutusprosessissa potilaan hallintaa ja pystyvyyttä tukeva toiminta on tärkeää tavoitteiden saavuttamiseksi. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 134.)

Sosiaaliskognitiivista oppimisteoriaa sovelletaan usein elämäntapamuutosten suunnittelussa ja toteutuksessa. Elämäntapamuutoksissa sairautta koskevaa tietoa pyritään lisäämään ja erilaisten selviytymiskeinojen huomioiminen lisää potilaiden pystyvyyden tunnetta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 175.)

3.5 Yksilön selviytymiskeinot

Sairastuminen aiheuttaa usein kuormittavan tilanteen potilaalle. Hallinta- ja pystyvyykskeinoilla on merkitys, kun potilas etsii selviytymiskeinoja sopeutuakseen uuteen tilanteeseen. Potilaan voimavarat voivat vähentää sairastumiseen liittyvää pelkoa ja ahdistusta. Voimavarat voivat olla erilaisia toiminnallisia tai psyykkisiä keinoja, joiden avulla potilas voi hallita tai vähentää sairauden aiheuttamia kielteisiä vaikutuksia. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 135.)

Selviytymiskeinoja on kuvattu erilaisten coping-teorioiden avulla, joista yksi on stressiteoria, joka käynnistyy kaksivaiheisella tilanteen arvioinnilla. Stressiteorian primaarivaiheessa ihminen pyrkii hahmottamaan sairauden aiheuttaman tilanteen merkitystä, joko arvioimalla tilannetta uhkana, haasteena tai merkityksettömänä. Arviointiin vaikuttavat tilannekohtaiset tekijät (esimerkiksi oireiden haittaavuus) ja käytettävissä olevat selviytymisresurssit, joihin kuuluvat potilaan henkilökohtaiset voimavarat ja hänen sosiaalisen verkostonsa antama tuki. Ihmisten tilanteiden tulkinta on yksilöllistä. Yksi voi kokea tilanteen haastavana ja kiinnostavana, kun taas toinen pelkää ahdistavana ja stressaavana. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 135.)

Jos potilas arvioi tilanteen uhkaavaksi, käynnistyy sekundaarinen arviointi, jossa potilas valitsee ne keinot, joilla hän pyrkii selviytymään tilanteesta. Keinot jakautuvat puolestaan ongelmasuuntautuneisiin ja tunnekeskeisiin strategioihin. Ongelmasuuntautuneissa strategioissa potilas pyrkii vaikuttamaan suoraan ongelmalliseen tai uhkaavaan tilanteeseen. Tunnekeskeisillä strategioilla pyritään eri tavoin lievittämään uhan tai haitan psyykkisiä

vaikutuksia, esimerkiksi niihin liittyvää pelkoa ja ahdistusta. Strategia on aktiivinen esimerkiksi tilanteissa, joissa sairastunut hakeutuu sairaalaan tai terveyskeskukseen. Välttelevä strategia puolestaan tarkoittaa sairastumisen yhteydessä sitä, että potilas jää odottamaan ja toivoo, että oire häviää itsellään. Tavoitteen asettamisen yhteydessä ja kuntoutumisprosessissa selviytymisstrategia vaihtelee sen mukaan, millaiseksi potilas kokee uhan tai tulevaisuudenkuvat kunakin ajankohtana. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 135-136.)

3.6 Toimintavalmiuksien teoria

Ammatillisessa ja sosiaalisessa kuntoutuksessa käytetty toimintavalmiuksien teoria (capability approach) käsittää yksilön toimintamahdollisuuksien muotoutumisen yksilöllisten ja yhteiskunnallisten tekijöiden vuorovaikutuksessa. Toimintavalmiuksien teoriaa voidaan soveltaa myös aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksen näkökulmasta koska siinä on yhtymäkohtia esimerkiksi toimintarajoitteisen tuetun työllistymisen ja työhönvalmennuksen toimintamalleihin. Näissä malleissa lähtökohtana on yksilön tukeminen sairastumisen myötä. Toimintavalmiuksien teoria tukee yksilön toimijuutta ja lisää hänen toimintamahdollisuuksiaan elinympäristössään. Kuten kuntoutuskäsityksessä, myös toimintavalmiuksien teoriassa toimijuus nähdään suhteessa niihin tilanteisiin ja ympäristöihin, joissa yksilö toimii. Toimintavalmiuksien teoriassa keskeisiä kysymyksiä on, miten yhteiskunnan rakenteet tukevat yksilön todellisia mahdollisuuksia toimia itselleen merkityksellisellä tavalla. (Saikku & Kokko 2012, 7.)

Toimintavalmiuksien teoria koostuu kuudesta eri ulottuvuudesta: osata, kyetä, haluta, täytyä, voida ja tuntea. Osata-ulottuvuus tarkoittaa yksilön tietoja ja taitoja. Se jakautuu kolmeen alueeseen; ammatilliseen koulutukseen ja ammattitaitoon, työssä oppimiseen ja ammattitaidon ylläpitämiseen sekä elämänhallintaan. Sosiaalisessa kuntoutuksessa osata-ulottuvuus korostaa oppimisen ja ammattitaidon ylläpitämistä sekä esimerkiksi taloudellista elämänhallintaa. (Saikku & Kokko 2012, 9.) AVH-potilaan kuntoutuksessa voidaan ajatella, että osata-ulottuvuus käsittää tiedon saannin kautta lisääntyvät sairaudesta oppimisen, jossa vahvistuu elämänhallinnan ja sairauden riskitekijöiden sekundaariprevention huomioiminen. Edellä mainittujen tekijöiden avulla jäsentyvät myös potilaan tavoitteet kuntoutusprosessille.

Kyetä ulottuvuus rakentuu psyykkisestä ja fyysisestä toimintakyvystä ja se sisältää myös sosiaalisen toimintakyvyn, joka nivoutuu monella tavalla fyysisiin ja psyykkisiin rajoitteisiin. Rajoitteet voivat olla fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia. (Saikku & Kokko 2012, 10.) Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat voidaan tässä kontekstissa nähdä yksilön kyvyttömyytenä osallistua omaan elinympäristöön liittyviin toimintoihin.

Haluta-ulottuvuus liittyy motivaatioon ja motivoituneisuuteen ja voidaan nähdä tavoitteellisuutena, joka näkyy haluna mennä elämässä eteenpäin sekä haluna tehdä muutoksia elämässään. Täytyä-ulottuvuus liittyy fyysisiin ja sosiaalisiin esteisiin, joihin sisältyvät esimerkiksi ammattitaito ja kyky haluta tehdä töitä. Täytyminen voidaan kokea myös henkilökohtaisena kasvuna ja oppimisena, jossa sairastuneen identiteetti murretaan niin omassa mielessään kuin suhteessa lähiympäristöön. Voida-ulottuvuudessa yhdistyvät osaaminen, kykeneminen, haluaminen ja täytyminen. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuksessa edellä mainitut ulottuvuudet tukevat yksilön elämönhallintaa sekä hänen toimintakyvyn ylläpitämistä ja kehittämistä. Lisäksi ne ohjaavat potilasta ohjautumaan eteenpäin tarvittaviin palveluihin ja kuntoutumista tukeviin toimintoihin. Sosiaalinen vahvistuminen lisää potilaan kykyä nähdä omat voimavaransa ja vaikutusmahdollisuutensa elämässään (kuva 2). (Saikku & Kokko 2012, 12.)

| |
|---|
| Osata Tiedot, taidot |
| Kyetä Fyysinen, psyykinen, sosiaalinen toimintakyky |
| Haluta Motivaatio, tavoitteellisuus |
| Täytyä Pakot, rajoitteet |
| Voida Mahdollisuudet, vaihtoehdot |

KUVA 2. Toimijuuden ulottuvuudet (Saikku & Kokko 2012, 8)

3.6.1 Toimijuuden näkökulma tavoitteiden asettamisen tukena

Viime vuosina toimintakyvyn tarkastelusta on siirrytty käytössä olevan toimintakyvyn tarkasteluun, jossa arvioidaan millä tavalla potilas käyttää tai ei käytä toimintakykyään. Tämä tarkoittaa aktuaalisen suoriutumistason tarkastelua ICF-mallin käsitteissä, mikä tarkoittaa potilaan toiminnan arviointia erilaisissa tilanteissa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 100-101.)

Toimijuus on kuntoutuksessa tärkeä elementti, joka kuvaa elämäntilanteen eri vaiheissa tehtäviä valintoja. Toimijuudella tarkoitetaan myös sitä, että yksilö saa omalla toiminnallaan tapahtumaan asioita, joita hän tavoittelee. Toimijuudella potilas kokee voivansa vaikuttaa ja omata sellaisen roolin, jossa hän on aktiivinen, sosiaalinen ja ympäristöönsä vaikuttava. Potilaan toiminta on aikaan ja sosiokulttuuriseen ympäristöön sidottu. Eri ympäristöt ja tilanteet tarjoavat erilaisia mahdollisuuksia toiminnalle. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 101.)

Kuntoutuksen ja tavoitteiden asettamisen kannalta toiminnan ulottuvuudet tarjoavat erilaiset näkökulmat. Osaamisen näkökulmasta kuntoutuksen tavoitteiden asettamisen tukemisen keskeisiksi elementeiksi nousevat potilaan riittävän tiedon saamisen, elämänhallinnan ja sairauden sekundaariprevention tukeminen. Tieto ja taito mahdollistavat toimintaa. Kykenemisessä painottuvat potilaan kyky liikkua ja toimia fyysisessä, psyykkisessä ja sosiaalisessa elinympäristössään. Haluamisessa korostuvat potilaan motivaatio sekä halu ottaa vastuuta omasta kuntoutumisestaan ja elämänhallinnastaan, vähentämällä sairauden aiheuttamia riskitekijöitä omalla toiminnallaan. Täytymisessä potilaan irrottautumisesta sairastuneen roolista, omasta elämästään vastuun ottavaksi yksilöksi on tuettava kuntoutuksessa ja kuntoutussuunnitelmassa. Voimisen ulottuvuudessa tulisi nähdä potilaan mahdollisuudet toimia sosiaalisissa suhteissaan ja yhteisöissä. Tuntemisen ulottuvuus liittyy niihin tunteisiin, emootioihin ja arviointeihin, jotka kohdistuvat eri tilanteisiin ja asioihin. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 101-102.)

Toimijuuden toteutumiseen tavoitteiden asettamisen yhteydessä vaikuttavat potilaan ikä, elämäntilanne, ajankohta, paikka ja ympäristö. Yksilön arkielämän eri tilanteissa toimijuuden ulottuvuudet painottuvat eri tavoin. Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa sekä kuntoutuksen mahdollisuuksia ja prosessin etenemistä kartoitettaessa toimijuuden eri ulottuvuuksien tarkastelua on hyvä tehdä. Yksilön halu asioihin heikkenee, jos ympäristö ei

tarjoa hänelle mahdollisuuksia esimerkiksi sopivaa työtä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 102-103.)

3.7 Elämänhallinta ja valtaistuminen

Kuntoutuksessa puhutaan usein elämänhallinnasta, joka voidaan jakaa ulkoiseen ja sisäiseen elämänhallintaan. Ulkoisella elämänhallinnalla tarkoitetaan yksilön kykyä ohjata elämänsä kulkua ja tuolloin hänen asettamat tavoitteet toteutuvat jonkinasteisesti. Sisäisellä elämänhallinnalla tarkoitetaan yksilön kykyä sopeutua erilaisiin elämäntilanteisiin ja hyväksyä erilaiset elämäntapahtumat osana elämänkulkua. Sairauden tuoma muutos elämäntilanteeseen ja sen hyväksyminen ja luottamus siihen, että tilanteesta voi selviytyä, on osa elämänhallintaa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 140-141.)

Aikaisemmat elämänhallinnan kokemukset vaikuttavat potilaan luottamukseen siihen, että hän omalla toiminnallaan voi vaikuttaa omaan kuntoutumiseensa. Kyseinen käsite liittyy koherenssin, eli eheyden tunteeseen. Vahva koherenssin tunne on usein sellaisilla potilailla, joiden kuntoutuminen on edennyt suunnitelman mukaisesti, kun taas heikko koherenssin tunne on sellaisilla, joiden kuntoutumista kuvaa epävakaas ja jotka kokevat epävarmuutta tulevaisuutta kohtaan. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 141.)

Elämänhallintaan liittyy käsite valtaistuminen (empowerment), jota käytetään monilla eri toimintasektoreilla ja tieteenaloilla kuvaamaan yksilön sisäistä muutosta. Kuntoutuksessa valtaistuminen tarkoittaa potilaan kasvuun tiedon, itsearvostuksen ja asenteiden muutokseen. Se tarkoittaa myös sairauden riskitekijöiden ja riippuvuutta aiheuttavien tekijöiden tunnistamista ja että potilas kykenee omalla toiminnallaan tehdä itsenäisiä valintoja ja tavoitteita omassa kuntoutumisprosessissaan. Valtaistuminen lisää potilaan osallisuutta kuntoutukseen suunnitteluun sekä lisää potilaan ja ammattilaisen välistä yhteistyötä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 143.)

Valtaistumisessa on kyse vallasta, joka potilaan kohdalla tarkoittaa henkilökohtaista valtaa ja mahdollisuuden toteuttaa omia tavoitteita ja saada aikaan haluttuja muutoksia. Tasa-arvoon perustuva valta on jaettua, yhteistä toimintavoimaa, joka lisääntyy potilaan ja ammattilaisen välisessä yhteistyössä ja tavoitteiden asettamisen yhteydessä tukee poti-

laan henkilökohtaisen hallinnan kehittymistä. Potilaiden henkilökohtaisen hallinnan lisääntyminen voi tapahtua myös vertaistukiryhmän kautta, jossa potilas pääsee reflektoidaan sairastumistaan muiden sairastuneiden kanssa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 143-144.)

Ammattilaisen tulisi tukea potilasta toteuttamaan elämäntapamuutostaan ja ylläpitämään sitä silloin, kun keinot siihen ovat syystä tai toisesta uhattuina. Valtaistuminen toteutuu, kun potilaalla ja hänen läheisillään on aito mahdollisuus osallistua oman kuntoutusprosessinsa suunnitteluun ja toteutukseen. Kun potilaalle annetaan mahdollisuus suunnitella elämäänsä ja tehdä sitä koskevia päätöksiä, potilas pystyy hallitsemaan oman elämänlaadunsa keskeisimpiä tekijöitä. Potilaan hallinnan tunne vahvistuu, kun hän voi kuntoutusprosessin aikana reflektoida omaa tilannettaan ja suhdettaan ympäristön mahdollisuuksiin. Uusien toimintatapojen omaksuminen, omien tavoitteiden asettaminen ja omien elämänprojektien toteuttaminen lisäävät potilaan itseymmärrystä ja valtaistumista. Kun potilas kokee, että vaikeuksista on mahdollista selviytyä ja saada aikaan toivottuja muutoksia, tapahtuu valtaistuminen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 144-146.)

3.8 Potilaslähtöisyyden ja muutoshalukkuuden tukeminen

Kuntoutuksen alkuvaiheessa käytetty motivoiva toimintatapa luo edellytykset potilaan voimavarojen tunnistamiseen ja niiden käyttämiseen samalla vahvistaen muutostavoitetta. Motivoiva vuorovaikutus antaa potilaalle keinoja ja työkaluja arvioida omaa toimintaansa ja sitä tarvitaan koko kuntoutusprosessin aikana. Ammattilaiselta vaaditaan taitoja tunnistaa potilaan motivaatiota sekä havainnoida siinä tapahtuvat muutokset koko kuntoutusprosessin aikana. Tämän vuoksi kuntoutuksen tavoitteet tulisi olla potilaalle sopivia, realistisia, spesifisiä ja riittävän haastavia. Tärkeää on, että tavoitteet ovat potilaalle täysin selviä. (Sukula ym. 2015, 29-30.)

Potilaan pohtiessa omia tavoitteitaan, suhteuttaa hän ne väistämättä omaan elinympäristöönsä, joka luo mahdollisuuden tavoitteiden toteutumiseen. Tuolloin tavoitteet motivoivat potilasta suuntaamaan toimintaansa. Motivaatiota edistää tavoitteelle asetettu aika-tila. Potilaan elinympäristössä olevien mahdollisten estävien tekijöiden tunnistaminen, mahdollisuus niiden poistamiseen, potilaan kyky säädellä tavoitteen saavuttamista sekä

siihen sitoutumiseen liittyvät ajatukset ja tunteet lisäävät motivaatiota. Motivaatiota säätelevät erilaiset tunnereaktiot, jotka energisoivat ja ohjaavat käyttäytymistä. Myönteiset tunnereaktiot lisäävät motivaatiota ja kielteiset heikentävät sitä. Esimerkiksi vertaistukiryhmä voi lisätä potilaan motivaatiota edetä kohti kuntoutustavoitteitaan. (Sukula ym. 2015, 30-31.)

Potilaan motivaatiota ja osallisuutta tukevan vuorovaikutuksen syntymiseen edellyttää keskusteluun osallistujien kokemustiedon ottamista suunnittelun pohjaksi sekä kaikkien osallistujien ihmisarvoista ja oikeudenmukaista kohtelua. Kuntoutuksen sekä tavoitteen asettamisen näkökulmasta potilaan, hänen läheisten sekä ammattilaisen välinen keskustelu, pohjautuu empatiaan sekä toisen asemaan asettumiseen, luottamukseen ja kunnioitukseen. Keskustelussa annetaan aikaa johtopäätöksille, jossa kaikkien osapuolien näkemykset, mielipiteet, tieto ja kokemukset huomioidaan tasapuolisesti. Tavoitteen asettamisen keskustelu rakentuu ammattilaisen johdolla. Tämä edellyttää erilaisten dialogisten menetelmien hallintaa ja käyttöä sekä turvallisen ilmapiirin luomista, jotka yhdessä mahdollistavat potilaan osallistumisen ja osallisuuden tunteen saavuttamisen. (Sukula ym. 2015, 34-35.)

Potilasta lähestytään aktiivisena toimijana, jossa hänen toimintatavat, yksilölliset vahvuudet ja tarpeet sekä valinnat ja päätökset huomioidaan. Potilaan perhesuhteilla ja elinympäristöllä on merkittävä rooli siinä, millaisiin muutoksiin potilas on valmis ja mitä hän on halukas tekemään oman kuntoutumisensa suhteen. Tästä lähtökohdasta potilas muokkaa omaa elämäänsä ja sosiaalista ympäristöään elämäntilanteeseensa sopivaksi. Ratkaisu- ja voimavarakeskeisessä työskentelyssä tavoitteet toimivat muutoksen lähtökohtana. Potilaan kykyjä, taitoja ja osaamista hyödynnetään tavoitteiden asettamisessa. (Sukula ym. 2015, 35-37.)

3.8.1 Motivoiva haastattelu ja vuorovaikutuskeinot

Motivoivassa haastattelussa potilaan sisäistä motivaatiota vahvistetaan, jotta potilaan muutoksenhalu ja itsereflektion kehittyminen vahvistuvat. Motivoiva haastattelu edellyttää potilaan myönteistä suhtautumista kuntoutukseen. Motivoiva haastattelu koostuu yhdessä työskentelystä ja kumppanuudesta, hyväksynnästä, herättelystä ja myötätunnosta. Tapa pohjautuu aktiiviseen ja vuorovaikutteiseen yhteistyöhön ammattilaisen ja potilaan

välillä. Yhteistyö on potilaslähtöistä, kannustavaa ja potilasta kuuntelevaa. (Sukula ym. 2015, 37.)

Transteoreettinen muutosvaihemalli sisältää esiharkinta-, harkinta-, valmistautumis-, toiminta-, ylläpito- ja pysyvän toiminnan vaiheet. *Esiharkintavaiheessa* potilas ei muuta toimintaansa lähitulevaisuudessa ja hän saattaa välttää muutokseen liittyvää tietoa ja oman toimintansa ajattelemista. Potilas on heräteltävä refleктоimaan toimintaansa, jotta hän tulisi tietoisiksi muutostarpeesta, hänen kuntoutumiseensa vaikuttavista tekijöistä sekä tunnistaisi oman toimintansa vaikutukset. (Sukula ym. 2015, 38; Autti-Rämö, Salminen, Rajavaara & Ylinen 2016, 226-227.)

Harkintavaiheessa potilas ei vielä ole ryhtynyt toimimaan mutta on tietoinen muutoksen tarpeellisuudesta ja suhtautuu myönteisesti tietoon ja pohtii siihen liittyviä mahdollisia muutoksia. Ammattilainen voi harkintavaiheessa pyrkiä rohkaisemaan potilasta arvioimaan muutoksen etuja ja haittoja. *Valmistautumisvaiheessa* potilas näkee muutoksen edut suurempina kuin haitat ja hän on laatinut suunnitelman omalle toiminnalleen. Potilas etsii aktiivisesti tietoa ja hän on valmis osallistumaan kuntoutumista edistävään keskusteluun ammattilaisen kanssa. Ammattilainen voi tässä vaiheessa tukea potilasta itsearviointissa sekä ratkaisujen löytämisessä. Tässä vaiheessa tavoitteet kuntoutukselle myös asetetaan ja niiden saavuttamista tukevat tavat ja vaihtoehdot selvitetään. (Sukula ym. 2015, 38; Autti-Rämö ym. 2016, 226-227.)

Toimintavaiheessa potilas toteuttaa aktiivisesti muutoksia, muuttaa omaa käyttäytymistään sekä ympäristöään ja kokeilee eri tapoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Toimintavaiheessa voi tulla takapakkia ja ammattilaisen tehtävä on tukea potilaan onnistumisia ja keskustella epäonnistumisen ja muutoskokemusten tunteista potilaan kanssa. Keskustelun avulla pyritään tunnistamaan muutoksen toteuttamisen esteitä, valmistautumaan niihin ja etsimään uusia toimintatapoja esteiden ylittämiseksi. Toimintavaiheeseen kuuluvat tavoitteiden tarkastelu ja uudelleen asettaminen, kuntoutussuunnitelman teko ja sen arviointi. (Sukula ym. 2015, 39; Autti-Rämö ym. 2016, 226-227.)

Ylläpitovaiheessa potilas työskentelee muutoksen vakiintumiseksi ja vahvistumiseksi. Repsahduksia ja takapakkeja pyritään ehkäisemään riskitilanteita ennakoimalla ja oppimalla niistä. Ammattilainen tukee potilasta muutoksen ylläpitämisessä ja sitoutumisessa toimintaan sekä korvaavien toimintojen ja vaihtoehtojen arvioinnissa. Pysyvän toiminnan

vaiheessa potilaan toimintatavat ovat vakiintuneet ja hän pystyy säilyttämään toimintatapojaan, vaikka olosuhteet muuttuisivat. (Sukula ym. 2015, 39; Autti-Rämö ym. 2016, 226-227.)

Motivoivassa haastattelussa ja keskustelussa avoimilla kysymyksillä pyritään saamaan potilas puhumaan tilanteestaan, tunteistaan ja ajatuksistaan. Motivoivan haastattelun vuorovaikutusperiaatteet ovat myötätunnon osoittaminen, ristiriidan voimistaminen, väitteen välttäminen ja potilaan uskon vahvistaminen omaan muutoskykyynsä. *Myötätunnolla* tarkoitetaan ammattilaisen kykyä edistää potilaan hyvinvointia keskittyen hänen tarpeisiinsa. Sillä tarkoitetaan myös myötätuntoista toimintaa, jossa ammattilainen ilmaisee sanoin ja elein myötätuntonsa hyväksymällä ja ymmärtämällä ja olemalla kiinnostunut. *Ristiriidan voimistamisella* ammattilainen pyrkii sovitellen ja lempeästi osoittamaan, miten potilaan nykyinen toiminta ei johda muutostavoitteeseen vaan etäännyttää siitä. Jos potilas kokee, ettei ongelmaa ole tai vähättelee sitä, ammattilainen pyrkii kiertämään vastaintaa selvittämällä edelleen potilaan näkemyksiä. Vuorovaikutuksessa *vältetään väitelyä* koska tämä saattaa aiheuttaa potilaassa vastustusta. *Potilaan uskon vahvistaminen omaan muutoskykyynsä* on tärkeää. Vahvistamisella kiinnitetään huomio muutoksen kannalta positiivisiin asioihin ja tuetaan potilaan uskoa verbaalisella ja non-verbaalisella rohkaisulla. (Sukula ym. 2015, 39-40.)

Avoimien kysymysten avulla saadaan kattavasti tietoa ja ne johdattelevat potilasta ajattelemaan omia tarpeitaan ja tavoitteitaan. Kysymyssanoina käytetään mitä, mikä, miten, missä, milloin, kuka, kenen kanssa ja kuinka. Suljetuilla kysymyksillä voidaan tarkentaa asioita, mutta niiden käyttöä tulisi välttää koska ne voivat passivoida potilaan roolia vastaajana. Reflektoiva kuuntelu, eli heijastava kuuntelu on motivoivan keskustelun avaintaitoja. Siinä on olennaista, miten ammattilainen vastaa siihen, mitä potilas kertoo. Reflektoiva kuuntelu vahvistaa potilaan roolia ja tehdään hänen kertomistaan asioista merkityksellisiä. Heijastaminen tarkoittaa potilaan sanojen toistamista. Tuolloin potilaalla on mahdollisuus korjata sanomaansa tai lisätä siihen jotakin. (Sukula ym. 2015, 40-43.)

Keskustelun aikana on tärkeää, että ammattilainen *vahvistaa ja kannustaa* potilaan muutospyrkimystä ja siihen liittyvää puhetta. Muutoksen liittyviä tunteita, ajatuksia, toiveita ja arvoja käydään läpi keskustelussa ja tarkastellaan muutoksen etuja sekä haittoja. *Yhteenvedossa* potilaan puheesta eri keskustelukerroilta laaditaan tiivistelmä, jossa merkittävät teemat nousevat esiin. Ammattilaisen *tiedon antaminen sekä ohjaus* tulisi tapahtua

keskustelussa, ei ylhäältäpäin, jolloin se voi saada potilaan asettumaan vastarintaan. Motivoivan haastattelun vuorovaikutuskeinot on esitetty taulukossa 1. (Sukula ym. 2015, 41.)

TAULUKKO 1. Motivoivan haastattelun vuorovaikutuskeinot (Sukula ym. 2015, 41)

| Motivoivan haastattelun vuorovaikutuskeinot | Esimerkki |
|---|--|
| <p>Avointen kysymysten esittäminen</p> <p>Kysymysten avulla saadaan tietoa ja ne johdattelevat potilasta ajattelemaan omaa tilannettaan, tarpeitaan ja tavoitteitaan. Käytetään kysymyssanoja mitä, mikä, miten, missä, milloin, kuka, kenen kanssa, kuinka. Suljetut kysymykset alkavat verbillä, johon liitetään kysymyspartikkeli -ko tai -kö, kuten oletko, haluatko, aiotko, teetkö... Näihin kysymyksiin potilas vastaa usein: kyllä tai ei.</p> | <p>”Mitä mieltä olet liikuntatottumuksistasi?”</p> <p>”Mikä sinua huolestuttaa...?”</p> <p>”Mitä tekisit toisin?”</p> <p>”Mistä itse huomaat muutoksen?”</p> <p>”Ketkä huomaavat muutoksesi?”</p> <p>”Miten elämäsi muuttuu tuon muutoksen jälkeen?”</p> <p>”Ketkä voivat tukea sinua muutoksessa?”</p> <p>”Mitä sinun pitäisi mielestäsi tehdä, jotta olosi parantuu?”</p> <p>”Mikä voisi olla ensimmäinen asia, jota voisit muuttaa päiväjärjestyksessäsi?”</p> |
| <p>Reflektioiva kuuntelu</p> <p>Reflektioivassa eli heijastavassa kuuntelussa ammattilainen toimii potilaan ajatusten peilinä ja nostaa kuulemastaan esiin asioita, joista haluaa asiakkaan kertovan tarkemmin. Heijastaminen voi olla sanojen toistoa, eli toistetaan se, mitä potilas on juuri sanonut, tai sanojen uudelleen muotoilua, ilmaistaan potilaan sanoma asia, toisin sanoin. Ammattilainen voi myös arvailla, mitä potilas on puhuessaan tarkoittanut, jolloin potilaalle jää mahdollisuus korjata sanomaansa tai lisätä siihen jotakin.</p> | <p>”Ymmärsinkö oikein, kun ymmärsin asian näin?”</p> <p>”Kerroit, että liikkuisit enemmän, jos sinulla olisi aikaa, kertoisitko enemmän päiviesi sisällöstä?”</p> <p>”Minusta kuulosti hyvältä, kun kerroit aloittaneesi kävelyn, kerrotko mikä auttoi tässä päätöksessä?”</p> <p>”Tarkoitat siis, että äitisi auttaa sinua liikaa.”</p> <p>”Ymmärrän puheestasi, että sinua ei ole kuunneltu.”</p> <p>”Huomaan sinun usein toistavan sanaa väärinymmärretty, kerrotko enemmän tästä tunteesta.”</p> |
| <p>Vahvistaminen ja kannustaminen</p> <p>Potilaan huomio kiinnitetään muutoksen kannalta myönteisiin asioihin. Ammattilaisen verbaalinen ja nonverbaalinen rohkaisu ja tuki vahvistavat potilaan muutosvalmiutta ja luovat toiveikkautta.</p> | <p>”Minusta on hienoa, että haluat tehdä tälle ongelmalle jotain.”</p> <p>”Minusta vaikuttaa, että olet päättäväinen ja sisukas ihminen. Vaikka elämäntilanteesi on noin vaikea, olet päättänyt tehdä ongelmalle jotain.”</p> <p>”Ymmärrän, että olet päättänyt tehdä asialle jotain. Siitä kertoo sekin, että tulit tänne omaehtoisesti.”</p> |
| <p>Yhteenveto</p> <p>Keskustelun aikana ammattilainen kokoaa yhteen asioita, varsinkin risiiritäisiä asetuksia, joita asiakas on siihen mennessä sanonut. Yhteenvedot antavat potilaalle mahdollisuuden kuulla omia, itseä motivoivia lauseita uudelleen. Yhteenvedot lisäävät potilaan tietoisuutta ja hallinnan tunnetta.</p> | <p>”Aika alkaa loppua, haluaisin koota yhteen sen, mitä olemme tänään käsitelleet, jotta näkisimme, missä olemme ja mihin suuntaan olemme etenemässä.”</p> <p>”Tässä vaiheessa kerään yhteen, mistä olemme keskustelleet ja mitä päättäneet.”</p> |
| <p>Tiedon antaminen ja ohjaus</p> <p>Tieto sovitaan potilaan esille ottamiin tietoihin. Tiedon antaminen ja ohjaus tapahtuvat keskustelemalla potilaan kanssa.</p> | <p>”Halusit asettaa tavoitteeksesi vähentää painoasi viisi kiloa kesään mennessä, haluatko tietoa terveellisestä painonvähennyksestä? Millaista tietoa ja ohjausta tarvitset onnistuaksesi?”</p> |

4 TAVOITTEEN ASETTAMINEN KUNTOUTUKSESSA

Tavoitteita asetetaan kuntoutumista edistävän muutoksen aikaansaamiseksi ja vaikuttavan kuntoutuksen toteuttamiseksi. Siksi kuntoutuskäsitettä ja kuntoutusprosessia käsitellään tässä opinnäytetyössä. Lisäksi laaja-alainen perehtyminen potilaan tilanteeseen tukee konkreettisten kuntoutustavoitteiden syntymistä. Konkreettiset tavoitteet liittyvät näin olleen yksilön omaan elämään, jossa hänen voimavarat on huomioitu laajasti. Perehtyminen potilaan tilanteeseen edellyttää potilaan toimintakyvyn ja hänen elinympäristönsä arviointia, sillä toimintakyky toteutuu aina terveydentilan sekä potilaan ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksena. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 39-40.)

4.1 Kuntoutus käsitteenä

Kuntoutus edellyttää aina potilaan lääketieteellistä arviointia, joka perustuu lainsäädäntöön. Potilaan oikeus määrittää oma toimintakykynsä ja kuntoutustarpeensa toimivat kuntoutuskäytännön lähtökohtana. Kuntoutuksen tulisi edetä potilaan asettamien tavoitteiden mukaisesti ja sen tulisi vahvistaa potilaan roolia aktiivisena toimijana ja päätöstentekijänä omassa kuntoutuksessaan. Tavoitteiden asettamisessa on tärkeää huomioida potilaan omat kehitysedellytykset, voimavarat, elämäntilanne ja elämäntavoitteet, samoin kuin kuntoutujan motivoituminen itselleen tärkeiden ja realististen päämäärien saavuttamiseksi. (Forsbom, Kärki, Leppänen, Sairanen 2001, 11; Paltamaa ym. 2011, 23, 29.)

Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutumista tukevien toimintatapojen siirtyminen osaksi potilaan arkea ja rutiineja. Kuntoutus on yksilön ja hänen ympäristönsä välinen muutos, jota voidaan tarkentaa WHO:n toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden käsitteellisessä mallissa (International Classification of Functioning, Disability and Health), josta käytetään nimitystä ICF-luokitus tai -malli. ICF-luokitus kuvaa toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa sekä luo yhteisen toimintakykytermistön, jota tässä opinnäytetyössä käytetään viitekehyksenä toimintakyvyn arvioinnin kuvaamisessa sekä pohjana tavoitteiden asettamisen taustana. ICF-luokituksen avulla voidaan arvioida potilaan toimintakykyä sekä hänen yksilöllisiä ja elinympäristöönsä liittyviä vahvuuksia. (Paltamaa ym. 2011, 39-40.)

Potilaan asettamat tavoitteet elämänhallinnan saavuttamiseksi vahvistuvat kuntoutuksen avulla. Elämänhallinta ja vastuunkanto omasta kuntoutumisesta tapahtuvat silloin kun kuntoutusprosessi tapahtuu potilaslähtöisesti ja potilas joutuu tarkastelemaan elämänsä ja tulevaisuutensa tavoitteita yksityiskohtaisesti. Konkreettiset tavoitteet liittyen toimintakykyyn, sosiaalisiin suhteisiin, itsenäisyyteen, elämänhallintaan sekä elämänlaadun kohentamiseen luovat paremmat edellytykset kuntoutuksen onnistumiselle. (Rissanen ym. 2008, 50, 53, 57.)

Kuntoutuksen yleisiksi tavoitteiksi määritellään yleensä yhteiskunnan taloudelliset hyödyt työkyvyn näkökulmasta. Työkuntoisuuden rinnalla toimintakyvyn ja hyvinvoinnin paraneminen, itsenäinen selviytyminen, valtaistuminen tai sosiaalinen osallistuminen parantavat kuitenkin myös yksilön aktiivista elämää ja edesauttaa hänen muuhun toimintaan osallistumista. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 24.)

4.2 Kuntoutustarve

Kuntoutustarve liittyy potilaan henkilökohtaisiin tavoitteisiin, kuntoutussuunnitelmaan ja valintoihin. Potilas tiedostaa useimmiten omat ongelmansa paremmin kuin ammattilaiset, mutta toisaalta hän ei välttämättä tiedä millaisia kuntoutuspalveluja tai -toimenpiteitä on tarjolla, minkälaista kuntoutusta hän tarvitsee ja millaisia tuloksia hän voi sen avulla saavuttaa. Kuntoutuksen tavoitteet voivat usein olla melko yleisiä odotuksia esimerkiksi paremmasta elämästä potilaan näkökulmasta. Potilas ei aina tiedosta tarvitsevansa kuntoutusta tai hän ei kykene ilmaisemaan omia kuntoutustoiveitaan tai tarpeitaan. Näin ollessa, kuntoutus usein käynnistyy liian myöhäisessä vaiheessa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 160.)

4.3 Kuntoutusprosessi

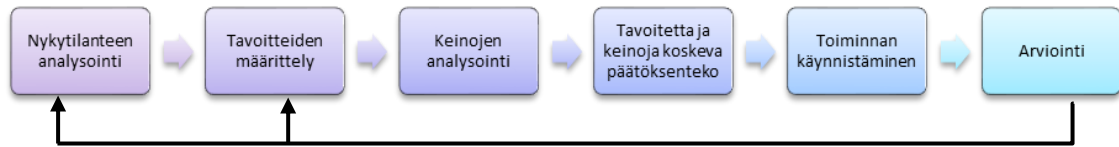
Kuntoutusprosessi on ajallisesti määritelty kokonaisuus tai erilaisia peräkkäisiä tai osin samanaikaisia toimenpiteitä sisältävä sarja. Kuntoutusprosessi käynnistyy potilaan ja ammattilaisen välisellä yhteistyöllä (Rissanen ym. 2008, 81, 87). Kokonaisvaltaisessa kun-

toutuksessa huomioidaan potilaan yksilölliset fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ominaisuudet, jotta potilaalle tärkeiden tavoitteiden tunnistaminen mahdollistuu ja eri järjestelmien välinen yhteistyö saavutetaan. Kuntoutus lähtee liikkeelle potilaan kokonaistilanteen arvioinnista, joka edellyttää luotettavien ja validien arviointimittareiden käyttöä. Potilaan vahvuudet ja heikkoudet sekä muutosmahdollisuus on pyrittävä tunnistamaan mahdollisimman hyvin. Potilaan toiminnan muuttumiseksi elinympäristössään, täytyy muutoksen suunnan ja tavoitteen oltava potilaalle merkityksellisiä, jolloin tarpeelliset kuntoutustoimenpiteet kyetään järjestämään. Toimintakyvyn ja siihen vaikuttavien tekijöiden arviointia tulisi suorittaa kuntoutusprosessin aikana säännöllisesti. (Paltamaa ym. 2011, 39-40, 107-108.)

Jatkuvalla arvioinnilla tuetaan valitun suunnitelman jatkumista tai vaihtoehtoisesti palataan alkuun, jossa tavoitteita ja keinoja arvioidaan uudelleen. Arvioinnissa otetaan kantaa siihen, onko kuntoutus edennyt tavoitteiden suuntaisesti ja ovatko tavoitteet olleet realistisia ja motivoivia. Lisäksi arvioinnissa tarkastellaan johtavatko valitut keinot asetettuihin tavoitteisiin (kuva 3). (Rissanen ym. 2008, 87.)

Suomessa kuntoutusjärjestelmää tarkasteltaessa on huomioitu, että potilaan oma osuus jää usein huomioimatta ja kuntoutuksen sisältö ja vaihtoehdot sekä sen tarkoitus jäävät pahimmassa tapauksessa potilaalle epäselviksi. Kuntoutuksen onnistuminen on riippuvainen kuntoutuksen suunnittelusta, vastuukysymyksistä, yhteistyöstä ja potilaan yksilöllisen tilanteen ja toiveiden huomioimisesta. Kuntoutusprosessi etenee aina kohti tavoiteltua muutosta ja henkilökohtainen tuki ja ohjaus auttavat potilasta löytämään tilanteessa vaadittavat voimavarat ja ratkaisut sekä orientoitumaan ja ylläpitämään kuntoutusmotivaatiotaan. (Rissanen ym. 2008, 19-22, 33, 49, 91.)

Kuntoutusprosessi voi olla lyhyt- tai pitkäkestoinen, potilaan sairastumisesta ja elämäntilanteesta riippuen. Pitkäkestoiseen kuntoutukseen osallistuu usein monia eri alojen ja organisaatioiden asiantuntijoita. Monialainen kuntoutusprosessi edellyttää avointa yhteydenpitoa eri toimijoiden kesken tavoitteellisen kuntoutuksen saavuttamiseksi. Riski potilaan oman roolin häviämiseksi on olemassa, kun kuntoutukseen osallistuu monia eri toimijoita ja erityisesti jos vuorovaikutus potilaan ja ammattilaisten välillä ei ole sujuvaa. Eri ammatillisten näkökulmien luova yhdistäminen hyvässä vuorovaikutuksessa potilaan kanssa luo hyvän edellytyksen kuntoutusprosessin onnistumiselle. (Rissanen ym. 2008, 88.)



KUVA 3. Kuntoutusprosessin vaiheet (Rissanen ym. 2008, 87)

4.4 Tavoitteiden laadinta

Hyvin laaditut tavoitteet ovat kuntoutuksen kulmakivi ja kuntoutuksen suunnitelman lähtökohtana on potilaan kokema hoidon tarve ja asettamat tavoitteet (Sukula 2013). Useassa tavoitteen asettamiseen liittyvässä tutkimuksessa painotetaan, että yhdessä potilaan kanssa laaditut sekä saavutettavissa olevien ja potilaan itsehoitoon liittyvien tavoitteiden asettaminen on ensiarvoisen tärkeää ja luovat pohjan kuntoutukselle. Tavoitteet toimivat toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa lähellä potilaan arkea. Tavoitteiden laadinta tulisi tapahtua aina asiakaslähtöisesti. Ennen kuntoutuksen aloitusta on tärkeää, että tavoitteista on sovittu potilaan lisäksi hänen läheistensä kanssa. Tämä on merkittävää tavoitteiden saavuttamisen kannalta. Kuntoutuksen edetessä ja yhteistyössä tavoitteet voivat muuttua erilaisiksi, kuitenkin aina yksilölle soveltuviksi. Tavoitteiden tunnistamiseksi voidaan käyttää haastatteluja, joissa potilailta kysytään, mitkä toimintakyvyn muutokset elämässä olisivat hänelle tärkeitä ja mahdollisia. Tavoitteiden on oltava konkreettisia sekä riittävän haastavia ja niiden saavuttamiseksi asetetaan aikataulu. Tavoitteiden saavuttaminen on hyvä tuloksellisuuden mittari, koska se reagoi herkästi muutoksille. (Sukula & Vainiemi, 3-6; Fernandez, Rajaratnam, Evans & Speizer 2012, 13; Hazard, Spratt, McDonough, Olson, Ossen, Hartmann & Carlson 2012, 1; Brown, Levack, McPherson, Dean, Reed, Weatherall & Taylor 2014, 1020; Sukula ym. 2015, 11-13.)

Järvikoski ja Härkäpää (2011, 190-191) kuvaavat tavoitteiden asettamista kuntoutusprosessissa McGrathin ja Davisin (1992) päätöksentekoprosessin näkökulmasta (kuva 4).

Prosessin lähtökohtana on tavoitteiden määrittely. Tavoitteiden valinnasta edetään päätöksentekoon, toiminnan toteutukseen ja lopuksi tulosten arviointiin, jonka jälkeen laaditaan tarvittaessa uusia tavoitteita.



KUVA 4. Päätöksentekoprosessi McGrathin ja Davisin (1992) kuvaamana (Järvikoski & Härkäpää 2011, 191)

Potilaan motivaatiota ja sitoutumista edistää ammattilaisen kanssa yhdessä toteutettu arvio, jossa potilaan elämäntilanne määritellään uudelleen, etsitään motivaatiolähteitä ja voimavaroja kuntoutusprosessille. Tavoitteiden saavuttaminen vaatii uusiin elämänprojekteihin sitoutumista, identiteetin uudelleenrakentamista, uusien selviytymiskeinojen oppimista sekä ympäristön mahdollisuuksien pohtimista. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 192-193.)

Kokonaistavoite on laaja ja abstrakti tavoite, jolla on pitkän aikavälin päämäärä ja vaatii moniin asioihin vaikuttamista. Kokonaistavoite näyttää kuntoutuksen suunnan ja se voi useilla potilailla olla samankaltainen, mutta potilaan yksilöllistä elämäntilannetta ja kuntoutumistarpeita tarkasteltaessa, kokonaistavoite muotoutuu yksilölliseksi tavoitteeksi. Kokonaistavoite jaetaan potilaalle mielekkäisiin ja konkreettisiin päätavoitteisiin, jotka toiminnassa pilkkoutuvat osatavoitteisiin (kuva 5). (Autti-Rämö ym. 2016, 228.) Osatavoitteet asetetaan päätavoitteen suuntaisesti mutta riittävän lähelle sitä, jotta se on mahdollista saavuttaa nopeasti. Keinot, joiden avulla osatavoite saavutetaan, määritellään osatavoitetta laadittaessa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 192-193.)

Tavoitteet ovat tiloja tai muutosprosesseja, joita potilas haluaa saavuttaa ja joita pyritään aikaansaamaan kuntoutuksen avulla. Osatavoitteet ja niiden toteutumisen arviointi jäsentävät kuntoutusprosessin sopiviin jaksoihin. Jos potilas omalla toiminnallaan saavuttaa

ensimmäiset osatavoitteet, potilaan kokemus onnistumisesta vahvistavat hänen pystyvyyden tunnetta ja tukevat näin kuntoutusprosessin etenemistä. Osatavoitteiden tulisi olla arvioitavissa ja mitattavissa selkeiden kriteerien avulla. Tavoitteiden asettaminen edellyttää luottamuksellista ja turvallista yhteistyötä potilaan ja ammattilaisen välillä. Tavoitteiden on oltava myöhemmin muokattavissa, jolloin kuntoutusprosessi tarvittaessa käynnistyy uudelleen alusta. (Järvikoski & Härkäpää, 2011 194.)

Tavoitteiden ajallinen ulottuvuus voidaan jakaa pitkän tähtäimen tavoitteisiin tai etätavoitteisiin, välitavoitteisiin ja lyhyen tähtäimen tavoitteisiin tai lähitavoitteisiin. Tavoitteen asettaminen voi jo aktivoida potilasta olemassa olevien voimavarojen käyttöön tai ylläpitää saavutettua toimintatilaa, kun tavoitteen avulla jatketaan toimintakykyä ylläpitäviä asioita. (Autti-Rämö ym. 2016, 228-229.)

| Taso | Määritelmä |
|-----------------|---|
| Kokonaistavoite | Laaja, usein abstraktilla tasolla ilmaistu, kuntoutujan tiettyyn elämäntilanteeseen liittyvä tavoiteltava asia (mm. päivittäisen toimintojen kehittyminen, toimintakyvyn parantuminen, työssä jaksamisen tai työssä käymisen tukeminen) |
| Päätaivoite | Tietyille ajanjaksolle määritelty ja tarkennettu tavoite, joka liittyy potilaalle merkitykselliseen arjen toimintaan. GAS-tavoite on mahdollista asettaa päätaivoitteesta. |
| Osataivoite | Tavoite, joka on yksi vaihe tai osa päätaivoitteeseen pyrittäessä. |

KUVA 5. Tavoitteiden tasoja (Autti-Rämö ym. 2016, 228)

Tavoitteiden saavuttamisen arviointi on olennainen osa kuntoutusprosessia. Tavoitteiden laatua kuvataan usein SMART-menetelmällä (specific, measurable, achievable, realistic, timely) (kuva 6). Tavoite määritellään spesifisti potilaan tilanteeseen pohjaten ja sen tulee olla yksinkertaisesti arvioitavissa. Tavoitteen pitää olla saavutettavissa ja näin ollen realistinen. Tavoitteen asettamisella tulisi olla aikaraja, joka määrittelee toimintaa ja tavoitteen saavuttamiseksi käytetyt menetelmät ja toimenpiteet pitäisi olla helposti ymmärrettävästi. Hyvät tavoitteet kuvaavat potilaan toimintaa tavoitteiden saavuttamisen jälkeen. (Järvikoski & Härkäpää, 2011 194.)

Kokonaistavoite on riippuvainen alemmista tavoitteista, koska ne ohjaavat kohti seuraavaa päämäärää. Kuntoutusmotivaation luomiseksi ja ylläpitämiseksi on tärkeää, että ammattilainen kykenee osoittamaan osatavoitteiden olevan yhteydessä ylemmän tason tavoitteisiin ja että tukevat potilaan elämäntavoitteiden toteutumista. (Järvikoski & Härkäpää, 2011 168.)

Hyvä potilaslähtöinen osatavoite on potilaalle tärkeä, konkreettinen, määriteltävissä ja johonkin toimintaan liittyvä. Tavoitteen tulisi olla potilaan omalla toiminnalla saavutettavissa. Pienet tavoitteet ovat helpommin saavutettavissa kuin suuret ja tavoite tulisi olla arvioitavissa sekä potilaan että ammattilaisen näkökulmasta. Hyvä tavoite kuvaa ja ilmaisee jonkin alkua ja länäoloa. (Järvikoski & Härkäpää, 2011 194.)

SMART-periaatteen mukaan tavoitteen tulisi olla:

| | |
|---------------------------|--|
| Specific | spesifinen, yksilöllinen, määritelty |
| Measurable | mitattavissa |
| Achievable | saavutettavissa |
| Realistic/Relevant | realistinen ja merkityksellinen, kuntoutustoimenpitein saavutettavissa |
| Timed | mahdollinen aikatauluttaa |

KUVA 6. Tavoitteiden määrittelyssä hyvänä apuvälineenä voidaan käyttää SMART-periaatetta (Autti-Rämö, Vainiemi, Sukula & Louhenperä, 7-8)

Motivaatiotutkijoiden näkökulmasta jokaiselle potilaalle on löydettävissä jollakin alueella sellainen tavoite, jolla on merkitys potilaan motivaatioon sekä sitoutumiseen kuntoutukseen ja kuntoutusprosessiin. Potilaan kunnioittaminen, kuuleminen ja mielipiteiden huomioiminen on perusta kaikelle ohjaus- ja neuvontatyölle. Muutoksenhaluun sekä motivaatioon vaikuttavat minkälainen merkitys tavoitteilla on potilaalle, tavoitteen saavuttamisen aikataulu ja todennäköisyys, estävien tekijöiden tunnistaminen ja mahdollisuus niiden poistamiseen sekä kyky ja mahdollisuus säädellä tavoitteen saavuttamiseen sekä

siihen sitoutumiseen liittyviä ajatuksia ja tunteita. (Järvikoski & Härkäpää, 2011 195; Autti-Rämö ym. 6; O'Brien & Xue 2014, 1273-1274.)

Tavoitteiden laadinta vaatii ammattilaiselta aina perehtyneisyyttä kyseisen potilasryhmän oireisiin, sairauden kulkuun sekä yksittäisen potilaan toimintakykyyn ja sairauden tuomiin rajoituksiin tai ongelmiin. Omaisten ja perheiden osallistaminen potilaiden tavoitteiden asettamiseen lisää potilaiden kuntoutusmotivaatiota, mutta tavoitteet asetetaan aina potilaan kuntoutustarpeista lähtien. (Sukula ym. 2015, 11.) Ammattilaisen tulisi tarkastella onko hänellä itsellään sekä hänen työyhteisöllään valmiudet tukea potilaan osallisuutta tavoitteiden asettamisessa. Potilaan hoitoon osallistuvien velvoitteet sitoutua potilaan osallisuutta tukevaan toimintaan on myös syytä tarkistaa. (Autti-Rämö ym. 2016, 231.)

Tehtävien suorittaminen, yhteistyö ja kuntoutuksen edistymisen arviointi helpottuvat tavoitteen asettamisen myötä ja maksimoivat terapiassa käytettyä aikaa. Ammattilaiset kokevat tavoitteen asettamisen toimivan työkaluna potilaslähtöisen kuntoutuksen saavuttamisessa koska tavoitteen asettamisen katsotaan tarjoavan mahdollisuuden tunnistaa ongelmia, priorisoida tavoitteita sekä tavoitteiden asettamisen arviointia. (Sugavanam ym. 2013, 178, 187.)

4.5 Avh-potilaan tavoitteen asettamisen käytännöt

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksessa tavoitteen asettamista toteutetaan yleisesti katsottuna edelleen hyvin vähänlaisesti tai vaihtelevasti vaikka sen vaikutuksia on tutkittu tarkasti. Satunnaistettuja kontrollitutkimuksia tavoitteen asettamisesta AVH-kuntoutuksessa on tehty hyvin vähän. Tavoitteen asettaminen tapahtuu tällä hetkellä erilaisiin teorioihin pohjautuen, mutta käytettyjä teoreettisia viitekehyksiä tai selkeää tavoitteen asettamismetodia ei ole määritelty tarkemmin. Myöskään standardoitua menetelmää tavoitteen asettamiselle ei ole julkaistu. Suurimmalla osalla tavoitteen asettamista käsittelevistä tutkimuksista on heikko tai kohtalainen näyttö. Vertailua hankaloittavat tutkimusten eriävät tavoitteen asettamisen käytännöt. Tavoitteen asettaminen kuitenkin näyttää edistävän kuntoutumista ja suorittamista sekä tavoitteen saavuttamista sekä vaikuttavan positiivisesti potilaiden näkemyksiin itsehoidosta ja sitoutumisesta kuntoutukseensa.

Optimaalisella, standardoidulla tavoitteen asettamisen mallilla voitaisiin osoittaa erilaisien interventioiden muutoksia, vahvuuksia, heikkouksia minimoimalla erilaisia poikkeamia. (Taylor, Brown, William, McPherson, Reed, Dean & Weatherall 2011, 327-328; & Sugavanam ym. 2013, 177-178, 186; Scobbie ym. 2015, 1291.)

Suurin osa tutkimuksista arvioi tavoitteen asettamista Suomessakin käytössä olevan Goal Attainment Scaling (GAS) ja toimintaterapiassa käytetyn Canadian Occupational Performance Measure (COPM) avulla. GAS-menetelmästä tarkemmin luvussa 4.6. Edellä mainitut menetelmät helpottavat tunnistamaan tavoitteita ja mittamaan kuntoutuksen tuloksellisuutta ja saavutuksia mutta eivät tarjoa mallia tavoitteen asettamiselle, joka ohjaisi ammattilaisia tavoitteiden asettamisen eri vaiheissa (Scobbie ym. 2015, 1296). Vaikka GAS:in ja COPM-menetelmän avulla kyetään luomaan yhteneväiset tavoitteet potilaan ja ammattilaisen välille, ne eivät kuitenkaan tarjoa kokonaisvaltaista metodologiaa, jossa potilaslähtöisyys otetaan huomioon (Rosewilliam, Sintler, Pandyan, Skelton & Roskell 2016, 516). Näin ollen suoria johtopäätöksiä tavoitteen asettamisen tehokkuudesta, soveltuvuudesta ja hyväksyttävyydestä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksessa ei voida tehdä. Jatkossa tutkimusten ja katsausten arviointi sekä vaikuttavuustutkimuksia olisi syytä tehdä tutkimusnäytön vahvistamiseksi ja virallisten käytäntöjen luomiseksi. (Sugavanam ym. 2013, 178; O'Brien & Xue 2014, 1273-1274.)

4.5.1 Tavoitteen asettamisen edellytykset

Tavoitteiden asettaminen ja potilaan sitoutuminen kuntoutukseen ja itsehoitoon edellyttää riittävää tiedonsaantia ja neuvontaa. Tavoitteiden tunnistaminen ja määrittäminen edellyttävät terveydenhuollon ja kuntoutuksen ammattilaisilta tiedon antamisen lisäksi hyvää ammattitaitoa ja kokemusta suunnitella keinot, joilla kuntoutuksen tavoitteet saavutetaan (Sukula & Vainiemi, 5).

Potilaiden mukaan ottamista tavoitteiden asettamisen prosessiin ei ole tutkimuksissa ilmaistu riittävän selkeästi. Useammassa tutkimuksessa tavoitteiden asettamisen merkitys ja potilaiden oma rooli kyseisessä tehtävässä jäävät epäselviksi. Näin ollen potilaiden osallistuminen tavoitteiden asettamiseen jäävät puutteellisiksi. Yksi syy vähäiseen osallistumiseen voi olla myös, etteivät potilaat ole valmiita asettamaan tavoitteita sairastumi-

sen varhaisessa vaiheessa tai silloin jos heillä on vaikeita aivoverenkiertohäiriön aiheuttamia oireita. Ammattilaisten sekä potilaiden näkemys tavoitteiden asettamisesta sekä niiden saavuttamisesta voivat myös erota huomattavasti toisistaan. (Sugavanam ym. 2013, 177, 186; Rosewilliam ym. 2016, 516.)

Tavoitteen asettamisen yhteydessä tapahtuvaa vuorovaikutusta potilaan ja ammattilaisen välillä on tarkasteltava, jos halutaan ymmärtää, miten tavoitteen asettamista voidaan optimoida käytännössä. Vuorovaikutuksessa tapahtuvat seikat voivat toimia tavoitteen asettamisen mallin runkona ja ohjata terveydenhuollon ammattilaisia konkreettisten tavoitteiden asettamisessa AVH-potilaiden kanssa. (Scobbie ym. 2015, 1291, 1294-1295.)

Silloin kun potilaita tuetaan tavoitteiden tunnistamisessa ja selkeyttämisessä sekä luodaan suunnitelmia tavoitteiden saavuttamiseksi, potilaiden tavoitelähtöinen käyttäytyminen lisääntyy. Tavoitteen asettamisessa mukana olleet potilaat muistivat kuntoutuksensa tavoitteet paremmin ja suoriutuivat useammasta kuntoutukseen liittyvästä harjoituksesta tai tehtävästä paremmin. Tavoitteen asettamisen yhteydessä olevalla yhteistyöllä terapeutin ja potilaan välillä on myös myönteinen vaikutus potilaan ja terapeutin väliseen kommunikaatioon kuntoutusprosessin aikana. Potilaat, jotka osallistuvat tavoitteen asettamiseen ovat yleensä tyytyväisempiä kuntoutuksensa ja kokevat asetetuilla tavoitteilla olevan enemmän henkilökohtaista merkitystä. (Scobbie ym. 2013, 2; Sugavanam ym. 2013, 181, 187.) Ammattilaisen tärkein tehtävä on huomioida potilaan voimavarat, tukea niitä sekä ylläpitää toivoa (Lloyd & Roberts & Freeman 2014, 154).

Tavoitteiden asettamisen yhteydessä on huomioitava, että potilaat asettavat tavoitteensa yleensä matalammalle tasolle kuin ammattilaiset. Tämä johtuu siitä, että potilailla on tapana arvioida tavoitteitaan positiivisemmin. Lisäksi potilaat vertaavat nykytilaansa sairastumisensa jälkeiseen tilaan, kun taas ammattilaiset vertaavat potilaiden nykytilaa siihen toimintakyvyn tilaan, joka potilaalla oli ennen sairastumistaan. Edellä mainitut seikat vaikuttavat tavoitteen asettamisen lähestymistapaan ja tavoitteiden konkretisoitumiseen. Potilaat asettavat herkästi ainoastaan toiveita tavoitteiden sijaan ja asetetut tavoitteet ovat yleensä laajoja. Potilailla on taipumus asettaa itselleen pidemmän tähtäimen tavoitteita, kun taas terapeuteilla on tapana tunnistaa ja asettaa lyhyen tähtäimen tavoitteita aivoverenkierron aiheuttamiin oireisiin pohjaten. Ammattilaisten tavoitteet ovat yleensä konkreettisia ja liittyvät heidän ammatilliseen kokemukseen sekä koulutukseen. (Sugavanam

ym. 2013, 186.) Kuitenkin on huomattu, että riittävän haasteelliset, konkreettiset ja toiminnalliset tavoitteet motivoivat potilaita kuntoutuksessa paremmin kuin helpot ja ei-toiminnalliset tavoitteet. Tämän tyyppisiä tavoitteita ei kuitenkaan ole tarkemmin määritelty aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutuksessa. Vähänlaista tietoa on myös siitä, mitkä tekijät vaikuttavat tarkkojen tavoitteiden saavuttamiseen. (O'Brien & Xue 2014, 1274.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet naiset kokevat yleisesti saavuttavansa tai ylittävänsä asetetut tavoitteet mutta selkeää eroa sukupuolten välillä ei voida määrittää. Pidempi sairaalahoitajakso liitetään tavoitteiden parempaan täyttymiseen tai ylittämiseen. Päätöksentekoprosessin selkeyttäminen tavoitteiden asettamisen yhteydessä parantaisi potilaiden kuntoutuksen ymmärrystä. (O'Brien & Xue 2014, 1277.)

Tavoitteiden asettaminen on olennainen osa kuntoutusprosessia ja vaikuttaa potilaan kokonaisvaltaisen hoidon koordinointiin sekä vaikuttaa tehokkaasti jatkokuntoutuksen suunnitteluun potilaan kotiutuessa sairaalasta. Tavoitteiden saavuttamisen yhteydessä ammattilaisten on tarkasteltava potilaiden alkuperäisiä tavoitteita huolellisesti. (O'Brien & Xue 2014, 1273-1274.) Ammattilaisten näkemyksen mukaan tavoitteiden asettaminen varhaisessa vaiheessa sairastumisesta on tärkeää mutta haasteellista, koska se vaatii tasapainon löytämistä potilaan sekä ammattilaisen asettamien tavoitteiden välille. Tavoitteen asettamiseen vaikuttavat sekä potilaan että ammattilaisen yksilölliset kokemukset ja mielipyykset, joihin ympäristön fyysiset, kulttuuriset ja organisatoriset tekijät liittyvät. (Lloyd ym. 2014, 147.) Vaikeasti sairastuneet aivoverenkiertohäiriöpotilaat eivät useimmiten kykene asettamaan tavoitteita varhaisessa vaiheessa. Lisäksi he eivät välttämättä kykene vastaanottamaan riittävästi tietoa, joka tavoitteen asettaminen vaatii ja heillä saattaa olla vaikeuksia hyväksyä tilanteensa akuuttivaiheessa. Akuutin aivoverenkiertohäiriöpotilaan varhainen hoito keskittyvät yleensä potilaan tilan vakauttamiseen ennen kuin kuntoutus ja sen myötä myös tavoitteen asettaminen mahdollistuu. (Rosewilliam ym. 2016, 516-517.)

4.5.2 Tavoitteen asettamista vaikeuttavat tekijät

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kognitiiviset sekä kommunikaatiovaikeudet koetaan tavoitteen asettamista eniten vaikeuttavina tekijöinä. Potilaiden puutteellinen ymmärrys kuntoutumisprosessista sekä tiedon että ymmärryksen puute AVH:n aiheuttamista oireista hankaloittavat tavoitteen asettamisen tekoa. Epärealistinen käsitys kuntoutuksen tuloksista, motivaation puute ja haluttomuus tai masennus sekä puutteellinen valmius tavoitteen asettamiseen ovat myös vaikeuttavia tekijöitä. Ikääntyneillä ja potilailla, joilla on useampi sairaus aivoverenkiertohäiriön lisäksi sekä potilailla, joilla on oikean aivopuoliskon aivohalvaus, saavuttavat tavoitteet yleensä huonommin kuin muut AVH-potilaat. Tämä voi johtua ylioptimistista, asetetusta tavoitteista tai potilaat eivät osaa toimia kuntoutuksen suunnitelman mukaisesti. (Sugavanam ym. 2013, 187; Lloyd ym. 2014, 154-155; O'Brien & Xue 2014, 1273-1274.) Edellä mainittujen seikkojen vuoksi tavoitteen asettamisen ajankohtaa on pohdittava tarkasti.

Ammattilaisten puutteellinen ajankäyttö sekä potilaan ohjaaminen sekä rohkaiseminen ilmaisemaan tavoitteitaan hankaloittavat tavoitteen asettamisprosessia. Ammattilaisten epäjohdonmukaisuus ilmaista terapian tavoitteita suhteessa potilaan tavoitteisiin heikentää tavoitteiden asettamista. Kyvyttömyys käsitellä tavoitteita, jotka edellyttävät erilaisia suunnitelmia sekä vaikeus arvioida oikeanlainen ajankohta tavoitteen asettamiselle tekevät tavoitteen asettamisen hankalaksi. (Sugavanam ym. 2013, 187.)

Potilaiden ja ammattilaisten eriävät näkemykset asetetuista tavoitteista sekä kulttuuriin liittyvät eroavaisuudet ja millä keinoilla tavoitteiden saavuttamista arvioidaan monimutkaistaa tavoitteiden asettamista (Sugavanam ym. 2013, 187). Prosessiin vaikuttavat myös potilaan historia, arvioinnin tulokset sekä ammattilaisten aikaisemmat kokemukset. (O'Brien & Xue 2014, 1273-1274).

Potilaiden osallistumista tavoitteen asettamiseen on kuvattu tutkimuksissa hyvin vähän. Useissa tilanteissa potilaat tiedä rooliaan tavoitteiden asettamisessa ja heidän osallistumisensa jää tämän vuoksi hyvin rajalliseksi. Potilaiden tiedon lisääminen aivoverenkiertohäiriöistä ja kuntoutumisprosessista auttavat tavoitteiden asettamisessa. (Sugavanam ym. 2013, 188.) Potilaiden lähiomaisia olisi suotavaa ottaa mukaan tavoitteiden suunnitteluun optimaalisen ja tehokkaan kuntoutuksen saavuttamiseksi (O'Brien & Xue 2014, 1277).

Riittäväällä tiedonsaannilla voidaan tukea potilaiden ajatusta siitä, että heillä on mahdollisuus vaikuttaa omaan tilanteeseensa ja saavuttaa muutoksia (Lloyd ym. 2014, 155). Teoriaan pohjautuvan tavoitteen asettamisen mallin puuttuessa, tietynlaisen käytännön toteutuminen ei muodostu. Tämä hankaloittaa selvittämään tavoitteiden arviointia suhteessa kuntoutuksen lopputulokseen tai potilaiden kokemukseen kuntoutusprosessista. (Scobbie, Dixon & Wyke 2011, 469.)

4.5.3 Tavoitteen asettamisen malleja

Tavoitteen asettamisella on tarkoitus muuttaa potilaan käyttäytymistä, jotta asetetut tavoitteet voidaan saavuttaa. Tämän vuoksi tavoitteen asettamista on syytä tarkastella käyttäytymisteorian näkökulmasta. Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden tavoitteiden asettamisessa korostuvat Scobbie ym. (2011, 469) mukaan seitsemän käyttäytymisteorian käsitettä:

1. Pystyvyys (luottamus siihen, että kykenee saavuttamaan halutut tavoitteet)
2. Odotukset kuntoutukselle (usko siihen, mitä tuloksia voi saavuttaa tavoitelähtöisellä tekemisellä)
3. Tavoitteen asettaminen (konkreettisten tavoitteiden tärkeiden ominaisuuksien huomioiminen)
4. Suunnitelman teko (yksilöllinen suunnitelma tavoitteiden saavuttamiseksi)
5. Selviytymissuunnitelma (suunnitelma mahdollisten esteiden tms. ylittämiseksi)
6. Arviointi (arvioida kykyä suoriutua suunnitelman toteuttamisessa ja edistymisessä tavoitteeseen peilaten)
7. Palaute (palaute suorituksesta suunnitelman toteuttamisessa ja edistymisessä tavoitteeseen peilaten)

Edellä mainituilla käsitteillä ei ole yksinään vaikutusta tavoitteen asettamiselle, mutta yhdessä ne muodostavat prosessin, joka luo mallin tavoitteen asettamiselle. Malli havaitsee muuttujat tavoitelähtöisen käyttäytymisen ja terveydentilan muutosten välillä. (Scobbie ym. 2011, 470.)

Scobbie ym. (2011, 478) kehittivät G-AP-mallin (Goal Setting and Action Planning framework). Malli sisältää potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen sekä suunnittelutyökalun, joka määrittää tarkasti tavoitelähtöistä toimintaa ja jonka avulla löydetään parhaat ratkaisut potilaan yksilöllisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Malli sisältää neljä eri näyttöön ja teoriaan perustuvaa vaihetta:

1. Tavoitteen tunnistaminen: potilas tarkastelee tämänhetkistä tilannettaan ja tunnistaa ongelmat, joihin hän haluaa muutosta
2. Tavoitteen asettaminen: tunnistettu ongelma jalostetaan konkreettiseksi tavoitteeksi, joka on hyväksytty sekä potilaan että terveydenhuollon ammattilaisen toimesta
3. Suunnitelma: mitä potilaan on tehtävä saavuttaakseen tavoitteet. Suunnitelma sisältää yksityiskohtaisen ja yksilöllisen strategian, miten potilaan tulee toimia, jos esteitä tms. ilmaantuu
4. Palaute sekä päätöksentekovaihe: ammattilaisen palaute potilaalle hänen edistymisestään

Vaiheiden avulla tavoitteiden saavuttamisen onnistumiset ja epäonnistumiset pystytään tunnistamaan. Mallin vaiheet ovat suurilta osin yhteneväiset terveydenhuollon ammattilaisten olemassa oleviin tavoitteen asettamisen käytäntöihin. G-AP:n kehittäjien mielestä, mallin avulla tavoitteen asettamisen käytännöt voisivat selkeytyä ja kuntoutuksen tulokset parantua. (Scobbie ym. 2013, 2; Scobbie ym. 2015, 1291.)

G-AP-mallin käytettävyyttä, hyväksyttävyyttä ja saavutettuja hyötyjä tutkittiin syvähaastattelemalla 8 potilasta ja 8 terveydenhuollon ammattilaista sen jälkeen, kun he olivat käyttäneet G-AP-mallia 6 kuukauden ajan. G-AP-mallin neljä eri vaihetta koettiin toimivaksi sekä potilaiden että terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Tutkimuksessa kuitenkin korostui, että G-AP-mallin käyttöä tulisi tarkastella koko moniammatillisen terveydenhuollon tiimin sekä potilaan lähiomaisten näkökulmasta, eikä ainoastaan potilaslähtöisesti. (Scobbie ym. 2013, 11.)

Terveydenhuollon ammattilaisilla oli huoli potilaiden psyykkisestä hyvinvoinnista siinä vaiheessa, kun kuntoutuksen tavoitteet jäivät saavuttamatta. Epäonnistuminen koettiin kuitenkin välttämättömäksi koska sekä ammattilaiset että potilaat olivat samaa mieltä siitä, että on vaikea ennustaa mitkä tekijät voivat vaikuttaa tavoitteiden saavuttamiseen ja

mitkä konkreettiset tavoitteet ovat saavutettavissa missäkin vaiheessa kuntoutusta. Edellä mainitut seikat todettiin kuitenkin voivan vaikuttaa potilaan kuntoutusmotivaatioon. (Scobbie ym. 2013, 9.)

Scobbie, ym. (2011, 470-480) käyttivät ICF-viitekehystä tunnistamaan potilaiden muutoslähtöistä käyttäytymistä ja odotettavissa olevia kuntoutustuloksia kehittäessään kuntoutuksen tavoitteen asettamismallia. Mallissa tavoitteen asettamiselle on neljä interventiotasoa, jotka ovat yhteydessä neljään käyttäytymiseen liittyvään tasoon. Käyttäytymisen ensimmäinen taso kuvaa käyttäytymisen neljää tekijää, jotka ovat pystyvyys, odotukset kuntoutuksen tulokselle, käyttäytymisen tavoitteet ja ennakoiva suunnittelu. Positiivinen pystyvyyden tunne sekä positiiviset odotukset kuntoutukselle vaikuttavat myönteisesti tavoitteen tunnistamiseen ja muodostumiseen. Tavoitteen tunnistaminen johtaa muutokäyttäytymisen muodostumiseen ja proaktiivisen suunnittelun kaksi osatekijää, toiminta- ja selviytymissuunnitelma, johtavat suunnitelman toteuttamiseen.

Toinen taso kuvaa tavoitekäyttäytymistä, jota ei pystytä tarkkaan määrittelemään, mutta joka voidaan tunnistaa ICF-luokituksen toimintarajoitteiden, suoritusten ja/tai osallistumisen tasolla. Kolmas taso on välittäjätasoa, jossa onnistuneet ja usein toistuva tavoitteen saavuttamiseen liittyvä käyttäytyminen johtaa terveellisiin elämäntapoihin. Onnistuminen lisää toimintaa ICF-luokituksen toimintarajoitteiden, suoritusten ja/tai osallistumisen tasolla ja/tai parantaa pystyvyyden tunnetta. Neljäs taso kuvaa tavoitteiden saavuttamista, jossa potilaan toimintakyky on mitattavissa toimintarajoitteiden, suoritusten ja/tai osallistumisen tasolla. Esimerkiksi parempi kivun hallinta (toimintarajoitteiden vähentyminen), kävelynopeuden parantuminen (suoritusten lisääntyminen) tai työhön palaaminen (osallistumisen lisääntyminen). (Scobbie ym. 2011, 474.)

Interventiotason ensimmäisellä tasolla tapahtuu tavoitteen tunnistaminen. Potilasta rohkaistaan arvioimaan nykytilaansa ja tunnistamaan toimintakyvyn suurimmat ongelmat, joihin hän haluaa muutosta. Potilaan motivaatiota pyritään synnyttämään pystyvyyttä ja kuntoutuksen odotuksia lisäävillä tekniikoilla. Tekniikoissa keskitytään tavoitteisiin, jotka ovat saavutettavissa ja jotka lisäävät potilaan hallinnan kokemusta. Lisäksi rohkaistaan potilasta verbaalisin keinoin, että hän kykenee saavuttamaan asetetut tavoitteet. Osoitetaan, että potilaat, joilla on ollut samankaltaisia ongelmia, ovat onnistuneet saavuttamaan samanlaisia tavoitteita. Pyritään korjaamaan väärinkäsityksiä esimerkiksi koskien

fyysisiä rajoituksia tai jaksamista, jotka voivat rajoittaa potilaan pyrkimyksiä saavuttaa jokin tavoite. (Scobbie ym. 2011, 474.)

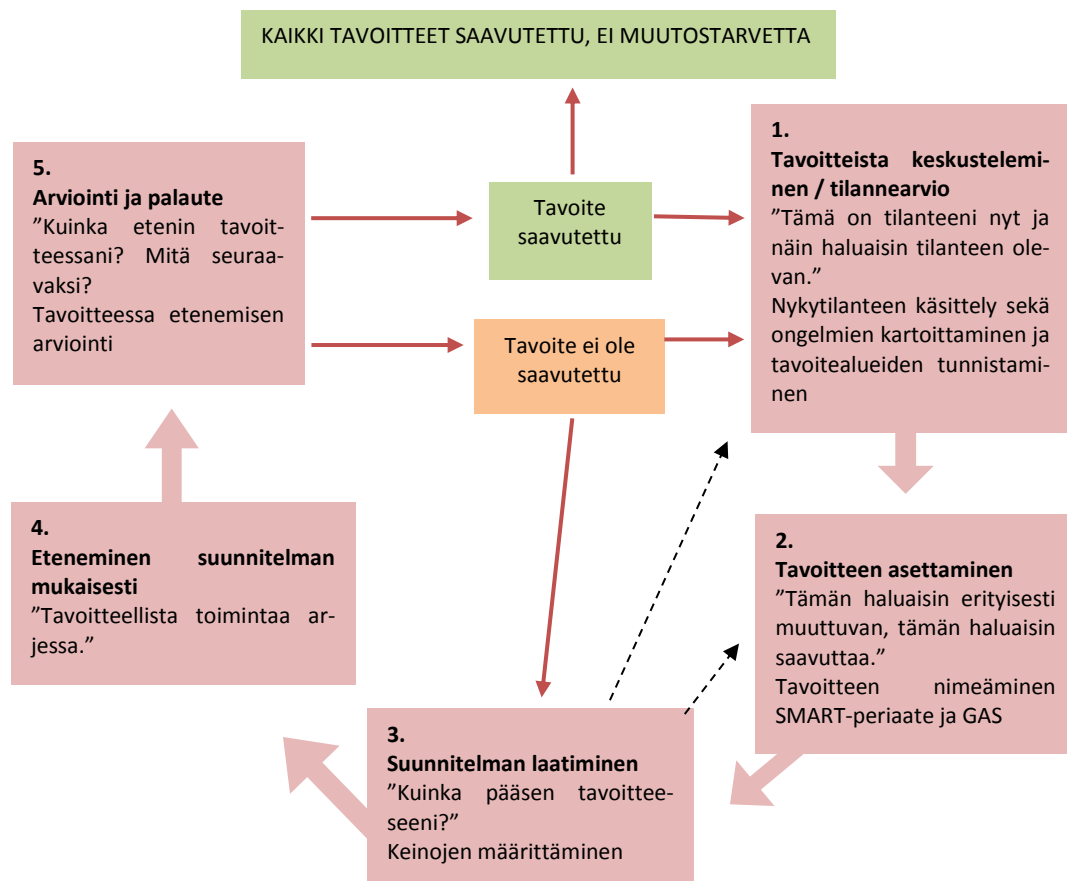
Intervention toisella tasolla asetetaan tavoite. Tason tarkoituksena on muuttaa yleinen tavoite spesifiseksi käyttäytymistavoitteeksi, joka lisää motivaatiota ja mittaa suoritusta. Tavoitteiden tulisi olla riittävän haastavia, mutta kuitenkin saavutettavissa kuntoutussuunnitelman toiminnalla. Kolmannella tasolla pyritään aloittamaan tavoitteiden saavuttamiseksi liittyvää käyttäytymistä proaktiivisen suunnittelun (toiminta- ja selviytymissuunnitelman) kautta. Toimintasuunnitelmassa käyttäytyminen jaetaan seuraavasti: *mitä* käyttäytymistä tarvitaan ja *milloin, missä ja miten* juuri kyseistä käyttäytymistä toteutetaan. Selviytymissuunnitelma vaatii potilasta tunnistamaan mahdollisia esteitä, jotka voivat hankaloittaa toimintasuunnitelman toteuttamista. Strategiat esteiden ylittämiseksi tai käsittelemiseksi kehitetään, jotta toimintasuunnitelman toteuttaminen mahdollistuu. Selviytymissuunnitelman tekoa ja läpivientiä helpottaa, jos potilaalla on kokemusta vastaavista tilanteista. Neljäs interventiotaso sisältää arvioinnin sekä palautteen annon. Tilanteessa arvioidaan potilaan suoriutumista suhteessa kuntoutussuunnitelmaan. Lisäksi tasolla mitataan edistymistä tavoitteeseen liittyen sekä annetaan palautetta potilaan suoriutumisesta. Prosessiin liittyvät tasot motivoivat potilasta tekemään tavoitteiden saavuttamiseen tarvittavia käyttäytymismuutoksia sekä luovat mahdollisuuden pystyvyyden tunteen lisäämiseen verbaalisen kannustuksen kautta. (Scobbie ym. 2011, 475.)

Interventio- ja käyttäytymisen tasojen avulla Scobbie ym. (2011, 476) kehittivät tavoitteen asettamisen ja kuntoutussuunnitelman 5-vaiheisen kehämallin (kuva 7), joka tukisi ammattilaisia ja potilaita päätöksenteossa arviointi- ja palautevaiheessa. Kehästä poistuminen edellyttää, että tavoitteet ovat saavutettu tai että uuden/toisen tavoitteen tunnistaminen käynnistyy. Kehässä voidaan myös palata tavoitteen asettamisen vaiheeseen, jolloin aiemmin laaditun tavoitteen saavuttamisen tärkeyttä voidaan arvioida uudelleen.

Tavoitteen asettamisen kehän avulla koettiin tavoitteen asettamisen taitojen paranevan ja itse prosessi koettiin järjestelmällisemmäksi toteuttaa. Samalla se helpotti tavoitteiden asettamista ja tavoitteiden saavuttamista. Ammattilaiset kokivat kykenevänsä paremmin keskittymään sekä työskentelemään potilaslähtöisemmin tavoitteiden asettamistilanteessa mallin avulla. Ajankäyttö ja päätöksenteko helpottuivat ja tavoitteen asettamisen mallin avulla tavoitteiden asettaminen ja kuntoutuksen suunnittelu koettiin tapahtuvan potilaan yksilöllisten tarpeiden ja elinympäristön mukaisesti. Kuntoutuksen suunnittelun

dokumentointi rohkaisi potilaita jatkamaan itsehoitoa ja suorittamaan kuntoutumiseensa liittyviä harjoituksia. Konkreettisten tavoitteiden saavuttamisen suunnitelma, eli mitä potilaan tulisi lähitulevaisuudessa tehdä, jotta tavoitteet saavutetaan, koettiin jossakin määrin hankalaksi ja ammattilaiset kokivat tarvitsevansa harjoitusta tai lisäkoulutusta mallin käytössä. Selviytymissuunnitelman toteutus tulisi myös olla tarkkaa ja nivoutua toimitasuunnitelmaan. (Scobbie ym. 2011, 476, 478.)

Tavoitteen asettaminen ei ole kuntoutusprosessin irrallinen osa, vaan se on dynaamisessa vuorovaikutuksessa kuntoutusprosessin kaikkiin vaiheisiin ja eri ammattiryhmiin. Tavoite ohjaa ja luo päämääriä ja kuntoutumisen edetessä prosessissa tapahtuvat muutokset ohjaavat tavoitetta. Arviointi- ja palautetilanteessa tapahtuva tavoitekeskustelu voi luoda tarpeen tavoitteiden uudelleen määrittelylle. Suomessa käytetyn GAS-menetelmän eri vaiheet nivoutuvat osaksi tavoitteiden asettamisprosessia (kuva 7). (Scobbie ym. 2011, 478; Autti-Rämö ym. 2016, 233.)



KUVA 7. Tavoitteen asettamisen kehä (Scobbie ym. 2011, 477; Autti-Rämö ym. 2016, 233)

4.6 GAS-menetelmä

Suomessa GAS-menetelmää (Goal Attainment Scaling) on käytetty tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin apuvälineenä Kelan rahoittamassa kuntoutuksessa vuodesta 2010 (Sukula ym. 2015, 9). GAS mahdollistaa yksilöllisten tavoitteiden systemaattisen laatimisen jokaiselle potilaalle ja huomioi potilaan senhetkisen tai tulevan suorituskyvyn (Sukula 2013). Tavoitteiden tunnistaminen tapahtuu potilasta haastatteleamalla ja hänen tilannettaan kartoittamalla. Keskeistä tavoitteiden laadinnassa on huomioida, että potilas on oman elämänsä asiantuntija ja jokaisen potilaan valmiudet ja mahdollisuudet muutokseen vaihtelevat eri tilanteissa. Tärkeää on myös, että potilas itse havaitsee millainen muutos hänen toimintakyvyssään vaikuttaisi hänen selviytymiseensä arkielämässä ja minkälainen muutos hänelle itselleen olisi merkittävä. (Autti-Rämö ym. 7-8.)

GAS-menetelmän avulla voidaan laatia selkeitä, tunnistettavia ja merkityksellisiä tavoitteita, joille laaditaan myös realistinen aikataulu, vaikka kuntoutusprosessi olisi monivaiheinen. Menetelmän avulla voidaan laatia yhteensä kahdeksan tavoitetta mutta keskimäärin potilailla on 1-3 yhtäaikaista tavoitetta. (Autti-Rämö ym. 7-8.) SMART-periaatteen mukaisesti laaditut tavoitteet motivoivat potilasta kuntoutuksessa ja tukevat potilasta tavoitteiden saavuttamisessa (Sukula ym. 2015, 11).

4.6.1 Tavoitteen nimeäminen

Potilaan sekä ammattilaisen välisessä keskustelussa pyritään nimeämään potilaan kuntoutuksen tavoite. Vuorovaikutuksessa potilas tunnistaa ammattilaisen avulla itselleen kuntoutumisen kannalta tärkeimmät asiat, joihin hän toivoo muutosta. Tavoitteelle annetaan nimi, esimerkiksi ”liikunta”. Ammattilaisen tehtävänä on muokata potilaalle tärkeät asiat tavoitteelliseen muotoon sekä osata ammattitaidollaan nähdä, että tavoite on kuntoutuksen keinoin saavutettavissa. Keinot tavoitteen saavuttamiseksi määrittää kuntoutuksen ammattilainen. (Autti-Rämö ym. 8-9.) Tavoitteen tunnistaminen pohjautuu potilaan haastatteluun, tutkimukseen, kyselyihin ja nykytilan kartoittamiseen (Sukula ym. 2015, 14).

4.6.2 Indikaattorin valinta

Tavoitteen asettamisessa indikaattori voi olla osoitin, ilmaisin tai tilastollinen luku, jonka avulla voidaan kuvata asioiden tilaa ja kehitystä. Kuntoutusprosessissa jokaista tavoitetta kuvaamaan valitaan selkeä indikaattori, joka on sovittuna hetkenä arvioitavissa ja joka edustaa valittua tavoitetta ja edistymistä tavoitteen suuntaan. Se voi olla laadullinen tai määrällinen kuten esimerkiksi paino kiloina, unen kesto tai kokemuksellinen ilmaisu. Jos tavoitteeksi on valittu esimerkiksi kunnan koheneminen, voi indikaattorina olla harjoitteluiden esiintymisen tiheys ja kesto tai lihasvoiman ja kestävyyskunnan kasvu. (Autti-Rämö ym. 9.)


4.6.3 Asteikon laadinta

GAS-menetelmän asteikon laadinnassa valitun indikaattorin tulee olla mitattavissa ja arvioitavissa. Näin ollen tavoite voidaan kuvata määrällisenä, kuten esim. painokiloa, tuntia, tiheyttä ja prosenttiosuutta tai laadullisena ilmaisuna, kuten esim. kykyä hallita tunteensa, käsitys tulevaisuudesta, toivottomuuden tunteet ja koettu tiedonhallinta. Määrällisen indikaattorin tulisi olla jonkinlainen liukuma esim. painonpudotus 5-6 kg tai harjoituskertoja 2-3 kertaa viikossa. Laadullisen indikaattorin tulisi olla selkeästi ilmaistu ja sen tulisi perustua potilaan omaan kokemukseen tai tuntemukseen. Laadullinen indikaattori voi olla esimerkiksi, että potilas kokee harjoittelutilanteen positiivisena ja että hän pystyy kertomaan sairaudestaan vieraalle. (Autti-Rämö ym. 9-10.)

GAS-asteikon (taulukko 2) laadinta aloitetaan **tavoitetasosta**, joka tarkoittaa tasoa joka potilaan on realistista saavuttaa tai kuvaa tilannetta jolloin tavoite on saavutettu. Tavoitetaso on **GAS-asteikolla 0**. Tavoitetaso on potilaalle realistinen saavuttaa. Seuraava asteikko on **+1, jonkin verran korkeampi kuin tavoitetaso**, mikä tarkoittaa tavoitetta, joka on realistinen saavuttaa mutta lopputulos on enemmän kuin odotettiin. Vastaavasti tilanne, jossa lopputulos on odotettua vähäisempi, mutta muutos oikeansuuntainen kuvataan asteikolla **-1**, joka tarkoittaa tilannetta joka on **jonkin verran matalampi kuin tavoitetaso**. Optimaalisissa olosuhteissa ja määritetyssä aikataulussa saavutettava tilanne määritellään GAS-asteikolla **+2**, joka on **selvästi odotettua korkeampi kuin tavoitetaso**. Lopuksi GAS-asteikolla määritellään tilanne, jossa muutoksella ei ole toiminnalle

suurta merkitystä tai tilanne on ennallaan tai huonontunut **-2**, joka tarkoittaa **selvästi odotettua matalampi kuin tavoitetaso**. Mikäli potilaan tilanne huononee tai pysyy ennallaan, on GAS-asteikko -2. (Autti-Rämö ym. 9-10; Sukula 2013.)

TAULUKKO 2. GAS-asteikko ja muutoksen kuvaaminen (Autti-Rämö ym. 10; Sukula 2013).

| Muutoksen suunta | GAS-asteikko | Muutoksen laatu | |
|---|--------------|-----------------------------------|--|
| -  + | -2 | Selvästi odotettua matalampi | Muutoksella ei toiminnalle merkitystä, tilanne ennallaan tai huonontunut |
| | -1 | Jonkin verran odotettua matalampi | Lopputulos odotettua vähäisempi, mutta muutos on oikeansuuntainen |
| | 0 | Tavoitetaso | Realistinen saavuttaa |
| | +1 | Jonkin verran odotettua korkeampi | Tavoite realistinen, lopputulos enemmän kuin odotettiin |
| | +2 | Selvästi odotettua korkeampi | Saavutettavissa optimaalisissa olosuhteissa |

4.6.4 Tavoitteen tarkistaminen

Tavoitteen tarkistamisen ajankohta on etukäteen sovittava potilaan kanssa tavoitteiden asettamisen yhteydessä. Tavoiteasteikolla olevat tasot tulisi olla ymmärrettävissä kaikkien osapuolien ymmärrettävissä. Virheiden välttämiseksi on muistettava tavoitteiden asettamisen yhteydessä että:

- valittu indikaattori kuvaa asetettua tavoitetta
- asteikko on määritetty riittävän selkeästi
- asteikko on yksiselitteinen ja päällekkäisyyksiä tai asteikon eri tasojen välisiä aukkoja ei esiinny
- samaan tavoitteen asteikolla ei ole kahta eri indikaattoria
- indikaattorin asteikossa ei määritetä kolmannen osapuolen toimintaa
- tavoitteen saavuttamiselle on asetettu aikataulu
- tavoitteiden asteikon laadinnassa käytetään selkeää ja ymmärrettävää kieltä ja tunteita sekä standardoituja menetelmiä sekä mittareita. (Autti-Rämö ym. 11.)

4.6.5 Kuntoutuksesta sopiminen

Kuntoutusprosessin suunnittelussa potilaan kanssa käydään läpi, mitä pitäisi tapahtua, jotta laaditut tavoitteet saavutetaan. Kuntoutusprosessin välivaiheet on tunnistettava sekä mitä potilaalta itseltään edellytetään prosessin aikana ja millaista tukea sekä ohjausta ammattilainen tarjoaa. Kuntoutusprosessi ja kuntoutustoimenpiteet on oltava muutettavissa, mikäli tavoitetaso aikataulu on riittämätön, potilaan terveydentila muuttuu tai suunnitellut kuntoutustoimenpiteet eivät sovellu potilaalle. Säännöllinen tavoitteiden tarkastaminen helpottaa kuntoutusprosessin etenemisen tunnistamista ja mahdollisten, tarpeettomien tavoitteiden tunnistamista ja uusien tavoitteiden laatimista. Potilaan motivaatiota kuntoutuksessa ylläpitää realistiset, saavutettavissa olevat tavoitteet. (Autti-Rämö ym. 12.)

4.6.6 Tavoitteiden saavuttaminen

Tavoitteiden määrittämisen jälkeen ammattilainen sopii yhdessä potilaan kanssa, miten tavoitteisiin voidaan päästä kuntoutuksen keinoin ja ajankohta tavoitteiden arvioinnille sovitaan. Tavoitteiden arvioinnissa GAS-asteikosta katsotaan toteutuneet lukuarvot. Toteutuneet lukuarvot lasketaan yhteen ja lasketaan tavoitteiden määrän mukainen T-lukuarvo (liite 5). GAS-taulukon mukaan voidaan arvioida enintään kahdeksan tavoitteen lukuarvo. Tuloksia voidaan tarkastella kahdesta eri näkökulmasta: miten potilas on saavuttanut tavoitteet ja miten ammattilainen on pystynyt ennustamaan, mitä kyseisellä kuntoutuksella voidaan saavuttaa. (Sukula 2013; Sukula & Vainiemi 10.)

T-lukuarvo on aina 50, jos tavoitteiden summa on 0. Tämä tarkoittaa sitä, että tavoitteet on keskimäärin saavutettu. Kun tavoitteiden saavuttamisen summa jää alle nollan, toisin sanoen T-lukuarvo on alle 50, tavoitteita ei ole keskimäärin saavutettu tai ne on laadittu liian vaikeiksi saavuttaa. Jos tavoitteiden saavuttamisen summa puolestaan on yli nollan, T-lukuarvo suurempi kuin 50, tavoitteet on saavutettu keskimääräistä paremmin tai ne on laadittu liian helpoiksi saavuttaa. T-lukuarvo tekee ryhmätason analyysit mahdolliseksi ja yksittäisten henkilöiden tavoitteiden vaihtelevat määrät ovat hallittavissa tilastollisessa analyysissä. (Autti-Rämö ym. 12; Sukula & Vainiemi, 10.)

5 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖ JA FYSIOTERAPIA

Suomessa lähes 25 000 henkilöä sairastuu vuosittain aivoverenkiertohäiriöihin (AVH). Aivoverenkiertohäiriö on kolmanneksi yleisin kuolinsyy. (Aivoliitto: aivoverenkiertohäiriöt.) Aivoverenkiertohäiriöihin luokitellaan kaksi pääryhmää: aivoinfarktit eli aivoveritulpat ja aivoaltimon verenvuoto. Aivoinfarkteista ja aivoaltimovuodoista käytetään usein myös yleisnimitystä aivohalvaus. Aivoverenkiertohäiriöistä noin 85% johtuu aivoinfarkteista ja 15% aivoaltimovuodoista. Aivoinfarktin syynä on hyytymän tukkima aivoaltimo, joka aiheuttaa aivokudoksen paikallista verettömyyttä ja kyseisen aivoalueen kudostuhoa, eli infarktin. Aivoinfarktin syynä on yleensä valtimoiden kovettumatauti eli ateroskleroosi. (Atula 2015a.)

Aivoaltimon verenvuotojen syynä on joko aivokudoksen ulkopuolella olevien suonten haarautumakohdan pullistuman repeämästä, eli lukinkalvon alainen verenvuoto (SAV, subaraknoidaalivuoto) tai aivokudoksen sisällä olevien suonten repeämästä, eli aivojen sisäinen verenvuoto (ICH, intra cerebral haematoma). Aivoverenvuoto aiheuttaa turvotusta ympärillä olevaan aivokudokseen, minkä seurauksena lähellä olevan hermokudoksen toiminta häiriintyy. (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 27; Atula 2015a.)

Aivoinfarktien ja aivoverenvuotojen oireet voivat olla hyvin samankaltaiset, vaikka ne syntyvaltaan ja hoidon suhteen eroavat toisistaan. Aivoverenkiertohäiriölle tyypillistä on niiden suhteellisen äkillinen alkua, johon yleisesti liittyy vartalon toisen puolen ylä- tai alaraajan tai molempien raajojen halvausoireisto. Puutumiset ja muut tuntohäiriöt ovat myös yleisiä. Aivoverenkiertohäiriöön voi liittyä myös tajunnan tason laskua, huimausta sekä pahoinvointia. Lisäksi oireisiin voi liittyä puheen puuroutumista, puheen tuottamisen tai ymmärtämisen vaikeutta ja näköhäiriöitä tai näkökentän puutoksia. (Atula 2015a.)

Paikallisiin verenpuutosten aiheuttamiin aivoverenkiertohäiriöihin kuuluvat aivoinfarktin lisäksi ohimenevät aivoverenkiertohäiriöt, eli ns. TIA-kohtaukset (Transient ischaemic attack), jossa oireet kestävät alle 24 tuntia. Trombosoituminen tarkoittaa hyytymän aiheuttamaa tukosta tai ahtaamaa aivoaltimossa tai aivoihin verta vievissä valtimoissa. Hyytymä kulkeutuu yleensä aivoihin valtimon seinämästä tai sydäimestä. Aivojen verenpuutosta voi aiheuttaa myös kaulavaltimon repeämä. Repeämän voi aiheuttaa esim. nopea

kaularangan kierto. Repeämässä veren pyörteinen virtaus suonien seinämässä aiheuttaa hyytymää, joka voi vuorostaan aiheuttaa ahtauman tai hyytymän, joka irrotessaan tukkii aivoverenkiertoa. Laskimohyytymä, eli sinustromboosi voi aiheuttaa aivojen verenpuutosta. Laskimohyytymä voi johtua perinnöllisestä altistumisesta hyytymille tai kuivumisesta. Aivojen syviä osia suonittavien pienten valtimoiden paksuuntuminen (mikroangiopatia) voi myös aiheuttaa aivoverenkiertoa estävää ahtaumaa. (Forsbom ym. 2001, 28.)

TIA-kohtausta pidetään varoituksena mahdollisesta tulevasta aivoverenkiertohäiriöstä. Yhdellä kymmenestä potilaasta todetaan viikon sisällä TIA-kohtauksesta aivoverenkiertohäiriö, joten tilanne vaatii aina kiireellisen selvittelyn sekä hoidon. Aivojen kuvantamistutkimuksessa todetaan usein aivoinfarkti, kun TIA-oireet ovat kestäneet yli 1-2 tuntia. Ohimenevän aivoverenkiertohäiriön riskitekijät ovat samat kuin aivoinfarktissa ja aivoverenvuodossa. (Atula 2015b.)

Osa potilaista hyötyy aivoinfarktin liuotushoidosta. Se edellyttää potilaan hakeutumista sairaalahoitoon alle 4-5 tunnissa oireen alkamisesta sekä välitöntä aivojen tietokonekuvausta. Halvausoireiden, muiden sairauksien, kotilääkkeiden sekä kuvauslöydöksen perusteella ratkaistaan, soveltuuko potilas liuotushoitoon. Kohonneen verenpaineen hoito, korkean verensokerin madaltaminen, ruumiinlämmön madaltaminen ja elintoimintojen turvaaminen ovat välttämättömiä hoitoja aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Sydänperäisessä aivoinfarktissa aloitetaan verenhennuslääke. Valtimoiden kovettumisesta aiheutuneessa infarktissa tarvitaan verihutaleiden toimintaan vaikuttavia lääkkeitä. On hyvin yleistä, että potilaalle aloitetaan myös kolesteroliarvoja laskeva lääkitys sekä verenpainelääkitys, jos sairaalassa todetaan korkeat verenpainearvot. (Atula 2015a.)

5.1 Aivoverenkierron aiheuttamat haitat

Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat oireet ovat hyvin monialaisia ja vaativat yleensä pitkäaikaista ja moniammatillista kuntoutusta. Aivoverenkiertohäiriöpotilaille jo yksi toiminnallinen haitta vaikeuttaa yksinkertaisen toiminnon suorittamista. (Forsbom ym. 2001, 31-32.)

Fyysisten oireiden, kuten lihasten heikon toiminnan tai toimimattomuuden, lihasjänteiden kohoamisen (spastisuus), eriytyneiden liikkeiden hallinnan vaikeuden, koordinaatiohäiriöiden ja tuntopuutosten lisäksi potilaalla on usein erilaisia kognitiivisia häiriöitä. Kognitiivisiin häiriöihin kuuluvat erilaiset havainnoinnin häiriöt, kuten oman kehon halvaantuneen puolen hahmottamisen vaikeus tai puuttuminen sekä apraksia, joka tarkoittaa tahdonalaisen liikkeen ja toiminnan suorittamisen vaikeutta, vaikka potilaalla olisi siihen vaadittavaa lihastoimintaa. Lisäksi havainnoinnin häiriöihin lasketaan perseveraatio, joka tarkoittaa juuttumista johonkin liikkeeseen tai toimintaan osaamatta jatkaa tai lopettaa sitä. Agnosia tarkoittaa potilaan vaikeutta tunnistaa tuttuja esineitä eikä hän myöskään tiedä mitä esineillä tehdään. Potilas voi olla myös oiretiedostamaton, eli hän ei tunnista olevansa sairas tai potilas voi nähdä oman toipumisennusteensa epärealistisena tai hänen oma näkemyksensä toimintakyvystään voi olla häiriintynyt. (Forsbom ym. 2001, 31-32.)

Tuntopuutokset ovat yleisiä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneilla ja ne vaikuttavat potilaan liikkumiseen sekä suoriutumiseen päivittäisissä toiminnoissa. Näkökyvyn häiriöt ja puheen ymmärtämisen- ja/tai tuottamisen vaikeudet ovat yleisiä aivoverenkiertohäiriöissä. Potilaalla esiintyy usein myös lukemisen, kirjoittamisen ja laskemisen vaikeutta. (Forsbom ym. 2001, 32-33.)

Muistihäiriöt ja oppimisvaikeudet ovat aivoverenkiertohäiriöihin sairastuneilla usein mahdollisia oireita. Masennus, mielialaherkkyys, keskittymisvaikeudet ja tunnetilojen vaihtelut ovat myös tyypillisiä aivoverenkiertohäiriöpotilaille. Masennus voi johtua sekä orgaanisista että psykogeenisistä syistä ja kognitiivisten häiriöiden on todettu pidentävän masennuksen kestoja. Varhain aloitetulla lääkityksellä ja muilla depression hoitomuodoilla on todettu olevan vaikutusta kuntoutuksen tuloksellisuuteen. (Forsbom ym. 2001, 33; Rissanen ym. 2008, 255-256.)

5.2 Aivoverenkiertohäiriöistä toipuminen

Vaurioituneen hermokudoksen kyky uusiutua on rajallinen. Hermosolutuhoon liittyy yleensä muutoksia myös aivojen terveissä kudoksissa. Kehon solut uusiutuvat jatkuvasti mutta aivojen neuronit (hermosolut) eivät uusiudu tuhoutuessaan. Aivoverenkiertohäiriöissä kuntoutuminen perustuu aivojen uudelleen muotoutumiseen, eli hermopäätteiden

uusiutumiseen. Hermopäätteissä tapahtuu uudelleen versoutumista, jolloin syntyy uusia yhteyksiä hermosolujen välille ja hermoverkko järjestäytyy uudelleen. Hermoverkon uudelleenjärjestäytyminen edellyttää kuntoutusta, eli uudelleen oppimista eri muodoissa. (Forsbom ym. 2001, 26.)

Aivoverenkiertohäiriöissä toipumista tapahtuu eniten ensimmäisten kolmen kuukauden aikana ja toiminnallisessa suoriutumisessa, kuten liikkumisessa, itsestään huolehtimisessa ja kielellisissä taidoissa, toipumista on tutkimusten perusteella havaittu 6 kuukauden asti. Toipumista voi tapahtua kuitenkin pidemmällä aikavälillä koska hermosoluliitosten uusiutuminen jatkuu jopa vuosien ajan. (Forsbom ym. 2001, 26; Rissanen ym. 2008, 252-253.)

5.3 Riskitekijät ja niiden hoito

Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijöitä ovat verenpainetauti, sydänsairaudet, veren sokeri- ja rasva-aineenvaihdintahäiriöt, tupakointi, päihteiden käyttö, epäterveellinen ruokavalio ja estrogeenipitoiset e-pillerit. Lisäksi perintötekijät ja korkea ikä sekä liikunnan puute, ylipaino ja stressi lisäävät riskiä sairastua. (Forsbom ym. 2001, 27.)

Tehokkaalla alkuhoidolla sairaalassa vähennetään aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamaa vammaisuutta. Sairastumisen alkuvaiheessa tunnistetut riskitekijät ja niiden sekundaarinen hoito vähentävät huomattavasti aivoverenkiertohäiriön uusiutumisen riskiä. Elämäntapojen ohjauksella ja hoidolla on näin ollen suuri merkitys. Tämä tarkoittaa tupakoinnin lopettamista, painon hallintaa, erityisesti vyötärön ympäryksen pitämistä normaaleissa rajoissa, terveellisen ruokavalion noudattamista, kovan (tydyttyneen) rasvan käytön vähentämistä ja pehmeän rasvan (tyydyttymättömän) lisäämistä, kohtuullista alkoholin käyttöä sekä riittävää liikuntaa. (Atula 2015a; Atula 2015b; Aivoinfarkti ja TIA – Käypä hoito -suositus 2016.)

Liikunnalla on suotuisia vaikutuksia verenpaineeseen, veren rasva-arvoihin, sokeriaineenvaihduntaan ja valtimoiden kuntoon. Kohtuullisen liikunnan harrastaminen vähentää sairastumisriskiä ja auttaa painon hallinnassa. Liikunta myös vahvistaa elimistön puolus-

tuskykyä, edistää mielialan kohentumista, vähentää stressiä ja parantaa unen laatua. Liikunnan raskuudesta lisätään vähitellen harjoittelun edessä ja oman kunnon ja jaksamisen lisääntyessä. (Liippola & Lumimäki 2016, 6, 8.)

5.4 Fysioterapiakäytäntö HYKS-sairaanhoitoalueella

Akuutin aivoverenkiertohäiriöpotilaan prosessikuvaus Helsingin Yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) fysioterapiakäytännöistä on laadittu vuonna 2010 ja päivitetty vuonna 2015. Akuutteja aivoverenkiertohäiriöpotilaita hoidetaan HUS/HYKS Meilahden, Jorvin ja Peijaksen sairaaloiden neurologisilla osastoilla sekä Töölön sairaalan neurokirurgian osastoilla. AVH-potilaat tulevat sairaalaan päivystyspoliklinikan kautta tai suoraan sairaalasiirtona neurologisille tai neurokirurgisille osastoille. Kyseisellä potilasryhmällä on tai epäillään olevan akuutti aivoverenkiertohäiriö johtuen aivoinfarktista tai aivoaltimo- vuodosta. (Heinonen, Kylä-Utsuri, Malmberg, Manninen, Miettinen, Nuortila, Sainio, Sydänmaanlakka, Urho & Vedenjuoksu 2010; Jäppinen, Hartikainen, Manninen, Rautio, Sainia, Sainio, Turpeinen & Vuononranta 2015, 2.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian keskeisenä tavoitteena on potilaan muuttuneen motorisen toiminnan ja toimintakyvyn osa-alueiden uudelleen oppiminen siten, että potilas kykenee enenevässä määrin osallistumaan päivittäisiin toimintoihin ja selviytymään mahdollisimman itsenäisesti omassa elinympäristössään. Potilaiden suhtautuminen sairastumiseen on aina yksilöllistä ja tähän vaikuttavat hänen elämäntapansa ja käyttäytymistottumuksensa ja näin ollen fysioterapiaprosessin sisältö rakentuu yksilöllisesti potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilanteen sekä tarpeiden mukaan. Fysioterapian lähtökohtana toimii ICF-luokituksen eri osa-alueiden huomioiminen. (Paltamaa ym. 2011, 112-113.)

Fysioterapeutit arvioivat akuutin AVH-potilaan yksilöllistä liikkumista ja toimintakykyä osana erikoissairaanhoidon moniammatillista kuntoutusarviointia. Aivoverenkiertohäiriöpotilaat ohjautuvat fysioterapiaan kuten muidenkin erityistyöntekijöiden arvioihin lääkärin kirjallisella läheteellä tai palvelupyynnöllä. (Forsbom ym. 2001, 66.) Fysioterapiassa akuutin AVH-potilaan arvioiminen aloitetaan haastattelemalla ja havainnoimalla potilaan toimintakykyä (Heinonen ym. 2010; Paltamaa ym. 2011, 112-113; Jäppinen ym.

2015, 5). Akuutin AVH- potilaan toimintakyvyn arvioimista kuvaa ICF:n osa-alueet ruumiin/kehon toiminnot sekä suoritukset ja osallistuminen. Fysioterapiassa havainnoidaan potilaan mielentoimintoja, kuten esimerkiksi potilaan tietoisuutta (tajunnantaso, vireystilaa, sekavuutta), orientoitumista, hidastuneisuutta, mielialaa, muistia, ongelmanratkaisukykyä ja apraksiaa. Aistitoiminnoissa potilaan tuntoaistimusten, asento-, keho- ja liiketasapainotoimintojen arviointi on oleellista. (Heinonen ym. 2010; Jäppinen ym. 2015, 5-6.) Potilaan fyysinen yleiskestävyys, aerobinen kapasiteetti, verenpaine sekä turvotuksen arviointi huomioidaan myös (Stakes 2004, 34, 39).

Fysioterapiassa tutkitaan potilaan nivelten liikkuvuutta, lihasvoimaa, lihasjänteyttä ja -kestävyyttä, tahdonalaisten liikkeiden hallintaa ja koordinaatiota, tahattomia liiketoimintoja ja lihaskireyksiä, jotka lukeutuvat ICF-luokituksen tuki- ja liikuntaelimistöön sekä liikkeisiin liittyviin toimintoihin. Oppimisen ja tiedon soveltamisen pääluokkaan kuuluvat potilaan kyky liikkeiden jaksottamiseen ja yhteensovittamiseen sekä ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokyky. Potilaan kyky valmistaa eritasoisia tehtäviä, järjestää niihin tarvittavaa tilaa sekä aikaa ja tehtävien hallintaa ja loppuun suorittamista arvioidaan myös fysioterapiassa. (Stakes 2004, 36, 39; Heinonen ym. 2010; Jäppinen ym. 2015, 6.)

Liikkumisen arviointiin liittyvät potilaan kyky muuttaa asentoaan, nousta istumaan ja seisoamaan, sekä potilaan kykyä siirtyä, kävellä eri ympäristöissä sekä liikkumisen apuvälineiden tarvetta. Lisäksi potilaan itsestä huolehtimisen toiminnot ovat olennaisia arvioida. Ympäristötekijöiden arvioinnissa korostuvat fyysinen-, sosiaalinen- ja asenneympäristö, jossa potilas elää ja toimii. Potilaan tuki ja keskinäiset suhteet otetaan huomioon AVH-potilaan toimintakyvyn arvioinnissa. Lisäksi on syytä huomioida potilaan elinympäristön ja omaisten tarjoamat resurssit. Fysioterapiassa kartoitetaan potilaan tarvitsemat, asumisessa ja elinympäristössä selviytymistä tukevat, palvelut ja liikkumisen apuvälineet. Lisäksi kartoitetaan kotikunnan tarjoamat terveys- ja liikuntapalvelut jatkofysioterapian suunnittelussa. (Stakes 2004, 40-41, 43-44; Heinonen ym. 2010; Jäppinen ym. 2015, 7.)

5.4.1 Mittareiden käyttö HYKS-fysioterapiassa

HYKS-alueen fysioterapeutit käyttävät akuutin AVH-potilaan toiminta- ja liikkumiskyvyn tutkimiseen, arviointiin ja seurantaan erilaisia mittareita tukemaan päätöksentekoaan. Mittareiden valintaa ohjaa myös akuutin AVH-potilaan kuntoutusprosessin vaihe HYKS-

sairaanhoitoalueella. Fysioterapeutit hyödyntävät työssään Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitoksen (THL) kehittämää ja ylläpitämää TOIMIA-tietokantaa, johon on koottu asiantuntijoiden soveltuvuusarviot ja suositukset eri mittareiden käyttötarkoituksesta, luotettavuudesta, pätevyydestä ja toistettavuudesta. Myös TOIMIA-tietokannan lähtökohtana on WHO:n ICF-luokitus. Tietokannasta suosituksen mukaan AVH-potilaan arvioinnissa tulisi käyttää standardoituja mittareita. Lisäksi arvioinnissa tulisi käyttää AVH-potilaan omaa arviota, että objektiivisia suorituskykymittareita sekä AVH-potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan soveltuvia mittareita. Fysioterapeutit käyttävät myös muiden kansallisten organisaatioiden, kuten Kansaneläkelaitoksen, UKK-instituutin ja Työterveyslaitoksen (TTL) kehittämiä mittareita. (Heinonen ym. 2010; Jäppinen ym. 2015, 7.)

ICF-luokituksen aihealueiden mittaamiseen käytetään standardoituja arviointimenetelmiä. Standardoitujen arviointimenetelmien avulla kerätään tietoa aihealueiden eri ulottuvuuksista potilaan sekä hänen lähipiirinsä ja elinympäristönsä näkökulmasta. (Paltamaa ym. 2011, 110.) AVH-potilaiden yleisimmin käytetyt arviointimenetelmät HYKS fysioterapiassa ovat:

- Bergin tasapainotesti
- MMAS (Modified Motor Assessment Scale) soveltuu päivittäiseen liikkumiseen liittyvän toimintakyvyn testaamiseen
- FSQfinKysely (potilaan itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä)
- Käden puristusvoima: Soveltuu liikuntaelinten toimintakyvyn alenemisen varhaiseen tunnistamiseen työikäisillä osana työkyvyn edellytysten arviointia
- Timed ”Up & Go” - testi: soveltuu fyysisen toimintakyvyn arviointiin väestötutkimuksissa sekä toimintakyvyn arviointiin iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä
- 10 metrin ja Kuuden minuutin kävelytestit: soveltuvat AVH-potilaiden kävelymatkan, kävelynopeuden ja fyysisen suorituskyvyn arvioimiseen
- Kyykistystesti: Soveltuu liikuntaelinten toimintakyvyn alenemisen varhaiseen tunnistamiseen työikäisillä osana työkyvyn edellytysten arviointia ja seuranta (Heinonen ym. 2010; Jäppinen ym. 2015, 7-8).

5.4.2 HYKS-alueen fysioterapian toteutus

HYKS-alueen fysioterapia toteutuu pääsääntöisesti yksilöterapiana, mutta tarvittaessa soveltuville potilaille myös ryhmäterapiana. Akuuttisairaaloissa toiminta painottuu enemmän arviointiin ja jatkohoidon suunnitteluun. Potilaat siirtyvät usein nopeasti jatkohoittoon ja terapiakerrat jäävät vähäisiksi. Fysioterapian toteutukseen sisältyy fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta, terapeuttinen harjoittelu, manuaalinen ja fysikaalinen terapia sekä liikkumista ja toimintakykyä tukevat apuvälinepalvelut. AVH-potilaan fysioterapia on kokonaisvaltaista, asteittain etenevää, kannustavaa ja potilaalle riittävän haastavaa. Terapiassa pyritään soveltamaan mahdollisimman vaikuttavia ja luotettavissa tutkimuksissa hyväksi todettuja fysioterapian menetelmiä. Fysioterapiassa korostuu vuorovaikutus ja potilaan ohjaus. Fysioterapiaa toteutetaan potilaan yksilöllisen tilanteen ja tarpeen mukaisesti huomioiden muut toiminnot esim. tutkimukset, hoitotoimenpiteet. Moniammatillinen yhteistyö tukee potilaan kuntoutumista. (Heinonen ym. 2010; Jäppinen ym. 2015, 9.)

Potilaan tarvitsema jatkokuntoutus toteutuu potilaan oman kunnan ja asuinalueen mukaan. Jatkokuntoutuspaikkaa suunniteltaessa otetaan huomioon myös potilaan terveydentila, aikaisempi toimintakyky ja arvioitu kuntoutumisennuste. Potilaan vastuulääkäri tekee lähetteen ja tarpeen mukaan suosituksen maksusitoumuksen tekemisestä määriteltyyn jatkokuntoutuspaikkaan. AVH-potilaan jatkokuntoutus voi toteutua joko kotona itsenäisen harjoittelun, liikuntatoimen tai potilasjärjestön toiminnan avulla, terveyskeskuksen järjestämänä, oman asuinkunnan erikoissairaanhoidossa vuodeosastolla tai poliklinisesti, perusterveydenhuollon sairaalassa, vuodeosastolla tai poliklinikalla tai yksityisessä kuntoutuslaitoksessa. (Heinonen ym. 2010; Jäppinen ym. 2015, 11-12.)

5.4.3 HYKS-alueen fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta

HYKS-alueen fysioterapiassa korostuu ohjauksen sekä neuvonnan tarve erityisesti potilaan kotiutuessa suoraan akuuttihoitosta. AVH-potilaan kanssa keskustellaan kuntoutumisen perusteista ja sitä edistävästä tekijöistä ja terveistä elintavoista. Potilasta kannustetaan ottamaan itse vastuuta omasta kuntoutumisestaan, toimintakyvystään ja terveydes-

HUS, HYKS, Meilahden sairaalassa usein käytetty kirjallinen esite on Aivoliiton laatima Liikunta aivoverenkiertohäiriön jälkeen-oppas. Oppaassa on koottu tietoa aivoverenkiertohäiriön sairastuneelle sekä hänen läheisilleen sairastumisen jälkeisen suositeltavan liikunnan tavoista, määristä ja mahdollisuuksista. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kestävyyskunto on yleensä heikentynyt sairastumisen ja toipilasajan aikana. Kunnon palautumiseksi tarvitaan lähes päivittäistä liikuntaa. Omassa arjessa tapahtuvan liikunnan säännöllisyydellä, jatkuvuudella on suuri merkitys terveyden kohenemisessä ja kuntoutumisessa. Liikunnan tulee olla sellaista, että se tuntuu mieleiseltä, jolloin sen jatkuvuutta on helpompi ylläpitää. Liikunta edistää aivojen toipumista ja tukee kuntoutumista. (Liipola & Lumimäki 2016, 4-6.)



KUVA 8. Liikuntapiirakka (UKK-instituutti)

6 TOIMINTAKYKY

Toimintakyky on keskeinen osa ihmisen hyvinvointia ja se jaetaan fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Edellä mainittuja toimintakyvyn edellytyksiä yksilö tarvitsee selviytyäkseen omassa elinympäristössään ja suoriutuakseen päivittäisistä toiminnoistaan. Ihmisen toimintakykyyn vaikuttaa ympäristötekijät, joihin liittyvät esimerkiksi erilaiset palvelut ja ihmiset, joilla voidaan tukea yksilön selviytymistä arjessa. (THL 2016b.)

Fyysinen toimintakyky sisältää fysiologisia ominaisuuksia kuten lihasvoiman ja kestävyden, kestävyyskunnan, nivelten liikkuvuuden, kehon asennon ja liikkeiden hallinnan sekä kaikkia näitä koordinoivan keskushermoston toiminnan. Fyysiseen toimintakykyyn lukeutuu myös näkö ja kuulo. (THL 2016c.) Fyysinen toimintakyky käsittää myös sellaista toimintaa, joka liittyy yksilön arkielämän vuorovaikutukseen ja kommunikointiin, kuten kasvojen ilmeet, eleet, mimiikka, ääni sekä puheen ja nielemisen motoriikka (Forsbom ym. 2001, 59).

Psyykinen toimintakyky käsittää ne voimavarat, joilla ihminen kykenee selviytymään elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvistä tekijöistä. Näihin kuuluvat kyky vastaanottaa ja käsitellä tietoa, kykyä tuntea, kykyä kokea ja muodostaa käsityksiä omasta itsestä ja ympäröivästä maailmasta sekä kykyä suunnitella elämänsä ja tehdä sitä koskevia valintoja ja päätöksiä. Yksilön persoonallisuus ja sosiaaliset taidot lukeutuvat psyykkiseen toimintakykyyn. (THL 2016c.)

Kognitiivinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä vastaanottaa, käsitellä, säilyttää ja käyttää tietoa. Kognitiivinen toimintakyky sisältää muun muassa muistiin, oppimiseen, keskittymiseen, tarkkaavuuteen, hahmottamiseen, orientaatioon, tiedon käsittelyyn, ongelmien ratkaisukykyyn, toiminnanohjaukseen ja kielelliseen liittyvät toiminnot. Ihmisen suoriutuminen arkielämässään edellyttää edellä mainittujen tiedonkäsittelyn osa-alueiden yhteistoimintaa. (THL 2016c.)

Sosiaalinen toimintakyky muodostuu ihmisen vuorovaikutussuhteista ja ihmisen aktiivisesta osallistumisesta yhteisöön ja yhteiskuntaan. Sosiaalisen toimintakyvyn lähtökohdina toimii yksilön ja hänen sosiaalisen verkoston ja ympäristön sekä yhteiskunnan välinen vuorovaikutus. (THL 2016c.)

Toimintakyvyn arviointi toimii perustana kuntoutuksen suunnittelulle ja kuntoutuksen tulosten arvioinnille. Näin ollen se nivoutuu tiukasti myös tavoitteen asettamiseen. Toimintakyvyn arviointi suoritetaan yleensä potilaan näkökulma huomioiden mutta objektiivinen arviointi toteutuu kuntoutuksen ammattilaisen näkökulmasta. Erilaisia standardoituja toimintakykymittareita voidaan käyttää toimintakyvyn monipuolisen arvioinnin tukena. Mittareita on koottu vuonna 2007 käynnistyneen kansallisen Toimia-hankkeen verkkosivustolle. Hankkeen tavoitteena on parantaa muun muassa toimintakyvyn arvioinnin ja mittaamisen yhdenmukaisuutta sekä laatua. Väestön ja esimerkiksi eri sairausryhmien toimintakyvyllä on myös terveystaloudellinen merkitys. (Järvikoski 2011, 92-94.)

Potilaan toimintakykyä kuvatessa, tulisi tarkistaa potilaan tilannetta ja katsoa, mitä tavoitteita sieltä nousee ja mitä voidaan yhdessä lähipiirin kanssa tai terapian avulla tukea. Näin muodostuu yhteinen kuva asiakkaasta, hänen vahvuuksistaan ja tuen tarpeestaan. (Sukula ym. 2015, 25.)

6.1 ICF-luokitus toimintakyvyn arvioinnissa

Maailman terveysjärjestön WHO:n laatima toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) -luokitus kehitettiin kansainvälisenä yhteistyönä ja julkaistiin vuonna 2001. ICF-luokitus tarjoaa yhtenäisen viitekehyksen toiminnallisen terveydentilan ja terveyteen liittyvän toiminnallisen tilan kuvaukseen. ICF-luokituksen avulla toimintaa ja toiminnan rajoituksia voidaan tarkastella yksilön terveydentilan sekä hänen elinympäristössään olevien tekijöiden välisestä vuorovaikutuksesta. Luokituksessa toimintakyky kuvaa ihmisten toimintakykyyn liittyvää tietoa rakenteisessa muodossa. Toimintakyvyn osa-alueet ja niiden sisältämät yksittäiset tekijät kuvataan erilaisilla toimintakyvyn arviointimenetelmillä ja -mittareilla. Luokituksessa toimintakyky on yläkäsite, joka sisältää ruumiin toiminnot

ja rakenteet sekä suoritukset ja osallistuminen arkielämän ja yhteiskunnan toimintaan. (Stakes 2004, 3; Rissanen ym. 2008, 82; WHO 2014, 7-8; Sukula ym. 2015, 16.)

Ruumiin tai kehon toimintoihin kuuluvat elinjärjestelmän fysiologiset ja psyykkiset toiminnot ja ruumiin rakenteisiin ruumiin anatomiset osat, kuten elimet, raajat ja näiden rakenteosat. Suoritukset ovat niitä tehtäviä ja toimia, joita yksilö toteuttaa. Osallistumisella tarkoitetaan yksilön osallisuutta erilaisiin elämän ja yhteiskunnan tilanteisiin sekä erilaisia sosiaalisia rooleja. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 96-97.) ICF-luokitusta käytetään rakenteisessa muodossa sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmissä ja sen avulla toimintakyvyn eri osa-alueiden ja niiden sisältämiä yksittäisiä kuvauskohteita voidaan arvioida ja mitata (Sukula ym. 2015, 16).

6.2 ICF-luokituksen käsitejärjestelmä

ICF-luokituksen kaksi osaa ovat 1) toimintakyky ja toimintarajoitteet ja 2) kontekstuaaliset tekijät. Kumpikin osa jakautuu kahteen osa-alueeseen, joita kuvaavia kirjaimia käytetään koodaamisessa (taulukot 3 ja 4) (kuva 9). (Stakes 2004, 7-11). ICF-luokituksen rakenne on alfanumeerinen. Kirjain *b* viittaa ruumiin/kehon toimintoihin, *s* ruumiin/kehon rakenteisiin, *d* suoritukseen ja osallistumiseen ja *e* ympäristötekijöihin. Yksilötekijöistä käytetään merkintää *pf* (personal factor). Yksilötekijöitä ei ole erikseen luokiteltu. Niillä tarkoitetaan yksilön ominaisuuksia ja hänen henkilökohtaiseen elämäänsä ja elämiseensä liittyviä erityisiä tekijöitä, jotka määrittävät omalta osaltaan yksilön toimintaa ja osallistumista. Yksilötekijöihin kuuluvat muun muassa sukupuoli, ikä, sosiaalinen tausta, kasvatus koulutus ja ammatti. Lisäksi siihen lukeutuvat yksilön fyysiset ja psyykkiset resurssit, kuten yleiskunto, elämäntavat, henkiset voimavarat, selviytymisstrategiat sekä aikaisemmat ja nykyiset elämäntapahtumat. Kirjainta seuraa numerokoodi, joka rakentuu pääluokan numerosta ja sitä seuraavista II ja IV luokitusportaan kuvauskohdetunnuksista. (Sukula ym. 2015, 17; THL 2016a.)

ICF-luokitus ei ole mittari, vaan se on vuorovaikutuksellinen malli, joka tarjoaa kokonaisvaltaisen näkökulman yksilön toimintakyvyn kuvaamiseen. Terveystila vaikuttaa suoritukseen ja osallistumiseen ja henkilön toiminta vaikuttaa terveystilaan. Yksilölliset tekijät ja ympäristö vaikuttavat ruumiin/kehon toimintoihin sekä osallistumiseen. Yksilön

toiminta vaikuttaa vuorostaan ympäristöön ja muokkaa hänen henkilökohtaisia piirteitä. ICF-luokituksessa jokaisen osatekijän suhde on dynaaminen, eli muutos yhdessä osatekijässä aiheuttaa muutoksen muihin osatekijöihin. Yksilötekijät sisältävät yksilön, hänen elämänsä historiaansa, asenteensa ja selviytymiskeinonsa kuvaavat tekijät. (Rissanen ym. 2008, 82; Sukula ym. 2015, 22.)

Kuntoutuksessa osalta tärkeimmät osa-alueet ovat suoritusten ja osallistumisen osa-alueet sekä yksilön fyysinen ja sosiaalinen ympäristö. Kontekstuaalisilla, eli ympäristötekijöillä on keskeinen merkitys potilaan toimintakyvyn arvioinnissa, sillä toimintakyky toteutuu aina terveydentilan ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksena. Ympäristötekijät tarkoittavat yksilön fyysistä, sosiaalista ja asenneympäristöä. Ympäristö käsittää luonnollisen ja ihmisen rakentaman fyysisen ympäristön sekä yhteiskunnan asenteet, sosiaaliset tuet, erilaiset palvelut ja politiikan. Ympäristötekijöillä on joko yksilön toimintakykyä edistävä tai rajoittava merkitys. (Rissanen ym. 2008, 83; Sukula ym. 2015, 22.)

ICF-viitekehyksen avulla voidaan tunnistaa kuntoutustarpeen taustalla olevat ongelmat sekä havaita kuntoutuksen esteet ja näin ollen tukea kuntoutuksen suunnittelua. Potilaan elämäntilanteen tarkastelu ja siihen liittyvien vahvuuksien analysointi onnistuu myös ICF-mallin avulla. Kuntoutusprosessin etenemistä ja tulosten arviointia on tarkasteltava luokituksen kaikkien osa-alueiden muutoksien kautta. Mallin avulla myös kuntoutuksen etenemistä ja hankaloittavia tekijöitä voidaan tutkia. (Rissanen ym. 2008, 83-84.)

ICF-luokituksen avulla voidaan kuvata kenen tahansa toimintakykyä erilaisissa elämäntilanteissa ja tämän vuoksi käsitteitä mallissa on paljon. Käsitteet tulee valita potilaan kulloisenkin tilanteen mukaan. Lääketieteellisen terveydentilan ollessa lähtökohtana, ICF-mallia voidaan käyttää arvioimaan toimintakyvyn rajoitteita. ICF-luokitus helpottaa tavoitteiden asettamisen yhteydessä kohdentamaan kuntoutusta ja hyödyntämään eri ympäristö- ja yksilötekijöitä potilaan elämässä. Yksittäisen potilaan kohdalla se voi tarkoittaa esimerkiksi työpaikkajärjestelyjä ja sopivien harjoituskeinojen löytämistä tavoitteiden saavuttamiseksi. (Sukula ym. 2015, 18, 25.)

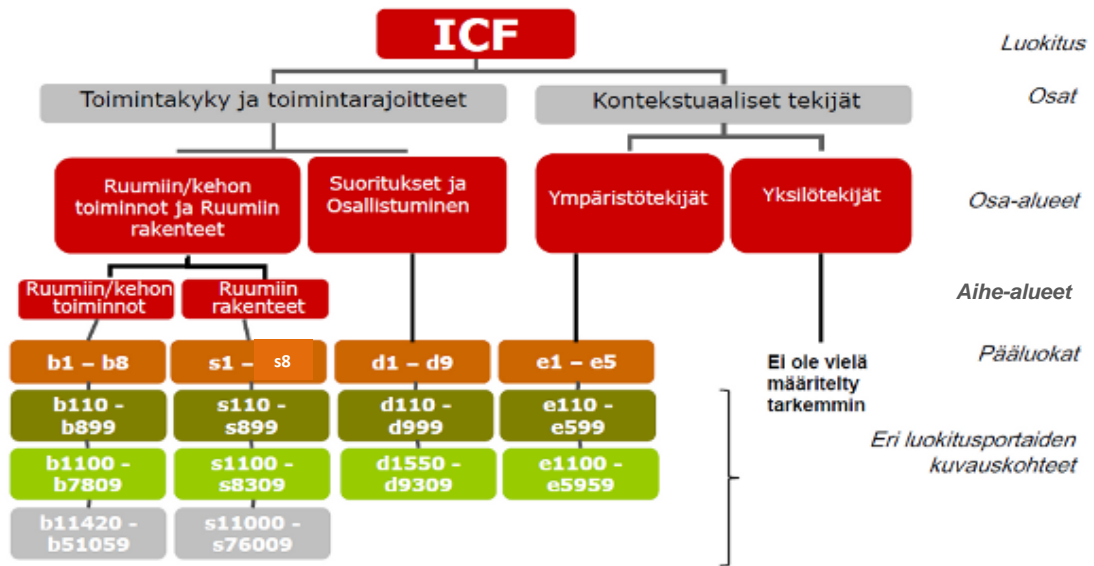
TAULUKKO 3. Osa 1: Toimintakykyä ja toimintarajoitteita kuvaava osa (THL 2016a)

| PÄÄLUOKAT | | |
|---|---|--|
| Ruumiin/kehon toiminnot (b) | Ruumiin/kehon rakenteet (s) | Suorituksissa ja osallistumisessa on yhdeksän pääluokkaa, jotka kattavat kaikki elämän alueet (d) |
| Mielentoiminnot b110-b199 | Hermojärjestelmän rakenteet s110-s199 | Oppiminen ja tiedon soveltaminen d110-d199 |
| Aistitoiminnot ja kipu b210-b299 | Silmä, korva ja niihin liittyvät rakenteet s210-s299 | Yleisluontoiset tehtävät ja vaatteet d210-d299 |
| Ääni- ja puhetoiminnot b310-b399 | Ääneen ja puheeseen liittyvät rakenteet s310-s399 | Kommunikointi d310-d399 |
| Sydän- ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot b410-b499 | Sydän ja verenkierto-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän rakenteet s410-s499 | Liikkuminen d410-d499 |
| Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot b510-b599 | Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän rakenteet s510-s599 | Itsestä huolehtiminen d510-d599 |
| Virtsan- ja sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän toiminnot b610-b699 | Virtsan- ja sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän rakenteet s610-s699 | Kotielämä d610-d699 |
| Tuki- ja liikuntaelimitykseen ja liikkeisiin liittyvät toiminnot b710-799 | Liikkeeseen liittyvät rakenteet s710-s799 | Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet d710-d799 |
| Ihon ja ihoon liittyvien rakenteiden toiminnot b810-b899 | Ihon rakenne ja ihoon liittyvät rakenteet s810-s899 | Keskeiset elämänalueet d810-d899 |
| | | Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä d910-d999 |

TAULUKKO 4. Osa 2: Kontekstuaalisia tekijöitä kuvaava osa (THL 2016a)

| PÄÄLUOKAT | |
|---|---|
| Ympäristötekijät (e) | Yksilötekijät (pf) |
| | Sosiaalisen ja kulttuurisen vaihtelun vuoksi yksilötekijöitä ei ole luokiteltu |
| Tuotteet ja teknologiat e110-e199 | Ikä |
| Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset e210-e299 | Sukupuoli |
| Tuki ja keskinäiset suhteet e310-e399 | Elämäntyyli |
| Asenteet e410-e499 | Tavat |
| Palvelut, hallinto ja politiikat e510-e599 | Koulutus |
| | Ammattitaito |

ICF-luokituksen hierarkinen rakenne ja koodit



KUVA 9. ICF-luokituksen hierarkinen rakenne ja koodit (THL 2016a, muokattu)

Osa-alueet koostuvat aihe-alueista, jotka puolestaan koostuvat pääluokista, jotka ovat ICF-luokituksen luokitusyksiköitä. Yhden tai useamman kuvauskohdekoodin ja niihin liitettävien tarkenteiden avulla voidaan kuvata yksilön toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista. Koodinumerot ovat tarkenteita, joilla toimintakyky tai toimintarajoitteiden aste tai merkitys määritetään. Myös ympäristötekijät toimivat edistävinä tai rajoittavina tekijöinä. (Stakes 2004, 11.) Tarkempi kuvaus pääluokkien alla olevista eri luokitusportaiden aihealueruokista on jätetty tässä opinnäytetyössä avaamatta koska ICF-luokituksesta on kehitetty eri terveydentiloihin tai tilanteisiin soveltuvia ydinlistoja, joilla toimintakyvyn kuvaaminen on helpompaa ja käytännöllisempää. Ydinlistoihin on koottu minimimäärä ICF-kuvauskohteita, joita tarvitaan kuvaamaan potilaan toimintakykyä tietyissä sairauksissa tai joita voidaan käyttää yksilön toimintakyvyn kuvaamiseen eri sosiaali- tai terveydenhuollon tilanteissa. (THL 2016d).

Ydinlistoja on kehitetty 32 yleisempään sairauteen, ikääntymiseen tai työkyvyn arviointiin. Edellä mainittujen lisäksi on olemassa yleinen ICF-ydinlista sekä yleinen toiminta-

rajoitteet-ydinlista. Ydinlistat ovat tulosta perusteellisesta ja monimenetelmäisestä prosessista, joka on sisältänyt empiirisen tutkimuksen, järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen sekä laadullisen tutkimuksen. Ydinlistat mahdollistavat ICF-luokituksen osa-alueiden huomioimisen toimintakyvyn kuvauksessa, tavoitteiden asettelussa sekä arvioinnissa. (THL 2016d.)

6.3 Ydinlistat

Ydinlistojen avulla potilaan toimintakykyyn liittyviä asioita voidaan arvioida, mutta ne eivät tarjoa valmista arviointimenetelmää, vaan se tapahtuu potilasta haastatteleamalla, havainnoimalla, kyselyiden avulla, mittaamalla ja kliinisillä tutkimuksilla. Arviointimenetelmien valinta jää ammattilaiselle, jossa hän huomioi potilaan tilanteen ja kuntoutustarpeet. Arviointimenetelmistä saatu tieto kootaan yhdeksi toimintakykyprofiiliksi, jossa ICF-kuvauskohteisiin lisätään ICF-tarkenteita. Toimintakykytarkenteissa ICF ohjeistaa käyttämään yleistä arviointiskaalaa 0-4 (ei ongelmia – ehdoton ongelma). Tarkenteet kirjataan koodin perään ja ne erotetaan koodista pisteellä. Ympäristötekijöissä käytetään samaa asteikkoa, mutta plus (+) -merkillä jos ympäristötekijä on edistävää. (Sukula ym. 2015, 19-20.)

Toimintakyvyn ja ympäristötekijöiden arvioinnin avulla potilaan selviytyminen omassa elinympäristössään ja osallistuminen oman ikäryhmänsä mukaiseen toimintaan saadaan kattavasti kuvattua. Potilaan toimintakyvyn tarkka kuvaus on avain kuntoutuksen suunnitteluun ja tavoitteiden asettamiseen. Sairauden tuoma rajoitteiden vaikeusaste sekä sitä edistävien tai estävien ympäristö- ja yksilötekijöiden kartoitus muodostavat kuntoutuksen tavoitteet. Kuntoutusprosessi edellyttää potilaan toimintakyvyn arvioinnin toistamista ja muutosten seuraamista. Näin potilaan aikaisempaa toimintakykyä voidaan verrata nykyiseen ja tarkastella mitä muutoksia toimintakyvyssä on tapahtunut. Kuntoutuminen edellyttää aina potilaan sitoutumista kuntoutussuunnitelmaan ja tavoitelähtöiseen toimintaan. Sairastumisen tuomat ongelmat ja voimavarat, potilaan yksilölliset vahvuudet ja ympäristön tarjoamat edellytykset ovat tärkeitä kuntoutumisen tekijöitä. (Sukula ym. 2015, 21, 26.)

Yleinen ydinlista on suositeltu käytettäväksi aina arviointitilanteiden minimitarkistuslistana käytettäväksi yhdessä kaikkien muiden ydinlistojen kanssa. Ydinlistan sisältämät

seitsemän kuvauskohdetta on arvioitu tilastollisesti sopivimmiksi koko väestöön ja kaikkiin terveyntiloihin. Yleisen ydinlistan lisäksi kuntoutus- ja ympäristötekijöiden ydinlistojen käyttäminen yleisen ydinlistan rinnalla on hyödyllistä, kun tarvitaan laajempi arviointi yksilön toimintakyvystä. Kuntoutus- ja ympäristötekijöiden ydinlistoja käytetään useimmiten eri sairauksissa ja palveluissa, koska niiden avulla voidaan osoittaa mitkä seikat tulisi ottaa huomioon arvioinnin ajankohdasta tai paikasta riippumatta. Aivoverenkiertohäiriöihin on kehitetty kaksi ydinlistaa, lyhyt sekä laaja ydinlista. Yleinen ydinlista, kuntoutus- ja ympäristötekijöiden sekä aivohalvauksen ydinlistat kuvauskohteineen ovat kuvattu liitteessä 2. (THL 2016d.)

Alanko ym. (2017, 41) tehdyn tutkimuksen mukaan tavoitteiden asettaminen sijoittuu pääosin Suoritukset ja osallistuminen osa-alueelle, joista suurin osa liittyvät pääluokkaan *Kotielämä, Liikkuminen, Keskeiset elämänaalueet* sekä *Yhteisöllinen ja sosiaalinen ja kansalaiselämä*.

7 OPINNÄYTETYÖN AINEISTONKERUUN MENETELMÄT

Tieteellisen tutkimusperiaatteen mukaisesti aineisto kerättiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaisesti. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa oleellisen kirjallisuuden ja tutkimusten otanta esitellään ja sen avulla pyritään tunnistamaan, löytämään, valitsemaan ja syntetisoimaan kaikki kyseenomaiseen kysymykseen liittyvä korkealaatuinen oleellinen todistusaineisto jo aiemmin tuotetusta tiedosta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on oma kokonaisuus opinnäytetyössä ja siihen valitut tutkimukset seulotaan tarkasti katsaukselle asetettujen kriteerien mukaisesti. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tuo uskottavuutta tutkimukselle. (Salminen 2001, 11.) Tässä työssä kirjallisuuskatsauksella pyrittiin selvittämään mitä potilaslähtöinen tavoitteen asettaminen on aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksessa.

7.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tavoitteen asettamista koskevat kirjallisuuskatsaukset toteutettiin opinnäytetyöntekijän toimesta vuoden 2016 loka- sekä marraskuun aikana, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, HYKS, Meilahden sairaalan fysioterapia osastolla. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan tietokoneilla pääsee Meilahden kampuskirjaston, Terkon tarjoamiin tietopalveluihin. Terkon tarjoamalla Terkko Navigator-palvelulla pääsee eri tietokantojen lisäksi verkkolehtiin sekä verkkokirjoihin. Kirjallisuushaut toteutettiin seuraavista sähköisistä tietokannoista: PubMed, OVID Medline, Physiotherapy Evidence Database (PEDro), Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cinahl ja hakua täydennettiin käsihaulla Researchgate-palvelussa.

Kirjallisuushaun hylkäysperusteet:

- yli 5 vanhat tutkimukset
- Medline-tietokannassa alle 5 tähteä saaneet tutkimukset
- tutkimukset, jotka koskivat alle 18-vuotiaita AVH-potilaita
- ei kokotekstiä saatavissa
- muu kuin englannin, suomen tai ruotsinkielinen tutkimus

Valintaprosessi toteutettiin aihepiirin mukaisilla sanoilla tai vapaasanahauulla. Aihepiirin sanat koskivat tavoitteen asettamista ja arviointia aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutuksessa tai fysioterapiassa. Hakusanoina tavoitteen asettamiselle käytettiin: goal setting, goal evaluation, goal attainment tai goal assessment. Edellä mainittuja hakusanoja yhdistettiin sanaan aivoverenkiertohäiriö tai aivohalvaus, eli stroke sekä kuntoutus (rehabilitation) ja fysioterapia (physiotherapy). International Classification of Function, eli ICF yhdistettiin myös tavoitteen asettamisen hakusanoihin, aivoverenkiertohäiriöön, aivohalvaukseen sekä kuntoutukseen ja fysioterapiaan. Liitteissä 6 ja 7 on esitetty kirjallisuuskatsauksen ja haun valinnat.

7.2 Organisaation kuvaus ja tutkimuksen toimintaympäristö

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, Helsingin yliopistollisen keskussairaalan, Pää- ja kaulakeskukseen kuuluvat neljä neurologista vuodeosastoa, joista yksi osasto on 10 sairaansijaa sisältävä aivohalvausyksikkö, joka hoitaa akuutisti sairastuneita aivoverenkiertohäiriöpotilaita, joiden tila vaatii erityistä tarkkailua ja hoitoa. Muilla neurologisilla vuodeosastoilla on yhteensä 54 sairaansijaa. Osastoista kolme sijaitsevat Meilahden tornisairaalassa ja yksi Meilahden kolmiosairaalassa. Sairaalat ovat fyysisesti yhteydessä toisiinsa.

HUS, HYKS-alueen, Töölön, Jorvin, Peijaksen sekä Meilahden torni- ja kolmiosairaaloitten neurologian erikoisalaan kuuluu akuuttien aivoverenkiertohäiriöiden tutkiminen, hoito ja kuntoutus. Potilaat vastaanotetaan ja hoidetaan kyseisten sairaaloiden päivystyksissä ja vuodeosastoilla. Sisätaudit ja kuntoutus tulosityksikön, Meilahden alueen fysioterapiayksikköön kuuluvat myös Neurologian kuntoutustutkimusyksikön fysioterapeutit, jotka fyysisesti sijaitsevat eri toimipisteessä. Kuntoutustutkimusyksikössä tehdään AVH-potilaiden ja muiden erikoisalojen potilaiden työ- ja toimintakyvyn arvioita sekä lääkinällisen ja ammatillisen kuntoutuksen suunnitelmia ja seurataan suunnitelmien toteutumista.

Sisätaudit ja kuntoutus tulosityksikön, Töölön, Jorvin, Peijaksen ja Meilahden alueen fysioterapia-yksiköissä työskentelee yhteensä noin 20 fysioterapeuttia sairaaloiden neurologisilla vuodeosastoilla ja poliklinikoilla. Joissakin yksiköissä on fysioterapeutteja, jotka

neurologisten vuodeosastojen tai poliklinikoiden lisäksi työskentelevät muillakin erikoisaloilla ja joiden työaikaresurssit neurologian puolelle lasketaan osa-aikaisiksi tai puolikkaiksi.

Yhteisesti sovittua käytäntöä tai prosessikuvausta tavoitteiden asettamisesta HYKS-alueen fysioterapiassa ole sovittu tai laadittu. Tavoitteen asettaminen on yleisesti ja terapeutikohtaisesti nivoutunut potilaiden fysioterapiasuunnitelmien laadintaan. Fysioterapiasuunnitelma laaditaan fysioterapeuttiseen liikkumisen ja toimintakyvyn arviointiin perustuen yhdessä potilaan ja mahdollisuuksien mukaan hänen läheisten ja hoitohenkilökunnan kanssa. Vuodeosastojen kuntoutuskokouksissa arvioidaan potilaan kuntoutumisen edistymistä, kuntoutuksen aikataulua sekä potilaan jatkokuntoutustarvetta ja -paikkaa. Kokouksessa keskustellaan potilaan kotilomista, kotiutumisesta ja mahdollisesta kotikäyntitarpeesta. Kuntoutuskokoukset toteutuvat moniammatillisesti. Kuntoutuskokouksessa potilaan tarvitsemat terapiat täsmentyvät ja esim. fysioterapeutti voi tarvittaessa suositella toisen ammattiryhmän arviota. (Heinonen ym. 2010 & Jäppinen ym. 2015, 8.)

7.3 Aineiston hankinta

Aineiston hankintamenetelmänä opinnäytetyön tekijä käytti AVH-potilaille suunnattua kirjallista kyselyä (liite 3). Potilaat valittiin HUS, HYKS, Pää- ja kaulakeskuksesta, Meilahden Torni- ja Kolmiosairaaloista, jotka olivat sisään kirjattuja neurologisille vuodeosastoille. Opinnäytetyön tekijä selvitti kollegoiltaan em. sairaaloiden neurologisilla vuodeosastoilla olevista, kyselytutkimukseen sopivista potilaista, ja kävi henkilökohtaisesti viemässä kyselylomakkeen jokaiselle mahdolliselle vastaajalle. Potilaat saivat täyttää kirjallisen kyselylomakkeen ennen kotiutumistaan sairaalasta. AVH-potilaille suunnattu kysely toteutettiin vuoden 2017 tammi-, helmi ja maaliskuun aikana.

Kyselyyn valittiin potilaat, jotka täyttivät seuraavat kriteerit:

- Suomenkielinen ja yli 18-vuotias
- Potilas on hoidossa HUS, HYKS, Meilahden sairaalan Pää- ja kaulakeskuksen neurologisilla vuodeosastoilla
- Potilas on lääketieteellisten tutkimusten perusteella sairastunut ja diagnosoitu osastohoitojakson aikana ohittuneeseen aivoverenkiertohäiriöön (TIA-kohtauksen), aivoinfarktiin, aivoverenvuotoon tai aivojen laskimotukokseen

- Potilas kotiutuu suoraan sairaalasta. Tutkimukseen osallistumista ei estä mahdolliset polikliiniset jatkokuntoutukset
- Potilaan oireet eivät estä tutkimukseen osallistumista
- Potilas on antanut suullisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta

Ennen kyselyn antamista potilaalle, häneltä pyydettiin suullinen suostumus opinnäytetyökyselyyn osallistumisesta. Kyselyyn vastaamiseen estävät oireet olivat puheen tuoton ja/tai ymmärtämisen ongelmat ja/tai kirjoittamisen ongelmat sekä aivoverenkierron häiriön aiheuttamat kognitiiviset oireet. Edellä mainitut oireet yleensä edellyttävät puheterapeutin ja neuropsykologin arviointia. Jos puheterapeutin ja/tai neuropsykologin arvioissa olisi ilmennyt tutkimukseen osallistumista estäviä oireita, olisi potilas poissuljettu tutkimuksesta. Puheen tuoton ja/tai ymmärtämisen ongelmat ja/tai kirjoittamisen ongelmat sekä kognitiiviset oireet estävät usein AVH-potilaiden kotiuttamista, joten näin ollen kyselyyn vastaaminen edellytti, että potilasta hoitava lääkäri on potilaan kohdalla päättänyt kotiuttaa potilaan suoraan erikoissairaanhoidosta.

HUS, HYKS, Sisätaudit ja kuntoutus-tulosityksikön, jokaiselle aivoverenkiertohäiriöpotilaiden parissa työskenteleville fysioterapeuteille lähetettiin kirjallinen kysely paperisena (liite 4). Kyselyt lähetettiin HYKS, Sisätaudit ja kuntoutus-toimialan, Töölön, Jorvin ja Peijaksen sairaalan sekä Neurologian kuntoutustutkimusyksikön Fysioterapia-osastojen osastonhoitajille 1.2.2017 organisaation sisäpostin välityksellä. Osastonhoitajia pyydettiin välittämään kyselyt AVH-potilaiden parissa työskenteleville fysioterapeuteille. Vastaukset pyydettiin palauttamaan sisäpostilla 1.3.2017 mennessä opinnäytetyön tekijälle. Viikkoa ennen palautuspäivämäärää osastonhoitajille lähetettiin muistutusviesti sähköpostitse kyselyyn vastaamisesta ja vastausten palauttamisesta opinnäytetyön tekijälle, koska tuolloin opinnäytetyöntekijälle ei ollut palautunut vielä yhtään kyselyä.

Meilahden Torni- sekä Kolmiosairaalassa aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kanssa työskentelevät fysioterapeutit saivat kyselyt suoraan opinnäytetyön tekijältä 1.2.2017. Kyseisiä fysioterapeutteja pyydettiin kirjoittamaan vastaukset avoimiin kysymyksiin Wordtekstinkäsittelyohjelmalla sekä tulostamaan valmiit vastaukset paperille ja kiinnittämään vastaukset kyselylomakkeeseen. Vastaukset pyydettiin palauttamaan nimettöminä opinnäytetekijän henkilökohtaisessa, Meilahden fysioterapiassa sijaitsevassa lokerossa olleeseen palautuskuoreen 1.3.2017 mennessä. Näin ollen opinnäytetyön tekijä ei kykene tunnistamaan Meilahden torni- ja kolmiosairaalassa työskentelevien fysioterapeuttien vastauksia.

8 AINEISTOJEN ANALYSOINTI

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimusnäkökulma. Laadullisen tutkimusnäkökulman mukaan teorian ja aineistolähtöisyyden merkitys sekä havaintojen teoriapitoisuus sekä ihmisen käsitys tutkittavasta ilmiöstä korostuivat. Tästä syystä laadullisessa tutkimuksessa korostetaan teorian merkitystä. Laajasta, hajanaisesta aineistosta pyrittiin luomaan selkeä ja yhtenäinen informaatio, jotta tulkinta ja johtopäätösten teko mahdollistuivat. Tutkimusongelmaa on tarkoitus tarkastella mahdollisimman ymmärrettävästi ja täsmällisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 128, 164.)

Potilaskyselyissä kysymyksiä oli yhteensä seitsemän, joista neljä ensimmäistä olivat monivalintakysymyksiä ja loput kolme avoimia kysymyksiä. Fysioterapeuttien kyselylomakkeessa oli avoimia kysymyksiä seitsemän kappaletta. Avoimet vastaukset analysoitiin sisällönanalyysilla, jolloin tutkittavasta ilmiöstä saatiin tiivistetty kuvaus ja tutkimusongelmaan saatiin vastaus esitettyjen tutkimuskysymysten avulla. Aineistolähtöisessä kuvauksessa pääpaino oli aineistossa ja teoria rakennettiin laajemmasta analyysikokonaisuudesta. Aineistoa tarkasteltiin monipuolisesti eri näkökulmista ja tutkittavien ilmiöiden ja asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä pyrittiin näin ollen selvittämään. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

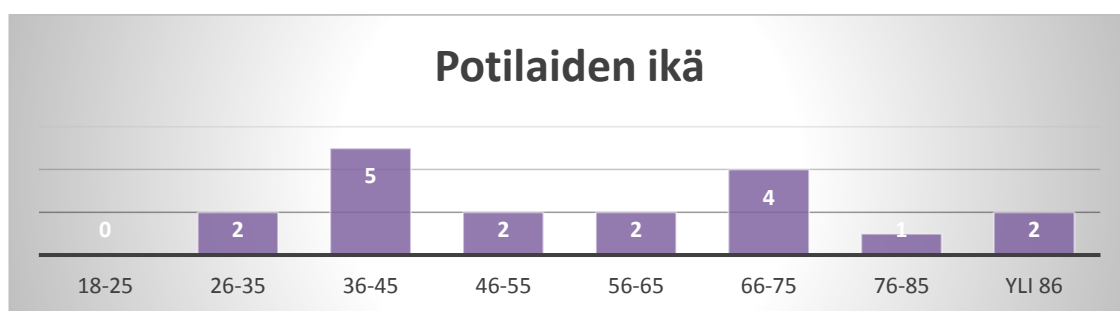
9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tutkimusluvan päättymisajankohtaan mennessä 19 aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta potilasta vastasivat kyselyyn. Yksi kyselylomake jouduttiin hylkäämään potilaan kirjoittamisen vaikeuden vuoksi, joten kaiken kaikkiaan 18 täytettyä kyselylomaketta otettiin mukaan tutkimustuloksiin ja analysoitavaksi. Potilaiden taustatiedot käsiteltiin Excel-taulukkolaskentaohjelmalla. Taustatiedoissa huomioitiin potilaiden ikäjakauma, sukupuoli, työelämätiedot ja sairastumisdiagnoosi.

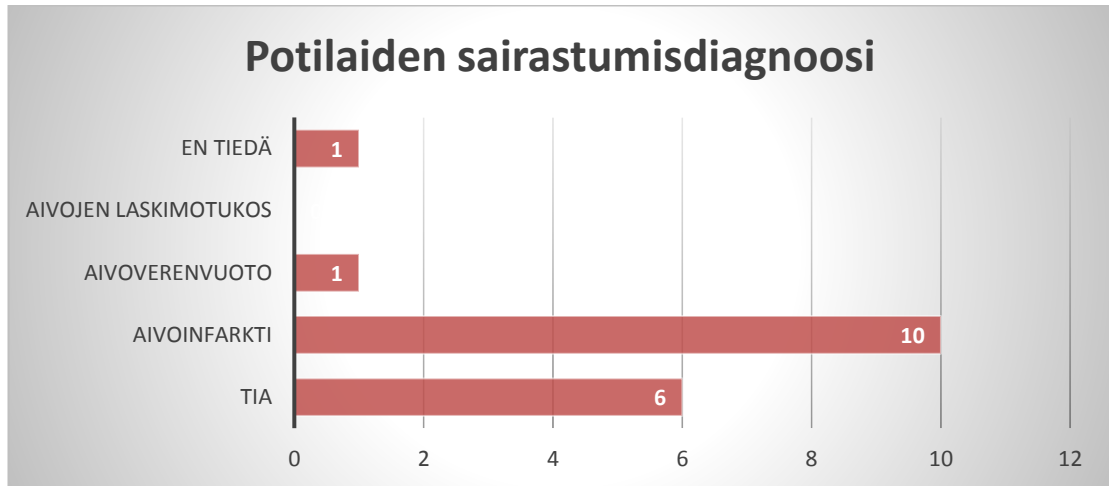
Yhteensä 20 kpl kyselyitä lähetettiin tai annettiin täytettäväksi AVH-potilaiden parissa työskenteleville fysioterapeuteille. Vastauksia saapui 16 kpl määräaikaan mennessä. Fysioterapeuttien taustatiedot, kuten ikäjakauma ja työkokemus vuosina, käsiteltiin ja esitetään työssä Excel-taulukkolaskentaohjelman avulla (kuvat 13-15).

9.1 Tutkimukseen osallistuneet potilaat

Vastanneiden (n = 18) potilaiden ikäjakauma ulottui 26-vuotiaista yli 86-vuotiaisiin. Naisia vastanneista oli 10 ja miehiä 8. Työelämässä oli 11 henkilöä vastanneista ja seitsemän eivät olleet työelämässä. Osa-aikaisesti työssä tai opiskelijoita ei vastanneiden joukossa ollut. Ohittuneeseen aivoverenkiertohäiriöön, eli TIA-kohtaukseen, oli sairastunut 6 potilasta, aivoinfarktiin 10 potilasta ja aivoverenvuotoon yksi vastanneista. Aivojen laskimotukokseen ei ollut yhtään sairastunutta vastanneiden joukossa. Yksi vastanneista ei tiennyt sairastumisdiagnoosiaan. Potilaiden taustatietoja on seuraavissa kuvissa (kuvat 10 ja 11) esitetty pylväs- ja palkkikaavioiden avulla.



KUVA 10. Potilaiden ikäjakauma (n=18)

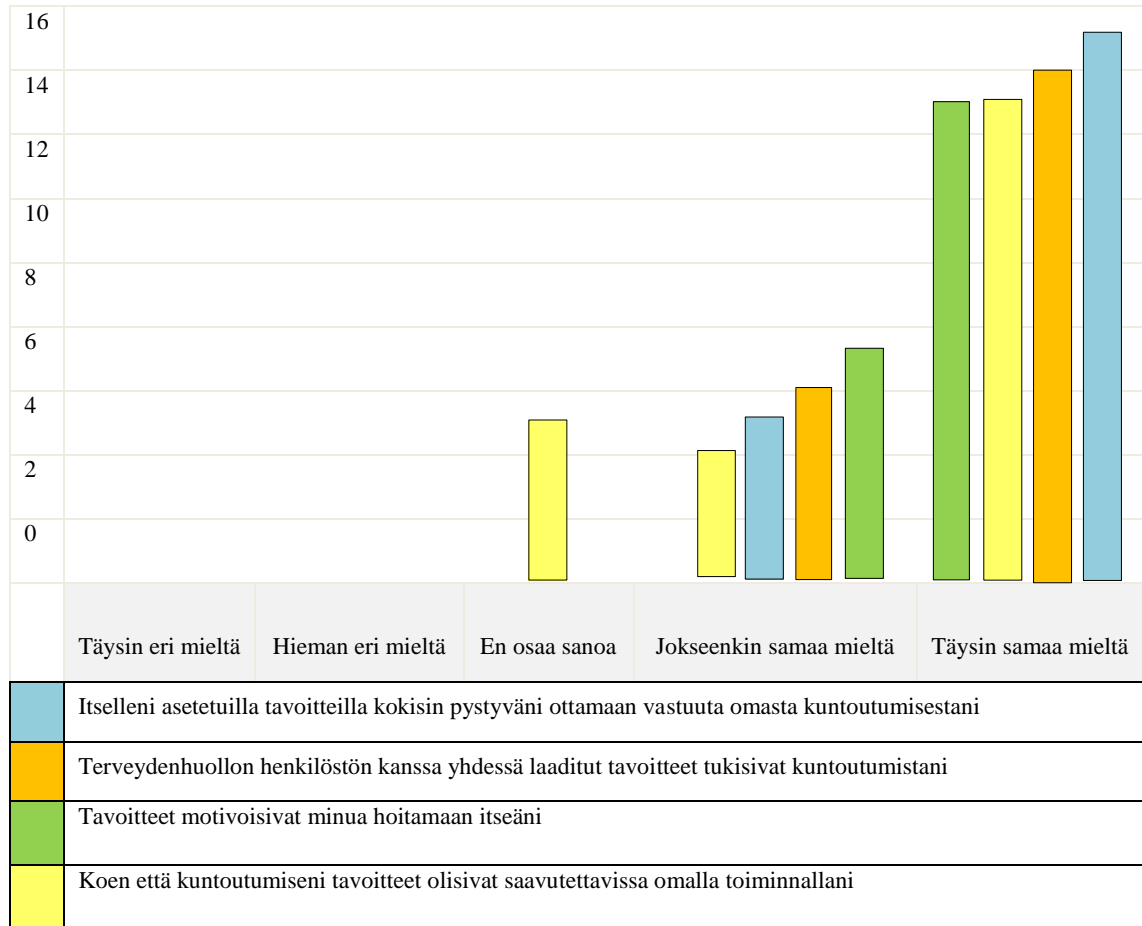


KUVA 11. Potilaiden sairastumisdiagnoosi (n=18)

Väittämäkysymysten vastaukset ovat esitetty kuvassa (kuva 12) pylvästaulukon avulla. Väittämään, *itselleni asetetuilla tavoitteilla kokisin pystyväni ottamaan vastuuta omasta kuntoutumisestani*, 15 potilasta olivat täysin samaa mieltä väittämän kanssa ja kolme jokseenkin samaa mieltä. *Terveystieteiden henkilöstön kanssa yhdessä laaditut tavoitteet tukisivat kuntoutumistani* -kysymykseen, 14 potilasta oli täysin samaa mieltä ja neljä jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Väittämään, *tavoitteet motivoisivat minua hoitamaan itseäni*, 13 potilasta vastasi olevansa täysin samaa mieltä ja viisi olevansa jokseenkin samaa mieltä. Neljänteen väittämään, *koen että kuntoutumiseni tavoitteet olisivat saavutettavissa omalla toiminnallani*, 13 vastasi olevansa täysin samaa mieltä, kaksi vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä ja kolme vastasivat ”en osaa sanoa”. ”En osaa sanoa vastasivat” yli 86-vuotias nainen, joka oli sairastunut ohittuneeseen aivoverenkiertohäiriöön, 66-75-vuotias, aivoinfarktiin sairastunut nainen sekä 46-55-vuotias, työelämässä oleva, ohittuneeseen AVH:n sairastunut mies. Tulos voi osittain johtua siitä, että sairastumisen alkuvaiheessa annettu tiedonanto ei ole ollut riittävää ja tavoitteen asettaminen käsitteenä tai oma vastuunotto kuntoutuksessa on jäänyt vastaajalle epäselväksi. Väittävästauksiin olisi voinut saada tarkennuksia lisäämällä vastauksiin avointa tilaa kommentointia varten.

Pääosin tavoitteiden koetaan tukevan vastuunottoa omasta kuntoutumisesta ja yhteistyö ammattilaisen kanssa koetaan tukevan kuntoutumista. Selkeitä eroja iän tai sairastumis-

diagnoosin välillä ei tutkimuksen mukaan ole osoitettavissa. Tavoitteiden koetaan motivoivan itsehoitoa ja suurin osa vastaajista kokee tavoitteiden olevan saavutettavissa omalla toiminnalla.



KUVA 12. Potilaiden väittämäkysymysten vastaukset (n=18)

9.2 Tavoitteiden asettamista edeltävä tiedon tarve potilaiden kuvaamana

Potilaiden vastauksissa korostuvat liikunnan sekä fyysisen aktiivisuuden lisääminen aivojenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen. Selkeitä eroja iän, sairastumisdiagnoosin tai sukupuolien välillä ei tiedon tarpeen osalta noussut esiin. Suurin osa vastaajista koki tarvitsevänsä henkilökohtaista ohjausta liikuntaan, ravintoon ja elämäntapoihin liittyen. Liikunnan lisääminen omassa elinympäristössä koettiin tärkeäksi. Tiedonannon tulisi olla

asiantuntevaa ja ymmärrettävää ja tapahtuvan kokonaisvaltaisesti ikä ja potilaan elämäntilanne huomioon ottaen. Eri ammattiryhmien tarjoama ohjaus koettiin tärkeäksi sairastumisvaiheessa. Sairaudesta ja sen aiheuttamista oireista sekä kuntoutuksesta yleisesti toivottiin myös ohjausta. Lääkäriltä toivottiin tietoa sairauden riskitekijöistä ja lääkityksistä. Vamman vakavuus ja keinot sen hoitamiseksi koettiin myös oleelliseksi. Lisäksi haluttiin tietää, mistä tietoa voi tarvittaessa hakea lisää.

Vastauksissa nousivat erityisesti esiin, mitä rajoituksia sairastumisen jälkeiseen liikuntaan ja rasiin liittyä ja näihin toivottiin myös eniten lisätietoa ja tarkennuksia, esimerkiksi missä tahdissa rasiintasoa liikunnassa voi nostaa sekä mitä voi tehdä, mitä saa tehdä ja mitä pitäisi tehdä kuntoutumisen ja toipumisen edistämiseksi. Liikunnan harrastaminen aiheutti yhdessä vastauksessa myös pelkoa sairauden uusiutumisesta.

Kunnan liikuntapalveluista kaivattiin tietoa ja myös yksilöllisen, tai ryhmässä tapahtuvan ohjatun liikunnan tai kuntoutuksen vaihtoehtoista. Ammattilaisilta toivottiin tietoa tavoitteiden asettamisesta ja millaisia tavoitteita kuntoutukselle voisi laatia. Mitä realistisia odotuksia kuntoutumiselle on ja mitkä tavoitteet ovat saavutettavissa ja mitkä ei, koettiin tärkeiksi. Osa vastanneista koki saaneensa riittävästi tietoa, joka oli selkeyttänyt potilaan omia tavoitteita. Yksi vastanneista ei osannut sanoa mitä tietoa tarvitsisi tavoitteiden laadimiseksi.

9.3 Mitkä tekijät auttavat potilaita asettamaan tavoitteita

Potilaat toivat vastauksissaan esiin, että ammattilaisen apu tavoitteiden ja suunnitelmien tekemiseen sekä suunnitelmien ja kuntoutumisen seuranta edesauttavat tavoitteiden asettamista kuntoutumisessa. Hyvin suunniteltu, moniammatillinen neuvonta ja yksilöllinen opastus sekä kirjalliset ohjeet tukevat tavoitteiden asettamista potilaiden näkökulmasta.

Yksilöllinen kuntoutussuunnittelu koetaan motivoivana. Lisäksi psyykinen tuki koetaan tärkeänä. Kuntoutuksen keinot tulisi olla yksilöllisesti suunniteltuja siten, että ne ovat toteutettavissa potilaan henkisten valmiuksien rajoissa. Myös vertaistuki ja muiden samassa tilanteessa olevien kanssa keskustelu nousi esiin yhdessä vastauksessa.

Fyysisen kunnon saavuttaminen samalle tasolle kuin ennen sairastumista, ihannepainon tavoittaminen ja lääkkeiden vähentämisen mahdollisuus riskitekijöiden pienennettyä tukevat tavoitteiden asettamista. Erilaiset fyysistä suorituskykyä mittaavat testit nousivat esiin yhdessä vastauksessa tavoitteiden asettamista tukeviksi tekijöiksi.

Potilaan omassa elinympäristössä olevat ihmiset, lähiperhe ja ystävät koettiin tukevan tavoitteiden asettamista esim. kannustamaan kuntoiluun ja syömään terveellisemmin. Eri-laisten teknisten apuvälineiden, kuten esim. askelmittarin käyttö koettiin yhdessä vastauksessa auttavan saavuttamaan asetettuja tavoitteita.

Kolmessa vastauksessa nousi esiin omasta terveydestä huolehtimisen tärkeys. Asettamalla asiat tärkeysjärjestykseen, esim. lyhentämällä työpäiviä ja vähentämällä ei niin tärkeiden asioiden, kuten esimerkiksi siivoamisen tekemistä, jotta olisi aikaa itselle ja omalle kuntoutumiselle, tukivat tavoitteiden asettamista.

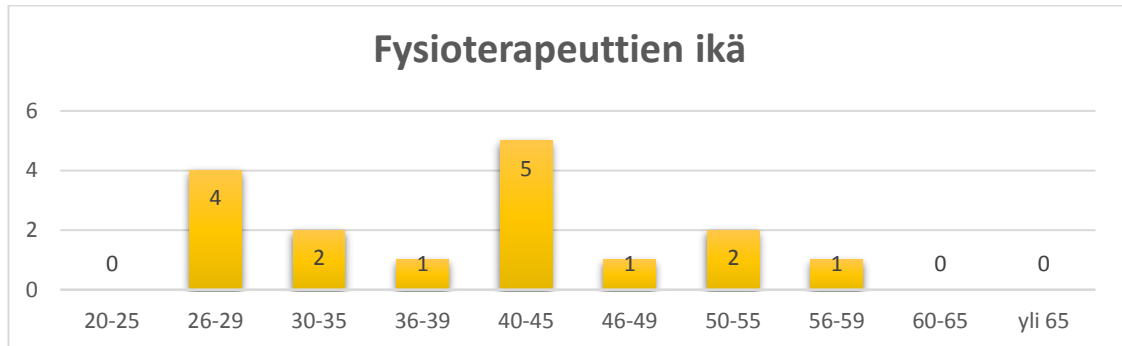
9.4 Potilaiden tavoitteet kuntoutumiselle

Fyysisen kunnon, motoristen taitojen ja kognitiivisten kykyjen palautuminen sairastumista edeltäneelle tasolle nousivat lähes kaikissa vastauksissa esiin. Iäkkäämmillä vastaajilla korostui vastauksessa tavoitteena pysyä mahdollisimman pitkään terveenä ja hyväkuntoisena. Sairauden uusimisen välttäminen koettiin tärkeäksi. Liikunnan lisääminen, omiin harrastuksiin palaaminen ja painon pudottaminen tulivat useassa vastauksessa esiin. Työkuntoon palautuminen, jotta jaksaisi eläkeikään asti tuli yhdessä vastauksessa esiin. Toisaalta koettiin myös, että työpäiviä lyhentämällä, olisi enemmän aikaa harrastuksille. Stressin vähentäminen ja optimistisen elämänasenteen löytäminen sekä oma hyvinvointi ja jaksaminen kaikilla elämänalueilla koettiin myös tärkeiksi tavoitteiksi omassa kuntoutumisessa.

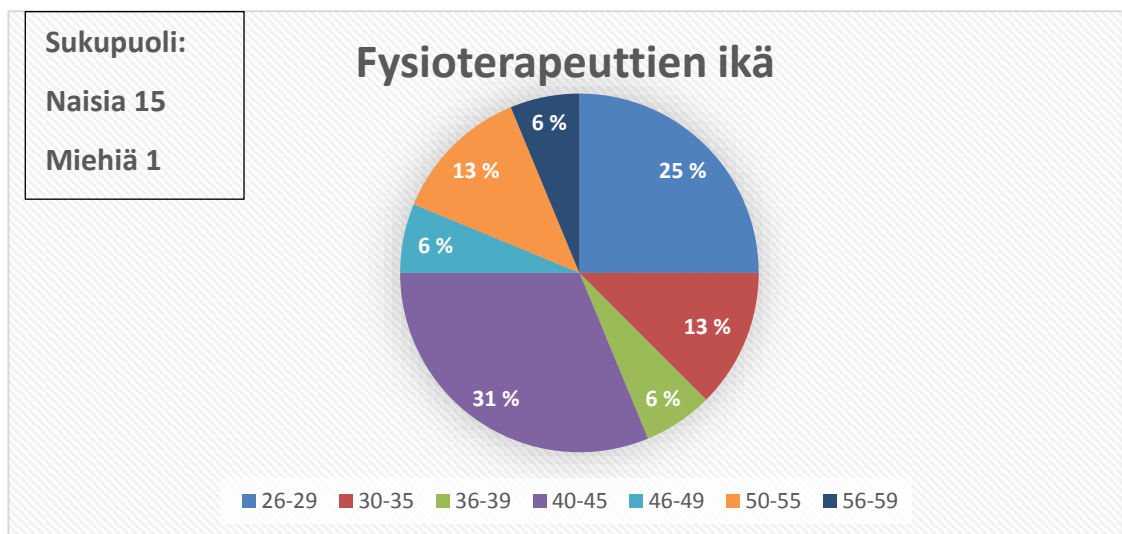
9.5 Tutkimukseen osallistuneet fysioterapeutit

Kyselyyn vastanneet fysioterapeutit (n=16) ikäjakauma ulottui 26-vuodesta 59-vuotiaisiin. Vastaajista neljä oli 26-29-vuotiaita, kaksi vastaajaa 30-35-vuotiaita, yksi vastaaja

oli 36-39-vuotias, viisi vastaaja oli 40-45-vuotiaita, yksi vastaaja oli 46-49-vuotias, kaksi vastaajaa 50-55-vuotiaita ja yksi vastaaja 56-59-vuotias. Alle 26-vuotiaita tai yli 60-vuotiaita ei vastannut kyselyyn. Kyselyyn vastasivat 15 naista ja yksi mies (kuvat 13 ja 14).

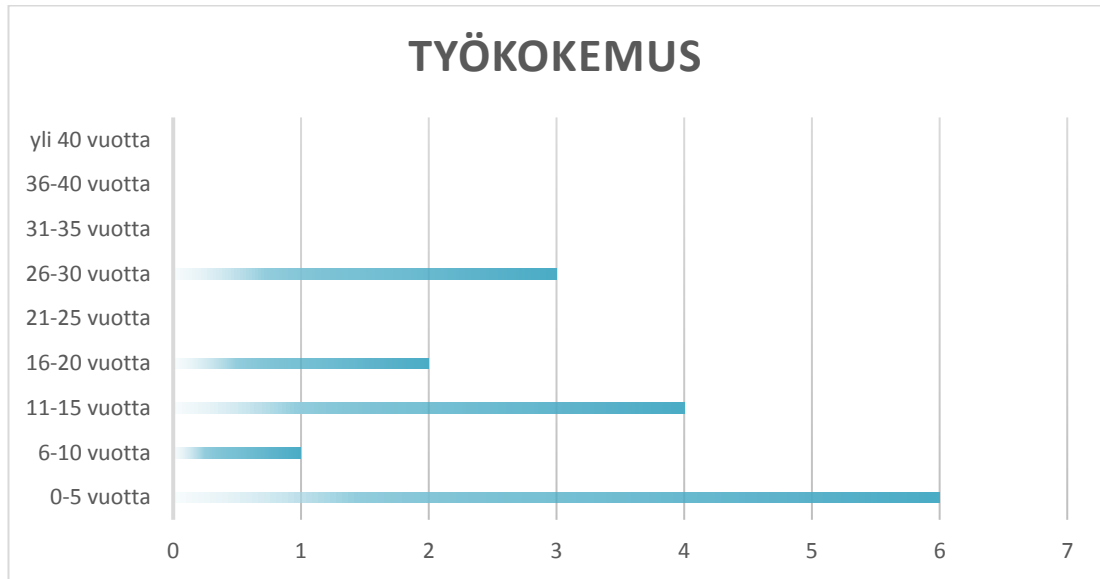


KUVA 13. Vastanneiden fysioterapeuttien ikäjakauma (n = 16)



KUVA 14. Vastanneiden fysioterapeuttien ikä prosentuaalisesti esitettynä (n = 16)

Kyselyyn vastanneista (n = 16) 6 henkilöä oli työskennellyt fysioterapeuttina 0-5 vuotta, yksi henkilö 6-10 vuotta, 4 henkilöä 11-15 vuotta, kaksi henkilöä 16-20 vuotta ja kolme henkilöä 26 – 30 vuotta. Yhtään fysioterapeuttia ei ollut työskennellyt 21-25 tai yli 31 vuotta. Mukaan laskettiin myös muualla kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä ollut työskentelyaika (kuva 15).



KUVA 15. Fysioterapeuttien työkokemus vuosina (n=16)

9.6 Edeltävä tiedon tarve fysioterapeuttien kuvaamana

Fysioterapeuttien vastauksissa nousee esiin useita yhteneväisiä tekijöitä tiedon tarpeista ennen AVH-potilaan tavoitteiden asettamista. Ammatillaisen ohjauksessa asetetut tavoitteet edellyttävät riittävää tietoa potilaan taustoista sekä ajasta ja terveydentilasta ennen sairastumista. Taustatietoihin kuuluvat mm. potilaan yksilötekijät sekä hänen arkeen ja elinympäristöön liittyvät tekijät. Potilaan aikaisempi liikkuminen ja mahdollisesti käytössä olleet apuvälineet sekä tukiverkoston selvittäminen on fysioterapeuttien mielestä kartoitettava. Sekä potilas että ammattilainen hyötyvät potilaan toimintakyvyn arvioinnista ja siitä tiedosta, miten sairastumisen aiheuttamat oireet vaikuttavat potilaan suoriutumiseen osallistumisen tasolla. Potilas tarvitsee ohjausta sairauden perustiedosta, sen sekundaaripreventiosta ja siitä toipumisesta, joka on tarkoitus mukauttaa omaan laadukkaaseen elämään. Riittävä asiantuntijan henkilökohtainen tuki sekä ohjaus koetaan tärkeäksi. Lisäksi tärkeäksi koetaan, että potilas tiedostaa sairauden uusiutumisriskin mahdollisuudet ja kuinka hän omalla toiminnallaan voi niihin vaikuttaa. Tämä edellyttää tietoa siitä,

että kuntoutuminen ja aivoyhteyksien uudelleen muodostuminen on mahdollista sekä tietoa siitä, että harjoittelu voi tuottaa tulosta ja vaikuttaa aivoverenkiertohäiriöön uudelleen sairastumiseen

Useat fysioterapeutit nostavat esiin potilaan motivaation arvioinnin tavoitteiden asettamiseen ja kuntoutukseen liittyen. Potilaan oma panostus kuntoutumiseen ja tavoitteiden saavuttamiseen on tärkeä edellytys tavoitteiden asettamiselle. Tavoitteet ja toiveet, jotka ovat potilaalle realistisia ja merkityksellisiä ovat tärkeitä huomioida.

Potilaan aistitoimintojen, kognition kuten mm. muistin ja neuropsykologisten oireiden arviointi on aiheellista arvioida. Potilaan voimavarojen, käytössä olevien resurssien, sairauden syiden ja seurauksien kartoittaminen on tärkeää. Potilaan terveydellinen tila, toipumisen mahdollisuudet, oireiden vaikutus toimintakykyyn sekä aivoverenkierron aiheuttamien mahdollisten rajoitusten selvittäminen on aiheellista. Edellä mainittuihin liittyen yksittäisen potilaan jatkokuntoutusmahdollisuudet sekä mihin kuntoutuksella pyritään vaikuttamaan ja miten sekä missä sitä toteutetaan ja millä intensiteetillä tulisi selvittää. Lisäksi oikeanlaisten apuvälineiden tarpeen kartoitus ja ohjaus niiden käyttöön tulisi tehdä fysioterapeuttien ammattitaitoa hyödyntäen.

9.6.1 Tavoitteen asettamista helpottavat seikat

Potilaan realistinen kuva omasta terveydentilastaan, toimintakyvystään ja kuntoutusmahdollisuuksistaan sekä omien henkisten ja fyysisten voimavarojen ja motivaation tunnistaminen on tavoitteiden asettamista helpottavia seikkoja. Lähiomaisten tuki, kattava ja helposti saatavilla oleva tieto sairaudesta ja kuntoutuksesta ovat myös tärkeitä. Potilaan itse asettamat pitkän tähtäimen tavoitteet sekä osatavoitteet ja millä keinoilla tavoitteet saavutetaan ovat oleellisia. Selkeä jatkokuntoutussuunnitelma, mahdolliset apuvälineet, tukihenkilöt, aikaisempi liikunta-aktiivisuus ja elinympäristön huomioiminen kuntoutuksessa sekä selkeä ennuste ja toipumismahdollisuudet tukevat tavoitteiden asettamista.

Jatkokuntoutuksen hyvät resurssit, tehokas fysioterapia ja kuntoutukseen motivoitunut henkilökunta tukevat tavoitteiden asettamista. Tavoitteiden asettaminen yhteistyössä asiantuntijan kanssa ja potilaan ohjaaminen liittämään saavutettavissa olevia ja potilaalle tärkeitä tavoitteita oman arjen toimintoihin on oleellista. Selkeän toimintatavan lisäksi tavoitteen asettamista tukisi fysioterapeuttien mielestä päivittäisistä toimintakykyä kartoittava haastattelu ja sen pohjalta tehty, prosessia tukeva tavoitekeskustelu. Tavoitekeskustelussa tavoitteiden saavuttamiseen arvioitu aika ja mahdolliset haasteet sekä potilaan kokemus, voimavarat ja mielenkiinnon kohteet arvioidaan konkreettisesti. Tässä yhteydessä tavoite kirjataan ja pilkotaan osatavoitteisiin.

Potilaan kokema luottamuksellinen suhde terapeuttiin ja tietoisuus omista edellytyksistä sitoutua tavoitteisiin ja elämänmuutokseen, helpottavat terapeutin ohjausta tavoitteiden asettelussa. Terapeutilla tulisi olla valmiudet arvioida potilaan motivaatiota sekä potilaan etenemistä muutoksen käsittelyssä tiedonannon ja ohjauksen suhteen ennen konkreettisten tavoitteiden asettelua. Sairastumisen jälkeen tietoisuus omasta toimintakyvystä alkaa hahmottua paremmin vasta toiminnan kautta. Potilaan palatessa omaan arkiympäristöönsä, hänen on helpompi arvioida omia voimavarojaan sekä oman elämän laatuun ja toimintoihin liittyviä seikkoja, joihin hän haluaa vaikuttaa. Tavoitteet kulkevat ja muokautuvat kuntoutumisen edetessä. Siksi tavoitteen asettamista helpottaisivat väliarviot ja niiden uudelleen tarkistaminen tietyn ajan kuluttua ammattilaisen ohjauksessa.

9.6.2 Tavoitteen asettamista vaikeuttavat seikat

Tavoitteen asettelu koetaan haasteelliseksi potilaan ollessa sairastumisen akuutissa vaiheessa, jolloin sairastumisen käsittely ei ole lähtenyt käyntiin ja potilas voi olla shokissa. Potilaan toive on usein palautua ennalleen ja tavoitteet liittyvät usein toimintakykyyn mutta potilas saattaa vasta sairaalasta kotiin palatessa hahmottaa arkeen, sosiaalisiin tilanteisiin, työ- ja perhe-elämään sekä harrastuksiin liittyviä voimavarojaan ja mahdollisia muutoksia, jotka haastavat tavoitteiden asettamisen laatua tai toimintaa. Potilaan epärealistinen kuva omasta terveydentilastaan ja toimintakyvystään, tukiverkoston puuttuminen, tiedon ja avun vähäisyys tai saatavuus ja puutteellinen ymmärrys kuntoutumisensa

mahdollisuuksista vaikuttavat tavoitteiden asettamiseen. Kielelliset ja ymmärtämisen ongelmat vaikeuttavat selkeästi tavoitteiden asettamista. Kognitiiviset ongelmat sekä uusi kokonaisvaltaisesti toimintakykyyn vaikuttava tilanne, voivat hankaloittaa tavoitteiden selkeytymistä ja asettamista. Muistamisen vaikeus, puutteellinen oiretiedostus ja sairau- den tunnottomuus, motivaation puute, masentuneisuus, pelko tai negatiivinen asenne vai- keuttavat haitallisten elintapojen tunnistamista ja näin ollen myös tavoitteiden asetta- mista. Potilaan passiivisuus omaan toimintaan ja matala toipumisennuste vähentävät myös potilaan osallistumista.

Resurssien puute, yksin asuminen ja tukiverkoston riittämätön tuki sekä muut tuki- ja liikuntaelin- tai perussairaudet koetaan tavoitteiden asettamista hankaloittavina tekijöinä. Omaisten liiallinen tuki ja ylihuolehtivainen asenne koetaan vaikeuttavan tavoitteiden laadintaa. Potilaat eivät myöskään välttämättä ymmärrä mitä tavoitteiden asettamisella tarkoitetaan ja yleensä potilaiden tavoitteet ovat epärealistisia tai laajoja.

9.6.3 AVH-potilaan tavoitteet fysioterapeuttien näkökulmasta

Fysioterapeuttien kokemuksen mukaan AVH-potilaiden tavoitteet liittyvät yleensä fyysi- seen toimintakykyyn ja sen saavuttamiseen samalla tasolle kuin ennen sairastumista tai lähelle sitä. Mahdollisimman omatoiminen selviytyminen omassa elinympäristössä on potilaille oleellista. Oma elämänhallinta, työelämään ja omiin harrastuksiin palaaminen sekä sairauden aiheuttamien rajoitteiden hyväksyminen ja niiden kanssa toimeen tulemi- nen koetaan potilaille tärkeiksi. Jos potilas joutuu sairastumisen vuoksi liikkumaan apu- välineen avulla, liittyvät tavoitteet usein siirtymiseen kevyempään liikkumisen apuväli- neeseen tai liikkumiseen ilman apuvälinettä sekä tasapainon hallintaan.

Tavoitteen asettaminen koetaan itsessään merkityksellisenä koska se tähtää tulevaan ja ohjaa voimavarakeskeiseen ja omavaltaiseen, yksilölliseen prosessiin omassa elämässä ja sen suunnassa. Aivoverenkiertohäiriön riskitekijöiden tunnistaminen ja näiden hallinta itselle merkityksellisen toiminnan kautta, esimerkiksi säännöllisen liikunnan aloittami- nen/lisääminen, liiallisen alkoholin käytön ja/tai tupakoinnin lopettaminen tai vähentämi- nen on potilaiden tavoitteen asettamisessa fysioterapeuttien näkökulmasta oleellista.

9.6.4 Tavoitteiden merkitys kuntoutusprosessille

Tavoitteet selkeyttävät ja jäsentävät fysioterapiaprosessia ja se koetaan tärkeänä osana kohdentamaan fysioterapeuttista harjoittelua. Tavoitteet tuovat fysioterapeuttien vastauksien mukaan progressiivisuutta kuntoutukseen, jossa edetään kohti päätavoitetta vaihe vaiheelta. Harjoittelun sisältö muovautuu tavoitteiden mukaisesti sekä helpottavat kuntoutuksen suunnittelua. Lisäksi tavoitteet tuovat ymmärrystä siitä, mihin kuntoutuksella pyritään ja suuntaavat potilaan voimavaroja osallistumiseen omassa kuntoutumisessaan päämäärätietoiseen suuntaan.

Tavoitteet ovat tärkeä tekijä motivaation kehittymiselle ja pääsyyllä seuraavalle tasolle kuntoutusprosessissa sekä toipumisen seuraamisen tueksi. Tavoitteiden koetaan auttavan edistyksen ja kehittymisen tunnistamisessa sekä ohjaavan ja kannustavan potilasta sitoutumaan kuntoutusprosessiin. Konkreettiset tavoitteet ovat mitattavissa ja voidaan jakaa pienempiin osiin, jolloin muutokset ovat paremmin havaittavissa, luovat uskoa terapian merkityksellisyydestä ja motivoivat potilasta jatkamaan. Tavoitteiden ja kuntoutusprosessien eri vaiheiden tilannearvion perusteella voidaan pohtia tukevatko menetelmät ja toteutus kuntoutuksen etenemistä. Kuntoutuksen eteneminen tavoitteiden suuntaan auttavat myös potilasta sopeutumaan mahdollisiin jäännösoireisiin sekä pohtimaan omaa tilannettaan objektiivisemmin.

9.6.5 Potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen mallin sisältö

Potilaslähtöisessä tavoitteen asettamisen mallissa korostuvat fysioterapeuttien mielestä realistisuus, oikea aikaisuus ja potilaan voimavarat. Potilaan tarpeet, toiveet ja omat tavoitteet selvitetään haastattelemalla sekä tutkimalla ja kirjataan ylös. Potilaan oma kokonaistavoite tulisi olla mahdollisimman realistinen, konkreettinen ja mitattavissa, jotta se voidaan jaotella välitavoitteisiin. Malli sitouttaa tekemiseen ja siinä tulisi olla mahdollisuus säännölliseen seurantaan.

Potilas otetaan mukaan suunnitteluun, jossa huomioidaan potilaan toimintakyky, voimavarat, elämänlaatu sekä -arvot, lähtökohdat, elinympäristö, aikaisemmat sairaudet sekä

diagnoosin tuomat rajoitteet. Ammatilainen tuo esille oman näkemyksensä ja huomioi mahdollisuudet ja rajoitukset siitä, minkälaiset tavoitteet ovat realistisia saavuttaa ja missä ajassa.

Malliin sisältyy selkeä tiedonanto tukemaan potilaan ymmärrystä omasta sairastumisesta ja kuntoutumisen mahdollisuuksista. Tavoitteet laaditaan yhteistyössä potilaan, hänen läheisten sekä moniammatillisen kuntoutustiimin kanssa. Tavoitteisiin on palattava kuntoutuksen aikana ja tarvittaessa muutettava. Tavoitteen asettaminen koetaan kannustavan potilaan itsepystymisen tunnetta. Malli sisältää fysioterapeuttien mukaan myös sekä fyysisiä ja kognitiivisia tavoitteita. Tavoitteen asettamisen malli nähdään ohjaavana lomakkeena, keskustelu- tai kirjaamismallina tai ICF-tyyppisenä kaavakuvana, jossa voisi olla useampi päätavoite eri elämänosa-alueisiin liittyen. Tavoitteita voisi tarkastella siitä näkökulmasta, mihin elämänalueeseen potilas erityisesti haluaa syventyä ja ne olisi määritelty osallistumisen tasolla. GAS-lomake nähdään toimivana ratkaisuna koska mallissa on hyvä olla indikaattorit ja tavoitteet. Seuraava arviointiajankohta on hyvä olla sovittuna, jotta toimintakyvyn muuttumista voidaan arvioida matkan varrella.

9.6.6 Tavoitteen asettamiseen liittyviä huomioita

Tavoitteen asettamisen laatiminen realistisesti, tavoitteellisesti ja asteittain eteneväksi koetaan haastavaksi fysioterapeuttien näkökulmasta. Prosessi vie aikaa ja vaatii potilaalta kognitiivisia ja psyykkisiä valmiuksia, joita useilla ei ole elämänsä aikana muissakaan asioissa. Tavoitteen asettaminen on myös monille potilaille vieras, abstrakti kuntoutumisasia.

Selkeä tavoitemallikäytäntö koetaan tuovan tavoitteiden asettamisen arkipäiväisemmäksi ja arjessa helpommaksi toteuttaa. Tavoitteiden tulisi olla kokonaisvaltaisia, jotka huomioivat potilaan kokonaistilanteen ja nivoutuvat potilaan arkielämään. Omaisten vaikutus, potilaan lähtökohdat, tahtotila ja oireet ovat merkityksellisiä AVH-potilaiden tavoitteita asetettaessa. Potilaan toimintakyvyn arvioinnin lisäksi keskusteleminen potilaan

sekä hänen läheisten kanssa on oleellista. Lisäksi tavoitteiden asettamisessa tulisi huomioida moniammatillinen näkökulma sekä yhteistyö eri toimijoiden kanssa, kuten esim. liikuntapalvelut, tukipalvelut ja vertaistukiryhmät, jotka voivat toimia potilaan kuntoutuksen tukena.

Tavoitteet eivät saisi fysioterapeuttien näkemyksen mukaan rajautua ainoastaan fyysisen suorituskyvyn harjoittamiseen. Potilaan tilanteessa tulisi huomioida myös psyykkisen ohjauksen ja tuen tarve koska itsenäisen toimintakyvyn menetys on monelle rankka tilanne. Lisäksi sairaalavaiheessa potilas ei välttämättä tunnista omia voimavarojaan, mikä hankaloittaa realististen tavoitteiden asettamista esim. työhön palaamisen suhteen.

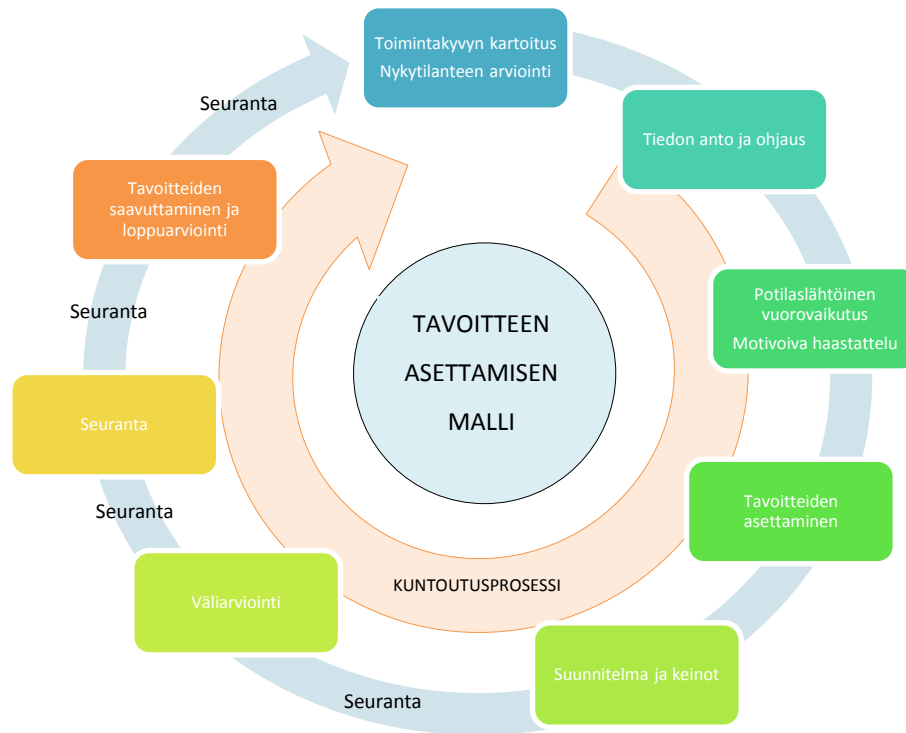
10 TAVOITTEEN ASETTAMISEN MALLI HYKS:N FYSIOTERAPIASSA

Potilaiden ja fysioterapeuttien vastauksissa oli samoja sisältöjä ja näkökulmia kuin tavoitteen asettamisen teorioissa on esitetty. Kuntoutuksen perusarvoihin kuuluva autonomia, eli yksilön mahdollisuus vaikuttaa ja tehdä valintoja, edellyttää riittävää tiedonantoa. Kun potilas ymmärtää oman tilanteensa ja millä keinoilla hän pystyy siihen vaikuttamaan, tukee se myös hänen pystyvyyden tunnetta ja tukee hänen päätösvaltaa sekä kykyä muuttaa omaa toimintaansa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 154-155, 189-190.)

Kirjallisuuskatsauksen ja tutkimuksen pohjalta tavoitteen asettamisen malliksi muodostui prosessikuvaus (kuva 16). Tavoitteen asettaminen voidaan nähdä omana, erillisenä prosessina kuntoutuksessa, mutta se nivoutuu kuntoutusprosessin alkuun sekä loppuarviointiin sekä tarvittaessa välivaiheessa tapahtuvan arvioinnin tai mahdollisen kuntoutuksen uudelleensuunnittelun pohjana. Malli kuvastaa jatkuvuutta, joka tarkoittaa kuntoutusprosessin jatkoa silloin kun tavoitteet ovat saavutettu, mutta tarve uusille kuntoutustavoitteille muodostuu. Ennen uusien tavoitteiden saavuttamista on tärkeää tehdä myös uusi toimintakyvyn kartoitus.

Tämä tavoitteen asettamisen malli on laadittu lievään aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta ajatellen silloin kun hän kotiutuu suoraan erikoissairaanhoidosta. Yksilöllisen seurantakäynnin järjestäminen lievään aivoverenkiertohäiriöön sairastuneelle kotiutumisen jälkeen vaikuttaa tutkimustulosten perusteella varteenotettavalta käytännöltä, mutta tämä edellyttää henkilöstöressurssien sekä ajankäytön ja aikataulujen uudelleen arvioimista, kartoittamista ja suunnittelua. Seurantakäynnin avulla myös suoraan sairaalan päivystyksestä tai ilman kuntoutuksen ammattilaisen tapaamista kotiutuvien potilaiden tiedon saanti, toimintakyvyn kartoitus, tavoitteiden asettaminen sekä kuntoutuksen suunnittelu voisi toteutua. Seurantakäyntiin osallistuisi myös potilaan omaiset, jolloin potilaan toimintakyvyn ja elinympäristön huomioiminen mahdollistuisi ja tavoitteen saavuttamiseen ja kuntoutussuunnitelmaan sitoutuminen mahdollisesti onnistuisi paremmin. Seurantakäyntiin voitaisiin mahdollisuuksien mukaan järjestää myös ryhmäluontoista ohjausta, jolloin samassa tilanteessa olevien potilaiden ohjaus onnistuisi ja mahdollisen vertaistuen muodostuminen voisi syntyä.

Mallissa toimintakyvyn kartoitus, tiedon anto ja ohjaus, potilaslähtöinen vuorovaikutus sekä motivoiva haastattelu, tavoitteiden asettaminen sekä suunnitelma ja keinot on mallissa tarkoitettu tapahtuvan joko sairaalavaiheessa potilaan tapaamisen yhteydessä tai seurantakäynnillä potilaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Väliarviointi toteutetaan tarvittaessa sovittuna ajankohtana. Seuranta sekä tavoitteiden saavuttaminen ja arviointi tapahtuvat myöhemmin sovitusti. Prosessissa tapahtuvat eri vaiheet pyrittiin linkittämään ICF-luokituksen pääluokkiin.



KUVA 16. Tavoitteen asettamisen malli

Mallilla on paljon yhtäläisyyksiä Scobbie ym. (2011, 477) sekä Autti-Rämön ym. (2016, 233) laatiman tavoitteen asettamisen kehän kanssa. Potilaiden kokema epäonnistuminen ja tavoitteiden saavuttamattomuus koettiin motivaatiota heikentävinä tekijöinä. Opinnäytetyön teoriasta ja tutkimustuloksista rakentuvassa tavoitteen asettamisen mallissa potilaan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutus korostuvat. Lisäksi motivoiva haastattelu voi

avata potilaan nykytilannetta tarkemmin sekä edesauttaa kuntoutuksen tavoitteiden tunnistamista. Mallissa myös potilaan tiedon saanti ja ohjaus sekä seuranta ja väliarviointi on huomioitu kuntoutusprosessia tukevinä tekijöinä, mitkä voivat osaltaan minimoida epäonnistumista.

10.1 Toimintakyvyn kartoitus ja nykytilanteen arviointi

Toimintakyvyn kartoitus
Nykytilanteen arviointi

Mallissa korostuvat potilaan toimintakyvyn arviointi ja kartoitus, josta tavoitteen asettamisessa ja kuntoutusprosessissa lähdetään liikkeelle. Toimintakyvyn kartoitukseen liittyy myös potilaan ympäristö- ja yksilötekijöiden kartoitus ICF-luokituksen mukaan. Fysioterapian osalta potilaan toimintakyvyn kartoituksessa korostuvat ICF-luokituksen, suoritukset ja osallistuminen-pääloukasta kaikki yhdeksän pääloukkaa ja ruumiin/kehon toimintoista seuraavat pääloukat:

- Mielentoiminnot b110-b199
- Aistitoiminnot ja kipu b210-b299
- Sydän – ja verenkiertojärjestelmän toiminnot b410-b499
- Tuki- ja liikuntaelimestöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot b710-b799

Sairaalassa olo aikana ja/tai seurantakäynnillä tehty, ICF-luokitukseen ja ydinlistoihin pohjautuva toimintakyvyn kartoitus, tukee potilaan tilanteen arviointia ja auttaa tunnistamaan ne tavoitteet, jotka voidaan saavuttaa potilaan itsehoidon, lähipiirin tai kuntoutuksen kautta. ICF-luokitukseen pohjautuva toimintakykykartoitus laatii kokonaiskuvan potilaasta, hänen vahvuuksistaan ja tuen tarpeestaan. Sen avulla voidaan myös varmistaa, että potilas ja ammattilainen ymmärtävät tavoitteet samalla tavalla. Ammattilaisen tehtävänä on antaa potilaalle keskeinen rooli kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa, jolloin potilaalle mielekkäät tavoitteet löytyvät. (Sukula ym. 2015, 25-26.)

Fysioterapeuttien näkökulmasta sairastumisen aiheuttamat muutokset potilaan fyysisissä toiminnoissa on arvioitava. Näiden toimintojen mittaaminen sekä sitä, miten ne vaikuttavat potilaan suoriin ja osallistumiseen omassa elinympäristössään oleviin tekijöihin tulisi tarkastella. Mittaukset ohjaavat tavoitteen indikaattorin valintaa.

Potilaan kyky arvioida realistisesti omaa tilannettaan ja toimintakykyään sekä kuntoutusmahdollisuuksiaan ohjaavat tavoitteiden asettamista ja kuntoutussuunnitelman suuntaa. Edellä mainitut tekijät vaikuttavat siihen minkälaista kuntoutusta sekä missä, miten, milloin ja millä intensiteetillä kuntoutus toteutetaan. Potilaan ymmärryksen lisääminen siitä, että harjoittelulla voidaan saavuttaa asetettuja tavoitteita ja vaikuttaa omaan toimintakykyyn on oleellista. Luottamuksellinen ja potilaslähtöinen vuorovaikutus edistävät edellä mainittujen tekijöiden lisäksi potilaan motivaation syntymistä.

10.2 Tiedon anto ja ohjaus

Tiedon anto ja ohjaus

Tiedon saanti potilaiden näkökulmasta ja sen antaminen fysioterapeuttien mukaan on tärkeää. Tiedon annon tulee olla kokonaisvaltaista, potilaan ikä ja elämäntilanne huomioon otettuna. Oppiminen edellyttää potilaan toimintakyvyn ja hänen toiminta- sekä elinympäristön kartoittamista. Potilaat kokevat tarvitsevänsä moniammatillista ja kokonaisvaltaista ohjausta sairaudesta, sen oireista sekä kuntoutuksesta. Potilaat toivovat myös, että he saisivat tietoa siitä, mistä informaatiota voi tarvittaessa hakea lisää sekä tietoa liikuntapalveluista ja yhteistyötahoista. Fysioterapeuttien vastauksissa korostuu sekundaariprevention ohjaus ja miten potilas voi omalla toiminnallaan vaikuttaa riskitekijöiden ja uudelleensairastumisen riskin vähentämiseen.

Kuntoutuksen arvoihin kuuluu autonomia, eli yksilön mahdollisuus vaikuttaa ja tehdä valintoja omaan elämäänsä liittyen. Potilaan valtaistuminen lisää potilaan vaikutusmahdollisuuksia, itsemääräämistä ja osallistumista sekä vahvistaa hänen hallinnan tunnetta. Hal-

linnalla on tärkeä merkitys potilaan valintojen ja tavoitteiden asettamisessa. Valtaistuminen kuitenkin edellyttää riittävää tiedonantoa, jotta potilas ymmärtää oman tilanteensa ja sen, millä keinoilla hän pystyy siihen vaikuttamaan. Oppiminen tukee päätösvaltaa ja kuntoutusta edistävien toimintojen muuttamista. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 154-155., 189-190.)

Erikoissairaanhoidossa annettavan tiedon yhtenäistäminen ja moniammatillinen tarkastelu olisi potilaan tiedon saannin kannalta tärkeää. Hiipakan (2012, 47) tekemässä opinnäytetyössä käy ilmi, että sairastumisen aiheuttama epätietoisuus aiheuttaa kuormittumista, stressiä ja vaikeuttaa asioiden sisäistämistä ja muistamista. Potilas on usein vielä kotiutuessaan sairaalasta hämillään omasta sairastumisestaan ja tässä vaiheessa annettu informaatio siitä, miten omilla elämäntapavalinnoillaan voi ennaltaehkäistä uuden aivoverenkiertohäiriön syntyminen jää usein liian vähälle huomiolle.

Digitaalisten ratkaisuiden avulla tiedonanto ja aivoverenkiertohäiriöön sairastumiseen liittyvän informaation yhtenäistäminen onnistuisi paremmin ja tehokkaammin. Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset osoittavat, että AVH-potilaan sairastumiseen liittyvää informaatiota tulisi tehostaa ja arvioida ja erityisesti kansallisesti käytetyn tiedonannon yhtenäistäminen on tässä tapauksessa oleellista. Digitaalisissa palveluissa mm. perusterveydenhuolto, kunnalliset palvelut, potilasjärjestöt ja muut toimijat tulisi ottaa huomioon. Toimintavalmiuksien teoriassa keskeinen tekijä on, miten yhteiskunta ja potilasta hoitavat tahot tukevat hänen mahdollisuuksia toimia itselleen merkityksellisellä tavalla (Saikku & Kokko 2012, 7). Tämä tarkoittaa esimerkiksi kuntoutuspalveluiden ja potilaan työpaikan tarjoamaa tukea ja mahdollisuuksia. Erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon ja eri paleluntarjoajien välisen yhteistyön kehittäminen olisi tässä tapauksessa myös oleellista.

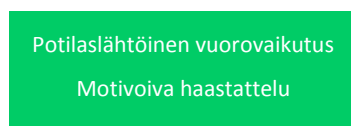
Potilaan itsearvioinnin ja tavoitteiden asettamisen tukena toimivat materiaalit, jotka tarjoavat tietoa esim. aivoverenkiertohäiriön tyypillisistä toimintakykyyn vaikuttavista oireista sekä siitä, mitä kuntoutus tarkoittaa. Tärkeintä on, että potilas pystyy arvioimaan nykytilaansa sekä ymmärtämään mitä hänelle on sairastumisen myötä tapahtunut, mistä asioista hän ei selviydy nyt kuten aikaisemmin ja mihin asioihin hän voi omalla toiminnallaan vaikuttaa. Potilas kykenee asettamaan itselleen tavoitteet, kun hän on arvioinut

oman toimintakykynsä peilaten omaan elinympäristöönsä. Tavoitteiden asettamisvaiheessa potilas hyötyy tiedosta, jossa käy ilmi mitä tavoitteen asettaminen tarkoittaa, mitä asioita tavoitteesta tulisi käydä ilmi ja millä aikavälillä eri tavoitteita voi saavuttaa.

Yksi avaintekijöistä on potilaan oma kyky arvioida suoritus- ja toimintakykyään, suunnitelman toteuttamista ja edistymistä suhteessa tavoitteisiinsa. Potilaan tiedon saantia voidaan lisätä erilaisten digitaalisten palveluiden avulla, jolloin potilas voi hakea itse tietoa silloin kun hänelle sopii. Tärkeää on, että potilasta ohjataan mahdollisten verkkopalveluiden käyttöön jo sairaalavaiheessa.

Tietoa tavoitteiden asettamisesta sekä tietoa siitä, millaisia realistisia tavoitteita ja odotuksia kuntoutukselle voisi laatia sekä mitkä tavoitteet ovat kuntoutuksella saavutettavissa, nousi esiin potilaiden vastauksissa. Samalla potilaat kokivat yksilöllisen ohjauksen ja avuntarpeen tavoitteiden asettamiseen sekä kuntoutussuunnitelman tekemiseen olevan tärkeää. Yksilöllisen opastuksen koetaan tukevan potilaan valmiuksia asettaa tavoitteita sekä motivoivan kuntoutukseen. Vertaistuen mahdollisuus koettiin myös merkittäväksi tueksi omassa kuntoutumisessa. Tavoitteen arvo, tavoitteeseen pääseminen ja erilaisten muutoksia estävien ja edistävien tekijöiden tunnistaminen on tärkeää potilaan toiminta- ja elinympäristössä. Ympäristötekijöiden lyhyen ydinlistan kuvauskohteiden huomioiminen tiedonannossa on myös tärkeää. Tiedonanto ja ohjaus linkittyvät ICF-luokituksen, suoritukset ja osallistumisen pääluokassa kaikkiin yhdeksään elämän alueisiin liittyviin luokkiin.

10.3 Potilaslähtöinen vuorovaikutus ja motivoiva haastattelu



Motivaatio nivoutuu tiukasti koko tavoitteen asettamisprosessiin ja kaikkiin sen taustalla vaikuttaviin teorioihin. Mikään potilaan tilanteessa ei voi muuttua, jos hänellä ei ole riittävästi motivaatiota sen tavoitteiden asettamiseen ja kuntoutuksen toteuttamiseen. Motivaation syntymiseksi on tärkeää, että tavoitteet asetetaan juuri potilaan lähtökohdista ja

siitä, millaiset tavoitteet potilas itse arvioi mahdolliseksi saavuttaa. Tavoitteellinen toiminta on yhteydessä motivaatioon. (Sukula ym. 2015, 28, 29.)

Ihminen toimii ja käyttää voimavarojaan ainoastaan saavuttaakseen hänelle itselleen tärkeitä ja arvokkaita tuloksia. Tavoitteen saavuttaminen ja onnistumisen kokemus lisäävät luottamusta omiin mahdollisuuksiin ja lisäävät motivaatiota sekä uskoa omiin kykyihin. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 131-132.) Ennen tavoitteen asettamista on kiinnitettävä huomiota potilaan arkirutiineihin ja hänen elinympäristönsä laatuun ja hänen sairastumisen jälkeistä selviytymistä mahdollistaviin ja rajoittaviin tekijöihin. Tärkeintä on, että kuntoutustoiminta suunnitellaan potilaan elinympäristössä tapahtuvaksi, jolloin potilaan voimavarat tulee huomioitua. (Sukula ym. 2015, 32-33.) Fysioterapeutit korostivat, että sairastuneen voimavarojen ja resurssien tunnistaminen on oleellista tavoitteiden asettamista silmällä pitäen. Tämän vuoksi on oleellista, että asetetut tavoitteet laaditaan potilaan yksilöllisiin tekijöihin ja elinympäristöön liittyen. Edellä mainitut tekijät edellyttävät potilaan tilanteeseen ja hänen toimintaympäristöönsä perehtymistä. Sisäinen motivaatio tukee oppimista ja muutoshalukkuutta (Järvikoski & Härkäpää 2011, 171-172).

Ammattilaisen ja potilaan välisen vuorovaikutuksen haaste onkin luoda sellainen ilmapiiiri, joka tukisi potilaan motivaation syntymistä. Kuntoutusmotivaation ylläpysymiseksi on tärkeää, että tavoitteet muuttuvat kuntoutusprosessin myötä ja ovat riittävän haastavia tukemaan potilaan pyrkimyksiä ja lisäämään yrittämistä. Kuntoutusmotivaatiota tulisi myös tarkastella aika ajoin kuntoutusprosessin aikana. Potilaan omaisten, työnantajan ja yhteiskunnan tarjoamien palveluiden tuki tukevat kuntoutusmotivaation syntymistä ja ylläpysymistä. (Sukula ym. 2015, 27.)

Motivaation käynnistäjän voivat toimia alkuvaiheessa tehdyt toimintakyvyn kartoitus sekä nykytilan arviointi. Erilaisten toimintakyvyn mittausten suorittaminen alku-, väli- ja loppuarviossa voivat lisätä motivaatiota, kun potilas huomaa esimerkiksi suorituskykyyn tai painonhallintaan liittyvien arvojen parantuneen. Motivaatiota lisäävät tavoitteen merkitys potilaalle, tavoitteen saavuttamiselle asetettu aikataulu, potilaan elinympäristössä olevien mahdollisten estävien tekijöiden huomioiminen ja mahdollisuus niiden poistamiseen sekä potilaan kyky ja mahdollisuus tuoda esiin omia näkemyksiään ja tunteitaan (Sukula ym. 2015, 30).

Kun ammattilainen oppii tuntemaan potilaan henkilönä, hankkimalla hänestä mahdollisimman objektiivista tietoa eri menetelmien avulla, voi hän mahdollisesti saavuttaa hyvän vuorovaikutuksen potilaan kanssa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 168.) Rakentava vuorovaikutus, motivoiva haastattelu, kuuntelu, kysymykset, yhteenvedot ja yhteinen pohdinta edistävät potilaslähtöistä toimintaa. Alkuvaiheessa käytetty motivoiva toimintatapa, vahvistaa potilaan voimavaroja ja toimijuutta (Sukula ym. 2015, 29).

Ratkaisukeskeinen työskentelytapa on vastavuoroista vuorovaikutusta, jossa keskeisiä ovat kysymykset ja vaatii ammattilaiselta taitoa esittää oikeanlaisia kysymyksiä. Motivoiva haastattelu tukee potilaan sisäisen motivaation syntymistä. Ammattilaisen rooli on tukea ja vahvistaa potilaan muutospyrkimystä olemalla potilaan näkökulmassa kuntoutusprosessin eri vaiheissa. (Sukula ym. 2015, 37-38.)

On syytä huomioida, että potilaslähtöinen ja motivoiva vuorovaikutus toteutuu tavoitteen asettamisen mallin ja kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa, vaikka se tässä on esitetty erillisenä osana prosessia. Potilaslähtöinen vuorovaikutus ja motivoiva haastattelu linkittyvät ICF:n suoritukset ja osallistuminen-pääluokan seuraaviin luokkiin: oppiminen ja tiedon soveltaminen (d110-d199), kommunikointi (d310-d399), henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d710-d799), keskeiset elämänalueet (d810-d899) ja yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (d910-d999).

10.4 Tavoitteiden asettaminen

Tavoitteiden asettaminen

Tavoitteiden asettamiskohdassa tavoitteet asetetaan GAS-periaatteen mukaisesti ja tavoite muotoillaan konkreettiseksi. SMART-periaatteen avulla tavoite on mahdollista yksilöidä, mitata, saavuttaa ja aikatauluttaa. Lisäksi tavoite on realistinen ja merkityksellinen. Kokonaistavoitteesta määritellään 1-3 päätavoitetta GAS-mallin mukaisesti. Tavoitteelle annetaan nimi ja se pilkotaan osatavoitteisiin. SMART-periaatteen avulla määritellylle tavoitteelle valitaan indikaattorin, eli määritellään tavoitteelle määrällinen tai laa-

dullinen osoitin, jolla tavoite voidaan tarkastamisajankohdassa ja kuntoutusprosessin loppuvaiheessa arvioida. Lisäksi sovitaan tavoitteiden tarkistamisajankohta ja seurannan aikataulu. (Autti-Rämö ym. 2016, 234.) Tilanteessa on hyvä huomioida, ettei tavoitteen asettaminen ole sama asia kuin motivaation syntyminen, vaan tavoitteiden tulee itsessään ylläpitää ja lisätä motivaatiota, jolloin potilaan pystyvyyden tunne vahvistuu (Sukula ym. 2015, 31).

On huomioitava, mikäli potilas asettaa tavoitteita monen kuntoutuksen alan ammattilaisen kanssa, ettei tavoitteita olisi liikaa. Moniammatillisessa kuntoutuksessa olevan potilaan tavoitteiden laadinta on syytä toteuttaa moniammatillisesti, päällekkäisyyksien ja liian pirstaleisen kuntoutussuunnitelman välttämiseksi. Moniammatillisesti toteutetun tavoitteiden asettamisen ja kuntoutuksen suunnittelun tärkein lähtökohta on, että potilaan kuntoutumisesta rakentuu mielekäs kokonaisuus, jolla on yhteinen päämäärä (Sukula ym. 2015, 47).

Tavoitteiden asettaminen linkittyy fysioterapian näkökulmasta ICF:n ruumiin/kehon toiminnot pääluokan mielentoimintoihin (b110-b199), tuki- ja liikuntaelimestön ja liikkeisiin liittyviin toimintoihin (b710-b799) sekä suorituksissa ja osallistumisessa oppimiseen ja tiedon soveltamiseen (d110-d199), yleisluontoisiin tehtäviin ja vaateisiin (d210-d299), liikkumiseen (d410-d499), itsestä huolehtimiseen (d510-d599), kotielämään (d610-d699), keskeisiin elämänalueisiin (d810-d899) ja yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään (d910-d999).

10.5 Suunnitelma ja keinot

Suunnitelma ja keinot

Tavoitteiden asettaminen ja suunnitelma sulautuvat yhteen. Tavoitteiden asettamisen jälkeen laaditaan suunnitelma. Suunnitelmassa arvioidaan ja kirjataan tavoitteen saavuttamista tukevat asiat potilaan arjessa sekä ne keinot, jotka potilas ottaa käyttöön ja joilla tavoitteisiin pyritään. Mahdolliset palvelut ja tukitoimet huomioidaan tässä vaiheessa.

(Autti-Rämö ym. 2016, 235.) Suunnitelma ja keinot nivoutuvat ICF:n suoritukset ja osallistumisen pääluokan kaikkiin osa-alueisiin riippuen potilaan oireista ja ongelmista.

Aikataulu toiminnan käynnistämiseen sekä kehässä tapahtuvan prosessin seurantaan määritellään. Seuranta voi olla kertaluontoista sovittuna ajankohtana tai koko prosessissa jatkuvana. Suunnitelmassa pyritään kartoittamaan mahdolliset esteet ja vastoinkäymiset ja keinot niiden ylitsepääsemiseksi. Esteiden ylittämiseksi voi mahdollisesti olla jopa tarpeen arvioida toinen suunnitelma alkuperäisen rinnalle, jos kuntoutuksessa käy niin, ettei alkuperäisen suunnitelman toteutus syystä tai toisesta onnistu. Esteiden ylittämiseksi on lähtökohtaisesti huomioitava potilaan näkökulma siitä, mitä mahdollisia esteitä hänen yksilö- tai elinympäristökijöissä voisi olla, jotka hankaloittaisivat kuntoutussuunnitelman toteuttamista. Lisäksi potilaan näkemys siitä, miten esteet hänen mielestään on ylitettävissä, on syytä huomioida.

10.6 Väliarviointi

Väliarviointi

Väliarviointi toteutetaan tarvittaessa suunnitelmassa laaditun ajankohdan mukaisesti. Väliarvioinnin tarkoituksena on tarkastella niitä osatavoitteita, jotka ovat suunnitelman mukaan saavutettuja väliarviointiin mennessä. Osatavoitteet arvioidaan GAS-asteikon mukaisesti ja tarkastetaan, eteneekö kuntoutus ja potilaan kuntoutuminen kohti päätavoitetta. Mahdollisten uusien tavoitteiden asettamista voidaan tässä vaiheessa kartoittaa ja laatia GAS-mallin mukaisesti. Lisäksi voidaan arvioida mahdollisia esteitä, joita kuntoutumisprosessissa on voinut tulla vastaan ja keinoja, millä ne on ylitetty, mahdollisten uusien esteiden syntymisen ehkäisemiseksi ja ylittämiseksi. Väliarvion tärkeimpänä tehtävänä on varmistaa, että kuntoutus etenee suunnitelman mukaisesti. Väliarviossa potilaan toimintakyvyn kartoitus sekä mittaaminen voi tämän vuoksi olla oleellista.

10.7 Seuranta

Seuranta

Seuranta voi olla kertaluontoista tai useampina kertoina tapahtuvaa. Tavoitteen asettamisen mallin mukaisesti seuranta tapahtuu säännöllisesti koko kuntoutusprosessin aikana. Seurannan päätavoite on arvioida kuntoutuksen etenemistä ja asetettujen tavoitteiden soveltuvuutta kuntoutusprosessissa. Lisäksi seuranta toimii välineenä, jolla potilas ja ammattilainen voivat tarvittaessa pitää yhteyttä. Seurannan kautta ammattilainen voi ylläpitää potilaan kuntoutusmotivaatiota ja kannustaa muutoksenteon jatkamiseen. Seurannalla pyritään arvioimaan ja tukemaan valitun suunnitelman jatkumista tai vaihtoehtoisesti palataan prosessin alkuun, jossa tavoitteita ja keinoja voidaan tarkastella uudelleen. (Rissanen ym. 2008, 87).

Potilas voisi pitää säännöllistä kirjaa tai päiväkirjaa kuntoutukseen liittyvistä toiminnoista. Kirjauksen avulla potilaan kuntoutuksen edetessä mahdolliset esteet tulisi dokumentoitua ja se, millä keinoilla potilas on päässyt niistä yli. Seurantatyyppinen yhteydenpito mahdollistaa myös mahdollisten ongelmatilanteiden käsittelyä ja ratkaisemista reaaliaikaisesti tai lyhyellä aikavälillä, mikä osaltaan tukee potilaan pystyvyyden tunnetta ja motivaatiota. Seuranta voi tapahtua mahdollisen etäyhteyden, kuten esimerkiksi sähköpostin avulla. Toisaalta erilaiset digitaaliset ratkaisuiden avulla voidaan luoda myös ns. herätteitä, joilla ammattilainen saa viestin potilaalta jonkin asian tiimoilta.

10.8 Tavoitteen saavuttaminen ja loppuarviointi

Tavoitteen saavuttaminen

Loppuarviointi

Loppuarvioinnissa otetaan kantaa siihen, onko kuntoutus edennyt tavoitteiden suuntaisesti ja ovatko tavoitteet saavutettu. Samalla kyetään arvioimaan, onko tavoitteet olleet

realistisia ja motivoivia. Lisäksi arvioinnissa tarkastellaan, johtivatko valitut keinot asetettuihin tavoitteisiin. (Rissanen ym. 2008, 87; Autti-Rämö ym. 2016, 234.)

Loppuarviointiin liittyvät myös potilaan toimintakyvyn uudelleenkartoitus sekä mittaaminen tavoitteiden saavuttamisen arvioinnin tueksi. Tavoitteiden saavuttamisen ja loppuarvioinnin tukena toimi myös muiden ammattiryhmien arviointi. AVH-potilaiden verenpaine- ja veren sokeri- ja rasva-aineenvaihduntaan liittyvien mittausten tekeminen mahdollistaa esimerkiksi fysioterapeuttisten keinojen ja terveystiikunnan vaikutusten arvioimista aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijöiden osalta.

Jo kuntoutusprosessin alkuvaiheessa korostuu potilaan oma panos ja motivaatio omaan kuntoutumiseensa. Kyseiset tekijät vaikuttavat kuntoutuksen lopputulokseen, mutta edellyttävät potilaan omien tavoitteiden ja näkemyksien tunnistamista varhaisessa vaiheessa. Potilaille kuntoutusprosessi merkitsee elämän uudelleenmuokkaamista ja uusien merkitysten rakentumisesta muuttuneessa elämäntilanteessa. (Rissanen ym. 2008, 19-22, 91; Koukkari 2010, 28.) Näin ollen kuntoutusprosessia tulisi tarkastella yksilölliseksi kasvutai oppimisprosessiksi, jossa potilas löytää itsestään uusia voimavaroja ja oppii hallitsemaan arkielämän tilanteita uudelleen orientoitumisen ja uuden oppimisen myötä. Tavoitteen asettamisen mallin kuten myös kuntoutuksen tarkoituksena on, että potilas löytää itselleen elämäntavan, suunnan tai kuntoutumisen polun, joka on hänen toiveiden mukainen ja jossa hän itse on aktiivinen toimija. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 16.)

11 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tuloksista esiin tulleet tärkeimmät, aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen tavoitteen asettamiseen liittyvät tekijät ovat: riittävä tiedonsaanti ja ohjaus, potilaan voimavarat ja motivaatio tehdä omaa elämää koskevia päätöksiä, ammattilaisen tuki ja seuranta sekä potilaslähtöinen vuorovaikutus. Näiden tarkoituksena on tukea potilaan kokema valtaa sekä halua toimia saavuttaakseen asettamia tavoitteita ja saada aikaan haluttuja muutoksia. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 189-190.) Kyseiset, tavoitteen asettamisen teorioihin liittyvät tekijät eivät sinänsä ole vieraita, mutta edellyttävät uusien toimintatapojen ja resurssien tarkastelua, jotta tavoitteen asettaminen saataisiin käytännössä juurrutettua sairaalasta kotiutuvan AVH-potilaan kuntoutustoimintaan. Tavoitteen asettamisen laaja-alaisen teorian vuoksi, sen käytännön toteuttaminen koetaan ehkä hankalaksi, mikä saattaa olla osasy siihen, että tavoitteen asettamiseen paneutuminen potilaan kuntoutuksen suunnittelussa jää vähälle huomiolle tai se toteutetaan ainoastaan ammattilaislähtöisesti.

Motivaatio nivoutuu opinnäytetyön tulosten perusteella tavoitteen asettamisen prosessin kaikkiin vaiheisiin ja tavoitteen asettamisen kaikkiin taustateorioihin. Hyvä motivaatio tuo myönteisen kuntoutustuloksen ja muutoshalukkuuden sekä käynnistää päämäärähäikuisen toiminnan (Järvikoski & Härkäpää 2011, 165-166). Fysioterapeuttien mielestä potilaan motivaatio on välttämätön osa tavoitteiden asettamista sekä tuloksellisen kuntoutuksen saavuttamista. Potilaan motivaation tunnistaminen koetaan ajoittain haasteelliseksi. Kaikilla potilailta motivaatio ei herää heti, vaan se voi tapahtua myöhemmin, jolloin myös tavoitteen asettaminen on ajankohtaista. Näin ollen, voi olla oleellista, että lievään aivoverenkiertohäiriöön sairastunut palaa sairaalasta ensin omaan arkeensa, jolloin hänelle konkreettiset kuntoutuksen tavoitteet voivat olla helpommin laadittavissa, kun hän on saanut tutustua saatuun informaatioon ja mahdolliset, hänen suoriutumistaan rajoittavat tekijät ovat selkeytyneet. Sekundaaripreventioon liittyvien riskien vähentämiseksi potilaalla on saattanut syntyä jo selkeitä, omia tavoitteita itsehoidon ja kuntoutuksen tueksi.

Erikoissairaanhoidossa potilaiden hoitoajat ovat lyhyet, jolloin jatkokuntoutuksen sekä seurannan merkitys kasvaa. Vähäiset resurssit ja kiire saattavat johtaa siihen, että lievään aivoverenkiertohäiriöön sairastunut potilas kotiutetaan nopeasti heti sen jälkeen, kun lääketieteellinen arviointi ja tutkimukset sekä mahdolliset lääkitykseen liittyvät toimenpiteet ovat tehty. Informaation anto saattaa jäädä puutteelliseksi, jos potilasta hoitava lääkäri ei tee lähetettä potilaasta kuntoutuksen ammattilaisen arviointiin tai potilas kotiutuu suoraan päivystyspoliklinikalta. Opinnäytetyön tutkimustulokset tukevat sitä ajatusta, että tavoitteiden asettaminen edellyttää lievään aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden osalta sairaalasta kotiutumisen jälkeistä, uudelleen tapaamista ja seurantaa.

Liian varhaisessa vaiheessa sairastumista tehty tavoitteen asettaminen koettiin vaikeuttavan prosessia koska sairastumisen hyväksyminen ja käsittely eivät välttämättä ole vielä käynnistyneet. Potilaan puutteellinen käsitys toimintakyvystään, voimavarojen, motivaation ja tukiverkoston puuttuminen, tiedon vähäisyys, kielelliset ja ymmärtämisen sekä kognitiiviset ongelmat hankaloittavat myös tavoitteen asettamista. Myöhempi ajankohta tavoitteen asettamiselle on tarpeen niillä potilailla, joiden AVH:n aiheuttamat oireet ovat laajemmat ja jotka siirtyvät erikoissairaanhoidosta jatkokuntoutukseen. Edellä mainitut tekijät nousivat esiin myös Sugavanam ym. (2013, 187), O'Brien & Xue (2014, 1273-1274), Lloyd ym. (2014, 154-155) ja Rosewilliam ym. (2016, 516-517) tehdyissä tutkimuksissa tavoitteen asettamista vaikeuttavina.

Omaan elinympäristöön palaamisen jälkeen tapahtuvalla seurantakäynnillä asetetaan selkeät, konkreettiset tavoitteet sekä suunnitelma, joka nivoutuu potilaan arkielämään. Edellä mainitut tekijät tukevat fysioterapeuttien mielestä tavoitteiden saavuttamista. Potilaiden vastauksissa motivaatio koetaan tekijäksi, joka auttaa tavoitteiden asettamisessa, mutta se edellyttää hyvää ja kannustavaa ohjausta sekä seurantaa. Seurantaluontoisessa tapaamisessa fysioterapeutilla voisi olla aikaa paneutua potilaan tilanteeseen tarkemmin ja potilaan toimintakykyä ja hänen elinympäristöönsä liittyviä tekijöitä olisi mahdollista kartoittaa lisää. Potilaiden tukeminen tunnistamaan tavoitteitaan, lisää potilaiden tavoitelähtöistä toimintaa ja edistää potilaita suoriutumaan kuntoutussuunnitelmaan laadituista harjoituksista (Scobbie ym. 2013, 2; Sugavanam ym. 2013, 181, 187).

Fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan lisääminen korostuvat potilaiden tavoitteissa. Myös fysioterapeutit kokevat, että potilaat yleensä asettavat fyysiseen toimintakykyyn liittyviä tavoitteita ja toivovat fyysisen kunnon yltävän samalle tasolle kuin ennen sairastumista. Tämä saattaa johtua siitä, että kyselylomake oli fysioterapeutin laatima ja esittämä. Toisaalta fyysiset tavoitteet saatetaan kokea helpoimmiksi asettaa. Potilaat kokevat tarvitsevana tarkempaa tietoa sairastumisen aiheuttamista rajoituksista liikuntaan ja rasitukseen liittyen. Samalla psyykkisen tuen merkitys nousee esiin sekä potilaiden että fysioterapeuttien vastauksissa. Tuen mahdollisuus koko kuntoutusprosessin aikana tukee potilaan motivaation syntymistä ja ylläpitämistä. Kognitiivisten kykyjen palautuminen nousi esiin osassa potilasvastauksia. Monella potilaalla terveellinen elämä, työhön paluu sekä arjessa jaksaminen olivat keskeisiä tavoitteita aivoverenkiertohäiriön jälkeiseen toipumiseen. Potilaiden elämänhallinta ja omassa elinympäristössä toimiminen normaalisti korostuivat myös fysioterapeuttien vastauksissa.

Aikaisempien tutkimusten mukaan potilaat asettavat usein itselleen laajempia kokonais-tavoitteita ja tämä vaatii ammattilaisilta taitoa tarkentaa potilaalle konkreettisia osatavoitteita kokonaistavoitteeseen liittyen. Samalla tutkimukset osoittavat, että riittävän haastavat ja toiminnalliset tavoitteet motivoivat potilaita kuntoutuksessa. (Sugavanam ym. 2013, 186; O'Brien & Xue 2014, 1274.)

Omaisten huomioiminen koettiin tukevan tavoitteiden asettamista. Läheisten mukaan otto nähtiin motivoivan sekä sitouttavan potilaan sekä hänen läheiset tavoitteiden saavuttamiseen. Omaiset toimivat potilaan henkisenä tukena. Fysioterapeuttien mielestä luottamuksellisen suhteen syntyminen potilaan ja ammattilaisen välillä tukee motivaation syntymistä. Lisäksi moniammatillisuus sekä yhteistyö eri toimijoiden kanssa tukevat tavoitteiden laatimista sekä helpottavat sairastumisen aiheuttamien oireiden huomioimisen laajalaisemmin.

Potilaiden perheiden omaisten osallistaminen tavoitteen asettamiseen on tutkimusten mukaan vähäistä ja tapahtuu ammattilaisjohtoisesti. Lisäksi on havaittu, että terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat koulutusta neuvottelu- ja kommunikaatiotaitoihin kyetäkseen neuvomaan potilaita. (Rosewilliam ym. 2016, 517.) Kokemus sekä koulutus tuovat

itseluottamusta potilaslähtöiseen tavoitteen asettamiseen terveydenhuollon ammattilaisilla. Aivoverenkiertohäiriö voidaan kokea matkaksi, jolla vuorovaikutuksellisen tavoitteiden asettamisen tulisi tapahtua koko prosessin aikana. Näin ollen tavoitteiden asettaminen olisi joustavaa ja huomioisi potilaan yksilölliset tarpeet, tilanteet ja tarkoitukset. (Lloyd ym. 2014, 155.)

Fysioterapeutit kokevat tavoitteiden asettamisen selkeyttävän ja jäsentävän fysioterapian sekä kuntoutuksen prosessia ja se toimii tärkeänä osana kohdentamaan harjoittelua ja tuomaan progressiivisuutta kuntoutukseen. Potilaiden näkemysten esiintuominen esimerkiksi haastattelun avulla koetaan tärkeäksi. Tärkeää on myös, että tavoitteet kirjataan ja pilkotaan osatavoitteisiin, jolloin kuntoutusprosessi etenee vaihe vaiheelta. Näin ollen kuntoutumisen etenemistä ja toimintakyvyn palautumista kyetään kartoittamaan paremmin. Tämä tukee myös potilaan motivaation ylläpitämistä ja mahdollisten esteiden ja takapakkien havaitsemista ja niistä selviytymistä. Kuntoutusprosessissa tapahtuva ammattilaisen seuranta on näin ollen oleellista ja prosessissa tapahtuvat välivaiheet tukevat tavoitteiden tarkastelua ja uusien tavoitteiden asettamista potilaan kuntoutumisen edetessä. Tärkeä tekijä motivaation syntymiseen ja ylläpysymiseen oli fysioterapeuttien mielestä potilaan pääsy kuntoutusprosessissa seuraavalle tasolle. Tämä edistää potilaan kehittymisen ja edistymisen tunnistamista ja näin ollen lisää potilaan pystyvyyden tunnetta. Tavoitteiden mitattavuus helpottaa muutosten havaittavuutta ja luovat uskoa terapian merkityksestä kuntoutuksen ammattilaisten näkökulmasta. Kuntoutusprosessin eri vaiheiden tilanearvio tukee menetelmävalintoja ja mahdollistaa uusien tavoitteiden asettamista. Merkityksellisimmät tavoitteet koetaan koskevan potilaan elämänlaatua ja mielekkääksi koettua toimintaa, jossa potilaan voimavarat tunnistetaan ja kartoitetaan sekä jaetaan ICF-mallin mukaan eri elämän toimintoihin ja osa-alueisiin.

Scobbie ym. (2013, 2) ja Scobbie ym. (2015, 1291) G-AP-mallin eri vaiheiden avulla pyrittiin tunnistamaan tavoitteiden saavuttamista edistäviä ja estäviä tekijöitä. Mallin tavoitteena oli tavoitteiden asettamisen käytäntöjen selkeytyminen ja kuntoutuksen tulosten parantuminen.

Monen eri ammattiryhmän antama ohjaus saattaa sisältää paljon päällekkäisyyksiä tai jopa ristiriitaisuuksia, joten tiedon ja materiaalin annon yhtenäistämistä tulisi tarkastella

moniammatillisesti. Potilaille annettavan tiedon ja ohjauksen selkeyttäminen vaatii kehittämistä, verkostointia ja resursointia, mutta voi parhaimmillaan edistää muutosprosessin ja uusien toimintatapojen sujumista. Moniammatillisen tavoitteen asettamiseen liittyvän toiminnan kehittäminen voi luoda uusia, toimivia käytäntöjä, joissa potilas huomioidaan entistä paremmin koko kuntoutusprosessin keskiössä. Fysioterapian osalta, terveystoimintaan liittyvää ohjausta ja materiaalia tulisi kehittää ja yhtenäistää, jotta erityyppisten potilaiden yksilölliset toiveet tulisi huomioida. Näin ollen päämäärätietoinen ja yksilölliset tarpeet huomioiva tavoitteen asettaminen mahdollistuu. Eri palveluntarjoajien välisen yhteistyön kehittäminen kuntoutussuunnitelman toteutuksen tueksi olisi myös suotavaa.

On tärkeää, että potilas tiedostaa ja ymmärtää oman osallistumisensa tärkeyden kuntoutusprosessissa ja ne asiat, joista potilas itse huolehtii kuntoutuksessaan, on syytä sopia erikseen. (THL 2011, 17-18.) Kuntoutus perustuu oppimisprosessiin, jossa potilaan kokonaistilannetta arvioidaan ja jossa potilas osallistuu aktiivisesti kuntoutuksensa tavoitteiden määrittelemiseen (Rissanen ym. 2008, 81).

Potilaslähtöinen tavoitteen asettamisen malli on realistinen, oikea-aikainen ja potilaan voimavarat, tarpeet sekä toiveet huomioiva. Malli sitouttaa kuntoutussuunnitelman läpiviemiseen prosessin kaikissa vaiheissa. Potilaan ohjaus ja osallistaminen koetaan mallissa tärkeäksi. Mallin koetaan selkeyttävän tavoitteen asettamista käytännön tasolla. Tavoitteen asettamisen mallin tarkoitus on edistää potilaslähtöistä toimintaa sekä vuorovaikutusta. Lisäksi mallin käyttö edistää potilaan tilanteen ymmärrystä sekä potilaalle itselleen, että ammattilaiselle. Edellä mainitut tekijät korostuivat Scobbie ym. (2011, 476) tavoitteen asettamisen G-AP-mallissa. Potilaiden toimintakyvyn, yksilötekijöiden ja elinympäristön kartoitus on monipuolisempaa avoimemman vuorovaikutuskeinon sekä motivoivan haastattelun periaatteiden avulla (Sukula ym. 2015, 41-42). Omaisten läsnäolo edesauttavat potilaan motivaatiota ja sitoutumista tavoitteen asettamiseen ja kuntoutusprosessin läpiviemiseen. Tiedon annon selkeyttäminen lisäävät potilaan ymmärrystä tilanteestaan, riskitekijöistä ja niistä seikoista, joihin potilas haluaa muutosta omalla toiminnallaan. Seuranta luo turvallisuutta ja lisää potilaan pystyvyyden tunnetta sekä motivaatiota. (Sukula ym. 2015, 41.)

Tavoitteen asettamisen malli edellyttää ammattilaisilta uusien toimintatapojen käyttöön ottoa ja mahdollisesti kouluttautumista. Vaikka malli osittain selkeyttää tavoitteen asettamisen toimintaa, on se prosessina aikaa vievä, mikä tarkoittaa resurssien ja ajankäytön kartoittamista ja kehittämistä. Uusien toimintatapojen käyttöön ottaminen, voi aiheuttaa muutosvastarintaa sekä ammattilaisten että organisaation tasolta.

AVH-potilaan omatoimisuutta ja aktiivisuutta entisestään lisäämällä ja ottamalla potilas aktiivisemmin mukaan oman kuntoutussuunnitelman ja tavoitteiden laatimiseen, vaikuttavat uuden aivoverenkiertohäiriön ehkäisemiseen sekä potilaan elämänlaadun parantamiseen. Toimintatapojen kehittäminen, potilaiden mukaan ottaminen kuntoutuksensa suunnitteluun sekä potilaiden tukeminen jatkamaan fyysistä aktiivisuutta ja harjoittelua kotona tuo haastetta AVH-potilaan fysioterapian kehittämiseksi. (Heinonen ym. 2010; Hiipakka 2012, 47; Jäppinen ym. 2015, 13.) Tavoitteen asettamisen teorioita ja mallin muodostavaa prosessia hyödyntämällä, potilaan voimavaroja voitaisiin kartoittaa ja hyödyntää kattavammin.

Kuntoutuksen seuranta voitaisiin tukea erilaisten, yhtenäisten digitaalisten ratkaisuiden avulla. Tiedon anto sekä yhteydenpito potilaan sekä ammattilaisen välillä onnistuisi suhteellisen helposti virtuaalisilla ja digitaalisilla työkaluilla. Uudenlaiset sovellukset ja digitaaliset työkalut mahdollistavat toimintojen tehostumista ja synnyttävät uusia käyttäjä- ja asiakasyhteisöjä, jotka AVH-potilaan kohdalla voivat olla esimerkiksi vertaistukiryhmiä tai eri ammattiryhmien väliseen yhteydenpitoon liittyen. Uusien toimintatapojen ja työkalujen käyttöönotto edellyttävät ammattilaisten perehtymistä ja mahdollisesti myös koulutusta.

11.1 Opinnäytetyön tulosten arviointia

Tutkimukseen osallistuneiden määrä on suhteellisen pieni. Suurempi osallistujamäärä ja kattavampi kysymysten asettelu olisi mahdollisesti antanut laajemman kuvauksen tavoitteiden asettamisesta sekä potilaiden että fysioterapeuttien näkökulmasta. Muiden ammattiryhmien mukaan ottaminen tutkimukseen olisi mahdollisesti tuonut kattavampaa infor-

maatiota aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen tavoitteiden asettamisesta ja siihen liittyvistä käytännöistä ja huomioon otettavista seikoista. Työn teoriaosuudessa olisi tuolloin pitänyt huomioida eri ammattiryhmien prosesseja tavoitteen asettamiseen liittyen, jolloin työn laajuus olisi mahdollisesti muuttunut hallitsemattomaksi.

Tässä opinnäytetyössä potilaiden kysymykset olisivat voineet antaa kattavampaa tietoa, jos kysymysten asettelussa olisi esitetty kysymyksiä millä tavoin potilaat kokevat haluavansa tietoa. Lisäksi potilaiden oppimista ja motivaatiota tukevat tekijät tavoitteen asettamistilanteessa olisivat olleet mielenkiintoisia selvittää. Motivaation kartoittaminen ammattilaisten näkökulmasta olisi myös mahdollisesti tuonut lisätietoa siitä, millä tavoin potilasta voidaan motivoida tavoitteiden asettamisessa.

Opinnäytetyö ei sinällään tuo uutta käytäntöä tavoitteen asettamiseen eikä kuntoutusprosessin toteutukseen, vaan lähinnä kokoa tavoitteen asettamiseen liittyvän teorian ja tutkimustuloksissa esiintyvät seikat yhdeksi tavoitteen asettamisen malliksi, joka on osa kuntoutusprosessia. Tavoitteen asettamisen mallin luominen olisi ehkä ollut mahdollista pelkän teorian avulla ja tässä työssä erityisesti potilasvastauksien tuoma tieto oli niukkaa. Avoimien kysymysten tiedon anto oli suppeaa koska kysymysten asettelu oli laadittu osittain siitä ennakkokäsityksestä, joka työn teoriaan peilaten oli, että potilaiden kyky arvioida tavoitteiden asettamista saattaa olla kapea-alainen ja että tavoitteen asettaminen käsitteenä monelle sairastuneelle voi olla vieras (Sugavanam ym. 2013, 177, 186; Rosewilliam ym. 2016, 516). Lisäksi osa potilaista, jotka osallistuivat opinnäytetyön tutkimukseen, eivät tavanneet hoitajaksolla kuntoutuksen ammattilaista, jolloin tiedon anto AVH:n jälkeisestä kuntoutuksesta saattoivat jäädä potilaalle suppeiksi tai epäselviksi. Näin ollen potilaan oma rooli kuntoutuksessa saattoi olla epäselvä, mikä korreloi aikaisempiin tutkimustuloksiin aiheesta. Vaikka opinnäytetyön tekijä pyrki ennen kyselylomakkeen antamista avaamaan tavoitteen asettamisen käsitettä suullisesti potilaalle, koki muutama potilas, että aiheetta oli hankala ymmärtää ja että vastuun ottaminen omasta kuntoutumisesta tuntui epäselvältä ja vieraalta.

Opinnäytetyön alkuperäisenä tavoitteena oli luoda virtuaalinen tavoitteen asettamistyökalu osaksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, Terveyskylä-hankkeen Kuntoutumistaloa. Tavoitteen asettamisen teorioiden laajuus kuitenkin osoitti, että yksittäisen

virtuaalisen työkalun kehittäminen tavoitteen asettamiseen liittyen vaatii laajempaa tarkastelua ja jatkotutkimuksia sekä käytännön toteutusta ja kehittämistä. Lisäksi tavoitteen asettaminen vaatii erityisesti potilaan sairastumisen alkuvaiheessa, sekä potilaan että ammattilaisen välistä kattavaa vuorovaikutusta, mikä yksittäisen digitaalisen työkalun avulla voi olla hankala saavuttaa. Digitaalisia työkaluja pohdittaessa voi olla tarpeen, että tavoitteen asettamisprosessi on pilkottava osiin, jolloin mahdollisten, siihen liittyvien digitaalisten työkalujen kehittäminen on mahdollista. Toisaalta liian moneksi pirstoutuva käytäntö ja monen eri työkalun käyttö, saattavat tehdä tavoitteen asettamisesta prosessina liian monimutkaisen.

Tavoitteen asettamisen mallin avulla potilaiden osallistaminen voisi mahdollistua entistä paremmin ja toisi tavoitteen asettamisen käytännön lähemmäksi sekä ammattilaista että potilasta. Erilaiset digitaaliset työkalut toimivat tiedon annon sekä seurannan tukena kuntoutusprosessissa, mutta potilaiden näkökulma ja kokema tuki saattaa jäädä näissä riittämättömäksi. Tämä opinnäytetyö osoittaa, että tavoitteiden asettamisessa tarvitaan edelleen kasvotusten tapahtuvaa vuorovaikutusta, oppimisen, motivaation ja pystyvyyden tunteen luomiseksi, jotta lievään aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan vastuunotto omasta kuntoutumisestaan ja itsehoidostaan mahdollistuu (Sukula ym. 2015, 34-37).

Scobbie ym. (2011, 476) kehittämän G-AP-mallin avulla koettiin tavoitteiden asettamisen taitojen ammattilaisten osalta paranevan ja selkeyttävän tavoitteen asettamisprosessia. Lisäksi se helpotti tavoitteiden saavuttamista. Ajankäytön ja potilaslähtöisyyden koettiin toteutuvan paremmin ja potilaan yksilölliset tarpeet suhteessa hänen elinympäristöön koettiin otettavan paremmin huomioon mallin avulla. Tästä lähtökohdasta myös HYKS:n fysioterapiaan kaavailtu malli pyrittiin laatimaan.

11.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus ja laadullisen tutkimuksen luotettavuus arvioidaan kuvaamalla työn prosessi, uskottavuus ja hyödyllisyys. Aineistolähtöisessä tutkimuksessa tutkimustulokset perustuvat aineistoon ja luotettavuus sen hankintaan ja analyysiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Näin ollen opinnäytetyön systemaattisen kirjallisuushaun ja aineistonhankinnan tarkka kuvaus toteutuksesta ja rajauksesta on pyritty

työssä avaamaan. Kirjallisuushaku toteutui loka-joulukuun välisenä aikana vuonna 2016. Aineistonhankinta tehtiin vuoden 2017 tammikuun alusta tutkimusluvan päättymiseen asti maaliskuun loppuun mennessä (liite 1). Aineiston analysointi toteutui huhtikuun aikana vuonna 2017. Työ raportoitiin Tampereen ammattikorkeakoulun yhteisen raportointiohjeen mukaisesti. Opinnäytetyön suunnitelma esitettiin Tampereen ammattikorkeakoululla 8. syyskuuta 2016. Työn ensimmäinen väliesitys toteutui 9. helmikuuta ja toinen väliesitys 6. huhtikuuta 2017. Valmiin työn esitys oli Tampereen ammattikorkeakoululla 12. toukokuuta 2017.

Työn teoriatausta tavoitteen asettamisesta oli laaja. Opinnäytetyön tutkimustuloksella ei suoraviivaisesti voi esittää tiettyä mallia tavoitteen asettamisesta aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksessa, vaan luoda yhdenlainen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä (Töttö 2004). Tavoitteen asettamisen malli voi toimia pohjana toimintatavan kehittämiseksi sairaalasta suoraan kotiutuvan AVH-potilaan kuntoutuksen tueksi.

11.3 Opinnäytetyön eettisyys

Kaiken aineiston opinnäytetyön tekijä on kerännyt hyvän tutkimuskäytännön ja eettisten periaatteiden mukaisesti. Opinnäytetyö noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tulosten tallentaminen ja esittäminen tapahtui vastuullisesti, asiantuntevasti sekä luotettavasti eettisten arvojen mukaisesti. Tutkimuksen tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät tapahtuivat eettisin periaattein ja muiden asiantuntijoiden ja tutkijoiden töihin on viitattu asianmukaisesti. Tutkimusta varten haettiin tutkimuslupa HUS, HYKS, Sisätaudit ja kuntoutus tulosityksiköstä sekä Pää- ja kaulakeskuksesta. Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja ennen kyselyyn vastaamista tutkittaville kerrottiin kaikki oleellinen tieto siitä, mitä tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa ja mihin tutkimustietoa käytetään. Kyselylomakkeisiin vastaaminen tapahtui anonymisti ja kyselylomakkeet hävitettiin niistä saadun tiedon keruun sekä analysoinnin jälkeen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014.)

11.4 Kehittämisehdotukset

Millä tavoilla onnistunut ja tulokellinen tavoitteen asettamisprosessi potilaan ja ammattilaisen välillä toteutuu ja millä keinoilla sitä voidaan arvioida ja miten erilaisten motivaation mittaamiseen ja tukemiseen kehitettyjen sovellusten käyttöä voidaan yhdistää tavoitteen asettamisen toteutukseen olisi mielenkiintoista selvittää. Mitä mahdollisia esteitä lievään aivoverenkiertohäiriöön sairastunut voi kohdata kuntoutumisessaan ja mitä seikkoja tulisi tässä tapauksessa huomioida, kun tavoitteita kuntoutukselle asetetaan.

Tavoitteen asettamisen mallin käyttöön oton jälkeen sekä potilaiden että ammattilaisten näkökulmaa itse prosessista ja sen käytettävyydestä tulisi arvioida. Tukisiko malli potilaan motivaatiota ja halua toimia kuntoutussuunnitelman mukaisesti? Millä tavoin seuranta ja sen toteuttaminen tukevat potilaan tavoitteiden asettamista ja saavuttamista.

Tällä hetkellä käytössä olevien tavoitteiden asettamisen toimintatapojen kartoitus jäi tekemättä, osittain siitä syystä, ettei niistä HYKS-alueen fysioterapiakäytännöissä ole erikseen sovittu. Moniammatillisen toimintatavan kehittäminen tavoitteen asettamisen näkökulmasta olisi hyvä selvittää.

LÄHTEET

Aivoinfarkti ja TIA. 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, (viitattu 8.2.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Aivoliitto. Aivoverenkiertohäiriöt. Luettu 8.11.2016. <http://www.aivoliitto.fi/etusivu>

Alanko, T., Karhula, M., Piirainen, A., Kröger, T. & Nikander, R. 2017. Kuntoutujan osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin. Loppuraportti. Kelan tutkimus. Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/175226/Tyopapereita113.pdf?sequence=1>

Arvonen, S. 2015. Virtuaalisairaalat & Terveyskylä.fi. Luettu 17.11.2016. <https://koulu-tus.fcg.fi/Portals/2/S08-Arvonen-v2.pdf>

Atula, S. 2015a. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Luettu 7.11.2016. <http://www.terveyskirjasto.fi>. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 21.05.2015.

Atula, S. 2015b. Ohimenevä aivoverenkiertohäiriö (TIA). Luettu 8.11.2016. <http://terveyskirjasto.fi>. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 22.05.2015.

Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) 2016. Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim. Printon Trükikoda: Tallinna.

Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S. & Louhenperä, A. GAS-menetelmä. Käsikirja. Versio 2. Kela. http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf

Brown, M., Levack, W., McPherson, K. M., Dean, S. G., Reed, K., Weatherall, M. & Taylor, W. J. 2014. Survival, momentum, and things that make me “me”: patients perceptions of goal setting after stroke. Disability and Rehabilitation. An International, multidisciplinary journal: 1020-1026.

Fernandez, R., Rajaratnam, R., Evans, K. & Speizer, A. 2012. Goal setting in cardiac rehabilitation: Implications for clinical practice. Contemporary Nurse (2012) 43(1): 13-21.

Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) 2011. Terveysliikunta. Duodecim. UKK-instituutti. Otavan Kirjapaino Oy: Keuruu.

Forsbom, M-B., Kärki, E., Leppänen, L. & Sairanen, R. Aivovauriopotilaan kuntoutus. 2001. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Hazard, R. G., Spratt, K. F., McDonough, C. M., Ohlson, C. M., Ossen, E. S., Hartmann, E. M. & Carlson, R. J. 2012. Patient-Centered Evaluation of Outcomes from Rehabilitation for Chronic Disabling Spinal Disorders: The Impact of Personal Goal Achievement on Patient Satisfaction. Spine Journal. 12(12): 1132-1137.

Hiipakka, J. 2012. Terveysliikunta ja ohjaus – Meilahden sairaalan aivoverenkiertohäiriöpotilaiden näkökulmasta. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Fysioterapeutti yamk. Kuntoutuksen koulutusohjelma.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Tekijät ja Kirjayhtymä Oy. Kariston Kirjapaino Oy: Hämeenlinna.

Heinonen, U., Kylä-Utsuri, N., Malmberg, M., Manninen, S., Miettinen, R., Nuortila, P., Sainio, P., Sydänmaanlakka, M., Urho, N. & Vedenjuoksu, M. 2010. Akuutin aivoverenkiertohäiriöpotilaan fysioterapiaprosessi HYKS-sairaanhoidoalueella. HYKS Sisätaudit ja kuntoutus. Fysioterapia. Hyväksytty 8.6.2010. Yl. Hämäläinen, H., yh. Pohjola, L.

ICF. 2012. ICF-kuvauslomakkeen luominen. Luettu 3.11.2016. <http://www.icf-core-sets.org/fi/page2.php>

Jäppinen, A-M., Hartikainen, M., Manninen, S., Rautio, H., Sainia, T., Sainio, P., Turpeinen, K. & Vuononranta, J. 2015. Akuutin aivoverenkiertohäiriöpotilaan fysioterapiaprosessi HYKS-sairaanhoidoalueella. Päivitys. HYKS Sisätaudit ja kuntoutus. Fysioterapia. Hyväksytty 2015. Yl. Hämäläinen, H., yh. Pohjola, L.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. WSOYpro Oy: Helsinki.

Koukkari, M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Lapin yliopistokustannus. Juvenes Print: Tampere.

Liippola, P. & Lumimäki, V. 2016. Liikunta aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Aivoliitto. Korvaamaton kovalevy. Newprint 5/2016.

Lloyd, A., Roberts, A. R. & Freeman, J. A. 2014. 'Finding a Balance' in Involving Patients in Goal Setting Early After Stroke: A Physiotherapy Perspective. Physiotherapy Research International. 19: 147-157.

O'Brien, S. & Xue, Y. 2014. Predicting goal achievement during stroke rehabilitation for Medicare beneficiaries. Disability and Rehabilitation. An international, multidisciplinary journal. 36(15): 1273-1278. Informa UK Ltd.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (toim.) 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto. Helsinki. Vammalan Kirjapaino Oy. Sastamala.

Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.). 2008. Kuntoutus. Duodecim. Kustannus Oy, Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy: Keuruu.

Rosewilliam, S., Sintler, C., Pandyan, A. D., Skelton, J. & Roskell, C. A. 2016. Is the practice of goal-setting for patients in acute stroke care patient-centered and what factors influence this? A qualitative study. Clinical Rehabilitation. Vol. 30(5): 508-519.

Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>. (Viitattu 15.05.2017.)

Saikkumäki, P. & Kokko, R-L. Kuntoutus. 2012. Sosiaalisen kuntoutuksen teemanumero. Tieteellinen artikkeli. Kuntoutuksen käytännöt Paltamon työllisyyskokeilussa: Toimijuuden tukeminen ammatillisessa ja sosiaalisessa kuntoutuksessa. (s. 5-16)

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4. Luettu 16.5.2017. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Scobbie, L., Dixon, D. & Wyke, S. 2011. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework. *Clinical Rehabilitation*; 25: 468-482.

Scobbie, L., Duncan, E. A., Brady, M. C. & Wyke, S. 2015. Goal setting practice in services delivering community-based stroke rehabilitation: a United Kingdom (UK) wide survey. *Disability and Rehabilitation. An international, multidisciplinary journal*; 37(14): 1291-1298.

Scobbie, L., McLean, D., Dixon, D., Duncan, E. & Wyke, S. 2013. Implementing a framework for goal setting in community based stroke rehabilitation: a process evaluation. *BMC Health Services Research*, 13: 190: 2-13.

Stakes. 2004. ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus.

Sugavanam, T., Mead, G., Bulley, C., Donaghy, M. & van Wijck, F. 2013. The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation – a systematic review. *Disability & Rehabilitation*; 35(3): 177-190. Informa UK, Ltd.

Sukula, S. 2013. Hyvin laaditut tavoitteet ovat kuntoutuksen selkäranka. *Kuntoutus* 2, 41-47. Luettu 19.10.2016. https://kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2013/sukula.pdf

Sukula, S. & Vainiemi, K. GAS-menetelmä. Käsikirja, versio 4. Kela.

Sukula, S., Vainiemi, K. & Laukkala, T. 2015. GAS – Menetelmästä sovellukseen. Kellan tutkimusosasto. Tampere: Juvenes Print.

Taylor, W. J., Brown, M., William, L., McPherson, K. M., Reed, K., Dean, S. G. & Weatherall, M. 2011. A pilot cluster randomized controlled trial of structured goal-setting following stroke. *Clinical Rehabilitation* 26(4) 327-338.

THL. 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy: Tampere. Luettu 14.11.2016. <https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

THL. 2016a. ICF-luokituksen rakenne. Luettu 2.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-rakenne>

THL. 2016b. Mitä toimintakyky on? Luettu 12.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

THL. 2016c. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Luettu 12.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

THL. 2016d. ICF-ydinlistat ja tarkistuslistat. Luettu 3.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-ydinlistat-ja-tarkistuslista>

Tuomi, T. & Sarajärvi, A. 2002. Kokonaisuudesta Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Luettu 13.10.2016. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>. (Viitattu 15.05.2017)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 17.10.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Töttö, P. 2004. Syvällistä ja pinnallista. Teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa. Luku 3.3.1. Kokonaisuudesta Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Luettu 13.10.2016. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>. (Viitattu 15.5.2017)

UKK-instituutti. Liikuntapiirakka aikuisille. Luettu 26.3.2017. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka/liikuntapiirakka-aikuisille>

WHO. 2014. ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Lyhyt versio. Taskukirja. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimusluvan myöntäminen

HELSINGIN JA UUDENMAAN Tutkimusluvan myöntäminen

SAIRAANHOITOPIIRI

S 22

HUS/259/2016

Sisätautien ja kuntoutuksen opetus ja tutkimus 29.12.2016

Luvan myöntäminen "Tavoitteen asettaminen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksessa - Virtuaalisen tavoitteenasettamistyökalun kehittäminen HUS Terveyskylän Kuntoutumistaloon" tutkimuksen suorittamista varten.

Hakija Nina Kylä-Utsuri, fysioterapeutti, HYKS Sisätaudit ja kuntoutus, fysioterapia

Perustelut Tämä opinnäytetyö on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Terveyskylä.fi-hankkeen sähköiset palvelut hanketta, joka on tarkoitettu kansalaisille, terveydenhuollon asiakkaille, erikoissairaanhoidon potilaille sekä omaisille ja terveydenhuollon ammattilaisille. Opinnäytetyö liittyy Kuntoutumistaloon, joka on yksi Terveyskylän "taloista". Kuntoutumistalo palvelee potilaita kuntoutumiseen ja itseharjoitteluun liittyvissä asioissa, eri sairaudet ja potilasryhmät huomioiden. Palvelun tavoitteena on luoda yhteneväiset toimintamallit ja prosessit potilasryhmien hoitoon sekä kuntoutukseen erilaisten virtuaalisten ja digitaalisten toimintojen avulla.

HUS:n Kuntoutumistalon suunnittelu- ja toteuttamistyöryhmässä käytyjen keskustelujen pohjalta on havaittu, että tavoitteenasettamistyökalu olisi hyödyllinen potilaiden kuntoutusprosessissa ja että opinnäytetyön avulla tavoitteenasettelutyökalu ja sen kehittäminen perustuisi tutkittuun tietoon ja näin ollen osoittaisi luotettavuutta, mikä on yksi Terveyskylä.fi-hankkeen edellytyksistä. Lievään aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuneet kuntoutujan polkua ollaan parhaillaan suunnittelemassa Kuntoutumistaloon liitettäväksi. Kyseiselle sairausryhmälle ei ohjelmoida tällä hetkellä lääketieteellistä seurantaa tai kuntoutusta. Näin ollen lievään aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet saattavat jäädä ilman riittävää ohjausta sairastumiseen, sairauteen sekä sekundaaripreventioon liittyen.

Opinnäytetyön tavoitteena on luoda virtuaalinen tavoitteenasettamistyökalu HUS Terveyskylä Kuntoutumistaloon, jolla voidaan tarkentaa AVH-potilaan toimintakyvyn kuvausta sekä lisätä potilaan vastuuta sekä sitoutumista omasta kuntoutumisestaan. Tavoitteenasettamistyökalun avulla potilas laatii itselleen konkreettiset tavoitteet sairastumisen alkuvaiheessa ja kuntoutuksen ammattilainen laatii suunnitelman kuntoutukselle potilaan asettamien tavoitteiden mukaisesti. Tavoitteiden asettamisella pyritään lisäämään potilaan vastuuta itsehoidosta ja kuntoutumisesta. Opinnäytetyössä käsitellään AVH-potilaan kuntoutusta pääosin fysioterapian näkökulmasta. Jatkossa tavoitteenasettamistyökalua voisi mahdollisesti soveltaa myös muiden potilas- sekä ammattiryhmien käyttöön sopivaksi.

Opinnäytetyön suorittamiseen on Pää- ja kaulakeskuksen puoltava lupa.

Opinnäytetyö ei aiheuta kustannuksia HUS:lle

Tutkimus suoritetaan kyselytutkimuksena sekä potilaille (noin 20 potilasta) että henkilökunnalle (noin 20-30 henkilökuntaan kuuluvaa henkilöä).

Opinnäytetyö tehdään Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille (HUS). Opinnäytetyön välitön vaikutus saadaan HUS Terveyskylä Kuntoutumistalo virtuaalisairaalaan.

Päätös Edellä olevan mukaan päätän, että Nina Kylä-Utsurille myönnetään lupa edellä perustellun mukaisesti suorittaa opinnäytetyö.

Tutkimuslupa on voimassa 29.12.2016 - 31.3.2017 HYKS Sisätaudit ja kuntoutus tulosityksikössä. Tämän opinnäytetyön myöntämiseen liittyvät opinnäytetyöhakemusasiakirjat on tallennettu Tieteellisen tutkimuksen hallinta-, käsittely- ja tilastointiohjelmaan (Tietu).

Sovelletut oikeusohjeet HUS, Yleiskirjeet 22/2000 ja 4/2002
Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999)
Henkilötietolaki (523/1999)
Laki viranomaistoiminnan julkisuudesta (621/1999)
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Päätösvallan peruste Hallintosääntö 19 S
HUS, yleiskirje 22/2000
HUS, HYKS toimintaohje

Lisätiedot Anna-Maija Jäppinen, puh.
anna-maija.jappinen@hus.fi



Juhani Kahri
HYKS SiSu linjajohtaja opetus ja tutkimus

Liitteet Oikaisuvaatimusohje

Tiedoksi Kylä-Utsuri Nina
Sisätaudit ja kuntoutus tulosityksikön hallinto Jukka Louhija

OIKAISUVAATIMUSOHJE

Oikaisuvaatimusoikeus

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen). Kuntayhtymän viranomaisen päätöksestä oikaisuvaatimuksen saa tehdä myös kuntayhtymän jäsenkunta ja sen jäsen. Oikaisuvaatimus tehdään kirjallisena.

Oikaisuvaatimuskielto

Oikaisuvaatimusta ei saa tehdä päätöksestä, joka koskee päätöksen valmistelua tai täytäntöönpanoa, oikaisuvaatimuksen johdosta tehtyä päätöstä, eikä päätöksestä, johon haetaan muutosta muun lain nojalla.

Oikaisuvaatimusviranomainen

HUS:n hallituksen alaisten viranhaltijoiden päätöksistä oikaisuvaatimus osoitetaan hallitukselle.

HYKS-sairaanhoitoalueen ja muiden sairaanhoitoalueiden lautakuntien alaisten viranhaltijoiden päätöksistä oikaisuvaatimus osoitetaan asianomaiselle lautakunnalle.

Liikelaitosten johtokuntien alaisten viranhaltijoiden päätöksistä oikaisuvaatimus osoitetaan asianomaisen liikelaitoksen johtokunnalle.

Oikaisuvaatimusaika

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi.

Tiedoksisaantipäivää ei lueta oikaisuvaatimusaikaan. Jos oikaisuvaatimuksen viimeinen päivä on pyhäpäivä tai muu sellainen päivä, jolloin virastossa ei työskennellä, oikaisuvaatimuksen saa toimittaa ensimmäisenä sen jälkeisenä arkipäivänä.

Oikaisuvaatimuksen sisältö

Oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava

- oikaisuvaatimuksen tekijän nimi ja kotikunta,
- postiosoite ja muut yhteystiedot, johon asiaa koskevat ilmoitukset voidaan toimittaa,
- päätös, johon haetaan oikaisua sekä
- miltä osin päätökseen haetaan oikaisua ja mitä muutoksia siihen vaaditaan tehtäväksi ja oikaisuvaatimuksen perusteet.

Oikaisuvaatimuksen hakijan tai hänen laillisen edustajansa taikka asiamiehen on omakätisesti allekirjoitettava oikaisuvaatimus. Jos oikaisuvaatimuksen hakijan puhevaltaa käyttää muu kuin muutoksenhakija itse, on oikaisuvaatimuksessa mainittava myös tämän henkilön nimi, kotikunta, postiosoite ja muut yhteystiedot, johon asiaa koskevat ilmoitukset hakijalle voidaan toimittaa.

Viranhaltijapäätöksen liitteistä voi tiedustella asianomaisen päättäjän toimistosta.

Tiedon luovuttamiseen salassa pidettävistä asiakirjoista sovelletaan julkisuuslain (621/1999) Säännöksiä.

Oikaisuvaatimuksen toimittaminen

Asianosaisen tai hänen valtuuttamansa henkilön on toimitettava

- HUS:n hallitukselle ja liikelaitosten johtokunnille osoitetut oikaisuvaatimukset keskuskirjaamoon;
 - sairaanhoitoalueiden lautakunnille osoitetut oikaisuvaatimukset asianomaisen sairaanhoitoalueen kirjaamoon; ja
- Oikaisuvaatimus on jätettävä niin ajoissa, että se ehtii perille oikaisuvaatimusajan viimeisenä päivänä ennen kirjaamon aukioloajan päättymistä. Omalla vastuulla oikaisuvaatimuksen voi lähettää postitse, lähetin välityksellä tai faksilla taikka sähköpostilla.

Sähköpostilla saapuneen oikaisuvaatimuksen katsotaan tulleen perille määräajassa, mikäli se on viranomaisen käytävissä tämän vastaanottolaitteessa ennen määräajan päättymistä. Tarvittaessa voidaan oikaisuvaatimuksen tekijää pyytää toimittamaan sähköpostilla saapuneesta oikaisuvaatimuksesta alkuperäinen allekirjoitettu kappale, mikäli on syytä epäillä asiakirjan aitoutta, eheyttä ja muuttumattomuutta (laki sähköisestä asioinnista viranomaistoiminnassa 13/2003.)

Annettu postin kuljetettavaksi, pvm ja allekirjoitukset

tiedoksiantaja asianosainen

Luovutettu asianosaiselle, paikka, pvm ja allekirjoitukset

tiedoksiantaja vastaanottaja

Yhteystiedot

HUS:n keskuskirjaamo, HYKS-sairaanhoidon kirjaamo

Osoite: PL 200, 00029 HUS

(Käyntiosoite: Ruosilantie 16 B, Helsinki)

Puhelin: 09 4711 (vaihe) tai puh: 050 428 7837

Telekopio: 09 471 75500

Sähköposti: keskuskirjaamo@hus.fi

Asiakaspalvelu klo 9.00-15.00

Liite 2. ICF ydinlistat

Yleinen ydinlista (THL 2016d)

| | | |
|-----------------------|------|--|
| Liikkuminen | d450 | Käveleminen |
| | d455 | Liikkuminen paikasta toiseen |
| Kipu | b280 | Kipuaistimus |
| Uni ja energia | b130 | Henkinen energia ja viettitoiminnot |
| Tunteet | b152 | Tunne-elämän toiminnot |
| | d230 | Päivittäin toistuvien tehtävien tekeminen ja toimien suorittaminen |
| | d850 | Vastikkeellinen työ |

Kuntoutuksen ydinlista (THL 2016d)**Ruumiin/kehon toiminnot**

b130 Henkinen energia ja viettitoiminnot
 b134 Unitoinnot
 b152 Tunne-elämän toiminnot
 b280 Kipuaistimus
 b455 Rasituksen sietotoiminnot
 b620 Virtsaamistoiminnot
 b640 Seksuaalitoiminnot
 b710 Nivelten liikkuvuustoiminnot
 b730 Lihaskuonon ja tehon tuottotoiminnot

Suoritukset ja osallistuminen

d230 Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen
 d240 Stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsitteleminen
 d410 Asennon vaihtaminen
 d415 Asennon ylläpitäminen
 d420 Itsensä siirtäminen
 d450 Käveleminen
 d470 Kulkuneuvojen käyttäminen
 d455 Liikkuminen paikasta toiseen
 d465 Liikkuminen välineiden avulla
 d510 Peseytyminen
 d520 Kehon osien hoitaminen
 d530 WC:ssä käyminen
 d540 Pukeutuminen
 d550 Ruokaileminen
 d570 Omasta terveydestä huolehtiminen
 d640 Kotitaloustöiden tekeminen
 d660 Muiden henkilöiden avustaminen
 d710 Henkilöiden välinen perustava vuorovaikutus
 d770 Intiimit ihmissuhteet
 d850 Vastikkeellinen työ
 d920 Virkistäytyminen ja vapaa-aika

Ympäristötekijöiden lyhyt ydinlista (THL 2016d)

- e110 Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen tarkoitukseen
- e115 Päivittäisen elämän tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen käyttöön
- e120 Tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen liikkumiseen ja liikenteeseen sisä- ja ulkotiloissa
- e135 Työssä käytettävät tuotteet ja teknologiat
- e150 Julkisten rakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat
- e155 Yksityisrakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat
- e225 Ilmasto
- e310 Lähiperhe
- e320 Ystävät
- e355 Terveydenhuollon ammattihenkilöt
- e450 Terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteet
- e580 Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka

Aivohalvauksen lyhyt ICF-ydinlista (ICF 2012)

- | | |
|--|--|
| b110 Tietoisuustoiminnot | d530 WC:ssä käyminen |
| b114 Orientoitumistoiminnot | d540 Pukeutuminen |
| b140 Tarkkaavuustoiminnot | d550 Ruokaileminen |
| b144 Muistitoiminnot | e310 Lähiperhe |
| b167 Kieleen liittyvät mielenoiminnot | e355 Terveydenhuollon ammattihenkilöt |
| b730 Lihaskuonon ja voiman tuottotoiminnot | e580 Terveys- palvelut, hallinto ja politiikka |
| d310 Puhuttujen viestien ymmärtäminen | s110 Aivojen rakenne |
| d330 Puhuminen | s730 Yläraajan rakenne |
| d510 Peseytyminen | |

Aivohalvauksen laaja ICF-ydinlista (ICF 2012)

| | |
|--|---|
| b110 Tietoisuustoiminnot | b710 Nivelten liikkuvuustoiminnot |
| b114 Orientoitumistoiminnot | b715 Nivelten stabiliustoiminnot |
| b117 Älykkyystoiminnot | b730 Lihaskäytön ja tehon tuottotoiminnot |
| b126 Temperamentti ja persoonallisuustoiminnot | b735 Lihaskäytön (tonus) |
| b130 Henkinen energia ja viettitoiminnot | b740 Lihaskäytön toiminnot |
| b134 Unitoinnot | b750 Liikerefleksitoiminnot |
| b140 Tarkkaavuustoiminnot | b755 Tahdosta riippumattomat liikereaktiotoiminnot |
| b144 Muistitoiminnot | b760 Tahdonalaisten liiketoimintojen hallinta |
| b152 Tunne-elämän toiminnot | b770 Kävely- juoksutyylitoiminnot |
| b156 Havaintotoiminnot | d115 Kuunteleminen |
| b164 Korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot | d155 Taitojen hankkiminen |
| b167 Kieleen liittyvät mielen toiminnot | d160 Tarkkaavuuden kohdentaminen |
| b172 Laskemistoiminnot | d166 Lukeminen |
| b176 Monimuotoisten liikkeiden yhteensovittamistoiminnot | d170 Kirjoittaminen |
| b180 Itsen ja ajan kokemisen toiminnot | d172 Laskeminen |
| b210 Näkötoiminnot | d175 Ongelman ratkaiseminen |
| b215 Silmäseurustuksen toiminnot | d210 Yksittäisen tehtävän tekeminen |
| b260 Asentoaistitoiminta | d220 Useiden tehtävien tekeminen |
| b265 Kosketusaistitoiminta | d230 Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen |
| b270 Lämpö- ja muiden ärsykkeiden aistitoiminnot | d240 Stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsitteleminen |
| b280 Kipuaistimus | d310 Puhuttujen viestien ymmärtäminen |
| b310 Puheäänitoiminnot | d315 Ei-kielellisten viestien ymmärtäminen |
| b320 Ääntämistoiminnot | d325 Kirjoitettujen viestien ymmärtäminen |
| b330 Puheen sujuvus- ja rytmitoiminnot | d330 Puhuminen |
| b410 Sydäntoiminnot | d335 Ei-kielellisten viestien tuottaminen |
| b415 Verisuonitoiminnot | d345 Viestien kirjoittaminen |
| b420 Verenpainetoiminnot | d350 Keskustelu |
| b455 Rasituksen sietotoiminnot | d360 Kommunikointilaitteiden ja -tekniikoiden käyttäminen |
| b510 Ravinnonotto toiminnot | d410 Asennon vaihtaminen |
| b525 Ulostustoiminnot | d415 Asennon ylläpitäminen |
| b620 Virtsaamistoiminnot | d420 Itsensä siirtäminen |
| b640 Seksuaalitoiminnot | |

- d430 Nostaminen ja kantaminen
- d440 Käden hienomotorinen käyttäminen
- d445 Käden ja käsivarren käyttäminen
- d450 Käveleminen
- d455 Liikkuminen paikasta toiseen
- d460 Liikkuminen erilaisissa paikoissa
- d465 Liikkuminen välineiden avulla
- d470 Kulkuneuvojen käyttäminen
- d475 Ajaminen
- d510 Peseytyminen
- d520 Kehon osien hoitaminen
- d530 WC:ssä käyminen
- d540 Pukeutuminen
- d550 Ruokaileminen
- d570 Omasta terveydestä huolehtiminen
- d620 Tavaroiden ja palveluiden hankkiminen
- d630 Aterioiden valmistaminen
- d640 Kotitaloustöiden tekeminen
- d710 Henkilöiden välinen perustava vuorovaikutus
- d750 Vapamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet
- d760 Perhesuhteet
- d770 Intiimit ihmissuhteet
- d845 Työnhaku, työpaikan säilyttäminen ja työn päättäminen
- d850 Vastikkeellinen työ
- d855 Vastikkeeton työ
- d860 Taloudelliset perustoimet
- d870 Taloudellinen omavaraisuus
- d910 Yhteisöllinen elämä
- d920 Virkistäytyminen ja vapaa-aika
- e110 Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen
- e115 Päivittäisen elämän tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen käyttöön
- e120 Tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen liikkumiseen ja liikenteeseen sisä- ja ulkotiloissa
- e125 Kommunikointituotteet ja -teknologiat
- e135 Työssä käytettävät tuotteet ja teknologiat
- e150 Julkisten rakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat
- e155 Yksitysrakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat
- e165 Varallisuus
- e210 Luonnon maantieto
- e310 Lähiperhe
- e315 Laajennettu perhe
- e320 Ystävät
- e325 Tuttavat, ikätoverit, työtoverit, naapurit ja yhteisön jäsenet
- e340 Kotipalvelutyöntekijät ja henkilökohtaiset avustajat
- e355 Terveydenhuollon ammattihenkilöt
- e360 Muut ammattihenkilöt
- e410 Lähiperheen jäsenten asenteet
- e420 Ystävien asenteet
- e425 Tuttavien, ikätoverien, työtoverien, naapurien ja yhteisön jäsenten asenteet
- e440 Kotipalvelutyöntekijöiden ja henkilökohtaisten avustajien asenteet
- e450 Terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteet
- e455 Muiden ammattihenkilöiden asenteet
- e460 Yhteisön asenteet
- e515 Arkkitehtuuri ja rakentaminen -palvelut, hallinto ja politiikka
- e525 Asuminen -palvelut, hallinto ja politiikka
- e535 Viestintä - palvelut, hallinto ja politiikka
- e540 Liikenne - palvelut, hallinto ja politiikka
- e550 Oikeustoimi - palvelut, hallinto ja politiikka
- e555 Yhdistykset ja järjestöt - palvelut, hallinto ja politiikka
- e570 Sosiaaliturva -etuudet, hallinto ja politiikka
- e575 Yleinen sosiaalinen tuki -palvelut, hallinto ja politiikka
- e580 Terveys - palvelut, hallinto ja politiikka
- e590 Työ ja työllistäminen - palvelut, hallinto ja politiikka
- s110 Aivojen rakenne
- s410 Sydän ja verenkiertojärjestelmän rakenteet
- s720 Hartianseudun rakenne
- s730 Yläraajan rakenne
- s750 Alaraajan rakenne

Liite 3. Kyselylomake potilaille

Arvoisa potilaamme,

olette hoidossa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS,) Pää ja kaulakeskuksessa, Neurologian klinikassa. Hoitoon ja siihen liittyviin tehtäviin perustuen lähestymme Teitä tutkimustarkoituksessa.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on annettu lupa suorittaa terveydenhuollon ammattiopintoihin kuuluva opinnäytteeksi tarkoitettu tutkimus. Tämä kysely liittyy Ylemmän ammattikorkeakoulun kehittämistyöhön. Työn tavoitteena on kehittää aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen omien tavoitteiden asettamisen malli.

Mallin avulla potilas voi luoda itselleen merkityksellisiä tavoitteita kuntoutumiselleen ja ammattilainen kykenee suunnittelemaan potilaan kuntoutuksen potilaan asettamien tavoitteiden mukaisesti. Tutkimusten mukaan tavoitteen asettamisella on suuri merkitys aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa, koska se lisää potilaiden motivaatiota kuntoutukseen, lisää hoitoon sitoutumista ja näin ollen parantaa kuntoutuksen tuloksia.

Kutsumme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Sen vuoksi kerromme seuraavassa tarkemmin, miten tutkimukseen voi osallistua.

Teitä pyydetään vastaamaan tämän saatekirjeen mukana annettuun kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeeseen vastaaminen kestää noin 20 min. Kaikki Teiltä tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisesti ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne HUS:ssa nyt tai tulevaisuudessa.

Lisätietoja voitte saada Nina Kylä-Utsurilta, nina.kyla-utsuri@hus.fi.

Tavoitteen asettamisen malli aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksessa –tutkimukseen liittyvä kysely

Tämän kyselyn tarkoituksena on selvittää mielipidettäsi siitä, mitkä tekijät edistävät kuntoutumisesi tavoitteiden laatimista.

Täytä ensin seuraavat taustatiedot.
Rastita oikea vaihtoehto.

1. Ikä

- 18-25 vuotta
- 26-35 vuotta
- 36-45 vuotta
- 46-55 vuotta
- 56-65 vuotta
- 66-75 vuotta
- 76-85 vuotta
- yli 86 vuotta

2. Sukupuoli

- Nainen
- Mies

3. Olen työelämässä

- Kyllä
- En
- Olen osa-aikaisesti työssä
- Opiskelen

4. Olen sairastunut

- Ohittuneeseen aivoverenkiertohäiriöön (TIA-kohtaukseen)
- Aivoinfarktiin (aivoverisuonitukokseen)
- Aivoverenvuotoon
- Aivojen laskimotukokseen
- En tiedä

Kerro, kuinka hyvin alla kuvatut väittämät kuvaavat omia mielipiteitäsi. Ympyröi oikea vaihtoehto asteikolla 1-5.

1. Itselleni asetetuilla tavoitteilla kokisin pystyväni ottamaan vastuuta omasta kuntoutumisestani

| | | | | |
|-------------------|-------------------|---------------|-------------------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Täysin eri mieltä | Hieman eri mieltä | En osaa sanoa | Jokseenkin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä |

2. Terveydenhuollon henkilöstön kanssa yhdessä laaditut tavoitteet tukisivat kuntoutumistani

| | | | | |
|-------------------|-------------------|---------------|-------------------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Täysin eri mieltä | Hieman eri mieltä | En osaa sanoa | Jokseenkin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä |

3. Tavoitteet motivoisivat minua hoitamaan itseäni

| | | | | |
|-------------------|-------------------|---------------|-------------------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Täysin eri mieltä | Hieman eri mieltä | En osaa sanoa | Jokseenkin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä |

4. Koen että kuntoutumiseni tavoitteet olisivat saavutettavissa omalla toiminnallani

| | | | | |
|-------------------|-------------------|---------------|-------------------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Täysin eri mieltä | Hieman eri mieltä | En osaa sanoa | Jokseenkin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä |

Kerro omin sanoin mitä seuraavat asiat sinulle merkitsevät:

Mitä tietoa tarvitset, jotta voisit laatia itsellesi tavoitteita?

Mitkä tekijät voisivat auttaa sinua asettamaan tavoitteita kuntoutumisellesi?

Minkälaisia tavoitteita asettaisit omalle kuntoutumisellesi?

Jatka tarvittaessa kääntöpuolelle, kiitos!

Liite 4. Kyselylomake fysioterapeuteille

Arvoisa kollega,

Työskentelen fysioterapeuttina HUS, HYKS, Meilahden sairaalassa ja opiskelen tällä hetkellä Tampereen ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, Hyvinvointiteknologian koulutusohjelmassa. Tämä kysely liittyy opintojeni opinnäytetyöhön. Työ on osa HUS Terveyskylä-hanketta ja liitetään HUS Terveyskylän Kuntoutumistaloon.

Työn tavoitteena on kehittää aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen omien tavoitteiden asettamisen malli. Mallin avulla potilas voisi luoda itse merkityksellisiä tavoitteita kuntoutumiselleen ja ammattilainen kykenisi suunnittelemaan potilaan kuntoutuksen potilaan asettamien tavoitteiden mukaisesti.

Olen päättänyt rajata työni koskemaan lieviä aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuneita potilaita, jotka kotiutuvat suoraan erikoissairaanhoidosta. Kyseisten potilaiden polkua ollaan rakentamassa HUS Terveyskylän Kuntoutumistaloon. Tutkimusten mukaan tavoitteiden asettamisella on suuri merkitys aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa, koska se lisää potilaiden motivaatiota kuntoutukseen, edistää potilaan hoitoon sitoutumista ja näin ollen parantaa kuntoutuksen tuloksia. Tutkimuksissa on myös todettu, ettei tavoitteen asettamisessa potilaslähtöisyyttä huomioida riittävästi eikä selkeää tapaa tai mallia tavoitteen asettamiselle ole määritelty aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutuksessa.

Tavoitteiden asettaminen eroaa aivoverenkiertohäiriöissä, koska aivoverenkiertohäiriöt ilmaantuvat äkillisesti ja niiden kuntoutusprosessi sekä ennuste etenevät eri tavalla muihin neurologisiin sairauksiin verrattuna.

Tämä kysely kohdistuu HUS, HYKS, Sisätaudit ja kuntoutus toimialan fysioterapeuteille, jotka työskentelevät aivoverenkiertohäiriöpotilaiden parissa. Potilasryhmään kuuluvat ohittuneeseen aivoverenkiertohäiriöön (TIA-kohtaukseen), aivoinfarktiin, aivoverenvuotoon tai aivojen laskimotukokseen sairastuneet.

Pyydän sinua vastaamaan tämän saatekirjeen mukana lähetettyyn kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeeseen vastaaminen kestää noin 20 - 30 min. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja kyselyn tulokset esitetään siten, ettei yksittäisiä tietoja pystytä tunnistamaan.

Yksikkönne vastaukset pyydän keräämään mukana tulleeseen kirjekuoreen ja lähettämään kaikkien vastaukset yhdessä sisäpostilla viimeistään 1.3.2017 osoitteeseen:

[Nina Kylä-Utsuri, Meilahden Fysioterapia, PL 340.](#)

Yhteistyöstä ja osallistumisestasi kiittäen,
Nina Kylä-Utsuri

Lisätietoja: nina.kyla-utsuri@hus.fi

Kysely YAMK-opinnäytetyöhön liittyen.**”Tavoitteen asettamisen malli aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksessa”**

Täytä ensin seuraavat taustatiedot.

Rastita oikea vaihtoehto.

1. Ikä

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> 20-25 vuotta | <input type="radio"/> 46-49 vuotta |
| <input type="radio"/> 26-29 vuotta | <input type="radio"/> 50-55 vuotta |
| <input type="radio"/> 30-35 vuotta | <input type="radio"/> 56-59 vuotta |
| <input type="radio"/> 36-39 vuotta | <input type="radio"/> 60-65 vuotta |
| <input type="radio"/> 40-45 vuotta | <input type="radio"/> yli 65 vuotta |

2. Sukupuoli

- Nainen
- Mies

3. Olen työskennellyt fysioterapeuttina (myös muualla kuin HUS:ssa mukaan laskien)

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> 0-5 vuotta | <input type="radio"/> 26-30 vuotta |
| <input type="radio"/> 6-10 vuotta | <input type="radio"/> 31-35 vuotta |
| <input type="radio"/> 11-15 vuotta | <input type="radio"/> 36-40 vuotta |
| <input type="radio"/> 16-20 vuotta | <input type="radio"/> yli 40 vuotta |
| <input type="radio"/> 21-25 vuotta | |

Kerro omin sanoin mitä seuraavat asiat sinulle merkitsevät:

1. Mitä tietoa tarvitaan, että potilas voisi asettaa itse tavoitteita?

2. Mitkä seikat helpottaisivat AVH-potilaan tavoitteen asettamista?

3. Mitkä seikat vaikeuttavat AVH-potilaan tavoitteen asettamista?

4. Mitä merkityksellisiä tavoitteita aivoverenkiertohäiriöön sairastuneella voisi mielestäsi olla?

5. Mitä tavoitteet merkitsevät mielestäsi AVH-potilaan kuntoutusprosessille?

6. Mitä potilaslähtöisen tavoitteen asettamisen malliin mielestäsi sisältyy?

7. Mitä muita huomioita mielestäsi aivoverenkiertohäiriöpotilaan tavoitteen asettamiseen liittyy?

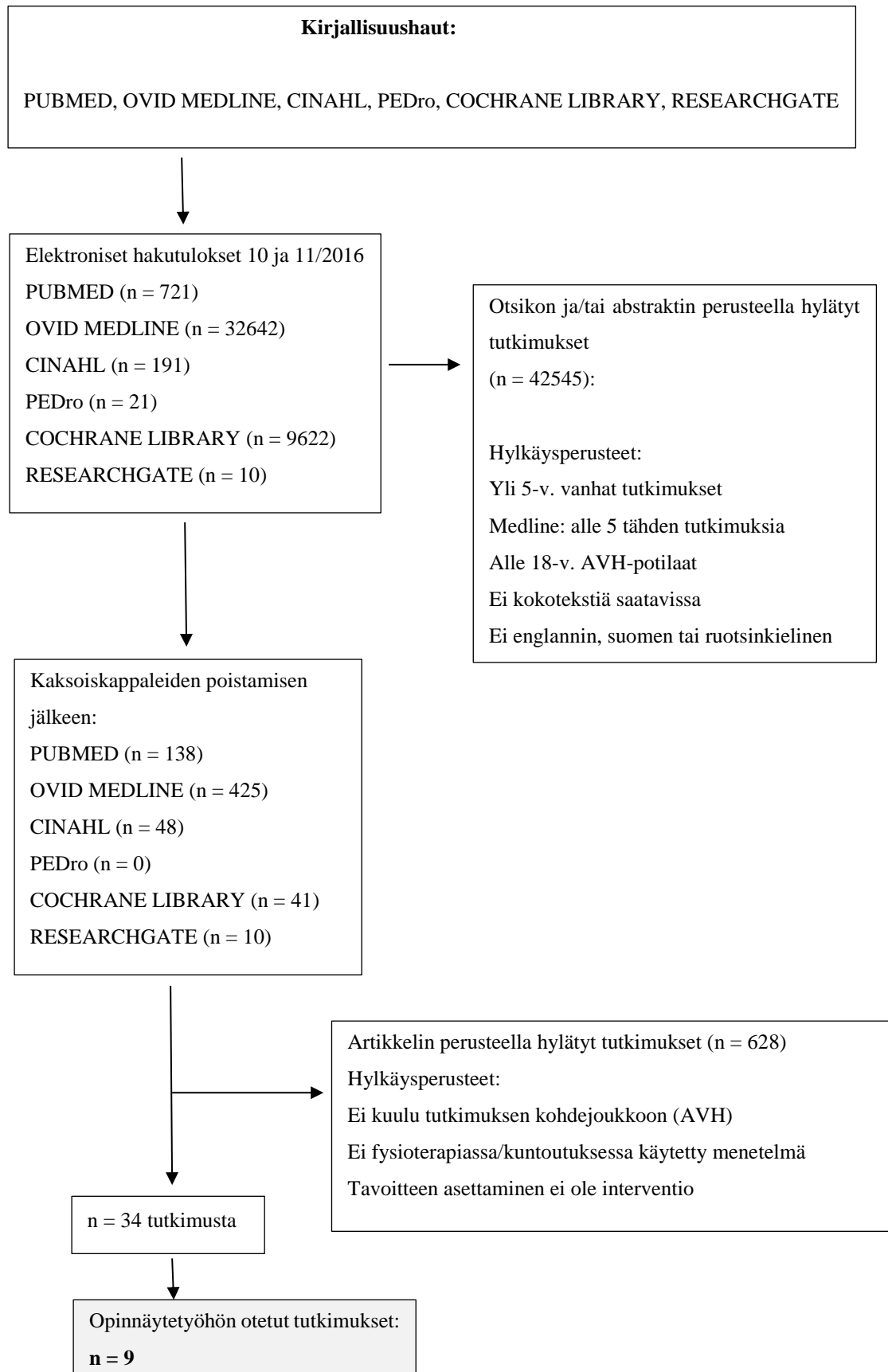
Jatka tarvittaessa kääntöpuolelle, kiitos!

Liite 5. GAS-asteikon T-lukuarvotaulukko

| T-lukuarvotaulukko (T-Score) | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| | Tavoitteiden määrä | | | | | | | |
| Pisteiden summa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| -16 | | | | | | | | 18 |
| -15 | | | | | | | | 20 |
| -14 | | | | | | | 18 | 22 |
| -13 | | | | | | | 21 | 24 |
| -12 | | | | | | 19 | 23 | 26 |
| -11 | | | | | | 22 | 25 | 28 |
| -10 | | | | | 20 | 24 | 27 | 30 |
| -9 | | | | | 23 | 27 | 30 | 32 |
| -8 | | | | 21 | 26 | 29 | 32 | 34 |
| -7 | | | | 25 | 29 | 32 | 34 | 36 |
| -6 | | | 23 | 28 | 32 | 35 | 36 | 38 |
| -5 | | | 27 | 32 | 35 | 37 | 39 | 40 |
| -4 | | 25 | 32 | 35 | 38 | 40 | 41 | 42 |
| -3 | | 31 | 36 | 39 | 41 | 42 | 43 | 44 |
| -2 | 30 | 38 | 41 | 43 | 44 | 45 | 45 | 46 |
| -1 | 40 | 44 | 45 | 46 | 47 | 47 | 48 | 48 |
| 0 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| 1 | 60 | 56 | 55 | 54 | 53 | 53 | 52 | 52 |
| 2 | 70 | 62 | 59 | 57 | 56 | 55 | 55 | 54 |
| 3 | | 69 | 64 | 61 | 59 | 58 | 57 | 56 |
| 4 | | 75 | 68 | 65 | 62 | 60 | 59 | 58 |
| 5 | | | 73 | 68 | 65 | 63 | 61 | 60 |
| 6 | | | 77 | 72 | 68 | 65 | 64 | 62 |
| 7 | | | | 76 | 71 | 68 | 66 | 64 |
| 8 | | | | 79 | 74 | 71 | 68 | 66 |
| 9 | | | | | 77 | 73 | 70 | 68 |
| 10 | | | | | 80 | 76 | 73 | 70 |
| 11 | | | | | | 78 | 75 | 72 |
| 12 | | | | | | 81 | 77 | 74 |
| 13 | | | | | | | 79 | 76 |
| 15 | | | | | | | 82 | 78 |
| 15 | | | | | | | | 80 |
| 16 | | | | | | | | 82 |

(Sukula & Vainiemi)

Liite 6. Kirjallisuuskatsauksen artikkeleiden valintaprosessi



Liite 7. Tutkimusten kuvaus

| Ensimmäinen kirjoittaja (vuosi) | N | | | Tutkimusjoukon ikä | Työkokeemus | Sairastumisajan-kohta | | | Paikka | | Tutkimustapa ja tarkoitus | Tulokset | |
|--|----------|---------------|---------|--------------------|-------------|-----------------------|------------|-----------|-----------|--------|---------------------------|---|--|
| | Potilaat | Ammattilaiset | Omaiset | | | Akuutti | Subakuutti | Krooninen | Avohoitto | Laitos | | | |
| Potilaslähtöisyys tavoitteen asettamisessa (N=4) | | | | | | | | | | | | | |
| Brown 2014 | 10 | | | | | | x | | | | x | Teemahaastattelu: potilaiden kokemus tavoitteen asettamisesta. Mitkä tekijät tavoitteen asettamiseen liittyvät. | 3 teemaa nousivat esiin: "Yksi päivä kerrallaan", johon sisältyi ennalta-arvaamattomuus, kuntoutuksen luonnollinen ja päivittäinen eteneminen, mikä oleellista kuntoutuksessa. "Taistelu vai liittoutuminen", sairautta vastaan taisteleva vai hyväksyminen. Ammattilaisten antamatuki auttoi potilaita edistymään. "Erityiset asiat", joihin sisältyi "mikä tekee minusta minut" ja symboliset saavutukset, joihin sisältyvät yksilölliset kuntoutuksen kokemukset. Tulos: potilaslähtöinen tavoitteen asettaminen eroaa ammattilaislähtöisestä, kun parhaita käytäntöjä tavoitteen asettamiselle pyritään selvittämään. |
| Lloyd 2014 | | 9 | | | 2-22 v | | | | | | x | Haastattelu | Tarkoitus selvittää fysioterapeuttien kokemuksia yhteistyössä tapahtuvasta tavoitteen asettamisesta subakuutissa vaiheessa olevien AVH-potilaiden kanssa. Tulos: 3 eri teemaa nousi tuloksista: sairauden hyväksyminen – potilaan yksilöllinen kuntoutustaival, tavoitteen asettamisen osaamisen kehittyminen – fysioterapeutin yksilöllinen taival ja tasapainon saavuttaminen – odotusten hallitseminen ja vuorovaikutus. Tulos: Yhteistyö potilaiden, omaisten ja muiden ammattiryhmien kanssa koettiin ammattilaisten näkökulmasta tärkeäksi ja välttämättömäksi mutta vaikeaksi toteuttaa. |
| Rosewilliam 2016 | 7 | 7 | | Potilaat: 42-71 | | x | | | | | x | Haastattelu | Tarkoitus: selvittää onko tavoitteen asettaminen akuutissa AVH:ssa potilaslähtöistä ja tunnistaa siihen vaikuttavat tekijät. Tulos: tavoitteen asettaminen ei aina tapahdu potilaslähtöisesti, johtuen potilaan ja ammattilaisen välisistä ristiriidoista tavoitteen asettamiseen, kommunikointiin ja priorisointiin liittyen sekä toimimattomasta terapeutisesta suhteesta johtuen. Tekijät, jotka vaikuttavat ovat ammattilaisen ja potilaan uskomukset ja ominaisuudet, työkalut, käytännöt, rajoitteet koskien tietoa ja menetelmiä, jotka heikentävät prosessia. Potilaslähtöisyys oli riittämätöntä. Jatkoselvittelyä tarvitaan. |

| Kokemuksia tai käytäntöjä tavoitteen asettamisesta (N=4) | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|-----|--|------------------------|--|--|--|--|---|---|---|--|
| Scobbie 2015 | | 437 | | | | | | | x | x | Elektroninen kysely | Tarkoitus selvittää tavoitteen asettamisen ja kuntoutuksen suunnittelun käytäntöjä kunnallisissa, AVH-kuntoutusta tarjoavissa laitoksissa tutkijoiden laatiman G-AP-mallin sisältävien tekijöiden käytettävyyden kartoittamiseksi. Tulos: tavoitteiden asettamista ja kuntoutuksen suunnittelua tehdään järjestelmällisesti mutta käytännöt vaihtelevat. Kuntoutusta tarjoavat yksiköt erilaisia, vaikeasti verrattavissa. Tavoitteen asettaminen saattaa jäädä tehottomaksi. Lisäselvityksiä aiheesta tarvitaan. |
| O'Brien 2014 | 1794 79 | | | Potilaat yli 65→ | | | | | | | 5,5 vuotta Tavoitteiden saavuttaminen FIM-pisteytyksen avulla | Tarkoitus selvittää tekijöitä, jotka vaikuttavat kuntoutuksessa olevan AVH-potilaan tavoitteiden ennustettavuuteen. Ennustettu tavoite pisteytettiin FIM:in avulla ja verrattiin potilaan FIM-tuloksiin hänen kotiutuksessaan laitoksesta. Tulos: kotiutusvaiheessa oleva FIM-pisteytyksen oli ennustettua alaisempi 78,9% kaikista potilaista. Vaikuttavat tekijät: ikä, afrikkalais-amerikkalainen rotu, muiden sairauksien määrä, komplikaatioiden määrä ja oikeanpuoleinen aivohalvaus. |
| Taylor 2011 | 41 | | | | | | | | | x | Satunnaistettu tutkimus | Strukturoitu tavoitteen asettaminen käyttäen COPM-mallia. Mitattiin: elämänlaatua ja kuntoutustyytyväisyyttä sekä FIM-pisteytyksen. Tulos: tulostulosten arvojen merkitys ja ero toisiinsa oli vähäinen. Tämä johti epäkäytännöllisen suureen otokseen, joka ei vastannut satunnaistetun tutkimuksen vaatimuksia. |
| Sugavanam 2013 | | | | | | | | | | | Kirjallisuuskatsaus (N=17) | Tutkimuksen tarkoitus: selvittää tavoitteen asettamisen kokemuksia ja arvioita näyttöön perustuvan tavoitteen asettamisen vaikutuksia. Tulos: vertailu oli hankalaa erilaisista tavoitteen asettamisen käytännöistä johtuen. Tavoitteen asettamisen koettiin parantavan kuntoutuksen tulosta, suorittamista ja tavoitteiden saavuttamista ja lisäävän potilaiden kykyä itsehoitoon ja sitoutumiseen kuntoutuksessa. Potilaslähtöisyyttä, tavoitteen asettamisen tehokkuutta, käytettävyyttä ja hyväksyttävyyttä ei voitu arvioida. Lisätutkimuksia tarvitaan aiheesta. |
| Tavoitteen asettamisen mallin kehittäminen (N=2) | | | | | | | | | | | | |
| Scobbie 2011 | 6 | 9 | | Potilaat: 20- 64 | | | | | | x | Terveystieteiden ammattilaisista koottu työryhmä, joka pohti yksittäisen potilaan tavoitteita | Tarkoitus kuvata teoriaan pohjautuvan, kuntoutuksessa käytetyn tavoitteen asettamiskäytännön/-mallin kehittämistä ja yksilöllisesti kuvata siihen liittyvät tekijät. Kausaalista mallia käytettiin käyttäytymisteorioiden kartoittamiseksi, joissa tavoitteiden asettaminen ja saavuttaminen linkittyivät ja jotka vaikuttavat lopputulokseen. Moniammatillinen työryhmä kehitti em. pohjautuvan työkalun, jota käytettiin toistuvasti 6 potilaan kuntoutuksessa. Tulos: 4 tekijää, jotka vaikuttavat tavoitteen asettamiseen ja kuntoutuksen suunnitteluun tunnistettiin; tavoitteesta neuvottelu, tavoitteen tunnistaminen, suunnittelu, arviointi ja palaute. |

