



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

AVH-POTILAAN KUNTOUTTAVAN HOITO- TYÖN TARKISTUSLISTA

Miia Heiskanen

Anniina Lehto

Opinnäytetyö
Marraskuu 2018
Sairaanhoitaja (AMK)



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

HEISKANEN, MIIA & LEHTO, ANNIINA:
AVH-potilaan kuntouttavan hoitotyön
tarkistuslista

Opinnäytetyö 70 sivua, joista liitteitä 9 sivua
Marraskuu 2018

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa AVH-potilaan kuntouttavan hoitotyön tarkistuslista terveyskeskussairaalan vuodeosaston hoitajille. Työelämälähtöinen opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä erään terveyskeskussairaalan kanssa. Työssä keskityttiin aivoverenkiertohäiriöiden kuntouttavaan hoitotyöhön hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, millainen aivoverenkiertohäiriö on sairautena ja miten se vaikuttaa toimintakykyyn, millaisia toimintakykymittareita voidaan hyödyntää AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä, mitä hoitajien pitää huomioida AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä sekä millainen on hyvä tarkistuslista. Opinnäytetyön tavoitteena oli selkiyttää AVH-potilaan hoitotyön prosessia sekä luoda yhtenäistetty käytäntö potilaan hoitoon.

Opinnäytetyössä käytettiin toiminnallista tuotokseen painottuvaa menetelmää. Opinnäytetyön tuotoksena syntyi laminoitu paperinen sekä sähköinen A4-kokoinen tarkistuslista, jonka aiheena on AVH-potilaan kuntouttava hoitotyö. Tarkistuslista on jaettu toimintakykymittareiden pohjalta nousseisiin osa-alueisiin, joita ovat aktiviteetti, päivittäiset toiminnot, aisti- ja neurologiset toiminnot, ravitsemus, verenkierto ja aineenvaihdunta, psyykinen tasapaino & selviytyminen, elämänkaari (seksuaalisuus) ja terveyskäyttäytyminen.

Tarkistuslistan avulla hoitajien on mahdollista tunnistaa ja toteuttaa laadukasta AVH-potilaan kuntouttavaa hoitotyötä. Opinnäytetyön avulla voidaan perehdyttää osaston uusia työntekijöitä AVH-potilaan hoitotyöhön. Tarkistuslistasta pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeä ja helppokäyttöinen sekä kattava, jotta se palvelisi hoitajia mahdollisimman hyvin. Tarkistuslista toimii vuodeosaston hoitajien muistin tukena ja antaa tietoa AVH-potilaan kuntouttavasta hoitotyöstä. Tarkistuslistaa ei ole testattu vuodeosastolla, eikä siitä ole saatu käyttökokemuksia.

Jatkokehittämissuhteiksi tarkistuslistaa olisi hyvä päivittää käyttökokemusten mukaan. Muita jatkokehitysehdotuksia ovat esimerkiksi eri ammattialojen, kuten fysioterapeuttien tekemä opinnäytetyö AVH-potilaan kuntoutuksen menetelmistä, jolloin hoidosta saataisiin kokonaisvaltaisesti tietoa.

Asiasanat: aivoverenkiertohäiriö, kuntouttava hoitotyö, tarkistuslista

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing and health care
Option of Nursing

HEISKANEN, MIIA & LEHTO, ANNIINA:
A Stroke Patient`s Rehabilitative Nursing Care – A Checklist for Nurses
Bachelor's thesis 70 pages, appendices 9 pages
November 2018

The purpose of this thesis was to create a checklist about rehabilitative nursing care of stroke patient`s, for the nurses who work on a ward. The aim of the thesis was collect information and harmonize a stroke patient`s rehabilitative nursing care.

This study was carried out as a project. The product of this study is an A4-size paper and electronic checklist. The checklist is divided into sections that are activity, activities of daily life, sense and neuropsychological function, nutrition, circulation and metabolism, survival and mental health, sexuality and health behavior. The aim of the checklist is to support the ward nurses and help them with their work.

The checklist is easy to use and extensive and it was designed to serve the ward nurses as well as possible. The checklist can be used as a memory aid and it also provides helpful information about stroke patient`s rehabilitative nursing care. The checklist was not tested in the working life. Testing the final version could be executed to find out about the effects of its routine use.

Key words: stroke, nursing, checklist

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
	3.1 Aivoverenkiertohäiriö sairautena.....	9
	3.2 AVH-potilaan kuntouttava hoitotyö	13
	3.3 Toimintakyvyn mittaaminen	17
	3.4 AVH-potilaan hoitotyön osa-alueet	24
	3.5 Hoitajan toiminta AVH-potilaan hoitotyössä	42
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	45
	4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	45
	4.2 Opinnäytetyön toteutus	46
	4.3 Tarkistuslistan toteutus	48
5	OPINNÄYTETYÖN ARVIOINTI	50
6	POHDINTA.....	53
	LÄHTEET	56
	LIITTEET	62
	Liite 1. Aivoverenkiertohäiriön jälkeinen tarkistuslista PSC	62
	Liite 2. Painehaavahelpperi	64
	Liite 3. Tarkistuslista versio 1	66
	Liite 4. Tarkistuslista versio 3	69
	Liite 5. Valmis tarkistuslista.....	70

AVH-POTILAAN HOITOTYÖN ERITYISSANASTO

Afasia	Kielellisten toimintojen häiriö, jossa voi esiintyä puheen tuottamisen, ymmärtämisen, lukemisen tai kirjoittamisen häiriöitä
Agnosia	Hahmottamisen häiriö
Amnesia	Muistihäiriö
Anosognosia	Oiretiedostuksen puute
Apraksia	Vaikeus suorittaa opittuja tahdonalaisia liikkeitä
AVH	Aivoverenkiertohäiriö
Dysartria	Motorinen puhehäiriö, johtuu puheen tuotossa tarvittavien liikkeiden poikkeavasta toiminnasta
Dysfagia	Nielemisvaikeus
ICH	Aivoverenvuoto aivokudoksen sisään
Neglect	Huomiotta jäämisen häiriö
PEG	Perkutaaninen endoskooppinen gastrostooma eli mahalaukkuun vatsanpeitteiden läpi viety syöttöletku
SAV	Aivoverenvuoto lukinkalvon alle
TIA	Ohimenevä aivoverenkiertohäiriö

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuu Suomessa vuosittain n. 25 000 ihmistä. Kaikista aivoverenkiertohäiriöistä noin 75% on aivoinfarkteja ja 25% aivoverenvuotoja. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2016, 368.) Aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa paljon erilaisia ja eri asteisia oireita ja haittoja. Kuntoutusta tarvitaan, jotta potilaan toimintakyky palautuisi mahdollisimman hyvin ja potilas selviäisi päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2008.) Jonkin asteista kuntoutusta tarvitsee lähes kaikki verenkiertohäiriöön sairastuneet ja pitkäkestoista kuntoutusta tarvitsee 40% sairastuneista. Kuitenkin 50-70% sairastuneista on kolmen kuukauden kuluessa kuntoutunut niin, että he pystyvät toimimaan itsenäisesti päivittäisissä toiminnoissa. 15-30% sairastuneista jää pysyvästi vammautuneiksi ja 20% tarvitsee laitoshoidoa. (Aivoliitto 2018b.)

Opinnäytetyö tehtiin tilaajan tarpeesta saada päivitettyä tietoa aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavasta hoitotyöstä. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys toimii perehdytysmateriaalina hoitotyöntekijöille. Pidemmän teoriaosan lisäksi tehtiin tarkistuslista päivittäiseen käyttöön hoitotyön tueksi. Tässä opinnäytetyössä kerrotaan, millainen aivoverenkiertohäiriö on sairautena ja miten se vaikuttaa toimintakykyyn. Myös erilaisia toimintakykymittareita esitellään. Lopuksi käsitellään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavaa hoitotyötä toimintakykymittareista nousseiden osa-alueiden avulla. Jokaisessa osa-alueessa on käsitelty konkreettisesti hoitotyön keinoja aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttamiseksi. Lopuksi käsiteltiin eettisyyttä, näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja hoitotyön periaatteita, koska kaikki nämä luovat perustan hoitotyölle.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä tarkistuslista AVH-potilaan kuntouttavasta hoitotyöstä. Opinnäytetyön tehtävät ovat, millainen aivoverenkiertohäiriö on sairautena ja miten se vaikuttaa toimintakykyyn, millaisia toimintakykymittareita voidaan hyödyntää AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä, mitä hoitajien pitää huomioida AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä sekä millainen on hyvä tarkistuslista. Opinnäytetyön tavoitteena on selkiyttää AVH-potilaan hoitotyön prosessia sekä luoda yhtenäistetty käytäntö potilaan kuntouttavaan hoitoon. Opinnäytetyön avulla voidaan perehdyttää osaston uusia työntekijöitä AVH-potilaan hoitotyöhön.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä tarkistuslista AVH-potilaan kuntouttavasta hoitotyöstä.

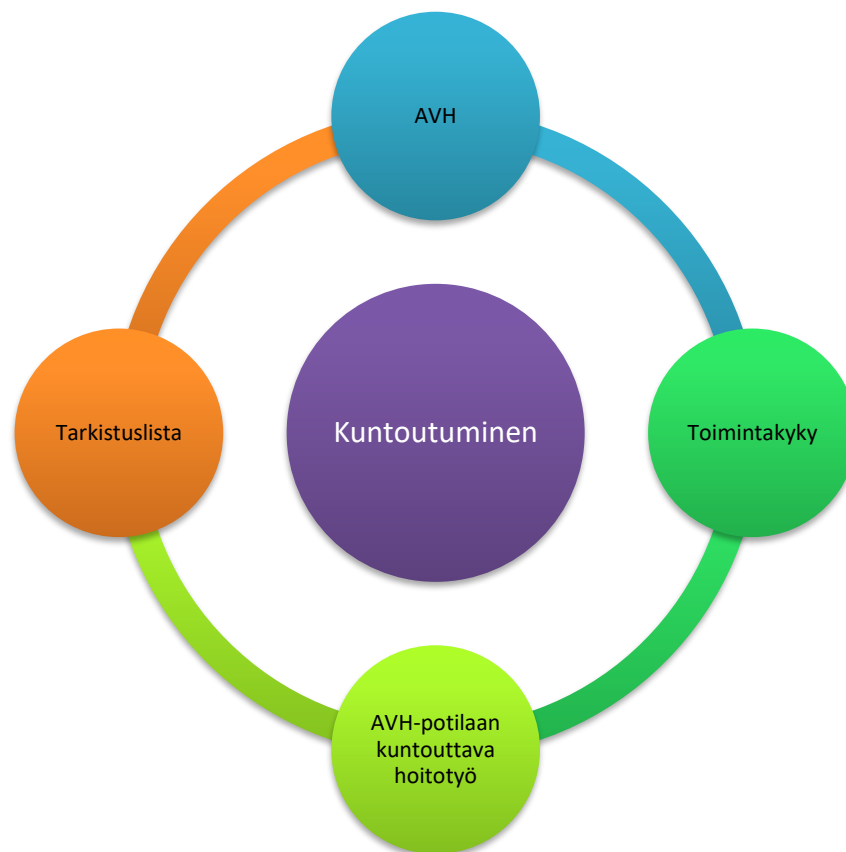
Opinnäytetyön tehtävät ovat

1. Millainen aivoverenkiertohäiriö on sairautena ja miten se vaikuttaa toimintakykyyn?
2. Millaisia toimintakykymittareita voidaan hyödyntää AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä?
3. Mitä hoitajien pitää huomioida AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä?
4. Millainen on hyvä tarkistuslista?

Opinnäytetyön tavoitteena on selkiyttää AVH-potilaan hoitotyön prosessia sekä luoda yhtenäistetty käytäntö potilaan kuntouttavaan hoitoon. Opinnäytetyön avulla voidaan perehdyttää osaston uusia työntekijöitä AVH-potilaan hoitotyöhön.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä opinnäytetyössä käsitellään aivoverenkiertohäiriötä ja sen vaikutuksia potilaan toimintakykyyn, toimintakyvyn arviointia ja kuntouttavaa hoitotyötä. Opinnäytetyö ei käsittele AVH-potilaan akuuttihoitoa, lääkehoitoa eikä TIA-kohtausta. Keskeiset käsitteet on esitelty kuviossa 1.



KUVIO 1. Teorettinen viitekehys

3.1 Aivoverenkiertohäiriö sairautena

Aivot ovat monimutkainen järjestelmä, joka säätelee koko ihmisenä olemisen kokonaisuutta: aivot vastaavat ihmisen psyykkisistä ja älyllisistä toiminnoista. Selkäytimen avulla aivot myös pitävät ihmisen fyysisesti elossa säätelemällä elimistön toimintoja, kuten sydämen sykettä. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 14.)

Aivot sijaitsevat suojassa kallon luiden ja kolmen aivokalvon sisällä ja painavat n. 1,4 kg. Aivojen suurin osa ovat kaksiosaiset isoavot, jotka yhdistyvät aivorunkoon väliaivojen kautta. Molemmilla isoivojen puoliskoilla on omat tehtävät, ja ne säätelevät kehossa vastakkaisia puolia. Väliaivojen lisäksi aivorunkoon kuuluvat keskiaivot, taka-aivot ja ydinjatke, joka muuttuu lopulta selkäytimeksi. Aivorungon takana on aivojen toiseksi suurin osa, pikkuaivot. (Salmenperä ym. 2002, 13.)

Kolmesta aivokalvoista ulommainen on kovakalvo (*dura mater*), jonka sisällä on laskimoita ja luille ravintoa kuljettavia valtimoita. Keskimmäisenä on joustavasta sidekudoksesta muodostunut lukinkalvo (*arachnoidea*) ja aivojen sisimpänä pehmeäkalvo (*pia mater*), joka kiinnittyy aivojen kuorikerroksen pintaan. Pehmeäkalvon ja lukinkalvon välissä on tila, jossa verisuonet kulkevat. Myös aivo-selkäydinneste eli likvori, jossa aivokudos "kelluu", sijaitsee tässä välissä. (Salmenperä ym. 2002, 14.)

Aivoverenkierto

Aivojen toiminta on täysin riippuvaista vakaasta aivoverenkierrosta. Verestä aivot saavat happea ja glukoosia, joka on välttämätöntä aivojen hermosolujen energia-aineenvaihdunnalle. Aikuisella ihmisellä aivoissa virtaa noin 750 ml verta minuutissa. Vaikka verenpaine laskisi muuten, aivoilla on itsesäätelyjärjestelmä, joka estää valtimopaineen laskun aivoissa. Itsesäätelyjärjestelmä toimii niin kauan, kun keskiverenpaine valtimoissa on yli 60 mmHg. (Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2015, 310.)

Isoivojen kumpaankin puoliskoon verta vie kolme valtimoa: etummainen, keskimmäinen ja takimmainen aivovaltimo eli *arteria cerebri anterior*, *arteria cerebri media* ja *arteria cerebri posterior*. Näistä etummainen ja keskimmäinen aivovaltimo haarautuvat sisemmästä kaulavaltimosta (*arteria carotis interna*) ja takimmainen aivovaltimo kallonpohjavalTIMOSTA (*arteria basilaris*). KallonpohjavalTIMO on muodostunut kahden nikamavaltimon (*arteria vertebralis*) yhdistyessä. Nikamavaltimot ja kallonpohjavalTIMO huolehtivat

isoaivojen lisäksi aivorungon ja pikkuaivojen verenkierrosta. Aivoihin muodostuu erityinen valtimokehä, ja jos verenkierto estyy jostakin kolmesta aivovaltimosta (etummainen, keskimmainen, takimmainen aivovaltimo), elimistö voi silti toimittaa aivoille tiettyyn pisteeseen asti verta muiden valtimoiden kautta. (Bjälle ym. 2015, 133.)

Aivoverenkiertohäiriöt

Aivoverenkiertohäiriöt voidaan jakaa kolmeen erilaiseen tilaan: aivoinfarktiin, aivoverenvuotoon sekä TIA-kohtaukseen (kuvio 2). Suomessa kaikista aivoverenkiertohäiriöistä noin 75% on aivoinfarkteja ja 25% aivoverenvuotoja. Vuosittain sairastuu n. 25 000 ihmistä. (Salmenperä ym. 2002, 27; Ahonen ym. 2016, 368.) TIA-kohtaus on ohimenevä aivojen verenkiertohäiriö, joka ei aiheuta pysyviä haittoja. Kyseinen häiriö on kuitenkin varoitusmerkki mahdollisesta tulevasta aivoinfarktista: yhdellä kymmenestä potilaasta ilmenee aivoinfarkti viikon sisällä TIA-kohtauksesta. (Atula 2015.)

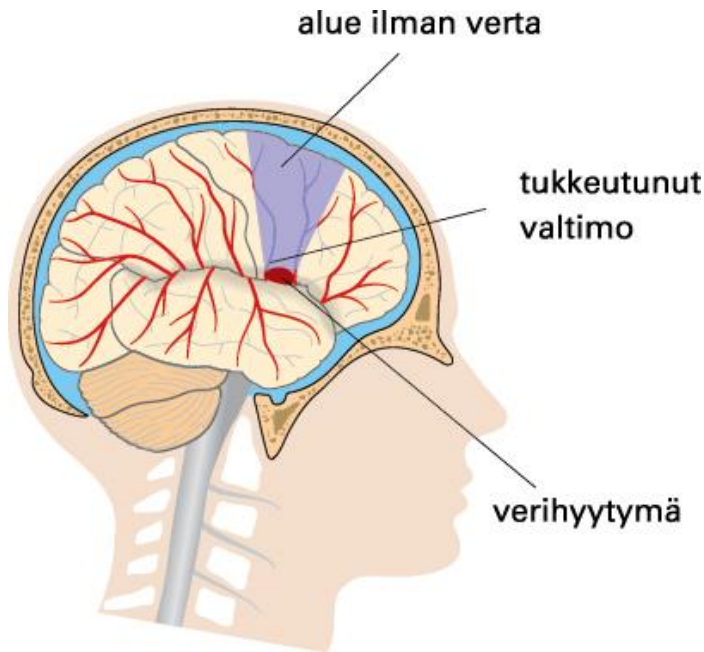


KUVIO 2. Aivoverenkiertohäiriöt

Aivoinfarkti

Aivovaltimon tukoksessa eli aivoinfarktissa aivokudosta tuhoutuu, koska tukoksen vuoksi aivokudos ei saa happea tarpeeksi. Tukoksen aiheuttaa aivovaltimon veritulppa, joka johtuu yleensä valtimonkovettumataudista. Tällöin aivovaltimeen on syntynyt kovettumaa, johon verihiyytymä alkaa kasaantumaan, tukkien lopulta verenkulun suonessa (kuvio 3). Aivoinfarktin syy voi olla lähtöisin myös muualta kehosta. Yksi syy aivoinfarktin synnylle on sydämessä eteisvärinän vuoksi syntynyt verihiyytymä, joka lähtee liikkeelle ja kulkeutuu aivoverisuoniin, jääden kiinni aivovaltimon haaraan ja aiheuttaen tukoksen. (Atula, 2017.)

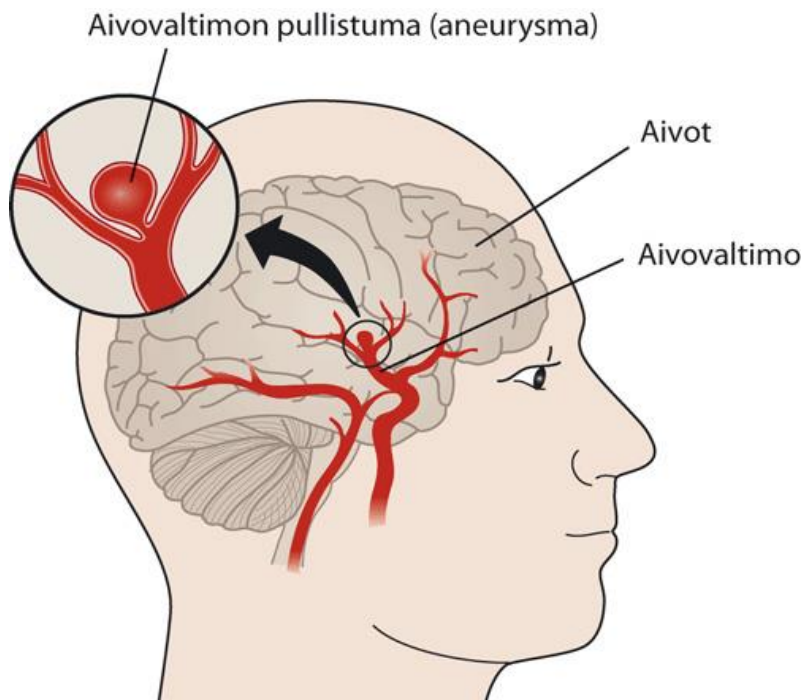
Aivovaltimossa olevan tukoksen ympärillä on hapeton alue, ja verenkiertoa hoitaa päävaltimon tukkeutuessa sivuverenkierto, valtimokehän avulla. Näin tapahtuu niin kauan, kunnes tukkeutunut valtimo aukeaa osittain tai kokonaan, joko itsestään tai lääkkeellisesti/kirurgisella hoidolla. (Salmenperä ym. 2002, 33.)



KUVIO 3. Aivoinfarkti (Castren, Korte & Myllyrinne 2017)

Intraserebraalivuoto ja subaraknoidaalivuoto

Aivoverenvuodot jaetaan kahteen tyyppiin sen mukaan, minne repeytynyt aivovaltimo vuotaa: Verenvuotoa, joka johtuu aivovaltimon repeämästä ja jossa veri vuotaa aivokudoksen sisään kutsutaan intraserebraalivuodoksi (ICH). Tämä syntyy, kun aivovaltimeen tulee repeämä, usein pitkään jatkuneen korkean verenpaineen vuoksi, joka on muuttanut aivovaltimon seinämien rakennetta. (Atula 2017.) Veren vuotaessa aivoissa lukinkalvon alle, kyseessä on subaraknoidaalivuoto (SAV). Lukinkalvonalaisen verenvuodon syynä on aivovaltimon synnynnäinen heikkous. Aivovaltimon heikkoon kohtaan muodostuu korkean paineen vuoksi pullistuma eli aneurysma, joka revetessään aiheuttaa verenvuodon (kuvio 4). Usein pullistuma paikallistuu aivojen valtimokehään tai lähelle sitä. (Mustajoki 2017.)



KUVIO 4. Aivovaltimon aneurysma (Mustajoki 2017)

Aivoverenkiertohäiriön riskitekijät

Riskitekijöitä iskeemisen aivoverenkiertohäiriön syntyyn ovat korkea verenpaine, diabetes, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, tupakointi, alkoholin ja/tai huumausaineiden käyttö, vähäinen liikunta, D-vitamiinin puute, ylipaino, sydän- ja verisuonisairaudet kuten eteisvärinä, ikä ja perintötekijät, korkea hematokriitti, uniapnea ja hengitysteiden bakteeriinfektio. (Ahonen ym. 2016, 369; Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016.)

Aivoverenvuodon (intraserebraalivuoto, ich) riskitekijöitä ovat runsas alkoholin käyttö, aivovammat, tupakointi, aivokasvaimet ja aneurysmat, hyyttymishäiriöt ja verisairaudet, kohonnut verenpaine & hoitamaton verenpainetauti, perintötekijät (aneurysmasuvut), aivolaskimotukos, polykystinen munuaistauti ja antikoagulanttihoito. (Ahonen ym. 2016, 369.) Mustajoen (2017) mukaan aivovaltimon aneurysmiin eli pullistumiin ei ihminen voi itse elintavoilla vaikuttaa, mutta niiden puhkeamisen riskiä nostavat korkea verenpaine, tupakointi ja runsas alkoholin käyttö.

Aivoverenkiertohäiriön oireet

Mitä oireita aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa, on riippuvainen siitä miltä alueelta aivoverenkierto häiriintyy ja kuinka laaja infarkti tai vuotoalue aivoissa on. Oireet kehittyvät yleensä minuuttien tai tuntien kuluessa ja ne voivat olla vaihtelevia välillä häviten. Oireet

voivat pahentua lähtötilanteesta. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016.) Aivoinfarktin ja intraserebraalivuodon oireet voivat olla hyvin samankaltaiset: toispuoleinen tai molemminpuolinen raajaheikkous, suupielen roikkuminen, tuntohäiriöt, puhevaikeus, kaksoiskuvat, nielemishäiriöt, näkö- ja hahmotushäiriöt. Intraserebraalivuodon oireet kuitenkin kehittyvät yleensä hitaammin kuin infarktissa, ja verenvuodossa oireena voi olla vain voimakas päänsärky. (Ahonen ym. 2016, 370; Atula, 2017.) Lukinkalvonalainen verenvuoto aiheuttaa erilaisia oireita kuin aivoinfarkti tai intraserebraalivuoto. Sen oireita ovat kova päänsärky, oksentelu, tajuttomuus, niskajäykkyys ja silmien valonarkuus. Potilas voi olla myös oireeton. (Mustajoki 2017.)

3.2 AVH-potilaan kuntouttava hoitotyö

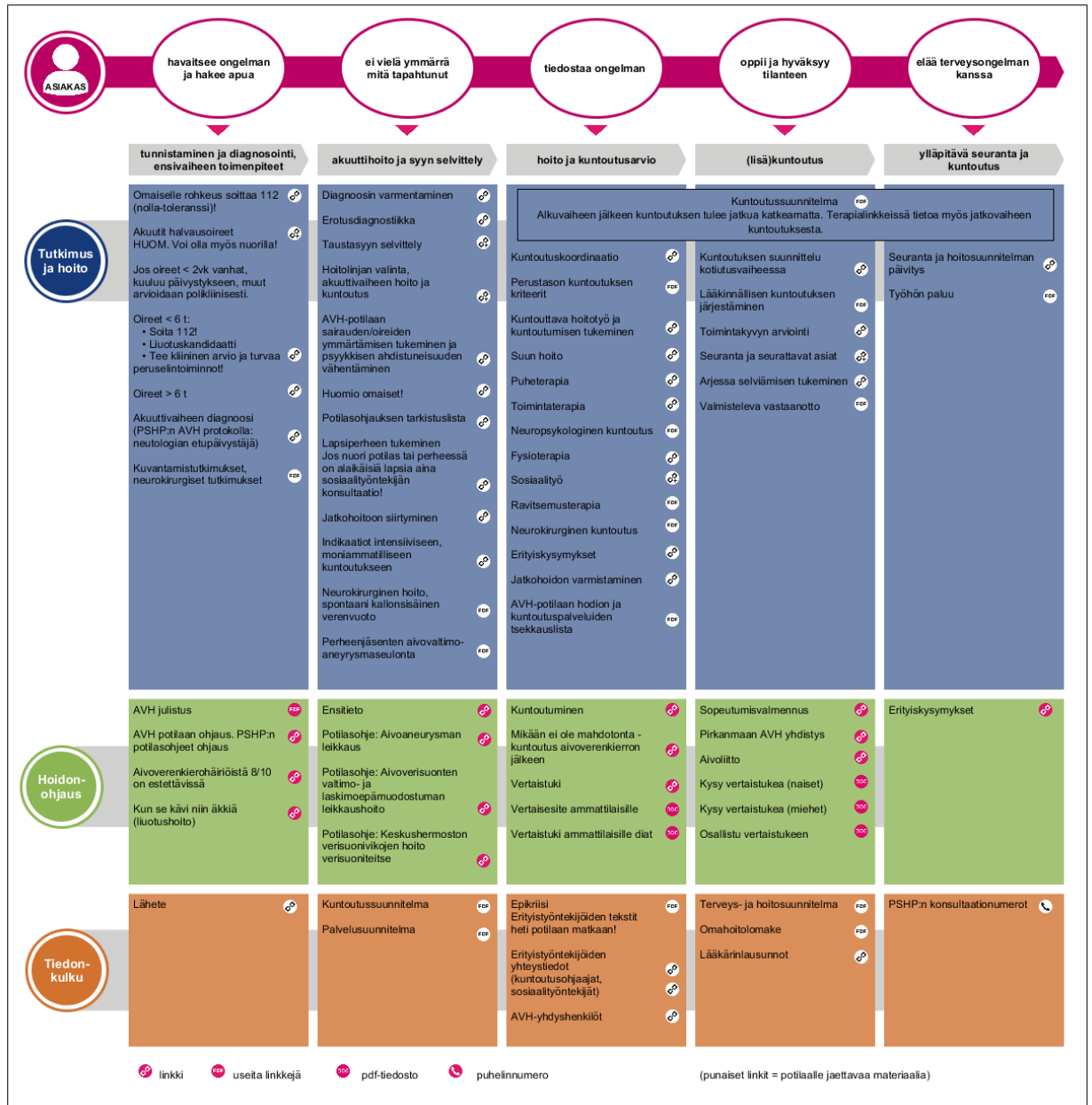
Hoitopolku

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on luonut AVH-potilaan hoitoketjun (kuvio 5). Hoitoketjun tavoitteita on mm. parantaa varhaista tunnistamista, parantaa hoitoprosessia ja potilasohjausta sekä varmistaa asianmukainen jatkokuntoutus. Kun potilaalla huomataan aivoverenkiertohäiriöön viittaavia oireita, soitetaan heti hätänumeroon 112. Tämän jälkeen ensihoito tulee paikalle ja aloittaa oireenmukaisen hoidon ja kuljettaa potilaan ambulanssilla kiireellisesti akuuttisairaalan päivystyspoliklinikalle (ei avoterveydenhuollon yksikkö), Pirkanmaalla Acutaan. Akuuttihoitoon yksikkö pitää olla sellainen, jossa mahdollinen liuotushoito voidaan antaa potilaalle tai tehdä mekaaninen rekanalisaatio. Akuuttihoito tapahtuu yleensä aivoverenkiertohäiriöyksikössä, jossa hoitoaika on keskimäärin 3-5vrk. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016; Riekkinen 2016.)

Akuuttihoitossa arvioidaan kuntoutustaso ja -jakso, jonne potilas siirtyy suoraan laitospotilaiden kuntoutukseen. Potilaalle tehdään myös kuntoutusarvio, jossa asetetaan tavoitteet kuntoutukselle. Tavoitteena on mahdollisimman hyvä ja itsenäinen selviytyminen arjessa. Kuntoutusarviossa käsitellään fyysisen, kognitiivisen ja psykososiaalisen kuntoutuksen tarve. Tarpeet ja tavoitteet kirjataan kuntoutusuunnitelmaan, joka tehdään viikon kuluessa sairastumisesta jokaiselle potilaalle yksilöllisesti yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Suunnitelmaa päivitetään sen mukaan, kun potilaan tila muuttuu. Kuntoutus kes-

tää viikoista muutamiin kuukausiin yksilöllisen tarpeen mukaan. (Suomalainen lääkäri-seura Duodecim & Suomen Akatemia 2008; Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016; Riekkinen 2016; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016; Aivoliitto 2018b.)

Kuntoutumisen nopein vaihe eli subakuuttivaihe on ensimmäiset 3-6 kuukautta aivoverenkiertohäiriön jälkeen, mutta vielä vuodenkin jälkeen tapahtuu kuntoutumista. Intensivistä kuntoutusta tarjotaan Pirkanmaalla Tays Valkeakosken kuntoutusosastolla, Tammenlehväkeskuksessa ja Hatanpään neurologisilla kuntoutusosastoilla. Kevyempää kuntoutusta järjestetään myös terveyskeskuksien kuntouttavilla vuodeosastoilla ja Hatanpään neurologisilla kuntoutusosastoilla. Vielä tämänkin jälkeen monesti potilaan kuntoutus jatkuu avokuntoutuksena kuukausia, vuosia tai jopa loppuelämän. (Suomalainen lääkäri-seura Duodecim & Suomen Akatemia 2008; Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016; Riekkinen 2016; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016; Aivoliitto 2018b.)



KUVIO 5. AVH-potilaan hoitoketju (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016)

Kuntoutus

Aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa paljon erilaisia ja eri asteisia oireita ja haittoja, siksi tarvitaan kuntoutusta, jotta potilaan toimintakyky palautuisi mahdollisimman paljon ja potilas selviäisi päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti. Aivojen toiminta ja sitä kautta ihmisen käyttäytyminen, oppiminen ja muisti perustuvat hermoverkkojen toimintaan ja niiden muovautuvuuteen. Aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa eriasteisia tuhoja hermoverkoissa. Kuntoutuksella hermosolut voivat tehdä uusia yhteyksiä hermoverkkoihin ja aivojen toiminta voi palautua. Uusien yhteyksien luominen vaatii kuitenkin paljon toistoja ja harjoitusta. (Suomalainen lääkäri-seura Duodecim ja Suomen Akatemia 2008.) Jonkin

asteista kuntoutusta tarvitsee lähes kaikki verenkiertohäiriöön sairastuneet ja pitkäkestoista kuntoutusta tarvitsee 40% sairastuneista. Kuitenkin 50-70% sairastuneista on kolmen kuukauden kuluessa kuntoutunut niin, että pystyvät toimimaan itsenäisesti päivittäisissä toiminnoissa. 15-30% sairastuneista jää pysyvästi vammautuneiksi ja 20% tarvitsee laitoshoidoa. (Aivoliitto 2018b.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilas hyötyy varhain aloitetusta kuntoutuksesta. Aktiivinen kuntoutus aloitetaan mahdollisimman pian potilaan sairastuttua hoitajan toteuttamalla kuntouttavalla hoitotyöllä. Asentohoito aloitetaan heti, jonka tavoitteena on ehkäistä vartalon ja raajojen toimintahäiriöitä. Varhainen mobilisointi vähentää komplikaatioita, kuten painehaavoja, keuhkoemboliaa ja syviä laskimotukoksia. Ensimmäisen 24h aikana kuitenkin potilasta ei saa mobilisoida. Lääkäri antaa mobilisaatioluvat. Akuutihoidon jälkeen potilasta hoidetaan moniammatillisessa kuntoutusyksikössä, johon kuuluvat lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä, kuntoutusohjaaja ja neuropsykologi. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim & Suomen Akatemia 2008; Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016; Riekkinen 2016; Aivoliitto 2018a.)

Moniammatillinen kuntoutus takaa potilaan mahdollisimman hyvän kuntoutumisen. Sairaanhoitaja toteuttaa kuntouttavaa hoitotyötä heti, kun potilas on sairastunut, jossa hän ohjaa ja avustaa kaikissa päivittäisissä toiminnoissa sairastunutta. Kuntouttava hoitotyö tarkoittaa sitä, että hoitaja ei tee potilaan puolesta asioita vaan hän avustaa ja motivoi potilasta tekemään hänen omien voimavarojensa mukaan asioita. Potilas tekee mahdollisimman paljon siis itse ja hoitaja keskittyy ohjaamiseen. Hoitajan toteuttamalla kuntouttavalla hoitotyöllä tähdätään siihen, että edistetään, ylläpidetään ja tuetaan potilaan psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä, joka edistää kuntoutumista ja vähentää laitostumista. (Harri-Lehtonen, Numminen & Vesala 2006; Mäkinen 2015.)

Fysioterapia edistää erityisesti potilaan liikkumisen kuntoutumista. Tärkeää on aloittaa varhaisessa vaiheessa niin, että kuntoutus on tavoitteellista. Esimerkiksi kävelyharjoittelulla saadaan potilaan kävelykykyä paremmaksi ja kaksikäätistä harjoittelua tekemällä voidaan saada yläraajaa kuntoutumaan. Toimintaterapeutti arvioi akuutissa vaiheessa potilaan taitoja, päivittäisistä toimista selviytymistä ja kuntoutuksen tarvetta. Subakuutissa vaiheessa toimintaterapeutti kuntouttaa potilasta päivittäisissä toiminnoissa osallistamalla tätä omaan hoitoonsa ja tukemalla häntä aktiivisena toimijana. Toimintaterapian

menetelmiä ovat mm. tehtäväkeskeinen toistoharjoittelu, käden tehostetun käytön kuntoutus, mielikuvaharjoittelu, virtuaalitodellisuudessa harjoittelu, peiliterapia, toiminnan tarkkailu ja voimaharjoittelu. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016; Riekinen 2016.)

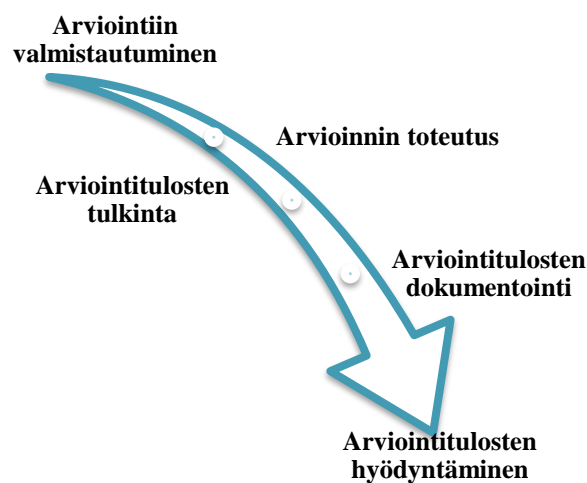
Puheterapia auttaa potilasta nielemisvaikeuksissa, puheentuoton ongelmissa ja puheen motorisissa häiriöissä. Nielemisterapia voi edistää toiminnallista nielemistä ja vähentää komplikaatioita, kuten riskiä vetää ruokaa ja juomaa henkeen. Myös normaaliin ruokavaliioon siirtyminen onnistuu nopeammin. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016; Riekinen 2016.) Sosiaalityöntekijä neuvoo potilasta toimeentuloon, etuuksiin ja sairaalomiin liittyvissä asioissa (Aivoliitto 2018a). Kuntoutusohjaaja toimii eräänlaisena yhdyshenkilönä ja koordinaattorina eri tahojen ja sairastuneen välillä. Hän arvioi muun muassa kuntoutustarvetta, kertoo tukimuodoista ja niiden hakemisesta sekä seuraa kuntoutuksen etenemistä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2017.) AVH-potilaan neuropsykologisen kuntoutuksen tarve kartoitetaan neuropsykologisella tutkimuksella. Neuropsykologisella kuntoutuksella pyritään siihen, että kognitiiviset haitat vähenevät, potilaan toimintakyky sekä oiretiedostus paranevat. Erityisesti neglect-oireinen potilas hyötyy neuropsykologisesta kuntoutuksesta. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016; Riekinen 2016.)

3.3 Toimintakyvyn mittaaminen

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2016c) määrittelee toimintakyvyn muodostuvan fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista edellytyksistä selvitä päivittäisestä elämästä. Toimintakyky on huolehtimista ihmiselle itselleen tärkeistä toiminnoista, kuten itsestä ja perheestä, työstä, harrastuksista ja ympäristöstä. Kun fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky on hyvä, ihminen voi elää hyvinvoivana ja selvitä arjesta itsenäisesti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016c.)

Aivoverenkiertohäiriöt vaikuttavat ihmisen kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn usein joko lyhyt- tai pitkäaikaisesti. Toimintakykyä voidaan erilaisilla mittareilla mitata, jolloin saadaan luotettavaa tietoa kuntoutuksen, hoidon ja palvelujen tarpeesta ja toisaalta jo saadun kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Arviointia tarvitaan myös kuntoutussuunnitelman te-

kemiseen. Toimintakykyä tulee mitata mittareilla, jotka ovat testattuja ja arvioituja luotettaviksi ja päteviksi, sekä aina tilanteen ja sairauden mukaan valittuja. Toimintakyvyn arvioinnin tulee olla myös laaja-alaista ja moniammatillista, jolloin toimintakyvystä saadaan mahdollisimman kattava kuvaus. Toimintakyvyn arviointia pidetään prosessina, jossa on viisi vaihetta arviointiin valmistautumisesta aina arviointitulosten hyödyntämiseen (kuvio 6). (Sainio & Salminen 2016.) Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (2016) suosittelee AVH-potilaan hoitoketjussa toimintakyvyn arviointiin ICF-mittaria sekä barthelin indeksii. Toimintakyvyn arviointi tulisi tehdä vähintään hoitajakson alussa, sekä lopussa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016).



KUVIO 6. Toimintakyvyn arvioinnin prosessi (Sainio & Salminen 2016, muokattu)

ICF-luokitus

ICF-luokitus on kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus, jonka avulla saadaan tarkka käsitys potilaan toimintakyvystä sairauden tai vamman kanssa. Luokitus on luotu WHO:n toimesta 2001 ja suomeksi se on käännetty 2004. ”ICF ymmärtää toimintakyvyn ja toimintarajoitteet moniulotteisena, vuorovaikutuksellisena ja dynaamisena tilana, joka koostuu terveydentilan sekä yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta.” (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016b.) Luokitus on kokonaisvaltainen biopsykososiaalinen näkökulmaltaan ja käytännössä se ottaa huomioon ympäristö- ja yksilötekijöiden vaikutuksen, kuten saatavilla olevat tukipalvelut, apuvälineet, työtilanteen, perheen, motivaation jne. sekä sen, miten asiat/tilanteet vaikuttavat terveyteen ja kuntoutumiseen. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016b.)

ICD-tautiluokitus ja ICF-luokitus kulkevat rinnakkain ja uudessa ICD-11-luokituksessa on mukana ICF-koodeja noin sadassa kuntoutusta vaativassa sairaudessa. ICF-luokituksen avulla toimintakyky käsitteenä saadaan avattua laajasti ja moniammatillinen yhteistyö onnistuu helpommin kansainvälisen rakenteen ja kielen avulla. Rakenteinen ja hierarkkinen luokitus mahdollistaa tarkan kirjaamisen pää- ja alaluokkiin, jolloin tietojen vertaaminen on helppoa. Näin saadaan yksilöllinen ja kokonaisvaltainen kuva potilaan toimintakyvystä ja pystytään seuraamaan siinä tapahtuvia muutoksia. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016b.)

ICF-luokitus vaatii käyttäjältään perehtymistä luokituksen rakenteeseen ja periaatteisiin. Näitä voi opiskella itsenäisesti ICF-itseopiskelumateriaalin avulla tai osallistua koulutukseen. Luokitus on aika haastava ja monimutkainen käyttää, mutta käytön helpottamiseksi on luotu ydinlistoja, jotka toimivat tarkastuslistoina ja työkaluina. Aivoverenkiertohäiriöille on tehty oma ydinlista ja se on valittavana laajana tai lyhyenä. Kuvauslomakkeeseen voidaan ottaa ydinlistan lisäksi kuntoutusydinlista, jolloin toimintakyvyn kuvauskohteet ovat laajemmin tarkasteltavissa ja yksilön toimintakyky saadaan tarkemmin kuvattua. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017.)

ICF-luokituksen käyttö toimii niin, että valitaan potilaan tilanteeseen sopivat ydinlistat ICF e-kuvauslomakkeelle, esimerkiksi aivoverenkiertohäiriön sekä kuntoutuksen ydinlista, ja ne toimivat ns. muistilistana siihen, mitkä asiat tulee ottaa huomioon vastaanotolla. Tämän jälkeen arvioidaan potilaan toimintakykyä havainnoimalla, kuuntelemalla, keskustelemalla, toimintakykymittareilla ja myös potilaan itsearvioimana. TOIMIA-tietokannasta löytyy luotettavia toimintakykymittareita, joilla voidaan arvioida toimintakykyä. Tiedot kerätään ICF-arviointilomakkeeseen, josta selviää potilaan ja hoitajan arviot sekä yksilö- ja ympäristötekijät. Tämän jälkeen arvioinnit kirjataan ICF e-kuvauslomakkeelle, josta selviää kuvauskohteen ICF-koodi, otsikko ja selite sekä mitä kuvauskohde sisältää. Lomakkeelta löytyy myös kohdat tiedon lähteelle (esim. edeltävä tieto, itsearviointimittari, mittari), vapaalle tekstille (kirjataan nykyinen tilanne ja mahdollisesti käytetty mittari ja sen tulos) sekä tarkenteelle (arvioidaan kokonaisuudessaan kuvauskohteeseen kirjattu tieto). (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016a.)

Toimintakykyprofiili saadaan tulostettua seuraavassa vaiheessa, kun tarkenteet on kirjattu. Profiili antaa sen hetkisen yhteenvedon potilaan toimintakyvystä. Profiilin perusteella voidaan suunnitella potilaan tarvitsemat palvelut ja jakaa ne moniammatillisesti.

Toimintakyvyn arviointi tehdään uudelleen, kun hoidossa, kuntoutuksessa, asuinympäristössä tai palveluissa on ollut muutoksia. Toimintakykyprofiileja vertailemalla saadaan tietoa potilaan toimintakyvyn muutoksista ja siitä, onko esimerkiksi aiemmin suunnitellut palvelut olleet riittäviä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016a.)

TOIMIA-tietokanta

Toimia-tietokanta (toimintakyvyn mittaaminen ja arviointi) on ilmainen terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämä tietokanta. Sivustolla julkaistaan ammattilaisten käyttöön eri asiantuntijoiden laatimia suosituksia toimintakyvyn mittaamiseen ja näihin suosituksiin liittyvien toimintakykymittareiden arviointeja. Sisältö päivittyy ja täydentyy koko ajan uusimmilla suosituksilla ja mittareilla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Toimian tarkoituksena on erilaisten käytäntöjen ja käsitteiden yhtenäistäminen toimintakyvyn mittaamisessa. Hoitotyössä on tärkeää käyttää näyttöön perustuvia menetelmiä, joiden tarkoituksenmukaisuutta on arvioitu. Toimian mittarit ja suositukset ovat systemaattisesti arvioituja. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.)

Toimia-tietokannasta löytyy erilaisten toimintakyvyn arviointiin tarkoitettujen mittareiden perustiedot, käyttöohjeet sekä lomakkeet, joita mittarin käyttöön tarvitaan. Vaikka sivusto on maksuton ja kaikkien käytettävissä, joidenkin mittarien käyttö voidaan osoittaa vain tietyille ammattiryhmälle, kuten toimintaterapeuteille, tai henkilölle, joka on käynyt erillisen koulutuksen mittarin käyttöä varten. Mittareilla on yhteys kansainväliseen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitukseen (ICF) ja tietokannasta löytyy tieto, mitä ICF-alueita mittarilla mitataan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.)

Mittareiden käytettävyys ja luotettavuustiedot sekä näiden perusteella tehdyt arviot siitä, mihin käyttötilanteeseen mittaria voi käyttää, löytyy myös tietokannasta. Soveltuvuutta kuvataan ”liikennevalo” kuviolla. Käyttäjä voi hakea mittareita vapaalla hakutekstillä tai aakkosjärjestyksessä olevasta listasta. Haku voidaan suorittaa myös rajaamalla sitä toimintakyvyn ulottuvuuden (esim. psyykinen tai fyysinen toimintakyky), ICF-koodin tai tiedonkeruumenetelmän (esim. haastattelu, kysely) mukaan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

AVH-potilaan hoitotyötä ajatellen löytyy esimerkiksi ”suositus aivoverenkiertohäiriö (AVH) – ja MS-kuntoutujan liikkumisen ja osallistumisen arviointiin”, joka on julkaistu

vuonna 2011. Suosituksen on hyväksynyt Toimian vaikeavammaisten toimintakyky-asiantuntijaryhmä. Suosituksen mukaan AVH-potilaan kuntoutumista pitäisi arvioida käyttäen standartoituja mittareita ja arvioinnissa tulee ottaa huomioon sekä potilaan oma arvio, että suorituskyky mittareilla mitattuna. Arvioinnissa käytetään ICF-luokituksen eri alueita laajasti, sekä käyttötarkoitukseltaan sopivia arviointimenetelmiä. Kantanen, Paltamaa ja Peurala (2011) kuvaavat kuntoutusprosessin kulun suosituksessa nelivaiheiseksi alkaen nykytilanteen arvioinnista, toiminnan käynnistymiseen ja kuntoutukseen ja viimeisenä kuntoutumisen arviointiin, jonka jälkeen voidaan todeta tavoitteet saavutetuiksi, tai kuntoutusprosessin uudelleen aloitus tarpeelliseksi. (Kantanen, Paltamaa & Peurala 2011.)

Muita AVH-potilaan toimintakykyä mittaavia mittareita ovat mm. **ARAT**, joka soveltuu pareettisen yläraajan toimintakyvyn arviointiin, **Bergin tasapainotesti**, joka nimensä mukaisesti arvioi tasapainoa, **6-minuutin kävelytesti**, jolla arvioidaan kävelyä, **ABC-asteikko: toiminnallisen tasapainon varmuus**, joka sopii potilaan tasapainon itsearviointiin, **FAC kävelyluokitus**, jonka avulla voidaan arvioida potilaan itsenäistä selviytymistä kävelemisessä, **MMAS, aivohalvauspotilaan motorisen suorituskyvyn mittari**, joka soveltuu päivittäiseen liikkumiseen liittyvään toimintakyvyn mittaamiseen, Rivermead Motor Assessment, joka soveltuu motorisen toimintakyvyn mittaamiseen, **WHO-DAS 2.0 - terveyden ja toimintarajoitteiden arviointi**, joka soveltuu toimintarajoitteiden seulontaan. Nämä mittarit löytyvät TOIMIA -tietokannasta.

Aivoverenkiertohäiriön jälkeinen tarkistuslista (PSC)

Maailman AVH-järjestön (WSO) pyynnöstä ja monikansallisen AVH-asiantuntijapanee-
lin toimesta kehitetty Post-Stroke Checklist (PSC) on näyttöön perustuva tarkistuslista, joka on lyhyt ja helppokäyttöinen työkalu AVH-potilaan kuntoutumisen seurannassa ja elämänlaadun parantamisessa (liite 1). Tarkistuslistan tarkoituksena on helpottaa terveydenhuollon ammattilaisia tunnistamaan aivoverenkiertohäiriön jälkeisiä pitkäaikaisia ongelmia ja hoitamaan niitä. Tarkistuslistassa on 11 kohtaa, jotka käydään läpi potilaan ja mahdollisesti hänen läheistensä kanssa yhdessä. Aihealueet ovat sekundaaripreventio, päivittäiset toiminnot, liikuntakyky, spastisuus, kipu, virtsan ja ulosteenkarkailu, kommunikaatio, mieliala, kognitio, elämä aivoverenkiertohäiriön jälkeen sekä perhesuhteet. Jokaisen aiheen kysymykseen vastataan KYLLÄ tai EI. Jos potilas vastaa KYLLÄ, ryhdytään hoitotoimenpiteisiin ja seurataan tilannetta. Jos potilas vastaa EI, kirjataan tilanne

sairaskertomukseen ja arvioidaan uudestaan seuraavalla kerralla. (Philp, Brainin, Walker, Ward, Gillard, Shields & Norrving 2012.)

Aivoverenkiertohäiriön jälkeinen tarkistuslista (PSC) on suomennettu 2016 mukailleen Ian Philpin ja kumppaneiden tekemää tarkistuslistaa, ja se on otettu koekäyttöön keväällä 2017. (Pukkila 2017.) Suomenkielinen tarkistuslista löytyy Aivoliiton nettisivujen tiedostoista, jotka ovat suunnattu ammattilaisille. Sieltä löytyy myös tiedosto, joka on tarkoitettu potilaille ja sen voi halutessaan täyttää jo ennakoon kotona. Ammattilaisille tarkoitettu tiedosto sisältää käyttöohjeet tarkistuslistan käyttöön. (Aivoliitto 2018c.) Tarkistuslistaa olisi suositeltavaa käyttää 3kk, 6kk ja 12kk jälkeen sairastumisesta sekä vuosittain tämän jälkeen. Tarkistuslistaa pidetään potilaiden keskuudessa helposti ymmärrettävänä ja potilaat pitävät kysymyksistä, koska ne ovat kuvaavia heidän tilanteessaan. (World Stroke Organization 2018.)

Barthelin-indeksi

Indeksi mittaa potilaan itsenäistä toimintakykyä päivittäisten toimintojen osalta. Tämä toimintakyvyn mittari on alun perin tehty halvausoireisten pitkäaikaissairaiden potilaiden toimintakyvyn mittaamiseen, mutta nykyään mittaria käytetään paljon toiminnanvajauksien seulonnassa, kuntoutuksen seurannassa ja iäkkäiden laitoshoidon tarpeen arvioinnissa. Mittari on kohtalaisen herkkä mittaamaan muutoksia toimintakyvyssä, joten se sopeutuu sen vuoksi kuntoutuksen tehokkuuden seuraamiseen. Mittareita on useita eri versioita, mutta alkuperäinen kymmenen kohdan versio on selkeä ja nopea käyttää. Mittarissa keskitytään 10 eri osa-alueeseen, joita ovat ruokailu, siirtyminen vuoteesta tuoliin, siisteys: hampaat ja hiukset, wc-käynti, kylpeminen, liikkuminen, kävely portaissa, pukeutuminen ja riisuuntuminen, suoli ja rakko. Mitä enemmän pisteitä saa, sitä parempi toimintakyky on. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

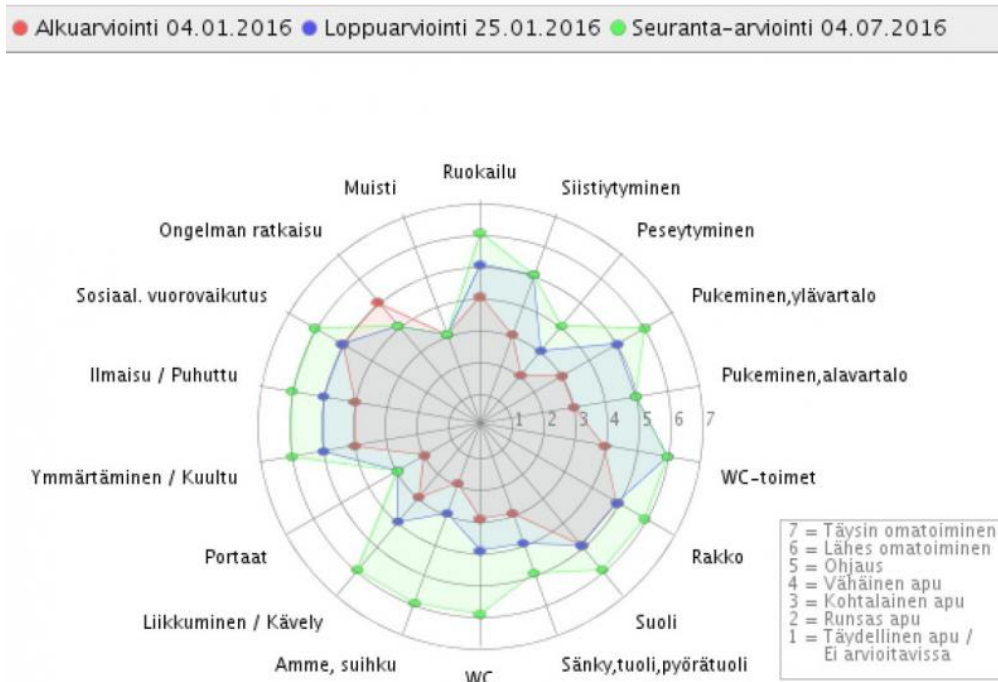
FIM-mittari

Potilaan toimintakyvyn ja avuntarpeen sekä kuntoutumisen arviointiin voidaan käyttää apuna kansainvälistä, Suomeen sovellettua FIM-mittaria (functional independence measure). FIM-järjestelmä selkiyttää kuntoutumisen tavoitteiden luomista sekä niiden toteutumisen arviointia ja mahdollistaa esim. AVH-potilaan hoitoon osallistuvan moniammatillisen tiimin yhtenäisen kielen. FIM on yhteydessä myös kansainväliseen ICF-koodistoon. Tuloksien avulla voidaan myös ohjata ja suunnitella toimintaa organisaatiotasolla.

FIM-mittari sekä rehabFIM-sovelluksen käyttö vaativat koulutuksen, joka on maksullista, kuten ohjelmienkin käyttö. (Jalava 2013; Karttunen 2016.)

FIM-mittarissa keskitytään kattavasti tärkeiden päivittäisten toimintojen arviointiin kahdeksallatoista eri osa-alueella, joista kolmesta arvioi motorisia taitoja ja viisi kognitiivisia toimintoja. (Jalava 2013.) Arviointi kirjataan erilliseen rehabFIM-sovellukseen, joka luo arvioinnin pohjalta potilaskohtaisen kuvan/grafiikan toimintakyvystä (kuvio 7). FIM-mittarissa arvioinnin perusteella piirtyvästä kuviosta on helppo nähdä heti potilaan avuntarve eri päivittäisissä toiminnoissa, sekä se miten potilas on kuntoutunut. Arvioitavia osa-alueita ovat: ruokailu, siistiytyminen, peseytyminen, ylävartalon pukeminen, alavartalon pukeminen, wc-toimet, rakko, suoli, sänky/tuoli/pyörätuoli, WC, amme/suihku, liikkuminen ja kävely, portaat, kuullun ymmärtäminen, ilmaisu, sosiaalinen vuorovaikutus ja ongelmanratkaisu. Kaikki nämä osa-alueet pisteytetään antamalla pisteitä 1-7, joista 1 piste tarkoittaa täydellistä avuntarvetta tai osa-alue ei ole arvioitavissa ja 7 pistettä täysin omatoimista potilasta. (Karttunen 2016.)

Mittarilla pystytään seuraamaan potilaan toimintakyvyn muutoksia ja se soveltuukin hyvin esimerkiksi AVH-potilaan toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointiin. Ensimmäinen arviointi tulisi tehdä sairauden subakuutissa vaiheessa, jotta kuntoutumista voidaan luottavimmin arvioida sairastumisen alusta saakka. Alkuarvion jälkeen väliarvioita olisi hyvä tehdä parin viikon välein tai mikäli potilaan toimintakyvyssä tapahtuu äkillisiä muutoksia. FIM-mittaria voidaan käyttää myös sellaisten potilaiden kohdalla, jotka tulevat esimerkiksi kotoa kuntoutusjaksolle osastolle. Potilaan omaiset ja heidän havainnot sekä toimintakykyyn vaikuttavat ympäristötekijät on otettava huomioon arviointia tehdessä, ja mikäli mahdollista, havainnoida toimintakykyä ja päivittäisten toimintojen sujumista ihmisen omassa ympäristössä. (Seppänen 2013.)



KUVIO 7. FIM-mittari ja potilaskohtainen grafiikka (Karttunen 2016)

3.4 AVH-potilaan hoitotyön osa-alueet

Toimintakykymittareista esiin nousivat tietyt osa-alueet, jotka kuuluvat lähi- ja sairaanhoitajien toteuttamaan päivittäiseen hoitotyöhön. Seksuaalisuutta ja potilaan tilan seuranta ei mainita näissä toimintakykymittareissa. Ne nostettiin opinnäytetyöhön, sillä niiden huomiointi kuuluu potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Osa-alueet on otsikoitu FinCC:n eli suomalaisen hoidon tarveluokituksen version 3.0 mukaan, joka helpottaa kirjaamista.

Aktiviteetti

Asentohoito on tärkeää, sillä sen avulla ehkäistään painehaavojen syntymistä, tuetaan kuntoutumista, pidetään yllä nivelten liikkuvuutta, parannetaan keuhkotuuletusta, vähennetään laskimotukoksia ja spastisuutta. Lepoasennot voivat haitata tai edistää kuntoutumista, joten asentohoidolla on suuri merkitys aivoverenkiertohäiriöstä kärsivällä potilaalla. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015; Turun yliopistollinen keskussairaala asiantuntijapalvelut fysioterapia n.d.)

Heti, kun potilas tulee hoitoon tai viimeistään 8 tunnin kuluessa, on hänelle tehtävä painehaavojen riskiarviointi validoidulla mittarilla. Riskiarvioinnissa arvioidaan potilaan aktiivisuus, liikuntakyky ja ihon kunto. Punoittava kohta ihossa, paikallinen ihon kuumotus, turvotus tai kudoksen kovettuminen ovat merkkejä alkavasta painehaavasta. Asentohoidolla siis pyritään estämään painehaavat ja estämään jo syntyneen painehaavan pahaneminen välttämällä paineen kohdistumista jo punoittavalle ihoalueelle. Ihon kuntoa pitää arvioida joka kerta kuivituksen yhteydessä, jos potilaalla on virtsan tai ulosteen pidätyskyvyttömyyttä. Iho on pidettävä puhtaana ja suojattava kosteudelta. Tällä voidaan vähentää painehaavaumien syntymistä. Painehaavahelpperiä (liite 2) voi käyttää apuna painehaavojen tunnistamisessa ja hoidossa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015; Salmenperä ym. 2002, 57-58)

Painehaavariskissä olevan potilaan asentoa pitää muuttaa kahden tunnin välein, mikäli hänen vointinsa sen sallii. Jos asentoa ei voida vaihtaa, on käytettävä painetta jakavaa ja alentavaa patjaa. Potilaan kudoksiin kohdistuvan paineen pitää vähentyä asentoa vaihdettaessa. On vältettävä sellaista asentoa, joka aiheuttaa painetta luu-uloke kohdille. Vuodepotilaan asentohoito toteutetaan niin, että hänet tuetaan tyynyjen avulla oikealle tai vasemmalle kyljelle 30 asteen kulmaan. Potilas voidaan avustaa myös selkä- ja vatsa-asentoon, jos vointi sen sallii, mutta vatsa-asennossa on käytettävä painetta jakavaa patjaa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015; Salmenperä ym. 2002, 57-58)

Hoitotyön tutkimussäätiön (2015) ja Salmenperän ym. (2002) mukaan ylipäättään painetta lisääviä asentoja, kuten puoli-istuvaa asentoa ja 90 asteen kylkiasentoa on syytä välttää. Pääpuolen kohottaminen 30 asteen kulmaan helpottaa hengittämistä ja vähentää aspiratoriskiä. Tällöin potilas on tuettava tyynyillä hyvin, ettei hän liu'u alaspäin ja iho venyty. Kantapäät eivät saa olla alustaa vasten, vaan niitä täytyy kohottaa. Tyynyt asetellaan pohkeiden alle koko pituudelta niin, että polvet ovat 5-10 asteen koukistuksessa. Myöskään akillesjänteeseen ei saa kohdistua voimakasta painetta. Istuma-asennon pitää olla miellyttävä ja sellainen, että potilas pysyy siinä tasapainossa ilman, että siitä aiheutuu voimakasta painetta kudoksille. Potilasta rohkaistaan vaihtamaan itse asentoaan. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015; Salmenperä ym. 2002, 57-58)

Asentohoito on erityisen tärkeää, kun potilas kärsii hemipareesista eli osittaisesta toispuolisesta halvautumisesta. Kun potilas on lepoasennossa halvaantuneella kyljellä, hänet tuetaan keskiasentoon tyynyjen avulla jalat hieman koukussa. Jalkojen väliin, vatsan ja

selän taakse sekä halvaantuneen käden alle laitetaan tyynyt. Varmistetaan, että halvaantunut hartia tulee eteen, ettei se jää painuksiin. Toimivalla kyljellä maatesa vartalo tuetaan keskiasentoon laittamalla tyyny kyljen alle etupuolelle. Halvaantunut käsi tuetaan tyynyillä rystyset ylöspäin. Halvaantunut jalka tuetaan tyynyillä kevyesti koukkuun lonkasta ja polvesta. Tärkeää on säilyttää keskiasento. (Salmenperä ym. 2002, 57-58; Turun yliopistollinen keskussairaala asiantuntijapalvelut fysioterapia n.d.)

Aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa monia ongelmia potilaan aktiviteettiin, toimintakykyyn ja **liikkumiseen**, sillä se vaikuttaa tasapainoon, lihasjänteeseen ja tuntoaistiin. Toimintakykyä ja liikkumista mitataan aiemmin mainituilla mittareilla, jotta tiedetään, mihin liikkumisen ja toimintakyvyn osa-alueisiin potilas tarvitsee kuntoutusta. Terapiamuodot valitaan tarpeen mukaan. Fysioterapeutti ja toimintaterapeutti toimivat kiinteässä yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa edistäen potilaan kuntoutumista ja antaen ohjeita mm. liikkumiseen. (Salmenperä ym. 2002,56-57.)

Aivoverenkiertohäiriöön saattaa monesti liittyä toispuoleinen halvaus ja neglect-oire, joka vaatii kävelyn uudelleen opettelua. Kuntouttavalla hoitotyöllä pyritään palauttamaan symmetrinen kehonkuva, jota tuetaan aktiivisella halvaantuneiden raajojen käytöllä ja tuottamalla sensorisia tuntemuksia halvaantuneelle puolelle. Terapioissa opitut taidot siirretään heti arkipäivän toimintoihin, jolloin kuntoutuminen on tehokkaampaa. Hoitajan tehtävä on tsemjata ja ohjata potilasta hänen voimavarojensa mukaan kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. (Kauhanen 2015.)

Potilasta ohjataan seisoma-asentoon esimerkiksi seisomatuen avulla mahdollisimman pian, sillä se vähentää komplikaatioita ja auttaa potilasta hahmottamaan muuttunutta kehoaan. Potilaan liikkumista ohjataan vaiheittain aina vaativimpiin toimintoihin. Ensin aloitetaan opettelemaan kääntymistä vuoteessa. Kun kääntyminen alkaa olla hallinnassa harjoitellaan istumaan nousemista vuoteen reunalle. Tämän jälkeen pikkuhiljaa opetellaan pyörätuoliin siirtymistä ja siitä pois. Seuraavaksi harjoitellaan seisomaan nousua ja lopulta kävelyä. Potilas harjoittelee porraskävelyä ja lattialle menoa ja sieltä nousemista ennen kotiutumista. (Salmenperä ym. 2002, 56-58.)

AVH saattaa joillekin aiheuttaa myös pusher-syndroomaa. Tällöin pusher-syndroomasta kärsivä potilas työntää itseään halvaantunutta puolta kohti, jolloin potilas kallistuu halvaantuneelle puolelle, koska ei kykene huomioimaan aistiärsykyitä vasemmalta puolelta

(neglect) ja yrittää työntämällä korjata asentoaan. Tämä aiheuttaa potilaalle turvattu-
muutta ja asennonhallinta on vaikeaa. Hoitajan yrittäessä suoristaa asentoa, potilas työn-
tää vielä enemmän vastaan. Tilannetta voi helpottaa niin, että vahvistetaan potilaan tur-
vallisuuden tunnetta laittamalla toimivalle puolelle jokin tukeva taso tai laittamalla sänky
seinään kiinni niin, että toimivampi puoli on seinää vasten. Tällöin potilas aistii turvan ja
työntäminen voi helpottaa. (Jokelainen & Jokelainen 2000; Salmenperä ym. 2002, 70.)

Spastisuus on yleinen seuraus aivoverenkiertohäiriöstä. Se johtuu keskushermoston vau-
riosta, joka voi heikentää potilaan elämänlaatua ja omatoimisuutta. Spastisuus tarkoittaa
lihaksen epänormaalia jäykkyyttä, joka kasvaa, kun lihasta passiivisesti liikutetaan. Spas-
tisen lihaksen jänteys on selvästi kohonnut ja se lisääntyy pienestäkin ärsytyksestä aiheut-
taen liikkeen vastustusta ja tahattomia liikkeitä. Spastisuus aiheuttaa herkästi virheasen-
toja, joita pystytään vähentämään asentohoidolla. Myös muilla keinoilla voidaan helpot-
taa spastisuutta. Näitä keinoja ovat mm. hitaasti toistetut venytykset, seisominen, molem-
pien kehon puolien symmetrinen käyttö ja omatoimiharjoitukset. (Aivoliitto 2014; Pir-
kanmaan sairaanhoitopiiri 2018.)

Paras asento on kylkimakuuasento, johon potilas tuetaan tyynyillä. Kun halvaantuneella
kyljellä maataan, tuetaan asento siten, että ylä- ja alavartalo on kiertyneenä toisiinsa näh-
den. Selällään makaaminen lisää ojentajalihasten jäykkyyttä, joten sitä on hyvä välttää.
Pyörätuolissa istuminen on parempi, kuin sängyllä istuminen, sillä siinä saa tukevamman
ja tasapainoisemman asennon. Istuessa on huolehdittava, että potilas on vartalo suorana
kevyessä etunojassa, polvet sekä lonkat 90 asteen kulmassa ja jalat tukevasti lattialla tai
jalkalautoilla. (Aivoliitto 2014; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2018.)

Uni on tärkeää aivojen terveydelle jo ennen aivoverenkiertohäiriötä, mutta erityisesti sai-
rastumisen jälkeen. Syvän unen aikana aivot lepäävät, elpyvät, keräävät energiavarastot
täyteen, kun samalla aivoissa toimiva lymfakierto poistaa haitallisia kuona-aineita. Unen
aikana rakentuu uusia hermoyhteyksiä, joka auttaa kuntoutumisessa. (AVH-Aivoveren-
kiertohäiriöiden erikoislehti 2015.) Sairastumisen jälkeen unen ja levon tarve lisääntyy,
koska aivoverenkiertohäiriöön liittyvä aivokudoksen tuhoutuminen aiheuttaa väsymystä.
Aivoperäinen väsymys ei liity rasiinukseen, vaan se voi tulla yhtäkkiä hyvin voimakkaana
ja lamauttavana. Väsymys taas pahentaa oppimis-, keskittymis- ja muistivaikeuksia, jotka
ovat aivoverenkiertohäiriötä seuraavia oireita. Aivokudoksen toipuminen vaatii paljon le-
poa, joten hoitajien täytyy pitää huolta potilaan unesta. Päivän aikana tarvitaan enemmän

lepotaukoja sekä yöllä riittävän pitkät unet, mutta myös aktiivisuus päivän aikana pitää yllä normaalia vuorokausirytmää. Yleensä väsymys helpottaa sairastumisen alkuvaiheen jälkeen. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2018.)

Päivittäiset toiminnot

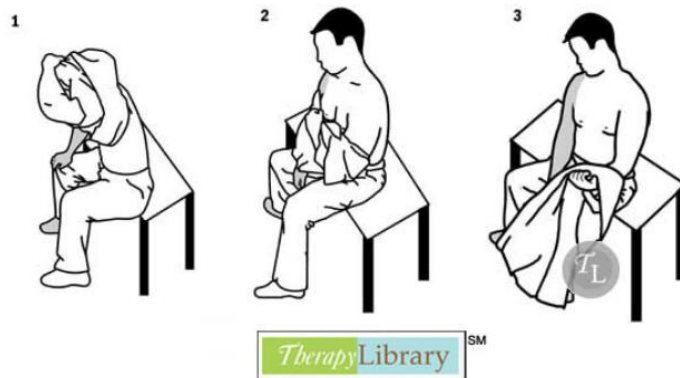
Potilas tarvitsee ohjausta yleensä päivittäisissä toiminnoissa, kuten wc-toiminnoissa, peseytymisessä sekä pukeutumisessa ja riisuutumisessa. Näitä toimintoja harjoitellaan joka päivä edeten vähemmän vaativasta toiminnosta vaativampaan toimintoon. Vain useiden toistojen ja harjoittelun kautta päästään pikkuhiljaa etenemään kuntoutumisessa ja oma-toimisuus kasvaa. (Salmenperä ym. 2002, 64-66.)

Aivoverenkiertohäiriö saattaa aiheuttaa ongelmia **wc-toimintoihin**. Virtsaamiseen saattaa liittyä pidätyskyvyttömyyttä, tarvetta virtsata tiheästi, virtsatieinfektioita ja jäännösvirtsan kerääntymistä virtsarakkoon. Tätä sanotaan virtsarakon neurogeeniseksi toimintahäiriöksi. Alussa potilaalla saattaa olla kestkakatetri, mutta siitä tulisi luopua mahdollisimman pian, sillä se on infektioportti. Mahdollisimman pian olisi siirryttävä kertakatetroimaan 4-6 kertaa vuorokaudessa, jos virtsa kerääntyy rakkoon. Potilasta käytetään alusta alkaen muutaman tunnin välein vessassa ja, jos kastelua esiintyy, käytetään vaippaa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2018; Salmenperä ym. 2002, 64-66.)

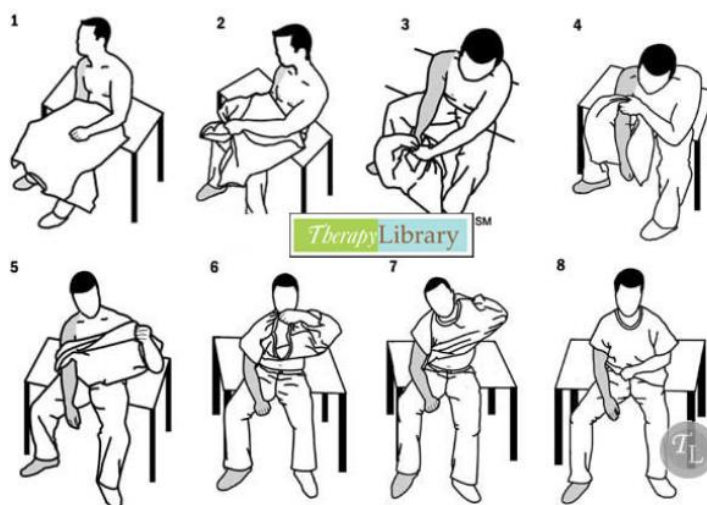
Ulostamiseen saattaa liittyä pidätyskyvyttömyyttä ja/tai ummetusta. Ummetuksen ehkäisemiseksi potilasta käytetään säännöllisesti vessassa, huolehditaan kuitupitoisesta ruuasta ja runsaasta nesteytyksestä. Tarvittaessa käytetään peräruiskeita. Pidätyskyvyttömyyteen auttaa myös säännöllinen vessassa käynti. Vaippoja käytetään tarvittaessa. Vessakäynnin on oltava turvallinen ja rauhallinen. Turvavyön avulla voidaan varmistaa, ettei potilas tipu pöntöltä ja näin hän saa rauhassa olla yksin vessassa. (Salmenperä ym. 2002, 64-66; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2018.)

Pukeutuminen ja riisuutuminen voivat olla hankalia toimintoja aivoverenkiertohäiriöpotilaalle johtuen hahmottamisen häiriöistä. Potilaalla voi olla pukeutumisapraksia, joka tarkoittaa, että potilas ei tiedä, mitä vaatteilla tehdään tai hän ei hahmota miten päin vaatteet puetaan. Myös jos potilas on toispuolisesti halvaantunut tai lihastoiminta heikentynyt, tarvitaan erityisen paljon tukea ja harjoittelua pukeutumiseen sekä riisuutumiseen. Erilaisia apuvälineitä kannattaa käyttää hyödyksi pukeutumisessa ja riisuutumisessa. (Salmenperä ym. 2002, 61-64; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2018.)

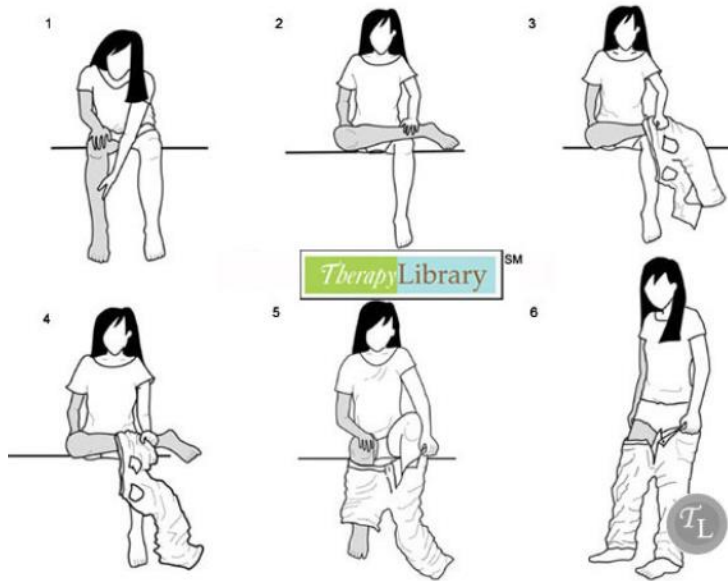
Riisuutuminen tapahtuu niin, että kumarrutaan hiukan eteenpäin ja tartutaan terveellä kädellä kauluksesta kiinni ja vedetään pään yli. Vedetään halvaantunut käsi ensin hihasta ja sitten halvaantunutta kättä apuna käyttäen terve käsi hihasta (kuvio 8). Pukeminen tapahtuu taas niin, että paita asetetaan syliin, jonka jälkeen toimivalla kädellä avustetaan hiha halvaantuneeseen käteen. Sitten laitetaan toimivakin käsi hihaan, jonka jälkeen paita vedetään pään yli. Tämän jälkeen molemmilla käsillä voi suorita paitaa paremmin päälle (kuvio 9). Myös housujen pukeminen aloitetaan halvaantuneelta puolelta niin, että halvaantunut jalka nostetaan terveen päälle ja sen jälkeen pujotetaan lahje halvaantuneeseen jalkaan. Tämän jälkeen terve jalka pujotetaan lahkeeseen ja nouseaan seisomaan. Seisten nostetaan housut ylös (kuvio 10). (Salmenperä ym. 2002, 61-64; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2018.)



KUVIO 8. Paidan riisuuminen (Leite 2014)



KUVIO 9. Paidan pukeminen (Leite 2014)



KUVIO 10. Housujen pukeminen (Leite 2014)

Potilas tarvitsee yleensä myös ohjausta **peseytymisen ja henkilökohtaisen hygienian** kanssa. Hoitaja ohjaa potilasta ottamaan tarvittavat hygieniatuotteet ja hänen itse valitsemaansa vaatteet mukaan kylpyhuoneeseen. Tärkeää on huomioida turvallinen liikkuminen kylpyhuoneessa, ettei potilas pääse liukastumaan. Jos seisominen on vielä liian huteraa, istuu potilas suihkutuolilla ja jos istuminen ei onnistu, voidaan hänet pestä suihkupaareilla ja ohjata peseytymisessä siinä. Hygieniatuotteet asetetaan halvaantuneelle puolelle, jotta halvaantunut puoli saa harjoitusta. Hoitaja ohjaa sanallisesti ja tarvittaessa kädestä pitäen hanojen ja pesuaineiden käytössä. Erityisesti vedenlämpötilaan pitää kiinnittää huomiota, sillä tuntohäiriöt voivat aiheuttaa vaaratilanteita potilaalle. (Salmenperä ym. 2002, 66.)

Suuhygienista on pidettävä erityisen hyvää huolta, sillä huonosti hoidetut hampaat ovat riskitekijä aivoverenkiertohäiriölle. Suun hoito on tärkeää suun kuivumisen, karstoittumisen ja hampaiden reikiintymisen ehkäisemiseksi. Suun hoidosta huolehtiessa on otettava huomioon potilaan tila, onko purskuttelu vedellä turvallista, käytetäänkö sakeutettuja nesteitä ja onko tarpeen olla imuvalmiudessa suuta hoidettaessa. (Hakalahti 2018.)

Aisti- ja neurologiset toiminnot

Aivoverenkiertohäiriöt voivat aiheuttaa monia erilaisia neuropsykologisia ongelmia, jotka vaikuttavat ihmisen tunne-elämään, käyttäytymiseen sekä kognitiiviseen toiminta-

kykyyn. Nämä häiriöt ja oireet ilmenevät sellaisissa toiminnoissa, jotka potilas on aiemmin pystynyt suorittamaan rutiininomaisesti. Tämän vuoksi ne voivat olla potilaalle hyvin pelottavia ja hämmentäviä sekä niillä on suuri merkitys potilaan kuntoutumiseen, mielialaan ja sopeutumiseen. (Terveyskylä n.d)

Neuropsykologisia oireita ovat muun muassa tarkkaavaisuuden ja ajattelutoiminnan hidastuminen ja aloitekyvyttömyys. Tarkkaavuuden muutokset ovat kytköksissä myös muistiin, joka voi heikentyä AVH:n seurauksena. Potilas voi kärsiä afasiasta, jolloin häiriötä voi ilmetä puheen tuottamisessa tai ymmärtämisessä, laskemisessa, lukemisessa ja kirjoittamisessa sekä asioiden nimeämisessä ja toistamisessa. Dysartriassa potilaan ymmärryksessä ei välttämättä ole mitään vikaa, mutta hän ei saa tuotettua puhetta, koska puheen tuottamiseen tarvittavat lihakset voivat olla joko heikentyneet tai halvaantuneet. (Jehkonen & Liippola 2015; Terveyskylä n.d.)

Oireita voi ilmetä puheen lisäksi liikkeissä, hahmotuksessa, asioiden ja henkilöiden tunnistamisessa ja esineiden käytössä. Toisaalta potilas voi kärsiä myös anosognosiasta, eli oiretiedostamattomuudesta. Tällöin potilas on alttiina vaaratilanteille, lähtiessään esimerkiksi liikkeelle, vaikka ei pystyisi kävelemään. (Jehkonen & Liippola 2015; Terveyskylä N.d.) Gottesmanin ja Hillisin (2010) mukaan kognition heikentyminen voi johtaa esimerkiksi työkyvyttömyyteen, vaikka potilas muuten toipuisi aivoverenkiertohäiriön aiheuttamista oireista. Tavallisimpia neuropsykologisia oireita on esitelty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Tavallisimpia neuropsykologisia häiriöitä (Jehkonen & Liippola 2015, muokattu)

Oikean aivopuoliskon vauriot	Vasemman aivopuoliskon vauriot
Vasemman puolen hahmotushäiriöt, neglect-oireet	Puheen tuottamisen ja ymmärtämisen häiriöt
Tarkkaavaisuushäiriö	Häiriöt lukemisessa, kirjoittamisessa tai laskemisessa
Näkömuistin häiriöt	Kielellisen muistin toimintahäiriöt
Hahmotushäiriöt tilasuhteissa	Apraksia
Anosognosia	Tilasuhteiden käsittelyn häiriö

Mitä hoitaja voi tehdä kohdatessaan potilaan, joka kärsii neuropsykologisista oireista? Tärkeää on kohdata potilas kunnioittavasti ja luoda vuorovaikutusta ja ymmärrystä oireista huolimatta. Mikäli potilaalla on oireita kommunikaatiossa apuna voi käyttää ilmeitä ja eleitä, kirjoittamista tai erilaisten kuvien ja esineiden näyttämistä, asteikkoja ja kommunikaattoreita. (Iivanainen & Syväoja 2013, 572-573.) Potilaalle puhutaan rauhallisesti kasvokkain ja annetaan hänelle aikaa. Äänen korottaminen ei auta. Kysymykset täytyy pitää lyhyinä ja niitä kysytään vain yksi kerrallaan. Kysymyksiin olisi hyvä pystyä vastaamaan kyllä tai ei. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2018.)

Eri oireiden kuntoutukseen on saatavilla esimerkiksi erilaisia älysovelluksia, kuten sanojen ja kirjainten yhdistelyä ja muistin kehittämistä sekä kommunikointisovelluksia. (Aivoliitto kommunikaatiokeskus N.d.) Myös musiikin käyttöä kuntoutuksen apuvälineenä on tutkittu ja havaittu musiikkiterapian tehostavan puhehäiriöstä toipumista sekä muistin ja keskittymiskyvyn parantumista (Sihvonen, Leo, Särkämö & Soimila 2014).

Kivun arviointi ja hoito ovat osa aisti- ja neuropsykologisia toimintoja. Haanpään (2017) mukaan aivoverenkiertohäiriön jälkeen potilaalla saattaa olla akuuttia tai kroonista kipua. Akuutti kipu hellittää kudosvaurion parantumisen myötä, mutta kipu voi myös kroonistua. Aivoverenkiertohäiriö on voinut aiheuttaa vaurion kipuradassa, kipuhermossa tai kivunsäätelyjärjestelmässä, jonka takia syntyy kroonista, neuropaattista kipua eli hermo-vauriokipua. Myös aivoverenkiertohäiriöstä aiheutuneet muut ongelmat kuten halvausoireet ja spastisuus voivat aiheuttaa potilaalle kipuja. Spastisuus aiheuttaa nosiseptiivista eli kudosvauriosta syntyvää kipua. (Haanpää 2017.)

Kipua arvioidaan hoitajan toimesta kipujanoilla kuten VAS-asteikolla, jonka lisäksi potilasta pyydetään arvioimaan kipua sanallisesti. Mikäli potilas ei pysty tajunnantason tai esimerkiksi afasian takia kommunikoimaan, kivun arviointi voi olla vaikeaa. Tällöin kivun arvioimiseen on vielä normaalia enemmän käytettävä potilaan ilmeiden, eleiden, liikkeiden, hengityksen, ihon ja levottomuuden havainnoimista sekä verenpaineen ja pulssin mittaamista, jotka voivat kivun seurauksena nousta. (Iivanainen & Syväoja 2013, 78-79; Haanpää 2017)

Kivun hoidossa potilaan empaattinen sekä ammattimainen kohtaaminen ja kivun todesta ottaminen luovat toimivan hoitosuhteen, joka on kivun hoidon kannalta oleellista. Hoitaja

toteuttaa kivunhoitoa myös potilaan asentohoidolla ja ohjaamalla potilasta rentoutusharjoituksiin ja hengitysharjoituksiin. Myös ympäristön viihtyisyys, lämpötila ja valaistus voivat olla osa kivunhoitoa. Neuropaattisessa kivussa lääkehoito on vaikuttavin hoitomuoto ja hoitaja vastaa lääkärin määräämän lääkehoidon toteutumisesta. Lääkkeetöntä kivunhoitoa tulee kuitenkin aina käyttää, kun se on mahdollista. Lääkkeettömiä hoitokeinoja ovat mm. erilaiset liikuntaryhmät ja harjoitteet ja lämpö- ja kylmähoidot kuten kylmä tai lämpöhauteet sekä akupunktio. Moniammatillinen yhteistyö lääkärin, hoitajan, eri terapeuttien ja sosiaalityöntekijän kesken on tärkeää kivunhoidon onnistumisen kannalta. (Iivanainen & Syväoja 2013, 81; Kipu: Käypä hoito-suositus 2017.)

Ravitsemus

Harmsenin (2015) mukaan aivoverenkiertohäiriöön sairastunut voi kärsiä nielemisen häiriöistä eli dysfagiasta, jossa ruuan, juoman, syljen tai lääkkeiden nieleminen on hankaloitunut sekä ruuan käsittely suussa voi vaikeutua ja ruokaa voi jäädä suuhun tai poskiin. Dysfagia nostaa riskiä aspirointiin, eli ruuan, juoman tai lääkkeiden menemistä hengitysteihin. Myös tajunnantaso voi potilaalla vaihdella. (Harmsen 2015)

Elimistön kuivuminen pahentaa aivoverenkiertohäiriön seurauksia ja nostaa uuden aivoinfarktin riskiä. Toisaalta liika nesteytys pahentaa aivojen turvotusta. Mikäli potilaan ravitsemus ei ole turvallista suun kautta, voidaan ravinnon saanti turvata nenämahaletkulla, PEG-letkulla tai suonensisäisellä, eli parenteraalisella ravitsemuksella. Nenämahaletku asetetaan potilaalle nenän ja ruokatorven kautta mahalaukkuun tai ohutsuoleen. PEG-letku asetetaan kirurgisesti puudutuksessa tai yleisanestesiassa suoraan vatsanpeitteiden läpi mahalaukkuun tai ohutsuoleen. Mikäli potilas tarvitsee pitkäaikaista letkuravitsemusta, on PEG-letkun käyttö parempi vaihtoehto. Nenämahaletkulla ja PEG-letkulla toteutettavaa letkuravitsemusta kutsutaan enteraaliseksi ravitsemukseksi. Hyvä ravitsemustila edesauttaa potilaan kuntoutumista ja vähentää kuolleisuutta. (Geeganag, Beavan, Ellender & Bath 2012; Junkkarinen 2017.)

Päivittäisessä hoitotyössä hoitajan tulee aina seurata potilaan ravitsemustilaa ja ravinnon saantia. Kaikista potilaista tulisi ottaa tulopaino, jonka avulla painon kehitystä voidaan osastolla seurata. Ravitsemusta, ruokahalua, syödyn ruuan määrää ja ruokailun onnistumista seurataan ja kirjataan potilastietojärjestelmään. Nestelista on hyvä apuväline syömisen seurantaan. Potilas ei välttämättä pysty syömään itse, jolloin häntä tulee ruokai-

lussa avustaa. Puheterapeutin määrittämiä koostumuksia noudatetaan aspiraation välttämiseksi. Ruuan koostumus voi olla sileä tai karkea sosemainen, pehmeä tai normaali. Juomat voi olla tarpeen sakeuttaa siihen tarkoitettulla sakeutusaineella, jolloin juoma ei ole niin ohutta. (Iivanainen & Syväoja 2013, 549; Junkkarinen 2017.)

Potilas ruokailee joko vuoteessa istuma-asennossa tai tuolissa, mikäli istumatasapaino on tarpeeksi hyvä. Istuma-asennon on tärkeää olla symmetrinen, jolloin potilaan molemmat kädet ohjataan pöydän päälle ja jalat maahan. Vuoteessa istuma-asentoa voidaan tukea nostamalla vuoteen pääty mahdollisimman ylös ja laittamalla tyyny hartioiden taakse. Valumisen ehkäisemiseksi polvien alle voidaan myös laittaa tyyny. Mikäli potilas istuu vuoteen reunalla, tasapainoa voidaan tukea kuutiotyynyjen avulla, jolloin ne laitetaan selän taakse sekä terveen, ei-halvaantuneen kyljen viereen. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2017.)

Ruokailussa potilas voi käyttää apuna erilaisia ruokailuvälineiden paksunnoksia ja liu-
kuesteitä esimerkiksi lautasen alla. Nokkamukista juodessa potilaan leuka nousee ylös ja kurkunkansi jää auki, joka lisää aspiraatiovaaraa. Tämän vuoksi potilaalla olisikin hyvä käyttää tavallista mukia. Ruokailutilanteen onnistumista voidaan edesauttaa myös rauhallisella ja kiireettömällä ympäristöllä. (Junkkarinen 2017; Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2017.)

Potilasta voidaan opettaa itsenäiseen suun tarkistamiseen ja manuaaliseen puhdistamiseen, halvaantuneeseen poskeen jäävän ruuan varalta. Hakalahden (2018) mukaan suun sensoriikkaa ja syljen tuotantoa voidaan edesauttaa stimuloimalla halvaantunutta poskea esimerkiksi hammasharjan avulla, jolla harjataan kevyesti posken sisäpuolta. Myös sitruunatikuilla voidaan aktivoida syljen eritystä. (Hakalahti 2018.)

Mikäli ravitseminen toteutuu nenämahaletkun avulla, on nenämahaletkun sijainti varmistettava laitton jälkeen ja päivittäin ennen ravitsemuksen antamista, aspiroimalla mahansisältöä ruiskuun ja tarkistamalla eritteen ph-arvo paperin avulla. Vatsansisällön PH on 1-5.5. (Huokuna, Packalén & Lundgrén-Laine 2017.) Epäselvissä tapauksissa paikka pitäisi aina varmistaa keuhkoröntgenkuvauksella (Valvira 2017).

Letkuravitsemuksen toteuttamiseen liittyy monia huomioitavia asioita, kuten laitteen ja ravitsemusvalmisteen valinta ja käyttö, tiputusaika ja nopeus, vatsansisällön retention

mittaaminen ja potilaan tilan, kuten huonovointisuuden seuranta. Myös sierainten ihoa nenämahaletkua käyttäessä ja PEG-ravitsemuksessa letkun juuren ihoa tulee arvioida ja hoitaa. Tärkeää letkuravitsemusta annettaessa on potilaan pitäminen koho-asennossa ti-putuksen ajan, sekä 1-2 tuntia sen jälkeen aspiraatoriskin minimoimiseksi. (Iivanainen & Syväoja 2013, 545-548; Huokuna ym. 2017.) Enemmän tietoa sekä ohjeita letkuravitsemuksen toteuttamisesta saa ravitsemusterapeuteilta sekä eri tuotteiden valmistajilta.

Verenkierto ja aineenvaihdunta

Valviran (2018) mukaan potilaan elintoimintojen sekä voinnin seuranta kuuluu hoitajan perustehtäviin. Eri elintoimintojen seurannasta määräyksen voi antaa lääkäri, mutta hoitajan tulee tehdä mittauksia ja seurata potilaan elintoimintoja ja vointia myös oma-aloitteisesti. Erilaisista mittauksista ja tuloksista sekä voinnin muutoksista hoitajan tulee tehdä potilasasiakirjoihin merkinnät, jotta hoito on potilasturvallista, laadukasta ja jatkuvaa. AVH-potilaan seurantaan kuuluu monia eri osa-alueita riippuen potilaan voinnista, kuten lämmön, verenpaineen, pulssin, happisaturaation, hengityksen, verensokerin, tajunnan tason ja erittämisen seuranta. Myös neurologisia oireita, kuten tuntopuutoksia, päänsärkyä, nielemisvaikeuksia ja kouristuksia seurataan. (Junkkarinen 2017.)

Aivoverenkiertohäiriö vaikuttaa elimistön kykyyn säädellä verensokeria, verenpainetta ja ruumiinlämpöä. Korkea verensokeri pahentaa aivoverenkiertohäiriön aiheuttamaa aivojen hapenpuutetta, jolloin vaurioalue voi levitä, aivopaine kasvaa ja aivoinfarktin vuotoriski nousta. Nämä ovat potilaan ennustetta heikentäviä tekijöitä. Toisilla aivoinfarktin saaneilla on jo diagnosoituna diabetes, mikä itsessään nostaa aivoverenkiertohäiriön riskiä, ja toisilla saatetaan todeta kakkostyyppin diabetes aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Kaikille aivoinfarktipotilaille tulisikin tehdä glukoosirasituskoet. (Quinn, Dawson & Walters 2010; Ahonen ym. 2016, 372; Junkkarinen 2017.)

Verensokeria seurataan akuuttivaiheessa 4 tunnin välein, myöhemmässä vaiheessa seuranta voidaan harventaa verensokeriarvoista riippuen. Verensokeri tulee pitää aivoverenkiertohäiriöpotilaalla normaalina, alle 8mmol/l. Mikäli verensokeriarvo on suurentunut, sitä hoidetaan lääkärin ohjeen mukaan lyhytvaikutteisella insuliinilla. Verensokeri tulee mitata myös lyhytvaikutteisen insuliinin antamisen jälkeen. Hypoglykemioita tulee välttää niiden lisätessä kuolleisuutta. (Quinn ym. 2010; Ahonen ym. 2016, 372; Junkkarinen 2017.)

Huhtakankaan (2016) mukaan aivoinfarktiin sairastuneella ruumiinlämpö voi normaalisikin nousta hieman, mutta jo yhden asteen nousu aivoinfarktipotilaalla on haitallinen aivopaineiden kannalta ja koholla oleva ruumiinlämpö voi lisätä aivokudosvauriota. Ruumiinlämmön ollessa yli 37,5 astetta, lämpöä tulisi alentaa potilasta viilentämällä: vaateuksen ja peittojen vähentäminen sekä ihon pyyhkiminen viileällä pesulapulla. Tarvittaessa kuumetta alennetaan lääkehoidolla. Akuuttivaiheessa lämpöä seurataan useasti päivässä. Myös infektion mahdollisuus tulee pitää mielessä. (Huhtakangas 2016; Junkkarinen 2017.)

Korkeat verenpaineet ovat normaaleja aivoinfarktin jälkeen ja ne normalisoituvat yleensä viikon kuluessa. Tarvittaessa verenpainetta lasketaan lääkärin ohjeen mukaan ennalta määriteltujen arvojen ylittyessä. Verenpaine voi myös laskea, jolloin vaarana on riittämätön aivoverenkierto, jos aivojen itsesäätelyjärjestelmä ei toimi. Verenpaineiden seuranta on tärkeää, jotta niihin voidaan akuuttivaiheen jälkeen puuttua ja hoitaa esimerkiksi korkeita verenpaineita, jotka ovat riskitekijä uudelle aivoverenkiertohäiriölle. (Ahonen ym. 2016, 372; Junkkarinen 2017.)

Psyykinen tasapaino

Sairastuminen aiheuttaa surua niin sairastuneessa kuin hänen läheisissään. Moni potilas voi kokea surua uudesta elämäntilanteesta, koska aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa usein toimintakyvyn heikkenemistä. Sairastuminen onkin kriisi, johon pitäisi tarjota apua sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Kriisiteorian mukaan kriisi etenee vaiheissa, joita ovat sokkivaihe, reaktiovaihe, käsittelyvaihe ja uudelleen suuntautumisen vaihe (kuvio 11). (Suomen mielenterveysseura 2018.)

Sokkivaihe alkaa heti, kun tapahtuma, kuten sairastuminen, on laukaissut kriisin ja siihen voi liittyä ahdistusta, paniikkia ja pelkoa tai toisaalta täysi lamaantumisen. Tässä vaiheessa ihminen ei pysty ymmärtämään tapahtunutta. Reaktiovaiheessa ihminen kohtaa tapahtuman olemassaolon, jolloin voi ilmetä hämmennystä. Kolmannessa vaiheessa, eli käsittelyvaiheessa tapahtunut aletaan ymmärtää todeksi ja sitä aletaan käydä läpi. Vanha ja uusi elämäntilanne ja sen käsittely aiheuttavat luopumista, menetystä ja sopeutumista uuteen. Viimeisessä, uudelleen suuntautumisen vaiheessa ihminen alkaa katsoa tulevaisuuteen, eikä enää niinkään tapahtuneeseen, kriisin aiheuttaneeseen asiaan. Tapahtuneesta tulee osa menneisyyttä ja elämä jatkuu tästä huolimatta. Kriisin viimeiset vaiheet voivat kestää jopa vuosia. (Pesonen 2011; Suomen mielenterveysseura 2018.)



KUVIO 11. Kriisin vaiheet (Suomen mielenterveysseura 2018, muokattu)

Masennus on aivoverenkiertohäiriöihin liittyvistä mielialamuutoksista yleisin, ja voi johtua toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuneesta avuntarpeesta tai AVH:n aiheuttamasta tunne-elämää säätelevien rakenteiden vaurioitumisesta. Riski sairastua masennukseen on korkeimmillaan vuoden ajan aivoverenkiertohäiriöstä, ja riskiä nostaa neurologisten oireiden vaikea-asteisuus. Oireilu voi jatkua vuosia. Potilaan mielenkiinto asioihin saattaa hiipua, hän voi olla väsynyt ja kyvytön kokemaan mielihyvään. Myös häiriöt unessa ja ruokahalussa ovat merkkejä masennuksesta. Potilaan puoliso voi myös kokea masennusta, joskus puoliso voi olla masentuneempi kuin sairastunut itse. (Berg 2009; Pesonen 2011.)

Suru, masentuneisuus, mielialan vaihtelut ja psyykkinen kriisi ovat luonnollisia reagoitapoja elämänmuutoksessa, eikä lyhytaikaista masentuneisuutta tai surua ole tarpeellista hoitaa esimerkiksi lääkkein. Psykkisiä oireita tulee kuitenkin seurata ja tarpeen mukaan hoitaa, koska pitkittyessään masennus, niin kuin muutkin psyykkiset häiriöt, haittaavat kuntoutumista ja nostavat potilaan riskiä menehtyä. Hoitajan rauhallinen ote hoitamiseen, vuorovaikutus potilaan ja tämän läheisien kanssa sekä tiedon antaminen ovat tärkeitä asioita, joita päivittäisessä hoitotyössä voidaan toteuttaa. Potilaan ja hänen läheistensä yhteydenpito pitäisi mahdollistaa mahdollisimman mutkattomaksi. Hoitajan tulisi huomioida potilaan pelot kuntoutumisen eri vaiheissa. Tarvittaessa tulee pyytää tilannearvio psykiatrialta. (Berg 2009; Joanna Briggs instituutti 2009; Pesonen 2011.)

Potilaan kuntoutussuunnitelmaan tulisi kirjata myös omaisen hyvinvoinnin arviointi. Niin sairastuneelle kuin omaiselle voi suositella erilaisia yhdistysten sopeutumisvalmennuksia ja vertaistukitoimintaa psyykkisen hyvinvoinnin ja sairastumisesta toipumisen edistämiseksi. (Berg 2009; Joanna Briggs instituutti 2009; Pesonen 2011.) Musiikin on tutkittu

pidempinä kuin yhden kuuntelukerran jaksoina vähentävän masennuksen oireita ja kohoittavan mielialaa. Potilaan musiikkimausta riippuu, kuinka tehokasta musiikin kuuntelu mielialan nostattajana voi olla. (Joanna Briggs instituutti 2011.)

Selviytyminen

Potilas tarvitsee paljon tukea selviytymiseen kriisistä, jonka sairastuminen aiheuttaa. Potilaalle pitää antaa riittävästi tietoa hänen tilanteestaan suullisesti ja kirjallisesti. Potilas ja myös hänen läheisensä tarvitsevat riittävästi tukea ja tietoa sairastumisesta, oireista, kuntoutuksesta, vertaistuesta ja kolmannen sektorin palveluista. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016; Riekkinen 2016)

Sairastuminen vaikuttaa monella tapaa potilaaseen, mutta myös hänen perheeseensä ja muihin lähimmäisiin. Sairastuminen voikin aiheuttaa suuria muutoksia sosiaalisiin suhteisiin perheessä, joita voi olla vaikeaa käsitellä keskenään. Aivoliitto järjestää sopeutumiskursseja sairastuneelle ja hänen läheisilleen, koska uusi tilanne aiheuttaa paljon kysymyksiä ja tuen tarve on suuri. Valmennuksien tarkoitus on auttaa sairastunutta ja hänen läheisiään jäsentämään uutta muuttunutta elämäntilannetta ja antamalla vertaistukea ja konkreettisia neuvoja haasteisiin. Sopeutumisvalmennus voi parantaa psykososiaalista suoriutumista ja vähentää masennusta. Aivoliitto tarjoaa myös fysioterapeutin ja puheterapeutin palveluja aivoverenkiertohäiriöpotilaille. (Aivoliitto 2018b.)

Kela järjestää kohdennettuja kuntoutuskursseja yksilöllisen tarpeen mukaan kuntoutuksesta hyötyville. Kursseja on muun muassa yleiskurssi, kommunikaatiokurssi, kävelykurssi ja käden tehostettukäyttö kurssi. Näiden kurssien tavoite on parantaa potilaan arjessa selviytymistä. Osa kuntoutuksista on ryhmämuotoisia ja osassa puoliso pitää olla mukana. Aivoverenkiertohäiriö potilas voi saada tietyin edellytyksin myös vaikeavammaisen lääkinnällistä kuntoutusta. Näistä etuuksista sairaanhoitajan on tärkeää myös antaa tietoa, tai ainakin ohjata eteenpäin sosiaalityöntekijälle. (Kansaneläkelaitos 2018a & Kansaneläkelaitos 2018b.)

Potilas tarvitsee paljon motivointia ja toivon ylläpitoa, sillä aivovammat aiheuttavat masennusta. Kuntoutuminen on tehokkaampaa, kun potilas on motivoitunut ja aktiivisesti osallistuu joka päiväiseen kuntouttamiseensa. Juvakka ja kumppanit (2007) ovat muodostaneet toivon ylläpitämisestä metasynteesin hoitotyön auttamismenetelmien näkökulmasta. Hoitaja voi ylläpitää toivoa ja uskoa potilaan kuntoutumiseen, joka voikin olla yksi

potilaan oman motivaation syttymisen taustalla. Luottamuksellinen hoitosuhde, potilaan ottaminen mukaan oman hoitonsa suunnitteluun & tavoitteiden asettaminen, keskusteleminen potilaan kanssa vahvistaen hänen omia voimavarojaan ja tavoitteitaan ovat esimerkkejä toivon ylläpidosta, joita hoitaja voi toteuttaa. Hoitaja voi tukea sairauteen sopeutumisessa potilasta ja hänen läheisiään antamalla tietoa. Vertaistuella on suuri merkitys potilaan toivon ja motivaation ylläpidossa. Myös potilaan tukeminen sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä, potilaan läheisten tukeminen ja rohkaiseminen osallistumaan hoitoon sekä potilaan ja läheisten toivon aktiivinen tukeminen ovat tärkeitä. Myös potilaan hengellisyyden tukeminen, potilaan pelkojen vähentäminen, potilaan sairauden hoitaminen ja suojaavan ympäristön järjestäminen potilaalle on merkityksellistä. (Juvakka, Kohonen, Kylmä & Pietilä 2007.)

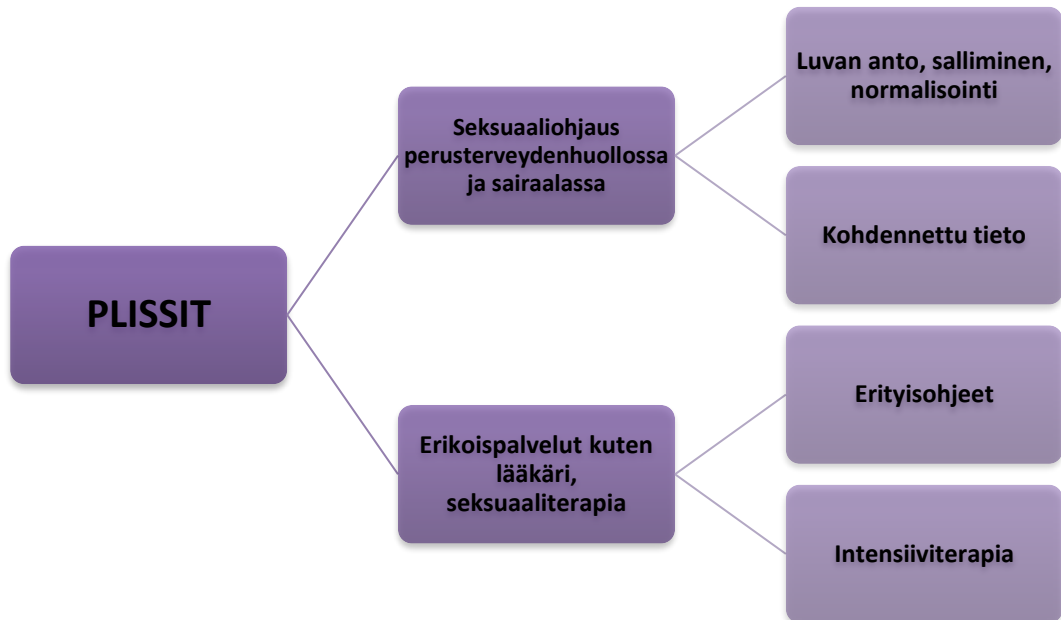
Elämäkaari (seksuaalisuus)

Seksuaalisuus on osa ihmiselämää, eikä seksuaalisuus poistu ihmisestä, vaikka hän sairastuisi. Sairastuminen voi vaikuttaa seksuaalisuuteen eri tavoin. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen persoonallisuus ja ajattelu saattavat muuttua ja muisti sekä tunne-elämä heikentyä. Liikkuminen ja puhuminen voi vaikeutua ja tulla erilaisia tuntepuutoksia ja halvausoireita. Myös masennus, joka AVH:sta voi seurata voi aiheuttaa muutoksia seksuaalisuudessa. Seksuaalinen halu voi joko latistua, mutta myös korostua, mikä voi aiheuttaa kysymyksiä ja hämmennystä niin potilaassa itsessään, kuin puolisosakin. Puolisosta saattaa tulla potilaan omahoitaja, jolloin parisuhde kokee muutoksen. Puoliso ja hänen seksuaalisuutensa saattaa tällöin jäädä toissijaiseksi asiaksi. (Väestöliitto 2018.)

Hoitohenkilökunnan tulisi ottaa seksuaalisuus puheeksi jo kuntoutuksen alkuvaiheessa ja mahdollistaa keskustelu, jotta potilasta ja mahdollisesti tämän puolisoa mietityttävistä kysymyksistä ei tulisi myöhemmin isompaa ongelmaa, ja he pystyisivät rohkeasti keskustelemaan mieltä askarruttavista asioista. Potilaalta voi kysyä suoraan mietityttääkö häntä jokin asia seksuaalisuudessa aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen vuoksi. Kuntoutumisvaiheessa on tärkeää tukea myös parisuhdetta ja puolisoa, rohkaista pariskuntaa keskusteluun ja tarvittaessa ohjata esim. seksuaalineuvojalle. (Aivoliitto 2011, 21-22; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2017.)

Seksuaalisuuden puheeksi ottona voidaan käyttää erilaisia malleja. Suomessa eniten käytetty on PLISSIT-malli (kuvio 12), jossa on neljä puheeksi ottona tasoa: luvan antaminen, rajattu tieto, erityisohjeet sekä intensiivinen terapia. Ensimmäisellä tasolla potilaalle

annetaan lupa keskustella seksuaalisuudesta ja normalisoidaan potilaan huolia. Toinen taso tarkoittaa tiedon antamista potilasta mietityttävään asiaan tai ongelmaan. Erityisohjeita potilas saa kolmannella tasolla ja neljännellä tasolla pitkäkestoista seksuaaliongelmia hoidetaan esimerkiksi seksuaaliterapialla. Suurinta osaa potilasta voidaan auttaa jo mallin ensimmäisellä tasolla. (Sinisaari-Eskelinen, Jouhki, Tervo & Väisälä 2016.)



KUVIO 12. PLISSIT-malli (Sinisaari-Eskelinen, Jouhki, Tervo & Väisälä 2016, muokattu)

Seksin harrastaminen aivoinfarktiin sairastumisen jälkeen ei ole kiellettyä, mutta seksuaalielämään on hyvä palata pikkuhiljaa ja vasta silloin, kun se tuntuu molemmista osapuolista sopivalta. Omaan muuttuneeseen kehoon tutustuminen, koskettaminen ja läheisyys ovat asioita, joilla seksuaalielämään voi uudestaan tutustua ja palata. Haluttomuus on normaali reaktio AVH:n jälkeen ja halut voivat palata, kun muut elämän osa-alueet ovat hallussa. (Aivoliitto 2011, 21-22; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2017.)

Terveykäyttäytyminen

Moniin aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijöihin voi vaikuttaa tehokkaasti omalla terveykäyttäytymisellään (taulukko 2). Viimeistään siinä vaiheessa, kun potilas on sairastunut aivoverenkiertohäiriöön, on hänen syytä tehdä elintapojen muutos, jolla vähennetään uuden aivoverenkiertohäiriön syntymistä ja parannetaan kuntoutumista. Elintapamuutoksiin kuuluu kohonneen verenpaineen alentaminen elintavoilla ja lääkkeillä, suolan

rajoittaminen ruokavaliossa, alkoholin vähäinen käyttö, diabeteksen pitäminen hoitotasapainossa, liikapainon pudottaminen, terveellinen ravinto, säännöllinen liikunta, tupakoimattomuus ja liian stressin välttäminen. Hoitajan on tärkeää ottaa puheeksi uuden aivoverenkiertohäiriön riskitekijät yksilöllisesti ja kertoa ennaltaehkäisystä ja kannustaa mahdollisesti elintapamuutoksiin. (Aivoinfarkti ja TIA: käypä hoito -suositus 2016; National Stroke Association 2018.)

Verenpaineen alentaminen on kaikista tärkein asia ennaltaehkäistäessä uuden aivoverenkiertohäiriön syntymistä. Potilasta kannustetaan mittaamaan verenpainetta säännöllisesti, huolehtimaan verenpainetta alentavasta lääkityksestään, vähentämään suolaa ruokavaliossa ja lisäämään liikuntaa. Korkea kolesteroli nostaa myös riskiä sairastumiseen. Potilasta kannustetaan terveellisiin elämäntapoihin ja muistutetaan lääkkeiden ottamisesta, jotta LDL-kolesterolipitoisuus saadaan alle 3mmol/l tai suuren riskin potilailla jopa alle 1,8mmol/l. Diabeteksen pitäminen hoitotasolla on tärkeää, sillä vaikka pitkäaikaishoidon ei ole osoitettu ehkäisevän aivoverenkiertohäiriöitä, vähentää se mikrovaskulaarikomplikaatioita. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016; National Stroke Association 2018.)

Alkoholilla ja tupakalla on paljon terveyshaittoja myös aivoverenkiertohäiriöihin liittyen. Alkoholin runsas kulutus ja humalahakuinen juominen lisää aivoinfarktin riskiä 1,5 kertaiseksi. Jo kahden annoksen juominen päivässä voi joidenkin tutkimusten mukaan lisätä riskiä 50% saada uusi aivoinfarkti. Turvallisen juomisen rajaa on hankalaa määritellä. Myös potilaan lääkitys ja muuttunut liikuntakyky voi alkoholin kanssa olla vaarallinen yhdistelmä. Tupakointi tuplaa riskin saada uuden aivoverenkiertohäiriön, joten kannustaminen tupakoimattomuuteen kannattaa. Vieroittautumisen apuna voi tarjota nikotiinivalmisteita. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016; National Stroke Association 2018.)

TAULUKKO 2. Aivoverenkiertohäiriön riskitekijöitä (Aivoinfarkti ja TIA: käypä hoito -suositus 2016, muokattu)

Kohonnut verenpaine	Kaulavaltimoahtauma
Diabetes	Protromboottiset tilat
Dyslipidemia	Migreeni
Tupakointi	Matala koulutustaso ja huono sosioekonominen asema
Alkoholin ja/tai huumausaineiden käyttö	Vähäinen endogeeninen testosteroni
Suolan runsas käyttö	Korkea hematokriitti
Lihavuus	Kuorsaus ja uniapnea
Vähäinen liikunta	Hengitysteiden bakteeri infektio
D-vitamiinin puute	Suun periodontaaliset sairaudet
Henkinen kuormitus	Hormonien käyttö
Sydän- ja verisuonisairaudet kuten eteisvärinä	Ikä, perintötekijät, etninen tausta

3.5 Hoitajan toiminta AVH-potilaan hoitotyössä

Terveystenhoito on koko ajan paineessa tehostaa toimintaansa kustannustehokkaammaksi. Toimintaa voidaan tehostaa esimerkiksi Lean-ajattelulla, joka on eräänlainen johtamistyyli. Siinä poistetaan kaikki tuottamattomat toiminnot pyrkien pienentämään kustannuksia ja parantamaan laatua. Menetelmän ajatellaan olevan lähtöisin Fordin tehtaissa ja sairaalassa työskennelleiltä insinööreiltä. Nämä insinöörit loivat kirurgin avuksi instrumenttihoitajan, jolloin kirurgin työ helpottui ja tehostui. Lean-ajattelu on rantautumassa enenevässä määrin Suomenkin terveydenhuoltoon. Lean-ajattelussa hoitotyön prosessia kehitetään ja parannetaan jatkuvasti ja toisaalta poistetaan epäoleelliset asiat, jotka teettävät turhaa työtä. Hoitotyössä kaiken hoitajan tekemän työn tarkoitus on olla potilaan parhaaksi. Epäoleellinen ja turha työ ei auta potilasta, vaan vie aikaa itse hoitotyöltä. Kehittäminen lähtee organisaatiosta ja esimiestasolta, jossa ymmärretään, ettei prosessi ole koskaan valmis ja täydellinen. Leanin ajatus onkin antaa potilaalle oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja heti ensimmäisellä kerralla. (Mäkijärvi 2013.)

Stroke-lehdessä julkaistussa tutkimuksessa selvisi, että Yhdysvalloissa aivoinfarktiin sairastuneen akuuttivaiheen liuotushoitoa on pystytty nopeuttamaan ja sujuvoittamaan juuri

Lean-ajattelun avulla. Aika sairaalaan tulosta hoidon aloitukseen pieneni keskimäärin 60 minuutista 39 minuuttiin. (Ford, Williams, Spencer, McCammon, Khoury, Sampson, Panagos & Lee 2012).

Vaikka laadukas ja vaikuttava hoito lähtee organisaatiotasolta, on yksittäisen sairaanhoitajan panos hoidon toteutumisessa tärkeä. Toiminen erilaisten ohjeiden vastaisesti, on haitaksi hoidon laadulle sekä potilaille. Hoidon laadun määrittely on tärkeää, koska se ohjaa koko hoitotyön prosessia eli toimintaa, tuloksia ja niiden arviointia. Hoidon laatu voidaan määrittellä seuraavia näkemyksiä käyttäen; turvallisuus, vaikuttavuus, asiakas- ja potilaslähtöisyys, oikea-aikaisuus, tehokkuus sekä tasa-arvoisuus ja –puolisuus. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 40.) Sairaanhoitajan työtä ohjaavat mm. sairaanhoitajan eettiset ohjeet ja hoitotyön periaatteet, joiden lisäksi hoitotyön täytyy olla näyttöön perustuvaa. Hoitajan työtä ohjaavat myös monet muut asiat kuten lait, organisaatioiden ja työyksiköiden omat ohjeet.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet

Sairaanhoitajaliitto (1996) on laatinut sairaanhoitajan eettiset ohjeet 28.9.1996, jotka ohjaavat sairaanhoitajan työtä ja toimivat päätöksen teon tukena hoitotyössä. Eettisissä ohjeissa on viisi osa-aluetta, jotka kuvaavat sairaanhoitajan asemaa ja toimintaa tukien mahdollisimman laajasti eettistä päätöksen tekoa. Ohjeissa on määritelty sairaanhoitajan tehtävä, joka on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitaja on velvoitettu ylläpitämään omaa ammattitaitoaan jatkuvasti ja huolehtimaan hoitotyön laadusta, josta hän vastaa henkilökohtaisesti. Sairaanhoitaja asema ja toiminta on määritelty ohjeissa potilaan, työyhteisön, yhteiskunnan ja ammattikunnan kannalta. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Hoitotyön periaatteet

Terveydenhuollossa keskeisessä osassa ovat potilaslähtöistä hoitotyötä ohjaavat periaatteet, jotka pohjautuvat perusarvoihin ja ihmiskäsitykseen. Periaatteiden toteutumisessa osansa on myös hoitokulttuurilla ja konkreettisilla hoito-ohjeilla. Hoitotyön periaatteet ja arvot ovat hoidon laadun perusteita. Ne, kuten sairaanhoitajan eettiset ohjeetkin, ohjaavat ja auttavat hoitajia toimimaan oikealla tavalla erilaisissa hoitotilanteissa ja ongelmissa. Hoitotyön periaatteita ovat kunnioittamisen, yksilöllisyyden, itsemääräämisoikeuden, yksityisyyden, perhekeskeisyyden, turvallisuuden, kokonaihoidon, terveystieteiden, perhekeskeisyyden, turvallisuuden, kokonaihoidon, terveystieteiden,

omatoimisuuden ja hoidon jatkuvuuden periaatteet. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2014, 22.)

Näyttöön perustuva hoitotyö

"Terveystieteiden toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveystieteiden toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua." (Terveystietolaki 30.12.2010/1326, 8§.) Jotta laki toteutuu, on hoitotyössä käytettävä tutkittuun tietoon eli näyttöön perustuvia menetelmiä. Näyttöön perustuvalla tiedolla pyritään sairaanhoitajan oman ymmärryksen kasvuun, potilaan parhaaseen mahdolliseen hoitoon ja hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseen ja parantamiseen kehityksen avulla. Näyttöön perustuva hoitotyö koostuu kolmesta osa-alueesta, joita ovat tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö, hyväksi havaittu toimintanäyttö ja kokemukseen perustuva näyttö. Kaksi jälkimmäistä on systemaattisesti ja luotettavasti kerättyä, mutta ei aina välttämättä täytä tieteellisiä kriteerejä. Sairanhoitajan tulee tiedostaa, minkälaisen tiedon pohjalta hän tekee päätöksiä. (Ahonen ym. 2016, 16-18.)

Suomessa Hoitotyön tutkimussäätiö julkaisee hoitotyön suosituksia, jotka ovat laadittu vankan tutkimustiedon pohjalta hoitotyön asiantuntijoiden toimesta. Käypä hoito-suositukset julkaisee lääkärisseura Duodecim, joka on julkaissut esimerkiksi aivoinfarkti ja TIA-käypä hoitosuosituksen. Yliopistot ja eri tutkimuslaitokset JBI-keskus ja Cochrane-yhteistyöverkosto julkaisevat erilaisia katsauksia. (Korhonen ym. 2018, 68.) Hoitotyön tutkimussäätiö (2015) on esimerkiksi julkaissut hoitotyön suosituksen koskien painehaavan ehkäisyä ja tunnistamista aikuispotilaalla. Myös Sosiaali- ja terveysministeriö, Valvira, THL, WHO ja Fimea antaa erilaisia ohjeistuksia ja suosituksia, jotka perustuvat tutkittuun tietoon. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on käynnissä Hoitotyön tavoiteohjelma, jonka tarkoituksena on kehittää käytäntöjä yhtenäisiksi ja näyttöön perustuviksi (Ahonen ym. 2016, 18). Kaikki suositukset ja ohjeistukset ovat sairaanhoitajan apuna näyttöön perustuvassa päätöksenteossa.

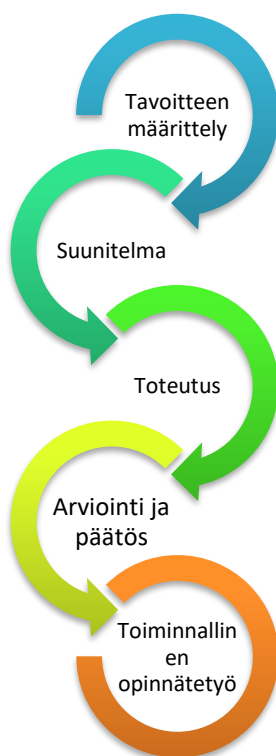
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on ammattikorkeakouluissa käytössä oleva vaihtoehto tutkimukselliselle (kvantitatiivinen, kvalitatiivinen) opinnäytetyölle. Toiminnallisen opinnäytetyön päämääränä on jokin konkreettinen asia, tuotos. Tässä opinnäytetyössä tuotoksena on tarkistuslista, joka tehdään hoitajien käyttöön. Muita vaihtoehtoja toiminnallisessa opinnäytetyössä on mm. tapahtuman tai koulutuksen järjestäminen sekä erilaisten videoiden, ohjelmien tai ohjeistuksien teko. (Heikkilä 2014, 24-26.)

Ammattikorkeakoulutuksessa painotetaan yhteyttä työelämään ja alueelliseen kehittämiseen. AMK-tutkintojen on tarkoitus tukea opiskelijan ammatillista kehitystä ja sijoittumista työelämän asiantuntijatehtäviin. Toiminnallisen opinnäytetyön kannalta hyvä aihe on sellainen, jossa idea tulee oman koulutusalan opinnoista ja millä saavutetaan yhteys työelämään tarpeisiin, niin että opiskelija voi syventää omaa osaamistaan kiinnostavasta aiheesta. (Heikkilä 2014, 24-26.)

Salosen (2013) mukaan toiminnallisen opinnäytetyön teko alkaa aiheen valinnalla ja tavoitteiden määrittelyllä. Tämän jälkeen tehdään suunnitelma opinnäytetyön toteutuksesta, joka toimii ikään kuin käsikirjoituksena koko työlle. Kun suunnitelma on tehty, alkaa opinnäytetyön toteutus, jossa etsitään tietoa, kirjoitetaan teorettinen viitekehys ja tehdään itse tuotos. Viimeisessä vaiheessa opinnäytetyö arvioidaan ja päätetään. Toiminnallisen opinnäytetyön vaiheet on esitelty kuviossa 13. (Salonen 2013.)



KUVIO 13. Toiminnallisen opinnätetyön vaiheet (Salonen 2013, muokattu)

Toiminnalliseen opinnätetyöhön kuuluu myös tutkimuksellisen selvityksen tekeminen aiheesta ja raportointi. Selvitys tehdään, jotta tuotokseen saadaan tietoa. Raportissa kuvataan ja perustellaan sitä, millä keinoin ja miksi on tiettyjä asioita tehty ja valittu omaan opinnätetyöhön, jotta konkreettiseen lopputuotokseen on päästy. Raportti on kertomus tuotoksen tekemisestä, ja raportin sekä tuotoksen täytyykin olla toisiaan täydentävä kokonaisuus. Tarkoituksena raporttoimisella on osoittaa lukijalle oma älykkyys, luonne ja hyväntahtoisuus sekä olla ammatillisesti uskottava oman alan asiantuntija. (Salonen 2013.)

4.2 Opinnätetyön toteutus

Opinnätetyön tekeminen aloitettiin joulukuussa 2017 opinnätetyön orientaatiolla ja valmistelevalle tehtävällä. Samalla valittiin opinnätetyöpari, jonka kanssa oli keskustelua tulevan opinnätetyön aihevalinnasta ja tavoitteista. Koulun puolesta aiheita tuli jakoon tammikuussa 2018, mutta kiinnostavaa ja toiveiden mukaista aihetta ei näistä löytynyt. Eräällä terveyskeskussairaalalla oli tarve AVH-potilaan hoitoa koskevan tiedon päivittämiseen ja kehittämiseen. Helmikuussa 2018 oli työelämäpalaveri, jossa sovittiin

tarkemmin opinnäytetyön tekemisestä. Helmikuussa järjestettiin myös opinnäytetyön tekemiseen liittyviä metodiopintoja, joissa paneuduttiin toiminnallisen opinnäytetyön ominaisuuksiin ja tekemiseen.

Opinnäytetyön suunnitelmaa alettiin työstää ja se esitettiin lähes valmiina suunnitelmaseminaarissa 26.3.2018. Samalla pohdittiin opinnäytetyön tuotoksen rakennetta. Työelämäyhteistyölle ehdotettiin tuotoksen toteutustavaksi animaatiovideota, sen tukiessa erilaisia oppimistapoja ja ollen hieman erilainen vaihtoehto paperiversiolle. Työelämäyhteistyölle paperinen versio oli kuitenkin parempi, joten alustavasti päätettiin tuotoksen olevan tarkistuslista AVH-potilaan hoitotyöstä. Lupaa lähdettiin hakemaan huhtikuussa 2018 ja se saatiin toukokuun alussa 2018. Tämän jälkeen hyödynnettiin jo suunnitelma vaiheessa etsittyä tietoa opinnäytetyön pohjana. Sisällysluettelo hahmoteltiin tarkasti ja suunniteltiin tarkemmin asiasisältöä sekä etsittiin lisää tutkittua tietoa. Tietoa haettiin luotettavista tietokannoista ja lähteistä, kuten Medic, CINAHL, ARTO, terveystietä, käypä hoito -suositukset ja hoitotyön tutkimussäätiö.

Kesäkuun alusta elokuun puoliväliin kirjoitettiin opinnäytetyön teoreettista viitekehystä haettujen lähteiden pohjalta. Elokuun lopussa päästiin kirjoittamaan opinnäytetyön raporttiosaa sekä hahmottelemaan tarkistuslistaa, josta ensimmäinen versio lähetettiin työelämäyhteistyölle kommentoitavaksi. Syyskuun alussa käsikirjoitusseminaarissa esitettiin työn sen hetkinen tilanne, lähes valmis teoreettinen viitekehys sekä aloitettu raporttiosa. Opponoijilta ja ohjaajalta saadun palautteen perusteella opinnäytetyön teoreettista viitekehystä ja raporttiosaa paranneltiin.

Syyskuun puolivälissä osallistuttiin tarkistuslistoja koskevaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin koulutukseen. Tarkistuslistaa muokattiin syyskuun aikana työelämäyhteistyöltä ja opinnäytetyön ohjaajalta tulleen palautteen mukaan. Opinnäytetyön raporttiosa saatiin valmiiksi ja kirjoitusasua viimeisteltiin marraskuussa. Valmis opinnäytetyö palautettiin ohjaajalle, kakkoslukijalle ja työelämäyhteistyölle 19.11.2018. Opinnäytetyöstä tehtiin posterit, jotka esitettiin TAMK tutkii ja kehittää -päivässä marraskuussa. Opinnäytetyö esitettiin koululla olevassa esitysseminaarissa. Lisäksi opinnäytetyö esitellään työelämäyhteistyölle osastotunnilla. Taulukossa 3 on esitetty opinnäytetyön aikataulu.

TAULUKKO 3. Opinnäytetyön aikataulu

Opinnäytetyön aikataulu	
Orientaatio opinnäytetyöhön	vk 50, 2017
Aiheet esillä	vk 2, 2018
Aiheen vahvistaminen ja ohjaajien nimeäminen	vk 3, 2018
Tiedonhankinnan tunnint	Helmikuu 2018
Työelämäpalaverit	vk 4-6 2018
Ideaseminaari	vk 7 2018
Kohdennetut metodiopinnot	Helmi-maaliskuu 2018
Suunnitelman tekeminen	Maaliskuu 2018
Tutkimusluvan hakeminen	Huhtikuu 2018
Suunnitelmaseminaari	26.3.2018
Lähteiden etsiminen	Toukokuu 2018
Teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen	Kesä-elokuu 2018
Tarkistuslistan suunnittelu ja teko	Elo-syyskuu 2018
Käsitkirjoitusseminaari	4.9.2018
Raportin tekeminen	Elo-lokakuu 2018
Opinnäytetyön viimeistely	Lokakuu 2018
Opinnäytetyön viimeinen luku	5.11.2018
Opinnäytetyön palautus	19.11.2018
TAMK tutkii ja kehittää, posterin esittely	Marraskuu 2018
Esitysseminaarit	29.11.2018
Opinnäytetyö Theseukseen tai kirjastoon	vk 2 2019

4.3 Tarkistuslistan toteutus

Terveysthuollossa on pitkään jo käytetty erilaisia tarkistuslistoja muistin tukena. Terveysthuoltoon siirtyneet tarkistuslistat ovat peräisin ilmailusta, jossa esimerkiksi aina ennen lentokoneen lähtöä tarkistetaan tietyt asiat, jotta lentäminen olisi mahdollisimman turvallista, eikä unohduksille ja inhimillisille virheille ole niin suurta vaaraa. Siksi myös WHO on kehittänyt 2007 leikkaussaliin tarkistuslistan, jossa listan asiat käydään kohta kohdalta tarkasti läpi ennen anestesian aloitusta, ennen viiltoa ja ennen leikkaussalista poistumista. Tämän tarkoitus on vähentää leikkauskomplikaatioita ja kuoleman riskiä vähentämällä inhimillisiä erehdyksiä, huolimattomuutta ja parantamalla tiimityöskentelyä. Tarkistuslistoja on kehitetty moneen muuhunkin hoitotyön prosessiin, kuten keuhkokuumeen ja makuuhaavojen ehkäisyyn sekä syöpäpotilaiden kemoterapian antamiseen. (Blomgren & Pauniahho 2014.)

Tarkistuslista on hyödyllistä tehdä sellaisista asioista, joiden laiminlyönti voi aiheuttaa vaaran tai haitan potilaalle. Sen tulee olla lyhyt ja helposti luettavissa, eikä siinä saa käyt-

tää vieraita termejä. Yhdenmukaisuus ja asioiden esittäminen lyhyinä väittäminä tai kysymyksinä helpottaa tarkistuslistan käyttöä ja lukua, eikä listan läpikäyntiin saisikaan kulu kohtuuttomasti aikaa. Tarkistuslistassa olevien asioiden tulee olla esitetty kronologisessa järjestyksessä. Lista voi olla joko paperisessa tai elektronisessa muodossa. Paperinen versio on luotettavampi toimivuudeltaan, mutta elektroninen lista on helposti päivitettävissä tarpeen mukaan. Tiedot pysyvät myös tallessa paremmin elektronisessa listassa, mikä on kuitenkin helposti tulostettavissa. (Blomgren & Pauniahho 2014.)

Yleisesti kirjallinen ohjausmateriaali on tärkeää suunnitella hyvin, jotta se tukee oppimista ja on selkeä. On tärkeää kiinnittää huomiota sisältöön, ulkoasuun, kieleen ja rakenteeseen. Hyvässä ohjausmateriaalissa teksti on selkeällä kirjasintyypillä kirjoitettu, kirjaskoko on riittävän suuri (vähintään 12) ja teksti on selkeästi aseteltu ja jaoteltu. Huomiota pitää kiinnittää myös tuotoksen väritykseen ja kokoon. Kielen tulee olla selkeää ja virheetöntä. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 125-127.)

5 OPINNÄYTETYÖN ARVIOINTI

Prosessin arviointi

Opinnäytetyöprosessi oli vaativa, mutta antoisa. Aikataulu oli tiukka, mutta siinä pysyttiin pitämällä prosessi koko ajan käynnissä. Opinnäytetyötä kirjoitettiin opiskelun, kesäloman ja työn ohella ilman pidempiä taukoja. Syksyn harjoittelujakso juuri ennen opinnäytetyön palauttamista toi lisähaastetta opinnäytetyön viimeistelyvaiheeseen. Tästäkin huolimatta opinnäytetyö eteni suunnitelmien mukaan ja palautettiin aikataulussa. Tekijöiden yhteistyö sujui aiheen valinnasta aina työn palauttamiseen asti hyvin. Työnjako tekijöiden välillä oli tasapuolinen: työtä tehtiin välillä yhdessä ja välillä itsenäisesti, jonka jälkeen työtä arvioitiin ja kehitettiin yhdessä eteenpäin. Tekijät ovat lopputulokseen ja koko prosessiin tyytyväisiä.

Prosessin alussa pidettiin työelämäpalaveri, jossa tarkennettiin annettua aihetta ja tuotosta. Työelämäyhteys toivoi useampaa erilaista tuotosta kuten opasta sekä yhden sivun koostetta. Myös aiheen rajaus oli tässä vaiheessa hyvin laaja käsittäen AVH-potilaan sekä aivovammapotilaan kuntouttavan hoitotyön osa-alueet kinestetiikkaa hyödyntäen. Lisäksi toivomuksena oli myös uusien kuntoutusmenetelmien esittelemine työssä. Työelämäyhteyden kanssa pidetyssä palaverissa työ rajattiin koskemaan AVH-potilaan kuntouttavaa hoitotyötä, josta tuotoksena olisi yhden sivun mittainen kooste ja erillinen opas perehdytysmateriaaliksi. Ohjaava opettaja toi esille, että tarkoitus on tehdä vain yksi tuotos, lopulta työelämäyhteistyön luvalla tuotos tarkentui tarkistuslistaksi ja opinnäytetyön teoriaosa toimii perehdytysmateriaalina.

Rajauksesta huolimatta työ jäi liian laajaksi, ja työ olisi pitänyt rajata huomattavasti tiukemmin. Työstä tuli pitkä ja tieto tuntuu jäävän osittain pinnalliseksi, eikä työ luettavuudeltaan ole paras mahdollinen. Tietoa aiheesta löytyy paljon ja oli vaikeaa rajata, mitä asioita opinnäytetyöhön nostettiin ja kuinka tarkasti niitä käsiteltiin. Rajaamista olisi helpottanut tutustuminen terveystieteiden sairaalan päivittäiseen toimintaan, potilasmateriaaliin ja hoitokäytäntöihin.

Tuotoksen ja sen hyödynnettävyyden arviointi

Teoreettisen viitekehyksen pohjalta, jossa käsiteltiin AVH-potilaan hoitotyön osa-alueita, syntyi tarkistuslista. Hoitotyön osa-alueet nousivat toimintakykymittareista. Tarkistuslistaan nostettu tieto on luotettavaa, koska se perustuu luotettaviin ja monipuolisiin lähteisiin. Haastetta asioiden valikoimiseen toi runsas tiedon määrä. Koska tarkistuslista on vain yhden sivun mittainen, tekstin piti olla todella tiivistä. Tekijät joutuivat pohtimaan, kuinka tarkasti asioita avataan ja mitä asioita voidaan olettaa hoitohenkilökunnan tietävän.

Ensimmäinen versio tarkistuslistasta (liite 3) oli kolmen sivun mittainen kooste, johon pyydettiin kommentteja työelämäyhteydeltä, jotta tarkistuslistasta voitaisiin tehdä juuri heidän tarpeisiinsa sopiva. Tämän pohjalta tehtiin yhden sivun mittainen tarkistuslista (liite 4), joka lähetettiin taas työelämäyhteyden kommentoitavaksi ja arvioitavaksi. Tarkistuslistoja tehtiin useampi eri versio ja tarkistuslistaa kehitettiin kehittämisehdotusten pohjalta vielä hyvin lähellä opinnäytetyön palauttamista, kunnes päästiin lopulliseen versioon (liite 5). Työelämäyhteys toivoi tarkistuslistan laajempien kokonaisuuksien tiivistämistä, mutta tekijöiden mielestä tarkistuslistan asiasisältö olisi kärsinyt liiasta tiivistämisestä, eikä olisi ollut enää niin informatiivinen.

Tarkistuslistasta pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeä ja helppokäyttöinen, vaikka tarkistuslistan sisältö on runsas. Tarkistuslistassa käytettiin värejä erottamaan eri hoitotyön osa-alueet toisistaan. Osa-alueet on lueteltu samassa järjestyksessä, missä ne ovat opinnäytetyön teoriaosassa. Rakenteen ja visuaalisen ilmeen haluttiin olevan raikas ja käyttäjäystävällinen. Teksti on kirjoitettu riittävän suurella kirjainkoolle ja selkeällä, luettavalla tyylillä. Tekijät pitivät ulkonäön kannalta eniten tarkistuslistan kolmannelta versiosta, mutta käytettävyyden vuoksi kolmannen version ulkoasu ei ollut tarkoituksen mukainen muokkaamisen ollessa haastavaa. Tarkistuslista tuli tekijöiden mielestä tarkoitustaan vastaava ja ulkonäöltään miellyttävä.

Tarkistuslistaa voidaan hyödyntää päivittäisessä AVH-potilaan hoitotyössä muistin tukena. Tarkistuslistan osa-alueet on jaoteltu FinCC suomalaisen hoitotyön tarveluokituksen mukaan, joka helpottaa kirjaamista potilastietojärjestelmään oikeiden komponenttien alle. AVH-potilaan oireet ja toimintakyky ovat yksilöllisiä, kuten myös hoito. Tarkistuslistaan pyrittiin kokoamaan tärkeimmät hoitoon liittyvät asiat, jotka hoitajan olisi hyvä

huomioida päivittäisessä hoitotyössä. Jokaisen potilaan toimintakykyä tulisi mitata validoiduilla mittareilla, jonka perusteella hoitajan tulee arvioida, millaista hoitoa potilas tarvitsee missäkin kuntoutumisen vaiheessa. Kaikki tarkistuslistan asiat eivät koske jokaista potilasta, mutta tarkistuslistaan on koottu mahdollisimman paljon asioita, jotta kaikkia potilaita pystytään hoitamaan kokonaisvaltaisesti. Tarkistuslistaa voidaan käyttää yhdessä opinnäytetyön teoriaosuuden kanssa uuden työntekijän perehdytyksen tukena. Tarkistuslistan hyödynnettävyys kasvaa, mikäli sitä muokataan käyttökokemusten perusteella.

Oman oppimisen arviointi

Prosessina opinnäytetyön tekeminen oli opettavainen. Tekijät oppivat paljon yhteistyötaitoja eri tahojen, esimerkiksi työelämäyhteyden sekä opinnäytetyön opponenttien ja ohjaavan opettajan sekä toistensa kanssa työskennellessään. Opinnäytetyön prosessi tuli tutuksi ja johdatteli tutkimuksellisen otteen käyttöön. Tutkimuksen tekemisen rakenne on jollain tapaa tuttua ja antaa eväitä tulevaisuuteen. Prosessi opetti tiedonhakua ja lähdekriittisyyttä sekä pitkäjänteisyyttä. Erilaiset seminaarit prosessin aikana, vertaispalautteen antaminen ja vastaanottaminen sekä tapaamiset ohjaavan opettajan kanssa kehittivät taitoja antaa ja vastaanottaa palautetta. Opinnäytetyön aihe ja siitä löytynyt runsas lähdetieto toivat syventävää tietoa aivoverenkiertohäiriöistä, sen vaikutuksista ja hoidosta. Suurimmaksi opiksi nousi aiheen tarkan rajaamisen merkitys.

6 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä tarkistuslista AVH-potilaan kuntouttavasta hoitotyöstä. Tarkistuslista tehtiin perustuen tutkittuun tietoon ja luotettaviin, mahdollisimman tuoreisiin lähteisiin. Asiasisältöä varten käytiin laajasti tietoa läpi, joten siihen on koostettu paljon oleellista tietoa AVH-potilaan hoidosta. Myös tarkistuslistan rakennetta ja ulkoasua varten etsittiin teoriatietoa, jonka avulla saatiin tarkistuslistasta selkeä ja miellyttävän näköinen. Tarkistuslistaa muokattiin ohjaavan opettajan ja työntilaajan kehittämisehdotusten mukaan. Opinnäytetyö täyttää tarkoituksensa.

Opinnäytetyön tehtävät olivat, millainen aivoverenkiertohäiriö on sairautena ja miten se vaikuttaa toimintakykyyn, millaisia toimintakykymittareita voidaan hyödyntää AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä, mitä hoitajien pitää huomioida AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä sekä millainen on hyvä tarkistuslista. Teoriaosa vastaa näihin tehtäviin kattavasti.

Teoriaosuudessa kerrotaan, millainen on normaali aivojen rakenne ja verenkierto sekä millainen aivoverenkiertohäiriö on sairautena. Asiaa lähestytään siten, että kun ymmärtää normaalin toiminnan, voi ymmärtää paremmin sairastumista ja sen tuomia muutoksia ihmisessä ja toimintakyvyssä. Koska toimintakykyyn voi tulla eriasteisia muutoksia, on tärkeää osata käyttää toimintakykymittareita, joita onkin esitelty teoriaosuudessa. Hoitajan täytyy tietää potilaan toimintakyky, jotta hän osaa toteuttaa tarkoituksenmukaista kuntouttavaa hoitotyötä, joka tähtää potilaan mahdollisimman hyvään kuntoutumiseen. Toimintakykymittareista nousseita AVH-potilaan hoitotyön osa-alueita on käsitelty erikseen ja niistä on tehty lopuksi tarkistuslista. Osa-alueissa on kerrottu konkreettisesti, mitä potilaan hoidossa pitää huomioida. Teoriaosassa kerrotaan, millainen hyvä tarkistuslista on ulkoasultaan ja sisällöltään.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selkiyttää AVH-potilaan hoitotyön prosessia sekä luoda yhtenäistetty käytäntö potilaan hoitoon. Opinnäytetyön avulla voidaan perehdyttää osaston uusia työntekijöitä AVH-potilaan hoitotyöhön. Opinnäytetyö vastaa sille asetettuihin tavoitteisiin. Hoitotyön prosessia on kuvattu selkeästi itse sairauden, hoitopolun ja päivittäisen hoitotyön näkökulmasta.

Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö toteutetaan hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Hyvässä tieteellisessä käytännössä noudatetaan tieteellisiä toimintatapoja eli rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta, käytetään kestäviä tiedonhankinta – ja tutkimusmenetelmiä ja noudatetaan avoimuutta. Tutkimusaihe ja tutkimusongelman määrittely eivät saa loukata tai väheksyä oleksia potilasryhmistä. Tutkittava asia tulee olla myös perusteltu ja tieteellisesti mielekäs. Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia ovat piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä sekä vilpin käyttäminen tutkimuksessa. Vilppiä ovat esimerkiksi puutteelliset viittaukset lähteisiin tai vanhan tiedon julkaiseminen uutena. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 364-365.)

Opinnäytetyö on toteutettu eettisesti ja luotettavasti. Opinnäytetyölle on haettu opinnäytetyön suunnitelman perusteella tutkimuslupa, jonka on myöntänyt terveyskeskussairaalan ylilääkäri. Opinnäytetyön suunnitelmaa on noudatettu koko prosessin ajan, vaikka tuotos onkin tarkentunut alkuperäisestä. Opinnäytetyön teossa on pyritty käyttämään mahdollisimman tuoreita ja monipuolisia lähteitä, jotka ovat tieteelliseen näyttöön perustuvia. Lähteinä on käytetty sekä suomalaisia, että kansainvälisiä alan kirjoja, artikkeleita, hoito-ohjeita ja suosituksia sekä kolmannen sektorin tietoutta. Opinnäytetyössä on käytetty muutamia hieman vanhempia lähteitä, mikäli asiasta ei ole löytynyt uudempaa lähdettä. Opinnäytetyön aihe on tullut työelämäyhteyden tarpeesta kehittää hoitotyötä osastolla ja ollut siten perusteltu. Työhön on kirjattu asianmukaiset lähdeviittaukset ja lähdeluettelo, eikä mitään asiaa ole otettu suoraan toisista lähteistä, eikä esitetty tämän opinnäytetyön tekijöiden omana tietona.

Kehittämisehdotukset

Tarkistuslistaa olisi hyvä päivittää aina tarpeen mukaan sekä yksikön tarpeisiinsa sopivaksi, kunhan tarkistuslistasta on ensin saatu käyttökokemuksia. Tarkistuslistasta voisi myös tehdä taskukokoisen version, joka helpottaisi tarkistuslistan käyttöä päivittäisessä hoitotyössä. Toisessa opinnäytetyössä voitaisiin tutkia enemmän toimintakykymittarin soveltuvuutta AVH-potilaan toimintakyvyn arvioinnin tueksi, mikäli sellainen otetaan käyttöön terveyskeskussairaalassa. Tarkka, yhdenmukainen kirjaaminen on tärkeää AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä ja jatkossa tähän voisi paneutua vielä erillisellä opinnäytetyöllä. Työelämäyhteyden toiveesta saada uutta tietoa kuntoutuksen uusista tuu-

lista, voisi opinnäytetyön enemmän kohdistaa fysioterapia- tai toimintaterapiaopiskelijoiden tekemäksi. Aivoverenkiertoon häiriöitä voivat tässä opinnäytetyössä käsiteltyjen sairauksien lisäksi aiheuttaa muun muassa aivokasvaimet ja etäpesäkkeet sekä aivovammat. Näitä sairauksia ja niistä seuraavia oireita ja hoitotyötä voitaisiin käsitellä toisessa opinnäytetyössä.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö. 6.painos. Helsinki: Sanomapro Oy.

Aivoinfarkti ja TIA. 2016. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 2.3.2018. <http://www.kaypahoito.fi>

Aivoliitto kommunikaatiokeskus. N.d. Afasia: sovellukset ja ohjelmat. Luettu 18.8.2018. https://www.aivoliitto.fi/kommunikaatiokeskus/afasia/materiaalia/sovellukset_ja_ohjelmat

Aivoliitto. 2011. Rakastatko minua tänäänkin. 2. tarkistettu painos. Vantaa: OY ELI LILLY FINLAND AB.

Aivoliitto. 2014. Aivoverenkiertohäiriöt ja spastisuus. Luettu 9.8.2018. https://issuu.com/strokery/docs/aivoverenkiertohairiot_ja_spastisuus

Aivoliitto. 2018a. AVH ei välttämättä katkaise työuraa. Luettu 3.3.2018. [https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/nuoret_avh_n_sairastaneet/avh_ja_tyoelama](https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/nuoret_avh_n_sairastaneet/avh_ja_tyoelama)

Aivoliitto. 2018b. Kuntoutus. Luettu 2.3.2018. [https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/kuntoutus](https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/kuntoutus)

Aivoliitto. 2018c. Aivoverenkiertohäiriön jälkeinen tarkistuslista. Luettu 10.7.2018. https://www.aivoliitto.fi/files/3612/Aivoverenkiertohairion_jalkeinen_tarkistuslista_ammatilaisille_web.pdf

Atula, S. 2015. Ohimenevä aivoverenkiertohäiriö (TIA). Luettu 1.3.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00591

Atula, S. 2017. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Luettu 1.3.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001&p_hakusana=ICH

AVH- Aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti. 2015. Uni on aivojen aikaa. Luettu 7.8.2018. https://issuu.com/strokery/docs/avh_2_2015

Berg, A. 2009. Depression and its assessment among stroke patients and their caregivers. Helsingin yliopisto. Psykologian laitos. Väitöskirja.

Bjälje, J-G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, O-V. & Toverud K. 2015. Ihminen, fysiologia ja anatomia. 8.-12. painos. Helsinki: Sanomapro Oy.

Blomgren, K & Pauniah, S-L 2014. Terveystarkistukset. Teoksessa Aaltonen, L-M & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 27.8.2018. Vaatii käyttöoikeuden. http://www.oppiportti.fi/op/ptp00304/do?p_haku=tarkistuslista#q=tarkistuslista

Castren, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2017. Hengityksen, verenkierron ja tajunnan häiriöt. Luettu 11.9.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.plain?p_artikkeli=spr00005

Ford, A.L., Williams J.A., Spencer, M., McCammon, C., Khoury, N., Sampson, T.R., Panagos, P. & Lee, J-M. 2012. Reducing door-to-needle times using Toyota's lean manufacturing principles and value stream analysis. Luettu 24.8.2018. <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STROKEAHA.112.670687>

Geeganage, C., Beavan, J., Ellender, S. & Bath, P. 2012. Interventions for problems with swallowing and poor nutrition in patients who have had a recent stroke. Luettu 1.8.2018. https://www.cochrane.org/CD000323/STROKE_interventions-for-problems-with-swallowing-and-poor-nutrition-in-patients-who-have-had-a-recent-stroke

Gottesman, R. & Hillis, A. 2010. Predictors and assessment of cognitive dysfunction resulting from ischaemic stroke. *Lancet Neurology* 9(9). 895–905.

Haanpää, M. 2017. Neuropaattisen kivun hoito-ops. Luettu 15.8.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00086>

Hakalahti, L. 2018. Suun toiminta neurologisissa sairauksissa. Luettu 5.9.2018. http://www.pohjanmaahanke.fi/files/10050/Suun_toiminta_neurologisissa_sairauksissa_puheterapeutti_Liisa_Hakalahti_2018.pdf

Harmsen, J. 2015. Puheterapia. Teoksessa Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjalainen, T. & Viikari-Juntura, E. *Fysiatria*. Kustannus oy Duodecim. Luettu 15.8.2018. Vaatii käyttöoikeuden. http://www.oppoportti.fi/op/fys00032/do?p_haku=puheterapia#q=puheterapia

Harri-Lehtonen, O., Numminen, H. & Vesala, H. 2006. Toimintakykyä ylläpitävä työote. Luettu 3.3.2018. <http://verneri.net/yleis/toimintakyky-yllapitava-tyoote>

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy. Hoitotyön tutkimussäätiö. 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuisen hoitotyössä. Luettu 22.5.2018. <http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>

Huhtakangas, J. 2016. Kohonneen kehon lämpötilan yhteys aivoinfarktipotilaan ennusteeseen. Luettu 27.7.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00635&suositusid=hoi50051>

Huokuna, M., Packalen, A. & Lundgren-Laine, H. 2017. Nenä-mahaletkun asettaminen. Teoksessa Ritmala-Castrén, M., Lönn, M., Lundgrén-Laine, H., Meriläinen, M. & Peltomaa, M. (toim.) *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 2.8.2018. Vaatii käyttöoikeuden. <http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti>

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2013. *Hoida ja kirjaa*. 7.-8. painos. Helsinki: Sanomapro Oy.

Jalava, T. 2013. Kuntouttavan työotteen vaikuttavuuden arviointi FIM-toimintakyvyn ja avuntarpeen mittarilla. Luettu 27.6. 2018. <http://www.fcg.fi/fin/ajankohtaista/2013/05/kuntouttavan-tyootteen-vaikuttavuuden-arviointi-fim-toimintakyvyn-ja-avuntarpeen-mittarilla/>

Jehkonen, M. & Liippola, P. 2015. Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat neuropsykologiset häiriöt. Luettu 11.9.2018. https://www.aivoliitto.fi/files/2844/Aivoverenkiertohairion_aiheuttamat_neuropyskologiset_ongelmat.pdf

Joanna Briggs instituutti. 2009. Aivohalvauksesta toipuvien iäkkäiden henkilöiden psykososiaalis-henkinen kokemus. Luettu 19.8.2018. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2009-6_0.pdf

Joanna Briggs instituutti. 2011. Musiikin kuuntelemisen tehokkuus aikuisten masennuksen oireiden vähentämisessä. Luettu 19.8.2018. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2011-12.pdf

Jokelainen, L. & Jokelainen, M. 2000. Työntöoireyhtymä. Luettu 27.9.2018. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo91292.pdf>

Junkkarinen, A. 2017. Aivoinfarktipotilaan hoito. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus oy Duodecim. Luettu 27.7.2018. Vaatii käyttöoikeuden. <http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti>

Juvakka T., Kohonen M., Kylmä J. & Pietilä A-M. 2007. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät – metasynteesi. Hoitotiede 2 (19), 63–75.

Kansaneläkelaitos. 2018a. Kelan AVH-kuntoutus kuntoutujan arjen selviytymisessä ja sairauden vaikutusten hallinnassa. Luettu 10.11.2018. <https://www.kela.fi/avh-kuntoutus?inheritRedirect=true>

Kansaneläkelaitos. 2018b. Vaativa lääkinällinen kuntoutus. Luettu 10.11.2018. <https://www.kela.fi/vaativa-laakinnallinen-kuntoutus?inheritRedirect=true>

Kantanen, M., Paltamaa, J. & Peurala, S. 2011. Suositus aivoverenkiertohäiriö (AVH) – ja MS-kuntoutujan liikkumisen ja osallistumisen arviointiin. Luettu 10.6.2018. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/02/01/MS_AVH_suositus_S001_110201.pdf

Karttunen, A. 2016. Myös FIM-mittarin kuva kertoo enemmän kuin tuhat sanaa. Luettu 26.6.2018. <http://www.fcg.fi/fin/ajankohtaista/blogit/konsulttiblogi/2016/09/myos-fim-mittarin-kuva-kertoo-enemman-kuin-tuhat-sanaa/>

Kauhanen, M-L. 2015. Aivoverenkiertohäiriöt. Luettu 7.8.2018. <http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/tyt/koti>

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2017. AVH-potilaan turvallinen ravitsemus. Luettu 4.9.2018. http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01072/Ravitsemus_2.pdf

Kipu. 2017. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Luettu 15.8.2018. www.kaypahoito.fi

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta, tarpeesta toimintaan. Skhole oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 5.-7. painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Leite, A. 2014. Passo-a-passo para vestir pessoas paraplégicas e hemiplégicas (pós-AVC). Luettu 26.9.2018. <http://www.reab.me/passo-a-passo-para-vestir-pessoas-hemiplegicas-pos-avc-e-paraplegicas/>

Mustajoki, P. 2017. Aivokalvon alainen verenvuoto (SAV). Luettu 1.3.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00002&p_haku-sana=ICH

Mäkijärvi, M. 2013. Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa -kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Tampereen teknillinen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA-tutkielma.

Mäkinen, L. 2015. Moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote Tampereen kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määrittelemänä. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro gradu-tutkielma.

National Stroke Association. 2018. Preventing another stroke. Luettu 31.7.2018. <http://www.stroke.org/we-can-help/survivors/stroke-recovery/first-steps-recovery/preventing-another-stroke>

Pesonen, T. 2011. Kriisihoidot somaattisen sairauden yhteydessä. Suomen lääkirlehti 66 (22). 1829-1834.

Philp, I., Brainin, M., Walker, M., Ward, A. Gillard, P., Shields, A. & Norrving, B. 2012. Development of a Poststroke Checklist to Standardize Follow-up Care for Stroke Survivors. Luettu 10.7.2018. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.10.016>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2016. AVH-potilaan hoitoketju. Luettu 15.9.2018. http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01192/Kaavio_paasivu_avh.html

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2017. Kuntoutusohjaus. Luettu 3.3.2018. <https://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Kuntoutus/Kuntoutusohjaus>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2018. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjaus. Luettu 25.7.2018. https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Aivoverenkiertohairiopotilaan_ohjaus

Pukkila, A. 2017. AVH:n jälkeinen seuranta ja Post-Stroke Checklist. Luettu 10.7.2018. <https://docplayer.fi/48118071-Avh-n-jalkeinen-seuranta-ja-post-stroke-checklist-annukka-pukkila-osastonhoitaja-tyks-neurotoimialue-avh-valvonta-tf4.html>

Quinn, T.J., Dawson, J. & Walters M.R. 2010. Sugar and stroke: Cerebrovascular disease and blood glucose control. Cardiovascular therapeutics 29 (2011). E31-e42.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2014. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1.-3. painos. Helsinki: Sanomapro Oy.

Riekkinen, M. 2016. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutus. Luettu 2.3.2018. http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artik-keli=ykt00892&p_haku=%20Aivoverenkiertoh%C3%A4iri%C3%B6potilaan%20kuntoutus

Sainio, P. & Salminen, A-L. 2016. Toimintakyvyn arviointi ja menetelmät. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 16.7.2017. Vaatii käyttöoikeuden. <http://www.oppoportti.fi/op/ktm00106/do>

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Luettu 17.5.2018. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salmenperä, R., Tuli, S., & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Tammi.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Luettu 24.8.2018. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Seppänen, T. 2013. FIM-mittari AVH potilaiden toimintakyvyn muutoksen seurannassa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu tutkielma.

Sihvonen, A.J., Leo, V., Särkämö, T. & Soinila, S. 2014. Musiikin vaikuttavuus aivojen kuntoutuksessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 130 (18). 1852-1860.

Sinisaari-Eskelinen, M., Jouhki, M-R., Tervo, P. & Väisälä, L. 2016. Työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen: Plissitistä betteriin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 53. 286-293.

Suomalainen lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. 2008. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. Konsensuslausuma. Luettu 2.3.2018. <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/kuntoutuksenkonsensuslausuma2008.pdf>

Suomen Haavahoitoyhdistys ry. 2011. Painehaavahelpperi. Luettu 24.9.2018. <http://www.hotus.fi/system/files/Painehaavahelpperi.pdf>

Suomen mielenterveysseura. 2018. Kun sairastun: kriisin vaiheet. Luettu 27.7.2018. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/sairastuminen-voi-olla-kriisi/kun-sairastun-kriisin-vaiheet>

Terveystieteiden laitos 30.12.2010/1326

Terveystieteiden laitos. 2011. Barthelin indeksi. Luettu 19.7.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/84/>

Terveystieteiden laitos. 2014. Tervetuloa toimia-tietokantaan. Luettu 10.6.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta>

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Toimia-tietokannan käyttö. Luettu 10.6.2018. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/etusivu/toimia-tietokanta/toimia-tietokannan-kaytto>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Näin käytät ICF-työkaluja. Luettu 15.7.2018. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-kaytto/nain-kaytat-icf-ty-okaluja>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. ICF-luokitus. Luettu 11.7.2018. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016c. Mitä toimintakyky on? Luettu 16.7.2018. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. ICF-luokituksen käyttö. Luettu 15.7.2018. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-kaytto>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Toimia-tietokanta. Luettu 10.6.2018. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/etusivu/toimia-tietokanta>
- Terveyskylä. N.d. Neuropsykologiset oireet. Luettu 11.8.2018. <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/neuropsykologia/mit%C3%A4-on-neuropsykologia/neuropsykologiset-oireet>
- Turun yliopistollinen keskussairaala asiantuntijapalvelut fysioterapia. N.d. AVH-potilaan asentohoidot. Luettu 3.8.2018. <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSH/AVH%20potilaan%20asentohoidot.pdf>
- Valvira. 2017. Letkuravitseminen. Luettu 2.8.2018. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/letkuravitseminen>
- Valvira. 2018. Elintoimintojen seuraaminen. Luettu 15.9.2018. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elintoimintojen-seuraaminen>
- Väestöliitto 2018. Neurologiset sairaudet ja seksuaalisuus. Luettu 27.8.2018. <https://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/neurologiset-sairaudet-ja-seksua/>
- World Stroke Organization. 2018. The Post Stroke Checklist (PSC): Improving Life After Stroke. Luettu 10.7.2018. <https://www.worldstrokecampaign.org/learn/the-post-stroke-checklist-psc-improving-life-after-stroke.html>

LIITTEET

Liite 1. Aivoverenkiertohäiriön jälkeinen tarkistuslista PSC

(Aivoliito ry 2018c)

1(2)


AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖN JÄLKEINEN TARKISTUSLISTA
 (POST-STROKE CHECKLIST, PSC)

Elämänlaadun parantaminen aivoverenkiertohäiriön jälkeen

Tämä **Aivoverenkiertohäiriön jälkeinen tarkistuslista (PSC)** on kehitetty auttamaan terveydenhuollon ammattilaisia tunnistamaan aivoverenkiertohäiriön jälkeisiä ongelmia, joihin on mahdollista puuttua hoidolla ja/tai lähettämällä potilas jatkohoitoon. PSC on lyhyt ja helppokäyttöinen työkalu, joka on tarkoitettu potilaan kanssa täytettäväksi tarvittaessa läheisen avustuksella. PSC tarjoaa standardoidun lähestymistavan aivoverenkiertohäiriöpotilaiden pitkän aikavälin ongelmien tunnistamiseen ja ohjaa asianmukaiseen hoitoon ja lähetekäytäntöön.

KÄYTTÖOHJEET:

Kysy potilaalta kukin numeroitu kysymys ja merkitse vastaus (EI/KYLLÄ). Yleensä jos vastaus on EI, voit päivittää tilanteen potilaan sairaskertomukseen ja arvioida uudelleen seuraavalla tapaamisella. Jos vastaus on KYLLÄ, ryhdy asianmukaisiin toimiin ja seuraa tilannetta. Huomaa, että tässä versiossa kuvatut toimet ovat ohjeellisia ja "KYLLÄ" ja "EI" - tekstilaatikot voidaan muokata paikallista käytäntöä vastaavaksi.

Potilaan nimi: _____ Päivämäärä: _____

Lomakkeen täytti: lääkäri hoitaja muu

Aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen tai viimeisen käyntisi jälkeen
1. VERENKIERTOHÄIRIÖIDEN EHKÄISY

Oletko saanut neuvontaa terveistä elintavoista tai lääkityksestä uuden aivoverenkiertohäiriön ehkäisemiseksi?

 EI

Jos EI, kartoita riskitekijät ja aloita niiden hoito.

 KYLLÄ

Seuranta

2. PÄIVITTÄISET TOIMINNOT

Onko sinun vaikeampi huolehtia itsestäsi?

 EI

Seuranta

 KYLLÄ

- Onko sinulla vaikeuksia pukeutua tai peseytyä?
- Onko sinulla vaikeuksia valmistaa lämpimiä juomia ja/ tai aterioita?
- Onko sinun vaikea päästä ulos?

Pyydä sosiaalityöntekijän tai kotihoidon arvio tai tee lähete asianomaiselle terapeutille (fysio- tai toimintaterapeutti).

3. LIIKUNTAKYKY

Onko sinun vaikeampi kävellä tai siirtyä turvallisesti sängystä tuoliin?

 EI

Seuranta

 KYLLÄ

- Saatko edelleen kuntoutusta?
- Kyllä. Päivitä tilanne sairaskertomukseen ja arvioi uudelleen seuraavalla tapaamisella.
 - Ei. Tee lähete fysioterapeutille tai kuntoutustyöryhmälle.

4. LIHASJÄYKKYYS

Onko sinulla toimintakykyäsi haittaavaa jäykkyyttä käsivarsissa, käsissä ja/tai jaloissa?

 EI

Seuranta. Kirjaa tilanne sairaskertomukseen ja arvioi uudelleen seuraavalla tapaamisella.

 KYLLÄ

Aloita hoito spastisuuteen (fysioterapia ja tarvittaessa lääkitys) ja mikäli tämä ei auta, konsultoi neurologia.

5. KIPU

Onko sinulla uusia kipuja?

 EI

Seuranta

 KYLLÄ

Selvitä kivun syy ja aloita syyn mukainen hoito. Konsultoi tarvittaessa oman alueesi kivun hoitoon perehtynyttä lääkäriä tai kipupoliklinikkaa.

Syyskuu 2017/V1

(jatkuu)

6. VIRTSAAN- TAI ULOSTEENKARKAILU

Kärsitkö virtsan- tai ulosteenkarkailusta, joka on lisääntynyt aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen?

 EI

Seuranta

 KYLLÄ

Pyri selvittämään inkontinenssin syy ja aloita hoito tämän mukaisesti.

7. KOMMUNIKAATIO

Koetko kommunikaation muiden kanssa olevan aiempaa vaikeampaa?

 EI

Seuranta

 KYLLÄ

Arvioi, onko tarvetta puheterapeutin konsultaatioon.

8. MIELIALA

Oletko tuntenut enemmän ahdistusta tai masennusta?

 EI

Seuranta

 KYLLÄ

Arvioi oireiden vaikeusaste ja suunnittele hoito tämän mukaisesti.

9. ÄLYLLISET TOIMINNOT

Koetko että sinun on vaikeampi ajatella, keskittyä tai muistaa asioita ja tämä haittaa päivittäistä toimintaa ja osallistumista?

 EI

Seuranta. Kirjaa tilanne sairaskertomukseen ja arvioi uudelleen seuraavalla tapaamisella.

 KYLLÄ

Harkitse psykologin/neuropsykologin konsultaatiota tai muistitutkimuksia.

10. ELÄMÄ AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖN JÄLKEEN

Koetko sinulle tärkeitä asioita aiempaa vaikeampana (esim. vapaa-ajan toimet, harrastukset, työn tai ihmissuhteet)?

 EI

Seuranta

 KYLLÄ

Ohjaa potilas sopeutumisvalmennuskurssille tai Aivoliittoon, joka kehittää ja tarjoaa vertaistukea jäsenyhdistysten ja palveluiden kautta.

11. PERHESUHTEET

Ovatko perhesuhteet muuttuneet vaikeammiksi tai kuormittavammiksi?

 EI

Seuranta

 KYLLÄ

Varaa seuraava vastaanottoaika potilaan ja perheenjäsenen kanssa. Tai jos perheenjäsen on mukana, arvioi voiko tilannetta helpottaa tukitoimilla (esim. psykologi, perheneuvola, pariterapeutti).

12. MUUT OIREET

Onko sinulla muita oireita tai huolia, jotka häiritsevät toipumistasi tai haittaavat jokapäiväistä elämääsi?

 EI

 KYLLÄ

Mitä?

PAINENHAAVAHELPPERI

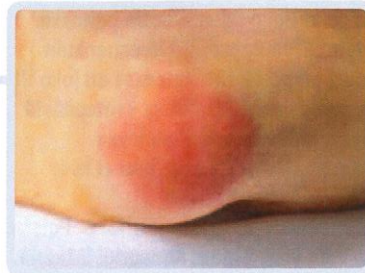
©NPUAP – EPUAP painehaavojen syvyyssluokitus I-IV

Painehaava on paikallinen ihon ja/tai sen alla olevan kudoksen vaurio. Se sijaitsee tavallisesti luisen ulokkeen kohdalla ja sen aiheuttaja on paine tai paine ja venytys yhdessä.

I aste

Vaalenematon punoitus

Ehjä iho, jossa on vaalenematonta punoitusta (eryteema) paikallisesti, yleensä luisen ulokkeen kohdalla. Vaalenematon punoitus voi olla merkki potilaan painehaavariskistä. Älä hiero punoittavaa aluetta.



II aste

Ihon pinnallinen vaurio

Verinahkan (dermiksen) osittainen vaurio, joka ilmenee pinnallisena avoimena haavana. Voi olla myös ehjä tai rikkoutunut rakkula, muttei ihon repeämä, teipin aiheuttama ihorikko, inkontinenssiin liittyvä ihotulehdus (dermatiitti), vettäminen (maseraatio) tai hiertymä (ekskoriaatio), joissa verinahka on paljastunut.



III aste

Koko ihon vaurio

Koko ihon läpäisevä kudoksen vaurio, jossa ihonalainen (subkutaaninen) rasva voi olla näkyvässä, mutta lihas, jänne tai luu eivät ole paljaana. Haavassa voi olla katetta tai nekroosia. Siinä saattaa olla taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Syvyys vaihtelee haavan anatomisen sijainnin mukaan. Konsultoi lääkäriä.



IV aste

Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio

Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio, jossa luu, jänne tai lihas on paljaana. Haavassa voi olla katetta tai nekroosia. Siinä on usein taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Syvyys vaihtelee niiden anatomisen sijainnin mukaan. Konsultoi lääkäriä.



Haavanhoidon tiheys ja puhdistusmenetelmä sekä haavanhoitotuote valitaan painehaavassa olevan kudostyyppin, syvyyden ja haavaeritteen määrän mukaan. Suojaa haavaympäristö ja painehaavan reunat kosteudelta.

POISTA PAINEN JA ESTÄ IHON VENNEMINEN

(jatkuu)

NPUAP – EPUAP KANSAINVÄLISEN PAINHAAVA- LUOKITTELUJÄRJESTELMÄN LISÄLUOKAT

Luokittelematon

Koko ihon tai kudoksen vaurio, jonka syvyys on tuntematon.

Haava on täysin katteen tai nekroosin peitossa. Haavan syvyyttä ei voida määrittää ennenkuin kate ja nekroosi on poistettu. Kyseessä on joko III tai IV asteen painehaava. Älä poista kantapäästä kiinteää, kuivaa, pohjassaan kiinniolevaa, ehjäpintaista rupea tai nekroosia, joka ei hylly (fluktoi).

Hoitoperiaate: Seuraa päivittäin vauriota. Poista paine ja estä ihon venyminen. Konsultoi lääkäriä.



Luokittelematon

Epäily syvien kudosten vauriosta, jonka syvyys on tuntematon.

Sinertävä tai punaruskea ehjä iho tai veren täyttämä rakkula, joka johtuu alla olevan pehmytkudoksen paineen ja/tai venymisen aiheuttamasta vauriosta. Haavan kehittyminen voi olla nopeaa paljastaen alla olevia kudosterroksia hyvästä hoidosta huolimatta.

Hoitoperiaate: Seuraa päivittäin vauriota. Poista paine ja estä ihon venyminen. Konsultoi lääkäriä.

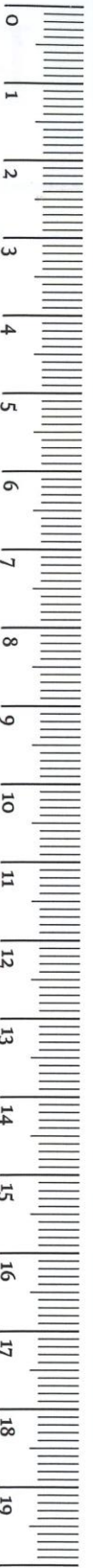


©NPUAP – EPUAP 2009

Kosteusvaurio

Kosteassa vauriossa (kosteaa leesio) iho on kiiltävä, hautunut, punoittava ja siinä on ihorikkoja, joissa ei ole nekroosia. Haavan reunat ovat epäsäännöllisiä. Syvällä pakaravaossa, tai peräaukon (anus) ympärillä oleva punoitus ja ihorikot ovat yleensä virtsa- tai ulosteinkontinenssin aiheuttamia. Kosteusvaurio sijaitsee painehaavalle epätyypillisessä paikassa, mutta voi kehittyä myös luisen ulokkeen päälle.

Hoitoperiaate: Kosteuden ehkäisy ja hoito.



Liite 3. Tarkistuslista versio1

1(3)

Aktiveetti

Painehaavat

- Arvioidaan potilaan painehaavariski valiodulla mittarilla viimeistään 8 tunnin kuluttua hoitoon tulosta sekä tarkista iho aina kuvituksen yhteydessä
- Merkkejä alkavasta painehaavasta: punoittava kohta ihossa, paikallinen ihon kuumotus, turvotus tai ihon kovettuminen
- Pidetään iho puhtaana ja suojataan kosteudelta

Asentohoito

- Vuodepotilaan asentoa vaihdetaan vähintään 2 tunnin välein
- Jos asentoa ei voi vaihtaa, käytetään painetta alentavaa ja jakavaa patjaa
- Asennon vaihdossa varmistetaan, että kudoksiin kohdistuva paine vähenee
- Potilas tuetaan tynnyjen avulla 30 asteen kylkiasentoon
- Huomioidaan keskiasento

Liikkuminen

- Tarkoituksena palauttaa symmetrinen kehonkuva
- Tuetaan halvaantuneen raajan aktiivista käyttöä
- Terapiassa harjoitellut taidot siirretään joka päiväiseen käyttöön
- Liikkumista ohjataan vähemmän vaativimmista toiminnoista vaativimpiin
- Huomioidaan, että tarvitaan paljon toistoja uuden asian oppimiseen/ toiminnon palautumiseen

Spastisuus

- Vältetään selkä asentoa lepoasentoissa
- Venytetään spastista jäsentä hitaasti ja toistuvasti
- Varmistetaan molempien puolien symmetrinen käyttö
- Ohjataan ja avustetaan potilas pystyasentoon mahdollisimman varhain ja usein
- Ohjataan potilasta omatoimiharjoituksiin

Uni

- Potilaan annetaan levätä aina tarvittaessa
- Mahdollistetaan pitkät yöunet
- Suunnittellaan oma työ niin, että se häiritsee mahdollisimman vähän unta
- Aktiivinen päivärytmi pitää yllä normaalia vuorokausirytmää

Päivittäiset toiminnot

Wc

- Kestokaterista luovutaan mahdollisimman pian
- Tarvittaessa kertakatetroidaan 4-6 kertaa vuorokaudessa

(jatkuu)

2(3)

- Potilaalla käytetään vaippoja tarvittaessa
- Potilasta käytetään noin kahden tunnin välein wc:ssä
- Huolehditaan ummetuksen ehkäisystä

Pukeutuminen ja riisuutuminen

- Aloitetaan riisuminen halvaantuneelta puolelta: vedetään paita pään yli terveen käden avulla, jonka jälkeen otetaan paita pois ensin halvaantuneelta kädeltä ja sen jälkeen terveeltä kädeltä halvaantuneen käden avulla
- Housujen pukeminen aloitetaan halvaantuneelta puolelta niin, että halvaantunut jalka nostetaan terveen päälle ja sen jälkeen pujotetaan lahje halvaantuneeseen jalkaan. Tämän jälkeen terve jalka pujotetaan lahkeeseen ja nouseaan seisomaan. Housut nostetaan ylös seisten.
- Ohjataan erilaisten apuvälineiden käyttö

Hygienia

- Huomioidaan turvallinen liikkuminen kylpyhuoneessa
- Asetetaan hygieniatuotteet halvaantuneelle puolelle
- Ohjataan hanojen ja pesuaineiden käytössä
- Huomioidaan tuntuuutokset ja vedenlämpötila

Neuropsykologiset oireet

- Kommunikaatiovaikeuksissa käytetään ilmeitä, eleitä, kuvakortteja, kirjoittamista ja piirtämistä tai kommunikaatiosovelluksia ja kommunikaattoreita apuna
- Puhutaan rauhallisesti normaalilla äänenvoimakkuudella
- Kysytään kysymyksiä, joihin voi vastata yksinkertaisesti kyllä tai ei

Ravitsemus

- Tulopaino otetaan kaikista potilaista ja painoa seurataan säännöllisesti
- Seurataan potilaan ruokahalua, syödyn ruuan määrää ja ruokailussa onnistumista
- Tarvittaessa käytetään ruokailun apuvälineitä, kuten ruokailuvälineiden paksunnoksia ja liukuesteitä lautasten alla, sekä avustetaan ruokailussa
- Huolehditaan oikeista ruuan ja juoman koostumuksista (Normaali, pehmeä, karkea sosemainen, sileä sosemainen, sakeutetut nesteet)
- Ruokailun jälkeen tarkistetaan ettei poskiin jää ruokaa, mikäli halvausoireistoa
- Letkuravitsemuksen toteuttaminen joko nenämahaletkun tai PEG-letkun kautta: huomioidaan nenämahaletkun paikan varmistaminen ph-paperia apuna käyttäen (Vatsansisällön ph 1-5.5), letkuravitsemus valmisteet, tiputusnopeus ja potilaan kohoasento ruuan aikana sekä 1-2 tuntia ruokailun jälkeen
- Suuta hoidetaan kuivumisen ja karstoittumisen ehkäisemiseksi
- Seurataan ja hoidetaan PEG-letkua ympäröivä iho

Kivunhoito

(jatkuu)

- Kipuja arvioidaan: potilaalta kysymällä, kipumittaria käyttämällä sekä havainnoimalla ilmeitä, eleitä, liikkeitä, hengitystä, ihoa ja levottomuutta
- Arvioidaan kipua myös mittauksilla: verenpaine ja pulssi
- Kipua hoidetaan lääkeshoidon lisäksi lääkkeettömästi: lämpö- ja kylmähauteet, asentohoito, ympäristön viihtyisyys, kuten vaateetus, valot ja äänet

Päivittäiset mittaukset

- Mitataan verensokeri ohjeiden mukaan sekä tarvittaessa huolehditaan insuliinihoidon toteutumisesta, verensokerin mitataan myös lyhytvaikutteisen insuliinin pistämisen jälkeen
- Ruumiinlämmön mitataan ja kuumetta alennetaan tarvittaessa lääkeshoidolla sekä mekaanisesti potilasta viilentämällä.
- Verenpaineen seuranta

Selviytyminen ja Psykkinen tasapaino

- Rauhallinen ote hoitamiseen, pyritään luomaan luottamuksellinen vuorovaikutussuhde potilaan ja hänen läheisten kanssa
- Mahdollistetaan potilaan ja läheisten yhteydenpito
- Arvioidaan myös läheisen kuten kumppanin hyvinvointia ja kysytään häneltä jaksamisesta
- Annetaan tukea ja tietoa sairastumisesta, oireista, kuntoutuksesta, vertaistuesta ja kolmannen sektorin palveluista potilaalle ja läheisille
- Annetaan tietoa etuuksista tai ohjataan sosiaalityöntekijälle tarvittaessa
- Pidetään yllä toivoa
- Tsempataan ja motivoidaan
- Seurataan psyykkisiä oireita, tarvittaessa pyydetään psykiatrian konsultaatio

Seksuaalisuus

- Otetaan seksuaalisuus puheeksi potilaan ja tämän kumppanin kanssa, rohkaistaan keskusteluun
- Tuetaan parisuhdetta ja kumppania
- Tarvittaessa ohjataan seksuaalineuvojalle

Terveyskäyttäytyminen

- otetaan puheeksi uuden aivoverenkiertohäiriön riskitekijät, kerrotaan ennaltaehkäisystä ja kannustetaan elintapamuutoksiin.

Liite 4. Tarkistuslista versio 3

AVH-potilaan kuntouttavan hoitotyön tarkistuslista

Aktiviteetti	<p>☑ Arvioi painehaavariski sekä pidä iho puhtaana ja suojaa kosteudelta Merkkejä alkavasta painehaavasta: punoittava kohta ihosta, paikallinen ihon kuumotus, turvotus tai ihon kovettuminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaihda vuodepotilaan asentoa väh. 2 h välein, tarvittaessa käytä painetta alentavaa patjaa Tue potilas tynnyjen avulla 30 asteen kylkiasentoon, huomioi keskiasento • Tee liikeharjoituksia aina hoitotoimien yhteydessä • Tue halvaantuneen raajan aktiivista käyttöä • Harjoittele terapioidissa opittuja taitoja • Vältä selkääsentoa lepoasentoissa -> lisää spastisuutta, muista symmetria Venytä spastista jäsentä hitaasti toistaen • Ohjaa potilas omatoimiharjoituksiin • Anna lepotaukoja, huolehdi aktiivisesta päivärytmistä
Päivittäiset toiminnot	<p>☑ Tarv. kertakatetroi 4-6 x/vrk, wc-käynti 2h välein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aloita riisuminen ja pukeminen halvaantuneelta puolelta • Apuvälineet • Muista turvallisuus kylpyhuoneessa & halvaantuneen puolen aktiivinen käyttö Ohjaa hanojen ja pesuaineiden käytössä & huomioi tuntopuutokset ja vedenlämpötila
Neuropsykologiset oireet	<ul style="list-style-type: none"> • Käytä ilmeitä, eleitä, kirjoittamista ja piirtämistä sekä erilaisia kommunikaatiosovelluksia kommunikoinnin tukena • Puhu rauhallisesti normaalilla äänenvoimakkuudella • Kysy kysymyksiä, joihin voi vastata yksinkertaisesti kyllä tai ei • Selvitä potilaan oirekuva
Ravitsemus	<p>Ota tulopaino uudesta potilaasta, seuraa painoa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selvitä millä tavalla potilaan ravitsemus toteutuu -> varmista oikea koostumus, antoreitti ja valmiste P.O, NML, PEG, I.V • Avusta ruokailussa ja huomioi apuvälineiden käyttö • Muista suun tarkistus ja hoito
Kivunhoito	<ul style="list-style-type: none"> • Arvioi kipua säännöllisesti kysymällä ja havainnoimalla • Hoida kipua lääkehoidon lisäksi lääkkeettömästi
Päivittäiset mittaukset	<ul style="list-style-type: none"> • Mittaa verensokeri, lämpö ja RR sekä seuraa tajunnan tasoa
Selviytyminen ja psyykinen tasapaino	<ul style="list-style-type: none"> • Anna tietoa ja tukea, ohjaa tarv. eteenpäin sairauden vaikutukset, kuntoutus, vertaistuki, etuukset • Ole läsnä, pidä yllä toivoa • Seuraa psyykkisiä oireita, tarv. psykiatrian konsultaatio
Seksuaalisuus	<p>Ota seksuaalisuus puheeksi, rohkaise keskusteluun Tue parisuhdetta ja kumppania, tarv. ohjaa seksuaalivoujalle</p>
Terveyskäyttäytyminen	<p>☑ Kerro riskitekijät & ennaltaehkäisy ja kannusta elintapamuutoksiin</p>

Liite 5. Valmis tarkistuslista

AVH-POTILAAN KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN TARKISTUSLISTA

Aktiviteetti	<ul style="list-style-type: none"> • Arvioi painehaavariski sekä pidä iho puhtaana ja suojaa kosteudelta <ul style="list-style-type: none"> ◦ Merkkejä alkavasta painehaavasta: punoittava kohta ihossa, paikallinen ihon kuumotus, turvotus tai ihon kovettuminen • Vaihda vuodepotilaan asentoa väh. 2 h välein <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tarvittaessa käytä painetta alentavaa patjaa ◦ Tue potilas tyyntyjen avulla 30 asteen kylkiasentoon, huomioi keskiasento • Tue halvaantuneen raajan aktiivista käyttöä • Venytä spastista jäsentä hitaasti useita kertoja • Harjoittele terapioiden opittuja taitoja <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tee liikeharjoituksia aina hoitotoimien yhteydessä ◦ Ohjaa potilas omatoimiharjoituksiin • Vältä selkäasentoa lepoasentoissa, muista symmetria • Anna lepotaukoja, huolehdi aktiivisesta päivärytmistä
Päivittäiset toiminnot	<ul style="list-style-type: none"> • Wc-käynti 2h välein <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tarvittaessa kertakatetroi 4-6 x/vrk • Aloita riisuminen halvaantuneelta puolelta • Ohjaa tarvittavien apuvälineiden käyttö, esim. tarttumapihdit • Muista turvallisuus kylpyhuoneessa <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ohjaa hanojen ja pesuaineiden käytössä & huomioi tuntopuutokset ja vedenlämpötila • Muista suun hyvä hoito
Aisti – ja neuropsykologiset toiminnot	<ul style="list-style-type: none"> • Selvitä potilaan oirekuva ja seuraa neurologisia oireita • Kysy kysymyksiä, joihin voi vastata yksinkertaisesti kyllä tai ei • Puhu rauhallisesti normaalilla äänenvoimakkuudella <ul style="list-style-type: none"> ◦ Käytä ilmeitä, eleitä, kirjoittamista ja piirtämistä sekä erilaisia kommunikatio-ovelluksia kommunikoinnin tukena • Arvioi kipua säännöllisesti kysymällä ja havainnoimalla <ul style="list-style-type: none"> ◦ Hoida kipua myös lääkkeettömästi
Ravitseminen	<ul style="list-style-type: none"> • Ota tulopaino uudesta potilaasta, seuraa painoa • Selvitä millä tavalla potilaan ravitseminen toteutuu <ul style="list-style-type: none"> ◦ Huolehdi oikeista ruuan ja juoman koostumuksista ◦ P.O, NML, PEG, I.V ◦ Varmista NML paikka, vatsansisällön PH 1-5.5 • Varmista tasapainoinen ruokailuasento <ul style="list-style-type: none"> ◦ Jalat alustaa vasten ja kädet pöydän päällä • Huomioi nielemisvaikeudet <ul style="list-style-type: none"> ◦ Muista aspirointiriski ◦ Tarkasta suu ruuan poskeen jäämisen varalta
Verenkierto, aineenvaihdunta	<ul style="list-style-type: none"> • Seuraa elintoimintoja <ul style="list-style-type: none"> ◦ Mittaa verensokeri, lämpö ja verenpaine
Psyykinen tasapaino & Selviytyminen	<ul style="list-style-type: none"> • Anna tietoa ja tukea <ul style="list-style-type: none"> ◦ Sairauden vaikutukset, kuntoutus, vertaistuki, etuudet ◦ Ohjaa tarvittaessa sosiaalityöntekijälle • Vahvista sisäistä ja ulkoista turvallisuutta, ole läsnä ja pidä yllä toivoa • Seuraa psyykkisiä oireita <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tarvittaessa psykiatrian konsultaatio • Huomioi omaisen jaksaminen
Elämäntapa (seksuaalisuus)	<ul style="list-style-type: none"> • Ota seksuaalisuus puheeksi <ul style="list-style-type: none"> ◦ Rohkaise keskusteluun, tue parisuhdetta ja kumppania ◦ Tarvittaessa ohjaa seksuaalineuvojalle
Terveyskäyttäytyminen	<ul style="list-style-type: none"> • Kerro riskitekijöistä & ennaltaehkäisyä <ul style="list-style-type: none"> ◦ Kannusta elintapamuutoksiin