

Jaana Joensuu

AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN KUNTOUTUMISEN TUKEMINEN

Kehittämisiltapäivä Kalajoen terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunnalle

AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖPOTILAAN KUNTOUTUMISEN TUKEMINEN

Kehittämisiltapäivä Kalajoen terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunnalle

Jaana Joensuu
Opinnäytetyö
Syksy 2021
Hoitotyön tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma

Tekijä: Jaana Joensuu

Opinnäytetyön nimi: Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen tukeminen: Kehittämissiltapäivä Kalajoen terveyskeskuksen hoitohenkilökunnalle

Työn ohjaajat: Mari Vihelä & Kirsi Myllykangas

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2021

Sivumäärä: 44 + 2 liitettä

Aivoverenkiertohäiriöt ovat Suomessa merkittävä sairausryhmä, niin yksilötasolla kuin yhteiskunnallisesti tarkasteltuna ja hyvien kuntoutuskäytäntöjen hallinnalla on osoitettu olevan vaikuttava rooli potilaan toimintakyvyn palautumisessa sairastumisen jälkeen. Tästä huolimatta tutkimukset paljastavat siinä olevan puutteellisuutta. Kuntoutus myös ohjautuu usein terveyskeskusten vuodeosastoille, joissa sen vaikuttavuus jää matalammaksi suhteessa kuntoutusyksiköiden toimintaan. Tämä osoittaa tarpeen kuntoutuskäytäntöjen kehittämiseksi perusterveydenhuollon vuodeosastoilla.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena projektina tutkimuksellista asennetta ja teoreettista viitekehystä hyödyntäen. Tutkimuksia ja alan kirjallisuutta tarkasteltiin kuntoutussuositusten, sekä niiden toteutumisen osalta. Tietopohjaa hankittiin, sekä hoitotyöstä, että opettamisesta, jotta sisältö tavoittaisi kohderyhmän mahdollisimman tehokkaasti. Sisältö rajattiin käytäntöihin, jotka ovat pääosin sairaanhoitajista ja lähihoitajista koostuneen kohderyhmän toteutettavissa. Kehittämistarpeita kartoitettiin sekä yleisellä tutkimustiedolla, että henkilökunnalle suunnatulla pohjakyselyllä.

Opinnäytetyön keskiössä oli hoitohenkilökunnan kouluttaminen avh-potilaiden kuntoutumisen tukemisesta ja se toteutettiin järjestämällä kaksi kehittämissiltapäivää Kalajoen terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnalle. Kehittämisprojektilla pyrittiin vaikuttamaan työyksikön kuntoutuskäytäntöihin ja sitä kautta myös potilaiden kuntoutumisen edistymiseen pidemmällä aikavälillä.

Kehittämissiltäpäivistä kerättiin palaute osallistujien täyttämän lomakkeen avulla. Osallistujat kokivat kehittämissiltäpäivät tarpeellisina ja ammatillisista osaamista kehittävinä. Ammattitaidon ylläpitäminen säännöllisillä koulutuksilla ja käytännön harjoituksilla nähtiin tarpeellisena myös jatkossa puhuttaessa kuntoutustyöstä avh-potilaiden parissa.

Asiasanat: Aivoverenkiertohäiriöt, kuntoutus, työyhteisön kehittäminen

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Program in nursing and health care

Author: Jaana Joensuu

Title of thesis: Supporting the rehabilitation of a patient with cerebrovascular disorder: development day for health center staff

Supervisors: Mari Vihelä & Kirsi Myllykangas

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2021

Number of pages: 44 + 2 appendices

Cerebrovascular disorders are a significant group of diseases in Finland and the management of good rehabilitation skills has been shown to play an effective role in restoring a patient's functional abilities after illness. Rehabilitation is also often carried out at patient wards of primary healthcare centers, where effectiveness remains lower than in rehabilitation units. This shows the need to develop rehabilitation skills in primary healthcare.

The aim of the thesis was to develop the professional skills of the nursing staff at the healthcare center of Kalajoki, in the rehabilitation of patients with cerebrovascular disorders. Education of the staff was carried out by organizing two educational afternoons.

Thesis was made as a functional project using theoretical framework. The Development needs were mapped using research data and a basic survey of the needs of the staff. Content of the education was based on research data and the views of professionals, and it was examined by studying the recommendations of rehabilitation. In addition to the methods of nursing, knowledge in methods of teaching was needed to help deliver the information to the staff during development sessions.

Feedback on the development days was collected using a form filled in by the participants. The participants felt that the development afternoons were useful and that their professional skills were improved. Maintaining professional skills through regular training and practical exercises was also seen as necessary in the future when talking about rehabilitation work among patients with cerebrovascular disorders.

Keywords: Cerebrovascular disorders, rehabilitation, development of the work community

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT	7
2.1	Erilaiset aivoverenkiertohäiriöt.....	7
2.2	Aivojen toiminnallinen rakenne.....	8
3	AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖPOTILAAN KUNTOUTUS	10
3.1	Kokonaisvaltainen kuntoutus: hyvin suunniteltua tiimityöskentelyä	10
3.2	Liikkuminen ja päivittäiset toiminnot	12
3.3	Kommunikointi ja näönvaraiset toiminnot	15
3.4	Neuropsykologinen oirekuva	16
3.5	Psyykkisen ja sosiaalisen terveyden huomionti.....	19
4	PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET	20
5	OPINÄYTETYÖN PROJEKTI PROSESSINA.....	21
5.1	Aiheen rajaus, kohderyhmä ja hyödynsaajat.....	21
5.2	Aikataulu.....	23
5.3	Projektioorganisaatio; Vastuut, kustannukset ja riskit.....	23
6	KEHITTÄMISILTAPÄIVÄN MENETELMÄT JA RAKENNE.....	25
6.1	Koulutusmenetelmät.....	25
6.2	Kehittämisiltapäivien rakenne.....	26
6.2.1	Motivoiva aloitus potilasnäkökulman kautta 15min.....	27
6.2.2	Orientoituminen ja oppiminen teorialuennon kautta 45min	27
6.2.3	Yhteistoiminnallinen kuntoutuksen suunnittelu 20min	30
6.2.4	Itsereflektio palautteen ja keskustelun kautta 25min	31
7	VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTI JA LUOTETTAVUUS.....	32
7.1	Palautekyselyn tulokset: tiedon, asenteiden ja taitojen lisääntyminen	32
7.2	Oma ammatillinen kasvu	34
7.3	Projektin luotettavuus	34
7.4	Jatkosuositukset.....	35
8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	37
	LÄHTEET.....	39
	LIITTEET	45

1 JOHDANTO

Kuinka vahvasti toimintamme ohjaa tämän ihmisen tulevaisuutta ja voisiko kuntouttava hoitotyö olla vaikuttavampaa. Olen miettinyt näitä kysymyksiä hoitaessani aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita potilaita terveyskeskuksen vuodeosastolla. Ajatus tästä projektista on siis syntynyt vuosien saatossa käytännön työn kautta. Tehdessäni aiheesta taustatutkimusta vahvistui käsitys siitä, että sairastuneita hoidetaan paljon terveyskeskuksissa jo sairastumisen varhaisvaiheessa, jolloin kuntoutus on vaikuttavinta (Koskinen 2016). Tämä osoittaa tarpeen tehokkaiden kuntoutuskäytäntöjen hallinnasta perusterveydenhuollon henkilökunnalla. Projektini pyrkimys oli lisätä tätä hallintaa järjestämällä kaksi kehittämisiltapäivää Kalajoen vuodeosaston henkilökunnalle.

Aivoverenkiertohäiriöt näyttävät merkittävinä sekä yksilötasolla että yhteiskunnallisesti tarkasteltuna. Thl:n selvityksen mukaan n. 25 000 suomalaista sairastuu vuosittain aivoverenkiertohäiriöön (Thl 2017a) ja aktiivisella kuntoutuksella on osoitettu olevan merkittävää vaikutusta toimintakyvyn palautumiseen ja hoitajaksojen pituuteen (Aivoinfarkti ja TIA 2020). Voimme siis päätellä, että tehokkaan kuntoutuksen rooli sairastuneen elämänlaadussa, sekä terveydenhuollon kuormittuvuudessa ja kustannuksissa on todellinen. Tästä huolimatta kuntoutuksessa nähdään eriarvoisuutta ja puutteita. Tämä ilmenee useissa aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutusta koskevissa selvityksissä (Koskinen 2016; Takala 2009; Saarela, Seppä, Sipilä & Virranniemi 2012; Kelan tutkimusosasto 2011).

Neurologian erikoislääkäri ja tutkija Mika Koskisen tekemässä tutkimuksessa ainoastaan n. 15% sairastuneista pääsi moniammatilliseen kuntoutukseen ensimmäisten kuukausien aikana, vaikka siitä hyötyvien osuus oli 40-50%. Terveyskeskuksissa toteutuneessa kuntoutuksessa nähtiin puutteita sen riittävydessä sekä kuntoutussuunnitelmien laatimisessa. Tutkimukseen osallistui 87 terveyskeskusta sekä 32 yliopisto- ja keskussairaalatason osastoa vuosina 2013-2015. (Koskinen 2016.) Tutkijalääkäri Teemu Takalan vuosina 2006-2009 tekemä tutkimus avh:n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautumisesta ja kuntoutumisen toteutumisesta antoi samankaltaisia tuloksia: Terveyskeskuksissa nähtiin puutteita kuntoutussuunnitelmien laatimisessa sekä tarvetta avh-koulutukselle (Takala 2009).

Tämän opinnäyteprojektin yhteistyökumppanina toimi Kalajoen terveyskeskus ja kehittämisiltapäivät kohdennettiin kyseisen vuodeosaston hoitohenkilökunnalle. Kalajoen sote-yhteistoiminta-alue on ollut myös aiemmin mukana 2010-2012 toteutuneessa Kytke-hankkeessa, jonka osahankkeena oli aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutusprosessin kehittäminen. Haasteita havaittiin tiedonkulussa, potilaan- ja omaisten ohjaamisessa, sekä perusterveydenhuollon kuntoutustoiminnan laadunvaihtelussa. Yksi hankkeesta noussut jatkosuositus oli vuodeosastojen henkilökunnan kouluttaminen aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutuksessa. (Saarela, Seppä ym. 2012.) Projektillani pyrin jatkamaan tätä kehitystyötä.

Jotta projekti palvelisi työyksikön kehittymistä mahdollisimman tehokkaasti, koulutusmenetelmissä käytettiin harkintaa ja ne perustuvat opettamisen teorioihin. Päämäärän saavuttamiseksi hankittiinkin tietoa sekä opettamisesta että hoitamisesta (Koivula & Salminen 2016, 50-56). Työyhteisön motivointi ja kuntoutuksen merkityksen ymmärtäminen olivat vähintäänkin tasavertaisia tavoitteita käytäntöjen oppimisen rinnalla. Tämä pohjautuu Engeströmin täydellisen oppimisen malliin, jossa motivoituminen nähdään välttämättömänä pohjana oppimisprosessille (Engeström 1982). Osaamista pyrittiin lisäämään sekä asenteiden, tietojen että taitojen osalta. Kehittämisiltapäivän aineisto pohjautuu tutkittuun tietoon ja asiantuntijoiden näkemyksiin. Sisältöä rajattiin tutkimusten osoittamien kehittämistarpeiden sekä henkilökunnan moniammatillisen näkemyksen perusteella.

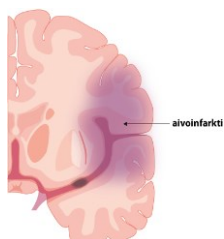
2 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT

Aivoverenkiertohäiriöllä tarkoitetaan sairauksia aivoverisuonissa ja aivoverenkierrossa (Aivoinfarkti ja TIA 2020). Thl:n raportin mukaan aivohalvauksen esiintyvyys vuonna 2014 oli 20 500 (Thl 2017b). Ohimenevät aivoverenkiertohäiriöt mukaanlukien tämä tarkoittaa n. 25 000:n ihmisen sairastumista vuosittain (Thl 2017a). Näistä luvuista voimme päätellä että aivoverenkiertohäiriöt ovat yhteiskunnassamme hyvin merkittävä sairausryhmä.

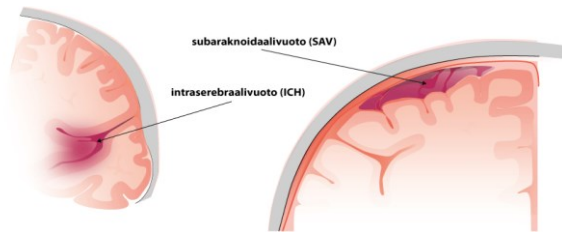
Kliinisen neuropsykologian asiantuntijat kertovat avh:n olevan kalleimpia tautiryhmiämme. Kallis hinta johtuu sairauden aiheuttamasta vammautumisesta, sekä pitkistä sairaalajaksoista. Valtakunnallisten kustannusten on arvioitu olevan noin 1,1 miljardia euroa, joten puhutaan kansantaloudellisesti merkittävästä summasta. (Jehkonen, Nurmi & Nurmi 2020a.) Samankaltaisia tuloksia on saatu myös yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa, jossa vertailtiin mRS-toimintakyvyn tulostittarin tuloksia hoitokustannuksiin. Tutkimuksen mukaan aivohalvauksen jälkeisinä kuukausina saavutetulla toimintakyvyn määrällä oli vahva yhteys hoitajaksojen pituuteen ja sen myötä myös kustannuksiin. (Dawson, Lees, Chang, Walters, Ali, ym. 2007.)

2.1 Erilaiset aivoverenkiertohäiriöt

Aivohalvaus on nimitys joka käsittää aivoinfarktin, aivojensisäisen verenvuodon, lukinkalvonalaisen verenvuodon, sekä aivolaskimotromboosin aiheuttamat häiriöt aivotoiminnassa. TIA puolestaan on ohimenevä kohtausmainen aivoverenkiertohäiriö joka ei jätä pysyvää kudostuhoa, mutta nostaa aivoinfarktiriskiä huomattavasti. (Aivoinfarkti ja TIA 2020.)



KUVA 1 Aivoinfarkti on aivokudoksen vaurio jonka taustalla on verisuonen tukkeutuminen (Jehkonen, Nurmi & Nurmi 2020b).

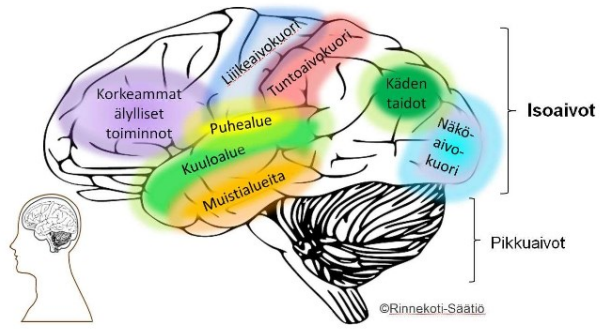


KUVA 2 ICH on aivojen sisäinen verenvuoto kun taas SAV tarkoittaa vuotoa aivoja ympäröivän lukinkalvon alla (Jehkonen, Nurmi ym. 2020b).

2.2 Aivojen toiminnallinen rakenne

Eri aivoalueilla on omat tehtävänsä, eivätkä aivopuoliskot ole myöskään symmetriset. Henkilön ollessa oikeakätinen vasen puolisko on lihasten hienomotoriikassa hallitseva. Myös kielellisissä toiminnoissa vasen puoli on päävastuussa 97%:lla ihmisistä. Tästä rakenteesta voidaan erottaa puheen tuoton ja ymmärtämisen alueet. Puheen tuottaminen tapahtuu otsalohkossa, alueella jonka avulla kykenemme tuottamaan puhetta muodostamalla sanoja. Kielen ymmärtämisalue puolestaan sijaitsee ohimolohkossa, jossa kuultu tai luettu aistitieto tulkitaan. Osa isoaivoista kuuluu limbisen järjestelmään, jonka aivokuorialueet ovat välttämättömiä muistitoiminnoissa ja toiset osat taas vastaavat tunne-elämän reaktioista. Liikealueet sijaitsevat otsalohkon takaosassa ja tuntoalueet päälakilohkossa. Näköalue sekä tilanhahmottaminen tapahtuu takaraivolohkossa, kun taas kuuloalue sijaitsee ohimolohkossa. (Bjälje, Haug, Sand & Sjaastad 2006, 123-132.) Aivojen toiminnallisesta rakenteesta johtuen aivoverenkiertohäiriön sijainnilla onkin suuri merkitys oirekuvan määräytymisessä (Jehkonen, Nurmi & Nurmi 2020c).

Vaikka aivojen eri alueet vastaavat erilaisista toiminnoista, ne tekevät samalla kiinteää yhteistyötä muodostaakseen kokonaisuuksia. Puhuesssa aivot säätelevät sanojen valintaa, kontrolloivat asian etenemistä, valitsevat tunnetilaa vastaavat ilmeet ja äänenpainot, sekä tarkkailevat ympäristön reagointia (Terveyskylä 2018). Hermosoluja lamaantuukin myös varsinaisen vaurioalueen ulkopuolella ja tämä heikentää erityisesti neuropsykologisia toimintoja. (Jehkonen, Nurmi ym. 2020c.)



KUVA 3 Karkeasti tehtävien mukaan esitetty isoaiukuori (Toivanen 2016).

3 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN KUNTOUTUS

Aivomme kykenevät muovautumaan oppimisen myötä. Kuntoutuksen kautta voidaan vaikuttaa aivojen yhteyksiin ja toimintaan. Häiriintynyttä toimintaa voidaan palauttaa, harjoittaa uusia toimintamalleja tai minimoida haittoja opettelemalla apuvälineiden käyttöä (Aivoinfarkti ja TIA 2020). Kuntoutuksella siis tavoitellaan aivojen toiminnan muuttumista harjoittelemalla aktiivisesti toimintatapoja ja taitoja. (Nukari & Poutiainen 2020.) Säännöllisesti toistetut harjoitukset aktivoivat aivoja ja virikkeellinen ympäristö lisää niiden toiminnallista kykyä (Kauhanen 2015, 231-242).

Kuntoutus alkaa varhaisvaiheella, jolla tarkoitetaan sekä akuuttia että subakuuttia vaihetta. Akuutissa vaiheessa potilaan tila ei ole vielä vakiintunut, mutta kuntoutus aloitetaan jo tässä vaiheessa asentohoidolla. Akuuttia vaihetta seuraa kuntoutumiselle merkittävä subakuutti vaihe, joka jatkuu tapauskohtaisesti n. 3-6 kuukautta. Ensimmäiset kuukaudet ovatkin kuntoutuksen kannalta otollisinta aikaa (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, s.330). Kokonaisvaltainen ja aktiivinen kuntoutus tulee siis aloittaa heti kun potilaan tila on riittävän vakaa, jotta saavutetaan vaikuttavimmat tulokset. Varhaisen kuntouttamisen merkitys tulee ilmi myös yhdysvaltalaisen American heart associationin julkaisemassa raportissa: Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery (Winstein, Stein, Arena, Bates & Cherney ym. 2016). Useat varhaisvaiheen menetelmät ovat kuitenkin vaikuttavia myös kuntoutuksen myöhemmissä vaiheissa. (Aivoinfarkti ja TIA 2020.) Näin ollen aktiivista kuntoutusta jatketaan niin kauan kun edistymistä tapahtuu ja myös tämän jälkeen kuntoutus on tärkeä osa saavutetun toimintakyvyn ylläpitoa (Holmia, Murtonen ym 2003, s.330; Winstein, Stein ym. 2016).

3.1 Kokonaisvaltainen kuntoutus: hyvin suunniteltua tiimityöskentelyä

Tiedetään, että avh-potilaat hyötyvät moniammatillisesta kuntoutuksesta ja sairastumisen alkuvaiheessa moniammatillisesti hoidettujen potilaiden kuolleisuus sekä riski jäädä pysyväan laitoshoidon on pienempää. Tehokkaan kuntoutuksen tulokset näyttäytyvät lyhyempinä hoitajaksoina, lievempänä vammautumisena sekä parempana elämänlaatuna. (Aivoinfarkti ja TIA

2020.) Hyvien kuntoutuskäytäntöjen perustana on tunnistaa ongelmat sekä vahvuudet ja soveltaa olemassa oleva tieto moniammatillisella yhteistyöllä. Toimivaan tiimiin kuuluu eri järjestelmien lisäksi sitoutunut kuntoutuja ja hänen omaisensa. Työtä tulisikin tehdä yksilöllisyyttä sekä yhteisöllisyyttä kunnioittaen. Myös kuntoutuksen oikea ajoitus kuuluu hyvien kuntoutuskäytäntöjen perusteisiin. (Kelan tutkimusosasto 2011.)

Jotta kuntoututtava toiminta olisi johdonmukaista, se tulisi kiinnittää kaikkiin päivittäisiin toimintoihin. Kuntoutusyksiköissä kuntouttava hoitotyö onkin merkittävä osa toimintaa ja potilaan kuntoutumista. Kuntouttavalla ohjauksella harjoituksia ja toistoja tulee useita kertoja päivässä: pukeutuessa, peseytyessä, ruokaillessa tai siirtymisissä. Kuntoutuksen ollessa ympärivuorokautista ja monen ammattiryhmän toteuttamaa, on tärkeää että ohjaus on samansuuntaista. Avh-potilaiden kuntouttava hoitotyö onkin haastava osa hoitohenkilöstön työtä ja tiivis yhteistyö fysioterapeuttien kanssa antaa mahdollisuuksia sen toteuttamiseen. (Laine, Uusitalo & Puumalainen 2002, 54.) Myös fysiatrian asiantuntija Marja-Liisa Kauhanen kuvaa kuntoutusta kokopäiväisenä työnä, jonka toteutumista edistää terapiassa opittujen taitojen siirtäminen heti jokapäiväisiin toimintoihin. Tämä vaatii hoitohenkilökunnalta ohjausta ja avustusta. (Kauhanen 2015, 233-242.)

Kuntouttavan hoitotyön lisäksi kuntoutumista voidaan tukea erilaisilla terapioilla kuten fysio-, toiminta- ja puheterapialla. Toimintaterapeutit ja fysioterapeutit käyttävät osittain samoja menetelmiä. Kuntoutus voi pitää sisällään erilaisia raajojen liikeharjoituksia, kävelyharjoituksia, peiliterapiaa, mielikuvaharjoitteita tai tehtäväkeskeistä harjoittelua. Kuntoutukseen sisältyy myös toiminnan havainnointi sekä voimaharjoitukset. Puheterapialla voidaan vaikuttaa kommunikaatiotaitoihin sekä nielemistoimintoihin. Myös ohjatulla musiikin kuuntelulla on saatu positiivisia vaikutuksia kuntoutumiseen. Vaikka terapeutit vastaavat pääosin harjoitteista, voi joitain harjoituksia olla ohjaamassa myös muut ammattihenkilöt tai omaiset. (Aivoinfarkti ja TIA 2020.)

Erilaisten apuvälineiden käyttöä tulee arvioida yksilöllisesti ja jatkuvasti, jotta ne vastaavat tarvetta. Liikkumisen apuvälineiden kuten pyörätuolin tai kävelytelineen tarve suunnitellaan niin että se tukee toimintakyvyn palautumista ja mahdollisimman itsenäistä selviytymistä. Apuvälineiden käytön ohjaus ja harjoittelu ovat oleellinen osa niiden käyttöönottoa, näin hyöty saadaan maksimoitua. Apuvälineillä voidaan tukea toimintakykyä sen eri alueilla, kuten liikkumisessa, kommunikaatiossa tai toiminnanohjauksessa. (Aivoinfarkti ja TIA 2020; Kauhanen 2015, 233-242.)

Myös kuntoutusarvio kuuluu jo varhaisvaiheeseen ja toimintakyvyn haittojen ollessa laajakirjoisia, sitä tulisi tehdä kokonaisvaltaisesti psykososiaalisen, fyysisen sekä kognitiivisen kuntoutustarpeen näkökulmasta. Yksilölliset tarpeet ja tavoitteet tulisi kirjata kuntoutussuunnitelmaan, joka on laadittu moniammatillisesti, sekä potilaan ja läheisten kanssa yhteistyössä. (Aivoinfarkti ja TIA 2020.) Myös vaikeavammaisten kuntoutuspalvelujen kehittämiseksi käynnistetyssä Vake-hankkeessa nostettiin esiin tarve avh-potilaiden kuntoutuksen suunnittelun kehittämisestä. Suunnittelussa nähtiin tärkeänä kiinnittää huomiota kuntoutussuunnitelmien laatuun sekä laatimisen tapoihin, kuten asiakaslähtöisyyteen, moniammatillisuuteen, kirjaamiskäytäntöihin ja yhteistyöhön. Kuntoutusta tulisi myös seurata säännöllisesti ja tehdä muutoksia suunnitelmaan niin, että se pysyy ajantasaisena (Kauhanen 2015, 235). Suunnittelussa tulisi huomioida tutkimusnäyttö sekä asiantuntijatieto ja soveltaa se käytettävissä oleviin resursseihin (Kelan tutkimusosasto 2011).

Yhdysvaltalainen aivohalvauksen jälkeisen kuntoutuksen ohjeita käsittelevä katsaus tukee edellämainittuja seikkoja: Kattavien kuntoutusohjelmien tarjoaminen on oleellinen osa aivohalvauksen hoitoa ja palauttava toiminta on merkityksellistä vielä subakuutin vaiheen jälkeenkin. Raportissa korostettiin moniammatillisen tiimin, potilaan itsensä ja hänen läheistensä tekemän yhteistyön merkitystä. Kun kuntoutumisen eteen tehdään töitä yhdessä, sen tehokkuus voidaan maksimoida. Yksittäisinä ponnisteluina kuntoutus ei todennäköisesti saavuta kaikkea potentiaaliaan ja jotta yhteistyö olisi vaikuttavaa, on tiimin välillä vallitseva vuoropuhelu tärkeää. (Winstein, Stein ym. 2016.)

3.2 Liikkuminen ja päivittäiset toiminnot

Motoriset toimintahäiriöt näkyvät kehon ja raajojen liikkeentuotossa. Haitan aste vaihtelee lievästä rajoitteesta aina täydelliseen halvaantumiseen. Hemipareesilla tarkoitetaan toisen puolen heikkoutta, kun taas hemiplegia on toisen puolen täydellisempi halvaantuminen. Rajoitus siis esiintyy useimmiten toisella puolella kehoa ja sanalla "hemi" viitataan toispuolisuuteen. Rajoittuneessa raajassa voi esiintyä spastisuutta eli lihasjäykkyyttä, sekä lihasten vapinaa ja nykimistä. Motoriset häiriöt voivat vaikuttaa liikkumisen lisäksi puhumiseen ja nielemiseen sekä

tasapainoon ja liikkeiden koordinaatioon. Sensoriset häiriöt voivat puolestaan alentaa toimintakykyä aiheuttamalla tuntopuutoksia, poikkeavia tuntemuksia tai kipua. (Caplan 2005, 139-154.)

Liikkumattomuus altistaa virheasennoille, spastisuudelle, nivelkivuille, -jäykkyydelle, painehaavoille, verisuonitukoksille sekä keuhkokuumeelle. Spastisuutta esiintyy jopa 30%:lla sairastuneista ja sitä voidaan hoitaa liike- ja lastahoidon lisäksi lääkehoidolla (Aivoinfarkti ja TIA 2020). On huomioitavaa että hätäily, ponnistelu, kipu tai voimakkaat tunnereaktiot lisäävät spastisuutta. (Holmia, Murtonen ym. 2003, 321-322.)

Asentohoidolla aktivoidaan kehon aistitoimintoja sekä ehkäistään toimintahäiriöitä (Aivoinfarkti ja TIA 2020). Tämä tapahtuu ylläpitämällä normaaleja asentoja ja liikeratoja sekä estämällä kehon eri osien kiertymistä virheasentoihin. Potilas joka ei pysty liikkumaan on myös erittäin altis painehaavoille ja asentohoito on tärkeä osa niiden ehkäisyä. Tyynyjä ja tukia tuleekin käyttää riittävästi, jotta asento saadaan tuettua. Sen lisäksi että hyvin toteutettu asentohoito auttaa potilaan hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintaa, se antaa myös aistimuksia kehon eri asennoista. Kun potilas makaa vuoteessa hänen aistiärsykkeensä jäävät kapea-alaisiksi. Potilasta aktivoidaankin vaihtamaan asentoa riittävän usein, joko itsenäisesti, tai tuettuna. Pienetkin itsetehdyt asennonvaihdot auttavat hahmottamaan oman kehon toimintaa. Jos potilas ei pysty itse vaihtamaan asentoa, tulisi se huomioida 1-2 tunnin välein tai useamminkin. Vuoteessa tehtävän asentohoidon lisäksi se tulee huomioida myös tuolissa istuessa. Asentohoidon lisäksi on tärkeä ehkäistä liikerajoituksia liikuttamalla raajoja täydessä liikelajajuudessa useita kertoja päivässä (Kauhanen 2015, 233-242). Varhaisella asentohoidolla alamme myös valmentamaan potilasta tulevaan liikkumiseen. Potilas tuleekin auttaa kohoasentoon ja ylös vuoteesta niin pian kun se on mahdollista. (Holmia, Murtonen ym. 2003, 321-322.) Liikkumisessa edetään vaiheittain vuoteesta kääntymiseen, istuma-asennon hallintaan, tuoliin siirtymiseen, seisoma-asentoon ja kävelyyn (Kauhanen 2015, 233-242). Yksi aivohalvauspotilaiden tärkeä tavoite onkin oppia kävelemään uudestaan (Holmia, Murtonen ym. 2003, 322).

Avh-potilasta hoidettaessa pyritään palauttamaan kaksipuolista, symmetristä kehonkuvaa. Tätä edistetään aktivoimalla halvaantuneiden raajojen käyttöä ja tuottamalla niille sensorisia tuntemuksia. (Kauhanen 2015, 233-242.) Potilasta tulee aktivoida itsensä pesemiseen ja pukemiseen kykynsä mukaan. Kun potilas esimerkiksi käyttää toimivaa kättä itsensä pesemiseen,

hän antaa itselleen aistiärsyksiä ja saa paremmin tuntumaa omaan kehoonsa. Jos potilaan tila sallii istumisen ja siirtymisen, olisi suotavaa että hänet avustettaisiin pesualtaan äärelle peseytymään. Kävellessä siirtyminen ei ole ehto, vaan siirtyminen voidaan tehdä myös pyörätuolilla. Hyvä istuma-asento on tärkeä. Pukeutuminen aloitetaan aina halvaantuneelta puolelta ja ohjaus on sekä sanallista että käsillä näyttämistä. Ohjaus onkin merkittävä tekijä pekeutumisen ja peseytymistilanteissa. Ne ovat myös oivallisia tilanteita potilaalle oppia hahmottamaan omaa kehoaan. Potilaan ”puuttuvaa puolta” voi ohjata mukaan sanallisesti tai liikuttamalla sitä fyysisesti. Peili voi toimia ohjauksen apuvälineenä jolloin mahdollinen tiedostamaton puoli hahmottuu. Tarvitun avun määrää tulee arvioida seuraamalla kuinka itsenäisesti potilas selviytyy, jotta hoitaja voi auttaa siinä kohtaa kun potilas ei itse pysty toimimaan. (Holmia, Murtonen ym. 2003, s.315-319.)

Avh-potilailla esiintyy usein suun- ja nielun toimintahäiriöitä, joten turvallinen sekä riittävä ravitsemus vaatii arviointia. Nielemisvaikeudet nostavat aspiraatoriskiä, joka puolestaan on merkittävä tekijä keuhkokuumeen kehittymiselle. On oleellista tiedostaa, että aspiraatio voi olla myös hiljaista, jolloin sen todentaminen ei ole niin helppoa kuin silloin, jos aspiraatio aiheuttaa yskimistä. Nielemisvaikeudet voivat myös haitata kuntoutujan riittävää ravinnonsaantia sekä vaikeuttaa ruokailuun liittyviä sosiaalisia tilanteita. (Aivoliitto 2020a.) Tarvittava neste- ja ravitsemushoito toteutetaan joko enteraalisesti tai parenteraalisesti. Juomien sakeuttaminen ja ruuan koostumuksen muuttaminen esimerkiksi sileäksi voi helpottaa nielemistä. Ruuan lämpötila, koostumus ja ulkonäkö vaikuttavat myös siihen, miten ruoka maistuu. Jotta potilaan itsenäinen ruokailu mahdollistuu, on tärkeää, että hänelle mahdollistetaan hyvä ruokailuasento. Kun potilas istuu pöydän ääressä hänen asentonsa tulee olla symmetrinen, aavistuksen eteenpäin kallistunut ja pää taivutettuna eteenpäin. Asennon tulee olla tukeva, jalat tukea vasten ja kädet pöytätasolla. Normaalin suun toiminnan kannalta juomalasi on parempi väline kuin nokkamuki. Syömistä helpottavia apuvälineitä kuten liukumisestettä ja paksumpia ruokailuvälineitä käytetään tarpeen mukaan. Hahmotusvaikeuksia helpottaa yhden ruokalajin tarjoaminen kerrallaan. Avustaminen tapahtuu halvaantuneelta puolelta. Avustaa voi tukemalla ruokailuvälinettä tai lasia pitävää kättä tai ohjaamalla liikettä esimerkiksi kyynärpästä. Ruokailun jälkeen on hyvä olla 15-30min istuma-asennossa, jotta ehkäistään aspiraation mahdollisuutta. Jos potilaalla esiintyy hotkimista voi ruokalusikan korvata pienemmällä lusikalla. Ateriointi tulee suunnitella yksilöllisesti niin että se on rauhallinen ja miellyttävä kokemus, tämä vaatii hoitajalta harkintakykyä. (Holmia, Murtonen ym. 2003, 324-329.)

Sairastuminen voi aiheuttaa häiriöitä myös erittämisen toimintoihin monin eri mekanismein. Tämä voi näkyä mm. virtsan- ja ulosteen pidätyskyvyn heikkenemisenä tai ummetuksena ja virtsaretentiona. Virtsaamisen tarve voi myös lisääntyä, vaikka rakossa oleva virtsamäärä olisi varsin vähäinen. Tunne on silti todellinen. Erittämisen toiminnoista selviäminen on tärkeä potilaan itsenäisyyden ja itsetunnon kannalta. Harjoittelulla tähänkin asiaan voidaan vaikuttaa. Tavoite on, että virtsaaminen ja ulostaminen saadaan tapahtumaan mahdollisimman normaalilla tavalla ja tiheydellä. Sairaus tuo tähän haasteensa, mutta tähän tulee pyrkiä. Kestokatetrin käyttämiselle tulee olla hyvät perustelut. Liikkuminen, hyvä ravitsemus ja riittävä nesteytys ovat tärkeitä myös erittämisen toimintojen kannalta. Yksityisyyden suojaaminen tulisi huomioida, koska levoton ympäristö ja muiden läsnäolo voi vaikeuttaa tilannetta entisestään. (Holmia, Murtonen ym. 2003, s. 319-321.)

3.3 Kommunikointi ja näönvaraiset toiminnot

Kielelliset haasteet voivat näkyä erilaisina puheentuottamisen ongelmina tai vaikeutena ymmärtää puhuttua. Sairastunut voi myös menettää kyvyn lukea tai kirjoittaa, vaikka puhuminen ja kuullun ymmärtäminen onnistuisikin. Afasia on kielellinen häiriö joka vaikeuttaa vuorovaikutusta ja voi olla sairastuneelle hyvin turhauttavaa. Afasiassa ei ole kyse siitä etteikö ihminen kykenisi ajattelemaan, mutta ajatuksen muuttaminen sanoiksi, eleeksi, tekstiksi tai kuvaksi on häiriintynyt. Dysartia puolestaan voi näkyä epätarkkana ja kankeana artikulaationa, sekä puhenopeudessa tai hengityskontrollissa. Dysartiassa kielellinen kyky on normaali mutta artikulointi on vaikeutunut (Holmia, Murtonen ym. 2003. s.326). Dysartiasta kärsivällä esiintyy usein myös dysfagiaa eli nielemisvaikeutta. Tämä johtuu siitä että puhetta ja nielemistä on säätelössä samoja lihaksia. (Caplan 139-154; Aivoliitto 2020b.)

Kielellisellä ilmaisulla on vahva yhteys psyykkiseen ja sosiaaliseen selviytymiseen. Alun kokemus afasiasta voi olla potilaalle suuri järkytys kun itseilmaisuu on kadonnut tai ei pysty ymmärtämään mitä hänelle puhutaan. Ulkopuolisena ei ole helppo arvioida potilaan ymmärtämiskykyä kun monenlaiset häiriöt sekoittuvat toisiinsa. Tilanne on siis altis väärinymmärryksille ja luottamuksen menetykselle. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan herkkyyttä ymmärtää potilaan tarpeita. Kommunikointia voi helpottaa kysymällä suoria sekä yksiselitteisiä kysymyksiä ja kommunikoinnin

parantuessa lauserakenteita voi vähitellen vaikeuttaa. Näin aktivoidaan monipuolisempaan puheilmaisuun. Kommunikoidessa on tärkeää, että ympäristö on rauhallinen ja kaikki huomio annetaan keskustelukumppanille. Puhe kohdistetaan potilaalle ja sitä tuetaan katsekontaktilla sekä elekielellä. Sanat ovat selkeitä, yksiselitteisiä eikä niitä ole liikaa. On oleellista kuunnella, antaa aikaa, eikä arvailla liian varhain mitä toinen pyrkii sanomaan. Sairastuneelle puhutaan kuin aikuiselle. Puheen apuvälineenä voi käyttää kuvia, esineitä, kirjoittamista tai piirtämistä. Dysartriapotilaan kommunikointia voi helpottaa hyvä ja ryhdikäs puheasento, pyrkimys hitaampaan puhenopeuteen, puheen tukeminen kirjoittamalla tai muut puheilmaisun apuvälineet. (Holmia, Murtonen ym. 2003, 326-327.) Apuvälineet valitaan yksilöllisen tarpeen mukaan, mutta yksinkertaisimmillaan se voi olla vaikka kyllä/ei kuvakorttien käyttämistä joilla voi ilmaista vastauksen yksinkertaisiin kysymyksiin (Aivotalo 2018).

Monet aivotoiminnot vaikuttavat näkemiseen ja katsomiseen, joten aivohalvausten jälkeen esiintyviä häiriöitä on tällä alueella paljon. Näköhavainnot syntyvät kahden päävaiheen kautta, joita ovat kuvan muodostaminen ja kuvan tunnistaminen. Sairastuneella voi olla näkökenttäpuutoksia tai vaikeuksia hahmottaa suuntia ja etäisyyksiä, jolloin liikkuminen ja esineisiin tarttuminen on haasteellista. Haaste voi olla myös nähdyn tulkitsemisessä eikä tällöin ole kyse näkökyvyn heikkenemisestä tai näkökenttäpuutoksesta vaan havainnoinnin häiriöstä. Tämä voi kohdistua ympäristöön, esineeseen tai vaikka toisen ihmisen kasvoihin. (Kauranen, Laari & Poutiainen 2020; Aivoliitto 2020c.) Näönvaraista toimintaa voidaan helpottaa hyvin valaistulla sekä esteettömällä liikkumisympäristöllä ja turhia ärsykeitä välttäen. Kontrasteilla voi helpottaa havaitsemista ja tätä voi hyödyntää esimerkiksi kaatamalla maito tummaan mukiin tai kahvi vaaleaan. Jos aiemmin näönvarainen tekeminen, kuten lukeminen on ollut tärkeää, voi hyödyntää äänikirjoja tai kuunnella uutiset vaikkapa radion kautta. Yksilölliset mieltymykset kannattaakin selvittää. (Aivotalo 2018.)

3.4 Neuropsykologinen oirekuva

Aivohalvaus aiheuttaa usein kognitiivisia häiriöitä eli vaikeuksia ajattelua vaativissa toiminnoissa. On arvioitu että yli puolet avh-potilaista kärsii neuropsykologisista oireista (Jehkonen, Nurmi ym. 2020b). Kotimaisen suosituksen mukaan onkin tärkeää huomioida varhainen kuntoutus myös kognitiivisten haittojen kohdalla. Tätä tukee Vake-hankkeen raportti, jossa esitettiin ulkoisesti

näkyttömiä oireita kuten tunne-elämän, käyttäytymisen, ajattelun ja tiedonkäsitteiden rajoitteiden tunnistamisen tärkeys (Kelan tutkimusosasto 2011). Neuropsykologinen kuntoutus suunnataan kognitiiviseen häiriöön, käyttäytymismuutokseen sekä oiretiedostukseen. (Aivoinfarkti ja TIA 2020.)

Sairastumisen seurauksena toiminnan suunnittelu, päätösten tekeminen ja monivaiheisten tehtävien suorittaminen saattaa tulla haasteelliseksi. Vaikka tehtävät asiat olisivat rutinoituneita, kuten kahvinkeitto ja toiselle puhuminen, näiden yhtäaikainen tekeminen voi olla vaikeaa kun ihminen kärsii tarkkaavuuden häiriöstä (Jehkonen & Nurmi 2020; Caplan 2005, 139-154; Aivoliitto 2020c). Keskittymistä voidaan tukea rauhoittamalla ympäristö ja jäsentämällä toimintaa. Kiireen tuntu häiritsee keskittymistä, joten toiminnalle pitää antaa aikaa. Ei kannata pyrkiä moneen tehtävään yhtäaikaa, vaan tehdä yksi asia kerrallaan koska tehtävien jakaminen osiin helpottaa tarkkaavuutta. Keskeytykset ja melu häiritsevät keskittymistä joten toiveen työrauhasta voi rehellisesti kertoa ympäristölle. (Aivotalo 2018.)

Neglect on tyypillinen tarkkaavuuden oirekuva, jossa sairastunut jättää toisen puolen kehoa huomiotta. Potilas käyttäytyy niinkuin hänen toinen puolensa ja sillä puolella olevat asiat eivät olisi olemassa. Hän saattaa esimerkiksi syödä vain toiselta puolelta lautasta, pestä tai pukea vain toisen puolen kehoa tai törmäillä ovenpieliin ja huonekaluihin. Luetusta tekstistä voi puuttua toinen puoli ja itse potilas voi luulla että hänen näkönsä on huonontunut. Neglectistä kärsivälle on tyypillistä että katse kääntyy pois päin halvauksesta. (Holmia, Murtonen ym. 2003,327; Caplan 2005 139-154; Aivoliitto 2020c.) Neglect häiritsee potilaan päivittäistä toimintakykyä monin tavoin: liikkuminen, ruokaileminen, sosiaaliset tilanteet ja turvallisuus häiriintyvät kun potilas ei hahmota toista puoltaan ja joutuu siten toimimaan vailla sen puolen tuntojärjestelmää. Ohjauksen täytyy olla johdonmukaista ja pitkäjänteistä. Hoitotoimintojen, kommunikoinnin ja liikkumisen tulee tapahtua huomiota vaille jäävältä kehon puolelta. Potilas harjoittelee oman kehon ja ympäristön havainnointia sekä tietoista tarkkaavuutta. Jos tarkkaavuuden suuntaaminen on kehoitettuna vaikeaa, voi kasvoja ohjata puhujan suuntaan myös käsin tukemalla. Periaatteena on aktivoida huomiotta jäävä kehon puoli, jotta kehon symmetria, havaitseminen ja ongelmanratkaisu kehittyisivät. Aktivointia tehdään sekä suoraan ongelmaan keskittyneesti että muilla keinoin, kuten lisäämällä tuntoärsykeitä. Näin lisätään tietoisuutta kehon toisesta puolesta. Myös vuoteen tai tuolin asento suhteessa huoneen oveen ovat aktivoimisen keinoja. Jos potilas pitää lukemisesta voi sanomalehden reunaan piirtää viivan kirkaalla värillä, jolloin hänen katseellaan on kiintopiste siirryttäessä riviltä toiselle. (Holmia, Murtonen ym. 2003, 327-328.)

Sairastumisen myötä myös varhain opitut ja aiemmin automaattiset liikesarjat voivat häiriintyä, jolloin ihminen tekee asiat epäloogisessa järjestyksessä tai käyttää epätarkoituksenmukaisia välineitä, kuten harjaa hiukset hammasharjalla. Tätä kutsutaan apraksiaksi eli tahdonalaisten liikkeiden häiriöksi. (Aivoliitto 2020c.) Apraksia korjaantuu usein spontaanisti kuukausien kuluessa sairastumisesta, mutta jos toimintaa halutaan korjata se voidaan tehdä karsimalla virheliikkeitä ja antamalla sanallista ohjausta. Mekaanisesta häiriöliikkeen toistamisesta ei ole kuitenkaan hyötyä ja tietoinen yrittäminen saattaa vain vaikeuttaa tilannetta. Onkin parempi suosia luonnollisia ja spontaaneja tilanteita. Apraksian kohdalla on tärkeää huomioida turvallisuus ja välttää tilanteita joissa ihminen voi toiminnallaan vahingoittaa itseään. (Aivotalo 2018.)

Käyttäytymisen ja seksuaalisuuden muutokset ovat tyypillisiä aivohalvauksen jälkeen. Tunteiden ilmaisu tai ymmärtäminen voi olla vaikeaa. Sairastuneella voi ilmetä epäsopivaa käytöstä kuten estottomuutta ja impulssikontrollin puutetta (Jehkonen & Nurmi 2020). Tunne-elämää säätelevien aivoalueiden vaurioituessa tunnekokemukset voivat sekä latistua että voimistua ja sietokyky saattaa alentua niin että ihminen tulee itkuherkäksi (Aivotalo 2018). Myös uusien muistojen luominen voi olla vaikeaa. Sairastunut saattaa muistaa vanhoja asioita, mutta tuoreemmat asiat pyyhkiytyvät muistista. (Caplan 2005, 139-154; Aivoliitto 2020c.) Apukeinojen käyttö ei heikennä muistia ja ulkoiset apuvälineet kuten muistilaput, kalenterit ja tavaroiden merkitseminen voivat sujuvoittaa muistivaikeuksista kärsivien arkea (Aivotalo 2018).

Puutteellisen toimintakyvyn tunnistaminen aivoperäisissä häiriöissä voi olla potilaalle vaikeaa ja on tärkeää että sairastunut saa palautetta omasta toiminnastaan. Oiretiedostuksen puute vaihtelee lievästä vähättelystä täydelliseen ymmärtämättömyyteen, jolloin sairastunut saattaa esimerkiksi lähteä liikkeelle, vaikka kaatuminen on hyvin todennäköistä. Hoitohenkilökunta voi auttaa antamalla realistisia havaintoja toimintakyvystä oiretiedostuksen vahvistamiseksi. Kannustava työote on tässä kohtaa tärkeä. Myös sopimattoman käyttäytymisen osalta voidaan lisätä tietoisuutta puhumalla suoraan loukkaavasta käytöksestä, koska sairastuneella ei aina ole kykyä arvioida oman käytöksensä vaikutusta toisiin ihmisiin. Se että oppii tunnistamaan ja hallitsemaan omia tunteitaan ja käyttäytymistään on iso osa neuropsykologista kuntoutumista. (Aivotalo 2018.)

3.5 Psyykkisen ja sosiaalisen terveyden huomionti

Äkillisesti muuttunut toimintakyky ja yhtäkkinen avuntarve voi herättää monenlaisia tunteita ja on luonnollista tuntea hämmennystä, vihaa, ahdistusta tai avuttomuutta. Ympäristön tuki on tärkeää, koska ammattilaiset, perhe, ystävät ja vertaiset voivat auttaa sopeutumaan. (Aivotalo 2018.) Psyykkinen ja psykososiaalinen tuki, sekä omaisten huomionti kuuluvatkin kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen. Sosiaalista osallistamista voidaan tukea ryhmäkuntoutuksilla tai ohjaamalla sopeutumisvalmennuksiin ja vertaistuen piiriin. (Aivoinfarkti ja TIA 2020.)

Kokonaisvaltaisuus ja psyykkisen tilan merkitys tulee ilmi myös puolalaisessa kuntoutuskeskuksiin suunnatussa tutkimuksessa. Tutkimus antoi viitteitä, että elämän merkityksellisyys lisää positiivisempia kokemuksia fyysisistä harjoituksista ja näin ollen vaikuttaa epäsuorasti myös fyysiseen paranemiseen. (Czekierda, Keller, Knoll, Luszczynska & Zarychta 2019.)

Aivovaurioiden jälkeen esiintyy usein väsymystä joka voi ilmetä hyvin äkillisesti eikä tunnu olevan aina suhteessa rasituksen määrään. Väsymys taas lisää kuormittavuutta, vaikuttaa mielialaan ja vaikeuttaa keskittymistä. Onkin tärkeää huomioida mahdollisia väsymyksen taustalla olevia tekijöitä, kuten unenlaatu tai sairauden tuomat kivut. Sairauteen liittyy isoja tunnereaktioita ja väsymyksen taustalla voi olla myös masennus. (Aivotalo 2018.) Eri tutkimusten mukaan masennusta esiintyykin 20-65%:lla sairastuneilla (Kauhanen, 231-242). Masennuksen ollessa aivoverenkierrohäiriön jälkeen vakava, alidiagnosoitu ja alihoidettu ongelma, tulisi sen hoitoon kiinnittää huomiota (Aivoinfarkti ja TIA 2020).

4 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Projektin tarkoituksena oli järjestää 2 kehittämissiltapäivää aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen tukemisesta Kalajoen terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunnalle.

Tavoitteet olivat:

1. Henkilökunnan tiedollisen osaamisen lisääntyminen avh-potilaiden kokonaisvaltaisesta kuntoutumisen tukemisesta.
2. Henkilökunnan asenteellisen osaamisen lisääntyminen: motivaation nostaminen perustelun ja potilasnäkökulman kautta
3. Henkilökunnan taidollisen osaamisen lisääntyminen: kehittyminen kuntoutuksen suunnittelussa.
4. Opinnäytteen tekijän ammatillinen kasvu

Pidemmän aikavälin tavoitteena oli kuntoutustyön kehittyminen, sekä avh-potilaiden kuntoutumisen edistyminen Kalajoen terveyskeskuksen vuodeosastolla.

5 OPINÄYTETYÖN PROJEKTI PROSESSINA

Vilka & Airaksinen kuvaavat toiminnallisen opinäytetyön vaatimuksia seuraavasti; työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu sekä alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava. Hyvän opinäytetyön aiheen valinnassa he nostavat esiin aiheen kiinnittymisen koulutusohjelmaan, tietojen ja taitojen syventämisen itseä kiinnostavaan aiheeseen sekä yhteyden luomisen työelämään. Toimeksiantajan löytymistä pidetään toiminnallisessa opinäytetyössä suotavana, koska sen nähdään lisäävän vastuuntuntoa ja opettavan projektinhallintaa sekä tiimityöskentelyä. (Vilka & Airaksinen 2003, 10-17.)

Kehittämissiltapäivien toteuttamista varten laadittiin toimintasuunnitelma, jolla pyrittiin jäsentämään Vilkan ja Airaksisen kirjassa esitetyt kysymykset; mitä tehdään, miksi tehdään ja miten tehdään (Vilka & Airaksinen 2003, 26). Myös Paul Silfverberg esittää onnistuneiden hankkeiden perustaksi huolellisen pohjatyön; jotta kehittämishankkeen vaikutukset olisivat kestäviä, on hankkeen rajaus ja toimintamallien suunnittelu jo alkuvaiheessa tärkeää. (Silfverberg 2007.) Projektissa pyrittiin noudattamaan suunnitelmaa mahdollisimman tarkasti mutta ei joustamattomasti. Tämä osottautui oleelliseksi osaksi projektin toteutusta, koska vallitseva koronapandemia teki nopeita muutoksia kehittämispäivien ajankohtaan, henkilömäärään sekä käytettävissä olevaan aikaan. Projektin osapuolilta vaadittiin joustavuutta, jotta toteutuksen sisältö ei kärsisi liikaa muutoksista.

5.1 Aiheen rajaus, kohderyhmä ja hyödynsaajat

Kiinnostus neurologisiin sairauksiin sekä kuntouttavaan työttöseen ohjasi aiheen alustavaa rajausta. Tiedonhankinnan kautta aihe rajautui avh-potilaiden kuntoutumisen edistämiseen perustason vuodeosastolla. Tämän myötä otin yhteyttä Kalajoen terveyskeskuksen vuodeosaston osastonhoitajaan kartoittaakseni yksikön tarpeita kehittää avh-potilaiden kuntoutusta. Aihe koettiin ajankohtaiseksi ja sitä tuki myös Kytke-hankkeen loppuraportti (Saarela & Seppä ym. 2012). Yhteistyökumppanin varmistuttua aihe rajautui käytäntöihin jotka ovat toteutettavissa kyseisen vuodeosaston toimintaympäristössä. Tutkimusta tehdessä moniammatillisuus sekä kuntoutuksen suunnittelu nousivat usein esiin, joten aiheet sulautettiin osaksi kehittämispäivää. Aineistoa

rajaavia tekijöitä olivat lisäksi pääsääntöisesti lähihoitajista ja sairaanhoitajista muodostuva kohderyhmä ja sisältö muodostettiin niin, että kohderyhmä voisi tuoda oppimiaan asioita käytäntöön. Näin ollen aikaa ei käytetty liikaa muiden ammattiryhmien, kuten puheterapeuttien tai toimintaterapeuttien käyttämiin menetelmiin. Hoitajien toimiessa hyvin lähellä potilasta haluttiin kuitenkin tuoda ilmi heidän roolinsa oirekuvissa, joissa kuntoutukseen vaaditaan mahdollisesti muidenkin ammattiryhmien osaamista. Tällä haettiin kokonaisvaltaisempaa käsitystä ja oireiden tunnistamista hoitajien toimiessa potilaan viestinviejinä muille hoitaville tahoille. Työyhteisössä toimi fysioterapeutteja ja heidät haluttiin mukaan kehittämisiltapäivään, jotta heidän ammattitaitoaan voitaisiin hyödyntää koulutuksessa ja ammattiryhmien välille saataisiin vuorovaikutusta ja ideointia. Fysioterapeuttien vastaus osallistumiseen oli alusta asti myönteinen.

Osa kehittämisiltapäivän sisällöstä pohjautui henkilökunnalta saatuun näkemykseen kehittämisen tarpeista. Tällä tavoiteltiin yleisemmällä tasolla todennettujen kehittämistarpeiden rinnalle tietoa, jolla hanke pystyttiin rajaamaan juuri tälle kohderyhmälle sopivaksi. Hyödynnettäväksi pyrittiin saamaan lähihoitajien, sairaanhoitajien, esimiehen sekä fysioterapeuttien näkökulmaa. Tämä nojaa näyttöön siitä, että moniammatillisuus on merkittävä osa kuntouttavaa toimintaa (Winstein, Stein ym. 2016; Aivoinfarkti ja TIA 2020; Koskinen 2016). Selvitys oli henkilökunnalle yhteisesti täytettävä kyselylomake, jonka ainut tutkimuksellinen tavoite oli muodostaa työyhteisön näkemykseen pohjautuvaa aiheenrajausta kehittämisiltapäivää varten (LIITE2). Kyselyn tulosten näkyessä raportissa vastaajien näkökulma huomioitiin kuitenkin saatekirjeessä. Saatekirjeestä ilmeni kyselyn tarkoitus, anonyymi vastaaminen ja mihin vastauksia tullaan käyttämään (Airaksinen & Vilka 2003, 59).

Kehittämistarpeiden hahmottamisen lisäksi sidosryhmän suunnitteluun osallistamisen sanotaan edistävän kaikkien osapuolten sitoutumista projektiin (Silfverberg). Työyhteisön sitoutuminen olikin tärkeä osa projektia, jotta saatu tieto siirtyisi hyödynnettäväksi käytäntöön ja hanke olisi kohderyhmälle merkityksellinen. Myös terveysalan opettajan käsikirjassa tuodaan vahvasti esiin pyrkimys vaikuttaa tietojen ja taitojen rinnalla ”olemisen tapaan” (Saaranen & Salminen ym. 2016).

Projektin hyödynsaajat riippuen avh-kuntoutuksen kehittymisestä:

1. Vuodeosaston henkilökunta ja opinnäytteen tekijä; ammatillisen kehittymisen myötä
2. Avh-potilaat; aktiivisemmän kuntoutuksen ja paremman toimintakyvyn myötä.
3. Kalajoen kaupunki; potilaiden myöhäisemmän hoidontarpeen vähenemisen myötä

5.2 Aikataulu

5/2020: Projektisuunnitelman aloitus

7/2020: Aiesuunnitelma yhteistyökumppanin kanssa

12/2020: Osapuolten hyväksymän opinnäytesuunnitelman valmistuminen

1/2021: Tutkimuslupa palautekyselyyn

5/2021: Kehittämisiltapäivät

Kehittämisiltapäivien ajankohtaa siirrettiin tarkoituksella alkuperäistä ajatusta kauemmas koronatilanteen vuoksi, kunnes päivämäärä lukittiin toukokuulle 2021 ja toteutus saatiin järjestymään sovittuna ajankohtana rajoituksista huolimatta. Alunperin varatut kokoustilat peruttiin viikkoa aikaisemmin paikallisesti pahentuneen koronatilanteen vuoksi ja uudet tilat sekä kahvitukset varattiin terveyskeskuksen ruokalasta. Raportin kirjoittaminen sekä palautteen analysointi aloitettiin heinäkuussa 2021.

5.3 Projektiorganisaatio; Vastuut, kustannukset ja riskit

Projektiorganisaatio:

Projektin vetäjä: Jaana Joensuu, työelämäohjaajat: apulaisosastonhoitaja Laura Koutonen & osastonhoitaja Päivi Katajisto, Oulun ammattikorkeakoulun edustajat: Mari Vihelä & Kirsi Myllykangas, kuvittaja: Venla Moisala, sekä Kalajoen terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunta.

Viestintä yhteistyökumppanien kanssa tapahtui sähköpostilla, puheluilla sekä tapaamalla etäyhteydellä tai lähipalaverissa. Projektin vetäjä huolehti riittävästä yhteydenotoista. Yhteistyösopimus laadittiin kaikkien opinnäytetyön osapuolten ollessa tyytyväisiä suunnitelman laatuun. Yhteistyösopimuksessa sovittiin työn käyttöoikeuden luovuttamisesta toimeksiantajalle sekä tekijänoikeuden säilyttämisestä tekijällä.

Vuodeosaston esimiehen tehtävänä oli sisällyttää kehittämispäivät työntekijöiden työvuoroihin. Päivämäärä sovittiin työvuorosuunnittelun ollessa toukokuun osalta ajankohtainen. Koulutus järjestettiin kaupungin tiloissa ja tilojen suhteen huomioitiin powerpoint esitysgraafikan käyttäminen sekä ryhmän mahdollisuus ryhmätyöskentelyyn. Esitysmateriaali testattiin vastaamaan ajallisia resursseja ja tekniikan toimivuus tarkistettiin ennen kehittämistilaisuutta. Tiloihin oli tutustuttu etukäteen. Tilaisuuden alkuun järjestettiin kahvitarjoilu vuodeosaston kustantamana. Vuodeosastolle koituvat kokonaiskustannukset olivat 60e. Suojamaskien käyttö mahdollistettiin koronatilanteesta johtuen ja maskit sai käyttöön työyksikön kautta.

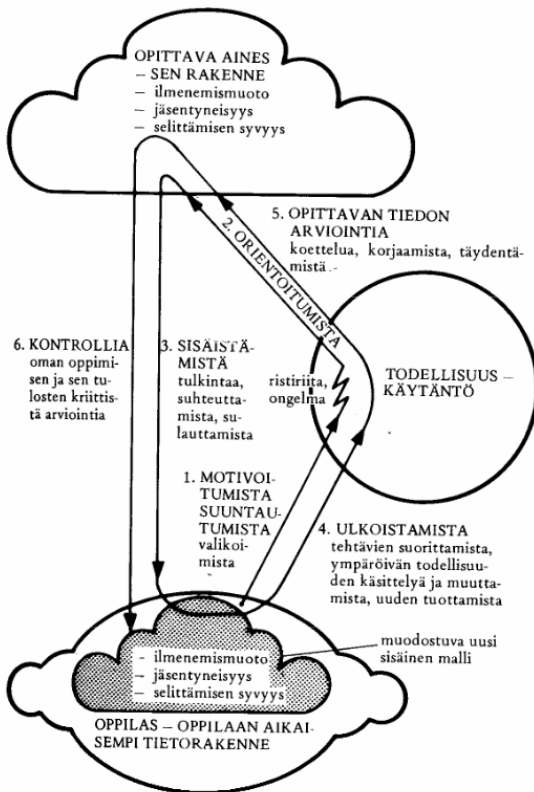
Koronatilanteen huonoon ennustettavuuteen varauduttiin sillä ajatuksella, että työyksikön tiloja ja etäyhteyksiä voitiin hyödyntää ja suunnitelma tiivistetystä kehittämispäivästä oli olemassa. Sisällön muuttaminen rajoituksia myötäilevään muotoon oli projektin vetäjän vastuulla. Yhden ihmisen ollessa päävastuussa projektin toteuttamisesta, myös riski estymisestä oli tietysti olemassa. Tässäkin tilanteessa tallenteen käyttäminen etäyhteydellä olisi ollut mahdollinen vaihtoehto. Tilaisuuden sisältäessä ryhmätyöskentelyä ja ryhmän osallistamista, oli tietysti selvää, että päivän sisältö todennäköisesti kärsisi etätyöskentelystä. Tämän vuoksi päädyttiin ryhmäkokojen pienentämiseen ja materiaalin videoimiseen jatkokäyttöä varten, jotta mahdollisimman moni voisi osallistua ja koulutusmenetelmien vaikuttavuus saataisiin maksimoitua.

6 KEHITTÄMISILTAPÄIVÄN MENETELMÄT JA RAKENNE

Koulutustaitojen ja aineiston hankintaan käytettiin molempien alojen julkaisuja ja kirjallisuutta. Projektia pyrittiin suunnittelemaan innovatiivisella otteella, kekseliäisyyttä käyttäen. Reijo Siltalan väitöskirjaraportissa innovatiivisuus kuvataankin luovuutena, jolla on positiivisia vaikutuksia käytäntöön (Siltala 2010). Käytäntöön päästäkseen, tiedon tulee myös kulkea kohderyhmän oppimisprosessin läpi (Engeström 1982). Tämän vuoksi projektin suunnittelu vaati ymmärrystä myös oppimisen teorioista.

6.1 Koulutusmenetelmät

Yrjö Engeströmin teos perustietoa opetuksesta kuvailee syvällisen oppimisen vaatimuksina kolme tärkeää asiaa; opiskeluun motivoituminen, opittavan sisällön jäsentyminen sekä oppimisprosessin eteneminen. Ensimmäiseksi on ymmärrettävä opittavan asian arvo, jotta voidaan motivoitua eikä pelkästään suoriuduta koulutuksesta. Toiseksi orientoidutaan ja muodostetaan lähtökohdat ja perusta asioiden käsittelemiselle. Kolmas askel on muokata omaa ajattelua tiedon avulla, jotta voidaan toimia uudella tavalla. Seuraavaksi opittua voi ulkoistaa siirtämällä se käytäntöön, jolloin teoria alkaa elämään ja todellisia tuloksia voi muodostua. Tämän jälkeen opittua arvioidaan, haetaan sen rajoja ja löydetään kenties ongelmia jotka vaativat syvempää tutkimista. Lopuksi oppijan tulee tarkastella omaa oppimistaan ja pyrkiä parantamaan menetelmiään. (Engeström 1982.)



KUVA 4 Täydellisen oppimisen malli (Engeström 1982).

Kehittämisiltapäivien vaikuttavuutta tavoiteltiin yhdistämällä erilaisia opetusmenetelmiä. Eri menetelmien tarkoitus oli huomioida erilaisia oppimistylejä, sekä lisätä vuorovaikutusta opettajan ja oppilaan välille (Saaranen, Salminen, ym. 2016). Vuorovaikutus ja ryhmän huomioiminen nousevat esiin myös puhuttaessa innovatiivisuudesta opetusallalla (Siltala 2010). Monipuolisuudella pyrittiin pitämään oppiminen aktiivisena, mutta muistaen maltillisuus, jotta koulutusrunko pysyisi jäsentyneenä.

6.2 Kehittämisiltapäivien rakenne

Kehittämisiltapäiviä järjestettiin kaksi ja osallistujia oli yhteensä 18. Kehittämispäivien aikaan vallitsi 10 hengen henkilörajoitus ja osallistujamäärä oli alkuuperäissuunnitelmaa suppeampi. Tästä johtuen koulutusmateriaali videoitiin ja julkaistiin Youtubessa. Näin ollen sitä pystyi hyödyntämään myös henkilökunta joka ei päässyt kehittämistilaisuuteen. Kehittämistilaisuuden kesto oli 1h 45min ja koostui seuraavista alla mainituista osioista.

6.2.1 Motivoiva aloitus potilasnäkökulman kautta 15min

Tilaisuuden alussa osallistujille näytettiin 10min pituinen video aivoverenkiertohäiriöpotilaiden ja heidän omaistensa kokemuksista (Joensuu 2021a). Video rakennettiin muutaman lauseen mittaisista kokemusasiantuntijoiden kertomuksista. Tähän käytettiin aineistoa seuraavista lähteistä; Mari Kukkosen pro-gradututkielma: Neljän afaattisen puhujan kertomuksia aivoverenkiertohäiriöstä elämäntarinan muuttajana (Kukkonen 2015), Aivoliiton video: Kuin salama kirkaalta taivaalta (Aivoliitto 2016), Raakel Karppisen opinnäytetyö: ”Auttakaa kuntouttakaa!”: Aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden kokemuksia alkuvaiheen kuntoutuksesta (Karppinen 2019) sekä Annika Rentolan kirja; Pystytkö sanomaan perkele-15 tarinaa aivohalvauksesta (Rentola 2013). Sairastuneiden kokemuksista jokainen oli yksilöllinen, joten myös tunnetila niissä vaihteli. Videon taustamusiikiksi valitsin instrumentaalisen kappaleen, jossa mielestäni yhdistyi luopumisen melankolia, sekä toisaalta toiveikkaus. Kokemusmaailman avaamisella pyrittiin nostamaan esiin tunteita ja potilaan näkökulmaa. Tällä tavoiteltiin Engeströmin mallin mukaista motivointia heti kehittämistilaisuuden alussa: Motivaatiosta tulee sisällöllistä kun oppija ymmärtää opittavan asian arvon. (Engeström 1982). Potilaiden tarinan kertominen pohjautuu osiltaan myös draamalliseen menetelmään. Joronen kuvaa terveysalan opettajan käsikirjassa toisen rooliin eläytymisen mm. mahdollisuutena vahvistaa hoitotyössä tarvittavaa empatiaa (Joronen 2016, 124-128). Videon jälkeen kysyttiin sen herättämistä ajatuksista.

6.2.2 Orientoituminen ja oppiminen teorialuennon kautta 45min

Tietoa aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntotuksesta on paljon ja pitkältä aikaväliltä, eikä luennon ydin ollut niinkään tuoda ilmi uutta mullistavaa tietoa kuntoutuskäytännöistä, vaan enemmänkin herätellä ja syventää jo jollain tasolla olemassa olevaa ammattitaitoa. Tähän pyrittiin käytäntöjen kertaamisella ja perustelemalla niiden merkitystä esimerkkejä ja havainnollistamista hyödyntäen. Myös teorialuento videoitiin (Joensuu 2021b). Luennon esitysgrafiikkaohjelmalla toimi Powerpoint, jonka ensimmäisen sivun kuvalla pyrittiin herättämään tunteita ja mielikuvia aivoverenkiertohäiriöpotilaan elämäntilanteesta. Sama kuva oli osana kokemuksista kertovaa

videota. Kuva syntyi taitelija Venla Moisalan visioinnin ja kynän kautta. Pyysin häntä piirtämään kuvan neglectistä, jossa toinen puoli maailmaa ikäänkuin lakkaa olemasta ja potilaan katse suuntaa pois tiedostamattomalta puolelta. Kehon symmetrian menettäminen on avh:ssa tyypillinen piirre myös muutoin kuin neglectin osalta ja mielestäni Venla vangitsi kuvaan ison palan monien sairastuneiden tarinaa ja toimintakyvyn menetystä, ei pelkästään heidän joiden oirekuvassaan on neglect.



KUVA 5 Venla Moisalan 2021 piirtämä opinnäytetyön kuvituskuva "Neglect" (Moisala 2021a).

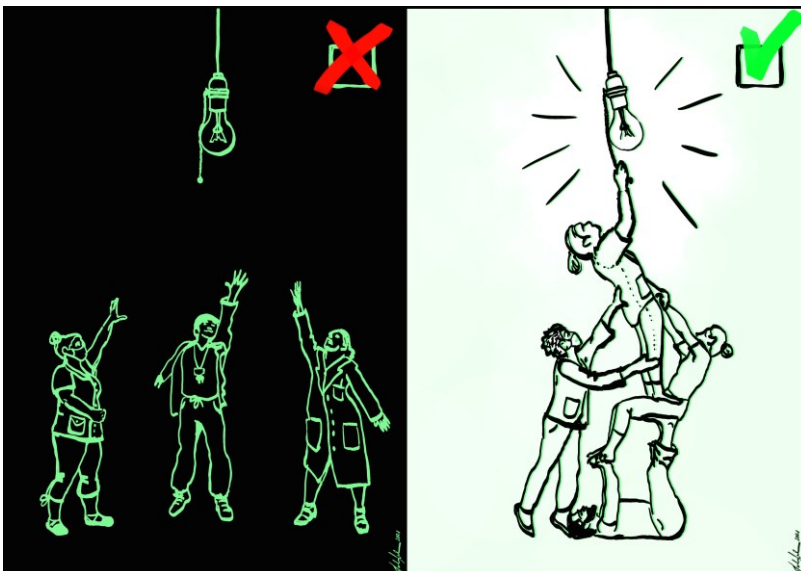
Luentorunko:

1. Aivoverenkiertohäiriöt lyhyesti; tyypit, esiintyvyys sekä merkitys yksilölle ja yhteiskunnalle. Kuntoutuksen rooli ja pääpiirteet aivojen toiminnallisesta rakenteesta.
2. Asentohoito, liikkuminen ja kuntoutus päivittäisissä toiminnoissa.
3. Muut kokonaisvaltaisessa kuntoutuksessa huomioitavat asiat ytimekkäästi; moniammatillisuus, neuropsykologiset oireet, kommunikointi, näönvaraiset toiminnot sekä psyykkisen ja sosiaalisen terveyden tukeminen

Henkilökunnalle tehdyn pohjakyselyn perusteella (LIITE2) tärkeimmäksi aiheeksi valikoitui asentohoito ja liikkumisen tukeminen ja tätä aihetta teoriaosuudessa käsiteltiin hieman tarkemmin. Pohjustuksena haluttiin kuitenkin käydä läpi minkälainen sairaus kuntoutuksen taustalla vaikuttaa, sekä muistutella mitä kaikkea kokonaisvaltaisessa kuntoutuksessa on huomioitava. Tällä tavoin tuettiin kokonaiskuvan hahmottamista, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kuntoutumisen ollessa

hyvinkin paljon toisiinsa kietoutuneita. Esitysgrafiikkaohjelmaan tuotiin keskeinen sanoma ja asiaa täydennettiin puheella (Saaranen & Sormunen 2016, 106-113). Teoreettisessa osuudessa mahdollistettiin oppiminen sekä näkemisen että kuulemisen avulla. Opetusta havainnollistettiin diojen kautta, käyttäen kuvia ja ydinsanoja sekä kertomalla vertauskuvia ja käytännön esimerkkejä. Luennoissa tavoiteltiin äänensävyä, joka ei olisi liian saneleva vaan innostaisi kuntouttavan hoitotyön pariin, niin että potilaiden kuntouttamista ei nähtäisi pelkästään ammatillisena vastuuna, vaan myös mahdollisuutena tehdä merkityksellistä työtä ja vaikuttaa positiivisesti yksilön elämänlaatuun ja tulevaisuuteen.

Moniammatillisuuden ja samansuuntaisen tiimityöskentelyn ollessa yksi vaikuttavan kuntoutuksen kulmakivistä, haluttiin kuvituskuva vahvistamaan sen merkitystä. Kuvailin taiteilija Venla Moisalalle ajatuksen siitä, miten kuntoutuksella raivataan potilaalle hermoyhteyttä, jota pitkin viesti jostain kehon toiminnosta pääsee kulkemaan. ”Kun kaikki ammattilaiset raivaavat polkua samaan suuntaan, samoilla menetelmillä ja samoja apuvälineitä käyttäen, se aukeaa nopeammin lähtöpisteestä maaliin. Jos taas raivaamme eri suuntiin, saamme useita lyhyempiä polkuja emmekä pääse maaliin niin tehokkaasti”. Tämän ajatuksen pohjalta Venla piirsi alla olevan kuvan, miten yhteistyöllä voimme kurkottaa paljon pidemmälle ja saada potilaan aivoissa ”lampun syttymään”. Yksin emme siihen yllä. Päivän jälkeen käydyissä keskusteluissa eräs osallistujista kertoi juuri tämän kuvan olleen asia joka koulutuksesta jäi vahvasti mieleen.



KUVA 6 Venla Moisalan piirtämä kuvituskuva moniammatillisesta tiimityöskentelystä (Moisala 2021b).

Kuntoutuksen varhainen aloittaminen on toimintakyvyn palautumisen kannalta oleellista ja aihe nousi toistuvasti esiin pohjatutkimuksissa joita kehittämispäivää varten tein. Halusin siis käyttää myös siinä jonkinlaista vahvistavaa vertauskuvaa:

Mitä meidän sitten tulisi tehdä kun saamme avh:n runnomat aivot sinne vuodeosastolle meidän hoivaamme. Meidän pitäisi ruveta muovailemaan. Ja kuntoutus on se työväline millä me niitä aivoja muovailaan. Vaikka hermokudos ei olekkaan herkimmästä päästä uusiutumaan, niin tiedetään kuitenkin että aivot on tiettyyn pisteeseen asti plastiset, eli muovautuvat. Ja on ihan tutkitusti merkittävää, että kun potilasta hoidetaan niin että otetaan ne vaurioituneet aivot ja aletaan muovailemaan niitä kuntoutuksen avulla hyvin aktiivisesti, niin lähtötilanteesta sanotaanko vaikka puoli vuotta eteenpäin, meillä on siinä toimintakykyisemmät aivot ja toimintakykyisempi ihminen. Kun taas jos me otetaan se muovailuvaha nimeltä aivot ja aletaan tarkastelemaan sitä ja todetaan että tällaiset jäljet se aivoinfarkti jätti ja ikäänkuin hyväksytään se ilman kuntoutustavoitteita. Heitetään se pöydälle kovettumaan. Niin kaikki tietää kuin helppoa sitä sitten puolen vuoden päästä on enään muovaila. (Joensuu 2021.)

6.2.3 Yhteistoiminnallinen kuntoutuksen suunnittelu 20min

Kehittämisiltapäivän viimeisessä osiossa osallistujat jaettiin kahteen ryhmään, joissa he suorittivat aivoverenkiertohäiriöihin liittyvän tehtävän. Tehtävät pohjautuivat kuvitteellisiin potilastapauksiin ja ryhmien tehtävänä oli pohtia toimintoja, joita he voisivat kirjata potilaan hoitosuunnitelmaan. Ryhmiä kehoitettiin pohtimaan hoitotyön toimintoja luennon pohjalta ja suositusten mukaisesti: psykososiaalisen, fyysisen sekä kognitiivisen kuntoutustarpeen kautta (Aivoinfarkti ja TIA 2020). Jotta harjoitus olisi käytännönläheinen ryhmiä pyydettiin ajattelemaan suunnitelmaa osana hoitosuunnitelmaa, jota he käytännön työssään potilaiden kanssa käyttävät ja toteuttavat. Tehtävä tehtiin kuitenkin yksinkertaistettuna niin että ryhmät kirjoittivat paperille konkreettisia hoitotyön toimintoja, joita he voisivat hoitosuunnitelmaan kirjata. Esimerkkinä käytettiin lausetta: ”potilaan aamupesut tehdään wc:ssä lavuaarin äärellä, peilin edessä”. Lopuksi ryhmät esittelivät suunnitelmansa muille osallistujille. Toiminnallinen osuus pohjautui simulaatio-opetuksen menetelmään, jonka nähdään tukevan yhteistyön tekemistä ja tuovan teoriaa ja käytäntöä yhteen (Saaranen & Vaajoki 2016, 114-122). Tehtävä nojasi myös yhteistoiminnallisuuden näkemyksiin positiivisesta sosiaalisesta riippuvuudesta ja vuorovaikutuksesta ryhmän jäsenten välillä, sekä yhdessä tehtävästä arvioinnista ja pohdiskelusta (Hellström, Johnson, Sahlberg & Leppilampi, 24).

6.2.4 Itserefleksio palautteen ja keskustelun kautta 25min

Käytännön ja teorian yhteyden ymmärtäminen nähdään syvällisen oppimisen edellytyksenä ja näin ollen opiskeltavan asian reflektointi on tärkeä osa syvällisempää oppimista. Hoitotyön päätökset vaativatkin usein kriittistä pohdintaa ja useiden eri näkökulmien tarkkailua. Tällainen kokonaisvaltainen käsitys vaatii reflektointia. (Saaranen & Salminen 2016, 181-191.)

Osallistujat saivat palautelomakkeen täytettäväksi heti kehittämistilaisuuden päätteeksi (LIITE1). Tällä varmistettiin että mahdollisimman moni täyttää lomakkeen. Reflektoidulla annettiin mahdollisuus käsitellä oppimiskokemusta sekä arvioida omaa oppimista, jotta ymmärtää sen rajoitteet ja tunnistaa tarpeet kehittyä (Saaranen & Salminen 2016, 181-191). Näin ollen palaute oli työkalu sekä projektin arviointiin että kohderyhmän itserefleksioon. Palautteen lisäksi tilaisuuden loppuun kuului vapaa keskustelutuokio ideointiin ja aiheen herättämien ajatusten purkuun.

7 VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTI JA LUOTETTAVUUS

Projektin vaikuttavuutta arvioitiin terveyskeskuksen henkilökunnan ja tekijän oman oppimisprosessin näkökulmasta. Vaikuttavuuden mittaaminen varsinaiseen kuntoutustyöhön tai potilaiden kuntoutumisen edistymiseen olisi vaatinut oman tutkimuksensa, vaikka se pitkän aikavälin tavoite olikin. Laajempia hyötyjä potilaiden kuntoutumiseen tai taloudellisuuteen voitiin siis vain arvailla. Laatutavoitteena oli toteuttaa kehittämisiltapäivä, jonka myötä henkilökunta saisi uutta osaamista, jota he myös veisivät eteenpäin käytännön työhön.

Palautekyselyn avulla hankittiin opinnäytetyön raporttiin tietoa toteutuneen koulutuksen hyödyllisyydestä ja mahdollisista kehittämistarpeista. Projektia arvioimalla haluttiin myös pohtia mahdollisia jatkohankkeita, joilla kuntoutusta voidaan kehittää edelleen. Palautteen aineisto kerättiin määrällistä menetelmää myötäillen. Kysymysten muotoilu vakioitiin eli kaikilta kysyttiin samat asiat, samalla tavalla ja samassa järjestyksessä (Vilkkä 2007, 28). Vastaaminen oli vapaaehtoista ja osallistujille annettiin informaatio palautteen tulosten näkymisestä opinnäytetyön raportissa. Lomake oli helposti täytettävissä ja nimetön. Palautteella mitattiin kokemuksia kehittämisiltapäivän osa-alueista ja vaikutuksia haluttiin mitata seuraavilla tasoilla; Mitä osallistajat pitivät tilaisuudesta, mitä he siitä oppivat ja miten se mahdollisesti vaikutti heidän toimintaansa (Koski & Kupias, 15). Jotta tulokset eivät vääristyisi kysymykset laadittiin mahdollisimman yksiselitteisiksi, jotta vastaajat ja palautteen laatija käsittäisivät ne samalla tavalla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1996, 226-227). Lomakkeessa hyödynnettiin mielipidemittauksissa paljon käytettyä Likertin asteikkoa (Vilkkä, 46). Tämän lisäksi palaute sisälsi avoimen kysymyksen sekä mahdollisuuden vapaaseen palautteeseen.

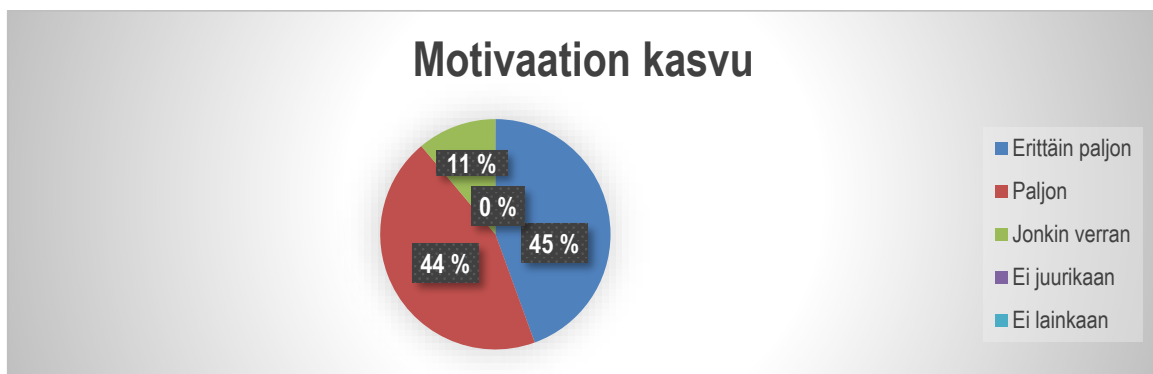
7.1 Palautekyselyn tulokset: tiedon, asenteiden ja taitojen lisääntyminen

Kehittämisiltapäiviin osallistui yhteensä 18 henkilöä, joista kaikki vastasivat palautekyselyyn. Kaikki vastaajat kokivat kehittämisiltapäivän erittäin hyödylliseksi. Vapaassa palautteessa nostettiin esille aiheen tärkeys ja kehittämisen tarpeellisuus. Uuden tiedon lisäksi osallistajat näkivät tärkeäksi muistutella ja palauttaa mieleen kuntoutuksessa oleellisia toimintamalleja.

”Oli piristävä ja hyvin toteutettu. Tärkeää muistutusta tärkeästä aiheesta ja ylipäätään potilaan hoidosta, miten siihen asennoidutaan”

56% koki käytetyt koulutusmenetelmät erittäin mielekkäiksi ja 44% hyvin mielekkäiksi. Näkemys menetelmien opettavaisuudesta jakautui vastaavalla tavalla. Hyvinä puolina nähtiin mielekäs ja selkeä esitys jossa oli kattavasti asiaa. Puolet vastaajista koki saaneensa uutta tietoa avh-potilaiden kuntoutuksesta paljon ja puolet jonkin verran.

Tiedollisen ammattitaidon rinnalla motivaation kasvattaminen oli vähintään tasavertainen tavoite, jonka saavuttaminen näyttäytyi kyselyssä positiivisena; 45% vastaajista koki motivaationsa nousseen erittäin paljon, 44% paljon ja 11% jonkin verran. Kehittämissiltapäivien nähtiin myös avaavan paremmin potilaan näkökulmaa sekä lisäävän ymmärrystä kuntoutuksen merkityksestä. Alun potilaskertomukset koskettivat henkilökuntaa ja herättivät keskustelua.



KAAVIO 1

Kuntoutuksen suunnitteluun painottuva osuus jäi huomattavasti alkuperäistä suunnitelmaa vaillinaisemmaksi, mutta 11/18 vastaajasta koki kuitenkin saaneensa jonkin verran uusia ideoita kuntoutuksen suunnitteluun. Osuus toteutettiin ryhmätyöskentelynä, joka koettiin mielekkäänä sekä moniammatillista yhteistyötä lisäävänä.

7/18 vastaajasta oli sitä mieltä että tulee hyödyntämään oppimaansa käytännön työssä erittäin paljon ja 11/18 näki hyödyntävänsä sitä paljon.

7.2 Oma ammatillinen kasvu

Vastuu projektista vahvisti osaamistani avh-potilaiden kuntouttamisessa, sekä lisäsi taitojani toimia ammattikuntaamme kehittävänä jäsenenä. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvoston julkaisemissa eettisissä suosituksissa opinnäytetyö kuvaillaankin ensisijaisesti opiskelijan oppimisprosessina, jolla on edistävä vaikutus opiskelijan asiantuntijuuteen, työelämätaitoihin ja ammatilliseen kasvuun (Arene 2020). Oppimisprosessin myötä kykenen tuomaan tutkittuja menetelmiä käytännön työhön sekä perustelemaan niitä työyhteisössä jatkossakin. Näin voin osaltani vaikuttaa kuntoutusta edistävästi avh-potilaiden hoitoketjussa.

7.3 Projektin luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta kuvaa hyvää tieteellistä käytäntöä seuraavilla termeillä; rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä. Tiedonhankinnassa sekä arvioinnissa tulee soveltaa eettisesti kestäviä menetelmiä ja tulosten julkaisun on oltava avointa ja vastuullista. Toisten tutkijoiden työtä huomioidaan asianmukaisilla viittauksilla, jotta heidän saavutuksensa saavat ansaitsemansa arvon. Tarvittavat tutkimusluvut tulee hankkia ja ennen tutkimusta on käytävä keskustelu kaikkien osapuolten oikeuksista, vastuista ja velvollisuuksista. Vastuu kuuluu koko tiedeyhteisölle, mutta hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta vastaa ensisijaisesti jokainen tutkija itse. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Hyvän tieteellisen käytännön periaatteet ovat ohjanneet myös tätä opinnäytetyötä.

Kehittämisiltapäivän aineisto rakennettiin tutkimustietoa ja asiantuntijalausuntoja hyödyntäen. Opinnäyteprosessin kuvaamisessa on tavoiteltu avoimuutta ja käytettyjä menetelmiä on perusteltu tutkimustiedolla. Projektia dokumentoitiin kirjoittamalla päiväkirjaa työn eri vaiheista, jotta projektin kuvaaminen raportissa säilyisi mahdollisimman luotettavana. Päiväkirjan avulla jatkuvaa arviointia pystyttiin tekemään koko projektin ajan, sekä oman pohdinnan että projektiorganisaation palautteen kautta. Vuorovaikutus yhteistyötahojen kanssa onkin ollut tärkeä osa projektin laaduntarkkailua. Opinnäytetyön arvioinnissa on kiinnitetty huomiota Vilkan ja Airaksisen esittämiin

kohtiin; työn idea, tavoitteiden saavuttaminen, sekä menetelmät joilla tavoitteita pyritään saavuttamaan (Vilkkä & Airaksinen 2003, 155-161).

Osallistunut henkilökunta oli minulle pääosin tuttua ja olen työskennellyt suurimman osan kanssa ainakin jossain määrin. Työyksikön tunteminen auttoi käsittämään sen antamia mahdollisuuksia ja sen mukaan myös sisällön rakentamista. Palautekyselyä ajatellen oma objektiivisuuteni oli kuitenkin kyseenalainen ja kyselyn perusteella tehtyä analyysiä ei voi pitää täysin luotettavana. Yksikön tuntemana henkilönä henkilökohtaiset asenteet ovat saattaneet vääristää palautetta sekä positiiviseen että negatiiviseen suuntaan, riippuen osallistujan suhteesta itseeni kehittämispäivien vetäjänä.

7.4 Jatkosuositukset

Projekti osoitti hoitohenkilökunnan kaipaavan säännöllistä kuntouttavan hoitotyön koulutusta. Palautekyselyn mukaan 1/18 vastaajasta näki lisäkoulutukselle tarvetta erittäin paljon, 8/18 paljon ja 11/18 jonkin verran. Koulutusta toivottiin järjestettävän mm. käytännön harjoituksina, kuten konkreettisina siirto-, asento- ja liikumisharjoituksina sekä kertaushetkinä fysioterapeuttien kanssa. Moniammatillisia kehittämis- ja yhteistyöpäiviä kaivattiinkin lisää, sekä ajatuksia myös toimintaterapeutin näkökulmasta. Säännöllinen koulutus olisi henkilökunnalle työkalu kuntoutuskäytäntöjen jäsentämiseen sekä ammattitaidon ylläpitämiseen. Koulutustarve on linjassa myös aiempiin tutkimustuloksiin nähden, joissa henkilökunnan kouluttaminen nähdään tärkeänä osana avh-kuntoutuksen kehittymistä (Koskinen 2016; Takala 2009; Saarela & Seppä ym. 2012).

Keskustelua käytiin myös kirjaamiskäytännöistä kuntoutuksen suunnitteluvaiheessa. Toisena jatkosuosituksena projekti esittääkin kuntoutuksen suunnittelun kehittämisen avh-potilaiden hoitosuunnitelmissa, jotta yksilöllisesti räätälöityjä kuntoutuksen tarpeita ja toimintoja olisi helpompi toteuttaa samansuuntaisesti. Avh-potilaan hoidossa kuntoutuksen rooli on toimintakyvyn palautumisen kannalta merkittävä, joten voisi päätellä sen olevan myös hoitosuunnitelmassa yksi potilaan päätarpeista (Aivoinfarkti ja TIA 2020). Myös aiemmissa selvityksissä kuntoutuksen suunnittelu on noussut yhdeksi kehittämistarpeeksi perusterveydenhuollossa (Koskinen 2016; Takala 2009).

Koska materiaali videoitiin, työyksikön on mahdollista hyödyntää sitä myös jatkossa opiskelijoiden tai uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutustuessani avh-potilaiden kuntoutuskäytäntöihin havaitsin, että löytämäni tieto oli jo varsin hyvin ammattilaistenkin löydettävissä. Myös yhteistyökumppanina toimivasta yksiköstä löytyi kattava materiaali Kytke-hankkeen pohjalta. Tästä huolimatta tutkimustulokset viestivät että avh-potilaiden kuntoutuskäytännöt kaipaavat kehittämistä (Koskinen 2016; Takala 2009; Saarela & Seppä ym. 2012; Kelan tutkimusosasto 2011; LIITE 2). Tämä nosti esiin ristiriitaa olemassa olevien suositusten ja käytännön toteutumisen välillä. Näin ollen jo projektin alkumetreillä suuntasin ajatukseni siihen, millä menetelmillä olemassa oleva tieto saadaan käytäntöön. Näkisinkin tärkeänä kiinnittää huomiota työelämäkoulutuksien suunnitteluun, jotta syvälinen oppiminen (Engeström 1982) toteutuisi ja saamamme tutkimustieto alkaisi elämään myös käytännössä.

Palautteen tulokset viestivät että kehittämispäiville oli tarvetta ja se koettiin hyödylliseksi. Henkilömäärärajoituksista sekä työvuorosuunnittelun haasteista johtuen ryhmäkoot olivat suunniteltua pienemmät ja iltapäivään käytettävissä oleva aika supistui merkittävästi. Tämän myötä vuorovaikutus teoriaosuudessa jäi yksipuolisemmaksi, kun osallistujilla oli vain lyhyt puheenvuoro luennon jälkeen. Myös potilaiden kokemuksista keskustelemiselle, sekä kuntoutussuunnitelmien käsittelemiselle oli alunperin jätetty enemmän tilaa, koska yhteisen toiminnan ja keskustelun kerrotaan tukevan teorian ja käytännön yhdistämistä (Hellström & Johnson ym 2015, 24; Saarinen & Vaajoki 2016, 114-122). Ajattelisin että syvälinemmän oppimisen näkökulmasta projektin laatu laskee tässä kohtaa, kun ryhmätyöskentely sekä itsereflektio tapahtui liian tiiviissä aikataulussa.

Yksittäisten kehittämispäivien kannalta materiaalin esittäminen videopohjaisena oli vähemmän vuorovaikutuksellinen kuin täysin livetilassa toimiva koulutus. Toisaalta videointi mahdollisti materiaalin jatkohyödyntämisen myös henkilökunnalle joka ei päässyt osallistumaan varsinaisina päivinä, sekä myös tulevaisuudessa uusille työntekijöille ja opiskelijoille. Videon ollessa julkinen, sitä voidaan hyödyntää myös muiden ammattilaisten käyttöön sekä opetuskäyttöön, jolloin se koskettaa alkuperäistä laajempaa kohderyhmää. Tämä puolestaan lisää vaikuttavuutta. Myös tutkimukset osoittavat videovälitteisen koulutuksen laajentavan koulutusmahdollisuuksia, kun opettaminen ei ole niin paljon sidottu aikaan ja paikkaan (Pirnes 2018). Materiaalin tallentamisella oli siis sekä positiiviset että negatiiviset puolensa.

Yhteenvedonä näkisin, että avh-kuntoutusta koskevalle kehittämistyölle on edelleen paikkansa. Kokemukseni mukaan terveyskeskuksissa hoidettavien ihmisten sairausryhmät ovat hyvin moninaiset, joten myös ammatillisen osaamisen täytyy venyä moneen suuntaan. Tämän myötä ammattilaisella voi tulla pitkiäkin aikavälejä avh-potilaiden hoitamisessa. Voisi päätellä, että kuntouttavan hoitotyön toimintamalleja joutuu tällöin palauttamaan mieleen eri tavalla, kuin esimerkiksi kuntoutusyksiköissä, joissa ne ovat jokapäiväisiä. Haasteensa tuonee myös oirekuvien laajakirjoisuus, jonka vuoksi kuntoutuksen sisällön hallinta vaatii henkilökunnalta laajaa tietämystä (Aivoliitto 2020c; Aivoliitto 2020a; Aivoliitto 2020b; Caplan 2005; Jehkonen, Nurmi ym.2020b; Jehkonen & Nurmi 2020; Winstein, Stein ym. 2016). Edellä mainituista seikoista johtuen, näkisin säännöllisen kouluttamisen avh-potilaiden kuntoutumisen tukemisesta olevan tärkeää ammattitaidon ylläpitoa perusterveydenhuollossa. Palautekyselyn mukaan yhteistyökumppanina toimineen vuodeosaston henkilökunnan kokemus oli samansuuntainen.

LÄHTEET

Aivoinfarkti ja TIA. Käypähoito -suositus 2020. Julk. 20.01.2020. Duodecim. Hakupäivä 1.6.2020, <https://www.kaypahoito.fi/hoi50051#s18>.

Aivoliitto 2016. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Julk. 12.2.2016. Youtube. Hakupäivä 10.7.2020, <https://www.youtube.com/watch?v=INjxgTF3wNI>.

Aivoliitto 2020a. Nielemisvaikeudet eli dysfagia. Hakupäivä 2.11.2020, <https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio/sairastumisen-jalkeen/muutokset/dysfagia/>.

Aivoliitto 2020b. Puheen ja kielen häiriöt: Afasia ja dysartia. Hakupäivä 2.11.2020, <https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio/sairastumisen-jalkeen/muutokset/kieli-puhehairiot/#dysartria>.

Aivoliitto 2020c. Muut toimintakyvyn neuropsykologiset häiriöt. Hakupäivä 2.11.2020, <https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio/sairastumisen-jalkeen/muutokset/muut-hairiot/>.

Aivotalo 2018. Aivot ja toimintakyky. Hakupäivä 2.11.2020, <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivot-ja-toimintakyky>.

Arene 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Hakupäivä 1.7.2020, http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382.

Bjålie, J. Haug, E. Sand, O. Sjaastad, Q. & Toverud, K. 2006. Ihminen: fysiologia & anatomia. 8.-13. painos. Helsinki: Sanopa pro oy.

Caplan, L. 2005. Stroke. Yhdysvallat: American academy of neurology.

Dawson, J. Lees, J. Chang, T. Walters, M. Ali, M. Davis, S. Diener, H. & Lees, K. 2007. Association Between Disability Measures and Healthcare Costs After Initial Treatment for Acute Stroke. American heart association. Hakupäivä 1.9.2020, <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.106.472381>.

Czekierda, K. Keller, J. Knoll, N. Luszczynska, A. & Zarychta, K. 2019. Links between meaning in life and physical quality of life after rehabilitation: Mediating effects of positive experiences with physical exercises and mobility. Hakupäivä 1.8.2020, <https://web-b-ebsohost.com.ezp.oamk.fi:2047/ehost/detail/detail?vid=27&sid=ca5e90c3-195d-4551-9265-572888bf89b4%40pdc-v-sessmgr06&bdata=JnNpdGU9ZWlhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=31671147&db=cmedm>.

Engeström, Y. 1982. Perustietoa opetuksesta. Helsinki: Valtiovarainministeriö. Hakupäivä 11.9.2020, <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10224/3665/engestr%c3%b6m1-175.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

Hellström, M. Johnson, P. Leppilampi, A. & Sahlberg, P. 2015. Yhdessä oppiminen- Yhteistoiminnallisuuden käytäntö ja periaatteet. Helsinki: Into kustannus oy.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 1996. Tutki ja kirjoita. 20 painos. Helsinki: Tammi.

Holmia, S. Murtonen, I. Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2003. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4-5., uudistettu painos. Porvoo:WS Bookwell Oy.

Jehkonen, Nurmi & Nurmi 2020a. Luokittelu, riskitekijät ja esiintyvyys. Teoksessa Kliininen neuropsykologia (toim.Mervi Jehkonen, Tiia Saunamäki & Laura Hokkanen). Oppiportti. Kustannus oy Duodecim. Hakupäivä 1.6.2020, <https://www.oppiportti.fi/op/npg01301/do>. Vaatii käyttöoikeuden.

Jehkonen, Nurmi & Nurmi 2020b. Aivoverenkiertohäiriöt ja niiden hoito. Teoksessa Kliininen neuropsykologia (toim.Mervi Jehkonen, Tiia Saunamäki & Laura Hokkanen). Oppiportti. Kustannus oy Dyodecim. Hakupäivä 1.6.2020, <https://www.oppiportti.fi/op/npg01302/do>. Vaatii käyttöoikeuden.

Jehkonen, Nurmi & Nurmi 2020c. Aivojen verenkierto. Teoksessa Kliininen neuropsykologia (toim.Mervi Jehkonen, Tiia Saunamäki & Laura Hokkanen). Oppiportti. Kustannus oy Duodecim. Hakupäivä 1.6.2020, <https://www.oppoportti.fi/op/npg01303/do>. Vaatii käyttöoikeuden.

Jehkonen & Nurmi 2020. Tarkkaavuuden yleishäiriöt. Teoksessa Kliininen neuropsykologia (toim.Mervi Jehkonen, Tiia Saunamäki & Laura Hokkanen). Oppiportti. Duodecim. Hakupäivä 1.6.2020, <https://www.oppoportti.fi/op/npg00506/do>. Vaatii käyttöoikeuden.

Joensuu, J. 2021a. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kokemuksia. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=jTrEDxnoppE>.

Joensuu, J. 2021b. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutumisen tukeminen. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=2vyHYPGe8Lo&t=429s>.

Joronen, K. 2018. Draama ja osallistava teatteri. Terveysalan opettajan käsikirja (toim. Terhi Saaranen, Meeri Koivula, Heidi Ruotsalainen, Carola Wärnå-Furu & Leena Salminen). Helsinki: Tietosanoma.

Kauhanen, M. 2015. Aivoverenkiertohäiriöt. 5. uudistettu painos. Teoksessa Fysiatria (toim. Jari Arokoski, Marja Mikkelsen, Timo Pohjolainen & Eira Viikari-Juntura). Helsinki: Duodecim.

Kauranen, Laari & Poutiainen 2020. Näköaisti ja sen häiriöt. Teoksessa Kliininen neuropsykologia (toim.Mervi Jehkonen, Tiia Saunamäki & Laura Hokkanen). Oppiportti. Kustannus oy Duodecim. Hakupäivä 1.6.2020, <https://www.oppoportti.fi/op/npg00801/do>. Vaatii käyttöoikeuden.

Karppinen, R. 2019. "Auttakaa kuntouttakaa, aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden kokemuksia alkuvaiheen kuntotuksesta. Oulun ammattikorkeakoulu. Sosiaali-ja terveystieteiden kehittämissä ja johtamistutkiminto-ohjelma YAMK, Opinnäyte. Hakupäivä 1.11.2020, https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/264836/Karppinen_Raakel.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

Kelan tutkimusosasto 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta (toim. Jaana Paltamaa, Maarit Karhula, Tiina Suomela-Markkanen, & Ilona Autti-Rämö). Helsinki. Hakupäivä 1.9.2020,

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24581/Hyvan%20kuntoutuskaytannon%20perusta.pdf>.

Koskinen, M. 2016. AVH:n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen 2013-2015. Aivoliitto. Hakupäivä 1.5.2020, https://dyajetwym1cg9.cloudfront.net/assets/files/4204/avh-kuntoutuksen_seurantatutkimuksen_loppuraportti.pdf.

Koski, M. & Kupias, P. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki. Sanoma Pro oy.

Koivula, M. & Salminen, L. 2016. Hoitotieteen didaktiikka. Teoksessa Terveysalan opettajan käsikirja (toim. Terhi Saaranen, Meeri Koivula, Heidi Ruotsalainen, Carola Wärnå-Furu & Leena Salminen). Tallinna: AS Pakett.

Kukkonen, M. 2015. Kun on sairas, sitten minä puhun sairaudesta; Neljän afaattisen puhujan kertomuksia aivoverenkiertohäiriöstä elämäntarinan muuttajana. Tampereen Yliopisto; Pro gradu. Hakupäivä 1.11.2020, <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98634/GRADU-1456475964.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Laine, T. Uusitalo, M. & Puumalainen, A. 2002. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö (toim. Ritva Salmenperä, Sinikka Tuli, & Maarit Virta) Helsinki: Tammi.

Moisala, V. 2021a. Neglect. Opinnäytetyön kuvituskuva. Tekijän hallussa.

Moisala, V. 2021b. Moniammatillinen tiimityöskentely. Opinnäytetyön kuvituskuva. Tekijän hallussa.

Nukari, J. & Poutiainen, E. 2020. Aivojen muovautuvuus ja kuntoutuminen. Teoksessa Kliininen neuropsykologia (toim. Mervi Jehkonen, Tiia Saunamäki & Laura Hokkanen). Hakupäivä 1.6.2020, <https://www.oppiportti.fi/op/npg03202/do>. Vaatii käyttöoikeuden.

Pirnes, T. 2018. Opetusvideoiden käyttäminen ammatillisessa koulutuksessa. Tietotekniikan pro-gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Hakupäivä 13.9.2021,

<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/57812/URN%3ANBN%3Afi%3Aaju-201805022415.pdf>.

Rentola, A. 2013. Pystytkö sanomaan perkele?: 15 tarinaa aivohalvauksesta. Helsinki; Schildts & Söderströms.

Saaranen, T. Salminen, L. & Sormunen, M. 2016. Oppimisympäristöt ja opetusmenetelmät opettajan työssä. Teoksessa Terveysalan opettajan käsikirja (toim. Terhi Saaranen, Meeri Koivula, Heidi Ruotsalainen, Carola Wärnä-Furu & Leena Salminen). Tallinna: AS Pakett.

Saaranen, T. & Salminen, L. 2016. Reflektio osana oppimista. Teoksessa Terveysalan opettajan käsikirja (toim. Terhi Saaranen, Meeri Koivula, Heidi Ruotsalainen, Carola Wärnä-Furu & Leena Salminen). Tallinna: AS Pakett.

Saaranen, T. & Sormunen, M. 2016. Tieto- ja viestintäteknikka opetuksessa. Teoksessa Terveysalan opettajan käsikirja (toim. Terhi Saaranen, Meeri Koivula, Heidi Ruotsalainen, Carola Wärnä-Furu & Leena Salminen). Tallinna: AS Pakett.

Saaranen, T. & Vaajoki, A. 2016. Simulaatio-oppiminen. Teoksessa Terveysalan opettajan käsikirja (toim. Terhi Saaranen, Meeri Koivula, Heidi Ruotsalainen, Carola Wärnä-Furu & Leena Salminen). Tallinna: AS Pakett.

Saarela, T. Seppä, J. Sipilä, M. & Virranniemi, L. 2012. KYTKE hanke: Loppuraportti. Oulun eteläinen osahanke. Hakupäivä 1.6.2020, <https://docplayer.fi/4531027-Kytke-hanke-1-3-2010-31-10-2012-asiakkaan-ja-kodin-kytkeminen-sosiaali-ja-terveydenhuollon-saumattomaan-hoito-ja-palveluketjuun.html>.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi: projektin vetäjän käsikirja. Helsinki. Hakupäivä 1.11.2020, http://www.rakennerahastot.fi/vanhat_sivut/rakennerahastot/tiedostot/esr_julkaisut_2000_2006/esitteet_ja_oppaat/oppaat/01_projektinvetajan_opas.pdf.

Siltala, R. 2010. Innovatiivisuus ja yhteistoiminnallinen oppiminen liike-elämässä ja opetuksessa. Turun yliopisto. Väitöskirja. Hakupäivä 1.6.2020, <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/63301/AnnalesC304Siltala.pdf>.

Terveyskylä 2018. Aivojen rakenne ja toiminta. Hakupäivä 20.6.2020, <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivokasvaimet/yleist%C3%A4-aivokasvaimista/aivojen-rakenne-ja-toiminta>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Hakupäivä 1.7.2020, <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/HTK-ohje-2012>.

Thl 2017a. Aivohalvaus. Hakupäivä 10.6.2020, <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/perfect/osahankkeet/aivohalvaus-stroke>.

Thl 2017b. Aivohalvaukset; kaikki kohtaukset. Hakupäivä 10.6.2020, https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/cvdr/first/fact_str_027.

Takala, T. 2009. AVH-kuntoutusprojektin loppuraportti. Aivohalvaus ja dysfasialiitto ry raportti:7. Hakupäivä 10.6.2020, https://dyajetwym1cg9.cloudfront.net/assets/files/4892/avh-kuntoutustutkimuksen_loppuraportti.pdf.

Toivanen 2016. Fyysisen aktiivisuuden ja aivojen tilavuuden yhteydet monozygoottisilla kaksosilla. Jyväskylän yliopisto: Liikuntalääketieteen pro-gradu tutkielma. Hakupäivä 1.11.2020, <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/50299/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201606143069.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa-määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki; kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2. painos. Helsinki:Tammi.

Winstein, C. Stein, J. Arena, R. Bates, B. Cherney, L. Cramer, S. Deruyter, F. Eng, J. Fisher, B. Harvey, R. Lang, C. MacKay-Lyons, M. Ottenbacher, K. Pugh, S. Reeves, M. Richards, L. Stiers, W & Zorowitz, R 2016. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. American heart association. Hakupäivä 1.9.2020, <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000098>.

Kiitos osallistumisesta kehittämisiltapäivään. Palautteesi on opinnäytetyön projektin arvioimisen kannalta ensiarvoisen tärkeä ja olisi hienoa jos antaisit hetkesi vastaamiseen. Palautteiden tulokset tulevat näkymään valmiissa opinnäytetyön raportissa, joka on julkinen. Palaute on nimetön eivätkä yksittäiset henkilöt ole siitä tunnistettavissa. Vaikutuksia halutaan mitata seuraavilla tasoilla; Mitä osallistujat pitivät tilaisuudesta, mitä he siitä oppivat ja miten se mahdollisesti vaikutti heidän toimintaansa.

Miten hyödylliseksi koit kehittämisiltapäivän?

1. Erittäin hyödylliseksi
2. Melko hyödylliseksi
3. Jokseenkin hyödylliseksi
4. En kovinkaan hyödylliseksi
5. En lainkaan hyödylliseksi

Olivatko kehittämisiltapäivässä käytetyt koulutusmenetelmät sinulle mielekkäitä?

1. Erittäin mielekkäitä
2. Hyvin mielekkäitä
3. Jokseenkin mielekkäitä
4. Ei kovinkaan mielekkäitä
5. Ei lainkaan mielekkäitä

Olivatko kehittämisiltapäivässä käytetyt koulutusmenetelmät mielestäsi opettavaisia?

1. Erittäin opettavaisia
2. Hyvin opettavaisia
3. Jokseenkin opettavaisia
4. Ei kovin opettavaisia
5. Ei lainkaan opettavaisia

Kuinka paljon sait uutta tietoa avh-potilaiden kuntoutuksesta?

1. Erittäin paljon
2. Paljon
3. Jonkin verran
4. En juurikaan
5. En lainkaan

Kuinka paljon sait uutta motivaatiota avh-potilaiden kuntouttamiseen?

1. Erittäin paljon
2. Paljon
3. Jonkin verran
4. En juurikaan
5. En lainkaan

Kuinka paljon kehittämisiltapäivä syvensi ymmärrystäsi kuntoutuksen merkityksestä?

1. Erittäin paljon
2. Paljon
3. Jonkin verran
4. Ei juurikaan
5. Ei lainkaan

Koetko hahmottavasi potilaan näkökulmaa paremmin?

1. Erittäin paljon
2. Paljon
3. Jonkin verran
4. En juurikaan
5. En lainkaan

Saitko uusia ideoita kuntoutuksen suunniteluun?

1. Erittäin paljon
2. Paljon
3. Jonkin verran
4. En juurikaan
5. En lainkaan

Tuletko hyödyntämään oppimaasi käytännön työssä?

1. Erittäin paljon
2. Paljon
3. Jonkin verran
4. En juurikaan
5. En lainkaan

Kaipaatko vielä lisäkoulutusta aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksesta?

1. Erittäin paljon
2. Paljon
3. Jonkin verran
4. En juurikaan
5. En lainkaan

Minkälaista lisäkoulutusta vielä kaipaisit avh-potilaan kuntouttamisen tueksi?

Vapaa palaute kehittämisiltapäivästä

Suunnittelen sairaanhoitajaopintojeni opinnäytetyönä kehittämisiltapäivää avh-potilaiden kuntoutumisen tukemisesta Kalajoen terveyskeskuksen vuodeosastolle. Henkilökunnan näkemys kehittämistarpeista olisi muiden tutkimustulosten rinnalle todella arvokas pohjatieto, jotta saisimme työyhteisöä parhaiten palvelevan kokonaisuuden. Kyselyn tulokset tulevat näkymään opinnäytetyöni raportissa. Tulosten ainut tutkimuksellinen tavoite on muodostaa työyhteisön näkemykseen pohjautuvaa aiheenrajausta kehittämisiltapäivää varten. Moniammatillinen näkökulma olisi tärkeä ja olisi hienoa jos mahdollisimman moni avh-potilaan hoitotyötä tekevä antaisi kokemuksensa projektin hyödyksi. Vastaaminen tapahtuu anonyymisti tämän saatekirjeen yhteydessä olevalle lomakkeelle. Kyselyyn voi vastata 18.10.2020 saakka. Kiitos jo etukäteen vastanneille.

- Jaana Joensuu

Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat toiminnanhaitat ovat laajakirjoisia. Missä asioissa näet eniten koulutustarpeita henkilökohtaisen osaamisen tai työyhteisön osaamisen näkökulmasta? Laita rasti niiden kohtien alle jotka kokisit kehittämisiltapäivässä tärkeiksi.

Asentohoito ja liikkumisen tukeminen (esim. halvausoireissa, tuntopuutoksissa)

X X X X X X X X X X X

Riittävän ja turvallisen ravitsemuksen varmistaminen (esim. nielemisvaikeuksissa)

X X X X X X X X X

Neuropsykologisten häiriöiden tunnistaminen ja huomionti (esim. tarkkaavuus, toiminnanohjaus, oiretiedostuksen puute, neglect, tahdonalaisten liikkeiden häiriöt, muisti, päättelykyky)

X X X X X

Kommunikoinnin haasteet ja niissä tukeminen (esim. puhumisen -, lukemisen - tai kuullun ymmärtämisen vaikeuksissa)

X X X X X X X X X X

Psyykkisen terveyden tukeminen

X X X X X X X