



Satakunnan ammattikorkeakoulu

Maarit Henriksson

AVH-YHDYSHENKILÖN ROOLI AVH-POTILAAN
KUNTOUTUSPROSESSISSA

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma

2008

AVH-YHDYSHENKILÖN ROOLI AVH-POTILAAN KUNTOUTUSPROSESSISSA

Henriksson Maarit
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Porin yksikkö
Kuntoutusohjauksen- ja suunnittelun koulutusohjelma
Kuntoutuksen ohjaaja AMK
Helmikuu 2008
Ohjaajat: Kangassalo, Ritva TtL, Saaristo, Sirpa SHO
YKL: 59.534
Sivumäärä: 75

Asiasanat: aivoverenkiertohäiriö, ohjaus, neuvonta, kuntoutusohjaus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten AVH-potilaan ohjaus ja neuvonta jatkuvat AVH-yhdys henkilön toteuttamana Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

Opinnäytetyön teoriaosassa käsiteltiin aivoverenkiertohäiriötä, lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvaa ohjausta, neuvontaa ja kuntoutusohjausta ja niitä ohjaavia lakeja sekä ohjausta ja neuvontaa työnä. AVH-yhdys henkilön työ eroaa selvästi kuntoutusohjaajan työstä.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena kysely tutkimuksena joulukuussa 2007. Kyselyn kohderyhmänä olivat Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella perusterveydenhuollossa toimivat AVH-yhdys henkilöt. Aineistonkeruun menetelmänä käytettiin avoimia kysymyksiä sisältävää kyselylomaketta. Kysely lähetettiin 13 AVH-yhdys henkilölle, joiden yhteystiedot oli saatu Aivohalvaus- ja dysfasialiiton ylläpitämästä AVH-yhdys henkilörekisteristä. Vastauksia tuli kahdeksalta AVH-yhdys henkilöltä, jolloin vastausprosentiksi saatiin 61,5 %.

Tulosten mukaan AVH-yhdys henkilön työ pitää sisällään ohjausta, neuvontaa ja informaatiota aivoverenkiertohäiriöstä sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Työ on myös ohjausta ja neuvontaa yhteistyötahoille sekä omalle työyhteisölle. AVH-yhdys henkilö toimii kuntoutumisen prosessin seuraajana, varmistajana ja tukena. Kenelläkään vastanneista ei ollut AVH-vastaanottoa, vaan työ toteutui oman työn ohessa.

AVH-yhdys henkilöt tekevät moniammatillista yhteistyötä. Yhteistyö toteutuu muun muassa lääkärin, fysio-, toiminta-, ja puheterapeuttien, hoitajien, sosiaalitoimen, Kelan, kotisairaanhoidon ja kuntoutuslaitosten henkilökunnan kanssa.

Kyselyssä kartoitettiin AVH-yhdys henkilöiden toiveita AVH-yhdys henkilön työn kehittämiseen. Toiveissa korostui koulutuksen tarve, työajan lisääminen AVH-yhdys henkilötoimintaan sekä AVH-potilaan seurantamenetelmien luominen yhteistyössä niiden henkilöiden kanssa, joita sairastunut kohtaa kuntoutusprosessissaan. Kyselyn tuloksia voidaan hyödyntää AVH-yhdys henkilötoimintaa kehitettäessä Satakunnan sairaanhoitopiirin alueen perusterveydenhuollossa.

THE ROLE OF A STROKE COUNCELLOR IN THE REHABILITATION PROCESS OF A STROKE PATIENT

Henriksson Maarit

Degree Programme in Rehabilitation Counselling

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Tutors: Kangassalo, Ritva, Licentiate of Health sciences and Saaristo, Sirpa, PT

February 2008

PLC: 59.534

Number of pages: 75

Key words: stroke, guiding, counselling, rehabilitation counselling

The purpose of this Bachelor's thesis was to find out how the counselling and guidance of a stroke patient, as carried out by a stroke counsellor, continue in the public health care in the Satakunta area.

In the theory part the following topics were discussed; stroke, counselling in medical rehabilitation, guidance and rehabilitation counselling. The laws that govern the previous topics were also discussed as well as counselling and guidance as a part of a profession. A stroke counsellor's work differs greatly from a rehabilitation counsellors work.

This qualitative study was carried out with a questionnaire in December 2007. The target group of this study were the stroke counsellors working in the public health care in the Satakunta area. The data collection method was a questionnaire with open questions. The questionnaire was sent out to 13 stroke counsellors. The contact information of these counsellors was derived from the stroke and dysfasia association register. Eight stroke counsellors replied to the questionnaire, adding up to an overall respond percent of 61, 5.

According to the results a stroke counsellor's work consists of counselling and guidance of the stroke patients and their relatives. The work also includes passing on information to other professionals and co-workers. A stroke counsellor follows and supports the rehabilitation process. None of the stroke counsellors had their own reception but rather worked as counsellors along side their professions.

The stroke counsellors work as a part of a multiprofessional team. The co-operation is carried out with doctors, physio-, speech-and occupational therapists, nurses, social services, Kela, home nursing and rehabilitation centers.

The issue of how the stroke counsellors would like to develop their work was also addressed in the questionnaire. The following topics emerged: the need for further education, having more time to carry out stroke counsellors duties and to create efficient follow up methods in co-operation with the different professionals a stroke patients encounters.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	5
2. AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT (AVH)	7
2.1. Aivoverenkiertohäiriöiden määrittely	7
2.2. Kustannukset	9
2.3. Aivohalvauksen riskitekijät	10
2.4. Kuntoutuminen	11
2.5. Terapiamuodot	13
3. AVH-POTILAAN KUNTOUTUSPOLKU	17
3.1. Moniammatillinen työskentely	19
3.2. Prosessinomaista kuntoutusta	22
3.3. Kuntoutussuunnitelma	24
3.4. Kuntoutusohjaus	28
3.5. Kuntoutusohjaaja	31
3.6. Yhteistyö	33
4. AVH-YHDYSHENKILÖ	35
4.1. Kolmas sektori toimijana	35
4.2. AVH-yhdyshenkilötoiminnan kuvausta	37
5. ASIAKASLÄHTÖINEN OHJAUS JA NEUVONTA	41
5.1. AVH-potilaan ohjaus ja neuvonta	43
5.2. AVH-potilaan ohjaus perusterveydenhuollossa	45
6. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	46
7. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	47
7.1. Tutkimuksen lähestymistapa ja menetelmä	47
7.2. Kohderyhmä ja aineiston hankinta	50
7.3. Analysointimenetelmä	51
8. TUTKIMUSTULOKSET	53
8.1. Vastanneiden taustatiedot	53
8.2. AVH-yhdyshenkilön työn erityispiirteitä	57
8.3. Yhteistyö AVH-yhdyshenkilöillä AVH-potilaan kuntoutusprosessissa	59
8.4. AVH-yhdyshenkilön rooli AVH-potilaan kuntoutuspolussa	61
8.5. AVH-yhdyshenkilön työn kehittämistarpeet	61
9. POHDINTA	62
9.1. Johtopäätökset	63
9.2. Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	66
10. YHTEENVETO	69
LÄHTEET	71
LIITTEET	

1. JOHDANTO

Kuntoutumista tukeva ohjaus ja neuvonta kuuluvat terveydenhuollossa kaikkien kuntoutusprosessissa mukana olevien työntekijöiden tehtäviin. Lainsäädännössä edellytetään, että kuntoutuja on ohjattavat niiden palvelujen piiriin, jotka häntä koskevat. Potilaan tiedonsaantioikeutta korostaa ohjaus- ja neuvontavelvoite. Tätä painotetaan laissa potilaan asemasta ja oikeudesta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Lehto, Kananoja, Kokko & Taipale. 2001, 92; Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002, 3.)

Ohjaus ja neuvonta ovat laaja-alaisia käsitteitä, joiden sisälle mahtuu monenlaisia vuorovaikutuksellisia toimintatapoja ja erilaisia tilanteita erilaisine tavoitteineen. AVH-potilaan kuntoutusohjaus on laaja-alaista jokapäiväistä selviytymistä tukevaa toimintaa. Ohjauksella ja neuvonnalla tuetaan kuntoutujaa ja hänen lähiyhteisöään sekä tiedotetaan kuntoutujan toimintamahdollisuuksiin liittyvistä palveluista. Palvelut keskittyvät erityisesti siihen, miten potilas selviytyy sairaalan ulkopuolisessa elämässä ja kotonaan. Myös asiakaskunnan ikääntymisen myötä heidän ongelmansa tulevat monimuotoisemmiksi ja niiden ratkaiseminen vie yhä enemmän aikaa. Kuntoutusohjaaja toimii yhdyshenkilönä kodin, sairaalan, kuntoutukseen ja hoitoon osallistuvien tahojen välillä. (Siirala 1999, 262; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ D 7.)

Kuntoutujan ohjautumista kuntoutusohjaukseen edesauttaa organisaatiossa luotu palveluketju eri sairaus- ja vammaryhmille. Turhat viivytykset kuntoutumisprosessin alussa huonontavat kuntoutujan kuntoutumismahdollisuuksia. Kuntoutusohjauspalvelun oikea-aikaisuus toteutuu parhaiten silloin, kun asiakkaiden hoitokäytäntöihin liitetään kuntoutussuunnitelman laadinta osaksi hoitosuunnitelmaa. (Mäensivu 1998, 41- 42.)

Kuntoutusohjauksen järjestämisvastuu on siirtynyt kunnalliselle terveydenhuollolle vuoden 1984 alusta. Kuntoutusohjaus on organisoitu keskussairaaloiden palveluksi osana lääkinällistä kuntoutusta. Kuntoutusohjaus on maksutonta ja avointa kaikille sitä tarvitseville. Kuntoutusohjaukseen ei tarvita lähetettä, joten se ei ole ainoastaan

lääketieteellisesti määritelty. Koska perusterveydenhuollossa ei ole montaa kuntoutusohjaajaa, niin tarvittaessa kuntoutusohjaajan palvelut ovat saatavissa erikoissairaanhoidosta. Kuntoutusohjaajan palveluita voivat käyttää kaikki kuntoutuksen piirissä olevat tahot; Kuntoutusohjaukseen sisältyy monien ammattiryhmien työn piirteitä ja kuntoutusohjaukseen sisältyy myös muiden kuin kuntoutuksen ohjaajien toimintaan.(Arvola 1998, 34; Toijanen 2003, 7-8.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden määrän lisääntyessä keskussairaaloitten kuntoutusohjaajat eivät ehdi heitä kaikkia tapaamaan. Ohjauksen ja neuvonnan tarve ei silti vähene. AVH-yhdyshenkilötoiminta on aloitettu kolmannen sektorin aloitteesta. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto on valtakunnallinen asiantuntijajärjestö, jonka tehtävänä on tukea aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden ja heidän omaistensa arjessa selviytymistä. Liitto toimii myös heidän edunvalvojanaan.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, miten AVH-potilaan ohjaus ja neuvonta jatkuvat Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella perusterveydenhuollossa AVH-yhdyshenkilön toteuttamana. Opinnäytetyön kyselytutkimus on luonteeltaan kartoittava ja kuvaileva. Tutkimuksen lähestymistapa on ensisijaisesti kvalitatiivinen, mutta osaa aineistosta tarkastellaan myös kvantitatiivisesti. Opinnäytetyön avulla pyrittiin selvittämään, miten AVH-potilaan ohjaus ja neuvonta on järjestetty, mitä se pitää sisällään ja ovatko eri paikkakuntien toimintatavat yhteneväisiä.

Opinnäytetyön tekijä on fysioterapeutti ja on työskennellyt pitkään AVH-potilaiden kanssa. Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutuksen myötä tekijä on halunnut kartoittaa yhden sairausryhmän ohjauksen ja neuvonnan jatkumista perusterveydenhuollossa. Opintoihin kuuluva harjoittelujakso erikoissairaanhoidossa antoi paljon tietoa ja koska potilaiden hoitoajat ovat yleensä erikoissairaanhoidossa lyhyitä, niin on mietittävä, miten ohjaus ja neuvonta jatkuvat perusterveydenhuollossa. Myös AVH-potilaiden suuri määrä asettaa haasteita kuntoutusohjaukselle.

2. AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT (AVH)

Aivoverenkiertohäiriöitä erotetaan kaksi pääryhmää: aivoveritulpat eli aivoinfarktit ja aivoverenvuodot, joista on käytetty yleisesti nimitystä aivohalvaus. Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) ovat kolmanneksi yleisin kansantautimme. Suomessa elää 50 000–60 000 aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta. AVH:öön sairastuu Suomessa vuosittain noin 14 000 kansalaista. Tavallisin AVH on iskeeminen aivoinfarkti (noin 75 %), loput ovat aivoverenvuotoja (n. 25 %, aivojen sisäinen verenvuoto), TIA-kohtauksia (ohimenevä aivoverenkiertohäiriö) ja lukinkalvon alaisia verenvuotoja (alle 10 %, SAV). AVH:n seurauksena on yleensä aivohalvaus, joka on aivokudoksen vaurioitumisesta johtuva aivojen toimintahäiriö. Aivoinfarktin tavallisimmat äkilliset oireet ovat toispuolihalvaus, toisen puolen raajojen heikkous ja/tai tunnottomuus tai holtittomuus, suupielen riippuminen, puheentuoton tai ymmärtämisen häiriö, näkökenttäpuutos, kaksoiskuvat, nielemisvaikeus sekä voimakas huimaus, tasapaino- ja kävelyvaikeudet sekä aivoverenvuodossa joskus kova päänsärky. Useimmiten oireet ovat kuitenkin kivuttomia. Aivoinfarktissa jokin aivoihin verta tuovista valtimoista tukkeutuu. Puuttuvan verenkierron alueella hermosolut kuolevat, mikäli tukos ei avaudu ajoissa. Aivohalvaus vaatii välitöntä hoitoa. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2005 Ehkäise aivohalvaus!, 3-6; Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry Aivoverenkiertohäiriöt; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ A 1.)

2.1. Aivoverenkiertohäiriöiden määrittely

Aivoinfarktin syynä on usein valtimokovettumataudin aiheuttama ahtauma. Kyseessä voi olla myös sydäimestä tai suuresta verisuonesta lähtöisin oleva aivoihin päätyvä hyytymä. Aivoverenvuodossa aivokudoksen sisään tai aivojen pinnalle (SAV) vuotaa verta verisuonen seinämässä olevan repeytymän seurauksena. Se voi syntyä verenpainetaudin vaurioittamasta suonesta, valtimon pullistumasta eli aneurysmasta tai vamman seurauksena. Aivojen toimintahäiriötä voivat aiheuttaa myös aivovamma, -kasvain tai tulehdus. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2005 Ehkäise aivohalvaus!, 3; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ A 1.)

TIA-kohtaus on ohimenevä aivoverenkiertohäiriö. Sen oireet muistuttavat aivoinfarktia, mutta menevät nopeasti ohi. Oireet kestävät yleensä vain muutaman minuutin tai enintään tunnin. TIA-kohtaus edeltää joka kymmenettä aivohalvausta. Toisaalta TIA:n sairastaneista vähintään joka kolmas saa myöhemmin pysyvän aivoinfarktin, suurin osa heistä jo lähiviikkojen kuluessa. Sairastettu TIA-kohtaus on siis vakava oire uhkaavasta aivoinfarktista. Se lisää aivohalvausriskiä jopa 10-kertaiseksi. TIA-kohtaukseen tulee suhtautua yhtä vakavasti kuin aivohalvaukseen, jotta sen syy voidaan selvittää ja estää aivoinfarkti oikein suunnatulla hoidolla. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2005 Ehkäise aivohalvaus!, 4.)

Neljännes aivoinfarktin sairastaneista on työikäisiä. Varsinaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle heistä jää vuosittain noin 850 henkilöä eli lähes joka kolmas, eli useampi kuin sepelvaltimotaudin johdosta. Nuorten aivoinfarkti johtuu usein sydänperäisestä syystä, valtimon sisäseinämän repeämästä tai veritulpalle altistavista tekijöistä. Iän myötä valtimosairauden ja etenkin pienten suonten taudin ja eteisvärinän osuus aivoinfarktin aiheuttajana kasvaa. Aivoverenvuodon syynä on useimmiten verenpainetauti ja pienten suonten tauti etenkin iäkkäillä, sekä joskus myös verenhennushoito. Valtimopullistumasta johtuva lukinkalvon alainen verenvuoto on tavallisempi nuorilla. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2008 Aivoverenkiertohäiriöt numerotietoina.)

Aivoverenkiertohäiriön oireet voivat olla hyvin vaihtelevia. Oireet riippuvat vaurion laadusta, laajuudesta ja sijainnista. AVH:n yleis- ja erityisoireita ovat hitaus, keskittymis- ja muistivaikeudet, päättelyn ja käsitteellisen ajattelun vaikeus, pakkoitku, masennus, neglect, hahmotusvaikeus, apraksia, vaikea kiputila, epilepsia, pakkoliikkeet, laskemisvaikeus ja lukihäiriö. Aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa pysyviä tai ohimeneviä halvausoireita raajoissa, näkökenttäpuutoksia (kahtena näkeminen, toisen tai molempien silmien näköhäiriö tai näkökentän supistuminen) tai häiriöitä korkeammassa aivotoinnissa, esimerkiksi kielellisissä kyvyissä (afasia), hahmotuksessa ja muistissa. Oireiden seuraukset ovat aina yksilöllisiä. Tavallisin aivoverenkiertohäiriön oire on toispuolen heikkous. Usein heikkouteen liittyy myös tunnon häiriintyminen. Toimintakyvyn häiriöt ovat erilaisia riippuen siitä, kummalla puolella aivoja vaurio sijaitsee. AVH:n sairastaneista noin kolmasosalle jää kielellisten kykyjen häiriöitä, afasiaa. Afasia ilmenee puheen tuottamisen, kuullun ymmärtämisen

tai molempien eriasteisena vaikeutena. Kielellisten toimintojen häiriöt vaikeuttavat myös lukemista, kirjoittamista ja laskemista. Afaattisia ihmisiä arvioidaan olevan noin 16 000- 17 000. Vaikka ennuste on parantunut, aivohalvaus aiheuttaa enemmän pysyvää vaikeaa invaliditeettia kuin mikään muu sairaus. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry Opas ammattihenkilöstölle 2005, 3, 5; Korpelainen, Kallanranta & Leino 2001, 225–226; Martikainen 2007; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ A 1.)

Aivoverenkiertohäiriöiden oireet alkavat yleensä hyvin äkillisesti. Ne ovat alkuvaiheessa voimakkaimmillaan ja lievenevät vähitellen ajan kuluessa. Vuosittain menehtyy vajaat 5000 aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta. AVH on kolmanneksi yleisin kuolinsyy. Kuolleisuus on vähentynyt 20 vuoden kuluessa alle puoleen. Eniten on laskenut aivoinfarktinkin akuuttivaiheen kuolleisuus. Nykyään noin 20 % kuolee 1 kk:n sisällä ja 10 % ensimmäisen 3 kk:n aikana. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2008 Aivoverenkiertohäiriöt numerotietoina; Martikainen 2007; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ A 1.)

2.2. Kustannukset

AVH on kolmanneksi kallein kansantautimme mielenterveyden häiriöiden ja dementian jälkeen. Kokonaishoitokustannuksiksi arvioidaan jopa 800 miljoonaa euroa vuodessa, joista pitkäaikaishoidon osuus on noin 200 miljoonaa euroa vuosittain. Akuuttihoitoon hinta on keskimäärin 5000 euroa, joka on alle 10 % elinikäisistä kustannuksista. Elinikäiset kustannukset ovat keskimäärin 60 000 euroa. Aivoverenkiertohäiriöt vievät terveydenhuollon budjetista yli 6 %. Suurin osa (80 %) kustannuksista syntyy ensimmäisen vuoden jälkeen eli sijoitus ennaltaehkäisyyn ja akuuttihoitoon kannattaa. Erikoissairaanhoidossa kuluu 400 000 hoitopäivää vuosittain ja perusterveydenhuollossa lisäksi 1 500 000 hoitopäivää vuosittain AVH-potilaiden hoitoon. On laskettu, että vuoteen 2020 mennessä tarvitaan 100 uutta vuodeosastoa pelkästään aivohalvauspotilaille, elleivät ennaltaehkäisy ja akuuttihoito tehostu. Akuutissa aivoinfarktissa liuotushoito pelastaa joka seitsemännen potilaan. Aivohalvausyksikkö parantaa kaikkien aivohalvauspotilaiden toipumisennustetta. Mikäli 10 % aivoinfarktipotilaista saisi liuotushoidon ja 80 % hoidettaisiin aivohalvausyksikössä, pelastuisi Suomessa vuosittain 1000 potilasta pysyvältä

laitoshoidolta tai kuolemalta, mikä vastaa 50 miljoonan euron säästöä joka vuosi. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2008 Aivoverenkiertohäiriöt numerotietoina.)

2.3. Aivohalvauksen riskitekijät

Aivohalvaus syntyy harvoin ilman yhtään selvää riskitekijää. Mitä useampi riskitekijä henkilöllä on samanaikaisesti, sitä suurempi riski on sairastua. Tärkeimmät hoidettavissa olevat riskitekijät ovat korkea verenpaine, tupakointi, sydäntautiteisvärinä, tyypin 2-diabetes, sairastettu TIA-kohtaus, kaulavaltimo-ahtauma, korkeat veren kolesterolipitoisuus ja rasva-arvot, runsas alkoholin käyttö, huumeiden käyttö, liikalihavuus, vähäinen liikunta, e-pillerit, tulehdustilat, uniapnea, migreeni, yli 55-vuoden ikä sekä pitkään kestänyt stressi. Riskien hallintaan pitää kiinnittää huomiota lapsuus-, nuoruus-, aikuis- ja vanhuusiässä. Ennaltaehkäisyssä tärkeintä on vähentää omaa sairastumisriskiään terveellisillä elämäntavoilla. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2005 Ehkäise aivohalvaus!, 8; Martikainen 2007.)

Korkea verenpaine on ylivoimaisesti tärkein riskitekijä, joka altistaa sekä aivoinfarktille että aivoverenvuodoille. Suomalaisista yli kolmasosalla on liian korkea verenpainetaso. Korkea verenpaine lisää aivohalvausriskiä vähintään 5-kertaiseksi, jopa yli 10-kertaiseksi, jos verenpaine on hyvin korkea. Kohonneen verenpaineen tehokas hoitaminen vähentää aivohalvausriskiä 5 vuodessa jopa 40 % ja samalla ehkäistään myös sairastumista sepelvaltimotautiin ja dementiaankin. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2005 Ehkäise aivohalvaus!, 9.)

Aivohalvausriskiä lisäävät ikä ja mies-sukupuoli. Sairastumisriski kaksinkertaistuu 55-ikävuoden jälkeen jokaista seuraavaa vuosikymmentä kohti. AVH:öön sairastuminen on jossain määrin myös perinnöllinen taipumus. Iän mukana myös muut riskitekijät, esimerkiksi sydänsairaudet lisääntyvät. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2005 Ehkäise aivohalvaus!, 15.)

2.4. Kuntoutuminen

Kuntoutuminen on asiakaslähtöistä toimintaa, jossa kaikki kuntoutujan arkea koskevat palvelut ovat tärkeitä. Kuntoutumisessa on aina kyseessä kuntoutujan toimintamahdollisuuksien luominen ja lisääntyminen. Lähtökohtana on aina kuntoutujan oma elämäntilanne, jonka perusteella asetetaan yksilölliset tavoitteet. Kuntoutustyöntekijät tukevat kuntoutumista tavoitteiden saavuttamiseksi. Tämän pitäisi näkyä koko kuntoutumisen prosessissa. Kuntoutujalla itsellään on keskeinen rooli kuntoutumisessaan. Ilman omaa aktiivisuutta ja sitoutumista yhteistyöhön ei kuntoutuminen etene. Kuntoutustarpeiden ja kuntoutujan voimavarojen kartoituksella luodaan pohja tavoitteiden asettamiselle ja siten koko kuntoutukselle. Niitä pitää havainnoida ja tarkistaa koko kuntoutusprosessin ajan. Tuntamalla eri palvelut ja edut kuntoutustyöntekijä varmistaa, että ohjaus, neuvonta ja tuki ovat juuri AVH-potilaalle ja hänen läheisilleen tarkoituksenmukaisimmat. Näin luodaan parhaat mahdolliset edellytykset kuntoutumiselle. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 13, 19, 31, 326.)

AVH-potilaan kuntoutuminen on nopeinta ensimmäisten kuukausien kuluessa aivohalvauksesta, mutta joskus se voi kestää vuosiakin. Joka toiselle aivohalvaukseen sairastuneelle jää oireita, jotka haittaavat arkielämää. Kuntoutumisennuste riippuu aivohalvauksen tyypistä, vaikeusasteesta, vaurion laajuudesta ja sijainnista, sekä vaurion aiheuttamista puutosoireista (halvausoireet, kielellisten ja muiden henkisten toimintojen ja pidätyskyvyn häiriöt). Lisäksi kuntoutuminen riippuu iästä, sairastumisesta edeltäneestä toimintakyvystä ja muista sairauksista, sekä työikäisillä työn vaatimuksista ja sosiaalisesta verkostosta. Kuntoutumisen tavoitteena on aina päästä mahdollisimman lähelle sitä toimintakykyä, mikä oli ennen sairastumista. Tavoitteet tulee asettaa realistisesti, mutta niiden on oltava riittävän korkeita. Tavoitteet asetetaan potilaan ja kuntoutumista ohjaavan ammattihenkilöstön yhteistyönä. Ammattihenkilöt voivat ohjata kuntoutumista ammattitaitonsa ja kokemustensa perusteella, mutta sairastunut asettaa omien arvojen perusteella tavoitteen kuntoutumiseensa. Tavoitteiden asettamisessa pitää ottaa huomioon eri ihmisten käsitykset elämän laadusta. Elämänlaatu voi merkitä hyvin erilaisia asioita eri henkilöille. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2005 Ehkäise aivohalvaus!, 16; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ D 1.)

Kuntoutumisen tavoitteita ei voida asettaa heti sairauden alussa. Vasta muutaman viikon jälkeen voidaan arvioida pitkän tähtäimen tavoitteita. Yleensä moniammatillista asiantuntijaryhmän yksilöllistä arviointia (lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä) tehdään noin kolmen kuukauden ajan sairastumisesta. Kuntoutusta tarvitseville potilaille tehdään kuntoutussuunnitelma. Kuntoutus aloitetaan kuitenkin heti sairauden alusta, kun potilaan tila on riittävän vakaa. Pienin osatavoittein edetään askel kerrallaan. Tässä vaiheessa on hyvä sopia kaikkien ammattiryhmien kanssa yhteneväisistä käytännöistä, jotta kaikki osapuolet toimivat samalla tavalla kohti yhteistä osatavoitetta. Tavoitteet voidaan asettaa tapahtuneen vaurion luonne huomioiden. Vaikeissa halvauksissa ei ole edellytyksiä kuntoutua samanlaiseen toimintakykyyn kuin lievissä halvauksissa, siksi on hyvä miettiä yhdessä kuntoutumisen edellytykset. Tieteellisen tutkimuksen kautta tiedetään, että kuntoutusta tarvitsevien tulisi saada hoitoa moniammatillisessa kuntoutusyksikössä, jossa annettavasta kuntoutuksesta on paras mahdollinen näyttö (näytönaste A, vahva tutkimusnäyttö). Aivoinfarktipotilaat hyötyvät tällaisesta kuntoutuksesta sairauden vaikeusasteesta tai iästä huolimatta. Moniammatillisesti toimivissa kuntoutusyksiköissä sairastumisen alkuvaiheessa hoidettujen kuolleisuus ja pysyvään laitoshoitoon jäämisen riski on pienempi kuin tavallisella vuodeosastolla hoidettujen. (Sivenius 2007, 12; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ D 1.)

Sairastuneista noin 40 %:n arvioidaan tarvitsevan lääkinnällistä kuntoutusta akuuttivaiheessa. Kuntoutuksen tarpeessa olevia potilaita arvioidaan olevan jopa 30 000. Arvio sisältää myös ylläpitävän kuntoutuksen tarpeen toimintakyvyn säilyttämiseksi. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2006 Aivoverenkiertohäiriöt numerotietoina.) Perussääntöjen mukaan yleensä kolme ensimmäistä kuukautta ovat nopean, sitä seuraavat kolme kuukautta kohtalaisen ja seuraavat puoli vuotta hitaan kuntoutumisen aikaa. Aktiivista kuntoutusta jatketaan niin kauan kuin oleellista toipumista tapahtuu. Akuuttivaiheen jälkeen jatketaan ylläpitävää kuntoutusta. Aktiivinen kuntoutuja voi oppia vielä jatkossakin uusia taitoja ja kehittyä taidoissaan. Toimintakykyä voidaan parantaa avokuntoutuksella kotiutumisen jälkeen vuoden kuluessa aivoinfarktista (näytönaste A, vahva tutkimusnäyttö). Tämä vaatii kovaa harjoittelua pitkän ajan. Intensiivisen kuntoutumisen loppuvaiheessa potilaan hoitovastuu siirretään joustavasti ”saattaen vaihtaan” perusterveydenhuoltoon. Tällöin sovitaan potilaan, omaisten ja vastuuhenkilöiden kanssa tarvittavista

kuntoutusjärjestelyistä. Kaikille kotiutuville potilaille, jotka voivat osallistua aktiivisesti kuntoutukseen ja joiden toimintakyky on heikentynyt, tehdään kuntoutussuunnitelma ja sitä tarkistetaan tarvittaessa potilaan tilan muuttuessa. Kuntoutumiseen vaikuttavat edullisesti nuoruus, motivaatio, hyvä fyysinen ja psyykinen yleiskunto, hyvä oppimiskyky ja läheisten tuki. Haitallisesti vaikuttavia tekijöitä ovat vaikea halvaus, aikaisempi halvaus, yli 80 vuoden ikä, dementia, neglect, apraksia ja huono yleiskunto. (Korpelainen ym. 2001, 230–231; Martikainen 2007; Sivenius 2007, 12; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ D 1.)

Kuntoutuminen vaatii usein kovaa työtä ja pitkäjänteisyyttä. Kuntoutujan oma motivaatio ja yritys ovat tärkeintä kuntoutuksessa, koska kukaan muu ei voi opetella asioita ja taitoja kuntoutujan puolesta. Ammattihenkilöt voivat ainoastaan ohjata sairastuneen harjoittelua. Riittävä uni ja hyvä yleinen terveydentila sekä harjoittelun mahdollistava ympäristö vaikuttavat suotuisasti kuntoutumiseen. Vakava sairastuminen aiheuttaa aina kriisin sekä potilaalle itselleen että hänen omaisilleen.” (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2005 Ehkäise aivohalvaus!, 17; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ D 1.)

AVH-potilaan lääkinällinen kuntoutus on kunnallisen terveydenhuollon ja sosiaalitoimen vastuulla. Toimintakykyä ylläpitävässä vaiheessa järjestämisvastuu on Kelalla, jos AVH on aiheuttanut potilaalle vaikeavammaisuuden ja potilas on alle 65-vuotias. (Kettunen ym. 2002,328–329; Korpelainen ym. 2001, 231.)

2.5. Terapiamuodot

Fysioterapiaa jatketaan akuutin vaiheen jälkeen intensiivisesti kuntoutusyksikössä. Sairastuneista lähes puolet tarvitsee kuntoutusta akuuttivaiheessa. Viime vuosina teratioissa ovat yleistyneet oppimisen teorioihin perustuvat menetelmät, joissa korostetaan sitä, että psyykkisten ja fyysisten tekijöiden, ympäristötekijöiden ja suoritettavan tehtävän asettamat vaatimukset vaikuttavat kuntoutumiseen. Tämän potilasta aktivoivan terapian edellytyksenä on, että terapiassa käytetään tehtäväkeskeistä

harjoittelutapaa ja käytetään suunnitelmallista manuaalista, suullista ja visuaalista ohjaamista. (Pyöriä 2007, 4, 7.)

Potilailla on usein erilaisia asennon- ja tasapainohallinnan vaikeuksia ja näin heillä on suuri riski kaatua liikkumisen ja siirtymisten yhteydessä. Siksi pystyasentoon totuttautuminen aloitetaan mahdollisimman varhain sairastumisen jälkeen. Vaiheittain edetään vuoteessa kääntymiseen, istuma-asennon hallintaan, pyörätuoliin siirtymiseen, seisoma-asennon hallintaan, kävelyyn ja päivittäisiin toimintoihin. Kuntoutuksen sisältö ja kesto määräytyvät AVH:n vaikeusasteesta ja sen aiheuttamista puutosoireista. Pienikin edistyminen tulisi huomata ja antaa siitä palautetta. Palautteen antaminen kuntoutujalle on tärkeää psykologisessa merkityksessä. Potilaat, joilla on toimintakyvyn ongelmia yli vuoden kuluttua aivoinfarktista, voivat hyötyä vielä fysioterapiasta. Eniten on näyttöä alaraajapainotteisista harjoitteista, joita tehdään vähintään kolme kertaa viikossa ainakin neljän viikon ajan (näytönaste C, niukka tutkimusnäyttö). Jyväskylän yliopiston tutkijaryhmä on aloittanut vuonna 1998 tutkimus- ja kehittämishankkeen ”Aktivoiva ja omatoimisuutta tukeva fysioterapia AVH-potilaiden kuntoutuksessa” yhdessä Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella toimivien fysioterapeuttien kanssa. Projektissa kehitettiin AVH-potilaiden aktiivista osallistumista tukevia terapiamenetelmiä ja yhdenmukaista arviointikäytäntöä AVH-potilaiden kuntoutuksesta vastaavien organisaatioiden välille. (Korpelainen ym. 2001, 229, 235; Pyöriä 2007, 5; Sivenius 2007, 13–14.)

Kodin ja lähiympäristön muutostöillä edistetään potilaan liikkumista ja omatoimisuutta. Apuvälineiden tarve arvioidaan yksilöllisesti ja niiden käyttöä ja sopivuutta arvioidaan säännöllisin väliajoin. Apuväline tarpeen arviointia tehdään potilaan koti- ja lähiympäristössä. Apuvälineiden antaminen viiveettä parantaa niistä saatavaa hyötyä ja potilaiden tyytyväisyyttä. (Sivenius 2007, 13–14.)

Toimintaterapia on oleellinen osa myös akuutin vaiheen jälkeen. Aivoinfarktin jälkitilaoireiden kuntoutuksessa on toimintaterapiasta erityisesti hyötyä päivittäisten perus- ja sekundaari toimintojen harjoittamisessa sekä yläraajan toiminnallisuuden parantamisessa. Päivittäisten toimien apuvälineiden tarkistaminen ja käytön ohjaus on tärkeä osa toimintaterapiaa. Lisäksi toimintaterapia lisää ja vahvistaa sosiaalista osallistuvuutta sekä yleistä aktiivisuutta. Kontrolloituja tutkimuksia toimintaterapian

tehosta yli vuoden kuluttua sairastumisesta ei ole (näytönaste D, ei tutkimusnäyttöä). (Sivenius 2007, 13–14.)

Puheterapialla tuetaan aivoinfarktin yhteydessä syntyneestä afasiasta, dysartriasta ja dysfagiasta toipumista. Puheterapian tavoite on parantaa kommunikointikykyä. Kyseessä on laaja-alainen kuntoutusmuoto, joka vaikuttaa havaintotoimintoihin, muistiin ja puhe-elinten toimintaan. Kielellinen tilanne on tutkittava kuntoutustarpeen arvioimiseksi ja sopivien kommunikaatiokeinojen löytämiseksi. Sairaalavaiheessa puheterapeutti toimii yhteistyössä moniammatillisen ammattiryhmän kanssa. Afasian hoidossa ei ole yksiselitteistä näyttöä puheterapian vaikutuksesta tai puuttumisesta. Intensiivinen puheterapia voi olla tehokas kroonisessa aivoinfarktiin liittyvässä afasiassa (näytönaste C, niukka tutkimusnäyttö). (Korpelainen ym. 2001, 237; Sivenius 2007, 13–14.)

AVH-potilailla on usein kognitiivisia yleis- ja erityishäiriöitä, joista tavallisimmat ovat muistin ja tarkkaavaisuuden, havaintokyvyn sekä loogisen ajattelun ja toiminnan häiriöt. Kognitiivisten häiriöiden kuntoutus toteutetaan neuropsykologisten menetelmien avulla tapauksissa, joissa se on arvioitu aiheelliseksi. Kuntoutus kohdennetaan kognitiiviseen häiriöön ja samanaikaisesti huomioidaan potilaan emotionaalinen ja psykososiaalinen tila. Neuropsykologisiin ongelmiin pyritään löytämään keinoja strategiaharjoittelun keinoin. Neuropsykologinen kuntoutus on ilmeisesti tehokasta visuospatiaalisten häiriöiden ja neglect-oireyhtymän osalta (näytönaste B, kohtalainen tutkimus). Muistin, tarkkaavaisuushäiriön ja toiminnanohjauksen häiriöiden kuntouttaminen saattaa olla tehokasta, vaikka aivoinfarktipotilaiden osalta tutkimusnäyttö on toistaiseksi puutteellinen (näytönaste D, ei tutkimusnäyttöä). (Korpelainen ym. 2001, 237; Sivenius 2007, 13–14.)

Suomessa toteutetun sopeutumisvalmennuksen tehosta aivoinfarktin jälkeen ei ole tutkimuksia. Siitä voi kuitenkin osalle sairastuneista ja heidän omaisilleen olla hyötyä. Läheisten elämänlaatu, mieliala ja tyytyväisyys ovat oleellisia tekijöitä AVH-potilaan hyvinvoinnille. Käypä hoito- suosituksissa on näytönaste katsauksissa kerrottu tutkimuksista, joissa neuvonta ja ohjaus erityisen yhdys henkilön antamana parantaa aivohalvauspotilaiden omaishoitajien terveyttä ja sosiaalista selviytymistä. Vaikutusta potilaiden hyvinvointiin ei ole osoitettu (näytönaste C, niukka tutkimusnäyttö).

Sopeutumisvalmennusta voidaan käytännössä tarjota lähes kaikille halukkaille työikäisille AVH:n sairastaneelle henkilölle. Kursseja järjestävät yleensä sosiaali- ja terveysalan järjestöt yhteistyössä eri rahoittajien kanssa, joita ovat muun muassa terveydenhuolto, Kela, sosiaalitoimi, Raha-automaattiyhdistys, vakuutusyhtiöt ja valtio. Kurssisisältöön kuuluu tiedottaminen, opetus, henkilökohtainen opastus sekä omaisten ohjaus ja tukeminen. (Kettunen ym. 2002, 330; Korpelainen ym. 2001, 228; Pesonen 2006; Sivenius 2007, 14.)

Masennuksen hoito aivoinfarktin jälkeen on alidiagnostisoitua ja alihoidettua. Masennus on vakava ongelma, josta kärsii puolet sairastuneista jossain muodossa akuutin vaiheen jälkeen. Masentuneet aivoinfarktipotilaat hyötyvät lääkehoidosta. Masennus on yhteydessä huonoon toiminnalliseen ennusteeseen ja lisääntyneeseen riskiin joutua pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Depressio vaikeuttaa ja pidentää AVH:stä toipumista, siksi sen lääkitykseen pitää kiinnittää huomiota. Viipymättä aloitetulla lääkityksellä ja muilla depression hoitomuodoilla turvataan kuntoutuksen tuloksellisuus. (Korpelainen ym. 2001, 227–228; Sivenius 2007, 13.)

Aivoinfarktin Käypä hoito-suosituksen mukaan aivohalvauspotilasta on seurattava vähintään vuosittain. Vastuu tämän järjestämisestä on perusterveydenhuollolla. Koska aivohalvauspotilailla on korkea verisuonisairauden riski myös jatkossa, niin heidän riskitekijöitään ja kuntoutumistaan kannattaa seurata säännöllisesti. Pitkäaikaisseuranta avohoidossa puoltaa heidän alttiutensa masennukselle ja sosiaaliselle eristäytymiselle. Seuranta voi tapahtua terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta. Seurannan yhteydessä on kiinnitettävä huomiota riskitekijöihin ja niiden hoidon toteutumiseen sekä toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen arviointiin. Tarvittaessa voidaan konsultoida moniammatillista kuntoutustyöryhmää. Hyvän hoidon käytännöstä ei ole tutkittua näyttöä. (Pesonen 2006 Käypähoito; Sivenius 2007, 14.)

3. AVH-POTILAAN KUNTOUTUSPOLKU

AVH-potilaan kuntoutuspolun alkuvaiheessa on avainasemassa halvausoireen tunnistaminen. Yhteydenotto hälytyskeskukseen pitää tapahtua heti, kun halvausoireet havaitaan. Hälytyskeskuksessa laitetaan liikkeelle kiireellinen hoitoketju. Potilas saa hälytyksen alusta alkaen oman koodinsa, josta ilmenee, että kyseessä on kiireellistä hoitoa vaativa akuutti AVH-potilas, jolloin oikeaan hoitopaikkaan pääsy nopeutuu. Liutushoito on aloitettava kolmen tunnin kuluessa oireiden alusta, mikäli sen toteuttamiselle on edellytykset. Potilas siirretään neurologian aivohalvausyksikköön, jossa liutushoito on mahdollista toteuttaa. Liutushoitoa on saatavissa kaikissa maamme keskussairaaloissa, ei tosin vielä kattavasti kaikkina vuorokauden aikoina. Telelääketiedettä on kehitetty, jotta pienemmätkin sairaalat saavat hoidettua AVH-potilaita ja paikoin myös helikopterikuljetukset nopeuttavat hoitoon pääsyä. Nopea syyn mukainen diagnoosi on tärkeää, vaikka potilas ei liutushoitoon soveltuisikaan, sillä hoidosta aivohalvausyksikössä on hyötyä kaikille aivohalvauspotilaille. Käypä hoitosuositus sisältää kiireellisen hoidon periaatteet. Jokaiselle kansalaiselle kuuluu yhtäläinen oikeus aivoinfarktin liutushoitoon ja AVH-yksikköhoitoon kotikunnasta tai asuinpaikasta riippumatta. (Roine 2007, 10–11.)

AVH-potilas on aivohalvausyksikössä keskimäärin 1-5 vuorokautta. Alkuvaiheen kuntoutus toteutuu erikoissairaanhoidossa, jossa laaditaan ensimmäinen kuntoutussuunnitelma. AVH-potilaan elintoimintojen tasaannuttua ja hänen jaksessa osallistua terapioihin hän siirtyy yleensä neurologian vuodeosastolle jatkohoitoon. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusten perusteella johtuu, että AVH-potilaan kuntoutus jatkuu keskus- tai aluesairaalassa neurologian osastolla, kunnes kotiutus tai terveyskeskustasoinen jatkohoitopaikka on mahdollinen (Kuva 1). (Korpelainen ym. 2001, 232.) Intensiivisen kuntoutuksen vaihe kestää 3-6 kuukautta, joskus pitempäänkin. Jos AVH-potilaan kuntoutus etenee toivotusti, niin hän voi käydä eri kuntoutusterapioissa avopuolella kotoaankin käsin. Intensiivisen kuntoutumisen loppuvaiheessa potilaan hoitovastuu siirretään ”saattaen vaihtaen” perusterveydenhuoltoon. Tällöin hoidon aloittanut sairaalan osasto arvioi terapioiden tarpeen ja suunnittelee niiden järjestämistä yhdessä perusterveydenhuollon kanssa.

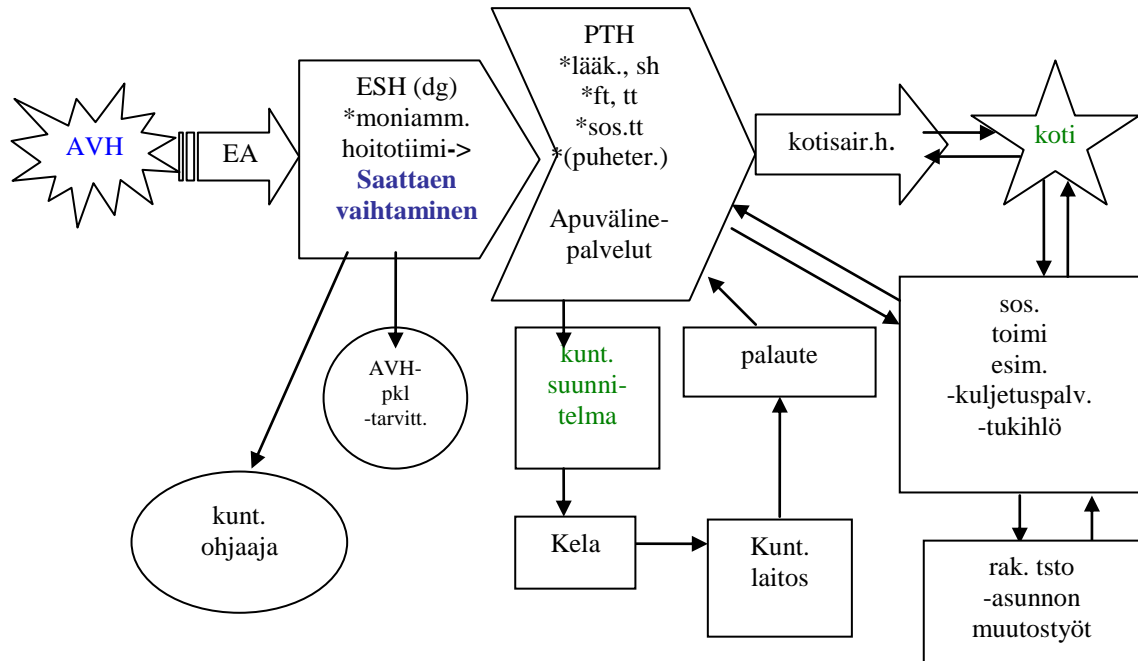
Potilaan siirtyminen organisaatiosta toiseen edellyttää tiivistä yhteydenpitoa tulevan jatkohoitoympäristön kanssa. Kuntoutussuunnittelun pitää tapahtua yhteistyössä kuntoutustyöryhmän, potilaan ja hänen läheistensä kanssa. (Korpelainen ym. 2001, 230, 232–233.)

Erikoissairaanhoidon tehtäviin kuuluu äkisti sairastuneen potilaan akuuttihoito sekä alustavan kuntoutussuunnitelman laatiminen. Koska potilaat siirtyvät nopeasti jatkohoitoon perusterveydenhuoltoon, niin pitkälle menevää kuntoutussuunnitelmaa on hyvin vaikea tehdä. Siksi kuntoutussuunnitelma tulisi tarkistaa perusterveydenhuollossa jokaisen potilaan kohdalla. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuuteen ja tiedon siirtymiseen potilaan mukana. (Malmberg-Ceder 2007.)

Toimintakykyä ylläpitävään kuntoutusvaiheeseen siirrytään vähitellen, yleensä sairastumista seuraavan vuoden loppupuolella. Tämän jälkeen tavoitteena on ylläpitää ja jopa parantaakin saavutettuja taitoja. AVH-potilas tarvitsee jatkuvaa motivointia, tukea ja ohjausta, jotta itsehoito olisi tehokasta. Tässä vaiheessa eri terapiat ovat usein tarpeen. Ylläpitävän vaiheen kuntoutus toteutuu yleensä polikliinisesti. Erityisesti vaikeasti vammautuneet AVH-potilaat tarvitsevat laitoskuntoutusjaksoja, joiden järjestämisestä vastaa Kela. (Korpelainen ym. 2001, 231.)

Jatkohoito ja seuranta tapahtuvat yleensä terveyskeskuksissa. Riskitekijöitä pitää arvioida tehokkaasti. Kuntoutuksen näkökulma edellyttää sairastuneen ja hänen lähipiirinsä huomioon ottamista. Erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaaja voi tarvittaessa tukea avohoidossa kuntoutuvaa AVH-potilasta ja hänen lähipiiriään sekä olla tarvittaessa yhteydessä muuhun palveluverkostoon. Lisäksi AVH-yhdyshenkilö voi toteuttaa omalla tahollaan ohjausta ja neuvontaa perusterveydenhuollossa. Kotihoito varmistaa kuntoutuksen jatkuvuuden ja kuntoutujan turvatun selviytymisen kotonaan. Terveyskeskus järjestää tarvittaessa fysioterapeutin ja kotisairaanhoidon kotikäyntejä kotitilanteen hahmottamiseksi. Kotihoidossa keskitytään kuntoutujan arkeen ja pyritään siinä mahdollisimman itsenäiseen elämään. Kotihoidon tehtäviin kuuluu myös kuntoutujan neuvonta ja ohjaus erilaisista palveluista sekä läheisten jaksamisen tukeminen. Lisäksi terveyskeskuksessa voidaan muodostaa kuntoutustyöryhmä toteuttamaan vammautuneen AVH-potilaan kuntoutusta laaja-alaisesti: vastuulääkäri, omahoitaja, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti ovat henkilöt, jotka pitävät yhteyttä

kotisairaanhoidon ja kunnan sosiaalitoimen kanssa, kun AVH-potilas on kotiutunut (Kuva 1). (Kettunen ym. 2002, 336; Korpelainen ym. 2001, 233.)



AVH= aivohalvaus
EA= ensiapu
ESH= erikoissairaanhoito
PTH= perusterveydenhuolto

Kuva 1. AVH-potilaan kuntoutuspolku (mukaeltu: Korpelainen ym. 2001, 232).

3.1. Moniammatillinen työskentely

Moniammatillinen kuntoutus edellyttää eri tieteenalojen asiantuntemusta, kuten lääketieteellisiä ja sosiaali- ja käyttäytymistieteiden menetelmiä sekä eri psykoterapioiden menetelmiä ja niiden sovelluksia. Moniammatillista työskentelyä kuvataan terveydenhuollossa eri asiantuntijoiden työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan kokonaisuus. Eri ammattiryhmät ohjaavat kuntoutujaa ja auttavat häntä täysipainoiseen elämään. Yhteisessä tiedon prosessoinnissa eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot integroidaan yhteen asiakaslähtöisesti. Tavoitteena on rakentaa tapauskohtaisesti yhteinen tavoite ja pyrkiä luomaan yhteinen käsitys

tarvittavista toimenpiteistä tai ongelman ratkaisusta. Keskustelu tapahtuu yhteisesti sovituin toimintaperiaattein. Tarvittaessa potilas, läheinen tai muu tarvittava taho on mukana yhteisessä keskustelussa, näin kaikki osallistujat voivat vaikuttaa keskusteluun ja päätöksentekoon. (Isoherranen 2004, 14; Kettunen ym. 2002, 30–31.)

Moniammatillisessa työskentelyssä korostuu viisi kohtaa; asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, rajojen ylitykset, vuorovaikutustaitoinen yhteistyö ja verkostojen huomioiminen (Kuva 2). Nämä kohdat ovat esillä huolimatta siitä, millaisessa toimintaympäristössä toimitaan. Moniammatillisuus tuo työskentelyyn mukaan useita eri tiedon ja osaamisen näkökulmia. Näin kuntoutujan selviytymistä voidaan tukea fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella alueella. (Isoherranen 2004, 14–15; Kettunen ym. 2002, 31.)

A

* asiakaslähtöisyys

* tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen

A

* vuorovaikutustaitoinen yhteistyö

K

* rajojen ylitykset

A

* verkostojen huomioiminen

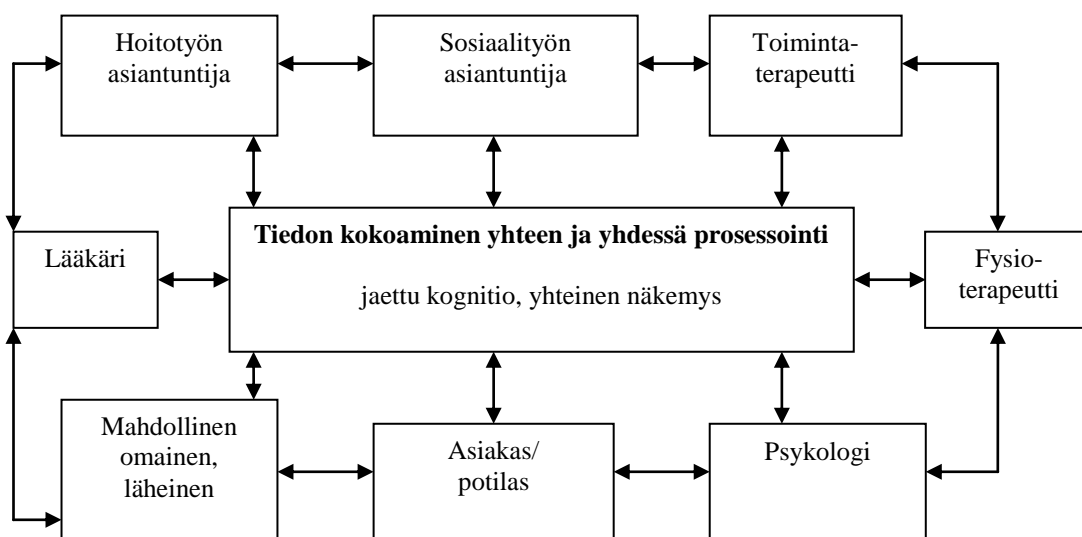
KUNTOUTUSPOLKU

Kuva 2. Moniammatillisessa työskentelyssä korostuvia yleisiä käytännön näkökulmia (mukaeltu: Isoherranen 2004, 15).

Moniammatillisen työskentelyn lähtökohtana on asiakas, joka pyritään huomioimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tiedon ja eri näkökulmien yhteen saattaminen vaatii eri asiantuntijoiden vuorovaikutusta. Asian ytimenä on sopivan vuorovaikutuskeinon löytäminen ja tiedon prosessointi yhdessä. Tärkeää on ottaa potilas ja hänen verkostonsa näkökulma mukaan prosessointiin sekä kohdata potilas mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Rajojen ylittämällä tarkoitetaan

organisaatioiden, yhteisöjen ja roolien rajoja koskevien sääntöjen ylityksiä asiakaslähtöisesti ja joustavasti työskenneltäessä. (Isoherranen 2004, 16.)

Seuraavassa kuviossa on havainnollistettu tiedon integroimista yhteen moniammatillisessa työskentelyssä (kuva 3). Potilaan tarpeiden mukaan asiantuntijoita voi olla eri organisaatioista ja ammattiryhmistä. Tällaisessa toimintamallissa eri alueiden lääketieteelliset ja sosiaaliset sekä hoidolliset ja moraaliset näkökulmat tulevat huomioon otetuiksi ja yhteen kootuiksi. Näiden näkökulmien pohjalta pyritään rakentamaan yhteinen käsitys ja merkitys kokonaisuus huomioiden. Moniammatillisessa työskentelyssä kaikkien äänen pitäisi tulla kuulluksi. (Isoherranen 2004, 17–18.)



Kuva 3. Perusmalli tiedon integroimisesta yhteen moniammatillisessa yhteistyössä (mukaeltu: Isoherranen 2004, 18).

Käypä hoito-suositus määrittelee, että ennestään omatoimiset aivoinfarktipotilaat tulee hoitaa akuuttivaiheessa AVH-yksikössä. AVH-yksikössä tulee olla erikoistunut henkilöstö (neurologi, sairaanhoitaja, toiminta-, puhe- ja fysioterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä), joka toteuttaa moniammatillisena työryhmänä arvioinnin, hoidon ja kuntoutuksen. Tarkka ja viivästymätön diagnostiikka on kuntoutuksen suunnittelun ja toteutuksen edellytys. Kuntoutus aloitetaan välittömästi potilaan tultua sairaalaan. Sitä

toteutetaan limittäin potilaalle tarpeellisen hoidon ja taudin diagnostiikan kanssa. Alkuvaiheen kuntoutuksen tavoitteena on lisävaurioiden ja komplikaatioiden ehkäisy. Ensimmäisen viikon aikana laaditaan potilaan kuntoutusarvio. Hoito, kuntoutus ja muut tukitoimet toteutetaan sairauden luonnollinen kulku huomioiden, jotta aktiivinen kuntoutus tuottaa parhaan tuloksen. Potilaalle ja hänen läheisilleen pyritään antamaan ensitietoa sairaudesta, ennusteesta ja kuntoutusmahdollisuuksista. (Korpelainen ym. 2001, 224–225, 229–230; Roine 2007, 11.)

3.2. Prosessinomaista kuntoutusta

Kuntoutus toimintaprosessina tarkoittaa monista eri palveluista ja toiminnoista muodostuvaa prosessimaista kokonaisuutta. Prosessi etenee eri vaiheiden, toimenpiteiden ja palvelujen kautta kohti tavoitetta. Kuntoutuksen tavoitteena on yksilön mahdollisimman hyvä toimintakyky. Kuntoutusprosessiin kuuluu moniammatillinen yhteistyö sekä prosessia tukeva yksilöllinen ohjaus ja neuvonta (kuntoutusohjaus). Kuntoutus muodostuu monesta erilaisesta palvelusta ja erilaisista rahoitusjärjestelyistä. Siksi ei voida olettaa, että kuntoutuja itse tuntee moninaisen kuntoutuksen kentän riittävän hyvin. Kuntoutusprosessin tavoitteet, sisältö ja kesto muotoutuvat yksilöllisen tilanteen ja tarpeen mukaan. Yksilön näkökulmasta tarkasteltuna kuntoutusprosessia voidaan kuvata henkilökohtaisena kasvu- ja oppimisprosessina. Prosessissa korostetaan oman elämäntilanteensa uudelleenmäärittelyä, uusien voimavarojen löytämistä sekä sitoutumista uusiin elämänprojekteihin. Kuntoutujan tavoitteena on uusien selviytymiskeinojen ja hallintastrategioiden oppimista sekä omien ja ympäristön voimavarojen käyttöönottoa, jotta päästään sovittuihin tavoitteisiin. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 165; Lehto ym. 2001, 147.)

Kuntoutusprosessia voidaan kuvata esimerkiksi seuraavasti:

- 1) avun tarpeessa olevan asiakkaan löytäminen
- 2) potilaan tarpeiden määrittely:
 - asiakkaan tilanteen selvittäminen
 - tarvittaessa ja potilaan suostumuksella ulkopuolisten asiantuntijoiden käyttö tarpeen arvioinnin tukena

- tarpeen mukaan potilaan auttaminen tai ohjaaminen omien tarpeiden tunnistamisessa
- 3) kuntoutussuunnitelman laatiminen yhdessä potilaan kanssa
 - 4) tarpeellisten palvelujen järjestäminen, esimerkiksi
 - antamalla potilaalle tietoa ja tukea palvelun hakemiseksi
 - ottamalla potilaan puolesta yhteyttä palvelujen tarjoajiin
 - helpottamalla potilaan ja palvelujen tarjoajan yhteydenpidon alkuvaiheita
 - huolehtimalla eri palvelujen koordinoinnista muun muassa yhteisten tapaamisten järjestämisellä
 - 5) potilaan asioiden aktiivinen ajaminen silloin, kun tarvittavaa palvelua ei myönnetä tai sitä ei ole saatavilla
 - 6) tilanteen jatkuva seuranta ja asioiden etenemisen varmistaminen. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 165–166.)

Kuntoutusprosessin lähtökohtana on, että potilas on aktiivinen osallistuja prosessin kaikissa vaiheissa. Kuntoutustarpeen määrittely tapahtuu ensi sijassa potilaan ja läheisten kanssa käydyn keskustelun perusteella. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 166.)

Kuntoutusprosessiin kuuluu myös sen etenemisen arviointi. Käytännössä arviointia tapahtuu aika ajoin. Asetettuja tavoitteita pitää pystyä arvioimaan yhdessä kriittisestikin. Tarvittaessa tavoitteita pitää pystyä muokkaamaan ja tarvittaessa niistä on myös pystyttävä luopumaan ja lähtemään liikkeelle uudelta pohjalta. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 174.)

Kuntoutusprosessi voi edetä pitkälle kuntoutujan oman aloitteellisuuden varassa, kun kuntoutujalla on selvä tavoite ja suunnitelma siitä, mitä tavoitteeseen pääseminen vaatii. Useimmiten näin ei ole, koska Suomalaisen kuntoutusjärjestelmän monimutkaisuus vaikeuttaa tiedonsaantia. Tietoa ei ole aina helposti saatavilla, vaan kuntoutuja tarvitsee omasta aktiivisuudestaan huolimatta ohjausta ja neuvontaa tarvittavien tietojen saamiseksi ja ratkaisujen tekemiseksi. Varsinkin kuntoutusprosessin alkuvaiheessa tarvitaan paljon tukea ja ohjausta. Ohjaus ja tuki ovat kuntoutujalle hyödyksi hänen analysoidessaan omaa elämäntilannettaan tai vaihtoehtoisia ratkaisuja. (Järvikoski 1994, 152; Järvikoski & Härkäpää 2004, 174–175.)

Nykyajan kuntoutuksessa on tavoitteena katkeamaton palveluketju. Kuntoutuslainsäädännön avulla on pyritty varmistamaan, että ohjaus kuntoutusjärjestelmästä toiseen tapahtuu sujuvasti, mikäli kuntoutujan asioita ei syystä tai toisesta voida hoitaa omassa järjestelmässä. Tutkimusten mukaan paras ratkaisu on, kun kuntoutujan asioita on nimetty hoitamaan henkilö, joka vastaa yhteydenpidosta koko prosessin ajan ja antaa kuntoutujalle tarvittavaa tukea ja ohjausta. Jotta kuntoutus on vaikuttavaa toimintamuotoa, on riittävä tuki ja ohjaus kuntoutujalle pystyttävä takaamaan. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 178.)

3.3. Kuntoutussuunnitelma

Kuntoutussuunnitelma on asiakirja, joka edellytetään kuntoutuslainsäädännössä. Se välittää tarpeellista ja välttämätöntä tietoa toisesta kuntoutusjärjestelmästä tai organisaatiosta toiseen. Sen voi sanoa olevan eri tahojen yhteydenpidon väline. Vaatimus kirjallisen kuntoutussuunnitelman tekemiseen perustuu lakeihin, joissa suunnitelman laatiminen on kytketty etuuden saamiseen tai kuntoutumista tukeviin toimenpiteisiin ryhtymiseen. Muissa laeissa suunnitelma on määritelty tehtäväksi tarvittaessa. Kuntoutussuunnitelma on myös asiakirja, joka antaa kuntoutujalle mahdollisuuden sitoutua omaan kuntoutumisensa edistämiseen ja lähteä omalta osaltaan toteuttamaan kuntoutusprosessiaan. Kuntoutussuunnitelma on näin ollen kuntoutusjärjestelmän tai – organisaation ja kuntoutujan välinen asiakirja. Sen avulla kuntoutuja sitoutuu kuntoutukseensa ja asiantuntijat ja organisaatio tukevat häntä. Näin pyritään turvaamaan kuntoutujalle integroitu palveluketju. Ihanteellista on jos kuntoutussuunnitelman allekirjoittajina ovat kuntoutuja ja kuntoutustyöntekijä. Kuntoutussuunnitelmassa määritellään kuntoutuksen seurantatapa ja sen avulla voidaan kuntoutusta muuttaa tarpeen vaatiessa. (Järvikoski & Härkäpää, 2004, 168–169; Kettunen ym. 2002, 36.)

Käytännössä kuntoutussuunnitelma on välttämätön edellytys kuntoutustoimenpiteiden etenemiselle. Esimerkiksi Kelan vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta ei ole mahdollista käynnistää ilman julkisessa terveydenhuollossa todettua tarvetta ja laadittua kuntoutussuunnitelmaa. Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen tulee perustua

kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan. Suunnitelma laaditaan kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen sektorin terveydenhuollon yksikössä, joka on perusvastuussa vaikeavammaisen hoidon ja kuntoutuksen järjestämisestä. Hoidosta vastaava yksikkö voi olla kuntoutujan kotipaikkakunnan julkisen terveydenhuollon eri porrastasolle kuuluva yksikkö kuten terveyskeskus tai sairaala. Suunnitelma laaditaan kuntoutujan taikka hänen omaisensa tai muun läheisensä kanssa vähintään yhdeksi vuodeksi ja enintään kolmeksi vuodeksi. Kuntoutussuunnitelman tekee lääkäri tai moniammatillinen tiimi yhdessä. Kuntoutussuunnitelma toimitetaan maksutta kansaneläkelaitokselle. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 169; Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinnällisen avokuntoutuksen standardi versio 5/2006; Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005, 9§; Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.)

Kuntoutussuunnitelman tarkoituksena on hahmottaa tavoitteet ja tarpeet, joiden pohjalta kuntoutusprosessia toteutetaan. Suunnitelmassa pitää ilmetä kuntoutustarpeen perusteet nykyisen elämäntilanteen pohjalta, kuntoutukselle asetetut tavoitteet sekä toiminta ja toimenpiteet, joilla asetettuihin tavoitteisiin päästään sekä seurantasuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmassa on määritelty aikataulu ja vastuunjako eri toimijoiden välillä. Kuntoutussuunnitelman jatkuvalla seurannalla arvioidaan tavoitteiden tarkoituksenmukaisuutta sekä keinojen ja toteutuksen toimivuutta. Saadun palautteen avulla voidaan tavoitteita ja keinoja tarkistaa sekä kehittää toimintaa paremmin asiakkaan tarpeita vastaavaksi. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 167; Kettunen ym. 2002, 32.)

Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan kuntoutustoimenpiteet, niiden ajoitus, kesto, käyntitiheys, perustelut kotikäynneille ja toteuttajataho. Tarvittaessa kirjataan perustelut omaisen tai läheisen osallistumiselle kuntoutukseen tai heidän ohjaus- ja tukikäynneilleen. Kuntoutussuunnitelma laaditaan Kelan kuntoutussuunnitelmalomakkeelle tai B-lääkärinlausuntolomakkeelle, josta pitää käydä selville lomakkeella olevat vastaavat tiedot. Kuntoutussuunnitelmaa tarkistetaan tarvittaessa. Kuntoutussuunnitelman perusteella Kela tekee kuntoutuspäätöksen käyttäen hyväkseen lisäksi muita käytössä olevia tietoja. (Kela 2007 Tunne perusturvasi 3 b, 12.)

Perusteellisella suunnittelulla parannetaan kuntoutumisprosessin onnistumismahdollisuuksia. Kuntoutussuunnitelman tarpeellisuus ja hyöty on ennen muuta siinä, että suunnitelmallisuus lisää kuntoutuksen tuloksellisuutta. Suunnittelu merkitsee aina myös voimavarojen uudelleen suuntaamista, josta kuntoutuksessa psyykkisenä tapahtumana on aina kysymys. Kelan laitospuotoisen ja vaikeavammaisten lääkinnällisen avokuntoutuksen standardeissa määritellään hyvä kuntoutus. Kuntoutus määritellään prosessiksi, jossa korostuu etukäteissuunnitelman osuus. Kuntoutusprosessin aikana kertyvä tieto välitetään hoidosta ja seurannasta vastaavaan yksikköön. Tämä turvaa kuntoutusprosessin jatkuvan kehittämisen arvioinnin pohjalta. Hyvin varhain, jo kuntoutusta harkittaessa, olisi keskusteltava perusteellisesti siitä, minkä verran kuntoutuja ja kuntoutusjärjestelmä voivat kuntoutukseen panostaa. Kuntoutujan tarpeiden on ohjattava kuntoutussuunnitelmaa. Asiantuntijoiden tehtävänä on ohjata kuntoutujaa epävarmuuden, pelkojen, pettymysten ja tuskan tilanteissa löytämään rakentavat ja aktiiviset toimintamuodot. (Kettunen ym. 2002, 35–36; Rissanen 2001, 503.)

Kuntoutussuunnitelman rakenne voi olla esimerkiksi seuraavanlainen:

- kuntoutustarpeen arviointi (kliiniset tiedot, hoitosuunnitelma, aiempi kuntoutus ja tulokset, toimintakyvyn kuvaus, lääketieteellinen ja toiminnallinen häirtä sekä kuntoutujan elämäntilanne ja voimavarat)
- kuntoutuksen tavoitteet (osa- ja lopputavoitteet)
- toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi (toteuttaja, toteutustapa, ajoitus, kesto, tiheys, rahoitus, potilaan ja omaisten ohjaus ja neuvonta, terapiat, kuntoutusjaksot avo- ja laitospuotuksena, muu kuntoutustarve ja erityiset tarpeet kuten yhteisneuvottelut tai muun lähipiirin osallistuminen)
- sosiaaliturva- ja sosiaalipalvelut
- kuntoutumisen seuranta (toteuttajataho, vastuuhenkilö(t), aikataulu)
- muu (kuntoutussuunnitelman voimassaoloaika ja sen laadintaan osallistuneiden henkilöiden nimet). (Kelän järjestämän vaikeavammaisten lääkinnällisen avokuntoutuksen standardi versio 5/2006; Kettunen ym. 2002, 37–38.)

Joskus kuntoutuja ei itse tiedä, että hänelle on laadittu kuntoutussuunnitelma. Ilmeisesti hän ei ole saanut tarpeeksi tietoa suunnitelman laadinnasta. Kuntoutujat ovat selvästi tyytyväisempiä tilanteeseensa, jos he ovat itse voineet vaikuttaa kuntoutussuunnitelman

sisältöön ja toteutukseen sekä tavoitteisiin. Kuntoutujan aktiivinen osallistuminen prosessin suunnitteluun on hyväksi myös kuntoutusprosessin onnistumiseksi. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 170.)

Kelan lakisääteinen velvollisuus järjestää vaikeavammaisen kuntoutus päättyy henkilön täyttäessä 65 vuotta. Kunnallisen terveydenhuollon tehtävänä on huolehtia lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä siltä osin, kuin sitä ei ole säädetty Kelan tehtäväksi. Kelan kuntoutuslain 54 §:ssä säädetään Kelan velvollisuudesta huolehtia kuntoutujalle annettavista tiedoista muista kuntoutusmahdollisuuksista ja hänet ohjataan tarvittaessa asianmukaiseen kuntoutukseen tai muiden palvelujen piiriin yhteistyössä niitä järjestävien tahojen kanssa, jos kuntoutuja tarvitsee sellaista kuntoutusta, jota ei ole säädetty Kelan tehtäväksi. Kelan järjestämää ja kustantamaa lääkinnällistä kuntoutusta saaneen henkilön lähestyessä 65 ikävuotta lähettää Kela viimeisen kuntoutusta koskevan päätöksen yhteydessä kuntoutujalle tiedon, jossa ilmoitetaan Kelan kuntoutuksen järjestämisvelvollisuuden päättymisestä. Kela voi järjestää vaikeavammaisen lääkinnällistä kuntoutusta sen kuukauden loppuun jolloin henkilö täyttää 65 vuotta. Tämän jälkeen kuntoutuksen järjestämisvastuu siirtyy henkilön kotikunnalle. Tieto tästä lähetetään myös hoidosta vastaavalle kunnallisen terveydenhuollon yksikölle. Järjestämisvelvollisuuden siirtyminen kotikunnalle tulee ottaa huomioon jo hyvissä ajoin hoidosta vastaavan yksikön laatimassa kuntoutussuunnitelmassa ennen kuin henkilö täyttää 65 vuotta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.)

Laissa kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003 säädetään eri hallinnonalojen yhteistyöstä ja asiakkaan asemaa koskevista periaatteista sekä yhteistyössä noudatettavista menettelytavoista. Kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä on tarvittaessa apuna muissa kuntoutusta koskevissa säännöksissä tarkoitetun kuntoutussuunnitelman laatimisessa. (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003.)

3.4. Kuntoutusohjaus

Kuntoutusohjaus on erikoissairaanhoidon organisoitunut kuntoutuspalvelu. Se on prosessinomaista toimintaa, jossa pääpaino on asiakkaan normaalissa elinympäristössä toimimisessa. Se verkostoituu sairaalan ulkopuolelle, perusterveydenhuoltoon, järjestöihin, työpaikoille ja kunnan eri palveluihin. Tämä mahdollistaa kuntoutujan tukemisen oman elämänsä hallintaan ja vastuun ottamiseen. (Arvola 1998, 34; Mäensivu 1998, 11; Toijanen 2003, 8.)

Kuntoutusohjaus on osa lääkinnällisen kuntoutuksen palveluita. Lääkinnällisestä kuntoutuksesta (1015/1991) annetun asetuksen mukaan ”kuntoutusohjauksella tarkoitetaan kuntoutujan ja hänen lähiyhteisönsä tukemista ja ohjausta sekä kuntoutujan toimintamahdollisuuksiin liittyvistä palveluista tiedottamista”. ”Kunnan tai kuntaliiton tehtävä on huolehtia siitä, että lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kuntoutuksen tarve alueella edellyttää”. Kuntoutusohjaus on maksutonta ja avointa kaikille sitä tarvitseville. Kuntoutusohjaukseen ei tarvita lähetettä, joten se ei ole ainoastaan lääketieteellisesti määritelty. Koska perusterveydenhuollossa ei ole montaa kuntoutusohjaajaa, niin tarvittaessa kuntoutusohjaajan palvelut ovat saatavissa erikoissairaanhoidosta. Kuntoutusohjaajan palveluita voivat käyttää kaikki kuntoutuksen piirissä olevat tahot; perusterveydenhuolto, Kela, vakuutuslaitokset, sosiaalitoimi, työvoimahallinto, koulutuspalvelut ja niin edelleen. (Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991, 2 §; Arvola 1998, 28–29.)

Kuntoutuksen lainsäädännöllä pyritään lisäämään kuntoutujan osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksia. Tämän vuoksi olisi tärkeää, että kuntoutujalle nimettäisiin yhdyshenkilö, joka huolehtii kuntoutuksen toteutumisesta ja viranomaisten välisestä yhteistyöstä. (Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991, 2 §.)

Kuntoutuspalvelujärjestelmän kehittämistoimikunnan laatimassa kuntoutusohjauksen määritelmässä kuntoutusohjauksella tarkoitetaan *kuntoutusohjaajan toimesta tapahtuvaa ohjausta, neuvontaa, sairaudesta tai vammasta aiheutuvien psyykkisten tai sosiaalisten ongelmien selvittämistä sekä vammaisen henkilön kuntoutumista ja sosiaalista toimintakykyä edistäviä tukitoimia. Myös vammaisen henkilön perheeseen ja*

muuhun ympäristöön kohdistuva ohjaus ja tuki kuuluu kuntoutusohjaukseen. (Toijanen 2003, 7.)

Kuntoutusohjaus on monisuuntaista vuorovaikutusta kuntoutujan, hänen sosiaalisen verkostonsa ja kuntoutuksen yhteistyötahojen välillä. Prosessina kuntoutusohjaus on asiakaslähtöinen, yksilöllisesti määritelty ja tavoitteellinen tapahtumaketju. Kuntoutusohjauksen tarkoituksena on tukea kuntoutuksen päämäärien onnistumista, sillä tavoitteena on lisätä kuntoutujan ja hänen lähiympäristönsä mahdollisuuksia itsenäiseen selviytymiseen ja elämänhallintaan. (Mäensivu 1998, 10; Toijanen 2003, 7-8.)

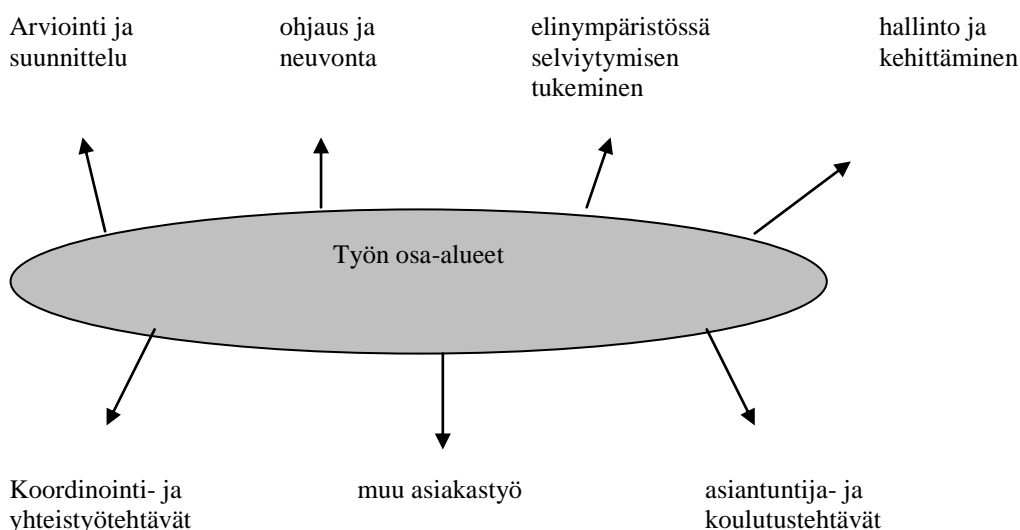
Kuntoutusohjauksen lähestymistapa on humanistinen ja se perustuu monisuuntaiseen vuorovaikutustapahtumaan. Humanistisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on ihmisenä arvokas ja mielipiteiltään kunnioitettava, kasvava, sosiaalinen ja vuorovaikutukseen pyrkivä. Hän on vapaa, valintoja tekevä ja vastuullinen tekemistään valinnoista. Kuntoutumisprosessin alussa kuntoutuja on kiinteästi kuntoutusohjaajan tuen varassa. Kuntoutumisprosessilla on selkeä tavoite ja sen saavuttamiseksi on laadittu kuntoutussuunnitelma, jossa on määritelty yksilölliset kuntoutukselliset tavoitteet. Prosessin edetessä kuntoutuja ottaa vähitellen itse enemmän vastuuta kuntoutuksensa onnistumisesta. Tarvittaessa asiantuntijat tukevat prosessia, mutta tavoitteena on, että heti kun kuntoutujan voimavarat sallivat, niin annetaan kuntoutujan ottaa omat voimavarat käyttöönsä. (Arvola 1998, 29; Mäensivu 1998, 41; Satakunnan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma 2006–2007, 5.)

Toiminnallisesti kuntoutusohjaus on osa laajempaa kuntoutumisprosessia. Kuntoutusohjaus tulee nähdä asiakaslähtöisenä jatkumona, joka on yksilöllisesti määritelty ja jolla on selkeä tavoite. Kuntoutusohjauksen tavoitteena on lisätä vajaakuntoisen henkilön mahdollisuuksia mahdollisimman itsenäiseen elämänhallintaan. Keskeistä on asiakkaan itsenäisyyden ja riippumattomuuden vahvistaminen ohjauksen-, neuvonnan ja tukemisen keinoin. Kuntoutumisprosessissa asiakas nähdään aktiivisena toimijana. (Järvikoski & Härkäpää 2001, 39; Mäensivu 1998, 10.)

Ohjausprosessi tulisi voida toteuttaa mahdollisimman lähellä kuntoutujan arkielämää. Tällöin on paremmat mahdollisuudet asiakaslähtöisen kuntoutuksen räätälöintiin ja monialaisen kuntoutuksen suunnitteluun. Lisäksi tarvitaan koordinoijaa palvelujen ja toimenpiteiden hahmottamisessa ja jäsentämisessä. Aina ei tieto eri toimijatahojen välillä kulje joustavasti ja kuntoutujan kuntoutussuunnitelman seuranta siksi ontuu. (Piirainen & Kallanranta 2001, 100; Tossavainen 1995, 107.)

Henna Kajasviita ja Seija Mustonen ovat tehneet opinnäytetyön vuonna 2004 *Kuntoutusohjaus osana kuntoutuksen kokonaisuutta* Oulun seudun ammattikorkeakoulussa. He ovat valmistaneet kuntoutusohjauksesta ammattina ja toimintana sekä kuntoutuksesta toimintajärjestelmänä kertovan cd-romin. Tietopaketti toimii multimediallisen muodossa sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoille opintojen ja opetuksen tueksi. Se voi palvella myös jo työssä olevien kuntoutusohjaajien perehdyttämis-, ohjaus- ja neuvontatyössä. (Kajasviita & Mustonen 2004, 4.)

Kuntoutusohjaustyön sisältö on jaettu seitsemään eri osa-alueeseen seuraavasti: *arviointi ja suunnittelu kuntoutusohjauksessa, kuntoutumista tukeva ohjaus ja neuvonta, elinympäristössä selviytymisen tukeminen, koordinointi ja yhteistyötehtävät, kuntoutusohjauksen muu asiakastyö, asiantuntija- ja koulutustehtävät sekä hallinto ja kehittäminen* (Kuva 4). (Holma 2003, 3, 24; Toijanen 2003, 9.)



Kuva 4. Kuntoutuksen ohjaajan työn osa-alueita kuntoutusohjausnimikkeistön ryhmittely mukaisesti (mukaeltu: Holma 2003, 24.)

3.5. Kuntoutusohjaaja

Kuntoutusohjaaja antaa tietoa sosiaaliturvasta ja muusta taloudellisesta tuesta sekä kuntoutuspalveluista ja ohjaa asiakasta tarkoituksenmukaisten palvelujen piiriin. Hän avustaa mm. Kelan ja vammaispalvelulain mukaisten etuuksien hakemisessa ja laatii tarvittaessa lausuntoja ja suosituksia hakemusten liitteiksi. Kuntoutusohjaaja osallistuu asiakkaan kuntoutussuunnitelman laadintaan ja seurantaan. Hän ohjaa asiakasta sopeutumis- ja kuntoutuskursseille sekä tiedottaa vammaisjärjestöistä. Tarvittaessa kuntoutusohjaaja arvioi asiakkaan apuvälinetarvetta, osallistuu apuvälineiden hankintaan sekä opastaa niiden käyttöön ja huoltoon liittyvissä asioissa. Kuntoutusohjaaja osallistuu asiakkaan asunnonmuutostöiden suunnitteluun yhdessä kunnan sosiaali- ja rakennustoimen edustajien kanssa. (Arvola 1998, 31- 32; Mäensivu 1998, 11.)

Kuntoutusohjaajan tehtävänä on suunnitelmallisesti, kokonaisvaltaisesti ja tavoitteiden mukaan koordinoida kaikkia niitä kuntoutustahoja ja palveluverkostoa, joita kuntoutumisprosessiin liittyy. Hän toimii tiedottajana, neuvojana, yhteyshenkilönä sekä osallistuu kuntoutuksen suunnitteluun, toteutukseen ja seurantaan. Kuntoutusohjaajan työssä toteutuu kuntoutukselle ominainen kokonaisvaltainen toiminta yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla. Työ verkottuu eri hallinnon aloille ja edellyttää monensuuntaista yhteistyötä. Ammatissa toimiminen edellyttää laaja-alaista tietämystä kuntoutuksen osa-alueista ja järjestelmistä sekä niiden toiminnasta. Työskentelyvälineenä on työntekijän oma persoonallisuus, kyvykkyys ja luovuus. Työn sisältö vaihtelee sairausryhmittäin ja työpaikoittain. Kuntoutusohjaajat muokkaavat itse työnsä asiakkaiden tarpeiden mukaan oman osaamisensa ja koulutustaustansa pohjalta. (Arvola 1998, 28–31; Mäensivu 1998, 11, 51.)

Kuntoutusohjaajan työ on asiakaskeskeistä. Se perustuu dialogisuuteen ja vuorovaikutukseen. Asiakkaan oma näkemys tulee huomioonotetuksi. Vuorovaikutuksellinen lähestymistapa korostaa tasa-arvoisuutta asiakkaan ja hänen lähiympäristönsä ja kuntoutusohjaajan välillä. Voimavarasuuntautuneessa työtoteutuksessa tulee esille asiakkaan oma tavoitteen asettelu. Asiakasta pyritään ohjaamaan miettimään tilannetta ”mitä oli ennen ja mitä on nyt mahdollista tehdä”. Myönteisessä hengessä

pyritään yhdessä löytämään keinoja esimerkiksi hankalan tilanteen ratkaisemiseksi. (Järvikoski & Härkäpää 2001, 39; Toijanen 2003, 7.)

Kuntoutusohjauksessa käytetään rinnakkain monia työskentelymalleja. Kuntoutuksen ekologisessa mallissa huomioidaan asiakkaan autonomia ja vaikutusmahdollisuudet kaikissa kuntoutusprosessin vaiheissa. Kuntoutuksen tulee tähdätä asiakkaan ja hänen perheensä tai muiden läheisten ohjaamiseen ja opettamiseen niin, että kuntoutus olisi osa arkielämää. Vuorovaikutuksellinen lähestymistapa korostaa tasa-arvoisuutta asiakkaan ja kuntoutuksen ohjaajan välillä. Asiakasta pyritään ymmärtämään hänen henkilökohtaisessa tilanteessaan. Aktiivinen ekologinen näkökulma näkyy kuntoutusohjauksessa hyvin. Asiakas nähdään itse aktiivisena omassa kuntoutumisprosessissaan ja kuntoutusohjaajan tehtävänä on auttaa häntä itseään tutkimaan elinolojaan, ympäristöään, ympäristön esteitä ja yhdessä etsiä keinoja niiden voittamiseksi. Ratkaisujen pitää olla sellaisia, joihin asiakas voi sitoutua Kuntoutus käynnistyy asiakkaan tarpeiden ja tavoitteiden mukaan. (Järvikoski 1994, 144–145; Järvikoski 2000, 249–254; Mäensivu 1998,18.)

Kuntoutusohjaajan työtä voidaan pitää syrjäytymisen ehkäisyinä. Kuntoutujilla on sekä monimutkaisia ongelmia, joiden hoitaminen saattaa kestää viikkoja, että yksinkertaisia asioita, jotka selviävät nopeasti. Kuntoutusohjaaja tukee kuntoutujaa ja hänen lähimmäisiään jaksamaan eteenpäin kuntoutuksen poluilla. (Holma 1998, 12.)

Kuntoutusohjaajan työssä tarvitaan laaja-alaista tietämystä kuntoutuksen asemasta ja merkityksestä. Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelmasta valmistuvien ammattinimike on kuntoutuksen ohjaaja AMK. Koulutuksessa on keskeistä laaja kuntoutuksen toiminta-alueiden ja eri palvelujärjestelmien sekä niissä toimivien työntekijöiden työkuultuurien tuntemus. Työssä painottuu asiakaslähtöisyys, eettinen osaaminen ja päätöksentekokyky. Työ edellyttää oman persoonan käyttöä, kuuntelemisen taitoa sekä organisointi- ja yhteistyökykyä. (Satakunnan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma 2006–2007, 4-5.)

3.6. Yhteistyö

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön tärkeitä tilanteita ovat tilanteet, joissa potilas siirtyy hoidosta toiseen paikkaan. Yhteistyön toimivuutta on toisinaan arvosteltu puutteelliseksi. Tieto ei aina kulje kunnolla. Tähän voivat olla syynä esimerkiksi erilliset potilastietojärjestelmät. Yhteistyön tehostamiseksi on viime aikoina tehty paljon työtä. On laadittu yhteistyönä sopimuksia työnjaosta ja hoitokäytännöistä eri sairaaloiden alueilla. Tiedonkulku on edelleen puutteellista, koska tietosuojan vaatimukset asettavat tiedon siirrolle omat vaatimuksensa. Kaikkiin tiedon lähettämisiin vaaditaan erillinen kirjallinen lupa. (Lehto ym. 2001, 124.)

Hoitovastuu jatkuu yleensä perusterveydenhuollossa erikoissairaanhoidovaiheen lyhennyttyä. Potilaan siirtyminen organisaatiosta toiseen edellyttää tiivistä yhteydenpitoa tulevan jatkohoitoympäristön kanssa. Kuntoutussuunnittelun pitää tapahtua yhteistyössä kuntoutustyöryhmän, potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä tuli voimaan 1.10.2003. Kuntoutusta järjestävien tahojen erilaiset toimintaperusteet lisäävät kuntoutuksen monimutkaisuutta. Lain tarkoituksena on helpottaa asiakkaan kuntoutuspalvelujen saantia ja saada aikaan sellainen palvelukokonaisuus, joka ottaa huomioon kuntoutujan elämäntilanteen, palvelutarpeen ja kuntoutuksen edellytykset. Yhteistyöryhmän pitää myös varmistaa, että kuntoutujalla on yhdessä hänen kanssaan nimetty yhteyshenkilö, joka huolehtii kuntoutuksen toteuttamisesta ja viranomaisten välisestä yhteistyöstä. Suomessa kuntoutusta järjestävien tahojen vastuunjako ei ole riittävän selvä ja tämä haittaa muun muassa tarpeellisten kuntoutuspalvelujen saatavuutta sekä kuntoutusprosessin oikea-aikaista käynnistymistä ja sujuvuutta. (Korpelainen ym. 2001, 233; Kuntoutusasian neuvottelukunnan toimintasuunnitelma 2004–2007, 3, 5.)

Kun AVH on aiheuttanut vaikeavammaisuuden alle 65-vuotiaalle potilaalle, niin sovellettavaksi tulee Kelan kuntoutusta koskeva lainsäädäntö. Potilaasta vastuussa oleva terveydenhuollon yksikkö laatii kuntoutujasta kuntoutussuunnitelman Kelaa varten lääkinnällisen kuntoutuksen osalta vähintään yhdeksi ja enintään kolmeksi vuodeksi. Jos AVH-potilas on yli 65-vuotias, niin julkisella terveydenhuollolla on ensisijainen vastuu lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelusta, toteuttamisesta ja seurannasta.

(Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinnällisen avokuntoutuksen standardi versio 5/ 2006, 4; Korpelainen ym. 2001, 233–234.)

Uudistettu lainsäädäntö kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä säättää kuntoutusta järjestävien tahojen yhteistyöstä paikallisesti, alueellisesti ja valtakunnallisesti. Kunnat ovat parantaneet toimintatapojaan myös erilaisten sopimus pohjaisten menettelyjen avulla. Tällaisen toimintakulttuurin myötä poikkihallinnollisen yhteistyön tarve ja mahdollisuudet kasvavat. Kuntoutus läpäisee koko terveys- ja sosiaalipalvelujen kentän, siksi uusia kuntoutuksen toimintamalleja kehitetään jatkuvasti. (Lehto ym. 2001, 117; Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007, 26; Valtioneuvoston kuntoutus selonteko 2002, 22.)

Terveydenhuollon ohjausta on perinteisesti toteutettu normiohjauksella sekä informaatio-ohjauksella. Uusia haasteita asettavat perustuslain mukaiset velvoitteet yksilön perusoikeuksien turvaamisesta. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007, 32–33.)

Terveydenhuollon kuntoutusta järjestetään lakisääteisenä, mutta käytettävissä olevista voimavaroista riippuvaisena. Kuntoutujien määrä ja kuntoutuksen laajuus riippuu siitä, paljonko kunta tai valtio on osoittanut määrärahoja toimintaan ja miten määrärahat ovat jakautuneet terveydenhuollon hallinnon alan sisällä. Terveydenhuolto toimii tärkeänä linkkinä muiden tuottaman kuntoutuksen käynnistymisessä ja seurannassa. Terveydenhuollon yksikkö tai ammattihenkilö havaitsee usein asiakkaan kuntoutustarpeen, tekee kuntoutusaloitteen ja toimii koko kuntoutusprosessin ohjaajana. (Valtioneuvoston kuntoutus selonteko 2002, 8-9.)

Pohjoismaiseen hyvinvointivaltion toimintamalliin kuuluvat laajat sosiaali- ja terveystalvet, jotka rahoitetaan verovaroin ja tuotetaan julkisen sektorin palveluntuottajien toimesta. Pohjoismaissakin on aina ollut julkisen sektorin ulkopuolisia palvelujen tuottajia. (Lehto ym. 2001, 150.) Suomessa järjestöillä on voimakas rooli sosiaali- ja terveystalvitiisessä keskustelussa. Järjestöt puhuvat palvelujen käyttäjien äänellä. Kolmannen sektorin, kansalaistoiminnan sektorin, panos kuntoutuksessa on merkittävässä roolissa yhteiskunnassamme. Raha-automaattiyhdistyksellä on kansalaisjärjestöjen toteuttaman kuntoutuksen toteutuksessa

tärkeä osuus. Kolmannen sektorin toimintaan kuuluu myös vapaaehtoistoiminta, joka ei ole vielä vakiinnuttanut asemaansa Suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä. Viime vuosina on havaittu, että julkisen sektorin vastuu kuntoutuksesta vähitellen hämärtyy ja yhä enemmän julkisen puolen tehtäviä siirtyy kolmannelle sektorille. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 56–57; Rusanen & Savolainen 1999, 349.) Aivohalvaus- ja dysfasialiiton ääni on tärkeä AVH-potilaiden kuntoutusta ja elämänolosuhteita kehitettäessä (Lehto ym. 2001, 204).

4. AVH-YHDYSHENKILÖ

AVH-yhdyshenkilötoiminta on luotu vahvistamaan aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien yhteistyötä ja tietotaitoa sekä kehittämään julkisen terveydenhuollon ja Aivohalvaus- ja dysfasialiiton yhteistyötä. Tavoitteena on parantaa tiedonkulkua erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja järjestön välillä sekä helpottaa yhteistyötä oman kunnan terveyskeskuksen ja sosiaalitoimen työntekijöiden välillä. Yhdyshenkilötoiminnan tavoitteena on AVH-potilaan ja heidän omaistensa palveleminen tuen ja ohjauksen keinoin omassa kotikunnassaan. Lisäksi toiminnan tavoitteena on aktivoida paikallisia yhdistyksiä ja kerhoja vastaanottamaan uusia sairastuneita ja lähiomaisia vertaistuen avulla. Aivoverenkiertohäiriöiden ehkäisyyn voidaan yhä paremmin paneutua AVH-yhdyshenkilötoiminnan avulla. (Sjögren 2002; Tuusa 29.10.2007.)

4.1. Kolmas sektori toimijana

Järjestöjen tehtäviin kuuluu vaikuttaminen etujärjestönä. Vaikuttaminen on valtakunnallista, alueellista ja paikallista. Sitä tekevät järjestöt yksin ja yhteistyössä muiden järjestöjen kanssa. Liittojen tarkoituksena on edistää liiton, jäsenyhdistysten, aluekeskusten ja muiden toimintayksiköiden yhteistyötä ja vuorovaikutusta. Järjestön tehtävänä ovat vertaistoiminta, erilaiset palvelut, kuten järjestö-, koulutus-, kuntoutus-,

työhyvinvointi- ja työllistämispalvelut. Kansainvälisten verkostojen luominen, tutkimus- ja kehittämistoiminta sekä koulutus ovat myös tärkeitä toimintamuotoja. Kolmas sektori pyrkii vaikuttamaan yhteisiin ja yksilöiden asioihin. Muun muassa MS-liitolla lääkekorvausjärjestelmän ja vammaispalvelujen uudistaminen ja työllistymisen edistäminen ovat ajankohtaisia asioita. Toimintaa pyritään rahoittamaan erilaisilla varainhankinnoilla (keräykset, arpajaiset, tuotemyynnit ja niin edelleen). Lisäksi jäsenhankintakampanjoilla pyritään monipuolistamaan jäsenyyden käsitettä: rohkaisemaan sairastuneiden omatoimisuutta ja järjestäytymistä. Lisäksi korostetaan perheiden saamista mukaan järjestöjen toimintaan. (Hengitysliitto Heli, 2008; MS-liitto, 2008.)

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry on perustettu vuonna 1977. Se on valtakunnallinen asiantuntijajärjestö, jonka tehtävänä on tukea aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden ja heidän omaistensa sekä dysfaattisten lasten, nuorten ja heidän perheidensä arjessa selviytymistä. Liitto toimii myös heidän edunvalvojana. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry.) Liiton toiminta-alueita ovat yhteiskuntaan vaikuttaminen, jäsenyhdistysten tukeminen ja palvelujen tuottaminen jäsenten tarpeet huomioiden. (Rusanen & Savolainen 1999, 349.)

Liiton keskustoimisto sijaitsee Turussa, Erityisosaamiskeskus Suvituudessa. Alueelliset järjestötoiminnan keskuksat ovat Helsingissä, Turussa, Tampereella, Kuopiossa, Rovaniemellä, Vaasassa, Kajaanissa ja Kouvolassa. Toiminnan tavoitteena on tarjota asiakkailleen hyötyä arkipäivään asiakaskeskeisten palveluiden, osaavan henkilökunnan ja tehokkaan toiminnan avulla. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry; Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2005 Ehkäise aivohalvaus!, 18.)

Erityisosaamiskeskus Suvituuli sijaitsee Turun Hirvensalossa kauniissa saaristomaisemassa, noin 8 kilometrin päässä Turun keskustasta. Suvituulen kaikki tilat soveltuvat liikuntarajoitteisille. Kuvaopasteilla ja väreillä helpotetaan tiloissa liikkumista. Kodinomainen keskus tarjoaa sopeutumisvalmennusta, yksilöterapiaa, kommunikaation kuntoutusta, koulutusta ja järjestöpalveluita. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry.)

Liittoon kuuluu jäsenyhdistyksinä yhteensä lähes 60 aivohalvaus-, afasia- ja dysfasiayhdistystä. Jäseniä näissä yhdistyksissä on 11 000. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto toimii edustamiensa ryhmien oikeuksiensivalvojana. Liitto tiedottaa, julkaisee AVH- ja DYSFASIA- lehtiä ja muuta kirjallisuutta sekä kouluttaa jäsenistöään ja alan ammattihenkilöstöä. Vuosittain järjestetään valtakunnalliset AVH-päivät ja Dysfasiaseminaari sekä alueellisia koulutustapahtumia. Liitto järjestää edustamilleen ryhmille sopeutumisvalmennuskursseja ja muita kuntoutuspalveluja sekä virkistystoimintaa eri puolella Suomea. Paikallisesti toimintaa järjestävät liiton jäseninä olevat yhdistykset sekä liiton aluesihteerit. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2005 Ehkäise aivohalvaus!, 18.)

4.2. AVH-yhdyshenkilötoiminnan kuvausta

AVH-yhdyshenkilö toiminnan aloittamisen taustalla on tutkimustietoa. Tuula Salonen (1994) tutkimuksessaan *Kriisissä mahdollisuus* ja Tarja Aaltonen (1997) tutkimuksessaan *Ääniä poluilta* nostivat esille pidempiaikaisen tuen ja seurannan tarpeen. Tutkimuksissa nostettiin esille myös sairastumisen jälkeisen sosiaalisen elämän kaventuminen. (Sjögren 2002.)

Etelä-Pohjanmaalla on toteutettu yhdyshenkilötoimintaa vuodesta 1990 lähtien. Siellä järjestettiin ensimmäinen koulutus vuonna 1991. Yhdyshenkilötoiminta tuli osaksi AVH-potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen ohjaamismallia ja AVH-yhdyshenkilön tehtäväkuva laadittiin Etelä-Pohjanmaalla vuonna 1998. (Sjögren 2002.)

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry:llä oli vuonna 1999–2001 valtakunnallinen yhdyshenkilöprojekti, jonka tavoitteena oli löytää AVH:sta kiinnostuneita henkilöitä AVH-yhdyshenkilötoiminnan käynnistämiseksi. Projektin tavoitteena oli luoda yhdyshenkilöjärjestelmä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja järjestön välille AVH-sairastuneiden ja heidän perheidensä syrjäytymisen ehkäisemiseksi. (Aivohalvaus ja dysfasialiitto ry 2002; Sjögren 2002.)

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry ryhtyi kokoamaan yhteistyössä Satakunnan keskussairaalan kanssa Satakunnan sairaanhoitopiirin AVH-potilaiden yhdyshenkilöverkosta, joka koostui terveyskeskuksien sekä alue- ja keskussairaaloiden hoitohenkilökunnasta. Idean mukaan AVH-yhdyshenkilö toimii ”tiedotuskanavana” sairastuneen, hänen läheistensä sekä palvelujen tuottajien välillä ja seuraa potilasta hoito- ja kuntoutusketjussa. Toiminnan tavoitteena oli turvata aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden hoito- ja kuntoutuspalvelujen jatkuvuus, lisätä sairastuneiden ja heidän läheistensä ohjausta kotikunnassa sekä lisätä terveydenhuollon ja järjestön yhteistyötä. Eri toimipaikoista pyydettiin nimeämään AVH-yhdyshenkilö, joka oli kiinnostunut työnsä kehittamisestä ja AVH-potilaan kuntoutuksesta. AVH-yhdyshenkilöt saivat Aivohalvaus- ja dysfasialiiton tiedotuskansion, jossa oli tietoa aivohalvauksesta. Kansiota päivitettiin pari kertaa vuodessa ja sen oli tarkoitus olla esillä AVH-yhdyshenkilön työpaikalla. AVH-yhdyshenkilöä pyydettiin kertomaan kansiosta muille työntekijöille, sairastuneille ja heidän omaisilleen sekä muille asiasta kiinnostuneille. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2002.)

Ensimmäinen Satakunnan alueen yhdyshenkilöiden koulutustilaisuus oli 26.9.2002 Porissa, Satakunnan keskussairaalassa. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry järjesti koulutuspäivän yhteistyössä Satakunnan keskussairaalan kanssa. Koulutuspäivä oli avoin kaikille aiheesta kiinnostuneille. Osallistujia oli yhteensä 79 henkilöä. Koulutuksessa käsiteltiin muun muassa sairaanhoitopiirin ajankohtaisia kysymyksiä, AVH:n neuropsykologisia häiriöitä, aivohalvauspotilaan kuntouttavaa hoitotyötä, yhdyshenkilön roolia sekä yhteistyötä järjestön kanssa. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2002.)

Suomessa AVH-yhdyshenkilöitä on tällä hetkellä noin 470. Yleensä yhdyshenkilöitä on yksi toimipaikkaa tai -pistettä kohti. AVH-yhdyshenkilöllä on toimipaikan johdon suostumus tehtävään. AVH-yhdyshenkilö nimikettä käytetään, koska ammatiltaan AVH-yhdyshenkilöt ovat sairaanhoitajia, perushoitajia, fysio-, toiminta- ja puheterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä, kuntohoitajia ja lääkäreitä. Joillakin alueilla Suomessa on kirjallisia toimintasopimuksia siitä, mitä AVH-yhdyshenkilön työ pitää sisällään. Toimintatavoissa on kuitenkin eroavaisuuksia eri sairaanhoitopiireissä ja toimipisteissä. Työn painopisteitä voivat olla esimerkiksi ensitiedon antaminen ja omaisten tukeminen, AVH-potilaan tilanteen selvittäminen, potilaan ja hänen

omaistensa tukeminen, ohjaus ja neuvonta jonkin ajan kuluttua kotiutumisesta, AVH-potilaan ja läheisten seuranta sairastumisen jälkeen, tiedonvälittäminen, aivoverenkiertohäiriöiden ennaltaehkäisy, yhteistyön kehittäminen hoitoketjun eri toimijoiden välillä sekä aivoverenkiertohäiriöihin liittyvän tiedon kerääminen ja välittäminen omassa toimipaikassa. (Sjögren 2002; Tuusa 29.10.2007.)

AVH-yhdysenkilön tehtävänkuvaan vaikuttavat yhdysenkilön toimipaikka, ammatti ja toimenkuva. Esimiehen tuki ja ohjaus ovat keskeisessä asemassa työn tekemiseen. Lisäksi työnantajan pitää osoittaa aikaresursseja työn tekemiselle. Tehtävänkuva muotoutuu yhteistyötahojen ja työn painotusalueiden mukaan. Lisäksi toiminnan aktiivisuuteen vaikuttavat kunnassa oleva AVH-potilaiden määrä. (Sjögren 2002.)

Aivohalvaus- ja dysfasialiitolla on AVH-yhdysenkilörekisterin pito-oikeus. Rekisteriä hoitaa aluetyöntekijä Riitta Tuusa. Yhdysenkilörekisteriä käytetään liiton palveluista tiedottamiseen ja yhdysenkilökansion päivityspositiukseen. Yhdysenkilökoulutuksissa on sovittu toimintatavoista, jotta tiedonkulku helpottuu AVH-potilaan, läheisten ja palvelujen tuottajien välillä. Yhdysenkilölistasta lähetetään sairaanhoitopiiriin yhdysenkilöille ja paikallisille Aivohalvaus- ja afasiayhdistyksille. Sairaalasta kotiutuessaan tai siirtyessään hoitopaikasta toiseen annetaan AVH-potilaalle ja/tai läheisille kotikunnan yhdysenkilön yhteystiedot. Paikallinen Aivohalvaus- ja afasiayhdistys lähettävät AVH-yhdysenkilöille yhdistyksen esitteet ja jäsenkirjeet resurssiensa mukaan. Yhdysenkilölistasta voidaan laittaa sairaanhoitopiiriin AVH-potilaita hoitavien osastojen sekä paikallisyhdistysten ilmoitustauluille mahdollistamaan sairastuneiden ja läheisten suoran yhteydenoton yhdysenkilöön. Keskussairaalat voivat käyttää alueelliseen tiedottamiseen yhdysenkilölistaa. Aluesihteri voi antaa AVH-potilaalle ja/tai läheisille kotikunnan yhdysenkilön yhteystiedot. Rekisterin mukaan Satakunnan sairaanhoitopiirissä on kaksikymmentä AVH-yhdysenkilöä. Heistä kolmetoista toimii perusterveydenhuollossa. Yhteen Satakunnan sairaanhoitopiiriin kunnan toimipisteeseen ei rekisterin mukaan ole nimetty AVH-yhdysenkilöä, vain toimipaikan yhteystiedot löytyvät rekisteristä. (Lehtilä 2002; Tuusa 3.10.2007; Tuusa 23.11.2007.)

Alueellisia AVH-yhdysenkilökoulutuksia ja työkokouksia järjestetään vuosittain. Tilaisuuksien sisällöstä päättää yleensä keskussairaala ja liiton aluesihteri tai

yhdyshenkilötoiminnan kehittämis- tai suunnitteluryhmä. Kehittämis- ja suunnitteluryhmään jäsenet ovat terveydenhuollon eri toimipisteiden ja Aivohalvaus- ja dysfasialiiton edustajia. Mahdollisesti suunnitteluun osallistuu myös paikallisen aivohalvausyhdistyksen edustus. (Tuusa 29.10.2007.)

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto järjestää muutaman kerran vuodessa AVH-yhdyshenkilön ”peruskurssin”, joka on maksullinen. Lisäksi järjestetään maksuttomia koulutuksia, jotka kestävät puolesta päivästä päivään. Ensimmäiset valtakunnalliset AVH-yhdyshenkilöiden neuvottelupäivät järjestettiin Tampereella keväällä 2007 yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin AVH-yhdyshenkilötoiminnan kehittämistyöryhmän kanssa. (Tuusa 29.10.2007.)

AVH-yhdyshenkilöt saavat vähintään kahdesti AVH-postia Aivohalvaus- ja dysfasialiitolta. Posti sisältää liiton tuottamaa materiaalia, koulutustietoa ja muiden toimijoiden aivoverenkiertohäiriöihin ja niiden liitännäisoireisiin liittyvää materiaalia ja yhteystietoja. (Tuusa 29.10.2007.)

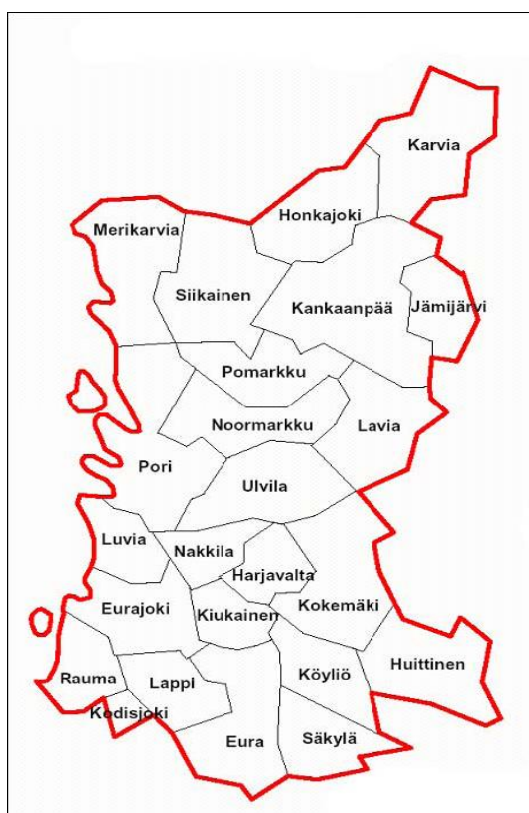
Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella on 227 000 asukasta. Alueen muodostavat 23 kuntaa; Eura, Eurajoki, Harjavalta, Honkajoki, Huittinen, Jämijärvi, Kankaanpää, Karvia, Kiukainen, Kokemäki, Köyliö, Lappi, Lavia, Luvia, Merikarvia, Nakkila, Noormarkku, Pomarkku, Pori, Rauma, Siikainen, Säskylä ja Ulvila (Kuva 5). Keskussairaala sijaitsee Porissa ja lisäksi ovat sairaalat Harjavallassa ja Raumalla. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2007.)

Opinnäytetyötä vastaavaa tutkimusta ei ole aiemmin tehty Suomessa. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry on toteuttanut vuosina 2001 ja 2006 AVH-yhdyshenkilökyselyn, jossa on selvitetty AVH-yhdyshenkilötoiminnan nykytilaa ja kehittämistoiveita sekä AVH-yhdyshenkilöiden käsityksiä yhteistyöstä Aivohalvaus- ja dysfasialiiton kanssa sekä liiton roolista yhdyshenkilötoiminnan kehittämisessä.

(Tuusa 29.10.2007.)

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto on tekemässä parhaillaan Suomessa kuntoutuksen tilaa kartoittavaa projektia, johon liittyy AVH-yhdyshenkilöille lähetetty kyselylomake

Aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden hoito ja kuntoutus terveyskeskuksessa. (Tuusa 23.11.2007.)



Kuva 5. Satakunnan sairaanhoitopiirin alue (Alueelliset apuvälinepalvelut Satakunnassa 2006, 6).

5. ASIAKASLÄHTÖINEN OHJAUS JA NEUVONTA

Ohjaus ja neuvonta ovat laaja-alaisia käsitteitä, joiden sisälle mahtuu monenlaisia vuorovaikutuksellisia toimintatapoja ja erilaisia tilanteita erilaisine tavoitteineen. Neuvontatilanne voi sisältää potilaan kuuntelemista, keskustelua, tukemista, kannustusta, ajan antamista, potilaan asioihin paneutumista ja myös informaation antamista. Neuvonnan tavoitteena on potilaan auttaminen hänen uudessa elämäntilanteessaan. Ohjaustilanteessa pyritään löytämään yhdessä potilaan

voimavaroja ja hänen omia vahvuuksia sekä ohjaamaan potilasta erittelemään tietoisesti omaa elämäänsä, sillä sairauden kohdatessa tarvitaan uusia keinoja elämässä selviytymisessä. (Laine, Ruishalme, Salervo, Sivén & Välimäki 2001, 318–319.)

Kuntoutumista tukeva ohjaus ja neuvonta kuuluvat terveydenhuollossa kaikkien kuntoutusprosessissa mukana olevien työntekijöiden tehtäviin. Sosiaali- ja terveystieteiden kenttä on nykyään niin moninainen, että kuntoutujan on vaikea tietää, mitä palveluja tai etuuksia eri tilanteissa on saatava. Lainsäädännössä edellytetään, että kuntoutuja on ohjattavissa niiden palvelujen piiriin, jotka häntä koskevat. Potilaan tiedonsaantioikeutta korostaa ohjaus- ja neuvontavelvoite. Tätä painotetaan laissa potilaan asemasta ja oikeudesta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Lehto ym. 2001, 92; Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002, 3.)

Ohjaus ja neuvonta ovat ammatillisia toimintatapoja, jotka kietoutuvat käytännössä toisiinsa. Nykyisin ammattilaiselta edellytetään tiedon hallintaa ja tiedonvälitystä. Kuntoutuksessa ja terveydenhuoltoalalla ohjaus ja neuvonta nähdään työn menetelmänä, joka tukee potilaan tai asiakkaan kuntoutus- tai hoitosuunnitelmaa. Kuntoutusprosessin aikana yksilöä tuetaan kohti parempaa elämää jakamalla tietoja, jota hän tarvitsee. Asiakaslähtöisessä suuntauksessa ohjattavalla on tärkein perustieto. Häneltä saatavan tiedon laatu on ohjauksen ja neuvonnan tavoitteiden kannalta tärkeämpää kuin tiedon määrän, sillä ohjauksen päämääränä on yksilön valtaistuminen ja toimintakyvyn lisääntyminen. (Onnismaa 2007, 21, 23–24.)

Vuorovaikutteinen neuvonta ja ohjaus tukevat potilasta tai asiakasta päätöksenteossa. Ammattihenkilö voi antaa ohjattavalle vaihtoehtoja, mutta ohjattava itse valitsee niistä käyttökelpoisimmat. Ohjaustilanteessa ohjattava osallistuu aktiivisesti esittämiensä ongelmien ratkaisuun. Ammattihenkilö pyrkii ohjaustilanteessa vahvistamaan ohjattavan toimintakykyä ja välttämään valmiiden ratkaisumallien antamista. Ohjauksessa oleva on oman tilanteensa ja omien ratkaisujensa paras asiantuntija ja ammattihenkilö on ohjausprosessin asiantuntija. (Onnismaa 2007, 26–27.)

Monissa organisaatioissa tehdään ohjaus- ja neuvontatyötä eri ammattilaisten toimesta. Ohjaus- ja neuvontatilanteet ovat ainutkertaisia. Ammattimaisessa ohjaus- ja neuvontatilanteessa on asetettu tavoitteet ja keskustelu on jäseneltyä. Rajanveto

ammattimaisen ja ei-ammattimaisen toiminnan välillä on vaikeaa, koska ei ole selkeitä rajoja, mitkä ovat välttämättömiä tai riittäviä taitoja ohjauksen ja neuvonnan eri toiminta-alueilla ja eri asiakasryhmien parissa. Ohjauksen ydinosaamiseen kuuluvat sellaiset taidot, tiedot ja suhtautumistavat, joita edellytetään kaikilta ohjauksessa työskenteleviltä. Erikoisosaamiseen kuuluvat omassa toimintaympäristössä tai eri asiakasryhmien ohjauksessa ja neuvonnassa tarvittavat tiedot, taidot ja suhtautumistavat. (Onnismaa 2007, 22–23.)

5.1. AVH-potilaan ohjaus ja neuvonta

AVH-potilaan hoito ja kuntoutus voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: erikoissairaanhoidossa tapahtuvaan akuuttivaiheen hoitoon, intensiiviseen kuntoutukseen, joka tapahtuu potilaan hoidon ja kuntoutuksen tarpeesta riippuen erikoissairaanhoidon toimesta tai perusterveydenhuollossa sekä ylläpitävään kuntoutukseen, jonka toteuttaa perusterveydenhuolto. (Alin 1999, 63).

Akuuttivaiheen hoito pyritään järjestämään aivohalvausyksikössä (stroke unit) ympärivuorokautisessa seurannassa. Siellä hoito kestää yleensä yhdestä viiteen vuorokautta, jonka jälkeen hoito jatkuu neurologisella vuodeosastolla. Akuutissa vaiheessa kiinnitetään aina erityistä huomiota erittäin tärkeään asentohoitoon. Hyvällä asentohoidolla potilas tottuu hyviin lepoasentoihin ja täten liikkumaan lähteminen helpottuu toipumisen edetessä. Asentohoidolla estetään kipuja ja nivelten virheasentoja. Kaikissa päivittäisissä toiminnoissa pyritään heti alusta lähtien tukemaan kuntoutumista sairastuneen oireet, vointi ja jaksaminen huomioiden. Kaikki siirtymiset, keskustelu ja hoitotoimet toteutetaan halvaantuneelta puolelta, jotta saadaan aktivoitua halvaantuneen puolen toimintoja ja havainnointia. (Liippola 2007; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ C 3.)

Potilaan ja omaisten ohjaus ja neuvonta tapahtuvat akuuttivaiheessa erikoissairaanhoidossa. Omaisia ohjataan toteuttamaan avustavia hoitotoimenpiteitä yhdenmukaisin menetelmien ammattihenkilöiden kanssa. Oppimisen ja kuntoutumisen kannalta on tärkeää, että ohjaus on yhdenmukaista ja toistuvaa. Omaisille selvitetään

mikä potilaalla on, mitä pitäisi tehdä, ettei sairaus uusisi ja miten jatketaan tästä eteenpäin. Sairauteen sopeutumisen kannalta on tarpeellista antaa sairastuneelle ja omaisille sekä läheisille mahdollisuus surra niitä menetyksiä, jota sairaus on tuonut mukanaan. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ C 3.)

AVH-potilaan kuntoutusohjaus on laaja-alaista jokapäiväistä selviytymistä tukevaa toimintaa. Siihen kuuluvat ohjaus, neuvonta, sairaudesta tai vammasta aiheutuvien psyykkisten tai sosiaalisten ongelmien selvittäminen sekä vammaisen henkilön kuntoutumista ja sosiaalista toimintakykyä edistävä toiminta. Palvelut keskittyvät erityisesti siihen, miten potilas selviytyy sairaalan ulkopuolisessa elämässä ja kotonaan. Kuntoutusohjaaja toimii yhdyshenkilönä kodin, sairaalan, kuntoutukseen ja hoitoon osallistuvien tahojen välillä. (Siirala 1999, 262; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ D 7.)

Sairaalavaiheen aikana kuntoutusohjaaja tekee yhteistyötä potilasta hoitavien tahojen kanssa. Hän on mukana yhteistyöryhmän kokoontumisissa ja osallistuu potilaan kuntoutussuunnitelman tekoon. Tarvittaessa tehdään potilaan kotiin kotikäynti ja laitetaan vireille tarvittavien tukitoimien anominen. Näillä keinoin mahdollistetaan kotiutuminen ja helpotetaan kotona selviytymistä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ D 7.)

Kuntoutusohjaaja seuraa asioiden toteutumista ja sujumista sairaalavaiheen jälkeen poliklinikka- tai kotikäyntien yhteydessä. Tavoitteena on sairastuneen ja hänen omaistensa toiminnallisuuden ja jaksamisen tukeminen. Kuntoutusohjaaja toimii sairastuneen ja hänen läheistensä tukihenkilönä, asiamiehenä, tiedonvälittäjänä ja yksityiskohtaisten kuntoutuspalvelujen koordinaattorina. Suomen kuntoutusjärjestelmä on monimutkainen ja vaikeasti hahmotettava kokonaisuus. Järjestelmä koostuu lukuisista erilaisista palveluista, toimenpiteistä ja etuisuuksista, eikä niiden yhteensovittaminen ole aina helppoa. Kuntoutusohjaajan kotikäyntien yhteydessä tulee usein esille asioita, joihin ei sairaalavaiheen aikana ole huomattu tai osattukaan puuttua. Yhdessä sairastuneen ja hänen omaistensa kanssa neuvotellaan tarvittavista toimenpiteistä. Kuntoutusohjaaja neuvoo ja ohjaa asianosaisia. Tarvittaessa hän kirjoittaa lausuntoja ja suosituksia, jotta sairastuneen asiat etenisivät mahdollisimman nopeasti. (Siirala 1999, 262; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ D 7.)

Satakunnan keskussairaalassa on alkanut huhtikuussa 2007 AVH-hoitajan poliklinikka. Vastaanotolla käyvät AVH-potilaat, jotka kotiutuvat Satakunnan keskussairaalaan. Kontrolli on noin 1-2 kuukauden kuluttua sairastumisesta neuvontaa ja ohjausta varten. (Malmberg-Ceder 2007.)

Perusterveydenhuollon tehtävät ovat jatkossa riskitekijöiden kartoitus ja hoito, jatkokuntoutuksen järjestäminen, apuvälinetarpeen arviointi, palvelusuunnitelman laatiminen, Kelan ja vammaispalvelulain mukaisten etuuksien arviointi (hoito-, vammaistuki, kuljetuspalvelut, invalidipysäköintilupa, omaishoitajan ja henkilökohtaisen avustajan tarve) sekä kontrollikäynneistä huolehtiminen. AVH-potilaat on sairausryhmänä hyvin moninainen. Siksi hoito- ja kuntoutussuunnitelmat on aina tehtävä yksilöllisesti paikalliset resurssit huomioiden. (Malmberg-Ceder 2007.)

5.2. AVH-potilaan ohjaus perusterveydenhuollossa

Ohjausveloitteen toteutumisesta käytännössä ei ole tarkkoja tutkimuksia. Yleinen käsitys kuitenkin on, ettei ohjaukseen ja neuvontaan ole kiinnitetty tarpeeksi huomiota. Käytännössä ohjaus voi perustua esimerkiksi kirjallisiin lausuntoihin (epikriiseihin), jolloin yleinen käsite ”saattaen ohjaaminen” ei toteudu. (Järvikoski & Puumalainen 1998, 22.)

Lääkinnällisellä kuntoutuksella pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistämään ja tukemaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja hänen itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä toiminnoissa. (Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991).

Koska perusterveydenhuollossa ei ole vielä montaa kuntoutusohjaajaa, niin kuntoutusohjausta, jolla tarkoitetaan kuntoutujan ja hänen lähiympäristönsä tukemista ja ohjausta sekä kuntoutujan toimintamahdollisuuksiin liittyvistä palveluista tiedottamista, toteuttavat monet eri ammattiryhmät. (Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) parantaa potilaan

oikeusturvaa ja selkiyttää potilaan ja terveydenhuoltohenkilökunnan yhteistyötä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen yksityisyyttään on kunnioitettava eikä hänen ihmisarvoaan saa loukata. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kaikkiin hoitotoimenpiteisiin tarvitaan potilaan lupa. Potilaalle on annettava tietoa hänen terveydentilastaan, hoitovaihtoehdoista ja riskitekijöistä. Hoitosuunnitelmat ovat laadittavat yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaistensa ja läheistensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa.

Sopeutumisvalmennuksella tarkoitetaan kuntoutujan ja hänen omaistensa ohjausta ja neuvontaa sairastumisen tai vammautumisen jälkeisessä elämäntilanteessa. Sillä on merkittävä osuus sairastuneelle ja hänen läheisilleen silloin, kun he pyrkivät sopeutumaan uuteen tilanteeseen. Tämä kuntoutusmuoto ei kuitenkaan ole vielä luonteva osa kuntoutusta. Sen tarpeellisuus tiedostetaan, mutta kunnat eivät osoita siihen riittävästi varoja. Sairastunut ja omainen eivät pysty tai osaa ottaa vastaan tietoa sairastumisen alkuvaiheessa. Siksi kunnissa pitää jatkaa tiedon antamista. AVH-yhdyshenkilötoiminnan avulla sopeutumisvalmennusta voidaan kunnissa toteuttaa, kunhan siihen vain osoitetaan aikaa ja resursseja. (Salonen 1998, 19.)

6. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa, miten AVH-potilaan ohjaus ja neuvonta jatkuvat Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella perusterveydenhuollossa AVH-yhdyshenkilöiden toteuttamana. Tarkoituksena oli selvittää, miten AVH-potilaan ohjaus ja neuvonta on järjestetty, mitä se pitää sisällään ja ovatko eri paikkakuntien toimintatavat yhteneväisiä.

Tutkimuksen tavoitteena oli saada sellaista tietoa, jonka perusteella voidaan miettiä tarvitaanko AVH-potilaiden ohjaukseen yhtenäisiä käytäntöjä tai miten tulee varmistettua, että kaikki AVH-potilaat saavat samantasoista ohjausta ja neuvontaa paikkakunnasta riippumatta?

Tutkimuksen tarkoituksesta johdettiin tutkimustehtävät:

1. Mitkä ovat AVH-yhdys henkilön työn erityispiirteet?
2. Millaisena AVH-yhdys henkilöt kokevat roolinsa AVH-potilaan kuntoutuspolussa?
3. Millaista yhteistyö on AVH-potilaan kuntoutusprosessissa?
4. Millaisia kehittämistarpeita AVH-yhdys henkilöt nostavat esille tutkimuksessa?

7. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksen aikataulu suunniteltiin niin, että analysoinnille jää tarpeeksi aikaa ja tarpeen mukaan työn eri vaiheissa on ollut mahdollisuus pohtia erilaisia vaihtoehtoja/näkökulmia tutkittavaan asiaan.

7.1. Tutkimuksen lähestymistapa ja menetelmä

Opinnäytetyön kyselytutkimus on luonteeltaan kartoittava ja kuvaileva. Tutkimuksen lähestymistapa on ensisijaisesti kvalitatiivinen, mutta osaa aineistosta tarkastellaan myös kvantitatiivisesti.

Tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen Survey-tyyppinen tutkimus (laadullinen). Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on tutkimusta, jossa tutkimusaineisto on verbaalista. Lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja tutkittavaa kohdetta pyritään kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152.)

Terminä Survey tarkoittaa sellaista kyselyn muotoa, jossa aineisto kerätään standardoidusti ja kohdehenkilöt muodostavat otoksen tietystä perusjoukosta. Perusjoukko on se havaintoyksiköiden muodostama joukko, josta halutaan tehdä

johtopäätöksiä. Otoksen valinnalla pyritään tilastolliseen edustavuuteen. Otos edustaa perusjoukkoa silloin, kun siinä on samoja ominaisuuksia samassa suhteessa kuin perusjoukossa. Otoksen suuruus riippuu tutkimuksen tavoitteista tai tutkittavan ilmiön yleisyydestä. (Hirsjärvi ym. 2004:125.)Tämän tutkimuksen otosta voidaan sanoa ryväsotokseksi. Ryväsotokseen valittiin Suomessa toimivista AVH-yhdyshenkilöistä Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella perusterveydenhuollossa toimivat AVH-yhdyshenkilöt.,

Kyselyssä standardius tarkoittaa sitä, että kysymykset kysytään kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. Survey-menetelmää käytetään kun kerätään täsmällisiä tosiasiatietoja ja halutaan selvittää vastaajien tietoja, mielipiteitä, asenteita, arvoja ja ideologioita. Survey- tutkimuksella kerätyllä aineistolla pyritään kuvailemaan, vertailemaan ja selittämään ilmiöitä. (Hirsjärvi ym. 2004, 125–129; Järvikoski & Härkäpää 2004, 234–236.)Tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita esimerkiksi siitä, miten eri pohjakoulutus vaikuttaa AVH-yhdyshenkilön työn toteutumiseen.

Aineiston hankintamenetelmänä käytettiin kyselylomaketta (Liite 4). Opinnäytetyön tekijä laati lomakkeen itsenäisesti käyttäen hyväkseen Satakunnan ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä ja kyselytutkimuksista kertovaa kirjallisuutta. Opinnäytetyön suunnitteluseminaarissa pohdittiin vielä opinnäytetyön ohjaajan ja opiskelija- kollegoiden kanssa muutamia kyselylomakkeen kysymysmuotoja ja niiden esitysjärjestystä lomakkeessa. Tekijä päätyi kyselylomakkeessa avoimiin kysymyksiin, sillä tarkoituksena oli saada mahdollisimman hyvin selville, mitä vastaajat todella ajattelevat kysymyksissä esitetyistä asioista. Opinnäytetyön tekijä ei halunnut valmiilla vastausvaihtoehdoilla ohjata kyselyyn vastaajien ajatuksia.

Kysely testattiin etukäteen neljällä kuntoutusohjaajalla. Esitestaus on välttämätöntä tutkimuksen onnistumisen kannalta, sillä esitestauksen perusteella kysymyksiä voi harkita uudelleen ja kysymysten muotoilua voi korjata varsinaista tutkimusta varten, mikäli kyselylomakkeessa ilmenee ongelmakohtia. (Hirsjärvi ym. 2004, 193). Kyselylomakkeessa oli avoimia ja strukturoituja kysymyksiä. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä todella on mielessään ja sallii vastaajan ilmaista itseään omin sanoin. Lisäksi se osoittaa vastaajien asiaan liittyvien tunteiden voimakkuuden. (Hirsjärvi ym. 2004, 190.) Avoimia kysymyksiä sisältävässä

kyselylomakkeessa on etuna, että se osoittaa vastaajien tietämyksen ja motivaation aiheesta ja sen, mikä hänen ajattelussaan on keskeistä ja tärkeää. Kyselylomakkeen kysymysten jaottelu taustatietoihin ja tutkimusongelmiin käy ilmi seuraavasta taulukosta (Taulukko 1).

TAULUKKO 1. Kyselylomakkeen kysymysten jaottelu

TUTKIMUSONGELMA	KYSYMYS, NRO
Taustatiedot	1-7
Mitkä ovat AVH-yhdys henkilön työn erityispiirteet?	8-11, 14-17
Millaista yhteistyö on AVH-potilaan kuntoutusprosessissa?	13, 19-21
Millaisena AVH-yhdys henkilöt kokevat roolinsa AVH-potilaan kuntoutuspolussa?	12, 18
Millaisia kehittämistarpeita AVH-yhdys henkilöt nostavat esille tutkimuksessa?	22

Kyselytutkimuksen etuna pidetään sitä, että sen avulla voidaan kerätä tietoa nopeasti. (Hirsjärvi ym. 2004, 184). Tässä työssä käytettiin postikyselyä, koska se sopi parhaiten tutkimuksen aikatauluun.

Postikyselyn suurimpana ongelmana on vastausten vähäinen määrä. Jos aihepiiri ja vastaajajoukko on tarkasti määritelty, niin vastausprosentti voi muodostua 70–80 prosentiksi. (Hirsjärvi ym. 2006, 185.) Tämän tutkimuksen otos oli rajattu Satakunnan sairaanhoitopiirin alueen perusterveydenhuollossa toimivia AVH-yhdys henkilöitä koskevaksi (N=13). Heistä kahdeksan vastasi, joten vastausprosentiksi tuli 61,5 %. Vastausprosenttia voidaan pitää kohtuullisen hyvänä, varsinkin kun yksi kunta ilmoitti, ettei AVH-yhdys henkilö ole tällä hetkellä heillä työssä. Kyselyyn vastaamisesta muistutettiin sähköpostitse. Sähköposteista kaksi palautui, koska vastaanottajaa ei tavoitettu. Tästä opinnäytetyön tekijä päätteli, etteivät tavoitellut AVH-yhdys henkilöt toimineet tällä hetkellä kyseisissä yksiköissä. Tämän perusteella kolme AVH-yhdys henkilöä ei toiminut tutkimuksen tekoajankohtana AVH-yhdys henkilötehtävissä.

Aivohalvaus- ja dysfasialiiton ylläpitämään rekisteriin nämä tiedot eivät olleet välittyneet.

7.2. Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Kohderyhmäksi valittiin Satakunnan sairaanhoitopiirin alueen perusterveydenhuollossa toimivat AVH-yhdyshenkilöt. Aivohalvaus- ja dysfasialiiton johtoryhmältä pyydettiin liiton yhdysenkilörekisterin käytön lupa AVH-yhdyshenkilöiden yhteystietojen saamiseksi tutkimuksen tekemistä varten (Liite 2). Lupa rekisterin käyttöön tuli Aivohalvaus ja dysfasialiitolta 21.11.2007. Tutkimuslupaa (Liite 1) anottiin kaikilta Satakunnan sairaanhoitopiirin alueen kunnilta/kuntayhtymiltä. Yhdeltä kuntayhtymältä ei tullut vastausta tutkimuslupa-anomukseen, joten tämä kuntayhtymä jäi pois kyselystä.

Kyselyt postitettiin AVH-yhdyshenkilöille marraskuun 2007 lopussa vastauskuoren kera. Mukana oli saatekirje (Liite 3), jossa kerrottiin tutkimuksen tekijästä ja kyselyn tarkoituksesta. Kyselyyn annettiin vastausaikaa kaksi viikkoa. Kyselylomakkeet palautettiin vastauskuoressa tutkijan kotipostiosoitteeseen. Vastaajia muistutettiin kyselyyn vastaamisesta vielä tammikuun 2008 alussa sähköpostitse. AVH-yhdyshenkilöiden sähköpostiosoitteet selvitettiin kuntien internet-sivujen avulla. Sähköpostissa AVH-yhdyshenkilöitä pyydettiin vastaamaan kyselyyn pikaisesti, kuitenkin viimeistään kahden viikon kuluessa (viimeistään 11.1.2008 mennessä).

Vastauskirjeet aukaisi opinnäytetyön tekijä ja hän tallensi ne kotiinsa asianmukaisesti. Kyselyjä palautui yhdeksän kappaletta. Yhden kunnan AVH-yhdyshenkilö ei ollut enää heillä töissä, kunta palautti tyhjän lomakkeen. Vastaamaton lomake hylättiin tutkimuksesta. Vastattuja kyselylomakkeita palautui kahdeksalta AVH-yhdyshenkilöltä, näin kyselyn vastausprosentiksi tuli 61,5 %.

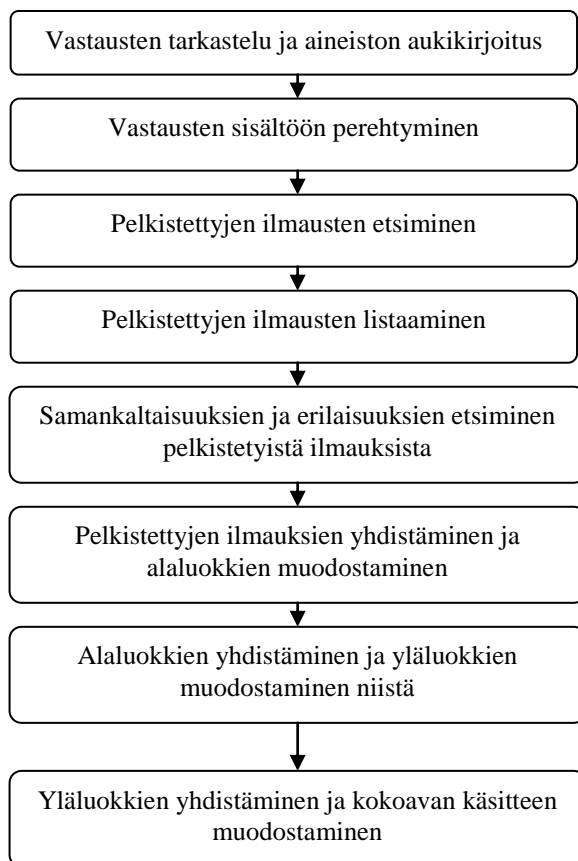
7.3. Analysointimenetelmä

Tutkimusaineiston analysointi aloitettiin käymällä läpi kaikki vastaukset. Aineiston analyysin ensimmäinen vaihe on tietojen tarkistus. Aineistosta tulee huomioida, onko siinä selviä virheellisyyksiä ja puuttuuko tietoja. (Hirsjärvi 2004, 209.) Yhdessä lomakkeessa vastaaja ei ollut vastannut kohtaan, jossa kysyttiin kuinka kauan hän on työskennellyt AVH-yhdyshenkilönä. Kahdessa lomakkeessa oli vajavuuksia avointen kysymysten vastauksissa. Nämä lomakkeet otettiin vajavuuksista huolimatta mukaan tutkimukseen, sillä avointen kysymysten kohdalla vajavuudet eivät vaikuttaneet tulkintaan. Seuraavaksi aineisto järjestettiin tiedon tallennusta ja analyysiä varten numeroimalla kyselylomakkeet ja laskemalla vastausprosentit. Numerointi oli ainoa lomakkeiden identifiointitapa. Kvantitatiivinen aineisto tallennettiin tilastolliseen muotoon Exel-ohjelmalla. Se käsiteltiin Tixel 8.2 ohjelmaa apuna käyttäen. Aineistosta muodostettiin ensin yksiulotteiset jakaumat, jolloin saatiin selville vastauksien frekvenssijakaumat ja prosenttiosuudet.

Tässä opinnäytetyössä aineistoa luokiteltiin induktiivisesti, aineistolähtöisesti. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa yhdistellään käsitteitä saaden vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysilla tarkoitetaan tekstianalyysia, jolla pyritään saamaan tutkittavasta asiasta kerätyn aineiston avulla tiivistetty ja yleinen kuvaus. Analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta asiasta. Sillä luodaan selkeyttä aineistoon, jotta sen perusteella voidaan tehdä luotettavia ja selkeitä johtopäätöksiä tutkittavasta asiasta. Aineiston käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto hajotetaan ensin osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105, 107, 110, 115.)

Sisällönanalyysi aloitettiin avointen vastausten tarkastelulla ja niiden aukikirjoittamisella. Vastausten sisältöön perehdyttiin ja sisällöllisesti vastaavat asiat yhdistettiin. Vastaaviksi asioiksi tulkittiin saman sanan käyttö sekä sellainen ilmaisu, joka yksiselitteisesti kuvasi kyseistä asiaa. Pelkistetyt ilmaukset listattiin. Aineiston pelkistämistä ohjasivat tutkimustehtävät. Tämän jälkeen etsittiin samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia pelkistetyistä ilmauksista. Asioita yhdistettiin ja muodostettiin yläluokkia. Lopuksi yläluokkia yhdistettiin ja muodostettiin kokoavia käsitteitä (Kuva 6.). Liitteessä 5 on havainnollistettu esimerkki, miten kysymykseen saadut vastaukset luokiteltiin tässä

opinnäytetyössä. Avointen kysymysten vastaukset esitetään raportissa pelkistettyjen ilmaisujen avulla. Vastauksista esitetään osin myös suoria lainauksia kursivoituna, jolloin ne erottuvat selkeästi muusta tekstistä. Lainauksien tarkoituksena on lisätä raportin luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110, 115.) Johtopäätösten tekemisessä opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt ymmärtämään, mitä asiat vastaajille merkitsevät heidän näkökulmastaan katsottuna analyysin kaikissa vaiheissa.



Kuva 6. Aineistolähtöisen sisältöanalyysin eteneminen (mukaeltu: Tuomi & Sarajärvi 2002, 111.)

8. TUTKIMUSTULOKSET

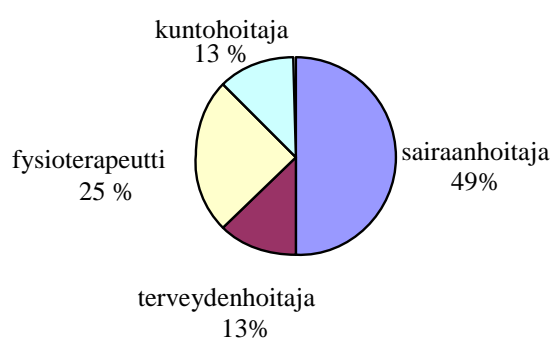
Tutkimustuloksissa esitetään ensin vastaajien taustatiedot. Tämän jälkeen tulokset esitetään tutkimusongelmittain. Tulokset esitetään prosentiosuuksina ja kysymykseen vastanneiden kokonaismäärä käy ilmi sulkeissa olevasta luvusta (n= vastanneiden lukumäärä).

Tutkimuksessa lähetettyihin 13 kyselyyn vastasi kahdeksan AVH-yhdyshenkilöä. Tutkimuksen kyselyn vastausprosentiksi muodostui 61,5 %.

8.1. Vastanneiden taustatiedot

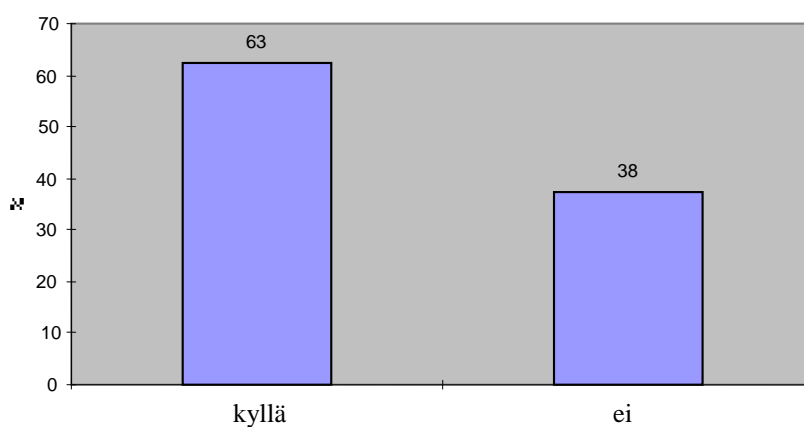
Vastaajien taustatietoja selvitettiin kysymyksillä 1-7.

Kysyttäessä vastaajien pohjakoulutusta, vastaajat ilmoittivat seuraavaa: sairaanhoitajia oli 49 % (n=4), fysioterapeutteja 25 % (n=2), terveydenhoitajia 13 % (n=1) ja kuntahoitajia 13 % (n=1) (Kuvio 1).



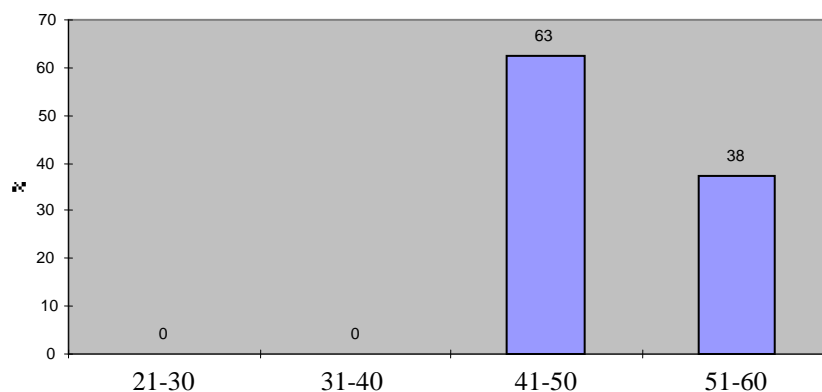
Kuvio 1. Vastanneiden AVH-yhdyshenkilöiden pohjakoulutus.

Kysymyksessä, jossa selvitettiin vastaajien täydennyskoulutusta (Kuvio 2), kävi selville, että vastaajista 63 %:lla (n= 5) oli täydennyskoulutusta ja vastaajista 38 %:lla (n=3) ei ollut täydennyskoulutusta. Vastaajien täydennyskoulutukset olivat diabeteshoitaja (n=1), muistihoitaja (n=1), sisätautien- ja kirurgian erikoissairaanhoitaja (n= 2), jalkojenhoidon oppisopimuskoulutus (n= 1), neurologisen fysioterapian- (n=1), kuntoutuksen approbatur- (n=1) ja kansanterveystieteen approbatur (n=1) opinnot. Yksi vastaaja oli ilmoittanut, että hänellä on täydennyskoulutusta, mutta hän ei kertonut, mikä täydennyskoulutus hänellä on.



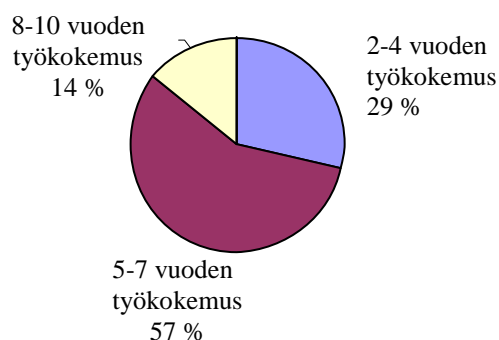
Kuvio 2. Vastaajien täydennyskoulutus.

Vastaajien ikää kysyttiin ikäryhmittäin. Vastaajista 63 % kuului ikäryhmään 41–50 vuotta ja 38 % vastaajista oli 51–60 vuotiaita (Kuvio 3).



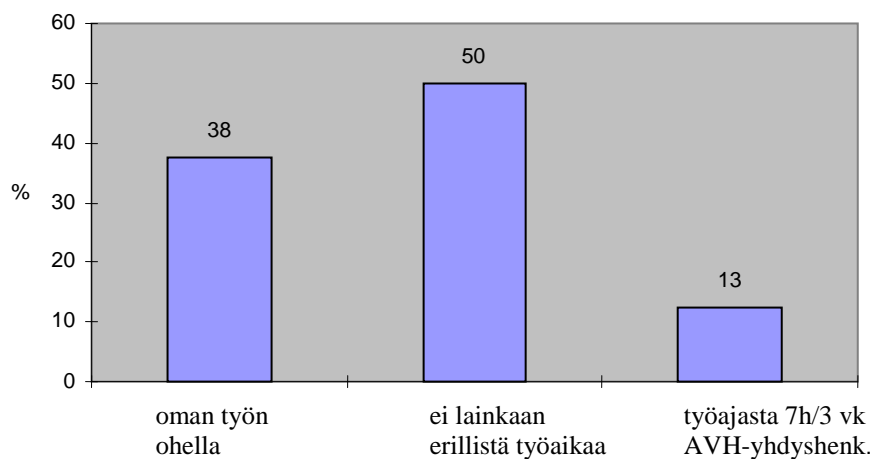
Kuvio 3. Vastaajien ikä ikäryhmittäin.

Työskentelyä AVH-yhdyshenkilönä kysyttiin vuosina (Kuvio 4). Vastanneiden työvuodet AVH-yhdyshenkilönä jakautuivat 2-10 vuoden välille. 2-4 vuoden kokemus oli 29 %:lla (n=2) vastanneista, 5-7 vuoden kokemus oli 57 %:lla (n=4) ja 8-10 vuoden kokemus oli 14 %:lla (n=1). Yksi vastaaja ei vastannut tähän kysymykseen (n=1).



Kuvio 4. Vastaajien työkokemus AVH-yhdyshenkilönä.

Kyselyn yksi vastaaja (n=1) ilmoitti, että työajasta on selvästi osoitettu seitsemän tuntia / 3 viikkoa = 2,3 tuntia/ viikko AVH-yhdyshenkilötoimintaan. AVH-yhdyshenkilöistä 38 % (n=3) ilmoitti tekevänsä työtään pääasiassa oman työnsä ohella. Vastaajista 50 % (n=4) ilmoitti, että työnantaja ei ollut osoittanut erillistä työaika AVH-yhdyshenkilötoimintaan (Kuvio 5).



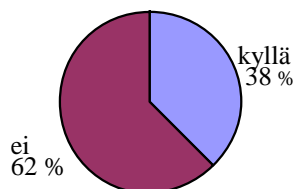
Kuvio 5. Vastaajien työaika, joka on käytettävissä AVH-yhdyshenkilötoimintaan.

AVH-potilaan tapaaminen tapahtuu terveystieteiden sairaalassa tai avovastaanotolla 24 %:lla (n=2) vastanneista. Vuodeosastolla tai osastolla tapaa vastanneista 24 % (n=2) potilaansa. 13 % (n=1) vastaajista ilmoitti tapaavansa AVH-potilaan potilaiden hoitotyössä. Osastolla tai avovastaanotolla tapasi potilaat 13 % (n=1) vastanneista, fysioterapiaosastolla 13 % (n=1) vastanneista ja lisäksi kotikäynneillä ja joskus vastaanotolla 13 % (n=1) (Kuvio 6). Kuvio selventää, että AVH-yhdyshenkilön työ on erilaista työtehtävistä ja työskentelypaikasta johtuen.



Kuvio 6. AVH-potilaan tapaaminen tapahtuu yleensä vastanneiden AVH-yhdyshenkilöiden kohdalla.

Vastanneista AVH-yhdyshenkilöistä 38 % (n=3) teki kotikäyntejä kun taas vastaajista 62 % (n=5) ei tehnyt kotikäyntejä (Kuvio 7).



Kuvio 7. Vastanneiden AVH-yhdyshenkilöiden tekemät kotikäynnit.

8.2. AVH-yhdys henkilön työn erityispiirteitä

AVH-yhdys henkilön työn erityispiirteitä käsittelevät kysymyslomakkeen kysymykset 8-11 ja 14-17.

Kysyttäessä **AVH-yhdys henkilön työn sisältöä**, vastaajat ilmoittivat sen pitävän sisällään; informaatiota potilaalle, potilaan ohjausta ja neuvontaa sekä motivointia, läheisten ja yhteistyötahojen ohjausta ja neuvontaa. Yksi vastaaja vastasi tehtävänä olevan myös oman työyhteisön tiedon ylläpitäminen.

Ohjaus- ja neuvonta pitivät sisällään tietoa sairaudesta, kuntoutumisesta, sopeutumisvalmennuskursseista, AVH-järjestötoiminnasta, sairauden riskitekijöistä, kiireellisen hoidon tärkeydestä ja oman motivaation tärkeydestä kuntoutumisessa. Sairaanhoidajan vastaanotolla seurattiin RR-arvoja ja kiinnitettiin huomiota ennaltaehkäisyyn. Ensiavussa pitää tunnistaa AVH:n oireet.

Yksi vastaaja kertoi ”*Olen vain nimellisesti yhdys henkilö. Postin luen ja ...*”. Yhdessä vastauslomakkeessa mainittiin AVH-yhdys henkilön työn pitävän sisällään yhdys henkilötoimintapalaverit Satakunnan keskussairaalassa.

*”AVH-yhdys henkilö tarkkailee, kuuntelee ja tarttuu AVH-potilaiden asioihin...”,
”toimii kuntoutumisen prosessin ”seuraajana”, varmistajana, tukena eli toteutuuko suunnitellut asiat ja miten elämä jatkuu...”*

AVH-yhdys henkilön työn erityisosaamiseksi vastattiin seuraavaa: osata antaa tietoa potilaalle ja heidän omaisilleen niin, että asiat tulee ymmärretyksi. Tietoa riskitekijöistä, ennaltaehkäisystä ja AVH-oireista. AVH-yhdys henkilön pitää olla ajan tasalla tämän hetken hoitokäytännöistä. Heillä pitää olla taitoa osata hoitaa ja kuntouttaa pitkäaikaispotilaita. Muutama vastaaja toi esille, että AVH-yhdys henkilön pitää olla tietoinen alueen AVH-potilaan kuntoutusmahdollisuuksista ja järjestötoiminnasta. Tietojen ylläpitämisessä katsottiin tärkeäksi vuosittaiset AVH-päivät. *”Kaikkeen materiaaliin tutustuminen omalla ajalla, jotta osaa selittää kysyville, jos heillä on jotain sellaista, mikä heitä mietityttää”*. Lisäksi painotettiin yhteistyötaitoja kuntoutusprosessin kuluessa. *”Myös empaattisuutta ja myötäelämisen taitoa tarvitaan”*

sekä ”kuuntelutaitoa”. Yksi vastaaja kuvasi työn erityisosaamiseksi ”monenlaista ja aikaa siihen työhön”.

Kartoitettaessa, onko **ohjaus ja neuvonta** erilaista, jos kyseessä on alle 65-vuotias tai yli 65-vuotias AVH-potilas, 50 % vastaajista ilmoitti (n=4), ettei ohjaus ole erilaista. ”Ei ikä ole mittari vaan sairaus sinänsä”, ”minun potilaani ovat melkein kaikki yli 65-vuotiaita” ja ”AVH-potilaat yli 65-vuotiaita”. Vastaajista 50 % (n=4) ilmoitti ohjauksen olevan erilaista. ”Pyrin aktivoimaan nuorempaa henkilöä enemmän kodin ulkopuoliseen toimintaan, itsenäisyyteen”, ”työelämästä poisjääminen alle 65-v., mikäli ei kuntoudu” sekä ”alle 65v. (Kelan mahdollinen osuus kuntoutumiseen; vammais-, hoitotuet; haku, ohjaus, kuntoutuksen hakemisen ohjaus ym.)”.

AVH-yhdyshenkilön työnkuva ei ollut vastaajista 50 %:n (n=4) mielestä selkeästi määritelty, ”jokainen muokkaa motivaationsa ja mahdollisuuksiensa mukaan”. Työn päätarkoitus oli selkeä, mutta ”työnkuva on vain vuosien myötä muotoutunut tällaiseksi”. Työnkuvaan kuuluviksi mainittiin muun muassa ”Kansion ja uusien tietojen ylläpitäminen”. Työnkuvan arveltiin vaihtelevan ”riippuen siitä missä yhdyshenkilö työskentelee”. Yhden vastaajan mielestä ”meille on annettu vapaus määritellä työnkuvamme sen mukaan miten se sopeutuu muuhun työhömmö”. Yksi vastaaja kertoi, että ”Satakunnan sairaanhoitopiiri on järjestänyt vuoden verran tapaamisia Satakunnan keskussairaalassa, joissa käsitellään yhteisiä toimintaperiaatteita koko sairaanhoitopiirissä. AVH-yhdyshenkilön tehtävänä on tuoda palaute niistä omiin terveyskeskuksiimme, jotta toimintaperiaatteet olisivat samansuuntaiset kaikissa terveyskeskuksissa. Nämä tapaamiset ovat hyviä”.

Vastanneista AVH-yhdyshenkilöistä 50 % (n=4) **tarkistaa, onko AVH-potilaalle tehty kuntoutussuunnitelmaa**. 25 % (n=2) ei tarkista, onko suunnitelmaa tehty. 25 % tarkisti asian satunnaisesti (rastit molemmissa kohdissa kyllä ja ei, tulkinta = satunnaisesti).

Jos kuntoutussuunnitelmaa ei ole tehty, niin AVH-yhdyshenkilö ”informoi asiasta”, ”lääkärin kanssa keskustellaan”, ”yritän viedä asiaa eteenpäin”, ”tyydyn lääkärin tekemään epikriisiin/käyntiselosteeseen”, ”selvitän potilaan omalääkärin kautta mahdollisuutta kuntoutussuunnitelmasta ja sen tekemisestä” sekä

”kuntoutussuunnitelman tällä hetkellä tekevät fysioterapeutit, puheterapeutti ja toimintaterapeutti. He katsovat, tarvitseeko sairastunut jatkossa heidän terapioitaan”.

Vastanneista AVH-yhdyshenkilöistä 25 % (n=2) tarkistaa onko **AVH-potilaalle nimetty yhdyshenkilö**, 37,5 % (n=3) ei tarkista yhdyshenkilö-asiaa. 25 % (n=2) tarkistaa asian satunnaisesti ja yksi vastasi *”olen ainoa yhdyshenkilö ko. toimipaikassa”.*

Vastaajista 62,5 %:lla (n=5) on **käytössään potilastiedot/sairaushistoria** käynnin yhteydessä. 12,5 % (n=1) vastasi, ettei tietoja ole käytössä ja 25 % (n=2) vastanneista vastasi, etteivät he pidä vastaanottoa.

AVH-potilaan **seurantakäytäntöä** ei ollut 50 %:lla (n=4) vastanneista. 25 % (n=2) ilmoitti seurantakäytännön olevan suunnitteilla/tekeillä ja 25 % (n=2) vastasi seurantakäytännön olevan käytössä; *”kontrollikäynti myöhäisemmässä vaiheessa” ja ”fysioterapeutti kuntouttaa potilaita”.*

8.3. Yhteistyö AVH-yhdyshenkilöillä AVH-potilaan kuntoutusprosessissa

Yhteistyötä käsittelevät kyselylomakkeessa kysymykset 13 ja 19-21.

AVH-potilaan ohjautuminen AVH-yhdyshenkilön vastaanotolle ei toteutunut lainkaan, sillä vastanneista AVH-yhdyshenkilöistä kukaan ei pitänyt vastaanottoa, vaan työ toteutui oman työn ohella. *”Tapaan potilaat oman työn ohella eli kun potilas on hoidossa osastollamme tai avoterveydenhuollossa, niin sitä kautta pääsen kontaktiin potilaan kanssa”.* Yhteydenotto tapahtui potilassiirtona erikoissairaanhoidosta tai avopuolella AVH-potilaan toimesta esimerkiksi jatkofysioterapiatarpeessa tai apuvälinetarpeessa. Yhteydenoton voi tehdä myös läheinen, kotisairaanhoido tai kotipalvelu. Yksi vastaaja kertoi käyvänsä osastoilla sopimassa sairastuneen ja hänen omaisensa kanssa ajan (päivän ja kellonajan), jotka yritetään sovittaa omaiselle parhaiten sopivaan kellonaikaan. Yksi vastaaja vastasi *”ei mitenkään erityisesti. Kunnassamme ei varmaan muistetakkaan, että olen tällaiseksi nimetty”.*

Kartoitettaessa AVH-yhdysheikköiden yhteistyötä, esille tuli seuraavaa. Yhteistyötä tehdään lääkärintierroilla viikottain (n=1), ”kuntoutusmeetingeissä” kerran kahdessa viikossa (n=1), fysioterapian palaverissa kerran viikossa (n=1), jossa läsnä terapeutti ja lääkäri sekä hoitopalaverissa/hoitokokouksissa (n=2)/kotiutuspalaverissa (n=1), joissa mukana omainen, lääkäri, kotihoito ja potilas. Näitä on yleensä kuntoutuspotilaan kotiutuessa. Lisäksi yhteistyötä tehdään SAS-palaverissa (n=1), palveluhoitosuunnitelmien palaverissa sosiaalitoimen kanssa (n=1), kuntoutustyöryhmässä (n=1), kuntoutussuunnitelmien tekoilaisuuksissa terveyskeskuksissa (n=1) ja asunnonmuutostyösuunnittelussa kotikäynnillä ”sosiaaliviraston vammaispalvelun kanssa” (n=1).

Yhteistyötä tehdään monien ammattiryhmien kanssa. Vastaajista 75 % (n=6) ilmoitti tekevänsä yhteistyötä lääkärin kanssa. 50 % (n=4) vastasi tekevänsä yhteistyötä fysioterapeutin kanssa. Omaisten kanssa yhteistyötä teki 62,5 % (n=5), toimintaterapeutin kanssa 37,5 % (n=3) ja puheterapeutin kanssa 25 % (n=2) vastaajista. 37,5 % (n= 3) vastaajista kertoi tekevänsä yhteistyötä hoitajien kanssa ja 37,5 % (n=3) oli yhteistyössä sosiaalityöntekijän kanssa. Lisäksi vastauksissa mainittiin yhteistyötahoina työyhteisö, sairaalan henkilökunta, Satakunnan keskussairaalan neurologian osaston konsultaatiot, erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaaja, psykologi, kotisairaanhoido, kotipalvelu, sosiaalitoimi/sosiaalivirasto, Kela, kuntoutuslaitokset, yksityisten fysikaalisten hoitolaitosten henkilökunta, apuvälinekeskuksen henkilökunta, taksit, kaupungin liikuntatoimen henkilökunta sekä kolmas sektori; AVH-kerhot.

Vastaajista 75 % (n=6) ilmoitti, että erikoissairaanhoido ottaa heihin yhteyttä AVH-potilaan kohdalla. 25 % (n= 2) vastasi, ettei yhteydenottoa erikoissairaanhoidosta tapahdu AVH-potilaan kohdalla. Yhteydenotto tapahtuu yleensä silloin, kun potilas tulee jatkohoidooson osastolle. ”Kun meille terveyskeskussairaalaan siirtyy Satks:sta neurologinen poilas. (uusi) antavat hyvän raportin ja muuten infoa (yhteistyö mainiota)... tai jos potilaille pitää järjestää jatkokuntoutusta. Yhteydenoton välineinä olivat puhelin ja epikriisit potilaan mukana osastolle tai postitse.

8.4. AVH-yhdyshenkilön rooli AVH-potilaan kuntoutuspolussa

AVH-yhdyshenkilöt kokivat roolinsa AVH-potilaan kuntoutuspolussa tärkeäksi, mutta *”pitäisi irrottaa aika seurantaan esimerkiksi kotiutuneiden yhteydenotto ja seuranta... yhteydenottoaikaa ei työn puitteissa ole”*. *”Tällä hetkellä en pysty palvelemaan heitä”*. Rooli koettiin esimerkiksi *”ohjeita antavana, mutta koen, että minun pitäisi vielä myöhemmin sairastuneen oltua jo jonkun aikaa kotona, tavata sairastunut ja hänen perheensä uudelleen. He tarvitsevat silloin aivan erilaista ohjausta”*. Kuntouttava työote sairaanhoitajan roolissa koettiin tärkeäksi potilastyössä. Yksi vastaus kuvasi yhdyshenkilön roolin *”ohjeiden antajana, prosessin seuraajana/valvojana, tukena”*. Tärkeäksi koettiin myös rooli *”antaa tietoa alueen kuntoutumismahdollisuuksista ja vapaa-ajan virkistystoiminnasta”*.

8.5. AVH-yhdyshenkilön työn kehittämistarpeet

Kysymyslomakkeen viimeinen kysymys antoi vastaajille mahdollisuuden esittää toiveita AVH-yhdyshenkilön työn kehittämiseen.

AVH-yhdyshenkilöillä oli mahdollisuus vastata omin sanoin **AVH-yhdyshenkilön työn kehittämiseen** koskevaan kysymykseen. Esille nousi toiveita koulutuksesta, *”jotta pysyy ajan tasalla”*. Mainintana muun muassa *”itse saada koulutusta AVH-hoitoon”* sekä *”haluaisin luentoja tietojen päivityksestä tai vaikka kertausta teoriasta”*. Satakunnan keskussairaalan ja järjestön tapaamiset on koettu antoisiksi; *”joissa jokaisesta terveyskeskuksesta on AVH-vastaava, joissa neurologi yleensä luennoi + neurologian os. hoitajia luennoi”*...

Työn tekemiseen toivottiin enemmän aikaa. Tätä kuvaavat vastaukset; *”aikaa käyttöön järjestää asioita”, ”pitäisi ”terästä” kuvaa, mutta samalla pitäisi antaa aikaa”, ”parempi olisi varmaan alueelliset kokopäivätoimiset yhdyshenkilöt”* sekä *”oman työn ohella ei oikein pysty hoitamaan”*. Kehittämislistalla oli *”omaisten iltoja ja tietopaketteja”*.

AVH-yhdyshenkilöitä toivotaan lisää; *”AVH-yhdyshenkilöitä myös terveyskeskuksen vo:lle: sairaanhoitaja myös ohjaukseen, neuvontaan mukaan ja seurantaan myös prosessin kuluessa”*.

Tärkeäksi koettiin avo- ja vuodeosastojen AVH-yhdyshenkilöiden säännöllinen, suunnitelmallinen yhteistyö kuntoutumisprosessissa ja kuntoutumisen seurannassa. Kuntoutujien kuntoutumisprosessien seurantamenetelmiä toivottiin kehitettävän yhteistyössä. Yhden vastaajan toive oli jatkon miettiminen, *”miten voisi kontrolloida sairastuneiden pärjäämisen kotona, tähän ehdotuksia”*.

Kehittämistoiveena ehdotettiin myös, että *”AVH-yhdyshenkilöillä voisi olla rekisteri kaikista alueella olevista AVH-potilaista. Koska osa potilaista voi kotiutua suoraan esh:sta, eikä näin ollen saa välttämättä mitään ohjausta AVH-yhdyshenkilöltä”*.

9. POHDINTA

Tutkimusaiheen valinta selkiytyi opintojen edetessä. Koska AVH-potilaiden määrä lisääntyy koko ajan, niin on tärkeää selvittää millaista ohjausta ja neuvontaa he saavat akuuttivaiheen jälkeen. Opinnäytetyön tekijä rajasi tutkimuksen koskemaan AVH-yhdyshenkilöiden antamaa ohjausta ja neuvontaa AVH-potilaille.

Tässä tutkimuksessa on vaikea tietää, edustavatko tutkimukseen vastanneet AVH-yhdyshenkilöt perusjoukkoa tasapuolisesti. Tutkimusaineisto koostui Satakunnan sairaanhoitopiirin alueen perusterveydenhuollossa toimivista AVH-yhdyshenkilöistä. Heidän yhteystietonsa saatiin Aivohalvaus- ja dysfasialiiton ylläpitämästä AVH-yhdyshenkilö rekisteristä. Aivohalvaus- ja dysfasialiiton johtoryhmältä pyydettiin lupa AVH-yhdyshenkilöiden yhteystietojen käyttöön tutkimuksen tekemisessä. Lupa yhteystietojen käyttöön myönnettiin 12.11.2007. Ulkopuolelle jäivät ne AVH-yhdyshenkilöt, joiden yhteystiedot eivät olleet Aivohalvaus- ja dysfasialiiton

ylläpitämässä rekisterissä. Ulkopuolelle jäivät myös ne AVH-yhdyshenkilöt, jotka eivät vastanneet kyselyyn.

Opinnäytetyön tekijä on pohtinut analyysin tuloksia ja tehnyt niistä johtopäätöksiä. Analyysi on erittelyn tasoinen, koska vastausten sisällöt olivat erittäin paljon toisistaan poikkeavia. Siksi tulosten esittämisessä käytettiin myös poikkeuksellisen paljon lainauksia.

Kyselyssä selvisi, että AVH-yhdyshenkilön työnkuva vaihtelee paljon riippuen millaisessa työpaikassa/ työtehtävässä hän toimii. Seuraavassa tutkimuksessa kannattaa miettiä, miten työnkuvan/pohjakoulutuksen erilaisuus voi vaikuttaa kysymyksen ymmärtämiseen.

9.1. Johtopäätökset

Kyselyyn vastanneilla oli neljä erilaista pohjakoulutusta. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan, fysioterapeutin ja kuntohoitajan koulutus antavat erilaiset lähtökohdat AVH-yhdyshenkilön työn tekemiseen. Vastauksia analysoidessa huomattiin pohjakoulutuksen merkitys. Osassa vastauksista oli ajateltu AVH-yhdyshenkilön työnkuvaa hyvin suppeasti ja toisissa laajasti lähestyen kuntoutusohjaajan työnkuvaa. Erilaiset työtehtävät antavat myös erilaiset mahdollisuudet AVH-yhdyshenkilön työn toteuttamiseen. Ohjaus ja neuvontatilanteissa tarvitaan laaja-alaista osaamista. AVH-yhdyshenkilön työn tekemistä tukee koulutus, työkokemus, elämäkokemus sekä monipuolinen tietotaito terveydenhuollosta ja kuntoutusmahdollisuuksista. Vastaajien vastauksista kävi ilmi, että lisäkoulutus toi uusia taitoja ja näkökulmia työn tekemiseen. Aivohalvaus- ja dysfasialiiton ja Satakunnan keskussairaalan koulutustilaisuudet oli koettu antoisiksi tiedonhankinta kanaviksi.

Vastaajat olivat iältään 41–60-vuotiaita. He olivat työskennelleet AVH-yhdyshenkilöinä 2-10 vuotta. Työkokemus ei sinällään ole merkki työn ”hyvästä työn hallinnasta”, mutta pitkä työkokemus tuo työn tekemiseen varmuutta ja tietoa, jota voi ohjaustilanteissa hyödyntää niin sanottuna ”hiljaisena tietona”. Kukaan vastaajista ei tehnyt AVH-yhdyshenkilön vastaanotto-toimintaa, vaan työskentely tapahtui oman työn ohessa.

Ainoastaan yhdellä vastaajista oli selvästi määritelty työaika, jonka hän saa käyttää AVH-yhdyshenkilö toimintaan. Vastauksissa tuli monta kertaa esille, etteivät AVH-potilaiden ohjaus ja neuvonta toteudu oman työn ohessa niin hyvin kuin vastaajat haluaisivat. Työn tekemiseen kaivattiin riittävästi aikaa, jotta myös tarvittavat seurannat voivat toteutua.

Työn erityispiirteistä vastaajat nostivat esille informaation antamisen potilaalle sekä potilaan ohjauksen ja neuvonnan. Tehtävänä oli myös läheisten ja yhteistyötahojen ohjaus ja neuvonta sekä oman työyhteisön tiedon ylläpitäminen. Vastauksissa tuotiin esille, että AVH-yhdyshenkilö toimii myös kuntoutusprosessin seuraajana. Työntekijän työnkuvasta riippuen ohjaus ja neuvonta tilanteissa paneuduttiin myös riskitekijöiden ehkäisyyn.

Kyselyssä kartoitettiin, onko ohjaus erilaista, jos kyseessä on alle 65- vuotias tai yli 65-vuotias AVH-potilas. Tällä kysymyksellä opinnäytetyön tekijän tarkoituksena oli selvittää, tietävätkö AVH-yhdyshenkilöt Kela:n järjestämästä vaikeavammaisten kuntoutuksesta. 50 % vastaajista ilmoitti, ettei ohjaus ole erilaista ja vastaajista 50 % ilmoitti ohjauksen olevan erilaista. Kun AVH on aiheuttanut vaikeavammaisuuden alle 65-vuotiaalle potilaalle, niin sovellettavaksi tulee Kelan kuntoutusta koskeva lainsäädäntö. Jos AVH-potilas on yli 65-vuotias, niin julkisella terveydenhuollolla on ensisijainen vastuu lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelusta, toteuttamisesta ja seurannasta. (vrt. Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinnällisen avokuntoutuksen standardi versio 5/2006, 4; Korpelainen ym. 2001, 233–234.)

50 % vastaajista ilmoitti kyselyssä, ettei AVH-yhdyshenkilön työnkuva ole selkeästi määritelty. Työ on muokkautunut vastaajan motivaation ja työmahdollisuuksien mukaan. Työn päätarkoitus oli selkeä, mutta *”työnkuva on vain vuosien myötä muotoutunut tällaiseksi”*. Työnkuvan arveltiin vaihtelevan työskentelypaikasta riippuen. Yksi vastaaja kertoi, että *”Satakunnan sairaanhoitopiiri on järjestänyt vuoden verran tapaamisia Satakunnan keskussairaалassa, joissa käsitellään yhteisiä toimintaperiaatteita koko sairaanhoitopiirissä. AVH-yhdyshenkilön tehtävänä on tuoda palaute niistä omiin terveyskeskuksiin, jotta toimintaperiaatteet olisivat samansuuntaiset kaikissa terveyskeskuksissa.”*

Vastanneet AVH-yhdyshenkilöt kokivat roolinsa AVH-potilaan kuntoutuspolussa hyvin erilaisina. He kokivat roolinsa kuntoutuspolussa tärkeäksi, mutta aikaa seurantaan ja kotiutuneiden yhteydenottoon ei oman työn puitteissa ollut. Yksi vastaaja vastasi, ettei tällä hetkellä pysty palvelemaan AVH-potilaita. Vastauksissa esitettiin toive, että vielä myöhemmin sairastuneen oltua jo jonkun aikaa kotona, AVH-yhdyshenkilö voisi tavata hänet, sillä silloin he tarvitsevat aivan erilaista ohjausta kuin sairaalassaolo aikana. Kuntouttava työote sairaanhoitajan roolissa koettiin tärkeäksi potilastyössä. Tärkeäksi AVH-yhdyshenkilön rooli koettiin myös tiedonantajana alueen kuntoutumismahdollisuuksista ja vapaa-ajan virkistystoiminnasta.

Vastanneista AVH-yhdyshenkilöistä puolet tarkistaa, onko AVH-potilaalle tehty kuntoutussuunnitelmaa ja ¼ ei tarkista, onko suunnitelmaa tehty. ¼ vastaajista tarkisti asian satunnaisesti. Kuntoutussuunnitelma on keskeinen työskentelyväline AVH-potilaan kuntoutumisprosessissa. Sen suunnittelu, toteutus ja seuranta vaativat monen ammattiryhmän yhteistyötä yhdessä potilaan kanssa. (vrt. Holma 2003.)

Puolella vastanneista ei ollut AVH-potilaan seurantakäytäntöä lainkaan. ¼ vastaajista ilmoitti seurantakäytännön olevan suunnitteilla/tekeillä ja ¼ vastasi seurantakäytännön olevan käytössä. Seurantakäytännön kuvattiin olevan tässä kyselyssä *”kontrollikäynti myöhäisemmässä vaiheessa”* ja *”fysioterapeutti kuntouttaa potilaita”*.

Vastaajista 75 % ilmoitti, että erikoissairaanhoito ottaa heihin yhteyttä AVH-potilaan kohdalla. 25 % vastasi, ettei yhteydenottoa erikoissairaanhoidosta tapahdu AVH-potilaan kohdalla. Yhteydenotto tapahtuu yleensä silloin, kun potilas tulee jatkohoitoon osastolle tai jos potilaalle pitää järjestää jatkokuntoutusta. Yhteydenoton välineinä olivat puhelin ja epikriisit potilaan mukana osastolle tai postitse. Yhteydenotot eivät aina suju ongelmitta, yhteistyöpalavereille pitää löytyä aikaa ja joskus tiedonkulussa on katkoksia.

AVH-yhdyshenkilöt tekevät yhteistyötä monien ammattiryhmien kanssa. Kyselyyn vastaajien yhteistyö toteutui muun muassa lääkärin, hoitajien, omaisten, fysioterapeutin, toimintaterapeutin, puheterapeutin ja sosiaalityöntekijän kanssa. Lisäksi vastauksissa mainittiin yhteistyötahoina työyhteisö, sairaalan henkilökunta, Satakunnan keskussairaalan neurologian osaston konsultaatiot, erikoissairaanhoidon

kuntoutusohjaaja, psykologi, kotisairaanhoido, kotipalvelu, sosiaalitoimi/sosiaalivirasto, Kela, kuntoutuslaitokset, yksityisten fysikaalisten hoitolaitosten henkilökunta, apuvälinekeskuksen henkilökunta, taksit, kaupungin liikuntatoimen henkilökunta sekä kolmas sektori; AVH-kerhot.

Tutkimus osoitti, että AVH-yhdyshenkilötoiminta on erilaista Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella. AVH-potilaiden kuntoutusprosessin moninaisuuden vuoksi AVH-potilaat tarvitsevat prosessia tukevaa ohjausta ja neuvontaa. Tietoa ei aina ole saatavilla helposti, joten ainakin kuntoutusprosessin alkuvaiheessa tarvitaan ammattihenkilöitä ohjauksen ja neuvonnan toteuttamiseen. AVH-potilaiden määrän lisääntyessä ja monien AVH-potilaiden arjessa selviytymisen ongelmien ratkaisemiseksi olisi oltava aikaa ja mahdollisuuksia. Työn tekemiseen olisi myös osoitettava tarpeeksi aikaa, jotta AVH-potilas saa tarvitsemansa ohjauksen ja neuvonnan.

Katkeamattoman palveluketjun takaamiseksi tarvitaan edelleen yhteistyön kehittämistä. *Saattaen vaihtamiselle* täytyy löytyä aikaa. Tiivis yhteistyö parantaa potilaan asemaa kuntoutuspalvelujen saamisessa. Kuntoutussuunnitelman avulla luodaan palvelukokonaisuus, jossa otetaan huomioon potilaan elämäntilanne, palvelutarve ja kuntoutusedellytykset. Yhdyshenkilön nimeäminen parantaa ehdottomasti AVH-potilaan asemaa kuntoutusprosessissa.

Opinnäytetyön tekijä toivoo tutkimustulosten antavan eväitä AVH-yhdyshenkilötoiminnan kehittämiseen Satakunnan sairaanhoitopiirin alueen perusterveydenhuollossa AVH-potilaiden tiedonsaannin turvaamiseksi. Terveystenhuollon ohjaus- ja neuvontavelvollisuuden täyttämiseksi tarvitaan AVH-yhdyshenkilöiden työnkuvan selventämistä ja konkreettisesti toiminnalle aikaa, jotta myös potilaiden jatkon seuranta on mahdollista.

9.2. Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdentuu koko tutkimusprosessiin; aineiston keräämiseen, sen analysointiin ja tutkimuksen

raportointiin. Koska jokainen tutkimus on ainutkertainen ja tilannesidonnainen, niin se ei noudata tarkkoja sääntöjä. Siksi jokaisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu tulee tehdä tutkimus-, tilanne-, aineisto- ja tutkijakohtaisesti erikseen tarkasti harkiten. (Nieminen 1997, 215–220.)

Opinnäytetyön tekemisessä huomioitiin tutkimuseettiset periaatteet. Opinnäytetyön luotettavuus on muodostunut kyselylomakkeen huolellisesta suunnittelusta ja sen analysoinnista. Kysely voidaan sellaisenaan toistaa. Lomake laadittiin selkeäksi ja tarvittaessa siihen voi tehdä lisäyksiä tai poistaa tarpeettomaksi katsottu kohta.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella perusterveydenhuollossa toimivat AVH-yhdyshenkilöt. Tutkimuslupaa anottiin kaikilta Satakunnan sairaanhoitopiirin alueen kunnilta/kuntayhtymiltä. Yhdeltä kuntayhtymältä ei tullut vastausta tutkimuslupa-anomukseen, joten tämä kuntayhtymä jäi pois tutkimuksesta.

Kyselylomake esitettiin, jotta saatiin informaatiota siitä, miten vastaajat ymmärtävät kysymykset. Esitetauksen jälkeen tarkennettiin muutamaa kysymysmuotoa. Kysymysten tavoitteena oli, että kysymykset vastaisivat tutkimusongelmiin, jotka nousivat teoriaosuudesta.

Kyselylomake ja saatekirje lähetettiin 13 AVH-yhdyshenkilölle, joiden yhteystiedot saatiin Aivohalvaus- ja dysfasialiiton ylläpitämästä AVH-yhdyshenkilörekisteristä. Rekisteri saatiin Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry:n aluetyöntekijä Riitta Tuusalta 23.11.2007. Saatekirjeellä motivoitiin vastaajia vastaamaan kyselyyn. Siinä tiedotettiin myös tutkijan yhteystiedoista ja mahdollisuudesta saada lisätietoa häneltä tutkimukseen liittyvissä asioissa. Muistutukset vastaamisesta tutkija päätti tehdä sähköpostitse, koska kaikkien AVH-yhdyshenkilöiden sähköpostiosoitteet pystyttiin selvittämään kuntien internet-sivujen kautta.

Yksi kunta palautti tyhjän kyselylomakkeen, koska AVH-yhdyshenkilö ei enää ollut heillä töissä. Lisäksi lähetettiin sähköpostitse AVH-yhdyshenkilöille muistutus kyselyyn vastaamisesta. Sähköposteista kaksi palautui ja opinnäytetyön tekijä oletti etteivät kyseiset AVH-yhdyshenkilöt enää olleet töissä kyseisissä työpaikoissa. Kyselyn vastauksia saatiin kahdeksalta AVH-yhdyshenkilöltä. Vastaukset palautettiin

nimettöminä, näin vastaajien anonymius säilyi. Vastauksia käsiteltiin luottamuksellisesti ja aineisto tallennettiin asianmukaisesti.

Postikyselyn vastausprosentiksi tuli 61,5 %, jota voidaan pitää postikyselyssä melko hyvänä. (Hirsjärvi 2004, 185.) Tutkimuksen tuloksia ei voida kuitenkaan yleistää, koska otos on pieni (N=13), mutta Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella perusterveydenhuollossa toimivien AVH-yhdyshenkilöiden työstä tulokset ovat suuntaa antavia.

Kyselylomakkeita säilytettiin ja käsiteltiin opinnäytetyön tekijän kotona. Lomakkeet olivat ainoastaan tekijän käytössä. Aukikirjoitetut tiedostot tallennettiin muistitikulle, jota säilytettiin asianmukaisesti turvallisessa paikassa. Opinnäytetyön tekijällä on vaitiolovelvollisuus saamistaan vastauksista. Tutkimuksen päätyttyä kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisesti.

Vastausten analysoinnissa opinnäytetyön tekijä joutui muutamaankin kohtaan tekemään oman päätelmän siitä, mitä vastaaja oli tarkoittanut vastauksellaan. Yleisesti kyselyyn oli vastattu asiallisesti. Tekijä on raportoinut avointen kysymysten vastaukset niin, kuin vastaajat ovat ne ilmoittaneet. Vastaajien anonymiuden säilyttämiseksi tuloksissa ei tuoda esille vastaajien edustamia kuntia/kuntayhtymiä eikä vastaajien edustamia ammattiryhmiä.

Laadullisuuden takaamiseksi opinnäytetyön tekijä on selostanut tarkasti tutkimuksen toteuttamisen ja pyrkinyt kertomaan mahdollisimman tarkasti tutkimuksen eri vaiheet. Laadullisessa analyysissä on tehty luokitteluja, joita havainnollistetaan lukijalle liitteessä 5. (Hirsjärvi ym. 2004, 217.) Aineiston luokittelu ja analyysi perustuvat opinnäytetyön tekijän tulkintaan ja kyselyn tulokset tekijä on esittänyt opinnäytetyössä parhaalla osaamallaan tavalla.

10. YHTEENVETO

Yhteenvetona voidaan todeta, että tässä kyselyssä tuli esille, ettei AVH-yhdyshenkilön työ toteutunut samanlaisena kaikilla paikkakunnilla tässä otoksessa. Työtehtävät ja työn sisältö vaihtelivat ja tämä vaikeutti johtopäätösten tekemistä. Johtopäätöksenä todettiin, että AVH-potilaan saama ohjaus ja neuvonta riippuvat AVH-yhdyshenkilön ammattitaustasta ja muista ammattiin liittyvistä asioista.

Vastauksissa tuli selvästi esille, ettei AVH-yhdyshenkilön työn tekemiseen ole riittävästi aikaa. Vastaajista kukaan ei tehnyt AVH-vastaanottoa toimintaa ja ainoastaan yhden vastaajan työajasta oli selkeästi määritelty työaika AVH-yhdyshenkilötyöhön. Tässä tutkimuksessa voidaan päätellä, että AVH-potilaat eivät saa tasavertaisesti ohjausta ja neuvontaa, koska AVH-yhdyshenkilöiden työnkuvat ovat kovin erilaiset. Työn kehittämiseksi olisi selkeästi osoitettava työaika AVH-yhdyshenkilön työhön, jotta AVH-potilaat voidaan ohjata heidän vastaanotoilleen. Työpaikkojen esimiehille pitäisi tarkemmin selvittää työn erityispiirteet ja AVH-potilaiden ohjauksen ja neuvonnan tarpeet, jotta asia tulee paremmin ymmärretyksi.

Koska erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaajat eivät ehdi kaikkia AVH-potilaita tapaamaan, niin AVH-yhdyshenkilöt ovat merkittävässä roolissa AVH-potilaiden kuntoutusprosessissa. Yhdyshenkilötoiminnassa tulisi kuitenkin miettiä myös kotiutuneiden AVH-potilaiden seuranta. Opinnäytetyön tekijän mielestä perusterveydenhuoltoon tarvitaan myös kuntoutusohjaajia, jotta työtehtävät ja työnjako voidaan organisaatiossa selvästi määritellä. AVH-potilaiden määrän lisääntyminen antaa koko ajan uusia haasteita perusterveydenhuollolle, jotta potilaan oikeudet toteutuvat. Laeilla velvoitetaan kuntoutusta järjestävät tahot säännölliseen yhteistoimintaan sekä ohjaamaan ja neuvomaan kuntoutujia tarvittavien palvelujen saamiseksi.

Tulosten perusteella voidaan arvioida, missä määrin kuntoutusohjaukseen liittyviä tehtäviä jää hoitamatta. Opinnäytetyön tekijän mielestä vastaajien työnkuvassa löytyi selkeitä piirteitä kuntoutusohjaajan työhön, mutta asiakkaan kuntoutusprosessiin kokonaisuutena ei AVH-yhdyshenkilön työ vielä tässä tutkimuksessa tuntunut sopivan. Kuntoutusohjaus on toiminnallisesti osa laajempaa kuntoutumisprosessia.

Kuntoutusohjaus tulee nähdä asiakaslähtöisenä jatkumona, joka on yksilöllisesti määritelty ja sillä on selkeä tavoite. Kuntoutusohjauksen tavoitteena on lisätä vajaakuntoisen henkilön mahdollisuuksia mahdollisimman itsenäiseen elämänhallintaan. Keskeistä on asiakkaan itsenäisyyden ja riippumattomuuden vahvistaminen ohjauksen-, neuvonnan ja tukemisen keinoin. Kuntoutumisprosessissa asiakas nähdään aktiivisena toimijana.

Tämän kyselyn perusteella voidaan sanoa, että AVH-yhdyshenkilön roolia kuntoutusohjauksessa on syytä selventää. Tarvitaan lisää koulutusta ja työn kehittämistä, jotta yhdyshenkilötoiminnasta saadaan toimiva kokonaisuus Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella perusterveydenhuollossa.

AVH-potilaan kuntoutusprosessissa tarvitaan laaja-alaista osaamista. Siksi moniammatillinen yhteistyö on tärkeää. Tutkimuksessa kävi selville, ettei erikoissairaanhoito automaattisesti ole yhteydessä perusterveydenhuoltoon AVH-potilaan kohdalla. Siksi yhteistyömenetelmiä tulisi vielä kehittää, jotta jokaisen AVH-potilaan kohdalla toteutuu ”saattaen vaihtaminen”.

AVH-yhdyshenkilötoiminnan perusidea on hyvä, mutta sen käytäntöön nivoutuminen on ollut erilaista paikkakunnasta riippuen. Tämä johtunee AVH-yhdyshenkilön mielenkiinnosta työtä kohtaan sekä työajan riittämättömyydestä. Lisäksi AVH-yhdyshenkilötoiminnasta ei löydy tarpeeksi tietoa kansalaisille ja sairastuneille. AVH-yhdyshenkilöiden yhteystiedotkin olivat vaikeasti löydettävissä. Mistä ohjauksen ja neuvonnan tarpeessa olevat AVH-potilaat yhdyshenkilön tavoittavat?

Jatkotutkimusaiheena olisi ohjauksen ja neuvonnan toteutumisen kartoittaminen asiakasnäkökulmasta. Esimerkiksi kyselytutkimus Satakunnan keskussairaалassa hoidossa olleiden AVH-potilaiden ja heidän läheistensä kokemuksista ohjauksesta ja neuvonnasta olisi ajankohtainen ja mahdollisesti toimintatapoja selventävä ja kehittävä tutkimus.

LÄHTEET

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. [Viitattu 24.10.2007]. Saatavissa: <http://www.stroke.fi>.

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. Aivoverenkiertohäiriöt-esitys.

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2005. Opas ammattihenkilöstölle. Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat neuropsykologiset puutosoireet.

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2008. Aivoverenkiertohäiriöt numerotietoina, päivitetty 24.1.2008.[Viitattu 2.3.2008].
Saatavissa: http://www.stroke.fi/files/178/Numerotietoja_AVH_2008.pdf

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2005. Ehkäise aivohalvaus! Voit itse vaikuttaa sairastumisriskiisi.

Alin, T. 1999. Akuuttivaiheen hoitotyö. Teoksessa Ovaska-Pitkänen, M. (toim.) Elämän uusi painos-aivohalvaukseen sairastuminen, kuntoutuminen ja selviytyminen. Helsinki. Kirjayhtymä Oy, 63.

Alueelliset apuvälinepalvelut Satakunnassa 2006. Toimintakäsikirja v. 2.0. [Viitattu 24.10.2007]. Saatavissa: http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,102906&dad=portal&_schema=WPORTAL.

Arvola, K. 1998. Kuntoutusohjaajan rooli asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa. Kuntoutus 21(3), 28–32, 34.

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015. Finlex. [Viitattu 15.10.2007]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1991/19911015>.

Hengitysliitto Heli 2008. [Viitattu 21.2.2008]. Saatavissa: <http://www.hengitysliitto.fi>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita 10., osin uudistettu laitos. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holma, T. (toim.) 1998. Hyvä kuntoutusohjaus, toimintamalli käytännön työhön. Ponsi-projekti. Helsinki. Suomen Kuntaliitto.

Holma, T. (toim.) 2003. Kuntoutusohjausnimikkeistö- opas sisältöön ja käyttöön. Helsinki. Suomen kuntaliitto.

Isoherranen, K. 2004. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Järvikoski, A. 1994. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Helsinki. Kuntoutussäätiö.

Järvikoski, A. 2000. Kuntoutujakeskeinen lähestymistapa kuntoutuksen asiakastyössä. Teoksessa Onnismaa, J., Pasanen, H. & Spangar, T. (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana. Jyväskylä. PS-kustannus, 249–254.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2001. Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve, kuntoutujan, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmat. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Helsinki. Kuntoutus Oy Duodecim, 39.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Järvikoski, A. & Puumalainen, J. 1998. Järjestelmäkeskeisyydestä kuntoutusluotsaukseen, haasteita eri toimijatahoille. Kuntoutus 21(2), 22.

Kajasviita, H. & Mustonen, S. 2004. Kuntoutusohjaus osana kuntoutuksen kokonaisuutta. Kuntoutusohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelma. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Kela; Tunne perusturvasi 3 b 2007. Kuntoutukseen. Kelan kuntoutuspalvelut ja kuntoutusraha. [Viitattu 22.1.2008].

Saatavissa: http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/kela3b_0...

Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinnällisen avokuntoutuksen standardi. Versio 5/1.1.2006 (voimassa 1.1.2007 lukien). [Viitattu 22.1.2008].

Saatavissa: [http://www.kela.fi/in/internet/lomake.nsf/NET/170306120135VP/\\$file/AVO STAN%2020VERSIO%205.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/lomake.nsf/NET/170306120135VP/$file/AVO STAN%2020VERSIO%205.pdf?OpenElement).

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori- Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Kuntoutusasiain neuvottelukunnan toimintasuunnitelma 2004–2007, 1.4.2004. [Viitattu 22.1.2008].

Saatavissa: <http://www.kunk.fi/aineistoja/toimintasuunnitelma2004-2007.pdf>.

Korpelainen, J., Kallanranta, T. & Leino, E. 2001 Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Helsinki. Kuntoutus Oy Duodecim, 224–235, 237.

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Siven, T. & Välimäki, P. 2001. Opi ja ohjaa sosiaali ja terveystalalla. Helsinki. Werner Söderström osakeyhtiö.

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahetuuksista 15.7.2005/566. Finlex. [Viitattu 16.10.2007].

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566>.

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 13.6.2003/497. Finlex. [Viitattu 15.10.2007].

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030497>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. [Viitattu 27.10.2007].

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Lehto, J., Kananoja, A., Kokko, S. & Taipale, V. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuolto. Helsinki. Werner Söderström osakeyhtiö.

MS-liitto 2008. [viitattu 21.2.2008]. Saatavissa: <http://www.ms-liitto.fi>

Mäensivu, T. 1998. Hyvä kuntoutusohjaus-toimintamalli käytännön työhön. Ponsi-projekti. Helsinki. Suomen Kuntaliitto.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. Werner Söderström osakeyhtiö, 215-220.

Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö- aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki. Gaudeamus.

Piirainen & Kallanranta 2001. Kuntoutuspalvelut kuntoutuksen ja muutoksen tukena. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Helsinki. Kuntoutus Oy Duodecim, 100.

Pesonen, H. 2006. Käypähoito-suositus 2006. Aivohalvaus. Aivohalvauspotilaan jatkoseurannan toteuttamisen käytäntö. [Viitattu 24.10.2007]. Saatavissa:http://www.kaypahoito.fi/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=nak05552.

Pesonen, H. 2006. Käypähoito. Aivohalvaus. Sosiaalinen neuvonta ja ohjaus kotihoitoon siirtyneillä potilailla. [Viitattu 18.10.2007]. Saatavissa:http://www.kaupahoito.fi/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=nak05550.

Pyöriä, O. 2007. Aktivoiva fysioterapia tukee aivohalvauspotilaiden toimintakyvyn paranemista. Fysioterapia vol 54 8/07, 4, 5, 7.

Rissanen, P. 2001. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Teoksessa Kallanranta,T., Rissanen,P. & Vilkkumaa,I. (toim.) Kuntoutus. Helsinki. Gummerus Oy Duodecim, 503.

Roine, R. O. 2007. Neurologian dosentti, LKT, Käypä hoito-työryhmän jäsen. Aivoinfarkti Käypä hoito-suositus: Akuuttihoito. AVH-aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti 1/07 Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry.

Rusanen, S. & Savolainen, M. 1999, Vammaisjärjestön ja vertaistuen merkitys. Teoksessa Ovaska-Pitkänen, M. (toim.) Elämän uusi painos-aivohalvaukseen sairastuminen, kuntoutuminen ja selviytyminen. Helsinki. Kirjayhtymä Oy, 349.

Salonen, T. 1998. Pysy-tutkimusprojektin tuloksia. Afasia 2/98, 19.

Satakunnan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma, aikuiskoulutussovellus 2006–2007, 4-5.

Satakunnan sairaanhoitopiiri 2007. [Viitattu 24.10.2007]. Saatavissa: <http://www.satshp.fi/>.

Siirala, E. 1999. Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskus (Lyhennelmä Ovaska-Pitkänen, M.). Teoksessa Ovaska-Pitkänen, M. (toim.) Elämän uusi painos-aivohalvaukseen sairastuminen, kuntoutuminen ja selviytyminen. Helsinki. Kirjayhtymä Oy, 262.

Sivenius, J. 2007. Neurologian professori, Kuopion yliopisto. Käypä hoito-työryhmän jäsen. Aivoinfarkti Käypä hoito-suositus: Kuntoutus. AVH-aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti 1/07 Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry, 12-14.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Kansaneläkelaitoksen ja julkisen terveydenhuollon yhteistyö vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisessä. Kuntatiedote 17. [Viitattu 22.1.2008.]

Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/5452/index.htm>

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:20. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö, 26, 32–33.[Viitattu 20.10.2007]. Saatavissa: <http://stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/tato.hyx.i806.pdf>.

Toijanen, M. 2003. Kuntoutusohjaus ja kuntoutusohjaaja. Teoksessa Holma, T. (toim.) Kuntoutusohjausnimikkeistö, opas sisältöön ja käytäntöön. Helsinki. Suomen kuntaliitto, 7-9.

Tossavainen, A. 1995. Kohti asiakaslähtöistä kuntoutusta. Helsinki. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuusa, R. 3.10.2007. Aluetyöntekijä. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. Tampere. AVH-yhdyshenkilörekisteri Satakunnan alueelta. [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja: henriksson.m@suomi24.fi. Lähetetty 3.10.2007 klo 15:13. [viitattu 3.10.2007].

Tuusa, R. 29.10.2007. Aluetyöntekijä. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. Tampere. AVH-yhdyshenkilötoiminta pähkinänkuoressa. [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja: henriksson.m@suomi24.fi. Lähetetty 29.10.2007 klo 13.48. [viitattu 29.10.2007].

Tuusa, R. 29.10.2007. Aluetyöntekijä. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. Tampere. Yhteenveto AVH-yhdyshenkilökyselystä keväällä 2006. [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja: henriksson.m@suomi24.fi. Lähetetty 29.10.2007 klo 13.48. [viitattu 29.10.2007].

Tuusa, R. 23.11.2007. Aluetyöntekijä. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. Tampere. AVH-yhdyshenkilöt, Satakunta 2007. [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja: henriksson.m@suomi24.fi. Lähetetty 23.11.2007 klo 9:44. [viitattu 23.11.2007].

Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002. Julkaisuja 2002:6, ISBN 952-00-1105-6. Sosiaali- ja terveysministeriö, 3, 8-9, 22. [Viitattu 30.12.2007]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx./publishing/documents/635/index.htm?template=print>.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ A 1 Mikä on aivoverenkiertohäiriö? Tietoa kuntoutuksesta/Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas/A Yleistä aivoverenkiertohäiriöstä. [Viitattu 27.10.2007]. Saatavissa: <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2813/5064>.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ C 3 Aivoverenkiertohäiriöiden akuuttivaiheen hoito. Tietoa kuntoutuksesta/Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas/ C Sairastumisen alkuvaihe. [Viitattu 27.10.2007]. Saatavissa: <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/tulosta/2815/5079/>.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ D 1 Yleistä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutumisesta. Tietoa kuntoutuksesta/Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas/D Kuntoutuminen. [Viitattu 27.10.2007]. Saatavissa: <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/tulosta/2816/5081/>.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007/ D 7 Kuntoutusohjaus. Tietoa kuntoutuksesta/Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas/ D Kuntoutuminen.. [Viitattu 27.10.2007]. Saatavissa: <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/tulosta/2816/5087/>.

Julkaisemattomat lähteet:

Aivohalvaus ja dysfasialiitto ry 2002. AVH-yhdyshenkilökoulutus 26.9.2002 Satakunnan keskussairaalassa, luentomateriaalit.

Lehtilä, I. 2002. Aluesihteerin. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. ”Hyvä AVH-yhdyshenkilö!” Tiedote 1/avh/2002.

Liippola, P. 2007. Fysioterapeutti. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. AVH ja kuntouttava hoitotyö, luentolyhennelmä. Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) ja Parkinsonin tauti-koulutuspäivät ammattihenkilöille 19.–20.4.2007.

Malmberg-Ceder, K. 2007. Neurologian erikoislääkäri. Satakunnan keskussairaala. AVH-hankkeen projektiryhmän projektipäällikkö. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidon järjestäminen ja fysioterapian saatavuus Satakunnan sairaanhoitopiirissä, luentolyhennelmä. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidon järjestäminen ja fysioterapian saatavuus Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella- hankkeen II seminaari 28.9.2007.

Martikainen, K. 2007. LT, neurologian erikoislääkäri. Suomen Parkinson-liitto. Aivoverenkiertohäiriöt luentolyhennelmä. Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) ja Parkinsonin tauti-koulutuspäivät ammattihenkilöille 19.–20.4.2007.

Sjögren, R. 2002. Länsi-Suomen aluesihteerin. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. AVH-yhdyshenkilötoiminta käytännössä luentolyhennelmä. AVH-yhdyshenkilökoulutus 26.9.2002 Satakunnan keskussairaala, Pori

LIITE 1

Maarit Henriksson
Latokarintie 17
26200 Rauma
p. 040-8217 869
Kuntoutuksen ohjauksen ja
-suunnittelun koulutusohjelma
Satakunnan ammattikorkeakoulu

ANOMUS

29.10.2007

Kunta/kuntayhtymä/
Johtava hoitaja

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa Porissa Kuntoutusohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelmassa. Opinnäytetyön aiheeksi olen valinnut AVH-potilaan kuntoutusohjauksen-miten kuntoutusohjaus jatkuu Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella perusterveydenhuollossa AVH-yhdyshenkilön toteuttamana? Opinnäytetyön avulla pyrin selvittämään AVH-potilaan kuntoutusohjauksen jatkumista. Miten se on järjestetty ja ovatko eri paikkakuntien toimintatavat yhteneväisiä?

Tutkimukseni kohderyhmänä ovat Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella toimivat AVH-yhdyshenkilöt. Heille postitetaan kyselylomake marraskuussa 07. Opinnäytetyöni arvioitu valmistumisajankohta on maaliskuu-huhtikuu 2008.

Lähetän tutkimukseni kohderyhmälle saatekirjeen, jossa kerron tutkimuksen tarkoituksen. Tutkimuksessani vastaajien henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa selville. Kyselyt palautetaan nimettöminä.

Työtäni ohjaavat Satakunnan ammattikorkeakoulun lehtori Ritva Kangassalo ja opettaja Sirpa Saaristo. Opinnäytetyöni tuloksen esittelen Porin SAMK:ssa huhtikuussa 2008 raportointiseminaarissa.

Pyydän lupaa tutkimukseni tekemiselle Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella perusterveydenhuollossa. Kyselylomake lähetetään kuntayhtymänne alueen AVH-yhdyshenkilölle postitse.

Liitteinä tutkimuksen alustava sisällysluettelo suunnitelma ja kyselylomake.

lupa myönnetty

lupa eväty _____/____ 2007

lupaa käsitelleen henkilön allekirjoitus

nimen selvennys

Maarit Henriksson
Latokarintie 17
26200 Rauma
p. 040-8217 869
Kuntoutuksen ohjauksen ja
-suunnittelun koulutusohjelma
Satakunnan ammattikorkeakoulu

PYYNTÖ

29.10.2007

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry johtoryhmä/ aluetyöntekijä Riitta Tuusa

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa Porissa Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelmassa. Opinnäytetyön aiheeksi olen valinnut AVH-potilaan kuntoutusohjauksen- miten kuntoutusohjaus jatkuu Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella perusterveydenhuollossa AVH-yhdys henkilön toteuttamana. Opinnäytetyön avulla pyrin selvittämään AVH-potilaan kuntoutusohjauksen jatkumista. Miten se on järjestetty ja ovatko eri paikkakuntien toimintatavat yhteneväisiä?

Tutkimukseni kohderyhmänä ovat Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella toimivat AVH-yhdys henkilöt. Heille postitetaan kyselylomake marraskuussa 07. Opinnäytetyöni arvioitu valmistumisajankohta on maaliskuuhuhtikuu 2008.

Lähetän tutkimukseni kohderyhmälle saatekirjeen, jossa kerron tutkimuksen tarkoituksen. Vastaajien henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa selville. Kyselyt palautetaan nimettöminä.

Työtäni ohjaavat Satakunnan ammattikorkeakoulun lehtori Ritva Kangassalo ja opettaja Sirpa Saaristo. Opinnäytetyöni tuloksen esittelen Porin SAMK:ssa huhtikuussa 2008 raportointiseminaarissa.

Pyydän lupaa saada käyttööni Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella perusterveydenhuollossa toimivien AVH-yhdys henkilöiden nimet ja yhteystiedot, koska kyselylomakkeet postitetaan paikkakuntien (23 kuntaa) AVH-yhdys henkilöille. Olen anonut tutkimukselleni lupaa perusterveydenhuollosta kaikilta Satakunnan sairaanhoitopiirin alueen kunnilta.

lupa myönnetty

lupa evätty

____/____ 2007

lupaa käsitelleen henkilön allekirjoitus

nimen selvennys

Maarit Henriksson
Latokarintie 17
26200 Rauma
p. 040–8217 869

SAATEKIRJE

27.11.2007

Hyvä AVH-yhdyshenkilö

Opinnäytetyöni

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa Porissa Kuntoutusohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelmassa. Opinnäytetyön aiheeksi olen valinnut AVH-yhdyshenkilön roolin AVH-potilaan kuntoutusprosessissa. Tutkimukseni avulla pyrin selvittämään, miten ohjaus ja neuvonta jatkuvat Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella perusterveydenhuollossa AVH-yhdyshenkilön toteuttamana? Miten ohjaus ja neuvonta on järjestetty ja ovatko eri paikkakuntien toimintatavat yhteneväisiä?

Olen työskennellyt pitkään fysioterapeuttina AVH-potilaiden kanssa. Opiskelujeni myötä olen nyt halunnut kartoittaa yhden potilasryhmän ohjauksen ja neuvonnan toteutumista perusterveydenhuollossa. Harjoittelujaksoni erikoissairaanhoidossa antoi minulle paljon tietoa ja koska potilaiden hoitoajat ovat yleensä erikoissairaanhoidossa lyhyitä, niin kuntoutusohjausta ei siellä aina pystytä AVH-potilaille antamaan. Myös AVH-potilaiden suuri määrä asettaa haasteita ohjaukselle ja neuvonnalle.

Tutkimukseni kohderyhmänä ovat Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella toimivat AVH-yhdyshenkilöt. Aivohalvaus- ja dysfasialiitolta saadun AVH-yhdyshenkilörekisterin mukaan 23 paikkakunnalle postitetaan AVH-yhdyshenkilöille kyselylomake marraskuussa 07. Vastaaajien henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa selville. Kyselyt palautetaan nimettöminä.

Tutkimuksen tulosten avulla voidaan kehittää AVH-potilaan ohjausta ja neuvontaa sekä AVH-yhdyshenkilötoimintaa. Tuloksilla on myös toivottavasti vaikutusta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliseen yhteistyöhön. Siksi vastauksenne on erittäin tärkeä.

Työtäni ohjaavat Satakunnan ammattikorkeakoulun lehtori Ritva Kangassalo ja opettaja Sirpa Saaristo. Opinnäytetyöni arvioitu valmistumisajankohta on maaliskuuhuhtikuu 2008. Opinnäytetyöni tuloksen esittelen Porin SAMK:ssa huhtikuussa 2008 raportointiseminaarissa.

Jos teillä on kysyttävää tutkimuksesta, niin vastaan mielelläni.

Kunnioitavasti

Maarit Henriksson

Kuntoutuksen ohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelma, SAMK
p. 040–8217 869

KYSELYLOMAKE

Seuraavat kysymykset koskevat vastaajan taustatietoja ja käytännön työtä. Pyydän teitä valitsemaan vastauksenne rastittamalla oikean vaihtoehdon tai kirjoittamalla vastauksenne sille varattuun tilaan. Vastattuanne laittakaa kyselylomake oheiseen kirjekuoreen (postimerkillä varustettu) ja **postittakaa se 14.12.2007 mennessä.**

VASTAAJAN TAUSTATIEDOT:

1. Mikä on pohjakoulutuksenne? fysioterapeutti
 sairaanhoitaja
 terveydenhoitaja
 toimintaterapeutti
 sosiaalityöntekijä
 kuntoutuksen ohjaaja AMK
 muu, mikä? _____
2. Onko teillä täydennyskoulutusta? kyllä,
millaista? _____

 ei
3. Minkä ikäinen olette? 21–30 vuotta
 31–40 vuotta
 41–50 vuotta
 51–60 vuotta
 61- vuotta
4. Kuinka kauan olette työskennellyt AVH-yhdyshenkilönä? _____ vuotta
5. Miten paljon teillä on varattu työaikaa viikossa AVH-yhdyshenkilötoimintaan ?
_____ tuntia

6. Missä tapaatte asiakkaanne? _____

7. Teettekö kotikäyntejä/ työpaikkakäyntejä? _____

AVH-YHDYSHENKILÖN TYÖN ERITYISPIIRTEITÄ:

8. Mitä AVH-yhdys henkilön työ pitää sisällään?

9. Millaista erityisosaamista AVH-yhdys henkilön työ edellyttää?

10. Onko antamanne ohjaus ja neuvonta erilaista, jos kyseessä on alle 65- tai yli 65 vuotias AVH-potilas? kyllä ei

Jos vastasitte kyllä, niin kuvaile lyhyesti millä tavalla antamanne ohjaus ja neuvonta eroavat?

11. Onko AVH-yhdys henkilön työnkuva mielestänne selkeästi määritelty?

12. Millaisena koette roolinne AVH-potilaan kuntoutuspolussa?

13. Miten AVH-potilaat ohjautuvat AVH-yhdys henkilön vastaanotolle?

14. Tarkistatteko, onko AVH-potilaalle tehty kuntoutussuunnitelmaa?

kyllä ei

15. Miten toimitte, jos AVH-potilaalle ei ole tehty kuntoutussuunnitelmaa?

16. Tarkistatteko, onko AVH-potilaalle nimetty yhdys henkilöä?

kyllä
 satunnaisesti
 ei

17. Onko teillä käytössä asiakkaan potilastiedot/ sairaushistoria vastaanottokäynnillä?

kyllä ei

18. Onko teillä järjestetty AVH-potilaan seuranta käytäntöä?

kyllä
 ei
 suunnitteilla/
tekeillä

Jos vastasitte kyllä, niin kuvaile lyhyesti, miten seuranta on järjestetty?

YHTEISTYÖ:

19. Millaisissa yhteistyöpalavereissa olette mukana?

20. Kenen kanssa teette yhteistyötä AVH-potilaan kohdalla?

21. Ottaako erikoissairaanhoido teihin yhteyttä AVH-potilaan kohdalla? kyllä ei

Jos vastasitte kyllä, niin kuvaile millä tavoin yhteydenotto tapahtuu?

KEHITTÄMISTARPEET:

22. Mitä toiveita teillä on AVH-yhdyshenkilön työn kehittämiseen?

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

Postittakaa kyselylomake oheisella vastauskirjekuorella 14.12.2007 mennessä.

SISÄLLÖNANALYYSIN LUOKKIEN MUODOSTAMINEN

Esimerkki aineiston ryhmittelystä

Esimerkki: Mitä AVH-yhdys henkilön työ pitää sisällään?

YLÄLUOKKA: AVH-yhdys henkilön työ

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<ul style="list-style-type: none"> – potilaan ohjausta ja neuvontaa ja informaatiota sairaudesta – informaatio potilaalle – läheisten ohjausta ja neuvontaa – tietoa potilaalle ja hänen omaisilleen sairaudesta, kuntoutumisesta ja AVH-järjestötoiminnasta 	Ohjaus ja neuvonta
<ul style="list-style-type: none"> – esittelee sopeutumisvalmennuskursseja ja AVH-yhdistystä – riskitekijöistä kertominen, kiireellisen hoidon tärkeydestä 	Informaatio
<ul style="list-style-type: none"> – yhteistyötahoille ohjausta ja neuvontaa – oman työyhteisön tiedon ylläpitäminen – yhdys henkilötoimintapalaverit Satks:ssa 	Yhteistyö
<ul style="list-style-type: none"> – tarkkailee, kuuntelee, tarttuu AVH-potilaiden asioihin 	Empatia
<ul style="list-style-type: none"> – kuntoutumisen prosessin ”seuraajana”, varmistajana, tukena – keskustelee omaisten kanssa 	Tuki
<ul style="list-style-type: none"> – oman motivaation tärkeydestä kertominen – RR-arvojen seuranta, ennaltaehkäisy 	Motivointi
<ul style="list-style-type: none"> – ensiavussa tunnistaa AVH-oireet-> kiireellinen hoito 	Hoito
<ul style="list-style-type: none"> - ”olen vain nimellisesti yhdys henkilö, postin luen...” 	Nimetty AVH-yhdys henkilöksi