



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Maria Karhula

AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN
KUNTOUTUS JA OMAISTEN
OSALLISTUMISEN TUKEMINEN
TERVEYSKESKUKSESSA
Toimintamallin laatiminen
hoitotyöntekijöille

Sosiaali- ja terveysala
2015

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Maria Karhula
Opinnäytetyön nimi	Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutus ja omaisten osallistumisen tukeminen terveyskeskuksessa. Toimintamallin laatiminen hoitotyöntekijöille
Vuosi	2015
Kieli	suomi
Sivumäärä	40 + 18 Liitettä
Ohjaaja	Hanna-Leena Melender

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa toimintamalli Vaasan kaupunginsairaalan osasto 8 henkilökunnalle aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksesta ja omaisten osallistumisen tukemisesta aivoverenkiertopotilaiden hoidossa. Tekijä valitsi aiheen, koska se kiinnosti ja haluttiin tuottaa jokin konkreettinen tuote.

Opinnäytetyön teorettinen viitekehys käsittelee aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoitotyötä ja kuntoutusta. Suurella osalla potilaista, jotka tulevat erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon terveyskeskukseen, on ollut aivoinfarkti tai intracerebraalivuoto, joiden seurauksena heillä on mahdollisesti halvauksia tai muita motoriikkaan liittyviä oireita. Tämä opinnäytetyö on rajattu näihin kahteen potilasryhmään. Teoreettiseen viitekehykseen on haettu tietoa Medic-tietokannasta ja Terveysportti-portaalista. Lähteenä on käytetty myös muuta terveysalan kirjallisuutta.

Vaasan kaupunginsairaalan osasto 8 henkilökunnalle toteutettiin kysely kolmen viikon aikana 29.9–19.10.2014. Toimintamalli on laadittu kyselyn tulosten ja teoreettisen viitekehyksen perusteella. Mallin on tarkoitus ohjata ja selkiyttää hoitajien toimintaa siten, että potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon jatkohoitoon, kuntoutus olisi suunnitelmallista ja kuntoutumisella olisi tavoitteet hoidon alusta asti.

Toimeksiantaja on arvioinut tuotetun toimintamallin ja hyväksynyt sen osaston käyttöön. Opinnäytetyön valmistumisen hetkellä ei voida arvioida sitä, miten toimintamallin käyttöön ottaminen onnistuu ja saavutetaanko tavoitteet työelämän näkökulmasta. Jatkossa sitä voisi arvioida esimerkiksi vuoden kuluttua henkilökunnalle tehtävällä kyselyllä.

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Author	Maria Karhula
Title	The Rehabilitation of a Stroke Patient and Supporting the Relatives' Participation in a Health Centre. Making an Operating Model for the Nursing Personnel
Year	2015
Language	Finnish
Pages	40 + 18 Appendices
Name of Supervisor	Hanna-Leena Melender

The purpose of this practice-based bachelor's thesis was to produce an operating model for the staff on ward 8 in Vaasa City Hospital about the rehabilitation of a stroke patient and about the supporting of the participation of the relatives in the care. The author chose this topic because it was interesting and the aim was to produce a concrete product.

The theoretical frame deals with the treatment and rehabilitation of stroke patients. Most of the patients coming to further care in a health centre from specialized medical care have had either a stroke or an intracerebral hemorrhage. These patients have thus suffered from different forms of paralysis or other problems with motor skills. Information for the theoretical frame has been searched from Medic- and Terveysportti-databases and other nursing science literature.

An inquiry was carried out among the staff on ward 8 in Vaasa City Hospital during 29.9.-19.10.2014. The operating model has been made based on the results and the theoretical frame. The aim of the model is to guide the nurses and give a more detailed and clear job description so that the rehabilitation of a patient, when transferred from specialized medical treatment to primary health care, would be well – planned and goal – oriented from the beginning.

The commissioner has assessed the operating model and approved it to be used on the ward. One cannot yet assess whether the operating model can be implemented in practical use and if the goals can be obtained from the perspective of the working life. A topic for further study could for example be to carry out an inquiry among the staff after a year.

Keywords Stroke, intracerebral hemorrhage, rehabilitation, family, health centre

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	9
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	11
3	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA	12
	3.1 Projekti.....	12
	3.2 SWOT-analyysi.....	12
4	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT.....	14
	4.1 Aivoinfarkti.....	14
	4.2 Intracerebraalivuoto	16
	4.3 Neglect	16
	4.4 Neuropsykologiset erityishäiriöt.....	17
	4.5 Puheen ja muiden kielellisten toimintojen häiriöt	18
5	KUNTOUTUS.....	19
	5.1 Aivohalvauspotilaan kuntoutus.....	19
	5.2 FinCC-luokitus kuntoutuksen dokumentoinnin viitekehyksenä.....	21
	5.2.1 Peseytymiseen ja hygieniaan liittyvä avun tarve	22
	5.2.2 Pukeutumiseen liittyvä avun tarve	23
	5.2.3 Ruokailuun liittyvä avun tarve	23
	5.2.4 Liikkumiseen liittyvä avun tarve.....	23
	5.2.5 WC-toimintoihin liittyvä avun tarve	24
	5.2.6 Asiointiin liittyvä avun tarve.....	24
	5.2.7 Psyykkinen tasapaino	24
	5.2.8 Neurologisiin muutoksiin liittyvä tiedon tarve	26
	5.2.9 Perheen heikentynyt selviytymiskyky.....	27
	5.2.10 Kommunikointiongelma	28
	5.2.11 Seksuaaliterveyteen liittyvä tiedon tarve	28
6	OMAISTEN OSALLISTUMISEN TUKEMINEN	30
7	KIRJALLISEN MATERIAALIN LAATIMINEN	32
8	PROJEKTIN TOTEUTUS	33
	8.1 Alustavat taustaselvitykset, rajaus ja lisäselvitykset.....	33

8.2	Yhteissuunnittelu sidosryhmien kanssa	34
8.3	Työsuunnittelu ja hankkeen toteutus sekä seuranta ja arviointi.....	34
9	POHDINTA.....	36
9.1	Projektin tarkoituksen ja tavoitteiden toteutuminen	36
9.2	Prosessin arviointi.....	37
9.3	Eettiset kysymykset ja luotettavuus	38
	LÄHTEET.....	40
	LIITTEET	

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Tutkimuslupa organisaatiolta**LIITE 2.** Kyselylomake**LIITE 3.** Kyselylomakkeen vastaukset yhteenvetona**LIITE 4.** Toimintamalli ja toimintamallin kirjallinen ohje

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) ovat kolmanneksi suurin ja kolmanneksi kallein kansansairaus mielenterveyden häiriöiden ja dementian jälkeen sekä kolmanneksi yleisin kuolinsyy Suomessa. Vuosittain AVH:öön sairastuu 14 600 suomalaista. Puolella sairastuneista on neurologisia vaurioita, jotka haittaavat päivittäistä toimintakykyä. Joka kolmas toipuu oireettomaksi ja yli puolet omatoimiseksi. Pysyvään laitoshoitoon jää joka seitsemäs. Pitkäkestoista kuntoutusta tarvitsee 45 % AVH:öön sairastuneista. AVH aiheuttaa enemmän pysyvää vaikeaa invaliditeettia kuin mikään muu sairaus (Aivoliitto 2012).

Käypä hoito -suosituksen (2011) mukaan aivoverenkierron häiriöillä tarkoitetaan neurologisia oireita aiheuttavia sairauksia, jotka ovat ohimeneviä tai pitkäaikaisia. Ne johtuvat aivoverisuonten tai aivoverenkierron tai yhdessä molempien sairauksista. Aivohalvaus kliinisenä nimityksenä tarkoittaa aivoinfarktia, aivoverenvuotoa tai lukinkalvonalaista verenvuotoa. Yhteisnimitys näille sairauksille on AVH.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa toimintamalli Vaasan kaupungin sairaalan osasto 8 henkilökunnalle aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksesta ja omaisten osallistumisen tukemisesta heidän hoidossaan. Mallin on tarkoitus ohjata hoitajien toimintaa siten, että kuntoutus on suunniteltu alusta asti tavoitteelliseksi ja tarkoituksenmukaiseksi potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

Opinnäytetyö tilattiin Vaasan kaupunginsairaalan osastolta 8. Tekijä työskentelee kyseisellä osastolla perushoitajana. Lisäksi tekijällä on 20 vuoden työkokemus perushoitajana toisen organisaation neurologian osastolta. Tämä opinnäytetyö kuuluu tekijän sairaanhoitajaopintoihin. Aihe on tärkeä, koska osasto 8 on profiloitunut erityisesti AVH-potilaiden kuntoutukseen. Osastolla henkilökunta on hyvin motivoitunutta AVH-potilaiden kuntouttamiseen ja hyviä tuloksia potilaiden toipumisista on saavutettu. Myös omaiset tulee saada potilaan kuntouttamiseen mukaan enemmän ja heitä tulee rohkaista siinä. Omaisten osallistuminen kuntouttamiseen on perusta turvalliselle kotiuttamiselle.

Aivoverenkiertohäiriöpotilaisiin kuuluu laaja joukko potilaita. Suurella osalla potilaista, jotka tulevat erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon terveystieteiden keskuskeskukseen, on ollut aivoinfarkti tai intracerebraalivuoto (ICH), joiden seurauksena heillä on mahdollisesti motoriikkaan liittyviä oireita tai halvauksia. Tämä opinnäytetyö on rajattu näihin kahteen potilasryhmään.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa toimintamalli Vaasan kaupunginsairaalan osasto 8 henkilökunnalle AVH-potilaiden kuntoutuksesta ja omaisten osallistumisen tukemisesta AVH-potilaiden hoidossa.

Tavoitteet olivat seuraavat:

1. Tuottaa hoitotyön käytäntöön toimintamalli, joka helpottaa ja ohjaa hoitajien työskentelyä AVH-potilaiden kuntoutuksessa ja omaisten osallistumisen tukemisessa.
2. Mallinnuksen avulla voidaan arvioida kuntoutuksen etenemistä.
3. Selventää AVH-potilaiden kuntoutusta hoitotyön näkökulmasta.
4. Yhtenäistää käytäntöjä AVH-potilaiden kuntoutuksessa ja omaisten osallistumisen tukemisessa.

3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Se tavoittelee käytännön työelämässä toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Tämä toiminnallinen opinnäytetyö toteutettiin pienenä projektina.

3.1 Projekti

Projekti on aikataulutettu hanke ja hankkeella on omat sitä määrittelevät tavoitteet. Projektin vaiheita ovat seuraavat: alustavat taustaselvitykset, alustava rajaus ja lisäselvitykset sekä yhteissuunnittelu sidosryhmien kanssa, työsuunnittelu ja hankkeen toteutus sekä seuranta ja arviointi (Silfverberg 2007, 14).

Projekti on sarja ainutlaatuisia, monimutkaisia ja toisiinsa kytkeytyviä toimintoja, joilla on yksi tavoite tai päämäärä ja jotka pitää toteuttaa määrättyssä ajassa, määrätyllä budjetilla. (Projektinhallinta - kevät 2006.)

3.2 SWOT-analyysi

SWOT-analyysi tulee englanninkielisistä sanoista strength eli vahvuus, weakness eli heikkous, opportunity eli mahdollisuus ja threat eli uhka. Se on nelikenttäanalyysi, jossa selvitetään projektin vahvuudet ja heikkoudet, sekä tulevaisuuden mahdollisuudet ja uhat. Vahvuudet ja heikkoudet ovat sisäisiä tekijöitä. Mahdollisuudet ja uhat ovat ulkoisia tekijöitä. (Opetushallitus 2014.)

Seuraavassa esitetään tälle projektille sen alussa laadittu SWOT-analyysi.

Vahvuudet:

- Aihe on tärkeä ja ajankohtainen
- AVH-potilaiden kuntoutusta on tutkittu paljon
- Hyvä yhteistyö tilaajan kanssa
- Työ on tarpeellinen työelämän näkökulmasta ja sen vuoksi työelämästä tullaan saamaan tukea

Heikkoudet:

- Aikataulussa pysyminen voi olla vaikeaa, koska tekijän tulee sovittaa kokopäivätyö ja kokopäiväopiskelu yhteen

Mahdollisuudet:

- Osaston henkilökunta voi hyödyntää työtä tulevaisuudessa
- Edistää AVH-potilaiden kuntoutumista ja omaisten tukemista potilaan kuntoutumisessa
- Potilaan ja omaisen valveutuneisuus kasvaa omaisten lisääntyneen kuntoutukseen osallistumisen myötä
- Oma ammatillinen kehittyminen

Uhat:

- Henkilökunta ei kiinnostu aiheesta
- Opinnäytetyö laajenee hallitsemattomaksi

Projektin heikkouteen pyrittiin suunnitelman mukaan vaikuttamaan siten, että opinnäytetyö on rajattu ja näin aikataulu pysyy hallittavissa. Projektin uhat pyrittiin suunnitelman mukaan torjumaan siten, että pyritään pitäytymään alkuperäisessä suunnitelmassa.

4 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT

Vuosittain noin 14 600 suomalaista saa ensimmäisen aivoinfarktin, 2 600 ensimmäisen aivoverenvuodon (ICH) ja 1 300 ensimmäisen lukinkalvon alaisen verenvuodon (SAV). Noin 2 500 henkilöllä aivoinfarkti uusiutuu vuoden sisällä. Ensimmäisen ohimenevän aivoverenkiertohäiriön (TIA) saa vuosittain noin 4 000 henkilöä. Yhteensä vuosittain noin 25 000, eli päivittäin 68 suomalaista, sairastuu aivoverenkiertohäiriöön. Väestön ikääntyessä sairastavuuden ennustetaan lisääntyvän merkittävästi, mikäli ennaltaehkäisyä ei onnistuta tehostamaan. (Aivoliitto 2012.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista noin 45 %:n arvioidaan tarvitsevan lääkinällistä kuntoutusta akuuttivaiheessa ja sitä seuraavina kuukausina. Kuntoutuksen tarpeessa olevia potilaita arvioidaan olevan ainakin 30 000, mikä sisältää myös ylläpitävän kuntoutuksen toimintakyvyn säilyttämiseksi. Kuntoutuminen riippuu AVH:n tyypistä ja vaikeusasteesta, sen aiheuttamista puutosoireista (halvausoireet, kielellisten ja muiden henkisten toimintojen häiriöt sekä pidätyskyvyn häiriöt), potilaan iästä ja liitännäissairauksista, sairastumista edeltäneestä toimintakyvystä, työikäisillä työn vaatimuksista, sosiaalisesta verkostosta ja potilaan omasta motivaatiosta. Potilaista yksi kolmannes on alle 65-vuotiaita. (Aivoliitto 2012.)

Neurologisen potilaan tutkimuksessa tärkeintä on huolellisen anamneesin tekeminen. Anamnesi sisältää muun muassa selvityksen aikaisemmasta terveydentilasta ja lääkityksestä sekä siitä, miten ja milloin nykyinen sairaus on alkanut. Haastattelusta saadut tiedot helpottavat diagnoosin tekoa ja oikeanlaisen lääkityksen aloittamista. Laboratoriokokeet ja koneelliset tutkimukset täydentävät lääkärin tekemää kliinistä tutkimusta (Soinila 2003, 94–96).

4.1 Aivoinfarkti

Aivoverisuonitukos eli aivoinfarkti on sairaus, jossa äkillisesti tukkeutuneen valtimon alueella aivokudos jää ilman verenkiertoa ja happea. Usein tukkeuma johdetaan verihyytymästä ahtautuneessa valtimossa, mutta voi aiheutua myös esimerkiksi

si sydäimestä tai kaulavaltimosta tulleesta hyytymästä. (Aivoliitto 2012.) Verenkierron häiriinnyttyä osa aivokudoksesta tuhoutuu. Aivohalvaus johtuu kahdesta eri syystä, joko aivovaltimon tukkeutumisesta tai aivovaltimon vuotamisesta. Tukkeutunut aivovaltimo aiheuttaa hapenpuutteen verisuonen alueella ja seurauksena syntyy infarkti. Verenkierto heikkenee vuotavan suonen alueella aivoverenvuodossa. Tästä johtuen myös hermokudoksen toiminta häiriintyy, koska ympärillä oleviin alueisiin kohdistuu painetta veren vuotamisen seurauksena (Atula 2012b). Aivoinfarktissa saattaa esiintyä aivoturvotusta, joka on hengenvaarallinen tilanne. Hoitona tähän käytetään lämpötilan alentamista, verensokerin jatkuvaa seurantaa sekä asentohoitoa. Tarvittaessa levottomuuden ja kouristusten estämiseen käytetään lääkehoitoa. Kuume pahentaa iskeemistä vauriota, lisää turvotusta ja verenvuotoa sekä kuolleisuutta, joten tavoitteena on potilaan normaali kehon lämpötila. (Roine 2009.)

Ihmisen aivopuoliskot säätelevät kehon vastakkaisten puolten liiketoimintoja ja aisteista tulevaa tietoa. Oikeanpuolen aivolohkon vaurioituttua tavallisimmat seuraukset ovat raajahalvaus vasemmalla puolella, näkökenttäpuutos (vasemmalle kummassakin silmässä) sekä tuntohäiriöt kehon vasemmalla puolella. Neurologisia ja neuropsykologisia häiriötä saattavat olla sairauden tiedostamisen, tarkkaavaisuuden ja havaitsemisen vaikeudet, vasemman puolen huomiotta jättäminen eli neglect (tarkemmin luvussa 4.3), näkömuistin häiriöt, tilasuhteiden hahmotuksen ja käsittelyn häiriöt sekä näkömuistin häiriöt (Jehkonen, Hänninen, Norvasuo-Heilä & Ylikoski 2010, 13). Vasemman aivopuoliskon vaurion seurauksena on tavallisimmin oikeanpuoleinen raajahalvaus, oikean puolen tuntohäiriöt keholla sekä näkökenttäpuutos oikealla puolella. Tavallisimpia neuropsykologisia muutoksia ovat kielellisten toimintojen häiriöt. Vaikeudet liittyvät yleensä lukemiseen, kirjoittamiseen sekä laskemiseen. Näiden lisäksi ongelmia on yleensä myös käsien tahdonalaisessa liikuttamisessa. Puheen ymmärtäminen ja tuottaminen vaikeutuvat usein vasemmanpuoleisessa halvauksessa. (Jehkonen ym. 2010, 13.)

4.2 Intracerebraalivuoto

Intracerebraalivuoto eli ICH on verenvuotoa verisuonen repeytymästä itse aivokudokseen. ICH:n oireet riippuvat vuodon sijainnista aivoissa. Myös vuodon suuruus vaikuttaa oireisiin. Oireita ovat päänsärky, mahdollinen tajuttomuus tai uneliaisuus, joka on seurausta tajunnan tason laskusta. ICH saattaa aiheuttaa kouristuskohtauksen. Oireet muistuttavat muuten paljon aivoinfarktin oireita. Oireiden perusteella ammattilainen tunnistaa millä puolella aivoja ja millä alueella verisuonistoa AVH sijaitsee. Sairaalassa potilaalle tehdään tietokonekerroskuvaus eli CT-kuvaus, josta vuotokohta selviää, ja jonka mukaan lääkäri suunnittelee jatkohoidon. Potilas itse tai hänen läheiset voivat auttaa lääkäriä kertomalla, millälaisia oireita potilaalla on ollut ennen sairastumista aivoverenkiertohäiriöön. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 303.)

4.3 Neglect

Neglect on tarkkaavuuden suuntaamisen häiriö, jossa ihminen ei ota huomioon vaurioituneen aivopuoliskon vastakkaiselta puolelta tulevaa tietoa. Huomiotta jättäminen voi koskea omaa kehoa, oman kehon ulkopuolista tilaa tai mielikuvia. Keskeiset neglectin ilmenemismuodot aiheutuvat päälaki- tai otsalohkovauriosta. Tavallisin ilmenemismuoto aiheutuu päälakilohkon vauriosta, johon liittyy neglectin lisäksi näköaistiin perustuvan hahmottamisen ja näkömuistin häiriöitä. Otsalohkon vauriosta aiheutuvassa neglectissä toiminnan ohjauksen ja säätelyn ongelmat ilmenevät esimerkiksi estottomana käyttäytymisenä tai toimintojen hätäisyytenä. Joissakin tapauksissa toimintoihin voi juuttua tai toiminto voi jopa pysähtyä kokonaan. Toiminnan ohjauksen avulla ihminen muistaa, oppii ja käyttää taitojaan. Potilas toimii kuten ympäristön ja oman kehon toinen puoli olisi lakanut olemasta hänelle olemassa. Neglectiin liittyy monesti sairaudentunnon puuttuminen. (Holmia ym. 2008, 327.)

Arkielämässä vaikea neglect ilmenee seuraavissa toiminnoissa, jos vasen puoli on vaurioitunut:

- liikkumisessa (esimerkiksi törmäily vasemmalla puolella oleviin esineisiin)
- pukeutumisessa (vain oikean hihan pukeminen)
- ruokailemisessa (syöminen vain lautasen oikealta puolelta)
- siistiytymisessä (parranajo vain oikealta puolelta)
- lukemisessa (tekstirivin alun jättäminen lukematta)
- kirjoittamisessa (paperin oikeaan reunaan kirjoittaminen) (Holmia ym. 2008, 327.)

Vaurion ollessa vasemmalla puolella aivohalvauspotilaan aivoja, se näkyy fyysisessä toimintakyvyssä oikean puolen halvauksena ja psyykkisessä suorituskvyssä kielellisenä häiriönä eli afasiana. Puheen tuottaminen tai ymmärtäminen saattaa olla vaikeaa tai mahdotonta. Vastaavan alueen vaurioon aivojen oikealla puolella liittyy usein neglect-oireisto. Kehon vasemmalta puolelta tai ympäristöstä tulevia ärsykeitä on vaikea havaita. Neglect-potilailla puhekyky säilyy muuttumattomana. Tavallisesti neglect-potilailla on vasemman puolen halvaus. Arjessa häiriö näkyy kehon ja käden tai jalan täydellisenä tai osittaisena unohtamisena. Aivoinfarktipotilas käyttää vain toimivaa puolta vaikka halvaantunut puoli pystyisi toimimaan. (Niemi 1998, 64.)

4.4 Neuropsykologiset erityishäiriöt

Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut henkilö voi kyetä liikkumaan hyvin, mutta muu toiminta voi vaikuttaa erikoiselta. Henkilö ei välttämättä tiedosta tekevänsä mitään erikoista, mutta ulkopuoliselle toiminta näyttää epäloogisena, jäsenyttömänä touhuiluna. Puhutaankin neuropsykologisista erityishäiriöistä. Neuropsykologiset puutosoireet ovat usein hämmentäviä, koska häiriö ilmenee sellaisissa perustoiminnoissa, jotka sairastunut on aiemmin kyennyt suorittamaan rutiinomaaisesti. (Jehkonen ym. 2010, 13.) AVH:n sairastaneilla on usein kognitiivisia yleis- tai erityishäiriöitä, näistä tavallisimmat ovat muistin ja tarkkaavuuden, havaintokyvyn sekä loogisen ajattelun ja toiminnan häiriöt. Häiriöt ovat usein paitsi henkilölle itselleen, myös hoitohenkilökunnalle vaikeimpia ymmärtää. (Korpelainen, Leino, Sivenius & Kallanranta 2008, 267.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen muuttaa koko perheen elämän. On tärkeää, että sairastunut ja läheiset saavat tietoa aivoverenkiertohäiriön tuomista muutoksista ja tukea uuteen elämäntilanteeseen. Sairastuneen identiteetti muuttuu ja tuo mukanaan uusia ja erilaisia tilanteita tuttuun arkeen. Persoonallisuuden muutokset aiheuttavat ihmettelyä ihmiselle itselleen, lähipiirille ja ystäville. Sairastuneen oiretiedostamattomuus tuo oman haasteensa hoidolle ja kuntoutukselle. Oiretiedostamattomuudella tarkoitetaan sitä, ettei sairastunut henkilö itse tunnista ja tunnusta oireita, jotka johtuvat sairaudesta. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on sairaanhoito, mutta heidän pitää osata myös tukea jaksamisessa ja neuvoa arjessa selviytymisessä. (Aivoliitto 2014b, 8.)

4.5 Puheen ja muiden kielellisten toimintojen häiriöt

Afasialla tarkoitetaan kielellistä häiriötä, joka on seurausta aivojen vauriosta. Afasiaa aiheuttavat eniten aivoverenkiertohäiriöt (aivoinfarkti tai aivoverenvuoto). Afasian oireita ovat puheen tuottamisen, puheen ymmärtämisen, lukemisen ja kirjoittamisen häiriöt. (Aivoliitto 2014a, 10.) Afasia sanana tarkoittaa, että henkilö on kykenemätön sanomaan, mitä hän haluaa sanoa. Afasia on kielellinen toimintahäiriö, joka on laadultaan ja häiriöiden vahvuudeltaan jokaisella afaatikolla erilainen. Afasia voi olla myös täydellinen laajoissa vaurioissa. Tällöin kaikki kieleen perustuvat toiminnot ovat vaikeasti häiriintyneet. Potilaan tuottaman puheen ymmärtäminen on lähes aina vaikeutunut kaikissa afasiamuodoissa. (Pyypönen 1998, 71–74.)

Afaatikolla sanojen löytämisessä voi olla vaikeuksia, vaikka puhe onkin sujuvaa. Puhuminen voi olla myös työlästä ja hidasta, jolloin puheen ymmärtäminen on yleensä paremmin säilynyt. Puhuminen voi olla myös hyvin vuolasta, mutta sisältää runsaasti outoja tai vääristyneitä sanoja. Afaattista henkilöä auttaa, jos hänelle puhutaan tavallista hitaammin, käytetään lyhyitä ja ytimekkäitä lauseita ja katsotaan häntä silmiin. (Atula 2012a.) Pitkään jatkuessaan puhekyvyn menetys on omaiselle raskasta, koska myös hänelle potilaan ymmärtäminen on ajoittain vaikeaa (Purola, 2000, 111).

5 KUNTOUTUS

Kuntoutumisen tavoitteena on päästä mahdollisimman lähelle sitä toimintakykyä, mikä se oli ennen sairastumista (Kuokkanen 2009, 10).

Aivohalvauspotilaan kuntoutus kytkeytyy päivittäiseen hoitotyöhön potilaan oma-toimisuutta tukevana työtapana. Kuntoutukseen liitetään fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia ja neuropsykologinen kuntoutus potilaan voinnin mukaan. Hoitaja antaa potilaalle enemmän apua hoidon alkuvaiheessa. Potilasta kannustetaan yrittämään itse ja avustetaan vain sen verran kuin on tarpeellista. Potilas tarvitsee rohkaisua ja kannustusta sekä myönteistä palautetta pienistäkin edistymisistä. Vastuu päivittäisistä toimista siirretään vähitellen potilaalle itselleen. (Holmia ym. 2008, 308–309.)

Kuntoutus on lakisääteistä. Lain mukaan ”terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. Suunnitelman sisällöstä ja asiaan osallisista on lisäksi voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.” (L785/1992.)

5.1 Aivohalvauspotilaan kuntoutus

Kuntoutus käsitteenä tarkoittaa suunnitelmallista, monialaista ja pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa potilasta selviytymään itsenäisesti ja hallitsemaan omaa elämäänsä (Järvikoski & Härkäpää 2011, 10). Tasa-arvo, oikeudenmukaisuus, vapaus, ja turvallisuus ovat kuntoutuksen arvoja. Nämä tarkoittavat sitä, että kuntoutuksen pyrkimyksenä on vähentää kärsimystä ja toiminnanrajoituksia niin, että potilaan itsemääräämisoikeutta ja valinnanmahdollisuuksia kunnioitetaan. Kaikilla tulisi olla samat mahdollisuudet saada kuntoutusta. (Järvikoski ym. 2011, 26–27.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ennusteen kannalta on tärkeää, että kuntoutus aloitetaan välittömästi jo sairauden akuuttivaiheessa. Akuutin vaiheen tärkein kuntou-

tuksen tavoite on huolehtia sairastuneen peruselintoiminnoista ja ehkäistä lisävaurioiden ja komplikaatioiden syntyminen. Akuutin vaiheen tavallisimpia komplikaatioita ovat alaraajojen syvät laskimotukokset ja keuhkoembolia, painehaavaumat, sydämen rytmihäiriöt ja muut verenkiertoelinten toimintahäiriöt sekä hengitys- ja virtsatieinfektiot. (Korpelainen ym. 2008, 257.)

Aivoverenkiertohäiriön akuuttivaiheen jälkeen alkaa subakuutti vaihe, jota kutsutaan myös nopean kuntoutumisen vaiheeksi. Elintoimintojen tasaannuttua alkaa kuntoutus, joka kestää yleensä 3-6 kuukautta. Tässä vaiheessa kuntoutus on määrätietoista ja sen tavoitteena on muodostaa mahdollisimman todenmukainen kuva potilaan sairaudesta, kuntoutumisesta, ennusteesta ja kuntoutustavoitteesta. Kuntoutuksen lähtökohtana tulisikin olla potilaan jäljellä olevat voimavarat ja säilynyt toimintakyky. Ensimmäinen kuntoutussuunnitelma potilaalle laaditaan tässä vaiheessa, ja sen mukaan edetään seuraavat kuukaudet. (Korpelainen ym. 2008, 258.)

Kuukausia kestävä kuntoutuksen jälkeen potilas on oppinut kävelemään tai liikumaan apuvälineen turvin. Afasiaoireiston saaneen potilaan kielelliset vaikeudet alkavat helpottua ja erilaiset kognitiiviset puutosoireet ovat lieventyneet. Intensivistä kuntoutusta ei kuitenkaan ole mielekäästä jatkaa, jos potilas on kaikissa toiminnoissa vielä autettava, eikä oireisto ole tämän vaiheen aikana merkittävästi lieventynyt. (Korpelainen ym. 2008, 258–259.)

Korpelaisen ym. (2008, 259) mukaan sairauden akuutin vaiheen hoito ja siihen liittyvä kuntoutuksen aloitus toteutetaan keskussairaalassa. Kuntoutumisen loppuvaihe toteutetaan usein polikliinisesti ja potilas käy terapiossa kotoa käsin. Erityisesti oppimisen ja harjaantumisen kautta edistymistä tapahtuu edelleenkin. Opitut taidot pyritään siirtämään käytännön tilanteisiin, minkä vuoksi olisi hyvä toteuttaa osa terapiosta potilaan kotona. Loppuvaiheen kuntoutuksessa hoitovastuu potilaasta siirtyy perusterveydenhuoltoon ja siellä laaditaan kirjallinen kuntoutussuunnitelma. Tämän opinnäytetyön kohdeorganisaatio on Vaasan kaupungin sairaalan osasto 8. Vaasan sairaanhoitopiirissä AVH-potilaiden hoito ja kuntoutus on järjestetty siten, että akuutti hoito ja siihen liittyvä kuntoutuksen aloitus tapahtuu Vaasan keskussairaalassa, minkä jälkeen potilaat siirretään terveyskeskussairaloihin jatkohoitoon.

Korpelaisen ym. (2008, 263) mukaan aivohalvauksen sairastaneet potilaat, joille on jäänyt pysyvä haitta, ovat korkean riskin potilaita. Heillä on lisääntynyt uusien verenkiertosairauksien riski, ja he ovat alttiita masennukselle ja sosiaaliselle eristäytyneisyydelle. Tämän vuoksi heille suositellaan jatkuvaa säännöllistä, vähintään vuosittaista seuranta- ja kuntoutustarpeen arviota sekä arvion mukaan toteutettavia kuntoutustoimia. Kuntoutuksen loppuvaiheessa arvioidaan muutostöiden tarvetta kotiympäristössä ja potilaan selviytymistä kotona. (Käypä hoito 2011.)

5.2 FinCC-luokitus kuntoutuksen dokumentoinnin viitekehystenä

Hoitotyön päivittäiseen kirjaamiseen tarkoitettu FinCC-luokituskokonaisuus muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) sekä hoidon tuloksen luokituksesta (SHTuL). Versiossa 3.0 sekä SHTaL:ssa että SHToL:ssa on 17 komponenttia. (THL 2014.) Seuraavassa tarkastellaan hoitotyön kirjaamismallin mukaista kirjaamista, FinCC-luokituskokonaisuuden komponentteja (17) ja komponenttien sisällön kuvauksia.

FinCC-luokat ovat seuraavat:

- **Aktiviteetti**, joka tarkoittaa fyysiseen toimintaan sekä uni- ja valvetilaan liittyviä osatekijöitä
- **Erittäminen**, joka tarkoittaa ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyviä osatekijöitä
- **Selviytyminen**, joka tarkoittaa yksilön tai perheen kykyä selviytyä terveyteen, sen muutoksiin sekä vuorovaikutukseen liittyvistä tai niistä johtuvista ongelmista
- **Nestetasapaino**, joka tarkoittaa elimistön nestemäärään liittyviä osatekijöitä
- **Terveykäyttäytyminen**, joka tarkoittaa terveyden edistämiseen liittyviä osatekijöitä
- **Hoidon ja jatkohoidon koordinointi**, joka tarkoittaa moniammatillisen hoidon ja jatkohoidon sekä tutkimusten ja toimenpiteiden koordinointia

- **Lääkehoito**, joka tarkoittaa lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyviä osatekijöitä
- **Ravitsemus**, joka tarkoittaa ravinnon ja ravintoaineiden saamisen turvaamiseen liittyviä osatekijöitä
- **Hengitys**, joka tarkoittaa keuhkojen toimintaan liittyviä osatekijöitä
- **Verenkierto**, joka tarkoittaa eri elinten verenkiertoon liittyviä osatekijöitä
- **Aineenvaihdunta**, joka tarkoittaa endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyviä osatekijöitä
- **Turvallisuus**, joka tarkoittaa sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamia turvallisuusriskejä
- **Päivittäiset toiminnot**, joka tarkoittaa omatoimisuuteen liittyviä osatekijöitä
- **Psyykinen tasapaino**, joka tarkoittaa psyykkisen tasapainon saavuttamiseen liittyviä osatekijöitä
- **Aisti- ja neurologiset toiminnot**, joka tarkoittaa aisti- ja neurologisiin toimintoihin liittyviä osatekijöitä
- **Kudoseheys**, joka tarkoittaa lima- ja sarveiskalvon sekä ihon ja ihonalaisen kerrosten kuntoon liittyviä osatekijöitä
- **Elämäntapa**, joka tarkoittaa elämän vaiheisiin liittyviä osatekijöitä. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 11.)

Seuraavaksi käsitellään aivohalvauspotilaan päivittäisiä tarpeita. Käsittely perustuu FinCC-tarveluokitukseen.

5.2.1 Peseytymiseen ja hygieniaan liittyvä avun tarve

Aivohalvauspotilaan turvallinen liikkuminen on muistettava pesutiloissa. Pesutilaan hankitaan turvallinen tuoli peseytymistä varten. Pesutilaan mennään kengät jalassa liukastumisen välttämiseksi. Potilas joutuu keskittymään tasapainon ylläpitämiseen paljon, koska muualle kiinnittynyt huomio voi aiheuttaa tasapainon menettämisen. Hoitaja avustaa tarvittaessa potilasta. Halvaantuneen puolen harjaan-

nuttamiseksi pesuvälineet asetetaan halvaantuneelle puolelle ja pesuaineet merkitään tarvittaessa niin, että ne on helppo erottaa toisistaan. (Lintula 1998, 48.)

5.2.2 Pukeutumiseen liittyvä avun tarve

Aivohalvauspotilaalle pukeutuminen ja riisuminen ovat helpointa tukevassa tuolissa istuen. Potilas pukee ensin halvaantuneen puolen raajan tai hoitaja avustaa siinä. Potilas riisuutuu aina terveen puolen kautta. Liukastumisvaaran ehkäisemiseksi sukat ja kengät pannaan jalkaan aina ennen housujen ylösnostoa. Turhia ylösnousuja kannattaa välttää kaatumisriskin vuoksi. Vaatteiden valintaan vaikuttaa niiden helppo pukeminen ja oikeilla vaatevalinnoilla mahdollistetaan potilaan itsenäinen toiminta. (Lintula 1998, 47.)

5.2.3 Ruokailuun liittyvä avun tarve

Nielemishäiriöt ovat hyvin yleisiä aivoinfarktipotilailla. Syömistä ja nielemistä testataan ennen kuin potilaalle annetaan ruokaa suun kautta. Nielemisen helpottamiseksi nesteitä voidaan sakeuttaa ja ruoka voidaan tarjoilla soseutettuna. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 59–61.) Pöydän ääressä istuessa aivohalvauspotilaan ruokailu onnistuu parhaiten käsinojallisessa tuolissa. Halvaantunut yläraaja nostetaan pöydän päälle hyvään asentoon. Liukuestealusen avulla voidaan helpottaa itsenäistä ruokailua asettamalla se lautasen alle pitämään sitä paikoillaan. Erilaisien varsipaksunnosten avulla voidaan auttaa ruokailuvälineitä pysymään halvaantuneessa kädessä. Tarvittaessa hoitaja avustaa halvaantuneelta puolelta syömisessä. Ruokaa kertyy helposti poskeen kasvolihasten halvaantumisen vuoksi ja siksi suu tulisi puhdistaa ruokailun jälkeen. (Lintula 1998, 49.)

5.2.4 Liikkumiseen liittyvä avun tarve

Lihakset, luusto ja nivelet muodostavat toiminnallisen tuki- ja liikuntaelimistön. Potilaille, joilla on liikkumisrajoituksia tai vaikeuksia, hankitaan liikkumisen apuvälineitä, esimerkiksi rollaattoreita tai pyörätuoleja. Apuvälineet parantavat elämänhallintaa ja -laatua. Avustaja tukee potilasta halvaantuneelta puolelta kävelyssä ja rohkaisee potilasta varaamaan painoa halvaantuneelle puolelle. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 112–178.)

AVH-potilaan liikkumisen ohjaamisen tulee olla johdonmukaista ja potilas osallistuu aktiivisesti kuntoutukseen. AVH-potilaan hoitotyö on enimmäkseen potilaan ohjaamista. Hoitajan on pystyttävä arvioimaan potilaan toimintakykyyn ja liikkumiseen liittyviä ongelmia, jotta hän pystyy avustamaan ja ohjaamaan potilasta turvallisesti. (Salmenperä ym. 2002, 56.)

5.2.5 WC-toimintoihin liittyvä avun tarve

Aivohalvauspotilaan virtsan ja ulosteen tulon hallinta ja säätely on usein vaikeutunutta. Virtsan ja ulosteen pidätyskyky on opittu taito, joka voi hävitä aivoinfarktiin sairastumisen myötä. Tuntopuutokset vaikeuttavat osaltaan ongelmaa. Potilasta ohjataan ja avustetaan usein WC-käynneille. Ongelmana voi olla myös virtsan tai ulosteen tulon vaikeutuminen. Potilasta autetaan erilaisin hoitotoimenpitein, kuten katetroimalla, peräruiskeilla tai ulostuslääkkeillä. (Salmenperä ym. 2002, 64–65.) Aivohalvauspotilaan WC:ssä käyntiä harjoiteltaessa on kiinnitettävä huomiota istuma-asentoon ja istuutumiseen. Istuimelta nousua ja laskua voidaan helpottaa asettamalla tukikahvoja oikeille paikoille. Jos potilas ei kykene itsenäisesti siirtymään WC:hen, voidaan sängyn viereen hankkia WC-tuoli. (Lintula 1998, 48.)

5.2.6 Asiointiin liittyvä avun tarve

Asiointi kodin ulkopuolella vaatii aivohalvauspotilaalta hyvää liikkumiskykyä ja kestävyyttä. Reitti tulisi suunnitella niin, että siellä olisi paikkoja missä levätä. (Lintula 1998, 50.)

5.2.7 Psyykkinen tasapaino

Minäkuvan muutos

Murtomäen (2011, 9) tutkimuksessa omaiset pitivät läheisensä sairastumista pelottavana ja yllättävänä kokemuksena. Omaiset kokivat sairastuneen persoonallisuuden muuttumisen erityisen vaikeaksi. Tasavertainen kumppanuus ja keskusteluyhteys voivat vaikeutua. (Aivoliitto 2014b, 16.) Aivoinfarktipotilaalle omien tunteiden ja tunneviestien ilmaiseminen on vaikeaa. Potilaan mieliala saattaa

vaihdella nopeasti ja voimakkaasti. Tämä katsotaan liittyvän sopeutumisen vaikeuteen. Erityisenä neuropsykologisena oireena aivoverenkiertohäiriöihin voi liittyä vaikeutta kontrolloida tunteiden ilmaisua. Tämä ilmenee muun muassa pakonauruna tai pakkoitkuna, joille potilas ei mahda mitään. (Salmenperä ym. 2002, 154–155.)

Pelokkuus

Erilaiset pelot heikentävät aivohalvauspotilaan selviytymistä. Pelot liittyvät kuolemaan, omaan liikkumiseen, kodin menettämiseen, omaisten jaksamiseen ja terveydentilan heikkenemiseen. Terveystilan pelätään heikkenevän AVH:n uusiutumisesta. Liikkumista vaikeuttaa kaatumisen pelko ja potilaan kaatumisen pelko sitoo omaisenkin kotiin. Potilaan selviytyminen on sidoksissa omaisen jaksamiseen. Potilas sitoo omaista kotiin, koska hän pelkää itsenäisyyden menettämistä ja joutumista laitoshoitoon. (Purola 2000, 27.)

Mielialan muutos ja todellisuudentajun häiriintyminen

Neurologiset sairaudet vaikuttavat voimakkaasti ihmisen persoonaan ja sosiaalisuuteen, toimintakykyyn, ajatteluun, tunne-elämään ja tajuntaan (Haapaniemi, Routasalo & Arve 2006, 198).

Omaisille persoonallisuuden muutokset ovat vaikeita asioita. Persoonallisuus muuttuessaan muuttuu yleensä negatiiviseen suuntaan. Aistiharhat ja harhaluulot aiheuttavat ahdistusta ja johtavat poikkeavaan käyttäytymiseen. Harhaluulojen taustalla on usein ahdistava, pelottava tai tavallisuudesta poikkeava kokemus. (Huttunen 2013.)

Aivoverenkiertohäiriöihin voi liittyä mielialamuutoksia, joista masennus eli depressio on yleisin. Masennukseen viittaavia oireita ovat vähentynyt mielenkiinto asioihin, kyvyttömyys kokea mielihyvää, poikkeava ruokahalu, unihäiriöt, jatkuva väsymys ja uupuneisuus, arvottomuuden tunteet ja itesyytökset sekä mielialan laskun ja nousun vaihtelu. (Aivoliitto 2014b, 16.) Käypä hoito -suosituksen

(2011) mukaan masennus on vakava ongelma aivoinfarktipotilailla, sillä siitä kärsii jossain muodossa puolet aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista potilaista. Muistihäiriöt, masennus, itkuisuus, tunnetilojen ailahtelut ja ärtyisyys ovat yleisiä oireita aivoverenkiertohäiriöpotilailla, sekä myöhemmin myös epileptiset kohtaukset. Vasemman puolen aivovaurioon liittyy tavallisesti masennusta. Aivoinfarktin akuutin vaiheen masennus voi liittyä elimelliseen muutokseen aivoissa, josta voi parantua kuukauden aikana. On kuitenkin ilmeistä, että vakava masentuneisuus ilmaantuu ensimmäisen vuoden aikana sairastumisesta. Masennus vaikuttaa huomattavasti toiminnalliseen ennusteeseen ja lisääntyneeseen riskiin joutua pitkäaikaiseen laitoshoitoon.

5.2.8 Neurologisiin muutoksiin liittyvä tiedon tarve

Käypä hoito -suosituksen (2011) mukaan aivoinfarktin akuutin vaiheen aikana riittävän tiedon tarjoaminen potilaalle ja omaisille on tärkeä osa kuntoutusta.

Uusitalon (2009) tutkimuksen mukaan AVH-potilaat tarvitsevat tietoa eniten biologis-fysiologiselta, toiminnalliselta ja ekonomiselta alueelta. Potilaat tarvitsivat tietoa biologis-fysiologisella alueella siitä, miten itse voi ehkäistä sairauden uusiutumista, tietoa lääkehoidosta sekä tietoa siitä, miten itse voisi ehkäistä sairauden komplikaatioita. Toiminnallisella alueella tietoa tarvittiin eniten siitä, mitä liikuntaa voi harrastaa, mikä olisi soveltuva ruokavalio sekä kuinka paljon tulee levätä. Ekonomisella alueella tietoa tarvittiin eniten lääkehoidon kustannuksista, yhteiskunnan tarjoamista palveluista ja etuuksista sekä kustannuksista jatkohoidossa ja kotona tapahtuvassa hoidossa.

Uusitalon (2009) tutkimuksessa potilaat halusivat mieluiten saada tietoa kirjallisen ja suullisen ohjauksen yhdistelmänä: kirjallisena ohjeena sekä henkilökohtaisena ohjauksena.

Jokainen ohjaustilanne on potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutustilanne, jolta potilaat odottavat luottamuksellisuutta ja turvallisuutta. Hoitajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja arvostaa potilasta. Onnistunut vuorovaikutus vaatii sekä potilaan että hoitajan halua työskennellä yhdessä. Potilaiden sairaalas-

saoloajan lyhentymisen takia kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö suullisen ohjauksen tukena on tarpeellista. Kun ohjeet ovat luettavissa myös kirjallisena, potilas voi tarkastella ohjetta ja tukeutua siihen myös itseksensä. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 47–48, 124–126.)

Kynkään ym. (2007, 12, 16–17) mukaan potilaalla on oikeus saada ohjausta hoitajakson aikana ja hoitohenkilökunnan velvollisuus on ohjauksen toteuttaminen. Potilaslaki velvoittaa terveydenhuollon hoitohenkilökunnan antamaan potilaalle riittävän ymmärrettävästi selvityksen hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä hoidon kannalta merkityksellisistä asioista hoitopäätöstä tehtäessä. Ohjauksessa potilaalla on myös itsemääräämisoikeus, joka liittyy kohteluun, yhteiseen suunnitteluun ja tiedonsaantiin.

5.2.9 Perheen heikentynyt selviytymiskyky

Sairastuminen pysähdyttää ja muuttaa potilaan ja hänen läheisensä elämän kokonaan. Muutokset koskevat sairastuneen itsensä lisäksi koko perhettä ja lähipiiriä (Holmia ym. 2008, 308).

Perheen selviytymisellä tarkoitetaan jatkuvaa, muuttuvaa tiedollista ja toiminnallista valmiutta. Selviytyminen vaatii muutoksen kohtaamista ja sen saamista jonkinlaiseen hallintaan. Selviytymisen kokemus on ihmisillä hyvin erilainen ja tarkoittaa hyvin erilaisia asioita. Selviytymiseen kotona kuuluu olennaisena osana henkilön kyky käyttää tarvitsemiaan palveluita ja huolehtia omasta hyvinvoinnistaan noudattaen sairauden tuomia rajoitteita ja mahdollisuuksia elämäntavoissaan. (Purola 2000, 15–31.)

Purolan (2000, 111) tutkimuksessa omaiset kokivat aivoverenkiertohäiriöistä johtuvat fyysiset rajoitukset, esimerkiksi pukeutumisen, syömisen, peseytymisen sekä kommunikoinnin vaikeudet haastavina ja raskaina, koska ne lisäävät auttamisen tarvetta. Omaiset kokivat myös erityisen vaikeiksi potilaan persoonallisuuden muuttumisen. Potilaan kanssa oli menetetty tasavertainen kumppanuus ja keskusteluyhteys. Persoonallisuuden muuttuminen koettiin negatiiviseksi.

5.2.10 Kommunikointiongelma

Aivoverenkiertohäiriöihin liittyy kommunikoinnin häiriöitä. Erilaisia kielellisiä häiriöitä (afasia) on useita, ja näihin liittyy monia erilaisia puheen tuottamisen ja ymmärtämisen ongelmia. Kielellisten ongelmien ohella kommunikointia saattavat vaikeuttaa myös useat neuropsykologiset oireet kuten tarkkaavaisuuden, havaitsemisen tai muistin ongelmat. (Puheklänikka 2014.)

Afaattista potilasta on tärkeää kohdella aikuisena, jolla on tunteet ja tahto, vaikka sanat niiden ilmaiseamiseen puuttuvat. Jokaisen afaatikon tilanne on aina yksilöllinen ja johtuu vaurioituneen aivoalueen laajuudesta. Afaatikon kanssa kommunikoitaessa tulee kiinnittää huomiota keskustelun rauhallisuuteen. Kommunikointi ja puheen ymmärtäminen on helpompaa virkeänä, sillä afaatikko väsy nopeasti. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 302–303.)

5.2.11 Seksuaaliterveyteen liittyvä tiedon tarve

Seksuaalisuus, sukupuolisuus ja tunne-elämä kuuluvat aivojen niin sanottuun limbiseen järjestelmään ja sen vuoksi suurin osa aivoverenkiertohäiriön saaneista kokee jonkinlaista seksuaalisen toimintakyvyn häiriötä. Aivoverenkiertohäiriön sijainti vaikuttaa seksuaalikäyttäytymisessä ilmeneviin muutoksiin. (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 124.)

Seksuaalisuus on yksi osa aivohalvauspotilaiden elämää iästä ja sukupuolesta riippumatta. Färkkilän ja Ruutiaisen (2003, 250) tutkimuksessa sukupuolielämän muuttumiseen aivohalvauksen jälkeen vaikuttivat asennetekijät ja muut psykososiaaliset syyt. Keskeisiä myötävaikuttajia olivat sairauten liittyvä masennus ja sen lääkitys sekä muut sairaudet. Tutkijoiden mukaan ihmisillä tulee olla vapaus seksuaalisten tarpeiden tyydyttämiseen. Seksuaalisuus on kykyä vastaanottaa ja jakaa tunteita, läheisyyttä ja hellyyttä. Se on myös iso osa minäkuva.

Färkkilän ja Ruutiaisen (2003, 250) tutkimuksessa aivohalvauksen sairastaneen ja hänen puolisonsa kiinnostus ja tyytyväisyys sukupuolielämään väheni verrattuna aikaisempaan. Tämä koski sekä miehiä että naisia. Tutkimuksen mukaan aivohal-

vauspotilas joutuu käymään läpi surutyötä siitä, että ei olekaan enää täysin samanlainen kuin ennen. Tämän surutyön läpikäyminen vie aikaa.

6 OMAISTEN OSALLISTUMISEN TUKEMINEN

Holmian ym. (2008, 309) mukaan omaiset eivät läheisensä sairastumisen aiheuttaman järkytyksen vuoksi osaa pyytää tietoa ja emotionaalista tukea. Omaiset tarvitsevat tukea omassa surussaan ja läheisensä tukemisessa ja rohkaisemisessa sekä ohjausta siitä, kuinka he voivat auttaa sairastunutta konkreettisesti päivittäisiin toimintoihin liittyvissä asioissa.

Neurologisesta sairaudesta kuntoutuminen on pitkäaikainen, yksilöllinen prosessi, joka vaatii sopeutumiskykyä sekä potilaalta että hänen omaisiltaan. Neurologiset sairaudet aiheuttavat ongelmia puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä, tiedon käsittelyssä, loogisessa päättelyssä ja abstraktissa ajattelussa. Tietoisuus omasta kehosta saattaa hämärtyä. Joillakin potilailla voi esiintyä sekavuutta, levottomuutta ja mielialaongelmia. (Mäntynen 2007, 25.)

Sairauden alkuvaiheessa omainen odottaa henkilökunnalta tukea tilanteen läpikäymiseen. Omainen tarvitsee tukea, koska hänen omat voimavaransa eivät välttämättä riitä käsittelemään läheisen sairastumisen seurauksia (Purola 2000, 119).

Purolan (2000, 112) tutkimuksessa kävi ilmi, että osa omaisista kokee saavansa liian vähän huomiota hoitohenkilökunnalta. Omaiset haluaisivat tutkimuksen mukaan aktiivisemmän roolin potilaan kuntoutuksen suunnittelussa. Sekä aivohalvauspotilaat että omaiset kokevat ohjauksen ja opetuksen tarpeelliseksi päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen.

Koko henkilökunnan lisäksi potilaan omaisten on tärkeä tuntea kuntoutuksen periaatteet, jotta kaikki voivat toimia tavoitteiden saavuttamiseksi (Holmia ym. 2008, 308–309).

Purolan (2000, 27) tutkimuksen mukaan omainen joutuu usein tasapainottelemaan ansiotyön ja kodinhoidon välillä, ottamaan vastuun läheistensä kotihoidosta, perheen taloudesta ja yleensä perheen toimivuudesta. Tavalliset selviytymiskeinot muuttuvat. Omaisen tilannetta helpottaa tiedon saaminen sairaudesta ja sen seurauksista. Selviytyminen edellyttää omaiselta tilanteen aiheuttamien tunteiden, syy-

lisyyden, pelon, vieraantuneisuuden, vihan ja surun käsittelemistä sekä toivon ylläpitämistä.

Purolan (2000, 29) tutkimuksen mukaan käytännön hoitotyössä AVH-potilaan ja hänen omaisensa selviytymistä voidaan tukea tulkitsevan, lohduttavan, säilyttävän tai yhdistävän toiminnan avulla. Tulkitsevan toiminnan tarkoituksena on auttaa potilasta ja hänen omaistaan ymmärtämään halvauksen seurauksia ja vaikutuksia. Lohduttava toiminta on lähellä tulkitsevaa toimintaa. Tässä toiminnassa on tavoitteena luoda lohduttava suhde potilaan ja omaisen kanssa. Kun potilas käsittää AVH:n merkityksen elämässään, on lohduttavan toiminnan tarkoituksena normaalin surutyön helpottaminen, toivon edistäminen ja masennuksen ehkäiseminen. Säilyttävä toiminta sisältää normaalien toimintojen ylläpitämisen ja potilaan perustarpeisiin vastaamisen. Ne ovat välttämättömiä potilaan selviytymiselle. Yhdistävällä toiminnalla on integroiva tehtävä: se auttaa potilasta sisällyttämään vastaopitut toiminnot jokapäiväiseen elämään.

Omaisen rooli vaihtelee neurologisen potilaan kuntoutumisprosessin eri vaiheissa. Omaisten aktiivinen osallistuminen hoitoon ja kuntoutukseen on suositeltavaa jo sairaalassaoloaikana potilaan kuntoutumista ja kotona selviytymistä ajatellen. (Haapaniemi ym. 2006, 199.)

7 KIRJALLISEN MATERIAALIN LAATIMINEN

Hyvässä kirjallisessa ohjeessa huomioidaan ulkoiset seikat, kuten riittävä fonttikoko ja kappalejaot. Kirjallisen ohjausmateriaalin tulee olla siisti ulkoasultaan ja tekstiltään virheetöntä. Lääketieteellisiä vaikeita sanoja ei kirjallisessa materiaalissa kannata käyttää. Tekstin tulee olla neuvovaa. (Salanterä, Virtanen, Johansson, Elomaa, Salmela, Ahonen, Lehtikunnas, Moisander, Pulkkinen & Leino-Kilpi 2005, 219.)

Salanterän ym. (2005, 219–220) mukaan hyvän kirjallisen materiaalin tulisi vastata kysymyksiin Mitä? Miten? Miksi? Milloin? sekä kenelle se on tarkoitettu ja mikä on ohjeen tarkoitus. Sisällön täytyy olla tietoa antavaa ja liittyä juuri kyseiseen aiheeseen. Tässä opinnäytetyössä teoreettinen viitekehys tukee tuotetun materiaalin sisällön luotettavuutta.

Kirjallinen ohjausmateriaali tarkoittaa lyhyitä parin sivun mittaisia ohjeita tai useampisivuisia oppaita tai lehtisiä. Hyvässä ohjeessa on selkeästi kirjoitettua tekstiä, jossa on riittävä kirjasinkoko, asettelu ja jaottelu. Kirjallisen ohjausmateriaalin tulee olla potilaan tietoja ja tarpeita vastaavaa. Asioiden tärkeyttä voidaan korostaa alleviivauksin ja korostuksin. Potilasohjeeseen voidaan lisätä yhteystiedot ja tiedot siitä, mistä potilaat voivat hankkia lisätietoa. (Kynge, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 47–48, 124–126.) Vaikka tässä opinnäytetyössä ei tuotettu potilasohjetta, vaan toimintamalli henkilökunnan käyttöön, edellä esitetty tieto oli hyödynnettävissä henkilökunnalle suunnatun materiaalin laadinnassa.

8 PROJEKTIN TOTEUTUS

Seuraavassa kuvataan tämän opinnäytetyönä toteutetun projektin suunnittelun ja toteutuksen vaiheet Silfverbergin (2007, 14) mukaan. Silfverbergin kuvaamista projektin vaiheista tässä opinnäytetyössä tehtiin alustavat taustaselvitykset, alustava rajaus ja lisäselvitykset, yhteissuunnittelu sidosryhmien kanssa, työsuunnitelu ja hankkeen toteutus sekä seuranta ja arviointi.

8.1 Alustavat taustaselvitykset, rajaus ja lisäselvitykset

Kaikissa projekteissa tarvitaan ainakin joitain taustaselvityksiä. Huolellisten taustaselvitysten avulla pyritään kestäväan ja tarkoituksenmukaiseen lopputulokseen. (Silfverberg 2007, 18.) Hyvillä taustaselvitystiedoilla edesautetaan ja valmistellaan toimivan projektisuunnitelman laatimista sekä määritellään tavoitteet realistisiksi ja aidoiksi (Rissanen 2002, 40–42).

Tämä opinnäytetyönä toteutettu projekti on osa tekijän sairaanhoitajaopintoja. Projektin aihealueeksi valittiin työ, joka tukee tekijän ammatillista kasvua ja on aiheeltaan mielenkiintoinen ja ajankohtainen. Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin syksyllä 2013, jolloin oli perehdytys opinnäytetyön tekemiseen sekä aihe-seminaarit. Aihe-seminaarissa opinnäytetyön tekijä esitteli aiheensa, joka sai seminaarissa tukea opettajalta. Tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen ohje Vaasan kaupunginsairaalan osasto 8 hoitohenkilökunnalle aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuksesta ja omaisten osallistumisen tukemisesta terveyskeskuksessa. Vaasan ammattikorkeakoulun osastonjohtaja hyväksyi aiheen tammikuussa 2014.

Keväällä 2014 aloitettiin työsuunnitelman tekeminen. Työsuunnitelmaan määriteltiin aiheeseen liittyvät keskeiset käsitteet sekä etsittiin aikaisempaa tutkimustietoa aiheesta. Työsuunnitelmaa tehdessä opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja toteutussuunnitelma selkiintyivät tekijälle. Aihe rajattiin koskemaan aivoinfarktipotilaita ja intracerebraalivuotopotilaita. Opinnäytetyön ohjaaja Hanna-Leena Melender kommentoi työsuunnitelmaa. Työsuunnitelma hyväksyttiin syyskuussa 2014 ja Vaasan kaupunginsairaalaan saatiin lupa opinnäytetyön tekemiseen syyskuussa 2014 (Liite 1). Työsuunnitelma toimi samalla projektisuunnitelmana.

8.2 Yhteissuunnittelu sidosryhmien kanssa

Opinnäytetyössä tuotetulle toimintamallille oli tarvetta osastolla 8, koska kirjallista mallia ei ollut aikaisemmin ja osastolla kuntoutetaan AVH-potilaita. Työskentelemissä otettiin osastolla työskentelevien hoitajien mielipiteet huomioon mallia toteutettaessa ja sitä varten toteutettiin kysely, jossa oli avoimia kysymyksiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 103). Kyselylomakkeita jaettiin henkilökunnalle 30 kappaletta, ja vastauksia saatiin kahdeksan kappaletta. Kysely järjestettiin kolmen viikon aikana 29.9–19.10.2014. Täytetyt kyselylomakkeet palautettiin suljettuun pahvilaatikkoon osaston taukotilassa.

Kyselylomakkeeseen kysymykset perustuivat hoitotyön päivittäiseen kirjaamiseen tarkoitettuun FinCC-luokitukseen eli suomalaiseen hoidon tarveluokitukseen (SHTaL). Ensimmäinen kysymys liittyi päivittäisiin toimintoihin, psyykkiseen tasapainoon sekä aisti- ja neurologisiin toimintoihin. Toinen kysymys liittyi omahoitajuuteen, jossa kullekin aivohalvauspotilaille nimettäisiin omahoitajapari vastaamaan potilaan kokonaihoidosta. Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin kehittämistarpeita aivohalvauspotilaan hoitotyössä kuntoutusosastolla ja neljäs kysymys lisäkoulutuksen tarpeista aivohalvauspotilaan hoitotyössä osastolla. Kyselylomake kokonaisuudessaan esitetään liitteessä 2.

Aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 135–136) mukaan sisällönanalyysi voi olla induktiivista tai deduktiivista eli puhutaan aineistolähtöisestä tai teorialähtöisestä analyysistä. Tämän kyselyn aineisto analysoitiin aineistolähtöisesti. Valmisteluvaihe alkoi litteroinnin jälkeen analyysiyksikön valinnalla. Analyysiyksikkö oli yksittäinen sana tai teema. Aineisto pelkistettiin koodaamalla ja samankaltaisia koodeja ryhmittelemällä muodostettiin luokkia ja kullekin luokalle annettiin nimi. Kyselyn tulokset on esitelty liitteessä 3.

8.3 Työsuunnittelu ja hankkeen toteutus sekä seuranta ja arviointi

Kyselyn toteutuksen kanssa samanaikaisesti alettiin laatia teoreettista viitekehystä. Teoreettinen viitekehys rajattiin aivoinfarktin ja intracerebraalivuodon saaneisiin

potilaisiin. Teoreettista viitekehystä laajennettiin alkuperäiseen työsuunnitelmaan nähdessä.

Toimintamallin luonnostelu alkoi palaverilla Vaasan kaupunginsairaalan osasto 8 osastonhoitajan ja fysioterapeutin kanssa. Palaverissa suunniteltiin, minkälainen olisi hyvä ja toimiva malli AVH-potilaiden kuntoutussuunnitelmaksi, ottaen huomioon teoreettisen viitekehyksen ja kyselyn tulokset. Tekijä lähetti toimintamallin luonnoksen osastonhoitajalle arvioitavaksi ja hän kommentoi sitä ja ehdotti pieniä lisäyksiä malliin. Toimintamallin viimeistelyn jälkeen se lähetettiin uudelleen arviointiin ja osasto 8 osastonhoitaja hyväksyi mallin. Toimintamalli ja siihen liittyvä kirjallinen ohjeistus ovat liitteenä (Liite 4).

Projektin toteutuksen aikana tekijä osallistui väliseminaareihin, joista ensimmäisessä tekijällä oli mahdollisuus esitellä opinnäytetyösuunnitelmaa muille opiskelijakollegoille ja saada heiltä apua ja mielipiteitä.

Projektia seurattiin ja arvioitiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Teoreettista viitekehystä, menetelmällistä toteutusta ja opinnäytetyön raportointia arvioi opinnäytetyön ohjaaja Hanna-Leena Melender. Työelämän yhteyshenkilö osastonhoitaja Pirjo Pitkäkangas arvioi toimintamallia, eli vastaako tuote työelämän tarpeisiin. Seuranta ja arviointi tapahtuivat työelämän yhteyshenkilön kanssa pääasiassa sähköpostilla. Hankkeen prosessia ja lopputulosta on arvioitu opinnäytetyöraportin Pohdinta-luvussa.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä prosessi, joka on ollut antoisa ja avartava. Projektin onnistumisen kannalta oli tärkeää tekijän kiinnostus kyseiseen aiheeseen. Opinnäytetyö eteni suunnitellusti ja tekijä pysyi melko hyvin aikataulussa. Prosessin aikana tekijä on oppinut uutta tietoa, jota voi hyödyntää jatkossa. Ohjaavan opettajan tuki ja neuvot ovat olleet erittäin arvokkaita. Seuraavassa tarkastellaan projektin tarkoituksen ja tavoitteiden toteutumista, arviointia sekä eettisiä kysymyksiä ja luotettavuutta.

9.1 Projektin tarkoituksen ja tavoitteiden toteutuminen

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa toimintamalli Vaasan kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnalle. Toimintamalli valmistui ja se tullaan ottamaan käyttöön Vaasan kaupunginsairaalan osastolla 8.

Opinnäytetyön ensimmäisenä tavoitteena oli tuottaa ohje, joka helpottaisi ja ohjaisi hoitajien työskentelyä AVH-potilaiden kuntoutuksessa ja omaisten osallistumisen tukemisessa. Tekijä onnistui tavoitteessa tuottaa ohje hoitohenkilökunnalle. Ohjeessa on tekijän oman arvion mukaan tuotu selkeästi esille kuntoutussuunnitelman laatimisen periaatteet AVH-potilaiden kanssa. Opinnäytetyön valmistumisen hetkellä ei voida arvioida sitä, miten toimintamallin käyttöön ottaminen onnistuu ja saavutetaanko tavoitteet työelämän näkökulmasta. Jatkossa sitä voisi arvioida esimerkiksi vuoden kuluttua henkilökunnalle tehtävällä kyselyllä.

Opinnäytetyön toisena tavoitteena oli luoda mallinnus, jonka avulla voidaan arvioida kuntoutuksen etenemistä. Tekijän oman arvion mukaan kuntoutuksen etenemistä voidaan arvioida, jos kuntoutussuunnitelmaa toteutetaan mallinnuksen mukaisesti.

Opinnäytetyön kolmantena tavoitteena oli selventää AVH-potilaiden kuntoutusta hoitotyön näkökulmasta. Tekijän oman arvion mukaan tavoite toteutui, koska teo-

reettisessä viitekehyksessä käsiteltiin AVH-potilaan hoitotyötä ja kuntoutusta kokonaisvaltaisesti eri tarvealueilla ja tuotettu malli perustuu siihen.

Opinnäytetyön neljäntenä tavoitteena oli yhtenäistää käytäntöjä AVH-potilaiden kuntoutuksessa ja omaisten osallistumisen tukemisessa. Henkilökunta on ollut kiinnostunut aiheesta, tosin toimintamallin käyttöön ottamista ei voida vielä arvioida. Jatkossa sitä voisi arvioida esimerkiksi vuoden kuluttua henkilökunnalle tehtävällä kyselyllä.

9.2 Prosessin arviointi

Opinnäytetyön prosessia arvioidaan projektin alussa sille laaditun SWOT-analyysin avulla, joka on kuvattuna luvussa 3.

Vahvuuksiksi työlle arvioitiin alussa, että aihe on tärkeä ja ajankohtainen, AVH-potilaiden kuntoutusta on tutkittu paljon, runsas tutkimustieto aiheesta helpotti teoreettisen viitekehysten laatimista, hyvä yhteistyö tilaajan kanssa sekä työ on tarpeellinen työelämän näkökulmasta ja sen vuoksi työelämästä tullaan saamaan tukea. Yhteistyö tilaajan kanssa on ollut hyvä. Yhteinen suunnittelupalaveri pidettiin tammikuussa 2014 toimintaohjeen sisällöstä osaston 8 osastonhoitajan ja fysioterapeutin kanssa. Toimintamalli AVH-potilaiden kuntoutussuunnitelmasta oli ajankohtainen osaston tarpeisiin, koska sellaista ei aikaisemmin ollut. Toimintamalli toteutettiin osaston toiveiden mukaisesti.

Heikkouksiksi arvioitiin, että aikataulussa pysyminen voi olla vaikeaa, koska tekijän tulee sovittaa kokopäivätyö ja kokopäiväopiskelu yhteen. Tämä ei ollut heikkous, vaan aikataulussa pysyminen onkin ollut vahvuus, koska opinnäytetyön ohjausaikoja on rytmitetty sopivasti ja työn eteneminen on ollut välttämätöntä.

Mahdollisuuksiksi arvioitiin, että osaston henkilökunta voi hyödyntää työtä tulevaisuudessa, edistää AVH-potilaiden kuntoutumista ja omaisten tukemista potilaan kuntoutumisessa, potilaan ja omaisen valveutuneisuus kasvaa omaisten lisääntyneen kuntoutukseen osallistumisen myötä sekä oma ammatillinen kehittyminen. Sitä, tuleeko henkilökunta hyödyntämään toimintamallia, ei voi vielä tietää

eikä sitä voi vielä arvioida. Toimintamallista pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeä toteutettavaksi käytännön hoitotyössä. Siihen yhdistettiin jo vanhoja käytössä olevia käytäntöjä ja lisättiin uusia malleja. Tekijä on saanut työstä tukea kehittääkseen omaa ammatillista kasvuaan.

Uhkaksi arvioitiin, että henkilökunta ei kiinnostu aiheesta ja opinnäytetyö laajenee hallitsemattomaksi. AVH-potilaista on paljon tutkittua tietoa ja siksi tekijä rajasi työn aivoinfarkti- ja intracerebraalivuotopotilaisiin. Henkilökunta on ollut kiinnostunut aiheesta, tosin toimintamallin käyttöön ottamista ei vielä voida arvioida. Jatkossa sitä voisi arvioida esimerkiksi vuoden kuluttua henkilökunnalle tehtävällä kyselyllä.

9.3 Eettiset kysymykset ja luotettavuus

Eettiset kysymykset

Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009, 172) mukaan tieteellisen tutkimuksen ydin on eettisyys. Tutkimusetiikka ja sen kehittäminen on ollut keskeisessä asemassa hoitotieteessä ja muillakin aloilla. Tutkimusetiikka luokitellaan normatiiviseksi etiikaksi, tämä vastaa kysymykseen oikeista säännöistä, joita tutkimuksissa noudatetaan.

Suomessa eettisyys on sitouduttu turvaamaan Helsingin julistuksen (1964) mukaan. Se on kansainvälinen tutkimusetiikan ohjeistus ja se hyväksyttiin Suomen Lääkäriliiton hallituksessa 10.5.2001. Helsingin julistus laadittiin lääketieteellisen tutkimuksen tarpeeseen ja se sopii myös hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeeksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173.)

Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 176, 218–219, 221–222) mukaan tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. Tutkijan tulee jo tutkimussuunnitelmassa arvioida, kuinka tutkimuksessa tuotettava tieto voitaisiin hyödyntää hoitotyön laadun kehittämisessä. Hyödyllisyys on yksi tutkimusetiikan periaatteista, ja se oikeuttaa tutkijaa valitsemaan aiheen joka on hyödynnettävissä. Eettisyyttä on pohtia, kuka tutkimuksesta hyötyy? Opinnäytetyön alussa pohdit-

tiin, kuka opinnäytetyöstä hyötyy. Päädyttiin siihen, että osasto 8 hyötyisi toimintamallista.

Tutkimuksen tekijän tulee hakea lupa, yleensä organisaation johtavalta lääkäriltä tai ylihoitajalta. Tälle opinnäytetyölle saatiin lupa koti- ja laitoshoidon johtaja Matti Palonevalta. Tutkijan on selvitettävä tutkimuksen alussa, saako hän käyttää organisaation tai tutkimukseen osallistuvien osastojen nimiä. Tässä opinnäytetyössä saatiin lupa käyttää kohdeorganisaation nimeä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 65–67).

Tutkimustietoja ei saa luovuttaa tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Tekijä säilyttää kyselyaineiston opinnäytetyön esittämiseen asti. Opinnäytetyö esitetään toukokuussa 2015. Tämän jälkeen aineisto tuhoetaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179).

Projektin edetessä vahinkoa ei ole aiheutettu ympäristölle tai kyselyn vastanneille ihmisille. Projekti antaa valmiudet parantaa hoitotyön toimintojen laatua ja potilasturvallisuutta, eikä se ole aiheuttanut kenellekään vahinkoa missään vaiheessa. Tutkimusta tehdessä on kunnioitettu ihmisarvoa. Kyselylomakkeen täyttäneille on kerrottu kyselyn saatekirjeessä (Liite 2), että osallistuminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään anonymisti. Projektin aihe on eettisesti hyväksyttävä. Se ei loukkaa tai vahingoita ketään, ja sen tekemisestä on enemmän hyötyä kuin haittaa. Projektin tulos on myös hyödynnettävissä, ja se menee Vaasan kaupunginsairaalan osasto 8 käyttöön. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–177.)

Luotettavuus

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys sisältää lähteitä 2000-luvulta, paitsi yksi oli vuodelta 1998, joten käytetty materiaali ei ole kovin vanhaa. Tietoa haettiin teollisista artikkeleista, tietokirjallisuudesta, potilasturvallisuuslaista, pro gradu -tutkielmista ja väitöskirjasta. Kansainvälisten lähteiden käyttö olisi lisännyt opinnäytetyön luotettavuutta. Käytetyt lähteet voidaan luokitella luotettaviksi, koska ne olivat tutkijoiden ja muiden asiantuntijoiden kirjoittamia. Lisäksi työelämässä tehty kysely pyrittiin toteuttamaan mahdollisimman hyvin, jotta se parantaisi opinnäytetyön luotettavuutta.

LÄHTEET

Aivoliitto. 2012. Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) lukuina. Viitattu 13.3.2014.
http://www.aivoliitto.fi/files/1091/avh_lukuina2012_web.pdf

Aivoliitto. 2014a. Afasia. Viitattu 22.11.2014.
http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/perustietoa_avh_sta/afasia

Aivoliitto. 2014b. Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat neuropsykologiset häiriöt. Viitattu 1.12.2014. <http://www.aivoliitto.fi/files/1998/symbook.pdf>

Aivovaurio.fi. Oiretiedostuksen vaikeus. Viitattu 13.4.2014.
http://www.aivovaurio.fi/aivoverenkiertohairio/avh/sairastuminen_muuttaa_oiretiedostuksen_vaikeus/

Atula, S. 2012a. Afasia (aivolähtöinen puhehäiriö). Viitattu 22.11.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00557

Atula, S. 2012b. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Viitattu 13.4.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001

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

Färkkilä, M. & Ruutiainen, J. 2003. Seksuaaliongelmät neurologisissa sairauksissa. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 4.12.2014.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93411.pdf>

Haapaniemi, H., Routasalo, P. & Arve, S. 2006. Sairaanhoidajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä. Hoitotiede 18, 4, 197–208.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2003. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki. WSOY.

Huttunen, M. 2013. Harhaluulo. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 4.1.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00372

Jehkonen, M., Hänninen, R., Norvasuo-Heilä, M-K. & Ylikoski, R. 2010. Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat neuropsykologiset puutosoireet. Turku. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5. p. Helsinki. WSOYpro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki. WSOY pro Oy.
- Korpelainen, J., Leino, E., Sivenius, J. & Kallanranta, T. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Kuntoutus 251–273. Toim. Rissanen, P., Kallanranta, T., Suikkanen, A. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Kuokkanen, M. 2009. Elämä aivohalvauksen jälkeen - tuliko sairaus osaksi elämää vai onko elämä sairastamista? Viitattu 13.12.2014.
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/21719/URN_NBN_fi_jyu-200908143556.pdf?sequence=1
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Rensfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY.
- Käypä hoito. 2011. Aivoinfarkti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 28.9.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi50051>
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeudesta. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 23.11.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC- luokituskokonaisuuden käyttöopas SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Viitattu 13.12.2014.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCCluokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1
- Lintula, L. 1998. Päivittäiset toiminnot ja niiden kuntoutus. Teoksessa Aivoverenkiertohäiriöt ja kuntoutus - opas potilaille ja heidän omaisilleen 46–57. Toim. Numminen, H. Suomen sydäntautiliitto ry. Graafinen Media Hannula Oy / Tikkurilan Paino Oy.
- Murtomäki, S. 2011. Afasiaa sairastavan perheen elämänlaatu läheisen näkökulmasta. Viitattu 23.11.2014.
http://www.aivoliitto.fi/files/1888/elamanlaatu_laheisen_nakokulmasta.pdf
- Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Viitattu 31.1.2015.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0514-6/urn_isbn_978-951-27-0514-6.pdf
- Niemi, M-L. 1998. Psykkisen suorituskyvyn muutokset. Teoksessa Aivoverenkiertohäiriöt ja kuntoutus - opas potilaille ja heidän omaisilleen 58–70. Toim. Numminen, H. Suomen sydäntautiliitto ry. Graafinen Media Hannula Oy / Tikkurilan Paino Oy.

Niemi, T., Nietosvuori, L & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki. Edita Prima.

Opetushallitus. 2014. Säädökset ja ohjeet. Viitattu 16.3.2014.
http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi

Puheklinikka. 2014. Kommunikoinnin häiriöt. Viitattu 10.1.2015.
<http://www.puheklinikka.net/koulutus/kommunikaatio.php>

Projektinhallinta - kevät 2006. Mikä on projekti? 2006. Viitattu 16.3.2014.
<http://www.ling.helsinki.fi/kit/2006k/clt310pro/yleista/maaritelma.shtml>

Purola, H., 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Viitattu 26.11.2014.
<http://herkules.oulu.fi/isbn9514255550/isbn9514255550.pdf>

Pyyppönen, V. 1998. Puheen ja muiden kielellisten toimintojen häiriöt. Teoksessa Aivoverenkiertohäiriöt ja kuntoutus - opas potilaille ja heidän omaisilleen 71–80. Toim. Numminen, H. Suomen sydäntautiliitto ry. Graafinen Media Hannula Oy / Tikkurilan Paino Oy.

Rissanen, T. 2002. Projektilla tulokseen –projektin suunnittelu, toteutus, motiivointi ja seuranta. Jyväskylä. Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti.

Roine, R. 2009. Aivoinfarkti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 13.3.2014.
https://terveysportti/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00889&p_haku=aivohalvaus

Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasmateriaalin arviointi. Hoitotiede. 17,4, 217–228.

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

Soinila, S. 2003. Ajattele aivojasi. Jyväskylä. Kustannus Oy Duodecim

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Helsinki. Planpoint Oy. Viitattu 20.3.2014.
<http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>

Uusitalo, M. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan tiedon tarve. Viitattu 28.1.2015.
http://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/julkaisut/Documents/abstrakti_t_2009/uusitalo.pdf

TUTKIMUSLUPA ORGANISAATIOLTA

(Ei julkaista)

KYSELYLOMAKE**Aivohalvauspotilaan kuntoutus ja omaisten osallistuminen terveyskeskuksessa**

Hyvä osaston 8 hoitotyöntekijä

Tämä kyselytutkimus on osa opinnäytetyötäni, jonka aiheena on Aivohalvauspotilaan kuntoutus ja omaisten osallistuminen terveyskeskuksessa. Teen opinnäytetyön osana sairaanhoitajatutkintoa Vaasan ammattikorkeakouluun. Kyselyn tarkoituksena on kuvailla hoitohenkilökunnan näkemyksiä AVH-potilaiden kuntoutumisesta. Kyselyssä tuotettu tieto toimii yhtenä perustana opinnäytetyön tuotettavassa toimintamallissa.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, toivon kuitenkin aktiivista osallistumista, jotta saisin opinnäytetyöhöni tarpeeksi työelämälähtöistä tietoa. Toivon teiltä omakohtaisia mielipiteitä kysytyistä asioista. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu nimettömänä, eikä ketään vastaajista voida tunnistaa tutkimuksen missään vaiheessa. Kun opinnäytetyö valmistuu, hävitän kaikki lomakkeet.

Vastausaikaa sinulla on kolme viikkoa 29.9–19.10.2014. Vastaukset voit jättää osastolla olevaan pahvilaatikkoon.

Opinnäytetyöraportti julkaistaan theseus.fi:ssä, joka on ammattikorkeakoulujen sähköinen julkaisuarkisto.

Annan tarvittaessa mielelläni lisätietoa kyselystä.

Yhteistyöterveisin Maria Karhula

KYSELYLOMAKE

Vastaa omin sanoin kysymyksiin niille varattuun tilaan.

1. Millaiseksi koet aivohalvauspotilaan **kuntouttamisen** seuraavilla tarvealueilla?

Perustele vastauksesi.

Päivittäiset toiminnot:

- Peseytymiseen ja hygieniaan liittyvä avun tarve.

- Pukeutumiseen liittyvä avun tarve.

- Ruokailuun liittyvä avun tarve.

- Liikkumiseen liittyvä avun tarve.

- Wc-toimintoihin liittyvä avun tarve.

- Asiointiin liittyvä avun tarve.

Psyykkinen tasapaino:

- Minäkuvan muutos

- Pelokkuus

- Mielialan muutos

- Käyttäytymisen muutos

- Todellisuudentajun häiriintyminen

Neurologisiin muutoksiin liittyvä tiedon tarve.

Perheen heikentynyt selviytymiskyky (potilas ja/tai perhe)

Kommunikointiongelma (potilas ja/tai perhe)

Seksuaaliterveyteen liittyvä tiedon tarve.

KYSELYLYN TULOKSET

Taulukoissa ”lukumäärä” tarkoittaa kyselyaineistossa esiintyneiden ilmausten määrää kustakin aiheesta.

Henkilökunnan kokemukset aivohalvauspotilaan kuntouttamisesta eri päivittäisten toimintojen tarvealueilla

Tarvealue	Henkilökunnan kokemukset	Lukumäärä
Peseytymiseen ja hygieniaan liittyvä avun tarve	Potilaan tukeminen tärkeää	3
	Potilaan avustaminen vie paljon aikaa	3
	Potilaat tarvitsevat suullista ohjausta	3
	Potilaat tarvitsevat manuaalista ohjausta	3
	Potilaat tarvitsevat paljon toistoja ohjauksessa	3
	Potilaan ohjaaminen on mielenkiintoista	3
	Potilaan ohjaaminen on haasteellista	2
	Potilaat tarvitsisivat enemmän apuvälineitä	1
	Potilaat passiivisia eri tilanteissa	1
	Vaatii hoitajalta kärsivällisyyttä	1
Pukeutumiseen liittyvä avun tarve	Hoitaja antaa tarpeeksi aikaa potilaalle pukeutumiseen	5
	Potilasta haasteellista ohjata	3
	Potilaan ohjaaminen mielenkiintoista	3
	Avustetaan potilasta tarvittaessa	2
	Ohjataan potilasta pukeutumaan halvaantuneen puolen kautta	1
	Valitaan potilaalle helposti puettavat vaatteet	1
	Käytetään pukeutumisen apuvälineitä	1
	Ohjataan potilasta toimimaan oikein	3
	Ohjaaminen vaatii kärsivällisyyttä	1
Ruokailuun liittyvä avun tarve	Potilaan riittävä ohjaus ruokailutilanteissa	5
	Ohjataan omatoimiseen ruokailuun	3
	Ohjataan käyttämään ruokailuun liittyviä apuvälineitä	2
	Valitaan ruoan oikea koostumus	2
	Avustetaan hyvään istuma-asentoon	1
	Palkitsevaa, jos potilas voi siirtyä nenämahaletkuruokailusta ruokailuun suun kautta	2

Liikkumiseen liittyvä avun tarve	<p>Potilas tarvitsee sekä suullista että kädestä pitäen näytettyä ohjausta</p> <p>Potilaat tarvitsevat toistoja oppiakseen uuden tavan liikkua</p> <p>Liikkumisen apuvälineiden käyttäminen</p> <p>Fysioterapeuttien antamat hyvät ohjeet potilaan liikuttamiseen</p> <p>Hoitajilla liian vähän aikaa liikkumisen harjoitteluun</p> <p>Palkitsevaa, kun potilaan liikkuminen edistyy</p> <p>Fysioterapeutti ja lääkäri tekevät potilaasta ensin arvion</p> <p>Potilaan oma motivaatio liikkumiseen</p> <p>Hoitajille haastavin, raskain ja aikaa vievin</p> <p>Hoitajien motivaatio potilaan liikuttamisessa tärkeä</p> <p>Asentohoito vuoteessa tärkeää</p> <p>Hoitajien toimintamallien tulee olla samanlaiset asentohoitoa toteutettaessa</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>2</p>
WC-toimintoihin liittyvä avun tarve	<p>Sairauden alkuvaiheessa virtsaaminen ja vatsantoiminta hallitsematonta, vie paljon aikaa</p> <p>WC-käynnit potilaalle onnistuessaan palkitsevia</p> <p>WC-käynnillä avustaminen hoitajalle fyysisesti raskasta</p> <p>Hoitajalta vaaditaan potilaan motivointia WC-käynnille</p> <p>Pitäisi käyttää enemmän apuvälineitä</p>	<p>5</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>2</p>
Asiointiin liittyvä avun tarve	<p>Hoitajat antavat apua harvoin osaston ulkopuolella</p> <p>Ohjataan potilasta omatoimisuuteen</p> <p>Jos potilaalla afasia/kommunikoinnin ongelma, muiden on vaikea ymmärtää potilasta</p> <p>Potilaat usein muistisairaita</p> <p>Hoitajat auttavat puhelimitse potilaan asioissa ”ulkomaailmaan”</p> <p>Potilaat tarvitsevat aina hoitajan avun</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>

Henkilökunnan kokemukset aivohalvauspotilaan kuntouttamisesta psyykkisen tason eri alueille

Tarvealue	Henkilökunnan kokemukset	Lukumäärä
Minäkuvan muutos	Potilaan motivointi/kannustus Potilas toisista riippuvainen Potilas usein sairautentunnoton Potilas alussa negatiivinen kaikkeen Lisätietoa/koulutusta hoitajille ohjaukseen Hoitajan empaattisuus tärkeää	4 2 2 1 1 1
Pelokkuus	Hoitajan ammatillisuus hoitotilanteissa Hoitajan hyvät henkiset voimavarat tarpeen Potilaan keuhonhallintavaikkeudet aiheuttavat pelkoa	5 4 1
Mielialan muutos	Potilaan masentuneisuus Potilaan mieli vaihtelee ilosta suruun Vaikeuttaa kuntoutumista Hoitajan empaattisuus kohdata potilas on tärkeää Hoitajan ammatillisuus potilaan mielialan vaihdellessa	2 1 1 2 2
Käyttäytymisen muutos	Potilaan mielialan vaihtelut/reaktiot Kommunikoinnin ongelma potilaalla aiheuttaa käyttäytymisen muutoksia Omaisten huomioiminen tärkeää Hoitajien ammatillisuus tärkeää	4 1 1 1
Todellisuudentajun häiriintyminen	Asioiden tärkeysjärjestys/mittasuhteet, vaikeuksia ongelmanratkaisussa potilaalla Potilaan oma arvio voinnista usein parempi kuin mitä todellisuus on	3 4

Neurologisiin muutoksiin liittyvä tiedon tarve	Omaisille lisää tietoa sairaudesta	5
	Hoitajien tiedontarve lisääntynyt	5
	Omaisten tuki tärkeää	1
	Omaisten arkuus hakea/kysyä lisää tietoa	1
	Erikoissairaanhoidossa tietoa annetaan enemmän omaisille	1
	Lääkäri enemmän tiedonjakajaksi omaisille	1
Perheen heikentynyt selviytymiskyky	Tietoa omaisille käytännön asioista (sosiaalihoitaja)	4
	Kannustetaan omaiset mukaan hoitoon	2
	Omaisten pelko, epävarmuus	1
	Muutokseen sopeutuminen	1
	Hoitopalaverit, joissa mukana omainen ja potilas	1
Kommunikointi ongelma	Enemmän erilaisia apuvälineitä (kuvat, kommunikattorit)	4
	Potilaan ymmärretyksi tuleminen tärkeää	4
	Omaisten ohjaus/motivointi	2
Seksuaaliterveyteen liittyvä tiedontarve	Ei huomioida mitenkään	2
	Ei osata antaa tietoa	2
	Omaisille ja potilaille enemmän tietoa	1
	Potilaan seksuaalisuus ylikorostuu	1

Henkilökunnan näkemykset järjestelystä, jossa kullekin aivohalvauspotilaalle nimetty omahoitajapari olisi päävastuussa potilaan kokonaishoidosta.

Henkilökunnan näkemykset omahoitajapari-järjestelystä	Lukumäärä
Halukkuus kokeilla hoitajilla	6
Vaatii hoitajalta paljon perehtymistä omahoitajuuteen	3
Omahoitajapari koetaan positiiviseksi	4
Yhteistyö omaisten kanssa tärkeää	4
Hoidon jatkuvuus ja tavoitteiden päivitys paranisi	3
Toisi omaisille turvallisuutta	2
Jatkohoitoon joustavammin kun omahoitajapari pystyy kotiuttamaan	1
Moniammatillinen tiimi tueksi omahoitajuuteen	1
Selkeät omahoitajuuden työtehtävät tulee kuvata	2
Vaikea toteuttaa käytännössä	1

Henkilökunnan näkemykset kehittämistarpeista aivohalvauspotilaan hoitotyössä kuntoutusosastolla

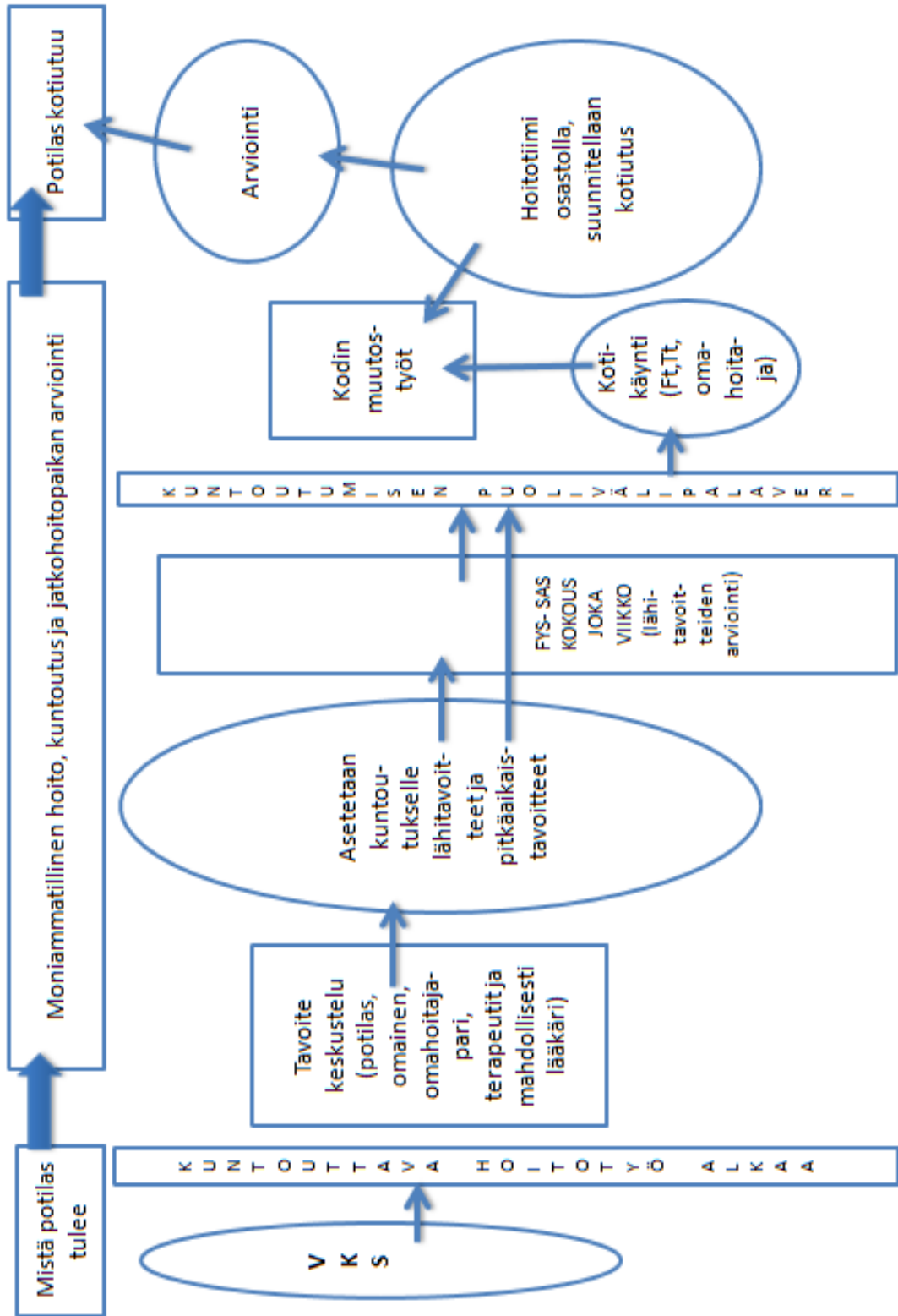
Henkilökunnan näkemykset kehittämistarpeista	Lukumäärä
Selkeät välitavoitteet ja tavoitteet potilaille	3
Enemmän aikaa kuntoutukselle	1
Lisäkoulutusta (esimerkiksi neurologin luennot)	2
Fys-vartit (Fysioterapeutin pitämä koulutus) positiivisia	1
Omaisille luentoja / tietoa sairaudesta	1
Heti potilaan tullessa hoitopalaveri, jossa laaditaan tavoitteet ja suunnitelma tulevasta	1
Tiedonkulun kehittäminen	1
Kuntoutukseen motivoitunut henkilökunta	1
Esimiehen ymmärrys kuntouttavasta toiminnasta ja potilaalle annettavan ajan mahdollistaminen	1
Omaisten tukeminen kotiutuksen lähestyessä	1
Oikeat apuvälineet käyttöön	1
Enemmän moniammatillista yhteistyötä (esimerkiksi työskentely yhdessä fysioterapeutin kanssa)	1
Kaikilla hoitajilla olisi samat työskentelytavat	1

Henkilökunnan näkemykset lisäkoulutuksen tarpeista aivohalvauspotilaan hoitotyössä.

Henkilökunnan näkemykset lisäkoulutuksen tarpeista	Lukumäärä
Kertausta neurologisista sairauksista	5
Musiikkiterapia aivohalvauspotilaan kuntoutuksessa	1
Lääkehoito neurologisen potilaan kivunhoidossa	3
Sosiaaliset etuudet aivohalvauspotilailla	1
Miten tuetaan omaisia	2
Aivohalvauspotilaan psyyken hoito	2
Työnohjausta AVH-potilaiden hoitamiseen ja henkilökunnan jaksamiseen	2
Potilaan siirtämisestä	2
Miksi kuntouttaa ja mitä hyötyä siitä on	2
Apuvälineiden käytöt	2
Kuinka kohdataan AVH-potilas	1
Hoitosuunnitelmien tekeminen	1
Enemmän yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa	1

TOIMINTAMALLI

Aivohalvauspotilaan kuntoutussuunnitelma osastolla 8



TOIMINTAMALLIN KIRJALLINEN OHJE

AIVOHALVAUSPOTILAAN

KUNTOUTUSSUUNNITELMA OSASTOLLA 8

Mistä potilas tulee:

- Vaasan keskussairaalassa on annettu potilaalle erikoissairaanhoido

Kuntouttava hoitotyö alkaa heti aivohalvauspotilaan saavuttua Vaasan kaupunginsairaalaan.

Moniammatillinen hoito, kuntoutus ja jatkohoitopaikan arviointi:

- Potilaalle valitaan omahoitajapari
- Tavoitekeskustelu on ensimmäisen viikon aikana. Keskustelussa asetetaan potilaan kuntoutumiselle lähitavoitteet ja pitkäaikaistavoitteet.
- Tavoitekeskusteluun osallistuvat potilas ja omainen, omahoitajapari tai toinen heistä, terapeutit (Ft eli fysioterapeutti ja Tt eli toimintaterapeutti) sekä mahdollisesti lääkäri.
- Lääkäri tekee lähetteet tarvittaviin terapiaihin
- Viikoittain laaditaan lukujärjestys, esitetään lähitavoitteet
- Fys-Sas-kokous pidetään osastolla joka viikko
- Omaisen mukana potilaan kuntoutumisessa heti alusta saakka

Tavoitekeskustelussa on tarkoitus saada tietoa potilaan aikaisemmasta terveydentilasta: miten potilas on aikaisemmin liikkunut, onko ollut käytössä apuvälineitä, minkälaisessa asunnossa potilas on asunut, onko portaita, onko hissiä, minkälainen tukiverkosto potilaalla on? Näihin perustuen heti kuntoutuksen alussa suunnitellaan, minkälaista kuntoutusta potilas tarvitsee. Keskustelussa asetetaan lähitavoitteet kuntoutukselle ja pitkäaikaistavoitteet sitten, kun tiedetään enemmän potilaan kotiooloista. Tavoitekeskustelussa huomioidaan potilaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kokonaisuus. Lääkärin läsnäolo ensimmäisessä keskustelussa olisi tarpeen, koska silloin omaiset voisivat esittää lääkäriä askarruttavia kysymyksiä. Kaikki tiedot kirjataan hoitosuunnitelmaan.

Jatkossa, kun omainen tietää potilaan omahoitajat, hän voi kysellä heiltä potilaan voinnista ja kuntoutuksen etenemisestä. Tämä tuo omaiselle turvallisuutta, kun hän tietää keneltä voi kysyä asioita, eikä hänen tarvitse useita kertoja toistaa samoja kysymyksiä.

Lukujärjestys potilaalle on tarpeen, koska silloin hoitavat henkilöt tietävät mihin täytyy erityisesti kiinnittää huomiota potilaan kuntoutumisessa, esimerkiksi pukemisessa tai ruokailussa.

Fys-Sas-kokous pidetään osastolla joka viikko. Siinä arvioidaan potilaan kuntoutumista. Mukana ovat lääkäri, terapeutit, hoitaja (mielellään omahoitaja), sekä sosiaalityöntekijä. Kokouksen tarkoituksena on kartoittaa potilaan kuntoutuksessa tapahtuvia muutoksia ja arvioida miten kuntoutus on edistynyt. Kokouksessa mietitään, onko tarpeellista ja resurssien mukaista jatkaa kuntoutusta. Yhteistyö kaikkien kokouksen osapuolien kesken on tärkeä potilaan jatkohoidon kannalta. Kokouksessa kartoitetaan myös potilaan kotiutusmahdollisuuksia ja jos kotiutus ei onnistu, mietitään mikä olisi paras jatkohoitopaikka potilaalle.

- Puolivälipalaveri

Potilaan kuntoutumisen puolella välissä pidetään palaveri, jossa arvioidaan saavutettuja tavoitteita. Palaveriin osallistuvat potilas ja mahdollisesti omainen, omahoitaja ja terapeutit. Näin voidaan kartoittaa potilaan kuntoutumisen tilanne ja asettaa mahdollisia uusia tavoitteita ja suunnitella jatkohoitopaikkaa.

Tavoitteiden saavuttamiseksi terapeutit ja mahdollisesti myös omahoitaja tekevät kotikäynnin potilaan kotiin. Näin voidaan suunnitella mahdollisimman tarkasti kuntoutusta siihen, mitä potilas tarvitsee kotiutuessaan, esimerkiksi, miten potilas voi siirtyä pyörätuolista WC-istuimelle turvallisesti tai siirtyä turvallisesti vuoteeseen. Tässä vaiheessa voidaan miettiä myös tarvittavia kodin muutostöitä, esimerkiksi kahvoja seinille, ja muita mahdollisesti tarvittavia apuvälineitä.

- Hoitotiimi

Hoitotiimi kokoontuu siinä vaiheessa, kun kotiuttaminen on lähiaikoina ajankohtainen. Hoitotiimiin osallistuvat potilas, omainen, mielellään omahoitaja/hoitajat, terapeutit, jotka ovat osallistuneet potilaan hoitoon, kotipalveluohjaaja ja joskus myös kotipalvelun työntekijöitä, kotisairaanhoidon edustaja, Sas-hoitaja (sijoitushoitaja) ja lääkäri. Tässä palaverissa suunnitellaan kotiutus: kotipalvelun käynnit vuorokaudessa, kotisairaanhoidon käynnit, apteekkipalvelut (Anja eli koneellinen lääkejakelu), ruokapalvelut ja mahdollisesti muut tarvittavat asiat. Palaverissa sovitaan myös jatkossa tarvittavat terapiat: ovatko ne polikliinisia vai kotona järjestettäviä.

Potilas kotiutuu:

Kuntoutuksen edistymisen arviointia on kirjattu hoitosuunnitelmaan koko hoitoprosessin ajan. Loppuarviointi potilaan sairaalassaoloajasta tehdään hoitajakson päättyessä. Loppuarvioinnin voivat tehdä omahoitajat tai kuka tahansa hoitaja.