

Saimaan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta  
Terveystiedon edistämisen koulutusohjelma  
Johtaminen ja kehittäminen  
Ylempi ammattikoulututkinto

Tarja Tynkkynen

# **AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN KASLÄHTÖINEN OHJAUSMALLI**

**ASIA-**

## Tiivistelmä

Tarja Tynkkynen

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan asiakaslähtöinen ohjausmalli, 55 sivua, 4 liitettä  
Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala. Lappeenranta

Ylempi ammattikoulututkinto

Terveyden edistäminen

Johtaminen ja kehittäminen

Opinnäytetyö 2015

Ohjaajat: Yliopettaja Anja Liimatainen ja lehtori Eija Tyyskä Saimaan ammattikorkeakoulu, osastonhoitaja Hilikka Kupiainen kuntoutus esh ja vt. osastonhoitaja Tuula Lehtosalo kuntoutus pth, Itä-Savon-sairaanhoitopiirin Kuntayhtymä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia ehdotus aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuneen potilaan asiakaslähtöisestä ohjausmallista. Ohjausmallin laatimista varten koottiin AVH-potilaan kokemuksia ohjauksesta sekä kuvattiin AVH-koordinaattoreiden ja vastaavien työnkuvaa ja toimintatapoja. Opinnäytetyön aihe nousi työelämän tarpeesta kartoittaa Itä-Savon sairaanhoitopiirissä (Sosteri) AVH-koordinaattorin roolia potilasohjauksen kehittämiseksi asiakaslähtöiseksi.

Tämä opinnäytetyö on tutkimuksellinen kehittämistyö. Kehittämistyön kohdejoukkona olivat AVH:n sairastaneet potilaat sekä AVH-koordinaattorit / vastaavat. Opinnäytetyön tutkimusaineisto on kerätty teemahaastattelemalla AVH-potilaita ja AVH-koordinaattoreille / vastaaville tehdyllä Webropol-kyselyllä. Aineiston analysointi tehtiin käyttäen teorialähtöistä sisällönanalyysia sekä Webropol-kyselyohjelmaa.

Tutkimustulokset esitetään aivoverenkiertohäiriöpotilaan sekä AVH-koordinaattorin näkökulmasta. Tutkimustulokset osoittivat, että potilaat kaipaavat alkuehjausta ja kirjallista materiaalia muistinsa tueksi. Ohjauksessa kaivattiin lähinnä tietoa palvelujen saatavuudesta. Tulosten mukaan AVH-koordinaattoreiden / vastaavien työ pitää sisällään aivoverenkiertohäiriöstä sairastuneelle, hänen läheisilleen sekä yhteistyötahoille ohjausta ja neuvontaa. Kehittämistyön lopputuloksena on luotu kehittämissuositus AVH-potilaan asiakaslähtöisestä ohjausmallista Sosteriin. Jatkotutkimusehdotuksena on sisällön pohtiminen AVH-potilaan ohjaukseen.

Asiasanat: asiakaslähtöisyys, aivoverenkiertohäiriö, ICF-luokitus, potilasohjaus

## **Abstract**

Tarja Tynkkynen

A Patient-Centered Counseling Model for a Stroke Patient, 55 pages, 4 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Master`s Degree Programme in Health Promotion

Management and Leadership

Master`s Thesis 2015

Instructors: Principal Lecturer Anja Liimatainen and Senior Lecturer Eija Tyyskä, Saimaa University of Applied Sciences, Head Nurse Hilikka Kupiainen and Head Nurse Tuula Lehtosalo Hospital District of Easton Savonia, Sosteri Rehabilitation

The purpose of this study was to compile a proposal for the patients suffering from stroke to be used at Hospital District of Easton Savonia, Sosteri Rehabilitation. This was done by collecting experiences of the patients about the counseling and by describing the work done by the stroke patient care coordinators and their colleagues. There was a need for a study that would support and improve the counseling given by the Stroke coordinators.

This study is a research-based developmental work. The data for the study were collected by interviewing the patients (3) and using a Webropol questionnaire with the stroke patient care coordinators. The target group consisted both of the patients and of the stroke coordinators. The material was analyzed using the theory driven content analysis and the Webropol survey tool

The results of the study show that the patients mainly need early guidance and counseling and written material for the support of the memory. What they need most is the information about the availability of the different services. The results also indicate that the work of the Stroke coordinators involves guidance and counseling. The study gives a proposal for patient-centered counseling for Hospital District of Easton Savonia, Sosteri Rehabilitation. A further study for defining the details and content for the guidance and counseling is recommended.

Keywords: patient-centered counseling, Stroke, ICF-rating

## Sisältö

<b>1 Johdanto</b> .....	<b>5</b>
<b>2 Asiakaslähtöisyys AVH-potilaan kuntoutuksessa</b> .....	<b>6</b>
<b>3 ICF-luokitus AVH-potilaan kuntoutuksessa</b> .....	<b>8</b>
3.1 ICF-luokitus .....	8
3.2 AVH:n vaikutus terveydentilaan .....	11
3.3 AVH:n vaikutus kehon rakenteeseen ja toimintaan .....	12
3.4 AVH:n vaikutus suorituskykyyn .....	13
3.5 AVH:n vaikutus osallistumiseen .....	15
3.6 AVH ja ympäristötekijät .....	16
3.7 AVH ja yksilötekijät.....	17
<b>4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät</b> .....	<b>18</b>
<b>5 Opinnäytetyön toteutus ja aineistojen analyysit</b> .....	<b>18</b>
5.1 AVH-potilaiden haastattelu .....	20
5.2 AVH-koordinaattoreille / vastaaville tehty kysely .....	21
5.3 Aineiston analyysi .....	24
<b>6 Tulokset</b> .....	<b>26</b>
6.1 AVH-potilaiden kokemuksia .....	26
6.2 AVH-koordinaattoreiden / vastaavien kokemuksia potilasohjauksesta.....	30
6.3 Yhteenvedo ja toimintamalli .....	38
<b>7 Pohdinta</b> .....	<b>43</b>
7.1 Tulosten tarkastelu .....	43
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus .....	46
7.3 Opinnäytetyön eettisyys .....	49
7.4 Kehittämistyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	49
<b>Kuvat</b> .....	<b>50</b>
<b>Taulukot</b> .....	<b>50</b>
<b>Lähteet</b> .....	<b>50</b>
<b>Liitteet</b> .....	<b>56</b>
Potilaan teemahaastattelu .....	56
Saatekirje AVH-potilaalle .....	58
Saatekirje AVH-koordinaattorille .....	59
AVH-koordinaattorin kyselylomake .....	60

# 1 Johdanto

Savonlinnan Keskussairaalan neurologinen osasto oli suljettuna kahden vuoden ajan, avautuen syksyllä 2014. Osaston sulkeminen johti siihen, että Itä-Savon sairaanhoitopiirin (Sosteri) aivoverenkiertohäiriöpotilaat (AVH) saivat akuuttihoiton lähimmissä yhteistyösairaaloissa Mikkelissä, Joensuussa, Lappeenrannassa tai Kuopiossa. Jatkohoito ja kuntoutus tapahtuvat pääsääntöisesti Savonlinnan terveyskeskuksen kuntouttavalla vuodeosastolla yksi. Täältä potilaat siirtyvät kotiin, Kuntoutuskeskus Kruunupuistoon, palvelutaloihin tai tehostetun palvelun asumiseen. Vuoden 2015 alusta alkaen akuuttihoito tapahtuu virka-aikana Savonlinnan keskussairaalassa ja päivystysyhteistyönä KYS-ervan (Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue) työnjaon mukaan.

Tässä kehittämistyössä aivoverenkiertohäiriöstä käytetään nimitystä AVH. Se on yhteisnimitys ohimeneville (TIA) tai pitkäaikaisia neurologisia oireita aiheuttaville aivoverisuonten tukoksille ja vuodoille tai muille aivoverenkiertohäiriöille. AVH:n sairastuneiden potilaiden kuntoutusketjun kehittämistä on tehty Sosterissa useita vuosia ja potilaat ovat kulkeneet kuntoutusketjussa sovittujen käytäntöjen mukaisesti. AVH-potilaan kuntoutusketjua kehitetään ja päivitetään uudelleen Sosterissa, koska potilaiden elämäntilanteisiin pitää pystyä vastaamaan. Hyvä kuntoutuskäytäntö on asiakaslähtöistä ja perustuu toimivaan kuntoutusketjuun. Kuntoutusketjulla tarkoitetaan eri toimijoiden välistä yhteistyötä. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011,18.)

AVH-koordinaattorin merkitys on noussut esille potilaan polkujen muuttuessa. Osa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista potilaista, omaisista ja hoitohenkilökunnasta eivät tiedä mihin ottaa yhteyttä, kun on tarve saada tietoa. Samassa yhteydessä on herännyt tarve kartoittaa AVH-koordinaattorin roolia potilaan kuntoutusketjussa. Opinnäytetyön aihe on noussut potilaiden sekä omaisten tarpeesta, ja on siten alueellisesti merkittävä sekä ajankohtainen.

Vuosittain noin 25 000 suomalaista sairastaa aivoverenkiertohäiriön. Väestön ikääntymiseen liittyvä AVH:n määrän kasvu voidaan kuitenkin lähes täysin pysäyttää ennaltaehkäisyä tehostamalla. (Käypä hoito 2011, Aivoliitto.) Ikääntyminen on AVH:n tärkeimpiä riskitekijöitä, joten AVH-tapahtumien lukumäärän on

ennustettu 2030-luvulla olevan vuodessa yli 20 000. Aivohalvauksen elinikäiseksi terveydenhuollon kustannuksiksi Suomessa on arvioitu 80 000 euroa, ja vuotuisiksi valtakunnallisiksi kustannuksiksi 1,1 miljardia euroa. Suomessa erikoissairaanhoidossa käytetään AVH-potilaille 400 000 hoitopäivää vuosittain ja perusterveydenhuollossa lisäksi 1 400 000 hoitopäivää. (Käypä hoito 2011.) AVH on neljänneksi yleisin kuolinsyy sepelvaltimotaudin, syöpien ja dementian jälkeen (Virtanen 2014).

Erityisesti AVH-potilaiden kohdalla korostuu annetun tiedon ymmärrettävyys, koska sairaus vaikeuttaa asioiden sisäistämistä (Virtanen 2014). Opinnäytetyön tavoitteena on aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen asiakaslähtöisen ohjauksen kehittäminen. Potilasohjaus tukee potilaan selviytymistä kotona, vähentää yhteydenottoja hoitajakson jälkeen ja auttaa potilasta saavuttamaan asetettuja tavoitteita (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen, Renfors, 2007,6). Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Savonlinnan perusterveydenhuollon kuntayhtymä. Työelämän edustajina kehittämistyötä ohjaavat erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhoidon (vt) kuntoutuksen osastonhoitajat.

## **2 Asiakaslähtöisyys AVH-potilaan kuntoutuksessa**

Asiakaslähtöisyys on oleellista oikea-aikaisen, oikein kohdennetun ja vaikuttavan kuntoutuksen toteuttamiseksi (Paltamaa ym. 2011,16,37). Kuntoutus jää tuloksettomaksi, ellei sitä toteuteta asiakaslähtöisesti, yhteistyössä potilaan kanssa ja yhteisin tavoittein. Potilaan oma tavoite on oleellinen hyvän kuntoutustuloksen saavuttamiseksi. (Järvikoski 2013, 24.) Asiakaslähtöisyyttä pidetään keskeisenä tavoitteena kuntoutuspalvelujen tuottamisessa (Reunanen, Talvitie, Pyöriä & Järvikoski 2012, 40–41). Se on lähestymistapa, jossa kuntoutusta koskevien valintojen ja päätöksenteon tukena käytetään kummankin asiantuntemusta. Kuntoutustyöntekijä on yhteistyökumppani, joka tarjoaa tietoa arjesta selviytymiseen. Kuntoutuksessa potilas nähdään aktiivisena toimijana ja oman elämänsä suunnittelijana. Halvaus on monelle potilaalle järkyttävä kokemus, johon liittyy sekä kyvyttömyyttä liikkua että kommunikoida. Omien tavoitteiden asettaminen sairaalavaiheessa on vaikeaa. Huomiota olisi kiinnitettävä erityi-

sesti niihin ikäryhmiin, jotka putoavat helposti palvelujen ulkopuolelle, vaikka tarvitsisivat erityistä ohjausta ja lähipalveluja. (Reunanen ym. 2012, 40–41.)

AVH-potilaan ohjausta ja neuvontaa on kehitetty ja tutkittu erilaisten projektien, hankkeiden ja tutkimusten avulla. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on kehitetty systemaattisesti AVH-potilaiden ohjausta ja seuranta. Kuntoutusohjaajan työnkuvaa on kehitetty koko potilasryhmän seuranta ja ohjausta koordinoivaksi. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä käynnistyi vuonna 2000 AVH-yhdyshenkilötoiminta. AVH-yhdyshenkilö toimii kodin, sairaalan sekä kuntoutukseen ja hoitoon osallistuvien välillä. Palvelut keskittyvät erityisesti siihen, että potilas selviytyy kotonaan. Tähän kuuluvat potilaan kuntoutumista ja sosiaalista toimintakykyä edistävä toiminta, ohjaus ja neuvonta. Kaikille AVH-potilaille, jotka kotiutuvat tai siirtyvät TAYS:sta tai aluesairaalassa toiseen hoitopaikkaan, annetaan kotikunnan terveyskeskuksen yhdyshenkilön yhteystiedot. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015.)

Yhdyshenkilötoiminta alkoi Etelä-Pohjanmaalla 1990-luvun alkupuolella, ja sen käynnisti Aivohalvaus- ja dysfasialiitto eli nykyinen Aivoliitto. Aivoliiton koulutussuunnittelija vastaa valtakunnallisesta AVH-yhdyshenkilörekisteristä. (Janhunen 2013, Aivoliitto.) AVH-yhdyshenkilö auttaa aivohalvaukseen sairastunutta sekä omaisia muuttuneessa elämäntilanteessa. Hän mm. ohjaa ja neuvoo, tiedottaa Aivoliiton ja yhdistysten toiminnasta sekä tekee tarvittaessa kotikäyntejä. (Janhunen 2011.) Käypä hoito -suositus (2011) toteaa yhdyshenkilön antaman neuvonnan ja ohjauksen parantavan aivoinfarktipotilaiden omaishoitajien terveyttä ja sosiaalista selviytymistä, mutta vaikutusta potilaiden hyvinvointiin ei ole osoitettu.

KYTKE-hankkeen yhteydessä (2012) aloitettiin käyttää AVH-koordinaattorinimikettä. AVH-koordinaattori (vastaava) on terveydenhuollon ammattihenkilö, joka koordinoi AVH-potilaan kuntoutusketjua. Hän osallistuu tarvittaessa kotiutumispalaveriin ja hänellä on tiedossaan kunnan tarjoamat palvelut. Hänen vastuullaan on oppaiden ja ohjausmateriaalin pitäminen ajan tasalla sekä kuntouttavan hoitotyön edistäminen terveyskeskusten vuodeosastoilla, palveluasunnoissa ja kotihoidossa (Kytke-hanke). Tavoitteena on AVH-potilaan jatko-

hoidon ja tarvittavien palvelujen turvaaminen suunnitellusti ja koordinoitusti potilaan siirtyessä kotiin.

Sosterissa toteutettiin vuosina 1998–2004 projekti: Aktivoiva ja omatoimisuutta tukeva fysioterapia aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa. Sen pääta-voitteena oli edistää potilaiden aktiivista roolia fysioterapiassa. Projektin yhteydessä kehitettiin potilaan polkuja, yhtenäistettiin hoito- ja kuntoutuskäytäntöjä ja kehitettiin laatua.

Reunanen (2011) on kartoittanut AVH:n sairastuneiden potilaiden kuntoutuskokemuksia. Tämä tutkimus sisältyi yhtenä osatutkimuksena Kelan tutkimushankkeeseen. Aineisto kerättiin haastatellen kerronnallisella lähestymistavalla. Haastatteluun osallistui 20 miestä ja 9 naista, joiden keski-ikä oli 66 vuotta. Tulokset esitetään viitenä kertomuksena. Tulokset korostavat yksilöllisen ja asiakasläh- töisen kuntoutusotteen merkitystä. Kuntoutus tulisi nähdä koko elämäntapaa ja elinympäristöä koskettavana sosiaalisena prosessina.

AVH:n seuraukset ovat aina yksilöllisiä. Joka toiselle jää pysyvä haitta ja puolel- la heistä se on vaikea-asteinen. Sairaaloiden lyhentyneet hoitoajat ja teknologi- an kehittyminen edellyttävät potilaan ja läheisen omaksuvan aiempaa lyhem- mässä ajassa sairauttaan koskevia tietoja, ohjeita ja neuvoja. Tiedonsaanti tar- koittaa tavoitteellista keskustelua, neuvojen antamista sekä ohjaamista. Tiedon- saannilla tuetaan potilasta ja hänen läheistään selviytymään sairauden kanssa. (Virtanen 2014.)

### **3 ICF-luokitus AVH-potilaan kuntoutuksessa**

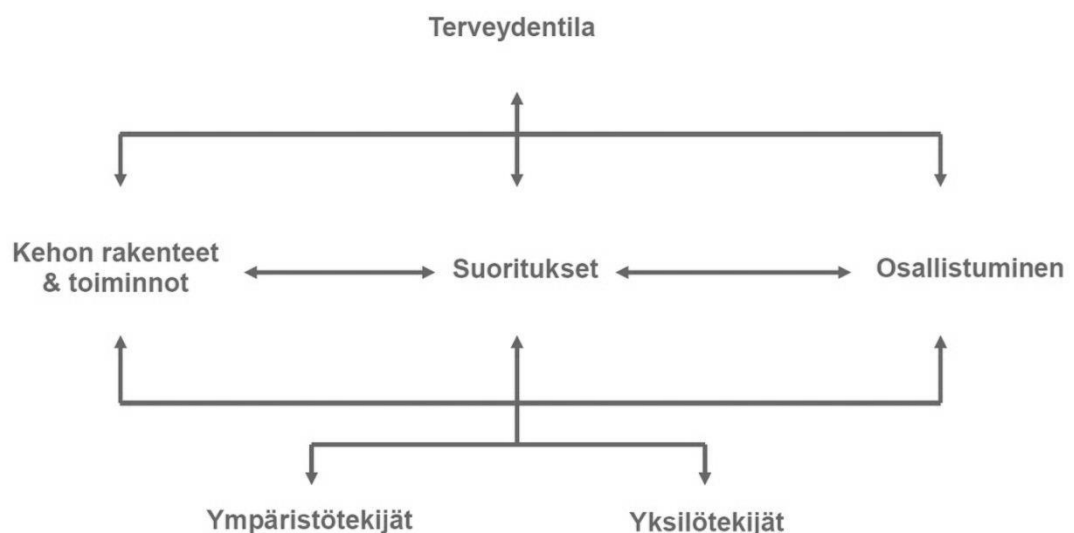
#### **3.1 ICF-luokitus**

ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health). jäsentää ihmisen toimintakykyä mielekkäällä tavalla sekä yhdistää tiedon eri osia toisiinsa. (Karppi 2007, 25–27). ICF-luokitus on maailman terveysjärjestön WHO:n 2003 toimittama luokitus. Tämä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus tarjoaa yhtenäisen ja kansainvälisesti sovitun viitekehyksen toiminnallisen terveyden kuvaamiseen. ICF:n aihealueet (Kuva 1)

ovat ruumiin / kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet ja suoritukset ja osallistuminen. (Mäkilä, Sjögren 2011, 144.)

ICF-luokituksessa toimintaa ja toiminnan rajoituksia tarkastellaan toisaalta yksilön terveydentilan, toisaalta erilaisten elämänpiirin tilannetekijöiden dynaamisena vuorovaikutuksena. Toimintakyky on yläkäsite, joka sisältää paitsi ruumiin toiminnan ja rakenteet, myös suoriutumisen ja osallistumisen jokapäiväisessä elämässä ja yhteiskunnassa. (Järvikoski, Karjalainen 2008, 82.) ICF-luokituksen luokittelukohteena eivät ole henkilöt, vaan ICF kuvaa kunkin henkilön tilannetta sekä terveyden aihealueilla että terveyden lähiaihealueilla. (Suomela-Markkanen ym. 2014).

### ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet



Kuva 1. ICF-luokitus (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014)

ICF-luokituksessa on kaksi osaa, joista Osa 1 käsittelee toimintakykyä ja toimintarajoitteita. Se koostuu kahdesta osa-alueesta: kehon rakenteet ja toiminnot sekä suoritukset ja osallistuminen. Osa 2 käsittelee kontekstuaalisia tekijöitä ja sen osa-alueet ovat ympäristötekijät sekä yksilötekijät. Osa-alueet jakautuvat vielä konstruktion ja tarkenteeseen ja nämä vielä aihealueeseen ja eri luokitu-

sportaiden kuvauskohteeseen. (ICF 2014, 15–16.) ICF-malli on luonteeltaan interaktiivinen, molempiin suuntiin vaikuttava vuorovaikutussuhde: terveydentila vaikuttaa mallin mukaan suorituksiin ja osallistumiseen, mutta vastaavasti suorituksilla ja osallistumisella on vaikutusta terveydentilaan. Erilaiset yksilölliset ja ympäristötekijät vaikuttavat sekä ruumiin toimintoihin että osallistumiseen. Toisaalta toimintamme muuttaa koko ajan ympäristöämme ja muokkaa henkilökohtaisia ominaisuuksiamme. Suhde eri osatekijöiden välillä on dynaaminen, joten muutos yhdessä tekijässä merkitsee yleensä muutosta myös muissa osatekijöissä. (Järvikoski, Karjalainen 2008, 83–84.)

Toimintarajoitteet voidaan ICF-mallin mukaan tulkita terveydentilan ja ympäristön yhdysvaikutuksen tulokseksi, eli kyseessä on toimintarajoitteiden tai vajaa-kuntoisuuden interaktiivinen malli. Suoriutumiseen liittyvät ongelmat määräävät paljolti myös ihmisen kuntoutuksen tarvetta. ICF-malli yhdistää ihmisen toiminnan ja toimintakyvyn tarkastelussa lääketieteelliset ja sosiaaliset näkökulmat. ICF-luokituksen kaltaista monialaista viitekehystä voidaan käyttää hyväksi pyritäessä jäsentämään kuntoutusprosessin etenemistä tukevia ja haittaavia tekijöitä. (Järvikoski ym. 2008, 83–84.)

Reunanen, Talvitie, Pyöriä, Järvikoski (2012) toteavat potilaan tavoitteena olevan paluun sosiaaliseen yhteisöön, kun taas ammattilaisten tavoitteena korostuvat fyysiset rajoitteet ja toiminnoista selviytyminen. Ihmisen sairastuessa (halvaantuessa) hänen toimintakykynsä omassa elinympäristössä saattaa vaikeutua tai olla mahdotonta. Myös päinvastainen kehitys on mahdollista. Elinympäristö voi siis tukea toimintaa tai olla este. (Karppi 2007). Ihmisen arkitilanteiden tunteminen on välttämätöntä, jotta voidaan tukea sairastuneen ihmisen voimavaroja, aktiivista toimijuutta ja paluuta sosiaaliseen toimintaympäristöön (Reunanen 2011, 179–185).

Korniloff (2008) vertailee neljän eri väitöstutkimuksen mittausmenetelmiä ja tarkastelee, kuinka laajasti niiden sisältämät fyysistä toimintakykyä arvioivat mittausmenetelmät kattavat toimintakyvyn aihealueita ICF -luokitukseen pohjautuen. Tutkimuksessa voidaan havaita, että ICF luo yhteisen kielen ja näin mahdollistaa tietojen vertaamisen eri maiden, terveydenhuollon erikoisalojen ja palveluiden välillä. Luokituksen toimivuudesta kliinisessä käytössä ja tutkimustyössä

saadaan näyttöä vasta tulevaisuuden käyttökokemusten jälkeen. (Korniloff 2008.)

ICF-luokitusta on arvosteltu siitä, ottaako se tarpeeksi huomioon potilaan osallisuuden ja subjektiivisen ulottuvuuden. Potilaan itsemääräämisoikeutta ja osallistumista on viime aikoina pidetty kuntoutumisprosessin etenemisen kannalta yhtenä tärkeimmistä kysymyksistä. (Järvikoski ym. 2008, 84.)

ICF-luokitus mahdollistaa (Liippola 2010, 14–15) yhteisen käsitteistön moniammatilliseen yhteistyöhön. Yhtenäisen kielen varmistumiseksi ICF-luokituksessa käytettävät käsitteet ja niiden häiriötilat (terveydentila, kehon toiminta ja rakenteet, suoritukset ja osallistuminen) määritellään tarkasti. Ihmisen kokemus toimintakyvystä on tulosta terveydentilan ja yksilöllisten tekijöiden sekä ympäristön vuorovaikutuksesta. (Paltamaa ym. 2011). Kuntoutus kohdistuu potilaan suoritustapaan, lähipiiriin valmiuksiin ja ympäristön muutoksiin. Toimintakyvyn arviointi on lähtökohta asiakaskeskeiselle, tavoitteelliselle, näyttöön perustuvalle kuntoutusprosessille. (Suomela-Markkanen, Haapala, Peltonen 2014.)

### **3.2 AVH:n vaikutus terveydentilaan**

Aivoverenkiertohäiriö (AVH) tarkoittaa kahta erityyppistä tilaa: paikallista aivokudoksen verettömyyttä eli iskemiää tai paikallista aivovaltimon verenvuotoa eli hemorragiaa. Verenkierronhäiriöt johtavat nopeasti keskushermoston pysyviin vaurioihin. (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo ym. 2006, 271.) Keskushermosto tarvitsee jatkuvasti happea ja glukoosia toimiakseen, ne se saa verenkierron välityksellä. Aivoinfarktissa äkillisesti tukkeutunut valtimon alue jää ilman happea, minkä seurauksena paikallinen osa aivokudosta menee pysyvästi kuoliin. TIA:ssa (transient ischemic attack) oireet muistuttavat aivoinfarktia, mutta menevät ohi yleensä alle tunnissa. Aivoverenvuodossa valtimosuoni repeää, jolloin veri vuotaa joko aivoaineen sisään (ICH) tai lukinkalvon alaiseen tilaan (SAV). (Käypä hoito 2011.) Lisäksi veren vuotaminen aivokudokseen aiheuttaa painetta ympärillä oleviin alueisiin, minkä seurauksena lähellä olevan hermokudoksen toiminta häiriintyy (Atula 2012).

AVH:n kohdalla nopeus on aivojen pelastus. Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuneita on Suomessa v. 2009 arvioitu olleen noin 82 000. Aivoinfarktin saa vuosittain noin 14 600 suomalaista ja aivoverenvuodon noin 4 000 suomalaista.

Noin 2 500 henkilöllä aivoinfarkti uusiutuu vuoden sisällä. Ohimenevän aivoverenkiertohäiriön (TIA) saa noin 4 000 henkilöä. Yhteensä vuosittain 25 000 suomalaista sairastaa aivoverenkiertohäiriön eli joka päivä 68 henkilöä. AVH:n menehtyy vuosittain Suomessa noin 4 500 henkilöä ja se on kolmanneksi yleisin kuolinsyy. (Aivoliitto 2014).

AVH:n riskitekijöitä on useita, vaikkakin vanheneminen lisää riskiä sairastua. Miehillä riski on 9 % ja naisilla 10 %. Alle 75-vuotiailla miehillä on kaksinkertainen vaara sairastua naisiin verrattuna, yli 75-vuotiailla ei eroa enää ole. D-vitamiinin puute on vanhuksilla riskitekijä. Tupakoivan aivoinfarkttriski on 2–9-kertainen ja kasvaa suorassa suhteessa päivittäiseen savukemäärään. Myös passiivinen tupakointi, runsas alkoholin käyttö sekä lihavuus lisäävät riskiä. Suolan runsas käyttö nostaa verenpainetta ja lisää myös itsenäisesti AVH-vaaraa. Hyväkuntoisilla ihmisillä on puolet pienempi riski sairastua kuin huonokuntoisilla. Henkinen kuormitus, diabetes ja kohonnut verenpaine sekä varsinkin vanhuksilla masennus lisäävät riskiä. Sydänsairauksista eteisvärinä on tärkein yleisyytensä takia ja lisää aivohalvausriskiä 5–17-kertaisesti. (Käypä hoito 2011.) Elämäntavoilla voi vähentää huomattavasti AVH:n vaaraa. Se tarkoittaa kohonneen verenpaineen hoitoa, kohonneen kolesteroliarvon alentamista, tupakoinnin lopettamista, painon hallintaa ja riittävää liikuntaa. (Atula 2012.)

### **3.3 AVH:n vaikutus kehon rakenteeseen ja toimintaan**

Aivot säätelevät ihmisen toimintaa, joten AVH:n aiheuttama kudosaivuriio vaikuttaa monin tavoin sairastuneen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Noin joka kolmannella potilaalla esiintyy kognitiivisiin toimintoihin liittyviä ongelmia sekä puheen, näön ja kuulon häiriöitä. (Käypä hoito 2011, Aivoliitto.) Yleisin oire on toisen tai molempien raajojen toimintahäiriö. Lisäksi on puutumisia ja muita tuntohäiriöitä sekä puheentuoton vaikeutta. Vamman paikasta riippuen voi esiintyä näköhäiriöitä tai kaksoiskuvia, huimausta tai sekavuutta. Päänsärkyä on lähinnä aivoverenvuodon alkuvaiheessa. (Atula 2012.) Oireet

ovat useimmiten kivuttomia, aivoverenvuotoon voi liittyä äkillinen ja kova päänsärky. (Kaste ym. 2006, 297, Atula 2012)

Toipuminen tapahtuu pääosin ensimmäisen kolmen kuukauden aikana. Toiminnallinen vajaakuntoisuus vähenee merkitsevästi kuuteen kuukauteen saakka. Kielelliset ja kognitiiviset taidot korjaantuvat todennäköisesti vielä 12 kuukauteen saakka. Kuntoutumiseen vaikuttavat ikä ja vamman laajuus. (Korpelainen Leino, Sivenius, Kallaranta, 2008. 253, Käypä hoito 2011.) Kuntoutuksen kannalta merkittäviä ovat oireiden pysyvyys, pitkäaikaisuus sekä laaja-alainen vaikutus sairastuneen kokonaispersoonaan. Vaikutus henkiseen jaksamiseen ja pitkäjänteisyyteen on yleensä merkittävä. Kommunikoinnin vaikeudet lisäävät muita ongelmia. Pysyvän haitan aivoinfarktista saaneet ovat suuren riskin potilaita. Heillä on lisääntynyt uusien verenkiertosairauksien riski, he ovat alttiimpia masennukselle ja sosiaaliselle eristyneisyydelle. Heille suositellaankin loppuelämän jatkuvaa säännöllistä, vähintään vuosittaista seuranta ja kuntoutustarpeen arviointia, sekä arvion mukaan toteutettavia kuntoutustoimia. (Käypä hoito 2011.)

Lisäksi tulisi seurata jo sairastumisen varhaisessa vaiheessa niitä tekijöitä, joilla tiedetään olevan yhteyttä AVH-kuntoutujien aktiivisuuden kehittymiseen kotioloissa, kuten esim. masennusta, pystyvyyden kokemusta, väsymystä sekä kognitiivisten häiriöiden laajuutta. Nämä ovat keskeisiä tekijöitä sairastumisen alkuvaiheessa, joilla on yhteyttä toimintakyvyn paranemisen nopeuteen, tasoon ja itsenäiseen selviytymiseen sairastumisen myöhäisemmässä vaiheessa. Alkumittauksen lisäksi ainakin kuuden kuukauden kohdalla tapahtuva ohjaus olisi perusteltua. (Woldag, Gerhold, de Groot, Wohlfart, Wagner, Hummelsheim 2006.)

### **3.4 AVH:n vaikutus suorituskyykyyn**

Kirjallisuudessa suorituskyyky on toimintakykyä kapeampi, mitattavissa oleva käsite. Se kuvaa yksittäisiä fyysisiä ja psyykkisiä ominaisuuksia. ICF-näkee toimintakyvyn laajana käsitteenä. Se on ICF-viitekehysessä fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen saumaton kokonaisuus, ei jaettu kokonaisuus. Suorituskyykyllä ei ole yhtenäistä määritelmää. (Saltychev, Laimi & Karppinen 2013, 31.)

Alkuvaiheen AVH heikentää suorituskykyä, mikä ilmenee toispuolihalvauksena eli hemiplegiana. Sairastuneella on usein vaikeuksia arkielämässä: liikkumisessa, hygienian hoidossa, syömisessä, pukeutumisessa, kirjoittamisessa, laskeutumisessa, muistissa, tarkkaavaisuudessa sekä sosiaalisten suhteiden luomisessa ja ylläpitämisessä. (Käypä hoito 2011.) AVH-kuntoutujien alkuvaiheen mittauksen (Rinske, Nijland, Wegen Harmeling-van der Wel, & Kwakkel 2010) tulisi keskittyä seuraamaan niitä tekijöitä, joilla tiedetään olevan yhteyttä toimintakyvyn palautumisen nopeuteen ja tasoon. Esimerkiksi halvaantuneen ala- ja yläraajan lihasaktiiviteetin, staattisen istuma- ja seisomatasapainon, sensoristen häiriöiden ja itsenäisen toimintakyvyn palautumisen seuraaminen sairastumisen alkuvaiheesta saakka antaa viitteitä kuntoutujan toimintakyvyn ja itsenäisen toimintakyvyn tasosta puolen vuoden kuluttua sairastumisesta. Rinske ym. (2010) toteaa sormien ojennuksen ja olkavarren loitonnuksen olevan alkutilanteessa hyvä toipumisen ennustekijä.

Toimintakyvyn arvioinnissa ICF-luokituksesta on tullut keskeinen väline. ICF-luokitusta voidaan pitää välineenä, joka kertoo, mitä toimintakyvystä tulisi arvioida, mutta ei kerro, millä välineillä arviointi tulisi tehdä. Sen rinnalle tarvitaan luotettavaksi osoitettuja, oikein käytettyjä arviointimenetelmiä. (Valkeinen, Anttila 2014.) Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin (TOIMIA) asiantuntijaverkosto tekee Suomessa tätä arviointityötä. Se laatii toimintakyvyn mittaamista ja arviointia koskevia suosituksia. TOIMIA-tietokannassa on noin 80 toimintakyvyn arviointimenetelmää, useimmat niistä ovat yhdistetty ICF-koodeihin. Tavoitteena on, että toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin käytännöt ovat yhtenäisiä ja luotettavia (Valkeinen, Anttila 2014.) Periaatteena on (Telakivi 2011), että toimintakyvyn arviointi olisi yhdenmukaista ajasta, paikasta ja mittaajasta riippumatta ja tuloksia voisi verrata potilaan hoidon eri vaiheissa ja eri työpisteissä.

Fysioterapeutit käyttävät työssään potilaan toimintakykyä mittaavia mittaristoja. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan toimintakykyä arvioidaan Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella PCBS-toimintakykytestillä (Postural Control and Balance for Stroke). Tasapainon- ja asennonhallinnan PCBS-testi kehitettiin yhdessä aktivoivan terapian kanssa tutkimus- ja kehittämishankeessa. Itä-Savon alueella toteutettiin hanke (Aktivoiva ja omatoimisuutta tukeva fysioterapia aivoverenkiertohäi-

riöpotilaiden kuntoutuksessa) vuosina 1998–2004, ja sen päätavoitteena oli edistää potilaiden aktiivista roolia fysioterapiassa. Aktivoiva fysioterapia perustuu ajatukseen, että aivohalvauksen jälkeinen toimintakyvyn paraneminen on oppimisprosessi. Oppimisella tarkoitetaan motorisen oppimisen lisäksi myös tiedon ja taidon omaksumista, eli ongelmaratkaisukyvyyn kehitystä, joka auttaa potilasta selviytymään niin muuttuvassa ympäristössä kuin arjen haasteissakin. (Pyöriä 2007,71- 75.)

### **3.5 AVH:n vaikutus osallistumiseen**

Osallistuminen on osallisuutta elämän tilanteisiin. (Musikka-Siirtola, Sjögren 2011). Kuntoutuksella pyritään parantamaan ihmisten toimintakykyisyyttä, sosiaalista selviytymistä, edistämään työkykyä ja turvaamaan työuran jatkuvuutta. Kuntoutuksen avulla ehkäistään sairauksiin, vammoihin ja sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyviä ongelmia. Sillä myös tuetaan ihmisten ja väestöryhmien hyvinvointia arjessa. Kuntoutus on monialainen toimintakokonaisuus. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 8.) Kuntoutusketju on eri toimijoiden välistä yhteistyötä, jonka jälkeen kuntoutujan tulisi kuntoutua. (Paltamaa ym. 2011, 18, 23.) Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen aiheuttaa sekä sairastuneelle itselleen että hänen läheisilleen uuden, odottamattoman tilanteen.

ICF toimii eri ammattilaisten välineenä siten, että asiakastyössä se ottaa huomioon potilaan oikeuksien ajamisen ja voimaantumisen. (Anttila 2013). Sosiaali- ja terveystieteiden kentän ollessa nykyisin niin laaja potilaan on vaikea tietää etuisuuksistaan. Kunnalla on lakisääteinen velvollisuus järjestää potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus. (Terveystieteidenlaki 30.12.2010/1326, 29 §). Terveystieteiden yhteistyö etenkin Kelan kanssa on tiivistä Kelan vastatessa alle 65-vuotiaiden vaikeavammaisten lääkinällisestä kuntoutuksesta terveyskeskuksessa tai sairaalassa tehdyn kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Asiakasyhteistyölain tarkoituksena on edistää potilaan asemaa ja osallistumista omaa kuntoutusta koskevien asioiden käsittelyyn. Tavoitteena on potilaan tarvitsemien palvelujen oikeudenmukaisuus, yhdenvertaisuus ja joustavuus sekä erityisesti moniongelmaisten potilaiden kokonaistilanteen selvittäminen ja ohjaaminen asianmukaisiin palveluihin. (Ståhl, Rissanen 2008, 729 – 749.)

Potilaalle on lain mukaan annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Jokaiselle potilaalle tulisi laatia suunnitelma, josta ilmenee potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma laaditaan yhdessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Joka neljäs AVH-potilas toipuu täysin oireettomaksi, yli puolet omatoimiseksi ja joka seitsemäs tarvitsee laitoshoidoa. Työkyvyttömyyseläkkeelle jää vuosittain noin 850 AVH-potilasta. (Käypä hoito 2011.)

### **3.6 AVH ja ympäristötekijät**

Ympäristötekijöillä on oleellinen merkitys potilaan kuntoutumista edistävänä tai rajoittavana tekijänä. Ympäristötekijät käsittävät fyysisen-sosiaalisen sekä asenneympäristön. ICF kuvaa yksilön terveydentilaan liittyviä toimintaedellytyksiä ottaen huomioon myös ympäristön vaikutukset. ICF näkee vammaisuuden moniulotteisena, vuorovaikutuksellisena ja dynaamisena tilana, joka koostuu terveydentilan sekä yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta (Anttila 2013). Veerbeek, Kwakkel, van Wegen & Heyman (2011) toteavat neljänneksen potilaista jäävän täysin riippuvaiseksi omaishoitajasta joko kokonaan tai osittain päivittäisissä toiminnoissa. ICF korostaa (Musikka-Siirtola ym. 2011) ympäristötekijöitä kuntoutuksen suunnittelussa. Muokkaamalla ympäristöä (Telakivi 2011), työvälineitä tai liikkumismahdollisuuksia voidaan muokata yksilön toimintakykyä, vaikka sairaus tai sen tila ei muuttuisikaan

Ympäristötekijät käsittävät myös hallinnon, politiikan sekä palvelut (Musikka-Siirtola ym. 2011). Luokitus nostaa esiin epäkohdat palvelujärjestelmässä. AVH-yhdyshenkilötoiminta on luotu vahvistamaan AVH-potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien yhteistyötä. AVH-koordinaattori auttaa mm. sairastumiseen, kuntoutukseen tai palveluihin liittyvissä kysymyksissä. (Eksote). AVH-yhdyshenkilö ottaa yhteyttä sairaalasta kotiutuvaan potilaaseen ja varmistaa kuntoutumisen etenemisen. (PKSSK.) Potilasohjaus vahvistaa potilaan selviytymistä kotona, vähentää yhteydenottoja sekä edistää potilasta saavuttamaan hänelle hoitajakson aikana asetetut tavoitteet. (Kyngäs ym. 2007,6.)

Palvelun kehittämisestä on tehty useita projekteja. Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama selvitys tehtiin vuosina 2006–2009. Projektissa selvitettiin AVH:n sairastaneiden akuuttihoidon jälkeisen kuntoutuksen nykytilaa Suomessa ja edistettiin aivoinfarktin Käypä hoito-suosituksen käyttöönottoa. Tutkimuksessa lähetettiin kyselylomake kaikkiin Suomen terveyskeskuksiin (237 kpl) ja niiden AVH-yhdyshenkilöille (336 kpl). Lisäksi tehtiin haastattelu keskussairaaloiden akuutti- ja kuntoutusosastoille. Yhteenvedossa todetaan mm., että terveydenhuollon tulee taata tehokkaaseen moniammatilliseen AVH-kuntoutukseen pääsy sairastuneen asuinpaikasta ja iästä riippumatta (Takala 2009). KYTKE-hankkeessa keskeistä oli kotikuntoutuksen kehittäminen, tiedon kulun tehostaminen ja kuntoutusosaamisen varmistaminen. Omaiset, potilaat ja hoitohenkilökunta ovat kokeneet kokonaisuutta koordinoivan AVH-vastaavan toiminnan tärkeäksi. (KYTKE- hanke. Oulu Pohjoinen osahanke 2012. 1.) ALTTI-projektin (2009–2013) tuloksena rakennettiin Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin alueellinen AVH-sairastuneen hoito- ja palveluketju, otettiin käyttöön FIM-toimintakykymittari sekä rakennettiin koko Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kattava AVH-yhdyshenkilöverkosto. Altti-projektin johtoryhmä ehdotti myös sairaanhoitopiiriin johdolle AVH-koordinaattorin toimen perustamista tehdyn työn jatkamiseksi. (Janhunen 2013.)

### **3.7 AVH ja yksilötekijät**

Yksilötekijät muodostavat yksilön elämän ja elämisen tietyn taustan, kuten elämäntavat ja tottumukset. (Musikka-Siirtola 2011) AVH:n sairastuessa tulisi nähdä potilaan koko elämäntilanne ja siihen vaikuttavat tekijät. Hänelle pitäisi antaa vertaistukea ja mahdollistaa tapaamiset muiden AVH:ta sairastavien potilaiden ja heidän läheistensä kanssa. (Virtanen 2014.)

## **4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa ehdotus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan ohjausmallista Itä-Savon sairaanhoitopiiriin. Tavoitteena on aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen asiakaslähtöisen ohjauksen kehittäminen. Tuloksia voidaan hyödyntää myöhemmin ohjausmallin sisältöä kehitettäessä.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Kuvata aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kokemuksia terveydentilan muutoksista kehon toiminnoissa ja ympäristö- ja yksilö tekijöissä sekä kartoittaa saatua ohjausta
2. Kuvata AVH-koordinaattoreiden kokemuksia siitä, miten he työskentelevät ja tukevat potilaan tiedonsaantia potilaan kuntoutusketjussa
3. Laatia saadun aineiston avulla kehittämisehdotus ohjausmallista potilasohjauksen tehostamiseksi Itä-Savon sairaanhoitopiirissä

## **5 Opinnäytetyön toteutus ja aineistojen analyysit**

Tämä opinnäytetyö on tutkimuksellinen kehittämistyö. Toikko & Rantanen (2009, 16—17) mukaan kehittäminen tähtää muutokseen, jolla tavoitellaan jotakin parempaa tai tehokkaampaa kuin aikaisemmat toimintatavat. Lähtökohtana ovat nykyisen toiminnan ongelmat. Kehittäminen voi kohdistua rakenteisiin ja prosesseihin.

Tutkimuksellisen opinnäytetyön tuloksena syntyy uutta tietoa yleensä tutkimusraportin muodossa. Tutkimuksellisessa opinnäytetyössä keskeinen toimija on opiskelija, ja työskentelytapa on yksisuuntaista tietojen keruuta tai niiden vaihtoa. Tutkimustyön ensisijainen tavoite on uuden tiedon tuottaminen, mikä voi johtaa edelleen kehittämiseen ja innovaatioihin. (Salonen 2013, 5-6, 10.)

Kehittämistyötä kuvataan usein prosessina, joka toteutuu toisiaan seuraavien vaiheiden kautta. Prosessin tarkastelu auttaa toimimaan järjestelmällisesti, käy-

tännössä vaiheiden eroa on vaikea nähdä. Tässä kehittämistyössä on käytetty (Kuva 2) tutkimukselliselle kehittämistyölle esitettyä prosessimallia. (Ojasalo ym. 2014, 23–24)



Kuva 2. Tutkimuksellinen kehittämistyön prosessi (Ojasalo ym. 2014, 24)

Terveysthuollossa kehittämisen tavoitteena on uusien palveluiden, menetelmien tai järjestelmien aikaansaaminen tai jo olemassa olevien parantaminen. Kehittämistoiminnan avulla pyritään etsimään realistisia mahdollisuuksia ottaa käyttöön uusia toimintatapoja ja – muotoja. Moniammatillisen kehittämistyön mahdollisuutena on, että yksittäisen työntekijän, ryhmän ja työyhteisön lisäksi koko organisaatio oppii, jolloin mahdollistuvat myös käsitysten ja toimintamallien muutokset. (Heikkilä ym. 2008,55.) Tässä opinnäytetyössä kehittämiskohteen tunnistaminen syntyi potilaiden ja omaisten huolesta saada tietoa kuntoutus- ja hoitomahdollisuuksista, varsinkin akuuttivaiheen jälkeen, jolloin arki on alkanut.

Kehittymiskohteeseen perehtyminen toteutui lukemalla kirjallisuutta sekä keskustelemalla neurologian osastolla työskentelevän fysioterapeutin kanssa.

Kehittämistyössä on käytetty kahta eri tiedonkeruumenetelmää: teemahaastattelua ja Webropol-kyselyä. Siinä on yhdistetty kaksi näkökulmaa keskenään: potilaan toiveita ja kokemuksia ohjauksesta sekä koordinaattorin työn sisältöä.

## 5.1 AVH-potilaiden haastattelu

Haastattelu on eräs laadullisen toimintatutkimuksen tiedonkeruumenetelmä, kirjallisten lähteiden, kyselyjen ja havainnoinnin lisäksi (Hirsjärvi & Hurme 2010, 34; Kananen 2012, 61). Haastattelu on kahden ihmisen välistä viestintää, sosiaalista vuorovaikutusta, jossa ollaan kasvotusten. Haastattelulla on tarkoitus kerätä tietoa ennalta suunniteltua päämäärää varten. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 41 - 43.) Laadullisen tutkimusmenetelmän erityspiirteinä voidaan todeta, että tällä tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen tavoitteena ei ole totuuden löytäminen tutkittavasta asiasta. Ihmisten kuvaamien kokemusten ja käsitteiden avulla luodaan johtolankoja, joiden avulla voidaan tehdä tulkintoja eli ratkaista arvoituksia. (Vilka 2005, 98.)

Teemahaastattelu, jossa haastattelija kyselee tutkittavilta asioita, on yleisin kvalitatiivisen (laadullisen) tutkimuksen tiedonkeruumenetelmistä (Kananen 2012, 100 - 103). Haastattelua voidaan käyttää osana tiedon tuottamisen prosessia. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu eli haastattelija käy etukäteen valittujen teemojen avulla laaditut kysymykset läpi haastateltavan kanssa. Kysymysten järjestystä ei ole määrätty, vaan se voi vaihdella. Haastattelun nauhoittaminen on hyvä keino, kun halutaan tarkastella haastatteluvuorovaikutuksen tulkintoja. Samalla se toimii muistin apuvälineenä.

Teemahaastattelun avulla kerätään aineistoa, jonka avulla voidaan luotettavasti tehdä aihetta koskevia päätelmiä. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä siksi, että haastattelun aihepiirit, teemat ovat tiedossa, mutta strukturoidulle haastattelulle luonteenomainen kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Kysymykset tuottavat haastatteluaineiston. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 36.) Teemahaastattelun keskeiset teemat (Liite 1) olivat teoreettisena viitekehystenä toimivan ICF-luokituksen aihealueet: terveydentila, suoritukset ja osal-

listuminen sekä kontekstuaaliset tekijät (ympäristö- ja yksilötekijät). Tämän teemahaastattelun pilotoi kaksi fysioterapeuttia, muutoksia sisältöön ei tullut.

Tutkimuksen toisena kohderyhmänä olivat vuosi sitten aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet potilaat. Tutkimuksessa on haastateltu kolmea potilasta. Haastateltavat tulivat Savonlinnan terveystieteiden poliklinisesta kuntoutuksesta. Haastateltavat olivat satunnaisesti kolme ensimmäistä suostumuksensa antanutta. Valitut haastateltavat tulivat vapaaehtoisesti, eikä heidän henkilöllisyytensä tule esille. Kun opinnäytetyön suunnitelma oli hyväksytty, haettiin tutkimuslupaa sairaanhoitopiirin johtavalta ylihoitajalta. Sen jälkeen otettiin yhteyttä haastateltaviin ja pyydettiin heidän suostumustaan tutkimukseen. Suostumusta haastatteluun kysyttiin kirjeitse. (Liite 2.) Kaikki haastateltavat suostuivat haastatteluun määräpäivään mennessä. Opinnäytetyön teemahaastattelut alkoivat tutkimusluvan myöntämisen jälkeen. Teemahaastatteluun osallistuneille lähetettiin saatekirje sekä teemahaastattelun sisältö etukäteen.

Haastatteluista kaksi toteutettiin Savonlinnan keskussairaalan fysioterapian poliklinikalla ja yksi potilaan kotona. Yksi haastatteluista jouduttiin tekemään potilaan kotona, koska potilas ei saanut järjestettyä kuljetusta. Potilaille kerrottiin tutkimuksen taustasta, tarkoituksesta ja siitä, että tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Heille ilmoitettiin, että haastatteluun oli suunniteltu käytettävän aikaa 30- 45 minuuttia, ja että haastattelu aiotaan nauhoittaa, jotta he tiesivät varautua siihen etukäteen. Haastatelluille kerrottiin, että nauhoitusten purkamisen jälkeen nauhat tyhjennetään.

## **5.2 AVH-koordinaattoreille / vastaaville tehty kysely**

Internet-pohjaisen Webropol-ohjelman avulla on mahdollista laatia Internetin kautta toimivia online-kyselyitä, jotka lähetetään ohjelmaan tallennetuille vastaajille sähköpostitse. Tarvittaessa ohjelman kautta on mahdollista lähettää saate- ja muistutuskirjeitä sekä käyttää analysointimahdollisuuksia. (Heikkilä 2014, 66–70.)

Verkkokysely valittiin aineiston keräämiseksi siitä syystä, että vastaajat ovat jakautuneet ympäri Suomea. Kysely on myös nopea tapa saada palautteet käsiteltäväksi ja analysoitavaksi (Heikkilä 2014, 66). Se tavoittaa helposti kohde-

ryhmän otoksen. Postikysely säästää myös tutkijan aikaa ja vaivaa haastattelu-tutkimukseen verrattuna. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 193-195.)

Kehittämistyön kysely oli kohdennettu kaikille Suomessa toimiville AVH-koordinaattoreille / vastaaville. Tavoitteena oli kuvata AVH-koordinaattoreiden työn kuvaa Webropol-kyselyn avulla. Kysely toteutettiin käyttämällä puolistrukturoitua kyselylomaketta. Webropol-kysely lähetettiin Aivoliiton koulutussuunnittelijalle saateen kanssa. (Liite 3) Hän lähetti linkin sähköpostitse eteenpäin. Opinnäytetyön tekijä ei voinut vaikuttaa kyselylinkin lähettämiseen vastaajille. Kyselylinkki lähetettiin 85 henkilölle sähköpostitse, kuuden viesti palautui, koska sähköposti ei enää ollut käytössä. Vastauksia tuli niukasti, joten sähköpostimuistutus laitettiin reilun viikon päästä kyselyn alettua. Kyselylinkin saaneista (N=79) vastasi kaikkiaan 15 (n=15). Vastausprosentti oli 19 %. Ensimmäisenä päivänä tuli viesti, että yhdessä kysymyksessä oli tekninen virhe ja vastaaminen siihen ei onnistunut. Asia korjattiin ja korjattu versio lähetettiin Aivoliittoon uudelleen lähetettäväksi. Webropol ohjelman käyttöoikeuden omistaa Saimaan ammattikorkeakoulu ja opinnäytetyön tekemisen ajaksi pyydettiin oikeutta käyttää ohjelmaa.

Kyselylomakkeen viitekehykseksi muotoutui ICF- luokitus ja lomakkeen suunnittelussa hyödynnettiin viitekehyksen kirjallisuutta sekä perehdyttiin tutkimuksiin koskien AVH-koordinaattoreiden / vastaavien toimintaa. Tutkimuksessa käytössä ollut kyselylomake on itse suunniteltu. Vilkan mukaan (2005, 82) kun operationalisoinnissa (mitattava muoto) otetaan huomioon tutkittava kohderyhmä, tutkittava palvelu ja taustamuuttujat, voidaan teoria purkaa kyselylomakkeeksi. Kyselylomakkeen kysymykset yksi ja kaksi kartoittivat AVH-koordinaattorin / vastaavan taustamuuttujia (sukupuoli, ammatti, lääni, jossa vastaaja työskentelee, työskentelyaika ja työaika, ammattitaidon ylläpito sekä toimenkuvan olemassaolo), työn sisältöä ja asiakaslähtöisyyttä.

Kysymyksessä kolme kysyttiin AVH-potilaan kehon toiminnasta ja kysymyksen neljä avulla selvitettiin AVH-potilaan ympäristö- ja yksilötekijöistä. Nämä kysymykset on myös johdettu ICF-luokituksesta. Avoimet kysymykset antoivat AVH-

koordinaattorille / vastaaville mahdollisuuden ilmaista toiveita ja tarkennuksia. Lomakkeen laadinnassa pyrittiin selkeyteen, yksinkertaisuuteen ja käyttäjäystävällisyyteen. Kysymykset oli ryhmitelty asiakokonaisuuksina, mikä helpotti työn analysointia. Kysymykset oli aseteltu lyhyiksi, selkeiksi ja täsmällisiksi. Mielipideväittämissä käytettiin neljä-portaista Likertin asteikkoa, jossa väittämä 1= täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = jokseenkin samaa mieltä ja 4 = samaa mieltä. AVH-koordinaattoreille tehdyn kyselyn mukana oli saatekirje (Liite 3).

Kyselylomakkeen esitestauksen teki fysioterapeuttipiskelija sekä neurologinen sairaanhoitaja. Palautteen jälkeen tarkensin sanamuotoja. Opinnäytetyön seminaariesityksen palautteen myötä poistettiin Likertin asteikosta vaihtoehto: ei samaa eikä eri mieltä. Sen jälkeen tehtiin vielä uusi esitestaus Webropol-kyselystä. Testaukseen osallistui kuusi fysioterapeuttia. Testaamisen avulla haluttiin saada tietoa kyselylomakkeen toimivuudesta, eli tuoko se tarvittavan tiedon esille ja onko joukossa turhia kysymyksiä. Lisäksi korjattiin saatekirjettä ja jaoteltiin vaihto-ehdoja.

Kyselylomakkeen suunnittelun perusta on tutkimussuunnitelmassa. Tutkimussuunnitelma ja kyselylomake kulkevat yhdessä tutkimusprosessissa. Kyselylomakkeessa tulisi kysyä vain asioita, joita tutkimussuunnitelmassa mitataan. Kysymykset voivat olla monivalintakysymyksiä (valmiit vaihtoehdot), avoimia- tai sekamuotoisia kysymyksiä. Avoimien kysymysten tavoitteena on saada vastaajien spontaaneja mielipiteitä. (Vilkkä 2005, 88–89 .) Kysymykset laadittiin vastaamaan pääsääntöisesti niitä teemoja, joita käytettiin AVH-potilaan teemahaastattelun runkona.

### 5.3 Aineiston analyysi

#### Teemahaastattelun analyysi

Tämän kehittämistyön teemahaastattelun teemoittelu tapahtui teorialähtöisesti eli deduktiivisesti, jolloin aineiston analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehukseen. Sisällönanalyysiä voidaan tehdä joko aineistolähtöisesti tai teorialähtöisenä sisällönanalyysinä. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä kategoriat määritellään aikaisemman tiedon perusteella ja niihin etsitään aineistosta sisältöjä niitä kuvaavista lausumista. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 113–115.). Tässä kehittämistyössä käytettiin teorialähtöistä eli deduktiivista sisällönanalyysiä, jolloin aineiston analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehukseen. Teemoittelua ohjaa ICF-luokitus. Taulukossa on neljä saraketta, joista neljäs ”Yläluokka” on ICF-luokituksesta, kehon toiminnot, suoritukset ja osallistumiset, sekä ympäristö- ja yksilötekijät (Liite 1).

Ensimmäinen sarake on ”Alkuperäisilmaisut”, toinen sarake on ”Pelkistetty ilmaus” ja kolmas sarake on ”Alaluokka”. Tämä haastatteluaineistojen pelkistäminen tapahtui siten, että haastatteluaineistoista otettiin alkuperäiset ilmaukset jotka pelkistettiin yksinkertaisiksi lausumiksi. Pelkistetyt lausumat sijoittuivat luotuihin alaluokkiin, jotka noudattelevat ICF-luokituksen pääluokkia.

Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostaminen. Analyysirunko voi olla hyvin väljä tai vaikkapa strukturoitu. Strukturoidulla analyysirungolla testataan yleensä aikaisempaa teoriaa tai käsitemäärittelyjärjestelmää uudessa kontekstissa. Analyysirungon sisälle muodostetaan erilaisia luokituksia tai kategorioita. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 113.)

Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä (Vilkkä 2005, 140, 145) teoria ja aiemmat tutkimukset aiheesta ohjaavat käsitteiden ja luokitusten määrittelyä tutkimusaineistosta sekä itse analyysiä. Tavoitteena on uudistaa teoreettista käsitystä tai mallia tutkittavasta asiasta. Uusi tieto paljastuu teorian ja tutkimusaineiston välisessä merkityssuhteessa. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä (Toikko & Ran-

tanen 2009, 141) tarkoituksena on uudistaa teoreettista käsitystä tai mallia tutkittavasta asiasta, kuten tässä kehittämistyössä.

Haastatteluaineisto muutettiin tekstimuotoon helpottamaan tutkimusaineiston analysointia eli tutkimusaineiston järjestelmällistä läpikäyntiä, aineiston ryhmitteilyä ja luokittelua. Litteroinnin eli auki kirjoittamisen tarkkuus riippuu tutkimuksen tavoitteesta, analyysitavoista ja siitä, mitä muita lähestymistapoja tutkimuksessa käytetään. Tutkimusaineistoon on mahdollista tehdä myös osittainen litterointi, esimerkiksi tutkimuksen teema-alueiden mukaan. Haastateltavien puhetta ei kuitenkaan litteroinnissa saa muuttaa tai muokata. (Vilka 2005, 115–116.) Haastattelun litteroinnin tulisi tapahtua mahdollisimman pian haastattelun jälkeen. Haastattelun laatua parantaa se, että tutkijat itse sekä haastattelevat että litteroivat haastatteluaineiston. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 185; Hirsjärvi ym. 2012, 221.)

Haastattelut kirjoitettiin kirjalliseen muotoon välittömästi haastattelujen jälkeen ja niistä tehtiin kirjallinen yhteenveto. Haastatteluaineistoon ei tallennettu potilaiden henkilötietoja, koska siinä kerättiin vain potilasohjaukseen liittyvää tietoa. Tutkimusaineistossa ei käytetty haastateltavien nimiä eikä mitään muutakaan sellaista tietoa, josta haastateltavan voisi tunnistaa. Teemojen käsittelyn yhteydessä esitetään näytteitä haastatteluaineistosta. Kappaleiden lopussa on purettu potilailta haastattelun avulla saatuja kuvaavia esimerkkejä. Aineistosta lainattujen esimerkkien tarkoituksena on antaa lukijalle todiste siitä, että on ollut aineisto, johon analyysi pohjaa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

### **Webropol-kyselyn analyysi**

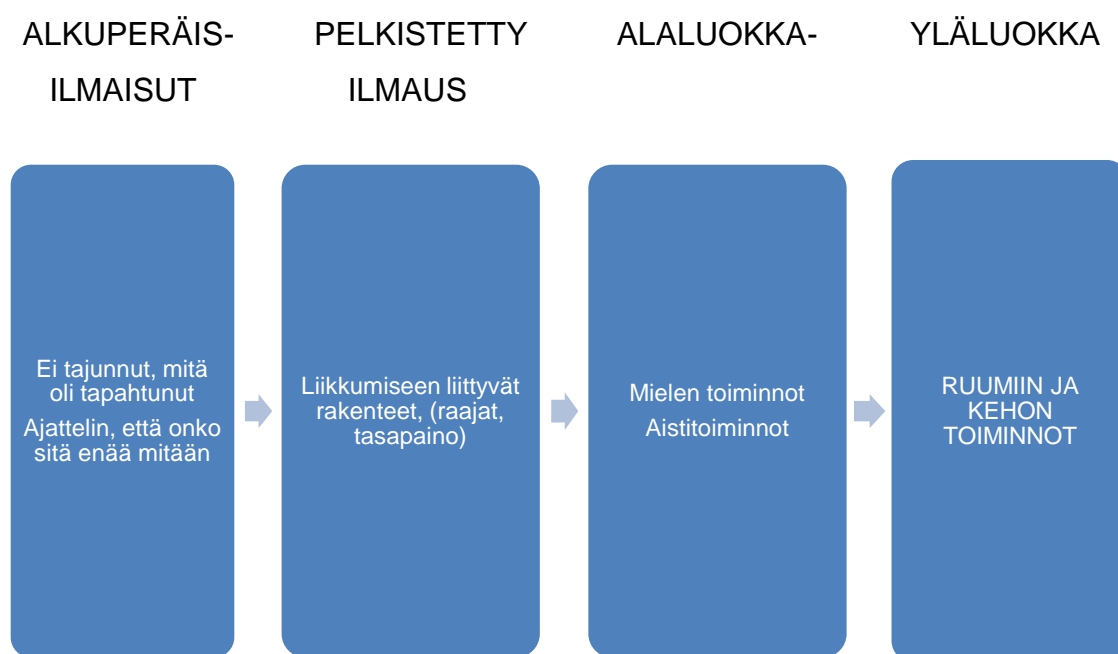
Webropol raportti saadaan suoraan tiedostoista vastausten perusteella. Analysoinnissa käytetään kuvailevaa tilastollista menetelmää (Heikkilä 2014, 119). AVH-koordinaattori / vastaavan kysely lähetettiin 79 henkilölle, kyselyyn vastasi heistä määräaikaan 15 (19 %). Vastajien määrä oli hienoinen pettymys muistutusviestistä huolimatta, mutta kertoi kuitenkin siitä, että kysely oli saavuttanut kohderyhmän. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Toisen viikon puolivälissä laitettiin muistutusviesti, koska vastauksia tuli niukasti. Tutkimuksen vastaajamäärä oli pieni, mutta aktiivisimmat ja asiasta kiinnostuneet vastasivat

## 6 Tulokset

### 6.1 AVH-potilaiden kokemuksia

#### AVH-potilaan kokemukset kehon toiminnosta

Kehon toiminta oli muuttunut kaikilla. AVH oli aiheuttanut haittaa lihasvoimaan ja varsinkin tasapainoon. Lihasvoiman vähentyminen koettiin yhdeksi syyksi liikkumiskyvyn heikkenemiseen. Lihasheikkouteen vaikutti toisaalta fyysisen aktiivisuuden vähentyminen. Mielentoiminnot olivat muuttuneet, niin että henkinen energia oli vähentynyt. (Kuva 3)



Kuva 3. AVH:n vaikutus ruumiin ja kehon toimintoihin ICF:n mukaan

Ilmauksia aineistosta:

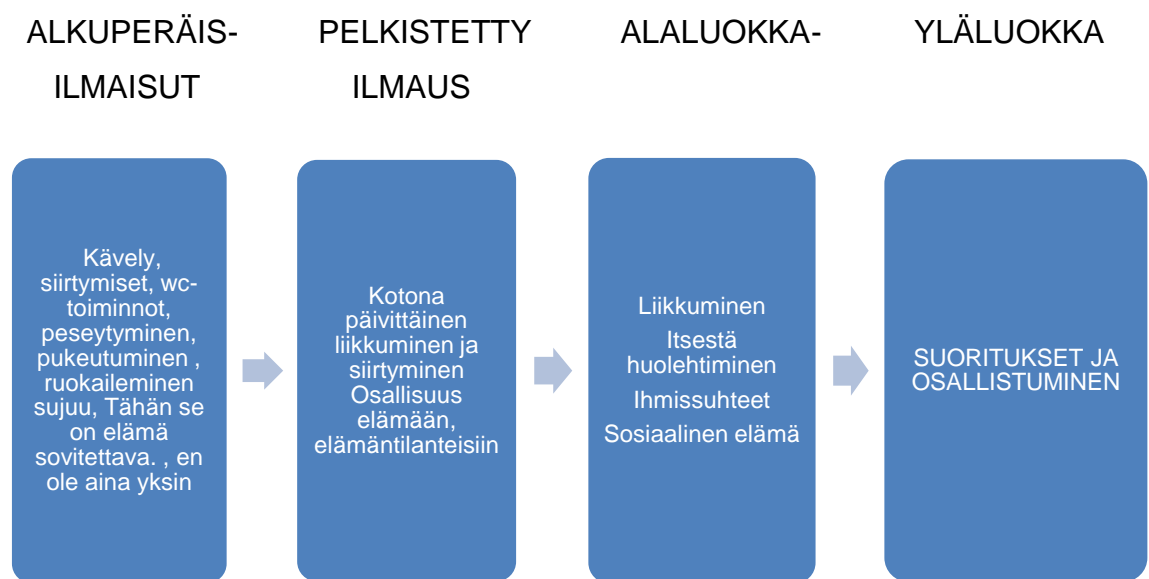
*”Alussa ei oikein tajunnut, että mitä tässä on oikein tapahtunut”*

*”Arvostan terveyttä, mie luulin, että en tule sairaaksi”*

*”Miun pakkoliikkeet on vähentynyt, mie oon parempi nyt”*

## AVH-potilaan kokemukset suorituksesta ja osallistumisesta

Haastateltavat kokivat, että osallistuminen arjessa ja entiset harrastukset ovat osittain vähentyneet. Potilaat liikkuvat omatoimisesti tai avustettuna. Koettiin, että kyky liikkua oli edellytys kotona selviytymiselle ja osallistumiselle. Haastateltavissa oli eläkeläisiä, AVH hankaloitti työssä selviytymistä ja aiheutti eläköitymistä. Haastateltavat kokivat vertaistuen tärkeäksi sosiaalisen tuen muodoksi. Omien kokemusten ja tunteiden jakaminen koettiin voimaannuttavana. Sosiaalinen toimintakyky oli alentunut ja sosiaaliset suhteet olivat vähentyneet. Oman osallistumisen päätöksen tekemiseen jokainen koki mahdolliseksi. (Kuva 4)



Kuva 4. AVH:n vaikutus suoritukseen, osallistumiseen ICF:n mukaan

*"Mie pystyn vähän kävelemään, siirryn vuoteeseen ja otan ruokaa kaapista"*

*"Mie käyn vessassa, pesuilla, vaihdan vaatteet. Korjaan astioita pöydästä ja sellaista"*

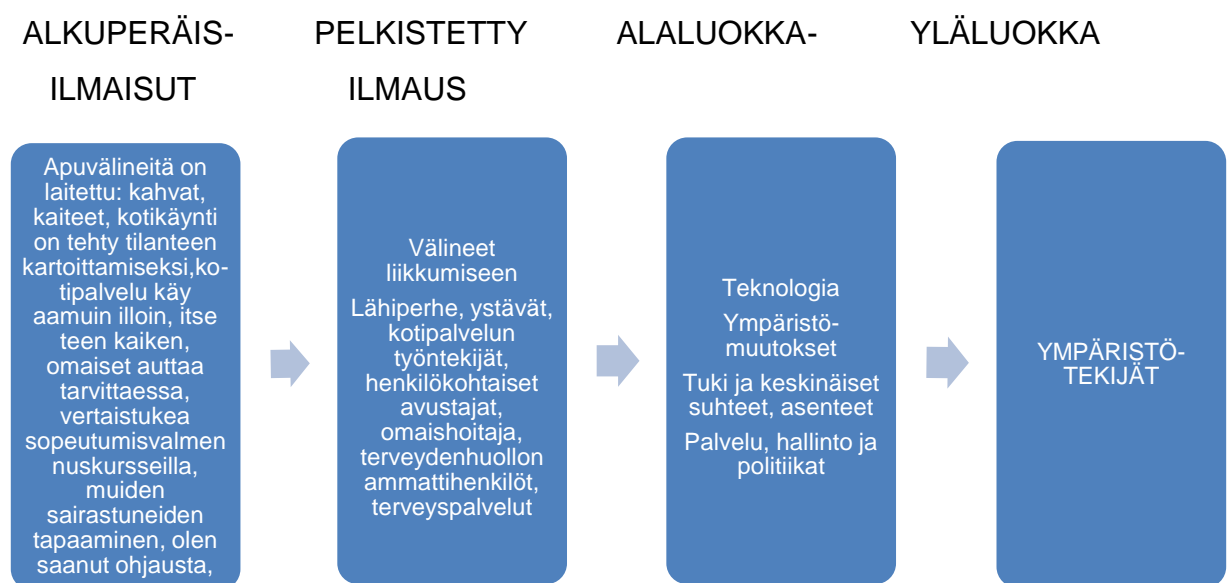
*"Miun luona käy vieraita, en koe olevani yksin"*

## AVH:n vaikutus ympäristötekijöihin

Ympäristötekijöillä koettiin olevan kuntoutumista edistävä vaikutus. Sairastumisen alkutilanteessa haastateltavat olivat täysin ulkopuolisen avun varassa.

Elinympäristön esteettömyys ja toimivuus koettiin tärkeäksi. Liikkuminen ja arjessa selviytyminen koettiin turvalliseksi kodinmuutostöiden, apuvälineiden ja ulkopuolisen (puoliso, henkilökohtainen avustaja) avun turvin. Haastateltavien elinympäristö oli muuttunut sairastumisen jälkeen. Asunnon muutostöitä oli tehty ja sairauden myötä oli jouduttu muuttamaan uuteen asuntoon. Kotipalvelun tukea ja apua tarvittiin sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi arkipäivän askareissa ja henkilökohtaisissa toiminnoissa kuten hygienian hoitamisessa. (Kuva 5)

Tukipalveluita tarvittiin ateriapalveluna, lääkkeiden jaossa, siivouksessa, kylvytys- ja kuljetuspalveluissa. Omaishoidon tarvetta oli myös. Fyysisen suoriutumisen lisäksi koettiin tärkeäksi suhteet omaisiin ja ystäviin. Elämänsä jokainen koki merkitykselliseksi. Alkuvaiheen ohjauksesta kukaan ei ollut muistikuvaa. Kirjallista materiaalia ei myöskään ollut tuolta ajalta. Tietoa, ohjausta ja neuvontaa he olisivat tarvinneet omasta mielestään enemmän. Omaisten ohjaus ja huomioiminen oli jäänyt vähäiseksi, samoin tiedonsaanti tukipalveluista. AVH-koordinaattoria / vastaavaa ei kukaan ollut tavannut, mutta kylläkin sosiaalityöntekijän. Kaikki saivat säännöllistä kuntoutusta. Kontrollit terveydenhuoltohenkilöstöön toteutuivat säännölliset vuoteen saakka sairastumisesta. (Kuva 5)



Kuva 5. AVH:n vaikutus ympäristötekijöihin ICF:n mukaan

Ilmauksia aineistosta:

*"Kahvoja on laitettu, vessassa koroke ja sängyssä nousutuki. Ovia on levennetty ja kynnykset poistettu" "Apuvälineitä ei tarvinnut laittaa, tekivät kotikäynnin. Tultiin siihen tulokseen että ei tarvii muutostöitä"*

*"Aamulla ja illalla käyvät, valmis ruoka tulee, ei tuu käytyä virkistäytymässä"*

*"Vertaistukkee oli sopeutumisvalmennuskurssilla. Sitä oli vähän masentunut olo, että onko sitä enää ollenkaan. Siellä huomasi, että onhan sitä muitakin samanlaisia. Siellä tuli rohkeus"*

*"Mulla on onni, että kyselen. Aluksi puhuivat vähän miun ohi. Ihan hyvin on mennyt, ei oo valittamista, kyllä miulta on kysytty."*

*"Helpottaa ku joku olis neuvomassa, ite pitää ottaa kaikesta selvää, ei tiijä mihin lääkäriin ottaa yhteyttä. Kukkaan ei varsin tuu tarjoamaan mitään, vaikka näitä Kelan kuntoutuksia. Ihminen ei oo kone, niin jokainen väsy, akkuja pitää ladata omaishoitajankin"*

### **AVH:n vaikutus yksilötekijöihin**

Haastateltavat olivat sekä miehiä, että naisia. He olivat eläkeläisiä tai jäämässä eläkkeelle. Yksilötekijät ovat yksilökohtaisia kontekstuaalisia tekijöitä, kuten ikä, sukupuoli, sosiaalinen asema, yleiskunto, elämäkokemukset ym. ICF-luokitus ei toistaiseksi luokittele yksilötekijöitä, mutta se on tulevaisuuden haasteena. (ICF, 210, 247.)

*"Kyllä, kuntosali on hyvä" Miulla on motivaatio harjoitella. Enemmän mie harjoitelen kun töissä ollessa"*

*"Mie oon saanu oppia ja neuvoja ihan tarpeeks. Mie aattelen, että mie halluun kuntoutua ja päästä kävelemään"*

## 6.2 AVH-koordinaattoreiden / vastaavien kokemuksia potilasohjauksesta

### Vastaajien taustatiedot

AVH-koordinaattoreiden / vastaavien kyselyyn vastasi 15, jotka kaikki olivat naisia. Vastaajien ammatti oli yleensä joko sairaanhoitaja tai fysioterapeutti. Vastaajat olivat enimmäkseen Länsi-Suomen läänistä (11), lisäksi Oulun sekä Etelä-Suomen läänistä. AVH-koordinaattorina / vastaavana / yhdyshenkilönä heistä oli toiminut 0-5 vuotta 11 vastaajaa, 6-10 vuotta kolme ja yksi 11–15 vuotta. AVH-koordinaattoreina / vastaavina kolme teki työtä kokopäiväisesti ja loput muutaman tunnin viikossa. AVH-koordinaattorin ammattitaitoa pidettiin eniten yllä käymällä Aivoliiton koulutuksissa (12 vastaajaa) ja lisäksi opiskeltiin itsenäisesti (8). Avoimeen kysymykseen siitä, miten muuten ammattitaitoa pidettiin yllä, vastauksissa mainittiin neurologisissa koulutuksissa käyminen, verkostoitumalla muiden ammattilaisten kanssa sekä yhteistyö muiden fysioterapeuttien kanssa.

AVH-koordinaattorit tekivät eniten yhteistyötä AVH-yhdyshenkilöiden kanssa keskinäisen tiedon jakamisessa. Seuraavaksi eniten oli materiaalin jakamista yhdyshenkilöille sekä säännölliset tapaamiset AVH-yhdyshenkilöiden kanssa. Ohjaus oli seitsemälle työhön kuuluvaa yhteistyötä, koulutus kahdelle. Avoimessa kysymyksessä mainittiin lisäksi hoitoneuvotteluihin osallistuminen tarvittaessa, tsemppaaminen, ammatillinen tuki sekä tarvittaessa ohjaus. Kysymykseen siitä onko toimenkuva laadittu organisaatiossa, kyllä-vastauksia tuli neljä. Toimenkuvaa ei ole laadittu 11 vastaajista.

**AVH-koordinaattorin työhön kuuluu -kysymyksellä** kartoitettiin AVH-koordinaattorin toimenkuvaa. Tulokset esitetään taulukossa yksi. Taulukosta näkyy myös vastausten keskiarvo. Tärkeimpänä työnään AVH-koordinaattorit / vastaavat pitivät kunnan palveluiden tietämisen. Toinen tärkeä tehtävä vastaajien mielestä oli kuntouttavan työotteen edistäminen vuodeosastoilla, palveluiloissa ja kotona. Kolmanneksi tärkein näistä vaihtoehtoista oli asiantuntijana toimiminen erilaisissa ryhmissä.

	Täysin eri- mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Yhteensä	Keskiarvo
ensitietopäivien järjestäminen / pitäminen	7	2	0	6	15	2,33
palvelujen kokonaisuuden koor- dinointi	4	1	3	5	13	2,69
koulutuksien järjestäminen	7	4	1	3	15	2
vuodeosastojen koulutuspalaveri- hin osallistuminen	3	2	3	5	13	2,77
kunnan järjestämien palvelujen tietäminen / hallitseminen	0	2	2	10	14	3,57
pitää kirjaa AVH-potilaiden määrästä	6	0	2	5	13	2,46
kuntouttavan työotteen edistäminen vuodeosastoilla, palveluasunnoissa, kotona	1	2	2	8	13	3,31
palautteen kerääminen tekemästani työstä potilailta, omaisilta	5	4	3	2	14	2,14
asiantuntijana toimiminen erilaisissa ryhmissä	0	2	8	5	15	3,2
muuta, mitä	4	0	1	8	13	3
Yhteensä	37	19	25	57	138	2,75

Taulukko 1. AVH-koordinaattorin työ / n=15

Tässä kysymyksessä vastattiin Muuta, mitä -kohtaan AVH-koordinaattorin työhön kuuluvan myöskin erilaisten etuisuuksien (esim. Kela) ja kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssien hakeminen potilaille ja omaisille. Ylipäätään yhteistyön tekeminen eri sektorien kanssa (Aivoliitto, vammaispalvelut). Työn sisältöä kuvattiin myös omaisten ohjaukseksi, tiedon jakamiseksi Aivoliiton toiminnasta, paikallisyhdistykseen tutustumiseksi sekä AVH-asioiden kehittämiseksi alueella.

Myös vahva tieto ja taito AVH:sta ja kuntoutuksesta sekä verkostoista nousi esiin vastauksista.

Tässä kysymyksessä kartoitettiin AVH-koordinaattorin / vastaavan mielipidettä työnsä tarpeellisuudesta. AVH-koordinaattorin / vastaavan työn kokivat tarpeelliseksi kaikki vastaajat. Kohtaan: miksi, vastaukseksi tuli sairaalajaksojen olevan lyhyitä, jolloin ohjeiden kertaus on tarpeen, lisäksi tilanteet ovat hyvin erilaisia.

Lisäksi avoimessa kysymyksessä vastaajat saivat mainita mielestään kolme tärkeintä AVH-koordinaattorin tehtävää. Vastauksia tuli runsaasti, ja ne on tiivistetty seuraavaan luetteloon:

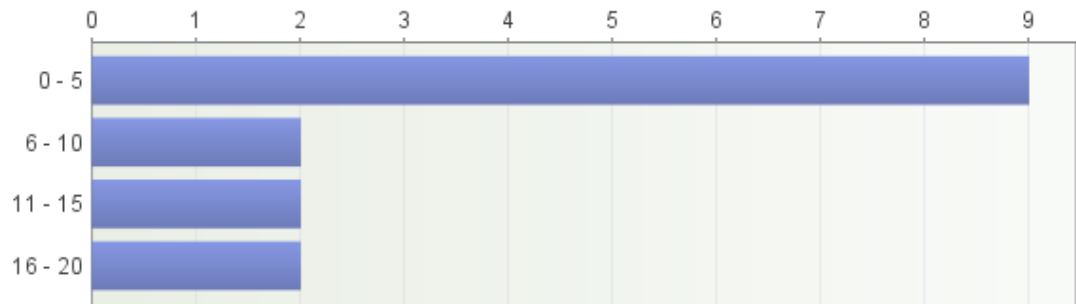
- toimia linkkinä: tukihenkilö, omaistentuki
- tiedonjakajana
- ohjaus, neuvonta, kannustus
- yhteistyöverkoston luominen eri toimijoiden välillä
- palvelujärjestelmän tunteminen ja kehittäminen palvelemaan AVH-sairastuneiden tarpeita
- kuntouttavan työotteen kehittäminen
- moniammatillisuus
- koulutukseen osallistuminen, ajanmukaisen materiaalin ylläpito, työn kehittäminen
- avh-yhdyshenkilötoiminnan organisointi, ylläpito ja koordinointi

Vastaajille annettiin myös mahdollisuus kertoa omin sanoin AVH-koordinaattorin / vastaavan työstään. Tämän kysymyksen vastaukset tiivistettiin seuraavasti:

- työ monipuolista ja vaativaa, tärkeää olla moniammatillinen tiimi mukana tekemässä avh-työtä
- potilaat / asiakkaat kiitollisia seurannasta ja ohjauksesta
- potilailla / asiakkailla on sairaalajakson jälkeen paljon epäselviä asioita liittyen hoitoon, tutkimuksiin, lääkehoitoon, ajolupaan, kuntoutukseen ja kuntoutuksen jatkumiseen
- liian vähän aikaa tärkeän tehtävän hoitamiseen
- motivoida potilaita liikkeelle kotiutumisen jälkeen, älä jää yksin kotiin

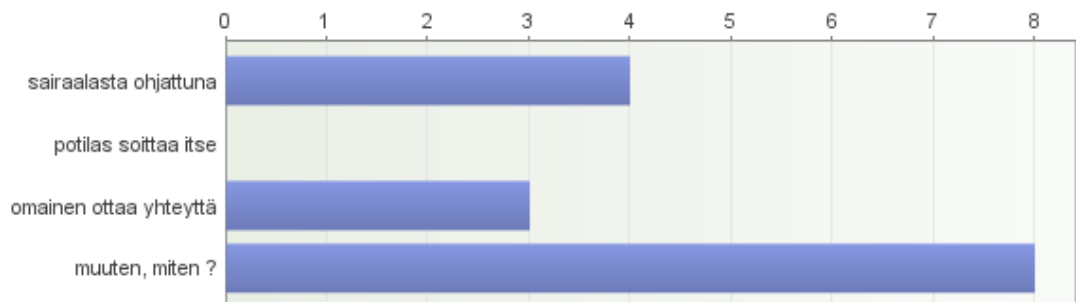
Näillä seuraavilla kysymysten teemoilla haettiin vastauksia ICF-luokituksen mukaisesti siihen, miten AVH-potilaan terveydentilan muutos aiheuttaa koordinaattoreiden / vastaavien työn tarvetta.

Vastaajista yhdeksälle tulee potilaskontakteja viikossa 0-5. Muihin vaihtoehtoihin tuli kaksi kuhunkin. (Kuva 6)



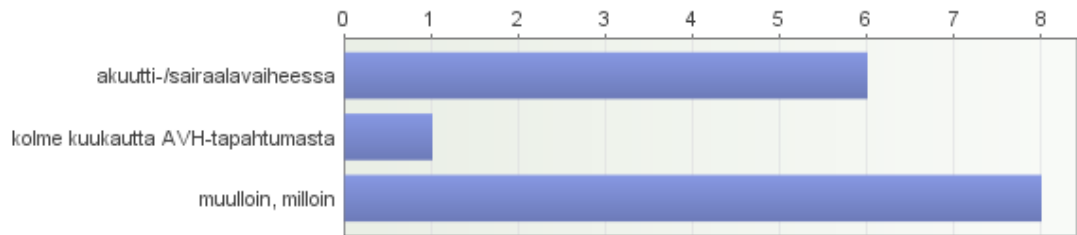
Kuva 6. Potilaskontaktit viikossa / n= 15

Potilaat ohjautuvat AVH-koordinaattorin / vastaavan luo enimmäkseen potilaan ollessa sairaalassa tai vuodeosastoilla hoidossa. Muuten, miten -vastauksista kävi ilmi, että periaatteessa kaikki vaihtoehdot ovat käytössä. (Kuva 7)



Kuva 7. Yhteydenotto / n= 15

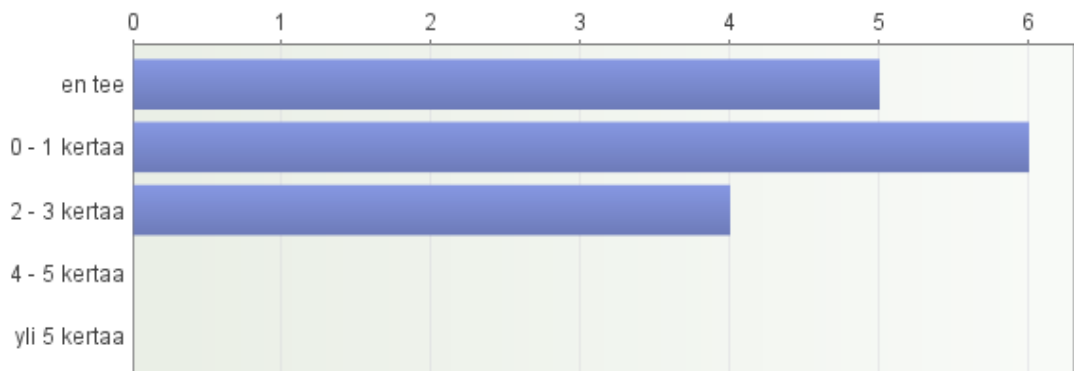
Ensimmäinen potilaskontakti (Kuva 8) AVH-potilaaseen on useimmiten heti akuutin vaiheen jälkeen sekä potilaiden kotiuduttua. Tämä käy ilmi vaihtoehdoista: muulloin, milloin. Vastauksissa mainittiin, että yleensä noin kuukauden kuluttua, mutta myös kahden viikon- kuuden kuukauden kuluttua avh-tapahtumasta/ kotiutumisesta. Ensitapaaminen oli myös periaatteessa missä tahansa hoitoketjun vaiheessa, mutta varsinkin silloin kun potilas tuli kuntoutus/ arviojaksolle.



Kuva 8. Ensimmäinen potilaskontakti / n=15

Kysymykseen siitä, milloin on viimeinen potilaskontakti, vastattiin myös käyttäen vaihtoehtoa muulloin, milloin. Suurin osa vastaajista kertoi, että tarkkaa ajankohtaa ei ole etukäteen määriteltävissä, vaan tarvittaessa ja tilanteen mukaan. Erään vastauksen mukaan joskus kolmen kuukauden kontrolli riittää, joskus vasta kuolema erottaa.

Kotikäynntejä hoitosuhteen aikana (Kuva 9) tehtiin eniten nollassa yhteen kertaan (kuusi vastaajaa). Kaksi- kolme kertaa kotikäynnin teki neljä vastaajaa. Kotikäynntejä ei tehnyt viisi vastaajaa ollenkaan.



Kuva 9. Kotikäynnit hoitosuhteen aikana / n=15

## Taustatietoja AVH-potilaan kehon toiminnasta, suorituksista ja osallistumisesta

Tämä kysymyssarja vastaa ICF-luokituksen kohtaa kehon toiminnasta, suorituksesta ja osallistumisesta. Taulukossa on vastaajien mielipide siitä, mihin potilaat tarvitsevat AVH-koordinaattorin / vastaavan ohjausta. Taulukosta kaksi käy ilmi, että potilaat tarvitsevat tietoa ryhmistä ja kerhoista, lisäksi arjessa selviytymisen kartoittamisesta sekä elinympäristön järjestämisestä toimivaksi. Keskiarvojen erot ovat hyvin vähäiset. Avoimessa vaihtoehdossa tuli vielä esille terveysneuvonta, ennaltaehkäisy, uusimisen ehkäisy, kokonaisuuden koordinointi, mielialan kartoittaminen, omaisten jaksamisen tukeminen ja ylipäätään sairaudesta, kuntoutumisesta, lääkityksestä, neuropsykologisista oireista, dysfagia-potilaan ravitsemuksesta ja kommunikoinnista kertominen ja tukeminen.

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Yhteensä	Keskiarvo
apuvälineasioissa	1	0	3	11	15	3,6
kuntoutuksen järjestämiseksi	0	3	0	12	15	3,6
saadakseen tietoa sosiaalipalveluista	0	1	6	8	15	3,47
saadakseen tietoa kotiavusta	0	2	5	8	15	3,4
saadakseen tietoa asunnonmuutostöistä	1	1	4	9	15	3,4
saadakseen tietoa ryhmistä, kerhoista	0	0	2	13	15	3,87
etsiessään vertaistukea	0	1	4	10	15	3,6
saadakseen tietoa Kelan palveluista	0	2	6	7	15	3,33
arjessa selviytymisen kartoittamiseksi	0	2	1	12	15	3,67
elinympäristön toimivuuden järjestämisessä	0	1	3	11	15	3,67
sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa	0	1	4	10	15	3,6
motivaation tukemisessa fyysisen kunnon ylläpidossa	1	0	3	11	15	3,6
muuta, mitä	6	0	3	6	15	2,6
Yhteensä	9	14	44	128	195	3,49

Taulukko 2. Potilaan tarve saada AVH-koordinaattorin ohjausta n=15

### Taustatietoja AVH-potilaan ympäristö- ja yksilötekijöistä

Tällä kysymyksellä kartoitettiin asiakaslähtöisyyttä. Taulukosta kolme voi nähdä sen, että tärkeimmän asiakaslähtöisyyden ajateltiin olevan läheisten jaksamisen tukeminen, josta kaikki olivat täysin samaa mieltä. Lähes täysin samaa mieltä oltiin myös motivaation ja elämänhallinnan tukemisesta.

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Yhteensä	Keskiarvo
potilaan ohjausta	1	1	1	12	15	3,6
potilaan kuuntelua	0	0	1	14	15	3,93
yhdessä tekemistä	1	0	1	13	15	3,73
mahdollisuuksien ja taitojen etsimistä	0	0	4	11	15	3,73
tavoitteellisen suunnitelman tekemistä	0	1	2	12	15	3,73
itsehoitoon ohjaamista	0	0	3	12	15	3,8
motivaation tukemista	0	0	1	14	15	3,93
elämänhallinnan tukemista	0	0	1	14	15	3,93
läheisten ohjausta	0	0	2	13	15	3,87
läheisten jaksamisen tukemista	0	0	0	15	15	4
kirjallisen materiaalin jakamista	1	0	1	13	15	3,73
moniammatillista yhteistyötä	0	0	3	12	15	3,8
potilaan systemaattista toimintakäytön seuranta	0	3	3	9	15	3,4
selkeää työnjakoa eri toimijoiden kanssa	0	3	5	7	15	3,27
syryntymisen estämistä	0	0	5	10	15	3,67
tukea elämän merkityksen tukemista	0	0	3	12	15	3,8
muuta, mitä	5	1	3	6	15	2,67
Yhteensä	8	9	39	199	255	3,68

Taulukko 3. Asiakslähtöisyys AVH-koordinaattorin työssä/ n=15

### 6.3 Yhteenveto ja toimintamalli

Aineistoa yhdistettäessä verrattiin teemahaastattelusta saatuja tuloksia AVH-koordinaattori-kyselyyn ja lähdettiin pohtimaan ja ideoimaan potilaan ohjausmallia. Saatua tietoa verrattiin myös teoreettiseen viitekehykseen sekä ICF-luokituksen. Ehdotus koskee potilasohjauksen tehostamista, joten potilaat siirtyvät sovittujen käytänteiden (PCBS – mittari, siirtymisen kriteerit, kuntoutussuunnitelma) mukaisesti ja saavat näin tasavertaista ja tasalaatuista kuntoutusta ja ohjausta paikkakunnasta riippumatta. Hoito- ja kuntoutusketjussa potilaat ovat siirtyneet keskussairaalaan jatkohoitoon Kuntoutuskeskus Kruunupuistoon, kotiin tai tehostetun palvelun asuntoon, palvelutaloon tai terveyskeskusten vuodeosastoille, lähinnä Savonlinnaan. Toimintakyvyn parantamiseen tai ylläpitämiseen tähtäävät kuntoutussuunnitelmat on tehty terveyskeskuksella tai sairaalassa. Kodin ja lähiympäristön muutostyöt on hoidettu lähinnä kotikuntoutustimin tai apuvälinekeskuksen kautta. Potilaille tehdään tarvittavat kodinmuutostyöt ja apuvälinehankinnat kuten ennenkin. Avokuntoutukset jatkuvat yksityisen tahon tai terveyskeskuksen kautta.

Tulokset muodostivat synteesin, jonka avulla luotiin ehdotus ohjausmallista. Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa ei ole aina mielekästä pyrkiä tekemään tulkintaa yksistään haastatteluiden tai elämänkertojen perusteella. Pikemminkin kannattaa yhdistellä erilaisia aineistoja ja etsiä niiden väliltä johtolankoja ja vihjeitä arvoitusten ratkaisemista ja uusien arvoitusten luomista varten. (Alasuutari 1994, 34–35, Eskola & Suoranta 2000, 62, Vilka 2005, 127.) Tässä kehittämistyössä saatuja tuloksia kuvataan seuraavaksi tutkimustehtävien mukaisesti.

#### **AVH-potilaan kokemuksia terveydentilan muutoksista suorituksiin, osallistumiseen sekä saatuun ohjauksen**

**Kehittämistyön ensimmäisessä tutkimustehtävässä** kartoitettiin potilaan kokemuksia saamastaan ohjauksesta. He kuvasivat potilasohjauksen olevan pääosin hyvää, mutta kertausta kuitenkin toivottiin. Potilaiden ja AVH-koordinaattoreiden / vastaavien kysynnän ja tarjonnan muotoja vertailemalla

saatiin selville, että ohjauksessa on monia yhteisiä muotoja. Kehittämisen kanalta tutkimustuloksista kävi ilmi, että näitä huomioitavia asioita voitaisiin enemmän ja monipuolisemmin ottaa käyttöön. Viitekehyksen tiedon perusteella tulevaisuudessa aivoverenkiertohäiriöiden määrä tulee väestön ikääntymisen myötä lisääntymään. Siihen on siis varauduttava neuvontaa ja ennaltaehkäisyä tehostamalla.

Tutkimusaineistosta kävi ilmi, että kontrollikäyntien ajankohta vaihtelee tarpeen mukaan (kuva 8, s. 34). Potilaan kulku kuntoutusketjussa on aina yksilöllistä. Sen pitäisi olla kuitenkin toimiva ja kaikkien tiedossa. Potilaan näkökulmasta huomiota tulisi kiinnittää potilaan neuvontaan ja ohjaukseen koko prosessin ajan. Potilaat ja omaiset kokivat saaneensa huonosti hoitoon liittyviä kirjallisia ohjeita. Akuutissa sairastumistilanteessa potilas ei muista eikä välttämättä ymmärrä saamaansa tietoa. Kirjallisten ohjeiden myötä potilas ja läheinen voivat käydä ohjeen läpi omassa tahdissaan ja kerrata esille tulleet asiat. Potilaat kokivat olevansa aluksi sekaisin tapahtumasta. Kirjallinen materiaali auttaisi ja olisi perusteltua. Tässä vaiheessa olisi hyvä luoda suhde yhdyshenkilöön, jonka puoleen voisi kääntyä myös jatkossa.

AVH-koordinaattoreille / vastaaville tehdyn kyselyn perusteella heillä on hyvin paljon annettavaa potilaan asiakaslähtöisen ohjaamisen tueksi (Taulukko 3, s. 37). He kertovat ryhmistä ja kerhoista sekä tukevat sosiaalista toimintakykyä. Potilashaastattelussa potilaat toivoivat toimivaa ympäristöä ja sitä samaa toivat esille AVH-koordinaattorit / vastaavat. AVH-koordinaattorit / vastaavat kokivat että heitä tarvitaan apuvälineasioissa, kuntoutuksen järjestämisessä sekä arjessa selviytymisen kartoittamisessa. Kodinmuutostyöt ja kotipalvelu olivatkin järjestyneet tutkimuksen perusteella hyvin. Potilaat kuitenkin kokivat, että kotiutumisen jälkeen he jäivät omien asioidensa kanssa yksin. Verkosto katkesi tähän. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen koskettaa koko perhettä. Omaisten jakaminen tulee myös huomioida.

### **AVH-koordinaattoreiden / vastaavien kokemuksia työstään ja potilaan tiedonsaannin tukemisessa**

**Kehittämistyön toinen tutkimustehtävä** kuvaa AVH-koordinaattoreiden / vastaavien toimintaa. AVH-yhdyshenkilötoiminta on luotu aikanaan vahvistamaan

aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien yhteistyötä. Toiminnan tavoitteena on turvata aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden hoito- ja kuntoutuspalvelujen jatkuvuus, lisätä sairastuneiden ja heidän läheistensä ohjausta kotikunnassa sekä edistää yhteistyötä eri toimijoiden välillä. (Janhunen 2013.) Kyselyn tulokset tukevat tätä toimintaa. Vastausten perusteella asiakaslähtöisyys oli potilaan kuuntelua, motivaation- ja elämänhallinnan tukemista sekä moniammatillista yhteistyötä. AVH-yhdyshenkilöt ja koordinaattori olivat myös avainasemassa vertaistuen järjestämisessä. Arjen haasteet voivat olla vaativia ja vertaistukihenkilön kohtaaminen voi antaa eväitä arkeen. Kyselyn perusteella potilaat tarvitsivat AVH-koordinaattorien / vastaavien ohjausta etsiessään vertaistukea sekä saadakseen tietoa ryhmistä ja kerhoista.

AVH-koordinaattori-kyselyssä nousi esille sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen sekä syrjäytymisen estäminen. Myös psyykinen käsittely oli saattanut jäädä kesken. Tällöin sopeutumisvalmennuskurssit ovat usein paikallaan. Varsinkin eristäytymistä pitäisi välttää. Sopeutumisvalmennuksen tehosta, aivoinfarktin jälkeen siinä muodossa kuin sitä Suomessa toteutetaan, ei ole tutkimuksia (Käypä hoito – suositus 2006). Aivoverenkiertohäiriö jättää usein jälkeensä vajaatoimintoja ja haittoja (Kaste ym.2006, 227), jotka heikentävät potilaan elämänlaatua.

### **Ehdotus AVH-potilaan ohjausmallista**

**Kehittämistyön kolmas tehtävä** oli laatia aineiston perusteella kehittämisehdotus asiakaslähtöisestä ohjausmallista.

Kehitettyssä ohjausmallissa alkuohjaukset alkaisivat keskussairaalassa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla ja tukena käytettäisiin vihreää kirjaa. Vihreä kirja on nimeltään Aivoverenkiertohäiriöpotilaan seurantakansio. Ohjeen on tehnyt HYKSin Neurologian klinikka ja siihen on koottu asiaa AVH:sta, riskitekijöistä ja AVH:n aiheuttamista ongelmista. Kirjasessa on asiaa myös lääkkeistä, kuntoutuksesta, järjestöistä sekä seurantakortti. Uudessa toimintamallissa jokaiselle AVH-potilaalle, joka ei ole pitkäaikaisosastolla, pitäisi tehdä toimintakykymittaukset kolmen kuukauden kuluttua tilanteen kartoittamiseksi. Vihreään kirjaan tulisi liittää tiedote siitä, että potilas ja omainen kutsutaan n. kolmen kuukauden kuluttua seurantakäynnille. Jokaiselle TIA-potilaalle tulisi myös järjestää jo muu-

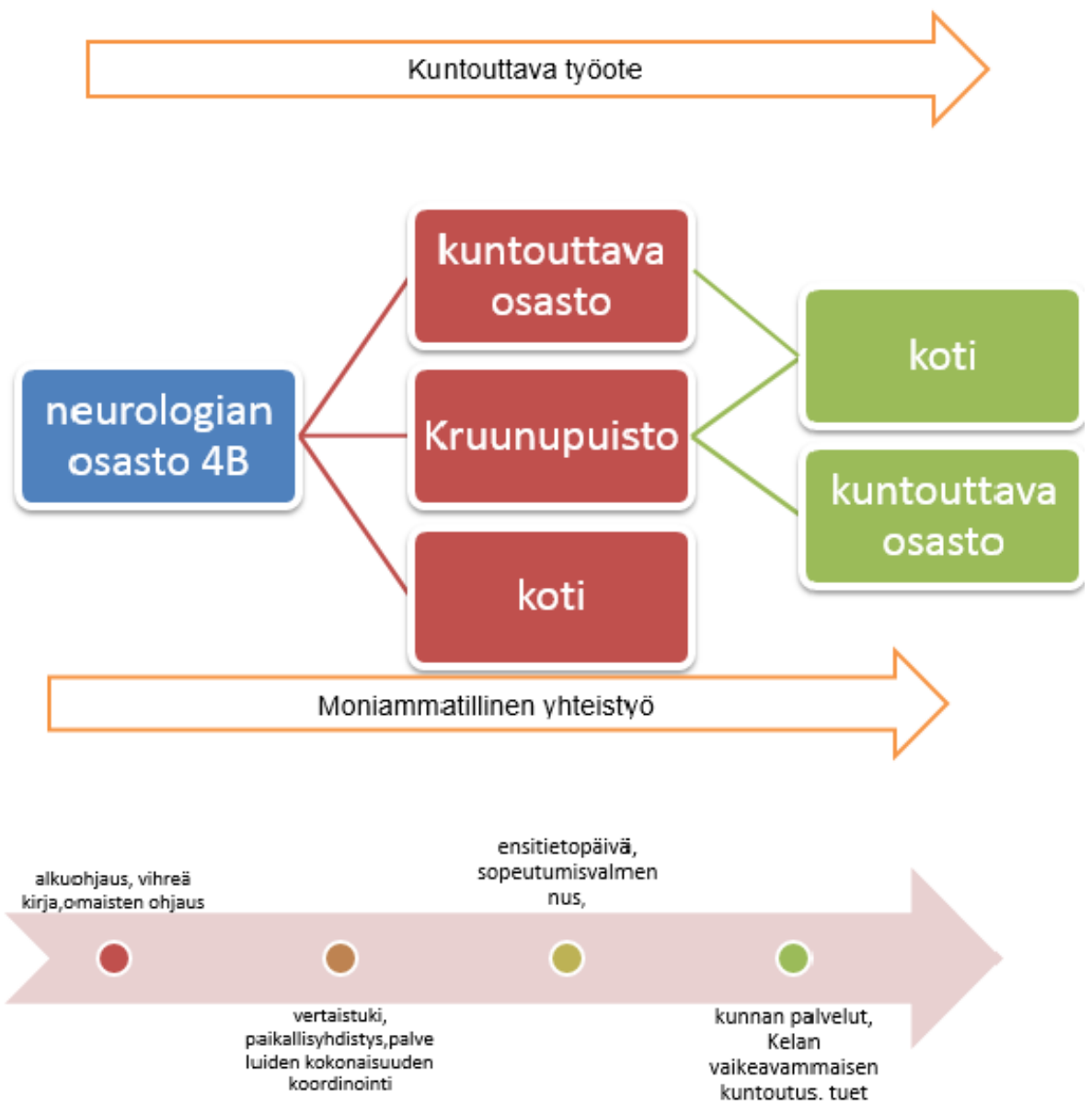
taman viikon päähän polikliininen ohjaus- ja seurantakäynti. Tarkastuslistat ohjaus ja seurantakäynneille tulisi rakentaa jatkossa niin, että ne olisivat kaikille tutut. Seurantakäynnit luovat potilaalle turvallisuuden tunnetta, kun joku on kiinnostunut hänen pärjäämisestään kotona.

Ensitetopäivät tulisi toteuttaa siellä missä on tarjolla riittävästi tietoa sairaudesta, sen hoidosta ja vaikutuksista päivittäiseen elämään. Ensitetopäivä toteutetaan usein ryhmämuotoisena. (Suikkanen ym.1995, 259, 261.) Ensitetopäiviä on järjestetty keskussairaalassa muutamia kertoja vuodessa, tarpeen mukaan. Osaston sulkemisen jälkeen ne ovat olleet tauolla. Nyt hyväksi havaittu päivä koottuna eri asiantuntijoista (neurologi, neuropsykologi, sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja Aivoliiton edustaja) olisi aika käynnistää uudelleen. Tässä tutkimusaineiston perusteella oli puutteita. Elintapamuutosten hoitaminen jäi myöskin puutteelliseksi. Aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuminen on pitkäkestoinen prosessi ja asettaa haasteen vertaistoiminnan kohdentamiselle ja oikea-aikaisuudelle. (Aivoliitto) Vertaistukihenkilövierailut voisivat olla säännöllisesti toistuvia tapahtumia osaston arjessa.

Tiedonkulku Sosterin eri yksiköiden välillä tapahtuu Effic - asiakastietojärjestelmän avulla. Järjestelmää käytetään niin terveydenhuollon kuin sosiaalihuollonkin palvelualoilla sekä toiminnanohjauksessa että asiakastiedon kirjaamisessa. Jokaisesta AVH-potilaasta pitäisi tulla viesti AVH-koordinaattorille / vastaavalle. Kaikki potilaat eivät tarvitse jatkokuntoutuspaikkaa, vaan kotiutuvat suoraan kotiin. Tiedottamista tarvitaan yhteistyösairaaloihin, jotta jokainen potilas saisi samanlaisen ohjauksen hoitopaikasta riippumatta. Sairaanhoitopiirissä yhtenäinen Effic – järjestelmän käyttö tukee niin saumatonta hoito- ja palveluprosessia kuin moniammatillista alueellista yhteistyötäkin. Kolmasosa AVH-potilaista (Kaste ym. 2007, 329) on alle 65-vuotiaita ja heistä kolmasosa palaa takaisin työelämään. Kela järjestää alle 65-vuotiaille vaikeavammaisille henkilöille lääkinnällistä kuntoutusta, jos hän saa korotettua tai yleistä vammaisetuutta. (Kela 2015.) KYTKE-hankkeessa kehitettiin aivoverenkiertohäiriön saaneen kuntoutujan hoito- ja kuntoutusketjua, jonka tuloksena parannettiin tiedonkulkua, potilaan ja omaisten ohjausta sekä liitettiin kolmas sektori mukaan kuntoutusketjuun. Saadun palautteen perusteella sekä omaiset

ja potilaat että hoitohenkilökunta ovat kokeneet uuden mallin, erityisesti kokonaisuutta koordinoivan AVH-vastaavan toiminnan, pääosin myönteisesti. Erityisen tärkeäksi on koettu nimetty vastuuhenkilö, johon on helppo olla tarvittaessa yhteydessä. (Kytke-hanke.)

Sosterin aivoverenkiertohäiriöpotilaan asiakaslähtöinen toimintamalli-ehdotus (Kuva 10,s.43) on noussut käytännön ongelmasta potilasohjauksen tehostamiseksi. Käyttöönoton ja toimintatavan hyödyntämiseksi pyritään kehittämissessin loppuvaiheessa osallistamaan ohjaustiimi arvioimaan ehdotusta ohjausmallista. Se tuo käytännönläheistä lisäarvoa ja kehittämissprosessi toteutuu. Voidaan katsoa, (Ojasalo ym.2014, 20) että tutkimuksellinen kehittämistyö alkaa ideoinnista ja päättyy ratkaisuun, sen toteutukseen ja arviointiin. Kehittämiss-työssä (Ojasalo ym. 2014,18- 19) ei vain selitellä asioita, vaan etsitään parempia vaihtoehtoja ja viedään niitä käytännössä eteenpäin. Pyritään luomaan uutta tietoa työelämän käytännöistä.



Kuva 10. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjausmalli-ehdotus

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia ehdotus ohjausmallista Itä-Savon sairaanhoitopiirin olemassa olevaan aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuspolkuun. Kehittämistehtävän tavoitteena oli luoda kuntoutusketju asiakaslähtöiseksi, niin että ohjaus olisi potilaan ja omaisten tarpeesta lähtevää ja oikea-aikaista.

Potilasohjauksen ydinkysymys on (Liimatainen ym.2005, 16 ), miten potilas pystyy muuntamaan tiedon jokapäiväiseksi käytännön toiminnaksi. Tiedon jakaminen on eri asia kuin tiedon ymmärtäminen ja soveltaminen omaan elämään ja arkeen. Tässä kehittämistyössä on jätetty pois eri ohjausmenetelmät ja käsitelty ainoastaan ohjauksen ajankohtaa ja tarvetta.

Kehittämistyön kokonaisuus muodostui viitekehyksen taustatiedoista, aineiston keräämisestä teemahaastattelemalla ja Webropol- kyselystä. Riittävän tiedon tarjoaminen potilaalle ja omaisille (Käypä- hoito 2011) on tärkeä osa kuntoutusta. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutusketjun onnistumiseksi terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisten yhteistyön yli organisaatorajojen on oltava saumatonta ja laadukasta.

Asiakaslähtöisyys tuli hyvin kyselyssä esille. Täysin samaa mieltä olivat kaikki vastaajat läheisen jaksamisen tukemisesta. Samoin 14 vastaajaa 15:stä olivat sitä mieltä, että asiakaslähtöisyys oli myös motivaation tukemista ja elämänhallinnan tukemista. Tiedonsaanti, kuten Virtanen (2014) toteaa, on tavoitteellista keskustelua, neuvojen antamista sekä ohjaamista. Tiedonsaannilla tuetaan potilasta ja hänen läheisiään selviytymään sairauden kanssa. Potilaat siirtyvät entistä nopeammin kotiin ja kotihoidon piiriin, joten kehittämisen tulee ulottua myös kotihoitoon. Aineiston perusteella potilaat kääntyvät ensiksi kotipalvelun puoleen, kun kysyttävää tulee. Sosterin Johtajaylilääkäri Panu Peitsaro toteaa haastattelussaan esittäneensä asiakaslähtöisyyden teemavuotta, joka sisältäisi asiakaspalvelukoulutusta koko organisaatiolle. Suunnitteilla on myös tapaamisia, joissa kuullaan asiakkaiden ja kolmannen sektorin näkemyksiä toiminnasta. (Itä- Savo 3.4.15 )

Tutkimusaineiston pohjalta voi tehdä johtopäätöksen, että ICF-luokitus toimii varsin hyvin viitekehyksenä. Halvauspotilaan ongelmien moninaisuudet ja tuen tarpeet pystyttiin erittelemään luokitusta käyttäen. Opinnäytetyön merkittävimpiä oppimiskokemuksia oli ICF-luokitukseen tutustuminen. Tarkasti ei tiedetä, miten laajasti ICF vielä on terveydenhuollon ammattilaisten käytössä Suomessa. Potilaan terveydentilan arvioinnissa kiinnitetään huomiota myös ympäristö- ja yksilötekijöiden vaikutukseen, kuten myös huomioidaan työtilanne, perhe motivaatio ja harrastukset. (Saltychev ym. 2013, 31.)

Aivoverenkiertohäiriö on yleinen ja vakava sairaus. Käypähoito-suosituksen käyttö tukee päätöksiä ja ohjaa kuntoutuksen suunnittelussa. Asiantuntijoiden laatima ja viimeisin tutkittu tieto on käytössä. Valtakunnallinen Käypä-hoito-suositus (2011) pyrkii vakiinnuttamaan tieteelliseen tutkimusnäyttöön perustuvia aivoinfarktin ehkäisy- tutkimus, - hoito- kuntoutuskäytäntöjä ja siten vähentämään aivoinfarktin ilmaantuvuutta sekä sairauden aiheuttamaa vammaisuutta ja taloudellista taakkaa. Siksi Käypähoito-suositusta käytettiin tässä opinnäytetyössä useasti lähteenä.

Tutkimuksellinen kehittämistyö toimi hyvin tässä opinnäytetyössä. Tutkimuksessa käytetyt tutkimusmenetelmät sopivat tutkittavaan asiaan, koska parhaiten tietoa saa potilaiden lisäksi myös työntekijöiltä. Yksityinen tieto, omat kokemukset ja valmiudet eivät ole Ojasalon mukaan (2014, 21) tutkimuksellista tietoa, ellei niitä tarkastella kriittisesti. Siksi hänen mukaansa on tärkeää osoittaa, mihin tietoperustaan kehittämistyö liittyy. Prosessin aikana esille tulleet asiat eivät olleet uusia näkökulmia, vaan jo tiedossa olevia kehittämisen kohteita. Kyselyn vastauksissa näkyi AVH-koordinaattoreiden / vastaavien / yhdyshenkilöiden sitoutuminen työhönsä ja asioiden tärkeys. Tutkimustiedon valossa AVH-potilailta ja heidän omaisiltaan näyttää puuttuvan tiedon kanava. Tätä tulkintaa tukevat aiemmat projektit ja kehittämistyöt AVH-yhdyshenkilötoiminnasta. Yhteistyötä potilasjärjestöön on vahvistettava, jotta se tukisi potilaan itsehoitoa ja selviytymistä.

Nimettyjen AVH-yhdyshenkilöiden toiminta on vähäistä. Koko kehittämistyön yhteenvetona voi sanoa, että tulokset ovat hyödynnettävissä AVH-koordinaattorin toimea mietittäessä. Sosterissa on ollut aiemmin ohjausta ja neuvontaa sekä AVH-yhdyshenkilötoimintaa, mutta ne ovat jääneet muutosten myötä. Ongelmana on ollut lähinnä se, että toiminta ei ole ollut säännöllistä eikä siihen ole ollut nimettynä ketään tiettyä henkilöä johtamaan sitä. Tästä syystä AVH-yhdyshenkilötoiminta aikoinaan hiipui kokonaan pois. AVH-potilaan kuntoutusketju tarvitsee selkeän ohjausmallin ja vetäjän toimiakseen, jotta tuetaan asiakaslähtöisyyttä ja työntekijöiden toimintaa. Potilasohjaus prosessina on osa aivoverenkiertohäiriöpotilaan koko palveluketjuprosessin kehittämistä potilaan hoidon laadun ja palvelun parantamiseksi.

AVH-koordinaattoreilta / vastaavilta saatuun vastausten määrään vaikutti osaltaan se, että kysely ei aluksi toiminut ja siinä pakotettiin vastaamaan avoimiin kysymyksiin, ennen kuin vastaaja pystyi etenemään seuraavaan kysymykseen. Koordinaattori-nimikettä käyttää Suomessa vain muutama henkilö, suurin osa heistä on yhdyshenkilöitä. Kysely suuntautui myös heille, joten tästäkin johtuen tutkimus oli suuntaa antava. AVH-koordinaattoreiden / vastaavien ja potilaiden näkemys kuntoutusketjun kehittämisestä ja siihen kehitettävästä toimintamallista olivat samansuuntaiset. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan AVH-koordinaattori nähtiin edistävänä tekijänä.

Hoitotyöllä on suuri merkitys kuntoutumisen edistämässä. Hoitajat tukevat kaikessa toiminnassa potilaan itsenäistä selviytymistä yksilöllisesti ja terveyslähtöisesti (Mäntynen 2007). On tärkeää, että hoitajat hakeutuvat kuntoutumista tukevan toiminnan koulutuksiin. Koulutuksista hoitajat saavat tietoa ja taitoja toteuttaa aktivoivaa hoitotyötä, joka tukee potilaan kuntoutumista. Potilashaastattelusta kävi ilmi, että potilaat ovat aluksi väsyneitä eivätkä jaksa tai muista ohjausta. Alkuvaiheessa ohjausta onkin annettava pienin annoksin ja moniammatillisesti toteutettuna

Aivoliiton mukaan yhdyshenkilöverkoston kehittyminen ja toimintakykyisyys riippuu kolmesta tekijästä. Ensiksikin asian tärkeys tulisi ymmärtää alueen julkisessa terveydenhuollossa ja sitä pitäisi tukea keskussairaalassa. Toiseksi terveyskeskuksissa asia tulisi ymmärtää ja siihen täytyisi myöntää työaika. Kolmanneksi alueelle pitäisi muodostaa työryhmä kehittämään toimintaa. Olisi eduksi, jos olemassa olisi yksi keskushenkilö, joka tuntee toiminnan, tukee ja ohjeistaa verkostoa ja järjestää koulutuksia. 2000-luvun alkupuolelta on koottu AVH-yhdyshenkilörekisteriä, jota Aivoliitto ylläpitää (Aivoliitto). Potilaalle ja omaiselle on usein epäselvää, mihin kotiutumisen jälkeen voi ottaa yhteyttä. Se on osasy siihen, ettei Sosiaali- ja vammaispalvelujen järjestäminen aina toteudu. (Kytökorpi 2012, 2, 5, 11.)

## **7.2 Opinnäytetyön luotettavuus**

Laadullisessa tutkimuksessa haastattelulla saatu tieto on aina sidoksissa siihen tutkimusympäristöön, josta tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Haastattelussa

korostuvat kokemukset tutkittavasta tilanteesta sekä kyky ja halukkuus keskustella aiheesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 79–80.) Opinnäytetyön aihevalintaan vaikuttivat tekijän omat kokemukset, potilailta tulleet palautteet ja henkilökunnan puolelta tullut toive kehittämistarpeesta.

Haastateltavat suhtautuivat haastatteluun myönteisesti ja kertoivat mielellään tarinansa. Aikataulut pitivät keskustelun ajan, koska haastattelun aihepiirit eli teemat olivat etukäteen tiedossa. Kysymykset esitettiin kaikille potilaille samassa muodossa, eikä puhetta tarvinnut juurikaan tarkentaa, puhuttu teksti oli selkeää. Haastatteluaineiston avulla saatiin selville aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kokemuksia. Teemahaastattelun luotettavuus perustuu etukäteen tehtyyn suunnitelmaan haastattelun kulusta. Haastattelun aikana tehtiin tarvittaessa tarkennuksia. AVH-koordinaattoreille / vastaaville lähetetyt sähköpostikyselyt olivat tehokkain tapa saada heiltä tietoa, koska näin heillä oli tarpeeksi aikaa vastata kysymyksiini kattavasti. Vastausprosentti oli alhainen, mutta opinnäytetyön kehittämistehtävään eli siihen miten ohjausta järjestetään, saatiin kuitenkin vastauksia.

Deduktiivisen sisällönanalyysin pyrkimyksenä on tarkastella tutkimusaineistoa teorialähtöisesti. Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tulkinat perustuvat aineistosta saatuun tietoon eivätkä niitä saa ohjata tutkimuksen tekijän kokemukset. (Hirsjärvi ym. 2012, 164.) Opinnäytetyön rajoituksena voidaan pitää tutkimusaineiston niukkuutta. Toisaalta luotettavuutta lisää se, että teorialiedosta on löytynyt yhtymäkohtia tutkimusaineistoon ja näin ollen tulkintoja on pystytty perustelemaan teorian avulla. Opinnäytetyön tulokset ovat suuntaa-antavia eivätkä pienen aineiston takia yleistettävissä.

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa. Sen arvioinnissa kiinnitetään huomiota siihen, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksessa on pystytty tuottamaan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan eri kriteerien avulla. Nämä yleiset kriteerit ovat tutkimuksen uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys sekä siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127- 128.) **Uskottavuus** voidaan vahvistaa keskustelemalla muiden samaa aihetta tutkivien kanssa. Kehittämisprosessissa on tehty yhteistyötä fysioterapiaoaston kanssa toimintamallin suunnittelemisessa. Savonlinnan kes-

kussairaalan fysioterapiassa on käyty keskusteluja tästä opinnäytetyöstä ja ne ovat osaltaan vaikuttaneet kehittämistyön etenemiseen. Sisätauti-neurologiseen tiimiin kuuluu viisi fysioterapeuttia. Kaikki kokivat potilaan ohjauksen tärkeäksi kehittämiskohteeksi ja sitoutuvat toteuttamaan kehitettävää ohjausmallia työsäään. Keskustelun kohteeksi tulee myöhemmin vielä sairaanhoitajien antama ohjaus. Kehittämistyön merkeissä on luotu rikastuttavia kontakteja Aivoliittoon sekä varsinkin Eksoten AVH-koordinaattoriin.

**Vahvistettavuus** liittyy koko tutkimusprosessiin ja varsinkin kirjaamiseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Kaikki haastateltavat suostuivat haastatteluun määräpäivään mennessä. Opinnäytetyön teemahaastattelut aloitettiin tutkimusluvan myöntämisen jälkeen. Teemahaastatteluun osallistuneille lähetettiin saatekirje sekä teemahaastattelun sisältö etukäteen. Haastattelut tehtiin Savonlinnan keskussairaalan fysioterapian poliklinikalla ja potilaan kotona. Yksi haastattelu jouduttiin tekemään potilaan kotona, koska potilas ei saanut järjestettyä kuljetusta. Nauhoitus kirjoitettiin tekstimuotoon seuraavana päivänä haastattelusta. Potilaille kerrottiin tutkimuksen taustasta, tarkoituksesta ja siitä, että tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. He tiesivät, että haastatteluun oli suunniteltu käytettävän aikaa 30–45 minuuttia, ja että haastattelu aiotaan nauhoittaa. Haastateltaville kerrottiin, että nauhoitusten ”purkamisen” jälkeen nauhat tyhjenetään.

Kehittämistyön kysely oli kohdennettu kaikille Suomessa toimiville AVH-koordinaattoreille / vastaaville. Koordinaattoreita / vastaavia on Suomessa tällä nimikkeellä hyvin vähän, jonka vuoksi kysely suuntautui myös AVH-yhdyshenkilöille. Tästä syystä kyselyjen määrä on korkea 79. Webropol-kysely lähetettiin Aivoliiton koulutussuunnittelijalle saateen kanssa. Hän lähetti linkin sähköpostitse eteenpäin. Kyselyntekijä ei voinut vaikuttaa kyselylinkin lähettämiseen vastaajille.

**Reflektiivisyyden** kannalta tutkijan on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan ja kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissa. Oma työskentelyni oli suunnitelmallista ja perustui etukäteen laadittuun, Ojasalon mukaisesti etenevään tutkimuksellisen kehittämistyön prosessiin. Pidin opinnäytetyöni aihetta mielenkiintoisena, alueellisesti tärkeänä ja ajankohtaisena. **Siirrettävyys** tarkoittaa sitä,

että kuvaileva tieto on sellaista, että tulosten siirtäminen onnistuu muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkimustulokset ovat hyödynnettävissä tietona, potilaan ohjausta kehitettäessä muuallakin.

### **7.3 Opinnäytetyön eettisyys**

Kehittämistehtävä on toteutettu Saimaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyöprosessin ohjeita noudattaen. Ammattieettisiä periaatteita on pyritty noudattamaan sekä asiantuntijana että työelämän kehittäjänä. Tutkimusaineistoa kerätessä on toteutettu eettisiä tutkimusperiaatteita ja hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Tutkimusta tehdessä ja raportoidessa on pyritty olemaan objektiivinen, rehellinen ja huolellinen. Tutkimuksen aineisto koostuu kyselylomakkeesta, joka täytettiin nimettömänä. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Teemahaastattelun osallistuneet antoivat suostumuksensa, joten itsemääräämisoikeus toteutui. Heille kerrottiin kehittämistyöhön liittyvistä asioista ja siitä, että haastattelu nauhoitetaan. Nauhoitukset hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. On myös pyritty huomioimaan potilaan kyky osallistua haastatteluun sekä omaisen osuus. Tutkimuksen tekijän rooli oli toimia tiedon hankkijana ja osoittaa luottamuksellisuutta haastateltaville. Haastattelija ja haastateltava toimivat vuorovaikutussuhteessa ja läheisyys synnyttää luottamusta. Haastateltavan anonymiteettia on suojeltava tarkasti. (Eskola & Suoranta 1998, 86 - 88; Ruusuvuori & Tiittula 2005, 10 - 17.) Haastattelijaa koskeekin ehdoton vaitiolovelvollisuus (Hirsjärvi & Hurme 2010, 101). Haastattelija ei hämmästellyt eikä kertonut omaa mielipidettään, vaan toimi tehtäväkeskeisesti.

### **7.4 Kehittämistyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet**

Uuden ohjausmallin vakiinnuttaminen ja arviointi jäävät pois kehittämistyön prosessista aikataulullisista seikoista johtuen. Kehittämistyötä tullaan hyödyntämään jatkossa, kun mietitään AVH-koordinaattorin tarpeellisuutta Itä- Savon sairaanhoitopiirin aivoverenkiertohäiriöpotilaiden ohjauksen kehittämiseksi. Kiinnostusta toisi se, jos tuotos otettaisiin käyttöön sairaanhoitopiirissä ja siitä olisi hyötyä niin potilaille, heidän omaisilleen kuin työntekijöillekin. Jatkotutkimuksen aiheita voisivat olla esimerkiksi sähköinen viestintä Hyviksen kautta ja sen kehittäminen aivoverenkiertohäiriöpotilaiden ja omaisten käyttöön. Tutkimustulosten

pohjalta kehittämiskohteeksi nousi AVH-yhdyshenkilöverkoston rakentaminen, jonka avulla Itä- Savon sairaanhoitopiirissä voisi parantaa potilasohjausta varsinkin kun potilas on kotiutunut. Kirjallista potilasohjausmateriaalin antamista tulisi tehostaa ja kehittää. Ohjauksen tehostamisen arviointi myöhemmin olisi myös hyvä jatkotutkimustyön aihe.

## **Kuvat**

- Kuva 1. ICF-luokitus, s. 9.
- Kuva 2. Tutkimuksellinen kehittämistyön prosessi, s. 19.
- Kuva 3. AVH:n vaikutus kehon toimintoihin, s. 26.
- Kuva 4. AVH:n vaikutus suorituksiin, osallistumiseen, s. 27.
- Kuva 5. AVH:n vaikutus ympäristötekijöihin, s. 28.
- Kuva 6. Potilaskontaktit viikossa, s. 33.
- Kuva 7. Yhteydenotto, s. 34.
- Kuva 8. Ensimmäinen potilaskontakti, s. 34.
- Kuva 9. Kotikäynnit hoitosuhteen aikana, s. 35.
- Kuva 10. AVH-potilaan ohjauksen toimintamalli-ehdotus (Sosteri), s. 43.

## **Taulukot**

- Taulukko 1. AVH-koordinaattorin työ, s. 31.
- Taulukko 2. Potilaan tarve saada AVH-koordinaattorin ohjausta, s. 36.
- Taulukko 3. Asiakaslähtöisyys, s. 37.

## **Lähteet**

Aivoliitto ry.  
[http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio\\_\(avh\)/perustietoa\\_avh\\_sta](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta).  
21.2.2015. Luettu

Anttila, H. 2013. ICF-luokitus ja sen käyttömahdollisuudet. [http://www.kuntoutussaatio.fi/files/1180/Anttila\\_Heidi.pdf](http://www.kuntoutussaatio.fi/files/1180/Anttila_Heidi.pdf). Luettu 14.2.2015

Atula, S. 2012. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Lääkärikirja Duodecim 16.1.2012  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00001](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001) . Luettu 14.2.2015

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä  
<http://www.hyvis.fi/etelasavo/fi/Sivut/Aivohalvaus---tieda,-tunnista,-kuntoudu.aspx>. Luettu 5.10.2014.

Etelä-Karjalan Sosiaali- ja terveystieteiden keskus (Eksote)  
<http://www.eksote.fi/Fi/Terveyspalvelut/Kuntoutusjaapuvalineet/AVHkoordinaattori/Sivut/default.aspx>. Luettu 5.10.2014.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus 9.painos. Porvoo: Edita Publishing Oy

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY: Oppimateriaalit.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2012. Tutki ja kirjoita.15.–17.painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna: Raamattutrukikoda.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY: Oppimateriaalit.

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

Janhunen, H. 2013. Elämää aivoverenkiertohäiriön jälkeen <http://www.jelli.fi>  
Luettu 3.12.2014.

Järvikoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet <http://www.stm.fi/>  
Luettu 29.10.2014.

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

Järvikoski, A. & Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja – alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen P., Kallaranta, T. & Suikkanen, A.(toim.) Kuntoutus. 2.painos. Helsinki:Duodecim.80–93.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Heikkinen, Risto (toim.) Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Karppi, S-R. 2007. ICF- yhteinen kirjauskäytäntö ja kieli moniammatilliseen työhön. *Fysioterapia* 54 (3), 25–27.

Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R. & Sivenius, J. 2006. Aivoverenkiertohäiriöt. 2 painos. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 282–287.

Kela. [http://www.kela.fi/tyoikaisille\\_vaikeavammaisten-laakinnallinen-kuntoutus](http://www.kela.fi/tyoikaisille_vaikeavammaisten-laakinnallinen-kuntoutus)

Konsensuslausuma. 2008. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. [.http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f231511789/kuntoutuksenkonsensuslausuma2008.pdf](http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f231511789/kuntoutuksenkonsensuslausuma2008.pdf). Luettu 13.2.2015.

Korniloff, K. 2008. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF) terveydentilan kuvaajana - aineistona neljän väitöstutkimuksen fyysisen toimintakyvyn mittaamenetelmät. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos Jyväskylän yliopisto Fysioterapian pro gradu-tutkielma. <https://jyx.jyu.fi/> Luettu 14.2.2015.

Korpelainen, J., Leino, E., Sivenius, J. & Kallaranta, T. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Rissanen, P., Kallaranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 251.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Edita, Helsinki

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

KYTKE-hanke. 2012. [https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/27438\\_190412\\_Kytokorpi\\_KYTKE-hanke.pdf](https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/27438_190412_Kytokorpi_KYTKE-hanke.pdf). Luettu 3.12.2014.

Kytökorpi, K. 2012. Aivoverenkiertohäiriö (AVH) vastaavan toimenkuva [https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/27438\\_190412\\_Kytokorpi\\_KYTKE-hanke.pdf](https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/27438_190412_Kytokorpi_KYTKE-hanke.pdf). Luettu 5.10.2014.

Käypä hoito 2011. Aivoinfarkti-suositus. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50051.pdf>. Luettu 17.11.2014.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992./785 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> Luettu 3.12.2014.

Liimatainen, L. 2005. POPPI-projekti. Teoksessa Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. (toim.) *Potilasohjausta kehittämässä-innostusta ja innovaatiota*- Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino, 9-48

Liippola, P. 2010. ICF-luokitus tulossa AVH-kuntoutukseen. *AVH-lehti* 3/2010.

Musikka-Siirtola, M. & Sjögren, R. 2011. Toimintakyky ja ICF: Ympäristötekijät toimintakykyä edistävinä ja rajoittavina tekijöinä. *Kuntoutussymposium*

11.11.2011.

[http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/esitelmat/kuntoutussymposium\\_2011\\_musikka\\_siirtola.pdf](http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/esitelmat/kuntoutussymposium_2011_musikka_siirtola.pdf). Luettu 14.2.2015.

Mäkilä, R. & Sjögren, R. 2008. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja aivovammapotilaan kuntoutusohjaus ja sosiaalityö. Teoksessa Suomen Lääkäriseura Duodecim. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-0514-6/urn\\_isbn\\_978-951-27-0514-6.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0514-6/urn_isbn_978-951-27-0514-6.pdf). Luettu 1.5.2015

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan.3.painos. Helsinki:SanomaPro Oy

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy. 14–44.

Pyöriä, O. 2007. Reliable Clinical Assessment of Stroke Patients” Postural Control and Development of Physiotherapy in Stroke Rehabilitation. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Väitöskirjatutkimus. Fysioterapia

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.  
<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=1468&contentlan=1> Luettu 4.12.2014.

PKSSK, Pohjois -Karjalan sairaanhoito ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä  
[http://www.pkssk.fi/documents/601237/620422/Kartoitus+I%C3%A4%C3%A4kinn%C3%A4llisen+kuntoutuksen+resursseista+PK\\_alue.pdf?redirect=http%3A%2F%2Fwww.pkssk.fi%2Fhaku%3Fp\\_id%](http://www.pkssk.fi/documents/601237/620422/Kartoitus+I%C3%A4%C3%A4kinn%C3%A4llisen+kuntoutuksen+resursseista+PK_alue.pdf?redirect=http%3A%2F%2Fwww.pkssk.fi%2Fhaku%3Fp_id%2F)

Reunanen, M. 2011. Aivohalvauskuntoutus ja toimijuuden mahdollisuudet. Teoksessa Järvikoski, A., Lindh, J. & Suikkanen, A.( toim.)Kuntoutus muutoksessa. Tampere:Juvenes Print, 179–187.

Reunanen, M., Talvitie, U., Pyöriä, O. & Järvikoski, M. 2012. Aivohalvaukseen sairastuneiden ihmisten kuntoutuskokemukset kertomuksina. Kuntoutus 2/ 2012 40–41.

Rinske H.M., Nijland, R., Wegen, E., Harmeling-van der Wel, B. & Kwakkel G.2010. Presence of Finger Extension and Shoulder Abduction Within 72 Hours After Stroke Predicts Functional Recovery. Stroke 2010; 41:745–750.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 22 - 56.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV- Menetelmäopetuksen tietovarasto verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmäopetus/kvali/L7\\_3\\_4.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmäopetus/kvali/L7_3_4.html). Luettu 10.3.14.

Salonen, K. 2010. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen oppinäyte-työhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Suomen yliopistopainos-Juvenes Print Oy, Tampere 2013.

Saltychev ,M., Laimi, K. & Karppinen, J. 2013. Toimintakyvyn ja suorituskyvyn käsitteet ICF-luokituksen valossa. Kuntoutus(3), 31–35

Ståhl, T. & Rissanen, P. 2008. Keskeinen kuntoutuslainsäädäntö. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 729–729.

Suikkanen, A., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Kallanranta, T., Piirainen, K., Repo, M. & Wikström, J. 1995. Kuntoutuksen ulottuvuudet. Juva: WSOY

Suomela-Markkanen, T., Haapala, E. & Peltonen, R. 2014. Kuntoutussuunnitelmat. [http://www.kela.fi/documents/10180/1403727/Suomela\\_Markkanen.pdf/1980a11d-6c73-4fdd-bcaf-703e4da27547](http://www.kela.fi/documents/10180/1403727/Suomela_Markkanen.pdf/1980a11d-6c73-4fdd-bcaf-703e4da27547) Luettu 19.1.2015.

Takala, T. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteuttaminen 2006–2009. [http://www.aivoliitto.fi/files/751/AVH-kuntoutusprojekti\\_loppuraportti.pdf](http://www.aivoliitto.fi/files/751/AVH-kuntoutusprojekti_loppuraportti.pdf) Luettu 3.12.2014.

Telakivi, T. 2011. Toimintakyvyn arvioinnin kehittäminen. Suomen lääkirlehti 42/2011.

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL 2014. Toimintakyky ICF-luokituksessa. <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyky-icf-luokituksessa>. Luettu 29.1.2015.

Toikko, T., Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistumiseen ja tiedonantoon. Tampereen yliopisto. 16-17.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.8 painos. Helsinki: Tammi.

Vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus. [www.kela.fi](http://www.kela.fi)

Valkeinen, H., Anttila, H. 2014. ICF-luokitus ja toimintakykymittarit: mitä, miten ja miksi? Fysioterapia 4 / 2014 5-10.

Veerbeek, J., Kwakkel, G., van Wegen, E., Ket, J. & Heyman, M. 2011. Early Prediction of Outcome of Activities of Daily Living After Stroke. Stroke 42:1482–1488.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Keuruu

Virtanen, P. 2014. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedon-  
saanti päivystyspoliklinikalla. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede Tampereen  
yliopisto Väitöskirja. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95190/978-951-44-9432-1.pdf>. Luettu 5.1.2015.

Woldag H, Gerhold LL, de Groot M, Wohlfart K, Wagner A, Hummelsheim.  
2006. Early prediction of functional outcome after stroke. Brain Inj. Sep;  
20(10):1047–52. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17060137>

Itä- Savo- lehti artikkeli 3.4.15: Peitsaro tarttui tuttuun työhön

## Potilaan teemahaastattelu

### 1. TERVEYDENTILA

- Halvauksen aiheuttama haitta toimintakykyynne
- Liikkumisen turvallisuus
- Kertokaa arjessa, työssä selviytymisestäänne
  
- Miten koette itsenne, toimintakykyynne nyt
- Kuntoutus tällä hetkellä
- Tapaamiset terveydenhuoltohenkilöstön kanssa nykyisin
- Tieto sairaudesta, tapahtumasta
- Liikkumisenne turvallisuus
- Tiedon saanti

### 2. KEHON TOIMINNOT, SUORITUKSET, OSALLISTUMINEN

- Elinympäristönne muuttuminen sairastumisen jälkeen
- Osallistuminen arjessa, entiset harrastukset
- Apuvälinepalvelut/ asunnon muutostyöt
- Elinympäristön esteettömyys, toimivuus
- Kelan vammaisetuksilla tuetaan henkilöiden osallistumista työhön tai opiskeluun sekä toimintakyvyn ylläpitämistä, kotona asumista, kuntoutusta ja hoitoa.
- Kotikuntoutuksella ylläpidetään ja edistetään toimintakykyä ja tuetaan kotona asumista. Kotikuntoutus on tarkoitettu ensisijaisesti säännöllisen kotihoidon ja omaishoidon tuen piirissä oleville potilaille.
- Kotipalvelu tukee ja auttaa, kun asiakas tarvitsee sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi apua kotiin selviytyäkseen arkipäivän askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista kuten hygienian hoitamisesta.
- Tukipalvelut täydentävät muuta kotipalvelua. Tukipalveluina voidaan järjestää esimerkiksi aterioiden tuominen kotiin, siivous, kylvetys ja kuljetuspalveluja.
- Omaishoidon avulla voidaan järjestää tarvittavaa apua ja hoitoa
- Ohjaus ja tieto toiminnasta, osallistumisesta
- Tiedon saanti edellä mainittuun

### 3. YMPÄRISTÖ- JA YKSILÖTEKIJÄT

- Vertaistuki on yksi tärkeä sosiaalisen tuen muoto. Se on vapaaehtoista ja vastavuoroista kokemusten vaihtoa samassa elämäntilanteessa olevien ihmisten kesken. Omien kokemusten ja tunteiden jakaminen antavat voimaa.
- Laadukas kotipalvelu ja kotisairaanhoido perustuvat potilaan toimintakyvyn arviointiin ja sen perusteella laadittavaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Osallistumisenne tähän
- Motivaatio harjoitella/ mielekkyys fyysisen kunnon kohentamiseen
- Sosiaalinen toimintakyky/ myönteinen näkemys elämästä
- Sosiaaliset suhteet
- Elämän merkitykselliseksi kokeminen
- Oma osallistumisenne teitä koskevaan päätöksentekoon
- Saamanne ohjauksen selkeys
- Omaisenne ohjaus ja huomioiminen

- AVH-koordinaattori- yhdyshenkilö, kuntoutusohjaaja, heidän tapaaminen
- Mielenpitemme ohjauksen ajankohdasta sairastumisen yhteydessä, kotiutuessa, kuukausien kuluttua, vuoden kuluttua
- Tiedon, ohjauksen ja neuvonnan ajankohta ja määrä
- Tarvitsemanne tiedon/tuen/ohjauksen saanti ja antaja

**Saatekirje AVH-potilaalle**

Arvoisa vastaaja

Olen Tarja Tynkkynen, opiskelen Saimaan ammattikorkeakoulussa (Saimia) terveyden edistämisen koulutusohjelmassa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Teen opinnäytetyötä aiheesta ”Asiakaslähtöisyys aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutusketjussa – toimintamalli Itä- Savon sairaanhoitopiirissä”.

Olette sairastaneet aivoverenkiertohäiriön. Uskon, että teille on sellaista tietoa, josta olisi minulle hyötyä opinnäytetyössäni.

Pyydän suostumustanne haastatteluun. Otan teihin yhteyttä ja voimme sopia ajankohdasta ja paikasta tarkemmin. Haastattelu toteutuu maaliskuun 2015 aikana. Luvallanne nauhoitan keskustelumme, joka vie aikaanne noin 30 minuuttia, maksimissaan 45 minuuttia, lähetän teille teema-aiheet etukäteen tutustuttavaksi.

Pyydän vastaustanne haastattelupyyntöön 8.3.2015 mennessä puhelimitse.

Kunnioittaen

Tarja Tynkkynen  
Fysioterapeutti AMK  
kuntoutus esh  
Itä-Savon sairaanhoitopiiri  
sposti: XXXXX  
puh. XXXXX

**Saatekirje AVH-koordinaattorille**

Hyvä AVH-koordinaattori / vastaava

Lähestyn teitä opinnäytetyöhöni liittyvän kyselyn johdosta. Opiskelen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Saimaan ammattikorkeakoulussa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on edistää AVH-potilaan asiakaslähtöisyyden toteutumista kuntoutuspolussa. Teen opinnäytetyötäni aiheesta ”Asiakaslähtöisyys AVH-potilaan kuntoutusketjussa- toimintamalli Itä-Savon sairaanhoitopiirissä”. Aihe on noussut esille potilaiden ja omaisten huolesta saada tietoa kuntoutus- ja hoitomahdollisuuksista.

Kyselylomake on lähetetty kaikille Suomessa toimiville AVH-koordinaattoreille/vastaaville. Kyselyyn vastataan nimettömänä, eikä yksittäistä vastaajaa pystytä tunnistamaan valmiista opinnäytetyöstä.

Vastaamalla kyselyyn annatte tärkeää tietoa toimintamallin kehittämiseksi. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 20 minuuttia. Keskeytetty kysely alkaa aina alusta.

Vastaa kyselyyn alla olevan linkin kautta. Toivon vastauksianne 22.3.2015 mennessä. Ota minuun yhteyttä mikäli linkki ei toimi tai tulee kysyttävää kyselyyn liittyen.

Ystävällisin yhteistyöterveisin

Tarja Tynkkynen  
Fysioterapeutti AMK  
kuntoutus esh  
Itä-Savon sairaanhoitopiiri  
sposti: XXXXXXXXX  
puh. XXXXX

**AVH-koordinaattorin kyselylomake****1. Vastaajan taustatietoja**

## 1.1 Sukupuoli

1. nainen
2. mies

## 1.2 Ammattini on

1. sairaanhoitaja
2. sosiaalityöntekijä
3. kuntoutusohjaaja
4. fysioterapeutti
5. muu, mikä? \_\_\_\_\_

## 1.3. Työskentelen

1. Lapin läänissä
2. Oulun läänissä
3. Etelä-Suomen läänissä
4. Länsi-Suomen läänissä
5. Itä-Suomen läänissä
6. Ahvenanmaan läänissä

## 1.4. Olen toiminut AVH-koordinaattorina

1. 0-5 vuotta
2. 6-10 vuotta
3. 11–15 vuotta

## 1.5. Työskentelen AVH-koordinaattorina

1. kokopäiväisesti
2. puolipäiväisesti joka päiv
3. 1-2 päivää viikossa
4. muutaman tunnin viikossa

## 1.6. Pidän AVH-koordinaattorin ammattitaitoa yllä (vastaa yhteen tai useampaan)

1. itse opiskellen
2. käyden säännöllisesti Aivoliiton- koulutuksissa
3. muuten, miten? \_\_\_\_\_

## 1.7. Työhöni kuuluu AVH-yhdyshenkilöiden (vastaa yhteen tai useampaan)

1. ohjaus
2. koulutus
3. säännöllinen tapaaminen
4. materiaalin jakelu
5. tiedon jakaminen
6. muu, mikä \_\_\_\_\_

## 1.8. Organisaatiossani AVH-koordinaattorin työstä on laadittu toimenkuva

1. kyllä
2. ei

## 2. AVH-koordinaattorin työhöni kuuluu

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = jokseenkin samaa mieltä, 4 = täysin samaa mieltä

2.1 ensitietopäivien järjestäminen/ pitäminen	1	2	3	4
2.2 palvelujen kokonaisuuden koordinointi	1	2	3	4
2.3 koulutuksien järjestäminen	1	2	3	4
2.4 vuodeosastojen koulutuspalaveriin osallistuminen	1	2	3	4
2.5 kunnan järjestämien palvelujen tietäminen /	1	2	3	4
2.6 pitää kirjaa AVH-potilaiden määrästä	1	2	3	4
2.7 kuntouttavan työotteen edistäminen vuodeosastoilla, palveluasunnoissa, kotona	1	2	3	4
2.8 palautteen kerääminen tekemästani työstä potilailta, omaisilta				
2.9 asiantuntijana toimiminen erilaisissa ryhmissä	1	2	3	4
2.10. muuta, mitä-----				

## 3. Koetko AVH-koordinaattorin työn tarpeelliseksi

3.1. Kyllä      3.2. En

Miksi? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 4. Nimeä kolme (3)mielestäsi tärkeintä AVH-koordinaattorin tehtävää

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 5. Mitä muuta haluaisit kertoa työstäsi

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2. Taustatietoja AVH-potilaan terveydentilasta**

## 2.1. AVH-potilaskontakteja tulee viikossa

1. 0-5
2. 6-10
3. 11-15
4. 16-20

## 2.2. Potilas ohjautuu luokseni

1. sairaalasta ohjattuna
  2. potilas soittaa itse
  3. omainen ottaa yhteyttä
  4. muuten, miten? \_\_\_\_\_
- 

## 2.3. Ensimmäinen potilaskontakti on

1. Akuutti-/sairaalavaiheessa
  2. Kolme kuukautta AVH-tapahtumasta
  - Muulloin, milloin? \_\_\_\_\_
- 

## 2.4. Viimeinen potilaskontakti on

1. 6 kk AVH-tapahtumasta
  2. 12 kk AVH-tapahtumasta
  3. muulloin, milloin? \_\_\_\_\_
- 

## 2.5. Teen kotikäyntejä saman potilaan luo

1. en tee
2. 0-1 kertaa
3. 2-3 kertaa
4. 4-5 kertaa
5. yli 5 kertaa

### 3. Taustatietoja AVH-potilaan kehon toiminnasta

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = jokseenkin samaa mieltä, 4 = täysin samaa mieltä

Potilaat tarvitsevat AVH-koordinaattorin ohjausta

3.1 apuväline-asioissa	1	2	3	4
3.2 kuntoutuksen järjestämiseksi	1	2	3	4
3.3 saadaksesen tietoa sosiaalipalveluista	1	2	3	4
3.4 saadaksesen kotiapua	1	2	3	4
3.5 saadaksesen tietoa asunnonmuutoksista	1	2	3	4
3.6 saadaksesen tietoa ryhmistä, kerhoista	1	2	3	4
3.7 etsiessään vertaistukea	1	2	3	4
3.8 saadaksesen tietoa KELAN palveluista	1	2	3	4
3.9 arjessa selviytymisen kartoittamiseksi				
3.10 elinympäristön toimivuuden Järjestämisessä	1	2	3	4
3.11 sosiaalisen toimintakyvyn Tukemisessa	1	2	3	4
3.12 motivaation tukemisessa fyysisen kunnon harjoittelussa	1	2	3	4

3.13 terveydentilaan liittyvässä ohjauksessa ja neuvonnassa	1	2	3	4
3.14 muuta, missä				

---

#### 4. Taustatietoja AVH-potilaan ympäristö- ja yksilötekijöistä

Mielestäni asiakaslähtöinen ohjaus on

4.1 potilaan ohjausta	1	2	3	4
4.2 potilaan kuuntelua	1	2	3	4
4.3 yhdessä tekemistä	1	2	3	4
4.4 mahdollisuuksien ja taitojen etsimistä	1	2	3	4
4.5 tavoitteellisen suunnitelman tekemistä	1	2	3	4
4.6 itsehoitoon ohjaamista	1	2	3	4
4.7 motivaation tukemista	1	2	3	4
4.8 elämän hallinnan tukemista	1	2	3	4
4.9 läheisten ohjausta	1	2	3	4
4.10 läheisten jaksamisen tukemista	1	2	3	4
4.11 kirjallisen materiaalin antamista	1	2	3	4
4.12 moniammatillista yhteistyötä	1	2	3	4
4.13 potilaan systemaattista toimintakyvyn seuranta	1	2	3	4
4.14 selkeää työnjakoa eri toimijoiden kanssa	1	2	3	4
4.15 syrjäytymisen Estämistä	1	2	3	4
4.16 tukea elämän merkityksen Kokemusta	1	2	3	4
4.17 potilaan osallistamista	1	2	3	4
4.18 muuta, mitä				

---

Lähetä vastauksesi painamalla "lähetä"-painiketta.

LÄMMIN KIITOS VASTAUKSESTASI