



PARITYÖSKENTELYLLÄ JA KOULUTUKSILLA TEHOA AVH- KUNTOUTUJAN ASENTOHOITOON

Kati Räsänen

Kehittämistehtävä
Toukokuu 2012
Erikoistumisopinnot
Neurologinen fysioterapia

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Erikoistumisopinnot
Neurologinen fysioterapia

RÄSÄNEN, KATI:

Parityöskentelyllä ja koulutuksilla tehoa AVH-kuntoutujan asentohoitoon

Opinnäytetyö 36 sivua
Toukokuu 2012

Kehittämistehtävän päätavoitteena oli laatia terveyskeskuksen kuntoutusosastolle toimintamalli, joka turvaisi AVH-kuntoutujan laadukkaan asentohoidon. Tarkoituksena oli kehittää kuntouttavaa hoitotyötä ja moniammatillisuutta. Tavoitteiden saavuttamiseksi pidettiin henkilökunnalle toiminnalliset asentohoitokoulutukset, joissa hoitaja sai vuorollaan olla asentohoidettavan potilaan asemassa. Koulutusten jälkeen käytiin keskusteluja ja päätettiin hoitajan ja fysioterapeutin parityöskentelystä, jonka avulla asentohoitoa ja kuntouttavaa hoitotyötä voitiin harjoitella AVH-kuntoutujille.

Kehittämistehtävän raportin teoriaosuuteen valitsin aivoverenkiertohäiriöt sairautena, moniammatillisuuden ja kuntouttavan hoitotyön merkityksen AVH-potilaan kuntoutumiselle sekä asentohoidon tarkan kuvauksen ja analyysin sen hyödyistä tehdyistä tutkimuksista. Valittu tutkimustieto pyrkii tukemaan ja perustelemaan uutta asentohoidon tehostamisen toimintamallia.

Esitys uudeksi toimintamalliksi sisältää toimenpiteitä jo ennen uuden AVH-potilaan tuloa osastolle sekä kuntoutuksen aikana. Omahoitajan tulee huolehtia uudelle AVH-potilaalle valmiiksi soveltuva potilaspaikka, asentohoitotyynyt sekä laminoidut kuvat hyvistä lepoasunnoista. Asentohoidon toteuttaminen vähintään kahden tunnin välein alkaa heti potilaan tultua osastolle. Lepoasentoa tulee vaihtaa huolimatta vuorokauden ajasta. AVH-kuntoutuja tulee huolehtia lepoasentoon mahdollisimman pian ruokailujen jälkeen. Kun lääkäri tekee fysioterapialähetteen, terapeutin tulee huolehtia, että parityöskentelyn avulla kuntouttava hoitotyö ja asentohoito alkaisivat mahdollisimman tehokkaasti. Osastonhoitajan tehtävänä on suunnitella parityöskentely eli F-päivä työvuorolistaan. Terapian jälkeen tapahtuneen asentohoidon toteuttaa fysioterapeutti. Fysioterapeutti myös suunnittelee ja toteuttaa toiminnalliset koulutukset jatkossa. Asentohoito kirjataan omahoitajan ja fysioterapeutin yhdessä laatimaan kuntoutussuunnitelmaan.

Laadukkaan asentohoidon turvaavan toimintamallin laatimiseksi tulee pohtia myös laajemmin koko AVH-kuntoutujan hoitoa kuntoutusosastolla. Jatkokehittämiseen on saatu hyviä ideoita niin toiminnallisten koulutusten osalta kuin esimerkiksi kirjaamisen, omaisten ohjaamisen, päivittäisten toimintojen ohjaamisen sekä ihon kunnon seurannan osaltakin.

Asiasanat: asentohoito, AVH-kuntoutuja, kuntouttava hoitotyö, moniammatillinen yhteistyö, parityöskentely, toiminnallinen koulutus

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	4
2	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT.....	7
	2.1 Oireet ja toimintakyky	7
	2.2 Moniammatillinen kuntoutus	9
	2.3 Kuntouttava hoitotyö	10
3	ASENTOHOITO	13
	3.1 Asentohoidon merkitys aivohalvauskuntoutuksessa.....	13
	3.2 Kylkimakuuasento	16
	3.2.1 Halvaantuneella kyljellä.....	17
	3.2.2 Toimivammalla kyljellä	18
	3.3 Selinmakuuasento	19
4	KEHITTÄMISHANKE KUNTOUTUSOSASTOLLA.....	21
	4.1 Kuvaus kuntoutusosastosta	21
	4.2 Lähtökohta	22
	4.3 Koulutustuokiot	22
	4.4 Parityöskentely.....	23
	4.5 Arviointi ja johtopäätökset.....	24
5	ESITYS UUDEKSI TOIMINTAMALLIKSI	26
6	POHDINTA.....	28
	6.1 Kehittämistehtäväprosessin tarkastelu	28
	6.2 Toimintamallin jatkokehittäminen.....	31
	LÄHTEET	34

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriö (AVH) on yhteisnimitys neurologisia oireita aiheuttaville aivoverisuonten ja aivoverenkierron sairauksille. Aivohalvaus (stroke) on kliininen nimitys aivoinfarktin tai aivoverenvuodon aiheuttamalle aivotoiminnan häiriölle. Aivoinfarkti taas tarkoittaa puutteellisen tai puuttuvan verenvirtauksen aiheuttamaa pysyvää aivokudoksen vauriota. Valtaosa (80%) kaikista aivoverenkiertohäiriöistä on infarkteja. (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2007, 271, 282; Käypä hoito 2011). Aivoinfarktin vuoksi menetetään enemmän laatu- kuin elinvuosia kuin minkään muun sairauden takia (Käypä hoito 2011). Vaikka aivohalvauksen esiintyvyys ja kuolleisuus on Suomessa hiukan laskenut, väestön ikääntymisen takia Suomessa ennustetaan aivoverenkiertohäiriöihin sairastuvan huomattavasti nykyistä suurempi määrä ihmisiä tulevina vuosina, ellei ennaltaehkäisyä pystytä tehostamaan (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 354; Käypä hoito 2011).

Tässä kehittämistehtävässä käytän sanaa AVH-kuntoutuja kuvaamaan vaikean aivohalvauksen saanutta potilasta, joka ei kykene itse vaihtamaan asentoaan paremmaksi tai huolehtimaan siitä, millaiseen asentoon hän jää lepäämään. Tässä työssä termillä asentohoito tarkoitetaan kuntoutujan lepoasennon vaihtamista riittävän usein. Asentohoito on tärkeä osa kuntoutusta, koska sillä voidaan ehkäistä vuodelevon haittavaikutuksia ja tukea pyrkimystä mahdollisimman normaaliin liikkumiseen ja toimintaan (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 77; Käypä hoito 2011). Tämän työn luku 3 käsittelee asentohoitoa AVH-kuntoutujan näkökulmasta.

Työn teoreettinen viitekehys perustee koulutuskokonaisuuden sisältöä, asentohoidon kuntoutumista edistävää vaikutusta sekä haitallisten lepoasentojen riskejä kuntoutumiselle aivohalvauksen näkökulmasta. Valmiita ohjeita ja kuvia asentohoidosta on käytettävissä paljon. Kotimaisia sivustoja internetissä on esimerkiksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirillä (2009), Satakunnan sairaanhoitopiirillä (2008) sekä Tampereen kaupungilla (2004). Muutamia asentohoito-ohjeita on laadittu myös fysioterapian opinnäytetöinä, esimerkiksi Nieminen & Salonen (2011) sekä Koivisto & Turunen (2011). Hyvän lepoasennon tukemiseen liittyvät asiat eivät ole viime vuosina muuttuneet, joten en halua työssäni laatia ohjetta vaan toimintamallin jo olemassa

oleviin ohjeisiin perustuen. Työni antaa perusteita myös hyvien lepoasentoihin tukemiseen tarkoitettujen välineiden kuten tynnyjen hankkimiseksi osaston käyttöön.

Hain aivoverenkiertohäiriöihin ja asentohoitoon liittyviä tutkimuksia ja artikkeleita ulkomaisista tietokannoista ja arvostetuista alan lehdistä hakusanoilla positioning, positional therapy, nonsupine position. Pysin etsimään tietoa ja tutkimuksia kokemukseräisestä (tai toiminnallisesta) oppimisesta neurologisessa hoitotyössä, koulutusten vaikuttavuudesta ja niistä menetelmistä, joilla tehokkaimmin voidaan vaikuttaa aivohalvauspotilaan lepoasentojen laatuun ja näin ollen kuntoutumisen edistämiseen. Luennon, työkirjatyöskentelyn ja käytännön harjoitusten samanaikaisella käytöllä koulutuksessa on todettu olevan vaikutus AVH-kuntoutujan asentohoidon tehokkaampaan toteutukseen (Jones, Carr, Newham & Wilson-Barnett 1998, 3).

Tutustuin Suomessa tehtyihin hoitotieteellisiin opinnäytteisiin, jotka käsittelivät moniammatillisuutta tai kuntouttavaa hoitotyötä. Eloranta & Kuusela (2011) tarkastelevat tutkimuksessaan 2000-luvulla tutkittua moniammatillisuutta. Tuloksina he esittelevät moniammatillisen yhteistyön tärkeimpiä edellytyksiä. Heidän päätelmänsä istuvat hyvin kehittämistehtäväni tarkoitukseen ja tavoitteisiin. Käsittelen aihetta luvussa 2.2.

Myös toiminnallista koulutusta on toteutettu ja arvioitu opinnäytetyönä. Halusin mainita tutkimuksen, koska kokemukseen pohjautuvaa oppimista ei ole juurikaan tutkittu. Lehtimäki & Luukkanen (2003) tutkivat kyselylomakkeella AVH-koulutuksen hyötyä ja merkitystä hoitajan kokemana. Koulutuksessa hoitajat ja fysioterapeutit harjoittelivat yhdessä AVH-potilaan ohjausta asentohoidon ja perusliikkumisen lähtökohdista. Yksilöllinen ohjaus ja kokemuksen kautta oppiminen koettiin merkittävänä tekijänä, mutta tavoitteellista kuntoutumista tukevien toimintatapojen omaksumisen todettiin edellyttävän perusteellista ja säännöllistä harjoittelua.

Kehittämistehtävän tavoitteena on suunnitella työpaikalleni Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymään kuntoutusosastolle toimintamalli, joka turvaisi AVH-kuntoutujille laadukkaan kuntouttavan asentohoidon heti osastohoitoon siirryttyään. Toiminnallisen kehittämishankkeen tarkoituksena on toteuttaa henkilökunnalle koulutustuokiot hyvistä lepoasentoista sekä kehittää neurologisen potilaan kuntouttavaa hoitotyötä fysioterapeutin ja sairaanhoitajan/lähihoitajan välisellä parityöskentelyllä.

Osastollamme kokeiltiin syksyn 2010 ja kesäkuun 2011 välisenä aikana kuntouttavan hoitotyön tehostamiseksi fysioterapeutin ja hoitajan parityöskentelyä, ns. F-päivää. Tämän toimintatavan pysyvästä käyttöönotosta huolellisemmin suunniteltuna ja säännöllisesti arvioituna on myös tarkoitus sopia.

Tässä kehittämistehtävässä haetaan vastausta seuraaviin kysymyksiin: Kuinka AVH-kuntoutujan tehokas asentohoito saadaan osaston käytäntöön? Kehittääkö asentohoitokoulutukset ja fysioterapeutti+hoitaja-parityöskentely kuntouttavaa hoitotyötä AVH-kuntoutujan kohdalla?

2 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT

2.1 Oireet ja toimintakyky

Keskushermosto tarvitsee jatkuvasti happea toimiakseen, joten verenkierron häiriöt johtavat nopeasti keskushermoston pysyviin vaurioihin. Aivovaltimon tukos eli aivoinfarkti on yleisin aivoverenkiertohäiriö. Yleisimmät syyt aivoinfarktiin ovat valtimotauti eli ateroskleroosi sekä sydänperäinen veritulppa eli embolia, joka kulkeutuu aivoverenkiertoon. AVH:n aiheuttaman häiriön ja haitan suuruus johtuvat siitä, kuinka suurella alueella vaurio on ja jääkö verenkierto puutteelliseksi vai estyykö se kokonaan. Vaurion laajuutta ja luonnetta voidaan päätellä vaurion sijainnista aivojen eri puoliskoilla ja suonitusalueilla. Koska aivopuoliskoilla on eri tehtävät, voidaan tietyt oireet tunnistaa tuleviksi jommalta kummalta puolelta. Yleensä oikeakätisillä dominoiva aivopuolisko on vasen. (Kaste ym 2007, 271; HYKS Neurologian klinikka 2009, 8-11.)

Tyypillinen AVH:n aiheuttama motorinen oire on toispuolihalvaus eli hemipareesi aivovaurion vastakkaisella puolella. Oireet voivat olla eriasteisia, joten hemipareesilla tarkoitetaan lievempää lihasten toimintakyvyn osittaista menettämistä ja hemiplegialla täydellistä halvausta. (Kaste ym 2007, 327.) Kuvailen tässä kappaleessa lyhyesti hemiplegia-oireiston tyypillisimpiä ongelmia asentohoidon toteutuksen kannalta.

Normaalisti tonusta eli lihasjänteyttä tarvitaan niin paljon, että liikkuminen painovoimaa vastaan on sujuvaa ja taloudellista. Jos sitä on liian vähän tai liikaa, liikkuminen muuttuu epätaloudelliseksi ja vaikeammaksi. AVH-potilaalla tonus voi olla alentunut (hypotonia), joka tarkoittaa lihasaktiiviteetin vähenemistä tai puuttumista ja sen myötä lihasvoiman heikkenemistä. Vartalon ja raajojen hypotonia on usein sairastumisen ensioire, mutta oire voi jäädä kuntoutujalle myös pysyvästi. Täydellisen hypotonian myötä lihaksessa ei ole lainkaan vastusta passiiviselle liikkeelle eikä lihas pysty toimimaan. (Edwards 2002, 90; Kaste ym 2007, 327; Forsbom 2010, 8-12.)

Aivan akuuttivaiheen jälkeen, tyypillisesti useiden viikkojen päästä, lihastonus voi kehittyä epänormaalin suureksi (hypertonia). Silloin kehittyy spastisuutta eli raajan jäykistymistä ja se estää tahdonalaista asennonsäätelyä ja muuta motorista toimintaa. Spastiseen hemipareesiin kuuluvat nivelten jäykistyminen virheasentoon eli

kontraktuurat, tahattomien lihassupistusten aiheuttamat liikkeet eli dystonia, epänormaalit ihorefleksit sekä autonomisen hermoston toiminnan yliherkkyys. Tonusta kohottaa esimerkiksi pelko, alentunut tunto, kipu, kylmä, stressi, melu sekä epäselvät ja uudet tilanteet tai tehtävät. (Edwards 2002, 90; Kaste ym 2007, 327; Forsbom 2010, 8-12.)

Tonuksen muuttuminen voi vaikuttaa tahdonalaisten liikkeiden vaikeutumisen ohella myös peruselintoimintojen säätelyyn kuten hengittämiseen, nielemiseen, aistinelimiin ja suoliston toimintaan. Tyypillisiä ovat myös asennon ja tasapainon hallinnan ongelmat eri alkuasennoissa sekä tuntohäiriöt. Usein esiintyy kognitiivisia eli muistin, oppimisen ja tarkkaavuuden häiriöitä sekä psyykkisiä ja sosiaalisia haittoja. (Edwards 2002, 90; Talvitie ym 2006, 368-369; Kaste ym 2007, 327.)

Isoaivojen oikeanpuoleinen vaurio voi johtaa vasemmanpuoleisiin motorisiin oireisiin kuten halvaukseen, tuntohäiriöihin ja näkökenttäpuutokseen eli hemianopiaan. Tyypilliset kognitiiviset oireet ovat silloin toimintojen hitaus, lyhytjännitteisyys, keskittymis- ja muistivaikeudet, neglect eli vasemmanpuoleisen havaintokentän huomiotta jättäminen, tunnistamisen häiriö eli agnosia, mielialanvaihtelut sekä sairaudentunnon heikkous eli anosognosia. (Hokkanen, Laine, Hietanen, Hänninen, Jehkonen & Vilkki 2007, 118-119; HYKS Neurologian klinikka 2009, 19.)

Isoaivojen vasemmanpuoleinen vaurio taas usein johtaa oikeanpuoleisiin motorisiin oireisiin sekä afasiaan eli puheentuoton ja ymmärtämisen häiriöihin. Kognitiivisia oireita voivat olla lukemisen, kirjoittamisen ja laskemisen oireet. (Hokkanen ym 2007, 118-119). Sairastumisen jälkeen potilaalle voi jäädä muitakin ongelmia, kuten masennus ja uupumus eli fatiikki, ahdistus tai aggressio, ponnettomuus eli apatia, motivaation puute sekä dementia. Ne tulee huomioida kuntoutuksessa ja pyrkiä hoitamaan, jotta kuntoutuminen ei kärsisi. (HYKS Neurologian klinikka 2009, 19.)

Neglect on oman kehon ja ympäristön halvaantuneen puolen huomioimattomuutta. Pahimmillaan oire voi aiheuttaa sensorisesti, visuaalisesti ja audiitiivisesti kaikkien halvaantuneelta puolelta tulevien aistimusten sammumisen. Esimerkkejä voimakkaan neglect-oireen aiheuttamista vaikeuksista päivittäisissä toiminnoissa ovat esteisiin törmääminen liikkeessa, vain kehon toimivamman puolen peseminen ja pukeminen sekä ruoka-annoksen syöminen tai piirroskuvan jäljentäminen vain puoliksi

toimivammalta puolelta. Osana neglectia voi ilmetä myös ns. pusher-oire. Pusher-oireeksi kutsutaan tilaa, jossa kuntoutuja työntyy toimivamman puolen yliaktiivisuudellaan kohti halvaantunutta puoltaan ja vastustaa voimakkaasti asennon korjaamista keskilinjaan symmetriseen asentoon. Pusher-kuntoutuja tarvitsee erityistä tukea ja valvontaa tasapainon säilyttääkseen, jolloin sekä asentohoito että aktiivisemmat harjoiteltavat liiketoiminnot ovat haastavia toteuttaa. Pusher-oireisen spontaani kuntoutuminen on yleensä heikkoa. Kuntoutuksen haasteita ovat vaikeus saada katsekontaktia, kuntoutujan hätäisyys ja häiriytynyt hahmottaminen. Tyypillisemmin neglect-oire ilmenee vasemmanpuoleisessa halvauksessa. (Davies 2000, 403; Forsbom 2010, 12.)

Aivorungon alueen vaurion tyypillisiä oireita ovat tajunnan tason aleneminen tai tajuttomuus, sydämen ja keuhkojen toiminnan säätelyn vakavat häiriöt, nielemisen vaikeutuminen sekä kehon molemminpuolinen halvaus. Pikkuaivojen vaurio voi johtaa kehon liikehäiriöön sekä kömpelyyteen ja liikkeiden hallitsemattomuuteen eli ataksiaan, tasapainovaikeuksiin, voimakkaaseen huimaukseen sekä pahoinvointiin. (Forsbom ym 2001, 32-33; Kaste ym 2007, 327; Forsbom 2010, 9.)

2.2 Moniammatillinen kuntoutus

AVH-potilas tarvitsee laajan oirekuvansa vuoksi usein monenlaista kuntoutusta. Laadukas kuntoutus on aina ryhmätyötä. Halvausoireiden vuoksi fysioterapia on tyypillisin kuntoutuslaji, ja moniammatilliseen kuntoutustiimiin kuuluvat lääkärin ja sairaanhoitajan lisäksi toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä. Moniammatillinen työryhmä tekee yhteistyötä potilaan ja omaisten kanssa laatien potilaalle hoitotyön ja kuntoutuksen suunnitelman. (Kaste ym 2007, 328; Käypä hoito 2011.)

AVH-potilaita hoitavissa yksiköissä henkilökunta tarvitsee koulutusta kyetäkseen turvallisesti, kuntouttavasti ja ergonomisesti kuntouttamaan potilaita. Toimimalla tiiviissä yhteistyössä fysioterapeuttien kanssa pystytään kuntouttamaan liikkumista ja toimintakykyä tehokkaasti. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 57.) Yhteistyön mahdollistaminen esimerkiksi yhteisen ajan järjestämisellä on tärkeää moniammatillisessa yhteistyössä. Tasa-arvoinen päätöksenteko, kaikkien

asiantuntijoiden erityisosaamisen arvostaminen ja yhteisen kielen löytäminen ovat tärkeitä yhteistyön onnistumiseksi. (Isoherranen 2008, 33.)

Yhteistyötä kuntoutuksessa on tutkittu ja käsitelty Suomessa yhä enemmän ja myös maailmalla on samansuuntainen kehitys. Kuntoutuksen vaikuttavuutta tutkittaessa huomioidaan usein eri terapioiden määrä ja laatu, mutta hoitotyön vaikuttavuudesta tai moniammatillisen tiimityön eri tekijöiden tuloksellisuudesta kuntoutumisen edistämässä ei ole juuri tutkimuksia. (Eloranta & Kuusela 2011, 4). Siparin (2008, 120) väitöstutkimuksessa todettiin, ettei hyvää kuntoutusta välttämättä ennusta ammatillinen osaaminen vaan yksilöllinen työorientaatio, tahto ja asenne yhteistyöhön ja -toimintaan. Esille nousi toisen työn tuntemisen ja yhteisen käsityksen luomisen tärkeys kehitettäessä moniammatillista yhteistyötä. Eronen (2010) kehitti AVH-kuntoutusta koskevassa opinnäytetyössään hoitajan ja fysioterapeutin parityöskentelyä rinnakkain työskentelystä ammattirajoja ylittävään yhteiseen asiakaslähtöisen terapian suunnitteluun ja toteutukseen.

Eloranta & Kuusela (2011, 4-11) tutkivat 2000-luvun suomalaisia hoitotieteellisiä opinnäytetöitä ja kuvasivat näiden pohjalta moniammatillisen yhteistyön toteutumisen edellytyksiä. Yhteistyörakenteisiin kuuluivat johtamiskulttuuri, resurssit ja koulutus. Yhteistyöprosesseihin puolestaan kuuluivat yhteinen päämäärä, toisen työn tunteminen, vuorovaikutustaidot, työnjaon määrittäminen ja oman asiantuntijuuden sisäistäminen. Tärkeimmäksi edellytykseksi nousi yhteistyötä tukeva ja siihen kannustava johtamiskulttuuri, jota ilman moniammatillisen yhteistyön näkökulmaa on mahdoton juurruttaa.

2.3 Kuntouttava hoitotyö

AVH-potilaan hoidossa pyritään aivokudosvaurion rajaamiseen mahdollisimman pieneksi. Sairastuneen tehokkaalla hoidolla voidaan vähentää huomattavasti sairauden aiheuttamaa vammaisuutta. AVH-potilaan kuntoutuksen tavoitteena on kudosaivaurion aiheuttaman vajaatoiminnan korjaaminen ja sen aiheuttaman haitan tai vamman jääminen mahdollisimman vähäiseksi. Tärkein kuntoutumista ennustava tekijä on vaurion vaikeusaste. (Kaste ym. 2007, 327; HYKS Neurologian klinikka 2009, 26; Käypä hoito 2011.) Kuntoutumisennustetta heikentävät myös korkea ikä ja

neuropsykiatriset häiriöt kuten masennus (Vataja, R. 2007, 615). Yksikön suuntautuneisuuden sekä aidon kiinnostuneisuuden AVH-potilaiden kuntoutukseen on todettu olevan olennaisinta AVH-potilaiden kuntoutumisessa (Kaste ym 2007, 327-328).

Kuntoutuminen ei perustu vain terapian määrään. Toimintakyvyn tukemiseen tähtäävä yhdenmukainen ympärivuorokautinen ohjaustapa niin moniammatillisesti kuin omaistenkin toimesta on hyvin merkityksellinen kuntoutumiselle. Perusajatuksena on, että jokainen päivittäinen toiminto tai askare on kuntouttava ja näin saadaan kuntoutuja osallistumaan omaan hoitoonsa aktiivisesti. (Forsbom ym 2001, 77; Salmenperä ym 2002, 54.)

Sairaanhoitajan ja perushoitajan toimintaa iäkkään AVH-potilaan kuntoutuksessa on analysoitu kotimaisessa tutkimuksessa. Neurologisella kuntoutusosastolla kerätystä aineistosta tunnistettiin erilaisia menetelmiä tehdä kuntoutumista edistävää hoitotyötä ja eri toimintatapoja tai rooleja. Tulosten mukaan hoitaja toimii koordinoijana, tiedon antajana, kanssakulkijana, kannustajana ja auttajana. Toimintatavat toteutuivat yksittäisen hoitajan toiminnassa usein samanaikaisesti eivätkä sulkeneet pois toisiaan. Työ on monipuolista ja vaativaa, joten työn sisällön tunnistaminen, arvioiminen ja kehittäminen vaativat paljon, jotta hoitajan osuus ja itsearvostus kuntoutumisprosessissa vahvistuisi. (Haapaniemi, Routasalo & Arve 2006, 203-205.)

Mäntynen (2007) tutki väitöskirjassaan sairaanhoitajien näkemyksiä kuntouttavasta hoitotyöstä aivohalvauspotilaiden moniammatillisessa kuntoutuksessa. Hän arvioi lisäksi kuntoutumista potilaan ja omaisen näkökulmasta sekä muiden kuntoutukseen osallistuneiden ammattiryhmien havaintoja sairaanhoitajan työstä kuntoutumisen eteen. Tutkimuksen mukaan kuntoutumista edistivät seuraavat tekijät: kaikki osapuolet osallistuvat kuntoutustavoitteiden asetteluun, kuntoutumisesta saadaan riittävästi tietoa ja kuntoutujaa kannustetaan omatoimisuuteen päivittäisissä toiminnoissa. Sairaanhoitajan kokonaisvaltainen vastuunotto aivohalvauspotilaan kuntoutumisprosessin tukemisessa on merkityksellinen, ja johtopäätöksissä todetaankin asiantuntijuuden vaativan moniammatillista kouluttautumista säännöllisesti.

Mäntynen, Vehviläinen-Julkunen & Sivenius (2009) kuvaavat tutkimuksessaan kuntoutumista edistävää hoitotyötä ja esittävät eri ammattihenkilöiden näkemyksiä siitä

AVH-potilaiden kuntoutuksessa. Tulokset osoittivat, että terveydenhuollon muut ammattiryhmät pitävät sairaanhoitajan roolia merkityksellisenä AVH-potilaan kuntoutumisprosessissa. Sairanhoitajan rooli kuntoutumisessa vahvistui, kun tehtiin kahdenvälistä moniammatillista tiimityötä. Tällainen tiimityö myös vahvisti kokonaisvaltaisen näkemyksen luomista kuntoutujan tilanteesta ja helpotti kuntoutumisen tavoitteiden asettamista.

Vähäkangas (2011) tutki väitöskirjassaan kuntoutumista edistävää hoitotyötä pitkäaikaisessa laitoshoidossa hoitajan työn määrän ja kohdentumisen näkökulmasta sekä sen yhteyttä hoidon laatuun. Lisäksi hän analysoi kuntouttavien osastojen tunnuspiirteitä ja lähijohtamisen menetelmiä. Hoitajan kuntouttava toiminta liittyi uskoon asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuksista lisäten asiakaskohtaista välitöntä hoitoaikaa. Kuntouttava toiminta oli yhteydessä hoidon laadun paranemiseen, sillä se vähensi vuodepotilaiden määrää ja lisäsi kuntoutujien aktiivista sosiaalista osallistumista. Hoitajien osaamisen tukeminen ja arvostaminen korostuivat hyvän lähijohtamisen menetelmissä.

Kuntoutumista edistävän osaston tunnuspiirteinä on tunnistettu toimiva työyhteisö, toimintaympäristö ja kuntoutumista edistävä hoitotyö. Toimivaa työyhteisöä kuvasi kuntouttava kulttuuri, jossa painottuivat sitoutunut ja kehittämiseen innostunut ilmapiiri sekä omahoitajuus ja fysioterapeutin kanssa yhteistyössä laadittu tavoitteisiin perustuva hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Kuntoutumista edistävän hoitotyön lähtökohtina tuli olla kuntoutettavan toimintakyky ja mahdollisimman normaali elämä. Se rakentui päivittäisten toimintojen ympärille ollen omatoimisuutta tukevaa ja motivoivaa. (Vähäkangas & Noro 2009, 101-103.)

3 ASENTOHOITO

Ihmisruumiilla on aina jokin asento. Asento on ruumiinosien sijaintia suhteessa toisiinsa. Useimmiten asennolla tarkoitetaan aktiivista vartalon ja raajojen hallintaa suhteessa painovoimaan, mutta asento voi olla myös passiivinen, jolloin ihminen on tuettuna ja lihasvoiman käyttö asennon ylläpitämiseksi on tarpeetonta. (Kukkonen & Piirainen 1991, 15.) Käsittelen tässä luvussa AVH-kuntoutujan kannalta ne perusasennot, joissa ihminen useimmiten lepää eli kylkimakuu- ja selinmakuuasennot. Istuma-asennon olen rajannut pois, koska asennon ylläpito edellyttää jo enemmän aktiivista lihastoimintaa kuin mitä levossa tapahtuu.

3.1 Asentohoidon merkitys aivohalvauskuntoutuksessa

AVH:n seurauksena tullut toispuolihalvaus eli hemipareesi vaikeuttaa asennon säilyttämistä ja liikesuoritusta. Kuntoutuja ei huomaa korjata asentoaan, koska käsitys omasta kehosta, sen asennosta ja liikkeistä on puutteellinen tai vääristynyt. Kuntoutuja ei pysty aistimaan asennon mukavuutta ja symmetrisyyttä eikä vaihtamaan asentoaan niin halutessaan. Silloin hän tarvitsee asennon vaihtamiseen apua. Avustettaessa asennonvaihdossa tulee kuntoutujaa ohjata liikkumaan luontevan liikkumisen mallin mukaan ja välttää passivoimista. (Kukkonen & Piirainen 1991, 70; Tampereen kaupunki 2004.)

Kuntoutujalle täytyy kertoa hyvissä ajoin, kuinka häntä avustetaan asennon vaihdossa. Asennosta toiseen avustamisen tulee olla kuntoutujalle turvallisen tuntuista ja rauhallista, jotta mahdollinen huimaaminen tai sensoriset puutokset eivät aiheuta kuntoutujassa pelkoa. Asentoa vaihdettaessa tulisi pyrkiä mahdollisimman normaaliin liikkumiseen tähtäävää ohjaustapaa, jotta myös ne aktivoisivat kuntoutujaa. On tärkeää avustaa vain siinä mikä on tarpeen, jotta kuntoutuja oppisi mahdollisimman itsenäiseen asennonvaihtoon. (Forsbom ym 2001, 77; Edwards 2002, 136, 259.) Vaikeimmin sairastuneet ja aivan akuuttivaiheessa olevat kuntoutujat viettävät suurimman osan päivästä vuoteessa, joten makuuasennolla on suuri merkitys potilaan kuntoutumisessa (Davies 2000, 99). Kuntoutujalla tulee olla mahdollisimman mukava olo levätessään. Jokaisen kuntoutujan kohdalla tulee erikseen pohtia, mitkä hänen ongelmansa ovat ja

mihin asentohoidolla erityisesti pyritään. Eri tavoin vammautuneiden kuntoutujien asentohoidossa saattaa esiintyä erityispiirteitä, jotka on huomioitava ja tuettava yksilöllisesti. (Kukkonen & Piirainen 1991, 72.)

Lepoasennot voivat edistää tai haitata kuntoutumista. Pitkäaikainen samassa asennossa olemisen aiheuttaa häiriöitä kehon toiminnoissa kuten lihasvoiman ja –kestävyyden heikkenemistä, keuhkojen toiminnan heikkenemistä, laskimoverenkierron hidastumista, pintaverenkierron heikkenemisen kautta ihon toiminnan häiriytymistä, luiden haurastumisen kiihtymistä sekä nivelsiteiden ja jänteiden joustavuuden vähenemistä. (Kukkonen & Piirainen 1991, 70; Davies 2000, 101.)

AVH-kuntoutujan asentohoidon tavoitteena on antaa valmiuksia oppia uudelleen menettämiään motorisia toimintoja, edistää toimintakykyä sekä pyrkiä normalisoimaan asentotuntoa ja kehonkuvaa. Tehokkaalla asentohoidolla voidaan ehkäistä spastisuutta ja nivelten jäykistymistä, lisätä halvaantuneen puolen asentotuntoa ja kuntouttaa neglect-oiretta, estää vahingollista refleksitoimintaa, pienentää painehaavariskiä sekä tehostaa hengitystä ja verenkiertoa. (Forsbom ym 2001,77; Tampereen kaupunki 2004.) Aspiraatiopneumonian riski pienenee kylkimakuuasennossa (Davies 2000, 101; Salmenperä ym 2002, 57). Tiheä asennonvaihto voi myös vähentää huimausta (Tampereen kaupunki 2004).

AVH voi aiheuttaa erilaisia kiputiloja, joista tyypillisiä ovat turvonnut käsi (CRPS) sekä olkanivelen subluksaation aiheuttama kipu. Turvonneen käden oireyhtymää voidaan ehkäistä hyvällä asentohoidolla, välttämällä iskuja, painumista ja nivelten ääriasentoja, tukemalla halvaantunut yläraaja istuma-asennossa pöydälle sekä asettamalla tippa vain toimivampaan käteen. Hoitamattomana CRPS aiheuttaa ranteen koukistumista ja sormien tyvinivelten yliojentumista jopa pysyvään virheasentoon eli kontraktuuraan. Sitä voidaan kuntouttaa lepolastan, kohoasennon, lymfahieronnan ja tarttumisharjoitusten avulla. Kivulias olkapää on usein seurausta traumasta, kun liike on puutteellinen ja kudokset kiristyvät tai venyvät liikaa. Kuntoutujan kokema kipu pahenee haitallisissa lepoasunnoissa, joten asentohoidolla tulee huomioida halvauksen seurauksena vaurioituneen olkanivelen biomekaniikkaa. Varovaisella ohjauksella ja riittävällä tuennalla voidaan myös vaikuttaa olkanivelen kipeytymiseen. Kipu on koko kuntoutumista vaikeuttava oire, jos kuntoutuja on haluton terapiaan ja liikkuminen on rajoittunutta. (Forsbom 2010, 23-25; Käypä hoito 2011.)

Tutkimuksen mukaan laaja-alaisen aivohalvauksen saaneilla on useimmiten oireena uniapnea, ja nukkuminen selinmakuuasennossa on todettu pahentavan uniapneaa (Brown, Lisabeth, Zupancic, Concannon, Martin & Chervin 2008). Svatikova, Chervin, Wing, Sanchez, Migda & Brown (2011) puolestaan totesivat AVH-potilaan unenlaatua käsittelevässä tutkimuksessaan, että tehokas asentohoito ja selinmakuuasennon välttäminen lieventää uniapnean vaikutusta ja näin ollen voi parantaa aivohavauspotilaan kuntoutumisennustetta.

Neurologisen hoitotyön tutkimuksen mukaan aivohalvausten moniammatillisessa kuntoutuksessa hoitajan rooli on usein nähty perushoidon toteuttajana ja kuntoutuksen mahdollistajana. Kuitenkin ajallisesti hoitajan kontakti potilaaseen on merkittävin, ja roolin tulisi muuttua aktiivisemmaksi kuntoutumisen edistäjäksi. Tutkimuksessa kerättiin tarkkailemalla aineistoa hoitajan toteuttamasta asentohoidosta, kuntoutujan käsittelystä ja mobilisoinnista. Havaittiin, että tehokkaimmin lepoasentoon tuli kuntouttava vaikutus, kun hoitaja oli aktivoinut potilasta eikä vain vaihtanut asentoa. (Dowswell, Dowswell & Young 2000.) Mee & Bee (2007) tutkivat tietyn neurologisen sairaalan neurokirurgisen osaston hoitajien, muiden osastojen hoitajien sekä fysioterapeuttien ja kuntohoitajien välisiä käsityseroja siinä, millaiset lepoasennot olivat parhaita kuntoutumiselle. Näkemykset erosivat paljon, joten tutkijat toteavatkin, että lepoasentojen vaikutuksia ei ole tutkittu riittävästi ohjaamaan hoitohenkilökuntaa työssään.

Rowat (2001) totesi tutkimuksessaan, että fysioterapeutit ja hoitajat pitivät 80%:sti istuma-asentoa tuolissa ja toimivammalla kyljellä oloa parempana asentona kuin selinmakuuasentoa vaakatasossa tai pääty kohotettuna. Hän päätteli, että asentohoitoon tulee kiinnittää paljon enemmän huomiota aivohalvauskuntoutujien kohdalla, koska se on yksinkertaista ja kustannustehokasta hoitoa. Chatterton (2001) tutki fysioterapeuttien näkemyksiä AVH-kuntoutujien lepoasunnoista. Asentohoitoa piti tärkeänä 98% vastanneista, ja sen tavoitteena ensisijaisesti olivat halvaantuneen puolen lihastonuksen nousu, raajojen vaurioiden ennaltaehkäisy ja nivelten stabilointi ja tukeminen. Lepoasunnoista suosittiin toimivamman puolen kylkimakuuasentoa ja halvaantuneen puolen kylkimakuuasentoa. Tutkittavilta puuttui kuitenkin yhdenmukainen näkemys lepoasennon tärkeimmistä huomioitavista kehon osista.

Jones ym (1998) halusivat tutkia hoitohenkilökunnan tietämystä ja hoitokäytäntöjä AVH-kuntoutujan asentohoidosta, koska hyvän asentohoidon terapeuttisesta vaikutuksesta löytyi kirjallisuudessa hyvin paljon tietoa, mutta näyttöön perustuvia tutkimustuloksia oli vähän. Heillä oli käytössään runsaasti kyselylomakkein ja havainnoinnilla kerättyä aineistoa asentohoidon tietämyksestä ja käytännöistä. Aineistonkeruu toistettiin koulutuskokonaisuuden jälkeen. Koulutus sisälsi luennon AVH:sta sairautena, toipumisesta, moniammatillisuuden merkityksestä ja potilaan liikkumisessa avustamisen sekä asentohoidon toteuttamisen ergonomiasta. Hoitajat täyttivät samalla työkirjaa, kyselivät ja keskustelivat. Toinen osio sisälsi käytännön harjoituksia, minkä jälkeen työkirja täydentyi heille oppaaksi. Sekä kyselylomakkeella että havainnoinnilla mitattuna tulokset hyvästä asentohoidosta paranivat. Tutkijat toteavatkin tietämykseen ja käytännön osaamiseen voitavan vaikuttaa koulutuksella. Pidemmässä seurannassa havaittiin, että asentohoidon toteutus jäi osastoilla kuitenkin laadultaan vaihtelevaksi. Tutkijoiden mielestä näyttöön perustuvaa tutkimusta varten onkin kehitettävä vielä tehokkaampia koulutustapoja.

3.2 Kylkimakuuasento

Vuodelevossa kylkimakuuasento on todettu suositeltavimmaksi niin kotimaisessa kuin kansainvälisessäkin kirjallisuudessa. Kylkimakuu ehkäisee akuuttivaiheessa kehittyvistä haitallisista patologisista heijasteista asymmetrisen toonisen niskarefleksin vaikutuksia lihastonukseen ja kehittää symmetristä liikkeenhallintaa (Davies 2000, 104; Shumway-Cook & Woollacott 2007, 115). Kylkimakuuasennosta on useita variaatioita ja sen tukeminen on tehtävä yksilöllisesti harkiten. On huomioitava, kuinka paljon vartalo kiertyy hartioiden ja lantion asennon suhteen. (Edwards 2002, 50.) Tuettomassa kylkiasennossa kuntoutujalla on epävakaata oloa, koska painopiste jakaantuu pitkälle mutta kapealle alueelle ja sijaitsee korkeammalla kuin selinmakuulla (Gjelsvik 2008, 103-110). Kylkiasento ilman asianmukaista tuenta saattaa aiheuttaa kuntoutujille lihasten hypertoniuksesta johtuvia kontraktuuria, mitkä voivat estää istuma-asentoon avustamisen (Edwards 2002, 132-133). Potilaan vuoteen tulisi olla tasainen ja patjan mukautua kevyesti kuntoutujan alla. Tyynyjä tulee olla paljon (n. 6 kpl) ja materiaalin pehmeä. (Davies 2000, 105-106).

3.2.1 Halvaantuneella kyljellä

Lepoasento, jossa halvaantunut kylki on vuodetta vasten, on tärkein asento erityisesti akuuttivaiheessa. Halvaantuneella kyljellä lepääminen tehostaa tuntoaistimusta ja tuo turvaa kuntoutujalle, koska hän kykenee käyttämään toimivamman puolen raajojaan tehokkaammin. (Davies 2000, 101.) Potilaan tulee olla kylkimakuulla lähellä sängyn laitaa, jotta halvaantuneen yläraajan mahtuu asettamaan hyvin. Lepoasento ohjataan avustamalla hartia pois vartalon alta varovaisella laajalla otteella. Ylävartaloa tuetaan hiukan tyynyillä taaksepäin. Halvaantunut alaraaja tulee ohjata mahdollisimman suoraksi lonkasta, polvi pienessä koukussa. Toimiva alaraaja ohjataan lonkasta ja polvesta mukavaan asentoon koukkuun tyynyjen päälle. Pää tulee olla hyvin tuettuna pieneen kaularangan fleksioon hiukan rintakehän tasoa ylemmäksi. Toimivamman käden olisi hyvä olla vartalon päällä, sillä etupuolella levätessään yläraaja kallistaa potilaan vartalon herkästi eteenpäin ja vaikeuttaa näin halvaantuneen puolen lapaluun asentoa. (KUVA 1; Davies 2000, 101-102; Forsbom 2010).

Lepoasento halvaantuneella kyljellä

- ohjaa halvaantunut lonkka ojennukseen
- ohjaa ylävartalon asentoa taakse
- laita tyynyt toimivan alaraajan alle ja ylävartalon taakse tukemaan asentoa
- ohjaa halvaantuneen puolen hartia ja lapaluun eteen



KUVA 1. Lepoasento halvaantuneella kyljellä (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009)

3.2.2 Toimivammalla kyljellä

Lepoasento toimivammalla kyljellä voi joskus tuottaa vaikeuksia, jos potilas tuntee itsensä avuttomaksi. Usein toistuvilla asennonvaihoilla ja hyvällä tuennalla saadaan kuntoutujan oloa vähitellen turvallisemmaksi. Asento mahdollistaa myös ympäristön virikkeellisuutta. Asento tulee toteuttaa niin, että halvaantunut yläraaja on tuettuna koko matkalta olkanivelen kiertyminen estettynä, jotta asento säilyy eikä olkakipua tulisi. Ranteen keskiasento tulee huomioida. Tuenta ei kuitenkaan saa estää kuntoutujan hengittämistä. Halvaantunut alaraaja on kevyesti koukistettuna paksujen tyynyjen päälle niin, että kiertyminen lonkasta on estetty ja myös jalkaterä on tuettu keskiasentoon. Pää on mukavasti tyynyillä ja vartalo hyvin lievästi eteenpäin kallistuneena rintakehä suurta tyynyä vasten, ettei kuntoutuja koe olevansa puoliksi vatsallaan. Toimivamman käden tulee voida liikkua vapaasti. (KUVA 2; Davies 2000, 103; Forsbom 2010)

Lepoasento toimivammalla kyljellä

- ohjaa vartalo halvaantuneelta puolelta eteen
- tue halvaantunut yläraaja koko matkalta tyynyillä
- tue halvaantuneen alaraajan lonkka ja polvi tyynyillä kevyesti koukkuun ja nilkka keskiasentoon



KUVA 2. Lepoasento toimivammalla kyljellä (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009)

3.3 Selinmakuuasento

Selinmakuuasentoa tulee välttää, sillä se lisää jäykkyyttä. Liikkuminen selinmakuuasennossa ja siitä pois vaatii enemmän voimaa kuin kylkimakuulta, joten hänen kykynsä toimia rajoittuu voimakkaammin. Mitä vähemmän kuntoutujalla on lihastonusta, sitä haitallisemmin selinmakuuasento vaikuttaa raajojen virheasentoon vieden raajaa sekä olkanivelestä että lonkkanivelestä ulkorotaatioon ja abduktioon. Silloin kuntoutujan fleksiosuuntainen lihasaktivaatio heikkenee. (Edwards 2002, 49.) Alaraajan työntyminen ulkorotaatioon altistaa painehaavoille muun muassa sacrumin alueen, kantapäiden sekä jalkaterän ulkosyrjän ja malleolien osalta (Davies 2000, 104). Pitkäaikainen selinmakuu vuodepotilailla aiheuttaa biomekaanisia muutoksia kehossa eli lannerangan suoristumista ja rintarangan luonnollisen kyfoosin ojentumista. Tällaiset krooniset AVH-potilaat sietävät kylkimakuuasentoa aluksi huonosti. (Davies 2000, 104; Edwards 2002, 133.)

Joskus akuutisti selinmakuulla olo vuoteenpääty kohotettuna on perusteltua ja peruselintoimintojen tukemiseksi ainoa vaihtoehto. Muutoin päätyä ei tulisi koskaan kohottaa. Heti voinnin salliessa selinmakuulla oloa suositellaan vain hyvin lyhyitä aikoja kerrallaan välttäen päädyn kohottamista. Silloin tulee halvaantuneen puolen yläraaja kohottaa varovasti lapaluun alta ja ohjata luonnolliseen asentoon asettamalla lavan alle tyyny ja tukemalla ranne keskiasentoon sekä sormet ojentuneeksi. Alaraaja tuetaan pakarain ja reiden alta mahdollistaen lantion suoristumisen eikä raaja pääse kiertymään ulospäin haitallisesti. Pää tulee tukea tyynyin mukavaan asentoon kaularanka fleksiossa, mutta rintaranka ei saisi fleksoitua. Katse voidaan kääntää kohti halvaantunutta puolta. (Kuva 3; Davies 2000, 104-105).

Selinmakuu

- tyynyt lantion ja lapaluun alla tukevat halvaantunutta yläraajaa koko matkalta
- lantion alla oleva tyyny tukee alaraajaa keskiasentoon
- pää tuetaan tyynyllä keskiasentoon
- kylkimakuu on suositeltavampi kuin selinmakuu, koska selinmakuu lisää jäykkyyttä



KUVA 3. Lepoasento selinmakuulla (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009)

4 KEHITTÄMISHANKE KUNTOUTUSOSASTOLLA

4.1 Kuvaus kuntoutusosastosta

Kuntoutusosasto on tällä hetkellä yksi Riihimäen seudun terveystieteiden keskuksen kuntayhtymän viidestä vuodeosastosta ja toimii pääterveysasemalla. Pääterveysasemalla on lisäksi muistisairaiden osasto ja Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön (K-HKS Ryks) tiloissa on perusterveydenhuollon akuuttiosasto. Lopella ja Hausjärvellä on omat potilasosastot. Potilaspaikkoja on yhteensä 126. (Puolakka & Rissanen 2012.)

Kuntoutusosaston virallinen potilaspaikkaluku on 24. Tarvittaessa potilaita voidaan ottaa 27, jolloin ylipaikkoja on kolme. Hoitohenkilökuntaan kuuluu osastonhoitaja, lääkäri, 10 sairaanhoitajaa, kuusi lähihoitajaa, kaksi fysioterapeuttia sekä kaksi ja puoli laitoshuoltajaa ja sihteeri. Tarvittaessa voidaan konsultoida terveystieteiden keskuksen toiminta- ja puheterapeuttia sekä sosiaalityöntekijää ja erikoissairaanhoidosta muita ammattiryhmiä kuten ravitsemusterapeuttia tai kuntoutusohjaajaa. Virallinen hoitajamitoitus on 0,85. Arkisin aamuvuorossa on yleensä viisi sairaan- tai lähihoitajaa, iltavuorossa kolme ja yövuorossa kaksi hoitajaa. Potilashuoneet ovat 1-3 hengelle, mutta ylipaikkatilanteessa voi isossa huoneessa olla neljä potilasta. Osastolla on lisäksi kanslia, päiväsaali, kuntosali sekä hoitotarvikevarasto. (Puolakka & Rissanen 2012.)

Kuntoutusosaston potilaat ovat yleensä varsin iäkkäitä ja moniongelmaisia. Tyypillisimmät tulosyyt ovat ortopedis-traumatologiset ja neurologiset syyt sekä infektiot ja yleistilan lasku. Potilaat tulevat jatkohoitoon joko K-HKS:n Hämeenlinnan tai Riihimäen yksiköistä, sisäisenä siirtona omasta päivystyksestä tai osastonsiirtoina muilta osastoilta. AVH-potilaiden määrä vaihtelee noin viidestä kymmeneen. Akuuttivaiheessa siirrettävät AVH-potilaat tulevat osastolle heikolla kuntoutumisennusteella. Parempikuntoiset siirretään jatkokuntoutukseen erikoissairaanhoidosta vasta sub-akuutissa vaiheessa. Tyypillisesti uudella kuntoutujalla on jo kroonistuneet halvausoireet, mutta tulosyynä on joko trauma tai infektio tai molemmat. (Puolakka & Rissanen 2012.)

Lääkäri määrää lähes kaikille potilaille fysioterapeutin konsultaation. Kaikille fysioterapialähetteen saaneille potilaille laaditaan hoitajan ja fysioterapeutin

yhteistyössä kuntoutussuunnitelma kolmen arkipäivän sisällä osastolle tulosta. Laajempi yhteinen kuntoutusarvio tehdään ensimmäisessä kuntoutuspalaverissa. Kuntoutuspalaveri pidetään kerran viikossa. Kuntayhtymässä käytetään Effica-potilastietojärjestelmää kuten koko sairaanhoitopiirissä, joten siirtyvästä potilaasta raportoidaan sähköisesti Esapal-muodossa (erikoissairaanhoidon palaute). Hoitajaraportti tulee edelleen puhelimitse ja paperille kirjattuna. Hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen käytetään Whoike-ohjelmaa. Kuntoutussuunnitelma laaditaan Whoiken aktiviteetti-komponenttiin. (Puolakka & Rissanen 2012.)

Osastolla toimitaan yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaisesti ja työmuotona on omahoitajuus. Nimetyt omahoitajat ovat potilaspaikkakohtaisesti nähtävillä osaston kansliassa magneettitaulussa. Omahoitajia ei ole kirjattu potilaan tietoihin. Varsin usein käy niin, että omahoitajuudesta luovutaan aamulla työjärjestyksestä sovittaessa. Syynä tähän ovat raskashoitaiset potilaat ja hoitajien äkilliset sairauslomat, joihin ei ole voitu ottaa sijaista. (Puolakka & Rissanen 2012.)

4.2 Lähtökohta

Kehittämistehtävän aihe syntyi kuntoutusosaston arjesta kiireineen ja kuntouttavan hoitotyön vaihtelevasta toteuttamisesta kuntoutusosastolla. Potilaiden asentohoidon toteuttaminen ei ollut järjestelmällistä ja siinä näkyi ajoittain puutteita. Teoriatietoa ja kokemusta AVH-kuntoutujista oli, mutta ei yhtenäistä käytäntöä hyvien lepoasentojen toteuttamiseen, joten sitä oli tarve kehittää. Yhtenäinen käytäntö päätettiin hioa AVH-kuntoutujan asentohoidon toimintamalliksi kehittämistehtävänä. Toimintamallin ylläpitämisen keinoiksi valittiin toiminnalliset koulutustuokiot ja parityöskentely eli F-päivä, jonka perusteet kuvattiin teoriaviitekehityksessä ja sisältö kuvataan seuraavissa luvuissa. Koulutusten onnistumisen arvioimiseksi ja toimintamallin suunnittelemiseksi päädyttiin ryhmähaastatteluun. (Puolakka & Rissanen 2012.)

4.3 Koulutustuokiot

Tutustuin kokemukseräiseen oppimistapaan keväällä 2010, jolloin osallistuin fysioterapeutti ja Bobath-lähestymistavan (IBITA) kouluttaja Maj-Britt Forsbomin

kurssiin Aivovauriopotilaan kuntouttava hoitotyö. Bobath-lähestymistapa tarkoittaa AVH:sta kuntoutuvien tutkimisen ja terapian ongelmanratkaisukeskeistä mallia silloin, kun kuntoutujilla on häiriöitä toiminnoissa, liikkumisessa ja asennon hallinnassa. Koulutukseen osallistuvan oppimista pyritään tukemaan Kolbin kokemuseräisen oppimisen mallin mukaisesti. Opiskelijaa ohjataan hyödyntämään kokemustaan potilaan roolissa olemisesta ja toimintatapojen aktiivisen kokeilun kautta saavat työkaluja omaan työhönsä. (Forsbom 2010, 4-5). Vaikutuvin oppimistavasta suuresti, ja se herätti mielenkiinnon hakeutua neurologisen fysioterapian erikoistumisopintoihin. Sovelsin koulutustuokiossa kyseistä kurssimateriaalia ja suunnittelin toteutuksen kurssilla oppimani pohjalta.

Toiminnallinen koulutus toteutui kolmen hengen pienryhmissä, jossa yksi hoitaja vuorollaan oli kuntoutujan asemassa sairaalavuoteessa ja kaksi hoitivat häntä lepoasentoihin. Kävimme läpi toispuolihalvaantuneen potilaan hyvän lepoasennon halvaantuneella kyljellä, toimivammalla kyljellä sekä selinmakuulla. Käytettävissä oli erilaisia tyyntyjä sekä laminoituja kuvia hyvistä asennoista. Tukemisen aikana keskusteltiin tuntemuksista eri kehonosissa ja perustellen tuettiin asentoa paremmaksi. Esimerkkinä oli myös kiireessä puutteellisesti tuettu asento ja siihen jääminen. Yksi tuokio kesti noin 30 minuuttia, mikä on keskelle työvuoroa tarpeeksi lyhyt aika. Ryhmän pieni koko antoi mahdollisuuden vapaampaan keskusteluun ja ajatustenvaihtoon. Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa koulutus toteutui kuusi kertaa, ja mukana oli myös sijaishoitajia sekä hoitajaopiskelijoita. Valmis kehittämistehtävä tullaan esittämään kehittämispäivässä tai osastotunnilla ja hankkeen toinen vaihe lisäkoulutuksineen käynnistyy.

4.4 Parityöskentely

Parityöskentelystä käytetään nimitystä F-päivä, ja se tarkoittaa hoitajan ja fysioterapeutin toimimista työparina koko työpäivän ajan. F-päivä suunnitellaan osastonhoitajan toimesta työvuorolistaan niille arkipäivän aamuvuoroille, jolloin miehityksestä ei puutu hoitajaa. Samalla varmistetaan kaikkien osallistuminen. Toinen osaston fysioterapeuteista toimii tehtävässä vuorollaan. Fysioterapeutin työparina toimii usein myös hoitajaopiskelija. F-päivään osallistuva hoitaja ei tee aamuvuorossa perustyötä eli esimerkiksi kotiuta tai jaa lääkkeitä ja ruokaa, jotta ehtii ja kykenee

osallistumaan parityöskentelyyn täysipainoisesti. Päivän aikana pyritään kuntouttamaan yhdessä erityisesti AVH-potilaita ja niitä, joiden kohdalla kuntouttavan hoitotyön toteutus on oireiden tai muiden syiden vuoksi hankalaa tai erityistä huomiota vaativaa. Esimerkiksi pyörätuoliin siirtämisen erilaisia tapoja voidaan harjoitella. Mahdollisuuksien mukaan tehdään terapeuttista harjoittelua.

Asentohoito on tärkeä osa päivää. F-päivän työjärjestyksen suunnittelulla pyritään siihen, että aamutoimet tulisi tehdä ensin sellaisten AVH-potilaiden kanssa, joiden tiedetään jäävän aamupalan syömisen jälkeen asentoon, joka on haitallinen kuntoutumiselle pystymättä itse asentoa korjaamaan. F-päivässä toimiva hoitaja toteuttaa asentohoitoa yhdessä fysioterapeutin kanssa mahdollisimman monta kertaa eri potilailla, jotta hän kykenee myöhemmin ohjaamaan työparinaan toimivaa toista hoitajaa, joka ei ehkä tunne osaston toimintatapoja.

4.5 Arviointi ja johtopäätökset

Koulutukset toteutuivat kuutena samansisältöisenä 30 minuutin tuokiona. Koulutuksiin osallistui 15 hoitajaa, kaksi hoitajaopiskelijaa ja fysioterapeuttiopiskelija. Keräsin palautteen toteutuneista koulutustuokioista pienimuotoisella ryhmähaastattelulla, johon pääsi osallistumaan 6 hoitajaa ja fysioterapeutti. Haastattelu toteutui vain yhden kerran, joten se jäi suppeaksi. Haastattelussa kysyin esimerkiksi, miten hoitajat kokivat koulutukset, potilaan asemassa olemisen ja oman oppimisensa. Keskustelun aikana sovittiin myös esityksestä uudeksi toimintamalliksi.

Haastattelun mukaan hoitajat kokivat asentohoitokoulutuksen hyödylliseksi ja he kokivat asentohoidon toteuttamisen helpommaksi ja varmemmaksi koulutuksen jälkeen. Yhteistyö lisääntyi myös niin, että hoitajat tulivat useammin kysymään neuvoa kuntoutujan asentohoidon toteutukseen tai pyytämään fysioterapeuttia tarkistamaan asennon toteutuksen. Myös asentohoidetulta potilaalta itseltään kysyttiin asennon kokemisesta ja tuntemuksista useammin kuin ennen koulutuksia, koska huonoon lepoasentoon jääminen saattoi tuntua itsestä pahalta jo hyvinkin pian.

Koulutustuokioissa mukana olleet kokivat potilaana olon ajatuksia herättäväksi. Tuntemuksia kuvattiin sanoilla *avuttomuus* ja *pelko*. Halvaantuneen yläraajan käsittely

koettiin vaikeaksi ja huomattiin, kuinka helposti alempi yläraaja jää hankalaan asentoon. ”Vanhanaikaiseen” kylkiasentoon jättäminen tyyny selän taakse tuupattuna herätti hilpeyttä. Hoitajat kokivat kertaamisen tarpeelliseksi, koska asiat unohtuvat nopeasti. Hoitajat kokivat, että teoria ja käytäntö kohtasivat. Asentohoito-ohje koettiin välttämättömänä ja ohjekuvan on oltava potilashuoneessa nähtävillä aina asentoa laitettaessa. Pelkkä lepoasennon kirjaaminen potilastietoihin riittää varmistamaan hyvää asentohoitoa.

Enimmäkseen tai pelkkiä yövuoroja tekevät hoitajat eivät ole osallistuneet koulutuksiin. Se nähtiin keskusteluun osallistuneiden mielestä suureksi puutteeksi, koska nimenomaan yön aikana asentohoidot ovat päiväsaikaa harvemmassa ja potilaan luontainen liikkuminen vähäistä. Tähän pyritään jatkossa vaikuttamaan työvuorosuunnittelulla, koulutustoiminnan ajoituksella ja kehittämispäivien aihevalinnoilla. Yöllä työskentelevät eivät usein osallistu osastotunteihin, joten tiedon siirtyminen ja sitouttaminen kehittämishankkeisiin vaikeutuu jääden usein muistiokansion lukemisen varaan.

Subjektiiivisesti arvioiden niin hoitajien kuin fysioterapeuttienkin mielestä lepoasennot ovat olleet tuetumpia, ja riskitekijöihin on kiinnitetty enemmän huomiota. Halvaantuneen yläraajan huomiointi on parantunut. Kokemusperäistä oppimista kuvattiin antoisaksi tavaksi oppia, koska luentojen kuunteleminen ei opeta. Todellinen toimintatapojen kehittyminen AVH-kuntoutujan hoidon tehostamiseksi jää kuitenkin olettamukseksi, koska mittaria asian tutkimiseksi on työläs saada tai kehittää.

Haastattelun perusteella moniammatillisen yhteistyön kehittymiseen ei ole kiinnitetty erityisesti huomiota, sillä vastaajat kokivat yhteistyön hoitajan ja fysioterapeutin välillä olleen hyvää jo aikaisemmin kun F-päivää kokeiltiin. Yhteistyön koettiin helpottavan kirjaamista ja potilastiedoista saadun informaation luettavuutta, koska joskus fysioterapeutin teksti on vaikeaselkoista ja pitkäkököä. Koulutusten järjestäminen osaston oman fysioterapeutin toimesta oli vastaajien mielestä hyvä ratkaisu, jotta ulkopuolisiin koulutuksiin lähteminen ja niistä aiheutuvat kustannukset eivät lisääntyisi. Yhteistyön syventämiseen vaikutti olevan valmiuksia.

5 ESITYS UDEKSI TOIMINTAMALLIKSI

Uuden toimintamallin tavoitteena on turvata AVH-kuntoutujan laadukkaan asentohoidon toteutus välittömästi. Toimintamalli on kuvattu siinä järjestyksessä, kun uuden potilaan hoitokäytännöt muutenkin toteutuvat.

Uuden kuntoutujan vastaanotto

Kun uuden AVH-potilaan siirtymisestä saadaan ensimmäinen tieto, hoitaja valmistautuu vastaanottamaan raportin. Karkea kuvaus oireista ja toimintakyvystä riittää, että voidaan valmistautua potilaspaikan valinnalla, huonejärjestelyllä ja apuvälineillä kuntoutumisen tukemiseen. Potilaspaikan perusteella määritellään omahoitaja. Potilaan saapumispäivän omahoitaja vie huoneeseen valmiiksi useita tyynejä.

Asentohoidon toteutus ja yksilöllisyys

Tulovaiheessa vastaanottava hoitaja vie kuvat asentohoidon perusohjeesta potilashuoneen seinälle. Kuntoutuja tuetaan hyvään lepoasentoon. Hänen vointiaan ja asennon vaihtamisen tarvettaan tarkkaillaan ½-2 tunnin välein. Ruokailuaikojen jälkeen lepoasento vaihdetaan mahdollisimman pian. Asento vaihdetaan viimeistään kahden tunnin välein päivällä. Yöllä asentoa kohennetaan varoen potilaan nukkuessa ja asennonvaihdosta huolehditaan vähintään neljän tunnin välein. Asentohoitokuvana käytetään entisen piirroskuvan sijasta oikeasta potilaasta otettua värikuvaa. Perusohjeeksi valittiin vapaasti internetistä löytyvän Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ohjeen, jota käytin myös koulutuksissa ja jotka ovat raportissa sivuilla 18-20. Mikäli tutkimisen ja arvioinnin jälkeen todetaan, että kuva ei vastaa juuri tämän potilaan kohdalla laadukasta asentohoitoa tai asentohoidon toteutuksessa on paljon erityispiirteitä, potilas kuvataan asianmukaiseen lepoasentoon hoidettuna ja kuva tulostetaan huoneen seinälle potilaan ja omaisen luvalla. Arvion tekee fysioterapeutti. Kuva voidaan myös tallentaa Efficaan.

Kirjaaminen

Potilaan vastaanottanut hoitaja kirjaa Whoike-ohjelmaan uuden hoitojakson, potilaan perustietoihin lyhyen kuvauksen oireista ja toimintakyvystä ja avaa hoitotietoihin ensin

aktiviteetti- ja jatkohoito-komponentit. Muut oireiden vaatimat komponentit täydennetään myöhemmin. Aktiviteettikomponenttiin kirjataan heti säännöllinen asentohoito. Kuntoutussuunnitelma tulee laatia kolmen arkipäivän sisällä fysioterapialähetteen saamisen jälkeen omahoitajan ja fysioterapeutin yhteistyönä. Tällöin kirjataan tarkempi toimintakyky, asetetaan tavoitteet ja arviointisuunnitelmat sekä määritellään keinot niiden saavuttamiseksi. Asentohoidon tarpeen yhteyteen voidaan kuvailla hyvän lepoasennon erityispiirteet. Hoidon tarve tulee tarkistaa joka kirjaamiskerralla ja päivittää säännöllisesti. Osastolla toimii hiljainen raportointikäytäntö, mutta hoitotietoja suullisesti raportoidessa asentohoito tulee muistaa mainita seuraavalle vuorolle.

Parityöskentely

F-päiväkäytäntö toteutuu niinä arkipäivinä, kun työntekijöitä on riittävästi. Parityöskentelyllä pyritään varmistamaan kuntoutumista edistävän hoitotyön käynnistyminen ja asentohoidon toteutus.

Koulutukset

Fysioterapeutti huolehtii yhdessä osastonhoitajan kanssa jatkokoulutuksista, jotta asentohoidon osaamista ylläpidetään ja uudet työntekijät, vaihtuvat sijaiset sekä opiskelijat perehdytetään toimintamalliin.

6 POHDINTA

Pohdinta on jaoteltu kahteen osioon helpomman luettavuuden kannalta. Ensin tarkastelen kehittämistehtävän prosessia, sen hyötyjä ja haasteita sekä arvioin tekemiäni valintoja ja omaa oppimistani. Toiseksi pohdin jatkokehittämisehdotuksia, koska ne nivoutuvat työhöni niin tiiviisti, mutta niiden mukaan ottaminen varsinaiseen kehittämistehtävään olisi ollut liian työlästä. Jatkokehittämisehdotuksena esitelty toimintamalli olisi antoisaa toteuttaa moniammatillisena opinnäytetyönä.

6.1 Kehittämistehtäväprosessin tarkastelu

Halusin kehittämistehtäväni aiheen liittyvän vaikeasti vammautuneen aivohalvauspotilaan kuntouttavan hoitotyön ohjaamiseen, koska koen sen omaksi vahvuudekseni ja toisaalta myös osaston heikkoudeksi. Aiheena AVH-kuntoutujan asentohoitoon keskittyminen oli tarpeeksi suppea ja hyvin rajattu, joten kollegani ehdotuksesta valitsin sen. Pohdin aihetta pitkään, sillä aivohalvauksista on tehty lukuisia opinnäytteitä ja aihe tuntui alussa kuluneelta. AVH sairautena ei kuitenkaan ole valitettavasti täysin ennaltaehkäistävässä Suomessa, vaikka ennaltaehkäisyä eteen tehdäänkin kovasti tutkimustyötä. Tutkimusten mukaan AVH-kuntoutuksen kehittämistä tarvitaan edelleen.

Tutkimukseen ja lähdekirjallisuuden tutustuessani tempauduin erittäin suureen määrään tietoa. AVH-kuntoutusta oli tutkittu hyvin paljon, mutta asentohoidon vaikuttavuutta varsin niukasti. Tutkimushakua ja aineistoon tutustumista oli vaikea saada lopetettua edes työn palautuspäivän lähestyessä, koska kehittämistehtävän tekemiseen käytettävä aika 6kk oli hyvin lyhyt ja aihe itselleni niin kiinnostava. Uusi hyvä opinnäyte tai tutkimus löytyi juuri kun olin päättänyt lopettaa tiedon ahmimisen. Myös lopullisen raporttiin käytetyn aineiston karsiminen ja tiivistäminen oli vaikeaa, joten lähteitä on mainittu runsaasti. Toivon, että raportti toimii tiedon lähteenä ja asiaan perehtymisen kimmokkeena kuntoutusosastolla.

Kehittämishanketta eteenpäin viedessäni on ollut antoisaa huomata, kuinka asentohoidon toimintatavat ovat osastollamme muuttuneet aktiivisemmiksi ja kuinka

AVH-kuntoutujien hoitotyöhön on alettu kiinnittää tarkempaa huomiota. Toimintamallin käyttöönoton suorat vaikutukset potilaan kuntoutumiseen eivät nyt olleet mitattavissa, mutta moni työntekijä on kertonut havainneensa asentohoidon tehostumista. Koin saavani vastaukset asettamiini tutkimuskysymyksiin. AVH-kuntoutujan tehokas asentohoito voidaan saada osaston käytäntöön huolehtimalla toimintamallin käyttöönotosta ja arvioimalla sitä säännöllisesti. Arviointiin tulee käyttää kehittämispäivää tai -iltapäivää. Toiminnallisten koulutusten sekä fysioterapeutin ja hoitajan parityöskentelyn avulla voidaan pyrkiä tehostamaan kuntouttavaa hoitotyötä AVH-potilaalla.

Heti ensimmäiset toiminnalliset koulutukset pidettyäni heräsi keskustelua koulutustuokioiden järjestämisestä säännöllisesti, esimerkiksi kerran kuukaudessa. Uusiksi aiheiksi on noussut esiin selinmakuulta istumaan, istumasta selinmakuulle avustaminen, pyörätuoliin siirtämisen ja pukeutumisen ohjaaminen. Väsyneen ja velton potilaan siirtäminen pyörätuolista vuoteeseen on ollut hoitajille myös haasteellista, joten runsaalla ohjauksella tapahtuva siirtäminen turvallisesti on niin potilaan kuin hoitajankin kannalta on tärkeä harjoiteltava asia.

Kehittämistehtävän haasteitakin oli useita. Osastolla työskentelee paljon sijaisia ja usein vaihtuvia keikkatyöläisiä. Vakituistakin hoitajista osa tekee eniten yö- ja viikonloppuvuoroja, joten aivan koko henkilökunnan osallistuminen koulutuksiin ja parityöskentelyyn ei onnistu. Tämä olisi kuntouttavamman hoitokulttuurin syntymiselle ja siihen sitoutumiselle erittäin tärkeää. Myös osastonlääkäri on vaihtunut hyvin usein, joten lääkäri ei ole voinut olla tietoinen tai mukana osallistumassa kehittämishankkeeseen. Hankkeen aikana oli uhka kuntayhtymän purkautumisesta vuoden 2013 alussa sekä työryhmien keskustelua Riihimäen kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistymisestä. Kuohunta herätti henkilökunnassa epävarmuutta. Myös Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin Riihimäen yksikön toiminnan supistumista seurattiin epäröiden, koska tulevaisuus saattaisi vaikeuttaa yhteistyötä ja vaarantaa hoitoketjun toimivuutta. Koska kuntayhtymän taloustilanne on kireä ja sijaisten saaminen ajoittain vaikeaa, on henkilöstön työssä jaksamista koeteltu arjessa monin tavoin.

Osa vakituista hoitajista on käynyt tai käymässä vuoden mittaista kuntouttavan hoitotyön lisäkoulutusta oppisopimuksena, jonka johdosta kuntouttavaa hoitotyötä on

kehitetty eri näkökulmista. Osana opintoja on laadittu muun muassa lonkkamurtumapotilaan kuntoutusohjeeksi uusi lomake. Monta kehittämishanketta rinnakkain on tehnyt sitoutumisen raskaaksi ja jättänyt ne irrallisiksi. Omat kiinnostusten kohteet ovat vaikuttaneet hoitajien sitoutumiseen. Havaitsin myös oman kykenemättömyyteni paneutua muihin kuin omaan kehittämistehtävääni tämän vuoden aikana.

Tutkimuksellista otetta kehittämistehtävään olisi voinut saada paremmin kyselylomakkeella, sillä ryhmähaastattelu antoi vain vähän palautetta ja keskustelu jäi pinnalliseksi. Keskustelun aikana vaihtui työvuoro ja osa hoitajista vastasi potilaskutsuihin. Keskustelu toteutui noin kuusi viikkoa koulutusten jälkeen, mikä oli jälkikäteen arvioituna liian myöhään. Aikataulujärjestelyjen ja henkilökunnan vaihtumisen vuoksi en kyennyt sopimaan erillistä kehittämisiltapäivää aiheen purkamiseksi. Kaikki koulutuksiin osallistuneet eivät nyt päässeet kertomaan mielipidettään, joten koen, että kehittämiseen sitoutuminenkin jäi puolittaiseksi. Vastaavia kehittämisaiheita juurrutettaessa on hyvä järjestää tilaisuus, joka ei ole osastolla ja jonne vähintään vakituiset työntekijät ja pitkäaikaiset sijaiset pääsevät osallistumaan. Koskaan vuorotyötä tekevää henkilökuntaa ei saada samanaikaisesti paikalle kehittämään, se on osastotyön vaikeus ja myös uuden vs. osastonhoitajan suuri haaste.

Kuntoutusosaston osastonhoitaja on osallistunut kehittämistehtävääni antamalla henkilökunnalle tietoa osastotunneilla ja kokouksissa, huolehtimalla F-päivän suunnittelusta työvuorolistaan sekä tarkistamalla suunnitelmaa sekä valmistuvaa raporttia. Osastonsihtööri on huolehtinut asentohoitokuvien kopioimisesta ja laminoinnista. Fysioterapian osastonhoitajalta ja fysioterapeuttikollegaltani olen saanut tukea. Kiitän kaikkia lämpimästi työpanoksesta. Kuten olen jo maininnut, henkilökunnan vaihtuvuus tuo aina haasteita kehittämistoiminnalle. Uusin muutos huhtikuussa 2012 oli osastonhoitajan siirtyminen terveyskeskuksen vastaanotolle ja päivystykseen. Viransijaiseksi osastonhoitajaksi saimme tutun fysioterapeutin, joka valmistuu pian ylempään ammattikorkeakoulututkintoon sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmasta. Odotan uutta yhteistyötä innokkaasti.

Koen onnistuneeni hyvin Tampereen ammattikorkeakoulun erikoistumisopinnojen kehittämistehtävälle asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa. Niissä todetaan, että

opiskelija osaa suunnitella kehittämistehtävän työpaikkansa tarpeisiin liittyen ja toteuttaa sen hyödyntäen ajankohtaista ja relevanttia fysioterapiaan liittyvää tietoutta. Edellisestä opinnäytteen tekemisestä on kulunut aikaa 11 vuotta, joten aivan mutkatonta kehittämistehtävän raportin työstäminen ei ole ollut. Raportin tekeminen on tapahtunut opintojen ja työnteon ohella perheellisen kiireisessä arjessa, joten koen saaneeni kehittämistehtävän varsin hyvin toteutetuksi ja tavoitteet saavutetuksi. Yksin tehtynä työn näkökulma voi jäädä suppeaksi, joten olen pyrkinyt saamaan usein palautetta eri tahoilta.

6.2 Toimintamallin jatkokehittäminen

Toimintamalli asentohoidosta tarvitsee rinnalleen koko AVH-hoidon ja -kuntoutuksen päivitetyn toimintamallin. Onneksi jatkokehittäminen kuntoutusosastolla on jo alkanut tähän suuntaan. Esimerkiksi syntyneiden painehaavojen hoitaminen on aikaa vievää ja kallista ja usein potilaalle kivuliasta. Makuuhaavariskin kartoitus potilaan esitiedot huomioiden on tärkeää, jotta hänelle osataan varata painehaavapatja ja muut apuvälineet jo ennen saapumista osastolle. Painehaavojen syntymisen ehkäisemiseksi tulisi tehdä kaikki mahdolliset toimenpiteet tarkkaan.

Osasto tarvitsee uusia säädettäviä sairaalasänkyjä, painehaavapatjoja ja erilaisia tyynyjä. Hankittavien sänkyjen ominaisuudet ovat tärkeitä. Korkeuden säätö tarvitaan, koska riittävän matala asento lisää potilaan turvallisuutta ja omatoimisuutta muun muassa siirtymisten yhteydessä. Säädön portaattomuus parantaa hoitajan ergonomiaa ja työturvallisuutta siirtotilanteessa. Ihovaurioiden riski tulee kartoittaa ja korkean riskin potilaalla tulee olla asianmukainen patja. Myös matalamman riskin potilailla patjan on oltava tukeva ja muovautumisominaisuudeltaan hyvät, koska kaikilla osaston potilailla on vaikeuksia liikkumisessaan. Tavallisten tynnyjen määrä on oltava riittävä, jotta AVH-potilaalle riittäisi aina tarpeellinen määrä (5-6kpl) tynnyjä. Erityistynnyjä tulee olla muodoltaan, materiaaliltaan ja kooltaan erilaisia, jotta voidaan vastata potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Hankintaesitystä varten tehdään lisäselvityksiä parhaiten soveltuvien asentohoitotynnyjen valitsemiseksi.

Kansliaan tulisi järjestää kaappi, mistä asentohoitokuvat sekä muut ohjeet ja omaisille jaettavaksi tarkoitetut oppaat löytyvät helposti. Kaapissa olisi myös AVH-kuntoutujan

liikkumista, siirtymisiä sekä adl-toimintojen ohjausta koskeva opetusmateriaali, jotta yhtenäinen ohjaustapa tulisi mahdollisimman aukottomaksi. Kuntoutujan viikko-ohjelma voidaan tarvittaessa laatia kaapista löytyvälle valmiille lomakkeelle, jolloin omaisetkin näkevät terapia-ajat ja voivat halutessaan osallistua siihen. Osaston ja henkilökunnan yhteystiedot tulisi päivittää ja olla esillä. Osaston päivärytmin päivitetty versio on jo jokaisessa potilashuoneessa ilmoitustaululla.

Omaisten tukeminen epävarmuuden vähentämiseksi ja sopeutumisen helpottumiseksi ovat myös tärkeä tavoite ja osa AVH-kuntoutujan ohjausta. Omaiset eivät useinkaan tiedä, mitä kuntouttava hoitotyö tarkoittaa ja miten tärkeä osuus sillä on kuntoutumiselle. Myös omaisten kuntoutumista tukevaa roolia voidaan kasvattaa ohjauksella. Yhteistyötä omaisten kanssa on fysioterapiassa pyrittykin tekemään rohkaisemalla heitä tulemaan terapia-aikoina osastolle tai sopimaan tapaamisaikoja erikseen. Vertaistuen piiriin ohjaaminen ja lisätiedon antaminen kuuluvat osaltaan perusterveydenhuollon tehtäviin ja tähän halutaan vastata.

AVH-kuntoutujan kasvojen, suun ja nielun alueen toimintaan, ongelmiin ja terapiaan ei yleensä kiinnitetä riittävästi huomiota. Kuntoutujalla voi olla suuria vaikeuksia jo ruoan havaitsemisen tai nälän tunteen tunnistamisen kanssa. Lisäksi ruokailua vaikeuttaa pään ja vartalon asennon hallitsemattomuus, toiminnan tunnistamisen ongelmat, pureskeluun tarvittavan kasvojen lihasvoiman puuttuminen tai pehmeän suulaen ja nielun heikentynyt tai väärin ajoittunut toiminta. Nielemisen arviointiin tai terapiaan, istuma-asennon tukemiseen ja ruokailun ohjaamiseen tulisi kiinnittää jatkossa suurempaa huomiota, jotta potilaan ravitsemus tukisi kuntoutumista ja aspirointi olisi mahdollisimman vähäistä. Puheen kuntoutuksen tukemiseen voisi pyytää koulutusta puheterapeutilta.

Liikkumisen tukemista palvelee jatkossakin koulutukset, F-päiväkäytäntö ja yksilöllinen fysioterapia. Terapia-ajan ulkopuolella tapahtuva hoitajan ohjaama harjoittelu tehostaa kuntoutumista, joten ammattirajoja rikkova parityöskentely voi tehostaa kuntoutusta huomattavasti. Omahoitajan ja fysioterapeutin yhdessä laatima kuntoutussuunnitelma pyrkii poistamaan kuntoutujan toimintakykyyn liittyvän tiedonkulun ongelman. Fysioterapiassa pyritään käyttämään potilaan viikko-ohjelmaa.

Parhaimmillaan tällä kehittämishankkeella ja sen jatkotyöstämisellä voisi olla hyvin suuri merkitys kuntouttavan ilmapiirin ja osaston toimintakulttuurin kehittämiseksi. Sitoutuneita ja motivoituneita kuntoutumista edistäviä hoitajia on osastolla, mutta uusien työntekijöiden perehdyttäminen ja sitouttaminen kuntoutuskulttuuriin on ilman vastuuhenkilöitä. Kuntoutukseen sitoutunutta pysyvämpää osastonlääkäreitä tarvitaan myös. Toivon, että AVH-kuntoutujia tulisi osastolle kuntoutukseen paremmalla ennusteella, koska monet potilaat ovat nykyisellään hyvin heikkokuntoisia. Jatkohoitoaikoja tarvitaan sellaisille pitkäaikaispotilaille, jotka eivät enää hyödy aktiivisesta kuntoutuksesta. Tämä voisi lisätä motivaatiota hoitotyöhön ja kuntoutumisen edistämiseen ja vähentää turhautumista, koska tehdyn työn pitää myös tuntua tärkeältä ja merkitykselliseltä.

LÄHTEET

- Brown, D., Lisabeth, L., Zupancic, M., Concannon, M., Martin, C. & Chervin, R. 2008. High Prevalence of Supine Sleep in Ischemic Stroke Patients. *Stroke* 39: 2511-2514. Luettu 10.12.2011. <http://stroke.ahajournals.org/content/39/9/2511.full>.
- Chatterton, H., Pomeroy, V. & Gratton, J. 2001. Positioning for stroke patients: a survey of physiotherapists' aims and practices. *Disability and Rehabilitation*. 2001, 10; 23: 413-421.
- Gjelsvik, B. 2008. *The Bobath concept in adult neurology*. Germany: Georg Thieme Verlag.
- Davies, P. 2000. *Steps to follow*. Springer.
- Dowswell, G., Dowswell, T. & Young, J. 2000. Adjusting stroke patients' poor position: an observational study. *Journal of advanced nursing*. 2000, 32(2): 286-291).
- Edwards, S. (toim.) 2002. *Neurological physiotherapy*. China: Churchill Livingstone.
- Eloranta, S. & Kuusela, M. 2011. Moniammatillinen yhteistyö –katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. *Tutkiva hoitotyö*. 2011, 9 (3), 4-13.
- Eronen, S. 2010. Yhdessä paremmin –AVH-kuntoutuksen tehostaminen moniammatillisuudella. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Luettu: 10.12.2011. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/25470/Eronen_Soile.pdf?sequence=1.
- Forsbom, M.-B. 2010. Aivovauriopotilaan kuntouttava hoitotyö. Kurssimateriaali 19.-21.1, 10.-11.3.2010.
- Forsbom, M.-B., Kärki, E., Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. *Aivovauriopotilaan kuntoutus*. Tampere: Tammi.
- Haapaniemi, H., Routasalo, P. & Arve, S. 2006. Sairaanhoidajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä. *Hoitotiede*. 2006, 18 (4), 197-208.
- Hokkanen, L., Laine, M., Hietanen, M., Hänninen, T., Jehkonen, M. & Vilkki, J. 2007. Kognitiiviset häiriöt ja niiden tutkiminen. Teoksessa: Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- HYKS Neurologian klinikka. 2009. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan seurantakansio.
- Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä - Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- Jones, A., Carr, E. K., Newham, D. J. & Wilson-Barnett, J. 1998. Positioning of stroke patients: Evaluation of a teaching intervention with nurses. *Stroke* (29): 1612-1617. Luettu: 5.2.2012. <http://stroke.ahajournals.org/content/29/8/1612.full>.

- Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R. O & Sivenius, J. 2007. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa: Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) Neurologia. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Koivisto, S. & Turunen, L. 2011. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan alkuvaiheen kuntoutus Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskussairaalassa. Tampereen ammattikorkeakoulu. Kehittämistehtävä. Luettu: 11.10.2011.
<http://publications.theseus.fi/handle/10024/29973>.
- Kukkonen, S. & Piirainen, S. 1991. Ihmisen perusliikkuminen ja sen edistäminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Käypä hoito. 2011. Aivoinfarkti. Päivitetty 11.1.2011. Luettu 11.10.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50051>.
- Lehtimäki, T. & Luukkanen, N. 2003. Yhtenevät toimintaperiaatteet aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidossa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Mee, L. & Bee, W. 2007. A comparison study on nurses' and therapists' perception on the positioning of stroke patients in Singapore General Hospital. International Journal of Nursing Practice. 2007, 13 (4): 209-221.
- Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden akuuttivaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Väitöskirja. Luettu: 20.3.2012. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0514-6/urn_isbn_978-951-27-0514-6.pdf
- Mäntynen, R., Vehviläinen-Julkunen, K. & Sivenius, J. 2009. Kuntoutumista edistävä hoitotyö näkyväksi –terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa. Hoitotiede 2009, 21(1), 23-33.
- Nieminen, M. & Salonen, E. 2011. AVH-potilaan asentohoito. Opas Sysmän terveysaseman vuodeosaston hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyö. Luettu: 10.11.2011.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33261/Nieminen_Minna.pdf?sequence=1.
- Puolakka, S. & Rissanen, K-M. 2012. Kuntoutusosaston osastonhoitaja ja fysioterapian osastonhoitaja. Haastattelu 14.3.2012. Haastattelijä: Räsänen, K.
- Rowat, A. 2001. What do nurses and therapists think about the positioning of stroke patients? Journal of advanced nursing. 2001; 34(6): 795-803.
- Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Tampere: Tammi.
- Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2008. Toispuolihalvauspotilaan asentohoito-ohje. Luettu 11.10.2011.
<http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=3735&GUID=%7B39B0E89B-6855-4E9A-B98D-D8C993F1DDE3%7D>.

Shumway-Cook, A. & Woollacott, M. 2007. Motor control –translating research into clinical practice. USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Sipari, S. 2008. Kuntouttava arki lapsen tueksi. Kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistoiminnan rakentuminen asiantuntijoiden keskusteluissa. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja. Luettu: 5.2.2012.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18788/9789513933258.pdf?sequence=1>.

Svatikova, A., Chervin, R., Wing, J., Sanchez, B., Migda, E. & Brown, D. 2011. Positional therapy in ischemic stroke patients with obstructive sleep apnea. *Sleep Med* 2011, 3: 262-266.

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tampereen kaupunki. 2004. AVH-sivusto: AVH-potilaan hoito ja kuntoutumisen ohjaaminen. Luettu: 11.10.2011. <http://koulut.tampere.fi/materiaalit/avh/index.html>.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2009. AVH-potilaan asentohoidot ja siirtymiset. Luettu: 11.10.2011. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/6201.24.2.2009>.

Vataja, R. 2007. Neuropsykiatriset häiriöt. Teoksessa: Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vähäkangas, P. & Noro, A. 2009. Osastonhoitajana pitkäaikaisessa laitoshoidossa; kuvaus lähijohtamisen sisällöstä kuntoutumista edistäväillä osastoilla. *Hoitotiede* 2009, 21(2), 97-108.

Vähäkangas, P. 2011. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Oulun Yliopisto. Väitöskirja. Luettu: 5.4.2012. <http://herkules oulu.fi/isbn9789514262319/isbn9789514262319.pdf>.