

CAROLA KEMPPI

KOLMEN AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ-POTILAAN KUNTOU-
TUSPROSESSIT MUSTASAAREN KUNNASSA

Kuntoutuksen ohjauksen ja suunnittelun koulutusohjelma
2015



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

Kolmen aivoverenkiertohäiriö-potilaan kuntoutusprosessit Mustasaaren kunnassa

Kemppi, Carola
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Kuntoutuksen ohjauksen ja- suunnittelun koulutusohjelma
Maaliskuu 2015
Ohjaaja: Leppänen Erja
Sivumäärä:29
Liitteitä:

Asiasanat: Aivoverenkiertohäiriöt, kuntoutusprosessi

Tämän oppinäytetyön tarkoituksena on selvittää miten kolmen aivoverenkiertohäiriö potilaan kuntoutusprosessit ovat edenneet Mustasaaren kunnassa. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, noudattavatko kuntoutusprosessit Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologisen yhdistyksen asettaman työryhmän laatimaa Käypä hoito-suositusta Mustasaaren kunnassa.

Oppinäytetyön Teoriaosassa käsitellään aivoverenkiertohäiriöitä, lääkinnällistä kuntoutusta ja Käypä hoito-suosituksen antamia ohjeita. Tutkimus toteutetaan haastatteleamalla kolmea aivoverenkiertohäiriöpotilasta. Haastattelussa käydään läpi kuntoutusprosessin suunnittelu, onko suunnittelussa noudatettu Käypä hoito-suositusta sekä kuntoutusprosessin eteneminen. Haastattelut videoidaan ja äänitetään.

Haastatteluista ilmeni, että Käypä hoito suositusta oli noudatettu moniammattillisen kuntoutuksen osalta ja alkuvaiheen kuntoutus oli riittävää. Kuitenkin jokaiselta potilas tapaukselta puuttui kuntoutussuunnitelma alkukuntoutuksen jälkeen ja heillä ei ollut tehty jatkokuntoutussuunnitelmaa. Kuntoutuksen ja seurannan jatkuvuus puuttuu jokaiselta potilaalta. Potilaat eivät olleet tietoisia kuntoutuksen ohjaajista tai mahdollisesta avun saamisesta kuntoutus asioiden eteenpäin viemisessä. Käypä hoito -suosituksen ennaltaehkäisy pitkäaikaispotilaille on tehty siksi, että heidän lisäantyyvä hoidon ja laitostumisen tarve estetään.

The rehabilitation process of three transient ischaemic attack patients in Korsholm

Kemppi Carola

Satakunta University of Applied Sciences

Rehabilitation counseling-and design degree program

Month 2015

Supervisor: Leppänen Erja

Number of pages:29

Appendices:

Key words: rehabilitation, ischaemic attack

The purpose of this thesis was to lorem ipsum consectetur adipiscing elit.

The rehabilitation process of three transient ischaemic attack patients in Korsholm

The purpose of this thesis is to examine the processes of rehabilitation of three transient ischaemic attack patients in Korsholm. More specifically, do the processes of rehabilitation comply with Current Care Guidelines. The guidelines are developed by the Finnish Medical Society Duodecim in association with various medical specialist societies e.g. Finnish Neurological Society.

The theoretical part of this thesis deals with subjects related to transient ischaemic attack, medical rehabilitation and Current Care Guidelines. The research method of this study was survey/interview and three transient ischaemic attack patients were interviewed. The planning of the rehabilitation process, the compliance of Current Care Guidelines and the progress of rehabilitation process were the main topics in all interviews. The interviews were videoed and recorded.

The results of this study suggest that Current Care Guidelines were followed only sectors related to multiprofessional rehabilitation. However, the early-stage rehabilitation was satisfactory. The planning of rehabilitation process was missing from

every patient after the early-stage rehabilitation and no planning for continued rehabilitation was made. This means that the persistence and monitoring of rehabilitation was missing from every patient. Moreover, the patients were not informed about the instructors of rehabilitation or help related to things that process of rehabilitation should go forward.

SISÄLLYSLUOTTELO

JOHDANTO.....	6
2. AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT.....	8
2.1 Aivoverenkiertohäiriöiden erottelu.....	8
2.2 Aivoinfarktin syyt ja riskitekijät	10
2.3 Aivoinfarktin oireet.....	10
2.4 Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat kustannukset.....	11
3. AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ POTILAAN KUNTOUTUS	11
4. AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ POTILAAN KUNTOUTUSPOLKU.....	14
4.1 Moniammatillinen työskentely.....	16
4.2 Kuntoutus toimintaprosessina.....	17
4.3 Kuntoutussuunnitelma.....	17
5. KÄYPÄ HOITOSUOSITUS AIVOVERENKIERTOHAIRIÖIDEN KUNTOUTUKSESTA.....	19
6. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE.....	21
7. TUTKIMUKSEN MENETELMÄ.....	21
8. POTILAIDEN HAASTATTELUT.....	21
9. TUTKIMUSTULOKSET.....	24
10. JOHTOPÄÄTÖKSET.....	25
11. POHDINTA.....	26
12. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETISYYS.....	27
LIITEET.....	30

JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kolmen aivoverenkiertohäiriö- potilaan kuntoutusprosessit Mustasaaren kunnassa.” Aivoverenkiertohäiriö (AVH) on yhteisnimitys ohimeneviä tai pitkäaikaisia neurologisia oireita aiheuttaville aivoverisuonten tai aivoverenkierron tai molempien sairauksille” (<http://www.kaypahoito.fi>)

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, noudattavatko kuntoutusprosessit Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologisen yhdistyksen asettaman työryhmän laatimaa Käypä hoito-suositusta Mustasaaren kunnassa.

Mustasaaren kunta kuuluu Vaasan sairaanhoitopiiriin, jolloin noudatetaan Vaasan keskussairaalan käytäntöä alkukuntoutuksessa, jonka jälkeen potilaan kuntoutus vastuu siirtyy Mustasaaren kunnalle. Tutkimus toteutettiin haastatteleamalla kolmea aivoverenkiertohäiriöpotilasta. Haastattelussa käytiin läpi kuntoutusprosessin suunnittelu, onko suunnittelussa noudatettu Käypä hoito-suositusta sekä kuntoutusprosessin eteneminen. Haastattelut videoitiin ja äänitettiin. Tutkimus tehtiin yhteistyönä Mustasaaren terveyskeskuksen kanssa ja haastateltavat on valikoitu terveyskeskuksen fysioterapia osastolta jatkokuntoutuksessa olevien potilaiden joukosta. (<http://www.kaypahoito.fi>)

Kuntoutusprosessilla tarkoitetaan tapahtumasarjaa, joka etenee suunnitteluvaiheen, eri toimenpide toteutuksen ja jatkuvan seurannan kautta kohti tavoiteltua tilaa.(s.190 Järvikoski ja Härkäpää) Käypä hoito suositukset ovat riippumattomia, tutkimuskäytäntöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. (<http://www.kaypahoito.fi>)

Kuntoutusprosessin määrittelemiseen on käytetty Käypä hoito-suositusta, jonka avulla annetaan selkeät säännöt ja kriteerit kuntien järjestämään kuntoutukseen. Aihe on ajankohtainen, sillä AVH potilaiden määrä on noussut varsinkin nuorien aikuisten ikäluokissa. Aivoverenkiertohäiriöt ovat useimmiten suurin syy, jonka takia menete-

tään laadukkaita elinvuosia. Lisäksi aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat yhteiskunnalla suuria taloudellisia kustannuksia.

(<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus>)

2. AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT

Aivoverenkiertohäiriöistä erotetaan kaksi eri pääryhmää: Aivoveritulpat ja aivoverenvuoto, joista on käytetty yleistä nimitystä aivohalvaus. Aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi yleisin kansantauti. Aivoverenkiertohäiriön seurauksena on yleensä aivohalvaus, joka on aivokudoksen vaurioitumisesta johtuva aivojen toimintahäiriö. Aivoinfarktin tavallisimmat äkilliset oireet ovat toisen puolen halvaus, toisen puolen raajojen heikkous tai /ja tunnottomuus ja holtittomuus, suunpielien riippuminen, puheentuottaminen tai ymmärtämisen häiriö, näkökenttä puutos, kaksoiskuvat, nielemisvaikeus sekä voimakas huimaus, tasapaino- ja kävelyvaikeudet sekä aivoverenvuodossa joskus kova päänsärky. Useimmiten oireet ovat kuitenkin kivuttomia. Aivoinfarktissa jokin aivoihin verta tuovista valtimoista tukkeutuu. Puuttuvan verenkierron alueella hermosolut kuolevat, mikäli tukos ei avaudu ajoissa. Aivohalvaus vaatii välitöntä hoitoa. (Aivoliitto ry 2005,3,6)

”Aivoinfarkti tarkoittaa aivoveritulppaa, joka on aivoverisuonen äkillisestä tukkeutumisesta johtuva vaurio aivokudoksessa. Tällöin verenkierto pysähtyy verisuonessa jolloin tästä suonesta verensä saaneet aivosolut kuolevat hapen puutteeseen” (www. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/>).

2.1 Aivoverenkiertohäiriöiden erottelu

Aivoverenkiertohäiriön oireet voivat olla hyvin vaihtelevia. Oireet riippuvat vaurion laadusta, suuruudesta ja sijainnista. AVH:n yleisimmät oireet ovat hitaus, keskittymisen ja muistivaikeudet, päättelyn ja käsitteellisen ajattelun vaikeudet, pakkoitku, masennus, hahmotusvaikeudet, vaikeat kiputilat, epilepsia, pakkoliikkeet, laskemisen- ja lukihäiriöt. Aivoverenkiertohäiriöt voivat aiheuttaa joko ohimeneviä tai pysyviä halvausoireita raajoissa, näkökenttäpuutoksia, toisen tai molempien silmien näköhäiriöt. Häiriöitä korkeammassa aivotoinnoissa, jolloin ongelmia voi ilmetä puheen tuottamisessa, hahmotuksessa tai muistissa. Oireet ovat aina yksilöllisiä. Tavallisin aivoverenkierto häiriö on toisen puolen heikkous johon liittyy tuntopuutokset. Toimintakyvyn häiriöt ovat erilaisia riippuen, siitä kummalla puolella aivoja vaurio sijaitsee.

AVH potilailla on myös hyvin yleistä, että ongelmia on myös puheen tuottamisen, kuulemisen ymmärtämisen ja molempien eriasteisina ongelmina. Näille ongelmille käytetään yhteisnimitystä afasia. Kielellisten toimintojen häiriöt vaikeuttavat myös lukemista, kirjoittamista ja laskemista. (Aivoliitto ry 2005, 3,5: Korpelainen, Kallaranta & Leino 2001.S.225,226)

Aivoinfarktin syynä on usein valtimokovettumataudin aiheuttama ahtauma. Kyseessä voi olla myös hyytymä, joka on peräisin sydäimestä tai suuresta verisuonesta. Hyytymä voi kulkeutua aivoihin ja aiheuttaa tukoksen. Aivoverenvuodossa verta vuotaa aivokudoksen sisään tai aivojen pinnalle verisuonten seinämässä olevan repeytymän seurauksena. Se voi syntyä verenpainetaudin vaurioittamasta suonesta. Aivojen toimintahäiriön voi aiheuttaa myös aivovamma, kasvain tai tulehdus. (Aivoliitto ry 2011,3)

TIA- kohtaus on ohimenevä aivoverenkiertohäiriö sen oireet muistuttavat aivoinfarktin oireita mutta menevät nopeasti ohi. Oireet kestävät yleensä muutaman minuutin tai enintään tunnin. Monet TIA kohtauksen saaneet saavat aivoinfarktin myöhemmin. Nämä kohtaukset ovatkin usein varoitus tulevasta. TIA- kohtauksiin tuleekin suhtautua yhtä vakavasti kuin aivohalvaukseen, jotta sen syy voidaan selvittää ja estää aivoinfarkti oikein suunnatulla hoidolla. (Aivoliitto 2011,4)

Aivoinfarktiin sairastuneista on neljännes työikäisiä. Varsinaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle sairastuneista jää vuosittain noin 850 henkilöä eli lähes joka kolmannes. Nuoremmilla potilailla aivoinfarkti aiheutuu usein sydänperäisestä syystä, esimerkiksi valtion sisäseinämän repeämästä tai veritulpalle altistavista tekijöistä. Iän myötä valtimosairauden ja eteisvärinän osuus aivoinfarktin aiheuttajana kasvaa. Etenkin iäkkäillä verenpainetauti ja pieneten suonten tauti on aivoveren vuodon syynä.(Aivoliitto ry, 2012)

2.2 Aivoinfarktin syyt ja riskitekijät

Verenpainetauti on suurin riskitekijä aivoinfarktissa.” Kohonneen verenpaineen laskeminen hoitojen avulla vähentää aivoinfarktin riskiä lähes puolella. Mitä enemmän verenpaine ylittää normaalirajat, sitä enemmän riski kasvaa” (www. [http:// ohjepankki .vsshp.fi/fi/](http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/)).

Toinen huomattava riskitekijä on diabetes, jonka kohdalla on myös tärkeä pitää hoitotasapaino kunnossa. Tupakointi on kolmas riskitekijä, joka lisää sairastumisriskiä kaksi- kolminkertaiseksi. Tupakoinnin lopettamien palauttaa riskin lähelle normaali väestöä alle viidessä vuodessa.

Erilaiset sydänsairaudet ovat myös riskitekijä aivoverenkierto häiriöön. Sydämen toimintaan vaikuttavat sydänviat voivat altistaa sydämen sisällä muodostuviin verihyytymiin. Sydänperäiset ongelmat aiheuttavat 20-25 prosenttisesti aivoinfarkteja. Myös muita riskitekijöitä tiedetään, kuten runsas alkoholin käyttö, kohonneet kolesteroliarvot, ylipaino, ehkäisy tablettien käyttö, perinnöllinen taipumus, verisairaudet tai migreeni.

(www. [http:// ohjepankki .vsshp.fi/fi/](http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/))

2.3 Aivoinfarktin oireet

Useimmat aivoinfarktit alkavat hyvin äkillisesti. Hyvinkin tavallista on, että aivoinfarkti syntyy nukkuessa. Tunnetuimmat oireet ovat äkillinen toisen puolenhalvaus ja heikko puhekyky. Yleensä halvausoireet ilmenevät toisessa kehonpuoliskossa. Äkillinen huimaus, kahtena näkeminen tai näkökentän supistuminen voivat olla myös oireita aivoinfarktille. Oireet ovat riippuvaisia sijainnista ja laajuudesta aivoissa. Joissakin tapauksissa aivoinfarktit voivat olla niin vähäoireisia, ettei potilas kiinnitä niihin ollenkaan huomiota. Oireet voivat tasaisesti lievittyä tai sitten joissakin tapauksissa voivat oireet lähitunteina tai päivinä pahentua. Pahasti pahentuneet oireet voivat merkitä aivoveritulppaa.

Viime vuosina on kuitenkin aivoverenkiertohäiriöiden ennuste parempi. Akuuttihoito on tehostunut ja kuntoutusmenetelmät ovat edistyneet. Lievissä aivoinfarkteissa voi oireet lievittyä kokonaan. Vaikeimmissa tapauksissa oireet voivat korjaantua vain hiukan pitkänkin ajan kuluessa. Kuitenkin ennusteet ovat hyvin yksilöllisiä niihin

vaikuttaa infarktin koko ja sijainti. Muita tekijöitä, jotka vaikuttavat ennusteeseen voivat olla esimerkiksi kuntoutus, muut sairaudet ja ikä. Aivoinfarkteihin vaikuttaa aina tietynlainen kuoleman riski, joka johtuu suoraan voimakkaasta infarktista tai sairastumisesta johtuvista sivu sairauksista, kuten keuhkokuumeesta tai keuhkoveritulpasta.

([www.http:// ohjepankki .vsshp.fi/fi/](http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/))

2.4 Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat kustannukset

Aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi kallein kansantauti mielenterveyden ja demencian jälkeen. Ensimmäisen vuoden hoitokustannukset ovat 20 000, joista akuutti hoitojen osuus on kolmannes. Kokonaiskustannukset ovat 86 000. On laskettu että vuoteen 2020 tarvitaan 100 osastoa lisää, joissa pystytään hoitamaan AVH potilaita. Ennalta ehkäisyä ja hoitoa on tehostettava, ettei AVH potilaiden määrä lisääntyisi.(Aivoliitto 2012,8 Aivoverenkiertohäiriöt numero tietoina)

3. AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖ POTILAAN KUNTOUTUS

Kuntoutus on asiakaslähtöistä toimintaa, jossa kaikki kuntoutujan arkea koskevat palvelut ovat tärkeitä. Kuntoutuksessa on aina kyseessä kuntoutujan toimintakyvyn luominen ja lisääntyminen. Lähtökohtana on aina kuntoutujan oma elämäntilanne, jonka perusteella asetetaan yksilölliset tavoitteet. Kuntoutus työntekijät pitäisi tukea kuntoutusta niin, että tavoitteet saavutetaan. Tämän pitäisi näkyä koko kuntoutusprosessissa. Kuntoutujalla itsellään on keskeinen rooli kuntoutuksessa. Ilman omaa aktiivisuutta ja sitoutumista kuntoutukseen ei kuntoutus etene. Kuntoutustarpeiden ja kuntoutujan voimavarojen kartoituksella luodaan pohja kuntoutukselle ja sen tavoitteiden asettamiselle ja siten koko kuntoutukselle. Niitä pitää tarkastella ja havainnoida koko kuntoutuksen ajan.(Kettunen, Kähäri- Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002,13,19,31,326.)

AVH- potilaan kuntoutuminen on nopeinta ensimmäisten kuukausien aikana aivohalvauksesta, mutta joskus kuntoutus voi kestää vuosiakin. Joka toisella aivohalvauksen saaneella jää oireita, jotka vaikeuttavat arkielämää. Kuntoutumisennuste määräytyy täysin aivohalvauksen tyypistä, vaikeusasteesta, vaurion laajuudesta ja sijainnista, sekä vaurion aiheuttamista puutosoireista. Mitkä ovat yleensä halvausoireet, kielelliset ja muiden henkisten toimintojen vajaa toiminta ja pidätyskyvyn häiriöt. Kuntoutuminen riippuu myös iästä, sairastumisesta edeltäneestä toimintakyvystä ja muista sairauksista ja työikäisillä työvaativuudesta ja sosiaalisesta verkostosta. Tavoitteet täytyy asettaa tarpeeksi korkealle mutta kuitenkin niiden täytyy olla realistiset. Ammattihenkilöt voivat ohjata kuntoutusta oman ammattitaitonsa mukaisesti, mutta kuntoutujan täytyy luoda tavoitteet omien arvojensa mukaan. Tavoitteiden asettamisessa pitää ottaa jokaisen ihmisen oman elämänlaadun arvot esille. Eri ihmisillä on täysin eri arvot elämästä. (Aivoliitto ry 2011,16; Järvikoski & Härkäpää 2011,187,188,189,190,192,194; Numminen 1998, 34,35,36)

Kuntoutumisen tavoitteita ei voida asettaa heti sairastumisen alussa. Vasta muutaman viikon jälkeen voidaan asettaa tavoitteita pidemmälle eteenpäin. yleensä moniammatillinen asiantuntija ryhmä(lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä) asettavat suunnitelman pidemmälle ajalle eteenpäin yhdessä potilaan ja hänen läheisensä kanssa. Suunnitelma tehdään noin kolmen kuukauden päästä sairastumisesta. Kuntoutus kuitenkin aloitetaan heti sairastumisen alussa. Kun potilaan tila on vakaantunut hyvälle tasolle. Moniammatillisen työryhmän on yhdessä sopia tavoitteet ja päämäärät. Kuntoutus kannattaa jakaa pieniin osatavoitteisiin. Tieteellisten tutkimusten mukaan kuntoutusta tarvitsevien olisi hyvä saada kuntoutusta moniammatillisessa kuntoutuspaikassa, sillä heti alkukuntoutuksesta lähtien moniammatillisessa kuntoutusta saaneiden potilaiden kuolleisuus on pienempi ja laitostumisen vaara on vähäisempi verrattuna tavallisella vuodeosastolla kuntoutettuihin potilaisiin. (Sivenius 2007,12)

Aivoinfarktipotilaan kuntoutuksessa pyritään aktivoimaan potilasta mahdollisimman pitkälle omatoimiseen päivittäiseen toimintaan. Hyvin tärkeätä on, että hoitohenkilökunta osallistuu aktiivisesti kuntoutukseen. Jotta potilas tekee päivittäin asioista, jotka harjoittavat toimintakykyä. (Numminen 1998,29,30)

Fysioterapiassa on kehitelty erilaisia terapiamuotoja, joilla pystyttäisiin harjoittamaan AVH potilaan osaamista. Esimerkiksi neuroterapia on yksi terapia muoto, jota voidaan käyttää. Kyseinen hoitomuoto perustuu siihen, että potilaan liikemalleja voidaan hermoimpulsseja hyväksikäyttäen muuttaa. Nykyään kuntoutuksessa käytetään hyvin paljon painokevennettyä kävelyä, jossa potilas on tuettu liiveillä katossa roikkuvaan nostimeen. Tällöin potilaan seisoma asento on tuettu niin, että terapeutit pystyvät avustamaan ja ohjaamaan potilaan jalkojen ja vartalon asentoa. Tämä mahdollistaa sen, että potilas löytää oikeanlaisen liikemallin kävelyyn jo varhaisessa vaiheessa. (Kallinen.11,13)

Tämänlaisella jokapäiväisellä kävelyharjoittelulla on saatu hyviä tuloksia aikaa kuntoutuslaitoksissa. Kädenharjoittamiseen on kehitetty hoitomuoto, mikä mahdollistaa vain toimintakyvyltään heikomman käden käytön harjoittelun. Kyseisessä hoitomuodossa suljetaan pois mahdollisuus, jossa potilas käyttäisi vahvempaa kättä avustamassa heikompaa.(Sivenius.ym.1021,1023)

Aivoinfarktin jälkeen voi potilaalla olla ongelmia myös puhumisen ja asioiden hahmottamisen kanssa. Jokaiselle potilaalle on tarvittaessa taattava mahdollisuus saada puheterapiaa ja neuropsykologiaa, joissa kartoitetaan mahdolliset kognitiiviset häiriöt. (Korpelainen ym.2001,299)

Aivohalvaus potilaiden kuntoutuksessa yleensä kolme ensimmäistä kuukautta ovat kuntoutuksen kannalta hyvin etenevät, sitä seuraavat kolme kuukautta kohtalaisesti etenevät ja seuraava puoli vuotta on hidasta kuntoutumista. Aktiivista kuntoutusta tapahtuu niin kauan kuin kuntoutus menee eteenpäin. Akuuttivaiheen jälkeen jatketaan ylläpitävää kuntoutusta. Hyvin aktiivinen kuntoutuja voi oppia jatkossakin uusia taitoja tai kehittyä taidoissaan. Toimintakykyä voidaan parantaa vielä avokuntoutuksessa kun potilas on jo kotiutunut. Tämä kuitenkin vaatii kovaa harjoittelua. (Korpelainen ym.,2001,230,231: Martikainen 2007,Sivenius 2007, 12)

Fysioterapia on kuntoutusmuoto, jota jatketaan alkukuntoutuksesta lähtien hyvin tiiviisti jatkokuntoutukseen. Fysioterapiassa käytetään työvälineinä suunnitelmallista manuaalista, suullista ja visuaalista ohjaamista.(Pyöriä 2007.4,7)

Potilailla on yleisesti ongelmia tasapainon ja vartalonhallinnan kanssa ja heillä on suuri riski kaatua liikkumisen tai siirtymisien yhteydessä. Siksi pystyasentoon totuttaminen tapahtuu mahdollisimman varhain sairastumisen jälkeen. Vaiheittain tapahtuvat kääntymisen harjoittelu sängyssä, josta siirrytään vaiheittain tuoliin siirtymisen ja pystyasennon harjoitteluun.

Kodin ja lähiympäristön muutostöillä edistetään potilaan liikkumista ja omatoimisuutta. Apuvälinetarve kartoitetaan mahdollisimman yksilökohtaisesti ja se uusitaan mahdollisimman usein. Apuvälinetarve kartoitetaan potilaan koti ja lähiympäristössä. (Sivenius, 2007,13,14)

Toimintaterapia on myös hyvin tärkeä alkuvaiheen kuntoutuksen jälkeenkin. Aivohalvaus potilailla toimintaterapia on tärkeä perustoimintojen opettelussa ja harjoittamisessa. Päivittäisten apuvälineiden säännöllinen tarkistaminen on tärkeä toimintaterapian tehtävä. (Sivenius.2007 13,14)

Puheterapialla tuetaan avoinfarktin yhteydessä syntyneitä afasiaa ja puheen tuottamisen vaikeutta. Puheterapian tavoitteena on parantaa kommunikointikykyä. (Sivenius 2007, 13,14) AVH potilailla on yleensä kognitiivisia, yleis- ja erityishäiriöitä, joista tavallisimpia on muistin ja tarkkaavaisuuden, havaintokykyyn sekä loogiseen ajattelun, että toiminnan häiriöitä. Näiden häiriöiden kuntoutukseen käytetään neuropsykologista kuntoutusta. (Korpelainen ym. 2001, 237,Sivenius 2007, 13,14)

Aivoinfarktin Käypä hoito-suosituksen mukaan aivohalvauspotilasta on seurattava vähintään vuosittain. Vastuu seurannan järjestäminen on perusterveydenhuollolla. Koska aivohalvauspotilailla on korkea verisuonisairauden riski jatkossa, heidän riskitekijöitään ja kuntoutusta kannattaa seurata. AVH potilailla on myös suuri riski masennukseen ja sosiaaliselle syrjäytymiselle. Seuranta voi tapahtua terveydenhuollon ammattihenkilöiden puolesta, jotka kartoittavat tarvittavan kuntoutustarpeen arvioinnin ja tarvittaessa myös konsultoi moniammattilista työryhmää. (Pesonen 2011 käypähoito)

4. AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ POTILAAN KUNTOUTUSPOLKU

AVH potilaan kuntoutuspolun oleellisin tehtävä on halvaus oireiden tunnistaminen. Hälytyskeskukseen täytyy ottaa yhteyttä heti halvausoireiden alkaessa. Hälytyskeskuksesta aivohalvaus potilaat saavat heti oman koodinsa. Sillä hälytyskeskuksessa lähetetään aina kiireellinen hoito eteenpäin kun on kyseessä aivohalvaus ja jotta saa-

daan potilas oikeaan hoitopaikkaan. Liutushoito pitää aloittaa kolmen tunnin sisällä oireiden alkaessa, mikäli sen antamiselle on mahdollisuus. Aivohalvaus potilas siirretään mahdollisimman nopeasti neurologian valvonta yksikköön, jossa liutushoidon anto on mahdollista. Jokaisessa maamme keskussairaalassa on mahdollisuus saada liutushoitoa, mutta ei voida taata, että vuorokauden joka hetkellä. Telelääketiede on kehittynyt niin, että pienemmätkin sairaalat pystyvät antamaan AVH- potilaille liutushoitoja ja helikopteri kuljetukset ovat lyhentäneet välimatkoja. Vaikka potilas ei soveltuisi liutushoitoihin hyötyvät tällaiset potilaat neurologisesta akuuttihoitosta. Käypä hoito-suositus sisältää kiireellisen hoidon periaatteet. Jokainen aivohalvaus potilas on oikeutettu saamaan liutushoitoa tai hoitoa AVH yksikössä joko omassa kotikunnassa tai muussa kunnassa. Asuinpaikasta riippumatta jokaisella täytyy olla mahdollisuus saada samanlaista hoitoa.(Roine 2007,10,11)

Aivohalvaus yksikössä AVH potilas viettää noin 1-5 vuorokautta. Alkuvaiheen kuntoutus tapahtuu erikoissairaanhoidossa, jossa laaditaan ensimmäinen kuntoutussuunnitelma. Potilaan elintoimintojen vakaannuttua voi potilas vointinsa mukaan osallistua terapioihin ja kuntoutukseen. Tämän jälkeen potilas siirtyy neurologian vuodeosastolle jatkokuntoutukseen. Tämän jälkeen potilaan kuntoutus siirtyy joko keskus- tai aluesairaalan neurologian osastolla, kunnes kotiutuminen tai terveyskeskustasoinen jatkohoito paikka on mahdollinen.(Korpelainenym.2001,232)

Intensiivinen kuntoutusvaihe kestää 3-6 kuukautta, joskus pidemmänkin ajan. Jos potilaan kuntoutus etenee hyvin, niin hän voi käydä eri kuntoutusterapioissa avopuolella. Intensiivisen kuntoutuksen loppuvaiheella vastuu siirretään perusterveydenhuollolle. Tällöin hoidon aloittanut sairaalan osasto arvioi terapioiden tarpeen ja suunnittelee niiden järjestämisen yhdessä perusterveydenhuollon kanssa. Potilaan siirtyminen hoito-organisaatiosta toiseen edellyttää tiivistä yhteydenpitoa tulevan jatkohoitoympäristön kanssa. Kuntoutussuunnitelman pitää tapahtua yhteistyössä kuntoutusryhmän, potilaan ja hänen läheistensä kanssa.(Korpelainen ym. 2001,230,232,233)

Erikoissairaanhoidon tehtävänä on potilaan akuuttihoito ja alustavan kuntoutussuunnitelman laatiminen. Koska potilaat siirtyvät hyvin nopeasti jatkohoitoon perusterveydenhuoltoon, on pitkälle menevää hoito/kuntoutussuunnitelmaa vaikea tehdä. Siksi kuntoutussuunnitelma tulisi tarkistaa perusterveydenhuollossa jokaisen potilaan

kohdalla. Erityisesti täytyisi kiinnittää huomiota hoidon ja kuntoutuksen jatkumiseen ja tiedon siirtymiseen potilaan mukana. (Malmberg-ceder 2007)

Toimintakykyä ylläpitävään kuntoutukseen siirrytään asteittain, yleensä vuoden jälkeen sairastumisesta. Kuntoutuksen tavoitteena on silloin ylläpitää ja ehkä parantaa-kin saavutettuja taitoja. Potilas tarvitsee jatkuvaa motivointia, tukea ja ohjausta, jotta itsehoito olisi mahdollisimman tehokasta. Terapiat tässä vaiheessa tapahtuvat poliiklinisesti. Hyvin vaikeasti vammautuneet tarvitsevat laituskuntoutusjaksoja, joiden järjestämisestä ja kustannuksista huolehtii alle 65-vuotiaiden kohdalla Kela. Yli 65-vuotiaat voivat hakea Kelalta harkinnan varaista kuntoutusta tai oma kunta kustantaa laituskuntoutusjaksot. (Korpelainen ym.2001,231)

Jatkohoito ja seuranta tapahtuvat terveyskeskuksissa. Riskitekijöitä pitää arvioida hyvin tehokkaasti. Kuntoutuksen näkökulma edellyttää sairastuneen ja hänen lähipiirinsä huomioon ottamista. Erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaaja voi olla yhteydessä potilaaseen ja hänen läheisiinsä tarvittaessa ja olla yhteyshenkilö muuhun palveluverkostoon potilaan asioista. Perusterveydenhuolto huolehtii potilaan kuntoutuksen ja kotona selviytymisen. Terveyskeskus järjestää tarvittaessa fysioterapeutin ja kotisairaanhoidon käynnit kotiin. Kotihoidossa keskitytään kuntoutujan arkeen ja siitä selviytymiseen. Kotihoidolle kuuluu myös potilaan ohjaus ja neuvonta erilaisista palveluista ja läheisten jaksamisen kartoittaminen. Myös terveyskeskuksessa voidaan muodostaa työryhmä toteuttamaan vammautuneen potilaan kuntoutusta. Ryhmään voi kuulua vastuulääkäri, omahoitaja, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti ovat henkilöt, jotka pitävät yhteyttä kotisairaanhoidon ja kunnan sosiaalitoimen kanssa. (Kettunen 2002,336, Korpelainen ym. 2001. 233)

4.1 Moniammatillinen työskentely

Moniammatillisessa kuntoutuksessa edellytetään eri tieteenalojen asiantuntemusta, kuten lääketieteellistä ja sosiaalista -ja käyttäytymistieteiden tietoa sekä erilaisia psykoterapioiden menetelmiä ja niiden sovelluksia. Terveystieteiden huollossa moniammatillista työskentelyä kuvataan erilaisten asiantuntijaryhmien yhteistä työskentelyä jossa pyritään huomioimaan potilaan kokonaisuus. Tarkoitus on pyrkiä tekemään tapaus-

kohtaisesti tavoite ja käsitys kustakin potilaasta ja hänen kokonaisvaltaisesta hoidostaan.

Keskustelussa pyritään yhteiseen tavoitteeseen. Tarvittaessa tässä keskustelussa on mukana potilas tai hänen läheisensä. Näin kaikki tahot voivat vaikuttaa keskusteluun ja yhteisen päämäärän asettamiseen.(Isoherranen2004,14,15, Kettunen ym.2002,31)

Lähtökohtana moniammatilliselle työskentelylle on, että potilaan asioita hoidetaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tiedon ja eri näkökulmien yhteen saattaminen vaatii eri asiantuntijoiden vuorovaikutusta.(Isoherranen 2004, 16)

4.2 Kuntoutus toimintaprosessina

Kuntoutus tarkoittaa monista eri palveluista ja toiminnoista muodostuvaa prosessinomaista kokonaisuutta. Prosessi etenee eri vaiheiden, toimenpiteiden ja palveluiden kautta kohti tavoitteita. Kuntoutuksen tavoitteena on yksilön mahdollisimman hyvä toimintakyky. Kuntoutus muodostuu erilaisista palveluista ja rahoitusjärjestelmistä. Siksi ei voida olettaa, että potilas itse tietäisi miten kuntoutusprosessi etenee, joten tässä tarvitaan ihmistä joka osaa neuvoa, mitä milloinkin tapahtuu. Kuntoutusprosessin tavoite ja tieto määräytyy potilaan tilanteen ja tarpeen mukaan. Kuntoutusprosessia voidaan tarkastella yksilötasolla siten, että se on jokaisen ihmisen oma kasvu- ja oppimisprosessi. Siinä korostetaan oman elämäntilanteensa uudelleen järjestelyä ja oppimista. Kuntoutujan tavoitteena on uusien selviytymiskeinojen ja hallinta strategioiden oppiminen sekä omien ja ympäristön voimavarojen käyttöönottoa, jotta päästäisiin sovittuihin tavoitteisiin.(Järvikoski & Härkäpää 2004, 165 Lehto ym.2001,147)

4.3 Kuntoutussuunnitelma

Kuntoutussuunnitelma on asiakirja, joka edellytetään kuntoutuslainsäädännössä. Sen tehtävänä on välittää tarpeellista ja välttämätöntä tietoa toisesta kuntoutusjärjestelmästä tai organisaatiosta toiseen. Sen voi sanoa olevan eri tahojen yhteydenpidon

väline. Kuntoutussuunnitelman tekemisen vaatimus perustuu lakeihin, joissa se perustuu etuuksien tai kuntoutuksen saamiseen. Kuntoutussuunnitelma on myös asiakirja, joka antaa kuntoutujalle mahdollisuuden sitoutua oman kuntoutumisen edistämiseen ja lähteä omalta osaltaan toteuttamaan kuntoutusprosessiaan. Voidaankin sanoa, että kuntoutussuunnitelma on kuntoutusjärjestelmän, tai organisaation ja kuntoutuja välinen asiakirja. Sen avulla pyritään turvaamaan kuntoutujalle hänen tarvitsema palveluketju. Ihanteellinen tilanne on jos kuntoutussuunnitelman allekirjoittaja on kuntoutuja ja kuntoutustyöntekijä. Kuntoutussuunnitelmassa määritellään kuntoutuksen seurantatapa ja sen mukaan voidaan kuntoutusta muuttaa tarpeen vaatiessa. (Järvikoski & Härkäpää, 2004: 168,169, Kettunen ym.2002, 36)

Käytännössä kuntoutussuunnitelma on välttämätön edellytys kuntoutustoimenpiteiden etenemiselle. Esimerkiksi Kelan vaikeavammaisten kuntoutusta ei ole mahdollista käynnistää ilman julkisessa terveydenhuollossa todettua ja laadittua kuntoutussuunnitelmaa. Vaikeavammaisen potilaan kuntoutus tulee perustua kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan. Suunnitelma tulee laatia kuntoutujan hoidosta vastaavan julkisen sektorin terveydenhuollon yksikössä, joka on perusvastuussa vaikeavammaisen hoidon ja kuntoutuksen järjestämisestä. Julkinen terveydenhuolto voi olla, joko terveyskeskus tai sairaala. Suunnitelma laaditaan, joko kuntoutujan tai hänen lähiomaisen kanssa. Suunnitelma kirjataan vähintään vuodeksi kerrallaan tai enintään kolmeksi vuodeksi. Kuntoutussuunnitelman tekee joko lääkäri tai moni ammatillinen tiimi yhdessä. Kuntoutussuunnitelma toimitetaan maksutta Kansaneläkelaitokselle. (Järvikoski & Härkäpää 2004. 169; Kelan järjestämä vaikeavammaisten lääkinnällisen avokuntoutuksen standardi versio 5/2005; Laki kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005,9 S, Sosiaali- ja terveys ministeriö 2005)

5. KÄYPÄ HOITOSUOSITUS AIVOVERENKIERTOHAIRIÖIDEN KUNTOU- TUKSESTA

Käypä hoito suosituksessa on koottu tutkimustietoa, joka on kerätty systemaattisesti tutkimuksista. Suositus on tehty päätöksien tueksi kliinisissä tilanteissa ja kuntoutusta suunniteltaessa.

Tutkija ryhmän tarkoituksena on päivittää suunnitelmat ja näyttöastekatselmukset kolmen vuoden välein. Parhaat asiantuntijat ovat koonneet ohjeita ja menetelmiä, joilla voitaisiin vähentää aivoinfarktin esiintymistä. (<http://www.kaypahoito.fi>)

Tutkimustiedolla on myös pyritty etsimään tehokkain ja parhain tapa saada onnistuneita kuntoutuskokemuksia. Käypä hoito suunnitelmassa suositellaan jokaiselle sairastuneelle kuntoutustarpeen arviointia AVH-yksikössä. (<http://www.kaypahoito.fi>)

Kuntoutus arvio tehdään ensimmäisen viikon kuluessa, riippuen potilaan sen hetkestä tilanteesta. Jokaiselle potilaalle pitäisi tehdä arvio kognitiivisen, fyysisen ja psyko sosiaalisen kuntoutuksen tarpeesta. Kuntoutuksen tarpeen arviointiin tarvitaan moniammatillinen työryhmä. Työryhmän arviointi kirjataan ylös ja tästä laaditaan jokaiselle potilaalle henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma. Tämä tehdään yhteistyössä hoidosta vastaavan yksikön, moniammatillisen työryhmän potilaan ja hänen läheistensä kanssa. . (<http://www.kaypahoito.fi>)

Jokaisen AVH potilaan pitäisi saada kuntoutusta moniammatillisessa kuntoutusyksikössä. Potilaat hyötyvät kuntoutuksesta katsomatta potilaan ikää, sukupuolta tai sairauden vaikeusastetta. Kuntoutusyksikössä kuntoutumassa olevat potilaat ovat huomattavasti nopeammin kuntoutuneet kotiin. Kuolleisuus ja pysyvään laitoshoitoon jääminen on pienentynyt. Tutkimuksessa tulee esille miten paljon hoidon tehokkuudesta ollut hyötyä vähäisempään vammautumiseen, hoitoajat ovat lyhentyneet huomattavasti ja elämänlaatu on ollut parempi. (<http://www.kaypahoito.fi>)

Kuntoutuksen hyötyä voidaan arvioida jo hyvin luotettavasti 1-3viikon kuluessa. Tutkimuksessa tulee esille myös se, että terveydenhuollon ammattilaiset ovat AVH yhdyshenkilöinä sairaanhoitopiirien ja perusterveyden huollon kanssa. He ovat tärkeässä osassa hoito- ja kuntoutuspolun alussa ja kuntoutussuunnitelman toteutumisen seurannassa. Moniammatillisessa kuntoutusyksikössä toimii lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi, sosiaalityöntekijä ja jatkokuntoutuksen organisoijana tärkeässä osassa on kuntoutus ohjaaja. Käypä hoito-suosituksessa on myös suositus jatkokuntoutuksesta, jotta se jatkuisi avopuolella ainakin vuoden hyvin tehokkaana. Koska AVH potilas hyötyy tehokkaasta harjoittelusta vielä vuodenkin jälkeen sairastumisesta. Sen jälkeen kuntoutuksen pitäisi olla yllä pitävää ja ennaltaehkäisevää. Vaikka edistystä kuntoutuksessa on tapahtunut vielä vuosienkin jälkeen kun on harjoitellut aktiivisesti. Kuntoutuksen pitäisi olla jatkuvaa ja eri tilanteiden mukaista. Apuväline tarve esimerkiksi voi muuttua kuntoutuksen edetessä ja sitä on hyvä kontrolloida. Käypä hoito suosituksessa suositellaankin pitkäaikaissairaiden kohdalla, että heillä on voimassa oleva kuntoutussuunnitelma ja jonka myötä potilailla on tarvittava määrä kuntoutusta ja tarvittavat lääkäri kontrollit kahden vuoden välein. AVH potilaille suositellaan ennaltaehkäisevä kontrollina verenpaineen, diabeteksen ja dyslipidemian hoidon seuranta. Ettei tilanne ja toimintakyky heikentyisi ja näin hoidon tarve lisääntyisi. Myös masentumisen ja syrjäytymisen riski näillä potilailla on hyvin suuri, jota myös pitää kontrolloida ja ennaltaehkäistä. (<http://www.kaypahoito.fi>)

6. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kolmen aivoverenkiertohäiriö- potilaan kuntoutusprosessit Mustasaaren kunnassa.

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, noudattavatko kuntoutusprosessit Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologisen yhdistyksen asettaman työryhmän laatimaa Käypä hoito-suositusta Mustasaaren kunnassa.

7. TUTKIMUKSESSA KÄYTETTY MENETELMÄ

Tutkimuksessa käytetty menetelmä oli laadullinen tutkimus eli kvalitatiivinen tutkimus. ”Laadullisessa tutkimuksessa käytetään harkinnanvaraista otantaa” (<http://fi.wikipedia.org/wiki/laadullinen-tutkimus>). Tutkimukseen ei valita kovin suurta määrää, mutta niitä tutkitaan hyvin perusteellisesti. Tässä tutkimus menetelmässä on tärkeintä tutkimuksen aineiston laatu. Joka valitaan tarkoituksenmukaisesti ja teoreettisesti perustellen. (<http://fi.wikipedia.org/wiki/laadullinen-tutkimus>)

8. POTILAIEN HAASTATTELUT

Ensimmäinen haastateltava on 60-vuotias mies, joka on sairastunut vuonna 2009 aivoverenkiertohäiriöön. Potilas on ollut erikoissairaalan hoidossa Vaasan keskussairaalassa neljä viikkoa ja saanut siellä kuntoutusta päivittäin alkuvaiheen kuntoutuksena. Kuntoutus tapahtui osaston käytävillä ja potilashuoneessa. Jatkokuntoutus on tapahtunut Vaasan sairaanhoitopiirin käyttämässä kuntoutuspaikassa Pietarsaaren Malmin sairaalassa, jossa kuntoutusta on ollut useita kertoja päivässä. Kuntoukseen

on kuulunut yksilöllistä fysioterapiaa, toimintaterapiaa ja puheterapiaa. Kuntoutus on ollut moniammatillista. Kuntoutus kesti Pietarsaassa kaksi kuukautta. Tämän jälkeen potilas kotiutui. Kuntoutus on jatkunut Mustasaaren terveyskeskuksessa kaksi kertaa viikossa fysioterapiana. Joka on tapahtunut kerran viikossa yksilöllisenä ja toisen kerran ryhmässä tapahtuvana kuntoutuksena. Kuntoutusta jatkui näin kaksi vuotta. Siitä lähtien kuntoutus on jatkunut ryhmä kuntoutuksena. Potilaalle ei ole tehty alkukuntoutuksen jälkeen kuntoutussuunnitelmaa, eikä tällä hetkellä ole tehty kuntoutussuunnitelmaa. Rollaattori on kävelyn apuvälineenä potilaalla kokoajan. Kotiin ei ole tehty muita kodinmuutostöitä kuin ainoastaan kahvoja asetettu seinille ja kyseessä on omakotitalo. Avuntarve ruuanlaiton suhteen on päivittäistä. Muuten potilas selviytyy päivittäisistä toiminnoistaan itsenäisesti mutta hyvin hitaasti. Potilaan vaimo auttaa kaikissa vaikeissa asioissa kotona. Liikkuminen tapahtuu kolmi-
pyöräisellä pyörällä, sillä autolla ajaminen häneltä on kielletty. Potilas oli todella tyytyväinen Pietarsaassa tapahtuneeseen kuntoutukseen. Kokonaisvaltaisesti hän ei kuitenkaan ole tyytyväinen saamaansa kuntoutukseen vaan kritisoi Vaasan keskussairaalan saamaansa hoitoa. Potilas itse on selvittänyt kuntoutukseensa liittyviä asioita. Esimerkiksi hän ei ollut mitenkään tietoinen kuntoutuksen ohjauksesta tai ohjaajista. Potilaalla ei ole ollut minkäänlaista lääkäri kontrollia Vaasan keskussairaalan neurologian polilla tai omassa terveyskeskuksessa.

Toinen haastateltava on 60-vuotias mies joka on sairastunut myös vuonna 2009. Vaasan keskussairaalan hoito kesti kolme viikkoa, jonka aikana kuntoutus oli fysioterapiaa, joka oli päivittäistä ja se tapahtui, joko potilas huoneessa tai osaston kuntoutus huoneessa. Tämän jälkeen potilas siirtyi Malmin sairaalaan Pietarsaareen jatkokuntoutukseen, jossa potilas oli kaksi kuukautta ja kuntoutus oli päivittäistä. Kuntoutus tapahtui moniammatillisena kuntoutuksena. Potilas sai yksilöllistä fysioterapiaa, toimintaterapiaa päivittäin ja kuntoutus tapahtui terapia huoneissa tai jumppasalissa. Potilas oli hyvin tyytyväinen Pietarsaassa tapahtuneeseen kuntoutukseen ja olisi toivonut, että kuntoutus siellä olisi jatkunut pitempään. Alkukuntoutuksen jälkeen kuntoutussuunnitelmaa ei tehty. Tämän jälkeen potilas siirtyi kotiin ja kuntoutus jatkui oman terveyskeskuksen fysioterapiassa, jossa kuntoutusta tarjottiin kerran viikossa yksilöllisesti ja kerta viikossa ryhmässä tapahtuvana kuntoutuksena. Yksilöllinen fysioterapia kerran viikossa jatkui vuoteen 2011. Tämän jälkeen fysioterapiaa oli

joka toinen viikko ja nyt potilaalla on ainoastaan ryhmä fysioterapia käynti viikossa terveystieteiden keskuksessa. Potilaalla ei ole apuvälineitä eikä kotona ole tehty kodinmuutostöitä. Kuntoutussuunnitelmaa ei ole ja potilaalla ei ole lääkäriä kontrolleja Vaasan keskussairaalan neurologian polille eikä oman terveystieteiden keskuksen lääkäriä.

Kolmas haastateltava on 68-vuotias mies, joka sairastui vuonna 2011. Potilas oli ensin hoidossa Vaasan keskussairaalaan kaksi viikkoa, josta hänet on lähetetty Tampereen Yliopistolliseen sairaalaan, jossa hän on ollut neljä viikkoa. Kuntoutusta ei näissä paikoissa tapahtunut. Tämän jälkeen potilas siirrettiin Mustasaaren terveystieteiden keskukseseen, jossa potilas oli joitakin kuukausia. Potilaan kuntoutus osastolla oli päivittäistä kuntoutussalissa tapahtuvaa, joka sisälsi fysioterapiaa ja toimintaterapiaa. Mustasaaren terveystieteiden keskukselta potilas lähetettiin jatkokuntoutukseen Pietarsaaren Malmin sairaalaan. Kuntoutus tapahtui kahdessa jaksossa, joista ensimmäinen kesti kuukauden. Tämän jälkeen potilas palasi takaisin Mustasaaren terveystieteiden keskukseseen, jossa kuntoutus jatkui samanlaisena kuntoutuksena kuin aikaisemmin. Potilas palasi takaisin Pietarsaaren, kun Malmin sairaala jälleen aukesi elokuussa ja tällä kertaa kuntoutus kesti kaksi kuukautta, jonka jälkeen potilas tuli takaisin Mustasaaren terveystieteiden keskukseseen odottamaan, että kodin muutostyöt olivat valmiit. Kodinmuutostöitä tehtiin vessan ja kylpyhuoneen osalta. Potilas asuu kerrostalossa ensimmäisessä kerroksessa, jossa ei ole hissiä. Potilas liikkuu pyörätuolilla, mutta siirtymiset onnistuvat kyynärsauvan ja avustajan avustuksella. Potilaan apuvälineitä päivittäisissä toiminnoissa ovat pyörätuoli, kyynärsauva, ortoosit polvessa ja kädessä. Avuntarve on päivittäistä, jota hän saa vaimolta, pojaltaan ja potilaalla on avustaja 30 tuntia kuukaudessa. Kuntoutusta potilas saa viikoittain kaksi kertaa fysioterapiana ja kerran toimintaterapiaa yksilöllisesti. Potilaalla ei ole alkukuntoutuksen jälkeen tehty kuntoutussuunnitelmaa. Hänellä ei myöskään ole nyt voimassa olevaa kuntoutussuunnitelmaa. Potilaalla ei ole mitään lääkäriä kontrolleja Vaasan neurologiselle polille eikä myöskään lääkäriä kontrollia Mustasaaren terveystieteiden keskukseseen. Potilas on kuitenkin ihan tyytyväinen kokonaisvaltaisesti kuntoutukseen.

9. TUTKIMUSTULOKSET

Jokaisen kolmen potilaan kohdalla on ollut ongelmana kuntoutussuunnitelman puutteellisuus alkukuntoutuksen jälkeen. Kaksi potilasta on mennyt suoraan erikoissairaanhoidosta moniammatilliseen kuntoutukseen. Yksi potilas oli lähetetty erikoissairaanhoidon jälkeen. Mustasaaren terveystieteiden keskuksen vuodeosastolle, jossa potilas oli kuukausi, ennekuin pääsi moniammatilliseen kuntoutukseen. Jokainen potilas on ollut tyytyväinen kuntoutukseen, joka tapahtui Pietarsaaren Malmin sairaalassa, sillä siellä oli paljon yksilöllistä kuntoutusta ja kuntoutus oli kokonaisvaltaista. Jokaisen potilaan kuntoutus kesti siellä 2-3kuukautta, mutta he olisivat halunneet, että kuntoutus olisi kestänyt pidempään näin tehokkaana. Jokainen potilas on päässyt kotiutu- maan Pietarsaaren kuntoutuksen jälkeen.

Kahdella potilaalla kuntoutus jatkuu Mustasaaren terveystieteiden keskuksen fysioterapia osastolla kerran viikossa yksilöllisesti ja kerran viikossa ryhmässä tapahtuvana kuntoutuksena. Nyt vuoden verran kummatkin näistä potilaista ovat saaneet kuntoutusta vain kerran viikossa ryhmässä. Muutoin kuntoutus tapahtuu omana kuntoutuksena, joka sisältää oma aloitteista kuntosalilla ja allasjumpassa käymistä. Nämä potilastapaukset toivoisivat, että kuntoutusta olisi yksilöllisesti. Kolmas potilas tapaus saa vielä yksilöllistä kuntoutusta viikoittain fysioterapiaa ja toiminta terapiaa kerran viikossa. Näin ollen hän on tyytyväinen kuntoutuksen määrään.

Jokaiselta potilaalta puuttuu voimassa oleva kuntoutussuunnitelma. Heillä ei ole myöskään minkäänlaisia lääkärin kontroleja Vaasan keskussairaalan neurologian polille eikä Mustasaaren terveystieteiden keskuksen. Kukaan heistä ei tietoinen kuntoutus ohjaajasta tai hänen työtehtävistään. Potilaat kokivatkin, että suurimman avun asioiden hoidossa he olivat saaneet Pietarsaareissa. Ja yksi potilas heistä on selvittänyt täysin asiansa itse. Potilaat kokivat itse, että tietynlaisia apuvälineitä he tarvitsisivat vielä esimerkiksi: Yksi potilas toivoisi jonkinlaista apua jalkojen väsymiseen ja kipuihin. Kyseisellä potilaalla ei käytössä minkäänlaisia apuvälineitä eikä tukia. Potilas tuntee tarvetta erikoiskengille ja tuille. Yksi potilas asuu omakotitalossa ilman minkäänlaisia rampeja ja hän liikkuu rollaattorin avustuksella. Tämä kyseinen potilas täyttää myös Kelan vaikeavammaisen potilaan kriteerit ja ikää on vasta 60-vuotta. Hänellä olisi mahdollisuus hakea kuntoutusta Kelan kautta, mutta hänellä ei ole voimassa olevaa kuntoutussuunnitelmaa eikä kuntoutusta ole siksi voitu hakea kelan kautta yksilölliseen kuntoutukseen.

10. JOHTOPÄÄTÖKSET

Jokaiselta potilaalta puuttuu alkuvaiheen kuntoutuksessa tehty kuntoutussuunnitelma, vaikka sellainen on Käypähoito suosituksessa suotavaa. Tämä helpottaa kuntoutuksen etenemistä, kun potilas vaihtaa kuntoutuspaikkaa erikoissairaanhoidosta jatkokuntoutukseen. Jokainen näistä potilaista on saanut kuntoutusta moniammatillisessa kuntoutusyksikössä niin kuin käypä hoito-suosituksessa toivotaan. Laki velvoittaa myös kuntia tekemään potilaille asianmukaiset kuntoutussuunnitelmat. Suunnitelmaa pitää myös lain mukaan seurata ja arvioida määräajoin. (Saatavissa: http://www.Finlex.fi/fi/asetus_lakisääteisestä_kuntoutuksesta_1015//1991)

Jokaiselta potilaalta puuttuu myös nyt voimassa oleva kuntoutussuunnitelma ja tämän takia potilaat ovat jääneet ilman jatkuvaa kuntoutusta ja kontroleja. Jos kuntoutussuunnitelma kirjoitetaan kahdeksi vuodeksi eteenpäin, silloin esille tulee ajankohdainen potilaan kuntoutuksen ja apuvälineiden tarve. Tällöin potilas myös saa tarvittavat lääkärikontrollit kahden vuoden välein. Olisikin hyvä, että terveyskeskuksissa kuntoutussuunnitelmat tehtäisiin moniammatillisessa työryhmässä. Tämä tarkoittaa, että potilasta hoitavat kuntoutushenkilöt suunnittelevat yhdessä uuden kuntoutussuunnitelman. Kuntoutushenkilöitä ovat fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalihoitaja, puheterapeutti, lääkäri ja mahdollisesti kuntoutusohjaaja, jos tällainen on käytettävissä terveyskeskuksessa. He kokoontuvat yhteen pohtimaan potilaan asioita ennen kuin kirjoittavat uuden kuntoutussuunnitelman kahdeksi vuodeksi eteenpäin. Näin pyritään saamaan potilaan kuntoutus kokonaisvaltaisesti koottua yhteen. Tällöin pitkäaikaispotilaiden jatkuva kuntoutus ja kontrollointi voisi olla sellaista, miten käypä hoito-suosituksessa se on suunniteltu. Näin ennaltaehkäistään pitkäaikaispotilaiden ennenaikaisesti lisääntynyt hoidon tarve ja laitostuminen. (Saatavissa: <http://www.Finlex.fi/fi/>)

11. POHDINTA

Suurin ongelma AVH potilaiden ja muiden pitkä-aikais potilaiden kohdalla on juuri kuntoutussuunnitelman tekeminen ja näin potilaiden kuntoutuksen ja kontrolloinnin jatkuminen läpi elämän. Jos halutaan ennalta ehkäistä ja säästää varoja tämän sairauuden kohdalla on kontrollien tekeminen ja kuntoutussuunnitelman noudattaminen tärkein asia tässä asiassa. Monilla kunnilla ei ole varattu resursseja kartoittamaan ja kontrolloimaan, mitä hoitoa ja kuntoutusta pitkäaikaissairaajat tarvitsevat. Tehdessäni näitä haastatteluja huomasin miten näiden kolmen potilastapauksen kohdalla oli laininlyöty monia asioita jo alkukuntoutuksesta saakka. Erikoissairaanhoidossa on kiire saada potilaat eteenpäin eikä kunnollista alku suunnitelmaa pystytä tekemään. Siinä vaiheessa kun potilaat jatkokuntoutuksen jälkeen siirtyvät omien kuntien vastuulle hoidetaan ainoastaan tarvittavat eli mitä edellisestä paikasta on tullut suositukset. Kuntoutuksen jatkuvuus puuttuu ja juuri tähän jatkuvuuden kontrollointiin ja kartoitukseen tarvitaan henkilö, joka auttaa ja neuvoo potilaita tukiasioissa ja tarvittavan kuntoutuksen saamisessa. Tämä henkilö huolehtii, että potilaalle järjestyy tarvittava kuntoutus ja hoito jatkossakin. Sairastuneen henkilön omat resurssit ja omaisten resurssit eivät välttämättä riitä näiden asioiden selvittelyyn. Tämän seurauksena jokaisella kunnalla pitäisi olla käytössä oma kuntoutus ohjaaja. Aivoinfarktin Käypä hoito-suosituksen mukaan aivohalvauspotilasta on seurattava vähintään vuosittain. Vastuu seurannan järjestämisestä on perusterveydenhuollolla. Koska aivohalvauspotilailta on korkea verisuonisairauden riski jatkossa, heidän riskitekijöitään ja kuntoutusta kannattaa seurata. AVH potilailla on myös suuri riski masennukseen ja sosiaaliselle syrjäytymiselle. Seuranta voi tapahtua terveydenhuollon ammattihenkilöiden puolesta, jotka kartoittavat tarvittavan kuntoutustarpeen arvioinnin ja tarvittaessa myös konsultoivat moniammatillista työryhmää. (Pesonen 2011 käypähoito)

12. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETISYYS

Luotettavuuteen vaikutti se, että potilastapauksia oli vain kolme, mutta jokaisella näistä tapauksista tuli esille jo samat ongelmat kuntoutusprosessissa. Potilastietojen ja haastattelun käyttöön pyysin jokaiselta haastateltavalta kirjallisen luvan. Mustasaaren terveyskeskuksen ylilääkäriltä pyydettiin lupa tutkimuksen tekemiseen.

Haastattelu videota säilytettiin opinnäytetyön tekijän kotona. Näin ollen video oli vain tekijän käytössä. Auki kirjoitetut haastattelut tallennettiin muistitikulle, jota säilytettiin asianmukaisesti turvallisessa paikassa. Muistitikku hävitetään asianmukaisella tavalla työn valmistuessa. Opinnäytetyöntekijällä on vaitiolo velvollisuus saamistaan vastauksista.

Lähteet:

Aivoliitto ry 2011 ehkäise aivohalvaus,

Aivoliitto ry 2005 Ehkäise aivohalvaus.3-6

Aivoliitto ry 2012 aivoverenkiertohäiriöt numerotietoina

Aivoliitto ry opas ammattihenkilöstölle 2005.: Korpelainen, Kallaranta & Leino 2001.

Isoherranen k.2004 Moniammatillinen yhteistyö Helsinki Werner Söderström

Järvikoski A. 1994 Vajaakuntoisuudesta elämönhallintaan: Kuntoutuksen viitekehys ja toimintamallien tarkastelu. Helsinki. Kuntoutussäätiö

Järvikoski A & K Härkäpää k.2001 Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve, kuntoutuja, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmat. Teoksessa Kallaranta, T, Rissanen, P. & Vilkkumaa, I.(toim.) Kuntoutus Helsinki. Kuntoutus oy Duodecim

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

Kallinen Mauri 2014. Kävelyn ja tehostetun käden käytön kuntoutus ikääntyneillä aivoverenkiertohäiriö potilailla.

Kelan järjestämä vaikea vammaisten lääkinnällisen avokuntoutuksen standardiversio 6/19.1.2010(voimassa 1.1.2011 lukien).(Viitattu 22.1.2008)

Saatavissa: [http // www.kela.fi/internet/ lomake. nsf /NET](http://www.kela.fi/internet/lomake.nsf/NET)

Kettunen. R. Kähäri-Wiik. K. Vuori-Kemilä, A & Ihalainen, J 2002. Kuntoutumisen Mahdollisuudet. Helsinki Wern, wr Söderström Osakeyhtiö.

Kallaranta. T, Rissanen. P & Korpelainen, J, Kallaranta. T & Leino, E.”001 Aivoverenkiertohäiriöt. teoksessa Vilkkumaa I. Toimittanut Kuntoutus Helsinki: Kuntoutus oy Duodecim.

Laki kansaeläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista.15.7.20057566. Finlex Saatavissa: [http://www.Finlex.fi/fi/ laki/ajantasa/2005/20050566](http://www.Finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566)

Pesonen, H. 2011 Käypähoito-suositus 2011.aivohalvaus. Aivohalvaus potilaan jatkoseurannan toteuttamisen käytäntö. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/kh/kh>.

Roine R.O.2007.neurologian dosentti. LKT. Käypähoito-työryhmän jäsen Aivoinfarkti Käypä hoito-suositus: akuuttihoito; AVH aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti 1/07 aivohalvaus ja dysfasialiitto RY

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

Sivenius. J, Pitkänen. K, Peurala S, Tarkka I 2014. Käden pakotettu käyttö -lupaava aivohalvauspotilaiden kuntoutusmuoto.

Numminen H 1998 Aivoverenkiertohäiriöt ja kuntoutus opas potilaille ja heidän omaisille

Asetus lakisääteisestä kuntoutuksesta l 1015//1991 <http://www.Finlex.fi/fi/asetus>

Laki kansaeläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista.15.7.20057566. Finlex Saatavissa: <http://www.Finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566>

(<http://fi.wikipedia.org/wiki/laadullinen-tutkimus>)

LIITEET:

KYSELYLOMAKE

Kysymykset, joita esitän haastattelussa.

1. Milloin sairastuitte?
2. Kuinka kauan olitte erikoissairaanhoidossa?
3. Kuinka paljon kuntoutusta saitte ja mitä kuntoutusta?
4. Mikä oli teidän jatkokuntoutuspaikka?
5. Tehtiinkö teille alkukuntoutuksen jälkeen kuntoutussuunnitelma?
6. Onko teillä nyt kuntoutusta?
7. Jos on, onko kuntoutus riittävää teidän mielestä, jos ei mitä pitäisi olla enemmän?
8. Onko teillä tällä hetkellä voimassa oleva kuntoutussuunnitelma?
9. Oletteko tyytyväinen kokonaisvaltaisesti saamaanne kuntoutukseen?

LUPA-ANOMUS:

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa Kuntoutuksen ohjaus/suunnittelu linjalla.

Lopputyöni aihe on:

Avh potilaan kuntoutuspolku Mustasaarella

Selvitän työssäni miten kuntalaistemme avh- kuntoutuspolku sairastumisen jälkeen on edennyt .

Tarvitsen työhöni tapaus esimerkkejä joita otan satunnaisella seulalla vuosina 2012 - 2013 sairastuneista.

Potilaat esiintyvät nimettöminä ja muutenkin tunnistamattomina työssäni.

Annatteko minulle luvan saada käyttää teidän potilas kertomusta ja haastattelua. Jotta voin selvittää teidän kuntoutuspolun kulun. Video hävitetään, kun lopputyö on valmis.

Ystävällisin terveisin

Carola Kemppi

