

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Terveystieteiden koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Tiina Konsti

LAATUSUOSITUKSET HOITOHENKILÖKUNNALLE AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAIDEN NIELEMISEN TARKKAILUUN

Opinnäytetyö 2010

TIIVISTELMÄ

Tiina Konsti

Laatusuosituksen hoitohenkilökunnalle aivoverenkiertohäiriöpotilaiden nielemisen tarkkailuun, 59 sivua, 7 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysala, Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Opinnäytetyö 2010

Ohjaajat: yliopettajat Eeva Harjulehto ja Tuija Nummela ja sairaanhoitaja Seija Käkelä

Kehittämistehtävän tavoitteena oli tuottaa laatusuositukset aivoverenkiertohäiriöpotilaan nielemisen tarkkailuun ja ohjaamiseen Etelä-Karjalan keskussairaalan neurologiselle osastolle ja kuvata kehittäväntyön tutkimuksen prosessin vaiheet. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan nielemishäiriöiden ohjaamisen ja arvioinnin kehittäminen vaatii moniammatillista yhteistyötä. Laatusuosituksen tarkoitus on tuottaa tietoa hoitohenkilökunnalle nielemiseen liittyvistä asioista. Tavoitteena on, että laatusuositukset ovat hoitohenkilökunnan jokapäiväisenä työvälineenä. Kehittämistehtävässä selvitettiin entisen Tiurun kuntoutusosaston historian vaikutuksia nykyiseen kuntoutukseen neurologisella osastolla Etelä-Karjalan keskussairaalassa. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kehittävää työntutkimusta. Aineisto kerättiin ryhmähaastattelulla. Haastateltavat (N=6) valittiin harkinnanvaraisella otannalla. Saatu aineisto käsiteltiin sisällön analyysillä käyttäen induktiivista lähestymistapaa. Haastatteluaineiston avulla voidaan ymmärtää, mikä merkitys Tiurun sairaalan kuntoutusosaston historialla on ollut nykyiseen toimintaan neurologisella osastolla.

Vuonna 1997 tehdyt nielemisen laatusuositukset eivät ole olleet käytössä vuosiin, ja nielemisen osa-alueella on tiedon puutetta. Seuraavat nielemisen laatusuositukset tehtiin ryhmätyönä kahdessa eri ryhmässä keväällä 2010. Ryhmät muodostettiin hoitajista, fysioterapeuteista ja toimintaterapeuteista. Ryhmien koko vaihteli 7-9 henkilöön, ja ne muodostuivat asiantuntijoista sekä noviiseista. Ryhmien tuottama aineisto yhdistettiin ja muokattiin laatusuosituksiksi.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että laatusuosituksia tarvitaan, jotta jokainen hoitaja toimisi suosituksen mukaan arvioidessaan nielemistä ja ohjattaessaan potilasta sekä omaista. Potilaan ja omaisten kannalta laatusuositukset merkitsevät hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta, kun jokainen noudattaa samoja suosituksia ja toimii laatusuosituksen mukaisesti.

Jatkotutkimuksina voidaan selvittää, miksi hyviä kuntouttavan hoitotyön käytänteitä ei nyt hyödynnetä neurologian ja sisätautien osastolla Etelä-Karjalan keskussairaalassa. ja miten nielemisen laatusuositukset toteutuvat neurologian ja sisätautien osastolla A3 ja yhteistyöosastolla, Armilan sairaalan osastolla 3.

Avainsanat: Aivoverenkiertohäiriöpotilas, nieleminen, laatusuositukset ja kehittävä työntutkimus.

ABSTRACT

Tiina Konsti

Quality Recommendations for Nursing Staff when Evaluating and Observing Post-stroke Swallowing Disorders, 59 pages, 7 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services, Master's Degree Programme in Health Promotion

Master's Thesis 2010

Instructors: Senior Lecturers Eeva Harjulehti, Principal Lecturer Tuija Nummela, Nurse Seija Käkälä

The purpose of this development project was to create quality recommendations in guiding and evaluating patients with swallowing disorders for nursing staff in the South Karelia Central Hospital's neurology ward. The evaluation and observation of stroke patients with swallowing disorders (dysphagia) requires a multi-professional group of healthcare experts. The purpose of the recommendations from this development project is to bring knowledge to nursing staff that may be applied to nursing care every day.

The theory portion of this thesis includes an evaluation of the influence of former practices used by the rehabilitation wards in the Tiuru Hospital on the current neurology ward at the South Karelia Central Hospital. The research method used was developmental work study, and the material was collected by group interviews. Persons (N= 6) being interviewed were randomly selected. The collected material was analysed with an inductive approach. From the collected material, the significance of the history of Tiuru hospital's rehabilitation ward and its influence on today's nursing practices on the neurology ward in South Karelia Central Hospital were revealed.

In 1997, recommendations were made for swallowing disorders, but have not been used in practice for years. New recommendations were made in the spring of 2010 using multi-professional group work including physiotherapists, occupational therapists, and nurses. The group sizes were from 7 to 9 people, and the materials they produced were collected and edited to form the new quality recommendations.

In conclusion, it was revealed that quality recommendations are needed so that every member of the nursing staff is able to evaluate and guide stroke patients and their relatives in a consistent manner. For the patient and their relatives, this means that care is safer and all involved will get the same guidance when the quality recommendations are used.

Further studies on this subject might include examining why good rehabilitation nursing recommendations have not been followed in the past on neurology and internal medicine wards, and whether or not the new recommendations are seen in practice in the future.

Keywords: Developmental Work Study, Quality Recommendations, Stroke Patient, Swallowing

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 AIVOVERENKIERTÖHÄIRIÖT	7
2.1 Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutus ja hoitotyö tutkimuksien näkökulmasta	10
2.2 Kuntouttava hoitotyö	13
3 NIELEMINEN	15
3.1 Nielemishäiriö	17
3.2 Nielemisen ongelmatiikan arviointi	17
3.3 Laatusuositukset ja kriteerit	20
4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITTEET JA TARKOITUS	21
5 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS	22
5.1 Kehittävän työntutkimuksenvaiheet	24
5.2 Aineistonhankinta ja analyysi	30
5.3 Kehittämistehtävän luotettavuus ja eettiset kysymykset	34
6 LAATUSUOSITUSTEN KEHITTÄMISPROSESSI NIELEMISEN TARKKAILUUN	37
6.1 Etelä-Karjalan keskussairaalan neurologian ja sisätautien osasto	38
6.2 Kuntoutusosaston toiminta Tiurun sairaalassa ja historialliset muutokset	40
6.3 Nielemisen laatusuositukset	46
7 POHDINTA	48
LÄHTEET	55
LIITTEET	

Liite 1 Aikaisempia tutkimuksia

Liite 2 Saatekirje

Liite 3 Kirjallinen suostumus haastatteluun

Liite 4 Tiurun sairaalan kategoriat

Liite 5 Etelä-Karjalan keskussairaalan neurologisen osaston kategoriat

Liite 6 Nielemisen laatusuositukset 1997

Liite 7 Nielemisen laatusuositukset 2010

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu vuosittain noin 14000 suomalaista, joista neljännes on työikäisiä. Aivoverenkiertohäiriö eli AVH on Suomessa kolmanneksi yleisin kuolinsyy. Se on myös eniten sairaanhoitopäiviä ja pysyvää invalideettia aiheuttava sairausryhmä. Suomessa on elossa 50 000 aivohalvauksen sairastanutta, joista noin puolelle on jäänyt neurologisia vaurioita, jotka vaikeuttavat päivittäistä toimintakykyä. Kolmasosa aivoverenkiertohäiriön sairastaneista toipuu täysin oireettomaksi. Kolme neljästä toipuu omatoimiseksi ja 15 % jää laitoshoitoon pysyvästi. Pitkäkestoista kuntoutushoitoa tarvitsee noin 40 % aivoverenkiertohäiriön sairastaneista. (Kähkönen 2006, 4679.) Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuvuus on Suomessa vähentynyt tehostuneen ehkäisyn ja kehittyneen hoidon seurauksena toisin kuin pohjoismaissa (Sivenius 2007a, 161 - 164.)

Aivoinfarktin Käypä hoito-suosituksen (2007) mukaan akuutissa vaiheessa ennestään omatoimiset aivoverenkiertohäiriöpotilaat tulisi hoitaa neurologian erikoisalaan kuuluvassa aivohalvausyksikössä. Riittävän tehokkaasta ja monipuolisesta kuntoutuksesta on saatu vakuuttava ja kiistaton näyttö tieteellisissä potilastutkimuksissa. Kuntoutuksen toteutus on puutteellista, ja se sekä kuntoutuksen toimintalinjaukset vaihtelevat sairaanhoitopiirien välillä. Moniammatilliseen kuntoutukseen pääsee parhaimmillaan 40 % sairastuneista. (Sivenius 2009.)

Nielemishäiriöt ovat yleisiä ja aiheuttavat vakaviakin ongelmia aivoverenkiertohäiriöpotilaille sairauden akuuttivaiheessa. Ne voivat aiheuttaa henkeä uhkaavan aspiraatiopneumonian, jos ruokaa tai juomaa joutuu hengitysteihin. Aspiraatiopneumonia on toisinaan vaikeasti diagnosoitavissa ja hoidettavissa, ja se hidastaa myös toipumista aivohalvauksesta ja pitkittää sairaalassaoloaika. Ongelman varhaisella tunnistamisella ja yhtenäisillä moniammatillisilla toimintatavoilla voidaan vähentää vakavia aspiraation aiheuttamia komplikaatioita, inhimillistä kärsimystä ja huomattavia lisäkustannuksia sekä lyhentää sairaalajaksoja. (Aivohalvaus- ja dysfasialiito ry 2009.)

Suomessa ei ole juurikaan vakiintuneita tapoja arvioida aivohalvauspotilaan tai ylipäättään neurologisten sairauksien kohdalla dysfagiaa eli nielemishäiriötä. Terveyskeskusten akuuttisairaaloissa nielemishäiriöiden arviointi ja kuntouttaminen on pääosin puheterapeutin vastuulla. Hoitohenkilökunta toimii potilaiden kanssa vuorokauden jokaisena tuntina. On tärkeää, että he osaavat arvioida nielemisen perusasiat ja varmistaa nielemisen sujuvuuden. Hoitajien tulee huomioida hyvä ruokailuasento ja varmistaa ruuan oikeanlainen koostumus ennen kuin antavat potilaalle ravintoa. Hoitajan on osattava yhdistää syljen liiallinen eritysvä ja suupielen roikkuminen nielemishäiriöön ja oltava varovainen koekiellessään nielemistä.

Olen toiminut Etelä-Karjalan neurologisella osastolla sairaanhoitajana kahdeksan vuotta. Kiinnostukseni tähän aiheeseen on herännyt koulutuksien ja osastotuntien pohjalta. Näissä tilaisuuksissa on käsitelty kuntouttavan hoitotyön laadun tasoa. Olen huomannut, että osastolla on tiedon puutteita aivoverenkiertohäiriöpotilaan nielemiseen liittyvissä asioissa. Osastolla on usein potilaita, joilla on nielemiseen liittyviä ongelmia. Kokemukseni mukaan heidän saamansa nielemiseen liittyvä ohjaus on ollut vaihtelevaa, eikä yhtenäisiä suosituksia ole ollut käytössä.

Etelä-Karjalan keskussairaalan osasto A3:n nykyistä toimintaa esittelen haastattelieni hoitohenkilökunnan tuoman kokemuksen sekä oman asiantuntijuuteni pohjalta. Järjestimme koulutusta AVH-potilaan hoitotyöstä, ja siitä saadut tiedot auttoivat työyhteisöä nielemisen laatusuosituksien tekemisessä. Haastattelujen avulla voidaan ymmärtää Tiurun sairaalan historiaan, ja sen merkitys Etelä-Karjalan keskussairaalan osastolle A3. Opinnäytetyössäni yhteisöllisyys korostuu, koska laatusuositukset tehtiin ryhmissä ja ryhmän ulkopuolisilla oli myös mahdollisuus kommentoida niitä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää osastolla aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitoa, ja tämän työn kautta saada laatusuositukset hoitohenkilökunnan käyttöön aivoverenkiertohäiriöpotilaan nielemisen tarkkailuun ja ohjaukseen. Tarkoitus on, että suositukset ohjaavat toimintaa ja että niiden avulla voidaan helposti perehdyttää henkilökuntaa nielemiseen liittyvissä asioissa.

2 AIVOVERENKIERTÖHÄIRIÖT

Aivoverenkiertohäiriö eli AVH on yleisnimitys erilaisille aivoverenkierron häiriöille. Aivot tarvitsevat toimiakseen jatkuvasti happea, jota ne saavat verenkierron välityksellä. Erilaiset verenkierron häiriöt aiheuttavat aivoille nopeasti pysyviä vaurioita. Aivoverenkiertohäiriöllä tarkoitetaan kahta erityyppistä tilaa: iskemiaa, jolla tarkoitetaan paikallista aivokudoksen verettömyyttä, tai paikallista aivovaltimon verenvuotoa (hemorragiaa). Valtimovuodot jaetaan edelleen valtimovuotoon aivoaineeseen (aivoverenvuoto) sekä valtimovuotoon lukinkalvonalaiseen tilaan (subaraknoidaalivuoto). Iskeemiset aivoverenkiertohäiriöt jaetaan ohimenevään iskeemiseen kohtaukseen (TIA) sekä iskeemiseen aivoinfarktiin. (Uusitalo, Laine, & Puumalainen 2002, 27.)

Tia

TIA-kohtauksella tarkoitetaan ohimenevää aivoverenkierron häiriötä (Transient Ischaemic Attack). TIA-kohtaus aiheuttaa paikallista, äkillistä ja ohimenevää iskeemistä aivoverenkiertohäiriötä, joka aiheuttaa toispuoleisia neurologisia oireita. Oireet TIA:ssa menevät ohi nopeasti, usein jo parissa minuutissa, ja korjaantuvat täysin 24 tunnin kuluessa. Aivoverisuonitukoksen yksi yleisimmistä syistä on valtimosuonten kovettuminen ja ahtautuminen. Ahtautuneeseen suoneen syntyy tukos, joka estää verenkierron, minkä vuoksi tietty kudosalue jää ilman happea. Toinen yleinen syy on embolian kulkeutuminen sydäimestä aivovaltimeen aiheuttaen hetkellisen tukoksen ahtaassa valtimon kohdassa. (Kuisma 2003, 293 - 297.)

TIA-kohtaus enteilee sairastumista aivoinfarktiin. Ensimmäisen TIA:n saaneista 10–20 % saa aivoinfarktin 90 vuorokauden kuluessa kohtauksesta, ja jopa 50 % näistä infarkteista ilmaantuu kahden vuorokauden kuluessa TIA:sta. Ohimenevää iskeemistä häiriötä esiintyy myöhäisellä keski-ikäällä ja sitä vanhemmilla. (Kuisma 2003, 293 - 297.)

Tyypillisiä piirteitä TIA:lle ovat siis äkillisesti alkavat oireet, nopea tilan korjaantuminen ja uusiutumistaipumus. Yleisoireita TIA:ssa ovat esimerkiksi heikkous, tunnottomuus, holtittomuus, puheen tuoton ja ymmärtämisen häiriöt, toispuolei-

nen suupielen roikkuminen, toisen silmän näön hämärtyminen, kaksoiskuvat, tasapainohäiriöt, kävelyvaikeus ja huimaus. (Kuisma 2003, 293 - 297.) Yleensä kohtauksen kesto on parista minuutista enintään muutamaan tuntiin. Kohtauksen kestäessä yli 24 tuntia kyseessä on aivoinfarkti. Kuitenkin jo yli tunnin kestäneestä oireistosta voidaan pään kuvantamisen perusteella löytää aivoinfarktin merkkejä. Aivoinfarkti todetaan sairaalassa pään tietokonekerroskuvauksella (TT). Kohtauksen ohimenevyyden takia lääkäri harvoin tapaa neurologisesti oireilevaa TIA-potilasta, jolloin oireiden kuvaus jää omaisten tai sairaankuljettajien tärkeäksi tehtäväksi. (Holmström & Vauhkonen 2005, 632 – 633.)

Aivoinfarkti

Aivoinfarktilla tarkoitetaan paikallista, äkillistä aivoverenkierron iskeemistä häiriötä, jossa aivovaltimon seinämään kehittyvä tukos tukkii aivovaltimon pysyvästi. Iskemian seurauksena tapahtuu aivojen kudostuhoa eli syntyy aivoinfarkti. Aivoihin kuljettavat verta kaksi kaulavaltimoa ja kaksi nikamavaltimoa, jotka ovat aivojen alapinnalla yhteydessä toisiinsa ja lähettävät valtimohaaroja tarkoin määriteltyihin aivorakenteisiin. Aivojen hermosolukko kestää huonosti hapen puutetta, joten se vaurioituu pysyvästi hyvinkin lyhyessä ajassa. Pysyvää solutuhoa alkaa tapahtua jo puolen tunnin kuluttua aivoveritulpan syntymisestä. Hoidolla on siis kiire. Aivoinfarktissa kovettunut tai ahtautunut suoni ei enää aukeakaan spontaanisti. Tämä aiheuttaa mahdollisesti pysyvät toispuoleiset neurologiset oireet toisin kuin TIA:ssa, jossa oireet katoavat yleensä muutamassa minuutissa. Oireet ja kliininen kuva riippuvat siitä, mikä lukuisista aivovaltimoista tukkeutuu. (Sivenius 2007a, 161 - 164.)

Aivoinfarktin voi aiheuttaa sydänperäisen embolian kulkeutuminen aivovaltimoon, ahtautuneen kaulavaltimon tukkeutuminen tai pienten verisuonten tukkeutuminen paikallisesti aivokudoksessa. Aivoinfarktin ennusteeseen vaikuttavat verenkiertohäiriön sijainti, laajuus ja kesto. Puhekyky voi hävitä jo pienestäkin infarktista, jos tukos sattuu tulemaan vasempaan aivopuoliskoon. Voidaan sanoa, että kahta täysin samanlaista infarktia ei ole olemassa. Aivoinfarkti on aivohalvauksen tavallisin syy, aivohalvauksen saaneista 80 %:lla on aivoinfarkti. Ennustetaan, että joka toiselle aivoinfarktin saaneista jää pysyvä haitta ja puolella heistä se on vaikea-asteinen. (Sivenius 2007b.)

Lukinkalvonalainen verenvuoto

Holmströmin ja Vauhkosen (2005, 639 – 640) mukaan subaraknoidaalivuodolla (SAV) tarkoitetaan verenvuotoa, joka tapahtuu lukinkalvonalaiseen tilaan valtiosta lukinkalvon alle. Yleensä rakenneheikkous syntyy aivovaltimoiden haaurautumiskohtaan, johon kehittyy vähitellen aneurysma eli pullistuma. Verenvuoto johtuu aneurysman repeytymisestä paineen nousun seurauksena usein fyysisen ponnistuksen yhteydessä. Aneurysman repeytyttyä veri vuotaa subaraknoidaalitilaan. Kaikista SAV-potilaista neljäsosa menehtyy ensimmäisen vuorokauden aikana ja kaikkiaan noin puolet ensimmäisen kuukauden aikana. Vuodosta hengissä selvinneillä potilailla on suuri riski saada uusintavuoto, jossa kuolleisuus on noin 60 %. Korkeimmillaan uusintavuodon vaara on heti ensitunneista useisiin viikkoihin. Jos aneurysmaa ei suljeta, on uusintavuodon vaara kahden ensimmäisen kuukauden aikana peräti 35 %. SAV:n oireet alkavat hyvin nopeasti ja johtuvat aivokalvojen ärsytyksestä. Oireena on takaraivolla ja niskassa tuntuva päänsärky, jota potilaat kuvaavat pahimmaksi, mitä heillä on koskaan ollut. Silmissä voi olla valonarkuutta ja niskassa jäykkyyttä, mutta nämä kehittyvät yleensä hieman myöhemmin. Tyypillisiä oireita ovat myös pahoinvointi, kohonnut verenpaine ja oksentelu. Tajunnantason laskua tai sekavuutta voidaan myös havaita. Kolmasosa potilaista menettää tajuntansa vuodon yhteydessä. Muita oireita voivat olla kielellinen häiriö, kaksoiskuvien näkeminen ja yläluomen roikkuminen. Tapauksista 25 %:lla havaitaan myös toispuoleisia halvausoireita, jotka eivät kuitenkaan ole tyypillisiä SAV:lle. Jos halvausoireita kuitenkin esiintyy, on siihen syynä aivokudokseen vuotanut veri.

Aivoverenvuoto

Holmströmin ja Vauhkosen (2005, 637 – 638) mukaan intracerebraalisella hemorrhagialla (ICH) tarkoitetaan aivojen sisäistä verenvuotoa aivokudoksen sisään. Vuodon taustalla on useimmiten verenpainetauti, joka on aiheuttanut muutoksia verisuonen seinämään, mutta ICH voi syntyä trauman seurauksena. ICH syntyy yleensä fyysisen rasituksen tai ponnistelun yhteydessä, mutta se voi alkaa myös levossa unen aikana. Tunnusomaiset oireet alkavat rajusti ja kehittyvät nopeasti, minkä jälkeen ne lievittyvät vähitellen. Yleisimpiin oireisiin kuuluvat kova päänsärky, oksentelu, tajunnantason lasku, kouristuskohtaukset, hal-

vausoireet sekä puhe- ja näköoireet. Myös verenpaine on korkea, mikä johtuu elimistön kompensoitumekanismista. Alentuneeseen tajunnantason liittyy usein kuorsaava hengitys. Potilas voi kertoa tunteneensa napsahduksen päässä ennen oireiden alkua. Vuotopotilaiden yleistila on yleensä huonompi kuin aivoinfarktipotilaiden.

2.1 Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutus ja hoitotyö tutkimuksien näkökulmasta

AVH-potilaan hoidosta ja kuntoutuksesta on tehty paljon tutkimuksia Suomessa sekä ulkomailla. Nämä aikaisemmat tutkimukset on valittu tarkasteltavaksi työhöni, koska kaikki käsittelevät aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutusta, hoitoa ja vaikuttavuutta. Valitut tutkimukset on tehty 2000-luvulla, joten niistä saatua tietoa voi verrata kuntoutuksen ja hoidon kehityksen arviointiin. Tutkimusten järjestys on jaoteltu sisällön mukaisesti. Merkittävimmät ja uusimmat tutkimukset AVH-potilaan hoitotyöstä ja nielemisestä on koottu tutkimuksen liitteeksi. (Liite 1)

Takala (2007) on tutkinut aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden kuntoutuksen toteutumista Suomessa (AVH-kuntoutusprojekti). Tutkimustulokset osoittivat, että iäkkäät pääsevät huonosti kuntoutukseen erityisesti niissä 9 sairaanhoitopiirissä, joissa ei ole omaa kuntoutusosastoa. Asuinpaikka voi myös ratkaista kuntoutukseen pääsyn, joten kaikki Suomessa asuvat eivät ole tasa-arvoisessa asemassa kuntoutuksen suhteen. Moniammatillisen tiimin osuus kuntoutuksessa korostui ja näkyi kuntoutuksen tuloksissa.

Julkusen (2009), **Ahingon ja Vehkalan** (2008), **Peuralan** (2005) ja **Pyöriän** (2007) tutkimukset käsittelevät aivohalvauksen jälkeistä kuntoutumista fysioterapian keinoin. Tutkimuksissa käsitellään myös AVH-potilaan toimintakykyä sekä tunto- ja näkökenttäkuntoutuksen merkitystä potilaan kuntoutumiseen. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää käytännön kuntoutuksessa, kuntoutuksen mekanismien tutkimisessa ja kuntoutusmenetelmien ja välineiden kehitystyössä. Tutkitut saivat joko painokevennettyä kävelyä kävelysimulaattorissa tai aktiivista kävelyharjoittelua fysioterapian apuvälineiden avulla. Tulosten mukaan kuntoutusmenetelmällä ei ollut vaikutusta suorituskykyyn. Kummankin ryhmän suorituskyky parani ja positiiviset tulokset pysyivät vähintään kuusi kuukautta.

Pyöriä tutki aktivoivan terapian vaikutuksia aivohalvauspotilaiden fyysiseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn sekä itsenäiseen selviytymiseen kotona. Pyöriä vertasi aktivoivan terapian tuloksia perinteistä fysioterapiaa saaneiden potilaiden tuloksiin. Tuloksia voidaan hyödyntää tehtäessä AVH-potilaiden seuranta-järjestelmiä ja kuntoutuspolkuja. Näillä tuetaan AVH-potilaiden monipuolista toimintakyvyn paranemista.

Muhosen (2007) ja Purolan (2000) tutkimuksissa käsiteltiin fysioterapian tuomia kokemuksia ja kotona selviytymistä sairastumisen jälkeen potilaan ja omaisen näkökulmasta. Tutkimustulokset auttavat ymmärtämään AVH-potilaan ja hänen omaisensa kotona elämisen arkea. Tuloksia voidaan hyödyntää kuntoutuksen ja hoitotyön kehittämisessä etenkin kotihoidossa. Muhosen tutkimuksen tulokset osoittavat, että potilaat ja heidän omaisensa pitävät fysioterapiaa positiivisena hyvinvoinnin lisääjänä. Fysioterapia on aivohalvauksen jälkeen toipumista tehokkaasti edistävä toimintamuoto. Potilaat uskovat usein, että mitä enemmän kuntoutusta saa, sitä enemmän on kuntoutumista odotettavissa.

Mäntysen (2007) ja Reunasen(2003) tutkimuksissa selvitettiin kuntoutumista edistävän hoitotyön näkyvyyttä sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisestä kuntoutuksesta. Mäntysen tutkimustulokset vahvistavat aikaisempien tutkimusten tuloksia siitä, että kuntoutumista edistävän hoitotyön ja sairaanhoitajan toiminnan mahdollisuudet on paremmin sekä tarkemmin tunnistettava sekä hyödynnettävä tehokkaammin kuntoutusprosessin tuloksellisuuden parantamiseksi. Reunasen tutkimustulosten perusteella asiakaslähtöisyyttä, moniammatillista yhteistyötä sekä työn verkostoitumista pidetään tavoiteltavana AVH-potilaan kuntoutuksessa. Ohjausmenetelmissä tulee huomioida potilaan aktiivinen rooli.

Knuutila (2008) on tehnyt rekisteritutkimuksen MS- ja aivoverenkiertohäiriökuntoutujien kuntoutussuunnitelmien laadusta. Tutkimustuloksista ilmeni, että kuntoutussuunnitelmien laatu on heikko, mikä liittyi moniammatillisen kuntoutustyöryhmän puuttumiseen yksikössä. Kuntoutuslomaketta käytettiin vähän ja kuntoutujan osallistumista suunnitelman laatimiseen ei ollut kirjattu. Tulosten perusteella suositetaan KU207-lomakkeen käyttöä laadittaessa kuntoutussuunnitelmaa moniammatillisessa työryhmässä.

Laitisen (2008) tutkimuksessa selvitettiin musiikin kuuntelun järjestymistä sairaalassa aivoverenkiertohäiriöistä kuntoutuvien hoidon tukena. Hoitajille annettiin perustietoa musiikin kuuntelun tavoista musiikkiterapian alalla. Tutkimuksen tuloksena esitettiin hoitajien kuvaamat havainnot musiikin kuuntelun käyttöönottamisesta. Puhevaikeuksista kuntoutuvat sekä rauhattomat potilaat hyötyivät avustetusta kuuntelusta. Tutkimus antaa tietoa musiikin kuuntelun soveltuvuudesta AVH-potilaan hoitotyöhön etenkin vuodeosastoilla.

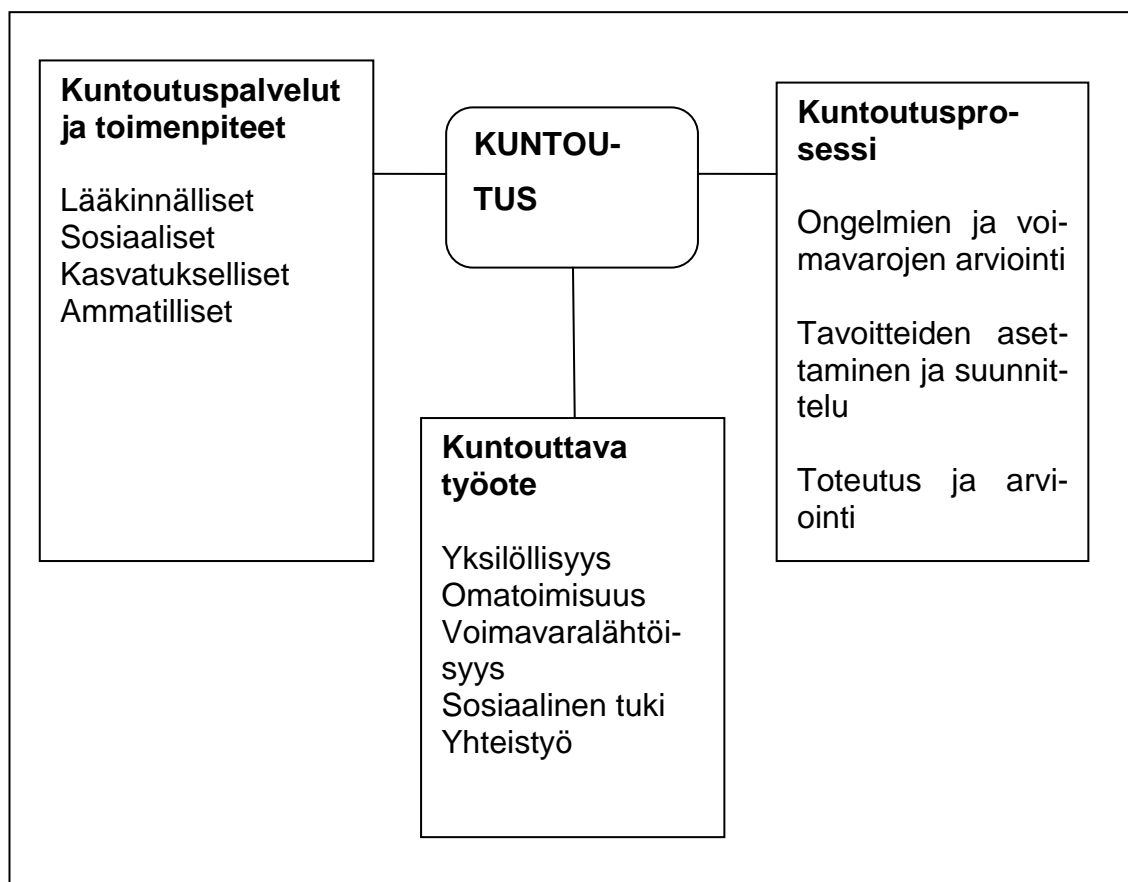
Särkämön, Tervaniemen, Laitisen, Forsblomin, Soinilan, Mikkosen, Silvennoisen, Erkkilän, Laineen, Peretzin ja Hietasen (2008) tutkimuksessa havaittiin, että mielimusiikkia päivittäin kuunnelleiden potilaiden kognitiivinen toipuminen oli kielellisen muistin ja tarkkaavaisuuden suuntaamisen alueella parempi kuin niiden potilaiden, jotka kuuntelivat äänikirjoja tai eivät saaneet kuuntelumateriaalia. Musiikkia kuunnelleet potilaat kokivat vähemmän masentuneisuutta ja hämmentyneisyyttä toipumisvaiheessa kuin ne potilaat, jotka eivät saaneet kuuntelumateriaalia. Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että päivittäinen musiikin kuuntelu aivoinfarktista toipumisen alkuvaiheessa voi tarjota lisän potilaiden kuntoutukseen. Musiikin kuuntelu on yksilöllinen, helposti toteutettava ja halpa tapa edistää kognitiivista ja emotionaalista toipumista. Tutkimus kannustaa musiikin käyttöön neurologisessa kuntoutuksessa ja saattaa siten vaikuttaa aivoinfarktipotilaiden vallitsevaan hoitokäytäntöön.

Näiden aikaisempien tutkimuksien yhdistäviä tekijöitä olivat fysioterapian kehittäminen ja tiimityön korostaminen työyhteisöissä. Toimiva ja luottamuksellinen vuorovaikutussuhde kuntouttajien kanssa on omaisille hyvin tärkeä asia. Tiimityö ja moniammatillisuus ovat lisääntyneet huomattavasti AVH-potilaiden hoidossa, ja se näkyy hyvinä kuntoutustuloksina. On todettu, että kuntoutuminen on vaikuttavampaa moniammatillisissa ryhmissä, joissa on erikoisalan asiantuntijoita käytettävissä. Takalan tutkimus kuntoutuksen toteutuksesta tehtiin myös Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirille. Heikkona asiana Etelä-Karjalassa oli vaativan kuntoutusosaston puute, ja lisäksi potilaiden kotona selviytyminen AVH:n jälkeen oli heikompaa kuin useammassa muissa sairaanhoitopiireissä. Tutkimuksista ilmeni myös, että asuinpaikkakunnalla on merkitystä kuntoutuksen saantiin ja toteutuksen laatuun.

Laitisen (2008) ja Särkämön ym. (2008) tutkimuksissa korostettiin musiikin merkitystä AVH-potilaan kuntoutuksessa. Osastolla potilaalla voi olla radio auki, mutta musiikin vaikutusta aivojen toiminnan palautumiseen ei ole otettu tarpeeksi hyvin huomioon. On havaittu, että potilaat, jotka ovat menettäneet puhekyvyn ja ovat musikaalisia, yrittävät ilmaista asiansa laulamalla tai hyräilemällä. Osastolla täytyisi ottaa mielimusiikin kuunteleminen systemaattisemmin käyttöön ja seurata sen tuomia vaikutuksia.

2.2 Kuntouttava hoitotyö

Kuntouttava hoitotyö tarkoittaa käsitteenä niitä toimenpiteitä, jotka kohdistuvat kuntoutujaan ja joilla pyritään tukemaan hänen kuntoutumistaan yksilöllisesti. Kuntoutus on potilaslähtöistä ja kuntoutumista tukevaa toimintaa sekä erillisiä kuntoutuksen toimenpiteitä. (Kauhanen, Korpelainen, Hiltunen, Nieminen, Sotaniemi & Myllylä 2000, 1541 – 1542.) Kuvassa 1 selviävät kuntoutuksen osa-alueet ja kuntoutusprosessin kulku.



Kuva 1 Kuntoutuksen osa-alueet (Suvikas, Laurell, & Nordman 2006)

Lääkinnällinen kuntoutus tarkoittaa arjessa selviytymistä edistäviä kuntoutus- ja apuvälinepalveluita, joita on mahdollisuus saada vamman tai sairauden vuoksi. Tavoitteena on vamman tai sairauden vuoksi pitkäaikaisesti tai pysyvästi heikentyneen fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toiminta- ja suosituskyvyn paraneminen tai alenemisen estäminen. Perusterveydenhuollossa lääkinällisestä kuntoutuksesta vastaa lääkinällisen kuntoutuksen työryhmä. (Kuntoutusportti 2010.)

Sosiaalisen kuntoutuksen avulla pyritään saavuttamaan ja palauttamaan kuntoutuvan henkilön kyky selviytyä arkipäivän välttämättömistä toiminnoista, vuorovaikutussuhteista sekä oman toimintaympäristön rooleista. Tähän pyritään luomalla edellytyksiä sosiaaliseen osallistumiseen ja sosiaalisten verkostojen toimivuuteen siten, että tuetaan taloudellista turvallisuutta sekä helpotetaan asumista ja liikkumista. Sosiaalisen kuntoutuksen avulla tarjotaan asiakkaalle mahdollisuuksia toimia uudella tavalla uudessa toimintaympäristössä ja muuttaa entisiä toimintatapoja, jos se nähdään aiheelliseksi. (Kuntoutusportti 2010.)

Kasvatuksellisella kuntoutuksella tarkoitetaan vammaisen tai vajaakuntoisen aikuisen kasvatusta ja koulutusta, jotka usein edellyttävät erityisjärjestelyjä. Sen lähtökohtana ovat yksilölliset tuen tarpeet. Tavoitteena on yksilöllisyyden ja elämänhallinnan kehittäminen kasvatuksen, opetuksen, oppilashuollon ja kuntoutuksen keinojen avulla. (Kuntoutusportti 2010.)

Työkyvyn heikentyessä ja työtehtävistä selviytymisen vaikeutuessa myötä eläkkeelle siirtyminen ei ole usein paras vaihtoehto. Ammatillinen kuntoutus voi sopia elämäntilanteeseen paremmin. Kuntoutus auttaa jatkamaan työssä tai tekee työhön palaamisen mahdolliseksi sairaudesta huolimatta. Toiminta- ja työkyky voivat merkittävästi kohentua, kun työtehtävät on suunniteltu terveydelliset rajoitteet huomioon ottaen. Ammatillinen kuntoutus tarjoaa mahdollisuuden jatkaa työssä ja antaa tilaisuuden oppia uusia asioita. Tämä voi olla aikuisiällä virkistävä, myönteinen ja itsetuntoa kohottava kokemus. (Keva 2010)

Kuntoutusprosessissa arvioidaan yksilöllisesti jokaisen kuntoutujan ongelmat ja voimavarat. Tavoitteet tulee asettaa realistisiksi ja suunnitella yhdessä kuntoutujan kanssa. Tavoitteiden toteutumista arvioidaan viikoittain kuntoutuskokouk-

sessä, ja hyvä kirjaaminen antaa tietoa tavoitteisiin pääsystä. Kuntoutus on tavoitteellista toimintaa ja perustuu kokonaisnäkemykseen toimintakyvystä. Kuntoutuksen tehtävänä on vahvistaa kuntoutujan omatoimisuutta ja itsenäistä arkielämästä suoriutumista. Kuntoutuksella pyritään kohentamaan kuntoutujan elämänhallintaa ja saavuttamaan hänelle parempi elämänlaatu. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 29.)

Kuntoutus voidaan määritellä kuntoutumisen näkökulmasta ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoite on toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus pitää yllä kuntoutujan elämänhallintaa sairauden aikana. (Rissanen & Aalto 2002, 2.)

Sairaanhoitajat sekä lähi- ja perushoitajat ovat tärkeä osa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen hoitavaa ja kuntouttavaa työryhmää. Hoitajat osallistuvat yhteistyössä kuntoutujan, lääkärin, terapeuttien ja muiden ammattiryhmien kanssa hoidon ja kuntoutumisen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Hoitajat arvioivat ja seuraavat sairastuneen vointia kaikkina vuorokaudenaikoina. Kuntouttavassa hoitotyössä sairastunutta autetaan vain niissä toiminnoissa, joista hän ei vielä selviydy. Kuntoutuminen etenee vähitellen. Hoitajien ohjaamat ja avustamat päivittäiset pesu-, pukemis- ja ruokailutilanteet ovat hyvin tärkeitä harjoitustilanteita. Lisäksi tärkeitä usein toistuvia avustettuja harjoitteita ovat wc- ja siirtymisavut, asentohoidot ja kääntymiset vuoteessa sekä päivärytmistä huolehtiminen. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 8 – 10.)

3 NIELEMINEN

Nieleminen eli deglutio on ihmiselle merkittävä toiminto niin ravinnonsaannin kuin myös elämänlaadun kannalta. Nielemme tavallisesti päivittäin noin 500 - 1000 kertaa. Nielemiseen ei tavallisesti tarvitse kiinnittää kovinkaan paljon huomiota, koska se tapahtuu pääosin refleksiivisesti. Nielemiseen osallistuu 55 lihasta, joiden toimintaa säätelevät 6/12 aivohermoa. Nieleminen on osittain tahdonalainen, osittain refleksiivinen tapahtuma. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2005.)

Nielemisen aikana pidätetään hengitystä noin kaksi sekuntia. Nieleminen on sarja toisistaan riippuvaisia ja yhteisvaikutteisia motorisia liikevasteita. Ne laukeavat reaktion moninaisille sensorisille ärsykkeille, joiden tarkoituksena on aikaansaada riittävä voima ja paine. Näin nautittu ruoka kulkeutuu nielusta ruokatorveen samanaikaisesti, kun henkitorvi on suojattuna. Nielemisen vaiheet ovat preoraalinen vaihe, oraalinen vaihe, faryngeaalinen vaihe ja esofagiaalinen vaihe. (Vanttaja 2009.)

Preoraalisessa eli valmistelevassa vaiheessa ruokailuun valmistaudutaan. Ruoka asetetaan suuhun ja hienonnetaan. Valmisteluvaihe tuottaa eniten syömiseen liittyvää mielihyvää, maku- ja tuntoelämyksiä. Huulet on suljettava riittävän tiukasti, ettei ruoka tai juoma valu ulos suusta. Poskilihasten jännittäminen estää ruoan kulkeutumisen hampaiden ja poskien väliin. Nieltävä aines eli bolus kootaan ja pidetään kielen ja suulaen etuosan välissä. Leuka ja kieli tekevät pyörivää sivuttaisliikettä, ja bolus siirtyy poskihampaiden väliin pureskeltavaksi ja takaisin kielen etuosaan. Samalla syljeneritys lisääntyy. Sylki helpottaa boluksen muotoilua. Pehmeä suulaki laskee alaspäin ja kielen kanta nousee, jotta bolus ei kulkeutuisi nieluun ennenaikaisesti. Hengitys tapahtuu pureskelun ajan normaalisti nenän kautta. (Harmsen 2009.)

Oraalisessa vaiheessa bolus kootaan suussa kielen avulla ja kuljetetaan kielen takaosaan kohti nielua. Oraalinen vaihe on normaalisti lyhyt, se kestää alle sekunnin. Kieli liikkuu ylös puristaen bolusta suulakea vasten ja kuljettaen bolusta posteriorisesti kohti nielua. Nielemisrefleksi laukeaa, kun bolus koskettaa etummaisista kitakaaria. (Harmsen 2009.)

Faryngeaalisessa vaiheessa nieleminen muuttuu tahdonalaisesta toiminnasta refleksitoiminnaksi. Faryngeaalisen vaiheen aikana bolus siirtyy kielen takakanalta nieluun ja kurkunpään alueen läpi cricofaryngeaalisen sfinkterin yläpuolelle. Normaalisti boluksen kulku farynksin läpi kestää alle sekunnin. Tämän vaiheen aikana pehmeä suulaki sulkee nenänielun, jotta suuonteloon saadaan riittävä paine helpottamaan boluksen siirtymistä kohti nielua ja boluksen kulkeutuminen nenänieluun estyy. Kieliluu liikkuu ylöspäin. Kurkunpää nousee ylös- ja eteenpäin. Hengitys taukoaa ja kurkunkansi laskeutuu henkitorven päälle, lisäksi taskuhuulet ja äänihuulet sulkeutuvat estäen nieltävän aineksen joutumisen

hengitysteihin. Nielun peristalttiset liikkeet käynnistyvät kuljettaen bolusta alaspäin. (Vanttaja 2009.)

Esofagiaalinen vaihe on kestoaltaan noin 8-12 sekuntia ja tapahtuu ruokatorvessa. Ensin lihasten ympäröimä ruokatorvi rentoutuu ja päästää boluksen sisään. Nielemiskeskus laukaisee lihassupistuksen, joka etenee aaltomaisesti koko ruokatorven läpi ja työntää edellään bolusta mahalaukkua kohti. Tätä renasmaista supistusaaltoa kutsutaan peristaltiikaksi. Nielemistapahtuma päättyy kun bolus on kulkeutunut mahalaukun suun läpi mahalaukkuun. (Ivory 2000.)

3.1 Nielemishäiriö

Dysfagialla tarkoitetaan nielemisen vaikeutta. Nieltävän aineksen kuljettaminen suusta ruokatorveen on vaikeutunut tai ei onnistu. Kukkonen määrittelee dysfagian toiminnalliseksi tilaksi, jossa syömisen nautinto ja ravitsemuksen sekä nesteytyksen ylläpitäminen ovat häiriintyneet. Aivoverenkiertohäiriöpotilailla nielemisvaikeudet ovat yleisiä. Arviot esiintyvyydestä vaihtelevat 19:n ja 81%: n välillä riippuen arviointimenetelmästä ja arvioinnin ajankohdasta. (Kukkonen 2004.)

Dysfagia voi esiintyä eriasteisena ja saattaa ilmetä eri nielemisen toiminnan vaiheessa. Nielemisvaikeuksien oireita ovat muun muassa toistuva yskiminen, äänenlaadun muutokset ja ruumiinlämmön vaihtelu ruokailun jälkeen sekä keuhkokuume. Vaikea-asteisena dysfagia tarkoittaa nielemistoiminnan lähes täydellistä puuttumista. Nielemishäiriö voi vaikuttaa ruuan pureskeluun, ruokapalan kuljettamiseen suussa ja/tai nielemisen aloittamiseen. Tyypillisesti nielun automaattiset suojaimekanismit eivät toimi, ja ruoka saattaa kulkeutua ruokatorven sijasta henkitorveen. Tätä kutsutaan aspiraatioksi. On muistettava, että aspiraatio voi tapahtua myös hiljaisesti eli bolus etenee hengitysteihin, mutta ei aiheuta yskimisreaktiota. (Viljanen 2009.)

3.2 Nielemisen ongelmatiikan arviointi

Nielemisestä ja sen arvioinnista on tehty vähän tutkimuksia Suomessa. Ulko-maalaisia tutkimuksia on, mutta ne ovat yleistutkimuksia. Niissä ei ole erikseen pohdittu aivoverenkiertohäiriöpotilaan nielemistä ja siihen vaikuttavia asioita.

Opinnäytetyöhön poimittiin nielemistä käsittelevät suomalaiset tutkimukset ja kehittämishankkeet, jotka on tehty 2000- luvulla.

Kukkonen (2008) on tutkinut aivoverenkiertohäiriökuntoutujien nielemistoiminnan arviointia subakuutissa vaiheessa. Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa kuntoutusosastolla toimivien sairaanhoitajien, puheterapeuttien sekä potilaiden arvioita nielemistoiminnan muutoksista. Tutkimuksessa selvitettiin nielemisen orofaryngealisen vaiheen toimintaa ja mahdollisia häiriöitä usealla kliiniseen käyttöön tarkoitetulla arviointimenetelmällä. Tutkimuksessa selvitettiin myös, millaisilla kliiniseen käyttöön soveltuvilla menetelmillä voitaisiin kartoittaa kohonnutta aspiraatoriskiä. Kliinisiä menetelmiä olivat muun muassa ruokailuun kuluvan ajan mittaaminen, sylkivuodon laadun ja määrän seuraaminen sekä hengitystiheyden ja happisaturaation tarkkaileminen. Tutkimuksen tavoitteena oli löytää tehokkaita seulonta - ja kliinisen arvioinnin menetelmiä, joita aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kanssa työskentelevät voivat käyttää.

Seulontamenetelmien avulla saatiin esille monimuotoinen nielemisen toimintahäiriöiden kirjo. Tutkimuksessa nousi esille myös se, että sairaanhoitajat, potilaat ja puheterapeutti päätyivät nielemistoiminnan arvioinnissa varsin erilaisiin johtopäätöksiin. (Kukkonen 2008.)

Pietilän, Ojalan, Sayen ja Saarelan (2006) raportti selvitti yhtenäisen hoitokäytännön luomista AVH - potilaiden nielemisen arviointiin ja ruokailun ohjaukseen moniammatillisena yhteistyönä. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli helpottaa nielemisvaikeuksien tunnistamista sekä kehittää ruokailuun liittyviä yhtenäisiä hoitokäytäntöjä.

Haapala, Heikkinen, Laivo, Passinen ja Kovanen ovat tehneet (2007) kehittämishankkeen nielemishäiriöiden arvioinnista ja hoitokäytännöistä akuuttisairaloissa. Kehittämishankkeeseen osallistui moniammatillinen työryhmä, johon kuuluivat sairaanhoitaja, puheterapeutti ja ravitsemusterapeutti. Hankkeen tarkoituksena oli lisätä valmiutta nielemishäiriöiden tunnistamiseen ja hoitoon. Tavoitteena oli myös luoda sairaanhoitajien käyttöön nielemishäiriöiden seulontamenetelmä ja yhtenäistää nielemisen arviointikäytäntöjä akuuttisairaaloiden osastoilla.

Vaaraniemen (1998) tutkimuksessa todettiin 62 %:lla akuuteista aivohalvauspotilaista (n=100) dysfagiaa. Näistä aspiraatiota todettiin 13 %:lla videofluorografiatutkimuksessa, kun tutkimus tehtiin 2-13 päivän kuluessa sairastumisesta. Tutkittavista yksi reagoi aspiraatioon yskimällä välittömästi. Neljä reagoi yskimällä viivästyneesti ja kolmella ei tullut minkäänlaista reaktiota eli tapahtui hiljasta aspiraatiota.

Yhtenäistä esitellyille tutkimuksille oli hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen ja tarvittaessa suositusten tekeminen nielemisen tarkkailuun hoitohenkilökunnalle. Vaaraniemen (1998) tutkimustuloksista ilmeni, että hoitajat tarvitsevat lisää koulutusta nielemishäiriön tunnistamiseen ja valmiuksia sen hoitamiseen. Potilaat eivät usein tunnista omaa nielemishäiriötä, ja omaistenkin on vaikea ymmärtää, miksi potilas ei saa heti ruokaa suun kautta. Yleensä hoitaja tekee arvion yhdessä neurologin kanssa AVH-potilaan ravitsemuksen turvallisuudesta, mutta puheterapeutti arvioi sairaalassa vaikeammat tapaukset. Vaaraniemen (1998) videofluorografiatutkimuksen tulokset ovat mielenkiintoisia. Hoitajat tietävät, että aspiraatio voi olla hiljainen, mutta tutkimustuloksen mukaan suurin osa tutkittavista yskii viiveellä tai ei ollenkaan. Tähän hiljaiseen aspiraatioon on osastolla kiinnitettävä enemmän huomiota ja korostettava sen merkitystä. Yhdessä tutkimuksessa tuli esille hoitajan ja puheterapeutin arvioinnin ero nielemisen sujuvuudesta. Vaaraniemen (1998) tutkimuksessa ei tullut esille, mistä asioista nämä olivat eri mieltä. Ajattelin, voisiko yhtenä syynä olla se, että potilaalla on erittäin lievä nielemishäiriö, jonka havaitsee helpommin asiantuntija.

Pietilän ym. (2006) tekemissä yhtenäisissä hoitokäytännöissä AVH-potilaan nielemisen arviointiin löytyi useita samoja asioita kuin osastolla tehdyissä uusissa laatusuosituksissa. Molemmissa tuli esille nielemishäiriöiden tunnistamisen tärkeys ja varovaisuus nielemisen kokeilemisessa. Yhtenäisiä suosituksia pidettiin tärkeinä hoitotyön jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden kannalta. Tutkimuksissa tuli esille myös se, että AVH-potilaan ruokailutilannetta on seurattava potilaan vieressä, jotta pystytään havaitsemaan siinä ilmenevät ongelmat.

3.3 Laatusuositukset ja kriteerit

Pelkosen ja Perälän (1996, 69 – 70) mukaan laadunvarmistuksen keskeisiä käsitteitä ovat laatuvaatimus ja kriteeri. Näillä tarkoitetaan laatua koskevia jäsenettyjä ilmauksia. Niiden avulla ilmaistaan odotettu ja toivottu taso jonkin toiminnan osalta hoitotyössä. Hoitotyön laatu on abstraktio, jota kukaan ei pystyisi sellaisenaan arvioimaan. On tehtävä päätelmiä hoitotyön laadusta kulloinkin hyväksytyjen laatuvaatimusten ja kriteereiden avulla. Laatusuositus on ammatillisessa yhteisössä hyväksytty toiminnan taso, joka on tarkoitettu kyseessä olevalle väestöryhmälle. Se kuvastaa hyväksyttävää, saavutettavissa ja havaittavissa olevaa sekä mitattavaa toiminnan tasoa. Laatuvaatimusten asettamisprosessiin kuuluu potilaiden näkemysten selvittäminen ja huomioon ottaminen. Laadunvarmistuksen luonteeseen kuuluu julkisuus. Asetetut laatuvaatimukset ovat avoinna julkiselle keskustelulle ja kritiikille.

Kriteerillä tarkoitetaan ratkaisevaa tunnusmerkkiä. Laadunvarmistuksen yhteydessä kriteeri voidaan määritellä tekijäksi, joka on valittu korkeatasoista hoitotyötä kuvaavaksi muuttujaksi. Kriteerit ovat mittareita, apuvälineitä, joiden avulla hoitotyön laatu päätellään. Laatuvaatimukset voivat olla yleisiä, kaikkialle soveltuvia, tai jotakin tiettyä potilasryhmää tai hoitotyön erikoisalaa koskevia. Laatuvaatimuksia voidaan asettaa tiettyä toimintayksikköä tai organisaatiota varten. Mitä erikoistuneempia laatuvaatimukset ovat, sitä paremmin ne toimivat käytännön laatutason seurannan apuvälineinä. (Pelkonen & Perälä 1996, 69 – 70.)

Etelä-Karjalan keskussairaalan neurologisella osastolla on vuonna 1997 tehty nielemisen laatusuositukset. Laatusuosituksien tekemisessä olivat mukana fysioterapeutti, puheterapeutti, neurologi ja sairaanhoitaja, jotka muodostivat neuron tiimin. Suositukset on kirjoitettu pitkälti puheterapeutin termein, ja ne ovat osittain vaikeasti ymmärrettävät. Näitä laatusuosituksia ei ole käytetty useaan vuoteen. AVH-potilaan kuntouttava hoitotyö on kehittynyt paljon reilun kymmenen vuoden aikana. Neurologisella osastolla on tiedon puutteita nielemiseen liittyvissä asioissa, joten osasto tarvitsee ajan tasalla olevat moniammatillisen työryhmän tekemät laatusuositukset nielemisen tarkkailuun.

4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Kehittämistehtävän tavoitteena oli tuottaa nielemisen ohjaamisen ja arvioinnin laatusuositukset neurologisen osaston hoitohenkilökunnalle Etelä-Karjalan keskussairaalaan ja kuvata kehittämistyön prosessin vaiheet. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan nielemishäiriöiden ohjaamisen ja arvioinnin kehittäminen vaatii moniammatillista yhteistyötä. Laatusuosituksen tarkoitus on tuottaa tietoa hoitohenkilökunnalle nielemiseen liittyvistä asioista. Tavoitteena on, että laatusuositukset ovat hoitohenkilökunnan jokapäiväisenä työvälineenä.

Kehittävän työntutkimuksen avulla tein yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa AVH-potilaan kuntouttavan hoitotyön laatusuositukset nielemisestä. Moniammatilliseen työryhmään kuuluvat Etelä-Karjalan keskussairaalaan osastolla A3 neurologi, sairaanhoitaja, perus- ja lähihoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä. Tarkastelen AVH-potilaan laatusuosituksia ainoastaan nielemisen osalta, koska kuntouttava hoitotyö on kokonaisuudessaan liian laaja alue laatusuosituksen tekemiseen ja nielemisen osalta osastolla on tiedon puutetta ja kehittämistarvetta.

Laatusuosituksen avulla saadaan käyttöön yhtenäiset ohjeet, ja jokainen hoitaja toteuttaa nielemisen arvioinnin samalla tavalla. Yhtenäisten ohjeiden avulla hoitotyön laatu paranee, koska jokainen hoitaja tietää, miten toimia nielemisongelmista kärsivän potilaan kanssa. Hoidon jatkuvuus on sujuvaa ja potilaan hoito laadukasta sekä turvallista. Laatusuositukset auttavat myös ohjaamaan potilasta ja omaista nielemiseen liittyvissä asioissa. Osastolla työharjoittelussa olevat hoitotyön opiskelijat vievät saamansa tiedon muihin harjoittelupaikkoihin, ja näin tieto jakaantuu laajemmalle alueelle.

Opinnäytetyön kehittämistehtävänä on

1. tuottaa laatusuositukset aivoverenkiertohäiriöpotilaan nielemisen tarkkailuun ja ohjaamiseen Etelä-Karjalan keskussairaalan neurologiselle osastolle ja
2. kuvata kehittävän työntutkimuksen prosessin vaiheet.

5 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS

Kehittävä työntutkimus ei tuota työpaikoille vain ulkoapäin valmiita ratkaisuja, vaan muokkaa työyhteisön sisällä uusia malleja ja välineitä toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen. Kehittävä työntutkimus on osallistava tutkimusote, joka edellyttää tutkittavan organisaation tai työyhteisön aktiivista panostusta ja halua kehittää työntekijöiden kykyä käsittää työprosessinsa kokonaisuutena ja vaikuttaa sen muovautumiseen. (Tuomi-Gröhn 2001, 19 – 24.) Tämän kehittämistehtävän lähestymistapana käytettiin kehittävää työntutkimusta, joka yhdistää tutkimuksen, käytännön kehittämistyön ja koulutuksen.

Kehittävä työntutkimus kohdistuu laadullisiin muutoksiin työssä ja organisaatiossa. Kehittävää työntutkimusta tehtäessä puhutaan ekspansiivisesta oppimisesta, jonka oleellinen tunnuspiirre on, että oppimisen kohteena on kokonainen toimintajärjestelmä ja sen laadun muutos. Ekspansiivinen oppimissykli merkitsee toiminnan kohteen ja motiivin laajentamista. Syklissä asetetaan kyseenalaiseksi ja hahmotetaan uudelleen se, mihin toiminnalla pyritään, mitä tuotetaan ja miksi tuotetaan. Tähän liittyy työyhteisössä totuttujen toimenkuvien muuttaminen. (Engeström 2002, 12 – 14.) Osastolla A3 ekspansiivinen oppiminen tarkoittaa sitä, että mietimme käytössä olevia toimitapoja, niiden vahvuuksia ja heikkouksia osastotunneilla.

Ekspansiivisen oppimisen moniäänisyydellä tarkoitetaan yhteisössä esiintyviä erilaisia taustoja, näkemyksiä asioista ja mielenkiinnon kohteita. Moniäänisyys tulee esille myös kuntoutuksessa moniammatillisen työryhmän työskentelyssä. Työnjaon myötä työntekijät ovat erilaisessa asemassa toisiinsa nähden, ja jokaisella on erilainen historiallinen taustansa. Moniäänisyys on sekä häiriöiden lähde että suuri voimavara. Erilaisten näkökulmien saattaminen vuoropuheluun, dialogiin ja yhteisten välineiden kehittelyyn on ekspansiivisen oppimisen tärkeä edellytys. (Engeström 2004, 15 – 24; Tuomi-Gröhn 2001, 43 – 46.)

Kuvasta 2 selviää opinnäytetyön etenemisen prosessi ja aikataulun käyttö.

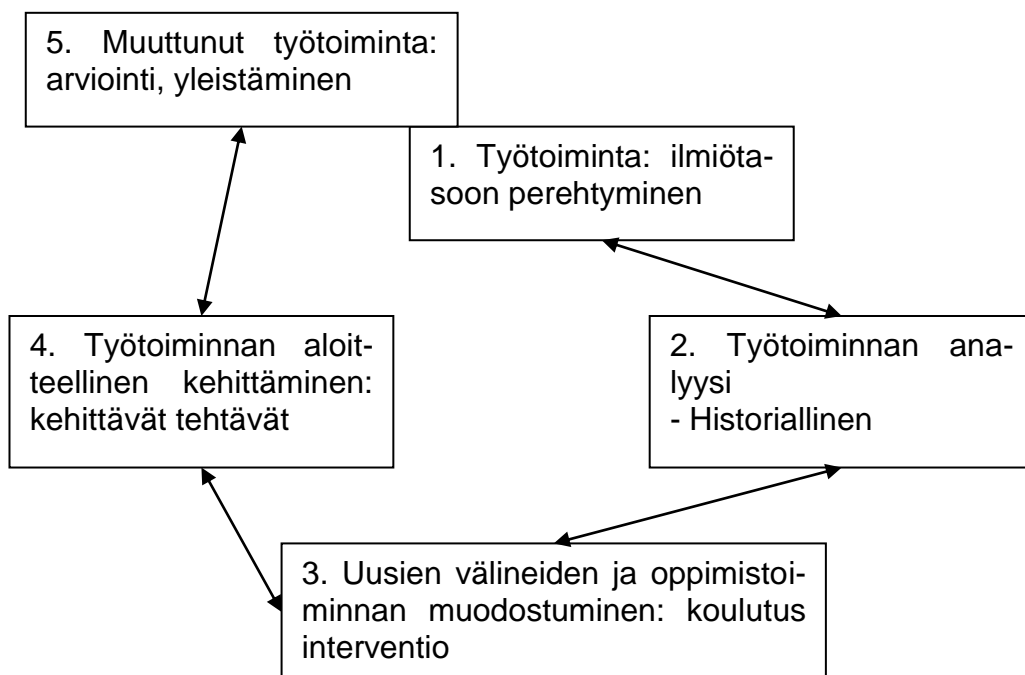
Joulukuu 2008 osastolla tehty kartoitus opinnäytetyön aiheesta osastotunnilla	Lokakuu 2009 Työnilmiötasosta ja historiasta kirjoittaminen
Helmikuu 2009 Ideaseminaarit	Marras- ja joulukuu 2009 Oppimistoiminnan muodostumisesta kirjoittaminen. Koulutuspäivät 19.11.2009
Maaliskuu 2009 Aiheen rajausta ja materiaalin etsintä	Tammikuu 2010 Nielemisen laatusuositusten teko ryhmissä
Huhtikuu 2009 Tutkimussuunnitelman teko	Helmikuu 2010 Laatusuositusten kirjoittaminen ryhmätöiden pohjalta.
Toukokuu 2009 Tutkimussuunnitelman esitys ja hyväksyminen	Maaliskuu 2010 Laatusuositukset valmistuvat
Kesä- ja heinäkuu 2009 Teorian kirjoittaminen	Huhtikuu 2010 Viittä vaille valmis seminaari
Elokuu 2009 Osastotunti, 2 haastattelua ja haastattelujen purkaminen	Toukokuu 2010 Opinnäytetyön esittely osastolla ja laatusuosituksen käyttöönotto

Kuva 2 Kehittämistehtävän aikataulu ja eteneminen

5.1 Kehittävän työntutkimuksen vaiheet

Kehittävä työntutkimus sisälsi seuraavat vaiheet: työtoimintaan perehtymisen, työtoiminnan analyysin, uusien välineiden ja oppimistoiminnan muodostamisen, työtoiminnan aloittaminen ja kehittämisen sekä viimeisenä muuttuneen työtoiminnan ja sen arvioinnin. (Engeström 2004, 61.)

Kuvassa 3 esitetään kehittävän työntutkimuksen vaiheet ja kuvataan työntutkimuksen edistymistä kehityssyklinä.



Kuva 3 Kehittävän työntutkimuksen vaiheet (Engeström 1998, 128.)

Työn suoritin tammi- ja toukokuun 2010 välisenä aikana. En käsitellyt kehittävän työntutkimuksen syklin vaihetta viisi, joka kuvaa muuttunutta työtoimintaa. Jätin sen käsittelemättä, koska en pysty arvioimaan laatusuosituksen käyttöönoton vaikutusta, ennen kuin ne ovat olleet käytössä osastolla. Laatusuositukset otetaan osastolla käyttöön toukokuussa. Joulukuussa 2010 teen laatusuosituksen käyttöönotosta hoitajille kyselyn, jossa selvitän, ovatko laatusuositukset helpottaneet hoitajan työtä nielemisen arvioinnissa. Kyselystä saadun tuloksen esittelen osastotunnilla.

Toimintajärjestelmän avulla voidaan tarkastella yksilön tekojen ja yhteisöllisen toiminnan suhdetta. Toimintajärjestelmän analysoinnin avulla toiminnan sisäiset suhteet ja vaikutusrakenteet tuodaan näkyviksi. Toiminnassa näkyy ja kuuluu moniäänisyyttä ja historiallista kerrostuneisuutta. Toiminnalla on historiallisesti ja kulttuurisesti määräytyneet kohde ja tuotos. Mallissa nuolet kuvaavat toiminnan systeemistä luonnetta. Toiminta on aina systeemistä, mikä tarkoittaa sitä, että yhden osatekijän muutos vaikuttaa myös muihin osatekijöihin. Yksittäisiä tekoja ja tilanteita, kuten myös epäonnistumisia, häiriöitä ja innovaatioita, analysoidaan aina suhteessa koko toimintajärjestelmään. (Engeström 1998,126 – 128.)

Työtoimintaan ja ilmiötason perehtyminen

Kehittävässä toiminnan tutkimuksessa tapahtuu alkutilan kuvaus ja sen ilmiongelmiin kuvaus sekä tutkittavan toimintajärjestelmän rajaaminen (Engeström, 2002, 133 – 135). Tässä vaiheessa käytettiin aineistona haastatteluja ja dokumentteja.

Opinnäytetyössäni toiminnan taso tarkoittaa työnjaollista ja yhteistoiminnallista Etelä-Karjalan keskussairaalan neurologisen osaston organisaatiota. Näkökulma on hoitajan työstä lähtevä. Toiminnan kohteen ja tarkoituksen tarkastelu perustuu moniammatillisen työryhmän näkemyksiin siitä, miten nielemisen kokeilemista toteutetaan neurologisella osastolla. Tekojen tasoa tarkastellaan vuonna 1997 tehtyjen nielemisen laatusuosituksen pohjalta, jotka eivät ole olleet käytössä seitsemään vuoteen.

Tässä opinnäytetyössä pääasiallinen työtoimintaan perehtyminen tapahtui asiantuntijahaastattelujen, koulutuspäivien ja osastotuntien avulla. Lisäksi olen hyödyntänyt omaa osaamistani ja asiantuntijuuttani kuvatessani osaston toimintaa. Myös kahvipöytäkeskusteluissa olemme havainneet, että nielemisen osalueella on tieto/taitotason puutteita. Nykyisin kuntouttavan työotteen toiminta vaihtelee päivittäin. Yhtenä esteenä haastateltavat näkivät akuuttia hoitoa vaativat potilaat samalla osastolla. Heidän hoitonsa on kiireellisempää, ja näin ollen kuntouttaminen on jäänyt vähäisemmäksi. Haastatteluista ilmeni myös, että kuntoutusmyönteisyys on vähentynyt osastolla, ja se vaikuttaa kuntoutuksen

laatuun. Osastolla ei ole enää käytössä kuntoutuspaikkoja, ja hoitoajat ovat lyhentyneet huomattavasti viime vuosina. Hoitoaikojen lyhentyminen tuo haasteen kuntoutukselle akuuttihoidon osastolla.

Historian analyysi

Historian analyysi vaiheessa on kyse teoreettisten käsitteiden avulla suoritettavasta analyysistä. Historiallinen analyysi voidaan tehdä rinnan sekä yleisellä että paikallisella, kyseisen organisaation kehitystä koskevalla tasolla. Paikallinen analyysi auttaa näkemään paikallisten erityispiirteiden rajoittuneisuuden tai omintakeisuuden ja vertaamaan niitä muualla toteutettuihin vaihtoehtoihin. Historiallisessa analyysissä käytetään pääasiallisesti dokumentteja tai suullisia muistitietoja. Kehittävä työntutkimus pyrkii ylittämään toimintatutkimuksen ja perinteisen työntutkimuksen rajoitukset tarkastelemalla työtä historiallisen analyysin avulla työyhteisöä laajemmasta näkökulmasta. (Engeström 2002, 135 – 138.)

Historian analyysin toteutin kirjallisuuden ja asiantuntijahaastatteluiden avulla. Historian tieto auttaa hahmottamaan paikallisten rakenteiden muutoksien vaikutuksia. Haastatteluun valitsin henkilöitä, jotka työskentelivät entisen Tiurun sairaalan kuntoutusosastolla sekä työskentelivät haastatteluhetkellä elokuussa 2009 neurologisella osastolla Etelä-Karjalan keskussairaalaissa. Haastateltavina oli hoitajia ja fysioterapeutteja. Haastattelut suoritin parihaastatteluna ja kestoltaan ne olivat noin tunnin. Haastateltavilta sain tietoa kuntouttavan hoitotyön muutoksista eri vuosikymmenten aikana. Haastatteluista saamieni tulosten perusteella vertailin Tiurun sairaalan kuntoutusosaston aikaista toimintaa nykyiseen Etelä-Karjalan keskussairaalan osastolla A3 tapahtuvaan kuntoutukseen. Haastattelujen analysoinnista kerron tarkemmin luvussa 5.5..

Uusien välineiden ja oppimistoiminnan muodostuminen

Nykyisen toiminnan analyysi osoittaa, miten ristiriidat ilmenevät käytännössä. Samalla se merkitsee historiallisen hypoteesin testaamista ja kehittelyä. Työyhteisön moniäänisyyden, häiriöiden ja innovaatioiden tunnistaminen ja teoreetti-

nen tulkinta ovat kehittävän työntutkimuksen keskeinen tehtävä. (Engeström 2002, 139 – 140.)

Elokuussa 2009 pitämälläni osastotunnilla esittelin opinnäytetyön tarkoituksesta ja toteutuksesta. Osastotunnilla mietittiin yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa, mitkä asiat nielemisen huomioinnissa toteutuvat ja missä tarvitaan vielä ohjausta ja neuvontaa. Kartoitimme yhdessä ongelmakohtat ja ristiriidat ja aloimme hakea hakemaan niihin yhdessä ratkaisumalleja. Osasto A3 järjesti 19.11.2009 Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden alueelle koulutuspäivän AVH-potilaan hoidosta. Koulutus antoi lisää tietoa AVH-potilaan hoidosta, kuntoutuksista ja näiden kehittämisen tärkeydestä. Toimin koulutuspäivässä yhtenä luennoitsijana ja kerroin kuntouttavan hoitotyön merkityksestä. Koulutuspäivän ryhmätöistä tein yhteenvedon ja lähetin sen kaikille koulutukseen osallistuneille. Näin saatiin moniammatillisten työryhmien tietoa jaettua laajemmalle alueelle. Puheterapeutti luennoi osastotunnilla 8.12.2009 nielemisestä. Hän toimi asiantuntijaluennoitsijana, jonka luennoinnista poimin laatusuosituksen tekemistä varten tärkeimmät pääkohdat. Nauhoitin osastotunnin, jotta sain kerättyä kaiken materiaalin käyttööni. Koulutuksesta ja osastotunnilta saamani tiedon pohjalta laadimme nielemisen laatusuosituksia tammikuussa moniammatillisessa työryhmässä. Kokosin ryhmiltä saamani vastaukset laatusuosituksen muotoon ja jätin ne osaston taukotilaan työyhteisön jäsenten luettavaksi. Näin varmistin, että myös ryhmätöiden ulkopuolelle jääneillä oli mahdollisuus kommentoida laatusuosituksia, ja näin sain kaikkien mielipiteet huomioitua. Koulutusten ja osastotuntien myötä koulutusinterventiovaihe toteutui.

Työtoiminnan aloitteellinen kehittäminen

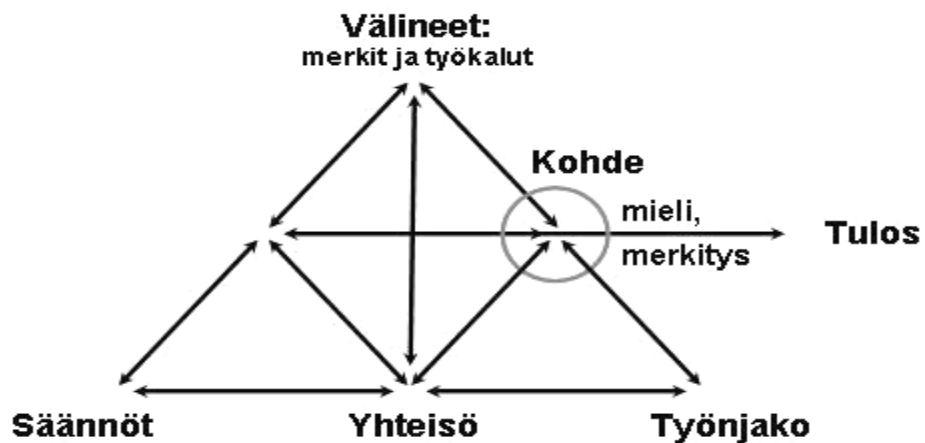
Uuden toimintamallin suunnittelussa on tarkoituksena toimintatavan muuttaminen sekä muutoksen käynnistäminen yhden tai useamman strategisen osaratkaisun tai -kokeilun avulla. (Engeström 2002, 139 – 140.)

Uuden toimintamallin suunnittelun aloitimme tammikuussa. Moniammatillisia työryhmiä oli kaksi, ja aikaa oli varattu puolitoista tuntia ryhmää kohden. Ryhmät muodostettiin niin, että molemmissa ryhmissä oli hoitajia ja ainakin yksi fysioterapeutti. Mukana oli myös toimintaterapeutti. Lisäksi ryhmään kuului noviisi-

hoitajia sekä pidemmän työuran omaavia hoitotyön asiantuntijoita, jotta tiedon-
saanti olisi ollut mahdollisimman laaja-alaista. Nuoret hoitajat osasivat kuvata
hyvin käytännön ongelmia omien kokemustensa pohjalta: esimerkiksi jos poti-
laalta valuu paljon sylkeä, uskaltaako syöttää. Ryhmissä mietittiin ongelmiin
ratkaisumalleja. Uusien laatusuosituksen pohjana toimivat aiemmat laatusuosi-
tukset sekä puheterapeutin luennolta saadut tiedot. Uusien laatusuosituksen
tekemisessä otettiin huomioon myös hoitohenkilökunnan havainnot ja koke-
mukset toteutuneesta potilaan ravitsemuksesta.

Pidin lyhyen alustuksen aiheesta, ennen kuin ryhmät aloittivat nielemiseen vai-
kuttavien asioiden pohtimisen. Ryhmätöiden lopuksi kerroin vuoden 1997 laa-
tusuosituksista ja kävimme ne yhdessä läpi. En esittänyt tietoisesti vanhoja laa-
tusuosituksia ennen ryhmätöiden tekoa, etteivät ryhmäläiset olisi ottaneet niistä
mallia. Näin saimme tehtyä ryhmässä aivan uudenlaiset suositukset palvele-
maan hoitotyöntekijöitä.

Esittelin (kuvan 4) toimintajärjestelmän ryhmäläisille. Kuviossa on esitelty, mitä
asiat kuvassa tarkoittavat yleisesti ja mitä työssäni. Uutta toimintamallia kehi-
timme kahdessa moniammatillisessa työryhmässä kuvan 4 osoittamalla tavalla.



Kuva 4 Toimintajärjestelmä (Engeström 1998, 43)

Toimintajärjestelmän tekijä viittaa työyhteisössä siihen yksilöön tai ryhmään,
jonka näkökulmasta analyysia suoritetaan. (Lambert 1994, 11.) Tässä kehittä-

mistehtävissä tekijällä tarkoitetaan moniammatillista työryhmää neurologisella osastolla.

Kohteella tarkoitetaan sitä ilmiötä, esinettä tai olentoa, jossa työyhteisö pyrkii aikaansaamaan toivottuja muutoksia osastolla. Hoitotyössä toiminnan kohteena on potilaan hoidon laadun kehittäminen. (Lambert 1994,11 – 12.) Osastolla A3 kohteena oli nielemisen tarkkailun ja ohjauksen laatusuosituksen tekeminen hoitohenkilökunnalle. Potilas huomioidaan tässä tuloksien vastaanottajana. Toimin moniammatillisen työryhmien vetäjänä, mutta teimme laatusuosituksen yhdessä työyhteisön jäsenten kanssa. Näin koko työyhteisö sitoutui laatusuosituksen käyttöönottoon niiden valmistuttua. Moniammatillisessa työryhmässä jokaisen mielipide otettiin huomioon.

Tuotos tarkoittaa niitä muutoksia ja vaikutuksia, joita kohteessa tavoitellaan ja aikaansaadaan toiminnan avulla. (Lambert 1994,11 – 12.) Tässä työssä tuotoksena olivat nielemisen laatusuositukset. **Välineet** tarkoittavat työntekijöiden käytössä olevia työkaluja sekä käsitteellisiä välineitä ja malleja, joiden avulla kohdetta käsitellään. (Lambert 1994,11 – 12.) Hoitotyössä erilaisia välineitä ovat esimerkiksi ruokailuasennot, ruuan koostumus ja ruokailussa käytettävät apuvälineet ja teoretieto nielemisestä.

Yhteisöllä tarkoitetaan sitä yksikköä, mikä käsittelee samaa kohdetta ja pyrkii samaan lopputulokseen. (Lambert 1994,11 – 12.) Tässä kehittämistehtävissä yhteisöllä tarkoitetaan neurologisella osastolla työskentelevää hoitohenkilökuntaa. **Työnjako** tapahtui tässä työssä siten, että henkilökunta osallistui laatusuosituksen tekemiseen. Tein ryhmätöistä yhteenvedon ja toi sen henkilökunnan luettavaksi, ja sen pohjalta tehtiin vielä muutoksia. Lopuksi puheterapeutti tarkisti asioiden oikeellisuuden, ja sen jälkeen laatusuositukset otettiin käyttöön. **Toimintajärjestelmän säännöt** tarkoittavat työyhteisön kokonaisuutta ja eri ryhmiä koskevia säännöksiä ja ohjeita, joita voidaan tuottaa sekä työyhteisön sisällä että sen ulkopuolella. (Lambert 1994,11 – 12.) Hoitotyössä tärkeitä sääntöjä ovat hoitosuunnitelmat, etiikkaa koskevat velvoitteet sekä lait ja niiden tuomat asetukset. Kaikki toimintajärjestelmän osatekijät vaikuttavat jatkuvasti toisiinsa ja niiden välillä tapahtuu siirtymiä.

5.2 Aineistonhankinta ja analyysi

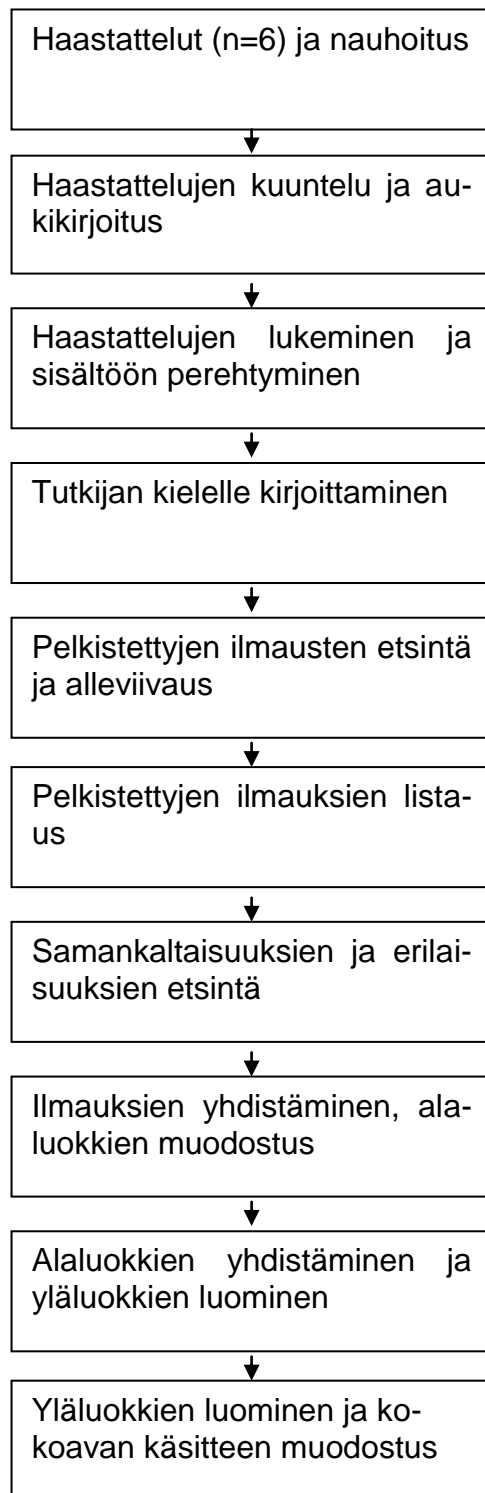
Haastattelujen analyysissä käytin induktiivista sisällön analyysia. Krippendorfin (1980) mukaan sisällön analyysi voidaan määritellä menettelytavaksi, jossa tutkija pyrkii erilaisten sisällöllisten luokittelujen avulla tiivistämään, analysoimaan ja tulkitsemaan tutkimusaineistonsa tallentuneita sisältöjä ja rakenteita. Menetelmällisenä lähestymistapana sisällön analyysi on Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan perusteltavissa erityisesti silloin, kun mikään olemassa oleva metodi ei sinällään sovi oman aineiston analyysiin, vaan analyysiprosessissa halutaan hyödyntää luovasti erilaisia tapoja järjestää, luokitella ja kuvata tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysissä analyysiprosessin toteuttamiseen ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä. Jokainen tutkija kehittää oman luokittelujärjestelmänsä, joka sopii parhaiten nimenomaisen aineiston haltuunottoon ja jäsentämiseen. Analyysin tavoitteena on rakentaa systemaattinen, kattava ja tiivistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Analyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä tai malleja. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4 - 6.)

Sisällön analyysi on menettelytapa, jonka avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 105.) Sisällön analyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6.) Sisällön analyysillä sain kerätyn aineiston järjestetyksi johtopäätöksien tekemistä varten. Johtopäätöksien tekemisessä pyrin ymmärtämään mitä asiat tutkittaville merkitsevät.

Kynkään ja Vanhasen (1999) mukaan tutkija on viime kädessä se, joka päättää, pitäytyykö hän analyysiprosessissaan pelkästään aineistonsa ilmisisältöihin vai pyrkiikö hän nostamaan esiin myös aineistonsa tallentuneita piilomerkityksiä ja taustarakenteita. Omassa tutkimuksessani analyysin painopiste on aineiston ilmisisällöissä, mutta pyrin kohdentamaan analyysia osaltaan myös niihin taustarakenteisiin ja piilomerkityksiin, jotka ovat vaikuttaneet käsitysten muodostamisprosessin taustalla.

Sisällön analyysin ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu analyysiyksikön määrittäminen. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaavat tutkimustehtävä ja aineiston laa-

tu. Tavallisimmin käytettyjä analyysiyksiköitä ovat yksittäiset sanat, sanayhdistelmät, lauseet tai ajatuskokonaisuudet. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Tässä tutkimuksessa käytin analyysiyksiköinä yksittäisiä sanoja. Kuvassa 5 näkyy aineiston sisällön analyysin eteneminen.



Kuva 5 Tutkimuksessa käytetyn aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen. (Tuomea & Sarajarveä 2002, 111 mukailleen.)

Käsittelin haastattelut induktiivisella sisällön analyysillä aineistosta käsin. Auki kirjoitin haastattelut sanasta sanaan. Tekstiä tuli 21 sivua rivivälillä yksi ja fonttikoolla 12 kirjoitettuna. Luin haastattelut useita kertoja läpi. Alleviivasin haastatteluista esille tulleet Tiurun sairaalan asiat vihreällä ja Etelä-Karjalan keskussairaalan asiat punaisella korostusvärillä. Alleviivatut ilmaukset merkitsin aukikirjoitetun aineiston sivun reunaan, ja sitten kirjoitin ne peräkkäin erilliselle paperille. Sisällön analyysiyksiköksi valitsin yksittäisen sanan. Tämän jälkeen listasin pelkistetyt ilmaukset. Etsin tutkimuksesta samanlaisuudet ja erilaisuudet pelkistetyistä ilmauksista Tiurun sairaalasta sekä Etelä-Karjalan keskussairaalaan. Seuraavassa yhdistelin pelkistettyjä ilmauksia ja muodostin alaluokat. Alaluokkien jälkeen muodostin niistä yläluokkia. Lopuksi yhdistin yläluokat ja muodostin niistä kokoavan käsitteen.

Ryhmähaastattelu on menetelmänä erityisen käyttökelpoinen silloin, kun ollaan kiinnostuneita haastateltavien mielipiteistä ja kulttuurillisista asioista. (Sulkunen 1990, 264.) Ryhmähaastattelu sisältää ryhmän keskinäisen vuorovaikutuksen. Se on yksilöllistä haastattelua lähempänä elämän todellisuutta, jossa mielipiteet, asenteet ja tavat muodostuvat ja jossa ihmiset toimivat sosiaalisessa ympäristössä. Haastattelumenetelmän valinta on riippuvainen tutkittavasta asiasta ja kysymyksenasettelusta. (Pötsönen ja Välimaa 1998, 2 – 3.) Toteutin haastattelun ohjattuna keskusteluna. Laadin ennalta haastattelurungon, joka toimi tukena ja muistilistana. Ryhmähaastattelu antaa mahdollisuuden kerätä tietoa kiinnostuksen kohteena olevasta aiheesta.

Sulkunen (1990, 265) määrittää ryhmähaastattelun yhtenä tapana ratkaista yksilöhaastattelussa esille tulevia ongelmia. Esimerkkinä haastateltavien tutkijaan kohdistamat odotukset ovat ryhmähaastattelussa vähemmän esillä kuin yksilöhaastattelussa. On kuitenkin muistettava, että haastattelijan persoona vaikuttaa aina haastattelutilanteeseen. Ryhmähaastattelu voidaan toteuttaa usealla tavalla. Haastattelu voi olla strukturoitu, jolloin haastattelija esittää saman kysymyksen kaikille osallistujille vuorollaan ilman, että osallistujien välillä sallitaan keskustelua. Ryhmähaastattelulla voidaan tarkoittaa ryhmässä tapahtuvaa keskustelua, joka on enemmän tai vähemmän ohjattua. (Pötsönen & Välimaa 1998, 3 - 6.)

5.3 Kehittämistehtävän luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tuomi ja Sarajärvi (2002, 133) toteavat, että luotettavuutta arvioitaessa pitää ottaa huomioon myös puolueettomuusnäkökulma. Tämä on tutkimuksessani tärkeää, sillä olen tutkijana osa tutkimaani yhteisöä ja sen toimintakulttuuria.

Tässä opinnäytetyössä osallistujat ovat terveydenhuollon eri ammattiryhmien edustajia, jotka lupautuivat pyynnöstäni haastatteluihin ja ryhmätöiden tekemiseen. Ennen heidän lupautumistaan esittelin heille tutkimussuunnitelman ja heidän osuutensa siihen. Huomiota oli kiinnitettävä myös tietojen julkaisemiseen niin, että siihen osallistuneet eivät ole millään tavalla tunnistettavissa. Lupa opinnäytetyön tekemiseen ja aineiston nauhoittamiseen saatiin kaikilta siihen osallistuvilta. Opinnäytetyötä varten hain tutkimusluvan tutkimuksen tekemiseen neurologian vastuuyksikön johtajalta, ylilääkärin viransijaiselta Minna Linnalta, toukokuussa 2009. Työelämän edustajan sairaanhoitaja Seija Käkelän kanssa tehtiin yhteistyösopimus toukokuussa 2009.

Luotettavuuden arvioinnissa on keskeistä se, että tutkija tavoittaa tutkittavan ilmiön juuri sellaisena kuin se tutkittavalle ilmenee. Tutkimusprosessi ymmärretään ihmisten merkityssuhteiden kohtaamisena. Tämän vuoksi täytyy ymmärtää, että tavoitteen täydellinen toteutuminen on mahdotonta.

Pyrin luotettavuuteen koko opinnäytetyön ajan sekä kuvaamaan opinnäytetyön eri vaiheet mahdollisimman tarkasti. Tutustuin lähdekirjallisuuteen ennen opinnäytetyön teon aloittamista. Lähdemateriaaleiksi valitsin mahdollisimman uudet ja opinnäytetyön aihealuetta koskevat tutkimukset. AVH-potilaan hoitotyöstä on saatavilla paljon tutkittua tietoa Suomessa sekä ulkomailla. Aineiston valinnan kriteerinä pidin 2000-luvulla tehtyjä tutkimuksia ja tunnetuimpien tutkijoiden teoksia. Tutkimuksien valinnassa auttoi asiantuntijuus, koska olin jo lukenut AVH-potilaan hoitoon liittyviä tutkimuksia hoitotyön kehittämistä varten. Aineiston analyysin kirjallisuutena käytin myös vanhempia teoksia, koska näiden asioiden teorian tieto ei ole muuttunut.

Valitsin haastattelupaikaksi Etelä-Karjalan keskussairaalan kirjaston kokoushuoneen. Tila oli vain meidän käytössämme ja saimme tehdä haastattelun siellä ilman keskeytyksiä. Huomioin, että haastatteluun käytettävä aika ei ollut liian

pitkä haastateltavien kannalta. Tutkimuksen luotettavuutta parantavia tekijöitä olivat nauhoitukset, muistiinpanot sekä haastattelijan asioiden tietämys. Jokainen valitsemani haastateltava osallistui haastatteluihin. Haastateltavat kertoivat mielellään kuntoutuksen tuomista muutoksista ja olivat mielellään mukana tutkimuksessa. Minulla ei ollut aiempaa kokemusta haastattelijan roolista, mutta tilanne oli rento, kun jokainen osapuoli tunsu toisensa ja sai keskustella vapaasti. Omasta asiantuntijuudestani koin olleen hyötyä, kun tein haastatteluissa tarkentavia kysymyksiä. Nauhoittaminen takasi tietojen taltioitumisen haastattelutilanteessa sekä helpotti niiden käsittelyä haastattelujen jälkeen. Analysoin haastatteluaineiston induktiivisesti hyödyntäen omaa tietämystäni asiasta ja peilasin sitä teoriaosuuteen. Haastattelujen aineisto oli samankaltainen ja haastateltavien kokemukset ja näkemykset toistivat pääpiirteittäin toisiaan. Haastatteluaineisto oli riittävä, kun samat asiat kertautuivat ja saturaatio saavutettu.

Haastateltavina oli hoitajia ja fysioterapeutteja. Haastateltaviksi valitsin harkinnanvaraisesti henkilöt, jotka ovat työskennelleet Tiurun sairaalan kuntoutusosastolla sekä ovat töissä neurologisella osastolla Etelä-Karjalan keskussairaalassa. Haastateltavilta sain tiedon kuntouttavan hoitotyön muutoksista eri vuosikymmenien aikana. Saatujen tietojen avulla voin verrata Tiurun kuntoutusosaston aikaista toimintaa nykyiseen Etelä-Karjalan keskussairaalan osastolla A3 tapahtuvaan toimintamalliin.

Ryhmähaastattelu oli nopea tapa kerätä tietoa ja mahdollisti osallistujien välille avoimen keskustelutilanteen. Tarvittaessa pystyin esittämään haastateltaville tarkentavia kysymyksiä, mikä lisäsi mahdollisuutta ymmärtää haastateltavien kokemuksia ja näkemyksiä sellaisina kuin he kertoivat. En tehnyt testihaastattelua, koska minulla ei ollut tarkkoja tutkimuskysymyksiä ja haastattelu oli keskustelunomainen tilanne. En tehnyt esitestausta varmistaakseni, ovatko tutkimuskysymykseni tarpeeksi ymmärrettäviä, koska tein tarkentavia kysymyksiä keskustelun edetessä. Haastattelun tarkoituksena oli avoin keskustelu.

Haastateltavien kanssa sovin luottamuksellisuudesta ja anonymiteetin säilyttämisestä tulosten esittelyssä. Haastattelua varten haastateltaville lähetin saatekirjeen (liite 2) ja suostumuslomakkeen (liite 3) neljä viikkoa ennen haastattelujen ajankohtaa keskussairaalan sisäisellä postilla. Saatekirjeessä kerroin opin-

näytetyön tarkoituksesta ja toteutustavasta sekä sen, miksi halusin haastatella tiettyjä henkilöitä. Suostumuslomakkeita oli kaksi, joista toinen jäi haastateltavalle ja toinen haastattelijalle. Lomakkeessa olivat kirjallisessa muodossa muun muassa opinnäytetyöni tavoitteet ja aineistonkeruumenetelmä. Tiedotin myös opinnäytetyöni tarkoituksesta suullisesti.

Suostumuslomakkeesta ilmenivät haastattelun vapaaehtoisuus ja keskeyttämismahdollisuus missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Haastatteluaineistot ovat olleet vain minun käytössäni ja tuhoan ne saatuni työni valmiiksi. Tein haastattelut elo- ja syyskuun aikana vuonna 2009. Tutkimustulokset esitin siten, että haastateltavien kertoman mukainen merkitys ei muuttunut.

Haastateltavien nimiä eivät tienneet muut kuin haastatteluun osallistuneet. Haastattelujen parit valittiin ammattiryhmien mukaan. Sairastumisen vuoksi yksi ryhmä muutettiin, jotta haastattelut saatiin pidetyiksi sovittuna ajankohtana. Haastateltavien määrä oli pieni ja sen vuoksi oli tärkeää taata tutkittavan anonymiteetti. Haastateltaville korostettiin, ettei yksittäistä henkilöä voida tunnistaa tutkimusraportista eikä heidän nimeään tulla julkaisemaan tutkimuksen missään vaiheessa. Haastateltaville annettiin myös kirjallista informaatiota tästä asiasta ennen haastattelujen suorittamista. Opinnäytetyöhön valittiin suorat lainaukset niin, ettei niistä voi tunnistaa haastateltavia. Haastateltaville kerrottiin tutkimusaineiston nimettömyydestä sekä siitä, että aineisto hävitettiin analysointivaiheen jälkeen.

Mäkisen (2006,102) mukaan tutkimustulosten paikkansa pitävyyden tarkistus ja yleistettävyyden liittyvät yhteen tutkimuksen tärkeimpään eettiseen periaatteeseen. Tutkijan tulisi koetella tutkimuksen luotettavuutta aina viimeiseen asti. Tuomen ja Sarajärven (2002, 126) mukaan eettisten kysymysten pohdinta on tärkeää tutkittaessa inhimillistä toimintaa. Tutkimusetiikka ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti toimijoita. Jokaisessa tutkimuksessa on eettisiä kysymyksiä. Tutkimustietojen tulee olla luottamuksellisia ja osallistujien on jätävä nimettömiksi. Tutkijan tulee toimia osallistujia kohtaan rehellisesti ja vastuuntuntoisesti. Haastatteluun osallistuvilla henkilöillä selvitin ymmärrettävästi tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Haastatteluun osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Vilkan (2005, 30) mukaan hyvällä tie-

teellisellä käytännöllä tarkoitetaan sitä, että tutkija noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksessani tämä tarkoitti sitä, että käytin sellaisia tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, jotka tiedeyhteisö on hyväksynyt. Kunnioitan toisten tutkijoiden saavutuksia merkitsemällä lähdeviitteet tekstiin sekä esitän omat ja toisten tutkijoiden tuomat tulokset rehellisesti.

Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 101 – 102) mukaan tutkimuksen etiikalla tarkoitetaan tutkijan tutkimusmoraalia, käsitystä siitä, mitä hän voi tehdä ja mitä ei. Samat eettiset näkökohdat koskevat niin tutkijaa kuin muutakin yhteiskuntaa. Tutkimuksen etiikan varmistaminen on välttämätöntä tutkimusta suunniteltaessa. Tutkijan tulee toiminnassaan ottaa huomioon tutkimuksensa kohteena olevat henkilöt. Tutkimukseen osallistuvia on kohdeltava itsenäiseen päätöksentekoon pystyvinä ihmisinä. Eettiset ratkaisut liittyvät viime kädessä tutkijan sisäiseen moraalisiin. Tutkimusten tekijät ovat työstänsä eettisesti vastuussa tutkimuskohteelle, tiedeyhteisölle, yhteiskunnalle ja itselleen. Eettisyys tutkimustulosten julkaisemisessa liittyy rehellisyyteen ja tulosten luotettavuuteen. Tutkija ei luonnollisestikaan saa väärentää tuloksia eikä jättää oleellista osaa niistä kertomatta. Ne on raportoitava siten, että julkinen kritiikki on mahdollista. Haastattelussa tulee ottaa huomioon haastateltavan tietyt juridiset, moraaliset ja eettiset oikeudet. Haastattelijaa koskee myös muun muassa vaitiolovelvollisuus. Haastateltavan tulisi antaa niin täydellisiä ja totuudenmukaisia vastauksia kuin mahdollista. Avoimessa haastattelussa haastattelijan tulee pidättäytyä liiallisista omista kommentteista.

6 LAATUSUOSITUSTEN KEHITTÄMISPROSESSI NIELEMISEN TARKKAILUUN

Haastatteluista saadut tulokset kävin opinnäytetyössäni läpi kehittävän työn prosessin vaiheiden mukaan. Ensin kerroin työtoiminnasta nykyisin Etelä-Karjalan keskussairaalan neurologisella osastolla A3. Sitten kerroin Tiurun sairaalan kuntoutusosaston historiallisia vaikutuksia nykyhetkeen ja sain sitä kautta työyhteisöömme yhteisöllisyyden merkityksen avatuksi. Vaiheessa kolme esittelin uusien välineiden ja oppimistoiminnan muodostumista. Viimeiseksi ker-

roin laatusuosituksen valmistumiseen liittyvästä prosessista ja esittelin valmiit nielemisen laatusuosituksen.

Haastattelujen tarkoituksena oli tuottaa tietoa, millaista kuntoutus oli Tiurun kuntoutusosastolla verrattuna Etelä-Karjalan keskussairaalan neurologian ja sisätautien osastolla tapahtuvaan kuntoutukseen. Haastateltavat kokivat nykyisen akuuttihoiton vievän suurimman osan hoitajien ajasta. Hoitoajat ovat myös lyhentyneet ja kuntouttamisen aika jää erikoissairaanhoidossa lyhyemmäksi. Potilaan voinnin salliessa kuntoutuksen hänet usein siirretään jo jatkohoitoon ja kuntoutukseen toisiin yksiköihin. Osittain kuntoutuksen toteuttamiseen vaikuttaa tiedon puute ja tahto toteuttaa kuntouttavaa työtä. Haastattelujen tulosten pohjalta jaottelin asiat erilaisten alakohtien alle. Listasin Tiurun sairaalan pelkistetyt ilmaukset ja niistä muodostetut alakategoriat ja yläkategoriat sekä yhdistävät tekijät (liite 4). Liitteessä 5 on samat asiat Etelä-Karjalan keskussairaalaan.

6.1 Etelä-Karjalan keskussairaalan neurologian ja sisätautien osasto

Etelä-Karjalan keskussairaalan osasto A3 on 24-potilaspaikkainen neurologian ja sisätautien osasto. Osastolla hoidetaan neurologisia sairauksia ja sisätauteja, kuten munuaissairauksia ja infektiosairauksia. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan akuuttivaiheen hoito pyritään järjestämään aivohalvausyksikössä (stroke unit). Hoito aivohalvausyksikössä kestää yleensä 1 – 3 vuorokautta, jonka jälkeen hoito jatkuu osaston puolella. Alkuvaiheessa aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoito painottuu normaaleista elintoiminnoista huolehtimiseen sekä sairauden etenemisen ja komplikaatioiden ennaltaehkäisyyn. Sydämen rytmiä, verenpainetta, pulssia ja hengitystä seurataan valvontalaitteiden avulla. Lisähapen antaminen happiviiksillä tai happimaskilla on usein välttämätöntä. Verensokeria ja lämpöä seurataan myös säännöllisesti. Mahdollista oireiden etenemistä ja tajunnantasoja seurataan alkuvaiheessa jatkuvasti.

Moniammatillinen työryhmä neurologisella osastolla

Osastolla toimii osastonhoitaja, 23 sairaanhoitajaa, yksi perushoitaja sekä lähihoitaja. Työyhteisössämme toimii moniammatillinen työryhmä, johon kuuluvat neurologi, sairaanhoitaja, lähi- ja perushoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti,

puheterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä. Keskiviikkoisin pidetään kuntoutuskokous, missä tämä moniammatillinen työryhmä pohtii kuntoutuspotilaan kuntoutumiseen, kotiutumiseen sekä jatkohoitoon liittyviä asioita.

Osastolla työskentelee pääasiassa kaksi fysioterapeuttia. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan toimintakyvyn palauttamisessa fysioterapialla on keskeinen merkitys. Fysioterapian tavoitteena on symmetrisen, kaksipuolisen kehonkuvan palautumisen ja motoristen taitojen uudelleen oppimisen kautta saavuttaa mahdollisimman normaali liikkuminen ja toimintakyky. Fysioterapeutit eivät ole koko päivää osaston käytettävissä, vaan heillä on potilaita myös muilla osastoilla. Fysioterapeutit opastavat ja neuvovat mielellään henkilökunnalle asentohoitojen toteuttamista sekä nosto- ja siirtotekniikkaa.

Puheterapeutti käy osastolla ohjaamassa nielemisharjoitusten tekemisessä ja kommunikaation tukemisessa. Toimintaterapeutti osallistuu moniammatillisen työryhmän jäsenenä kuntoutujan kokonaishoidon suunniteluun, seurantaan ja jatkohoitoasioiden järjestämiseen omalta osaltaan. Toimintaterapeutti ohjaa kuntoutujaa päivittäisissä toiminnoissa. Fysioterapeutti ja toimintaterapeutti tekevät tarvittaessa kotikäyntejä, ennen kuin potilas kotiutetaan, jotta tarvittavat kodin muutostyöt tulee huomioiduiksi.

Asentohoidon merkitys kuntoutuksessa

Potilaan hyvään asentoon kiinnitetään aina erityistä huomiota. Raajat ja vartalo tuetaan tyynyin hyvään asentoon, ja sairastunutta avustetaan asennon vaihdoksissa riittävän usein. Paras asento on hyvin tuettu kylkiasento. Selinmakuuta pitäisi välttää. Halvausoireita ei aina ole, mutta käsi tai jalka voi jäädä esimerkiksi havaitsemis- tai tuntohäiriöiden vuoksi huonoon asentoon. Laskimoveritulpan ehkäisemiseksi käytetään verenohennushoidon lisäksi tukisukkia. Kaikissa päivittäisissä toiminnoissa pyritään heti alusta lähtien tukemaan kuntoutumista. Hoidossa ja kuntoutuksessa otetaan aina yksilöllisesti huomioon sairastuneen oireet, vointi ja jaksaminen.

Hoitotoimien ja avustamisen yhteydessä henkilökunta seuraa ja arvioi aivoverenkiertohäiriön aiheuttamia oireita ja toimintakyvyn muutoksia sekä ohjaa ja tukee sairastunutta kaikkina vuorokaudenaikoina. Alkuvaiheessa aivoverenkiert-

ron tila on usein epävakaa, oireet voivat pahentua tai vaihdella, ja potilas pidetään tämän ajan vuodelevossa uuden kohtauksen tai tilanteen vaikeutumisen ehkäisemiseksi. Potilaan liikkumista ja ylhäällä oloa lisätään tilannetta seuraten heti, kun se on turvallista ja tilanne on vakaa.

Jos potilaalla on halvausoireita, hänet avustetaan ensin vuoteeseen istumaan, sitten tuoliin tai pyörätuoliin istumaan esimerkiksi ruokailua tai WC:hen menoa varten. Siirryttäessä tuoliin, vuoteeseen tai WC-istuimelle käytetään samoja tekniikoita, joita fysioterapiassa harjoitellaan. Koska kuntoutuminen perustuu taitojen uudelleen oppimiseen, ovat kaikki arjen toiminnot hyödyllisiä harjoitustilanteita.

Osaston toiminta perustuu kuntouttavaan työotteeseen, ja sairastunutta kannustetaan omatoimisuuteen. Peruslähtökohtana on, että sairastunutta autetaan vain niissä toiminnoissa, joita hän ei vielä itse pysty harjoitellulla tavalla suorittamaan. Itsenäiset siirtymiset tai liikkuminen ovat halvauspotilaalle sallittuja vasta sitten, kun fysioterapeutti on arvioinut niiden olevan tekniikaltaan oikeita ja turvallisia.

6.2 Kuntoutusosaston toiminta Tiurun sairaalassa ja historialliset muutokset

Tiurun sairaalan kuntoutusosaston toiminta alkoi 3.9.1984 ja loppui vuonna 1992. Työntekijät kuntoutusosastolle olivat tarkoin valittuja kuntoutusmyönteisiä henkilöitä, jotka sitoutuivat työhönsä. Sairaanhoidtajia oli seitsemän, perushoitajia yhdeksän, sairaala-apulasia neljä ja yksi osastonsihtööri. Jokaisella kuntoutusosaston työryhmän jäsenellä oli samanlainen koulutus ennen kuntoutusosaston toiminnan alkua. Koulutukseen sisältyi parin viikon opettelijakso, missä käytiin läpi kirurgisen sekä halvaantuneen potilaan hoitoa. Koulutuksesta pystyttiin sisäistämään alkuvaiheessa vain vähän, koska suurin osa työntekijöistä ei ollut aiemmin kohdannut kyseisiä potilasryhmiä. Keskussairaalan sisätautiosastoilta tulivat aivohalvauspotilaat ja kirurgiselta osastoilta lonkkaleikkattuja sekä traumapotilaita. Avopuolelta saattoi tulla pitkäaikaiskuntoutukseen potilaita, jotka olivat esimerkiksi neliraajahalvauspotilaina kotihoidossa. Hoitajilla oli Tiurussa aina aikaa kuntouttaa potilaita. Osaston kuntoutuspotilaat olivat tarkoin valittuja, ja se lisäsi potilaiden kuntoutumisen motivaatiota.

Tiurun sairaalan historiaan perehtyminen haastattelujen avulla toi työyhteisöön tietoa aikaisemmista tavoista toteuttaa kuntoutusta. Näin ollen nykyistä tilannetta on helpompi ymmärtää menneisyyden kautta. Tiurun sairaalalla on ollut suuri merkitys AVH-potilaan kuntoutuksessa. Yhteisen historian tunteminen on arvokasta ja se lisää ryhmän arvostusta omaa työtään kohtaan. Historian analyysistä nousi esille se, että Tiurun kuntoutusosaston toiminnan loppuminen vuonna 1990 aiheutti henkilökunnalle epävarmuutta ja huolta AVH-potilaan kuntouttavan toiminnan jatkuvuudesta. Myös kuntoutujilla itsellään oli huoli kuntoutusprosessin jatkuvuudesta. Haastateltavat toivat esille, että Tiurun sairaalassa henkilökuntamitoitus ja kuntoutukseen käytetty aika oli kuntouttavaa hoitotyötä nykyistä paremmin mahdollistavaa. Perushoitajia oli selkeästi enemmän suhteessa koko henkilökuntamäärään kuin nykyisellä neurologisella osastolla A3. Tämä perus- ja lähihoitajien vähyys näkyy haastateltavien mielestä selvästi perushoidon tason heikkenemisenä. Teknologian kehittyminen on tuonut kuntoutujien käyttöön paljon uusia apuvälineitä, joita Tiurun sairaalan kuntoutusosastolla ei ollut käytettävissä. Haastateltavien mielestä Tiurun kuntouttavalla osastolla kaikki kuntoutukseen osallistuneet pitivät kiinni yhteisistä pelisäännöistä ja kuntouttavan hoitotyön toteuttaminen oli kaikille itsestäänselvyys. Haastateltavat näkivät tällä hetkellä neurologisella osastolla suurimpana ongelmana AVH-potilaiden hyvään kuntoutukseen liittyvän kuntouttavan työotteen ja yhteisten pelisääntöjen noudattamisen puutteen.

Omahoitajamalli

Kuntoutusosastolla oli käytössä omahoitajajärjestelmä, joka nähtiin kuntouttavan hoitotyön keskeisenä tekijänä.

Omahoitaja lähti jopa hakee potilasta keskussairaalaan. Joskus jo kertoilin tulomatalla kuntoutusosaston toiminnasta.

Hoitoajat olivat pitkiä ja omahoitajuus korostui. Omahoitaja tiesi, mitä iltaisin ja yöllä oli tapahtunut ja kertoi tiedon eteenpäin muulle hoitohenkilökunnalle. Vahva moniammatillinen osaaminen korostui. Potilaat tulivat osastolle iltapäivällä, ja fysioterapeutit sopivat etukäteen, kuka hoitaa kyseistä potilasta ja katsoivat yhdessä iltavuoron hoitajan kanssa potilaan siirtymiseen liittyvät asiat.

Fysiatri kiersi kaksi kertaa viikossa potilaiden luona, ja kierrolla oli mukana myös osastonhoitaja, joka laati kiertoraportin. Raportointikäytäntönä oli perinteinen paperiraportti. Sairaanhoitajan piti tuntea kaikki osaston potilaat, koska hän vastasi usein koko osaston lääkehoidosta.

Kuntouttavan hoitotyön periaate

Kuntouttavan hoitotyön periaatteisiin kuului, että potilaat nousivat vuoteesta ylös. Päivälepo oli sallittu, mutta muuten vuoteessa ei oltu kuin öisin.

Yöt on nukkumist varten, ei päiväl sängys maata.

Kuntouttavan hoitotyön yksi periaate oli: Älä tee mitään potilaan puolesta minkä hän pystyy itse tekemään. Osastolla oli yhteiset periaatteet, miten kuntouttavaa hoitotyötä tehdään. Jos ote alkoi lipsua, niin osastonhoitaja muistutti työn tarkoituksesta ja periaatteista. Kuntouttavan hoitotyön malli opetettiin aina uusille työntekijöille.

Hoitaja jos nähtiin tekemäs liikaa potilaan puolest, niin sai huomautuksen.

Kuntoutuksen edetessä kuntoutettavan kotiin tehtiin kotikäynti, johon alkuaikoina osallistuivat hoitaja sekä fysioterapeutti, mutta myöhemmin toiminta muuttui ja fysioterapeutti ja toimintaterapeutti tekivät alustavan kotikäynnin. Kuntoutettavalle suunniteltiin aluksi kotilomia. Ensin lomat olivat muutamia tunteja, päivä ja sitten useampia viikonloppuja ennen lopullista kotiuttamista. Tiurussa järjestettiin kuntoutuskokouksia, joihin osallistui myös potilas, välillä jopa omainenkin. Kuntoutuskokoukseen osallistuivat fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, omahoitaja, jos oli paikalla, ja osastonhoitaja. Kuntoutuspalavereissa mietittiin jo tavoitteita seuraavalle viikolle, ja ne kirjattiin ylös. Jo Tiurun sairaalassa pidettiin ensitietopäiviä omaisille, ja heille tarjottiin kaksisivuinen ohje, jossa oli neuvoja kuntoutujan avustamiseen, olkapään huomiointiin ja ohjeita mitä, asioita tulee tarkastella kotilomilla.

Tiurun sairaalassa tehtiin enemmän moniammatillista yhteistyötä ja ohjaamista hoitajien kanssa kuin nykyisin keskussairaalassa. Tiurun sairaalassa toiminnallisia harjoitteita tehtiin vähemmän fysioterapiassa kuin nyt keskussairaalassa. Hoitotyö oli enemmän kaavoihin kangistunutta, ei niin potilaslähtöistä. Kun-

toutettava käytettiin säännöllisesti wc:ssä aterioiden jälkeen. Käytössä ei ollut kestopatentoja ja harvoin tehtiin kertakatentointeja. Alusastioita ja portatiiveja ei viety huoneisiin päivällä.

Ruokailuun vaikuttavat asiat

Potilaiden nielemisongelmista tiedettiin kuntoutusosastolle tultaessa, koska asia oli selvitetty jo keskussairaalaissa. Nielustimulaatioita tehtiin pitämällä jääpalaa kumikäsineessä. Tämä aktivoi syljen erittymistä ja näin saatiin potilas tekemään tahdonalaisesti nielemisliike.

Osa kuntoutettavista kävi puheterapiassa, mutta ei nielemisongelmien vuoksi, vaan puheentuottamishäiriöiden takia. Puheterapeutti kävi kaksi kertaa viikossa osastolla. Kuntoutusosastolla osattiin järjestää kuntoutettavalle hyvä asentohoito, hyvästä ruokailuasennosta huolehdittiin ja potilaat söivät yleensä tuolissa istuen, ei vuoteessa.

Kuntoutusosastolla oli käytössä oma ruokasali ja kuntoutettavat saivat annostella ruokansa itse, jos vain pystyivät.

Siellä ne potilaat mättivät itse ruokansa lautaselle.

Kuntoutettavan itsenäinen toiminta pyrittiin säilyttämään mahdollisimman pitkälle ja siihen kannustettiin. Ruokailussa oli mukana erilaisia apuvälineitä, kuten paksunnoksia ruokailuvälineisiin sekä erilaisia irtolenkkejä, joilla lusikan sai esimerkiksi käteen laitettua kiinni.

Moniammatillinen yhteistyö

Tiurussa oli 27 potilaspaikkaa ja kuntouttavaan ryhmään kuului kolme fysioterapeuttia sekä yksi kuntohoitaja. Ryhmätoimintaa järjestettiin paljon, muun muassa sormi-, polvi- ja hengityspotilaille oli omat ryhmänsä. Fysioterapeutit alkoivat kehittää toiminnallista ryhmää, ja sitä vetivät fysio- ja toimintaterapeutit. Ryhmän vetäjät valitsivat potilaat kyseiseen ryhmään ja sen koko vaihteli kahdesta viiteen kuntoutujaan. Yhtenä valintakriteerinä olivat samantyyppiset ongelmat esimerkiksi hahmottamisessa. Ryhmän kokoon vaikuttivat potilaiden kunto ja avun tarve. Ryhmissä leivottiin, laitettiin ruokaa, pelattiin erilaisia pallopelejä ja

jopa käytiin keräämässä mustikoita. Tiurun sairaalassa oli fysioterapiatilat osaston yhteydessä. Fysioterapeutit ja hoitajat tekivät päivittäin yhdessä kahdeksan tuntia töitä. Fysioterapeutit tekivät potilaille kortit, joissa näkyi mitä harjoituksia iltaisin tehdään. Osan harjoituksista potilaat tekivät itse, osan hoitajan avustuksella. Potilaiden kanssa tehtiin esimerkiksi kävelyharjoituksia. Fysioterapeutit opastivat ensin siirtymiset jokaisen potilaan kohdalla. Yhteistyö fysioterapeutin kanssa oli saumatonta. Fysioterapiaa annettiin potilaille kaksi kertaa päivässä. AVH-potilaan erityisongelmia ymmärsi paremmin silloin, kun niistä puhuttiin enemmän ja niistä oppi näkemisen kautta.

Kuntoutettavilla oli myös hyvä yhteishenki, ja he tukivat toisiaan kuntoutumaan, eivätkä olleet päivällä huoneissaan. Potilaat istuivat usein rivissä käytävällä ja kannustivat toisiaan tehdessään harjoituksia.

Siellä oli potilail verkkarit päällä. Osastolla järjestettiin erilaisia juhlia, joissa ol ohjelmaa ja myös potilaat osallistuivat niihin.

Muistan erään nuoren miehen kuntoutusosastolta, joka jäi iäksi mieleeni. Hän oli ollut moottoripyöräkolarissa. Hän oli saanut pahoja ruhjevammoja sekä toispuolihalvauksen. Hän tuli kuntoutusosastolle arvioitavaksi, onko hän kuntoutuskelpoinen. Oli ollut osastolla jo noin viikon ja hän ei osoittanut elettäkään oma-toimisuuden suhteen. Kädet eivät nousseet eikä ottanut muutenkaan kontaktia. Oli sovittu jo hänelle jatkohoitopaikka terveyskeskuksen vuodeosastolle, mutta sitten löytyi omaisten voimakas tahto. He kyselivät, etteikö voitaisi yrittää vielä. He olivat kuntoutuvalle voimavarana ja Tiurun kuntoutusväki päätti vielä yrittää. Voi sitä riemua, kun sitten kuntoutusta jatkettiin ja hän alkoikin osoittaa virkistymisen merkkejä. Hän availi silmiään ja ruokailu lähti toteutumaan. Hän otti lusiikan omaan käteensä. Joka viikko tuli lisää toimintoja ja vointi koheni. Hänet saatiin loppupeleissä pyörätuolikuntoiseksi. Koti kunnostettiin semmoiseen kuntoon, että hän pääsi takaisin omaan kotiinsa. Tänäkin päivänä olen nähnyt häntä liikkumassa pyörätuolin kanssa kaupassa ja silloin aina sydän sykähdyttää.

Taulukossa 1 esitetään kuntouttavan hoitotyön muuttumisen pääkohdat Tiurun ajoilta Etelä-Karjalan keskussairaalan neurologisen osaston toimintaan. Vastaukset on poimittu haastatteluista.

Taulukko 1 Haastateltavien näkemys kuntoutuksesta ja sen muuttumisesta

TIURU	ETELÄ-KARJALAN KESKUSSAIRAALA OSASTO A3
<p>TYÖNTEKIJÄ</p> <p>Henkilökunta ei vaihtunut usein ja perushoitajia oli riittävästi.</p>	<p>Henkilökunnan vaihtuvuus suurta ja sitoutuneisuus työhön heikkoa.</p> <p>Perushoitajia vähän.</p>
<p>TYÖVÄLINEET</p> <p>Suullinen raportointi</p> <p>Omahoitajuus, omahoitajapari</p> <p>Jokaiselle työntekijälle aluksi samanlainen koulutus ja perehdytys.</p> <p>Teknologia ei vielä kovin kehittynyttä. Ei nostureita käytössä.</p> <p>Potilailla omat vaatteet päällä</p> <p>Nielemisen ongelmista tiedettiin potilaan tuleessa kuntoutukseen</p>	<p>Hiljainen raportointi.</p> <p>Ei nimettyä omaa hoitajaa</p> <p>Perehdyttäjäpari uudelle työntekijälle.</p> <p>Nosturit ovat käytettävissä, mutta niitä ei osata hyödyntää tarpeeksi.</p> <p>Potilasvaatteet</p> <p>Nielemisongelmien havainnointi ja arviointi</p>
<p>YHTEISTYÖTAHOT</p> <p>Hoitoajat pitkiä.</p> <p>Omaisten kanssa tiivis yhteistyö</p>	<p>Nopea vaihtuvuus.</p> <p>Omaisten huomiointi</p>
<p>TYÖNKOHDE</p> <p>Moniammatillisuus, yhteiset säännöt</p> <p>Kuntoutuspalaverit, kotikäynnit</p>	<p>Moniammatillisuuden kehittäminen</p> <p>Kuntoutuskokous, osaston omat ohjeet AVH-potilaalle</p>
<p>TEORIA</p> <p>Korostettiin kuntouttavan hoitotyön merkitystä</p>	<p>Kuntoutusta ei nähdä nykyaikaisena</p>

Yhteenvetona voi todeta, että kuntouttavan hoitotyön merkitys on muuttunut. Sitä ei pidetä nykyaikaisena ja sen toteuttaminen on heikompaa. Osastolla ei ole kuin kaksi perushoitajaa. Tiurussa oli omahoitajapari, joka koostui sairaan-

hoitajasta ja perushoitajasta. Nykyisin osastolla ei ole omahoitajajärjestelmää käytössä. Tiurussa oli käytössä suullinen raportointi, ja kirjaaminen tehtiin pape-reille. Nykyisin kirjataan tietokoneelle, ja jokainen hoitaja lukee raportin itsenäi-sesti. Hoitoajat ovat lyhentyneet ja osaston toiminta muuttunut akuutimmaksi, joten kuntouttamiselle ei jää niin paljon aikaa. Kuntoutuskokouksia pidetään edelleen, mutta kotikäyntejä hoitajat eivät tee. Ainoastaan fysioterapeutti ja toi-mintaterapeutti käyvät arvioimassa kotona tarvittavat muutostyöt tapauskohtai-sesti. Apuvälineitä on nykyisin osastolla A3 käytettävissä enemmän kuin Tiu-russa, mutta niitä ei osata hyödyntää tarpeeksi. Omaiset otettiin Tiurussa use-ammin mukaan hoidon suunnitteluun. Silloin hoitoajat olivat pitkiä ja suunnitel-tiin useasti kotilomia, joihin tarvittiin myös omaisten näkemystä asioiden etene-misestä ja kodin muutostöiden tarpeista. Nykyisin osastolla omaisille ollaan enemmän tiedonvälittäjinä. Mahdollisuuksien mukaan omaiset otetaan mukaan hoidon suunnitteluun.

6.3 Nielemisen laatusuositukset

Laatusuosituksia tehtiin kahdessa ryhmässä 12.1 ja 26.1.2010. Ensimmäiseen ryhmään osallistui kuusi hoitajaa ja fysioterapeutti. Toiseen ryhmään osallistui kahdeksan hoitajaa ja toimintaterapeutti. Puheterapeutti ei osallistunut ryhmä-töihin, mutta hän tarkasti laatusuosituksien asiasisällön ennen niiden käyttöön-ottoa. Puheterapeutti jätettiin ryhmätöistä tietoisesti pois. Tavoitteena oli tehdä laatusuosituksista hoitotyön apuväline. Jokainen ryhmän jäsen sai osallistua ryhmätyöskentelyyn vapaaehtoisesti. Ryhmäläiset olivat innostuneita ja vaikutti-vat asiasta kiinnostuneilta.

Esittelin ryhmätöiden aluksi työni tarkoituksen ja jaoin henkilöt aluksi pienempiin kolmen tai neljän hengen ryhmiin. Näissä ryhmissä kyseiset henkilöt miettivät laatusuosituksia 45 minuuttia ja sen jälkeen ryhmät yhdistettiin. Koko ryhmänä kävimme läpi tuotokset ja lisäsimme asioita, jos niitä vielä ilmaantui kysymyk-sieni pohjalta. Ryhmätöiden lopuksi esittelin vuonna 1997 tehdyt laatusuosituk-set (liite 6) ja kyselin niistä kommentteja. Ryhmät totesivat, että ne olivat vaikea-lukuiset vierasperäisten termien vuoksi ja hoitotyön näkökulma oli melko sup-pea.

Ensimmäisen ryhmätyön jälkeen tein yhteenvedon ja ryhmittelin esille nousseet asiat asiasisältöjen mukaan. Asiasisältöjen pohjalta tein kuvaavat pääotsikot ja aloin muokata yhtenäisiä lauseita. Yhdistelin ryhmätöistä esille tulleet samankaltaisuudet ja erilaisuudet. Laatusuosituksen ensimmäisen versio oli valmis viikolla 6, ja vein sen kahvihuoneeseen kaikkien luettavaksi. Viikolla 9 tein tarvittavat korjaukset ja lähetin ne puheterapeutti Pirkko Vanttajan luettavaksi ja tarkastettavaksi. Ryhmätöiden ulkopuolisilta sain hyviä kommentteja ja huomioita, joita lisäsin lopullisiin laatusuosituksiin. Osa havainnoista oli sellaisia, jotka eivät nousseet kummassakaan ryhmässä esille, mutta ovat kuitenkin nielemisen kannalta erittäin merkitseviä. Itse lisäsin oman asiantuntijuuteni perusteella muutaman kohdan, joita ei tullut ryhmätöissä esille. Koin, että työyhteisö oli kiinnostunut kehittämään nielemiseen liittyviä ohjeita ja tukemaan minua laatusuosituksen tekemisessä.

Laatusuositukset otetaan osastolla käyttöön toukokuussa 2010. Ennen käyttöönottoa pidän osastotunnin aiheesta ja esittelen samalla tämän työni tulokset henkilökunnalle. Uusien laatusuosituksen käyttöönotto aloitetaan valvontahuoneesta, koska siihen tulevat akuutit AVH- potilaat. Potilaan nielemistä arvioidaan ja testataan laatusuosituksen mukaisesti. Laatusuositukset on tehty nielemisvaiheiden mukaiseen järjestykseen ja samalla huomioitu ruokailutilanteen eteneminen. Uudet nielemisen laatusuositukset jaetaan neljään eri osaluokkaan, jotka ovat nielemisen arviointi, nielemisen valmistelu, ruokailutilanne ja muuta huomioitavaa (liite7)

Nielemisen arviointiin kuuluu tajunnan tason seuraaminen ja suupielen roikkumisen ja puheen tuottamisen vaikeuden huomioiminen. Tarkkaillaan, onko potilas limainen ja kuumeileeko. Suun limakalvojen kunto sekä proteesien sopivuus tulee tarkastaa myös. On havaittu, että jos proteesit eivät kestä kunnolla suussa, niin se voi jo aiheuttaa puheen tuottamisen vaikeuksia ja hankaloittaa myös ruokailua. Potilasta pyydetään nielemään omaa sylkeä ja näin nähdään nielemisrefleksin toimivuus. Syljen valumista seurataan, koska se on yksi merkki nielemishäiriöstä.

Nielemisen valmisteluvaiheeseen kuuluu neurologin ja tarvittaessa puheterapeutin konsultaatio. Tärkeää on potilaan ja omaisten ohjaus, opetus ja neuvonta

nielemiseen liittyvissä asioissa. Potilaalle järjestetään hyvä ruokailuasento ja aloitetaan nielemisen kokeileminen pienellä määrällä vettä. Jos potilas tarvitsee apua ruokailussa, syötetään rauhallisesti ja vältetään puhuttelemasta potilasta ruokailun aikana.

Ruokailutilanteessa on huomioitava, pystyykö potilas nielemään ruuan turvallisesti ilman yskimistä. Jos nielemisrefleksi ei laukea, niin avustetaan painamalla lusikalla kieltä. Potilaalle tulee varata oikeanlaiset ruokailuvälineet ja tarkkailla välineiden käyttöä. Jos potilas ei pysty ottamaan lääkkeitä kokonaisina, niin ei laiteta jauhettua lääkettä ruuan pinnalle. Lääkkeet annetaan pieninä annoksina, jotta varmistetaan lääkkeen kulkeutuminen vatsaan. On muistettava, että ruokailun päätyttyä potilaan tulee olla 20 minuuttia kohoasennossa tai istumassa. Huolehditaan potilaan suun hygieniasta tarkistamalla, ettei poskeen ole jäänyt ruokaan ja pestään hampaat tai proteesit. Ruokailutilanteeseen on varattava aikaa ja ruokailuympäristöstä luotava mahdollisimman rauhallinen. Ruokailun päätyttyä kirjataan ylös, miten ruokailu sujui. Saako potilas itse syötyä, onnistuuko mukista juominen, aiheuttaako ohuempi neste yskimistä. Nämä ovat tärkeitä tietoja seuraavan vuoron hoitajalle, kun alkaa toteuttaa potilaan ravitsemusta.

Hoitajat korostivat ryhmätöissä kirjaamisen tärkeyttä, minkä perusteella henkilökunta pystyy tarkkailemaan nielemisessä tapahtuvia muutoksia. Nielemisvaikeuksista kärsivän potilaan hoitopöydälle jätetään laatusuositukset näkyville, jotta seuraavan vuoron hoitaja jatkaa hoitoa saman ohjeen mukaan. Laatusuositusten näkyvillä olemisen toivotaan lisäävän myös omaisten huomiointia, että he eivät tarjoa omaiselleen ruokaa ennen kuin varmistavat nielemisasiat hoitajalta.

7 POHDINTA

Opiskelujen alkuvaiheessa minulle oli selvää, että teen opinnäytetyön aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitotyöhön liittyen. Lopullinen aihe varmistui keväällä 2009. Olin aluksi ajatellut aiheekseni aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavaa hoitotyötä, mutta se olisi ollut liian laaja kokonaisuus käsiteltäväksi. Keskustelin opinnäytetyön aiheesta työyhteisössä, ja nielemiseen liittyvät asiat koettiin tär-

keäksi kehittämiskohteeksi. HavaitSIMME keskustelun yhteydessä, että nielemisen osa-alueelta tarvitsemme lisätietoa, ja aikaisemmat laatusuositukset on tehty vuonna 1997, joten ne tarvitsivat päivitystä. Opinnäytetyön tekeminen on ollut mielenkiintoista ja antoisaa. Opinnäytetyön kautta sain syvennettyä tietoa AVH-potilaan nielemisen ohjaamiseen ja arviointiin liittyvistä asioista. Oli mielenkiintoista perehtyä haastattelujen avulla Tiurun sairaalan historiaan ja havaita, miten voimakkaasti se herättää edelleen tunteita työyhteisössämme. Tutkimussuunnitelma toimi punaisena lankana opinnäytetyötä tehdessäni. Kehittävän työntutkimus on muutossarja, joka yhdistää tutkimuksen, käytännön, kehittämistyön ja koulutuksen.

Työssä käytössä ollut Kehittävän työn tutkimusmalli ei tuota valmiita toimintamalleja vaan muokkaa työyhteisön toimintaa uusien mallien suunnitteluun. Kehittävä työntutkimusmenetelmä soveltui hyvin opinnäytetyöhöni, koska teimme yhdessä työyhteisön kanssa nielemisen laatusuositukset. Jokaisella ryhmän jäsenellä oli mahdollisuus osallistua laatusuositusten suunnitteluun. Tämä toimintatapa lisää yhteisöllisyyttä ja sitoutumista laatusuositusten käyttöön, koska henkilökunta on saanut olla mukana laatusuositusten suunnittelussa ja toteutuksessa. Laatusuositukset eivät ole yksittäisen henkilön tuotos vaan koko työyhteisön. Henkilökunta kokee, että on saanut olla mukana toteuttamassa osaston kehittämistyötä. En käsitellyt opinnäytetyössäni kehittävän työntutkimuksen syklin vaihetta viisi, joka kuvaa muuttunutta työtoimintaa. Jätin sen käsittelemättä, koska en pysty arvioimaan laatusuositusten käyttöönoton vaikutusta, ennen kuin ne ovat olleet käytössä osastolla. Laatusuositukset otetaan osastolla käyttöön toukokuussa 2010.

Opinnäytetyön luotettavuudesta

Tutkimuksen eettiset vaatimukset ovat tutkimuksen valinta, tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohtelu ja epärehellisuuden välttäminen. Tulosten tulkinnassa, joka vaatii tutkijalta kykyä punnita vastauksia ja saattaa ne teoreettisen tarkastelun tasolle, on otettava huomioon myös tarkkuuden vaatimus. On kerrottava millä perusteella tulkintoja esitetään ja mihin päätelmät perustuvat. (Hirsjärvi ym. 2007, 227 – 228.)

Opinnäytetyön luotettavuutta parantaa tarkka selostus kehittämistehtävän toteuttamisen erivaiheista. Aineiston tuottamisen olosuhteet on kerrottu selvästi ja totuudenmukaisesti. Haastattelujen olosuhteet ja haastattelupaikka olivat rauhalliset, koska haastattelut toteutettiin keskussairaalan kirjaston kokoushuoneessa, joka oli varattuna vain meidän käyttöömmek. Opinnäytetyössäni luotettavuutta lisäävät haastatteluista poimitut suorat lainaukset.

Opinnäytetyön tuloksista

Tiurun sairaalassa työskennelleet muistelivat entisen kuntoutusosaston aikoja lämmöllä. Mietin, miksi asiat ovat silloin toimineet paremmin kuin nyt. Johtuuko se yhteisestä koulutuksesta ja työntekijöiden motivoitumisesta kuntouttavaan hoitotyöhön. Nykyisin käytössä on paljon apuvälineitä ja mahdollisuus saada koulutusta niiden käyttöön, mutta toteutus jää heikoksi. Onko kaiken syynä kiire vai mikä? Hoitajien työnkuva on muuttunut akuutimmaksi ja kuntoutuksen aika osastolla on yleensä lyhyt. Potilaat siirtyvät nopeasti jatkokuntoutukseen muihin hoitopaikkoihin. Tiurun historia elää yhä osastolla tietyissä säännöissä ja siellä työskennelleiden työtavoissa. Potilaille ei anneta päivällä virtsapulloja, vaan heidät käytetään wc:ssä.

Tiurun sairaalassa hoitajilla oli enemmän aikaa potilaille kuin nyt Etelä-karjalan keskussairaalan osastolla A3. Yhtenä syynä haastateltavat näkivät osastolla henkilökunnan suuren vaihtuvuuden. Osastolla A3 henkilökunta ei ole niin kuntoutusmyönteistä kuin Tiurussa. Ajatuksena on, ettei kuntoutus ole nykyaikaista vaan hukkaan heitettyä aikaa. Kuntoutusosastolle hakeutuneet hoitajat halusivat tehdä kuntouttavaa hoitotyötä, ja yhtenä valintakriteerinä oli kuntoutusmyönteisyys sekä tahto kehittää kuntouttavaa hoitotyötä. Tiurussa oli käytössä omahoitajapari, jota ei nyt käytetä osastolla A3. Omahoitajuus sopii paremmin pitempiaikaiseen hoitojaksoon ja on avuksi, kun tehdään kuntoutussuunnitelmia ja arvioidaan kuntoutuksen toteutumista.

Haastatteluista ilmeni, että usein kiire on kuntouttavan hoitotyön esteenä. Toisaalta kiire nähtiin myös toissijaisena ongelmana. Asiat on laitettava tärkeysjärjestykseen ja yritettävä tehdä edes osa kuntoutusharjoitteista, jos kaikkea ei ehdi. Ei pidä ajatella, että tänään kuntoutus jää toteuttamatta kokonaan. Osas-

tolla on tiedossa kuntouttavan hoitotyön periaatteet, mutta haastattelujen perusteella nousi esille niiden käytön vähäisyys. Henkilökunta tietää hyvät käytänteet, mutta jostakin syystä niiden toteuttaminen on ajoittain heikkoa. Tiurun sairaalassa työskennelleillä näkyy kuntouttava työote jokapäiväisessä hoitotyön toteutuksessa.

Nielemisestä ja siihen liittyvistä ongelmista koettiin olevan vähän tietoa etenkin uusilla työntekijöillä. Nielemisen kokeileminen koetaan haasteellisena tehtävänä ja välillä jopa pelottavana. Osastolla on mahdollisuus käyttää arvioinnin apuna neurologia ja puheterapeuttia. Tiurun sairaalaan siirtyvistä kuntoutuspotilaista tiedettiin etukäteen, jos heillä oli nielemisen ongelmaa. Tiurun sairaalassa sekä osastolla A3 on nykyisin käytettävissä erilaisia apuvälineitä ruokailuun.

Todettiin, että nielemisen kokeilemisessa on parempi olla varovainen kuin liian rohkea. Nielemisen arviota helpottaa, kun lukee laatusuosituksen ohjeet läpi. Jos sitten vielä epäröi, voiko antaa ruokaa, kannattaa odottaa lääkärin tai puheterapeutin arviota. Laatusuosituksen käyttöönottoa odotetaan osastolla, mikä on lisännyt myös omaa motivaatiotani opiskella lisää nielemiseen liittyvistä asioista, jotta osaan opastaa paremmin työkavereitani.

Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Kehittämistehtävän tavoitteena on ollut luoda yhtenäiset laatusuositukset aivo-
halvauspotilaan nielemishäiriöiden tarkkailuun ja arviointiin hoitohenkilökunnalle. Tulemme käyttämään suosituksia erityisesti uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä. Haastattelujen tulosten perusteella voi todeta, ettei neurologisella osastolla Etelä-Karjalan keskussairaalassa ole käytössä yhteistä toimintatapaa nielemishäiriön arvioimiseksi. Hoitaja varmistaa, että potilas kykenee ruokailemaan ja hänellä on hyvä ruokailuasento sekä tarvittaessa avustaa ruokailussa. On tärkeää, että käytössä on yhtenäiset suositukset, jotka ohjaavat hoitajan työtä. Hoitaja pystyy arvioimaan potilaan nielemisen häiriöön ja ruokailuvaikeuteen liittyviä asioita luotettavasti ja tarkasti laatusuositusten avulla. Potilaan saapuessa osastolle tulee arvioida muiden toimintojen ohella myös ruokailuun liittyvät asiat. Näin voidaan heti määritellä mahdolliset nielemiseen ja

ruokailuun liittyvät ongelmat ja riskitekijät. On myös huomioitava, miten potilaat ja omaiset kokevat nielemisen laatusuosituksen käytön.

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan nielemishäiriöiden arviointi ja kuntoutus vaativat moniammatillista yhteistyötä. Kehittämistehtävän aikana on alustavasti sovittu eri ammattiryhmien välisen yhteistyön toiminnan lisäämisestä nielemishäiriöiden hoidossa, mutta niiden käytännön toteutus vaatii jatkuvaa yhteistyön kehittämistä. Osastolla on pidetty osastotunteja nielemisestä, ja laatusuosituksen tarkoituksena on perehdyttää hoitajia nielemisen arviointiin. Tavoitteena on, että laatusuosituksista tulee osaston hoitohenkilökunnalle jokapäiväinen työväline.

Puheterapeutti on saanut koulutuksen nielemisen häiriöiden tunnistamiseen, arviointiin ja hoitoon. Puheterapeutti vastaa nielemishäiriöisen potilaan yksityiskohtaisemmasta arvioimisesta ja määrittelee jatkotutkimukset. Puheterapeutti saa lähetteen potilaasta, joka on voinut olla jo pidempäänkin osastolla ennen kuin pyydetään konsultaatiota nielemisen arviointiin. On muistettava, ettei puheterapeutin palveluja ole käytettävissä iltaisin ja viikonloppuisin. Näin ollen hoitajan on tiedettävä nielemiseen liittyvistä asioista ja osattava toimia tilanteen edellyttämällä tavalla.

Puheterapeutin tulee jatkossakin pitää osastotunteja ja luentoja hoitohenkilökunnalle, mutta pelkästään puheterapeutin pitämät osastotunnit eivät riitä kouluttamaan koko henkilökuntaa. Henkilökunnan vaihtuvuus on ollut suurta ja luentojen tavoitettavuus on näin epävarmaa. Toisaalta puheterapeuttien resurssit ovat sairaalassa riittämättömät jo nykyisellään. Toki haastattelujen vastaukset osoittivat, että moniammatillisessa yhteistyössä on tiivistämisen varaa. Haapalan ym. (2007) tutkimuksesta ilmeni, että puheterapeutti ja sairaanhoitaja päätyivät nielemistoiminnan arvioinnissa varsin erilaisiin johtopäätöksiin. Yksi jatkotutkimusaihe voisi olla selvittää, miksi sairaanhoitajien ja puheterapeuttien nielemisen arviointi poikkesi toisistaan.

Osastolle tehdyissä laatusuosituksissa tuli esille myös se, että nielemisen seuranta vie paljon aikaa ja on kirjattava ylös hyvin tarkasti, miten ruokailu toteutui. Kirjaamisen tärkeyttä ei korostettu aikaisemmissa tutkimuksissa. Tutkimuksissa korostettiin erilaisten testauksien tekemistä, minkä mahdollisti se, että tutkimuk-

set tehtiin isoissa keskussairaaloissa tai yliopistosairaaloissa. Etelä-Karjalan keskussairaalassa ei ole niin kattavia resursseja, jotka mahdollistaisivat erilaisien testien suorittamisen, esimerkiksi videofluorografian tekemisen jokaiselle nielemishäiriöpotilaalle. Näissä aikaisemmissa tutkimuksissa ohjeet ja suositukset olivat pitkiä, ja niissä oli käytetty paljon latinankielistä sanastoa. Osastolle A3 tehdyt uudet laatusuositukset ovat lyhyet, ja niihin on poimittu pääasiat, jotka tulee ottaa huomioon AVH-potilaan nielemisessä. Laatusuositukset on kirjoitettu nielemisvaiheiden mukaiseen järjestykseen ja niissä on otettu huomioon myös ruokailutilanne. Tämän kehittämistyön tuloksia hoitohenkilökunta voi käyttää apuna arvioidessaan nielemisen toteuttamista.

Tämän kehittämistehtävän pohjalta nousi esiin yhtenä jatkotutkimusaiheena selvittää, miksi tiedossa olevia hyviä kuntouttavan hoitotyön käytänteitä ei nyt hyödynnetä neurologian ja sisätautien osastolla Etelä-Karjalan keskussairaalassa. Etelä-Karjalan keskussairaalan osasto A3 tekee yhteistyötä Armilan sairaalan osasto 3:n kanssa, ja esittelen nielemisen laatusuositukset keväällä 2010 myös siellä osastotunnilla. Jatkotutkimuksena olisi kiinnostavaa tietää, miten nielemisen laatusuositukset toteutuvat neurologian ja sisätautien osastolla A3 ja yhteistyöosastolla, Armilan sairaalan osastolla 3.

Nielemisen arviointi on tärkeää, ja sen toteuttaminen vaatii tietoa ja aikaa hoitohenkilökunnalta. Nielemisasioihin liittyvän tiedon siirtyminen vaatii koulutusta ja osastotunteja, jotta se tavoittaisi jokaisen osastolla työskentelevän hoitajan. Nielemisen laatusuosistusten avulla kehitämme hoitotyötä yhdessä työyhteisön kanssa.

Yhteinen näkemys ja panostus kuntoutukseen on mahdollista saada, mikäli saadaan AVH-potilaille tarkoitettu oma erillinen kuntoutusyksikkö, joka tarkoittaa resursointia kuntoutuksen vaatimusten mukaan. Nykyisessä yhdistetyssä neurologian ja sisätautien yksikössä AVH-potilaan kuntoutusta on mahdotonta toteuttaa siinä mitassa, mitä hyvän kuntoutuksen kriteeristö edellyttäisi. Takalan (2007) tutkimus osoitti, että Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden alueella AVH-potilaan kuntoutus on heikkoa, koska erillinen kuntoutusyksikkö on lopetettu, eikä uutta säästösyistä ole vielä perustettu Armilan sairaalan osasto 3:n yhteyteen. Suunnitelmia on monenlaisia, ja nyt odotamme niiden toteutumista.

KUVAT

Kuva 1 Kuntoutuksen osa-alueet, s. 14

Kuva 2 Kehittämistehtävän aikataulu ja eteneminen, s.24

Kuva 3 28Kehittävä työntutkimuksen vaiheet, s. 25

Kuva 4 Toimintajärjestelmä, s. 30

Kuva 5 Tutkimuksessa käytetyn aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen, s.33

TAULUKKO

Taulukko 1 Haastateltavien näkemys kuntoutuksesta ja sen muuttumisesta, s.46

LÄHTEET

Ahinko, M. & Vehkala, H. 2008. Aivohalvauspotilaiden tasapaino ja pystyhallinta oikean ja vasemman hemisfääriin vaurioissa. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2005. Dysfagia eli nielemishäiriöt, esite 9/2005.

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2009. Nielemishäiriö. http://www.stroke.fi/files/224/Dysfagia_kevyt.pdf (luettu 7.4.2009.)

Aivoinfarktin Käypä hoito-suositus 2007. <http://www.kaypahoito.fi>(luettu 20.2.2009.)

Engeström, Y. 1998. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki. Edita. 2.painos.

Engeström, Y. 2002. Kehittävä työntutkimus. Perusteluja, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Edita.

Engeström , Y 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Keuruu. Otava.

Eskola J. & Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Osuuskunta Vastapaino.

Haapala, J., Heikkinen, T., Laivo, O., Passinen, K. & Kovanen, J. 2007. Nielemishäiriöiden arviointi – ja hoitokäytännöt akuuttisairaaloissa. Kehittämishankkeen loppuraportti.

Harmsen, J. puheterapeutti 2009. Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus. Nielemishäiriöiden seulonta ja haitan minimoiminen 7.5.2009. Luentomuistio.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Holmström,P. & Vauhkonen I. 2005. Sisätaudit. Helsinki.

Ivory, P. 2000. Nielemisvaikeudet lihastaudeissa. Menikö väärään kurkkuun? <http://personal.inet.fi/koti/tarja.heinonen/nieleminen.pdf>(luettu 27.11.2009)

Julkunen, L. 2009. "Rehabilitation of somasensory and visual field deficits after stroke. A clinical, neurophysiological and functional imaging study" Turun yliopisto. Väitöskirja.

Kauhanen M-L., Korpelainen, J.-T., Hiltunen P., Nieminen P., Sotaniemi K. & Myllylä V. 2000. Domains and determinants of quality of life after stroke cauced

by brain infarction. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 81(12), 1541-1546.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY

Keva 2010. Ammatillinen kuntoutus. http://www.keva.fi/Table_pict/cid2/Info_txt/id3451/ammatillinen_kuntoutus.pdf (luettu 7.1.2010)

Knuuttila, P., 2008. MS ja aivoverenkiertohäiriö-kuntoutujien kuntoutussuunnitelmien laatu. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

Krippendorff K., 1980. Content analysis. An Introduction to Its Methodology. Sage Publications.

Kuisma, M. 2003. Neurologinen potilas ensihoidossa. Teoksessa Alaspää, A, Kuisma, M, Rekola, L & Sillanpää K. (toim.) Uusi ensihoidon käsikirja. Helsinki: Tammi, 293 - 310.

Kukkonen, T. 2004. Nielemismekanismien toiminta koettuna ja arvioituna. Orofaryngeaalinen dysfagia AVH-potilailla akuutin vaiheen jälkeen. Teoksessa (toim.) Heimo, K., Norberg-Haggren, K. & Paloheimo, J. "Kuinkas nyt suu pannaan?" Puheen ja kielen tutkimuksen yhdistyksen julkaisuja 36; 70 – 82

Kukkonen, T. 2008. Häiriöitä, vaikeuksia ja vaivaa. Aivoverenkiertohäiriökuntoutujien nielemistoiminnan arviointi subakuutissa vaiheessa. Tampereen yliopisto. Lisensiaattitutkimus.

Kuntoutusportti 2010. Lääkinnällinen kuntoutus. http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/palvelujarjestelma/sosiaalinen_kuntoutus/ (luettu 7.1.2010)

Kyngäs, H & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1 (11), 3 - 12.

Kähkönen, E. 2006. Aivohalvauspotilaiden kuntoutuksessa on ikäsyryjä. Suomen lääkärilehti 45, 4679.

Laitinen, S. 2008. Musiikin kuuntelun järjestäminen sairaalassa aivoverenkiertohäiriöistä kuntoutuvien hoidon tukena. Osallistava toimintatutkimus. Jyväskylän yliopisto. Lisensiaattitutkimus.

Lambert, P. 1994. Terveystieteiden oppilaitosten opettajien työn kehittäminen. Kehittävän työntutkimuksen sovellus ammatillisessa opettajankoulutuksessa. Helsinki: Yliopistopaino.

Muhonen, M. 2007. "Miustakin tulee vielä jonkunlainen" Aivohalvauspotilaiden kokemuksia sairastumisestaan ja kuntoutuksestaan puoli vuotta sairastumisen jälkeen. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

- Mäkinen, O. 2006. Tutkimuseetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.
- Pelkonen, M. & Perälä, M.-L. 1996. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Helsinki.
- Peurala, S. 2005. Rehabilitation of Gait in Chronic Stroke Patients. Department of Neurology, University of Kuopio. Väitöskirja.
- Pietilä, M.-L., Ojala, E., Saye, J. & Saarela, M. 2006. Yhtenäisen hoitokäytännön luominen aivohalvauspotilaiden nielemisen arviointiin ja ruokailun ohjaukseen moniammatillisena yhteistyönä. Raportti TKK-Hankkeesta.
- Purola, H. 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaistensa kokemuksia selviytymisestä. Oulun yliopisto. Licensiaattitutkimus.
- Pyöriä, O. 2007. "Reliable Clinical Assessment of Stroke Patients" Postural Control and Development of Physiotherapy in Stroke rehabilitation" Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja.
- Pötsönen, R. & Välimaa, R. 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9 Jyväskylä.
- Reunanen, M. 2003. Fysioterapeutit työnsä kehittäjinä - Miten aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian muutos käynnistyi? Jyväskylän yliopisto. Licensiaattitutkimus.
- Rissanen, P. & Aalto, A-M. 2002. Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Teoksessa (toim.) Aalto, A-M., Hurri, H., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Kallanranta, T., Karjalainen, K., Kaukonen, O., Laisola-Nuotio, A., Malmivaara, A., Mannila, S., Pohjolainen, T., Rissanen, P., Salminen, J. & Tilvis, R. 2002. Kannattaako kuntoutus? Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES raportteja 267. Saarijärvi: Gummerus Oy, 2.
- Sivenius, J. 2007a. AVH-potilaan kuntoutus oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan. Erikoislääkärilehti 17(4), 161 – 164.
- Sivenius, J. 2007. Aivoinfarkti. www-muodossa: <http://www.valtimotauti.fi/index.php?pageName=aivoinfarkti> (luettu 7.4.2009.)
- Sivenius, J. 2009b. AVH-potilaan kuntoutuspolku. Valtakunnalliset lääkäripäivät. http://www.laakariliitto.fi/cgi/lp2009pressi.pl?1830,newsitem,LP2009_MA (luettu 9.2.2009.)
- Sulkunen, P. 1990. Ryhmähaastattelujen analyysi. Teoksessa Mäkelä, K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus: Helsinki, 264 – 285.

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman P. 2006. Kuntouttava lähihoito.Helsinki.

Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soinila, S., Mikkonen, M., Autti, T., Silvennoinen, H M., Erkkilä, J., Laine, M., Peretz, I. & Hietanen, M. 2008. Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain* 131,866 – 876.

Takala, T. 2007. Laadukas suomalainen AVH-kuntoutus- totta vai tarua?. http://www.stroke.fi/files/362/AVHkuntoutusSuomessa_TeemuTakala.pdf(luettu 9.4.2009.)

Tuomi-Gröhn, T. 2001. Kehittävä siirtovaikutus koulun ja työpaikan yhteistyön tavoitteena- tapaustudkimus lähihoitajien lisäkoulutuksesta. Teoksessa Tuomi-Gröhn, T & Engeström, Y. (toim.) Koulun ja työn rajavyöhykkeellä. Uusia työssä oppimisen mahdollisuuksia. Helsinki: Yliopistopaino, 28 – 60.

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

Uusitalo, M., Laine, T. & Puumalainen, A. 2002. Neurologinen hoitotyö. Teoksessa Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.) Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi, 27.- 74.

Vaaraniemi, T. 1998. Aivohalvauspotilaiden dysfagia. Helsingin yliopisto. Foneetiikan laitos. Logopedian pro gradu tutkielma.

Vanttaja, P. 2009. Puheterapeutti. Etelä-Karjalan keskussairaala. 8.12.2009. Henkilökohtainen tiedonanto

Viljanen, T. 2009. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 09.02.2009. http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=6292/news_db=web_lehti2006/type=1 (luettu 9.2.2009.)

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Kirjoittaja, Julkaisuvuosi ja aihe.	Kohderyhmä, Aineisto ja Menetelmät	Keskeisimmät tulokset
Peurala, Sinikka 2005. Rehabilitation of Gait in Chronic Stroke patients.	Kuntoutujat osallistuivat 3 viikon kuntoutusjaksolle. Eri tavalla toteutettuja kävelyn kuntoutusmuotoja verrattiin keskenään. Motorista suorituskykyä arviointiin myös. Sisältö ja harjoittelun määrää analysoitiin.	Tulokset osoittavat, että pitkään sairastaneet aivohalvauspotilaat voivat lisätä motorista suorituskykyä oikein suunnatulla harjoittelulla. Harjoittelussa on keskityttävä vain siihen taitoon, jota tahdotaan edistää. Potilaan kävelykykyä haluttaessa kehittää, on käveltävä keinolla millä hyvänsä.
Mäntynen, Raija 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa.	<p>Tutkimukseen osallistuvat ammattihenkilöt valittiin harkinnanvaraisesti. Tutkimukseen pyrittiin saamaan sekä pitkän yli 10 vuotta että lyhyen alle 5 vuotta työkokemuksen omaavia sairaanhoitajia sekä kuntoutukseen osallistuneen ammattiryhmän edustajia kokonaiskuvan saavuttamiseksi. Aineisto kerättiin vuosina 2003–2005 yhdestä kuntoutuskeskuksesta ja kahdesta terveyskeskuksesta. Haastatteluihin osallistui 107 vastaajaa. Aineiston keruumenetelmänä käytettiin teema-haastattelua ja valmiita tehtyjä mittareita kuntoutuksen arviointiin. Haastattelu-teemat käsittelivät sairaanhoitajan toimintaa moniammatillisessa tiimityössä sekä moniammatillisen tiimityön toimivuutta.</p> <p>Haastatteluaineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä, jossa aineistonlähteisyyden ja teoriaohjaavuuden vuorottelivat. Sairanhoitajien ja muiden tiimin jäsenten haastattelut analysoitiin aluksi omina ryhminään, koska haluttiin tarkastella ryhmien mahdollisesti erilaisia näkemyksiä kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä ja sairaanhoitajan toiminnasta.</p>	<p>Tulokset osoittavat, että kuntoutuskeskuksen ja terveyskeskuksen työntekijät, kuntoutujat ja heidän läheisensä pitävät merkityksellisenä sairaanhoitajan kokonaisvaltaista vastuunottoa aivohalvauspotilaiden kuntoutumisprosessin tukemisessa. Tutkimus tuotti uutta tietoa siitä, miten moniammatillinen tiimityön historia ja toteuttavat tiimityötavat vaikuttavat sairaanhoitajan asiantuntijuuden näkyväksi tulon aivohalvauspotilaiden hoidossa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää aivohalvauspotilaiden kuntoutuksen kehittämisessä sekä koulutuksessa.</p>

<p>Muhonen, Minna 2007. ”Miustakin tulee vielä jonkinlainen” Aivohalvauspotilaiden kokemuksia sairastumisestaan ja kuntoutuksestaan puoli vuotta sairastumisen jälkeen.</p>	<p>Aineisto koostui haastatelluista, joihin valittiin sattumanvaraisesti vuonna 2001 mukana olleita seurantatutkimuspotilaita. Tutkimuksessa oli koe- sekä vertailuryhmä.</p> <p>Seurantatutkimus. Tutkimushaastattelu.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan sairauden ja toipumisen kokemus oli prosessi. Perhe muodostui tärkeäksi tukiverkoksi varsinkin sairauden akuuttivaiheessa sekä kotiutuessa.</p> <p>Tutkimuksen mukaan kuntoutuksella uskottiin olevan sairauden alkuvaiheessa vaikutusta toipumiseen. Sairauden hyväksymistä auttoi aika, kuntoutusjaksolla olleiden sairastuneiden kohtaaminen ja elämäkokemus.</p>
<p>Knuuttila, Pirjo 2008. Multippeliskleroosi-(MS) ja aivoverenkiertohäiriö-(AVH) kuntoutujien kuntoutussuunnitelmien laatu.</p>	<p>Tutkimusjoukon muodostivat koko Suomen alueelta Kelalta myönteisen vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuspäätöksen vuonna 2006 saaneet MS G35 tai aivoverenkiertohäiriötä I61, I63, I67, tai I69 sairastavat kuntoutujat. Molemmista diagnoosiryhmistä otettiin mukaan 100 kuntoutussuunnitelmaa.</p> <p>Aineisto käsiteltiin SPSS 15.0.1 ohjelmistolla. Ryhmien vertailua tehtiin Pearson Chi Square-testillä</p>	<p>Tutkimus tulos osoitti, että kuntoutussuunnitelmien huono käyttö näytti liittyvän moniammatilliseen kuntoutustyöryhmän puuttumiseen, kuntoutussuunnitelmalomakkeen vähäiseen käyttöön ja siihen, että kuntoutujan osallistumista suunnitelman laatimiseen ei ollut kirjattu.</p> <p>Kelan kuntoutuslain voimaan astumisen jälkeen tehtyjen MS-suunnitelmien laatu heikkeni ja osin parani, mutta sen sijaan AVH-suunnitelmien laadinnassa ja laadussa ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta.</p> <p>Tulosten perusteella voidaan suositella erityisesti kuntoutuksen suunnitteluun laaditun KU207-lomakkeen käyttöä. Myös kuntoutussuunnitelman laatimista moniammatillisessa työryhmässä pidettiin tärkeänä.</p>
<p>Purola, Helena 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä.</p>	<p>Aineisto kerättiin haastatellamalla 18 kotona asuvaa aivoverenkiertohäiriöpotilasta ja 20 heidän omaistaan.</p> <p>Tutkimustulokset analysoitiin fenomenologisella analyysimenetelmällä.</p>	<p>Tutkimus osoitti, että niillä potilailla ja omaisilla, jotka kokevat selviytyvänsä huonosti. Sairaus täyttää koko elämän. Hyvin selviytyville sairaus on vain yksi kokemus muiden joukossa. Samassa taloudessa asuvan potilaan ja omaisen selviytyminen on yhteydessä toisiinsa. Sen vuoksi niitä tulisi tarkastella yhdessä.</p> <p>Tutkimuksen tulokset auttavat ymmärtämään aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kotona elämisen arkea. Näitä tietoja voidaan hyödyntää</p>

		hoitotyön ja kuntoutuksen kehittämisessä.
Reunanen, Merja 2003. Fysioterapeutit työnsä kehittäjinä - Miten aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian muutos käynnistyi?	Paikallishistorian aineiston avulla kuvattiin aivoverenkiertohäiriöpotilaan fysioterapian kehitys. Tutkimuksessa tarkasteltiin fysioterapian nykytilaa teemahaastattelun ja terapiatilanteiden kuvanauhoitusten avulla. Kuvanauhoitus analysoitiin etnografisen analyysin avulla.	Tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä fysioterapeuttien työstä ja sen kehittämisen mahdollisuuksista. Tutkimuksessa seurattiin fysioterapeuttien työkäytännön muuttamista aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa tutkimus- ja kehittämisprojektin kuluessa työn kohteen uudelleen hahmottumisesta työn välineiden kehittelyyn.
Ahinko, Mia ja Vehkala, Heli 2008. Aivohalvauspotilaiden tasapaino ja pystyasennonhallinta oikean ja vasemman hemisfääriin vaurioissa.	Poikkileikkaustutkimus. Aineisto kerättiin Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuronin potilasrekistereistä elokuun 2007 aikana. Kokonaisotos oli 200 potilasta. Tämä jaettiin kahteen ryhmään, oikean ja vasemman aivopuolen vaurion saaneisiin potilaisiin. Aineisto käsiteltiin SPSS 15.0.1 ohjelmistolla.	Tutkimus vahvistaa näkemystä aivohalvauspotilaiden epäsymmetrisestä seisoma-asennosta. Tässä tutkimuksessa ei havaittu eroa tasapainossa oikean ja vasemman hemisfääriin vaurioissa, mutta eron esiintymistä ei voida kuitenkaan tämän tutkimuksen perusteella sulkea pois. Tuloksista oli nähtävissä viitteitä oikean hemisfääriin vaurion saaneiden suurempiin huojunta-arvoihin.
Laitinen, Sari 2008. Musiikin kuuntelun järjestyminen sairaalassa aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuvien hoidon tukena.	Toimintatutkimus Lisänä aineiston tutkimisessa käytettiin alkutietolomaketta, hoitajien käyttämiä seurantalomakkeita ja tutkijan reflektiopäiväkirjaa. Haastattelut analysoitiin induktiivisella ja abduktiivisella laadullisella sisällönanalyysillä.	Tutkimuksen tuloksena havaittiin, että puhevaikeuksista kuntoutuvat, rauhattomat tai syrjäänvetäytyvät potilaat hyötyivät hoitajien mukaan avustetusta kuuntelusta. Toisaalta hoitajat havaitsivat saavansa menetelmän avulla potilaista uutta tietoa, joka avarsi hoitaja-potilas-suhdetta.
Pitkänen, Tiina 2000. Yli 65-vuotiaiden aivohalvauspotilaiden kuntoutuskokeilun kustannus-vaikuttavuusanalyysi.	Ennen haastattelua tutkittavilta pyydettiin kirjeitse kirjallinen suostumus tutkimukseen. Tutkimushaastattelu. Kuntoutuskokeilu. 15-D mittari. Barthel Indeks.	Tulosten tarkastelussa ilmeni, että yli 65-vuotiaiden kotona asuvien aivohalvauspotilaiden elämänlaatu oli selkeästi huonompi kuin normaaliväestöllä. Mielialan häiriöt osoittautuivat tutkimuksessa selkeäksi syyksi heikentämään AVH-potilaan elämänlaatua. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää aivohalvauksen sairastaneiden potilaiden kotihoidon kehittämisessä.
Julkunen, Laura 2009 väitöskirja "Rehabilitation of somasensory and visual field deficits after stroke. A clinical, neurophysiological and functional imaging	Seurantamittaus 13 AVH-potilaalle, joiden sairastumisesta oli yli vuosi.	Tuloksia voidaan hyödyntää käytännön kuntoutuksessa, kuntoutuksen mekanismien tutkimisessa ja kuntoutusmenetelmien ja -välineiden kehitystyössä.

study”		
Pyöriä, Outi 2007 Reliable Clinical Assessment of Stroke Patients' Postural Control and development of Physiotherapy in Stroke Rehabilitation	Kontrolloitu seurantatutkimus	Tuloksia voidaan hyödyntää tehtäessä AVH-potilaan seurantajärjestelmiä ja kuntoutuspolkua. Näillä tuetaan AVH-potilaan monipuolista toimintakyvyn paranemista.
Särkämö, Teppo, Tervaniemi, Laura, Laitinen, Sari, Forsblom, Anita, Soinila, Seppo, Mikkonen, Mikko, Silvennoinen Heli M., Erkkilä, Jaakko, Laine, Matti, Peretz, Isabelle & Hietanen Marja 2008. Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke	Tutkimuksessa seurattiin 60 potilaan toipumista laajojen neuropsykologisten tutkimusten avulla, jotka tehtiin viikon, kolmen kuukauden ja kuuden kuukauden kuluttua aivoinfarktista. Potilaat jaettiin akuuttivaiheessa kahteen ryhmään satunnaisesti. Ryhmät olivat musiikin ja äänikirjojen kuunteluryhmä tai kontrolliryhmä, joka ei saanut kuuntelumateriaalia.	Tutkimus tulokset osoittivat, että musiikkia päivittäin kuunnelleiden aivoinfarktipotilaiden kognitiivinen toipuminen oli kielellisen muistin ja tarkkaavaisuuden suuntaamiseen alueilla parempaa kuin potilaiden, jotka eivät saaneet kuuntelumateriaalia. Tutkimuksessa todettiin, että musiikin kuuntelun aloittaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on tärkeää, koska silloin aivoissa tapahtuu paljon plastisia muutoksia, joita musiikki ja ympäristön virikkeet tehostavat.
Takala, Teemu 2007. Aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden kuntoutuksen toteutuminen Suomessa (AVH-kuntoutusprojekti)	Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa oli tarkoitus haastatella henkilökohtaisesti Suomen kaikkien yliopistolisten ja keskussairaaloitten AVH-kuntoutuksesta vastaavat lääkärit ja tarvittaessa muutakin kuntoutukseen perehtynyttä henkilökuntaa. Toisessa vaiheessa selvitettiin kyselylomakkeen avulla AVH-kuntoutuksen resursseja Suomen terveyskeskuksissa ja AVH-kuntoutusta antavissa kuntoutuslaitoksissa.	Tutkimus osoitti, että iäkkäät pääsevät huonosti kuntoutukseen erityisesti niissä 9 sairaanhoitopiirissä, joissa ei ole omaa kuntoutusosastoa. Asuinpaikka voi ratkaista kuntoutukseen pääsyn. Moniammatillisen tiimin yhteistyö korostui kuntoutuksen eri vaiheissa.
Kukkonen, Tarja 2008. Häiriöitä, vaikeuksia ja vaivaa. Aivoverenkiertohäiriökuntoutujien nielemistoiminnan arviointi subakuutisessa vaiheessa	Tutkimus aloitettiin loka-kuussa 1999. Tutkittavia oli 54 aivoverenkiertohäiriöpotilasta ja kuusi sairaanhoitajaa. Kuuden sairaanhoitajan valikoituminen oli sattumanvaraista työvuorosyistä. Tutkimus toteutettiin erilaisilla mittareilla seuraamalla potilaiden ruokailua sekä haastattelemalla.	Tutkimustulokset osoittivat, että erilaisten menetelmien avulla saatiin esille monimuotoinen nielemisen toimintahäiriöiden kirjo. Sairaanhoitajien ja puheterapeuttien nielemistoiminnan arviointi poikkesivat toisistaan.
Haapala, Jaana, Heikkinen Tuula, Laivo, Outi, Passinen Karoliina & Kovanen Jussi 2007. Nielemishäiriöiden arviointi - ja hoi-	Kehittämishanke toteutettiin 2006 kyselyllä. Hankkeessa oli mukana moniammatillinen työryhmä, johon kuuluivat	Kehittämishankkeen tarkoituksena oli lisätä hoitohenkilökunnan valmiutta dysfagian tunnistamiseen ja hoitoon sekä yhte-

<p>tokäytännöt akuuttisairaaloissa. Kehittämishankkeen loppuraportti.</p>	<p>sairaanhoitaja, kaksi puheterapeuttia, neurologi sekä ravitsemusterapeutti.</p>	<p>näistää nielemisen arviointikäytäntöjä akuuttisairaaloiden osastoilla.</p>
<p>Pietilä, Marja-Leena, Ojala, Eeva, Saye, Jaana & Saarela Mika 2006. Yhtenäisen hoitokäytännön luominen aivohalvauspotilaiden nielemisen arviointiin ja ruokailun ohjaukseen moniammatillisena yhteistyönä. Raportti TKK-hankkeesta.</p>	<p>Meilahden sairaalassa 2003 fysioterapeutit tekivät kartoituksen ruokailun ja/tai nielemisen arvioinnin ja ohjauksen käytännöistä. Kysely lähetettiin Meilahden sairaalan kaikille vuodeosastoille. Kyselyyn vastasi 19/27 osastoa.</p>	<p>Hankkeen tuloksista ilmeni, että hoitajat toivoivat kirjallisia ohjeita sekä materiaalia, perustietoa nielemisen perusongelmista. Koulutusta haluttiin nielemisen arviointiin ja ruokailuasennon toteutukseen. Kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää ruokailutilanteen ohjaukseen käytäntöjä turvallisiksi, inhimillisiksi sekä kuntoutumista edistäviksi.</p>
<p>Haapaniemi, Hannele, Routasalo, Pirkko & Arve, Seija 2006. sairaanhoitajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä.</p>	<p>Toimintatutkimus, joka kesti puolitoista vuotta. Interventio toteutettiin kehittämistyönä neurologisen osaston henkilökunnan kanssa. Kehittämiskeskusteluja oli 18, joihin osallistui työvuorossa oleva henkilökunta. Hoitajat vastasivat kyselyyn kirjallisesti ja vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Kyselylomake jaettiin kymmenelle sairaanhoitajalle ja yhdeksälle perushoitajalle. Vastausprosentti oli 84%. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.</p>	<p>Saatuja tutkimustuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön ja yksittäisen hoitajan toiminnan arvioinnissa ja kehittämisessä sekä kuntoutumista edistävän hoitotyön jatkotutkimuksissa.</p>



Syksy 2009

SAATEKIRJE

Hyvä Vastaanottaja!

Opiskelen Saimaan ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Opintoihini liittyvänä opinnäytetyönä teen laatusuosituksen aivoverenkiertohäiriöpotilaan nielemisen tarkkailuun ja ohjaamiseen hoitohenkilökunnalle.

Haastattelen sairaanhoitajia, perushoitajaa ja fysioterapeutteja kuntouttavasta hoitotyöstä ja sen laadun kehittymisestä Tiurun sairaalan ajoilta nykyhetkeen osastolla A3 Etelä-Karjalan keskussairaalassa. Haastateltavilla on erityistietämistä kuntoutuksesta ja nielemiseen liittyvistä asioista. Suoritan haastattelun elo- ja syyskuussa 2009. Haastattelu tapahtuu parihaastatteluna ja pareja on kolme. Haastattelut ovat keskustelunomaisia ja luottamuksellisia. Haastattelu kestää noin tunnin ja se nauhoitetaan. Haastattelu tapahtuu työpaikan ulkopuolella ja sen saa työajaksi. Nauha hävitetään viimeistään tutkimustyön raportin valmistuttua. Kerättyjä tutkimustietoja käyttää vain Tiina Konsti.

Opinnäytetyön haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Haastatteluihin osallistuneiden henkilöllisyys ei tule ilmi tutkimusraportissa. Haastattelun voi keskeyttää ja kieltäytyä osallistumisesta, vaikka haastateltava on etukäteen antanut suostumuksensa.

Toivoisin teidän osallistuvan haastatteluun, koska Teillä on asiasta erityistietämystä.

Ystävällisin terveisin:

Tiina Konsti



Syksy 2009

KIRJALLINEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Tietoisena opiskelija Tiina Konstin toteuttamasta opinnäytetyön tarkoituksesta, suostun vapaaehtoisesti osallistumaan haastatteluun.

Minulle on selvitetty osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta. Minua koskeva aineisto poistetaan tällöin, eikä sitä käytetä tutkimuksessa. Tiedän, että haastattelu nauhoitetaan ja tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia omasta haastattelustani, mutta kuitenkin niin, ettei minua voi niistä tunnistaa.

Minulle on myös selvitetty, että haastattelun jälkeen nauhat ja kirjoitetut haastattelukertomukset eivät joudu ulkopuolisten käsiin. Olen myös tietoinen mahdollisuudestani ottaa yhteyttä Tiina Konstiin tutkimukseen liittyvissä asioissa.

Paikkakunta

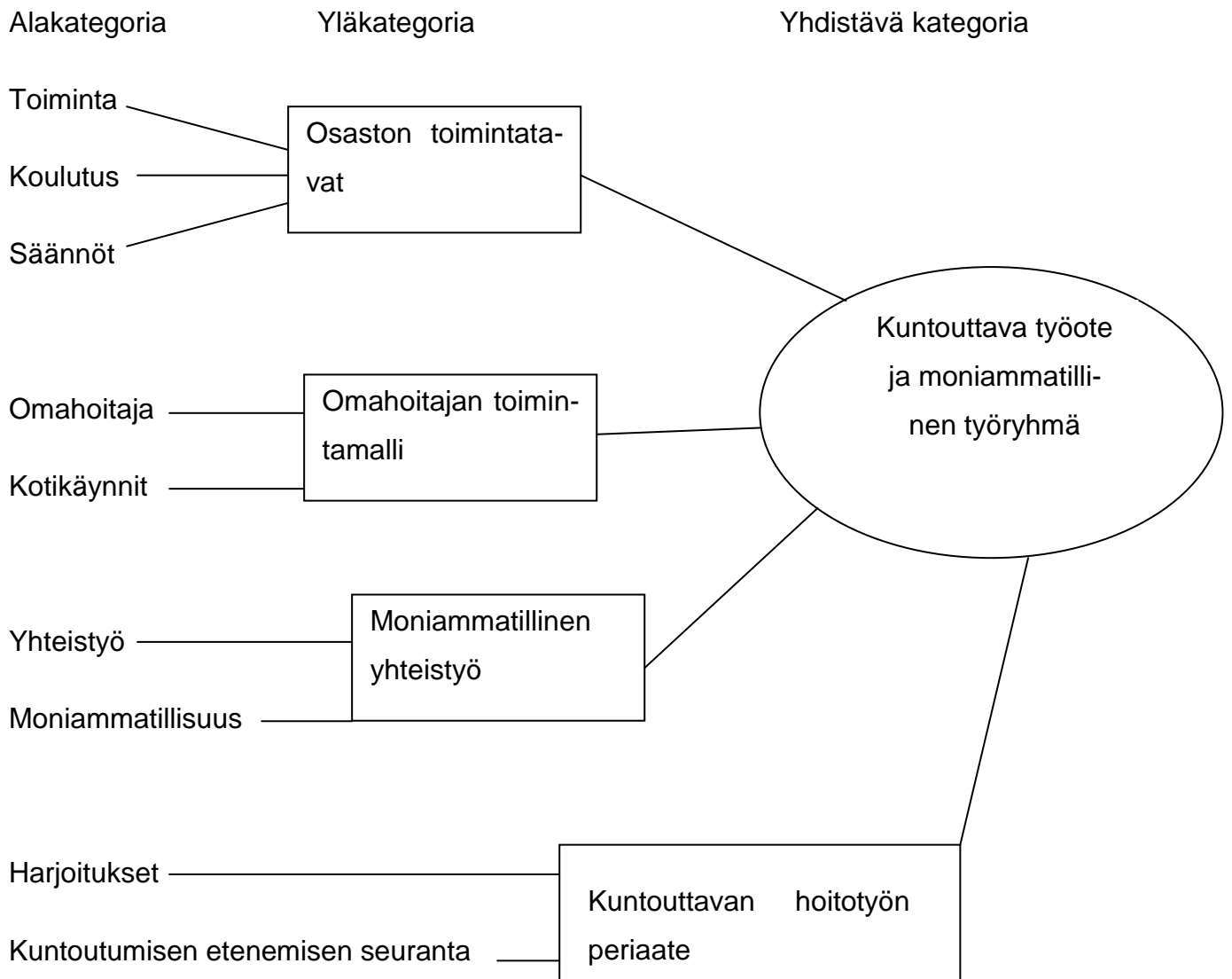
Tutkimukseen osallistuja

Nimen selvennys

Tiina Konsti

TIURUN SAIRAALAN KATEGORAT

Pelkistetty ilmaisu (Tiuru)	AlaKategoria
Tiurun toiminnan alku ja loppu Lääkärin kierto Raportointi	Toiminta
Kouluttaminen Kuntoutuksen harjoittelu Opettelujakso Koulutus Tiedon puute Lisää koulutusta	Koulutus
Sitoutuneisuus Pysyvyys Vaihtuvuus Yhteiset säännöt	Säännöt
Asento hoito Kävelyharjoitukset Nielustimulaatiot	Harjoitukset
Kotikäynnit Omahoitajuus Omahoitajajärjestelmä	Omahoitaja
Kuntoutujan motivointi Ryhmän tuki Kuntoutusmyönteisyys Itsenäinen toiminta Omatoimisuus	Kuntoutus
Riittävä kunto Motivointi Samanlaiset vaatteet	Yhteistyö
Yhteistyö Yhteistyö omaisten kanssa Moniammatillisuus Puheterapeutti eli pute	Kuntoutumisen etenemisen seuranta
Kuntoutuspalaveri Ensietopäivät Ohjelehtinen Kuntoutuskokoukset	



EKKS KATEGORIAT

Pelkistetty ilmaisu (EKKS)

Alakategoria

Koulutus
Tiedon puute
Lisää koulutusta

Koulutus

Perushoitajien vähyys

Henkilökunta

Sitoutuneisuus
Pysyvyys
Vaihtuvuus
Yhteiset säännöt

Säännöt

Asentohoito
Kävelyharjoitukset
Nielustimulaatiot

Harjoitukset

Yhteistyö
Yhteistyö omaisten kanssa
Moniammatillisuus
Puheterapeutti eli pute

Yhteistyö

Kuntoutuspalaveri
Ensietopäivät
Ohjelehtinen
Kuntoutuskokoukset

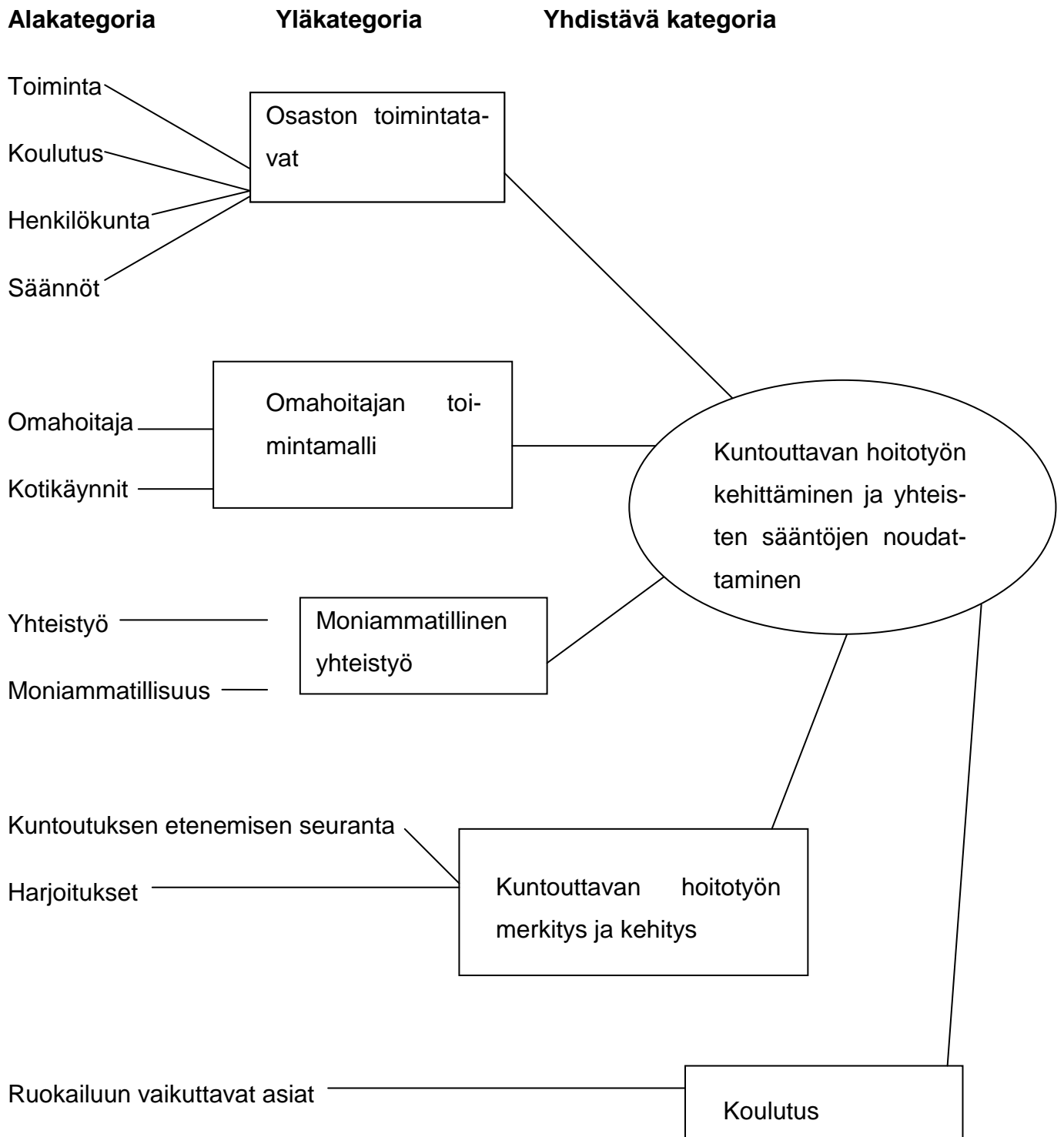
Kuntoutumisen etenemisen seuranta

Ruoka-asennot
Ruuan koostumus
Ruokailun apuvälineet

Ruokailuun vaikuttavat asiat

Kuntoutuksen merkitys
Trendi
Kuntouttava hoitotyö

Kuntouttava työote



ETELÄ-KARJALAN KESKUSSAIRAALA

Lappeenrannan osastoryhmä

Fysiatrian yksikkö/puheterapia

Neuteam/97

AIVOHALVAUSPOTILAAN KUNTOUTUMISEN LAATUTAVOITTEET NIELEMISEN JA KASVOLIHASHALVAUKSEN OSALTA

1 LAATUTAVOITE

Kasvolihashalvauksen aiheuttaman sosiaalisen haitan minimointi ja ruokailun helpottuminen.

- sylki/nesteet eivät valu suupielestä
- oraalimotoriikka (huulten sulku, kielen liikuttelu, poskien lihastoiminta) on riittävää ruoan kuljettamiseen suussa
- kasvojen ilmeet ovat mahdollisimman symmetriset

KEINOT

Ennen ruokailua

- 1) Mahdollisen hypertonusen normalisointi hengitysharjoitusten ja inhiboinnin avulla
- 2) Mahdollisen hypotonuksen stimulointi esim. jäällä, spaatteleilla, pillillä
- 3) Nielurefleksin stimulointi tarvittaessa (puheteapeutin ohjauksella)

Ruokailun jälkeen

- 1) Opetetaan potilas tarkistamaan itse sormella ettei ruokaa jää poskeen; ohjataan ja tarvittaessa avustetaan suuhygieniasta huolehtimiseen purskutteluihin ja hammasharjaa käyttäen

Huom! Annetaan tarvittaessa ulkoista ohjausta syljen nielemiseen (hienotunteisuus muis-tettava)

ARVIOINTI

Hoitohenkilökunnan ja terapeuttien havainnointi, potilaan subjektiiviset tuntemukset

2 LAATUTAVOITE

Nielemisen helpottuminen ja hengitysteiden suojaaminen mahdolliselta aspiraatiolta oraalisen ruokailun mahdollistamiseksi

KEINOT

Ruokailussa

- 1) Potilas ruokailee tavallisessa tuolissa tai pyörätuolissa istuen tavallisen pöydän tai pyörätuolipöydän ääressä
- 2) Huolehditaan, että potilaalla on symmetrinen asento istuessaan ja pää lievässä fleksioasennossa niellessä
- 3) Ruokailuympäristö on mahdollisimman rauhallinen (ei ruokasalissa muiden joukossa) ja turvallinen
- 4) Ruoka soseutetaan ja sakeutetaan tarvittaessa ja se on tasalaatuista; nesteet ja kiinteät ovat erikseen, karkeampaan ruokaan siirrytään asteittain: tarvittaessa ravitsemussuunnittelijan konsultaatio
- 5) Mikäli potilas on syötettävä, lusikka viedään suuhun edestä, keskeltä ja alaviistosta; lusikka asetetaan kielen päälle ja painetaan sekä tarvittaessa ohjataan pään flexiota nielemisen helpottamiseksi
- 6) Yksilöllisten nielemistekniikoiden ohjaus (puheterapeutti)
- 7) Opetetaan potilaalle oikea yskimistapa ja tarvittaessa avustetaan yskimistä
- 8) Imu on saatavilla

Ruokailun jälkeen

- 1) Opetetaan potilas tarkistamaan ettei ruokaa jää suuhun ja tarvittaessa avustetaan suuhygieniassa
- 2) Potilas istuu 15–20 minuuttia ruokailunsa jälkeen ennen makuulle menoa hiljaisen aspiroinnin estymiseksi

ARVIOINTI

Hoitohenkilökunnan ja terapeuttien havainnointi, potilaan subjektiiviset tuntemukset. Tarvittaessa videofluorografia (puheterapeutti mukana)

Huom! Puheterapeutti ja hoitaja täyttävät yhteistyössä lomakkeen yhteenveto ruokailutilanteesta, jota säilytetään potilaan pöydällä

Sovittu, että fysioterapeutit ja/tai hoitohenkilökunta voi konsultoida puheterapeuttia potilaalla ilmenevissä nielemisen ongelmissa. Lääkärin lähete tarvitaan, mutta asian nopeuttamiseksi yhteydenotto voi tapahtua jo ennen lähetettä puhelimitse

NIELEMISEN LAATUSUOSITUKSET 2010

NIELEMISEN ARVIOINTI

Seuraa tajunnantaso AVH-seurannan avulla.
Huomioi halvauspuoli (oikea) puheen huononemisen viite.
Roikkuuko suupieli, ymmärtääkö puhetta?
Onko limainen, yskiikö, lämpöileekö?
Tarkista hampaiden ja suun limakalvojen kunto sekä proteesien sopivuus
Toimiiko nielemisrefleksi?
Valuuko sylki, nieleekö syljen?

NIELEMISEN VALMISTELU

Kysy lääkäriltä lupa nielemisen kokeiluun.
Konsultoi puheterapeuttia tarvittaessa.
Opasta, ohjaa ja neuvo potilasta nielemiseen liittyvissä asioissa.
Siirrä potilas tuoliin, koska tuolissa on vuodetta parempi ruokailla.
Huomio hyvä istuma-asento, mieluummin vähän leuka alaspäin, ruoka terveelle puolelle suuta.
Kokeile nielemistä pienellä määrällä vettä.
Anna kylmiä sosemaisia ruokia aluksi. Ei ohuita, eikä kuumia nesteitä.
Jos potilas syö itse, huomioi miten raajat toimivat.
Jos potilas tarvitsee apua ruokailussa, älä syötä liian nopeasti.
Älä puhuttele potilasta ruokailun aikana.
Rauhoita hotkiminen.
Imuvalmius, rohkaise potilasta tarvittaessa yskimään.

RUOKAILUTILANNE

Seuraa nieleekö, yskiikö, tarvittaessa lopeta ruokailu.
Paina lusikalla kieltä, koska se laukaisee nielemisrefleksin.
Annostele syötettävä ruoka kielen päälle eikä huulten väliin jos mahdollista.
Älä laita jauhettua lääkettä ruuan pinnalle, anna lääkkeet pienissä erissä.
Huomioi mahdolliset tuntohäiriöt sekä tahdonalaisten toimintojen häiriö (välineiden väärinkäyttö).
Ohjeista potilasta: pyydä nielemään.
Jätä potilas ruokailun jälkeen kohoasentoon vähintään 20 minuutin ajaksi.
Pese proteesit ruokailun jälkeen ja tarkista samalla suu ja posket.
Muista, että aspiraatio voi tapahtua ennen nielemistä, nielemisen aikana ja nielemisen jälkeen!
Ruokailuun on varattava aikaa!

MUUTA HUOMIOITAVAA

Informoi omaisia nielemisongelmista.
Älä jätä pöydällä potilaan ulotettaville sopimatonta syötävää (esim. suklaa, sitrushedelmät).
Varaa aterimet joissa tarvittaessa paksunnokset, korvamuki ja pyörätuolin pöytälevylle liukueste.
Laita ruokalistalle tavallinen ruoka, kun sen syöminen on turvallista Kirjaa ruokailun sujuminen.
Pidä ajan tasalla hoitosuunnitelma kaavake.
Huomioi riittävän nestemäärän ja ravitsemuksen saanti.