



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

FAMILY INFORMATION LEAFLET: STROKE AND STROKE UNIT

Englanninkielinen opas
aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen
potilaan läheiselle

Heidi Leppänen
Liisa Mariner

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

LEPPÄNEN, HEIDI & MARINER, LIISA:
Family information leaflet: Stroke & stroke unit
– a Guide for the Patient's Family and Friends

Opinnäytetyö 58 sivua, joista liitteitä 16 sivua
Huhtikuu 2018

Opinnäytetyön tilaaja, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Tampereen yliopistollisen keskussairaalan aivoverenkiertohäiriöyksikkö, oli havahtunut ulkomaalaistaustaisten läheisten vaikeuksiin ymmärtää aivoverenkiertohäiriöiden alkuvaiheen oireita ja hoitoa. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä tutkittuun tietoon perustuvan kirjallisuuskatsauksen pohjalta englanninkielinen opas potilaan läheisille. Tavoitteena oli parantaa potilasturvallisuutta, helpottaa hoitajien ja ulkomaalaistaustaisten läheisten välistä vuorovaikutusta ja saada ulkomaalaistaustaiset läheiset ymmärtämään, millaista AVH-potilaan alkuvaiheen hoito on. Tehtävä oli etsiä tutkittua tietoa läheisen ohjauksesta ja suomalaisen hoitokulttuurin erityispiirteistä. Tilaaja toivoi oppaaseen erityisesti tietoa oiretunnistamattomuudesta, nielemisvaikeuksista sekä 24 tunnin vuodelevosta.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi englanninkielinen Family information leaflet, jossa esitellään aivoverenkiertohäiriöyksikkö ja sen toimintatapoja, läheisten roolia suomalaisessa hoitokulttuurissa sekä aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitoprotokollaa tehtävänannon kannalta oleellisin osin sekä potilaan hoitoketjua läheisen näkökulmasta. Tuotos perustuu kirjallisuuskatsaukseen, jossa lähteinä on käytetty Tampereen yliopistollisen keskussairaalan AVH-potilaan hoitoprotokollaa, Helsingin yliopistollisen sairaalan punaista kirjaa, kotimaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia, artikkeleita, kirjallisuutta ja asiantuntijahaastatteluita.

Ulkomaalaistaustaiselle AVH-potilaan läheiselle suunnattua materiaalia ei ole helposti saatavilla. Kirjallisuuskatsauksen perusteella oleellista on tehdä läheiselle ja potilaalle omat materiaalit heidän omista lähtökohdistaan. Opinnäytetyön perusteella jatkotutkimusaiheiksi nousi Suomalainen hoitokulttuuri ulkomaalaistaustaisen henkilön näkökulmasta sekä vertaistuen ja AVH-ensitietopäivien järjestäminen ulkomaalaistaustaisille läheisille.

Asiasanat: läheisen ohjaus, opas läheiselle, aivoverenkiertohäiriöt, aivoverenkiertohäiriöyksikkö, hoitokulttuuri

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

LEPPÄNEN, HEIDI & MARINER, LIISA:
Family Information Leaflet: Stroke & Stroke Unit
– a Guide for the Patient's Family and Friends

Bachelor's thesis 58 pages, appendices 16 pages
April 2018

This study was requested by the Stroke Unit of Tampere University Hospital. The Stroke Unit had come to realize that poor understanding of the symptoms and acute care of stroke patients by their non-native family members can endanger patient safety in the ward. The purpose of this study was to produce a family information leaflet about stroke, the Finnish nursing culture and the Stroke Unit. The aim of the study was to improve patient safety, ease interaction between nurses and non-native family members and friends and to help them better understand the acute care of a stroke patient. The data were collected from literature, Finnish and international researches and articles, treatment protocols used by the Stroke Unit and interviews of experts suggested by the unit. The study was carried out as a project and an information leaflet was produced for the use of the employees at the Stroke Unit. The findings of the study suggest that currently there is little information available for non-native family and friends of stroke patients in English. There is a need for family information leaflets focusing on the particular needs of family and friends of specific non-native groups living in the country. A research suggestion for future could thus be to create leaflets written in the patients' own language, targeting issues from their own unique cultural perspective.

Key words: family information leaflet, stroke, acute care, stroke unit, family-centered nursing, nursing culture

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
3.1	Ulkomaalaistaustaisen läheisen ohjaus	10
3.1.1	Family information leaflet.....	11
3.1.2	Suomalaisen hoitokulttuurin erityispiirteitä.....	12
3.2	Aivoverenkiertohäiriöt.....	16
3.3	Oiretunnistamattomuus	19
3.4	Nielemisvaikeudet ja ruokailu aivoverenkiertohäiriöyksikössä	22
3.5	Aivoverenkiertohäiriöyksikkö	25
3.5.1	AVH-potilaan alkuvaiheen hoito aivoverenkiertohäiriöyksikössä	26
3.5.2	Siirtyminen toiselle osastolle ja jatkohoito	29
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	31
4.1	Opinnäytetyön prosessin kuvaus	31
4.2	Tuotoksen kuvaus	33
5	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	34
5.1	Pohdinta	34
5.2	Eettisyys ja luotettavuus	35
5.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	36
	LÄHTEET.....	37
	LIITTEET Family information leaflet	43

ERITYISSANASTO

Aivoinfarkti	Yhden tai useamman aivoissa sijaitsevan valtimon äkillinen tukkeutuminen. Valtimon tukos johtaa kyseisen aivoalueen hapenpuutteeseen ja pysyvään kuolioon.
Anosognosia	Oiretiedostamattomuus. Esiintyy noin kolmasosalla aivoverenkiertohäiriöpotilaista. Tarkoittaa koko sairauden tai joidenkin sen oireiden osittaista tai täydellistä tiedostamattomuutta.
AVH	Aivoverenkiertohäiriö. Tilapäinen ja korjaantuva tai pysyvä häiriötila, jonka aiheuttaa joko aivoinfarkti tai aivoverenvuoto.
Dysfagia	Nielemisongelmat. Esiintyy huomattavalla osalla aivoverenkiertohäiriön sairastaneista potilaista. Oire lievittyy usein itsestään parin-kolmen viikon aikana, mutta saattaa johtaa keuhkokuumeeseen tai äkilliseen tukehtumiseen erityisesti toipumisen alussa.
ICH	Intracerebral hematoma. Aivojen valtimon repeämä, joka johtaa veren vuotamiseen aivoaineeseen.
Rakennemuutettu Ruokavalio	Rakennemuutetun ruoan koostumus on pehmeää, karkeaa sosemaista, sileää sosemaista tai nestemäistä. Ravintoarvo on samanlainen kuin koostumukseltaan normaalissa ruoassa.
TIA	Transient ischemic attack. Aivojen tilapäinen verenkiertohäiriö, joka menee yleensä ohi alle tunnissa. Oireet muistuttavat aivoinfarktia.
Vuodelepo	Ensimmäisen vuorokauden aikana oireiden alusta laskettuna akuutti AVH-potilas pidetään täydellisessä vuodelevossa. Vuodelevon aikana potilaan pitää välttää kaikkea ponnistelua. AVH-potilaan liian varhain tapahtuva mobilisointi voi johtaa iskemia-alueen, eli hapenpuutteesta syntyneen vauriokohdan, laajentumiseen tai uuden hyytymän syntyymiseen.

1 JOHDANTO

Maailmassa on noin 26 miljoonaa henkilöä, jotka ovat sairastuneet aivoverenkiertohäiriöihin. Vuosittain niihin sairastuu yli 17 miljoonaa henkilöä ja yli 6 miljoonaa henkilöä kuolee. (Aivoliitto 2016.) Suomessa aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu vuosittain noin 25 000 henkilöä ja ne ovat Suomen kolmanneksi yleisin kuolinsyy (THL 2017).

Opinnäytetyön tilaaja, Tampereen yliopistollisen sairaalan aivoverenkiertohäiriöyksikkö, tilasi englanninkielisen oppaan helpottamaan vuorovaikutusta potilaiden vieraskielisten läheisten kanssa. Tilaaja on huomannut, että suomalaisen hoitokulttuurin erityispiirteisiin ja hoitajien ja ulkomaalaistaustaisten läheisten väliseen vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat voivat johtaa jopa potilasturvallisuuden vaarantumiseen. Aivoverenkiertohäiriöyksikkö ei ole tunnistanut opinnäytetyötämme varten mitään erityistä kieleen, kulttuuriin tai taustamaahan perustuvaa ryhmää, vaan opas on tarkoitettu vuorovaikutuksen ja ohjauksen tueksi kaikille englantia ymmärtäville läheisille. (Tamminen 2017.)

Kirjallisuuskatsauksessa on keskitytty akuuttihoitopotilaan läheisen tarpeisiin ja ohjaamiseen, aivoverenkiertohäiriöpotilaan alkuvaiheen hoitoprotokollaan ja hoitotyöhön läheisen ohjaamisen kannalta oleellisin osin sekä suomalaiseen hoitokulttuuriin. Aihetta tutkittiin hakemalla tietokannoista ajankohtaisia tutkimuksia ja artikkeleita aivoverenkiertohäiriöihin, niiden akuuttihoitoon, suomalaiseen hoitokulttuuriin ja läheisten ohjaamiseen liittyen.

Tavoitteena oli parantaa potilasturvallisuutta aivoverenkiertohäiriöyksikössä, helpottaa hoitajien ja ulkomaalaistaustaisten läheisten välistä vuorovaikutusta ja lisätä ulkomaalaistaustaisten läheisten ymmärrystä sekä AVH-potilaan alkuvaiheen hoidosta, että omasta roolistaan siinä. Opinnäytetyön tehtävänä oli vastata kysymyksiin siitä, millainen on hyvä family information leaflet ja millaisia suomalaiseen hoitokulttuuriin liittyviä erityispiirteitä siinä on hyvä esitellä, millaista ohjausta läheisten on hyvä saada aivoverenkiertohäiriöihin liittyvien oiretunnistamattomuuden ja nielemisvaikeuksien osalta sekä miten ulkomaalaistaustaiselle läheiselle on hyvä perustella aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidon alkuun kuuluva 24 tunnin vuodelepo.

Opinnäytetyön pohjalta käy ilmi, että hoitohenkilökunnan ja tehopotilaiden läheisten väliseen kommunikaatioon suunnatut interventiot antavat läheisille paremmat valmiudet osallistua potilaan hoitoon, helpottavat läheisten päätöksentekoa koskien potilaan hoitoa ja lisäävät läheisten ymmärrystä tehopotilaan sairaudesta (Kynoch, Chang, Coyer & McArdle 2016). Lisäksi käy ilmi, että läheisille suunnatun materiaalin tulisi vastata heidän tiedon tarpeeseensa, sen pitää olla läheisille heidän näkökulmastaan suunnattua, yksikkökohtaista ja sen on autettava tunnistamaan läheisten jaksamisen rajoja ja listattava lisätiedon ja vertaistuen lähteitä (Haag 2015).

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä tutkittuun tietoon perustuvan kirjallisuuskatsauksen pohjalta englanninkielinen opas potilaan läheisille aivoverenkiertohäiriön alkuvaiheen hoidosta aivoverenkiertohäiriöyksikössä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli:

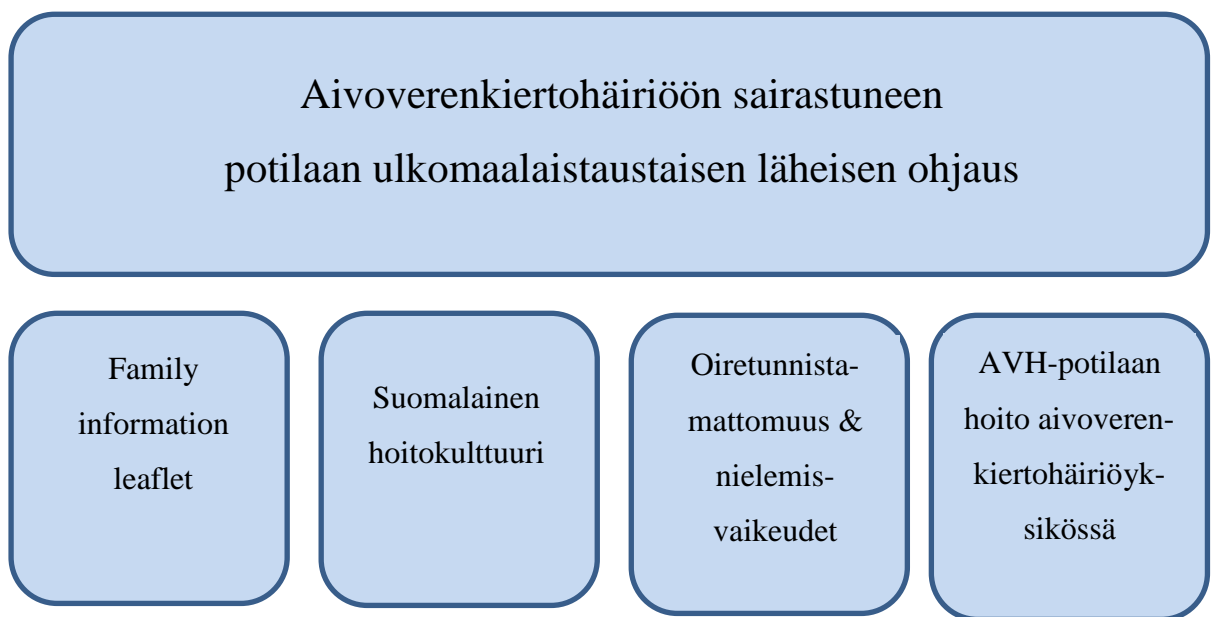
- * parantaa potilasturvallisuutta.
- * helpottaa hoitajien ja ulkomaalaistaustaisten läheisten välistä kommunikatiota.
- * lisätä ulkomaalaistaustaisten läheisten ymmärrystä sekä AVH-potilaan alkuvaiheen hoidosta, että omasta roolistaan siinä.

Opinnäytetyön tehtävä oli vastata seuraaviin kysymyksiin:

- * Millainen on hyvä family information leaflet ja millaisia suomalaisen hoitokulttuuriin liittyviä erityispiirteitä siinä on hyvä esitellä?
- * Millaista ohjausta läheisten on hyvä saada aivoverenkiertohäiriöihin liittyvien oiretunnistamattomuuden ja nielemisvaikeuksien osalta?
- * Miten ulkomaalaistaustaiselle läheiselle on hyvä perustella aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidon alkuun kuuluva 24 tunnin vuodelepo?

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Työn keskeisiksi käsitteiksi valikoituivat aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan läheisen ohjaus, suomalaisen hoitokulttuurin erityispiirteet, sairauteen liittyvät nielemisongelmat ja oiretiedostamattomuus sekä alkuvaiheen hoito aivoverenkiertohäiriöyksikössä ja siihen kuuluva 24 tunnin vuodelepo. Teoreettisten lähtökohtien muodostamisessa on käytetty hoito- ja terveysalan kirjallisuutta, kotimaisia ja kansainvälisiä ajankohtaisia tutkimuksia, hoito- ja lääketieteellisiä artikkeleita, asiantuntijahaastatteluita sekä osaston AVH-hoitoprotokollaa ja Helsingin yliopistollisen sairaalan aivoverenkiertohäiriöyksikön punaista kirjaa. Teoreettiset lähtökohdat on esitetty kuviossa 1.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat.

3.1 Ulkomaalaistaustaisen läheisen ohjaus

Vuonna 2016 Suomessa asui noin 244 000 ulkomaan kansalaista ja kokonaisuudessaan ulkomaalaistaustaisten henkilöiden määrä Suomessa oli noin 365 000 eli 6,6 % väestöstä. Vieraskielisiä henkilöitä Suomessa oli vuonna 2016 noin 6,4 % väestöstä, eli 354 000. Ulkomaan kansalainen on henkilö, jolla ei ole suomen kansalaisuutta ja ulkomaalaistaustaiseksi määritellään henkilö, jonka molemmat vanhemmat ovat syntyneet ulkomailla. (Tilastokeskus 2016.) Tässä opinnäytetyössä käytetään sanaa '*ulkomaalaistaustainen*' tarkoittamaan henkilöä, joka ei puhu sujuvaa suomea ja jolle suomalainen hoitokulttuuri on vieras.

Kynoch ym. (2016) päätyivät tutkimuksessaan siihen, että erilaiset hoitohenkilökunnan ja tehopotilaiden läheisten väliseen kommunikaatioon suunnatut interventiot paransivat läheisten valmiuksia osallistua potilaan hoitoon, helpottivat läheisten päätöksentekoa koskien potilaan hoitoa ja lisäsivät läheisten ymmärrystä tehopotilaan sairaudesta. Pesonen (2011) jatkaa Kynochin ym. (2016) linjalla, ja lisää, että potilaan vakava sairaus voi aiheuttaa myös läheiselle psyykkisen kriisin. Pesosen (2011) mukaan tehokas ja yksilöllinen ohjaaminen auttaa myös läheisiä hyväksymään aivoverenkiertohäiriön ja sen mukanaan tuomat muutokset potilaan toimintakyvyssä.

Haagin (2015) mukaan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja läheisten ohjauksessa käytettävän materiaalin on oltava yksikkökohtaista ja läheisille ja potilaalle on oltava omat materiaalinsa. Läheisten materiaalin on sisällettävä informaatiota heidän omasta näkökulmastaan, sen on autettava tunnistamaan läheisten jaksamisen rajoja ja listattava lisätiedon ja vertaistuen lähteitä. Läheisten ohjaukseen tulisi käyttää sekä kirjallista materiaalia, puhe- linkeskusteluja, että kasvokkain tapahtuvaa keskustelua. (Haag 2015.) Salmenperä, Tuli ja Virta (2002) nostavat teoksessaan esiin läheisten roolin erityisesti nielemishäiriöisen potilaan ohjaustilanteissa. Kirjoittajat pitävät keskeisenä oleellisen ja riittävän tiedon jakamista sekä potilaalle että läheisille, ja korostavat ohjeiden perustelemista ymmärrettävästi (Salmenperä ym. 2002).

Molterin vuonna 1979 tekemän tutkimuksen mukaan tehohoitopotilaan läheisten tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen muuttaa hoitoa potilaan oireiden hoitamisesta

kohti potilaan ja perheen kokonaisvaltaista huomioimista. Kynoch ym. (2016) analysoivat erilaisia läheisen ohjauksen menetelmiä tarpeiden tunnistamisen ja niihin vastaamisen näkökulmasta. Kynoch ym. (2016) viittaavat Molterin (1979) tunnistamiin läheisen tarpeisiin, joita ovat vapaasti suomennettuna tuen tarve, luottamuksen tarve, tapaamisen tarve, tiedontarve ja mukavuuden tarve. Näistä tuen tarpeeseen voidaan vastata järjestämällä erilaisia tukiryhmiä, vahvistamalla läheisten selviytymiskeinoja ja ohjaamalla esimerkiksi päiväkirjan kirjoittamiseen. Luottamuksen tarpeeseen vastaaminen vaatii henkilökohtaisia tapaamisia hoitohenkilökunnan kanssa ja mahdollisuutta osallistua esimerkiksi hoitoneuvotteluihin ja lääkärintierroille. Tapaamisen tarpeella tarkoitetaan mahdollisuutta vierailla potilaan luona ja osaston joustamista vierailuaikojen suhteen. Mukavuuden tarve tarkoittaa osaston fyysisten olojen muokkaamista siten, että läheisten vierailut pystytään järjestämään. Tarpeista tiedon tarve on se, johon voidaan vastata opinnäytetyömme tuotoksena valmistuvalla family information leafletilla. Muita keinoja vastata samaan tarpeeseen voivat olla esimerkiksi erilaiset läheisten koulutustilaisuudet, kuten AVH-ensitietopäivät, oppaat, internet-sivustot ja osaston henkilökunnan ja läheisten yhteydenpito. (Kynoch ym. 2016.)

Molter (1979) korostaa, että läheiset kokevat erittäin tärkeänä oleellisen ja rehellisen potilaan tilaa koskevan tiedon saamisen. Tehopotilaan läheisten tiedon tarpeen tyydyttäminen paitsi auttaa heitä tekemään potilaan hoidon kannalta parempia päätöksiä, myös vaikuttaa siihen, miten läheiset ylipäättään kokevat tarpeidensa tulleen huomioiduksi hoitohenkilökunnan taholta (Kynoch, ym. 2016). Salmenperä ym. (2002) huomauttavat kuitenkin, että läheiset voidaan ottaa mukaan potilaan hoitotilanteisiin ja hoitoa koskeviin päätöksiin vain potilaan luvalla, ja ohjaustilanteissa on kiinnitettävä erityistä huomiota potilaan itsemääräämisoikeuteen.

3.1.1 Family information leaflet

Kynoch ym. (2016) esittelevät termin FIL, eli family information leaflet. Heidän mukaansa läheisille suunnatut pamfletit ja esitteet lisäävät läheisten tyytyväisyyttä, vähentävät läheisten ahdistuneisuutta ja lisäävät heidän kykyään ymmärtää potilaan sairautta koskevaa tietoa. Kynoch ym. (2016) esittelevät Azoulayn ym. (2002) tutkimuksen, jonka

mukaan FIL lisäsi selvästi läheisten ymmärrystä potilaan diagnoosista, ennusteesta ja hoidosta, kun siinä on yleistietoa osastosta ja sairaalasta, hoitavan lääkärin nimi, kaaviokuva potilashuoneesta ja siellä olevista laitteista nimineen ja kuvauksineen sekä 12 yleisintä osastolla käytettävää termiä selitettynä.

Castaneda ym. (2017) pitävät tärkeänä, että potilaan ja läheisten ohjaukseen käytettävä opas on kohderyhmälleen suunnattu, selkokielen ja kulttuurisensitiivinen. Leskelä (2017) kirjoittaa selkokielen käytöstä Duodecim-lehden pääkirjoituksessa ja tukee Castanedan ym. (2017) näkemystä. Leskelän (2017) mukaan selkokielen ohjaus lisää omaisen ymmärrystä sairauden, hoito-ohjeiden tai jatkohoidon kannalta, vähentäen näin esimerkiksi turhia tiedustelusoittoja tai poliklinikkakäyntejä. Kirjallisessa materiaalissa käytettävien kuvien tulee sisältää kohderyhmään kuuluvia henkilöitä, ja ruokaohjeistuksessa on otettava huomioon kohderyhmän ruokakulttuuri (Castaneda ym. 2017).

Kynochin, Changin ja Coyerin (2012) tutkimukseen perustuva Joanna Briggs-instituutin julkaisema Best Practise evidence-based information sheets for health professionals kertoo, että käyttämällä family information leaflettiä aikuisten tehohoitopotilaiden läheisten tiedontarpeen tyydyttämiseen, pystytään parantamaan läheisten ymmärrystä diagnoosista, sairauden ennusteesta sekä sen hoidosta. Läheisten kokonaistyytyväisyyttä pelkällä information leafletillä ei tutkimusten mukaan pystytty parantamaan, mutta läheiset, jotka olivat family information leafletin avulla ymmärtäneet potilaan diagnoosin, olivat hoitojaksoon tyytyväisempiä. Tutkijat ehdottavatkin, että akuuttihoito-osastot käyttäisivät family information leaflettejä läheisten tiedontarpeen tyydyttämiseen. (Kynoch ym. 2012.)

3.1.2 Suomalaisen hoitokulttuurin erityispiirteitä

Monikulttuurisuudesta hoitotyössä luennoivan Saynur Soramiehen (2017) mukaan suomalaisen hoitokulttuurin erityispiirteistä erityisesti potilaan asema ja oikeudet, sairaanhoitajan suuri rooli, hoitopäivämaksuun sisältyvät asiat, omaisten pieni rooli potilaan varsinaisessa hoitotyössä sekä muutamat osastokäytännöt aiheuttavat ongelmia osastoilla. Aivoverenkiertohäiriöyksikön sairaanhoitaja Anu Tamminen (2017) näkee asian samoin,

ja korostaa osastolla työskentelevien eri ammattiryhmien työnjaosta koituvia epäselvyyksiä. Molempien mielestä ulkomaalaistaustaiselle läheiselle on tärkeitä selventää, mitä palveluja esimerkiksi sosiaalihoitajan toimesta voidaan järjestää ja myös tulkkipalvelujen käytön lisääminen on heidän mukaansa oleellista (Soramies 2017; Tamminen 2017). Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on käsitellyt eri kulttuurien kohtaamista hoitotyössä Potilaan hyvä hoito-oppaassa (2012–2017), jossa todetaan ongelmien usein muodostuvan, kun koetut tarpeet ja odotukset ovat ristiriidassa. Opinnäytetyömme tarkoitus onkin tuottaa selkeää informaatiota ulkomaalaistaustaiselle läheiselle suomalaisen hoitokulttuurin erityispiirteistä aivoverenkiertohäiriöyksikön näkökulmasta.

Suomessa potilaan oikeuksiin kuuluu yksilöllisten tarpeiden ja kulttuurin huomioonottaminen mahdollisuuksien mukaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Soramiehen (2017) mukaan ongelmia on koitunut esimerkiksi tilanteissa, joissa osastoilla on runsaan potilasmäärän takia jouduttu sijoittamaan samaan huoneeseen sekä miehiä että naisia. Soramiehen (2017) kohdalle on sattunut myös tilanteita, joissa ulkomaalaistaustaiset läheiset ovat pyrkineet suojelemaan potilasta salaamalla tältä hänen terveydentilaansa ja sairauttaan koskevia tietoja. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrää kuitenkin, että Suomessa potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sairauden kulkuun. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrää myös, että hoitohenkilökunnalla on velvollisuus antaa tämä tieto siten, että potilas ymmärtää sen. Tarpeen mukaan potilaalle on tarjottava tulkkipalvelu, jotta kielimuuri ei estä tiedonsaantia. Potilaan hyvä hoito-oppaassa (2012–2016) Pirkanmaan sairaanhoitopiiri toteaa, että jos Suomessa vallitsevista sairaus- ja hoitokäsityksistä kerrotaan potilaille selvästi ja huolehditaan siitä, että he myös ymmärtävät saamansa informaation, yhteisymmärrys on helpompi saavuttaa.

Soramiehen (2017) mukaan hämmennystä on välillä aiheuttanut, että laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) antaa potilaalle oikeuden päättää kenelle terveydenhuollon työntekijät saavat luovuttaa häntä koskevia tietoja. Potilaan oikeus tarkistaa itseään koskevat tiedot potilasasiakirjoista on Soramiehen mukaan yksi suomalaisen hoitokulttuurin erityispiirteistä, joka ei ole kaikille ulkomaalaistaustaisille potilaille tai läheisille tuttu (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Soramies 2017). Tamminen (2017)

puolestaan kertoo, että välillä ulkomaalaistaustaisille potilaille ja omaisille on tullut yllätyksenä se, että saadusta hoidosta annetaan potilaalle epikriisi ja hoitotyön yhteenveto mukaan kotiutuessa tai jatkohoitoon siirtyessä.

Tamminen (2017) kertoo, että sairaanhoitajan rooli potilaan hoidossa vaikuttaa hämmentävän monia ulkomaalaistaustaisia läheisiä ja Soramies (2017) vahvistaa huomion. Eriksson, Korhonen, Merasto ja Moisio (2015) määrittelevät Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus-hankkeesta julkaistussa Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen-raportissa sairaanhoitajan olevan hoitotyön asiantuntija. Tämä tarkoittaa Erikssonin ym. (2015) mukaan sitä, että sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu sekä hoitotyön toteuttaminen että sen kehittäminen ja potilaiden terveyden edistäminen ja ylläpitäminen hoitotyön keinoin. Sairaanhoitaja tarvitsee tutkijoiden mukaan osaamisensa tueksi laajaa tuntemusta niin lääketieteen, farmakologian kuin yhteiskunta- ja käyttäytymistieteidenkin alalta (Eriksson ym. 2015). Tamminen (2017) on samaa mieltä Erikssonin ym. (2015) kanssa ja viittaa aivoverenkiertohäiriöyksikössä käytettävään aivoverenkiertohäiriö-protokollaan (Ollikainen ym. 2016). Aivoverenkiertohäiriö-protokollassa on määritelty myös sairaanhoitajan tehtävät, joihin kuuluvat esimerkiksi potilaan vitaalielintoimintojen, tajunnantason sekä neurologisten oireiden jatkuva seuranta. Sairaanhoitaja on myös vastuussa potilaan verensokeriseurannasta ja suoniyttyden avaamisesta sekä oireenmukaisesta protokollaan määritellyn lääkehoidon toteuttamisesta. (Ollikainen 2016.)

Tammisen (2017) mukaan aivoverenkiertohäiriöyksikössä työskentelee lääkärin ja sairaanhoitajien lisäksi sairaalahuoltajia, terapeutteja ja tarvittaessa sosiaalityöntekijä. Sairaalahuoltajat vastaavat puhtaanaipitopalveluista ja muista potilaan hoitoa avustavista tehtävistä (Tampereen aikuiskoulutuskeskus 2014). Sosiaalityöntekijä on suomalaisen sosiaaliturvan erityisosaaja, joka auttaa esimerkiksi erilaisen etuuksien ja palveluiden hakeamisessa (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015). Tampereen yliopistollisen sairaalan oman ohjeistuksen mukaisesti sosiaalityöntekijän palvelut eivät maksa potilaalle ylimääräistä ja osaston henkilökunnalla on velvollisuus tarvittaessa ohjata potilaat ja omaiset yksikön sosiaalityöntekijän puheille (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015). Puheterapeutit toimivat nielemisen ja kommunikoinnin asiantuntijoina, fysioterapeutit ja toimintaterapeutit puolestaan keskittyvät akuuttivaiheen hoidon aikana potilaan liikunta- ja toimintakyvyn palauttamiseen ja ylläpitoon (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2017). Soramies (2017) pitää oleellisena moniammatillisuuden selventämistä ulkomaalaistaustaiselle läheiselle, jotta

heille muodostuisi selkeä kuva potilaan saamasta hoidosta ja sen tavoitteista. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan moniammatillinen kuntoutus tarkoittaa toimintaa, jossa usean eri ammattiryhmän työntekijät suunnittelevat, koordinoivat ja myös toteuttavat työnsä yhdessä (Suomalainen lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia. 2008).

Sekä Soramies (2017) että Tamminen (2017) kertovat, että Suomessa tapahtuvaan sairaanhoitoon liittyvä vuodeosastomaksu ei aina ole selkeä ulkomaalaistaustaisille potilaille tai läheisille. Jos potilaalla on Suomessa kotikunta, hän on oikeutettu julkisen terveydenhuollon palveluihin kuntalaisen asiakasmaksulla huolimatta siitä, onko hänellä suomalainen sairausvakuutus, minkä maan kansalainen hän on tai mistä maasta hän on Suomeen tullut (Kela 2016). Erityistilanteissa potilas voi olla oikeutettu hoitoon Suomessa, vaikkei hänellä olisi kotikuntaa. Näissä tilanteissa hoitoon velvoittavat kansallinen lainsäädäntö, Euroopan unionin lainsäädäntö ja kansainväliset sopimukset. Lääketieteellisesti välttämätön hoito on tarjottava kaikille kotimaahan tai vakuutuksiin katsomatta (Kela 2016.) Vuodeosastomaksu peritään potilaalta jälkikäteen niiltä päiviltä, kun hän on ollut hoidossa, myös hoidon ensimmäiseltä ja viimeiseltä päivältä (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2018).

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ohjeessa (2018) osastolle sovitusti tulevia potilaita kehoitetaan ottamaan mukaan omat hygieniatarvikkeet, apuvälineet, astmasuihkeet ja insuliinikynät. Sairaala tarjoaa potilaille potilasvaatteet, jalkineet, lääkehoidon hoitojakson aikana, aamupalan, iltapalan, kaksi lämmintä ateriaa päivässä ja päiväkahvin (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2018; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2017). Koska sairaala lähettää potilaalle laskun kotiin hoitojakson päättymisen jälkeen, sairaanhoitopiiri ohjeistaa potilaita jättämään suuret rahasummat kotiin (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2018). Soramiehen (2017) mukaan ulkomaalaistaustaisia läheisiä tämä välillä kummastuttaa, sillä he ovat saattaneet tottua omaisen roolissa huolehtimaan potilaiden perushoidosta, maksamaan tarvikkeista ja potilaan siirtymisestä toiseen sairaalaan käteisellä sekä joskus hankkimaan tarvittavat lääkkeetkin potilaalle.

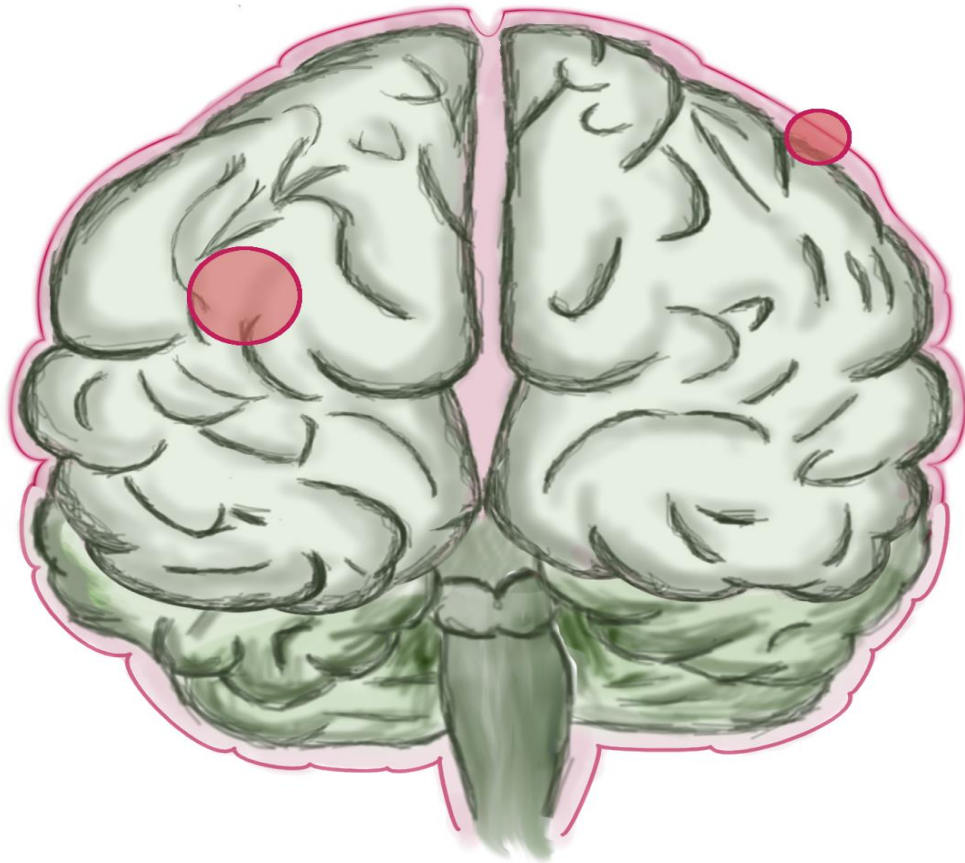
Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ohjeessa (2018) kuvataan läheisen roolia potilaan hoitojakson aikana. Erityisen tärkeää ohjeen mukaan on turvata läheisten vierailumahdollisuus potilaan luona, kuitenkin potilaan voimavarat ja osaston hoitotoimet huomioon ottaen. Läheisiä ohjataan olemaan tulematta vierailulle, mikäli heillä on yskä, nuha, kuumetta,

influenssa tai muu tarttuva tauti. Läheisille ohjataan myös käsidesinfektioaineen käyttö aina osastolle ja potilashuoneeseen saapuessa ja sieltä lähtiessä. Lisäksi läheisiä muistutetaan siitä, että valokuvaamiseen sairaalassa tarvitaan lähes aina lupa esimerkiksi osaston esimieheltä sekä kuvissa esiintyviltä henkilöiltä. Osastoilla on myös omia vierailijoita koskevia sääntöjä ja ohjeistuksia. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2017.)

3.2 Aivoverenkiertohäiriöt

Aivoverenkiertohäiriöiksi kutsutaan erilaisia aivojen verenkiertoon liittyviä sairauksia, jotka aiheuttavat vahinkoa aivojen kudoksissa (Atula 2017). Tällaisia sairauksia ovat ohimenevä aivoverenkiertohäiriö eli TIA-kohtaus (transient ischemic attack), tukoksesta johtuva aivoinfarkti ja verisuonen repeämisestä johtuva aivoverenvuoto. Verenvuodon sijainnista riippuen aivoverenvuotoa kutsutaan joko nimellä SAV tai ICH. SAV tarkoittaa subaraknoidaalivuotoa eli lukinkalvon alaista verenvuotoa ja ICH intraserebraalivuotoa eli vuotoa sisälle aivoaineeseen. (Aivoliitto 2017b.) Tampereen yliopistollisen keskussairaalan aivoverenkiertohäiriöyksikössä ei hoideta SAV-potilaita, joten se rajautuu tämän opinnäytetyön ulkopuolelle (Tamminen 2017).

Sivulla 17 oleva kuva havainnollistaa ICH:n ja SAV:n eroa. Kuvaan on piirretty lukinkalvo, jonka alla näkyy vuotoa. Kuvassa on myös vuotoa aivoaineen sisälle.



KUVA 1: Aivot edestäpäin. Vaaleanpunainen alue kuvastaa lukinkalvoa. Punaiset pallot kuvaavat vuotokohtia eri aivoalueisiin (Mariner 2017).

Suomessa aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu vuosittain noin 25 000 henkilöä ja ne ovat Suomen kolmanneksi yleisin kuolinsyy (THL 2017). Vuonna 2014 aivoverenkiertohäiriöön kuoli 4428 ihmistä. Suomessa on arvioitu olleen noin 82 000 sairastunutta vuonna 2009. (Aivoliitto 2017b.) Maailmanlaajuisesti aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat noin 12 % kaikista kuolemista, mikä tekee niistä neljänneksi yleisimmän kuolinsyyn (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016.) Hyvinvointivaltioissa aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttama kuolleisuus on viime vuosina laskenut, todennäköisesti parantuneen hoi-
toon pääsemisen sekä sairauksien paremman hoidon ansiosta (WHO 2016).

Sairastumisriskiä lisäävät tekijät jaetaan Käypä hoito -suosituksessa (2016) kolmeen ryhmään. Ensimmäiseen ryhmään kuuluviin tekijöihin ei voida vaikuttaa hoidolla tai elintapaohjauksella. Tällaisia ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli, perimä ja etniset tekijät. Iän

myötä aivoverenkiertohäiriöihin sairastumisen riski kasvaa siten, että alle 75-vuotiailla miehillä se on naisia suurempi, mutta yli 85-vuotiailla naisilla se on jo yhtä suuri tai suurempi kuin miehillä. Etnisyyteen liittyvä huomio on, että afroamerikkalaisilla on erityisen suuri sairastumisriski. Toiseen ryhmään kuuluvia elintapatekijöitä, eli asioita, joihin elämäntapamuutoksilla voi vaikuttaa, ovat muun muassa tupakointi sekä runsas alkoholin ja huumeiden käyttö. Myös runsas suolan käyttö, ylipaino tai lihavuus, henkinen kuormitus, matala koulutustaso ja huono sosioekonominen asema nostavat riskiä sairastua aivoverenkiertohäiriöön. Kolmas ryhmä koostuu sairauksista, joihin voidaan vaikuttaa esimerkiksi elintapaohjauksella sekä oikeanlaisella hoidolla. Tällaisia ovat esimerkiksi kohonnut verenpaine, diabetes, dyslipidemia eli rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, sydänsairaudet ja kuorsaus. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016.)

Vaikka aivoinfarktin ja aivoverenvuodon patofysiologia, eli niiden syntymämekanismit ja oirekuva, on erilainen, seurauksena molemmissa on aivosolujen hapenpuute ja sen seurauksena oireet, jotka vaihtelevat lievistä voimakkaisiin ja jopa kuolemaan (Bowen 2016). Babkair (2017) ja Aivoliitto (2017a) luettelevat molemmat aivoinfarktin, eli iskeemisen aivoverenkiertohäiriön, tyypillisiksi oireiksi akuutin hemipareesin, eli toispuoleisen halvausoireiston, suupielen roikkumisen, liikkumisen ja tasapainon häiriöt, huimauksen, nystagmuksen eli silmävärveen, näköhäiriöt, puhehäiriön ja nopeasti alentuneen tajunnantason. Aivoverenvuoto aivoaineen sisään, ICH, voi aiheuttaa päänsärkyä, tajunnantason laskua, tajuttomuutta, kouristuksia tai aivoinfarktin kaltaisia oireita (Aivoliitto 2017a).

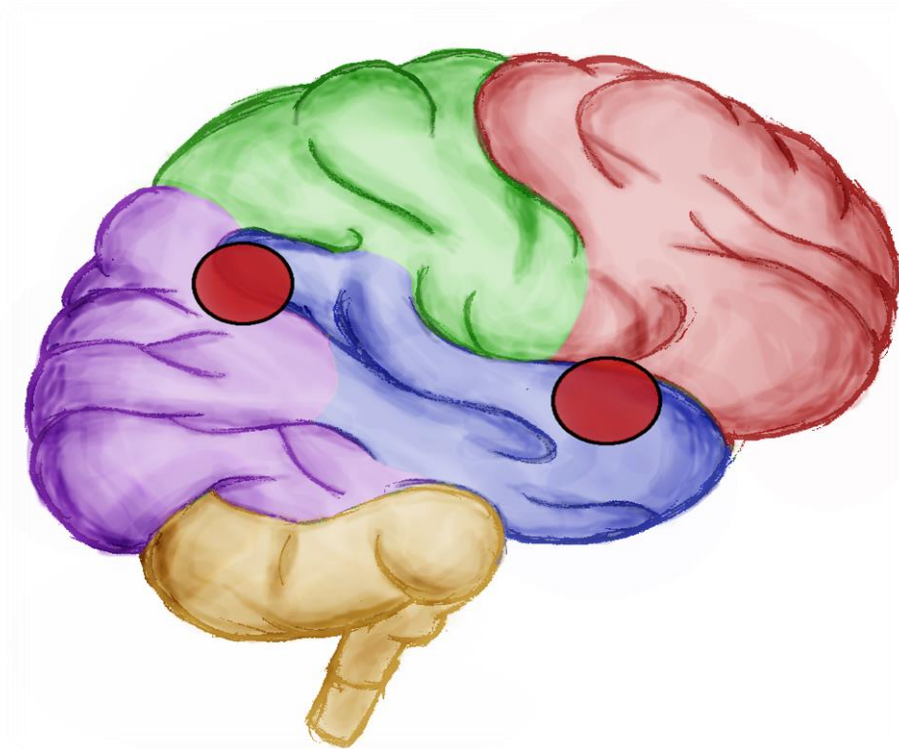
Aivoverenkiertohäiriöpotilaista 30–80 % saa jonkinasteisia nielemiseen liittyviä ongelmia (Aivoliitto 2011) ja keskimäärin 30 % kärsii anosognosiasta, eli oiretunnistamattomuudesta (Nurmi & Jehkonen 2015: 228-34). Opinnäytetyön tilaaja, Tampereen yliopistollisen keskussairaalan aivoverenkiertohäiriöyksikkö, pyysi opasta, jossa keskitytään nimenomaan nielemishäiriön ja oiretunnistamattomuuden selventämiseen läheiselle. Nämä kaksi oiretta ovat aiheuttaneet osastolla sekä potilasturvallisuutta vaarantavia tilanteita että hämmennystä läheisten keskuudessa (Tamminen 2017).

3.3 Oiretunnistamattomuus

Anosognosia tarkoittaa Prigatanon (2010: 6) mukaan oiretiedostamattomuutta tai oiretiedostuksen puutteellisuutta, eli tilaa, jossa potilas tai henkilö ei tunne sairauttaan tai oireitaan tai kieltää niiden olemassaolon osittain tai kokonaan. Vosselin ja kumppanien (2012) mukaan anosognosiasta kärsivä potilas ei ole tietoinen sairautensa aiheuttamista toimintakyvyn vajauksista. Toisaalta Prigatano (2010) muistuttaa, että anosognosian määrittely on vaikeaa ja siitä ja sen synnystä on paljon erilaisia teorioita.

Nurmi ja Jehkonen (2015, 228) kertovat anosognosian olevan nykyäskäytännön mukaan neurologinen vaiva, jota esiintyy pääosin silloin, kun aivojen oikea puoli kärsii iskeemistä vahinkoa. Saman havainnon esittävät artikkelissaan myös Vosselin ym. (2012). Anosognosiaa esiintyy kuitenkin myös vasemman aivopuoliskon iskeemisten vaurioiden yhteydessä (Nurmi & Jehkonen 2015, 228.) ja Prigatanon (2010, 234) mukaan myös muiden aivoalueiden vaurioissa. Vosselin ym. (2012) tarkentavat, että vauriot nimenomaan oikean ohimon kohdalla olevissa poimuissa (right angular gyrus & superior temporal gyrus) johtavat vaikeampaan anosognosiaan. Vosselin ym. (2012) päätyvät näkemykseen, jonka mukaan aivoverenkiertohäiriöihin liittyvät kehotietoisuuden havaintopuutokset kytkeytyvät oikean puolen päälaenlohkon alempien ja ohimolohkon ylempien osien vaurioihin ja Nurmi ja Jehkonen (2015) esittävät lopulta, että kyse on aivoverkoston vaurioista. Keskimäärin 30 % aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista potilaista kärsii anosognosiasta (Nurmi & Jehkonen 2015, 228).

Kuvassa 2 on esitetty aivojen pintarakenne ja siihen on erikseen punaisella merkitty ohimon kohdalla olevat poimut, joiden vauriot voivat johtaa vaikeaan anosognosiaan (Vosselin ym. 2012). Kuvassa on merkittynä myös oikean päälaenlohkon alemmat osat ja ohimolohkon ylempät osat, jotka myös Vosselin ym. (2012) mukaan liittyvät havaintopuutoksiin.



KUVA 2: Aivot oikealta sivulta. Punaisella on merkitty anosognosiaan liitettyjen vauriopaikkojen esimerkkikohtat (Mariner 2017).

Nurmen ja Jehkosen (2015, 228) mukaan anosognosia voidaan luokitella kolmeen eri vaikeusasteeseen; lievään, kohtalaiseen ja vaikeaan. Lievässä oiretiedostamattomuudessa potilas ymmärtää tilanteensa kokeiltuaan esimerkiksi kävelemistä sen onnistumatta. Vaikeassa anosognosiassa potilas yhä kieltää tilanteen, vaikka todistettavasti ei olekaan kyennyt tekemään pyydettyä fyysistä toimintoa, kuten kävelemään. (Nurmi & Jehkonen 2015, 228.) Potilas saattaa pyrkiä perustelemaan kävelyn mahdottomuutta esimerkiksi sanomalla, että jalat ovat väsyneet tai että joku pitää kiinni raajasta eikä sitä siksi voi liikuttaa (Prigatano 2010, 40). Anosognosiaan voi liittyä myös muita neuropsykologisia oireita, kuten esimerkiksi tunne siitä, että halvaantunut raaja kuuluu jollekin muulle henkilölle (somatoparaphrenia), viha halvaantunutta raajaa kohti (misoplegia) tai tunne siitä, että halvaantunut raaja on oma itsenäinen eliönsä, jolla on oma tahtonsa (persofinication) (Prigatano 2010, 41).

Anosognosia eroaa psyykkiseksi puolustusmekanismiksi luokitellusta sairauden kieltämisestä eikä siitä kärsivä potilas välitä oireisiinsa kohdistuvasta negatiivisesta palautteesta. Potilas, joka käyttää sairauden kieltämistä psyykkisenä puolustusmekanismina, saattaa puolestaan ottaa palautteen hyvin henkilökohtaisesti. Käytännössä anosognosiasta

kärsivä potilas ei neurologisista syistä johtuen tiedosta oirettaan, esimerkiksi raajan liikumattomuutta, kun taas puolustusmekanismina kieltävä potilas on todellisuudessa tietoinen oireistaan, muttei suostu tai pysty myöntämään niitä. Kieltäminen psyykkisenä puolustusmekanismina on todellinen ilmiö, jota esiintyy myös aivoinfarktipotilailla, mutta se on erotettava aivoalueen iskeemisistä syistä johtuvasta anosognosiasta. (Prigatano 2010, 17.)

Anosognosiasta toipuminen vaihtelee infarktin laajuuden sekä esimerkiksi potilaan iän mukaan. Keskimäärin potilas toipuu noin kolmessa kuukaudessa, mutta noin kolmasosa potilaista kärsii vaivasta vielä vuodenkin päästä ja joillekin sairaus voi kroonistua, eli jäädä pysyväksi. On myös mahdollista, että näennäisesti parantunut potilas saa anosognosioireita uudestaan myöhemmin elämässään. (Nurmi & Jehkonen 2015, 229.) Oiretunnistamattomuus saattaa johtaa siihen, että potilas joutuu vaaratilanteisiin päivittäisiä toimintoja suorittaessaan ja sitoutuu kuntoutumiseensa heikosti. Oire hidastaa potilaan kuntoutumista ja toisaalta se myös ennustaa toimintakyvyn heikkoa palautumista. (Nurmi ja Jehkonen 2015.)

Oiretunnistamattomuuden kuvaileminen läheisille on tärkeää, sillä he voivat olla apuna sen diagnosoimisessa ja kuntouttamisessa. Oiretunnistamattomuuden diagnosointi voi tapahtua esimerkiksi pyytämällä potilasta kuvailemaan sairauttaan, sairaalassaolon syytä ja toimintakykyään ja vertaamalla näin saatuja tietoja läheiseltä saatuihin tietoihin. (Nurmi ja Jehkonen 2015.) Tärkeää on myös saada läheiset ymmärtämään, että potilas yliarvioi omaa toimintakykyään ja voi siten joutua vaaraan tavallisissakin tilanteissa. Potilaan toimintakyvyn vajausten osoittaminen suoraan voi kuitenkin johtaa konfliktitilanteeseen, joten läheisiä voi olla hyvä ohjata keskittymään potilaan säilyneisiin taitoihin. Läheisille on hyvä kertoa myös, että potilaan suojeleminen omalta tilanteeltaan ja erityisesti potilaan puolesta tekeminen saattavat hidastaa toipumista (Nurmi ja Jehkonen 2015). Lo, Chang, Chau ja Gardner (2013) puolestaan korostavat läheisten roolia aivoverenkiertohäiriöpotilaan elämässä sairaalajakson päätyttyä. Tutkijoiden mukaan läheiset voivat olla sairastuneelle suuri tuki niin lääkehoidosta huolehtimisen kuin toimintakyvyn vajauksen kanssa arjessa selviämisen suhteen (Lo ym. 2013).

3.4 Nielemisvaikeudet ja ruokailu aivoverenkiertohäiriöyksikössä

Dysfagia tarkoittaa voimakasta nielemisvaikeutta tai nielemisen mahdottomuutta (Autti-Rämö, Haavio, Murtooma & Sillanpää 2006). Aivoliiton (2011 & 2017) mukaan 30–80 % aivoverenkiertohäiriöpotilaista saa suun ja nielun toimintahäiriöistä, lihasten halvausoireesta, nielemisen refleksien hitaudesta tai puuttumisesta johtuvia nielemiseen liittyviä ongelmia. Aivoverenkiertohäiriön jälkeiset nielemisvaikeudet voivat johtaa potilaan vajaaravitsemukseen, keuhkokuumeeseen, tukehtumiseen ja kuolemaan (Tapiovaara & Aherto 2009; Geeganage, Beavan, Ellender & Bath 2012; Äikäs, Hissa & Suomen dysfagian kuntoutusyhdistys ry:n hallitus 2016). Geeganage ym. (2012) lisäävät, että potilaan nielemisvaikeus yhdistettynä vajaaravitsemukseen huonontaa kokonaisuudessaan kuntoutumisen ennustetta.

Nieleminen tarkoittaa mekaanista tapahtumaa, jossa ravinto aloittaa matkansa ruoansulatuselimistössä. Kun pureskeltu ravinto aiheuttaa paineärsytyksen nielun kitakaarissa ja lakipurjeessa, käynnistyy automaattinen nielemisrefleksi, jonka aikana nielun lihakset käynnistävät peristalttisten aaltojen sarjan siirtääkseen ravinnon eteenpäin ruoansulatuselimistöön. Normaalisti suulaki ja kurkunkansi sulkeutuvat niellessä. Tällöin ne estävät ruoan siirtymisen väärään paikkaan, kuten nenänieluun tai henkitorveen. (Peltonen ym. 2006, 2859; Daniels & Huckabee 2014, 43.)

Nielemisongelmista kärsivä potilas voi kokea palan tunnetta kurkussa, kipua tai vaikeutta niellä. Toisinaan nieltävä pala on nielaistava useaan kertaan, jotta potilas tuntee ruoan menneen alas. Nielemisvaikeus voi esiintyä kiinteän ruoan tai paksuudeltaan erilaisten nesteiden, kuten piimän tai veden, kanssa. (Peltonen ym. 2006, 2860.) Vaarana on ravinnon aspirointi, eli ruoan vetäminen hengitysteihin. Aspiraaation merkkejä ovat muun muassa yskiminen ja potilaan äänen muuttuminen (Daniels & Huckabee 2014, 22). Aivoliitto (2017c) lisää Danielsin ja Huckabeen (2014) havaintoihin vielä hiljaisen aspiraation, joka tarkoittaa ruoan tai nesteen päätymistä hengitysteihin ilman, että potilas reagoi siihen mitenkään (Aivoliitto 2017c).

Ennen kuin potilaalle aloitetaan oraallinen ravitseminen, on varmistuttava, että potilas kykenee varmasti nielemään. (Äikäs, ym. 2016). Puheterapeutit yhdessä muiden ammatti-

ryhmien kanssa arvioivat potilaan nielemisen tasoa ja sen vaikeuksia ja toteuttavat aktiivista nielemisvaikeuksien hoitoa (Autti-Rämö ym. 2006). Hoitajat ovat aktiivisia tarkkailijoita ja ohjaavat potilasta ja tämän läheisiä nielemiseen ja syömiseen liittyvissä kysymyksissä. Fysioterapeutit ohjaavat tarvittaessa potilasta turvallisen ruokailuasennon löytämisessä ja ravitsemusterapeutit arvioivat potilaan ravinnon tarvetta ja annoskokoja. (Aaltonen ym. 2009, 1541.)

Nielemisvaikeuksien hoitokeinot voidaan Xien, Wangin, Hen ja Wun (2008) mukaan jakaa suoriin ja epäsuoriin sekä kompensatorisiin keinoihin, letkuravitsemukseen, lääkinällisiin ja kirurgisiin keinoihin. Suoria nielemisvaikeuksien hoitokeinoja ovat nielemistä helpottavan ruokailuasennon järjestäminen, ruuan oikea sijoittaminen suussa ja ruuan koostumuksen muuntelu. Epäsuoriin keinoihin kuuluu suun ja nielun stimulointi esimerkiksi TES:in, eli transkutaanisen elektrisen stimulaation avulla. Kompensatorisilla keinoilla pyritään helpottamaan nielaisemista vaikuttamalla ruuan kulkureittiin suussa esimerkiksi pään asentoa vaihtamalla, laskemalla leukaa alas tai nielemällä ilmaa. Letkuravitsemus on tarpeellista potilaan ravitsemuksen turvaamiseksi tilanteessa, jossa nielemisvaikeus estää riittävän ravinnon saannin suun kautta. (Xie ym. 2008.)

Rakennemuunneltu ruokavalio tarkoittaa valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010, 72-79) mukaan ruokaa, jota on muokattu potilaan nielemistä helpottavaksi. Ruuan koostumus voi olla nestemäistä, sileää sosemaista, karkeaa sosemaista tai pehmeää. Rakennemuunnellun ruokavalion energia- ja ravintoarvojen tulee vastata koostumukseltaan normaalin ruoan arvoja. Sileitä sosemaisia ruokia ovat esimerkiksi erilaiset puurot ja viilit, joissa ei ole minkäänlaisia palasia. Karkeassa sosemaisessa ruoassa on jo epätasaisuuksia. Koostumukseltaan pehmeän ruuan pureskelu ei vaadi voimaa tai paljoa aikaa. Pehmeitä ovat esimerkiksi keitetyt kasvikset ja vaalea leipä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 72-79.)

Kuvassa 3 on kuvattu Tays Hatanpään neurologisella vuodeosastolla HV1 tarjottuja rakennemuuteltuja ruoka-annoksia. Oleellista on, että myös salaatin koostumus on muutettava. Myös juomien koostumuksessa on otettava nielemisen vaikeus huomioon ja tarvittaessa tarjottava sakeampia ja kylmiä nesteitä. (Veisu 2017.) Kyseisissä kuvissa juomia on tarjolla nokkamukeissa, mikä liittyy puheterapeutti Veisun (2017) mukaan osastolla

kuvanottohetkellä olleiden potilaiden vapinaoireisiin. Veisu (2017) muistuttaa, että nokkamukia ei yleisesti ottaen tule käyttää nielemisongelmaisilla potilailla, koska se ohjaa juoman suoraan kielen yli nieluun ja siten häiritsee nielemisrefleksin käynnistymistä jotta helposti aspiraatioon.



KUVA 3: Rakennemuunneltuja ruoka-annoksia. Ylhäällä vasemmalla normaali koostumus. Ylhäällä oikealla pehmeä koostumus (huomaa pehmeä tumma leipä ja pehmeä salaatti). Alhaalla vasemmalla karkea sosemainen koostumus. Alhaalla oikealla sileä sosemainen koostumus (Leppänen 2017).

Soramies (2017) kertoo, että joskus potilaiden ulkomaalaistaustaiset läheiset tuovat osastolle ruokaa ja juomaa luullessaan, ettei sairaala tarjoa niitä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin vuodeosastomaksuun (2017) kuitenkin kuuluvat aamupala, päiväkahvi, iltapala ja kaksi lämmintä ateriaa päivässä. Läheisille voi olla hyvä selittää myös, että potilaan nielemisvaikeudet voivat tehdä ruokailusta vaarallista (Tapiovaara & Aherto 2009; Geeganage, Beavan, Ellender & Bath 2012; Äikäs, Hissa & Suomen dysfagian kuntoutusyhdistys ry:n hallitus 2016) joten aivoverenkiertohäiriöyksikössä hoitaja avustaa potilasta ruokailussa (Tamminen 2017).

3.5 Aivoverenkiertohäiriöyksikkö

Käypä hoito-suosituksen (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016) mukaan yksi tärkeimmistä aivoinfarktipotilaan hoidon tulosta parantavista tekijöistä on akuutin hoidon keskittäminen neurologiseen AVH-yksikköön. Suomalaisen lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemian konsensuslausuman (2008) mukaan myös aivoverenvuotopotilaiden akuuttihoito tulee tapahtua erikoissairaanhoidossa keskussairaalassa aivoverenkiertohäiriöyksikössä. Aivoverenkiertohäiriöyksikkö on osasto, johon akuuttipotilaat siirtyvät ja jonka hoitohenkilökunta on koulutettu hoitamaan erilaisia aivoverenkiertohäiriöitä kuntouttavalla työotteella potilaiden kuntoutumisen tehostamiseksi, sairaalassaoloajan lyhentämiseksi sekä sairastuneen mahdollisimman hyvän kuntoutumisen tueksi (Stroke Unit Trialists' collaboration 2013).

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan akuuttidiagnostiikka aloitetaan erikoissairaanhoidon päivytyksessä ja sen tarkoitus on mahdollisimman nopeasti varmentaa potilaan diagnoosi ja selvittää mikä akuuttihoitomuodoista potilaalle sopii. Käypä hoito-suosituksen (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016) mukaan pään kuvantamistutkimuksilla pyritään erottamaan aivoinfarkti ja aivoverenvuoto toisistaan ja Hernesniemi ym. (2015e) jatkaa lisäämällä, että niillä selviävät myös vuodon tai tukoksen sijainti ja vaurioalueen koko. Salmenperä ym. (2002) ja Käypä hoito -suositus (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016) ovat yhtä mieltä siitä, että oireiden laatu ja tarkka alkamisajankohta vaikuttavat oleellisesti annettavan hoidon valintaan. Laskimonsisäinen liuotushoito on aloitettava viimeistään neljä ja puoli tuntia oireiden alkamisesta ja mekaaninen rekanalisaatio eli trombektomia on aloitettava kuuden tunnin sisällä oireiden alkamisesta (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016).

Käypä hoito -suosituksen (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito-suositus 2016) mukaan oire voidaan usein kohdistaa vaurioalueeseen, sillä esimerkiksi taka-aivoalueen infarkti aiheuttaa usein hankaluuksia esineiden ja värien nimeämisessä, keskiaivovaltimon alueen infarktissa halvausoire keskittyy erityisesti yläraajaan ja etuaivovaltimon alueen infarktissa halvausoire on vaikeimmillaan alaraajassa. Basilaaritromboosin, eli kallonpohjanvaltimon infarkti, aiheuttaa tyypillisesti molemminpuolisia halvausoireita ja näköhäiriöitä. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016.)

Anamneesi, kliininen tutkimus, perusverikokeet, EKG ja kuvantamistutkimukset riittävät päivystyksessä varmistamaan diagnoosin ja sulkemaan muut mahdolliset syyt pois, joten tarkemmat lisätutkimukset tehdään vasta potilaan siirtyessä aivoverenkiertohäiriöyksikköön (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito-suositus 2016). Salmenperän ym. (2002) mukaan aivoverenkiertohäiriöpotilas viipyy aivoverenkiertohäiriöyksikössä yleensä sairauden akuuttivaiheen ajan, jolloin potilaan elintoiminnot pyritään tasaamaan. Akuuttivaihe on ohi, kun potilaan sairaus ei enää pahene ja potilas voi siirtyä jatkokuntoutukseen. Aivoverenkiertohäiriön akuuttivaihe kestää keskimäärin 3-5 vuorokautta. (Salmenperä ym. 2002, 30.)

Tampereella yliopistollisen keskussairaalan aivoverenkiertohäiriöyksikkö tutkii ja hoitaa akuuttiin aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita potilaita. Yleensä nämä potilaat saapuvat osastolle ensiapu Acutan tai keskussairaalan teho-osaston kautta. Osastolla toteutetaan myös aivoinfarktipotilaiden liuotushoito. Osastolla on valvontatila, johon mahtuu kahdeksan potilasta, ja kaksi yhden hengen huonetta eli yhteensä kymmenen potilaspaikkaa. Osaston henkilökuntaan kuuluu osastonhoitajan lisäksi lääkäreitä ja sairaanhoitajia. Tarvittaessa potilaan hoitoon osallistuvat myös fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016b.)

3.5.1 AVH-potilaan alkuvaiheen hoito aivoverenkiertohäiriöyksikössä

Tammisen (2018) mukaan potilaiden läheisten on ollut vaikea ymmärtää vuodelevon merkitystä, ja tutkimusten mukaan läheisille tarkoitettussa oppaassa on hyvä esitellä potilasvuoteen lähellä olevat laitteet (Kynoch ym 2002; Azoulay 2016). Aivoverenkiertohäiriöyksikössä potilaan tilaa seurataan tiiviisti monitoreilla, elintoiminnot pyritään turvaamaan, lisäongelmat ehkäisemään ja sairauden syytä aletaan selvittää. Opinnäytetyön tuotoksessa, family information leafletissä, käydään läpi aivoverenkiertohäiriöpotilaan alkuvaiheen hoidon protokollan mukainen vuodelepo ja potilaan elintoimintojen seuraamiseen ja vakiinnuttamiseen käytettävät laitteet esitellään lyhyesti käyttäen sekä kuvia että tekstiä.

Potilaan tilan tiivis seuraaminen tarkoittaa Taysin aivoverenkiertohäiriö-protokollan (Ollikainen ym. 2016) ja Hyksin neurologian klinikan AVH-työryhmän punaiseksi kirjaksi

kutsutussa hoitokäytäntökoosteen (2008) mukaan tajunnantason, verenpaineen, sykkeen ja rytmin, hengityksen, verensokerin ja lämmön jatkuvaa tai tiheää seuranta ja arviointia. Seurannassa käytetään apuna potilaskohtaista monitoria. Potilaan tilan seuraaminen on potilaan hoitoa ohjaavan protokollan mukaan sairaanhoitajan tehtävä (Ollikainen ym. 2016). Myös trombiprofylaksia, pahoinvoinnin hoito ja potilaan vaiheittainen mobiilisointi kuuluvat aivoverenkiertohäiriöyksikön ja siten hoitajienkin tehtäviin (Hyks 2008).

Hoitaja seuraa potilaan tajunnantasoja Glasgow'n kooma-asteikon avulla potilaan saapuessa osastolle, hoitajan työvuoron alkaessa ja päättyessä, potilaan siirtyessä toiselle osastolle tai mennessä toimenpiteeseen ja oirekuvan muuttuessa. Hoitaja mittaa potilaan verenpaineen, sykkeen ja rytmin potilaan saapuessa osastolle, siitä tunnin kuluttua ja seuraavan vuorokauden ajan kolmen tunnin välein. Lääkäri määrää potilaalle yksilölliset verenpainerajat, joiden ylittyessä tai alittuessa hoitaja lääkitsee potilasta protokollan mukaisesti. (Ollikainen ym. 2016.) Potilaan korkeaa verenpainetta lasketaan hoidon alkuvaiheessa vain erityisen pakottavasta syystä. Verenpaineen nousu on elimistön tapa kompensoida iskemiaa aivokudoksessa ja sen avulla veri kiertää vaurion reunoilla ja siten infarkti-alueen laajeneminen estyy. (Hyks 2008.)

Hernesniemen ym. (2015) mukaan aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa myös monenlaisia hengityksen ongelmia. Hapenpuute laajentaa vaurioitunutta aivoaluetta ja siten pahentaa potilaan oireita ja kasvattaa kuoleman riskiä (Hernesniemi ym. 2015a). Taysin aivoverenkiertohäiriö-protokollan (2016) mukaan happisaturaation seuranta onkin aivoverenkiertohäiriöyksikössä jatkuvaa monitoriseuranta ja saturaation laskiessa alle 95% annetaan potilaalle happilisiä happiviiksillä tai happimaskilla.

Potilaan veren glukoosipitoisuus akuuttivaiheessa tulee pitää alle kahdeksan mmol/l. Kohonnut veren glukoosipitoisuus nostaa vuotoriskiä, laajentaa infarktin vaurioaluetta ja saattaa johtaa aivoödeemaan eli aivojen turvotukseen. Verensokeria tarkkaillaan aktiivisesti ensimmäisten päivien aikana ja tarvittaessa lasketaan lyhytvaikutteisella insuliinilla. (Hernesniemi ym. 2015c.) Taysin aivoverenkiertohäiriöyksikön glukoosiprotokollan mukaan verensokeri mitataan ainakin 4 kertaa vuorokaudessa ennen aterioita (Tays 2012).

Potilaan lämpö mitataan aivoverenkiertohäiriöyksikössä korvasta. Jos korvalämpö nousee yli 37 asteen, vähennetään potilaan vaatetusta. Jos lämpö on yli 37,4 astetta, sitä alennetaan suonensisäisesti annettavalla parasetamolilla ja jos lämpö nousee yli 38,5 asteeseen otetaan veriviljelyt ja virtsanäyte. (Ollikainen ym. 2016.) Aivoverenhäiriöpotilaan ruumiinlämpö voi vaihdella aivoinfarktin tai verenvuodon yhteydessä ja myös erilaiset infektiot voivat aiheuttaa lämmön nousua. Kohonnut ruumiinlämpö altistaa potilaan aivokudoksen aineenvaihdunnan häiriöille, joka korkean verensokeripitoisuuden tavoin, aiheuttaa kudosaivurioiden laajenemisvaaran. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016)

Käypä hoito-suositus koskien aivoinfarktia ja TIA-kohtausta (2016) ohjaa asettamaan akuuttivaiheen potilaat vuodelepoon jo ensihoitovaiheessa. Myös Hyksin punaisen kirjan (2008) ja Taysin aivoverenkiertohäiriö-protokollan (2016) mukaan kaikki akuutit aivoverenkiertohäiriöpotilaat ovat vuodepotilaita ensimmäiset 24 tuntia oireiden alkamisesta. Jos potilaiden tila on vakaa 24 tunnin päästä, TIA-kohtauksen saanut potilas voi saada kävelytunnetun ja aivoinfarkti- ja aivoverenvuotopotilaat istumaluvan (Ollikainen ym. 2016). Tays Hatanpään V2N osastonneurologi Sulavuoren (2018) mukaan 24 tunnin vuodelevon tarkoitus on antaa potilaan verenkiertoelimistölle aikaa toipua äkillisestä häiriötilasta ja estää iskeemisen vaurion laajeneminen aivoissa. Aivoinfarktin kyseessä ollessa vuodelevolla myös estetään uusien trombien liikkeelle lähteminen ja siten vähennetään uusien infarktien syntymistä (Tulisalmi 2018). Aivoliitto (2017a) lisää Sulavuoren (2018) ja Tulisalmen (2018) perusteluihin, että aivoverenkiertohäiriöstä kärsivä potilas voi kärsiä väliaikaisista tai pysyvistä tasapainohäiriöistä tai muuhun liikkumiseen liittyvistä häiriöistä, kuten raajojen tunnottomuudesta tai toimimattomuudesta ja liian nopea mobilisointi voi aiheuttaa vaaratilanteita myös näistä syistä johtuen.

Potilaan mobilisaatiotasoa on neljä ja niiden käytöstä määrää yleensä lääkäri potilaan sairauden sekä yleisvoinnin mukaan (Hernesniemi ym. 2015c). Ensimmäisen tason mobilisaatiossa potilas on täysin vuodelevossa niin, että sänky on vaakatasossa. Ruokailu, jos potilas kykenee enteraaliseen ravitsemukseen, tapahtuu vuoteen päätä kohotettuna, mutta potilaalla ei ole lupaa syödä sängyn laidalla istuen. Potilas saa itse kääntyä, muttei esimerkiksi kohottaa asentoaan vuoteessa, vaan tämän tekevät sairaanhoitajat nostoliinan avulla. Tajutonta potilasta kuntoutetaan asentohoidolla. Potilas ei saa nousta tutkimuksia

varten itse, vaan hänet kuljetetaan niihin vuoteella. Esimerkiksi pään tietokonetomografiaan potilas siirretään sängystä kuvauspöydälle hoitajien toimesta niin, että makuuasento säilyy. Toisen asteen mobilisaatio tarkoittaa, että potilaalla on lupa istua sängyn laidalla ruokailujen aikana. Potilaalla on myös lupa käydä vessassa pyörätuolilla hoitajan avustamana. Yksin potilas ei saa kulkea pyörätuolillakaan ja tutkimuksiin potilas viedään hoitajan avustamana pyörätuolilla. Kolmannessa mobilisaatioasteessa potilas saa käydä kävellen vessassa, mutta tutkimuksiin hänen on edelleen mentävä pyörätuolilla. Neljäs aste on vapaa mobilisaatio, jossa potilas saa kulkea vapaasti osastolla ja osaston ulkopuolella. (Ollikainen ym. 2016.)

3.5.2 Siirtyminen toiselle osastolle ja jatkohoito

Aivoverenkiertohäiriön akuuttivaihe kestää keskimäärin 3-5 vuorokautta (Salmenperä ym. 2002, 30) ja kun riski sairauden pahenemisesta on ohitettu ja potilaan tila on vakaa, hänet voidaan siirtää eteenpäin. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (2016a) mukaan aivoverenkiertohäiriöyksikön potilaat siirtyvät keskussairaalan akuutin neurologian osastolle 10b, jatkokuntoutukseen aluesairaaloihin tai terveyskeskuksiin ja mikäli oireet korjautuvat täysin, suoraan kotiin. Tammisen (2018) ja Soramiehen (2018) mukaan ulkomaalais- taustaisille läheisille on tullut välillä yllätyksenä se, että potilaan siirtymisestä jatkohoitopaikkaan vastaa sairaala eikä läheisten tarvitse hoitaa sitä itse. Soramies (2018) muistuttaa, että ulkomaalaistaustaisille läheisille on hyvä kertoa myös, ettei sairaalasiirtoa varten tarvita käteistä rahaa, vaan siitä tulee potilaalle lasku jälkikäteen.

AVH-potilaan hoitoketju Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on kuvattu Duodecimin terveysportissa (2016b). AVH-potilaan hoitoketju alkaa siitä, että potilaan sairastuminen huomataan ja hänelle hälytetään apua. Usein sairastumisen huomaa potilaan läheinen, jolla on oltava rohkeutta hälyttää apua ja tieto siitä, miten se tehdään. Seuraavassa vaiheessa potilas on akuuttihoitossa erikoissairaalan päivystyksessä ja siirtymässä aivoverenkiertohäiriöön. Akuuttivaiheen jälkeen potilas siirtyy akuutin neurologian osastolle 10b, aluesairaalaan tai terveyskeskukseen tai kotiin. Potilas saa mukaansa epikriisin ja erityistyöntekijöiden tekstit, hänelle on mahdollisesti tehty kuntoutussuunnitelma ja hän voi saada vertaistukea Pirkanmaan AVH-yhdistyksestä tai AVH-yhteysenkilöltä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016a.)

Hoitoketjun kuvauksessa on huomioitu läheisten tiedontarve ja siinä on yhtenä tavoitteena mainittu myös perheiden arjessa pärjäämisen tukeminen. Hoitoketju ei kuitenkaan huomioi läheisten muita tarpeita, kuten esimerkiksi mahdollisuutta vierailla joustavasti potilaan luona, saada henkilökunnalta keskusteluapua tai mahdollisuutta vertaistukeen eikä sen kuvausta ole käännetty englanniksi. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016a.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

VirtuaaliAMK määrittelee toiminnallisen opinnäytetyön ”*työelämän kehittämistyöksi*”. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoite on kehittää käytännön toimintaa ja usein toiminnallisella opinnäytetyöllä on toimeksiantaja. Toteutustapa valitaan kohderyhmän mukaan ja se voi olla esimerkiksi video, opas tai tapahtuman suunnittelu. (Lumme ym. 2006.) Tämän opinnäytetyön tuotos on opaslehtinen, jonka teemme sähköiseen muotoon. Sähköinen muoto on valittu sen muokattavuuden takia, koska osaston osoite tai käytänteet voivat tulevaisuudessa muuttua ja oppaan muokkaaminen on tällöin tarpeellista, jotta potilaat ja läheiset voivat tulevaisuudessakin ottaa yhteyttä osastoon helposti. Opas on tuostettavissa ja annettavissa potilaiden läheisille.

Opinnäytetyömme kehittää käytännön toimintaa helpottamalla hoitajien ja ulkomaalais-taustaisten läheisten välistä vuorovaikutusta ja parantamalla siten potilasturvallisuutta. Työmme toimeksiantaja on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Tampereen yliopistollisen keskussairaalan aivoverenkiertohäiriöyksikkö.

4.1 Opinnäytetyön prosessin kuvaus

Opinnäytetyömme prosessi on kuvattu oheisessa kuviossa:



Opinnäytetyön prosessi alkoi keväällä 2017 ja se noudatteli pitkälti Salmisen, Suhosen ja Stoltin (2017) esittämää tutkimusprosessin kuvausta. Salminen ym. (2017) esittävät, että prosessi alkaa ideasta. Kiinnostuimme Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Tampereen yliopistollisen keskussairaalan aivoverenkiertohäiriöyksikön tarjoamasta aiheesta tuottaa englanninkielinen opas läheiselle aivoverenkiertohäiriöyksiköstä, koska olemme molemmat kiinnostuneita neurologiasta. Meillä oli myös hyvät valmiudet tuottaa englanninkielinen opas hyvän kielitaidon vuoksi. Lisäksi pidämme perhekeskeistä hoitotyötä tärkeänä.

Loppukevästä 2017 järjestyi ensimmäinen työelämäpalaveri aivoverenkiertohäiriöyksikön työelämäohjaajan, ohjaavan opettajan ja ryhmämme kanssa. Tuossa palaverissa aihetta rajattiin koskemaan nimenomaan anosognosiaa ja dysfagiaa, ja tuotoksen toivottiin pystyvän selittämään läheisille nämä oireet ja niihin liittyvät hoitotyön keinot. Lisäksi työelämäohjaaja toivoi oppaaseen läheiselle tietoa AVH-hoitoprotokollaan kuuluvasta 24 tunnin vuodelevosta. Palaverissa sovittiin myös alustavasti yhteydenpidosta työelämäohjaajan ja ryhmän välillä, sekä opinnäytetyön toteutussuunnitelmasta.

Syksyllä 2017 osallistuimme ideaseminaariin koululla. Salmisen ym. (2017) artikkelissa ideavaihetta seuraa tutkimussuunnitelman tekeminen. Me osallistuimme suunnitelmaseminaariin lokakuussa 2017 ja teimme saamamme palautteen perusteella tutkimuslupahakemuksen. Tutkimusluvan saimme marraskuussa 2017. Syksyn aikana osallistuimme kohdennettuihin metodiopintoihin, keräsimme aineistoa eri tietokannoista, kuten Terveysportti, Medic, Cinahl, Cochrane, Joanna Briggs Institute EBP Database ja PubMed, ja kävimme myös kuuntelemassa valmistuvien opiskelijoiden esitysseminaareja. Tiedonhaussamme käytimme hakusanoja, joiden muodostamisessa YSA, MeSH ja Hoidokki olivat tärkeitä.

Keskeisiksi käsitteiksi opinnäytetyössämme muodostuivat ”läheinen”, ”ulkomaalaistaustainen väestö*”, ”potilasohjaus”, ”family information leaflet”, ”AVH”, ”nursing”, ”TIA”, ”cerebral haemorrhage” ja ”cerebral infarction”. Esimerkkejä hakulausekkeista ovat (”family” AND ”counsel*” AND ”pamphlet”), sekä (”cerebral infarction” AND ”cerebral haemorrhage” AND ”TIA”). Suomenkielistä lähdemateriaalia etsimme esimerkiksi Duodecimin kautta hakulausekkeella (”ulkomaalaistaust* AND terveyspalv*”). Näiden avulla löysimme tutkimuksia tehohoitopotilaiden tarpeista ja niihin vastaamisesta family

information leafletin avulla sekä tietoa suomessa asuvien ulkomaalaistaustaisten lukumäärästä ja tarpeista sekä niistä tehdyistä tutkimuksista.

Haastattelimme asiantuntijoita liittyen osaston käytäntöihin, AVH-hoitoprotokollaan ja monikulttuurisuuteen hoitotyössä ja aloitimme tuotoksen, family information leafletin, tekemisen. Helmikuussa 2018 osallistuimme käsikirjoitusseminaariin, jossa saimme palautetta ohjaavalta opettajalta ja opponenteilta. Kevättalvi 2018 kului Salmisen ym. (2017) kaavion mukaisesti keräämämme aineiston analysoinnin, raportin kirjoittamisen ja tuotoksen viimeistelyn parissa. Maaliskuun lopussa lähetimme tuotoksen englannin kielen kääntäjälle tarkastettavaksi. Kielenkääntäjä tarkasti myös selkokieliisyyden. Huhtikuussa 2018 lähetimme työme ohjaavalle opettajalle ja työelämään. Huhtikuussa 2018 esittelimme työme Tamk tutkii ja kehittää-tapahtumassa posterin kera ja kesäkuussa se julkaistiin Theseuksessa.

4.2 Tuotoksen kuvaus

Family infomation leaflet on kirjoitettu englanniksi ja sen kohderyhmä ovat ulkomaalaisistaustaisten AVH-potilaiden läheiset. Oppaassa kerrotaan selkokieliisesti perusteet aivoinfarktista, aivoverenvuodoista ja TIA-kohtauksesta sekä niiden akuuttihoitosta aivoverenkiertohäiriöyksikössä. Opas keskittyy erityisesti anosognosian, eli oiretunnistamattomuuden, dysfagian eli nielemisvaikeuksien ja AVH-hoitoprotokollaan kuuluvan 24 tunnin vuodelevon selittämiseen ja perustelemiseen läheiselle.

Lisäksi opas esittelee aivoverenkiertohäiriöyksikön toimintaa, kertoo vierailujen pelisäännöt ja antaa läheiselle vinkkejä vertaistuen ja luotettavan lisätiedon hankkimista varten. Kuvausten ja tekstin lisäksi olemme kuvittaneet tuotosta niin, ettei tekstin lukeminen ole liian raskasta. Kuvien tarkoitus on myös antaa omaisille selkeitä, helposti muistettavia ohjeita ja tietoa, kuten visuaalisen kuvauksen siitä, missä ICH tai SAV konkreettisesti aivoissa voi ilmetä. Oppaasta löytyy muun muassa yleistietoa osastosta ja sairaalasta, valokuva potilashuoneesta ja laitteista sekä selitykset yleisimmistä osastolla käytettävistä termeistä. (Kynoch ym. 2016; Azoulay ym. 2002) Tuotoksen ja raportin kuvituksen on piirtänyt Liisa Mariner ja valokuvat tuotoksessa ja raportissa ovat ottaneet Heidi Leppänen ja Liisa Mariner.

5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

5.1 Pohdinta

Opinnäytetyömme vastaa hyvin kysymyksiin: Millainen on hyvä family information leaflet ja millaisia suomalaisen hoitokulttuuriin liittyviä erityispiirteitä siinä on hyvä esitellä, millaista ohjausta läheisten on hyvä saada aivoverenkiertohäiriöihin liittyvien oiretunnistamattomuuden ja nielemisvaikeuksien osalta ja miten ulkomaalaistaustaiselle läheiselle on hyvä perustella aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidon alkuun kuuluva 24 tunnin vuodelepo?

Molterin vuonna 1979 tekemässä tutkimuksessa oli tunnistettu potilaan läheisen tarpeita ja sen pohjalta Kynoch ym. (2016) esittivät hyvin konkreettisia ohjeita family information leafletille. Tuotoksessamme tämä näkyy esimerkiksi selkeinä kuvina ja selkokiekisenä tekstinä. Teorian pohjalta suunnittelimme oppaan nimenomaan läheisen tarpeisiin vastaavaksi. Haastattelujen pohjalta koimme oleelliseksi nostaa esiin joitakin suomalaisen hoitokulttuuriin kuuluvia erityispiirteitä, kuten hoitajien rooli potilaan hoidossa sekä hoitopäivämaksuun kuuluvat asiat.

Lähestyimme oiretunnistamattomuutta sekä nielemisvaikeuksia niiden syntymekanismien kautta ja perustelimme hoitokäytännöt tutkittuun tietoon perustuen. Saimme selville muun muassa, että nielemisvaikeudet voivat johtaa aspiraatiopneumoniaan tai jopa tukehtumiseen. (Tapiovaara & Aherto 2009; Geeganage, Beavan, Ellender & Bath 2012; Äikäs, Hissa & Suomen dysfagian kuntoutusyhdistys ry:n hallitus 2016). Tämän tiedon pohjalta oppaamme ohjaa läheisiä olemaan tuomatta ruokia potilaalle. Myös vuodelevon merkitys potilaan hoidon alussa on perusteltu kirjallisuuden sekä neurologin (Sulavuori 2018) haastattelun pohjalta. Näin pystyimme perustelemaan myös sen oppaassa läheiselle.

Haasteen paikkoja opinnäytetyötä tehdessä oli useita. Ensimmäiseksi haasteeksi jo opinnäytetyön prosessin alussa muodostui aiheen rajausta. Aivoverenkiertohäiriöistä, niiden hoidoista ja oireista on löydettävissä runsaasti tietoa. Toisaalta tutkimuksia läheisen ohjauksesta ja vuodelevon lääketieteellistä perustelua oli hyvin hankala löytää. Yhdessä työ-

elämän kanssa rajasimme kuitenkin aihealueen tarkasti ja pystyimme käyttämään lähteenä myös asiantuntijahaastatteluja. Koska olimme molemmat työelämässä, yhteisen ajan löytäminen opinnäytetyön tekemiseksi oli hankalaa. Tämän ratkaisimme siten, että jaoimme aiheen rajatuiksi osasiksi, joita työstimme vuorollamme. Sovimme päivämääriä, jolloin palautimme ja yhdistelimme tekstimme. Tämän jälkeen jaoimme aiheet uudestaan ja toistimme prosessin. Käytimme eri väristä tekstiä kirjoittaessamme aiheistamme ja kommunikoimme tehokkaasti Wordin kommenttitoiminnolla.

Opinnäytetyöprosessin alku oli hyvin haastava, mutta mielestämme lopputulos on erittäin onnistunut. Opimme paljon läheisten roolista erilaisissa kulttuureissa ja kulttuurierojen tunnistamisesta hoitotyössä. Koemme, että työ on antanut meille valmiuksia kohdata ulkomaalaistaustaisia läheisiä ja ohjata heitä aivoverenkiertohäiriöpotilaan alkuvaiheen hoidossa.

5.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) kertoo, että hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus niin tutkimustyössä kuin tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä saatujen tulosten tulkitsemisessä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 201, 6). Opinnäytetyömme on alistettu useaan kertaan vertaisarvioinnille ja myös ohjaava opettaja ja työelämäohjaajamme on lukenut sen useissa eri kirjoitusvaiheissa. Koska muiden tutkijoiden työn ja saavutusten huomiointi ja huolellisuus viitauksissa ja lähdemerkinnöissä kuuluu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön, olemme kiinnittäneet erityistä huomiota lähteiden tarkistamiseen ja esittämiseen kirjallisessa raportissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6).

Kuten Kontula (2015) Kliinisen tutkimuksen etiikka- teoksessa suosittelee, sovimme työn alkuvaiheessa työnjaosta, velvollisuuksista ja käytetyn materiaalin tekijänoikeuksista (Kontula 2015.) Työnjaon suhteen sovimme, että kirjallisen raportin suhteen tekijöillä on oikeus muokata toisen tekstiä vapaasti. Velvollisuuksiimme kuuluivat muun muassa palavereihin ja seminaareihin osallistuminen, säännöllinen yhteydenpito työelämään, pöy-

täkirjojen pitäminen tapaamisista sekä sovittujen aikarajojen noudattaminen. Mielestämme toimimme velvollisuuksiemme mukaan erinomaisesti. Sekä raportin että tuotoksemme valokuvat ja kuvitus ovat tekijöiden omaa käsialaa, joten meidän ei tarvinnut hakea julkaisulupaa ulkopuolisilta tahoilta. Luvat tuotoksen sairaalahuoneen valokuville saimme osastolta. Vastasimme itse työstä aiheutuvista kustannuksista.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan olemme hakeneet ja saaneet tutkimusluvan. Olemme suunnitelleet tutkimuksemme, toteuttaneet sen ja raportoineet ja julkaisseet tulokset avoimesti Theseuksessa sekä Tamk tutkii ja kehittää -tapahtumassa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012)

5.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Kirjallisuuskatsauksen perusteella läheisen ohjaus on oleellista erityisesti AVH-potilaan hoidon kannalta (Salmenperä ym. 2002). Tutkimuksemme mukaan ulkomaalaistaustaiselle omaiselle ei ole Pirkanmaan alueella vertaistukiryhmiä. Oppaamme vastaa läheisen tiedon tarpeeseen. Englanninkielisen materiaalin lisääminen sairaalan omille verkkosivuille parantaisi myös tiedonsaantia. Ulkomaalaistaustaisille tarkoitetun vertaistuen avulla voitaisiin vastata tuen tarpeeseen ja englanniksi pidettävien AVH-ensitietopäivien avulla voitaisiin tarjota luotettavaa tieteelliseen tietoon perustuvaa ohjausta. (Kynoch ym. 2016; Molter 1979.)

Opinnäytetyön pohjalta suomalaisessa hoitokulttuurissa vaikuttaisi olevan useita erityislaatuisia piirteitä. Tämän vuoksi ehdotamme jatkotutkimusaiheena suomalaista hoitokulttuuria ulkomaalaistaustaisen potilaan ja läheisen näkökulmasta. Hoitajan ja läheisen roolit suomalaisessa sairaalassa vaikuttaisivat erilaisilta verrattuna moniin hoitokulttuureihin (Soramies 2018).

LÄHTEET

Aaltonen, L.-M., Aherto, A., Arkkila, P., Jousimaa, J. & Saarela, M. 2009. Dysfagia - Moniammatillinen haaste. Katsausartikkeli. Duodecim lääketieteen aikakauslehti, (125), 1535-44. Luettu 12.12.2017.

<http://www.duodecimlehti.fi.elib.tamk.fi/api/pdf/duo98183>

Aivoinfarkti ja TIA. 2016. Käypä Hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettamana työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 2.6.2017. <http://www.kaypahoito.fi>

Aivoliitto. 2016. Ajankohtaista AVH:sta. Luettu 3.4.2018. [https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/ajankohtaista_avh_sta/maailman_avh-paivaa_viete-taan_29.10._suomessa_mitataan_verenpaineita.4820.news](https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/ajankohtaista_avh_sta/maailman_avh-paivaa_viete-taan_29.10._suomessa_mitataan_verenpaineita.4820.news)

Aivoliitto. 2017a. Aivoverenkiertohäiriön oireita. Luettu 14.11.2017. [https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/perustietoa_avh_sta/oireet](https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta/oireet)

Aivoliitto. 2017b. Aivoverenkiertohäiriöt. Luettu 8.9.2017 [https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/perustietoa_avh_sta](https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta)

Aivoliitto. 2017c. Nielemisvaikeudet. Luettu 23.2.2018. [https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/perustietoa_avh_sta/nielemisvaikeudet](https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta/nielemisvaikeudet)

Aivoliitto. 2011. Nielemisvaikeus eli dysfagia -esite. [PDF] Luettu 11.11.2017.

https://www.aivoliitto.fi/files/823/Dysfagia_web.pdf

Atula, S. 2017. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Lääkärikirja Duodecim. Luettu 15.10.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00

Autti-Rämö, I., Haavio, M.-L., Murtomaa, H. & Sillanpää, M. 2006. Oraalimotoriset häiriöt ja kuntoutus. Lääkärilehti 61 (24), 5043-5049.

<http://www.laakarilehti.fi.elib.tamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/oraalimotoriset-hairiot-ja-kuntoutus/>

Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Jourdain, M., Bornstain, C., Wernet, A., Cattaneo, I., Annane, D., Brun, F., Bollaert, P.E., Zahar, J.R., Goldgran-Toledano, D., Adrie, C., Joly, L.M., Tayoro, J., Desmettre, T., Pigne, E., Parrot, A., Sanchez, O., Poisson, C., Le Gall, J.R., Shclemmer, B. & Lemaire, F. 2002. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicentre, prospective, randomized, controlled trial. Am J Respir Crit Care Med 165(4), 438-42.

Babkair, L. A. 2017. Cardioembolic Stroke: A Case Study. CriticalCareNurse, 37(1).

Bowen, P. 2016. Early identification, rapid response, and effective treatment of acute stroke: utilizing teleneurology to ensure optimal clinical outcomes. Medsurg Nursing 25(4), 241-243.

Castaneda A., Kuusio, H., Skogberg, N., Tuomisto, K., Kytö, S., Salmivuori, E., Jokela, S., Mäki-Opas, J., Laatikainen, T. & Koponen, P. 2017. Suomen ulkomaalaistaustaisen väestön terveyden edistämiseen liittyy erityiskysymyksiä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 133(10), 993-1001. <http://www.duodecimlehti.fi>

Daniels, S. & Huckabee, M. 2014. Dysphagia Following Stroke. [e-kirja.] 2. Painos. Plural Publishing, Inc.
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/tamperepoly-ebooks/detail.action?docID=1886731>

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus – hanke. [PDF]
<file:///C:/Users/IDIJAA~1/AppData/Local/Temp/Sairaanhoidajan%20ammatillinen%20osaaminen%20VALMIS.pdf>

Geeganage, C., Beavan, J., Ellender, S. & Bath, P. 2012. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Haag, D.G. 2015. Stroke: Patient and Caregiver information. Evidence Summaries. Joanna Briggs Institute. Luettu 12.10.2017. http://ovidsp.tx.ovid.com.elib.tamk.fi/sp-3.26.1a/ovidweb.cgi?&S=ECFPKICDDAMMNCGKLAMC-GFLMAA00&Link+Set=S.sh.39%7c5%7csl_190

Hernesniemi, J., Juvela, S., Kaste, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Rissanen, A., Roine, R., Sivenius, J. & Vikatmaa, P. 2015a. Aivoiskemian patofysiologia. Teoksessa Soinila, S., & Kaste, M., (toim.) Neurologia, e-kirja. Duodecim oppiportti. Oppikirjat. Julkaistu 2.5.2015. Luettu 22.12.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/opk04598>

Hernesniemi, J., Juvela, S., Kaste, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Rissanen, A., Roine, R., Sivenius, J. & Vikatmaa, P. 2015b. Aivoverenkiertohäiriöiden primaaripreventio on riskitekijöiden hoitoa ja elintapamuutoksia. Teoksessa Soinila, S., & Kaste, M., (toim.) Neurologia, e-kirja. Duodecim oppiportti. Oppikirjat. Julkaistu 8.9.2015. Luettu 20.12.2017.

Hernesniemi, J., Juvela, S., Kaste, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Rissanen, A., Roine, R., Sivenius, J. & Vikatmaa, P. 2015c. Iskeemisten aivoverenkiertohäiriöiden diagnostiikka ja hoito. Teoksessa Soinila, S., & Kaste, M., (toim.) Neurologia, e-kirja. Duodecim oppiportti. Oppikirjat. Julkaistu 2.5.2015. Luettu 28.12.2017.

Hernesniemi, J., Juvela, S., Kaste, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Rissanen, A., Roine, R., Sivenius, J. & Vikatmaa, P. 2015d. Aivoverenkiertohäiriöistä toipuminen ja kuntoutus. Teoksessa Soinila, S., & Kaste, M., (toim.) Neurologia, e-kirja. Duodecim oppiportti. Oppikirjat. Julkaistu 2.5.2015. Luettu 22.12.2017.

Hernesniemi, J., Juvela, S., Kaste, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Rissanen, A., Roine, R., Sivenius, J. & Vikatmaa, P. 2015e. Aivoverenvuodon diagnostiikka. Teoksessa Soinila, S., & Kaste, M., (toim.) Neurologia, e-kirja. Duodecim oppiportti. Oppikirjat. Julkaistu 2.5.2015. Luettu 28.12.2017.

Hernesniemi, J., Juvela, S., Kaste, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Rissanen, A., Roine, R., Sivenius, J. & Vikatmaa, P. 2015f. Subaraknoidaalivuodon kirurginen ja endovaskulaarinen hoito. Teoksessa Soynila, S., & Kaste, M., (toim.) Neurologia, e-kirja. Duodecim oppiportti. Oppikirjat. Julkaistu 2.5.2015. Luettu 4.1.2018.

Hyks. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt. Potilaan tutkiminen ja hoitokäytäntö. (Punainen kirja.) AVH-työryhmä. Neurologian klinikka.

Kela. 2016. Ulkomailta tulevien sairaanhoito Suomessa. [PDF] http://www.oulu.fi/sites/default/files/content/Kyyr%C3%B6ja%20Lummila_28.4.2016.pdf

Kontula, K. 2015. Tutkimussuunnitelman laatiminen ja osiot. Teoksessa Keränen, T. & Pasternack, A. (toim.) 2015. Kliinisen tutkimuksen etiikka, opas tutkijoille ja eettisille toimikunnille, e-kirja. Duodecim oppiportti. Oppikirjat. Julkaistu 27.10.2016. Luettu 10.11.2017.

Kynoch, K., Chang, A. & Coyer, F. 2012. Interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review. Joanna Briggs Institute. Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals. 2012; 16(5), 1-4.

Kynoch, K., Chang, A., Coyer, F & McArdle, A. 2016. Interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports. 14(3), 179-232.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 17.8.1992/785.

Leskelä, L. 2017. Puoli miljoonaa suomalaista tarvitsee selkokieltä. Aikakauskirja Duodecim (6), pääkirjoitus.

Lo, S., Chang, A., Chau, J. & Gardner, G. 2013. Theory-based self-management programs for promoting recovery in community-dwelling stroke survivors: a systematic review. JBI Database of systematic reviews & implementation reports. 11(12), 157-215.

Lumme, R., Leinonen, R., Leino, M., Faleunius, M. & Sundqvist, L. 2006. Monimuotoinen/toiminnallinen opinnäytetyö. VirtuaaliAMK.

<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>

Molter, N.C. 1979. Needs of Relatives of Critically ill patients a descriptive study. Heart and Lung (8), 332-339. www.researchgate.net

Nurmi, M. & Jehkonen, M. 2015. Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden oiretiedostuksen puutteellisuuden eli anosognosian tunnistaminen ja kuntoutus. [PDF] Duodecim (131), 228-34. <http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/xmedia/duo/duo12089.pdf>

Ollikainen, J., Parkkila, A-K., Numminen, H., Oksanen, T & Tamminen, A. 2011. Päivitetty 14.6.2016. Aivoverenkiertohäiriö-protokolla. Tays akuuttineurologia.

- Peltonen, E., Pulkkinen, J., Svedström, E. & Yrjänä, J. 2006. Nielemisfunktio tutkimus. Suomen Lääkärilehti. 61 (26), 2859-2864. Luettu 5.11.2017. <http://www.laakarilehti.fi.elib.tamk.fi/pdf/2006/SLL262006-2859.pdf>
- Pesonen, T. 2011. Kriisihoidot somaattisen sairauden yhteydessä. Lääkärilehti 3.6.2011. www.laakarilehti.fi
- Prigatano, G. 2010. The study of anosognosia.[e-kirja] Julkaistu 1.12.2010. Luettu 15.11.2017. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/tamperepoly-ebooks/detail.action?docID=497651>
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2016a. Aivoverenkiertohäiriöyksikkö/Stroke unit. Päivitetty 21.4.2016. Luettu 3.3.2018. http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Aivoverenkiertohairioyksikko
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2018. Asiakasmaksut. Luettu 3.3.2018. http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilaana_Taysissa/Asiakasmaksut#merkki2
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2016b. AVH-potilaan hoitoketju. Duodecim Terveysportti. Päivitetty 22.3.2016. Luettu 6.3.2018. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltkb/koti?p_artikkeli=shp01192
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Fysio- ja toimintaterapia. Luettu 3.3.2018. https://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Fysio_ja_toimintaterapia
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2012-2016. Potilaan hyvä hoito. [PDF] <file:///C:/Users/IDIJAA~1/AppData/Local/Temp/hyvahoitopshp.pdf>
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2017. Puheterapiapalvelut. Luettu 3.3.2018. <https://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Puheterapiapalvelut>
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Sosiaalityö. Luettu 3.3.2018. <https://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Sosiaalityo>
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2018. Tulossa potilaaksi Taysiin. Luettu 3.3.2018. http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Tulossa_potilaaksi_Taysiin
- Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. toim. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Salminen, L., Suhonen, R. & Stolt, M. 2017. Haavanhoidon tutkimus – haasteellista, mutta tarpeellista. Haava. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 20(4), 6-8.
- Soinila, S. 2015. Kallonsisäisen paineen dynamiikka. Teoksessa Soinila, S., & Kaste, M., (toim.) Neurologia, e-kirja. Duodecim oppiportti. Oppikirjat. Julkaistu 31.7.2015. Luettu 20.11.2017.
- Soramies, S. Sairaanhoitaja. 2017. Haastattelu 30.1.2018. Haastattelijat Leppänen, H. & Mariner, L. Tampere.

Stroke Unit Trialists' Collaboration. 2013. Organized inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 9, Art No.: CD000197. DOI: 10.1002/14651858.CD000197.pub3.

Suomalainen lääkärisseura Duodecim & Suomen Akatemia. 2008. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. Konsensuslausuma. Konsensuskokous, Espoo: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 27.-29.10.2008.

Sulavuori, S. Neurologi. 2018. Haastattelu. Tays Hatanpää, neurologian vuodeosasto V2N. Haastattelija Heidi Leppänen. Tampere. 6.2.2018.

Tamminen, A. Sairaanhoidtaja. 2018. Haastattelu, sähköpostit ja tapaamiset 2017-2018. Haastattelijat Leppänen, H. & Mariner, L. Tampere.

Tampereen aikuiskoulutuskeskus. 2014. Rekrytointi sairaalahuoltoalalle. <http://www.takk.fi/?id=koulutusesite&koulutus=171969574>

Tapiovaara, H. & Aherto, E. 2009. Nielemissä kuntoutus. Otolaryngologiyhdistyksen kevätkokous. Helsinki 5.-6.2.2009. <http://personal.fimnet.fi/laakari/hannu.tapiovaara/kevatkokous2009.htm>

Tays. 2012. AVH-glukoosiptotokolla. Aivoverenkiertohäiriöyksikkö.

THL. 2017. Aivohalvaus (stroke). Päivitetty 9.2.2017. Luettu 17.10.2017. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/perfect/osahankkeet/aivohalvaus-stroke>

Tilastokeskus. 2016. Ulkomaalaistaustaiset. Luettu 3.3.2018. www.stat.fi

Tulisalmi, S. Erikoistuva lääkäri. 2018. Haastattelu. Tays Hatanpää, neurologian vuodeosasto V1N. Haastattelija Heidi Leppänen. Tampere 6.2.2018.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. [PDF] http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. [PDF] 72-79. https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemushoito_netti_2.painos.pdf

Veisu, E. Puheterapeutti. Haastattelu 7.2.2018. Haastattelija Leppänen, H. Tampere/Tays Hatanpää, osasto HV1.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vossel, S., Weiss, P., Eschenbeck, P., Saliger, J., Karbe, H. & Fink, G. 2012. The Neural Basis of Anosognosia for Spatial Neglect after Stroke. Stroke (43),1954-1956.

WHO. 2017. Mortality ratings. Päivitetty 12/2016. Luettu 17.10.2017 <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>

Xie, Y., Wang, L., He, J. & Wu, T. Acupuncture for dysphagia in acute stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews (3).

Äikäs, H., Hissa, M. ja Suomen dysfagian kuntoutusyhdistys ry:n hallitus. 2016. Niele-
mishäiriön eli dysfagian arviointi ja kuntoutus aivoverenkiertohäiriöissä. Lisätietoa
Käypä hoito -suosituksessa Aivoinfarkti ja TIA. 2017. Julkaistu 6.7.2016. Luettu
8.9.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02381>

Family information leaflet

STROKE UNIT

- A guide for the patient's family and friends

(Aivoverenkiertohäiriöyksikkö)

Tays/Tampere University Hospital
Central Hospital, K-building, 1st floor

Teiskontie 35, 33 520 TAMPERE

Phone: 03 311 69900

WELCOME TO THE STROKE UNIT

We are a ten-bed ward that provides help for patients who have suffered an acute stroke or some other neurological trauma or illness.

Our visiting hours are from 13:00 to 19:00. As the Stroke unit is a busy, intensive acute treatment ward, we hope no more than two people visit at a time and keep the visits short. Please do not bring flowers, chocolate, cookies or any other edibles to the ward. Please ask the staff before bringing anything else to the ward as well.

VISITING HOURS

13:00-19:00

Max. 2 people at a time.

Please keep the visits brief.

Please ask the staff before bringing
anything for the patient.

FINDING STROKE UNIT:

To find the Stroke Unit follow these steps:

1. Enter the hospital from the main entrance in the Radius-building, walk up the stairs, turn left and look for orange K-signs.



2. Follow the K-signs.



3. Pass the elevator lobby, the lobby of the A-building, the laboratory waiting room and the neurosurgery outpatient clinic. Keep your eye on the K-signs and look for signs that read "Aivoverenkiertohäiriöyksikkö" (= Stroke Unit in Finnish).



RULES FOR THE WARD:

For the safety of the patients and in order to ensure the most effective recovery, we kindly ask you to:

Only visit during visiting hours (13:00–19:00 every day)

- During other times, please call the ward's phone number to ask about the patient: 03 311 69900.

No more than two people may visit at a time. The visits should be kept short.

- Patients require a lot of rest, and space is limited in the ward.

Please talk quietly and turn off your mobile phones.

- Patients in the monitoring rooms require a lot of rest.
- Mobile phones may disturb the monitors and machines, endangering patient safety.

Do not bring flowers or pets to the ward.

- There is no space for personal items in the monitoring rooms.
- Flowers and animals may cause allergic reactions to other patients in the ward.

Please don't give the patient anything to eat or drink without consulting the nurse first. Swallowing problems can cause choking or pneumonia. The hospital will provide food for the patient.



WHAT IS A STROKE?

An acute stroke is either:

- Haemorrhagic: a burst aneurysm or a leak in a blood vessel in the brain.
- Ischaemic: a blockage in a blood vessel in the brain.
- Transient ischaemic attack (TIA)
 - o In a TIA, the symptoms usually pass within 24 hours, but the attack often precedes an ischaemic stroke.

Please ask the nurse for more information about the patient's condition and the cause of the stroke.

WHY MUST THE PATIENT LIE IN BED?

When patients are diagnosed with an acute stroke, they are put on bed rest. Bed rest lets the body recover and heal. If patients begin walking too soon, they might fall, their existing condition could get worse, a blood clot might get into the blood circulation and cause a new stroke, or the bleeding in the brain could increase. Bed rest, or immobilisation, usually lasts for 24 hours. After 24 hours, the patient may first be allowed to sit on the bed or in a wheelchair and eventually stand upright and walk. The doctor will decide how long the bed rest should be, since this can vary according to the patient's symptoms.



SYMPTOMS:

A stroke kills cells in the brain. It causes paralysis, typically on one side of the body. It may also affect a person's ability to walk, eat, speak, understand speech, concentrate and remember.

Listed below are two symptoms that often cause confusion and even danger for patients in the ward:

ANOSOGNOSIA:

Belief of being healthy

A condition where the patient doesn't understand his or her own condition or illness.

The patient may not realise he or she is severely ill and will act like he or she is healthy.

For example, patients who cannot walk might think they can. This may lead them to fall down and hurt themselves.

DYSFAGIA:

Problems with swallowing and eating.

These range from minor swallowing problems to severe paralysis of the throat.

Dysphagia may cause pneumonia or even suffocation if food gets stuck in the throat or ends up in the lungs. Trained nurses will help the patients eat.

**PLEASE LET THE
NURSES TAKE CARE OF
THE PATIENT'S EATING**

HOSPITAL STAFF AND THEIR JOBS:

Nurses:

Nurses have a major role in the patient's everyday care.

In the Finnish hospital culture, nurses do most of the patient's basic care, including:

- Assisting in eating and drinking
- Assisting the patient in the toilet
- Helping the patient wash and get dressed
- Giving medications
- Measuring the blood pressure, heart rate, temperature, blood sugar levels, and so on.
- Reporting changes in the patient's condition to the doctor and treating symptoms.

If you have questions about the patient, the nurse can usually answer your questions and help you with your problems!



Doctors:

While nurses are always near the patient, the doctor makes the diagnosis and decides how the patient should be treated. Doctors choose the appropriate medication and other treatments.

The doctor is always available and will keep up to speed regarding the patient's situation through the nurses' reports and by visiting the patient during the doctor's rounds.

Therapists:

There are many different kinds of therapists working in the hospital. They are responsible for making guidelines for the patient's recovery. For example, a speech therapist helps the patient with problems of speech and swallowing and a physical therapist with rehabilitating paralysed limbs.

Social workers:

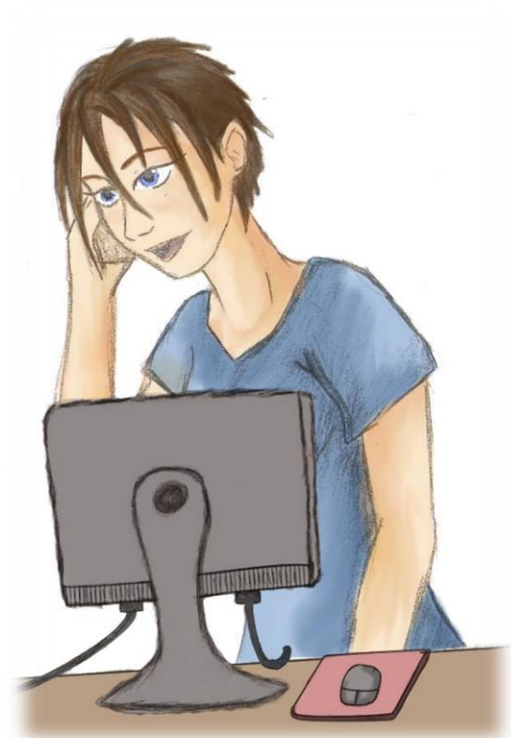
Social workers are professionals who help with financial issues such as allowances, benefits, bills, insurance and pensions. Making ends meet when a family member is hospitalised can be hard, so please don't hesitate to call the hospital social worker.

The social worker's telephone number: 03 311 66207

Other staff:

These include laboratory workers, cleaning staff, secretaries, janitors, and other personnel who may not be working directly with the patient but who keep the ward up and running and safe for us all.

Tays is a university hospital, which means that there are also students around learning to treat patients. The students are always required to sign confidentiality agreements, just like the staff.



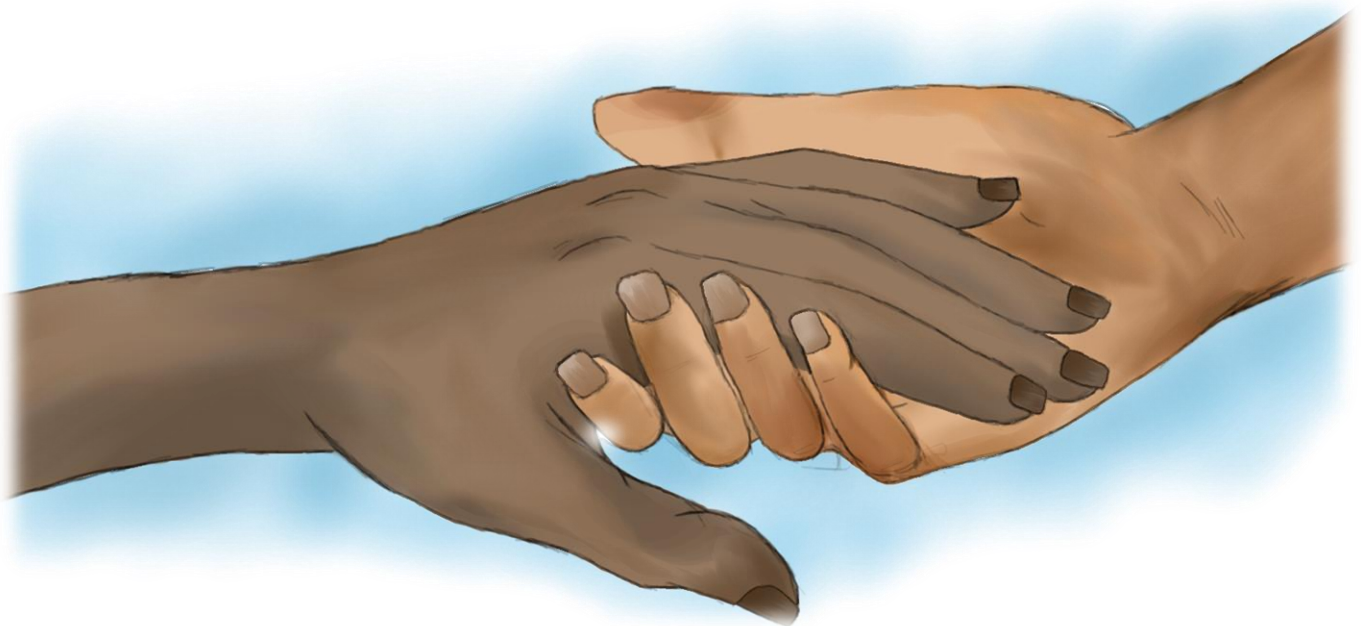
WHAT CAN I DO TO HELP?

Choose a contact person:

- Contact person is the relative or friend who the hospital will contact in the matters of the patient.
 - o For example, when the patient is moved to another ward, we'll call the contact person to inform him or her.
 - This contact person can then inform the other relatives and friends about such things if needed.

Follow the ward rules:

- The rules may seem strict and confusing but they're there to ensure a quick and safe recovery of all the patients.
 - o If you have any questions about rules, please ask the nurses.



*The best thing You can do is to remember to
take care of Yourself too.*

HOW MUCH WILL THE TREATMENT COST?

If the patient is a permanent resident of Finland, all the treatment, food, clothing, medications and anything else that could be needed during the hospital stay are included in the “*inpatient fee*.” The hospital will send an invoice via mail to the patient’s home address after the patient is discharged. The invoice cannot be paid at the hospital, so there is no need to bring cash to the ward.

You also do not need to bring money when the patient is discharged or moved to another ward, and you will not need to separately pay for food, medications, clothing or blood transfusions. You can contact the Patient Office for more information about the inpatient fee.

If the patient is not a Finnish resident, the fees may be higher. Contact a social worker if this is the case.

Number for social worker: 03 311 66207

Number for the Patient Office: 03 311 66405

DO I NEED TO BRING ANYTHING FOR THE PATIENT?

If the patient has eyeglasses, dentures or a hearing aid, we’d appreciate you bringing them to the patient.

Everything else that might be needed for the treatment in the ward will be included in the fee:

- The hospital provides food and medications.
- The nurses will help the patient eat and take care of hygiene.
- The hospital provides clothes, bedsheets and towels for the patient.

WHERE CAN I GET HELP?

A stroke is a life-changing event, also for the family and friends. You may feel at a loss, as you have to face a new situation and see a loved one fall seriously ill. It is alright to feel sad, angry, exhausted, frustrated, terrified...

There is a lot of information coming at you at once. Remember that you can always ask for an explanation and write things down so you can ask about them later.

You do not need to be alone in this situation. You can always talk to the staff in the stroke unit. There is also a hospital pastor you can talk to, even if you are not religious or your religion is other than Christianity. The pastors are there to provide support for everyone. You can get their number from the nurses.



Please ask the hospital staff for more information and guidance. In this guide, you can find a few telephone numbers to help you on your way.

Psychological help can be sought from the health centre of your own hometown or the local Red Cross. Pirkanmaan AVH-yhdistys runs peer support groups, in which people in similar situations get to share their experiences and support each other.

The peer support groups in the Tampere area are in Finnish.

PATIENTS' RIGHTS

According to Finnish law, everyone has the right to good and equal treatment despite their background, age, illness or status.

The patient's culture, language and personal needs must be taken into account as much as possible. Personal world views, religion, intimacy, privacy and human rights must not be violated.

The patient has the right to make decisions concerning his or her own treatment. If, however, the patient cannot understand his or her situation or is unconscious, the staff will ask the opinion of the relatives: *"How do you think the patient would like to be treated?"*

The patient has the right to decide what information, if any, the hospital can give to the relatives and friends about the patient's illness or hospital stay. *"Who is your contact person?"* is the question that we ask every patient.

LANGUAGES AND INTERPRETING SERVICES

The two official spoken languages in Finland are Finnish and Swedish. The staff is also trained to speak English.

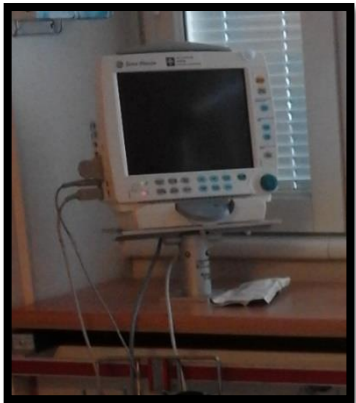
If you feel more comfortable speaking your own language, an interpreter may be called. The hospital staff may ask for interpreting services if the situation so requires or if you or the patient ask for it. The hospital has a contract with an interpreting agency, and using their services will not cost you any extra. The queues for interpreting services may, however, be quite long, and the services may therefore sometimes not be available when needed.

There are also independent interpreting services, but for them you have to pay yourself. We do not recommend using private interpreters.

PATIENT BED AND MEDICAL APPARATUSES



IV-fluid administration equipment



Vital signs monitor



Oxygen

DICTIONARY

On this list you can find some of the most commonly used Finnish words used in the ward.

AVH (Aivoverenkiertohäiriö)	Stroke
Insuliini	Insulin
Kuumelääke	Fever medicine
Lääkärinkierto	Doctors' round
Lämpö	Body temperature
Omaisiet	Family and Friends
Parempaan asentoon avustaminen	Helping the patient to a better position
Ruoka	Food
Särkylääke	Painkiller, pain medicine
Tajunnantaso	Level of consciousness
Verenkiertolääke	Cardiovascular medicine
Verenpaine	Blood pressure
Verensokeri	Blood sugar
Vuodelepo	Bed rest

IMPORTANT PHONE NUMBERS

Ward: 03 311 69900

Social worker: 03 311 66207

Peer group services: 040 728 9243

Hospital Pastor: Ask the nurse pastor's contact information.

*Please contact us if you have any questions and worries.
We are here to help.*

This guide is for the family and friends of patients in the stroke unit. In this guide, you will find information about:

- The ward and its rules.
- Helpful telephone numbers.
- Information about the Finnish healthcare system and the law.
- Inpatient fee.
- A small glossary of the most common Finnish words used in the ward.
- Social worker.



Tays/Tampere University Hospital
Central Hospital, K-building, 1st floor
Teiskontie 35, 33 520 TAMPERE
Phone: 03 311 69900

