

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kokemuksia kuntoutuksesta ja sen kehittämisestä Kempeleessä

Katja Vähäkuopus

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma
Fysioterapeutti (ylempi AMK), Master of Health Care

KEMI 2012

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Tekijä:	Katja Vähäkuopus
Opinnäytetyön nimi:	Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kokemuksia kuntoutuksesta ja sen kehittämisestä Kempeleessä
Sivuja (+liitteitä):	73 (+ 3 liitettä)
<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia kempeleläisillä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneilla kuntoutujilla on Kempeleen terveyskeskussairaalassa, vastaanoton ja kuntoutuksen hoidosta ja kuntoutuksesta. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää kuntoutujien kehittämis ehdotuksia kuntoutukselle ja hoidolle. Tutkimus liittyi Pohjois-Suomen alueella toimivaan Kytke -hankkeeseen.</p> <p>Aivoverenkiertohäiriö on merkittävä kansanterveydellinen sairaus, jolla on huomattava vaikutus kuntoutujien elämänlaatuun. Kuntoutajat tarvitsevat usein oireiden vuoksi moniammattillista kuntoutusta, mikä tarkoittaa eri ammattiryhmien yhdessä suunnittelemaa ja koordinoimaa kuntoutusta. Kuntoutujan ääni tulisi saada paremmin kuuluviin kuntoutusprosesseissa ja niitä kehitettäessä. Kuntoutujien kokemukset ovat aina yksilöllisiä. Kokemuksiin vaikuttavat kuntoutujien sisäiset ja ulkoiset tekijät, heidän elämän historia sekä tapa olla läsnä tässä hetkessä.</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin yhdeksän, vuosina 2005–2010 sairastuneiden, kuntoutujien teemahaastatteluiden avulla 4.1.–17.2.2011 välisenä aikana. Haastattelulomakkeena käytettiin Kytke -hankkeessa hyödynnettyä lomaketta, joka muokattiin tutkimukseen soveltuvaksi. Aineisto analysoitiin kvalitatiivisesti eli laadullisesti. Menetelmänä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia.</p> <p>Kuntoutajat toivoivat, että kuntoutukseen panostettaisiin enemmän ja sitä kehitettäisiin edelleen. Hoidossa ja kuntoutuksessa ilmeni useita hyviä tekijöitä. Tuloksissa ilmeni myös ristiriitaisuutta, sillä kuntoutajat kokivat samoja asioita sekä kuntoutumista edistäviksi että hidastaviksi tekijöiksi. Tutkimuksen perusteella voidaan tehdä johtopäätös, että Kempeleen terveyskeskussairaalassa olisi hyvä kehittää: kuntoutujien ja omaisten ohjausta, kuntoutuksen mahdollistamista, ympäristön viihtyvyttä ja virikkeellisyttä, yhteistyötä, kuntoutuksen ja hoidon tasavertaisuutta sekä vähentää henkilökunnan kiirettä. Vastaanotossa ja kuntoutuksessa olisi hyvä kehittää: paremmin kuntoutuneiden huomioimista, kuntoutujien ja heidän läheisten tukemista, lääkärin ja hoitajan kontrolleja, terapioiden, hoidon ja kuntoutuksen tasavertaisuutta sekä kolmannen sektorin mukaanottoa. Kytke – hankkeen avulla voidaan vastata tässä tutkimuksessa esille nousseisiin haasteisiin. Tutkimusta voidaan hyödyntää aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämisessä.</p> <p>Asiasanat: aivoverenkiertohäiriöt, kuntoutajat, kokemus, kuntoutus, moniammatillisuus, terveyskeskukset</p>	

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Author:	Katja Vähäkuopus
Title of Thesis:	Stroke Rehabilitants' Experiences of Rehabilitation and the Development of Stroke Rehabilitation in Kempele
Pages (+ appendices):	73 (+ 3 appendices)
<p>The aim of this thesis was to find out the different experiences stroke rehabilitants had of their rehabilitation, appointments and care at Kempele Health Center. Another aim was to find out the rehabilitants ideas for the development of rehabilitation and care. This thesis was a part of a northern Finnish Kytke-project.</p> <p>Stroke is a significant national disease that has a noticeable effect on rehabilitant's quality of life. Because of different symptoms the rehabilitants often need various professionals taking care of their rehabilitation. This means that professionals plan and coordinate the rehabilitation in multidisciplinary groups. Rehabilitants' opinions should have a larger role in the whole rehabilitation process and its development. Rehabilitants' experiences are always individual and are affected by the internal and external factors of the rehabilitants and their history and their outlook on life.</p> <p>The research data was collected using a theme interview of rehabilitants that had suffered from stroke during the years 2005-2010. The interviews took place on 4.1.-17.2.2011. The Interview form was previously used in Kytke-project and it was edited to suit the study. The data was analyzed qualitatively using an inductive content analysis.</p> <p>The rehabilitants hoped that further investments and developments would be made for rehabilitation. The study showed several positive factors in rehabilitation and rehabilitant care. There was also some inconsistency in the results as the rehabilitants considered same factors both promoting and interfering for rehabilitation. The study shows that Kempele Health Center should develop the following things: guidance of rehabilitants and their relatives, availability of rehabilitation, quality and positive stimulus of the surroundings, cooperation, equality of rehabilitation and rehabilitant care and reducing workloads. The study also shows that appointments and rehabilitation should develop the following things: consideration of rehabilitants in different stages of rehabilitation, support of rehabilitants and their relatives, control visits of doctors and nurses, therapies, equality of rehabilitation and rehabilitant care and attendance of the third sector. These development challenges can be met with the help of Kytke-project. This thesis can be used to further develop the stroke rehabilitants' care and rehabilitation.</p> <p>Key words: stroke, rehabilitant, experience, rehabilitation, multidisciplinary, health center</p>	

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	6
2 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖ ELI AVH	8
3 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ AVH – KUNTOUTUKSESSA	10
4 KUNTOUTUJAN KOKEMUS	12
5 KEMPELELÄISEN AVH – KUNTOUTUJAN KUNTOUTUSPOLKU	16
6 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT	20
6.1 Tutkimuksen tavoitteet	20
6.2 Tutkimuksen tehtävät	20
7 TUTKIMUSMENETELMÄ	21
7.1 Tutkimukseen osallistuneet kuntoutujat	21
7.2 Teemahaastattelu tutkimusmenetelmä	22
7.3 Tutkimuksen toteutus	23
7.4 Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi	24
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
8.1 Aineiston analyysissä muodostuneet luokat	27
8.2 Kuntoutumista edistäviä tekijöitä terveyskeskussairaalassa	27
8.3 Kuntoutumista hidastavia tekijöitä terveyskeskussairaalassa	31
8.4 Kehittämisehdotuksia terveyskeskussairaalalle	33
8.5 Kuntoutumista edistäviä tekijöitä vastaanotossa ja kuntoutuksessa	35
8.6 Kuntoutumista hidastavia tekijöitä vastaanotossa ja kuntoutuksessa	38
8.7 Kehittämisehdotuksia vastaanotolle ja kuntoutukselle	41
9 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	43
9.1 Yleistä tuloksista ja johtopäätöksistä	43
9.2 Hyvät tekijät terveyskeskussairaalassa, vastaanotolla ja kuntoutuksessa	43
9.3 Ristiriitaisuudet kuntoutujien kokemuksissa	44
9.4 Kuntoutuksen kehittäminen terveyskeskussairaalassa	47
9.5 Kuntoutuksen kehittäminen vastaanotolla ja kuntoutuksessa	56
9.6 Tulokset ja Kytke –hanke	60
10 POHDINTA	63

10.1 Tutkimuksen eettisyys.....	63
10.2 Tutkimuksen luotettavuus	64
10.3 Jatkotutkimusaiheet ja -suunnitelmat	66
10.4 Työn tekeminen.....	67
LÄHTEET.....	68

LIITTEET

1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia kempeleläisillä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneilla kuntoutujilla on Kempeleen terveystieteiden keskus- ja kuntoutuskeskuksissa, vastaanoton ja kuntoutuksen hoidosta ja kuntoutuksesta. Lisäksi tarkoituksena on selvittää kuntoutujien kehittämisehdotuksia hoidolle ja kuntoutukselle. Tutkimusta voidaan hyödyntää aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämisessä.

Tutkimus liittyy Pohjois-Suomen alueella toimivaan Kytke -hankkeeseen. Hankkeessa pyritään kehittämään kolmea eri osa-aluetta: aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutusprosessia, mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessia sekä syöpäpotilaan saattohoitoprosessia. Kytke -sana on lyhennys hankkeen laajemmasta määritelmästä, joka on asiakkaan ja kodin kytkeminen sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan palveluketjuun. Hankkeen tavoitteena ovat: vahvistaa perusterveydenhuollon asemaa, lisätä kuntoutujan ja läheisten osallisuutta sekä sitoutumista, kehittää resursseja vaativien prosessien toimivuutta ja hyödyntää uutta informaatioteknologiaa tiedonkulun ja palveluprosessien parantamiseksi sekä luoda malli sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosesseille. (Rekilä-Similä 2010, 1-5; Koski 2010, 4; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11.)

Aivoverenkiertohäiriö on kansanterveyden kannalta merkittävä sairaus, jolla on huomattava vaikutus elämänlaatuun. Lisäksi sairaus aiheuttaa pitkiä sairaalajaksoja ja työkyvyttömyyttä, jonka vuoksi kyseessä on Suomen kolmanneksi kallein sairaus. Aivoverenkiertohäiriö on myös Suomen neljänneksi yleisin kuolinsyy. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä 2011.) Aivoverenkiertohäiriöön sairastuu noin 14000 suomalaista vuosittain (Takala, Peurala, Erilä, Huusko, Viljanen, Ylinen & Silvenius 2010, 399).

Kuntoutuja on oman kuntoutumisensa asiantuntija. Hänen äänensä tulisi saada paremmin kuuluviin kuntoutusprosesseissa. Kyse on ihmisen kunnioittamisesta ja perusoikeuksista. Kuntoutujan mielipidettä ja arviota tulisi kuunnella aina, kun toiminnan kohteena on kuntoutuja omine tavoitteineen. Kyse on siis myös etiikasta ja kuntoutustoimintaa ohjaavien arvojen noudattamisesta. (Koukkari 2012, 40.)

Kokemus voidaan yksikertaisessa muodossa kuvata aistien tuottamaksi elämykseksi, jolle on annettu merkitys ja tulkinta. Todellisuudessa kyse ei ole näin selkeästä käsitteestä. Kuntoutujan kokemus on aina yksilöllinen, johon vaikuttavat kuntoutujan sisäiset ja ulkoiset tekijät. Lisäksi kokemukseen vaikuttaa kuntoutujan historia ja tapa olla läsnä tässä hetkessä. Myös ajattelua voidaan pitää jokaisen henkilökohtaisena kokemuksena. (Ojanen 2006, 102.)

Tämä tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen. Kvalitatiivinen tutkimus soveltuu ihmisten kokemusten tutkimiseen. Haastattelu on kvalitatiivisen tutkimuksen yksi keskeisimmistä aineistonkeruumenetelmistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 61-95.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa suositetaan laadullisten metodien käyttöä aineiston hankinnassa. Tällöin tutkittavien omat näkökulmat ja mielipiteet pääsevät esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.)

2 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖ ELI AVH

Aivoverenkiertohäiriö eli AVH on aivojen toimintahäiriö. Se syntyy aivokudoksen vaurioitumisesta. Aivokudoksen vaurioituminen voi johtua paikallisesta aivokudoksen verettömyydestä eli iskemiasta tai aivovaltimon verenvuodosta eli hemorragiasta. Iskemisiin aivoverenkiertohäiriöihin kuuluu TIA (transient ischemic attack) ja aivoinfarkti. TIA on aivojen tai verkkokalvon verenkiertohäiriöstä johtuva hetkellinen oire, joka ei jätä pysyviä vauriota. Oire kestää tyypillisesti muutamista minuuteista tuntiin. TIA:n sairastaneilla on suurentunut riski sairastua myöhemmin aivoinfarktiin. Aivoinfarkti jättää pysyviä vaurioita aivokudokseen. Se voi syntyä pienissä tai suurissa suonissa sekä sydänperäisten veritulppien eli embolioiden vuoksi. Aivoverenvuoto aiheuttaa kudosaivourioita, vaikka vuotanut veri imeytyy vähitellen pois aivoista. Aivoverenvuodoissa valtimo repeää. Repeämän seurauksena veri vuotaa joko aivojen sisäiselle (intra cerebral haematoma eli ICH) tai lukinkalvonalaan (subaraknoidaalivuoto eli SAV). (Aivoliitto 2012; Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2007, 271-306; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä 2011.)

Aivoverenkiertohäiriöistä suurin osa (75 %) on aivoinfarkteja. Aivoinfarktien yleisin syy (75%) on kaulavaltimoiden ja kallonsisäisten valtimoiden ateroskleroosi eli kovettuminen. Ateroskleroosin myötä suonien kimmoisuus yleensä heikkenee, suonet ahtautuvat ja voivat myös tukkeutua. Osa (25 %) aivoinfarkteista syntyy sydänperäisten veritulppien vuoksi. Aivoverenvuodon yleisin syy on kohonnut verenpaine tai vanhuksilla heikentyneen aivovaltimon repeytyminen. Lukinkalvonalaisen vuodon syy on usein aivojen pinnalla olevan valtimoaneurysman puhkeaminen. (Sivenius 2009, 1.)

Aivoverenkiertohäiriöille on tyypillistä, että ne alkavat äkillisesti tai suhteellisen äkillisesti. Aivoinfarktin ja aivoverenvuodon seurauksena aiheutunut aivovaurio aiheuttaa usein vajaatoimintaa, johon kuntoutuksella pyritään vaikuttamaan. Vajaatoiminta voi ilmetä monella eri tavalla. Tyypillisin aivoverenkiertohäiriön aiheuttama oire on toispuolihalvaus eli hemiplegia tai osittainen toispuolihalvaus eli hemipareesi. Lisäksi aivoverenkiertohäiriöön sairastuneilla esiintyy usein kognitiivisia häiriöitä, kuten muisti- häiriöitä, tarkkaavaisuuden, toiminnanohjauksen, suunnittelun ja kontrollin häiriöitä. Myös kognitiivinen prosessointi voi hidastua ja päättelytoiminnot heikentyä. Puheen-

tuottamisen ja/tai ymmärtämisen vaikeutta eli afasiaa esiintyy kolmasosalla sairastuneista. Sairastuneilla saattaa esiintyä lukemisen, kirjoittamisen ja laskemisen häiriöitä. Lisäksi heillä voi olla vaikeutta tahdonalaisten liikkeiden suorittamisessa eli apraksiaa, tunnistamisen häiriöitä eli agnosiaa. Aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa myös oman kehon huomiotta jättämistä eli neglectiä, näkökentän puutoksia ja tunne-elämän muutoksia. Tunne-elämän muutoksissa erityisesti masennus, itkuherkkyys, tunnetilojen ailahtelut tai ärtyisyys ovat yleisiä. (Kaste ym. 2007, 327; Forsbom, Kärki, Leppänen 2001, 32-33; Korpelainen, Leino, Sivenius & Kallanranta 2008, 251.)

On arvioitu, että joka kolmas aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista toipuu täysin. Joka toiselle jää sairastumisen jälkeen pysyvä haitta, heistä puolella haitta on vaikea-asteinen. Kuntoutusta aivoverenkiertohäiriön jälkeen tarvitsee lähes puolet kuntoutujista ja pysyvään laitoshoitoon jää 15 prosenttia sairastuneista. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 354.) Aivoverenkiertohäiriön jälkeen aivoissa tapahtuu plastisia muutoksia ja hermosolujen uudelleen järjestäytymistä. Nämä muutokset edistävät kuntoutumista. On tutkittu, että plastisuutta voidaan aktivoida usein toistetuilla harjoitteilla. Myös lääkityksellä voidaan hidastaa tai edistää kuntoutumista. Kuntoutujan osuus kuntoutumisessa on ratkaiseva. Hyvät tulokset vaativat kuntoutujan tehokasta harjoittelua. Toisaalta joskus oireet voivat parantua myös itsestään. (Sivenius, Puurunen, Tarkka, Jolkkonen 2002, 2569-2570.)

Kuntoutujan kyky oppia, omaksua ja käyttää uusia toimintamalleja voivat ennustaa hyvää kuntoutumista. Heikompaan ennusteeseen kuntoutumisessa viittaavat: matala viireystaso, muistin heikkous, oppimis- ja huomiokyvyn puutokset, oman tilan kieltäminen, huomiotta jättäminen, kielelliset häiriöt, muut vakavat sairaudet sekä sosiaalisen tukiverkoston vähyys. Vaikka kuntoutujilla olisikin heikompaan ennusteeseen viittaavia tekijöitä, tulee heitä kuntouttaa tehokkaasti. (Korpelainen ym. 2008, 270.)

3 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ AVH – KUNTOUTUKSESSA

Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut tarvitsee usein oireiden laajuuden vuoksi monenlaista ja moniammatillista kuntoutusta (Kaste ym. 2007, 327-329). Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, joka toteutuu yleensä pitkäjänteisesti. Kuntoutuksen avulla pyritään auttamaan kuntoutujaa saamaan elämäntilanteensa hallintaan. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 13.) Moniammatillinen kuntoutus tarkoittaa eri ammattiryhmien yhdessä suunnittelemaa ja koordinoimaa kuntoutusta (Wikström, Meretoja, Hieta-nen, Huusko, Ihalainen, Järvikoski, Karhuvaara, Kivekäs, Lindstam, Niinistö, Nyfors, Peurala, Pohjalainen, Vainikainen & Ylinen 2008, 101).

Moniammatillisessa yhteistyössä asiantuntijuutta yhdistetään ja kehitetään. Toiminnassa on mukana eri ammattien asiantuntijoita, joilla on erilaista osaamista ja valtuuksia. Yhteistyö edellyttää toisten kunnioittamista ja yhdessä oppimista. (Veijola 2003, 8.) Lisäksi se edellyttää tasavertaista ja taitavaa vuorovaikutusta, jonka avulla tiedot ja eri näkökulmat voidaan koota yhteen (Isoherranen 2008, 36; Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 39).

Jos resurssit ovat hyvät, moniammatilliseen kuntoutustyöryhmään kuuluvat: lääkäri, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti ja neuropsykologi. Tutkimusten mukaan pienemmälläkin kuntoutustyöryhmällä päästään hyviin tuloksiin, jos kuntoutustyöryhmä on aidosti kiinnostunut aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutuksesta. (Kaste ym. 2007, 328.) Hyvässä moniammatillisessa yhteistyössä kuntoutujan tarpeet ja toiveet huomioidaan kokonaisvaltaisesti (Paltamaa ym. 2011, 39).

Kuntoutuja on tärkeä ottaa mukaan kuntoutuksen suunnitteluun, toteuttamiseen, arviointiin ja päätöksen tekoon. Tällöin kuntoutujasta tulee subjekti, aktiivinen toimija, itseään ja kuntoutumistaan koskevissa asioissa. Näin kuntoutuja sitoutuu paremmin kuntoutumiseen. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2006, 23.) Kuntoutuksessa on keskeistä nähdä kuntoutuja ainutkertaisena yksilönä, jonka tavoitteet kehittyvät dialogisessa yhteistyössä moniammatillisen työryhmän kanssa. Myös omaisten ja läheisten rooli on tärkeä. Parhaimmillaan omaiset ja läheiset toimivat kuntoutujan selviytymistä ja tavoitteita tu-

kevan verkoston jäsenenä sekä yhteistyökumppanina kuntoutujan kuntoutusprosessissa. (Koukkari 2011, 220.)

Moniammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on antaa kuntoutujille mahdollisuus tavoitella ja ylläpitää kokonaisvaltaista toimintakykyään kuntoutuksen eri vaiheissa. Lisäksi tavoitteena on ohjata kuntoutujaa yksilöllisesti sellaiseen elämäntilanteeseen, jossa hänestä voisi tulla yhteiskuntaan osallistuva ihminen siinä määrin kuin hän itse sitä haluaa. (Quinn, Paolucci, Sunnerhagen, Sivenius, Walker, Toni & Lees 2009, 100.)

Moniammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta on vahvaa näyttöä. Sairastumisen alkuvaiheessa kuolleisuus on vähentynyt ja riski jäädä pysyväan laitoshoittoon on pienentynyt. Hoidon tehokkuus on näkynyt hoitoaikojen lyhentymisenä, vammaisuuden vähentymisenä ja elämänlaadun parantumisenä. Hyödyt ovat pitkäkestoisia ja siitä hyötyvät kaikki AVH -kuntoutujat iästä, sukupuolesta tai sairauden laajuudesta riippumatta. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä 2011.) Kuntoutusprosessi etenee sujuvammin ja johtaa parempaan lopputulokseen, kun kuntoutuja otetaan mukaan kuntoutumiseen aktiiviseksi ja osallistuvaksi toimijaksi. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 61.)

Parhain tulos saadaan mahdollisimman varhain aloitetulla kuntoutuksella. Tutkimusten mukaan seitsemän päivää aivoverenkiertohäiriöstä aloitetulla kuntoutuksella on paremmat ja pitkäkestoisemmat vaikutukset kuin vasta kuukauden päästä aloitetulla kuntoutuksella. (Mussicco, Emberti, Nappi & Caltagirone 2003, 551-558.) Fysioterapia on aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen tavallisin kuntoutuksen muoto, joka on tärkeä aloittaa välittömästi sairastumisen jälkeen. Myös puhe- ja toimintaterapia aloitetaan tarvittaessa mahdollisimman pian. AVH -kuntoutuksessa on tärkeää, että koko hoitohenkilökunta ja omaiset osallistuvat kuntoutukseen. Lisäksi mielialan hoitaminen edistää kuntoutujan kuntoutusmotivaatiota ja parantaa tuloksia. (Kaste ym. 2007, 327-329.)

4 KUNTOUTUJAN KOKEMUS

Kokemus on subjektiivinen ja monimutkainen käsite (Engeström 2003, 308). Jokaisen ihmisen henkilökohtainen historia ja persoonallinen tapa olla läsnä vaikuttaa siihen, miten koemme asioita. Kuntoutujan kokemus tulee sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vuorovaikutuksesta; omien tarpeiden ja olosuhteiden kautta. Oma ajattelu on henkilökohtainen kokemus. Kokemukseen vaikuttavat tunteet, mielikuvat ja tarpeet. Ne ovat osittain tiedostamattomia ja osittain tiedostettuja. Kukaan toinen ihminen ei voi osallistua ajatusten sisältöön. Ne muokkautuvat kuntoutujan oman mielen prosessien kautta ja omien kokemusten pohjalta. Tämän vuoksi puhutaan subjektiivisista kokemuksista. Niistä voidaan saada tietoa vain kuntoutujan antamien viestien avulla. (Ojanen 2006, 102-103.)

Suurin osa kuntoutujista kokee aivoverenkiertohäiriön saamisen pelottavana kokemuksena, jolloin koko maailma romahtaa. Aivoverenkiertohäiriön laajuus, sijainti ja ikä vaikuttavat siihen, millaisia seurauksia sairaudesta on kuntoutujalle. Kuntoutujan ikä voi vaikuttaa kuntoutumiseen ja kokemuksiin kuntoutumisesta. (Purola 2000, 24.) Geneettisellä perimällä, opituilla arvoilla, uskomuksilla ja tavoilla on merkitystä sairauden kokemisessa (Paloneva-Pylkkänen 1999, 300). Kuntoutujan kokemukset voivat myös olla erilaiset naisten ja miesten välillä. Naiset ovat tottuneempia kehossa tapahtuviin muutoksiin elämän aikana. Näin he voivat tunnistaa paremmin kehossa tapahtuvat muutokset sairastuessaan. (Kvigne & Kirkevold 2003, 1291-1308).

Kuntoutujan kokemus voi myös olla erilainen riippuen siitä, kummalla puolella aivoja aivoverenkiertohäiriö on tapahtunut. Vasemman puolen aivoverenkiertohäiriöön voi liittyä tyytyväisyyden ja autuuden tunnetta. Nämä tunteet voivat vaikuttaa kuntoutusmotivaatioon aiheuttaen haluttomuutta luopua miellyttävästä tunteesta ja yrittää toipua. (Taylor 2009, 141.) Lisäksi kuntoutujien kokemukset voivat olla erilaisia, vaikka heidän vammansa tai sairautensa olisi vaikeusasteeltaan ja laadultaan täysin samanlaisia. Kuntoutujien kokemuksiin vaikuttaa oleellisesti kuntoutujan fyysinen ja psyykkinen jaksaminen sekä jaksamisen tunteiden vaihtelevuus. Tämän vuoksi kuntoutujan kuunteleminen on tärkeää ja välttämätöntä. (Hokkanen, Härkäpää, Järvikoski, Martin, Nikkanen, Notko & Puumalainen 2009, 228.)

Aivoverenkiertohäiriön jälkeen kuntoutujat joutuvat usein tutustumaan uudestaan omaan vartaloonsa. Osa kehosta voi olla halvaantunut, jolloin heidän täytyy oppia liikkuttamaan kehoaan tarkoituksen mukaisesti. Kuntoutujat voivat kokea kehonsa vieraaksi ja siinä tapahtuneet muutokset järkyttävinä sekä käsittämättöminä. Toisaalta kuntoutujat voivat olla tyytyväisiä siitä toimintakyvystä, joka on jäänyt jäljelle sairastumisen jälkeen. Negatiiviset muutokset vartalossa voivat laskea itsetuntoa. (Kvigne & Kirkevold 2003, 1291-1308).

Kuntoutumiseen liittyy se, että kuntoutujan täytyy selvittää monesta asiasta itse. Heidän täytyy oppia toimimaan uudella tavalla, säilyttää motivaatio ja elämänusko. Lisäksi heidän täytyy kohdata arkitodellisuus ja suunnata katse rohkeasti tulevaisuuteen. (Koukkari 2011, 220.) Tulevaisuus sairastumisen jälkeen voi tarkoittaa uusien elämän suunnitelmien tekemistä tai kuntoutumisen myötä hiljalleen aikaisempiin suunnitelmiin palaamista (Ollila 2005, 42; Taylor 2009, 141-166).

Ihmissuhteet ovat kuntoutujien kokemusten mukaan merkittävin selviytymiseen vaikuttava tekijä. Ne voivat antaa voimaa tai aiheuttaa ahdistusta ja ristiriitoja. Usein ihmissuhteet vähentyvät sairastumisen myötä. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden tärkeimpiin ihmissuhteisiin katsotaan kuuluvan: perhe, sukulaiset, toiset kuntoutujat, ystävät, naapurit ja eri alojen ammattilaiset. Kuntoutujat kokevat samassa taloudessa asuvat omaiset tärkeimmiksi henkilöiksi. (Purola 2000, 65.) Omaiset voivat auttaa ja tukea kuntoutujaa fyysisesti, muistuttamalla asioista, suunnittelemalla ja organisoimalla yhdessä kuntoutujan kanssa päivittäisiin toimintoihin liittyviä asioita. (Carlsson, 2007, 4.)

Yhteydenpito muihin perheenjäseniin ja vertaistuki koetaan tärkeäksi. Naapurit voivat auttaa selviytymisessä tai tehdä sen haastavammaksi. Yhteydenpito ystäviin voi vähentää sairauden myötä. Kuntoutujat kohtaavat usein eri alojen ammattilaisia. Heidän kanssaan suhde koetaan yleensä etäiseksi. (Purola 2000, 65.) Sairastumisen jälkeen lyhyetkin sosiaaliset kontaktit, kuten tuttujen tapaaminen yllättävissä tilanteissa, voivat olla merkittäviä. Lisäksi muista rooleista, kuten puolison ja vanhemman roolista voi tulla entistä tärkeämpiä. (Kuokkanen 2009, 37.)

Mielekäs ajankäyttö vaikuttaa kuntoutujan kokemukseen elämän mielekkyydestä sairastumisen jälkeen. Usein aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet joutuvat pois työelämästä

tai työaikaa lyhennetään. Näin käytettävissä olevaa vapaa-aikaa on enemmän. Kun kuntoutuja selviytyy kotitöistä tai kodin ulkopuolisista töistä, elämä koetaan usein mielekkäämpänä. Kykenemättömyys tehtävien tekemiseen aiheuttaa tyytymättömyyttä. Lisäksi itselle soveltuvat harrastukset lisäävät mielekkyyden tunnetta. Kuntoutujat pyrkivät jatkamaan aikaisempia harrastuksia tai etsimään uusia. Niillä, joilla ei ole ollut harrastuksia ennen sairastumista, voi olla vaikeuksia hankkia niitä sairastumisen jälkeen. Oman kunnon ylläpito tavalla tai toisella usein lisääntyy. Jos kuntoutujat joutuvat luopumaan jostakin itselleen rakkaasta harrastuksesta, menetys tuntuu raskaalta. Tällaisia harrastuksia voivat olla esimerkiksi kahden kädellä soittaminen. Myös lukeminen voi olla vaikeaa muistin ja ajattelun vaikeuksien vuoksi. Toisilla taas lukeminen lisääntyy tai he voivat alkaa kuuntelemaan äänikirjoja. Päiväkirjojen kirjoittaminen on yleistä ja se tuo sisältöä elämään. Lisäksi television katsominen ja radion kuunteleminen lisääntyvät. (Purola 2000, 67-68)

Kuntoutujien viikot rytmittyvät terapioiden, ulkoilun ja päiväunien mukaan. Muu aika voi kulua oleskellen ja elettyä elämää muistellen. Näin aika voi käydä pitkäksi. Jos kuntoutuja on jo kokenut saavuttaneensa elämässään kaiken oleellisen, hän voi myös nauttia ajasta, jonka saa viettää omien ajatustensa kanssa. Tällöin oleskelu ja muistelu ovat positiivisia tekijöitä elämässä. (Purola 2000, 68.)

Kuntoutumista kuvataan kuntoutujan henkilökohtaiseksi oppimis- ja muutosprosessiksi. Tässä prosessissa kuntoutujan aktiivinen rooli, vaikutusmahdollisuudet ja suhde ympäristöön ovat kuntoutustoiminnan lähtökohtana. (Koukkari 2011, 220.) Kuntoutuja elää päivittäin sairautensa kanssa. Näin hän oppii hoitamaan, tulemaan toimeen ja keräämään havaintoja sairaudestaan. Lisäksi hän oppii tarkkailemaan omaa sairauttaan ja sen vaikutuksia arkeen. Kuntoutuja oppii tarkkailemaan oireita, hoitomuotoja ja niiden vaikutuksia sairauteen. Hän oppii myös tuntemaan parhaiten erilaiset käytännön tilanteet ja olosuhteet omassa elinpiirissään. Näin kuntoutujalle kertyy paljon henkilökohtaista, kokemukseen perustuvaa tietoa sairaudestaan. (Kangas 2003, 77.)

Kokemuksellisen tiedon lisäksi moni kuntoutuja hankkii lisää tietoa esimerkiksi internetin, lehtiartikkeleiden, lääketieteellisten tutkimusten, potilasjärjestöjen, terveydenhuollon ammattilaisten tai vertaistuen avulla. Asiantuntijuutta kasvattamalla kuntoutuja pyrkii ottamaan sairautensa haltuun, jäsentämään kokemustaan ja hallitsemaan paremmin

itsensä hoitamista sekä hyvinvointiaan. Kuntoutujalle tämä asiantuntijuus voi parhaimmillaan tuoda arjen sujuvuutta, sairauden tasapainoa ja elämänlaadun kohentumista. (Kangas 2003, 77.) Riittävä tiedon saanti vähentää kuntoutujien ahdistusta ja muiden ongelmien syntymistä. (Morris, Payne & Lambert 2007, 109).

Kuntoutuksella pyritään kuntoutujan valtaistumiseen (empowerment). Tällä viitataan kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksien, itse määrittämisen ja hallinnan kokemusten vahvistumiseen kuntoutumisen myötä. Näin kuntoutujan elämänhallinta vahvistuu ja hän saa tehdä itse valintoja sekä kontrolloida omaa kuntoutusprosessiaan. (Hokkanen ym. 2009, 21.) Kuntoutujan motoriset taidot, tasapaino, kävelykyky, aktiivisuus päivittäisissä toiminnoissa sekä kyky soittaa jotakin instrumenttia vaikuttavat kuntoutujan elämänhallinnan kokemiseen (Langhammer, Stanghelle & Lindmark 2008, 142).

5 KEMPELELÄISEN AVH – KUNTOUTUJAN KUNTOUTUSPOLKU

Käypä hoito – suosituksessa on ohjeistus aivoinfarktin yhdenmukaiseen hoitoon ja kuntoutukseen Suomessa. Suosituksessa kerrotaan hoito- ja kuntoutusmuotojen sekä -käytäntöjen vaikuttavuudesta näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä 2011.) Aivoverenvuotojen osalta käypä hoito – suositusta ei ole tehty. Kempeleessä toimitaan valtakunnallisten suositusten mukaisesti aivoinfarktin hoidossa ja kuntoutuksessa. Käytännön kokemuksen mukaan aivoverenvuotoon sairastuneiden kuntoutuspolku etenee lähes samalla tavalla aivoinfarktiin sairastuneiden kuntoutuspolun kanssa. Eroavaisuutta on hoitotoimenpiteissä, joihin ei paneuduta tässä tutkimuksessa.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut viedään Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS:n) päivystyspoliklinikalle. Tämän jälkeen kuntoutujat siirtyvät akuutille neurologiselle osastolle. Kuntoutus aloitetaan akuutti osastolla tilanteen stabiloiduttua. Lisäksi keskitytään tarpeelliseen hoitoon ja diagnostiikan tekemiseen. Alkuvaiheen kuntoutuksen tavoitteena on ehkäistä lisäaurioita ja komplikaatioita. Tämä toteutuu kuntoutujan hengitys- ja verenkiertoelimistön, nestetasapainon, ravitsemuksen ja suoliston toiminnan seuraamisella ja huolehtimisella. Esimerkiksi liikuntakyvyttömän tai tajuttoman säännöllisellä asentohoidolla pyritään parantamaan hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa, ehkäisemään painehaavaumien syntyä ja ylläpitämään nivelten liikkuvuuksia. Hoito- ja kuntoutus tapahtuvat tiiviissä seurannassa, aivoverenkiertohäiriöihin erikoistuneiden työntekijöiden avulla. (Korpelainen ym. 2008, 257.)

Oulun yliopistollisen sairaalan neurologisella osastolla AVH -kuntoutujat ovat keskimäärin seitsemän päivää (Meretoja, Roine, Erilä, Hillbom, Kaste, Linna, Liski, Juntunen, Marttila, Rissanen, Sivenius & Häkkinen 2007, 25). Kyseessä on siis lyhyt kuntoutusjakso, jonka jälkeen osa kuntoutujista siirtyy kotiin ja jatkokuntoutusta vaativat Kempeleen terveystieteiden sairaalaan. Kotiin siirtyvien kuntoutuspolku voi päättyä tähän vaiheeseen tai jatkua Kempeleen terveystieteiden vastanotolla ja kuntoutuksessa. Jatkokuntoutuksen turvaamiseksi Kytke -hankkeessa on kehitetty AVH -vastaavan toimenkuva. Erikoissairaanhoidosta lähetetään kotiutuvan kuntoutujan tiedot oman kunnan AVH -vastaavalle, jollei kuntoutuja ole kieltänyt tietojen lähettämistä eteen-

päin. AVH –vastaava ottaa yhteyttä kuntoutujaan kotiutumisen jälkeen ja sopii kotikäynnin tai vastaanottokäynnin terveyskeskukseen.

Kempeleen terveyskeskussairaalassa kuntoutus jatkuu OYS:n ohjeiden mukaisesti. Kempeleen terveyskeskussairaalassa on 40 vuodepaikkaa. Tarvittaessa sinne voidaan ottaa 42 kuntoutujaa. Sairaalan huoneet on jaettu tammikuusta 2012 lähtien kolmeen soluun: kuntoutus-, akuutti- ja hoivasoluihin. Kuntoutussolussa on 12 paikkaa, akuutissa 14 ja hoivasolussa 16. Solujaon tarkoituksena on hoidon ja kuntoutuksen kehittäminen. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet kuntoutujat tulevat kuntoutussoluun, jos heillä ei ole akuutin hoidon tarvetta. Terveyskeskussairaalassa on noin 28 hoitajaa, joista puolet on sairaanhoitajia ja puolet lähi- tai perushoitajia. Lisäksi sairaalan henkilökuntaan kuuluu lääkäri, osastonhoitaja, sihteeri ja 1½ fysioterapeuttia. Sairaala ostaa ostopalveluna aivoverenkiertohäiriöön sairastuneille tarvittaessa puhe- ja toimintaterapiapalveluita yksityisiltä toimijoilta. Tutkimusten mukaan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet ovat terveyskeskuksissa keskimäärin 26 päivää (Meretoja ym. 2005, 25).

Kempeleen terveyskeskussairaalassa kuntoutuja voi olla vielä akuuttivaiheessa tai siirtynyt kuntoutuksessa nopean kuntoutumisen vaiheeseen, jota kutsutaan subakuutiksi ja intensiivisen kuntoutuksen vaiheeksi. Tämä vaihe alkaa välittömästi akuuttivaiheen jälkeen ja kestää 3-6 kuukautta, ajoittain pidempäänkin. Intensiivisen kuntoutuksen vaiheen tavoitteena on: muodostaa realistinen kuva kuntoutujan ennusteesta, tavoitteesta, antaa tietoja sairaudesta ja kuntoutumisesta kuntoutujalle ja hänen läheiselle, selvittää kuntoutujan sosiaalisia tukijärjestelmiä ja pyrkiä ottamaan kuntoutujan läheiset mukaan kuntoutukseen. Tässä vaiheessa kuntoutuja saa tarpeidensa mukaista moniammatillista kuntoutusta ja hänen kanssaan laaditaan kuntoutussuunnitelma. (Korpelainen ym. 2008, 258.)

Terveyskeskussairaalasta kuntoutujat voivat siirtyä suoraan kotiin tai mennä OYS:n kuntoutusosastolle tai Oulun diakonissalaitokselle (ODL:n) kuntoutusjaksolle. OYS:n tai ODL:n kuntoutusjaksolle kuntoutuja voi mennä myös kotoaan. Kuntoutusjaksot ovat kestoltaan yksilöllisiä. Yleensä kuntoutujat ovat jaksolla useamman viikon yhtäjaksoisesti. Kuntoutus jatkuu yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa. Tavoitteena on ennen kaikkea päivittäisten toimintojen harjoittaminen sekä mahdollisimman korkean omatoimisuuden saavuttaminen. Sekä OYS:n että ODL:n kuntoutusjaksoille tulee kun-

toutujia koko Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueelta. Tämän vuoksi kuntoutujat joutuvat usein odottamaan pääsyään kuntoutukseen. Tällöin kuntoutujan tarpeen mukainen moniammatillinen kuntoutus järjestetään oman kunnan kautta ostopalveluna. Fyysisesti moniammatillinen kuntoutus voi toteutua Kempeleen terveystieteidenkeskuksessa tai kuntoutujan kotona lääkinnällisen kuntoutuksen suosituksena.

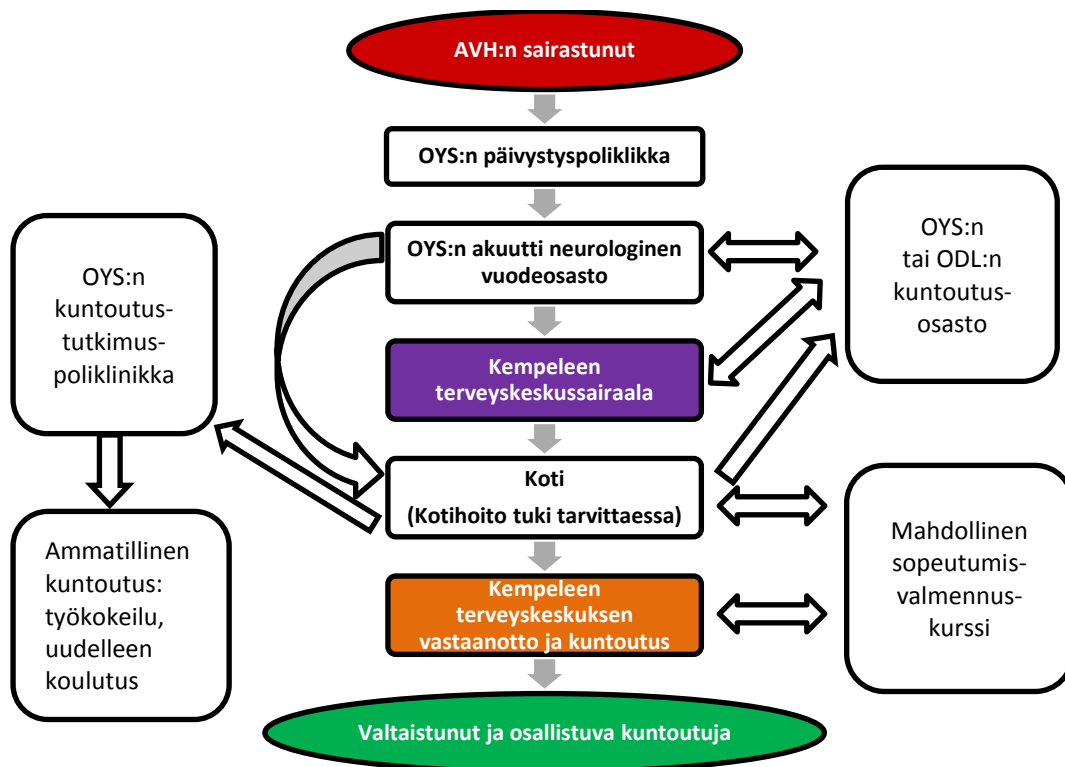
Kuntoutuksen ollessa intensiivisen kuntoutuksen loppuvaiheessa kuntoutus alkaa toteutua poliklinisesti. Tällöin kuntoutuja käy tarvittavissa terapioissa kotoaan. Toimintakykyä ylläpitävä kuntoutusvaihe alkaa silloin, kun toiminnallista edistymistä motorisissa ja kognitiivisissa taidoissa ei enää mainittavasti tapahdu. Yleensä toimintakykyä ylläpitävä kuntoutusvaihe alkaa noin vuoden päästä sairastumisesta. Tällöin kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitäminen ja joskus myös parantaminen. (Korpelainen ym. 2008, 259.)

Intensiivisen ja toimintakykyä ylläpitävän kuntoutuksen vaiheessa kuntoutus tapahtuu fyysisesti Kempeleen terveystieteidenkeskuksen vastaanoton ja kuntoutuksen kautta. Vastaanotosta ja kuntoutuksesta käytetään tämän tutkimuksen liitteissä nimitystä avoterveydenhuolto. Kuntoutuja voi tulla vastaanoton ja kuntoutuksen palveluihin suoraan OYS:n akuutilta neurologiselta vuodeosastolta, Kempeleen terveystieteidenkeskuksista, ODL:n tai OYS:n kuntoutusjaksoilta kotiutuessaan. Kempele on jaettu neljään ja puoleen eri alueeseen maantieteellisesti ja väestömäärän mukaisesti. Näillä alueilla on käytössä oma lääkäri- ja hoitajajärjestelmä. Lääkärille ja hoitajalle kuntoutujat saavat aikaan ajanvarauksen kautta. Lääkäreitä vastaanotossa on yhdeksän, sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia kuusi ja lähihoitajia kahdeksan. Lisäksi vastaanoton henkilökuntaan kuuluu osastonhoitaja.

Terveystieteidenkeskuksen kuntoutukseen kuuluu fysio- ja puheterapia, lääkinnällinen ja veteraanien kuntoutus. Fysioterapiassa on kolme fysioterapeuttia. Fysioterapiaan kuntoutujat pääsevät lääkärin läheteellä. Fysioterapia toteutuu yksilöllisenä ja ryhmämuotoisena. Puheterapeutteja on yksi ja hän kuntouttaa pääasiassa lapsia. Aivoverenkiertohäiriöisten toiminta- ja puheterapiaa ostetaan kuntoutujille ostopalveluna lääkinnällisen kuntoutuksen työryhmän päätöksellä. Tällöin toiminta- ja puheterapia toteutuvat kuntoutujan kotona tai kyseisen toiminta- tai puheterapeutin omissa toimitiloissa. Läkinnällisen kuntoutuksen työryhmä kokoontuu terveystieteidenkeskuksessa säännöllisesti. Työryhmään kuuluu

johtava lääkäri, puhe- ja fysioterapeutti. Terveyskeskuksessa on myös oma veteraani-asiamies.

Kuntoutujat voivat käydä sopeutumisvalmennuskursseilla OYS:n, oman kunnan, Kelan tai Aivoliitto ry:n kautta. Lisäksi osa kuntoutujista voi käydä OYS:n kuntoutustutkimuspoliklinikalla tutkimuksissa ja tämän jälkeen ohjautua ammatilliseen kuntoutukseen, työkokeiluun ja uudelleen koulutukseen. Kotona asumisen tueksi Kempeleen kunnalaiset saavat tarvittaessa kotihoidon kautta tukea. Kotihoito kuuluu peruspalveluissa ikäihmisten hoivan ja huolenpidon alaisuuteen. Kotihoiton palveluista sovitaan yhdessä kuntoutujien ja heidän läheistensä kanssa. Kuviossa 1. kuvataan kempeleläisen AVH – kuntoutujan polku.



Kuvio 1. Kempeleläisen AVH -kuntoutujan kuntoutuspolku.

6 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

6.1 Tutkimuksen tavoitteet

Tämän tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa kuntoutujien kokemuksista ja kehittää Kempeleen terveyskeskussairaalan, vastaanoton ja kuntoutuksen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden moniammatillista kuntoutusta. Tavoite pyritään saavuttamaan kempeleläisten vuosina 2005-2010 sairastuneiden AVH -kuntoutujien teemahaastatteluiden avulla, joissa kartoitetaan heidän kokemuksia ja kehittämisideoita Kempeleen terveyskeskussairaalan, vastaanoton ja kuntoutuksen hoidosta ja kuntoutuksesta.

Tutkimustuloksia hyödynnetään moniammatillisen AVH- kuntoutuksen kehittämisessä Kempeleen terveyskeskussairaalassa, vastaanotossa, kuntoutuksessa ja Kytke – hankkeessa.

6.2 Tutkimuksen tehtävät

Tutkimuksen tehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

- Millaisia kokemuksia kempeleläisillä vuosina 2005-2010 sairastuneilla AVH -kuntoutujilla on Kempeleen terveyskeskussairaalan hoito- ja kuntoutusjaksoista?
- Millaisia kokemuksia kempeleläisillä vuosina 2005-2010 sairastuneilla AVH -kuntoutujilla on Kempeleen terveyskeskuksen vastaanoton ja kuntoutuksen hoito- ja kuntoutusjaksoista?
- Miten AVH -kuntoutusta voitaisiin kehittää kuntoutujien näkökulmasta Kempeleen terveyskeskussairaalassa?
- Miten AVH -kuntoutusta voitaisiin kehittää kuntoutujien näkökulmasta Kempeleen terveyskeskuksen vastaanotossa ja kuntoutuksessa?

7 TUTKIMUSMENETELMÄ

7.1 Tutkimukseen osallistuneet kuntoutujat

Tutkimuksen tekeminen käynnistyi tutkimussuunnitelman laatimisella. Suunnitelma saatiin valmiiksi joulukuussa 2010. Tämän jälkeen pyydettiin tutkimusluvat kolmelta taholta: Kempeleen terveyskeskukselta johtava lääkäri Jouko Koskelalta, Kytke – hankkeen vastuulliselta johtajalta ylilääkäri Keijo Koskelta ja ylemmän ammattikorkeakoulun ohjaavilta opettajilta: yliopettaja Anneli Paldaniukselta ja lehtori Eija Jumiskolta. Tutkimusluvan saannin jälkeen tilattiin Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitokselta (THL) lista henkilöistä, jotka olivat olleet kuntoutumassa Kempeleen terveyskeskussairaalassa vuosina 2005–2010. Edellä mainittuihin vuosilukuihin päädyttiin riittävän tutkimusaineiston takaamiseksi. THL:ltä saadussa listassa oli 129 henkilötunnusta. Henkilötunnukset oli listattu aivoverenkiertohäiriö diagnoosinumeroiden perusteella (I60-63). Henkilötunnusten omaavien tietoihin perehdyttiin Effica -potilastietojärjestelmän kautta. Listoista alleviivattiin tutkimuksen kriteerit täyttävät henkilötunnukset.

Tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin henkilöt, jotka olivat kuolleet, joiden tietoja ei syystä tai toisesta löytynyt, jotka olivat Kempeleen terveyskeskussairaalassa pitkäaikaispotilaana tai joilla oli afasia. Myöskään sellaisia kuntoutujia ei otettu mukaan tutkimukseen, jotka olivat sairastuneet ennen vuotta 2005, muuttaneet Kempeleeseen vuosia sairastumisen jälkeen tai muuttaneet Kempeleestä toiselle paikkakunnalle. Lisäksi tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin henkilöt, jotka olivat täysin muistamattomia, päihteiden (alkoholin tai huumeiden) väärin käyttäjiä tai joilla oli ollut vain TIA-oireita. Näin listoista löytyi 12 tutkimukseen soveltuvaa henkilöä. Kyseessä oli siis tarkoituksenmukainen eli valikoiva otanta henkilöistä, joilla oli kokemusta tutkittavasta aiheesta ja jotka kykenivät osallistumaan haastatteluun. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 85; Vilkkä 2005, 114).

Tutkimuksesta kieltäytyi kaksi henkilöä. Toinen kieltäytyjistä koki, että ei halua muistella sairastumistaan. Toinen taas oli sitä mieltä, että hänen kuntoutumisensa oli edennyt niin hyvin ja nopeasti, että ei kokenut tutkimukseen osallistumista mielekkääksi. Lisäksi yksi henkilö halusi tulla mukaan tutkimukseen, mutta perui osallistumisen haastattelu-

päivän aamuna tekstiviestillä. Häneen yritettiin ottaa yhteyttä puhelimitse, mutta hän ei vastannut puhelimeen. Näin ollen tutkimukseen osallistui yhteensä yhdeksän henkilöä.

Tutkimukseen osallistuneet kuntoutujat olivat iältään 54–82-vuotiaita. Heistä neljä oli naisia ja viisi miestä. Ennen sairastumista kolme oli eläkkeellä ja kuusi työelämässä. Sairastumisen jälkeen kaksi oli pystynyt palaamaan takaisin työelämään, toinen osaaikaisesti ja toinen kokopäiväisesti. Neljä oli jäänyt työkyvyttömyyseläkkeelle. Ennen sairastumista kolme asui puolison ja lasten kanssa, yksi yksin ja viisi puolison kanssa. Sairastumisen jälkeen yhden kuntoutujan aikuiset lapset olivat muuttaneet takaisin kotiin auttaakseen vanhempiaan. Aivoverenkiertohäiriö oli vaikuttanut kuntoutujien toimintakykyyn eri tavoin. Kaikilla oli jäänyt aivoverenkiertohäiriön jälkeen joko fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakyvyn jonkin asteista haittaa. Kaikille kuntoutujille aivoverenkiertohäiriö oli tullut yllättäen ja aiheuttanut voimakkaita tai kuntoutujien mielestä kummallisia oireita. Tällaisia oireita olivat: halvausoireet, puheen tuottamisen ongelmat, voimakas päänsärky tai pahoinvointi. Yksi kuntoutujista ei muistanut mitään sairastumisen ensivaiheista ja pystyi kertomaan vain siitä, mitä toiset olivat hänelle keroneet. Muut muistivat erittäin hyvin sairastumisen ensivaiheet.

7.2 Teemahaastattelu tutkimusmenetelmä

Tutkimuksessa haluttiin tietää kuntoutujien kokemuksia Kempeleen terveystieteiskeskus- ja sairaalan, vastaanoton ja kuntoutuksen hoidosta ja kuntoutuksesta. Näin päädyttiin kysymään asiaa kuntoutujilta itseltään. Tutkimusmenetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Teemahaastattelu on strukturoidun eli lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelussa aihepiirit ja teemat ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkkaa muotoa voidaan täsmentää ja esittämisyjärjestystä voidaan vaihdella haastattelua toteuttaessa. Tässä haastattelumuodossa korostuvat ihmisten merkitykset ja tulkinnat asioille, mutta teemahaastattelussa pyritään kuitenkin etsimään vastauksia tutkimuksen tehtäviin. Teemahaastattelu on suosittu aineistonkeruumenetelmä hoitotieteessä. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 96–97.)

Haastattelulomakkeena käytettiin Kytke – hankkeessa hyödynnettyä haastattelulomaketta, jota muokattiin ohjaavien opettajien ja mentorien avustuksella tutkimukseen paremmin soveltuvaksi. (Liite 1.)

7.3 Tutkimuksen toteutus

Tutkija otti yhteyttä kriteerit täyttäviin kuntoutujiin puhelimitse ja kertoi tutkimuksesta sekä Kytke -hankkeesta. Kun kuntoutuja oli halukas tulemaan haastatteluun, hänelle varattiin aika yksilölliseen haastatteluun. Kuusi haastattelua toteutettiin Pirilän tuvassa, kaksi Kempeleen terveyskeskuksessa ja yksi kuntoutujan kotona. Haastattelupaikka valittiin turvallisuus, kuntoutujan toiveet ja toimintakyky sekä tilan rauhallisuus huomioiden. Yksi haastattelu toteutettiin illalla, muut päivällä. Haastattelut toteutettiin 4.1.–17.2.2011 välisenä aikana.

Haastattelut kestivät 40 minuutista 1 tuntiin 10 minuuttiin. Kaikille haastatteluun tulijoille kerrottiin ensin tutkimuksen tarkoituksesta ja eettisistä periaatteista. Tällöin korostettiin sitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista eikä osallistuminen tai osallistumatta jättäminen vaikuta hoitoon tai kuntoutukseen. Lisäksi korostettiin sitä, että haastateltavien henkilöllisyyttä ei paljasteta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille missään vaiheessa.

Haastateltaville kerrottiin, että haastattelut nauhoitetaan, kirjoitetaan tekstimuotoon ja tämän jälkeen analysoidaan. Lisäksi heille kerrottiin, että haastattelunauhat ja -kertomukset hävitetään välittömästi tutkimuksen jälkeen. Kuntoutujille kerrottiin myös, että he voivat keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa. Tämän jälkeen kuntoutujia pyydettiin allekirjoittamaan kaksi kirjallista suostumuslomaketta tutkimukseen (Liite 2). Toinen lomake jäi kuntoutujalle ja toinen tutkijalle.

Kaikki haastattelut nauhoitettiin sanelulaitteelle. Haastattelut etenivät haastattelulomakkeen mukaisesti (Liite 1). Haastateltavat kertoivat tilanteistaan avoimesti ja omalla tavallaan. Tutkija pyrki antamaan kuntoutujien kertoa aiheista mahdollisimman vapaasti. Tarvittaessa tutkija esitti jatkokysymyksiä tai ohjasi keskustelua haastattelun teemojen suuntaan. Tutkija koki, että haastattelutilanteissa oli välitön ja avoin ilmapiiri. Osa haastateltavista kertoikin haastattelun tuntuneen ikään kuin terapiatilanteelta, jolloin oli mahdollisuus kertoa sairastumisestaan avoimesti toiselle ihmiselle.

Ensimmäinen litteroitu haastattelu lähetettiin ohjaavalle opettajalle. Ohjaava opettaja antoi palautetta, jonka avulla tutkija pystyi saamaan laadukkaampaa ja rikkaampaa ai-

neistoa haastatteluista. Hän ohjasi kiinnittämään huomiota siihen, että tutkija esittää riittävästi jatkokysymyksiä kuntoutujien vastauksiin, mutta antaa kuntoutujille myös aikaa vastata kysymyksiin. Lisäksi ohjaava opettaja antoi haastattelulomakkeeseen kolme lisäkysymystä, joiden avulla pyrittiin täydentämään kuntoutujien vastauksia. Kahdeksan seuraavaa haastattelua toteutettiin opettajan ohjeistuksen mukaisesti. Lisäkysymykset olivat seuraavat:

1. Mikä kuntoutuksessa, hoidossa ja sairastumisessa on ollut mielestäsi ikävintä?
2. Mikä kuntoutuksessa, hoidossa ja sairastumisessa on ollut mielestäsi parhaita?
3. Jos sinulla olisi mahdollisuus opettaa kuntoutus- ja hoitoalan ammattilaisia, mitä haluaisit sanoa heille?

Haastattelut kirjoitettiin sanasta sanaan tietokoneelle eli litteroitiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132; Hirsjärvi ym. 2009, 222.) Litteroinnin tarkoituksena on helpottaa aineiston analyysia (Vilkka 2005, 115). Haastatteluiden litterointi aloitettiin välittömästi ensimmäisen haastattelun jälkeen. Viimeinen haastattelu litteroitiin 7.5.2011. Litterointiin meni aikaa 5-8 tuntiin yhtä haastattelua kohden. Tekstiä haastatteluista kertyi 83 sivua, keskimäärin 9 sivua haastattelua kohden (fontilla: Times New Roman, tekstikoolle: 12, rivivälillä: 1,5).

Tämän jälkeen aloitettiin aineiston analysointi induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti. Aineiston analysointia tehtiin useiden kuukausien ajan. Kirjoittamista tehtiin kokoajan aineiston analyysin rinnalla. Kirjoittamista tehtiin muistiinpanojen ja väliraporttien muodossa. Näin valmistauduttiin kertomaan tutkimuksesta tutkimusseminaareihin, opettajien ohjauksiin ja Kytke – hanke palavereihin. Tutkiminen pitäisikin olla samanaikaisesti kirjoittamista. Näin kirjoittaminen kietoutuu tutkimusprosessin kaikkiin vaiheisiin, alusta loppuun saakka. (Vilkka 2005, 62.)

7.4 Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Tutkimusaineiston analyysi toteutettiin kvalitatiivisesti eli laadullisesti. Menetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Menetelmän avulla aineistosta syntyy sanallisia tulkintoja (Vilkka 2005, 140). Tavoitteena on ilmiön kattava, mutta tiivis esittäminen. Sisällön-

analyysin avulla syntyy käsiteluokituksia, -järjestelmiä, malleja tai karttoja. Sisällönanalyysia on induktiivista eli aineistolähtöistä ja deduktiivista eli teorialähtöistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133–135.) Tässä tutkimuksessa aineiston sisällönanalyysi toteutettiin aineistolähtöisesti. Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin päädyttiin, koska haluttiin tuoda esille kuntoutujien ääni ja aidot kokemukset myös aineiston analyysin jälkeen. Näin teoria ei ohjannut aineiston analyysin tekemistä vaan sitä ohjasi haastatteluiden avulla saatu aineisto.

Aineistolähtöisen analyysin tarkoituksena on teoreettisen kokonaisuuden luominen tutkimusaineistosta. Tässä menetelmässä analysoitavat kohteet valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävien mukaisesti. Analysoitavat kohteet eivät ole ennalta sovittuja ja harkittuja. Aineistolähtöisessä analyysissä aikaisemmilla havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla ilmiöstä ei saisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamiseen tai lopputulokseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.)

Analyysin alkuvaiheessa litteroiduista teksteistä lähdettiin etsimään tutkimustehtävän mukaisia kuntoutujien kokemuksia. Näitä kokemuksia alleviivattiin ja kommentoitiin kirjoittamalla tekstiin mieleen tulevia ajatuksia ja otsikoita lukemisen aikana. Tätä analyysin vaihetta kutsutaan aineiston koodaamiseksi (Elo & Kyngäs 2007, 109). Aluksi alleviivaus toteutettiin lyijykynällä. Myöhemmin tekstistä voitiin erottaa positiivisia, negatiivisia ja neutraaleja kokemuksia, jotka alleviivattiin eri värein.

Tämän jälkeen alkuperäiset kokemukset pelkistettiin, kuntoutujien alkuperäisiä ilmauksia kunnioittaen. Tällä tavalla haluttiin saada kuntoutujien oma ääni kuuluviin analyysivaiheen jälkeenkin. Aineiston analyysin tekninen vaihe alkaa aineiston alkuperäisten ilmaisuja pelkistämisestä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101).

Pelkistetyt ilmaukset jaettiin positiivisten, negatiivisten ja neutraalien kokemusten mukaan omiin kokonaisuuksiin. Aineiston ryhmittelyä jatkettiin kokoamalla samaa tarkoittavia ilmaisuja ja kokonaisuuksia omiin ryhmiin. Tätä vaihetta kutsutaan analyysin klusteroinniksi eli ryhmittelyksi. Näin aineisto tiivistyy, sillä yksittäisiä tekijöitä voidaan sisällyttää yleisempiin käsityksiin. Ryhmistä muodostuu luokkia tai kategorioita, jossa myös tehdylle luokalle voidaan antaa sisältöä kuvaava nimi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101, 110).

Tässä tutkimuksessa ryhmittely ja luokittelu toteutettiin taulupohjien avulla, joihin alkuperäiset ja pelkistetyt ilmaukset kiinnitettiin tietyn värisillä nastoilla. Punaiset nastat olivat negatiivisia kokemuksia, siniset ja valkoiset neutraaleja ja vihreät positiivisia. Kokemusten tarkasteleminen taulupohjien avulla koettiin analyysivaiheessa hyväksi ratkaisuksi, koska silloin kokemusten paikkoja voitiin helposti vaihtaa ryhmittelyn ja luokittelun edetessä. Lisäksi aineiston kokonaisuuden hahmottaminen onnistui paremmin konkreettisten taulujen avulla. Näin koko aineistoa pystyttiin tarkastelemaan samanaikaisesti. Aineiston muotoileminen ryhmiin ja luokkiin vaatii tulkintaa siitä, mitkä kokemukset kuuluvat samaan luokkaan. Erilaisten luokkien tarkoituksena on kuvata ilmiötä ymmärryksen ja tiedon lisäämiseksi. (Elo & Kyngäs 2008, 111.)

Aineiston luokittelua jatkamalla kokemukset voitiin jakaa ylä- ja alaluokkiin. Tässä vaiheessa merkityskokonaisuudet jäsentyvät ja yhdistyvät. Tämän jälkeen aineisto voidaan abstrahoida eli käsitteellistää. Aineiston käsitteellistäminen tarkoittaa alkuperäisestä informaatiosta teoreettisten käsitteiden ja johtopäätösten luomista. Näin on mahdollista saada vastaus tutkimustehtäviin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 111–112.)

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Aineiston analyysissä muodostuneet luokat

Haastatteluissa ilmeni, että kuntoutujilla oli positiivisia, negatiivisia ja neutraaleja kokemuksia Kempeleen terveystieteidenkeskussairaalan, vastaanoton ja kuntoutuksen hoito- ja kuntoutusjaksoista. Aineiston analyysissä muodostui kaksi yläluokkaa kuntoutujien kokemuksille: kuntoutumista edistävät ja hidastavat tekijät. Alaluokiksi muodostui kolme eri luokkaa: henkilökunta, kuntoutuja ja ympäristö.

Kuntoutujien kehittämis ehdotukset Kempeleen terveystieteidenkeskussairaalassa saivat yläluokakseen kuntoutukseen panostamisen. Alaluokiksi muodostuivat henkilökunta ja ympäristö. Kempeleen vastaanoton ja kuntoutuksen kehittämis ehdotuksien yläluokaksi tuli kuntoutuksen kehittäminen ja alaluokaksi henkilökunta.

8.2 Kuntoutumista edistäviä tekijöitä terveystieteidenkeskussairaalassa

Henkilökunta

Kempeleen terveystieteidenkeskussairaalan henkilökunta koettiin mukavaksi ja miellyttäväksi. Henkilökunnan nuoruus, innokkuus ja tuttuus oli positiivista. Osa kuntoutujista kertoi tunteneensa terveystieteidenkeskussairaalan työntekijöitä heidän lapsuudestaan saakka. Henkilökunnan keskusteleminen muustakin kuin sairaudesta sekä nauraminen kuntoutujien kanssa koettiin tärkeäksi. Omaiset huomioitiin soittamalla kuntoutujan vanhemmille silloin, kun kuntoutuja ei itse siihen vielä pystynyt. Tämä koettiin vanhemman kannalta tärkeäksi asiaksi, näin vanhempi sai kuulla lapsensa äänen.

Henkilökunnan koettiin antaneen mahdollisuuden kuntoutumiseen antamalla kuntoutujalle keinoja itsenäiseen harjoitteluun. Myös avustetut harjoitteet koettiin kuntoutumista edistäväksi. Kuntoutujat kertoivat kokemuksia fysioterapeuttin ohjaamista monipuolista kävelyharjoitteista, step-lautojen avulla toteuttavista harjoitteista, restoraattorin polkemisesta, pystyasennon harjoitteista seisomatelineen avulla ja erilaisista pallon avulla toteutettavista harjoitteista. Lisäksi puheterapeuttin ohjaamat puheen tuottamista parantavat harjoitteet ja hoitajien avustamana toteutetut kukkien

hoitamiset terveystieteiden sairaalan parvekkeella koettiin mielekkääksi ja kuntoutumista edistäväksi.

Avun saaminen fyysisten harjoitteiden tekemiseen ja päivittäisissä toiminnoissa selviämiseen koettiin tärkeäksi. Päivittäisistä toiminnoista mainittiin suihkussa ja wc:ssä käynnit sekä hiusten laittamiset. Myös suullinen ohjaus, neuvonta ja kannustaminen harjoitteiden tekemiseen sekä omatoimiseen toimimiseen koettiin tärkeäksi. Hoitoa ja huolenpitoa kuvailtiin hyväksi, mukavaksi ja asialliseksi. Lisäksi ihmisarvo ja inhimillisyys säilytettiin kuntoutujien kokemuksen mukaan terveystieteiden sairaalassa.

Että jos summais vielä tuon tk:n niin kaiken kaikkiaan semmoset aivan... oon saanu hyvän hoion... Ku määki oon kuullu, että jotku puhu arvauskeskuksesta ja minusta tommosella lausunnolla saa kyllä pyyhkiä persettä, se on aivan hanurista! Kyllä minä ainaki koen, että minua on hoiettu ja minä oon saanu hyvän hoion ja ei oo niinku huonoa sanaa sanottavana...Että jos kouluarvosanoja pittää antaa niin... onko se nelosesta kymppiin niin... minä antaisin tota niin... minä kyllä en kovin heleposta hyviä anna, mutta kaheksan puoli. Mutta se on tosiaan niin, että minä oon hyvin kriittinen ysi miinuksen suhteen ja kymppin suhteen. (K5, 5)

Ja sitten ku siellä... ku määki makasin siellä, ku siellä oli kuuma. Ja hoitajat oli siellä ja niillä oli ne suojapuvut niin mää sitten kokeilin, että minkälaista kangasta se oli. Ja nekin kokeili mun housuja ja nehän oli niitä verkkahousuja mitä ne oli. Ja sekin oli semmosta mukavaa, ku se oli lämmintä sillon. Se semmosta niinku inhimillisyyttä toi. Se oli ainakin siinä vaiheessa, ainaki itelle tärkeää, että piettiin ihmisenä! (K5,4)

Harjoitteiden yksilöllisyys, mielekkyys ja asteittainen vaativuuden lisääminen toimintakyvyn parantuessa koettiin tärkeäksi ja kuntoutumista edistäväksi. Kuntoutujien mielestä tämä motivoi ja kannusti harjoitteluun, vaikka oli aluksi jännittävää. Kuntoutus myös aloitettiin kuntoutujien mielestä oikeaan aikaan. Jos kuntoutus olisi aloitettu myöhemmin, kuntoutujat epäilivät makaavansa vieläkin vuoteessa.

Kuntoutuja

Kuntoutujan oma aktiivisuus ja halu olivat kuntoutujien mielestä tärkeitä ja kuntoutumista edistäviä tekijöitä. Aktiivisuutta vaadittiin ohjattujen harjoitteiden toteuttamisessa. Tällaisia kokemuksia kuntoutujilla oli fysio- ja puheterapeuttien ohjaamista harjoitteista. Harjoitteiden aktiivinen tekeminen edisti kuntoutujien kuntoutumista. Kuntoutujan oma aktiivisuus koettiin tärkeäksi myös päivittäisissä toiminnoissa, joista kuntoutujat pyrkivät suoriutumaan mahdollisimman itsenäisesti. Tällaisia toimintoja olivat esimerkiksi suihkuissa ja wc:ssä käynnit sekä syöminen.

Niin se kerta kaikkiaan, että ku se sano, että purista niin mää, että mää en pysty puristamaan! Mää en saa niitä sormia liikkeelle... Mutta mää sairaalassa sitä hieroin ja en antanu niitten voinappiakkaan sitten aukasta, ku sannoin, että mun pitää ite yrittää vasemmalla kädellä. (K8, 3)

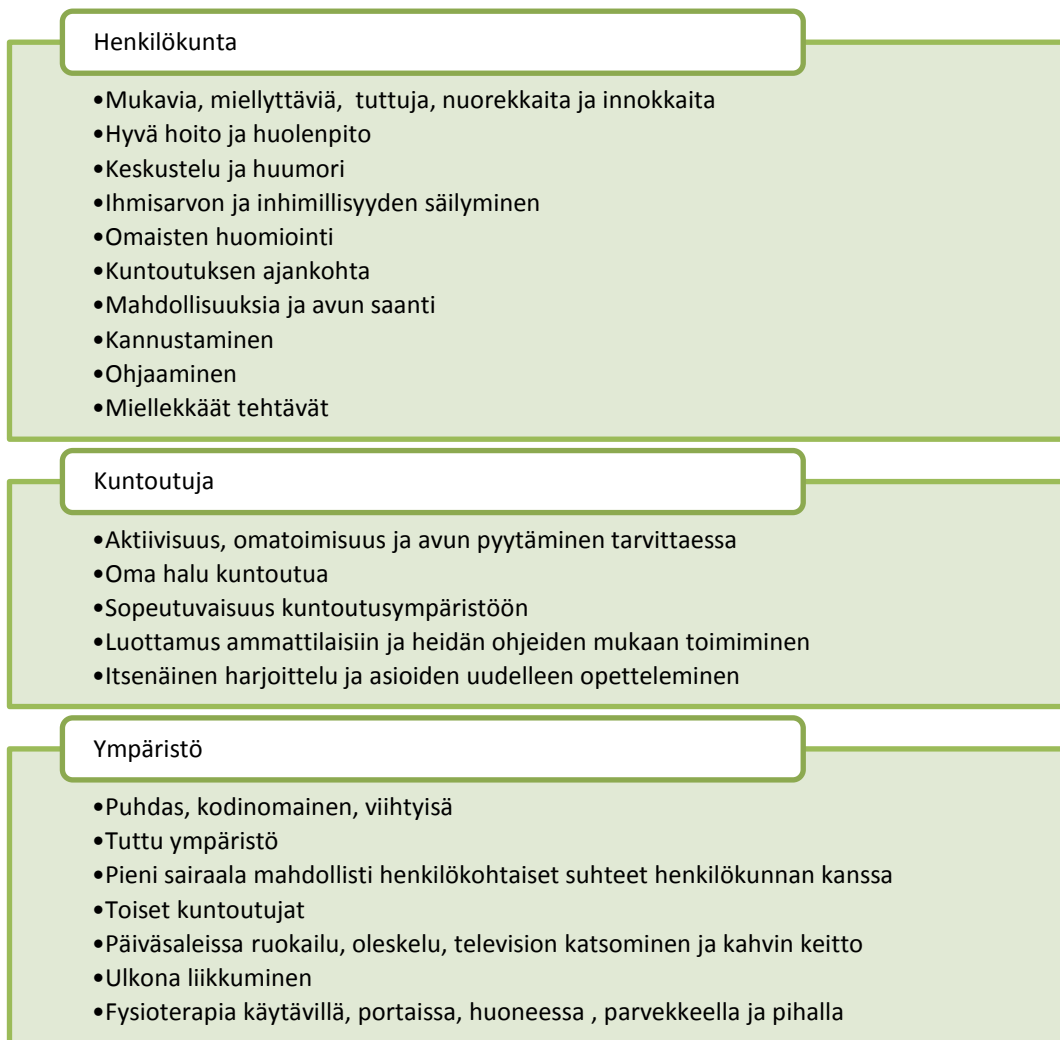
Toisaalta kuntoutujat kokivat, että kuntoutujan pitää pystyä myös pyytämään apua tarvittaessa. He kertoivat esimerkkejä siitä, kuinka he tarvitsivat aluksi apua päivittäisissä toiminnoissa, mutta kuntoutuksen edetessä selviytyivät niistä itse. Myös kuntoutujan kyky sopeutua terveyskeskussairaalan kuntoutusympäristöön ja toimintoihin vaikutti kuntoutumista edistävästi. Kuntoutujat kuvailivat kuntoutumista edistävää kuntoutujaa huolettomaksi. Tällä he tarkoittivat kuntoutujaa, joka pystyi luottamaan ammattilaisiin ja heidän asiantuntijuuteen sekä toimimaan henkilökunnan ohjeistusten mukaisesti. Kuntoutumista edistävää kuntoutujaa luonnehdittiin myös sellaiseksi, joka tekee ja opettelee itse asioita.

Ympäristö

Terveyskeskussairaalan ympäristön todettiin olevan puhdas, kodinomainen, viihtyisä, tuttu ja pieni. Sairaalan tuttuuden koettiin helpottavan sairaalaan tuleamista ja siellä olemista. Pienyyden koettiin mahdollistavan henkilökohtaisten suhteiden luomisen henkilökunnan kanssa. Muut kuntoutujat huonekavereina koettiin mukavaksi asiaksi. Muiden kuntoutujien kanssa tultiin hyvin toimeen ja heidän luonaan pystyi myös vierailemaan sairaalassa olon aikana.

Pääseminen päiväsalin ruokailemaan koettiin kuntoutuksen edistysaskeleena. Myös päiväsaleissa oleskelu, kahvin keittäminen ja television katsominen koettiin mukaviksi asioiksi. Eri tiloissa toteutunutta fysioterapiaa muisteltiin kuntoutumista edistävinä tekijöinä. Kuntoutujien kokemuksen mukaan fysioterapia oli toteutunut: käytävillä, portaissa, fysioterapeuttien huoneessa, parvekkeella ja sairaalan ulkopuolella, pihalla. Ulkona liikkuminen koettiin merkitykselliseksi.

Kuntoutujien kokemukset Kempeleen terveyskeskussairaalan kuntoutumista edistävästä tekijöistä on koottu kuvioon 2.



Kuvio 2. Kuntoutujien kokemuksia kuntoutumista edistävästä tekijöistä Kempeleen terveyskeskussairaalassa.

8.3 Kuntoutumista hidastavia tekijöitä terveyskeskussairaalassa

Henkilökunta

Henkilökunnan työtehtävät koettiin rutiininomaisiksi ja hyödyttömiksi. Jokaisen ammattiryhmän edustajien koettiin tekevän omia työtehtäviään. Kuntoutujien mielestä henkilökunnan puhumattomuus sekä vastaaminen, tekeminen ja ohjaaminen vain pyydettyäessä oli ikävää. Myös apu päivittäisissä toiminnoissa, kuten wc:ssä käynneissä, koettiin riittämättömäksi. Avun pyyntöihin vastattiin kuntoutujien mielestä ikävällä tavalla, esimerkiksi toteamalla kuntoutujan juuri käyneen wc:ssä.

Omaisia ei kuntoutujien mielestä ohjattu tai kuntoutujilla ei ainakaan ollut tietoa siitä, että heitä oli ohjattu jollakin tavalla. Kuntoutujat olisivat halunneet, että omaisia olisi ohjattu, sillä he olivat kokeneet, että omaisetkin olivat järkyttyneet kuntoutujan sairastuessa. Kuntoutujilla oli kokemuksia siitä, että he eivät olleet saaneet ollenkaan kuntoutusta henkilökunnalta terveyskeskussairaalassa, vaikka heillä oman kokemuksensa mukaan olisi kuntoutuksen tarvetta ollut. Lisäksi hoitajia todettiin olevan minimimäärä ja heidän koettiin olevan kiireisiä ja työpaineisia.

Kuntoutuja: *Siellä oli kaks fysioterapeuttiaki, mutta mittään hoitoa ei mulle annettu.*

Haastattelija: *Eikö ne käyny sinun tykönä?*

Kuntoutuja: *Ei... Ne teki aivan normaaleja hommia.*

Haastattelija: *Minkalaisia hommia ne teki?*

Kuntoutuja: *Niitä mummoja taluttivat. Joo. Ku siellähän on monen kuntosta potilasta ja monelaista ja monen syystä potilaita siellä. Niitä mummoja ne hoisi siellä. Kyllä nekin sen tarvii ja kyllä mää sen ymmärrän. (K3, 3)*

Kuntoutuja: *Kiirehän niillä tyttöillä (hoitajilla) on että en mää viittiny niitä häiritäkkään.*

Haastattelija: *Miten se kiire näky siinä?*

Kuntoutuja: *No kyllä ne mennee kokoajan ja touhuaa. Että kyllä sen näkkee, että ku siellä on huonommassaki tilassa että ei pysty yhtään huolehtiin ittiään niin mi-*

nä sentään pystyin jotenkin lailla huolehtiin itestäni. Niin ehän mää viittiny niitä kiusata sen takia. (K6, 3)

Kuntoutuja

Kuntouttavien harjoitteiden keksiminen omatoimisesti silloin, kun kuntoutujat eivät saaneet henkilökunnalta ohjausta ja neuvontaa heille soveltuvien harjoitteiden tekemiseen, koettiin kuntoutujan kuntoutumista hidastavaksi tekijäksi. Lisäksi harjoitteiden tekeminen itsenäisesti, ilman henkilökunnan tukea ja kannustusta, koettiin ikäväksi asiaksi.

Ympäristö

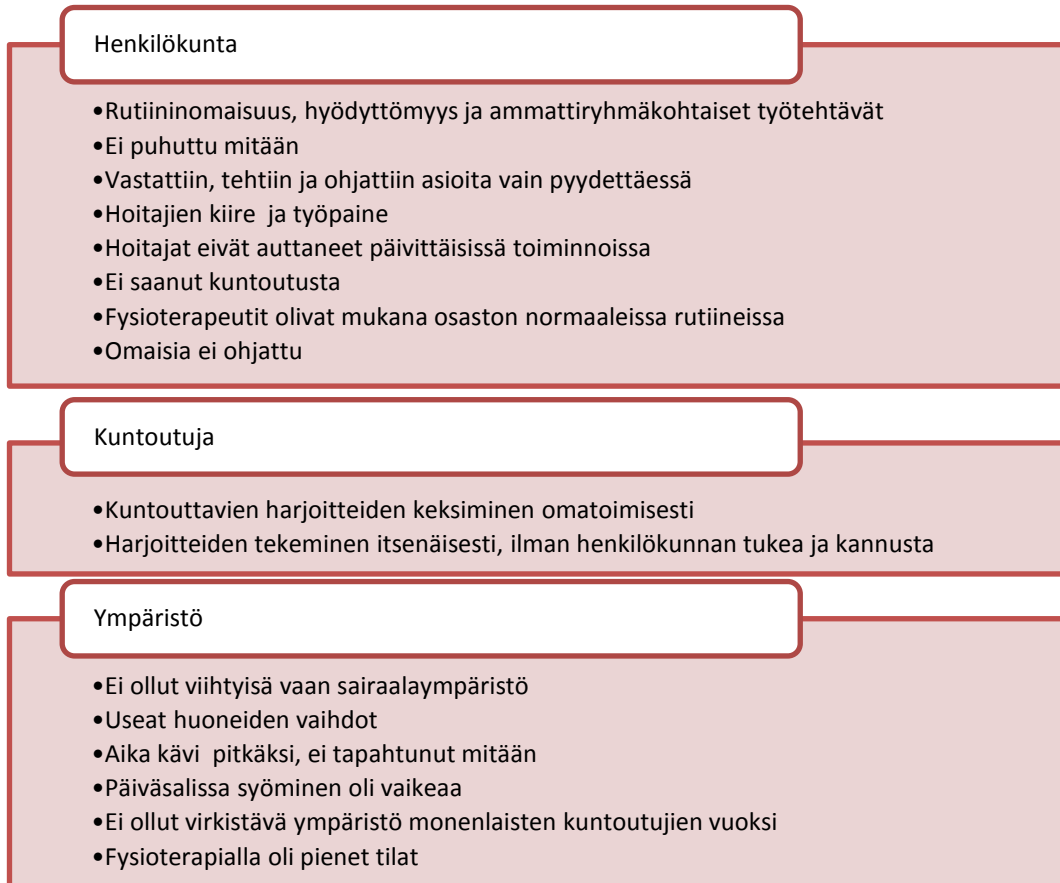
Ympäristöä ei koettu viihtyisäksi vaan sairaalaympäristöksi. Kuntoutujien mielestä terveyskeskussairaalassa aika kävi pitkäksi, kun siellä ei tapahtunut mitään. Lauluhetkiä sairaalassa oli kuntoutujien kokemuksen mukaan ollut, mutta laulaminen ei ollut kuntoutujien mielestä mielekäästä ja kuntoutumista edistävää. Monenlaiset kuntoutujat samalla osastolla koettiin ikäväksi ja mielialaa laskevaksi. Kuntoutujien mielestä monenlaisten kuntoutujien vuoksi sairaalassa ei voitu järjestää yhteisiä toiminnallisia hetkiä, koska yhdessä tekeminen oli heidän mielestään jopa mahdotonta. Myös fysioterapeuttien tilat koettiin pieniksi. Tilojen pienuuden vuoksi tehokkaan ja vaativan kuntoutuksen mahdollisuudet olivat kuntoutujien mielestä rajalliset.

Päiväsalissa syöminen yhdessä muiden kuntoutujien kanssa koettiin ikäväksi ja vaikeaksi silloin, kun kuntoutujilla oli yläräajojen halvausoireita. Tällöin kuntoutujat olisivat halunneet harjoitella syömistä rauhallisessa tilassa. He pelkäsivät pudottavansa ruokailuvälineet, sotkevansa ruuallaan ympäristöä ja kaatavansa ruuat vahingossa muiden kuntoutujien päälle. Lisäksi useat huoneiden vaihdot koettiin kuntoutumista hidastavaksi tekijäksi.

Se ainoa huono puoli oli, että joutu huonetta vaihtaan. Mulla oli vissiin siinä viikon aikana, vajaan viikon aikana, mää olin vissiin kolmessa vai neljässäkö eri huoneessa. Aina ku pääsi huoneesta toiseen niin kohta tuli, että tämä pitäis saaha

tyhyjäksi ku tulee... (toista sukupuolta oleva kuntoutuja). Ja taas seuraavaan huoneeseen. (K1, 2.)

Kuntoutujien kokemukset Kempeleen terveystieteiden keskuksen kuntoutumista hidastavista tekijöistä on koottu kuvioon 3.



Kuvio 3. Kuntoutujien kokemuksia Kempeleen terveystieteiden keskuksen kuntoutumista hidastavista tekijöistä.

8.4 Kehittämisehdotuksia terveystieteiden keskukselle

Henkilökunta

Henkilökunnalta toivottiin enemmän ohjausta ja keskustelua sekä kuntoutujien että omaisten kanssa. Lisäksi henkilökunnalta toivottiin apua tarvittaessa. Kuntoutujien mielestä henkilökunta voisi kannustaa kuntoutujia enemmän. Tämä olisi parantanut kuntoutujien mielialaa. Kuntoutujien mielestä terveystieteiden keskuksessa pitäisi olla enemmän henkilökuntaa, mikä mahdollistaisi kuntoutukseen panostamisen

tehokkaammin, antaisi aikaa keskusteluun ja kuntoutujan psyykkiseen tukemiseen. Hoitajien toivottiin osallistuvan fyysiseen kuntoutukseen, sillä kuntoutajat olivat kokeneet, että pelkkä fysioterapia ei riitä fyysisen toimintakyvyn parantamiseen.

Kuntoutuja: *Ku eihän siellä kauvaa joutanu olemaan niinku sinäkään (fysioterapeutti) niin... Niin nämä (hoitajat) kävisi. Ku eihän siinä ollu ku se tunti tai se (fysioterapian kesto).*

Haastattelija: *Niin, että ois hoitajatki mukana siinä kuntoutuksessa, tarkotatko sitä?*

Kuntoutuja: *Niin, sillai... (K 2, 7)*

Ympäristö

Ympäristön osalta toivottiin viihtyvyyden ja virikkeiden lisäämistä. Kuntoutajat toivat esille, että heistä olisi ollut mukava tehdä terveystieteiden sairaalassa sormien näppärysharjoitteita, muisti- ja laskutehtäviä sekä kuunnella äänikirjoja. Nämä olisivat kuntoutujien kokemuksen mukaan edistäneet heidän kuntoutumistaan. Terveystieteiden sairaalaan toivottiin myös omaa kuntoutusosastoa sekä kuntoutujille henkilökohtaisia päiväohjelmia. Päiväohjelmat olisivat auttaneet kuntoutujia valmistautumaan tulevaan päivään ja pyytämään omaisia käymään kylässä silloin, kun heillä ei ole muuta ohjelmaa sairaalassa.

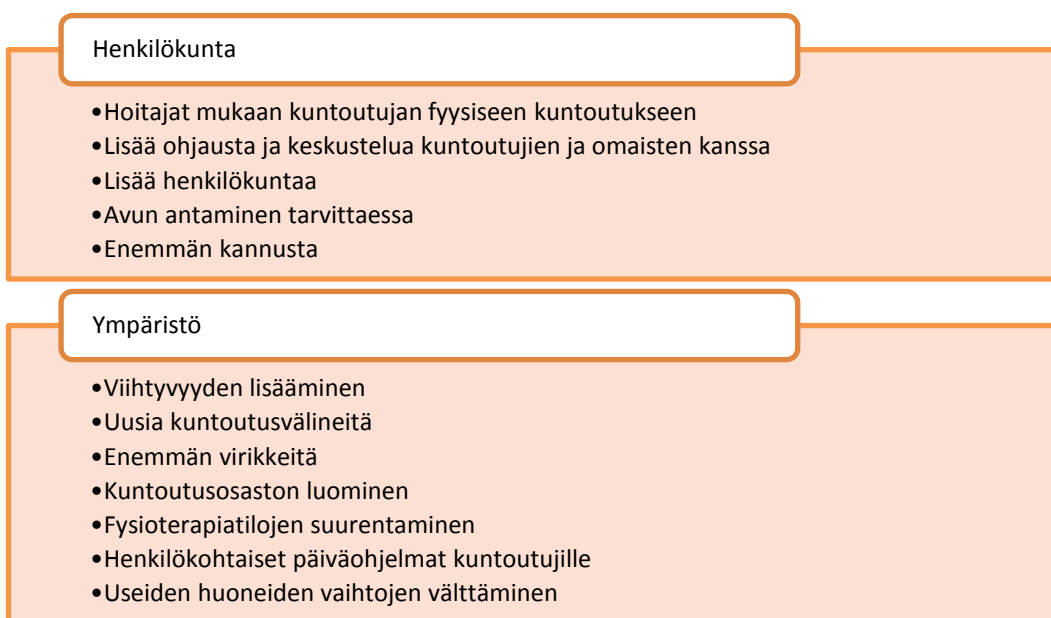
Useita huoneiden vaihtamisia toivottiin välttämään sairaalassaolon aikana. Lisäksi kuntoutujien mielestä fysioterapialla pitäisi olla enemmän tilaa. Kuntoutajat kokivat, että suurempien fysioterapiatilojen avulla vaativampi kuntoutus voitaisiin aloittaa aikaisemmin. Sairaalaan toivottiin myös uusia kuntoutusvälineitä. Kuntoutusvälineiksi toivottiin kuntopyöriä, kävelysimulaattoria ja kuntosalilaitteita. Kuntoutajat olivat kokeneet nämä kuntoutusvälineet OYS:n kuntoutusosastolla hyviksi ja vaikuttaviksi.

Se (kävelysimulaattori) on kyllä kuntoutuksen kannalta hyvä, ku siinä tulee kuitenkin liikettä. Kyllä sen itekin huomaa, ku aluksi meni vaan 10-15min yhteenmenoon ja sitten piti välillä istahtaa ja huilata joku tovi ja ottaa uuestaan niin lopussa pari viikkoa meni etteenpäin niin sitä sai jo jakso tunnin laukata siinä. Ja sai

panna volumet niin isolle ku siitä vain vauhtia löyty, että. Se oli kyllä semmonen simulaattori, että siinä kyllä ja ku se oli kuitenkin turvallinen ku siinä valjaassa roikut siinä niin sää et pääse kaatumaan siitä kuitenkaan. (K1, 3)

Kyllä sitä saa olla enempiki sillai. Niinku semmosta vaativampaaki. Niinku pyörällä ajoa tai polkemista tai semmosta kumminki enempi sitä, että se niinku tuntuu jaloissa että hyvä että alakaa paremmin toimii jalat. (K2, 7)

Kuntoutujien kokemukset siitä, kuinka Kempeleen terveyskeskussairaalan toimintoja tulisi kehittää kuntoutukseen panostamalla on koottu kaavioon 4.



Kuvio 4. Kuntoutujien kehittämisehdotukset Kempeleen terveyskeskussairaalalle.

8.5 Kuntoutumista edistäviä tekijöitä vastaanotossa ja kuntoutuksessa

Henkilökunta

Henkilökunta koettiin ystävälliseksi ja miellyttäväksi. Kuntoutujat otettiin hyvin vastaan vastaanoton ja kuntoutuksen palveluja käytettäessä. Fysioterapian alkaminen ikään kuin automaattisesti kotiutumisen jälkeen koettiin positiiviseksi asiaksi. Lisäksi kuntoutujat kokivat mukavaksi sen, että fysioterapeuteilta pystyttiin kysymään reilusti mietittyistä asioista. Tämä vähensi epätietoisuutta esimerkiksi siitä, mihin harjoitteilla pyrittiin

vaikuttamaan ja miksi liikkeitä tehtiin. Kuntoutujien mielestä fysioterapeutit osasivat kertoa ymmärrettävästi perusteluista valituille harjoitteille. Fysioterapiasta saadut ohjeet ja neuvot itsenäiseen harjoitteluun koettiin hyviksi. Harjoitteet olivat hyviä, koska niitä pystyttiin tekemään televisiota katsoessa ja huomaamattakin arkiaskareiden aikana. Lisäksi ne kuntoutujat, joille oli varattu omalle lääkärille säännöllisiä kontrolliaikoja, kokivat nämä erittäin tärkeiksi. Myös toimintaterapeutin tukea kuntoutumisessa ja normaaliin elämään palaamisessa arvostettiin.

Oliko se toimintaterapiaa vai mitä se mahto olla niin siellä kävi... mutta yks tyttö kävi siellä mun kanssa ja me käytiin kävelemässä ja me käytiin tuolla ostamassa mulle housut. Ja hän niinku opetti mulle sitä jotaki, että nyt sun pittää niinku alkaa ite elämään ja käymään kaupoissa ja niinku normaalia koittaa. Ja se oli kyllä kans hirviän tärkeää! Mahettiin käyvä siellä kaupassaki, että justiin sitä, että siihen normaaliin elämään opettaa ja kyllähän se on tärkeä asia niinku nykyäänkin.
(K5, 8)

Kuntoutuja

Kuntoutujat korostivat kuntoutujan omaa aktiivista liikkumista ja harjoittelua. Palaaminen aikaisempiin aktiviteetteihin tai niihin pyrkiminen koettiin kuntoutumista edistäväksi tekijäksi. Omat tavoitteet, mielekkäät, itselle soveltuvat aktiviteetit, sinnikkyys, sisukkuus ja oma halu selviytyä koettiin kuntoutumiseen positiivisesti vaikuttaviksi tekijöiksi.

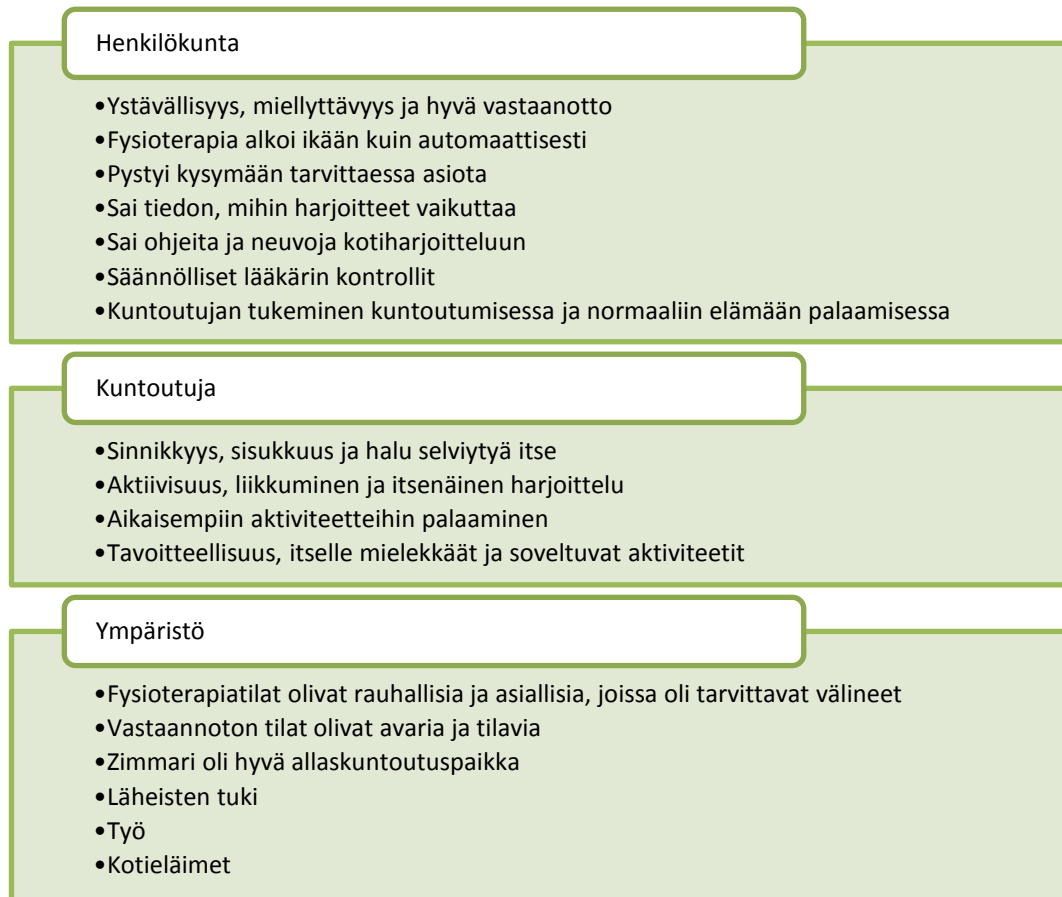
Ympäristö

Vastaanoton tilat koettiin tilaviksi ja avariksi, kuntoutuksen tilat rauhallisiksi ja asiallisiksi. Kuntoutuksen tiloissa koettiin olevan kaikki tarvittavat välineet kuntoutusta varten. Etenkin puolapuut ja tasapainoharjoitteluvälineet olivat jääneet kuntoutujille positiivisina asioina mieleen. Lisäksi Kempeleen virkistysuimala Zimmari koettiin hyväksi allaskuntoutuspaikaksi. Zimmarissa veden lämpötila oli sopiva ja monitoimiallas miellettiin rauhalliseksi paikaksi kuntoilla.

Fyysisesti kuormittava työ koettiin kuntoutuskeinoksi. Lisäksi työ koettiin myös palkitsevaksi. Palkitsevaksi työ miellettiin silloin, kun kuntoutujat pystyivät toimimaan työssään samalla tavoin kuin ennen sairastumista. Toisaalta työ miellettiin palkitsevaksi myös silloin kun työaikaa oli jouduttu sairauden vuoksi lyhentämään ja työtehtäviä muuttamaan. Tällöin työn joustavuus koettiin hyväksi asiaksi. Työpaikan sijaitseminen lähellä kotia kannusti liikkumaan ja pitämään huolta omasta fyysisestä kunnosta kävelemällä työn ja kodin väliset matkat.

Kotieläinten koettiin kannustavan liikkumaan enemmän ja säännöllisemmin. Myös läheisten tuki koettiin korvaamattomaksi. Kuntoutujat saivat tukea perheenjäseniltä, ystäviltä, entisiltä työkavereilta ja naapureilta. Tueksi määriteltiin konkreettinen auttaminen kodin askareissa tai kuntoutujan kanssa keskusteleminen. Läheisten kanssa tehdyt yhteiset retket, kahvihetket ja ruokailut olivat tärkeitä asioita. Kuntoutujat arvostivat suuresti sitä, että ystävät eivät olleet jättäneet tai unohtaneet kuntoutujia sairastumisen jälkeen.

Kuntoutujien kokemukset Kempeleen vastaanoton ja kuntoutuksen kuntoutumista edistävästä tekijöistä on koottu kuvioon 5.



Kuvio 5. Kuntoutujien kokemukset Kempeleen vastaanoton ja kuntoutuksen kuntoutumista edistävästä tekijöistä.

8.6 Kuntoutumista hidastavia tekijöitä vastaanotossa ja kuntoutuksessa

Henkilökunta

Yhdys henkilön puute koettiin ikäväksi asiaksi. Kuntoutujat toivoivat nimettyä henkilöä, jolle voisi soittaa tarvittaessa. He olisivat halunneet keskustella esimerkiksi sairauteen liittyvistä asioista. Myös lääkärin tai hoitajien kontrolliaikojen puuttuminen koettiin ikävänä. Osa kuntoutujista kertoi, että he eivät olleet tavanneet lääkärää kertaakaan kotiutumisen jälkeen. Tällöin lääkeasiatkin oli hoidettu apteekin kautta. Henkilökunnan vastaaminen vain kysyttäessä oli puute ja kuntoutujat kokivat, että he eivät välttämättä osanneet kysyä oikeita asioita vastaanotolla tai kuntoutuksessa käydessä.

Kotikäynnin puutetta kuntoutujan kotiutuessa suoraan OYS:sta kotiin ihmeteltiin. Kuntoutujat olisivat tarvinneet kotikäyntiä kodinmuutostöiden arviointiin. Fysio- ja puhete-

rapioiden kestot koettiin liian lyhyiksi. Puheterapian loppumista puheterapeutin lausunnosta huolimatta ihmeteltiin. Yläraaja- ja kognitiivisten oireiden kuntoutus koettiin puutteelliseksi. Kuntoutujilla oli myös kokemuksia fysioterapian sopimattomuudesta sekä siitä, että vaihtoehtoa sopimattomalle fysioterapialle ei annettu.

Joo, allasjumpassa kävin! Joku ryhmä se oli, mutta se oli aivan väärä ryhmä mulle! Se oli... Siis niinku hirveen palijo väkiä. No se ei haitannu mitään, että hyvin sinne sopi, mutta sitten siellä oli niinku niin monta ihmistä ja sinne mahtu niin monelaista ja ne oli niin huonokuntosia ne jotku. Ja sitte ku tommosessa allasjumpassa tehhään porukalla niin sittenhän sitä mennee kaikki sen huonoimman tahdin mukaan. Niin niin palelemmaanhan siellä rupes! Niin ei se, ei se ollu mun juttu ollenkaan! (K3,7)

Kuntoutuja

Kotiutumisen jälkeen koettiin arkuutta, yksinäisyyttä ja pelkoa. Arkuutta koettiin yleisesti asioiden tekemisestä ja yksinäisyyttä muiden perheenjäsenten ollessa päivisin töissä tai koulussa. Pelkoa koettiin kaatumisesta, ulkona liikkumisesta ja sairauden uusiutumisesta. Päänsäryn koettiin lisäävän sairauden uusiutumisen pelkoa. Keskittymiskyvyn heikkous, poikkeuksellisen voimakas väsymys, muistin ja kärsivällisyyden heikentyminen koettiin ikäviksi. Etenkin uusien ja useiden asioiden muistaminen koettiin vaikeaksi. Sen sijaan vanhojen asioiden todettiin säilyneen mielessä hyvin. Aloitekyvyn heikentyminen koettiin hämmentäväksi ja ihmeelliseksi asiaksi. Kuntoutujat kertoivat, että joutuivat pakottamaan itsensä liikkumaan, vaikka olivat aikaisemmin olleet hyvin aktiivisia liikunnan harrastajia.

Ja sen mää oon huomannu, että tuota niin mää hermostun palijo helepommin. En mää oo ennen ku mää vaan naureskelin. Mutta nytten toisille kavereille mää saatan hermostua aivan pikku asiasta, mitä heijellään huulta aina toisille niin semmosesta saatan asiasta saatan aina hermostua. Niin pittää mennä vessaan peilistä kattomaan, että mitä nää oikeen meinaat. Että ite hoksaa ainaki vielä, mutta sitä hän ei tiää, että millo se mennee, että ei ite hoksaa sitten sitä, että tiää mitä siellä sattuu ja tapahtuu. Mutta, että kumminki semmonen hermostuminen mulla on ainaki, että se on palijo helepommassa. (K6,5)

Arkiaskareiden tekemisen vaikeus sekä itselle mielekkäistä asioista luopuminen koettiin vaikeana. Kuntoutujat olisivat halunneet esimerkiksi tanssia nopeita kappaleita niin kuin ennen ja tehdä puutarhatöitä:

Sen verran vaan, että ku minä en pysty laittaa kasvimaata, enkä kukkia kylvyään ja semmosta. Niin se mua kaikista eniten karvastellee. Ja jos siemenet saiski maa-han, niin tohtiappa mennä niitä sitten sinne, ku se on pehmiä maa niin sitä on siellä päällään vaikka sillä pyörätuolilla. Eikä sekkään liiku sinne kyllä. (K9, 8)

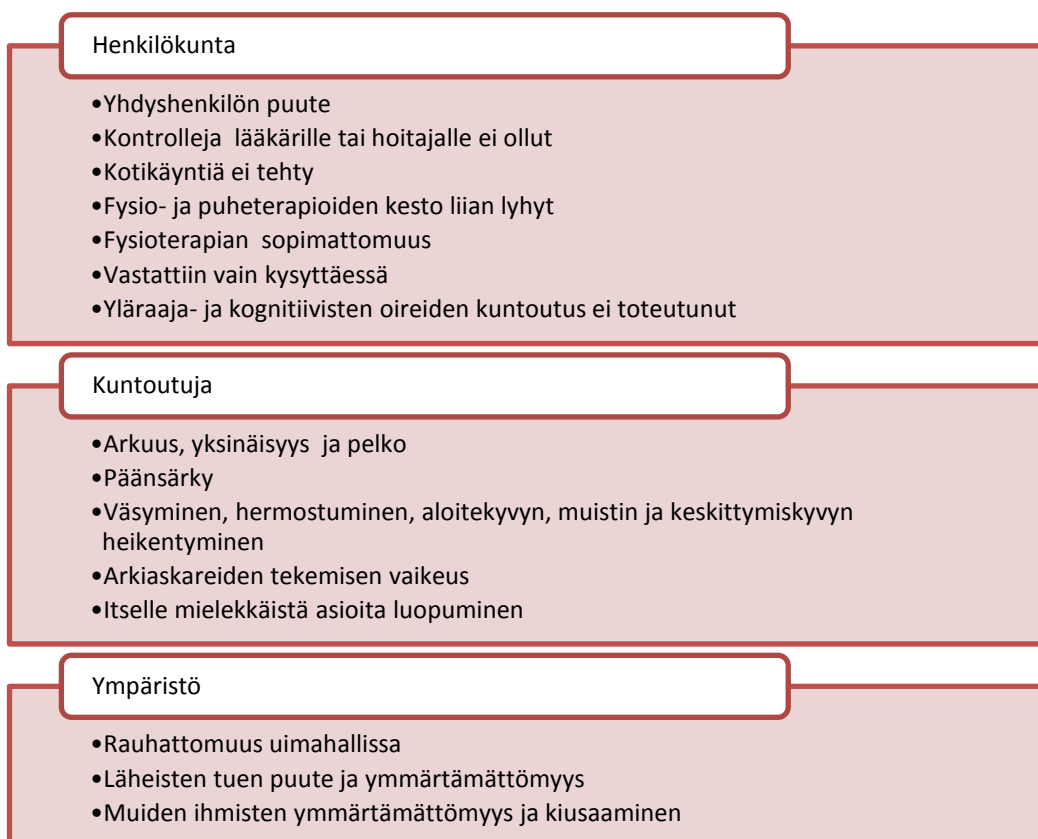
Ympäristö

Kempeleen virkistysuimala Zimmarin ajoittainen rauhattomuus koettiin ikäväksi asiaksi. Rauhattomuutta uimahallissa todettiin olevan silloin, kun hallissa oli paljon koululaisia tai lapsia samaan aikaan kuntoutujien kanssa.

Läheisten tuen puute ja sairauden ymmärtämättömyys koettiin merkittäväksi kuntoutumista hidastavaksi tekijäksi. Kuntoutujat kertoivat puolisoistaan, jotka eivät ymmärtäneet sairauden vakavuutta ja sen vaikutusta kuntoutujien toimintakykyyn kokonaisvaltaisesti. Nämä kokemukset johtivat parisuhteen ja perheen sisäisiin ristiriitoihin. Puolisot kokivat sairastuneet laiskoiksi, koska he eivät pystyneet suoriutumaan kotitöistä samalla tavoin kuin ennen sairastumista. Myös muiden ihmisten ymmärtämättömyys pahoitti mieltä. Muut ihmiset olivat esimerkiksi todenneet kuntoutujien olevan alkoholin vaikutuksen alaisena, kun kuntoutujien puheentuottamisessa oli ongelmaa. Kiusaamistakin koettiin sairauden vuoksi.

Sitten mulla oli töissä yhet kaverit, jotka alako änskällä kiusaamaan ku ne näki, että mää hermostun niin ne alako änskällä kiusaamaan eli tuli sitä työmaa kiusausta... Että pikku ilkeyttä tehtiin mulle kokoajan, ku ne näki, että mää hermostun... Ku siellä alettiin näyttään jo, että tuollain (osoitti päätään etusormella) ja alko semmoseksi menemään se homma että sormipelejä näytettiin ja...(K6,5)

Kuntoutujien kokemukset Kempeleen vastaanoton ja kuntoutuksen kuntoutumista hidastavista tekijöistä on koottu kuvioon 6.



Kuvio 6. Kuntoutujien kokemukset Kempeleen vastaanoton ja kuntoutuksen kuntoutumista hidastavista tekijöistä.

8.7 Kehittämisehdotuksia vastaanotolle ja kuntoutukselle

Kuntoutujat toivoivat lisätietoa Aivoliitto ry:n toiminnoista Oulun alueella sekä nimettyä yhdyshenkilöä, johon he voisivat tarvittaessa ottaa yhteyttä kotiutumisen jälkeen. Yläraaja- ja kognitiivisten oireiden sekä puheen tuottamisen ongelmiin toivottiin vaativampia ja kestoaltaan pidempiä kuntoutusjaksoja. Myös kuntoutusvaihtoehtoja kertonista toivottiin, jotta kuntoutuja voisi itse osallistua hänelle soveltuvan kuntoutusmuodon valitsemiseen. Ryhmäkuntoutuksissa kehoitettiin huomiomaan, että mahdollisimman samankuntoiset ihmiset ohjattaisiin samaan ryhmään. Lisäksi kuntoutujat toivoivat ryhmiin enemmän henkistä keskustelua.

Vesijumppien määrään lisäämistä toivottiin, jotta mahdollisimman moni kuntoutuja pääsisi kyseiseen kuntoutusmuotoon. Aivoverenkiertohäiriöstä paremmin kuntoutuneille ja nuoremmille kuntoutujille toivottiin myös kuntoutusta. Paremmin kuntoutuneet

toivoivat myös pidempiä sairauslomia, vastaanoton ja kuntoutuksen henkilökunnan tarkempia kontrollikäyntejä. Lisäksi toivottiin rasisitestejä ennen työhön palaamista.

Kuntoutuja: *Kävinhän mää sitten niin verenpaine tarkistuksella ja näillä (hoitajan ja lääkärin vastaanotolla) kulukiin täällä sillan alaku aikana, mutta kumminki niin, että joku semmonen terävämpi kontrolli pitäis olla. Ku siinä oli vaan sitä oleskelua ja kattelua, että ku niinku töihin lähin niin huomasin, että sitähan tökkii aika pahasti systeemit, että se ei oo kohalla nämä asiat.*

Haastattelija: *Tuo on hyvä asia, jonka toit esille.*

Kuntoutuja: *Niin, että jotenkin muutenkin kehittää sitä kontrollia, että se ois semmonen ku tuossa ku töitä alako tekemään ja sitten ku tosiaanko sitä kyykisteli ja touhus niin ja sitten ku nousi ylös niin ei muuta ku pöyvän reunasta kiinni ja aivan meni mustaksi maailma ja se oli aivan, että tuntu hirviältä, että täsähän loukkaa kohta ittiänsä.*

Haastattelija: *Mikä ois ollu hyvä aika sille kontrollille?*

Kuntoutuja: *No vähintään kuukausi. Sen järekeen ottais vaikka rasisustestiä tai jotaki niin sieltä näkis että miten kaverilla alakaa pyyhkimään ja miten menemään. Enkä minä tiä sitä, että onko se oikein, että niin aikasin otetaan rasisustesti, mutta ku ei mulle oo tehty mittään rasisustestejä koko aikana ja sehän ois tärkeä minun mielestä ainaki! (K6, 4)*

Kuntoutujien kehittämis ehdotukset Kempeleen terveyskeskuksen vastaanotolle ja kuntoutukselle on koottu kuvioon 7.

Henkilökunta

- Yhdyshenkilön kertominen kuntoutujalle
- Aivoliiton toiminnoista tiedoittaminen
- Pidempiä, vaativampia kuntoutuksia
- Kuntoutuksen vaihtoehtoista kertominen
- Ryhmäkuntoutuksen kehittäminen
- Nuorempien ja hyvä kuntoisten kuntoutuksen kehittäminen
- Yläraaja-, kognitiivisten oireiden kuntoutuksen sekä puheterapian tehostaminen

Kuvio 7. Kuntoutujien kehittämis ehdotukset Kempeleen vastaanotolle ja kuntoutukselle.

9 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

9.1 Yleistä tuloksista ja johtopäätöksistä

Tutkimuksen avulla saatiin monipuolista ja kattavaa tietoa kempeleläisten aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutujien kokemuksista ja kehittämis ehdotuksista. Tuloksien avulla saatiin tietoa siitä, mitkä tekijät hoidossa ja kuntoutuksessa vaikuttavat kuntoutujien kokemusten mukaan kuntoutumista edistävästi ja hidastavasti. Lisäksi saatiin tietoa siitä, mitä kehittämis ehdotuksia kuntoutujilla oli Kempeleen terveyskeskussairaalan, vastaanoton ja kuntoutuksen hoidolle ja kuntoutukselle.

Tulosten mukaan Kempeleen terveyskeskussairaalassa, vastaanotolla ja kuntoutuksessa on useita tekijöitä, joiden koetaan olevan hyvin. Toisaalta kuntoutujien kokemuksissa ilmeni ristiriitaisuutta. Ristiriitaisuudet ilmenivät niin, että kuntoutujat kokivat samoja asioita sekä kuntoutumista edistäviksi että hidastaviksi tekijöiksi. Tuloksista voidaan tehdä johtopäätöksiä hoidon ja kuntoutuksen hyvistä tekijöistä, ristiriitaisuuksista ja kehittämiskohteista. Kehittämiskohteiden johtopäätöksiä tehdään kuntoutujien kokemusten, kehittämis ehdotusten ja muun tutkitun tiedon avulla.

Tuloksia tarkastellaan myös Kytke – hankkeen aikana tehtyjen kehittämiskohteiden avulla. Hanke alkoi samoihin aikoihin tämän tutkimuksen kanssa ja tutkija on ollut mukana hankkeessa hanketyöntekijänä. Tämän tutkimuksen alustavia tuloksia on hyödynnetty hankkeen aikana kehittämistyöhön.

9.2 Hyvät tekijät terveyskeskussairaalassa, vastaanotolla ja kuntoutuksessa

Kuntoutujat kokivat hyviä tekijöitä terveyskeskussairaalassa, vastaanotolla ja kuntoutuksessa henkilökunnassa ja ympäristössä sekä heissä itsessään kuntoutujina. Henkilökunnan hyvät tekijät liittyivät henkilökunnan olemukseen, kohteluun, hoidon ja huolenpidon sekä kuntoutuksen laatuun ja ajankohtaan. Lisäksi kuntoutujien ja omaisten ohjaamisesta oli hyviä kokemuksia. Terveyskeskussairaala kuntoutusympäristönä tuki kuntoutujia kokonaisvaltaisesti. Kuntoutujien omiksi kuntoutumiseen positiivisesti vaikuttaviksi piirteiksi todettiin kuntoutujan oma olemus, suhde ympäristöön ja asiantuntijoihin.

Vastaanotossa ja kuntoutuksessa henkilökunnan olemus, vastaanoton laatu, fysioterapi-an automaattisuus ja ohjaaminen olivat hyviä tekijöitä. Lisäksi säännölliset lääkärin kontrollit ja toimintaterapeutin tuki kuntoutumisessa ja normaaliin elämään palaamisessa olivat positiivisia tekijöitä. Ympäristön hyvinä tekijöinä pidettiin vastaanoton ja kuntoutuksen fyysistä ympäristöä sekä kuntoutujan omaa sosiaalista ja psyykkistä ympäristöä kotona ja työssä. Kuntoutujan omiksi hyviksi piirteiksi koettiin kuntoutujan oma olemus, aikaisempiin aktiviteetteihin palaaminen tai itselle soveltuvien aktiviteettien löytäminen. Lisäksi tavoitteellisuus ja mielekkyys auttoivat kuntoutumisessa.

9.3 Ristiriitaisuudet kuntoutujien kokemuksissa

Aineiston sisäisten ristiriitojen löytäminen on tärkeä johtopäätös. (Alasuutari 2011, 223, 224). Kuntoutujien ristiriitaiset kokemukset on koottu kuvioihin 8. ja 9. Kuntoutajat kokivat samoja asioita eri tavoin. Kokemusten eroavaisuudet voivat johtua kuntoutujakohtaisista tekijöistä, kuten iästä, persoonallisuudesta, elämän historiasta ja maailman katsomuksesta. Toisaalta eroavaisuudet voivat johtua myös aivoverenkiertohäiriöstä ja sen sijainnista sekä vaikutuksesta kuntoutujan mielialaan ja persoonallisuuteen.

Lisäksi eroavaisuuksien syynä voi olla kuntoutujan ulkoiset tekijät, joihin kuntoutuja itse ei ole voinut vaikuttaa. Terveyskeskuksessa on voinut olla esimerkiksi paljon sairaana työntekijöitä, jolloin kuntoutus ja hoito on voinut kärsiä. Sairauslomien ajoille ei ole välttämättä saatu sijaisia. Lisäksi kuntoutuja on voinut olla terveyskeskuksessa lomakausien aikana, jolloin häntä on voinut olla kuntouttamassa ja hoitamassa sijaisia. Toisaalta terveyskeskuksessa pyritään siihen, että työntekijät vuorottelisivat lomiaan, jotta hoidon ja kuntoutuksen laatu säilyisi tasavertaisena lomakausien aikana ja paikalla olisi vakituisia työntekijöitä. Terveyskeskuksessa on voinut olla myös uusia työntekijöitä, jotka eivät ole huomanneet kaikkia tärkeitä asioita kuntoutujan näkökulmasta. On myös mahdollista, että henkilökunta ei ole tiennyt parempaa keinoa kuntoutukseen ja hoitoon. Tämä voisi viitata siihen, että henkilökunta tarvitsisi lisää koulutusta toimiakseen paremmin. Terveyskeskuksessa on voinut olla paljon muita kuntoutettavia, jotka ovat vie-neet aikaa ja näin vaikuttaneet kaikkien hoidon ja kuntoutuksen laatuun. Tällaisiin tilanteisiin on pyritty reagoimaan johdon tasolta, hankkimalla sijaisia kiireisistä ajoista selviämiseen. Lisäksi on voinut olla kyse henkilökemioista, jotka eivät ole kohdanneet

hoitohenkilökunnan ja kuntoutujan välillä, vaikka näiden ei pitäisi vaikuttaa hoidon ja kuntoutuksen laatuun.

Kuntoutuksen ja hoidon laadun pitäisi olla tasavertaista kaikille kuntoutujille. Kuntoutujien ristiriitaisista kokemuksista voi päätellä, että näin ei ole ollut. Kuntoutujien ohjaamisessa, avun ja kuntoutuksen saannissa, omaisten ohjaamisessa, kuntoutujan tukemisessa normaaliin elämään palaamisessa on ollut eroavaisuutta. Näihin tekijöihin olisi tärkeä kiinnittää huomiota aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen hoitoa kehitettäessä. Hoitohenkilökunta voi tukea kuntoutujan läheisiä paremmin ja tehokkaammin, jotta he pystyvät ja osaavat antaa tukea kuntoutujalle kuntoutusprosessin aikana.

Terveyskeskussairaalan ympäristö koettiin viihtyisäksi ja kodinomaiseksi, mutta toisaalta ei viihtyisäksi sairaalaympäristöksi. Näitä kokemuksia voidaan tarkastella esimerkiksi niin, että terveyskeskussairaala voidaan pitää viihtyisanä ja kodinomaisena, jos kuntoutuja on verrannut sairaalaa muihin terveyskeskuksiin tai OYS:iin. Terveyskeskussairaallassa on huonekaluja, jotka ovat kodinomaisia. Lisäksi sisustusta voidaan pitää värikäänä verrattuna muihin terveyskeskuksiin tai OYS:iin, joka voi olla toisten kuntoutujien mielestä kodikasta. Toisaalta sairaalasta ei ole pystytty poistamaan kaikkea sairaalaisuutta, eikä varmasti ole tarvettakaan. Tosin viihtyvyyttä voidaan aina lisätä, koska sillä on merkittävä vaikutus kuntoutumiseen.

Päiväsalissa ruokailusta on voinut olla kuntoutujilla erilaisia kokemuksia riippuen siitä, missä vaiheessa kuntoutusprosessia he ovat olleet syömässä päiväsalissa. Kuntoutuksen alkuvaiheessa päiväsalissa syöminen on voinut olla vaikeaa tilan rauhattomuuden ja kuntoutujien oireiden voimakkuuden vuoksi. Päiväsalissa ruokailun ajankohta kuntoutujan kuntoutusprosessissa on tärkeä kehittämiskohde terveyskeskussairaalaan.

Kuntoutujat kokivat toiset sairaalan kuntoutujat ristiriitaisesti. Toisaalta heidän kanssaan voitiin keskustella ja viettää aikaa, toisaalta monenlaiset kuntoutujat vaikuttivat negatiivisesti kuntoutusympäristöön. Tämä on tärkeä huomioida terveyskeskussairaalan kehittämiskohteissa.

Osa kuntoutujista kertoi käyvänsä säännöllisesti terveyskeskuksen vastaanotolla lääkärin ja hoitajan luona kontrollikäynneillä. Osalle kuntoutujista ei oltu varattu kontrolleja.

Osa kuntoutujista koki, että heitä tuettiin normaaliin elämään palaamisessa. Osa taas kertoi, että heille ei tehty kotikäyntiä, vaikka olisivat sitä tarvinneet. Haastatteluita tehdessä tuli myös esille, että terapioiden kestoissa oli merkittävää vaihtelevuutta. Toiset kuntoutujista kävivät yksilöterapioiden vain muutaman kerran ja tämän jälkeen siirtyneet itsenäiseen harjoitteluun. Toiset kuntoutujista olivat käyneet pitkän yksilöllisen terapiajakson ja olleet tämän jälkeen vuosia ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa. Johtopäätösten tekeminen siitä, mistä nämä eriarvoisuudet johtuvat on vaikeaa. Kaikille tutkimukseen osallistuneille kuntoutujille oli jäänyt sairastumisen jälkeen jonkin asteista toimintakyvyn häiriötä, joten kyse ei voi olla siitä, että kuntoutujat eivät olisi kontrolloitavia, terapiaa tai tukea normaaliin elämään palaamisessa tarvinneet. Kuntoutuksen ja hoidon tasavertaisuus on tärkeä huomioida myös kuntoutujan kotiutuessa ja siirtyessä kuntoutuksen ja vastaanoton palveluiden piiriin.

Kuntoutujilla oli kokemuksia siitä, että he saivat tukea läheisiltään ja toisaalta siitä, että läheiset eivät heitä tukeneet. Läheisten ja kuntoutujien suhteet voivat olla erilaiset jo ennen sairastumista. Kuntoutujien ja läheisten välillä voi olla esimerkiksi voimakkaita ristiriitoja ja perheväkivaltaa. Kuntoutujien ja läheisten suhteisiin voi olla vaikea vaikuttaa, jos kuntoutujat ja läheiset eivät kerro tilanteistaan. Jos taas tilanteista kerrotaan avoimesti, auttaminen on helpompaa. Tarvittaessa voidaan konsultoida eri alojen asiantuntijoita tilanteen helpottamiseksi. Sairastuminen voi olla kriisi myös läheiselle. Näin ollen riittävän ohjauksen ja tuen antaminen myös läheiselle on tärkeää. Kun läheiset saavat tukea, sairauden ja sen tuomien muutosten ymmärtäminen kuntoutujassa on helpompaa ja tuen antaminen kuntoutujalle mahdollistuu.

Uimahalli voidaan kokea hyväksi kuntoutuspaikaksi, vaikka se koettaisiin rauhattomaksi. Toisaalta rauhattomuus voi vaikuttaa kuntoutujan keskittymiseen ja näin vaikuttaa kuntoutumiseen. Henkilökunta voi yrittää vaikuttaa rauhallisuuteen esimerkiksi kuntoutusajankohdan valinnalla ja sopimisella Zimmarin henkilökunnan kanssa.

Kuntoutumista edistävä tekijä	Kuntoutumista hidastava tekijä
Hyvä hoito	Hyödyttömyys
Keskustelu ja huumori	Ei puhuttu mitään
Ohjaaminen	Ohjaaminen vain pyydettyäessä
Avun saanti	Hoitajat eivät auttaneet päivittäisissä toimissa
Kuntoutuksen ajankohta	Kuntoutuja ei saanut kuntoutusta
Omaisten huomiointi	Omaisista ei ohjattu
Kodinomainen ja viihtyisyys	Ei viihtyisää vaan sairaalaympäristö
Päiväsalissa ruokailu	Päiväsalissa syöminen oli vaikeaa
Toiset kuntoutujat	Monenlaiset kuntoutujat

Kuvio 8. Kuntoutujien ristiriitaiset kokemukset Kempeleen terveyskeskussairaalasta.

Kuntoutumista edistävä tekijä	Kuntoutumista hidastava tekijä
Säännölliset kontrollit	Kontrolleja lääkärille tai hoitajalle ei ole
Tuettiin normaaliin elämään palaamisessa	Kotikäyntiä ei tehty
Sai ohjeita ja neuvoja	Vastattiin vain kysyttäessä
Zimmari oli hyvä kuntoutuspaikka	Rauhattomuus uimahallissa
Läheisten tuki	Läheisten tuen puute

Kuvio 9. Kuntoutujien ristiriitaiset kokemukset Kempeleen terveyskeskuksen vastaanotosta ja kuntoutuksesta.

9.4 Kuntoutuksen kehittäminen terveyskeskussairaalassa

Kuntoutujien kokemuksista nousi kuusi keskeisintä kehittämiskohdetta Kempeleen terveyskeskussairaalalle: kuntoutujien ja omaisten ohjaus, kuntoutuksen mahdollistaminen, ympäristön viihtyvyyden ja virikkeiden lisääminen, yhteistyön kehittäminen, kuntoutuksen ja hoidon tasavertaisuus sekä henkilökunnan kiireen vähentäminen.

Kuntoutujien ja omaisten ohjaus

Kuntoutujat kokivat, että heitä ohjattiin vain pyydettyäessä. Lisäksi he kokivat, että omaisia ei ohjattu ollenkaan. Kuntoutujat toivoivat lisää ohjausta, neuvontaa ja keskustelua sekä itselleen että omaisilleen. Näin ollen kuntoutujien ja omaisten ohjausta Kempeleen terveyskeskussairaalassa voisi tarkistaa ja kehittää. Ohjaus määritellään suunnitelmalliseksi toiminnaksi, jonka avulla kuntoutujaa tuetaan löytämään voimavarojaan,

kannustetaan ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Ohjaustilanteiden pitäisi olla yksilöllisiä ja rakentua yhdessä ohjattavan kanssa. Ohjaus voi sisältää erilaisia elementtejä, kuten tiedon antamista, oppimista, neuvontaa, konsultaatioiden tekemistä ja terapiaa. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 17-19.)

Toimivassa ohjauksessa kuntoutuja ja omainen tuntevat itsensä arvostetuksi. He saavat tarpeellista tietoa, tukea ja pystyvät ymmärtämään paremmin asioita sekä tilannettaan. Laadukkaalla ohjauksella on laaja-alaisia terveyttä edistäviä vaikutuksia. Se edistävää ohjattavan toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa, kotona selviytymistä ja itsenäistä päätöksentekoa. Lisäksi laadukas ohjaus parantaa ohjattavan mielialaa vähentäen masentuneisuutta, ahdistusta ja yksinäisyyden tunnetta. (Kynge, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 42, 145.)

Psykososiaalisella ohjauksella ja kuntoutujan tukemisella on positiivinen vaikutus aivo-verenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutumiseen. Erityisesti omaisten mukaan ottaminen, kuntouttavan ilmapiirin ja asenteen luominen sekä kuntoutujalähtöisyys edistävät kuntoutumista. Psykososiaalinen ohjaus voi jäädä vähemmälle huomiolle kuntoutujien fyysisten tarpeiden ja toimintakyvyn heikkouden vuoksi. Lisäksi kuntoutujan ohjaaminen ja tuen antaminen voidaan kokea aikaa vieväksi muiden kuntoutus- ja hoitotoimenpiteiden ohessa. Ohjaamisen mahdollistaminen tulisi huomioida myös henkilökunnan resursoinnissa. (Kaila 2009, 3-10.)

Kuntoutuksen mahdollistaminen

Kuntoutajat kertoivat, että he eivät saaneet kuntoutusta terveyskeskussairaalassa ollessaan. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneelle kuntoutuksella on suuri merkitys ja se tulee aloittaa mahdollisimman varhain. AVH – kuntoutajat hyötyvät moniammatillisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä 2011.)

Kuntoutus voitaisiin mahdollistaa kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämisellä. Kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä tarkoitetaan sitä, että hoitaja kannustaa ja tukee kuntoutujaa selviytymään mahdollisimman itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista yksi-

öllisten voimavarojen ja toimintakyvyn mukaan. Kuntoutujaa ohjataan ja autetaan vain niissä toiminnoissa, joista hän ei selviydy yksin. Kuntoutumista edistävässä hoitotyössä hoitaja tekee asioita yhdessä kuntoutujan kanssa, ei hänen puolestaan. Kuntoutumista edistävän hoitotyön tulisi olla kokonaisvaltaista. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 19.)

Haastateltujen mielestä Kempeleen terveyskeskussairaalassa ei annettu riittävästi apua wc – käynteihin ja avun pyyntöihin vastattiin ikävästi. Tähän on tärkeä kiinnittää jatkossa huomiota. Kuntoutuja voi tarvita ohjausta päivittäisten toimintojen uudelleen opettamisessa. Näiden taitojen tavoitteellinen opettelu auttaa kuntoutuja huolehtimaan itsestään, parantaa itsetuntoa ja sosiaalista elämää. Esimerkiksi kuntoutujan oppiessa käymään itsenäisesti wc:ssä hänen elämänlaatunsa paranee merkittävästi. Tilanteissa voidaan harjoitella useita eri tekijöitä esimerkiksi liikkumista, siirtymistä, tasapainon ylläpitämistä, oman kehon hahmottamista, ympäristön ja tapahtumien havainnointia sekä kaksikäteisyyttä. On tärkeää, että hoitaja tunnistaa, mistä kuntoutuja selviytyy omatoimisesti ja missä hän tarvitsee apua. Puolesta tekemisellä ei ole apua kuntoutujan oppimiselle. Myös hoitajan rauhallinen ohjaaminen auttaa kuntoutujaa keskittymään tilanteisiin. Tihentynyt virtsaamisen tarve on yleinen vaiva aivoverenkiertohäiriöön sairastuneilla. Rakon toimintaa voi harjoitella pidättämisharjoittelulla sekä virtsaamispäiväkirjan avulla. Katetrin ja vaippojen käyttämistä tulisi välttää. (Forsbom ym. 2001, 100, 121, 122.)

Myös ruokailun ohjaaminen kuuluu kuntouttavaan hoitotyöhön. Kuntoutujat kokivat päiväsalissa syömisen vaikeaksi silloin, kun siellä oli muita kuntoutujia ja kuntoutujalla oli halvausoireita. Kuntoutujat olisivat halunneet harjoitella syömistä rauhallisessa tilassa. He pelkäsivät pudottavansa ruokailuvälineet, sotkevansa ruuallaan ympäristöä ja kaatavansa ruuat vahingossa muiden kuntoutujien päälle. Kuntoutujien nieleminen voi olla vaikeutunut aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Rauhallinen ja turvallinen paikka auttaa kuntoutujaa syömisen harjoittelemisessa. Ruokailu on usein myös fyysisesti kuormittava tilanne kuntoutujille, joten puolen tunnin lepo ennen ruokailua voi auttaa ruokailun toteutumisessa. Ruokapöytä on hyvä sijoittaa seinän viereen, kuntoutuja istumaan mielellään tavalliseen tuoliin seinän viereen, toimiva kylki seinään kiinni. Tällainen asento yleensä rauhoittaa ja parantaa heikomman puolen huomiointia. Ruokailussa molempien kyynärpäiden tulisi olla pöydän päällä, selkä hyvässä ryhdissä ja vartalo pystyasennossa. Jalkapohjien tulisi ylettyä alustalle. (Forsbom ym. 2001, 114.)

Kempeleen terveystakeskussairaalaassa on kehitetty kuntoutumista edistävää hoitotyötä, mutta kehittämistä on edelleen. Kuntoutumista edistävä hoitotyön toimiessa tehokkaasti kuntoutujat saisivat enemmän kuntoutusta päivittäisten toimintojen yhteydessä. Kuntoutujat toivoivat haastatteluissa, että myös hoitajat osallistuisivat fyysiseen kuntoutukseen. Kuntoutumista edistävää hoitotyötä kehittämällä myös kuntoutujien fyysisen kuntoutuksen määrä lisääntyisi.

Kuntoutuksen mahdollistamiseen liittyy myös muu kuntoutus. Kuntoutujat totesivat haastatteluissa, että he eivät olleet saaneet fysioterapiaa, kun fysioterapeutti oli ollut kuntoutujan kokemuksen mukaan mukana sairaalan normaaleissa rutiineissa. Fysioterapia on aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutujien yleisin kuntoutusmuoto. Se suositellaan aloitettavaksi mahdollisimman pian sairastumisen jälkeen. (Kaste ym. 2007, 327-329.) Kempeleen terveystakeskussairaalaassa lääkäri arvioi kuntoutujien terapioiden tarpeen. Terapiata tarvitsevista kuntoutujista tulee lääkäriltä kirjallinen tai suullinen pyyntö asiantuntijoille. Nykyään fysioterapeutti käy kaikkien terveystakeskussairaalaan tulleiden AVH -kuntoutujien luona.

Ympäristön viihtyvyyden ja virikkeiden lisääminen

Kuntoutujat toivoivat, että Kempeleen terveystakeskussairaalaan luotaisiin oma kuntoutusosasto. Lisäksi he kokivat, että ympäristö ei ole viihtyisä erilaisten kuntoutujien vuoksi. Kempeleen terveystakeskussairaalaassa on tehty solujaot keväällä 2012. Solujakojen avulla samankuntoisia ihmisiä on pystytty laittamaan samoihin ja vierekkäisiin huoneisiin. Näin on siis parannettu terveystakeskussairaalan ympäristön viihtyvyyttä, kuntoutuksen ja hoidon kehittämisen lisäksi.

Kuntoutujat toivoivat, että fysioterapian tiloja terveystakeskussairaalaassa suurennettaisiin, jotta kuntoutusta voitaisiin toteuttaa tehokkaasti jo kuntoutuksen alkuvaiheessa. Tämä voisi toteutua niin, että terveystakeskussairaalan tilojen tarkoitusta mietittäisiin uudestaan. Nyt terveystakeskussairaalaassa on kolme päiväsalia, joissa kaikissa on tuolit, pöydät ja televisiot. Tilaa, jossa kuntoutujilla olisi mahdollisuus itsenäiseen harjoitteluun, ei ole. Tämän tutkimuksen tekijä on tehnyt terveystakeskussairaalaan ylemmän ammattikorkeakouluopintoihin liittyen tehtävän, jossa on tehty suunnitelma liikuntatilan luomisesta terveystakeskussairaalaan. Sairaalan henkilökunta ja esimiehet ovat olleet mukana suun-

nitelman teossa. Liikuntatilan avulla saataisiin lisää tilaa fysioterapiaa ja muuta kuntoutusta varten, lisättäisiin ympäristön viihtyvyyttä sekä kuntoutujien itsenäisen harjoittelun mahdollisuutta. Ympäristön viihtyvyyden lisääminen oli kuntoutujien yksi kehittämisehdotus.

Tutkimukset ovat osoittaneet kuntoutusympäristöjen, joissa on paljon virikkeitä, monipuolista, kuntouttavaa aktivaatiota ja sosiaalista kanssakäymistä, edistävän toipumista aivoverenkiertohäiriöstä. Tämä on näkynyt hoitoaikojen lyhentymisenä, kuntoutumisen nopeutumisena sekä kuolleisuuden vähentymisenä. Vaikutus on mahdollisesti vaurion sijainnista ja koosta riippuvainen. (Sivenius ym. 2002, 2572–2573.) Liikuntatilan suunnittelussa on hyvä ottaa huomioon se, että aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen harjoitteluympäristön tulisi olla sellainen, jossa harjoitteiden haastavuutta voidaan lisätä nousujohteisesti kuntoutujan fyysisen toimintakyvyn mukaan. Tämä auttaa myös kuntoutujien ongelmien ratkaisutaitojen kehittymisessä. (Pyöriä 2007, 7.)

Liikunta vaikuttaa lähes kaikkiin elimistön toimintoihin ja sen tulisi olla osa jokapäiväistä toimintaa syömisen ja nukkumisen rinnalla (Kujala & Selänne 2001, 611). Liikukumattomuus on terveydelle haitallista. Pitkäkestoisella istumisella on vaikutusta aineenvaihdunnan ja verenkiertoelimistön sairauksien lisääntymiseen. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. 2010.) Vuodelepo on kiihdyttää terveidenkin ikääntyneiden lihaskatoa ja aiheuttaa nopeasti erilaisia toiminnanvajauksia. Sen sijaan liikunnan terveyshyötyjen tieteelliset näytöt ovat kiistattomat, myös ikääntyneiden osalta. (Pitkälä 2005, 3865-3869.)

Kuntoutujat toivoivat, että terveystieteiskeskussairaalaan hankittaisiin uusia kuntoutusvälineitä. He toivoivat mahdollisuutta kuntopyöräilyyn ja kuntosaliharjoitteluun. Tutkimukset ovat osoittaneet, että aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden fyysistä toimintakykyä ja lihasvoimaa voidaan parantaa alaraajojen lihasvoimaharjoittelulla. (Pyöriä 2007, 7; Bohannon 2007, 19.) Parannusta voi tapahtua sekä halvaantuneessa että terveessä alaraajassa. Myös kuntoutujat ovat kokeneet harjoittelun vaikuttavan suotuisasti toimintakykyyn ja vähentäneen koettua vammaisuutta. (Ouellette, LeBrasseur, Bean, Phillips, Stein, Frontera & Fielding 2004, 1408). Ylä- ja alaraajojen sekä vartalon voimaharjoittelun tarkoituksena on vartalon asennon hallinnan harjoittelu. (Talvitie ym. 2006, 366).

Aerobinen harjoittelu parantaa kuntoutujan selviytymistä päivittäisistä toiminnoista hengitys- ja verenkiertoelimistön vahvistumisen myötä. (Pyöriä 2007, 7.) Aerobisen harjoittelun välineinä voidaan käyttää: kuntopyörää, käsiergometria, juoksumattoa, kävelyä epätasaisella alustalla joko sisätiloissa tai ulkona. Kävelyn tehostamiseen voidaan käyttää kävelysauvoja. (Talvitie ym. 2008, 366.)

Kuntoutujat toivoivat, että Kempeleen terveystieteiden keskuksensa hankitaan kävelysimulaattori. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksessa on tärkeää aloittaa pystyasennon ja askeltamisen harjoittelu mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Näin aktiivista voidaan hermostoa, joka säätelee kävelyn motoriikkaa. Kävelyn harjoittelemisessa pidetään tärkeänä runsaita toistoja ja intensiivistä harjoittelua. (Pitkänen, Huttunen, Tarkka & Sivenius 2002, 16.)

Parhaiten kuntoutuksen alkuvaiheen kävelyharjoitteluun soveltuu kävelysimulaattori. Tässä laitteessa kuntoutujan alaraajat tuetaan liikkuvien jalasten päälle. Laite tekee jalasten kautta normaalia fysiologista kävelyä mukailevaa liikettä. Laite tunnistaa kuntoutujan oman aktiivisuuden ja avustaa liikettä vain tarvittaessa. Kävelysimulaattoriin kuuluu valjaat, joiden avulla kuntoutujan painoa voidaan keventää. Valjaat tukevat kuntoutujan pystyasentoa myös sivusuunnassa. Kuntoutujan painon keventämistä voidaan vähentää asteittain halvaantuneen alaraajan kuormituskyvyn lisääntyessä, painonsiirtojen kehittyessä ja kävelyn laadullisten ominaisuuksien parantuessa. Kävelysimulaattorin avulla 20 minuutin harjoittelun aikana kuntoutuja pystyy kävelemään helposti noin 1500 askelta. (Pitkänen ym. 2002, 17.)

Toinen, halvempi, kävelyharjoittelun apuväline on painokevennetyt valjaat, jotka on asennettu kattoon ja valjaiden alla on kävelymatto. Tämän menetelmän avulla tehty harjoittelu edellyttää kuntoutujan parempaa fyysistä toimintakykyä. Kuntoutujan lonkanivelten alueella pitäisi olla painovoiman voittavaa voimaa ja liikettä. Lisäksi alaraajojen osittainen kuormittaminen pitäisi onnistua. Kuten kävelysimulaattoriharjoittelussa tässäkin harjoittelumuodossa voidaan keventää kuntoutujan painoa valjaiden avulla runsaasti, mutta harjoittelun edetessä painon keventämistä voidaan vähentää. (Pitkänen ym. 2002, 16.)

Tutkimuksissa painotetun kävelyharjoittelun avulla on saatu tehokkuutta, toistoja ja rytmisyyttä kävelyn. Lisäksi itsenäinen kävelyn oppiminen nopeutuu ja kävelyn laadukkuus parantuu. (Pitkänen ym. 2002, 17.) Painokevennetty kävelyharjoittelu kävelymaton päällä on käyttökelpoinen ja vaikuttava tuoreille AVH -kuntoutujille. Tämä lieventää kävelyn vajaatoimintaa, parantavaa fyysistä toimintakykyä ja aktiivisuutta. Painokevennetyn kävelymattoharjoittelun huono puoli on, että se vaatii kaksi terapeuttia harjoittelun toteuttamiseksi. Tämän vuoksi kävelysimulaattoria pidetään kiinnostavampana kävelyn harjoittelukeinona. (Franceschini, Carda, Agosti, Antenucci, Malgrati & Cisari 2009, 3079, 3084.) Mekaanisesti avustetun kävelyn on todettu olevan vaikuttavaa ja lisäävän itsenäistä kävelyä liikkumattomilla kuntoutujilla. Lisäksi harjoittelun vaikutukset ovat pitkäkestoisia, kun avustettu kävely aloitetaan jo sairaalavaiheessa. (Ada, Dean, Vargas & Ennis 2010, 153, 159.)

Kuntoutujat toivoivat, että terveyskeskussairaalassa olisi enemmän virikkeitä kuntoutujille. He toivoivat yhteisiä muisti- ja laskuharjoitteluhetkiä, sormien näppäryysharjoittelua sekä äänikirjoja kuunneltavaksi. Viriketoiminta on erityisen tärkeää heikkokuntoisille, joiden henkinen vireystila riippuu toisten tuesta. Se on kuntoutujaa aktivoivaa toimintaa, jonka tavoitteena voi olla muistin, havainnoinnin ja keskittymisen aktivointi. Lisäksi viriketoiminta antaa sisältöä elämään, ylläpitää henkistä vireyttä, antaa kokemuksia, tunteita, mahdollisuuden tehdä asioita yhdessä muiden kuntoutujien kanssa. Harjoitteiden tulisi olla kuntoutujille mieleisiä, jännitystä ja onnistumisen elämyksiä tarjoavia. Kuntoutumista edistävä viriketoiminta ei ole pelkästään ajankulua vaan tavoitteellista toimintaa. Kuntoutumista edistävän viriketoiminnan tulisi sisältyä kiinteästi päivittäiseen hoitoon ja huolenpitoon. (Kähäri-Wiik 2006, 150-151.)

Tällä hetkellä Kempeleen terveyskeskussairaalassa on tiistaisin yhteisjumppa ja torstaisin hartaus sairaalan kuntoutujille. Virkistystoimintaa olisi hyvä olla enemmän. Kuntoutujat kokivat, että terveyskeskussairaalassa aika kävi pitkäksi, kun ei ollut mitään tekemistä. Monipuolinen ja säännöllinen virkistystoiminta voisi auttaa siinä, että aika kuluisi sairaassa olon aikana paremmin. Lisäksi kuntoutujat toivoivat, että heille annettaisiin omat päiväohjelmat, jotta he voisivat valmistautua seuraavaan päivään ja pyytää läheisiä kylään silloin, kun ei ole muuta ohjelmaa. Päiväohjelmia on alettu käyttää aktiivisesti kuntoutujien kanssa. Kuntoutujien henkilökohtaisista päiväohjelmista on ollut hyötyä myös ammattilaisille, sillä myös yksityiset terapeutit ovat voineet merkitä seuraavan

terapia-aikansa ohjelmaan. Näin muiden osastolla tapahtuvien asioiden suunnittelu ja toteutus on ollut helpompaa.

Lisäksi kuntoutujat pyysivät, että useita huoneiden vaihtoja pyritäisiin välttämään terveyskeskussairaalassa. Huoneen valinnassa on tärkeä huomioda, kumpi puoli kuntoutujan kehosta on halvaantunut, jotta huoneen järjestelyillä pystytään edesauttamaan kuntoutumista. Kuntoutujan mielipidettä olisi tärkeä kuunnella. Osa kuntoutujista on mielellään huoneessa, jossa on muitakin, osa ei. Huoneen valintaan vaikuttaa myös sairaalan sen hetkinen tilanne. Kun sairaalassa on paljon kuntoutujia sopivan huoneen valitseminen ja muuttaminen on ollut vaikeaa. Tällöin kuntoutujalle pyritään muokkaamaan vapaana oleva huone mahdollisimman hyvin hänelle soveltuvaksi. Paikkojen vähyys on voinut olla syy useille huoneiden vaihdoille.

Yhteistyön kehittäminen

Kuntoutujat kokivat terveyskeskussairaalan henkilökunnan työt rutiininomaisiksi ja hyödyttömiksi. Lisäksi he kokivat, että jokainen ammattiryhmä teki omia työtehtäviään. Näistä kokemuksista voi tehdä sen johtopäätöksen, että kuntoutujille oli jäänyt epäselväksi se, mitä eri ammattiryhmät tekevät sairaalassa ja mikä tarkoitus eri ammattiryhmien tehtävillä on kuntoutujien kuntoutumisen edistämiseksi. Näiden kokemusten vähentämiseksi kuntoutuspalaverit voisivat olla hyvä keino purkaa kuntoutujien kokemuksia. Lisäksi palavereissa voisi kertoa siitä, miten eri ammattiryhmät voivat auttaa omalla työpanoksellaan kuntoutujaa kuntoutusprosessissa. Kuntoutuspalaverien avulla kuntoutujan aktiivinen osallistuminen omaan kuntoutusprosessiin mahdollistuu yhdessä moniammatillisen tiimin ja läheisten kanssa. (Korpelaisen ym. 2008, 259).

Kempeleen terveyskeskussairaalassa on pidetty kuntoutuspalavereita yhdessä moniammatillisen tiimin, kuntoutujan ja hänen läheistensä kanssa. Tarvittaessa palavereihin on kutsuttu myös muita tahoja, kuten kotihoidon tai palvelutalojen työntekijöitä.

Kuntoutujien kokemus henkilökunnan ammattiryhmäkohtaisesta työskentelystä voi kertoa myös Kempeleen terveyskeskussairaalan moniammatillisen yhteistyön kehittämisen tarpeesta. Moniammatillisessa yhteistyössä eri ammattien väliset rajat voivat olla väljät. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että fysioterapeutti voi antaa ohjeita sairaanhoita-

jalle ja lähihoitajalle siitä, kuinka he voivat omien työtehtävien yhteydessä toimia kuntoutujan kanssa kuntoutumista edistävasti. Tiimin toimiessa tällä tavoin, se kokoaa yhteen osaamistaan ja kuntoutuja hyötyy hoidosta ja kuntoutuksesta enemmän. Tämä edellyttää henkilökunnalta kykyä olla samanaikaisesti oppija sekä erikoisasiantuntija, jakaa tietoa ymmärrettävästi, kykyä ottaa vastuuta ja valmiutta toimia kuntoutujalähtöisesti. (Isoherranen 2008, 38-39.)

Kuntoutuksen ja hoidon tasavertaisuus

Kuntoutujien kokemusten ristiriitaisuuksista kävi ilmi, että kuntoutujien hoito ja kuntoutus eivät ole tasavertaista tai siinä on eroaisuutta kuntoutujien kesken. Tähän teki-
jään olisi tärkeä kiinnittää huomiota jatkossa ja tutkia tarkemmin, mistä eriarvoisuus johtuu ja miten sitä voitaisiin kehittää.

Henkilökunnan kiireen vähentäminen

Kuntoutujat kokivat, että henkilökunnalla oli kiire, heillä oli työpaineita ja heitä oli minimimäärä. Nämä kokemukset vaikuttivat kuntoutujiin niin, että he eivät halunneet häiritä henkilökuntaa sairaalassa olon aikana. Lisäksi kuntoutujat kokivat, että he eivät saaneet riittävästi apua päivittäisissä toiminnoissa. Kuntoutujien kehittämis ehdotuksena oli, että henkilökunnan määrää lisättäisiin. Henkilökuntaa tulisi olla riittävästi, jotta kuntoutujat saisivat apua sairaalassa olon aikana kokonaisvaltaisesti. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet voivat olla toimintakyvyltään hyvin erilaisia. Toisilla kuntoutujista voi olla lievät oireet, jolloin heillä on esimerkiksi lievä toispuolihalvaus ja heikentynyt tasapaino sekä hieman kognitiivisia oireita. Tällaiset kuntoutujat tarvitsevat vähemmän hoitajien apua kuin kuntoutujat, joilla huomattava raajaheikkous, kehon toisen puolen huomiotta jättämistä ja nielemisen vaikeutta. Jälkimmäiset kuntoutujat voivat tarvita ympärivuorokautista hoitoa, päivittäisen terapian lisäksi. (Sivenius 2001, 4745.) Alkuvaiheessa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden ohjaus vie paljon aikaa. Ajankäyttäminen kuntoutujaan on palkitsevaa, sillä se auttaa kuntoutujaa kuntoutumisessa. (Forsbom ym. 2001,100.)

9.5 Kuntoutuksen kehittäminen vastaanotolla ja kuntoutuksessa

Kuntoutujien kokemuksista nousi kuusi keskeisintä kehittämiskohdetta Kempeleen terveyskeskuksen vastaanotolle ja kuntoutukselle: paremmin kuntoutuneiden huomioiminen, kuntoutujien ja heidän läheisten tukeminen, lääkärin ja hoitajan kontrollien järjestäminen, terapioiden kehittäminen, hoidon ja kuntoutuksen tasavertaisuus sekä kolmannen sektorin mukaanotto.

Paremmiin kuntoutuneiden huomioiminen

Kuntoutujat toivoivat aivoverenkiertohäiriöstä paremmiin kuntoutuneille ja nuoremmille kuntoutujille kuntoutusta, pidempiä sairauslomia, vastaanoton ja kuntoutuksen henkilökunnan tarkempia kontrollikäyntejä sekä rasisitestejä ennen työhön palaamista. Kuntoutujat kokivat ikäväksi asiaksi sen, että kuntoutujan kotiutuessa, heidän luokseen ei tehty kotikäyntiä. Kotiutumiset pitäisi tapahtua suunnitelmallisesti kotiuttavan tahon ja terveyskeskuksen henkilökunnan kanssa. Lisäksi kodin muutostyöt ohjataan toteutettavaksi ennen kotiutumista. (Korpelainen ym. 2008, 262). Kuntoutujien kotiutuessa Kempeleen terveyskeskussairaalaan heidän luokseen tehdään tarvittaessa kotikäynti. Vastaanoton ja kuntoutuksen kautta kotikäyntejä tehdään harvemmin, vain poikkeustapauksissa. Ne kuntoutujat, jotka siirtyvät suoraan OYS:sta kotiin, ovat tässä suhteessa väliinputoajia.

OYS:sta suoraan kotiin siirtyvillä kuntoutujilla fyysiset oireet voivat olla vähäisiä, mutta heillä voi olla piileviä kognitiivisia oireita, jotka voivat hidastaa kuntoutumista. Välttämättä kognitiiviset oireet eivät ole tulleet esille kuntoutujan ollessa OYS:ssa. Oireet voivat aiheuttaa ongelmia kotona ja työelämässä. Tutkimusten mukaan fyysisten oireiden vähyydestä huolimatta kuntoutujat voivat tarvita apua päivittäisissä toiminnoissa. Avun tarve voi liittyä asioiden muistamiseen, niiden organisoimiseen ja suunnitteluun. Kuntoutujan oireet voivat vaikuttaa sekä kuntoutujan että hänen puolison elämäänlaatuun. (Carlsson 2007, 4.) Paremmiin kuntoutujien huomioiminen on tärkeä kehittämiskohde vastaanotolla ja kuntoutuksessa.

Kuntoutujien ja heidän läheisten tukeminen

Kuntoutujat kokivat ikäväksi asiaksi sen, että heillä ei ollut nimettyä yhdyshenkilöä terveyskeskuksessa, jolle olisi voinut soittaa tarvittaessa. He olisivat halunneet keskustella yhdyshenkilön kanssa esimerkiksi sairauteen liittyvistä asioista. Kempeleen terveyskeskuksessa on ollut jo useita vuosia AVH – yhdyshenkilö. Hänen toimenkuvaansa on kuulunut AVH:hon liittyvistä asioista tiedottaminen henkilökunnalle sekä uusien ohjausmateriaalien tilaaminen kuntoutujien ohjaamiseen. Tätä toimenkuvaa AVH – yhdyshenkilö on tehnyt oman työnsä ohella.

Kuntoutujat toivat esille haastatteluissa myös ikävät tunteet, joita heille oli tullut kotona asuessaan. Tällaisia tunteita olivat arkuus, yksinäisyys ja pelko. Lisäksi he pelkäsivät sairauden uusiutumista, ihmettelivät kognitiivisia oireita sekä kokivat vaikeutta arkias-kareissa. Pelon tunne tuli esille myös Muhosen (2007, 26, 27) tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa kuntoutujat olivat tunteneet voimakasta pelkoa sairastumisen alkuvai-heessa ja heti kotiutumisen jälkeen. Näistä tunteista voi tehdä sen johtopäätöksen, että kuntoutujien tukemista on tärkeä kehittää vastaanotolla ja kuntoutuksessa.

Kuntoutujien kokemuksen mukaan henkilökunnan vastaaminen vain kysyttäessä oli puute, koska kuntoutujat eivät välttämättä osanneet kysyä oikeita asioita vastaanotolla tai kuntoutuksessa käydessä. Kuntoutujilla oli myös kokemuksia siitä, että puheterapia oli lopetettu puheterapeutin lausunnosta huolimatta. Tämän kuntoutujat olivat kokeneet ihmeelliseksi asiaksi. Näin ollen myös kuntoutujien ohjaamiseen olisi tärkeä kiinnittää vastaanotolla ja kuntoutuksessa huomiota. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden oh-jaukseen liittyvissä tutkimuksissa on todettu, että kuntoutujien mielestä tietoa on saatu kokonaisuudessaan liian vähän. Asioita ei ole myöskään osattu kertoa riittävän selkeästi ja ymmärrettävästi. Tiedon saantiin on vaikuttanut se, miten helposti lähestyttävä henki-lökunta on ollut. Lisäksi kuntoutujan oma aktiivisuus on vaikuttanut tiedon saantiin. Suurimpana puutteena on pidetty sitä, että kukaan ei ole kiinnittänyt huomiota kuntou-tujan kokemukseen sairastumisesta ja sairauden aiheuttamiin elämänmuutoksiin. Lisäksi kuntoutujat olisivat halunneet tietoa kuntoutumisen kestosta, ennusteesta ja sen vaiku-tuksesta ihmissuhteisiin. (Tuusa 2008, 25.)

Kuntoutujat kokivat läheisten tuen puutteen ja sairauden ymmärtämättömyyden merkittäväksi kuntoutumista hidastavaksi tekijäksi. Lisäksi kuntoutujat kokivat epäasiallista käyttäytymistä tai suhtautumista myös muiden ihmisten taholta. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden oireet voivat olla moninaiset, jotka myös kuntoutujan omaiset ja lähiyhteisö joutuvat kohtaamaan (Korpelainen 2008, 251, 252). Tämän vuoksi myös läheiset ja omaiset tarvitsevat tukea.

Lääkärin ja hoitajan kontrollien järjestäminen

Kaikille kuntoutujille ei ollut varattu kontrolliaikoja lääkärille ja tai hoitajalle, mikä koettiin ikävänä asiana. Osa kuntoutujista ei ollut tavannut lääkäriä kertaakaan kotiutumisen jälkeen ja hoitanut lääkeasiatkin apteekin kautta. Tasavertaisten, tarpeen mukaisien ja säännöllisten lääkärin ja hoitajien kontrollien järjestäminen on siis tärkeä kehittämiskohde Kempeleen terveyskeskuksen vastaanotolla.

Terapioiden kehittäminen

Kuntoutujat kokivat, että fysio- ja puheterapiat kestivät liian vähän aikaa. Tutkimusten mukaan terapioissa tulisi kiinnittää huomiota riittävään intensiteettiin. Esimerkiksi puheterapiasta on tehty tutkimuksia, joissa on todettu, että erittäin intensiivisellä kuntoutuksella on päästy parempaan tulokseen kuin harvemmin toteutuneella pitkäjaksoisella kuntoutuksella. Intensiivinen kuntoutus saattaa olla taloudellisesti hetkellisesti kalliimpaa, mutta sen on todettu maksavansa itsensä takaisin myöhemmin kuntoutujan parempana kokonaisvaltaisena toimintakykynä. (Korpelainen ym. 2008, 272.)

Samankaltaisia tutkimuksia on myös myöhäisvaiheen kuntoutuksesta. Peuralan (2005, 3) tutkimuksen mukaan vielä kuuden kuukauden päästä aivoverenkiertohäiriöstä voidaan vaikuttaa positiivisesti kävelyn nopeuteen ja matkan pituuteen, jonka kuntoutua pystyy kävelemään. Lisäksi tutkimuksessa kävi ilmi, että intensiivisen kuntoutuksen avulla kuntoutujat pystyivät ottamaan enemmän askelia tietyssä ajassa. Kävelykyvyn parantuminen epäiltiin vaikuttavan suotuisasti myös päivittäisiin toimintoihin ja niistä suoriutumiseen. Tässä tutkimuksessa intensiivinen harjoittelujakso oli kestänyt kolmen viikon ajan ja sisältänyt myös kuntoutujien itsenäistä harjoittelua. Harjoittelun suotuisat vaikutukset olivat näkyneet vielä kontrollikäynninkin yhteydessä. Eli näiden tutkimus-

ten valossa tulevaisuudessa pitäisi kiinnittää enemmän huomiota kuntoutuksen intensiteettiin kuin sen keston. On kuitenkin myös totta, että kuntoutusmenetelmiä ja –käytäntöjä on edelleen syytä arvioida kriittisesti (Korpelainen 2008, 272).

Kuntoutujilla oli kokemuksia fysioterapian sopimattomuudesta sekä siitä, että vaihtoehtoa sopimattomalle fysioterapialle ei annettu. Näin ollen kuntoutujien osallistumista kuntoutuksen suunnitteluun olisi hyvä kehittää. Neurologinen fysioterapia on kehittynyt vuosien varrella. Aikaisemmin fysioterapia on sisältänyt paljon manuaalisia menetelmiä, jolloin kuntoutujan rooli on jäänyt passiiviseksi. Lisäksi terapia on toteutunut terapeuttijohtoisesti, jolloin kuntoutujien osallistuminen on ollut vähäistä (Pyöriä, Talvitie, Reunanen & Nyrkkö 2009, 5.) Kuntoutumista on alettu pitämään oppimisprosessina. Tämä edellyttää kuntoutujan aktiivista osallistumista tavoitteiden asetteluun, kuntoutuksen suunnitteluun ja sen arviointiin. Aktivoivassa fysioterapiassa tavoitteena on kuntoutujalle merkityksellisten asioiden uudelleen oppiminen. Tässä terapiamuodossa kuntoutujan itsenäinen harjoittelu on keskeisellä sijalla ja kuntoutujan itsenäistä harjoittelua tuetaan. (Reunanen 2011, 180.) Aktivoiva fysioterapia on tehtäväkeskeistä. Tehtäväkeskeisen harjoittelun on todettu olevan kaikista vaikuttavinta motoriikan kehittymiseen ja toimintojen itsenäistymiseen. (Langhammer & Lindmark 2012, 1)

Kuntoutujat toivoivat, että ryhmäkuntoutuksia kehitettäisiin niin, että mahdollisimman samankuntoiset ihmiset ohjattaisiin samaan ryhmään. Ryhmiin kuntoutujat toivoivat myös enemmän henkistä keskustelua. Vesijumppia toivottiin enemmän, jotta mahdollisimman moni kuntoutuja pääsisi kuntoutukseen. Ryhmäkuntoutuksien sisältöjä ja määrää olisi siis myös tärkeä kehittää. Lisäksi yläraaja- ja kognitiivisten oireiden kuntoutus koettiin puutteelliseksi, joten tätäkin asiaa olisi tärkeä pohtia ja tarpeen mukaan kehittää tulevaisuudessa.

Hoidon ja kuntoutuksen tasavertaisuus

Kuntoutujien ristiriitaisista kokemuksista kävi ilmi, että kuntoutujien hoidon ja kuntoutuksen tasavertaisuuteen on tärkeä kiinnittää huomiota myös vastaanotolla ja kuntoutuksessa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutusta kehitettäessä.

Kolmannen sektorin mukaanotto

Kuntoutujat olisivat toivoneet lisätietoa Aivoliitto ry:n toiminnoista Oulun alueella. Aivoliitto on tärkeä kolmannen sektorin toimija, jota voitaisiin hyödyntää aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksesta tehokkaammin. Aivoliitto voi tukea ammattilaisia, kuntoutujia ja läheisiä kuntoutuksen eri vaiheissa. Heidän palveluitaan voisi hyödyntää tehokkaammin kuntoutuksen eri vaiheissa. Aivoliitolla on erilaisia oppaita, jotka on suunnattu kuntoutujille, läheisille ja omaisille. Lisäksi heidän kauttaan on mahdollista saada vertaishenkilöiden tukea kuntoutujille ja läheisille. Aivoliitto järjestää myös erilaisia koulutuksia, tapahtumia, matkoja ja sopeutumisvalmennuskursseja. Lisäksi liitolla on aktiivista kuntoutustoimintaa Oulussa kuntoutujille ja läheisille. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kuntoutujilla oli hyvin vähän tietoa Aivoliiton tarjonnasta. Joten tämä on tärkeä kehittämiskohde jatkossa. Näin voitaisiin saada lisää voimavaroja kuntoutukseen.

9.6 Tulokset ja Kytke –hanke

Tutkimustulosten perusteella voidaan tehdä johtopäätös siitä, että Kytke – hankkeessa on kehitetty oikeita asioista aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksessa. Jos hankkeessa tehdyt kehittämiskohteet juurrutettaisiin käytäntöön, niiden avulla voitaisiin vastata kuntoutujien kokemuksista nousseisiin kehittämiskohteisiin.

Hankkeessa on kehitetty kuntoutujien ja läheisten ohjaamista. Ohjaamisen tehostamiseksi on luotu kuntoutujien ja läheisten ohjauslomake. Lomakkeen avulla annettu ohjaus on tullut näkyvämmäksi. Lisäksi Aivoliiton kautta on saatu kattavaa ohjausmateriaalia kuntoutujille, läheisille ja ammattilaisille. Aivoliiton kanssa on lisätty yhteistyötä hyödyntämällä liiton asiantuntijoiden osaamista. Liitosta on käynyt työntekijöitä kouluttamassa henkilökuntaa sekä antamassa tietoa kuntoutujille ja heidän läheisille. Lisäksi Aivoliiton kautta on saatu vertaistukihenkilöitä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneille.

Hoitohenkilökunnalle on tehty ohjeistus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Ohjeistus on sähköisenä ja paperisena kansiona kaikissa hankkeessa mukana olevissa kunnissa. Lisäksi OYS:sta on saatu kuntoutumista edistä-

vään hoitotyöhön liittyen opasvideo kaikkiin kuntiin. Näihin materiaaleihin henkilökunta on perehdytetty hankkeen toimesta.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden ja heidän läheistensä tueksi on luotu uusi toimenkuva, AVH – vastaava. AVH – vastaavan käynnillä on kartoitettu kuntoutujan toimintakykyä, elämäntilannetta ja selviytymistä. Lisäksi kuntoutujille on annettu yksilöllistä sairauden uusiutumisen ehkäisyyn liittyvää ohjausta kiinnittämällä huomiota kuntoutujan elämäntapoihin. AVH – vastaava on myös koordinoanut ja suunnitellut kuntoutusta yhdessä kuntoutujan ja hänen läheistensä kanssa. Toimenkuvan avulla väliinputajat ovat päässeet paremmin kuntoutuksen piiriin.

Tarvittaessa AVH – vastaava on voinut järjestää verkostopalaverin, jossa kuntoutuja, hänen läheisensä, tarvittava moniammatillinen tiimi ja muut kuntoutujan arjessa mukana olevat henkilöt voivat yhdessä keskustella kuntoutujan tilanteesta. Dialogisissa verkostopalavereissa kuntoutuksen voimavarat moninkertaistuvat, kun kuntoutujat ja heidän läheisensä ovat niissä aktiivisina osallisina. Lisäksi kuntoutujien kokema ahdistus vähenee sekä kuntoutujat ja heidän läheisensä voimaantuvat (Seikkula & Arnkil 2009, 6,7). Verkostopalavereilla voisi vaikuttaa esimerkiksi tässä tutkimuksessa esille tulleen epäasialliseen kohteluun työpaikalla.

Hankkeessa on tehty suositus hoitajan ja lääkärin kontrollikäyntien ajankohdista ja sisällöistä. Lisäksi aivoverenkiertohäiriöön sairastuneille suositellut toimintakykymittarit on kartoitettu ja niistä on tehty sekä sähköiset että paperiset kansiot. Molempien edellä mainittujen asioiden tarve tuli esille tutkimuksessa.

Lisäksi hankkeessa on kehitetty yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Tähän on pyritty suojatun viestikanavan ja videoneuvotteluyhteyksien avulla. Näitä tekniikoita on hyödynnetty konsultaatioissa ja kuntoutujien siirtymisvaiheissa tiedon välityskeinoina. Hankkeessa on myös tehty tarkistuslista, jonka avulla henkilökunta on kertonut ja vastaanottanut kuntoutujaan liittyvää tietoa siirtovaiheissa. Yhteistyön kehittäminen ja tarkistuslista on voinut auttaa esimerkiksi oikean huoneen valinnassa kuntoutujalle, hoidon ja kuntoutuksen sujuvuuden sekä laadukkuuden lisäksi.

Hankkeessa on tehty kirjallinen ohjeistus kuntoutussuunnitelmien rakenteesta, kehitetty kotilomalomake ja ensiapupakkaus kommunikointiin afaatikon kanssa. Näiden tarvetta kuntoutujien kokemuksissa ei tullut esille. Tämä voi johtua siitä, että kuntoutujat eivät tiedä niiden hyödyistä ja vaikutuksista kuntoutumiseen.

10 POHDINTA

10.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyys pyrittiin huomiomaan tutkimuksen alkuvaiheista lähtien. Tutkimusluvut pyydettiin kaikilta eri tahoilta, jotka liittyivät tutkimukseen. Luvat ohjataan pyytämään eettisiltä toimikunnilta hoitotieteen eettisten ohjeiden mukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173–174). Kempeleen terveystieteiden tutkimuskeskuksessa kirjallinen lupa pyydettiin johtavalta lääkäriltä, Kytke – hankkeessa hankkeen vastuulliselta johtajalta. He edustavat omilla tahoillaan eettisiä toimikuntia. Lisäksi tutkimuslupa pyydettiin ohjaavilta opettajilta. Lupa pyydettiin ammattikorkeakoulun virallisella lomakkeella. (Liite 3.)

Tutkittavien valikoitumisessa pidettiin huoli oikeudenmukaisuudesta niin, että kaikkiin kriteerit täyttäviin aivoverenkiertohäiriöön sairastuneisiin otettiin yhteyttä puhelimitse ja heille kerrottiin tutkimuksesta sekä Kytke -hankkeesta. Tutkittaville kerrottiin, että he voivat kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai perua suostumuksensa niin halutesaan. Lisäksi kuntoutujille korostettiin, että haastatteluun suostuminen tai siitä kieltäytyminen ei vaikuta heidän kuntoutukseen tai hoitoon. Edellä mainitut tekijät kuuluvat eettisen julistuksen potilaan turvallisuuden ja oikeuksien turvaamiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 174–179.)

Jos kuntoutuja halusi vapaasta tahdostaan osallistua tutkimukseen, häntä pyydettiin allekirjoittamaan ennen haastattelua kirjallinen suostumuslomake. (Liite 2.) Tutkittavan aito vapaaehtoisuus tutkimukseen osallistumiseen on tärkeää. Lisäksi tutkittavalle on tärkeä antaa mahdollisuus esittää kysymyksiä haastattelun aikana. Aineiston analyysissä on huomioita se, että se tehdään huolellisesti, tuloksia sepittämättä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177–182.) Nämä tekijät pyrittiin huomioimaan haastattelussa ja aineiston analyysia tehdessä. Aineiston analyysia varten varattiin aikaa, jotta huolellinen tekeminen mahdollistuisi.

Hoitotieteen eettisten ohjeiden mukaisesti tutkittavan yksityisyys, koskemattomuus ja potilastietojen luottamuksellisuus säilytetään tutkimuksessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 174). Nämä tekijät huomioitiin niin, että tutkittavien henkilöllisyyt-

tä ei paljastettu tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille missään vaiheessa. Lisäksi haastattelut toteutettiin rauhallisessa huoneessa kahden kesken kuntoutujan kanssa. Haastatteluaineistoa käsiteltiin ainoastaan analysoidussa muodossa.

Kun alkuperäisilmauksia lainattiin tutkimusraportissa, lainaukset koodattiin niin, että tutkittavan henkilöllisyys ja sukupuoli eivät tule ilmi kuntoutujien kokemuksista. Sukupuolta ei haluttu tuoda esille tutkimusraportissa lainatuissa alkuperäisilmauksissa, koska tällöin joku voisi tunnistaa kuntoutujan. Tutkimukseen osallistuneiden onkin jätävä nimettömiksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131).

Koko tutkimuksen ajan pyrittiin noudattamaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä, jotka Suomen Akatemia on laatinut tutkimuksen eettisiksi ohjeiksi. Näihin kuuluvat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus, tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisten menetelmien käyttäminen ja avoimuus. (Tuomi & Sarajärvi, 132, 133.) Myös muiden tutkijoiden töiden saavutukset pyrittiin huomioimaan resurssien mukaan. Aikaisempiin tutkimuksiin olisi voinut tutustua enemmänkin, jos tutkimuksen tekemiseen olisi ollut enemmän aikaa. Tutkimuksen raportoinnissa pyrittiin yksityiskohtaisuuteen.

10.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tutkimuksen toteuttamisen ja tulosten luotettavuuden näkökulmista. Tavoitteena oli saada tietoa kuntoutujien kokemuksista Kempeleen terveyskeskussairaalan, vastaanoton ja kuntoutuksen hoidosta ja kuntoutuksesta.

Tutkija keräsi ja analysoi itse haastatteluaineistot. Haastatteluiden tekeminen oli aluksi jännittävää. Kuntoutujien haastattelemisen tutkimukseen tuntui erilaiselta kuin heidän haastattelemisen fysioterapiatilanteessa. Tämä johtui siitä, että tilanne oli tutkijalle uusi. Tutkijan jännittäminen ja epävarmuus saattoi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Teknisesti kaikki toimi hyvin. Nauhuri nauhoitti tilanteet ja kuntoutujan sekä haastattelijan ääni kuului hyvin nauhurista. Jännittäminen lievittyi matkan varrella sekä varmuus haastatteluiden tekemiseen lisääntyi.

Haastatteluiden tekemistä helpotti terveydenhuoltoalan koulutus ja tieto aivoverenkiertohäiriöistä sairautena. Näin kuntoutujien kokonaistilannetta ja kokemuksia oli helpom-

pi ymmärtää. Tutkijalla oli tiedossa, että sairauden, hoidon ja kuntoutuksen uudelleen käsittely saattoi aiheuttaa kuntoutujissa voimakkaita tunnereaktioita. Tunnereaktioita ilmenikin. Tunteet saattoivat olla osa sairautta tai liittyä menetyksiin ja sairastumisen jälkeen elämässä tapahtuneisiin muutoksiin. Tällaisia tunteita olivat esimerkiksi surullisuus ja ärtymys. Surullisuus ilmeni kuntoutujan itkemisenä haastattelun aikana ja ärtymys taas kuntoutujan aggressiivisena puheena ja olemuksena. Sekä surullisuus että ärtymys lievittyivät, kun kuntoutuja sai puhua avoimesti ajatuksistaan haastatteluiden aikana. Haastattelijan rauhallisuus, asiallisuus ja aito kuunteleminen rauhoittivat tilanteita. Tutkijan oloa ja kuntoutujien kohtaamista helpotti haastattelupaikkojen turvallisuus.

Tutkija pyrki huomioimaan, että ammatti ei vaikuttaisi tutkimuksen luotettavuuteen tutkimuksen missään vaiheessa. Ammatilla saattoi kuitenkin olla vaikutusta, sillä osa haastateltavista oli tutkijalle ennalta tuttuja. Heidän fysioterapiakokemusten haastatteleminen oli vaikeaa. Tutkija huomasi hämmentyvänsä tällaisissa tilanteissa. Näissä tilanteissa myös kuntoutujat usein hämmentyivät ja vastasivat hyvin suppeasti tai humoristisesti kysymyksiin. Toisaalta tuttuudesta oli myös hyötyä joissakin tilanteissa. Se toi rentoutta, välitöntä ja luottamuksellista ilmapiiriä haastattelutilanteisiin.

Kuntoutujat kertoivat kokemuksistaan kukin omalla tavallaan. Osa kuvaili kokemuksiinsa lyhyesti ja yleisesti, osa erittäin avoimesti ja laajasti. Näin ollen haastatteluaineiston sisällössä oli jonkin verran vaihteluita. Lyhyesti vastanneilta ihmisiltä tutkija yritti kysyä enemmän jatkokysymyksiä siinä määrin kuin se tuntui tilanteessa sopivalta. Avoimesti kertovien tutkija antoi kertoa kokemuksistaan omin sanoin. Lisäksi tutkija pyrki ohjaamaan keskustelua, jos kuntoutuja alkoi puhumaan aiheeseen kuulumattomista asioista. Haastatteluaineistot todettiin riittävän rikkaiksi ja niiden avulla voitiin tehdä jatkoanalyyskejä. Kvalitatiivinen aineisto on tyypillisesti rikasta ja monisanaista. (Alasuutari 2011, 84).

Ensimmäinen haastattelu lähetettiin ohjaavalle opettajalle ja hän antoi tutkijalle ohjeita rikkaamman haastatteluaineiston saamiseksi. Ohjeita hyödynnettiin muissa haastatteluissa. Opettajan antamista lisäkysymyksistä oli hyötyä aineiston sisältöön. Ensimmäistä haastattelua ei kuitenkaan toistettu uudestaan vaan se hyväksyttiin osaksi muuta aineistoa. Näin ensimmäisen haastattelu saattoi olla laadultaan heikompi kuin seuraavat kahdeksan haastattelua.

Aineiston analyysin aikana tutkija pyrki keskittymään pelkästään kuntoutujien kokemuksiin, antamatta ammatin vaikuttaa analyysin suorittamiseen. Tämä oli ajoittain vaikeaa. Vaikeaksi koettiin se, että tutkija ei ylitulkitse kuntoutujien kokemuksia oman ammatin, kokemuksen tai teorian pohjalta. Tämä haaste voitettiin ja tutkimustuloksista saatiin esille kuntoutujien aidot kokemukset. Aineiston analysoinnissa auttoi aiheesta keskusteleminen Kytke – hankkeen AVH – työryhmän ja opettajien kanssa. Keskustelun avulla ajatukset jäsentyivät ja analyysin toteuttaminen helpottui. Vaihe vaiheelta analyysi saatiin toteutettua. Analyysivaiheessa todettiin hyväksi asiaksi se, että haastateltavat olivat kertoneet koko kuntoutuspolkunsaa. Osa kuntoutujista ei muistanut, missä asiat olivat oikeasti tapahtuneet. He saattoivat kertoa esimerkiksi terveyskeskussairaalassa tapahtuvista asioista silloin, kun haastattelulomakkeen mukaan oltiin OYS:ssa. Kuntoutujan koko tarinan avulla saatiin kuntoutujan kertomuksesta tutkimustehtäviin vastauksia.

Tutkimustulokset kertovat tietyn, tarkoin valikoitujen kuntoutujien kokemuksista, joten tutkimustulokset eivät ole yleistettävissä muihin paikkoihin. Kuitenkin tutkimustuloksia voidaan käyttää apuna aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutuksen kehittämisessä muuallakin kuin Kempeleessä. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää esimerkiksi vertailukohteena, jonkun toisen terveyskeskuksen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutujien kokemuksia tutkittaessa.

10.3 Jatkotutkimusaiheet ja -suunnitelmat

Tutkimus on merkittävä paikallisesti ja kansallisesti. Tutkimusta voidaan pitää tärkeänä myös kansainvälisesti, sillä aivoverenkiertohäiriö on maailmanlaajuisesti merkittävä sairaus, josta aiheutuneiden kustannusten on arvioitu vievän yli 5% monen maan terveydenhuollon kustannuksista. (Quinn, Paolucci, Sunnerhagen, Sivenius, Walker, Toni & Lees 2009, 99.)

Tutkimuksessa esille tulleita kuntoutujien kokemuksia ja kehittämis ehdotuksia voidaan hyödyntää aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutuksen kehittämisessä. Tuloksia voidaan soveltaa myös muiden sairausryhmien kuntoutuksen kehittämiseen. Ennen kaikkea tulokset ovat tärkeitä Kempeleen terveyskeskukselle ja Kytke – hankkeelle,

mutta tuloksia voidaan hyödyntää tarvittaessa myös muissa terveystieteissä ja hankkeissa.

Tutkimuksen aikana todettiin, että kuntoutujien kokemuksista on paljon kansainvälisiä tutkimuksia. Suomalaisia tutkimuksia tarvittaisiin lisää, sillä niiden määrä on vielä suppea. Tutkijalle heräsi mielenkiinto perehtyä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden läheisten ja ammattilaisten kokemuksiin. Kuntoutujien, läheisten ja ammattilaisten kokemuksia voisi myös verrata keskenään. Terveystieteiden kuntoutujien kokemuksista tarvittaisiin lisää tutkimuksia, sillä tällä hetkellä tutkimuksia löytyy enemmän kuntoutuslaitoksissa olleista kuntoutujista. Kuntoutujien sairastumisen ensivaiheita, kuten ambulanssissa, päivystyksessä ja akuutilla neurologisella osastolla tapahtuvaa hoitoa ja kuntoutusta, olisi myös tärkeä tutkia. Lisäksi Kytke – hankkeen kehittämiskohteiden vaikutusta hoitoon ja kuntoutukseen olisi hyvä tutkia kuntoutujien, läheisten ja ammattilaisten näkökulmista.

10.4 Työn tekeminen

Opinnäytetyön tekeminen oli merkittävä oppimiskokemus. Tutkija sai työn avulla kokonaisvaltaisemman käsityksen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksista, oppi laadullisen tutkimuksen tekemistä ja sai tutustua monipuolisesti tutkittuun tietoon. Työn tekeminen oli pitkä prosessi, joka alkoi syksyllä 2010. Moni tekijä työssä on vaahtinut aikaa, kuten haastatteluiden tekeminen, niiden litterointi, analysointi ja loppuraportin kirjoittaminen.

Työn tekeminen ei olisi onnistunut ilman kuntoutujia, jotka halusivat osallistua tutkimukseen ja kertoa kokemuksistaan. Lisäksi tutkija sai tukea työn tekemiseen Kempeleen terveystieteiden sairaalalta, Kytke – hankkeelta, hankkeen AVH – työryhmän jäseniltä, ohjaavilta opettajilta, mentoreilta, opponenteilta ja läheisiltä.

LÄHTEET

- Ada, L., Dean, C. M., Vargas, J. & Ennis, S. 2010. Mechanically assisted walking with body weight support results in more independent walking than assisted over-ground walking in non-ampulatory patients early after stroke: systematic review. *Journal of Physiotherapy* 56: 153-161.
<http://ajp.physiotherapy.asn.au/AJP/56-3/JPhysiotherv56i3Ada.pdf>
- Aivoliitto. 2012. <http://www.aivoliitto.fi/AVH>
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Neljäs, uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.
- Bohannon, R. 2007. Muscle strength and muscle training after stroke. *J Rehabil Med* 39: 14-20.
http://www.researchgate.net/publication/6577294_Muscle_strength_and_muscle_training_after_stroke
- Carlsson, G. 2007. Mild stroke – consequences in everyday life, coping, and life satisfaction. Göteborg University. Sahlgrenska Academy. Institute of Neuroscience and Physiology. Doctoral dissertation.
http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/3355/1/Version_2.pdf
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1): 107-115.
- Engeström, R. 2003. Sairauden kokemisen moniäänisyys terveydenhuollossa. Teoksessa Honkasalo, M.-I., Kangas, I. & Seppälä, U. (toim.). *Sairas, potilas, omainen - näkökulmia sairauden kokemiseen*. Helsinki: SKS.
- Franceschini, M., Carda, S., Agosti, M., Antenucci, R., Malgrati, D. & Cisari, C. 2009. Walking after stroke: What does treadmill training with body weight support add to overground gait training in patients early after stroke?: A single-blind, randomized, controlled trial. *Stroke* 40. 3079-3085.
<http://stroke.ahajournals.org/content/40/9/3079.full.pdf+html>
- Forsbom, M.-B., Kärki, E., Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. *Aivovauriopotilaan kuntoutus*. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. –16. painos. Helsinki: Tammi.
- Hokkanen, L., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Martin, M., Nikkanen, P., Notko, T. & Puumalainen, J. 2009. Asiakkaan äänellä vaikeavammaisten kuntoutuksesta – tul-

- kintoja ja johtopäätöksiä. Teoksessa Järvikoski, A., Hokkanen, L., Härkäpää, K. (toim.) Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Helsinki: Lapin yliopisto ja Kuntoutussäätiö.
- Isoherranen, K. 2008. Yhteistyön uusi haaste – moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kaila, A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä – metasynteesi. *Hoitotiede* 21 (1): 3-12.
- Kangas, I. 2003. Sairaalan asiantuntijuus - tieto ja kokemus sairastamisen arjessa. Teoksessa Honkasalo, M.-L., Kangas, I. & Seppälä, U. (toim.). Sairas, potilas, omainen - näkökulmia sairauden kokemiseen. Helsinki: SKS.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R. O. & Sivenius, J. 2007. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.). *Neurologia*. 2. – 3. painos. Helsinki: Duodecim.
- Korpelainen, J., Leino, E., Sivenius, J. & Kallanranta, T. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Koski, K. 2010. Kytke -hanke 2010-2012. Kaste ohjelma. Tulostettu 13.11.2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1447910&name=DLFE-11171.pdf
- Koukkari, M. 2011. Kuntoutujien käsityksiä kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Teoksessa Järvikoski, A., Lindh, J. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Koukkari, M. 2012. Kuntoutujan äänellä on väliä. *Fysioterapia* 59 (1): 40-43.
- Kujala, U. & Selänne, H. 2001. Sopivaa liikuntaa sopiville ihmisille. Tärkeintä on, että liikuntaan, mutta terveellisesti. *Duodecim* 117: 611-612. <http://www.terveysportti.fi.ez.tokem.fi/xmedia/duo/duo92152.pdf>.

Kuokkanen, M. Elämä aivohalvauksen jälkeen – tuliko sairaus osaksi elämää vai onko elämä sairastamista? Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu – tutkielma.

https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/21719/URN_NBN_fi_jyu-200908143556.pdf?sequence=1

Kvigne, K. & Kirkevold, M. 2003. Living with bodily strangeness: Women`s experiences of their changing and unpredictable body following a stroke. Qualitative health research. 13 (9): 1291-1310.

<http://www.brown.uk.com/teaching/HEST5001/kvigne.pdf>

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2006. Kuntoutuksella toimintakykyä. 5.-6. painos. Helsinki: WSOY.

Langhammer, B. & Lindmark, B. 2012. Functional exercise and physical fitness post stroke: The importance of exercise maintenance for motor control and physical fitness after stroke. Stroke Research and Treatment. 1-9.

<http://www.hindawi.com/journals/srt/2012/864835/>

Langhammer, B., Stanghelle, J. K. & Lindmark, B. 2008. Exercise and health-related quality of life during the first year following acute stroke. A randomized controlled trial. Brain Injury. 22 (2): 135-145.

Meretoja, A., Roine, R. O., Erilä, T., Hillbom, M., Kaste, M. Linna, M. Liski, A., Jun-
tunen, M., Marttila, R., Rissanen, A., Sivenius, J. & Häkkinen U. 2007. PER-
FECT – stroke. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset aivoveren-
kiertohäiriöpotilailla. Helsinki: Stakes.

Morris, R., Payne, O. & Lambert, A. 2007. Patient, carer and staff experience of hospi-
tal-based stroke service. International Journal for Quality in Health Care 19 (2):
105-112.

<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/2/105.full.pdf>

Muhonen, M. 2007. ”Miustakin tulee vielä jonkunlainen”. Aivohalvauspotilaiden ko-
kemuksia sairastumisestaan ja kuntoutuksestaan puoli vuotta sairastumisen jäl-
keen. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro -gradu tutkielma.

Mussico, M., Emberti, L., Nappi, G. & Caltagirone, C. 2003. Early and long-term out-
come of rehabilitation on stroke patient: the role of patient characteristics, time of
initiation, and duration of interventions. Arch Phys Med Rehabil 84 (4).

- Ojanen, S. 2006. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian käsittelyä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Ollila, E. 2005. Rajalta rajalle. Aivoverenvuoto ja aivohalvaus lääkintävoimistelijan kokemana ja kertomana. Helsinki: Air-Print Oy.
- Ouellette, M. M., LeBrasseur, N. K., Bean, J. F., Phillips, E., Stein, J., Frontera, W. R. & Fielding, R. A. 2004. High-intensity resistance training improves muscle strength, self-reported function, and disability in long-term stroke survivors. *Stroke* 35: 1404-1409.
<http://stroke.ahajournals.org/content/35/6/1404.full.pdf+html>
- Paloneva-Pylkkänen, A. 1999. Mielen mahdollisuudet aivohalvauksen sairastaneen kuntoutuksessa. Teoksessa Ovaska-Pitkänen, M. (toim.). Elämän uusi painos - aivohalvaukseen sairastuminen, kuntoutuminen ja selviytyminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (toim.) 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela.
- Peurala, S. H. 2005. Rehabilitation of gait in chronic stroke patient. University of Kuopio. Department of Neurology. Doctoral dissertation.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0204-5/urn_isbn_951-27-0204-5.pdf
- Pitkälä, K. 2005. Liikunnan merkitys ikääntyneiden ihmisten toimintakyvylle ja avuntarpeelle. *Suomen lääkärilehti* 39: 3865-3869.
<http://www.fimnet.fi.ez.tokem.fi/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL392005-3865.pdf>
- Pitkänen, K., Huttunen, M., Tarkka, I. M., & Sivenius, J. 2002. Aivohalvauspotilaan tehostettu kuntoutus – sähköstimulaatiot, painotuettu kävelyharjoittelu ja käden pakotettu kuntoutus. *Fysioterapia*. 49 (3): 14-18.
- Purola, H. 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.
<http://herkules.oulu.fi/isbn9514255550/isbn9514255550.pdf>
- Pyöriä, O. 2007. Aktivoiva fysioterapia tukee aivohalvauspotilaiden toimintakyvyn parantamista. *Fysioterapia* 8, vol 54 (7).
- Pyöriä, O., Talvitie, U., Reunanen, M. & Nyrkkö, H. 2009. Aktivoiva fysioterapia aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen kuntoutuksessa. *Fysioterapia* 56 (3): 4-7.

- Quinn, T. J., Paolucci, S., Sunnerhagen, K. S., Sivenius, J., Walker, M. F., Toni, D. & Lees, K. R. 2009. Evidence-based stroke rehabilitation: an expanded guidance document from European stroke organization (ESO) guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *J Rehabil Med* 41.
- Rekilä-Similä, M. 2010. KYTKE-hanke - asiakkaan ja kodin kytkeminen sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan palveluketjuun. Luentoja diat. Tulostettu 14.10.2010.
- Reunanen, M. 2011. Aivohalvauskuntoutus ja toimijuuden mahdollisuudet. Teoksessa Järvikoski, A., Lindh, J. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. 2009. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/93ae45f6-b7c4-403f-9dff-643b813972bf>
- Sivenius, J. 2001. Aivohalvauspotilaan kuntoutuksen vaikuttavuus ja käytännön periaatteet. *Suomen lääkirilehti* 46 (56): 4743–4749.
- Sivenius, J. 2009. Aivoverenkiertohäiriöt. *Duodecim; terveyskirjasto*. Tulostettu 13.11.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00006
- Sivenius, J., Puurunen, K., Tarkka, I.M. & Jolkkonen J. 2002. Aivohalvauspotilaiden kuntoutusmahdollisuudet tulevaisuudessa. *Duodecim* 118: 2569–2576.
<http://www.terveysportti.fi.ez.tokem.fi/xmedia/duo/duo93342.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Vuoden 2010 Sosiaali- ja terveyshuollon kehittämishankkeet. Tulostettu 13.11.2010.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1447910&name=DLFE-11165.pdf
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. 2010. Liikunnan käypä hoito –suositus.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075#s21>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. 2011. Aivoinfarktin käypä hoito –suositus.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051#s23>
- Takala, T., Peurala, S., Erilä, T., Huusko, T., Viljanen, T., Ylinen, A. & Silvenius, J. 2010. 5 (65). Aivoverenkiertohäiriön alkuvaiheen kuntoutuksessa on suuria vaih-

- teluita - selvitys AVH:n sairastaneiden kuntoutuspalveluista Suomessa.
<http://www.fimnet.fi.ez.tokem.fi/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL52010-399.pdf>
- Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Taylor, J. B. 2009. Elämäni oivallus. Kuinka toivun aivohalvauksesta. Keuruu: Otava.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Tuusa, R. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt, sairastunut ja tieto. Sairastuneiden kokemuksia sairautta koskevan tiedon saamisessa ja hankkimisessa. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu –tutkielma.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03270.pdf>
- Veijola, A. 2003. Moniammatillisuus ymmärretään monella tavalla. Fysioterapia 8 (51).
- Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveystieteen ohjaustyössä kehittyminen. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.
- Wikström, J., Meretoja, A., Hietanen, M., Huusko, T., Ihalainen, R., Järvikoski, A., Karhuvaara, A., Kivekäs, J., Lindstam, S., Niinistö, L., Nyfors, H., Peurala, S., Pohjalainen, T., Vainikainen, T., Ylinen, A. 2008. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus: fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat 29.10.2008.
<http://www.terveysportti.fi.ez.tokem.fi/xmedia/duo/duo97774.pdf>

HAASTATTELULOMAKE

Liite 1 1(2)

Teemahaastattelu AVH -kuntoutujalle

Haastattelu tehdään rauhallisessa tilassa, kahdestaan kuntoutujan kanssa. Haastattelu nauhoitetaan ja vastaukset kirjoitetaan myöhemmin tietokoneelle, jotta vastauksia voidaan analysoida myöhemmin tarkemmin. Haastattelu ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään välittömästi tutkimuksen päätyttyä. Haastatteluun vastanneen henkilöllisyys ei tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa ja vastaukset analysoidaan niin, että vastauksen antanutta ei voida tunnistaa. Haastattelun tekemiselle on sekä terveyskeskuksen johtavan lääkärin että kuntoutujan kirjallinen lupa.

Kuntoutujan ikä _____ vuotta. Sukupuoli:_____.

1. Ensi vaiheet ja neurologian osasto: Kertoisitteko, mitä alkuvaiheessa tapahtui, kun sairastuitte aivoverenkiertohäiriöön (milloin, missä tilanteessa, miten pääsitte sairaalaan ja mitä siellä tapahtui, kauanko viivytte osastolla)? Mitä jäi mieleen neurologian osastolta? Millaista henkilökunta oli, millaista kohtelua ja hoitoa saitte? Miten omaiset huomioitiin?

2. Siirtyminen terveyskeskussairaalaan: Miten siirtyminen terveyskeskuksen vuodeosastolle tapahtui? Saitteko riittävästi tietoa tarpeellisista asioista? Oliko jatkohoitopaikassa riittävästi tietoa teistä ja sairaudestanne? Miten teidät ja omaisenne otettiin vastaan vuodeosastolla?

3. Kokemukset terveyskeskussairaalaista: Millaisia kokemuksia teillä oli terveyskeskussairaalaista? Kauanko viivytte terveyskeskussairaalaissa? Millaista oli lääkärin hoito? Entä hoitajien toteuttama hoito ja ohjaus? Oliko hoitotyö kuntoutumista edistävää? Millaisia kokemuksia teillä oli fysioterapiasta, puheterapiasta, toimintaterapiasta ja sosiaalityöntekijän ohjauksesta? Miten omaista huomioitiin teidän ollessanne osastolla? Oliko terveyskeskussairaalan ympäristö mielestänne kuntouttava, jos oli/ei ollut niin miksi? Miten toivoisitte, että terveyskeskussairaalan AVH -kuntoutusta kehitettäisiin tulevaisuudessa?

Liite 1 2(2)

4. Mahdollinen kuntoutusjakso OYS:n kuntoutusosaston tai ODL:en vaativan kuntoutuksen osastoilla: Millaisia kokemuksia teillä on OYS:n kuntoutusosaston tai ODL:n vaativan kuntoutuksen jaksosta? Miten se erosi terveystieteidenkeskussairaalassa tapahtuneesta kuntoutuksesta? Oliko teistä tietojenne siirtyminen terveystieteidenkeskukseen ja OYS:n /ODL:en välillä riittävää?

5. Siirtyminen terveystieteidenkeskussairaalasta kotiin tai pitkäaikaishoitoon: Millaisia kokemuksia teillä oli siirtymisvaiheesta? Valmisteltiinko sitä riittävästi? Oliko teillä tarpeeksi tietoa kotona tapahtuvasta hoidosta, kuntoutuksesta, mahdollisista sosiaalisista etuuksista? Mikä oli vaikeaa kotiin siirtymisessä? Annettiinko teille ohjeet, mihin ottaa yhteyttä, jos kaikki asiat eivät suju niin kuin pitää?

6. Kotona/pitkäaikaishoidossa asuminen: Millaisiin yllättäviin asioihin olette törmänneet, kun palasitte kotiin? Mistä asioista olisitte halunneet enemmän tietoa ennen kotiin siirtymistä? Miten selvisitte jokapäiväisistä askareista kotona? Mitä olisitte toivonneet huomioitavan kotiin siirtymisen yhteydessä?

7. Avoterveydenhuolto ja jatkokuntoutus kotiutumisen jälkeen: Miten mielestänne avoterveydenhuolto on toiminut kotiutumisen jälkeen? Millaista on ollut lääkärin hoito? Entä hoitajien toteuttama hoito ja ohjaus? Millaisia kokemuksia teillä on fysioterapiasta, puheterapiasta, toimintaterapiasta, sosiaalityöntekijän ohjauksesta? Miten omaista on huomioitu avoterveydenhuollossa? Millaista jatkokuntoutusta teillä on ollut? Onko avoterveydenhuollon ympäristö mielestänne kuntouttava, jos on/ei ole niin miksi? Miten toivoisitte, että avoterveydenhuollon AVH -kuntoutusta kehitettäisiin tulevaisuudessa? Oletteko tutustuneet johonkin toiseen henkilöön, joka on sairastanut saman taudin (vertaistuki)? Olisitteko kaivannut vertaistukea? Onko teillä ollut mielekästä ajankulua ja riittävästi kontakteja muihin ihmisiin sairastumisenne jälkeen? Oletteko osallistuneet aivohalvaus- ja dysfasialiiton toimintaan?

8. Miten suhtaudutte uuden teknologian, lähinnä kuvapuhelimen, käyttöön kotona kuntoutumisen tukemisessa?

KIRJALLINEN SUOSTUMUSLOMAKE

Liite 2

Tämä on kirjallinen suostumuslomake Katja Vähäkuopuksen ylemmän ammattikorkeakoulututkintoon liittyvään tutkimukseen: Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kokemuksia kuntoutuksesta ja sen kehittämisestä Kempeleessä. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kempeleläisten vuosina 2005-2010 sairastuneiden AVH -kuntoutujien kokemuksia terveyskeskussairaalan sekä avoterveydenhuollon hoito- ja kuntoutusjaksoista. Lisäksi tarkoituksena on kartoittaa kuntoutujien kehittämisideoita toimintojemme kehittämiseksi ja parantamiseksi. Tutkimusaineistoa kerätään kempeleläisten vuosina 2005-2010 sairastuneiden AVH -kuntoutujien haastatteluiden avulla. Tutkimus liittyy Pohjois-Suomen alueella toimivaan Kytke -hankkeeseen. Tutkimustuloksia hyödynnetään Kempeleen terveyskeskuksessa ja Kytke – hankkeessa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksen kehittämiseen.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista eikä osallistuminen tai osallistumatta jättäminen vaikuta hoitoon tai kuntoutukseen. Haastateltavien henkilöllisyyttä ei paljasteta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille missään vaiheessa. Haastattelut nauhoitetaan, kirjoitetaan tekstimuotoon ja tämän jälkeen analysoidaan. Haastattelunauhat ja -kertomukset hävitetään välittömästi tutkimuksen jälkeen. Tutkimusraportissa voi olla lainauksia haastattelusta, mutta sellaisessa muodossa, että vastauksien antaneiden henkilöllisyyttä ei voida tunnistaa. Haastattelut toteutetaan kahden kesken, rauhallisessa tilassa, luottamuksellisesti. Haastateltava voi keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa. Tulokset analysoidaan huolellisesti ja tuloksia sepittämättä.

Tätä lomaketta on tehty kaksi samanlaista kappaletta, joista toinen jää haastateltavalle ja toinen tutkijalle.

Kempeleessä ____/____ 2011

Tutkimukseen osallistuja

nimen selvennys

Tutkimuksen tekijän allekirjoitus

Katja Vähäkuopus
Kempeleen tk-sairaala
Kirkkotie 21, 90440 Kempele
p.050 4636382

TUTKIMUSLUPALOMAKE

Liite 3



SOPIMUS

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysala sekä alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tekemisestä alla mainituin ehdoin.

Toimeksiantajatiedot: Kempeleen terveyskeskus ja Oulun kaupunki, Kytke -hanke, Oulu-Pohjoinen osahanke
Toimeksiannon toteuttamispaiikka: Kempeleen tk-sairaala, Kirkkotie 21, 90441 Kempele
Yhdyshenkilö/työelämäohjaaja: Anne Loukkola (osaston lääkäri) p.050 4636383 (anne.loukkola@kempele.fi), Arja Näpänkangas (osastonhoitaja) p.050 4636381 (arja.napankangas@kempele.fi) ja Tiina Vuononvirta (AVH projektivastaava) (tiina.vuononvirta@oulunkaari.com)

Oppilaitostiedot: Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu
Oppilaitoksen nimi ja osoite: Sosiaali- ja terveysalan koulutusyksikkö, Meripuistokatu 26, 94100 Kemi 10
Opinnäytetyön tekijä(t) ja yhteystiedot: Katja Vähäkuopus, SYLAMK6, p. 050 4636382 (katja.vahakuopus@kempele.fi) ja katja.vahakuopus@edu.tokem.fi)
Opinnäytetyön ohjaava(t) opettaja(t) ja yhteystiedot: Anneli Paldanius p. 040 741 2904 (anneli.paldanius@tokem.fi) ja Eija Jumisko p. 050 3109363 (eija.jumisko@tokem.fi)

Opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot: Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, terveyden edistämisen koulutusohjelma, fysioterapeutti (ylempi AMK)
Opinnäytetyön nimi/aihe: Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kokemuksia kuntoutuksesta ja sen kehittämisestä Kempeleessä
Työn aikataulu: 20.12.2010 - kevät 2012
Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa: Kytke -hanke, tk-sairaala ja opinnäytetyöntekijä
Työn tulosten tekijänoikeuksista ja hyödyntämisestä sovitaan seuraavaa: Opiskelija, oppilaitos, terveyskeskus ja Kytke-hanke voivat yhdessä hyödyntää saatuja tuloksia ilmoittamalla tutkimuksen tekijän.
Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa: Terveysthuollon salassapitosääntöjen mukaisesti.
Työn ohjaajina toimivat: Opettajat ja työelämän ohjaajat

Toimeksiantajan opinnäytetyöstä mahdollisesti maksama korvaus:
Korvaussumma: ei erillisiä korvauksia.
Korvauksen saaja:
Korvauksen maksun ajankohta:

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty _4_ kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka: Kempele

Aika: 20.12.2010

AMK:n edustaja

Anneli Paldanius
Eija Jumisko

AMK:n edustaja

Katja Vähäkuopus
Opiskelija

Toimeksiantajan edustaja,
Oulun kaupunki, Keijo Koski

Toimeksiantajan edustaja,
Kempeleen terveyskeskus, Jouko Koskela

Liite. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma