

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
SOSIAALI-JA TERVEYSALA

Hemiplegiakuntoutuja osa moniammatillista tiimiä

Opaslehtinen Saarenvireen käyttöön

Opinnäytetyö

Eija Kinos ja Tuula Piipponniemi

Hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyö

Sairaanhoitaja (AMK)

KEMI/TORNIO 2012

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

EIJA KINOS & TUULA PIIPONNIEMI

HEMIPLEGIAKUNTOUTUJIA OSA MONIAMMATILLISTA TIIMIÄ
Opaslehtinen Saarenvireen käyttöön

Opinnäytetyö 39 sivua ja 1 liite sekä opaslehtinen 21 sivua
Ohjaajat Aija Lämsä ja Anja Mikkola
31.8.2012

Asiasanat: Hemiplegia, hygienian hoito, kuntoutuminen, moniammatillinen hoitotyö, pukeutuminen

Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat osalle sairastuneista pitkäaikaisia jopa loppuelämää haittaavia oireita, esimerkiksi hemiplegiaa eli toispuolihalvausta. Saarenvire tarjoaa jatkokuntoutuspalveluja kuntien maksusitoumuksella asukkaille, jotka ovat sairastuneet hemiplegiaan. Saarenvireen jatkokuntoutuspaikkojen tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn palauttaminen, omatoimisuuden ja omien voimavarojen hyödyntäminen siten, että asiakas selviytyy mahdollisimman omatoimisesti joko kotona tai hänelle osoitetussa jatkohoitopaikassa. Kuntoutumista edistävä hoitotyö edellyttää moniammatilliselta tiimiltä jatkuvaa yhteistyötä tiimin jäsenten kesken, sitoutumista asiakkaan kuntoutussuunnitelmaan ja ohjauksen toteuttamista yhteisten periaatteiden mukaan.

Tämän projektin tavoitteena oli yhdenmukaistaa ja selkeyttää hoitohenkilökunnan toimintatapoja, helpottaa uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämistä sekä lisätä moniammatillista yhteistyötä. Tässä projektityössä ei käsitelty vuoteessa olevan asiakkaan hoitotyötä. Projektin tarkoituksena oli laatia Saarenvireen hoitohenkilökunnalle opaslehtinen, joka auttaa hemiplegia-asiakkaan hygienian hoidon ja pukeutumisen ohjausta sekä helpottaa moniammatillisen hoitotyön toteutumista. Projektin tuotoksessa on hemiplegia-asiakkaan hygienian hoidon ja pukeutumisen ohjaus kuntoutumisen ja hoitotyön näkökulmasta selkeästi ja lyhyesti kuvattuna. Tuotos tehtiin myös sähköiseen muotoon, jolloin sitä on helppo päivittää jatkossa.

Projektin tekijöiden tavoitteena oli resurssien ja aikataulujen yhteensovittaminen. Työn tavoitteena oli myös tekijöiden keskinäisen rakentavan palautteen antaminen, vastaanottaminen ja saadun tiedon hyödyntäminen. Työmenetelminä oli kirjallisuuteen ja organisaatioon tutustuminen, Saarenvireen henkilökunnan toiveiden kuunteleminen ja työelämän yhdyshenkilön ja projektin tekijöiden väliset keskustelut.

Projektityön tuloksena syntyi opaslehtinen Saarenvireen hoitohenkilökunnan, opiskelijoiden ja omaisten käyttöön. Projektin tehtiin yhteistyössä Saarenvireen ja Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun kanssa. Projektin alkoi kesäkuussa 2011 ja päättyi elokuussa 2012.

ABSTRACT**KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**

Social Services and Health Care

Degree Programme in Nursing

EIJA KINOS & TUULA PIIPONNIEMI**MULTIPROFESSIONAL REHABILITATION OF A HEMIPLEGIA PATIENT**

A guide for rehabilitation institution Saarenvire

Bachelor`s Thesis 39 pages, 1 appendices and guide 21 pages

Advisors Aija Lämsä ja Anja Mikkola

31.8.2012

Key words: Hemiplegia, personal hygiene, being rehabilitated, multiprofessional nursing, clothing oneself

Some patients suffering transient ischaemic attack may be troubled for a long time, even the rest of their lives, by symptoms like hemiplegia. Rehabilitation institution Saarenvire offers hemiplegia patients further rehabilitation in exchange for municipal payment. The goal is to restore the patient's ability to function and to help them to make the most of their own resources in the way that they can manage as self-directed as possible at home or at the institution. The nursing aiming at contributing the rehabilitation demands the multiprofessional team to co-operate continuously, to commit to the rehabilitation plan, and to instruct the patient according to the common principles.

The objective of this project was to clarify and standardize the course of action used by the nursing staff, and to simplify the orientation of new staff members. Nursing of a bedpatient was not dealt with in this study. An objective was to compile a guide for Saarenvire nursing staff. The output is a clear and short guide from a rehabilitant and nursing's perspective. It is aimed at helping the nursing staff to instruct hemiplegia patients when taking care of personal hygiene and clothing oneself as well as to simplify the realisation of multiprofessional nursing. In addition, students and hemiplegia patients' relatives may make use of the guide. The guide is also available in electronic form so that it can be updated easily.

The authors' personal goal was to match the resources and the use of time. A goal was to give and take constructive feedback as well as to make good use of the given information. The used method was to explore the literature and the organization. The authors also listened to the wishes of the Saarenvire nursing staff had and discoursed with the contact person in Saarenvire.

The project was carried out in cooperation with Saarenvire and Kemi-Tornio University of Applied Sciences. It started in June 2011 and was completed in August 2012.

SISÄLLYS:

| | |
|---|----|
| 1 JOHDANTO | 5 |
| 2 SAARENVIREEN KUVAUS | 7 |
| 3 MONIAMMATILLINEN HOITOTYÖ | 9 |
| 4 HEMIPLEGIA-ASIAKKAAN KUNTOUTUMINEN HYGIENIAN HOIDON JA PUKEUTUMISEN YHTEYDESSÄ | 12 |
| 4.1 Hemiplegian syyt ja oireet | 12 |
| 4.2 Kuntoutuminen..... | 15 |
| 4.3 Hygienian hoito..... | 18 |
| 4.4 Pukeutuminen..... | 21 |
| 5 PROJEKTIN TOTEUTUS..... | 23 |
| 5.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet | 23 |
| 5.2 Projektin rajaus ja organisaatio | 25 |
| 5.3 Projektin työmenetelmät | 25 |
| 5.4 Projektin prosessointi ja arviointi | 27 |
| 6 PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS..... | 28 |
| 7 PROJEKTIN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA | 30 |
| LÄHTEET..... | 33 |
| Liite 1. Hankkeistamissopimus..... | 37 |

1 JOHDANTO

Suomessa yksi kuudesta ihmisestä sairastuu aivoverenkiertohäiriöihin elinaikanaan. Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu vuosittain yli 14000 ihmistä. Osa sairastuneista saa myös samana vuonna uuden aivotapahtuman, jolloin määrä nousee yli 17000 kohtausta per vuosi. Näiden esiintyvyyksien mukaan Suomessa on noin 41000 aivohalvauspotilasta. Suomessa aivoverenkiertohäiriöt ovat neljänneksi yleisin kuolinsyy sepelvaltimotaudin, syöpäsairauksien ja dementian jälkeen. Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat osalle sairastuneista pitkäaikaisia, jopa loppuelämää haittaavia oireita, esimerkiksi hemiplegiaa eli toispuolihalvausta. Toispuolihalvaukset ovat yleisimpiä kuoleman ja pitkäaikaisen vammaisuuden aiheuttajia. Miehet ja naiset sairastuvat toispuolihalvaukseen lähes yhtä usein, mutta miehet sairastuvat siihen yleensä kymmenen vuotta nuorempina. (Meretoja 2011, 7, 53; Käypähoitosuositus - aivoinfarkti 2011.)

Sairauden alkuvaiheessa kuntoutuksesta vastaa siihen erikoistunut vuodeosasto tai sen osa, jossa toimii moniammatillinen tiimi. Varhaisvaiheessa sairastuneen hoito tällaisessa erikoistuneella osastolla vähentää kuolleisuutta. Myös pysyvään laitoshoitoon jäämisen riski on pienempi kuin tavallisella vuodeosastolla hoidettujen potilaiden. Ongelmaksi muodostuu usein jatkokuntoutuksen järjestäminen niin sanotun akuuttivaiheen jälkeen. On erittäin tärkeää huolehtia aktiivisesta myöhäisvaiheen kuntoutumisesta, jottei saavutettuja kuntoutumisen hyötyjä menetetä ja toimintakyvyn paranemisen edellytyksiä hukata. Vastuu tällaisen kuntouttavan toiminnan järjestämisestä on perusterveydenhuollolla. Kunnat ja kaupungit voivat konsultoida kuntoutukseen perehtynyttä yksikköä ja tarvittaessa järjestää näissä yksiköissä aivoverenkiertohäiriöiden vuoksi vammautuneelle asukkaalleen moniammatillista ja tavoitteellista kuntoutumista eripituisina jaksoina. (Käypähoitosuositus - aivoinfarkti 2011.)

Tässä projektityössä verenkiertohäiriöillä tarkoitetaan aivovaltimon tukosta tai – vuotoa, joka aiheuttaa hemiplegian eli toispuolihalvauksen. Tämän projektin tavoitteena oli yhdenmukaistaa ja selkeyttää hoitohenkilökunnan toimintatapoja, helpottaa uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämistä sekä lisätä moniammatillista yhteistyötä. Projektin tuotoksen toivotaan helpottavan myös läheisten osallistumista

kuntoutujan arkielämään. Tässä projektityössä ei käsitellä vuoteessa olevan asiakkaan hoitotyötä. Projektin tarkoituksena oli laatia Saarenvireen hoitohenkilökunnalle opaslehtinen, joka auttaa hemiplegia-asiakkaan hygienian hoidon ja pukeutumisen ohjausta sekä helpottaa moniammatillisen hoitotyön toteutumista. Pukeutumisen yhteydessä käsitellään myös riisuuntuminen. Projektin opaslehtisessä on hemiplegia-asiakkaan hygienian hoidon ja pukeutumisen ohjaus kuntoutumisen ja moniammatillisen hoitotyön näkökulmasta selkeästi ja lyhyesti kuvattuna.

Ehdotus opinnäytetyön aiheeksi tuli Saarenvireen johtavalta hoitajalta. Aiheen teki mielenkiintoiseksi käytännönläheisyys ja projektin tekijöiden pitkäaikainen työkokemus hemiplegia-asiakkaiden parissa. Asiakkaiden tasa-arvoisuus kuntoutuspalvelujen saataavuudessa vaihtelee suuresti, mikä voi heikentää sairastuneen toimintakykyä koko loppuelämän. Akuuttivaiheen jälkeinen kuntoutus olisi hyvä järjestää hemiplegia-asiakkaan kuntoutukseen erikoistuneessa yksikössä. Kuntoutumisen onnistumisen edellytys on toimiva moniammatillinen yhteistyö. Tällainen yhteistyö vaatii työntekijöiltä vahvaa ammattitaitoa ja halua ylittää omia ammatillisia rajoja. Toimivan moniammatillisen yhteistyön edellytys on asiakkaan huomioiminen yksilöllisesti, mikä on keskeistä hemiplegia-asiakkaan hoidossa. Yksilöllisyyden huomioiminen vaikuttaa asiakkaan motivaatioon, millä on tärkeä merkitys asiakkaan elämänlaatuun.

2 SAARENVIREEN KUVAUS

Tornion Sairaskotisäätiön ylläpitämä Saarenvire on 34-paikkainen kuntoutuslaitos. Palvelut on tarkoitettu ensisijaisesti sotainvalideille, heidän leskilleen ja puolisoilleen sekä rintamaveteraaneille. Saarenvire tarjoaa jatkokuntoutuspalveluja kuntien maksusitoumuksella asukkaille, jotka ovat sairastuneet hemiplegiaan. Tornion kaupunki on ostanut yhden, Kemin kaupunki yhden ja Länsi-Pohjan keskussairaala kaksi jatkokuntoutuspaikkaa. Jatkokuntoutusasiakkaiden määrä on lisääntynyt viimeisten kahden vuoden aikana. Saarenvireen jatkokuntoutuspaikkojen tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn palauttaminen, omatoimisuuden ja omien voimavarojen hyödyntäminen siten, että asiakas selviytyy mahdollisimman omatoimisesti joko kotona tai hänelle osoitetussa jatkohoitopaikassa. (Tornion sairaskotisäätiö 2011, 1-2, 5.)

Ostopalvelusopimuksen mukaisesti asiakkaan kuntoutusjakson pituus sovitaan asiakas-kohtaisesti ja sitä tarkennetaan jakson kuluessa. Palvelun ostajan nimeämä työntekijä ottaa yhteyttä Saarenvireen hoito-osaston vastaavaan sairaanhoitajaan tai johtavaan hoitajaan ja välittää esitiedot asiakkaasta. Saarenvireen hoito-osaston vastaava sairaanhoitaja tai johtava hoitaja saa tarkemmat tiedot asiakkaasta sovitulta osastolta. Saatujen tietojen pohjalta Saarenvireen lääkäri määrittää asiakkaan kuntoutustarpeen ja tekee päätöksen kuntoutukseen ottamisesta. Saarenvireen sairaanhoitaja ilmoittaa moniammatillisen tiimin jäsenille sekä osastosihteerille uudesta asiakkaasta. Moniammatilliseen tiimiin kuuluu lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaaliohjaaja. Eri ammattiryhmät tekevät kuntoutusjakson valmistelevat toimenpiteet omien toimintaohjeidensa mukaan ennen asiakkaan saapumista. Saarenvireen hoitohenkilökuntaan kuuluvat fysioterapeutit, kuntohoitajat, lähihoitajat, lääkäri, sairaanhoitajat, sosiaaliohjaajat, toimintaterapeutit ja virikeohjaaja. (Kuukasjärvi & Leutola & Ollitervo 2010.)

Kun asiakas saapuu Saarenvireeseen kuntoutusjaksolle, sairaanhoitaja ohjaa hänet huoneeseen, opastaa ja perehdyttää. Asiakkaalle nimetään kuntoutusjakson ajaksi omahoitaja ja vastuuterapeutti. Omahoitaja ohjaa kuntoutujaa jakson alkuvaiheessa ja tekee tarvittavat testit jakson aikana. Tarpeen mukaan hän on yhteydessä kotihoitoon ja omaisiin. Omahoitaja käy kuntoutusjakson alussa ja lopussa keskustelun jakson tavoitteista

kuntoutujan ja/tai omaisten kanssa. Vastuuterapeutti huolehtii kuntoutujalle kuntokortin ja huolehtii yksilöterapioiden toteuttamisesta. Lisäksi vastuuterapeutti kartoittaa kuntoutujan apuvälinetarpeen ja tekee kotiharjoitusohjelman kuntoutujalle. Jakson lopussa vastuuterapeutti tekee kuntoutujalle tarvittavat testit ja loppuhaastattelun. (Kuukasjärvi ym. 2010.)

Ensimmäisenä tai toisena päivänä asiakkaalle tehdään alkututkimuksia ja haastatteluja. Silloin kartoitetaan asiakkaan terveydentilaa, selviytymistä päivittäisistä toiminnoista, avun- ja palveluntarvetta sekä fyysistä ja kognitiivista toimintaa, psykososiaalista hyvinvointia ja sosiaalista suoriutumista. Alkututkimukset ja haastattelut suorittavat lääkäri, sairaanhoitaja, toimintaterapeutti, fysioterapeutti ja sosiaaliohjaaja. Asiakkaan kotona selviytyminen kartoitetaan myös jakson alussa asiakasta ja/tai omaisia haastatteleamalla ja havainnoimalla asiakkaan selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Terveydentilan ja toimintakyvyn arviointiin käytetään havainnoinnin lisäksi haastattelua ja kliinisen tutkimuksen alkumittauksia. Fysioterapeutit arvioivat kuntoutujan toimintakykyä yksilöllisten tarpeiden pohjalta valittavilla mittareilla. Tällaisia mittareita ovat Bergin tasapainotesti, aivohalvauspotilaan motorisen suorituskyvyn mittari (Modified Motor Assessment Scale eli MMAS), aikuishemiplegiakuntoutujan arviointi ja terapian suunnittelulomake, Modified Ashworth Scale ja lihaskuntotesti. Sairaanhoitajat arvioivat kuntoutujan terveydentilaa ja hoidon tarvetta haastattelun lisäksi mittaamalla verenpaineen sekä pulssin ja laskemalla Barthelin indeksin (the Barthel Index eli BI). Asiakkaalle tehdään yksilöllinen kuntoutusohjelma jakson alussa moniammatillisena yhteistyönä yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa omaisen kanssa. Moniammatillinen tiimi kokoontuu maanantaisin ja torstaisin laatimaan kuntoutusjakson ohjelmaa ja arvioimaan kuntoutuksen vaikuttavuutta. (Kuukasjärvi ym. 2010.)

Henkilökunta rohkaisee asiakasta omien voimavarojen löytämiseen ja käyttämiseen sekä omatoimisuuteen. Hoitohenkilökunta tukee asiakkaan toimintakykyä ja sitoutuu kuntoutujan kuntoutusjakson tavoitteisiin. Asiakas saa jakson aikana tarpeen mukaan perus- ja sairaanhoitoa sekä huolenpitoa. Asiakkaan päivittäinen ohjelma kuntoutusjakson aikana koostuu yksilöhoidosta, -terapiasta ja erilaisista ryhmistä. Yksilöterapiassa ja -hoidossa tärkeintä on asiakkaan tavoitteista riippuen päivittäisten toimintojen, fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten tai kognitiivisten toimintojen harjoittaminen ja tukeminen.

Asiakkaan kotitilanne kartoitetaan ja tarvittaessa tehdään kotikäynti yhdessä asiakkaan, omaisen ja /tai kotikunnan edustajan kanssa. Alueellista ja paikallista yhteistyötä tehdään, jotta voidaan turvata asiakkaan hyvinvointi ja terveys sekä tukea itsenäistä kotona asumista. Mikäli asiakkaalla ilmenee apuvälineen tarvetta, toiminta- ja /tai fysioterapeutti on yhteydessä kotipaikkakunnan terveystieteiden tai apuvälinelainaamoon. Asiakkaalle kuuluvien etuuksien hakemisessa avustaa sosiaaliohjaaja. Yhdessä asiakkaan kanssa seurataan kuntoutusohjelman toteutumista ja tarvittaessa tehdään muutoksia. Kuntoutus dokumentoidaan ja tehdyt arvioinnit kirjataan. Asiakirjoihin kirjataan kuntoutustoimenpiteen toteuttaja, sisältö, laatu ja toteutusajankohta. (Kuukasjärvi ym. 2010.)

Kuntoutusjakson loppuvaiheessa tehdään arviointi moniammatillisena yhteistyönä yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa omaisten kanssa. Kuntoutusjakson tuloksia arvioidessa verrataan jakson lopputilannetta alkutilanteeseen. Tuloksellisuutta arvioidaan havainnoimalla, haastattelemalla, kliinisten tutkimusten perusteella ja loppumittauksilla. Loppumittaukset ovat samoja kuin alkumittaukset, jotta kuntoutujan toimintakykyä ja terveydentilaa voidaan verrata alkutilanteeseen. Tällöin tehdään myös kuntoutumista tukevat jatkosuunnitelmat asiakkaan kotiutuessa. Asiakas saa tarvittaessa mukaan kotiohjeet. Asiakkaan kotiutuminen toteutetaan tarpeen mukaan yhteistyössä eri sidosryhmien kuten kotisairaanhoidon kanssa. Lisäksi asiakkaan kotiutuessa varmistetaan, että jakson aikana sovitut toimenpiteet, esimerkiksi kotihoidonpalvelut ja apuvälineet toteutuvat. Saarenvireen lääkäri laatii asiakkaasta kuntoutusselosteen. Hänellä on käytettävissään koko moniammatillisen tiimin kirjaamat lausunnot ja mittaustulokset asiakkaasta. Kuntoutusseloste toimitetaan asiakkaalle viimeistään viidentenä päivänä kuntoutuksen päätymisestä. Kuntoutusseloste toimitetaan lääkärin ohjeiden mukaan esimerkiksi kotisairaanhoidon ja erikseen sovituille yhteistyökumppaneille. (Kuukasjärvi ym. 2010.)

3 MONIAMMATILLINEN HOITOTYÖ

Käsitteenä moniammatillinen hoitotyö on melko uusi. Eri ammattiryhmien ja asiantuntijoiden yhteistyön kuvaamisessa tämä termi otettiin käyttöön 1980-luvun loppupuolella, Suomessa sen käyttö vakiintui kymmenen vuotta myöhemmin. Moniammatillisuutta

pidetään asiakaslähtöisenä toimintatapana. Sillä turvataan eri ammattiryhmien välisen yhteistyön tuloksena asiakkaalle mahdollisimman kokonaisvaltainen tuki kuntoutusjakson aikana. Moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvilla on yhteinen päämäärä, jonka saavuttamiseksi erilainen osaaminen ja tieto yhdistetään. (Talasma 2009, 9-10.)

Moniammatillisuutta on vaikea määritellä sen monitahoisuuden vuoksi. Tärkeää moniammatillisen ryhmän toiminnassa on sen tapa käsittää työnsä kohde. Tässä toimintatavassa korostuu yhteistyö, mutta keskeisintä on työn jäsentäminen asiakkaiden kautta. Tällainen työskentely vaatii eri ammattiryhmiltä vahvaa ammattitaitoa. Moniammatillisessa yhteistyössä jokainen työntekijä on riippuvainen toisistaan, mutta jokaisella työntekijällä on vastuu omasta toiminnastaan. Moniammatillisuuden periaatteet tulee olla sisäistetty, jotta ne toteutuvat eivätkä vaikeuta yhteistyötä. Moniammatillisen työskentelyn on osoitettu olevan tehokas ja taloudellinen yhteistyön muoto. Tällaisessa työskentelymuodossa henkilökunnan näkemykset laajentuvat, jolloin voi oppia uutta, kehittyä ammatillisesti ja työntekijät saavat keskinäistä tukea toisiltaan. (Paasivaara & Suhonen & Nikkilä 2008, 38 -39, 48.)

Moniammatillisessa yhteistyössä rooleista vapautuminen näkyy tiedon ja taitojen jakamisena yhdessä keskustellen. Tässä yhteistyössä on tunnusomaista jaettu visio toiminnasta, selkeät tavoitteet ja asiantuntevat jäsenet. Hyvä vuorovaikutus ja yhteishenki työntekijöiden välillä helpottavat roolien ymmärtämistä. Tällainen yhteistyö auttaa toiminnan arvioinnissa. Moniammatillisessa tiimissä jokainen työntekijä tuo esille oman asiantuntijuutensa yhteiseen käyttöön ja perustelee oman näkökantansa. Moniammatillinen tiimi koostuu erilaisen koulutuksen saaneista asiantuntijoista, jotka pyrkivät yhteiseen päämäärään. Yhteistyön edellytyksiä ovat roolien selkeys, päätöksentekoon osallistuminen ja vastuu. Asiantuntijuus moniammatillisessa yhteistyössä syntyy yhteisen tekemisen kautta. Työntekijän varmuutta moniammatillisessa tiimissä tukee hänen oman alansa tietoperustan hallinta. (Isoherranen & Rekola & Nurminen 2008, 15 -17; Siirto-Honkanen 2008, 26.) Toimiakseen hyvin moniammatillisen tiimin asiantuntijat ymmärtävät, että heidän ei tarvitse olla kaikki tietäviä. Jaettu asiantuntijuus oman erityisosaimisen rinnalla luo työtyytyväisyyttä. Se lisää ammatillista keskustelua ja työn ongelmien pohtimista yhdessä, jolloin se luo uusia ratkaisumalleja. (Jalonen & Manninen & Rautio & Savinainen 2009, 4236 -4237.)

Moniammatillisessa hoitotyössä kaikki tiimin jäsenet huomioivat asiakkaan elämän yhtenä kokonaisuutena. Moniammatillisen tiimin jäsenten tiedot ja taidot kootaan yhteen asiakaslähtöisesti. Tiimi luo työskentelyn aikana tapauskohtaisesti yhteisen käsityksen tarvittavista toimenpiteistä ja ongelmien ratkaisuista. Asiakas, omainen tai läheinen voi olla mukana kuntoutumisen suunnittelussa. Moniammatillisessa hoitotyössä korostuvat asiakaslähtöisyys, kuntoutumista edistävän tiedon ja moniammatillisen tiimin jäsenten näkökulmien yhteen kokoaminen. Työntekijöiden tiivis yhteistyö, ammatillisten rajojen ylitykset ja yhteistyöverkostojen huomioiminen syventää moniammatillisuutta. (Isoheranen 2005, 14)

Kuntoutumista edistävä hoitotyö edellyttää moniammatilliselta tiimiltä jatkuvaa yhteistyötä muiden tiimin jäsenten kanssa, sitoutumista kuntoutussuunnitelmaan ja asiakkaan ohjauksen toteuttamista yhteisten periaatteiden mukaan. Kuntoutumisprosessin tukeminen edellyttää yhdessä sovittujen kuntoutumistavoitteiden asettamista, jossa kuntoutukseen osallistuvien työntekijöiden, asiakkaiden ja heidän läheistensä näkemykset huomioidaan. Kuntoutus tulisi toteuttaa hemiplegiakuntoutukseen erikoistuneessa yksikössä, jossa työskentelee moniammatillinen tiimi. Asiakastyössä ammatillisten roolirajojen tarkoituksenmukainen rikkominen vaatii jatkuvaa yhteistä kouluttautumista ja valmiutta sopeuttaa moniammatillisen tiimin jäsenten rooleja asiakkaan tarpeista lähtien. Moniammatillinen asiantuntijuus perustuu yhteiseen ymmärrykseen, jonka pohjalta tehdyt ratkaisut rikkovat perinteisten reviirien rajoja. (Eloranta & Kuusela 2011, 5; Mäntynen 2007, 23, 28, 33). Millään ammattiryhmällä ei ole yksinään riittävää ammattitaitoa, jota hemiplegia-asiakkaiden kuntoutus edellyttää. Moniammatillisen hoitotyön onnistuminen edellyttää, että työntekijät ovat tietoisia omasta roolistaan, heillä on luottamus omaan asiantuntijuuteen, heitä arvostetaan ja he ovat valmiita yhteistyöhön. (Mäntynen 2007, 34 - 36.)

Moniammatillinen hoitotyö voi aiheuttaa tiimin jäsenten välille jännitteitä. Silloin työskentely muuttuu helposti jäykäksi ja pakottavaksi. Moniammatillista hoitotyötä vähentäviä tekijöitä ovat muun muassa perehdyttämisen ja osaamisen puutteet, yhteistyötaitojen rajallisuus sekä kiire. Moniammatillisuutta edistävät esimiesten ja johdon tuki, riittävä koulutus, aktiivisuus, rohkeus ja toisten arvostus. (Talamas 2009, 10.) Johtamiskulttuuri ja käytettävissä olevat resurssit voivat vaikeuttaa moniammatillisen

tiimin toimintaa organisaatiossa. Työntekijöiden erilainen tapa hahmottaa yhteistyön kohteena oleva asiakas ja kykenemättömyys tai haluttomuus työskennellä yhdessä luovat usein ammatillisia rajoja. (Eloranta & Kuusela 2011, 5.) Kuntoutumisen onnistumisen kannalta moniammatillisen tiimin toiminnassa tärkeää on työn jäsentäminen asiakkaiden kautta. Vahva ammattitaito edellyttää ammattiryhmiltä yhteistyötä ja asiakaslähtöistä toimintatapaa. Moniammatillinen yhteistyö vahvistaa ammatti-identiteettiä ja ammatillisuutta. (Paasivaara ym. 2008, 38).

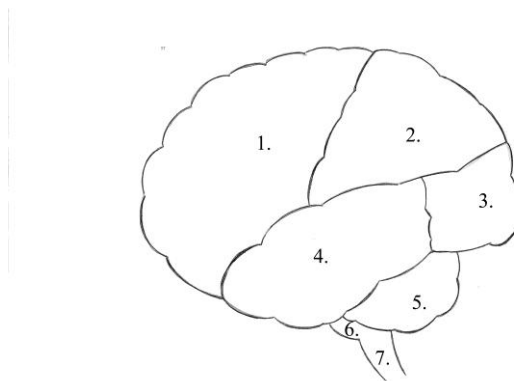
4 HEMIPLEGIA-ASIAKKAAN KUNTOUTUMINEN HYGIENIAN HOIDON JA PUKEUTUMISEN YHTEYDESSÄ

4.1 Hemiplegian syyt ja oireet

Hemiplegia aiheutuu yleisemmin erilaisista aivoverenkierron häiriöistä. Noin 80 % aivoverenkiertohäiriöistä on aivoinfarkteja, noin kymmenen prosenttia aivoverenvuotoja ja noin kymmenen prosenttia lukinkalvonalaisia verenvuotoja. Useimmiten yläraaja on vaikeammin halvautunut kuin alaraaja. (Kuikka & Pulliainen & Hänninen 2001, 280). Tässä projektityössä näillä verenkiertohäiriöillä tarkoitetaan aivovaltimon tukosta tai –vuotoa, joka aiheuttaa hemiplegian eli toispuolihalvauksen.

Aivoinfarktissa aivokudokseen syntyy pysyviä vaurioita, koska vaillinainen verenvirtaus tai verenvirtauksen puuttuminen aiheuttaa iskemiaa eli hapenpuutetta aivokudoksessa. Aivoinfarktissa aivokudos jää äkillisesti ilman happea ja verenkiertoa tukkeutuneen valtimon vuoksi, tämän seurauksena osa aivokudoksesta menee kuolioon. Tällaisen tukkeuman valtimossa aiheuttaa yleensä paikallinen verihyytymä, joka voi tulla myös sydäimestä tai kaulavaltimosta. (Käypähoitosuositus - aivoinfarkti 2011.) Kun aivojen valtimovuodot tai valtimorepeämät tapahtuvat aivojen sisällä, puhutaan **intraserebraalisesta hemorragiasta eli ICH:sta**. Jos verenvuodot tapahtuvat aivoja ympäröivän lukinkalvon alla, puhutaan **subaraknoidaalivuodosta eli SAV:sta**. (Kuikka ym. 2001, 280.)

Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat **oireet** riippuvat siitä, mikä aivojen alue on kulloinkin vaurioitunut. Kuvassa yksi näkyvät aivojen eri alueet numeroituina. Aivojen otsalohkon (1.) eli frontaalilohkon vaurioissa oireina ovat masentuneisuus ja hemiplegia. Tuntopuutos ja halvaantuneen puolen näköhavainnoinnin vaikeus ilmenee päälaenlohkon (2.) eli parietaalilohkon vaurioissa. Näkökenttäpuutosta ja tunnon katoamista vaurion vastakkaisella puolella esiintyy takaraivolohkon (3.) eli okkipitaalilohkon vaurioituessa. Ohimolohkon (4.) eli temporaalilohkon aivoverenkiertohäiriöissä puolestaan voi olla raajaongelmia sekä afasiaa. Nämä oireet voivat aiheuttaa liikuntakyvyn ongelmia, kuten voimattomuutta ja tuntohäiriöitä raajoissa, sekä erilaisia halvausoireita kuten tasapainon epävarmuutta ja vaikeutta liikkeiden koordinaatiossa, jolloin ne vaikeuttavat pukeutumisen ja hygienian hoidon uudelleen oppimista. Halvaantuneelle puolelle kehittyy usein jäykkyyttä eli spastisuutta, joka ilmenee vastuksena raajaa liikutellessa. Toisaalta lihasten heikko toiminta tai halvaantuneen puolen velttous vaikeuttavat toimintakykyä. Kyse on lihasvoiman puutteesta halvaantuneella puolella. (Forsbom & Kärki & Leppänen & Sairanen 2001, 28 -33.) Aivoverenkiertohäiriöt voivat myös aiheuttaa henkisen tason laskua, käyttäytymisen häiriöitä ja oiretiedostamattomuutta. Käyttäytymisen häiriöissä useimmiten sairastuneen mieliala on herkistynyt, hän voi olla yliaktiivinen ja tilanteiden taju voi heikentyä. (Kauhanen 2009, 2.)



Kuva 1. Aivot. (Kinos, 2012.)

Masennus on aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttama vakava ongelma, josta kärsii puolet sairastuneista jossakin muodossa akuutin hoidon jälkeen. Masennus on yhteydessä huonoon toiminnalliseen ennusteeseen ja lisääntyneeseen riskiin joutua pitkäaikaiseen laitoshoidon. (Käypähoitosuositus - aivoinfarkti 2011.) Se on varsin yleinen aivoverenkiertohäiriöiden liitännäissairaus ja joskus masennuksen oireita on vaikea tunnistaa asiakkaan muiden oireiden vuoksi. Erityisenä neuropsykologisenä oireena voi olla **vaikeus**

kontrolloida tunteiden ilmaisua, tämä ilmenee muun muassa pakkonauruna tai pakkoitkuna. **Persoonallisuuden muutokset** ovat myös mahdollisia. Potilas ja heidän läheisensä kokevat tällaiset muutokset usein hyvin ahdistavina. (Salmenperä & Tuli & Virta 2002, 72 -73.)

Aivoverenkiertohäiriön ja yleisemmin aivoinfarktin seurauksena voi syntyä **afasia**. Afasialla tarkoitetaan yhden tai useamman kielen osa-alueen toimintahäiriötä, joka vaikeuttaa puheen tuottamista ja ymmärtämistä. Afasian laajuus ja vakavuus riippuvat aivovaurion sijainnista. Useimmilla ihmisillä aivojen kielialueet sijaitsevat vasemmassa aivopuoliskossa. Aivoverenkiertohäiriö voi myös aiheuttaa **dysfasiaa**, jolla tarkoitetaan vaikeutta käsitellä, tuottaa ja ymmärtää puhuttua ja kirjoitettua kieltä. Aivoinfarkti voi myös aiheuttaa **dysartriaa**, joka on puheentuotossa motorinen häiriö ilman kielellisiä ongelmia. Tämä häiriö johtuu suun ja nielun alueen elinten halvauksesta, heikkoudesta tai koordinaatiohäiriöistä. Erona afasian ja dysartrian välillä on se, että dysartriassa puheen ymmärtäminen on normaalia ja lukeminen sekä kirjoittaminen säilyvät ennallaan. (Kuikka ym. 2001, 61, 114 -140; Forsbom ym. 2001, 32 - 33; Käypähoitosuositus - aivoinfarkti 2011.)

Havaintokykyyn vaikuttavat häiriöt rajoittavat myös ihmisen toimintakykyä. Tavallisin havaintokyvyn oire on **neglect** eli toispuoleinen aistiärsykkeiden huomiotta jättäminen. Se on yleisempää oikean aivopuoliskon vaurioissa, jolloin tästä oireesta kärsivä asiakas on ikään kuin vailla kehon vasemman puolen tuntojärjestelmää. Jos on kyseessä vasemman aivopuoliskon vaurio, se ilmenee lähinnä näönvaraisen etsinnän hitautena ja epätarkkuutena nähdä oikealle. Neglect ei ole aina samanlainen, vaan se voi vaihdella vireystason, väsymyksen, ympäristön häiriötekijöiden, toiminnan vaativuuden, ärsykkeiden voimakkuuden ja motivaation mukaan. Neglect on yleisnimitys huomiotta jättämisen muodoista. Hygienian hoidon ja pukeutumisen vaikeutumisen takana voi olla **kehoneglect**. Tämä voi ilmetä esimerkiksi niin, että asiakas ajaa parran vasemmalta puolelta huolimattomasti tai ei ollenkaan, pukee vasemman puolen raajat puutteellisesti tai kuivaa viiveellä, hutaisten tai ei ollenkaan vasenta puolta kehosta. Usein neglect ymmärretään vain näköhavainnoinnin huomioimisen vaikeudeksi, mutta se voi ilmetä myös tunnon ja kosketuksen alueilla. Neglect voi liittyä omaan kehoon ja liikkumiseen ja raajojen käyttämiseen sekä mieli- ja muistikuviin. (Kuikka ym. 2001, 86 -96, 100 -

102.) Hemiplegiaan voi myös liittyä **anosognosia**, jolla tarkoitetaan vaikeutta tiedostaa omaa sairauttaan. Asiakas ei ymmärrä, mikä häntä vaivaa tai miksi hänen täytyy olla hoitolaitoksessa. Anosognosiasta kärsivä ihminen voi olla täysin tietämätön esimerkiksi jalkansa halvaantumisesta. Neglect ja anosognosiahäiriö heikentävät ja pidentävät asiakkaan kuntoutumista. (Jehkonen 2002, 12 - 21.)

Apraksiassa on kyse tahdonalaisten liikkeiden koordinaatiovaikeuksista. Yleisesti ottaen apraksiat ovat opittujen tahdonalaisten liiketaitojen häiriöitä. Ne ilmenevät vaikeutena suorittaa oikea liike kielellisten ohjeiden perusteella ja jäljitellä mallin mukaista liikettä. Apraksia voi vaikeuttaa välineiden yhdistämistä tai toiminnan kohteita siihen, mitä pitäisi tehdä ja miten liikkua. Esimerkiksi pukeutuessaan asiakas pitää vaatteita ylösalaisin tai nurinpäin, hän voi laittaa puseroa jalkaansa ja housujansa päänsä yli tai asettaa jalkansa kantapäälle edellä kenkään. Apraksiasta kärsivän asiakkaan liikkeet ovat kömpelöitä ja joustamattomia, liikkeet voivat olla vääriä tai ne tehdään väärässä järjestyksessä. Tämä voi vaikeuttaa esimerkiksi ruokailun onnistumista. **Ataksiassa** eli koordinaatiohäiriöissä asiakkaan on vaikea hallita vartalon, raajojen ja pään liikkeitä. Tässä häiriössä voi siirtyminen asennosta toiseen tai tasapaino olla vaikeasti häiriintynyt. Näihin häiriöihin liittyy usein myös **perseveraatio** eli juuttuminen aikaisempaan liikkeeseen. (Forsbom ym. 2001, 32; Kuikka ym. 2001, 100 -110; Salmenperä 2002,69,71.)

4.2 Kuntoutuminen

Kuntoutumisella tarkoitetaan asiakkaan aktiivista osallistumista oman toimintakyvyn vahvistamiseen (Kettunen & Kähäri-Wiik & Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 5). Kuntoutuminen on tavoitteellista toimintaa ja määräaikaista prosessiä. Kuntoutuminen auttaa vammaista asiakasta saavuttamaan paras mahdollinen kognitiivisen, fyysisen ja sosiaalisen toiminnan taso, joka antaa hänelle keinot oman elämänsä muuttamiseen. (Soinila & Kaste & Launes & Somer 2001, 542.) Kuntoutumisen ohjaaminen on asiakkaaseen vaikuttamista. Asiakkaan aistit: näkö, kuulo, haju, maku ja tunto, toimivat tiedonvälityksen kanavina. Aivovaurion aiheuttaman aistien toimintahäiriön seurauksena henkilön havaintokyky vaikeutuu eikä hän saa tarpeellista informaatiota toimiakseen mielekkäällä tavalla. (Forsbom ym. 2001, 14.) Asiakkaan kuntoutumisessa tulee huomioida yksilöllisyys, hänen läheisensä ja mahdollistaa elämänlaadun parane-

minen. (Kauhanen 2009, 248 -251.)

Eri lait ja asetukset määrittelevät kuntoutuspalvelujen tarkoitusta ja sisältöä. Kuntoutuspalvelujen sisältö määritellään asetuksessa, joka koskee lääkinnällistä kuntoutusta (1015/1991). Sairauden jälkeistä kuntoutusta ja menetetyn toimintakyvyn palauttamista käsittelee laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987). Kuntoutuksen asiakasyhteistyötä koskevan lain (497/2003) mukaan asiakkaan on saatava tietoa kuntoutuksen vaihtoehtoista ja muista kuntoutukseen liittyvistä seikoista.

Kuntoutumisen perustana on asiakkaan säilynyt toimintakyky ja sen tavoitteena on korjata toiminnan vajavuutta tai toiminnan puutetta. Aivoverenkiertohäiriöstä kärsivän asiakkaan kuntoutumisen erityispiirteenä on pyrkimys **palauttaa kaksipuolinen, symmetrinen kehonkuva**. Tätä edistetään aktiivomalla halvaantuneiden raajojen käyttöä ja tuottamalla halvaantuneelle puolelle tuntoärsykeitä. Kuntoutumista edistävä hoitotyö toteutuu parhaiten, kun opitut taidot siirretään mahdollisimman pian arkipäivän toimintoihin. Toistettujen suoritusten myötä aivoissa tapahtuu uudelleenorganisointia. Aivoverenkiertohäiriöistä toipuvilla asiakkailla tietyt aivojen motoriset rakenteet aktivoituvat molemmin puolin, kun halvaantuneen puolen raajaa käytetään. Viime vuosina on tullut käyttöön uusia kuntoutusmenetelmiä, jotka perustuvat halvaantuneen raajan käytön lisäämiseen ja liikelaajuuden kasvattamiseen toistoliikkeiden avulla esimerkiksi niinsanotut käden pakotetun käytön ohjelmat, painotuettu kävelymattokuntoutus ja sähköstimulaatio. Jos halvaantuneen puolen raajan käyttö on vähäistä, niin keskushermostossa käyttämättömien hermosolujen määrä vähenee tai surkastuu kokonaan. (Kauhanen 2009, 243 -251; Forsbom ym. 2001, 72 -110.)

Kuntouttava hoitotyö on johdonmukaista ja ympärivuorokautista, ja kuntoutukseen osallistuu monen eri ammattiryhmän edustajia. Kuntoutumisen ohjaus on samansuuntaista ja hoitotyön haasteena on saada **asiakas aktiivisesti mukaan omaan hoitoonsa**. Kaikki päivittäiset toiminnot ovat kuntouttavia tapahtumia, joissa henkilökunta tarvittaessa ohjaa asiakasta. (Salmenperä ym. 2002, 54.) Kuntoutumista edistää myös se, että läheiset jaksavat tukea asiakasta, niin henkisesti kuin käytännön toimenpitein. Läheisten on hyvä tietää, että kaikki tavallinen toiminta on yleensä

sallittua ja kaikella asiakkaan omatoimisuudella on kuntouttava merkitys. (Kuikka ym. 2001, 36.)

Asiakkaan hoidossa ja terveydentilassa saattaa olla useita kuntoutumisen edistymistä vaikeuttavia tekijöitä. Asiakas saattaa kärsiä kivuista tai voimakkaasta fyysisestä uupumuksesta, mikä estää toimintojen uudelleen oppimisen. Hänellä voi olla pelkoja, huolia, masennusta tai hahmotus- ja muita kognitiivisia häiriöitä tai hän saattaa olla epävarma ja sosiaalisesti estynyt. Kaikki nämä heikentävät omalta osaltaan oppimista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 167.)

Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat osalle asiakkaista pitkäaikaisen sairauden, jossa toimintakyvyllä on taipumus huonontua iän myötä. Kuntoutusta tarvitsevien sairastuneiden tulee saada hoitoa moniammatillisessa kuntoutusyksikössä. Aivovaurioasiakkaat, lähinnä aivoinfarktiin sairastuneet hyötyvät moniammatillisesta kuntoutuksesta riippumatta, minkä ikäisiä he ovat tai mikä heidän sairautensa vaikeusaste on. Kuntoutusyksikössä laaditaan jokaiselle asiakkaalle kuntoutussuunnitelma, joka tähtää toimintakyvyn paranemiseen tai ylläpitämiseen ja sitä tarkistetaan asiakkaan tilan muuttuessa. Näissä yksiköissä hoidettujen asiakkaiden saama toimintakyvyn paraneminen säilyy ainakin kymmenen vuotta. (Käypähoitosuositus - aivoinfarkti 2011.)

Hemiplegia-asiakkaan kuntoutumisessa työntekijä antaa **ohjeita ja kehotuksia selkeästi**, välttää käyttämästä liikaa sanoja ja yksi asia tehdään aina kerrallaan. Hoitajien on muistettava **puhua asiakkaalle kuin aikuiselle**. Asiakkaan kuntoutumisessa työntekijät tarjoavat arkipäivän tilanteita, mahdollisimman luonnollisissa yhteyksissä. Toiminnassa on oltava **selkeä tavoite**, mitä aiotaan kulloinkin tehdä, esimerkiksi ”nyt voit pukea ulkovaatteet”. Asiakkaalle annetaan hänen omasta puheestaan oikeaa palautetta esimerkiksi ”nyt en ymmärrä, mitä sanoitte”. (Kuikka ym. 2001, 116 -129.) Hemiplegia-asiakkaan vuode ja yöpöytä kannattaa sijoittaa niin, että asiakkaan halvaantunut puoli on ovelle päin. **Toimiminen halvaantuneelta puolelta** lisää aistiärsykkeiden vaikuttavuutta. Käytännön hoitotyössä asiakkaan hoitotoimet, kaikki keskustelu ja siirtymiset toteutetaan huomiotta jäävältä puolelta. (Forsbom ym. 2001, 77.)

Hemiplegia-asiakkaan kuntoutumisen apuna voidaan käyttää muun muassa Bobath- ja Affolter -tekniikoita. Bobath-lähestymistavan mukaan asiakasta ohjataan ottamaan koko keho toimintaan mukaan. Uusien toimintojen oppiminen tapahtuu asiakkaan omista tarpeista lähtien ja ohjauksella helpotetaan asiakkaan liikkeitä ja mahdollistetaan ne. Affolter-lähestymistapaa toteutetaan arkielämän tilanteissa. Siinä on oleellista sanaton ohjaus ja asiakkaan toiminnan ohjaaminen tuntoaistin kautta. Näin pyritään kehittämään asiakkaan omaa oivaltamista ja ongelmanratkaisua. (Salmenperä ym. 2002, 54-55, 69, 71.)

Hemiplegia-asiakkaan **apuvälineiden tarve** on arvioitava yksilöllisesti. Apuvälineitä sovitetaan ja niiden käyttöä ohjataan sekä käytön alussa että tarvittaessa myöhemmin, jotta niistä saadaan mahdollisimman suuri hyöty. Ajan kuluessa erilaisten apuvälineiden tarve voi muuttua, joten tilannetta arvioidaan säännöllisesti. (Käypähoitosuositus - aivoinfarkti 2011.) Asiakkaan apuvälineiden käytön tarve tulee kartoittaa ja asiakkaita sekä läheisiä tulee ohjata yksilöllisesti niiden käytössä (Iivanainen & Syväoja 2009, 423; Kähäri-Wiik ym. 2006, 52.) Apuvälineet auttavat asiakkaan omatoimisuutta, itsenäisyyttä ja toimintamahdollisuuksia. Apuvälineen tulee olla asianmukainen ja tarvittaessa se on toimitettava huoltoon. Huollon ajaksi asiakkaalle toimitetaan toinen vastaava apuväline tilalle. Työntekijöiden tulee seurata asiakkaan apuvälineen käyttöä ja tarvetta. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 51 - 54.) Apuvälineet lisäävät asiakkaan turvallisuuden tunnetta ja ovat hoitajien ergonomian kannalta hyödyllisiä (Vähäkangas 2010, 92).

4.3 Hygienian hoito

Asiakkaan puhtaudesta huolehtiminen on yksi hoitotyön alue. Apuaan hoitohenkilökunta antaa siten, että asiakas saavuttaa mahdollisimman pian omatoimisuuden. Asiakas peseytyy vointinsa mukaan itse, hoitohenkilökunta auttaa peseytymisessä joko osittain tai kokonaan. Hoitotyön periaatteista korostuvat: yksityisyys (esimerkiksi suihkutilassa pidetään ovet ja suihkuverhot kiinni), intimiteetti, turvallisuus (esimerkiksi hoitaja toimii aseptiikan vaatimusten mukaisesti) ja kunnioittaminen, jolloin asiakkaan mielipide tulee huomioiduksi. (Iivanainen & Syväoja 2009, 386 -388.)

Asiakkaan omatoimista peseytymistä voi helpottaa erilaisilla **apuvälineillä**, kun asiakas peseytyy istuen suihkussa tai altaan äärellä. Peseytymisvälineiden on oltava hänen ulot-

tuvillaan; kurkottelu voi aiheuttaa vaaratilanteita. Liukastumista pesutiloissa voi estää liukastumista estävällä matolla ja siirtymistä voi helpottaa seinään kiinnitetyillä tukitangoilla. Intiimihygienian hoitoa ja wc-istuimelta nousemista helpottaa istuinkoroke, jossa on tilaa pesua varten. Joskus voi olla tarpeen myös pyörällinen suihkutuoli. Käsिसuihkun toimintojen tulisi olla suihkukahvassa. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 174.) Usein yläraajojen lihasvoima ja nivelten liikeradat ovat vajaat, tällöin varrelliset harjat, varsien paksunokset ja erilaiset kiinnittimet esimerkiksi imukupit helpottavat peseytymistä. (Kruus-Niemelä & Pohjolainen & Alaranta 2009, 462; Kähäri-Wiik ym. 2006, 174.) Ruokailussa voidaan käyttää apuvälineenä esimerkiksi paksuvartisia ruokailuvälineitä. Nämä välineet helpottavat nivelten kuormitusta ja yksikätesenä toimimista. Tällöin ruokailu onnistuu paremmin ja on siistimpää. (Kruus-Niemelä ym. 2009, 463; Salmenperä ym. 2002, 61.)

Asiakasta kuunnellaan tarkasti liittyen peseytymistottumuksiin ja hänen mielipidettään kunnioitetaan esimerkiksi niin, että hän voi halutessaan peseytyä siihen aikaan päivästä, kun hänestä tuntuu parhaimmalta. Hoitolaitoksen peseytymisolosuhteet poikkeavat yleensä siitä, mihin asiakas on kotioloissa tottunut. Asiakkaalle neuvotaan, miten oman huoneen suihkua käytetään ja missä on soittokello, jos hän tarvitsee apua. Hoitohenkilökunnan on huolehdittava koko suihkun ajan, että asiakkaan mielestä vesi on sopivan lämmintä ja ettei asiakas palele. Asiakkaan ihoa hankaamista vältetään ihovaurioiden ehkäisemiseksi. (Iivanainen & Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 136.)

Asiakkaat voidaan viedä **pesulle** suihkutuolilla pesuhuoneeseen tai asiakas voi siirtyä istumaan pesuhuoneessa olevalle suihkutuolille. Asiakas osallistuu suihkun aikana peseytymiseen omien voimavarojensa mukaan mahdollisimman paljon. Peseytymisessä huomioidaan aseptiikka, jonka mukaan asiakas peseytyy puhtaasta likaiseen: ensin hiukset, viimeisenä varpaanvälit ja alapää. Asiakkaalle voidaan antaa suihku omaan käteen, jotta hän voi peseytyä mahdollisimman omatoimisesti. Samalla estetään asiakkaan paleleminen. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011, 91; Iivanainen & Syväoja 2009, 386 -388.) **Osittainen peseytyminen** on tarkoituksenmukaista silloin, kun asiakkaalla on kuiva iho tai hän ei jaksaa tai halua peseytyä kokonaan. Osittaiseen peseytymiseen kuuluu suunhoito, kasvojen ja käsien peseminen sekä intiimihygienian hoito. Kasvojen ja käsien pesun voi tehdä huoneen lavuaarin ääressä. (Iivanainen & Syväoja 2009,

386 -388.)

Tässä projektityössä **intiimihygienialla** tarkoitetaan ulkoisten sukuelimien ja peräaukon seudun puhdistamista, hajujen ehkäisemistä ja eritteiden puhdistamista. Hoitohenkilökunta auttaa joko osittain tai kokonaan asiakasta, kun hänen voimavaransa eivät riitä intiimihygienian hoitoon. Asiakkaan yksityisyys pitää turvata ja intiimihygienia tulee hoitaa vähintäänkin kerran päivässä, mieluiten aamuin ja illoin. Toisaalta, jos asiakas virtsaa tai ulostaa alleen, intiimihygienian hoitoa tarvitaan useamminkin. Intiimihygienian hoitaminen on helpompaa, kun asiakas istuu suihku- tai wc-tuolilla ja parhaiten se onnistuu käsisuihkun avulla. Intiimihygienian hoidossa korostuu aseptiikka. Koska sukupuolielinten ja peräaukon seutu on lämmin ja kostea, se on suotuisa kasvupaikka mikrobeille. Puhtain alue on virtsaputken suu ja likaisin peräaukon seutu. (Iivanainen ym. 2001, 147 -148; Iivanainen & Syväoja 2009, 387.)

Suuhygienian päivittäiseen hoitoon kuuluvat hampaiden, ikenien, suun limakalvojen, kielen, huulien ja hammasproteesien hoito. (Iivanainen & Syväoja 2009, 408.) Ongelmia hemiplegia-asiakkaan suunhoidossa voivat aiheuttaa nielemis- ja sylkemisvaikeudet, jolloin ruokaa jää helposti asiakkaan poskiin. Ientulehdus ja karies lisääntyvät helposti, jos suunhoito laiminlyödään. Suunhuuhtelu ruokailun jälkeen on tärkeää. (Salmenperä ym. 2002, 61.) Asiakas voi harjata hampaansa joko lavuaarin reunalla tai huoneen wc:ssä. Hampaiden harjauksessa avustetaan tarvittaessa ja samalla tarkistetaan silmämääräisesti hampaiden ja ikenien kunto. Monilla iäkkäillä asiakkailla on osa- tai kokohammasproteesit. Jos asiakas ei itse kykene puhdistamaan hammasproteesia, niin työntekijä auttaa siten, että asiakkaan suusta otetaan ensin pois yläproteesi ja sen jälkeen alaproteesi. Hammasproteesit kastellaan ja pestään niille sopivalla pesuaineella; hammasstahnan käyttöä ei suositella, koska se rikkoo hammasproteesin pintaa. Hammasproteesit laitetaan takaisin asiakkaan suuhun tai niille tarkoitettuun ilmavaan lasiin, johon ei lisätä vettä. Vesi lisää mikrobikasvua, joka liuottaa hammasproteesista muovia. Kun puhdistetaan osahammasproteesia, tulee muistaa pestä myös metalliosat. Työntekijät huolehtivat myös asiakkaan suun kostuttamisesta ja huuhtelusta proteesipesun ohella. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011, 100 -101.)

Hoitohenkilökunnan on huolehdittava, että kaikilla miesasiakkailla on mahdollisuus

ajaa partansa tottumustensa ja tapojensa mukaan. Yleensä parranajovälineet ovat henkilökohtaisia, ja hoitolaitoksissa toivotaankin asiakkaiden tuovan omat parranajovälineensä mukanaan. Parta voidaan ajaa käsikäyttöisellä koneella, jolloin kasvot kostutetaan ja sen jälkeen levitetään joko parta- tai saippuavaahtoa. Partaa ajettaessa ihoa kiristetään kulkusuuntaa vasten ottaen huomioon parran kasvusuunnat. Sähköistä partakonetta liikutellaan koko ajan painamatta sitä tiiviisti ihoon. Huonokuntoinen asiakas saattaa pienen avun turvin selviytyä itse partansa ajosta. Työntekijät huolehtivat hyvästä valaistuksesta ja voivat antaa asiakkaalle käyttöön käsipeilin. Jotkut asiakkaat ovat tottuneet käyttämään partavettä parranajon jälkeen. (Iivanainen ym. 2001, 146 -147.)

4.4 Pukeutuminen

Hoitohenkilökunnan tehtävänä on ohjata asiakas pukeutumaan itsenäisesti, varmistaen hyvä asento ja tasapaino. Vaatteita puettaessa niiden tulee olla helposti saatavilla. Asiakasta autetaan vain vaikeimmissa tilanteissa. Hänet otetaan mukaan kaikkiin toimiin ja pyritään saamaan asiakkaalle kokemus, että hän suoriutuu itse päivittäisistä toiminnoista ja saa suoriutumisestaan nautintoa tai onnistumisen iloa. Asiakasta neuvotaan erilaisten apuvälineiden käytössä ja kannustetaan käyttämään niitä. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011, 97, 108; Kähäri-Wiik ym. 2006, 175 -176.) **Erilaisia apuvälineitä** ovat esimerkiksi tartuntapihdit, nappikoukku, sukanvetolaite tai saapasrenki. Lenkit, painonapit ja tarranauhat vaatteissa ja kengissä helpottavat pukeutumista. (Kruus-Niemelä ym. 2009, 462 -463.) Tartuntapihtien avulla voi poimia vaatteet lähelle ja auttaa pukeutumisessa, jolloin pukeutuminen on sujuvampaa. Nappikoukku helpottaa nappien kiinnitystä, kun sormet toimivat huonosti. Nappikoukku laitetaan napinreiästä, koukutaan nappi ja vedetään se napinreiän läpi. Sukanvetolaite on tarpeen, kun asiakas ei ylety jalkoihinsa. Sukka pujotetaan laitteeseen ja jalka sitten sukkaan lattiatasossa. Narusta ylös vedettäessä sukan varsi nousee ylös. Pitkävartisen kenkälusikan avulla saadaan kenkä helpommin jalkaan ja saapasrengin avulla on helppo vetää kenkä jalasta. (Kähäri-Wiik ym. 2006,176.)

Vaatteiden tulisi olla väljiä, hihat ja housunlahkeet laajoja ja kaula-aukot tarpeeksi suuria, jotta pukeutuminen helpottuisi. Kookkaat napit, vyötärökuminauha ja tarrakiinnitys helpottavat pukemista. (Kähäri-Wiik ym. 32006, 174.) Asiakkaan kenkien tulisi

olla turvalliset. Niissä tulisi olla takaremmi ja pitävä pohja. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011, 97.) Jalkojen turvotuksesta kärsivällä asiakkaalla ei saisi käyttää tiukka-resorisia sukia, jottei laskimoverenkierto estyisi. (Iivanainen & Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 157). Pyörätuoli asiakkaalla väljä vaate saattaa kiertyä epämukavasti keholle ja voi alkaa kiristää. Vaatteiden tulisi olla joustavia, ohuita ja saumattomia, jottei hankaumia ja painaumuksia syntyisi. Lahkeet, helmat ja hihat eivät saa jäädä pyörien väliin. (Iivanainen ym. 2001, 156 -157; Iivanainen & Syväoja 2009, 407.)

Jos asiakkaan toinen yläraaja on toimintakyvytön tai jäykkä, aloitetaan **takin tai paidan pukeminen** ottamalla vaate eteen pöydälle. Terveellä kädellä kerätään vammautuneen puolen paidan hiha ja pujotetaan vammautunut raaja siihen. Sen jälkeen asiakas laittaa myös toisen yläraajan hihaan ja pujottaa päänsä kaula-ukosta sisään. Lopuksi hän asettelee paidan päälleen. Toiminnan edistyessä voidaan pukeutua siten, että vaate on kuntoutujan sylissä ja puettava hiha riippuu jalkojen välissä. Asiakas työntää vammautuneen yläraajan hihaan terveen käden avulla. Paidan tai takin riisuminen aloitetaan terveen käden puolelta, pujotetaan sitten pää kaula-aukosta ja riisutaan lopuksi vammautunut käsi. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011, 97 -99; Kähäri-Wiik ym. 2006, 175.)

Turvallisinta on **pukea housut** istuen. Asiakas istuu vuoteen reunalla ja pujottaa ensin vammautuneen jalan lahkeeseen. Molempien alaraajojen ollessa lahkeissa, hän nostaa housut reisiin asti ja käy selälleen sänkyyn. Asiakas koukistaa polvet, laittaa jalkapohjat alustaa vasten, kohottaa lantiota ja vetää housut vyötärölle. Housut riisutaan käänteisessä järjestyksessä. Mikäli asiakas kykenee seisomaan, hän laskee housut seisten reisiin asti, istuutuu ja vetää ensiksi terveen raajansa pois lahkeesta. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011, 97 -99; Kähäri-Wiik ym. 2006, 175.)

Asiakas aloittaa **sukan pukemisen** rullaamalla koko sukan käteensä yhdellä kädellä. Puettava alaraaja on toisen päällä ja asiakas pujottaa sukan jalkaan. **Kengän** asiakas voi laittaa siten, että hän istuu ja laittaa terveellä kädellä kengän jalkaansa. Kohottamalla vammautunut jalka toisen päälle ristiin, kengän voi asetella lopullisesti paikalleen. Kengännauhat voi opetella solmimaan myös yhdellä kädellä. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 175 -176.)

5 PROJEKTIN TOTEUTUS

5.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet

Projektimuotoinen työskentely tarkoittaa hyvin jäseneltyä prosessia, joka johtaa ideasta sen toteutumiseen. Projektilla pitää olla tilaaja, sen tulee olla ajallisesti ja laajuudeltaan rajattu, sillä täytyy olla selvä tavoite ja siitä pitää laatia kuvaus. Projektin tavoitteiden tulee olla haasteellisia, jotta niiden saavuttaminen tuntuu merkitykselliseltä. Samoin tavoitteiden tulee olla realistisia, jotta niiden saavuttaminen on mahdollista. Selkeä tavoitteiden asettelu on myös tärkeää, koska silloin ne ovat ymmärrettäviä eikä omille tulkinnoille jää varaa. (Löow 2009, 13-15.)

Projektin tarpeellisuuden pohtimisessa on tärkeää sen liittyminen työyhteisön perustetävään. Tällöin projektin lähtökohtana ovat asiakkaiden tarpeet ja yleensä asiakaslähtöisyys. Tavoitteena on organisaation tai työyhteisön suorituskyvyn parantaminen ja myönteisen yhteisöllisyyden lisääminen. Projektin kautta tapahtuvan kehittämisen ei tule olla itsetarkoitus, vaan sen tulee vahvistaa työyhteisön toimintaa. Tällaisen työskentelytavan voidaan ajatella myös olevan jaetun johtajuuden toteuttamista käytännössä. Sen avulla voidaan lisätä työntekijöiden osallistumista päätöksentekoon, osallistujien sitoutumista ja vastuullisuutta. Samalla varmistetaan tehokkaiden toimintatapojen sekä ideoiden käyttöönotto. (Löow 2009, 15 -16.)

Työyhteisön projektit perustuvat luovaan ajatteluun, joka tarvitsee onnistuakseen hyvin toimivaa viestintää ihmisten välillä. Luovuutta voi heikentää liiallinen valvonta ja seuranta. Kehittävä projekti käynnistyy usein tyytymättömyydestä vallitsevaan tilanteeseen. Kehityksen esteinä voivat olla epäonnistumisen pelko, suvaitsevaisuuden ja vuorovaikutuksen puuttuminen sekä kannustuksen puuttuminen. Luovaa ajattelua voivat heikentää projektin tekijän motivaation ja persoonallisuuden ylenkatsominen, hallitsematon tietotulva ja ajan puutteeseen vetoaminen. (Paasivaara ym. 2008, 82, 93).

Projektin tavoitteiden määrittely on työn tärkein vaihe. Hyvä tavoitteenasettelu luo pohjaa koko projektille ja syventää sen lähtökohtia. (Rissanen 2002, 45, 49.) Projektin tavoitteiden on oltava saavutettavissa olevia ja selkeitä. Projektilla saavutettua tulosta

voidaan arvioida vain vertaamalla tulosta asetettuihin tavoitteisiin. Projektin tavoite on selkeä, jos se on tiiviisti ja täsmällisesti ilmaistu sekä konkreettinen. Työn edetessä voidaan tarkistaa toiminnan suuntautuvan tavoitteen ratkaisemiseksi. (Paasivaara ym. 2008, 123 -124.)

Projektissa voidaan tarkastella ongelmaa monesta eri näkökulmasta luovan ajattelun avulla. Uusien toimintamallien ja hyvien käytäntöjen käyttöönotto helpottuu. Hyvä projekti toimii myös organisaationsa profiilin rakentajana ja tunnettavuuden edistäjänä. Projektityö edellyttää tekijöiltään systemaattista panostusta, oikein mitoitettuja ajallisia ja taloudellisia resursseja. Projektin kautta tapahtuvan kehittämisen tarkoituksena on kasvattaa voimavaroja, lisätä toimintaa ja parantaa laatua. Positiiviset piirteet liittyvät esimerkiksi työn tuottavuuden parantumiseen, toiminnan muuttumiseen joustavammaksi, työntekijöiden työhyvinvoinnin edistämiseen ja työyhteisön innostavuuden lisäämiseen. (Paasivaara ym. 2008, 14, 19.)

Tämän projektin tavoitteena oli yhdenmukaistaa ja selkeyttää hoitohenkilökunnan toimintatapoja, helpottaa uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämistä sekä lisätä moniammatillista yhteistyötä. Projektin opaslehtisen toivotaan helpottavan myös läheisten osallistumista kuntoutujan arkielämään. Tässä projektityössä ei käsitelty vuoteessa olevan asiakkaan hoitotyötä. Projektin tarkoituksena oli laatia Saarenvireen hoitohenkilökunnalle opaslehtinen, joka auttaa hemiplegia-asiakkaan hygienian hoidon ja pukeutumisen ohjausta sekä helpottaa moniammatillisen hoitotyön toteutumista. Ehdotus opinnäytetyön aiheeksi tuli Saarenvireen johtavalta hoitajalta. Projektin tuotoksessa on hemiplegia-asiakkaan hygienian hoidon ja pukeutumisen ohjaus kuntoutumisen ja moniammatillisen hoitotyön näkökulmasta selkeästi ja lyhyesti kuvattuna. Tuotos tehtiin myös sähköiseen muotoon, jolloin sitä on helppo päivittää jatkossa.

Projektin tekijöiden henkilökohtaisena tavoitteena oli resurssien ja aikataulujen yhteensovittaminen. Työn tavoitteena oli myös tekijöiden keskinäisen rakentavan palautteen antaminen, vastaanottaminen ja saadun tiedon hyödyntäminen. Projekti työskentelytapana oli molemmille uutta. Projektin läpikäyminen helpottaa tulevaisuudessa uusiin projekteihin osallistumista. Tieteellisen tiedon hyödyntäminen ja sen kriittinen analy-

sointi on ollut yksi tärkeimmistä tavoitteista projektityöskentelyssä.

5.2 Projektin rajausta ja organisaatio

Projektin aiheen johtoajatus ohjaa myöhempää työskentelyä. Projektityötä rajattaessa voi olla vaikeaa määrittellä, kuinka tarkkarajainen ja täsmällinen aihe tulee olla. Rajausta voidaan joutua tarkentamaan tai muuttamaan aineiston keruun yhteydessä. Aiheen rajaamista määrittelee muun muassa käytettävissä oleva lähdemateriaali, työn kohdejoukko ja paikkasidonaisuus. Tavoitteet tulisivat olla saavutettavissa yhdellä projektilla. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2010, 69, 81 -85; Paasivaara ym. 2008, 123.)

Projektiorganisaation rakenne riippuu projektin luonteesta (Löow 2010, 24). Ryhmässä tehtävässä projektissa täytyy olla selkeä työnjako ja vastualueet. Projektin suunnitteluvaiheesta alkaen on hyvä olla mukana työelämän edustaja, ohjaaja ja opinnäytetyöntekijät. Suunnitelman lisäksi projektissa tehdään usein väliraportti ja loppuraportti. Väliraportissa voidaan kertoa miten projekti on edistynyt ja arvio tulevista toimista. Loppuseminaarissa esitettävässä loppuraportissa selvitetään projektin taustaa ja tavoitteita, tuloksia, työn etenemistä, johtopäätöksiä sekä arviointia. (Vilka & Airaksinen 2003, 48 – 49.)

Tämän projektin aiheen rajausta yllätti projektin tekijät. Kokemattomuus projektityöskentelyssä ja tekijöiden ajatusten sekä ideoiden yhteensovittaminen veivät yllättävän paljon aikaa. Alkuvaiheessa projektityön etenemistä hidasti ohjauksen viivästyminen. Projektin loppuvaiheessa ajan käyttö oli haastavaa, jotta opinnäytetyö valmistuisi suunnitellussa ajassa. Projektityönä tehtävä opaslehtinen on tarkoitettu Tornion sairaskotisäätiön Saarenvireen hoitohenkilökunnan käyttöön. Saarenvireen yhdyshenkilönä toimii johtava hoitaja.

5.3 Projektin työmenetelmät

Työmenetelmät opinnäytetyössä muodostuvat ajattelun lisäksi tavoista ja käytännöistä, joilla tietoja kerätään, analysoidaan ja prosessoidaan projektin tavoitteiden suuntaisesti.

Näin saatuja havaintoja analysoidaan ja käsitellään kriittisesti. Työmenetelmien valintaan vaikuttaa se minkälaista tietoa, mistä ja kenelle sitä tuotetaan. (Hirsjärvi ym. 2010, 183 -184.)

Projektin arviointi on systemaattista toimintaa, jolla pyritään projektin onnistumisen selvittämiseen. Projekti ei perustu sattumanvaraisuuteen, sen avulla saadaan tietoa projektin toteutumisesta, ongelmista ja hyvistä puolista. Projektin arvioinnilla pyritään selvittämään projektin onnistumista koskevia johtopäätöksiä. Johtopäätöksien avulla löydetään muutokseen tähtäävät toimenpiteet ja samalla tuotetaan kuvailevaa tietoa projektin eri vaiheista. Keskeisintä arvioinnissa on käytettävän tiedon hyödyntäminen ja siitä tehtävä analyysi. (Paasivaara ym. 2008, 140, 144.)

Projektiluontoisessa työnkehittämisessä on hyvä arvioida etukäteen, miten kehittämiskohde liittyy muihin yksikön toimintoihin, rakenteisiin, prosesseihin ja kulttuuriin. Projektit eivät usein toteudu suunnitellulla tavalla. Tämä voi johtua siitä, että projektin tavoite saattaa selkiintyä tai muuttua projektin aikana. Projektin edetessä sisältöä joutuu usein tarkistamaan ja selventämään. Tämä uudelleen organisointi tarkoittaa jatkuvaa arviointia, jolloin todetaan, onko toiminta oikeansuuntaista ja – aikaista. Projektityön jatkuva arviointi turvaa sen, että projekti on ohjattavissa ja pysyy tavoitteissaan, eikä ”rönsyile”. (Jalava & Virtanen 2000, 168; Paasivaara ym. 2008, 40, 55, 132.)

Projektin lopullisen tuotoksen tulee synnyttää myönteistä vaikuttavuutta, jota koko työyhteisö tavoittelee. Projektin toiminta ei saisi olla irrallaan työyhteisön arkipäiväisestä perustehtävän hoitamisesta. Päätäminen on projektissa tärkeä vaihe, jolloin tuloksista tiedotetaan sidosryhmille, toteutetaan arviointi ja aloitetaan tulosten sisäistäminen. Tässä projektin vaiheessa pohditaan myös, miten tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa. Loppuraportissa kuvataan projektin tavoitteet, toiminta ja tulokset. Siinä näkyy millaisia olivat projektiorganisaatio ja projektin yhteistyötahot sekä pohditaan saavutettujen tulosten hyödyntämistä. Siinä kerrotaan projektista tehdyistä arvioinneista tai tulevista arvioinneista. (Paasivaara ym. 2008, 29 -30, 137,138.)

Projektin työmenetelminä oli kirjallisuuteen ja organisaatioon tutustuminen, Saarensuon henkilökunnan toiveiden kuunteleminen ja työelämän yhdyshenkilön ja projektin

tekijöiden väliset keskustelut. Projektin edetessä sen sisältö, tavoitteet ja aikataulu ovat tarkentuneet konkreettisemmiksi ja helpommin käsiteltäväksi. Opettajien ohjaus on auttanut rajaamaan työn aihetta ja sisältöä suppeammaksi. Samalla opettajat ovat neuvooneet, miten hyödyntää tieteellistä lähdeaineistoa. Tietoa on kerätty useista eri lähteistä, kansallisista ja kansainvälisistä. Työelämän yhdyshenkilö, opettajat ja projektin tekijät arvioivat projektityön sisältöä ajoittain. Arvioimisen avulla projektityö on edennyt projektin tilaajan toiveet ja opettajien ohjeet huomioiden.

5.4 Projektin prosessointi ja arviointi

Projekti on saanut alkunsa Saarenvireen johtavan hoitajan ehdotuksesta tammikuussa 2011. Projektin aihe oli Saarenvireen moniammatillinen hoitotyö toispuolihalvausasiakkaan kuntoutumisessa, opas yhtenäisistä kuntoutumisen periaatteista. Projektin aihe hyväksyttiin 1.3.2011. Aluksi projektin tekijöitä oli vain yksi, mutta aiheen laajuuden vuoksi oli tarpeen saada projektiin toinen tekijä. Projektin työstäminen yhdessä aloitettiin kesällä 2011.

Elokuussa 2011 Saarenvireen hoitohenkilökunnalta kerättiin toivomuksia ja ajatuksia projektin sisällöstä. Ensimmäinen opinnäytetyön ryhmäohjaus oli 6.9.2011. Projektisuunnitelma esitettiin 18.10.2011 ja hyväksyttiin joulukuussa 2011. Projektityön eteneminen pysähtyi kuukaudeksi, koska ohjaavat opettajat nimettiin vasta seuraavan vuoden tammikuun lopulla ja ensimmäinen tapaaminen oli 10.2.2012. Tässä tapaamisessa selvisi, että aihe oli liian laaja. Aiheen rajaaminen ja tarkentuminen auttoi ja helpotti projektin tekemistä, jolloin voitiin allekirjoittaa yhteistyösopimus. Saarenvireen toimitusjohtaja hyväksyi projektin aiheen rajauksen ja allekirjoitti hankkeistamissopimuksen (Liite 1) maaliskuun alussa.

Maaliskuussa etsittiin uutta tietoa kirjastossa ja kotona. Tekijöiden erikseen keräämää tietoa verrattiin keskenään ja syntetisoitiin yhdeksi kokonaisuudeksi. Opinnäytetyön sisältöä tarkennettiin aihetta rajaamalla seuraavassa ohjaavien opettajien tapaamisessa. Opaslehtisen työstäminen aloitettiin myös maaliskuun aikana. Yhteydenpito työelämän edustajan kanssa puhelimitse ja sähköpostin avulla helpotti projektityöskentelyä. Työn tavoitteena olleet toiveet tuotoksen hyödynnettävyydestä toteutuivat. Vastaavanlaista

opaslehtistä ei ole aikaisemmin ollut Saarenvireessä. Jatkossa opaslehtistä voi laajentaa uusilla osa-alueilla esimerkiksi hemiplegia-asiakkaan psyykinen hyvinvointi. Tuotos tehtiin myös sähköiseen muotoon, jolloin sitä on helppo päivittää jatkossa. Opaslehtisessä on pyritty kuvien avulla havainnollistamaan hygienian hoitoa ja pukeutumista.

Opinnäytetyön aikataulu nopeutui, koska tekijät hakeutuivat terveydenhoitajan suuntaaviin opintoihin. Loppukevään aikana projektityön sisältö syveni ja kokonaisuus hahmottui. Kesällä opinnäytetyön etenemistä hidasti tekijöiden työssä käyminen. Tavoitteena saada opinnäytetyö lähes valmiiksi elokuun alkuun mennessä motivoi työn edistymistä. Kesälomakautena tietojen kerääminen ja keskinäinen vuorovaikutus onnistui parhaiten Kemin kirjastossa. Heinä-elokuun vaihteessa annettiin opaslehtinen Saarenvireen hoitohenkilökunnalle arvioitavaksi ja mahdollisia muutostoivomuksia varten. Palaute opaslehtisestä oli myönteinen, sen sisältöön ja rakenteeseen ei tarvinnut tehdä muutoksia. Elokuun alussa luovutettiin vielä kerran opinnäytetyö ohjaavien opettajien arvioitavaksi ja opinnäytetyö valmistui syyskuussa.

6 PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetöihin liittyvä etiikka selvittää, miten tuotetaan eettisesti hyvää ja luotettavaa tietoa. Opinnäytetyön aihe ja tavoitteet eivät saa loukata ketään eivätkä sisältää väheksyviä oletuksia mistään asiakasryhmästä. Tähän asiaan on kiinnitettävä huomiota erityisesti silloin, kun opinnäytetyössä käsitellään haavoittuvia ryhmiä. Opinnäytetyön tietolähteiden valinta voi ohjata projektin tuotosta tiettyyn suuntaan tai vinouttaa sitä. Projektissa käytetyn materiaalin analyysi tulee tehdä tieteellisesti luotettavasti ja hyödyntämällä viimeisintä luotettavaa tietoa. (Leino - Kilpi & Välimäki 2003, 362, 365-366, 369.)

Tieteellisen käytännön vastaista on piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja vilppi. Piittaamattomuus voi olla laiminlyöntiä, puutteellisia viittauksia ja kirjaamista tai rahoittajan harhaanjohtamista. Vilppi on sepittämistä, havaintojen vääristelyä ja luvaton lainaamista. (Leino - Kilpi & Välimäki 2003, 287.) Projektin tuotos voi vaikuttaa ihmisen elämään koskeviin päätöksiin, joten on oleellista, että projekti

tehdään tunnustetuille ja oikeaksi osoitetuilla menetelmillä. Tekijän huomaamatta mukana voi olla jokin virhetekijä, joka ratkaisevasti vaikuttaa projektin tuloksiin. Virheellisesti toteutettu projekti on epäeettinen. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 77.)

Hoitotyötä käsittelevässä projektissa tulee kiinnittää huomiota asiakaslähtöisyyteen ja moniammatillisuuteen, koska ne määrittävät projektityön sisältöä, aluetta ja rakenteita. Projektityöntekijöiden tulee ymmärtää palveluyksikön erityisominaisuuksia, jotta niitä voidaan kehittää. Palveluja tulee kehittää samansuuntaisesti asiakkaiden tarpeisiin nähden. Asiakaslähtöisyys liittyy usein verkostoituneeseen palvelujen kokonaisjärjestelmään ja asiakkaan oikeuteen hyvään palveluun. Keskeisimpiä kehittämistoiminnan kohteita ovat työyksikön eri toimintojen vastaaminen asiakkaiden tarpeisiin ja intresseihin. Asiakaslähtöisyys on lisäksi asiakkaiden ja ympäristön tarpeiden tulkitsemista ja muuntamista joustaviksi toimintamalleiksi. Ammatilainen, joka tekee laadukasta työtä, tuntee asiakkaansa ja arvioi omaa toimintaansa heidän näkökulmastaan. Moniammatillisuudessa korostuu yhteistyö, työn jäsentäminen asiakkaiden kautta ja ammattitaito. Moniammatillisuuteen perustuva malli on paras tapa varmistaa, että asiakkaiden näkökulma otetaan ensisijaisena asiana huomioon ja että he saavat kokonaisvaltaista palvelua. (Paasivaara ym. 2008, 36 -40.)

Yhtenä tärkeänä projektin arvioinnin kohteena ovat eettiset kysymykset, jotka ovat usein hyvin moniulotteisia. Ne liittyvät muun muassa arvioinnin tekijän taitoihin, arvioinnin kohderyhmän kunnioittamiseen ja arvointiprosessin vastuullisuuteen. Tulokset ja niiden hyödynnettävyys ratkaisevat projektin hyvyuden tai huonouden. (Jalava & Virtanen 2000, 130-131.)

Projektin tietolähteiden valinta ei saa ohjata projektin tuloksia tai vääristää niitä. Tietolähteet valitaan sen perusteella, mihin etsitään uutta tietoa. Tärkeää tieteellisen tiedon hyödyntämisessä on etsiä laadukasta ja luotettavaa lähdeaineistoa. Tällöin taataan projektin eettisyys ja monipuolisuus. Lähdeaineiston määrän tulee olla projektin aiheeseen nähden riittävä. (Leino - Kilpi & Välimäki 2003, 289 -290.)

Tässä projektityössä on pyritty käyttämään mahdollisimman uutta tietoa kattavasti. Työssä on käytetty laadukasta tieteellistä tietoa, esimerkiksi väitöskirjoja ja tieteellisiä

julkaisuja. Tietoa on haettu useista eri lähteistä, jotka käsittelevät samoja asioita. Lopuksi ne on syntetisoitu yhdeksi kokonaisuudeksi. Tietolähteet on valittu siten, ettei niistä aiheudu haittaa esimerkiksi hemiplegia-asiakkaille. Saarenvireen hoitohenkilökunnalla on ollut mahdollisuus vaikuttaa opaslehtisen sisältöön työstämisen alku- ja loppuvaiheessa.

Työelämän yhdyshenkilön kanssa on ollut säännöllistä yhteydenpitoa. Aiheen avoin käsittely on lisännyt luotettavuutta, koska projektin tilaaja on ollut koko ajan tietoinen projektin etenemisestä ja sen sisällöstä. Projektin tekijöiden avoin keskinäinen vuorovaikutus ja toisen tuotoksen arviointi on syventänyt kriittistä ajattelua. Opaslehtisen kuvat ovat tekijöiden kuvaamia ja osa kuvista on saatu käyttöön Saarenvireen toimitusjohtajan luvalla. Piirustukset ovat projektityöntekijän pojan tekemiä. Näin välttyttiin syyllistymisestä tekijän oikeuksien rikkomiseen.

Opaslehtisen avulla annetaan keinoja toteuttaa kaikille asiakkaille laadukkaat ja tasaveroiset kuntoutumisen edellytykset. Tämä toteutuu hoitohenkilökunnan sisäistettyä yhteiset periaatteet ja toimimalla niiden mukaisesti. Tulevaisuudessa hoitohenkilökunnalta odotetaan työnsä kehittämistä ja avoimuutta uusille toimintatavoille hemiplegiakuntoutujan hyväksi. Työskentelyn perustana tulee olla kuntoutujan yksilölliset tarpeet.

Aiheen luotettavuutta lisää projektin tekijöiden tuntemus tilaajan organisaatiosta ja siellä tehtävästä hoitotyöstä. Saarenvireen uusin asiakasryhmä on hemiplegiakuntoutujat. Uusien palvelujen käynnistäminen edellyttää hoitotyön kehittämistä uuden asiakasryhmän tarpeista lähtien. Projektityön selkeä tavoite lisää opinnäytetyön luotettavuutta.

7 PROJEKTIN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Terveystieteiden ammattihenkilöiden lisääntyneet ammattitaitovaatimukset ja toimintojen muospaineet sekä monimutkaistuminen tuovat uusia kehittämishaasteita eri asiantuntijoiden työskentelylle. Tulevaisuudessa eri hoitoympäristöissä työskennellään nykyistä enemmän yhteistyössä muiden kanssa. Hoitotieteen kehittyminen on muuttanut hoitotyöntekijöiden käsitystä ammatillisuudesta, tätä yksilön ammatillisuutta ja hänen

erityisosaamistaan tulee voida hyödyntää yhä paremmin. (Isoherranen 1996, 1.)

Projektityön tekeminen on auttanut tekijöitä ymmärtämään, miten projektityö edistyy ja mitä vaiheita siihen kuuluu. Prosessin monivaiheisuus on ollut opettavaista. Aluksi aiheen rajaaminen ja tavoitteiden asettaminen oli työlästä. Projektityöskentely on opettanut etsimään tieteellistä tutkimustietoa, aikataulujen sovittamista ja työskentelyn organisoimista. Projektityön aihe on ollut mielenkiintoinen ja käytännönläheinen. Aiheesta muodostui monipuolinen ja kattava kokonaisuus oppimisen kannalta.

Hemiplegia-asiakkaan kuntoutuminen akuuttivaiheen jälkeen on tärkeää kansantalouden kannalta. Asiakkaan parantunut toimintakyky edistää hänen kotona selviytymistään ja vähentää laitospaikkojen käyttöä, jolloin yhteiskunnan varoja säästyy. Asiakkaiden eriarvoisuus kuntoutuspalveluiden saatavuudessa aiheuttaa inhimillistä kärsimystä ja vaikeuttaa palaamista arkielämään.

Hemiplegia-asiakkaan kuntoutuminen vaatii moniammatillista hoitotyötä, koska sairastuneen oireet ovat moninaisia. Hoitotyön on oltava yksilöllistä ja aina asiakkaan tarpeisiin pohjautuvaa. Kuntoutumista edistävän hoitotyön tulee olla oikea-aikaista, mahdollisimman käytännönläheistä ja sen tulee tuottaa asiakkaalle onnistumisen iloa. Hemiplegiaa sairastavan motivaatiolla ja mielialalla on ratkaiseva merkitys kuntoutumisen edistymiseen. Läheisten ottaminen kuntoutumiseen mukaan auttaa heitä ymmärtämään sairauden monimuotoisuuden ja helpottaa heitä asiakkaan kotona selviytymisen tukemisessa.

Moniammatillinen hoitotyö on haasteellista, jos työntekijöillä ei ole aikaa perehtyä sen toimintamuotoon tai heillä ei ole siitä riittävästi tietoa. Moniammatillinen työskentely vaatii keskustelua työntekijöiden välillä, yhteisistä tavoitteista sopimista ja oman ammattitaidon jakamista yhteiseen käyttöön. Organisaatiolla ja sen esimiehillä on avainasema edistää tämän työskentelymuodon onnistumiset. Moniammatillinen työskentely helpottuu, jos siihen annetaan riittävästi resursseja, mahdollisuus koulutukseen ja tuetaan kaikkien ammattiryhmien osallistumista moniammatilliseen hoitotyöhön.

Saarenvireessä moniammatillisuus hemiplegia-asiakkaan kuntoutumista edistävässä

hoitotyössä on kehittynyt kokemuksen myötä, mikä auttaa hyödyntämään erilaista osaamista yhteiseen käyttöön. Organisaation laatukäsikirjassa moniammatillisen tiimin tehtävät on kirjattu. Jokainen työntekijä tiedostaa omat tehtävät osana hemiplegia-asiakkaan kuntoutumisprosessia ja moniammatillinen yhteistyö helpottuu.

Hemiplegia-asiakkaan kuntoutuminen edellyttää työntekijöiltä pitkäjänteisyyttä ja sitoutumista. Ongelmia tuottavat työntekijöiden vaihtuvuus ja vuorotyö. Tällöin asiakkaan yksilöllisten tavoitteiden toteutuminen heikentyy ja asiakkaan käyttäytymistä ei usein osata tulkita. Tämän projektityön tarkoituksena oli helpottaa uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämistä. Opaslehtisen avulla voidaan ymmärtää hemiplegia-asiakkaan kuntoutumisen yleisiä periaatteita ja sen toivotaan helpottavan läheisten osallistumista kuntoutujan arkielämään.

Projektityön loppuvaiheessa syntyi uusi kehittämisidea liittyen hemiplegia-asiakkaan päivittäisiin toimintoihin, esimerkiksi ruokailuun. Toispuolihalvaus vaikeuttaa myös psyykkistä ja sosiaalista selviytymistä. Näitä aiheita voisi tulevissa opinnäytetöissä käyttää ja tuoda käytännön hoitotyöhön uusia näkökulmia. Samalla syvennettäisiin olemassa olevaa tietoa hemiplegia-asiakkaan kuntoutumisesta.

Projektityöntekijöiden keskinäinen vuorovaikutus on ollut avointa ja toisen antama palaute on auttanut pääsemään syvemmälle aiheen käsittelyssä. Tekijät reflektoivat ja arvioivat toistensa tuotoksia luontevasti. Tekijöiden pitkä työkokemus hoitotyöstä on auttanut ymmärtämään toisen mielipiteitä. Samoin tekijöiden kokemus tiimityöskentelystä on opettanut arvostamaan toisen mielipiteitä ja kuuntelemaan niitä. Pitkät välimatkat eivät ole olleet opinnäytetyön etenemisen esteenä. Yhteydenpito on ollut sujuvaa ja luontevaa puhelimen ja sähköpostin välityksellä.

Kiitokset Saarenvireen toimitusjohtajalle, joka on mahdollistanut projektin toteuttamisen. Lisäksi toimitusjohtaja on osoittanut kiinnostusta opinnäytetyöntekijöiden terveydenhoitajaopintoihin liittyvästä kehittämistehtävästä. Kiitokset myös Saarenvireen johtavalle hoitajalle tuesta ja palautteesta koko projektin ajan. Kiitokset koko Saarenvireen hoitohenkilökunnalle ideoista ja myönteisestä suhtautumisesta opinnäytetyöhön.

LÄHTEET

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1991. 28.6.1991/1015.

Eloranta, Sini & Kuusela, Marja 2011. Moniammatillinen yhteistyö - katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin oppinäytetöihin. Tutkiva Hoitotyö 3/2011, 4-13.

Forsbom, Maj-Britt & Kärki, Erja & Leppänen, Liisa & Sairanen, Riitta 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Tammi, Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2010. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Hovilainen-Kilpinen, Tuula & Oksanen, Heli 2011. Lähihoitajan käsikirja. Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna.

Ivanainen, Ansa & Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2001. Hoitamisen taito. Tammi, Helsinki.

Ivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2009. Hoida ja kirjaa. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Isoherranen, Kaarina 1996. Moniammatillinen ryhmä terveydenhuollossa - tiimien keskustelujen analyysiä. Lisensiaattitutkimus. Sosiaalipsykologian laitos. Helsingin yliopisto.

Isoherranen, Kaarina 2005. Moniammatillinen yhteistyö. WSOY, Helsinki.

Isoherranen, Kaarina & Rekola, Leena & Nurminen, Raija 2008. Enemmän yhdessä: moniammatillinen yhteistyö. WSOY oppimateriaalit, Helsinki.

Jalava, Urpo & Virtanen, Petri 2000. Innovatiiviseen projektijohtamiseen. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Tampere.

Jalonen, Päivi & Manninen, Pirjo & Rautio, Maria & Savinainen, Minna 2009. Moniammatillinen yhteistyö kompastuu asenteisiin. Lääkärilehti 64 (49), 4236-4237.

Jehkonen, Mervi 2002. The role of visual neglect and anosognosias in functional recovery after right hemisphere stroke. University of Tampere. Faculty of Social Sciences. Department of Psychology. Academic Dissertation.

Kauhanen, Marja-Liisa 2009. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Arokoski, Jari & Alaranta, Hannu & Pohjolainen, Timo & Salminen, Jouko & Viikari-Juntura, Eira (toim.) Fysiatria. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 237-251.

Kettunen, Reetta & Kähäri-Wiik, Kaija & Vuori-Kemilä, Anne & Ihalainen, Jarmo 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. WSOYpro Oy, Helsinki.

Kruus-Niemelä & Pohjolainen & Alaranta 2009. Päivittäisten toimintojen ja liikkumisen apuvälineet. Teoksessa Arokoski, Jari & Alaranta, Hannu & Pohjolainen, Timo & Salminen, Jouko & Viikari-Juntura, Eira (toim.) Fysiatría. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 461-467.

Kuikka, Pekka & Pulliainen, Veijo & Hänninen, Ritva 2001. Kliininen neuropsykologia. WS BOOKWELL, Porvoo.

Kuukasjärvi, Virpi & Leutola, Seija & Ollitervo, Anne 2010. Jatkokuntoutus. Tornion sairaskotisäätiö, Saarenvire. Laatuksikirja 2, jatkokuntoutus.

Kähäri-Wiik, Kaija & Niemi, Aira & Rantanen, Anneli 2006. Kuntoutuksella toimintakykyä. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.

Käypähoitosuositus - aivoinfarkti 2011. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki. Viitattu 8.4.2012
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051>

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 2003. 13.6.2003/497.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987. 3.4.1987/380.

Leino - Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2003. Etiikka hoitotyössä. Ws Bookwell, Juva.

Löow, Monica 2009. Att leda och arbeta i project – en praktisk handbook om att lyckas i project. Liber AB, Malmö.

Meretoja, Atte 2011. Perfect Stroke; Performance, Effectiveness, and Costs of treatment episodes in Stroke. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Kliininen laitos. Väitöskirja.

Mäntynen, Raija 2007. Kuntoutumista edistävä hoito aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Paasivaara, Leena & Suhonen, Marjo & Nikkilä, Juhani 2008. Innostavat projektit. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.

Rissanen, Tapio 2002. Projektilla tulokseen. Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti, Jyväskylä.

Ryynänen, Olli-Pekka & Myllykangas, Markku 2000. Terveysthuollon etiikka. Ws Bookwell, Juva.

Salmenperä, Ritva & Tuli, Sinikka & Virta, Maarit (toim.) 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki

Siirto - Honkanen, Kristiina 2008. Kiikku-vauvaperhetyöntekijän rooli ja moniammatillinen hoitotyö. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 31.3.2012 <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03001.pdf>

Soinila, Seppo & Kaste, Markus & Launes, Jyrki & Somer, Hannu 2001. Neurologia. Kustannus Duodecim 1.painos.

Talasma, Hanna-Mari 2009. Moniammatillinen yhteistyö koulujen ja psykiatrisen sairaanhoitajan välillä: Työntekijöiden kokemuksia ja kehittämisehdotuksia uudesta toimintamallista nuorten vakavien mielenterveysongelmien tunnistuksessa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 31.3.2012 <http://tutkielmat.uta.fi/tutkielma.php?id=19837>

Tornion sairaskotisäätiö 2011. Toimintakertomus vuodelta 2010.

Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Vähäkangas, Pia 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja. Viitattu 7.4.2012

Liite 1. Hankkeistamissopimus

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SOPIMUS

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

Toimeksiantajatiedot:

Toimeksiantajan nimi ja osoite: Tornion sairaskotisäätiö, Pitkäkatu 7 95400 Tornio
Yhdysenkilö/työelämäohjaaja: johtava hoitaja Anne-Maija Ollitervo
Yhdysenkilön/työelämäohjaajan yhteystiedot: 040 184 3640

Oppilaitostiedot:

Oppilaitoksen nimi ja osoite: Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, Meripuistokatu 26 94100 Kemi

Opinnäytetyön tekijä(t) ja yhteystiedot: Tuula Piipponniemi puh. 050 526 6900 ja Eija Kinos puh. 040 716 0937

Opinnäytetyön ohjaava(t) opettaja(t) ja yhteystiedot: Anja Mikkola puh.050 310 9346 ja Aija Lämsä puh. 050 461 1633.

Opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot:

Opinnäytetyön nimi/aihe: Saarenvireen moniammatillinen hoitotyö toispuolihalvausasiakkaan kuntoutuksessa, opas yhtenäisistä kuntoutumisen periaatteista

Työn aikataulu: opas valmis keväällä 2012, opinnäytetyö valmis syyskuussa 2012

Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa: Opas tehdään kierresidottuna Saarenvireessä opiskelijoiden toimesta; Tornion Sairaskotisäätiö kustantaa. Oppaita tehdään muutamia kappaleita. Muista kustannuksista vastaavat opiskelijat.

Työn tulosten tekijänoikeuksista ja hyödyntämisestä sovitaan seuraavaa:

Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa:

Opas tulee vain Tornion Sairaskotisäätiön käyttöön

Työn ohjaajina toimivat: johtava hoitaja Anne-Maija Ollitervo

Toimeksiantajan opinnäytetyöstä mahdollisesti maksama korvaus:

Korvaussumma: *Tornion Sairaskotisäätiö vastaa myös*

Korvauksen saaja: *kauden opinnäytetyön sitouksesta ja kausittaisuudesta aiheutuvista kustannuksista*

Korvauksen maksun ajankohta:

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

Tämä sopimus on tehty neljä (4) kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka: Tornio

Aika: 5.5.2012

Riitta Lantala
AMK:n edustaja

Tuomo Hokkinen
TUOMO HOKKINEN
Tornion Sairaskotisäätiö
Toimeksiantajan edustaja

Tuula Piipponiemi
Opiskelija Tuula Piipponiemi

Eija Kinos
Opiskelija Eija Kinos

Liite. Opinnäytetyön projektisuunnitelma