

SUBARAKNOIDAALIVUODON SAIRASTANEEN TÖIHIN PALUU

Kirjallisuuskatsaus

Irja Wikberg

Opinnäytetyö
Toukokuu 2013

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma
Kuntoutuksen ohjaaja AMK



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU

Tekijä(t) WIKBERG, Irja	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 04.06.2013
	Sivumäärä 47	Julkaisun kieli suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi SUBARAKNOIDAALIVUODON SAIRASTANEEN TÖIHIN PALUU, Kirjallisuuskatsaus		
Koulutusohjelma Kuntoutusohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) SAARNI, Lea		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä selvitetään kirjallisuuskatsauksen keinoin, kuinka moni subaraknoidaalivuodon sairastanut kuntoutuu työelämään. Subaraknoidaalivuoto eli SAV on lukinkalvon alainen verenvuoto. Suomessa erilaiset aivoverenkiertohäiriöt ovat kansansairauksia. Vuosittain SAV:oon sairastuu noin tuhat henkilöä ja usein he ovat alle 50-vuotiaita. Vaurion paikka ja laajuus vaikuttavat siihen, millaiset häiriöt vaikeuttavat kuntoutujien päivittäisiä toimintoja ja töihin paluuta sairastumisen jälkeen. Kuntoutujalle saattaa jäädä pysyviä oireita, kuten masennusta tai neuropsykologisia häiriöitä. Fyysisestä ja psyykkisestä kuntoutumisesta riippuen kuntoutuja voi tarvita ammatillista kuntoutusta.</p> <p>Opinnäytetyön tavoite on selvittää kirjallisuuskatsauksen keinoin, millaista tutkimustietoa löytyy SAV:stä selvinneiden kuntoutujien töihin paluusta. Kirjallisuuskatsaus on tutkimusongelmaan liittyvien aiempien tutkimusten tiivis katsaus. Tieto on tarpeen kuntoutuksen ohjaajan ammatissa ja erityisesti ammatillisen kuntoutuksen aihealueella.</p> <p>Tutkimuskysymykset olivat: Millaisia oireita kuntoutujalle jää SAV:n jälkeen, ja onko oireilla vaikutusta kuntoutujien töihin paluuseen?</p> <p>Töihin paluuseen SAV:n jälkeen vaikuttivat eniten masennus ja erilaiset neuropsykologiset häiriöt. Tässä on huomioitava, että keskimäärin ihmiset palasivat omaan työhönsä takaisin, mutta joitakin poikkeuksia tutkimusten kohteena olevien kuntoutujien työhön paluusta löytyi. Jotkut vaihtoivat työpaikkaa tai ammattia, mutta suurin osa palasi omaan työpaikkaansa lyhennetyllä työajalla tai muokatuilla työnkuvilla.</p>		
Avainsanat (asiasanat)		
Subaraknoidaalivuoto (SAV) , töihin paluu, kuntoutus, masennus, neuropsykologiset häiriöt		
Muut tiedot		

Author(s) WIKBERG, Irja	Type of publication Bachelor´s Thesis	Date 04.06.2013
	Pages 47	Language finnish
		Permission for web publication (X)
Title SUBARACHNOID HEMORRHAGE AND RETURN TO WORK, a review		
Degree Programme Rehabilitation counselling and planning		
Tutor(s) SAARNI, Lea		
Assigned by		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this thesis is to clear up what kind of studies is made from SAH and return to work by review. From this thesis more knowledge about brain illness, consequences after becoming seriously ill and rehabilitation after this illness is attained.</p> <p>Cardiovascular diseases are general in our population and strokes among them. Yearly 1000 are having a SAH and patients are mostly of working age and under 50-year-old. Depending of the presence and site of infarctions, different deficits in cognition influence to day-to-day functioning and return to work. Depression and cognitive complaints are commonly remaining after SAH. Despite of good recovery physically and psychologically, vocational rehabilitation is needed in the return to work process.</p> <p>The literature review for the thesis consisted studies which was found with keywords " SAH and rehabilitation" and "SAH and return to work" from electronical information databases.</p> <p>One of the most important components in a persons life quality is the ability to return to work.</p>		
<p>Keywords</p> <p>SAH, return to work, rehabilitation, depression, cognitive complaints</p>		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ	1
1 JOHDANTO	4
2 SUBARAKNOIDAALIVUOTO ELI LUKINKALVON ALAINEN VERENVUOTO	4
2.1 Syyt ja riskitekijät	5
2.2 Oireet	5
2.3 Ennuste	5
3 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN KUNTOUTUS SUOMESSA	6
3.1 Kuntoutussuunnitelma	7
3.2 Moniammatillisuus ja asiakaslähtöisyys	8
3.3 Kuntoutusohjaus	9
3.4 Ammatillinen kuntoutus	9
3.5 Työkyky	10
3.6 ICF	10
3.7 Kuntoutukseen liittyviä haasteita	11
4 SAV:N AIHEUTTAMIA HÄIRIÖITÄ	12
4.1 Yleistä masennuksesta ja ahdistuksesta	13
4.2 Yleistä muistihäiriöistä	14
4.3 Yleistä uupumuksesta	14
4.4 Yleistä päänsärystä	15
4.5 Yleistä neuropsykologisista häiriöistä	15
4.6 PTSD, Posttraumaattinen stressireaktio	15

5 TYÖHÖN PALUU PITKÄLTÄ SAIRAUSLOMALTA	16
6 KIRJALLISUUSKATSAUS	18
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	18
8 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS	19
8.1 Aineiston haku	19
8.2 Aineiston valinta	20
8.3 Aineiston analyysi	21
9 TULOKSET	22
9.1 Töihin paluu tutkimusten valossa	22
9.2 Töihin paluuseen vaikuttavia oireita SAV:n jälkeen	29
9.2.1 SAV:n jälkeinen masennus ja ahdistus sekä PTSD	29
9.2.2 SAV:n jälkeiset vireystilaan vaikuttavat häiriöt	30
9.2.3 SAV:n jälkeiset neuropsykologiset ja muistihäiriöt	31
9.2.4 Yhteenvetoa töihin paluuseen vaikuttavista oireista SAV:n jälkeen	31
10 POHDINTA	32
10.1 Tulosten tarkastelua	32
10.2 Työn luotettavuuden tarkastelua	32
10.3 Omaa pohdintaa	33
LÄHTEET	37
LIITTEET	41
Liite 1. Taulukko mukaan otetuista tutkimuksista	41
Liite 2. Suositukset hyvistä kuntoutuskäytännöistä	44
Liite 3. Suositukset äkillisten aivovaurioiden kuntoutuksen kehittämiseksi	46

KUVIOT

KUVIO 1. Tutkimusten ryhmittelyperiaate: SAV:n jälkeiset oireet ja työkyky 22

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Tulokset töihin paluusta

22

1 JOHDANTO

Opinnäytetyössä haluttiin selvittää, miten moni subaraknoidaalivuodon eli SAV:n, (suomeksi lukinkalvon alainen verenvuoto) sairastanut kuntoutuu työelämään. Opinnäytetyön kautta saadaan lisää tietoa aivoihin liittyvästä sairaudesta, siihen liittyvistä seurauksista ja kuntoutumisesta. Haluttiin tutkia nimenomaan kansainvälistä tilannetta, miten kuntoutuminen ja paluu työelämään onnistuvat. AVH:n (aivoverenkiertohäiriö) kohdannut kuntoutuja olisi ollut liian laaja käsite, joten aihe rajattiin lukinkalvon alaiseen verenvuotoon eli subaraknoidaalivuotoon. Työtä rajattiin koskemaan työikäistä väestöä, koska haluttiin erityisesti ammatillisen kuntoutuksen näkökulmaa. Suomalaista tutkimustietoa on vähän, joten englanninkielisistä artikkeleista löytyi paremmin tuoreinta tietoa.

Erilaiset aivoverenkiertohäiriöt kuuluvat kansansairauksiimme, joten lähitulevaisuudessa on epätodennäköistä, että näihin sairastuminen vähenee. Vuosittain Suomessa SAV:n sairastuu noin tuhat henkilöä, ja usein sairastuneet ovat työikäisiä, alle 50-vuotiaita. Vaurion paikka ja laajuus vaikuttavat siihen, millaiset häiriöt vaikeuttavat kuntoutujien päivittäisiä toimintoja ja töihin paluuta sairastumisen jälkeen. Työelämään kuntoutumisella on inhimillisen näkökulman lisäksi taloudellista merkitystä. Ammatillisen kuntoutuksen näkökulmasta ei ole väliä, mihin työhön kuntoutuja palaa, tärkeintä on työllistyminen. Sairastuneet saavat takaisin toiminta- ja työkykyään tehokkaalla kuntoutuksella ja sitä kautta parempaa elämän laatua.

2 SUBARAKNOIDAALIVUOTO ELI LUKINKALVON ALAINEN VUOTO

Lukinkalvonalainen verenvuoto eli SAV (subaraknoidaalivuoto) aiheutuu aivojen pinnalla kulkevan verisuonen repeytymisestä. Suonen repeytyessä veri vuotaa aivojen pinnalle ja usein aivo-selkäydinnesteen täyttämiin aivokammioihin aivojen keskellä. Suomessa sairastuu vuosittain noin tuhat henkilöä. SAV:n sairastutaan yleensä nuorempana, kuin muihin

aivoverenkiertohäiriöihin. Keskimääräinen sairastumisikä on alle 50 vuotta. Lapsena tai nuorena sairastuminen on kuitenkin harvinaista. (Ohjepankki 1, 2012).

2.1 Syyt ja riskitekijät

SAV:n syynä on yleisimmin (80-90 %:ssa) aivovaltimon seinämässä olleen pullistuman (aneurysma) puhkeaminen. Noin 10 %:ssa syynä on synnynnäisen verisuoniepämuodostuman repeäminen. Joissakin tapauksista syy jää löytymättä. Valtimopullistumien syitä tunnetaan huonosti. Noin 10 % valtimopullistumista on perinnöllisiä. Syynä voi olla myös verisuonen seinämän synnynnäinen heikkous. Tupakointi on SAV:n riskitekijä. Elintapoihin liittyvät tekijät voivat haurastuttaa verisuonten seinämää, jolloin siihen saattaa kehittyä pullistuma. Alkoholinkäytön ja verenpainetaudin on todettu lisäävän SAV:n riskiä. Riskin lisääntyminen on tässä tilanteessa ilmeisesti puhkeamisen vaaran lisääntymistä. Naisilla SAV on hieman yleisempi kuin miehillä. (Ohjepankki 1, 2012).

2.2 Oireet

SAV:n tyypillisin oire on ponnistustilanteeseen liittyvä räjähtävän voimakas päänsärky. Jotkut saattavat tuntea, että ”jotain repesi päässä”. Joillakin saattaa esiintyä alussa tunne siitä, kuin ”jotain valuisi päässä” (veri valuu alaspäin). Monissa tapauksissa sairaus voi aiheuttaa äkillisen tajuttomuuden. Tajunta saattaa laskea myös vähitellen aivoverenvuodon alkamisen jälkeen. Joskus SAV:n yhteydessä verta vuotaa myös aivokudoksen sisään. Tajuissaan pysyvillä potilailla esiintyy kovan päänsärlyn lisäksi usein pahoinvointia ja sekavuutta. (Ohjepankki 1, 2012).

2.3 Ennuste

SAV on erittäin vakava sairaus. Puolet sairastuneista kuolee ensimmäisen

kahden viikon aikana, suurin osa ennen kuin he ehtivät sairaalaan. Alkuvaiheessa selviytyjistä suuri osa toipuu hyvin, ja osa täysin ennalleen. Hengissä selviytyneiden ennuste riippuu ennen kaikkea vuotokohdasta ja siitä, onko vuotoa tapahtunut aivokudoksen sisään. Jos vuoto on tapahtunut vain aivojen pinnalla, suuri osa toipuu ennalleen, mutta sairastuneelle voi jäädä hankalia pysyviä oireita. Käytännössä kaikki todetut verisuonipoikkeamat, -pullistumat tai -epämuodostumat pyritään hoitamaan kirurgisesti. Jos tässä on onnistuttu, on uusiutumiseriski erittäin pieni. Jos syytä ei pystytä kirurgisesti hoitamaan, on uusiutumiseriski merkittävä; puolella potilaista tapahtuu uusi vuoto puolen vuoden kuluessa. Tämän jälkeen riski on noin kolme prosenttia vuodessa. (Ohjepankki 1, 2012).

3 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN KUNTOUTUS SUOMESSA

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutus tapahtuu alkuvaiheessa keskussairaalan neurologian osastolla. AVH-potilaan kuntoutukselliset toimenpiteet muodostavat kokonaisuuden, jossa pyritään toimimaan moniammatillisesti. Akuutin vaiheen yhteydessä aloitetaan kuntoutus potilaan voinnin mukaan. Tarkoituksena on ehkäistä lisävaurioita ja komplikaatioita. Varhaisvaiheen kuntoutus on parhaiten toteutettavissa AVH-potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen erikoistuneessa yksikössä.

Akuutin vaiheen jälkeen seuraa nopean kuntoutumisen vaihe, jota kestää 3-6 kuukautta tai pitempäänkin. Potilas siirtyy perusterveydenhuoltoon tai AVH-kuntoutukseen perehtyneeseen yksikköön jatkokuntoutukseen. Pääpaino on etenkin alkuvaiheessa lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Heti tässä vaiheessa laaditaan ensimmäinen yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, jota seurataan seuraavat viikot ja kuukaudet ja sisältöä muutetaan tarpeen vaatiessa. Erityistyöntekijöiden ohjaamat yksilölliset ja ryhmämuotoiset terapiat annetaan kunkin potilaan tarpeen mukaisesti. (Rissanen ym. 2008, 258).

Fyysisestä ja psyykkisestä kuntoutumisesta riippuen kuntoutuja voi tarvita

ammattillista kuntoutusta. AVH:n jälkeen kuntoutujalle saattaa jäädä pysyviä oireita, kuten masennusta, ahdistusta, muistihäiriöitä, unihäiriöitä, uupumusta, päänsärkyä tai neurologisia häiriöitä. Näistä oireista johtuen hänelle voidaan tarvittaessa tehdä työkykyarvio. Työkykyarvio tehdään sairaustietojen, toimintakykyarvion ja työtä koskevien tietojen perusteella yhteistyössä työnantajan ja työterveyshuollon kanssa. (Nyrkkö 2011).

Aiemmista tutkimuksista on ilmennyt, että korkeammalla koulutuksella sekä suuremmilla tuloilla on myönteisempi vaikutus töihin paluulle. Myös ylemmän sosiaaliluokan henkilöt palaavat useammin töihin, kuin alemman sosiaaliluokan työntekijät. Henkilön omalla persoonalla ja asenteella on suuri vaikutus. Työtovereiden kannustava asenne sekä työnantajan tuki ja ymmärrys yhdessä työterveyshuollon tuen kanssa on tärkeää. Henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma ja ohjaus ovat erittäin tärkeitä, sillä näiden puute vaikuttaa huonontavasti töihin paluuseen. (Nyrkkö 2011).

Kuntoutuksen tarve aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen näkökulmasta: (Rissanen ym. 2008, 252)

1. Henkilö on menettänyt äkillisesti ja pitkäaikaisesti keskeisiä osia toimintakyvystään ja tarvitsee usein apua tullakseen elämässään toimeen.
2. Aivojen plastisuuden ansiosta toimintamahdollisuuksia on palautettavissa uudelleen oppimisen ja organisoitumisen kautta.
3. Sairastunut on joutunut uuteen tilanteeseen, jossa kyse ei ole vain toimintojen kompensoinnista, vaan sosiaalisesta uudelleen jäsentymisestä.

3.1 Kuntoutussuunnitelma

Kuntoutussuunnitelma syntyy kuntoutustarpeen ja kuntoutusmahdollisuuksien selvittelyn tuloksena. Kuntoutuksen suunnittelu ja seuranta kuuluu terveydenhuollon tehtäviin. Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan kuntoutujan toimintakyky, kuntoutuksen tavoite, tiedot kuntoutuksen sisällöstä ja

ajoituksesta, sekä kuntoutujan sosiaalinen tilanne. Ammattilaisten yhteistyö, kuntoutuksen seuranta ja arviointi kirjataan. Moniammatillinen kuntoutussuunnitelma laaditaan yhdessä kuntoutujan ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa. (Konsensuslausuma 2008, 2).

Potilaslain 2 luvun 4a pykälässä mainitaan selkeästi: ”Terveysten- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa” (L 17.8.1992/785).

3.2 Moniammatillisuus ja asiakaslähtöisyys

Moniammatillinen kuntoutus on toimintaa, jossa eri ammattilaiset suunnittelevat ja jakavat työnsä keskenään (Konsensuslausuma 2008,2). Kuntoutujien tulisi saada hoitoa tällaisessa moniammatillisessa yksikössä. AVH – potilaat hyötyvät tällaisesta kuntoutuksesta riippumatta iästä, sukupuolesta tai sairauden vaikeusasteesta. Moniammatilliseen kuntoutustyöryhmään voivat kuulua mm. lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi, sosiaalityöntekijä, psykologi sekä kuntoutusohjaaja. Moniammatillista asiantuntijuutta tarvitaan varsinkin siinä vaiheessa, kun siirrytään intensiivisestä kuntoutuksesta ylläpitävään kuntoutukseen. Hoidon tehokkuus näkyy lyhentyneenä hoitoaikana, vähäisempänä vammaisuutena ja parempana elämänlaatuna. (Käypä hoito 1, 2011).

Asiakaslähtöisyys kuntoutusprosessissa tarkoittaa sitä, että yhdessä asiakkaan kanssa asetetaan tavoitteita kuntoutumiseen. Kuntoutujan omat tavoitteet auttavat häntä olemaan aktiivisesti mukana omassa kuntoutusprosessissaan. Ammattilaiset kunnioittavat kuntoutujan tarvetta tietoon ja ammattitaitoiseen kohteluun. Kuntoutujat ovat yksilöitä, ja esimerkiksi verkostopalavereissa voidaan sopia yksilöllisistä räätälöidyistä

toimintatavoista ja tavoitteista. (Konsensuslausuma 2008,12).

3.3 Kuntoutusohjaus

Kuntoutusohjaus on laaja-alaista toimintaa, jonka tarkoituksena on tukea potilaan jokapäiväistä selviytymistä. Kuntoutusohjaajan palvelut kohdistuvat varsinkin siihen, miten kuntoutuja pärjää kotona ja elämässä sairaalassa olon jälkeen. Kuntoutusohjaaja on yhteyshenkilö kodin, sairaalan, hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien henkilöiden ja viranomaisten välillä, ja hän osallistuu kuntoutussuunnitelman tekemiseen yhdessä muiden toimijoiden kanssa. (Ohjepankki 2013). Sairaalavaiheen jälkeen kuntoutusohjaaja seuraa esimerkiksi poliklinikka- tai kotikäyntien yhteydessä, kuinka mahdolliset apuvälinehankinnat ja kodin muutostyöt ovat edenneet. Kuntoutusohjaaja toimii erilaisten kuntoutusta tukevien palveluiden koordinoijana. Tärkein tavoite on kuntoutujan ja hänen perheensä omatoimisuuden ja itsenäisyyden tukeminen. Kuntoutusohjaus on maksutonta. (Ohjepankki 2, 2013).

3.4 Ammatillinen kuntoutus

Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on parantaa tai ylläpitää kuntoutujan työkykyä ja ansiomahdollisuuksia (Kuntoutusportti 2013). Järvikoski-Härkääpään mukaan ammatillinen kuntoutus kohdistuu yleensä henkilöihin, joilla on riski syrjäytyä työmarkkinoilta työkyvyttömyyseläkkeelle tai pitkäaikaistyöttömyyteen sairauden tai työkyvyn alenemisen uhan takia. (Järvikoski-Härkääpää 2011, 215). Sosiaali- ja terveysministeriön näkemyksenä on, että ”jos sairaus aiheuttaa uhan työkyvyttömyydestä lähivuosina tai heikentää olennaisesti työ- ja ansiokykyä, sairastuneella on oikeus saada tarkoituksenmukaista ammatillista kuntoutusta työkyvyttömyyden estämiseksi tai työ- ja ansiokyvyn parantamiseksi” (Ammatillinen kuntoutus, STM 2011). Ammatillisen kuntoutuksen tarkoitus on parantaa tai pitää yllä kuntoutujan työkykyä ja mahdollisuutta taloudelliseen toimeentuloon omien taitojensa ja kykyjensä pohjalta. Ammatillisen kuntoutuksen menetelmiä ovat esimerkiksi koulutus, työkokeilu ja kuntoutustutkimus sekä erilaiset valmennukset, kuten työhön valmennus. (Ammatillinen kuntoutus, Kuntoutusportti 2013).

3.5 Työkyky

Työkykyyn on olemassa monta erilaista määritelmää. Työkykyyn liittyvät työ ja työtä tekevä ihminen. Työhön liittyvät asiat, kuten työn sisältö ja vaatimukset, työyhteisö ja työn johtaminen vaikuttavat työkykyyn. Ihmisen omat voimavarat, ammatillinen osaaminen, motivaatio, terveys ja toimintakyky ovat vaakakupin toisella puolella. Kuntoutussäätiössä käytetään moniulotteista työkykymallia, jossa työkyvyn osatekijöinä ovat työssä jaksaminen, työn hallinta ja työyhteisöön osallistuminen. (Järvikoski-Härkäpää 2011.119). Työkyvyn osa-alueilla on merkitystä siinä vaiheessa, kun kuntoutuja on palaamassa pitkältä sairauslomalta jälleen työelämään ja jos hänen työkyvyssään onkin puutteita jollain osa-alueella. Suomessa työnantaja ja työterveyshuolto toimivat työhön paluun tärkeinä tukijoina. Kelassa on myös työkykyyn erikoistuneita työkykyneuvoja, jotka voivat auttaa työkykyasioissa. Työkykyneuvoja voi asiakkaan suostumuksella toimia yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Niihin kuuluvat muun muassa työeläkelaitokset, vakuutuslaitokset, kuntoutuslaitokset sekä TE-toimistot (Kela 2013).

3.6 ICF

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) vuodelta 2004 kuuluu WHO:n kansainvälisiin luokituksiin. Luokitus kuvaa biopsykososiaalista toiminnallista tilaa (functional status) ruumiin/kehon toimintojen, suoritusten ja osallistumisen aihealueilla (THL, Sosiaali- ja terveydenhuollon luokitukset 2013). Kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteiden asettelussa ja kuntoutusprosessissa noudatetaan ICF- kehystä (Konsensuslausuma 2008, 9). Työntekijän työkykyä sekä niitä seurauksia, joita hänelle on tullut SAV:n jälkeen, pitäisi tarkastella hänen omassa työympäristössään ICF:n mukaan.

Kelan ”Vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeen 2007- 2009” (VAKE) yhtenä tuloksena olivat suositukset hyvistä kuntoutuskäytännöistä. Ne

löytyvät vuonna 2011 Paltamaan ym. kirjasta ”Hyvän kuntoutuskäytännön perusta” ja niissä on paljon sellaisia suosituksia, joiden toivoisi tulevan käytäntöön lähitulevaisuudessa. Tärkeää on saada kirjaamiskäytännöt valtakunnallisesti ICF - luokituksen viitekehukseen, jolloin käytettävät käsitteet yhtenäistyvät (Paltamaa ym. 2011).

Suosituksat hyvistä kuntoutuskäytännöistä löytyvät liitteestä 2.

3.7 Kuntoutukseen liittyviä haasteita

Suomessa kuntoutukseen liittyviä haasteita ovat esimerkiksi sairaanhoitopiirien väliset erot AVH-kuntoutuksessa. Teemu Takala on koonnut suomalaisen AVH-kuntoutusprojektin loppuraportin vuodelta 2010. Tässä julkaisussa on selkeästi tuotu esille, että moniammatilliseen kuntoutukseen pääsee Suomessa sairastumisen jälkeisinä ensimmäisinä kuukausina 15 - 20 % sairastuneista. Sairaanhoitopiirien välillä on merkittävää eroa kuntoutukseen pääsyssä. Tämän lisäksi sairaanhoitopiirien sisällä kotikunnalla on merkitystä (Takala 2010, 18). Kuntoutumiseen pääsemisen onnistuminen on myös kotikunnasta riippuvaa.

Konsensuslausumassa ”Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus” vuodelta 2008 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia ovat halunneet ottaa esiin kuntoutuksen tavoitteita ja työnjakoa. Tällä lausumalla on haluttu vaikuttaa rahoitukseen, ohjausprosesseihin, yhdessä tekemiseen, toimenpiteisiin, asiakkuuteen, yhteisöllisyyteen ja toiminnan vaikuttavuuteen. Lausumassa on edellytetty, että henkilöt, jotka ovat siihen sitoutuneita, myös siirtävät hyvät käytännöt omien yhteisöjensä työpäivään (Konsensuslausuma 2008,4).

Suosituksat äkillisten aivovaurioiden kuntoutuksen kehittämiseksi ovat liitteessä 3.

Aivoliitolla on parhaillaan käynnissä tutkimus- ja kehittämishanke vuosille 2011 – 2014 ”AVH ja onnistunut työllistyminen”, hankkeen vetäjänä toimii Hannu Nyrkkö. Yhteistyötahoina ovat Etelä-Karjalan, Itä-Savon ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirit. Kohderyhmänä ovat henkilöt, jotka ovat sairastaneet AVH:n, mukaan luettuna SAV, ja jotka ovat olleet työelämässä sairastumisen tapahtuessa. Tavoitteina ovat oikea-aikaisen työllistymisen tukeminen, työllistämistä ennustavien tekijöiden ja työikäisten kuntoutumisen tutkiminen, kognitiivisen seulontamenetelmän kehittäminen, sekä seulontatutkimukseen liittyvän mallin rakentaminen. (Nyrkkö 2011,14).

4 SAV:N AIHEUTTAMIA HÄIRIÖITÄ

Kaikissa aivoverenkiertohäiriöissä ihminen ja hänen läheisensä joutuvat kriisiin. Aivoverenkiertohäiriöt vaikuttavat henkiseen suorituskyykyyn, ja myös kriisi vaikuttaa eri tavoin, samoin SAV:n sijainti ja laajuus sekä yksilölliset tekijät, kuten ikä ja persoonallisuus.

Sairauden alkuvaiheessa on usein todettavissa erilaisia yleisoireita, kuten väsyvyyttä, tarkkaavaisuuden ja muistitoimintojen heikentymistä, johdonmukaisen ajattelun vaikeutumista, sekä yleistä toimintojen ja ajattelun hidastumista. Yleisoireiston lisäksi esiintyy tavallisesti myös neuropsykologisiksi erityishäiriöiksi kutsuttuja ongelmia. Erityishäiriöt voivat olla esimerkiksi kielellisissä tai hahmotustoiminnoissa esiintyviä pulmia. Tarkkaavaisuuden ja muistitoimintojen osa-alueilla voi olla erityishäiriöitä, samoin toiminnan tavoitteisuudessa tai tahdonalaisten liiketoimintojen säätelyssä (Ohjepankki 3, 2010).

Neuropsykologiset erityishäiriöt voivat olla aiemmin automaattisesti sujuneiden henkisten toimintojen, kuten puheen tuottamisen tai kirjoittamisen, muuttuminen virhealttiiksi ja ponnisteluja vaativiksi. Vain harvoin jokin kyky menetetään kokonaan. Vaikea-asteisessa oireistossakin voi olla hyvin säilyneitä toimintakyvyn osa-alueita (Ohjepankki 3, 2010).

Aivoverenkiertohäiriöiden yhteydessä yleisoireisto lievittyy usein melko nopeasti. Tällöin erityishäiriöt tulevat usein selkeämmin esiin. Sekä yleis- että erityishäiriöt voivat tulla esiin jo arkipäivän toiminnoissa, kuten kommunikoinnissa, pukeutumisessa, peseytymisessä tai ruokailussa. Lievemmat häiriöt, joita ulkopuolisen saattaa olla vaikea havaita, voivat joskus ratkaisevasti heikentää potilaan työ- ja toimintakykyä (Ohjepankki 3, 2010).

Alla on lyhyesti kuvailtu erilaisia yleisoireita, joita aivoverenkiertohäiriöpotilaat usein kohtaavat.

4.1 Yleistä masennuksesta ja ahdistuksesta

Masennukseen kuuluvia yleisimpiä oireita ovat mielialan lasku, kiinnostuksen tai mielihyvän katoaminen asioista, jotka ennen tuottivat iloa, ja vähentyneet voimavarat. Keskittymiskyvyttömyys, poikkeuksellisen väsynyt olo ja unihäiriöt kuuluvat masennukseen. Itseluottamus ja omanarvontunto ovat usein vähentyneet. (Lönnqvist ym.2001, 135-136) Aivoverenkiertohäiriön jälkeinen masennus on erittäin yleinen ongelma. Siitä kärsii puolet sairastuneista jossain muodossa akuutin vaiheen jälkeen, ja se on alidiagnostoitua ja alihoidettua (Käypä hoito 1, 2011).

Ahdistus tuntuu samalta kuin pelko, mutta ahdistuneisuudessa ei ole todellista ulkoista vaaraa. Ahdistuneisuudesta tulee häiriö, jos se on hallitsematonta ja haittaa arkielämää. Ahdistus ilmenee niin kehossa, mielessä kuin käyttäytymisessäkin. Sen fyysisiä oireita ovat esimerkiksi sydämen hakkaaminen, tukehtumisen tunne, vapina, hikoilu, huimaus ja kontrollin menettämisen pelko (Ahdistus 2013).

4.2 Yleistä muistihäiriöistä

”Muisti on erilaisista osatoiminnoista koostuva kyky tallettaa mieleen uusia asioita ja tarvittaessa palauttaa ne mieleen”(Erkinjuntti 2005, 13).

Duodecimin ylläpitämän Terveyskirjasto-sivuston mukaan muisti ei ole yksi yksittäinen toiminta, vaan siinä on monta eri osa-aluetta ja ajallista vaihetta.

Muisti voidaan jakaa kolmeen osaan:

- tapahtumamuistiin (episodinen muisti), johon kuuluvat meille tapahtuneet, elämäkerralliset asiat
- tietomuistiin (semanttisen muistiin), johon kuuluvat opitut asiat, kuten sanojen merkitykset ja matematiikan kaavat
- taitomuistiin (proseduraalinen muisti), johon kuuluvat erilaiset opitut liikesarjat kuten pyörällä ajo tai konekirjoitus.

Ajallisesti muistaminen koostuu mieleen painamisesta, mielessä säilyttämisestä ja mieleen palauttamisesta (Muistihäiriö 2011).

4.3 Yleistä uupumuksesta

Uupumus (fatiikki, fatigue) on voimakas väsymyksen tunne, johon nukkuminen ei auta. Uupumus eroaa normaalista esimerkiksi liian vähäisen unen tai runsaan työnteon aiheuttamasta väsymyksestä. Tavallista runsaamman nukkumisen ja jatkuvan väsymyksen on katsottu olevan aivojen korjausprosessiin liittyvä ilmiö. Poikkeava jatkuva väsymys on osa aivoihin liittyvien sairauksien ja vammojen oirekokonaisuutta (Tenovuo 2013). Se rajoittaa työkykyä ja vaikuttaa elämänlaatuun.

4.4 Yleistä päänsärystä

Päänsärky on yleinen neurologinen oire. Sitä esiintyy melkein jokaisella ihmisellä joskus. Päänsärlyn syy voidaan yleensä selittää esimerkiksi valvomisella, flunssalla, juhlimisella tai vaikkapa stressillä. Myös huonot työasennot ja psyykkiset tekijät voivat aiheuttaa päänsärkyä (Salmenperä ym. 2002, 392).

Soinilan ym. (2006, 175) mukaan kallovamman jälkeen 30 – 60 % potilaista potee päänsärkyä. Noin puolella heistä särky häviää parin kuukauden kuluessa, mutta osalle jää krooninen posttraumaattinen päänsärky. Tämän etiologiaa ei tunneta. Voidaan ajatella myös SAV:n vaikuttavan kallovamman tavoin kroonisen päänsärlyn synnyssä.

4.5 Yleistä neuropsykologisista häiriöistä

Neuropsykologiset häiriöt ilmenevät esimerkiksi tarkkaavaisuudessa ja tarkkaavaisuuden jakamisessa (toiminnan ohjaus) sekä impulsiivisuutena. Kielellisissä toiminnoissa, kuten puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä, sensomotorisissa toiminnoissa (liikkeiden ohjaaminen ja tunto) sekä visuospatiaalisissa toiminnoissa (nähdyn havaitseminen ja avaruudellinen hahmottaminen) voi esiintyä ongelmia. Muistin, oppimisen ja sosiaalisen kanssakäymisen pulmat sekä univaje kuuluvat myös neuropsykologisten häiriöiden piiriin. (Neuropsykologia 2013.)

4.6 PTSD, Posttraumaattinen stressireaktio

Traumaperäiset stressireaktiot ja – häiriöt ovat melko tavallisia ja ne voivat esiintyä vakavan traumaattisen tapahtuman jälkeen. Käypä hoitotiivistelmässä vuodelta 2009 kerrotaan traumaperäisistä stressireaktioista ja häiriöistä: ”Stressihäiriöissä on oleellista traumaattisen tapahtuman suuri poikkeavuus arkielämän tavanomaisiin stressitilanteisiin verrattuna.” Siihen liittyy kokemus, että tapahtuma toistuu jollain tavalla ja yritys välttää ärsykeitä, jotka muistuttavat tapahtuneesta sekä kasvanut vireys. Oireet, jotka ovat yhteydessä tapahtumaan, ilmaantuvat yleensä kuuden kuukauden

kuluessa (Käypä hoito 2, 2008).

5 TYÖHÖN PALUU PITKÄLTÄ SAIRAUSLOMALTA

Työhön paluu pitkältä sairauslomalta on prosessi, jossa ovat mukana yhteistyökumppaneina työntekijä, työnantaja, työterveyshuolto, luottamusmies sekä mahdollisesti Kela, kuntoutusta tarjoava ja maksava taho ja työeläkelaitos. Työhön paluun hyvä suunnittelu on sitä tärkeämpää mitä useampi toimija prosessissa on mukana. Jo sairausloman alkuvaiheessa on hyvä suunnitella toimenpiteitä, joilla työntekijää voidaan tukea työhön paluussaan. ”Kansainvälisessä Return-hankkeessa päädyttiin suosittelemaan työhön paluun suunnittelua viimeistään kuuden viikon sairauspoissaolon jälkeen”(STM 2005, 8). Tähän on syynä se, että mitä pidempään sairauspoissaolo jatkuu, sitä vaikeampaa ja epätodennäköisempää työhön paluu on (HKI 2008, 5). Kannustava ja luottamusta rakentava yhteydenpito sairauslomalla olevaan työntekijään on keskeinen avaintekijä. Onnistuneella työhön paluulla on taloudellisia vaikutuksia sekä työntekijälle että työnantajalle (Saari, 2013, 36).

Prosessissa on tärkeää oikea-aikainen ja turvallinen työhön paluu, ja se arvioidaan aina yksilökohtaisesti. Kuntoutuksen tavoitteiden ja arvioinnin laatimisessa hyvänä apuvälineenä toimii GAS-menetelmä (Goal Attainment Scaling). Kela on ottamassa asteittain käyttöön tämän menetelmän kustantamissaan kuntoutuksissa. Lähtökohtana GAS-menetelmässä on aina asiakkaan oma tavoite. Kuntoutuksen tavoitteiden tunnistaminen ja määrittäminen yhdessä asiakkaan kanssa on keskeistä(Kela 2013).

Paluukynnys madaltuu, kun keskusteluissa työntekijän, esimiehen ja työterveyshuollon kanssa löydetään yhteinen näkemys työn vaatimuksista, ja mahdollisista uusista työjärjestelyistä. Esimiehen ja työyhteisön tuella on merkittävä vaikutus työhön paluuseen. (HKI 2008,14) Työnantajalla on mahdollisuus saada työolosuhteiden järjestelytukea TE-toimistolta

hankkiessaan sairastuneelle tai vammautuneelle työntekijälleen työvälineitä, tai tehdessään työpaikalla sairauden tai vamman edellyttämiä muutoksia. Myös toisen työntekijän antamaa apua voidaan korvata (L 916/2012).

Työhön paluuseen liittyviä haasteita

Kuntoutus-lehdessä 1/2013 Pirjo Saari luo katsauksen viimeisimpiin tutkimustietoihin töihin paluun haasteista ja erilaisista ratkaisukeinoista pitkän sairausloman jälkeen Suomessa. Vuoden 2011 Hallitusohjelman mukaan työuria tulisi pidentää alusta, lopusta ja keskeltä. Yksi tärkeimmistä keinoista työurien pidentämiseen on ammatillinen kuntoutus. Keskeistä on ehkäistä tai vähentää työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä (Saari 2013, 32).

Työkokeilu ja uudelleen koulutus ovat ammatillisen kuntoutuksen käytetyimmät keinot. Suurimpina haasteina työntekijät mainitsivat mm. työnantajien riittämättömän tuen työhön paluuseen ja tietämättömyyden esim. työkokeilusta. Työnantajat kokivat haasteeksi kuntoutujien vähäisen motivaation uudelleen koulutukseen. Molemmat ryhmät kokivat kuntoutujan oman motivaation olennaiseksi työhön paluuta tukevaksi tekijäksi (Saari 2013,35).

Koulutusta pidettiin hyvänä tapana muokata asenteita ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksista ja kustannustietoisuuden kasvattamista niin esimiehille, työterveyshuoltoon ja työpaikoille yleisestikin. Henkilöstöhallinnon mukaan ottaminen ja jonkinlaisen kuntoutuskoordinaattorin olemassaolo helpottaisivat ratkaisemaan tilannetta, jossa kuntoutujalle löydetään uusi, työkyvyn kannalta sopiva työ riittävän nopeasti. Tämä vaikuttaisi siihen, että työhön paluun kynnyks ei nouse liikaa. On tärkeää ottaa huomioon, että onnistunut työhön paluun prosessi saattaa kestää varsin pitkään, ja kuntoutujakin kehittyä ajan kuluessa (Saari 2013,37).

6 KIRJALLISUUSKATSAUS

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusongelmaan liittyvien aiempien tutkimusten tiivis katsaus. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on näyttää, mistä näkökulmista ja miten aihetta on aiemmin tutkittu (Hirsjärvi 2010, 121). Kirjallisuuskatsaus on metodi ja tutkimustekniikka, jossa tutkitaan tehtyä tutkimusta. Sen avulla tehdään 'tutkimusta tutkimuksesta' eli kootaan tutkimuksien tuloksia, jotka ovat perustana uusille tutkimustuloksille (Salminen 2011,4).

Kirjallisuuskatsaus edellyttää prosessin suunnittelua ja kuvausta (Metsämuuronen 2007, 37). Katsaus alkaa aihepiirin rajauksella. Jo suunnitteluvaiheessa on tehtävä hyväksymis- ja poissulkukriteerit. On tehtävä päätöksiä mistä ja miten laajasti hakee tietoa ja kuinka kaukaa historiasta hyväksyy kirjallisuutta. On tärkeää tehdä muistiinpanot huolellisesti.

Kirjallisuuskatsauksen laatijan on koko ajan pidettävä mielessä oma tavoitteensa ja tutkimusongelmansa ja mihin hän oman työnsä kannalta löytämänsä tietoa käyttää (Hirsjärvi 2010, 259).

Salmisen mukaan voidaan erotella kolme erilaista kirjallisuuskatsauksen tyyppiä, kuvaileva, systemaattinen katsaus ja meta-analyysi sekä kvalitatiivisena että kvantitatiivisena. Yksi eniten käytetyistä perustyypeistä on kuvaileva katsaus. Tutkittava ilmiö voidaan kuvata laaja-alaisesti ja tarvittaessa luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia (Salminen 2011,6). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kaksi erilaista tyyppiä taas ovat narratiivinen ja integroiva katsaus. Narratiivisen katsauksen avulla annetaan laaja kuva käsiteltävästä aiheesta. Narratiivisesta katsaustyyppistä taas voidaan erotella kolme toteuttamistapaa, toimituksellinen, kommentoiva ja yleiskatsaus. Toimituksellisessa katsauksessa kirjoittaja tekee kirjallisuuskatsauksen, joka tukee esimerkiksi artikkelin teemaa. Läpikäyty aineisto on suppea, mahdollisesti alle kymmenen lähdettä (Salminen 2011,7).

7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tavoite on selvittää millaista tutkimustietoa löytyy SAV:stä selvinneiden kuntoutujien töihin paluusta kirjallisuuskatsauksen keinoin. Tieto on tarpeen kuntoutuksen ohjaajan ammatissa ja erityisesti ammatillisen kuntoutuksen aihealueella.

Tutkimuskysymykset olivat:

- 1) Millaisia oireita kuntoutujalle jää SAV:n jälkeen?
- 2) Onko oireilla vaikutusta kuntoutujien töihin paluuseen?

8 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

8.1 Aineiston haku

Tämä kirjallisuuskatsaus on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen narratiivista tyyppiä. Aluksi selvitettiin millaisilla hakusanoilla löytyisi tietoa otsikon aiheesta. Suomalaista tutkimustietoa oli saatavilla vähän, joten etsittiin englanninkielisiä artikkeleita. Subaraknoidaalivuodosta, (subarachnoidal hemorrhage, SAH), sen erilaisista leikkausmenetelmistä ja niistä toipumisesta oli paljon tietoa, mutta haluttiin selvittää, miten eri henkilöt toipuivat takaisin työelämään. Tämän kirjallisuuskatsauksen aineistona olivat tutkimukset, joita haettiin aluksi hakusanoilla ”SAH and rehabilitation” ja ”SAH and return to work” eri tietokannoista. Näillä sanoilla löytyi tietokannoista tutkimusartikkeleita. Lopulta useasta kymmenestä artikkelista valittiin lähteiksi niitä, joiden tiivistelmästä löytyivät sanat töihin paluu tai työkyky (return to work, working capacity). Artikkelit, joissa ei oltu käsitelty töihin paluuta tai siihen liittyvää sanastoa hylättiin, vaikka ne olisivatkin koskeneet kuntoutusta.

Hakusanat

”SAH and rehabilitation” ja ”SAH and return to work”

Artikkeleita löytyi

EBSCO Cinahl	26
EBSCO Academic Search Elite	17
PubMed	15

8.2 Aineiston valinta

Avainsanoilla löytyi eri tietokannoista yhteensä 64 englanninkielistä tutkimusartikkelia. Tässä vaiheessa tehtiin hyväksymiskriteerit, mukaan otettiin vuodesta 2000 julkaistut tutkimukset, joista oli tiivistelmä. Tiivistelmistä tuli löytyä sanat SAH sekä työhön liittyvä ilmaisu. Näiden tutkimusten tiivistelmät luettiin ja lukemisen jälkeen suurin osa karsiutui pois, koska ne eivät täyttäneet hyväksymiskriteerejä. Tiivistelmien perusteella hankittiin tutkimusartikkelien koko tekstit. Kaikki tekstit olivat englanninkielisiä. Tutkimusartikkelien tilaamisessa tuli ilmi, että kirjasto ei saanut valokopioita kalenterivuoden 2012 tai 2013 tutkimusartikkeleista. Koko tekstejä kerättiin 12, joista kolme pudotettiin, koska hyväksymiskriteerit eivät sittenkään täytyneet näissä tutkimusartikkeleissa. Poikkeuksen näissä hyväksymis- hylkäämiskriteereissä teki tanskalainen Hannerz ym. tutkimus, jossa on tilastojen perusteella tehty tutkimus. Yksi tämän tutkimuksen hyväksymiskriteereistä oli diagnoosi SAV.

Hyväksymiskriteerit:

- 1) Tutkimusartikkeli oli julkaistu 2000 -2012
- 2) Tutkimuksen teksti oli suomen, ruotsin, englannin tai saksankielinen
- 3) Tutkimusartikkelista oli tiivistelmä saatavilla
- 4) Tiivistelmässä mainittiin sanat SAH ja töihin paluu tai vastaava ilmaisu, esimerkiksi työllistyminen

Hylkäämiskriteerit

- 1) Tutkimusartikkelista ei ollut koko tekstiä saatavilla
- 2) Tutkimusartikkelissa ei ollut eriteltynä SAV:n saaneita henkilöitä
- 3) Tutkimusartikkelissa ei ollut mainittuna töihin paluuta tai siihen viittaavaa lauserakennetta esim. työllistyminen
- 4) Tutkimusartikkeli kalliimpi kuin 10 euroa

Otsikon perusteella tuli valituksi 64 tutkimusta.

Tiivistelmän perusteella valittuja tutkimuksia löytyi 17.

Koko tekstin perusteella valittuja tutkimuksia oli 12.

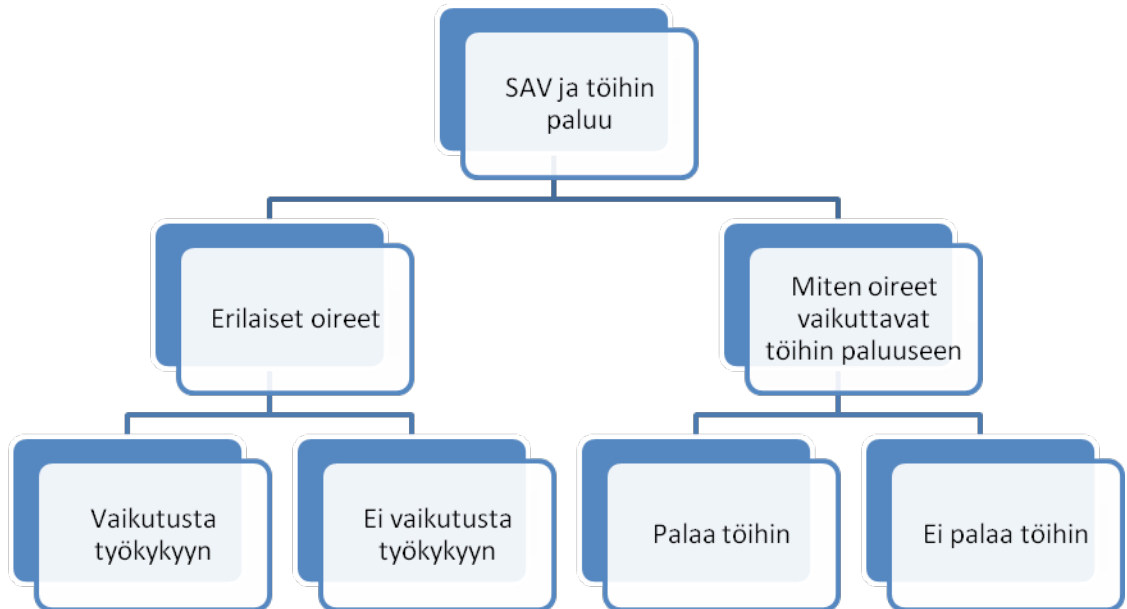
Poissulkukriteerien jälkeen jäljelle jääneitä tutkimusartikkeleita oli 9.

8.3 Aineiston analyysi

Tuomi & Sarajärven (2013, 105) mukaan sisällön erittelyn suomalaisen tutkimuskäytäntöön toivat Pietilä (1973) ja Eskola (1975). Pietilä (1973,53) määrittelee sisällön erittelyn seuraavasti: ”sisällön erittelyssä tiedot voidaan kerätä sanallisessa muodossa, sanallisina ilmaisuina tai sitten määrällisessä muodossa, luokiteltuina ja tilastoituina”. Sisällön erittelyllä tarkoitetaan dokumenttien analyysia, jossa kuvataan kvantitatiivisesti esimerkiksi tekstin sisältöä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 106).

Eskola on esittänyt jaottelunsa, jonka mukaan analyysin tekoa ohjaavat tekijät voidaan ottaa paremmin huomioon. Aineistolähtöisessä, teoriasidonnaisessa ja teorialähtöisessä analyysissä korostuu teorian merkitys laadullisessa tutkimuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95). Teorialähtöisessä tavassa aineiston analyysiä ohjaa valmis aikaisemman tiedon perusteella luotu kehys (Tuomi & Sarajärvi 2013, 97). Tätä keinoa käytettiin, koska oli aiempaa tietoa erilaisten aivoverenkiertohäiriöiden jälkeensä jättämistä hankaluuksista käytännön arjessa. Tähän opinnäytetyöhön liittyviä artikkeleita etsittiin hakusanoilla ”SAV ja kuntoutus” sekä ”SAV ja töihin paluu”. Tutkimuksia käytiin läpi käyttäen sisällön erittelyä, jota diagnoosit ja erilaiset häiriöt ohjasivat. Teorialähtöisesti aineistoa etsimällä löytyi tiettyjä yhteisiä nimittäjiä, kuten masennus tai neuropsykologiset häiriöt. Kirjallisuuden mukaan hankaluuksia työhön paluulle tai työssä jaksamiselle SAV:n sairastaneille henkilöille aiheuttivat tietyt oireet. Artikkeleista löytyi samoja oireita. Näitä ovat masennus ja ahdistus, uupumus (fatigue), itsepintainen päänsärky, muistihäiriöt sekä neuropsykologisiin häiriöihin luettava keskittymishäiriö. Jotkut henkilöt kärsivät posttraumaattisesta stressireaktiosta (PTSD) toipumisen jälkeen.

Luokittelemalla ja ryhmittelemällä tutkimuksista esille nousseita tekijöitä muodostui seuraava kuvio (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Tutkimusten ryhmittelyperiaate: SAV:n jälkeiset oireet ja työkyky.

9 TULOKSET

9.1 Töihin paluu tutkimusten valossa

TAULUKKO 1. Tulokset töihin paluusta

Tutkijat, maa	Vuosi	Tulokset töihin paluusta
Eriksson ym. Ruotsi	2009	Lähes puolet tutkituista oli palannut töihin
Gilworth ym. Englanti	2009	13:sta 7 oli palannut, 1 eri työhön, 3 vaihtanut ammattia
Hannerz ym. Tanska	2011	62 % oli onnistuneesti työllistynyt 2 v. AVH:n jälkeen
Hedlund ym. Ruotsi	2011	Vakava masennus ennen SAV:tä: palasivat harvemmin työelämään (8%) kuin ne joilla sairaushistoriaa ei ollut (33%).
Passier ym. Alankomaat	2011	88 kävi töissä ennen SAV:tä, 54 palasi töihin, 31 täysin vanhaan työhönsä

Powell ym. Englanti	2004	Kaikki eivät halunneet enää takaisin työelämään
Vilkki ym. Suomi	2004	103:sta 70 palasi töihin

Ruotsalaisessa **Erikssonin** tutkimuksessa, joka julkaistiin vuonna 2009, oli postitse lähetetty kysely 116 henkilölle 1 - 4 vuotta traumaattisen aivovamman tai SAV:n jälkeen. Tutkittavien keski-ikä oli 46 vuotta ja 52 % heistä oli miehiä. 61 % tutkittavista oli sairastanut SAV:n keskimäärin 26 kuukautta aikaisemmin. Tässä tutkimuksessa enemmän kuin 70 % raportoi alentunutta tyytyväisyyttä terveydellisellä alueella ja ammattiin liittyen verrattuna muihin alueisiin, joita olivat tyytyväisyys parisuhteessa ja perhe-elämässä. Tässä otoksessa melkein puolet tutkittavista oli palannut töihin.

Lopuksi Erikssonin ryhmä suosittelee asiakaskohtaista lähestymistä ja enemmän asiakkaan yksilöllistä kuuntelemista sekä erilaisten kykyjen kehittämistä ja ylläpitämistä kuntoutumisprosessissa. Sellaiset kuntouttavat toimenpiteet, jotka lisäävät kuntoutujien tyytyväisyyttä omaan elämään sekä heidän sopeutumistaan uuteen elämäntilanteeseen sairastumisen jälkeen koetaan hyödyllisiksi kuntoutumisessa.

Gilworth ym. 2009 teki tutkimuksensa Englannissa. He syvähaastattelivat 13 kuntoutujaa, miehiä ja naisia, jotka olivat olleet palkkatöissä koko- tai osa-aikaisesti aivoverenkiertohäiriön (AVH) sattuessa. Haastattelut tehtiin 3-6 kuukautta SAV:N jälkeen, 2-4 vuotta sekä yksi 8 vuotta AVH:n jälkeen. 6 haastateltavaa 13:sta oli kokenut SAV:n. Osallistujien keski-ikä oli 50,8 vuotta. Haastattelujen aikaan 7 oli palannut töihin. Näistä yksi ei ollut palannut entiseen työhönsä ja kolme oli vaihtanut ammattia.

Haastatellut 13 kuntoutujaa kertoivat jatkuvista oireista, joiden he kokivat estävän tai hankaloittavan työhön paluuta. Näitä oireita olivat päänsärky, ärtyvyys, muistiongelmia ja väsymys sekä keskittymishäiriöt. Ne, jotka olivat palanneet töihin, kokivat ajoituksen vaikeaksi. Haastatelluista osa ei oikein tiennyt töihin palaamisen sopivaa ajankohtaa ja kaipasivat selkeää ohjausta

asiassa. Muutamalle oli työnantajan taholta annettu aikaa sopeutumiseen lisäämällä työaikaa asteittain ja antamalla mahdollisuuden tehdä kevyempiä töitä. Yksi tekijä, joka vaikutti tutkittavien töihin paluuseen, oli oma tahto; jotkut olivat päättäneet palata töihin ja kokivat sen avuksi kuntoutumisessaan. Tässä tutkimuksessa haastatellut kuntoutujat, olivatpa he palanneet töihin tai eivät, ilmaisivat tarpeelliseksi saada enemmän tietoa ja tukea töihin paluuseen liittyvissä asioissa.

Hannerz tutkimusryhmineen lähestyi asiaa eri suunnasta, ja julkaisi kaksi eri julkaisua tutkimuksesta vuosina 2010 ja 2011. Heidän tanskalaisen tutkimuksensa materiaalina olivat kansalliset rekisterit. Hyväksymiskriteereinä oli, jos henkilö oli ollut sisäänkirjoitettuna sairaalaan 1996 – 2006, yhtenä kriteerinä SAV muiden AVH-diagnoosien joukossa. Tutkittavien ikä oli 20 – 57 vuotta, ja he olivat olleet työelämässä vähintään vuoden ennen sairastumistaan.

62 % erilaisen AVH:n sairastaneista oli palannut työelämäänsä seuraavana kalenterivuonna sairastumisestaan. Työhön paluuseen vaikutti ikä, sukupuoli, ammatti, yksityisyrittäjyys ja AVH:n diagnoosi. Nuoremmat palasivat töihin useammin kuin yli 50 – vuotiaat, naisten töihin paluu onnistui harvemmin kuin miesten, ja koulutetut ammattilaiset palasivat töihin useammin kuin vähemmän koulutetut, tai ne joiden työssä ei vaadittu koulutusta. Ennen AVH:n sairastumista yksityisyrittäjänä toimineet palasivat harvemmin työelämäänsä, kuin ne jotka, olivat olleet toisen palveluksessa. Naiset palasivat töihin harvemmin kuin miehet. Tämän ajateltiin olevan selitettävissä perinteisellä ”mies tuo leivän taloon”- ajattelulla. Toisaalta voi ajatella myös, että naiset eivät halua ottaa uudelleen sairastumisen riskiä. Myös sairausvakuutusjärjestelmän poikkeavuus Tanskassa, kuten muissakin Pohjoismaissa, vaikuttaa sairausetuuksiin, ammatilliseen kuntoutukseen ja sairauseläkkeeseen. Näistä päättää Kelaa vastaava yksikkö. Monissa muissa maissa lääkäri tekee mainituista seikoista päätöksen. Tässä tutkimuksessa todettiin, että onnistunut töihin paluu AVH:n jälkeen lisää toipumista ja tyytyväisyyttä omaan elämään lujittamalla itsetuntoa, itseluottamusta ja

sosiaalista identiteettiä. Töihin paluun on katsottu olevan yksi tärkeimmistä onnistumisen kokemuksista työikäiselle AVH:sta toipuvalla kuntoutujalle.

Hedlund työryhmineen tutki 83 ruotsalaista SAV-potilasta vuonna 2011 käyttämällä strukturoitua haastattelua. 83:sta tutkittavasta 67 oli ollut työelämässä tai päätoiminen opiskelija ennen SAV:tä. 37:llä tutkittavalla oli diagnosoitu vähintään yksi psykiatrinen häiriö aikaan ennen sairastumistaan SAV:een. Yleisimmät häiriöt olivat vakava masennus ja alkoholin väärinkäyttö tai riippuvuus. PTSD oli diagnosoitu 15 tutkittavalla SAV:n jälkeen, ja neljällä tämä oli diagnosoitu jossain vaiheessa ennen sairastumista. Ne henkilöt, joilla oli ollut vakava masennus tai antidepressiivinen lääkitys jossain vaiheessa ennen SAV:tä, palasivat harvemmin työelämään (8%) kuin ne, joilla sairaushistoriaa ei ollut (33%). Psykiatriset häiriöt ovat yleisiä SAV:n jälkeen, erityisesti masennus ja PTSD. Tässä tutkimuksessa 41 %:lla 83:sta oli esiintynyt näitä molempia sairauksia. Vain murto-osa näistä potilaista oli saanut asianmukaista hoitoa näihin oireisiin. Niillä tutkittavilla, joilla oli ollut psykiatrista häiriötä ennen SAV:tä, oli merkittävä riski puutteelliseen sopeutumiseen SAV:n jälkeen. Ongelmia esiintyi kuntoutumisessa ja töihin paluussa. Varhainen psykososiaalinen tuki voisi vähentää näitä ongelmia tutkijoiden mukaan.

Passier ym. 2011 tutkimuksessa Alankomaista huomattiin, että aiemmissä tutkimuksissa oli tutkittu terveyteen liittyvää tyytyväisyyttä SAV:n jälkeen, jota mitattiin HRQOL-mittarilla (health related quality of life). Subjektiiivisia, kuntoutujien omia kokemuksia oli selvitetty ainoastaan yhdessä tutkimuksessa aiemmin. Siinäkin oli otettu huomioon vain masennus ja kliiniset oireet. Kuitenkin monissa tutkimuksissa on ilmennyt, että SAV:n jälkeen yksi kolmasosa kuntoutujista ei kykene palamaan töihin.

Passier ym. tutkimuksessa oli 141 tutkittavaa, jotka vastasivat postitse tulleeeseen kyselyyn. He olivat sairastaneet SAV:n 2-4 vuotta sitten, ja asuivat kotona. Vastaajista 94 oli naisia, vastaajien keski-ikä 51,4 vuotta, korkeasti koulutettuja oli 45, parisuhteessa eli 108 ja ennen SAV:tä töissä kävi 88

vastaajaa. Kolmen vuoden kuluttua tutkittavista 54 oli palannut töihin, mutta vain 31 oli palannut täysin vanhaan työhönsä. Muut tutkittavat tekivät lyhennettyä työviikkoa tai olivat vaihtaneet vähemmän vaativaan työhön.

Ne tutkittavat, jotka olivat töissä, raportoivat tyytyväisyyttä elämäänsä kokonaisuudessaan, sekä kyvystään huolehtia itsestään että taloudelliseen tilanteeseensa. Tutkittavien keskuudessa oli selvä korrelaatio oman elämän tyytyväisyyden ja masennuksen välillä. Tutkimus kuntoutujien tyytyväisyydestä omaan elämäänsä ja heidän työllistymisensä pidemmällä aikavälillä antaa tärkeää tietoa tuen tarpeista ja jälkihoidon kehittämisestä SAV:n jälkeen.

Powell ym. julkaisi vuonna 2002 tutkimuksensa, jossa oli tutkittu englantilaisia SAV:n sairastaneita henkilöitä sairaalasta lähdön aikaan sekä kolme ja yhdeksän kuukautta uloskirjoituksen jälkeen. Tutkittavia oli 52 ja heille etsittiin terve kontrollihenkilö, joka oli samaa sukupuolta ja jotakuinkin saman ikäinen ja saman ammatin edustaja. Tutkimusryhmän jäsenille oli kyselylomake sekä erilaisia testejä, mittauksia ja haastattelu. Kontrolliryhmän jäsenet täyttivät samat kyselylomakkeet, mutta eivät tulleet kognitiivisesti mitatuiksi. Molemmissa ryhmissä oli 35 naista ja 17 miestä, keski-ikä oli 46,9 vuotta.

Kontrolliryhmään verrattuna SAV:n sairastaneilla oli enemmän mielialaongelmia, kognitiivisia vaikeuksia ja alhaisempaa itsenäisyyttä ja sosiaalista osallistumista kuin kontrolliryhmällä. 60 %:lla oli PTSD-oireita kolme kuukautta sairaalasta pääsyn jälkeen ja 30 %:lla yhdeksän kuukauden jälkeen. Tutkittavat olivat myös raportoineet päänsärystä ja uupumuksesta, mutta tässä tutkimuksessa on jäänyt epäselväksi näiden eri oireiden yhteys alentuneeseen työllistymiseen.

Sama tutkimusryhmä Powell ym. julkaisi uuden tutkimuksen vuonna 2004 samalla konseptilla, jossa he käyttivät samoja tutkittavia kuin edellisessä tutkimuksessaan. Tällä kertaa kohteena oli henkilöiden tutkiminen 18 kuukautta SAV:n jälkeen. SAV-potilaat olivat toipuneet hyvin kognitiivisen toiminnan alueella. Uupumus oli selkein koeryhmää vaivannut oire. Tämän

koeryhmän keskeisin ilmiö oli, että kaikki eivät halunneet takaisin työelämään vaikean sairauden jälkeen. Kuntoutujien oma kokemus henkeä uhkaavasta sairaudesta sai aikaan sen, että he arvioivat uudelleen elämänsä tärkeysjärjestyksen, ja laittoivat elämäntapansa uuteen järjestykseen. Oikein suunnattu kuntoutus oli tälle ryhmälle tärkeää, vaikka heidän keskuudessaan oli vähemmän työelämään palanneita.

Vilkki ym. 2004 tutki suomalaisia potilaita. Tutkittavia oli yhteensä 138, joista 69 oli miehiä ja 69 naisia. Tutkittavien keski-ikä oli 49,7 vuotta. Heitä tutkittiin kliinisesti, neuroradiologisesti, neuropsykologisin testein sekä kyselylomakkeella ja haastattelemalla. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että niistä 103:sta, jotka olivat työllistyneet ennen SAV:tä, 70 palasi töihin. Näistä 70:stä 32 raportoi huonontuneesta työkyvystä ja 34 koki sosiaalisen aktiivisuutensa laskeneen.

Tämän tutkimuksen valossa melkein puolet töihin palanneista oli vähentänyt muuta toimintaa. Töihin paluu on tärkeä elämän laadun ylläpitäjä, mutta monet potilaat lisäävät harrastuksiaan ja sosiaalista aktiivisuuttaan kompensoidakseen työkyvyn menettämistään. Masennuksella on merkittävä vaikutus sosiaalisen aktiivisuuden vähentymiseen. Kognitiivisten ja sensomotoristen (aistien, aivojen, tukirangan ja hermolihasjärjestelmän toimintaa) ominaisuuksien säilyminen tai palautuminen taas vaikutti tutkittavien töihin paluuseen. Loppupäätelmänä Vilkki ym. toteavat, että töihin paluuseen ja työkykyyn vaikuttaa SAV:n sijainti. Muisti- ja kognitiivisten testitulosten valossa vasemman aivopuoliskon vauriot näyttäisivät vaikuttavan enemmän töihin paluuseen ja työkykyyn.

Yhteenvetoa tutkimuksista

Kuntoutuminen on nopeinta ja tehokkainta ensimmäisinä kuukausina aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen. Moniammatillinen AVH-kuntoutus parantaa myös elämänlaatua ja on kustannustehokasta (Takala 2010,3).

Tämän opinnäytetyön artikkeleista löytyi mainintoja erilaisten oireiden ja niiden

yhdistelmien tunnistamisesta ja varhaisesta puuttumisesta. Tutkijoiden mukaan näiden ongelmien lievittämiseksi tarvittaisiin kuntoutushenkilökunnan panosta.

Töihin paluu on keskeinen tekijä SAV:sta toipuvan henkilön elämänlaatuun. Erityisesti miehet tuntevat pitävän työllistymistä tärkeänä etappina sairaudesta selviytymisessä. SAV voi aiheuttaa näkymättömiä oireita, joita työtovereiden on vaikea ymmärtää. Töihin paluuseen vaikuttavat hyvin monet erilaiset tekijät. Sairauden vaikeusaste on tärkein töihin paluuta ennustava tekijä. Esimerkiksi Vilkki ym. 2004 mukaan vasemman aivolohkon puolella esiintyvä infarkti vaikeutti sanojen muistamista ja työskentelykapasiteettia. Tällä on vaikutusta siihen, että nämä henkilöt epäonnistuvat töihin paluussa ja heillä esiintyy useammin alentunutta työkykyä (Vilkki ym.2004). Näin laaja-alaisia ongelmia ei kuntoutujilla esiintynyt, jos heillä oli oikean puoleinen infarkti.

Hannerzin ym. 2010 tutkimuksessa Tanskasta oli vertailtu monia töihin paluuseen liittyviä näkökulmia, kuten eri koulutustasoa, työn sisältöjä tai sukupuolta. Korkeammin koulutetut ja paremmin palkatut palasivat useammin työhön kuin vähemmän koulutetut ja alemmin palkatut tai miehet verrattuna naisiin. Työhön sitoutuneisuus tuntuu olevan kansainvälinen ilmiö ja erityisesti miehet kokevat työssä olemisen tärkeäksi. Kaikki tutkimukset on tehty Euroopassa, joten kulttuurieroja ei havaittu tutkimusten välillä. Tutkimusten johtopäätöksissä jotkut tutkijat kuitenkin toivat esiin kulttuurierojen mahdollisuuden, kuten Hannerz ym. 2010 ja Passier ym. 2011.

Kuntoutuksen tarve erityisesti töihin paluuseen tuli selkeästi esiin monista tutkimusartikkeleista. Gilworthin ym. 2009 ja Passierin ym. 2011 tuloksissa asia mainitaan selkeästi. Gilworthin ym. 2009 tutkimusryhmän tuloksen mukaan ammatillinen kuntoutus on laiminlyöty alue terveydenhuollossa. Passierin ym. 2011 ryhmän tuloksissa todetaan, että lisääntynyt huomio ammatilliseen kuntoutukseen saattaisi johtaa lisääntyneeseen elämän laatuun. Hedlundin ym. 2011 johtopäätöksissä todetaan, että masennuksen hoitoon kuntoutuksen yhteydessä pitää kiinnittää erityishuomiota, jotta kuntoutumisen edistyminen ja töihin paluu ei masennuksen takia estyisi. Uupumus taas on monien erilaisten neurologisten potilaiden kokema voimakas invalidisoiva oire. Masennukseen liittyvät mahdolliset unihäiriöt ja uupumus yhdessä ovat vakavasti otettavia tekijöitä, joka vaikeuttavat

päivittäisiä toimintoja ja vähentävät elämän laatua.

Töihin paluuseen vaikuttivat eniten masennus ja erilaiset neuropsykologiset häiriöt SAV:n jälkeen. Tässä on huomioitava, että keskimäärin ihmiset palasivat omaan työhönsä takaisin, mutta joitakin poikkeuksia tutkimusten kohteena olevien kuntoutujien työhön paluusta löytyi. Jotkut vaihtoivat työpaikkaa tai ammattia, mutta suurin osa palasi omaan työpaikkaansa lyhennetyllä työajalla tai muokatuilla työnkuvilla.

9.2 Töihin paluuseen vaikuttavia oireita SAV:n jälkeen

SAV on vakava sairaus ja merkittävin työhön paluuta ennustava tekijä on sairauden vaikeusaste (Nyrkkö 2011). Tähän kirjallisuuskatsaukseen otetuissa eri tutkimusartikkeleissa oli samankaltaisia oireita, jotka vaikeuttivat töihin paluuta sairastumisen jälkeen. Alla on kerrottu näistä SAV:n sairastumisen jälkeisistä keskeisimmistä oireista.

9.2.1 SAV:n jälkeinen masennus ja ahdistus sekä PTSD

Masennus

Masennus (depression, mood disturbance) tai mielialan vaihtelut tai ahdistus (anxiety) mainittiin kuudessa eri tutkimuksessa yhdeksästä. Näistä oli mainittu mielialan vaihtelut ja alakuloisuus ja niiden korrelointi alentuneen työkyvyn kanssa (Vilkki ym.2004). Niillä henkilöillä, joilla oli ollut mielenterveydellisiä ongelmia jo ennen sairastumistaan SAV:een, oli suurempi todennäköisyys kohdata vaikeuksia töihin paluussa (Hedlund ym.2011). Masennus, muistiongelmat ja keskittymishäiriöt muodostivat erään tutkimuksen mukaan ongelmavyyhdin, ja tähän yleiseen SAV:n kokeneiden henkilöiden joukossa esiintyvään problematiikkaan kirjoittajat suosittelivat tulevaisuudessa kuntoutushenkilökunnalta suurempaa huomiointia (Passier ym. 2011).

Ahdistus

Masennuksen ohella ahdistus on yleinen SAV:n seuraus. Ahdistus ilmeni

tutkimusten mukaan yleensä mieleen tunkeutuvina ajatuksina (intrusive thoughts) tai sairastumisesta muistuttavien asioiden välttelynä (avoidance of reminders) eli välttämiskäyttäytymisenä. Toisaalta näitä oireita pidetään myös PTSD:n oireina, joten joissakin tilanteissa erotusdiagnosointi voi olla hankalaa (Powell ym. 2002).

PTSD, posttraumaattinen stressireaktio

Psykiatriset häiriöt, erityisesti masennus ja PTSD, ovat yleisiä SAV:n jälkeen. Powell ym. 2002 tutkimuksen mukaan jopa 60 %:lla henkilöistä oli PTSD:een kuuluvia oireita kolmen kuukauden jälkeen SAV:sta. Hedlundin tutkimuksessa vuonna 2011 41 % potilaista kärsi näistä sairauksista. PTSD vaikuttaa kuntoutujan sopeutumiseen ja kuntoutumiseen erityisesti pitkittyessään tai hoitamattomana ja vaikuttaa silloin voimakkaasti työhön paluun estymiseen (Hedlund ym. 2002).

9.2.2 SAV:n jälkeiset vireystilaan vaikuttavat häiriöt

Uupumus

Sana fatigue esiintyi kahdessa artikkelissa, (Passier ym. 2011 ja Powell ym. 2002) ja se on suomennettu uupumukseksi. Kolmannessa tutkimuksessa ilmaisu oli väsymys (tiredness, Gilworth ym. 2008). Uupumus on erityisesti neurologisiin sairauksiin liittyvää sairaalloista raskasta väsymyksen tunnetta, jolloin ihminen menee toimintakyvyttömäksi. Kun henkilön on pärjättävä työelämässä, uupumus on vaikeasti hallittava oire.

Päänsärky

Jatkuva päänsärky (persistent headaches) oli yksi työssä jatkamista vaikeuttava oire, jonka Gilworth ym. 2008 mainitsee tutkimustuloksissaan. Yleensä mihin tahansa aivovammaan liittyy päänsärky. Aivoihin kohdistuvalla paineella eli vammamekanismilla ja vamman vaikeusasteella on merkitystä päänsärlyn esiintymiseen ja voimakkuuteen (Soinila ym. 2006, 436)

9.2.3 SAV:n jälkeiset neuropsykologiset ja muistihäiriöt

Tämän otsikon alle on otettu kaikki erilaiset neuropsykologiset häiriöt, jotka mainittiin viidessä eri tutkimuksessa. Näitä oli ilmaisuilla kognitiiviset häiriöt (Passier ym. 2011: cognitive complaints tai Powell ym. 2004: cognitive impairment), keskittymisvaikeudet (Gilworth ym. 2008: impaired ability to concentrate), ärtyvyys (Gilworth ym. 2008: irritability) ja lisääntynyt impulsiivisuus (Vilkki ym. 2004: increased impulsiveness). Eri tutkijoiden käyttämät testit, kokeet ja mittarit antavat erilaisia vastauksia neuropsykologisten häiriöiden esiintymiseen. On muistettava, että SAV on hyvin heterogeeninen sairaus. Vaurion sijainnilla lukinkalvon alla, verenvuodon määrällä ja syntyneiden vaurioiden vakavuudella sekä mahdollisilla komplikaatioilla on vaikuttavuutta neuropsykologisten oireiden ilmaantuvuuteen.

Muistihäiriöt (Gilworth ym. 2008: problems with memory) tulivat esiin kolmessa tutkimuksessa yhdeksästä. Vilkin tutkimustulosten mukaan (Vilkki ym. 2004) SAV-potilaiden keskuudessa eniten häiriintyvä alue on kielellinen muisti (verbal memory). Muissa tutkimuksissa on löydetty vaihtelevia lukuja henkilöistä, jotka kärsivät tästä häiriöstä. Töihin paluu voi estyä ja elämän laatu vähenee muistiongelmien esiintyessä.

9.2.4 Yhteenvetoa töihin paluuseen vaikuttavista oireista SAV:n jälkeen

Aivojen toiminnan muutokset vammojen ja sairauksien jälkeen ovat aina yksilölliset, ja joskus yllättävätkin. Masennus, ahdistus, vireystilaan vaikuttavat häiriöt sekä neuropsykologiset ja muistihäiriöt ovat monen SAV:stä selviytyneen kokemat yleisimmät päivittäiset ongelmat. Näillä oireilla on suuri merkitys kuntoutujien loppuelämään. Oireet vaikuttavat töihin paluuseen ja koko elämänlaatuun. Neuropsykologisten oireiden merkityksestä töihin paluuseen ei ole vielä riittävästi tietoa. Työkyvyn arvioinneissakaan näiden oireiden kartoitus ei kuulu aina rutiineihin. Keskeistä olisi kuitenkin kuntoutujan toimintakyvyn kokonaisvaltainen arviointi (Nyrkkö 2011).

10 POHDINTA

10.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksen keinoin millaista tutkimustietoa löytyy SAV:stä selvinneiden kuntoutujien töihin paluusta. Tutkimuskysymyksiin millaisia oireita kuntoutujalle jää SAV:n jälkeen ja oireiden vaikutuksiin töihin paluuseen vastasi yhdeksän tutkimusartikkelia. Artikkeleista löytyi neuropsykologisia häiriöitä sekä vireystilaan vaikuttavia oireita, mutta SAV:n jälkeinen masennus esti töihin paluun yllättävän usein. Vain murto-osa masentuneista potilaista oli saanut asianmukaista hoitoa oireisiinsa Hedlundin ym. 2011 mukaan. Kuntoutujilla, joilla oli ollut psykiatrasta häiriötä ennen SAV:tä, oli merkittävä riski ongelmien esiintymiseen kuntoutumisessa ja töihin paluussa SAV:n jälkeen. Masennus, muistiongelmät ja keskittymishäiriöt yhdessä muodostivat Passier ym. 2011 tutkimuksen mukaan hankalan ongelmavyöhdin. Sekä Hedlundin ym. 2011 että Passierin ym. 2011 suosituksissa mainittiin kuntoutushenkilökunnan valppaus huomioida myös psyykkisiä oireita. Passierin ym. 2011 mukaan lisääntynyt huomio ammatilliseen kuntoutukseen saattaisi johtaa lisääntyneeseen elämän laatuun. Hedlundin ym. 2011 johtopäätöksissä todetaan, että masennuksen hoitoon kuntoutuksen yhteydessä pitää kiinnittää erityishuomiota, jotta kuntoutumisen edistyminen ja töihin paluu ei tämän takia estyisi. Gilworthin ym. 2009 tutkimusryhmän tuloksissa kärjistettiin ammatillisen kuntoutuksen olevan laiminlyöty alue terveydenhuollossa.

10.2 Tulosten luotettavuuden tarkastelua

Tämä kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on näyttää, mistä näkökulmista ja miten aihetta on aiemmin tutkittu, kun tutkimuskysymyksinä olivat millaisia oireita kuntoutujalle jää SAV:n jälkeen ja onko oireilla vaikutusta töihin paluuseen? Näihin tutkimuskysymyksiin on saatu selkeät vastaukset.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä kvalitatiivisessa tutkimuksessa dokumentaatiolla. Kaikki ratkaisut ja valinnat tutkimuksen eri vaiheissa perustellaan (Kananen 2010, 69). Kvalitatiivisen tutkimuksen pätevyyskriteereitä ovat Kananen mukaan luotettavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Saatujen tutkimustulosten pysyvyys, toistettavuus, on reliabiliteettia, luotettavuutta. Validiteetti tarkoittaa pätevyyttä, tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin (Hirsjärvi ym. 2010, 231).

Tulosten luotettavuus on ollut kantava periaate läpi koko työn. Koska kaikki tutkimukset on esitetty englannin kielellä, on ollut erittäin tärkeää ja vaativaa kääntää lause kerrallaan referoitaessa tuloksia. Tutkimukset sinänsä olivat vaihtelevalla kieliasulla kirjoitettuja. Toiset olivat helppolukuisempia kuin toiset. Erytyissanaston tullessa vastaan hyödynnettiin myös kollegojen kielitaitoa. Laadullista tutkimusta ajatellen valitut tutkimusartikkelit ovat läpäisseet tiukat kriteerit, 64 tiivistelmää on luettu ja 9 artikkelia tuli hyväksytyiksi.

Tärkeä väline kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tutkimuspäiväkirja. Kun luotettavuutta tarkastelee taaksepäin, olisi heti alussa pitänyt tehdä enemmän merkintöjä tutkimuspäiväkirjaan. Jälkikäteen on ollut hankalampaa jäljittää tietoa alkuvaiheiden tiivistelmistä. Tulosten luotettavuutta lisää tutkimusartikkeleiden tuoreus. Kaikki käytetyt tutkimusartikkelit ovat olleet kymmenen vuoden ajalta ja kolme artikkelia parilta viimeiseltä vuodelta. Kaikissa näissä hankituissa ja referoituissa teksteissä on ollut keskeisenä ajatus töihin paluusta, joka oli tärkein sisältö otsikon mukaisesti. Saadut tulokset ovat siirrettäviä eli tutkimustulokset pitävät vastaavanlaisissa tapauksissa (Kananen 2010, 70).

10.3 Omaa pohdintaa

Lähtiessäni tutkimaan aiheitani SAV ja töihin paluu, mielessäni oli suorittamani neuropsykologian oppikurssin jälkeisiä oletuksia mahdollisista tööhön liittyvistä esteistä. Erilaiset hahmottamisen ja kielellisten toimintojen

hankaluudet olisivat varmasti hankaloittamassa kuntoutumista. Ilmeisimmin myös päänsärky ja väsymys olivat ajatuksissani työhön paluun esteinä. Alussa tuli tiedon löytämisen pulma. Miten ja millä kysymyssanoilla löytäisin kaipaamaani tietoa? Suomalaista kirjallisuutta aiheesta ei oikein löytynyt, vaan piti lähteä etsimään kansainvälistä tutkimustietoa. Mikä on SAV englanniksi? Seikkailin Googlessa ja Jamkin kirjaston sivuilla PubMedissa ja EBSCOssa. Sanoilla ”SAH (subarachnoidal hemorrhage) and rehabilitation” sekä ”SAH and return to work” alkoi vihdoinkin löytyä oikeanlaista tietoa. Kävin läpi englanniksi kirjoitettuja tiivistelmiä ja se oli todellinen luetun ymmärtämiskoe. Alkuvaiheessa käytin paljon sanakirjaa ja myös kollegoiden tietämystä. 64 tutkimuksen tiivistelmien lukeminen oli ajoittain työlästä. Kun sain kokonaiset artikkelit käsiini, alkoivat tietyt usein esiintyvät käsitteet ja termit tulla jo tutummiksi. Joidenkin artikkelien pieni fonttikoko lisäsi lukemisen tuskaa.

En halunnut lukea kuntoutumisesta yleensä enkä erilaisista leikkausmenetelmistä ja niistä toipumisesta, vaan nimenomaan miten SAV:n kohdanneet ihmiset olivat palanneet takaisin töihin. Mihin töihin he ovat palanneet? Ovatko he palanneet omaan työhönsä vai muuhun, helpotettuun työhön? Ovatko he kokopäivätyössä, osapäiväisiä vai työskentelevät lyhennetyllä työajalla? Kuntoutuksen ohjaajan ammattinimikettä tuskin löytyisi ulkomaisista julkaisuista, mutta millaisia asioita artikkeleista nousisi, joita voisin käyttää tulevassa ammatissani? Löytyisikö artikkeleista mainintaa ICF:stä?

Näin jälkikäteen näihin alkuperäisiin kysymyksiin on helppo vastata. Kyllä, kuntoutujat palaavat töihin. Pääasiassa omaan työhönsä tai kuten jo olin epäillyt, myös lyhennetyllä työajalla ja sopeutettuun omaan työhönsä. Lukiessani tutkimuksia oli ilo huomata, että meillä on täällä Suomessa tiiviisti työnantajan kanssa toimiva työterveyshuoltomme. Se on hieno kansallinen järjestelmä, jollaista ei aivan vastaavana välttämättä löydy muista maista. Sattumalta Kuntoutus-lehdessä 1/2013 oli juuri tätä aihettani koskeva artikkeli, jota olen tässä opinnäytetyössäni käyttänyt.

Myös ICF on tullut eri julkaisuissa esiin, vaikkei suoranaisesti näissä käyttämissäni tutkimusartikkeleissa. Mielestäni olisi erittäin tärkeää saada ICF kehukseksi kaikkeen kuntoutusta koskevaan kirjaamiseen potilaspapereissa. Näin sanasto ja käsitteet olisivat yhdenpitäviä koko maassa ja tästä ei varmastikaan ole haittaa kuntoutujan asioiden koordinoinnissa. Monen lukemani artikkelin lopussa oli toive ammattilaisten antamasta yksilöllisestä tuesta kuntoutujien erilaisissa elämäntilanteissa. Tähän toiveeseen suomalainen kuntoutuksen ohjaaja voi vastata erittäin hyvin omalla ammattiosaamisellaan, kunhan hänen osaamisensa ja taitonsa tulisi tunnetummaksi omassa maassaan.

Joitakin asioita jäin hämmästelemään, kun olin tiedonhaun vaiheessa ja kävin läpi lukemattomia kirjallisia materiaaleja. Tässä opinnäytteessäkin käyttämäni Teemu Takalan AVH-kuntoutusprojektin loppuraportissa(2009) mainitaan selkeästi, että ”moniammatilliseen kuntoutukseen pääsy vaihtelee sairaanhoitopiirien välillä”. Tehokkaaseen kuntoutumiseen pääseminen on siis lottovoitto riippuen siitä missä asuu. Voi siis päätellä, että kuntoutumiseen pääsemisen onnistuminen on kotikunnasta riippuvaa ja erityisesti kuntatalouksien kiristymisen aikana voi miettiä, ketä kunnat haluavat kuntouttaa. Toivottavasti tähän tulee muutos, kun Kelakin on poistamassa kuntoutukseen pääsyn ikärajan. Pian kuntoutumiseen pääsyn kriteerinä ei ole enää ikä, vaan toimintakyky. Kuntoutukseen panostettu raha tuo itsensä takaisin työkykyisen veroeuroina.

Ihmettelyn aiheena oli myös, miksei tämän tyyppisiä tutkimuksia oltu tehty Suomessa enempää, kuin Vilkki ym. Eikö töihin paluu AVH:n jälkeen ollut tarpeeksi kiinnostava aihe? SAV on yksi AVH:n muoto. Luulisi taloudellisen tilanteen pakottavan selvittämään, millaisilla toimenpiteillä ja kuntoutuksellisilla interventioilla ihmisiä pystytään palauttamaan ja pitämään pidempään töissä. Näillä linjoilla on Aivoliiton tutkimus- ja kehittämishanke ”AVH ja onnistunut työllistyminen v. 2011-2014”.

Hannu Nyrkkö 2011 kertoo, että kuntoutukselle suuntaa antava neuropsykologinen tutkimus voi puuttua aivoverenkiertohäiriön sairastaneilta kuntoutujilta ja että kognitiivisen tilanteen arviointi ei välttämättä kuulu työkyvyn arviointien rutiineihin. Tämä tuntuu epätasa-arvoiselta ja erottelevalta. Olisi erittäin tärkeää, että kuntoutujan kokonaisvaltainen toimintakyky arvioidaan moniammatillisesti ja maan laajuisesti samoilla kriteereillä. On vaikea käsittää, että hyvin yleisen sairausryhmän hoidossa ja kuntoutuksessa on paljon kirjavuutta eri sairaanhoitopiirien kesken.

Tieto, että vain murto-osa masentuneista potilaista saa asianmukaista hoitoa oireisiinsa Ruotsissa sai minut vakuuttumaan, että tulos olisi täällä Suomessa ollut vastaavanlainen. Koska olen aiemmalta koulutukseltani mielenterveyspsykiatrinen sairaanhoitaja, minulla on selkeä kuva siitä, että mielenterveydelliset ongelmat voidaan sivuuttaa somaattisella osastolla. Jossain vaiheessa voidaan alkaa ihmetellä, miksei kuntoutuminen edisty. Masennus on vakava sairaus, joka vaikuttaa ihmisen kaikkeen toimintaan ja toimintakykyyn sekä motivaatioon. Siksi masennuksen tunnistaminen ja hoitaminen olisi ensiarvoisen tärkeää kaikille kuntoutujille ja erityisesti AVH:n sairastaneille. Tässä voisi olla parannusehdotuksena toimipaikkakouluttaa somaattisten osastojen hoitajia masennuksen tunnistamiseen. Joskus tunnistamiseen riittää hyvä suhde kuntoutujaan ja rohkeus kysyä suoraan hänen tuntemuksistaan ja kokemuksistaan. Moniammatillinen yhteistyö osastolla ja eri yksiköiden välillä voi auttaa myös masennuksen huomaamisessa, kun eri ammattilaiset kokoontuvat yhteen suunnittelemaan ja arvioimaan kuntoutumisen edistymistä.

Aivoverenkiertohäiriöt ovat yksi kansansairauksistamme ja kaikki tieto aiheesta on tärkeää. Tulevaisuudessa erityisesti ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuudet ja keinot tulevat tärkeiksi, koska väestö ikääntyy ja työn tekijöitä alkaa olla vähemmän. Kaikkia työkykyisiä tarvitaan työmarkkinoilla mahdollisimman pitkään, jotta saadaan kokoon riittävästi verorahoja ylläpitämään hyvinvointia yhteiskunnassamme.

LÄHTEET

Ahdistus kuristaa ja puristaa, Vahvistamo, Suomen mielenterveysseura
http://www.vahvistamo.fi/vahvistamo/tunteet/tunteiden_aakkoset/ahdistus
 luettu 29.4.2013

Ammatillinen kuntoutus, Sosiaali- ja terveysministeriö. 14.03.2011. Viitattu 22.4.2013.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/kuntoutus/ammattillinen_kuntoutus

Ammatillinen kuntoutus, Kuntoutusportti. Viitattu 11.5.2013.
http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutusjarjestelma/ammattillinen_kuntoutus/

Eriksson G, Kottorp A, Tham K. 2009. Relationship between occupational gaps in everyday life, depressive mood and life satisfaction after acquired brain injury. *Journal of Rehabilitation Medicine* 41, 187-194.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K. & Rinne, J. Toimittanut Huovinen, M. 2005. *Muistihäiriöt*. 3.p. Helsinki: Duodecim.

G. Gilworth, M. Phil, Ad. Cert, K.A.J. Sansam, R.M. Kent. 2009. Personal experiences of returning to work following stroke: An exploratory study *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation* Vol.34. Number 1. 95-103

Hannerz H, Holbaek Pedersen B, Poulsen OM, Humle F, Andersen LL. 2011. A nationwide prospective cohort study on return to gainful occupation after stroke in Denmark 1996-2006. *British Medical Journal Open*. Jan 1.

Hannerz H, Pedersen BH, Poulsen OM, Humle F, Andersen LL. 2010. Study protocol to a nationwide prospective cohort study on return to gainful occupation after stroke in Denmark 1996-2006. *BioMedCentral Public Health*. Oct.

Hedlund M, Zetterling M, Ronne-Engström E, Carlsson M, Ekselius L. 2011. Depression and post-traumatic stress disorder after aneurysmal subarachnoid haemorrhage in relation to lifetime psychiatric morbidity. *British Journal of Neurosurgery*. 25(6), 693-700.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. p. Helsinki: Tammi.

HKI; Paluun tuki – toimintamalli sairauspoissaolon pitkittyessä. Helsingin kaupungin työterveyskeskus. 2008

Järvikoski, A., Härkäpää, K., 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5. uud. p. Helsinki: WSOY .

Järvikoski A., Lindh J., Suikkanen A. (toim.) 2011. Kuntoutus muutoksessa. Lapin Yliopistokustannus Tampere: Juvenes Print .

Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 118. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tampere: Juvenes Print .

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 111. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tampere: Juvenes Print .

Kela; GAS-menetelmä Kelan kuntoutuksen tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin. Kansaneläkelaitos. Sivun päivitetty 24.10.2012. Viitattu 15.5.2013. <http://www.kela.fi/gas-menetelma>

Konsensuslausuma Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat 29.10.2008, Suomalainen lääkärisseura Duodecim & Suomen Akatemia. Viitattu 15.4.2013. <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f231511789/kuntoutuksenkonsensuslausuma2008.pdf>

Käypä hoito 1. Aivoinfarkti, 11.1.2011. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 11.5.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50051>

Käypä hoito 2. Traumaperäiset stressireaktiot ja –häiriöt, Käyvän hoidon tiivistelmät 24.8.2009 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 29.4.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/kht00096>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. 2 luku 4 a §. Viitattu 22.4.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta 28.12.2012/916 10 luku 3 §. Viitattu 15.5.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120916>

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T., (toim.) 2001. Psykiatria. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim.

Masennus,e-mielenterveys.fi. Tietoa kriiseistä, mielenterveyden ongelmista ja avun hakemisesta sekä oma-apuohjelma kriiseihin. Viitattu 29.4.2013.

<http://www.e-mielenterveys.fi/mielenterveyden-hairiot/masennus/>

Metsämuuronen, J. 2007. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2.laitos. 4.p. Helsinki: International Methelp Ky.

Muistihäiriö, neurologian erikoislääkäri Kati Juva 20.9.2011

Lääkärikirja Duodecim. Viitattu

29.4.2013 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00706

Neuropsykologiset sairaudet ja häiriöt, Wikipedia.1.4.2013. Viitattu 22.4.2013.

<http://fi.wikipedia.org/wiki/Neuropsykologia>

Nyrkkö, H.,2011. AVH ja onnistunut työllistyminen - tutkimus- ja kehittämishanke v. 2011 – 2014 (15) RAY, Aivoliitto, Kruunupuisto Punkaharjun kuntoutuskeskus,terveydenhuolto. Viitattu 10.4.2013.

http://www.aivoliitto.fi/files/909/Hannu_Nyrkko_AVH_ja_onnistunut_tyollistyminen_AVH-paivat_2011.pdf

Ohjepankki 1. Mikä on lukinkalvonalainen verenvuoto eli SAV? Sisällöstä vastaa TYKS 712. Sisältö tarkastettu 3/2012. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ohjepankki. Viitattu

5.3.2013.<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2813/5067/>

Ohjepankki 2. Kuntoutusohjaus. sisällöstä vastaa TYKS KV, sisältö tarkistettu 4/2013. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ohjepankki.. Viitattu 11.5.2013.

<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2816/5087/>

Ohjepankki 3. Neuropsykologiset yleis- ja erityishäiriöt. Sisällöstä vastaa TYKS 913. Sisältö tarkastettu 3/2010. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ohjepankki. Viitattu 5.3.2013. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2856/5277/>

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. ja Autti-Rämö, I. (toim.) 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Passier PE, Visser-Meily JM, Rinkel GJ, Lindeman E, Post MW. 2011.

Life satisfaction and return to work after aneurismal subarachnoid hemorrhage. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. 20(4), 324-9.

Pitkittyvä sairausloma ja työhön paluu, opas työntekijälle. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen oppaita 2005:21. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

Powell J, Kitchen N, Heslin J, Greenwood R. 2002. Psychosocial outcomes at

three and nine months after good neurological recovery from aneurysmal subarachnoid hemorrhage: predictors and prognosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 72,772-781.

Powell J., Kitchen N, Heslin J, Greenwood R. 2004. Psychosocial outcomes at 18 months after good neurological recovery from aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 75, 1119-1124.

Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. *Kuntoutus*. 2.p. Helsinki: Duodecim .

Saari P. 2013. Työhön paluuseen liittyvät haasteet ja ratkaisukeinot pitkältä sairauslomalta. *Kuntoutus* 1, 32-38.

Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.) 2002. *Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö*. Helsinki: Tammi.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja, Opetusjulkaisuja 62, Julkisojohtaminen 4. Viitattu 11.5.2013.
http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) 2006. *Neurologia*. 2.uud.p. Helsinki: Duodecim.

Takaisin työhön, Kansaneläkelaitos.
Sivu päivitetty 04.03.2013. Viitattu 1.5.2013.
<http://www.kela.fi/takaisintyohon>

Takala, T. 2010. AVH:n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen 2006-2009, AVH-kuntoutusprojektin loppuraportti, Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry:n julkaisusarjan raportti numero 7. Viitattu 1.4.2013.
http://www.aivoliitto.fi/files/751/AVH-kuntoutusprojekti_loppuraportti.pdf

Tenovuo, Olli. Väsymys aivovamman jälkitiloissa. Viitattu 17.5.2013.
files.kotisivukone.com/ollitenovuo.../vsymys_aivovamman_jlkitiloissa.ppt

THL; ICF - toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Sosiaali- ja terveydenhuollon luokitukset. Viitattu 4.5.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/palvelut/koodistopalvelu/esittely/luokitukset

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. 10.uud.p. Helsinki: Tammi.

Unihäiriöt, [Aikaisäohjaajien materiaalipaketti](#), Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.5.2013.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/aikalisa/materiaalit/mielenterveys/unihairiot

Vilkki JS, Juvela S, Siironen J, Ilvonen T, Varis J, Porras M. 2004. Relationship of local infarctions to cognitive and psychosocial impairments after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Neurosurgery*. 55, 790-803.

Liite 1. TAULUKKO MUKAAN OTETUISTA TUTKIMUKSISTA

Tutkija, tutkimus, maa	Artikkelin julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkittavat	Tutkimusmenetelmä	Tulokset
Eriksson G. ym. Relationship between occupational gaps in everyday life, depressive mood and life satisfaction after acquired brain injury. Ruotsi	2009	Tutkia toimintaterapeuttisten väliintulojen, masentuneisuuden ja oman elämän tyytyväisyyttä 1-4 v. aivovaurion jälkeen ja testata testistöä tähän liittyen	116 henkilöä, joilla ollut joko traumaattinen aivovamma tai SAV 1-4 v. aiemmin	Postitettu survey-kysely	Toimintaterapeuttisten väliintulojen ja saavutetulla tyytyväisyydellä omaan elämäänsä oli selkeä yhteys. Lähes puolet tutkituista oli palannut töihin
Gilworth G. ym. Personal experiences of returning to work following stroke: An exploratory study Englanti	2009	AVH:sta selviytyneiden odotukset ja kokemukset töihin paluusta	13 tutkittavaa AVH:een sairastumisen aikaan työssä käynyttä haastateltiin 3 kk-8 v. AVH:n jälkeen	Teemoitettu syvähaastattelu	Jatkuvien oireiden vaikutukset töihin paluun suunnitelmiin, kokemukset töihin paluusta, työn tai ammatin vaihdosta ja tunnekokemukset varhaiselle sairauseläkkeelle jäämisestä. Tiedon ja tuen tarpeellisuus näissä elämän muutoksissa.
Hannerz H. ym. Study protocol to a nationwide prospective cohort study on return to gainful occupation after stroke in Denmark 1996-2006 Tanska	2010	Tutkimus arvioi erilaisten ennusteiden vaikutusta töihin paluun eroista AVH:n jälkeen	19 985 AVH:een sairastunutta vuosilta 1996-2006, jotka olivat työllistyneet kahden vuoden jälkeen sairastumisestaan	Tilastollinen analysointi	

Hannerz H. ym. A nationwide prospective cohort study on return to gainful occupation after stroke in Denmark 1996-2006 Tanska	2011	Tutkimus arvioi erilaisten ennusteiden vaikutusta töihin paluun eroista AVH:n jälkeen 20-57 vuotiaitten sairaalassa hoidettujen keskuudessa, jotka olivat aiemmin olleet työelämässä Tanskassa 1996-2006	19 985 AVH:een sairastunutta vuosilta 1996-2006, jotka olivat työllistyneet kahden vuoden jälkeen sairastumisestaan	Tilastollinen analysointi	62 % oli onnistuneesti työllistynyt YMS.
Hedlund M. ym. Depression and post-traumatic stress disorder after aneurysmal subarachnoid haemorrhage in relation to lifetime psychiatric morbidity Ruotsi	2011	SAV:n kokeneet potilaat tutkittiin kolmessa eri ajankohdassa, aikaan ennen SAV:tä, 12 kk ennen SAV:tä ja 7 kk SAV:n jälkeen silmälläpitäen mielenterveyshäiriöitä	83 äskettäin SAV:een sairastunutta	Strukturoitu haastattelu	45 % ilmoitti sairastaneensa kerran elämässään psykiatrista häiriötä. Ne henkilöt, joilla oli ollut vakava masennus aiemmin ennen SAV:tä tai masennuslääkitys ennen SAV:tä palasivat harvemmin töihin kuin muut tutkitut
Passier PE. ym. Life satisfaction and return to work after aneurysmal subarachnoid hemorrhage Alankomaat	2011	Tutkia tyytyväisyyttä elämään ja työllistymistä SAV:n jälkeen	141 SAV:n 1/2003-7/2005 sairastaneet	Postitettu kysely	Kolme vuotta SAV:n jälkeen 54 niistä 88 tutkittavasta, jotka olivat olleet työelämässä ennen SAV:tä oli palannut töihin, mutta vain 31 oli palannut tarkalleen samaan työhön.

Powell J. ym. Psychosocial outcomes at three and nine months after good neurological recovery from aneurysmal subarachnoid hemorrhage: predictors and prognosis Englanti	2002	Tutkia 1.kognitiivisten ja psykososiaalisten häiriöiden yleisyyttä 9 kk SAV:n jälkeen 2.puhkeako SAV herkemmin lisääntyneen stressin vaikutuksesta, 3.miten sairastumista edeltävä stressi ym. vaikuttavat huonoihin kuntoutumistuloksiin 4.tunteisiin liittyvien ja toiminnallisten tulosten välistä yhteyttä.	52 Sav:n sairastanutta ja heitä vastaavat kontrollihenkilöt	Testit, mittaukset, haastattelut	SAV-potilailla oli enemmän mielialaongelmia, kognitiivisia häiriöitä alentunutta itsenäisyyttä ja osallistumista sosiaalisiin toimintoihin kuin kontrolliryhmällä. Lisääntyneellä stressillä ei ollut yhteyttä sairastuvuuteen, vaikka sairastuneet olivat itse kokeneet enemmän stressiä sairastumisen aikoihin. Mielialalla oli merkitystä kuntoutumiseen ja toimintaan.
Powell J.ym Psychosocial outcomes at 18 months after good neurological recovery from aneurysmal subarachnoid haemorrhage Englanti	2004	Arvioida toimintaa 18 kk SAV:n jälkeen ja seurata edellisen tutkimuksen tutkittavien edistystä mielialan, kognitiivisten toimintojen, aktiivisuuden ja osallistumisen alueilla.	52 Sav:n sairastanutta ja heitä vastaavat kontrollihenkilöt	Testit, mittaukset, haastattelut	Kognitiiviset toiminnot olivat parantuneet, ahdistus ja masennusoireita oli jäljellä. Tutkimusryhmä oli poikkeuksellisen vähän työllistynyt. Aktiivisuuteen ja osallistumiseen vaikutti uupumus.
Vilkki JS. ym Relationship of local infarctions to cognitive and psychosocial impairments after aneurysmal subarachnoid hemorrhage Suomi	2004	Kuvataan paikallisten infarktien suhdetta kognitiivisiin ja psykososiaalisiin häiriöihin ja tutkitaan kuinka hyvin testien ja kyselyjen vastaukset selittävät	138 potilasta arvioitiin neuropsykologisin testein ja kyselyin 1 v. SAV:n jälkeen	Testit, kyselyt	Vasemman tai molemminpuolisen infarktin jälkeen potilaat pärjäsivät huonommin kielellisen muistin testeissä. Vasemman puolen infarktin jälkeen heillä oli myös

		psykososiaalisia tuloksia			vähemmän työkapasiteettia. Näillä on merkitystä työhön paluulle
--	--	---------------------------	--	--	---

Liite 2: Suositukset hyvistä kuntoutuskäytännöistä

(Paltamaa ym. 2011.)

1. Kuntoutuksen vastuunjako on määriteltävä selkeästi
2. Kuntoutus on järjestettävä ilman viiveitä
3. Kuntoutuksen tarve on arvioitava kokonaisvaltaisesti
4. Kuntoutussuunnitelma on laadittava moniammattillisesti ja yhteistyössä kuntoutujan kanssa
5. Kuntoutussuunnitelma on kirjattava huolellisesti
6. Toimintakyvyn ja vaikuttavuuden arvioinnissa on käytettävä ICF – luokituksen viitekehystä
7. Kuntoutusprosessin eri vaiheissa kuntoutujalle on tarjottava tietoa ja ohjausta
8. Kuntoutujan nyky-ympäristö on huomioitava kuntoutusprosessissa
9. Eri tahojen välistä yhteistyötä on tehostettava, jotta asiakaslähtöisyys ja arjen huomiointi kuntoutuksessa toteutuvat
10. Pitkäaikainen kuntoutustarve edellyttää suunnitelmallisuutta ja jatkuvuutta
11. Vaikuttavassa kuntoutuksessa on hyödynnettävä tietoa eri lähteistä
12. Resurssien riittävyys on turvattava
13. Hyvän kuntoutuskäytännön toteutumiseksi on tehostettava yhteistyötä
14. Apuvälinetyöhön liittyviä käytäntöjä on selkiytettävä
15. Tiedon välittymisen parantumiseksi on yhtenäistettävä käsitteiden käyttöä

16. Ammattilaisten on ylläpidettävä tietojaan ja taitojaan jatkuvalla kouluttautumisella
17. Hyvien kuntoutuskäytäntöjen edelleen kehittämiseksi on saatava lisätietoa nykyisistä kuntoutumiskäytännöistä, kuntoutuksen vaikuttavuudesta ja sen osoittamiseen soveltuvista arviointimenetelmistä

Liite 3: Suositukset äkillisten aivovaurioiden kuntoutuksen kehittämiseksi

(Konsensuslausuma Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat 29.10.2008)

1.

Kaikille aivovaurion saaneille tulee tarvittaessa taata mahdollisuus moniammatilliseen, oikea-aikaiseen ja riittävän intensiiviseen kuntoutukseen.

2.

Aivovaurioiden kuntoutus tulee koordinoida kokonaisuutena ja keskittää riittävän suuriin yksiköihin osaamisen varmistamiseksi. Tätä varten erikoissairaanhoidon tulee perustaa moniammatillisia kuntoutusyksiköitä, joissa on riittävästi voimavaroja. Keskussairaaloissa tulee olla aivovammoihin perehtynyt neurologi ja kuntoutusohjaaja, jotka toimivat yhteistyössä erityisvastuualueensa yliopistosairaalan kanssa. Kuntoutuksen järjestämisestä sovitaan alueellisessa palvelujen järjestämissuunnitelmassa, joka huomioi myös perusterveydenhuollon.

3.

Aivovammojen diagnostiikan selkeyttämiseksi, vammojen jälkeisen kuntoutustarpeen arvioimiseksi ja kuntoutuksen järjestämiseksi kaikkiin yliopistosairaaloihin tulee perustaa aivovammapoliklinikat.

4.

Akuuttihoidon päättyessä erikoissairaanhoidossa jokaiselle potilaalle tulee tehdä kuntoutussuunnitelma yhdessä hänen ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Suunnitelmasta tulee käydä ilmi kuntoutujan toimintakyky, kuntoutuksen tavoitteet ja sisältö, missä kuntoutus tapahtuu, sekä kuka vastaa koordinaatiosta, arvioinnista ja seurannasta. Tietosuojasäädökset eivät saa estää kuntoutuksen moniammatillista toteuttamista.

5.

Annettu kuntoutus, kustannukset ja vaikuttavuus on saatettava valtakunnallisen tilastoinnin piiriin.

6.

Kelan kuntoutuksen kytkös vammaisetuuksiin pitää poistaa ja kuntoutuksen piiriin tulee saattaa myös yli 65-vuotiaat kuntoutujat. Kelan nykyisin rahoittaman kuntoutuksen suunnittelun koordinointi tulee keskittää perustettaviin erikoissairaanhoidon kuntoutusyksiköihin. Tavoitteellinen kuntoutussuunnitelma tulee liittää sähköiseen potilaskertomukseen.

7.

Kuntoutus tulee järjestää katkeamattomana palveluketjuna. Rahoitusjärjestelmän monimuotoisuus ei saa olla lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen aloittamisen ja sujuvan etenemisen esteenä.

8.

Kuntoutuksen rahoituksen sisäistä painopistettä tulee siirtää nykyistä enemmän akuuttivaiheen kuntoutukseen. Asia tulee selvittää sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. Selvitystyön tavoitteena tulee olla rahoituksen kustannusvaikuttavuuden parantaminen.

9.

Aivovammapotilaiden ammatillisessa kuntoutuksessa on huomioitava heidän erityistarpeensa.

10.

Tieteellisen tutkimuksen ja kehittämistoiminnan koordinaatiota ja yhteistyötä tulee kannustaa.