
**AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN
KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN KIRJAAMINEN**

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, kevät 2014

Juuli Selosmaa & Anna Tikkanen

FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

Tekijä	Juuli Selosmaa ja Anna Tikkanen	Vuosi 2014
Työn nimi	Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavan hoitotyön kirjaaminen	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttava hoitotyö näkyy hoitotyön kirjaamisessa. Toimeksiantajana toimi erään eteläsuomalaisen sairaalan kuntoutusosasto. Tavoitteena oli tuottaa tietoa opinnäytetyön toimeksiantajalle kirjaamisen kehittämistarkoitukseen.

Aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuminen on aikaa vievä prosessi. Hoitajaksot voivat olla pitkiä, joten potilaan yksilöllisyyden huomioiminen korostuu. Kuntoutuminen edellyttää hoitoon sitoutumista hoitohenkilökunnalta, sairastuneelta sekä hänen omaisiltaan. Hoitohenkilökunta voi ajan tasaisen ja laadukkaan kirjaamisen avulla edistää potilaan kuntoutumista sekä varmistaa hoidon jatkuvuutta.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto koostui viiden aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavan hoitotyön sähköisistä potilasasiakirjoista. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta luotiin analyysirunko ja tutkimusaineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan kuntouttavan hoitotyön kirjaaminen oli keskittynyt potilaan fyysisen toimintakyvyn seuraamiseen ja arviointiin ja tältä osin kirjaaminen oli laaja-alaista. Potilaan kokonaistilannetta tarkasteltaessa psyykkinen ja sosiaalinen osuus jäi kuitenkin vähemmälle.

Avainsanat Aivoverenkiertohäiriö, kuntouttava hoitotyö, kuntouttavan hoitotyön kirjaaminen

Sivut 26s, + liitteet 2 s.

Forssa
Degree programme in Nursing
Nursing

Author Juuli Selosmaa and Anna Tikkanen **Year** 2014

Subject of Bachelor's thesis Cerebrovascular disorder patient's
rehabilitative nursing documentation

ABSTRACT

The objective of the thesis was to clarify how a cerebrovascular disorder patient's rehabilitative nursing is documented. The thesis was commissioned by a hospital ward in southern Finland. The ward is specialized in rehabilitation. The aim of the thesis was to provide information that the commissioner can use for the development of nursing documentation.

The cerebrovascular disorder patients' rehabilitation is a time-consuming process. The treatment periods can be long, so consideration of the patient's individuality is emphasized. Rehabilitation requires the nursing staff's, the patient's and the patient's family's adherence to treatment. With real-time and high-quality nursing documentation the nursing staff can contribute to the patient's rehabilitation and ensure the continuity of the care.

The research method of the thesis was qualitative. The research material consisted of five cerebrovascular disorder patients' electronic nursing documents in rehabilitative health care. The literature review was used to create the frame of the analysis and data was analyzed using deductive content analysis.

Rehabilitative nursing documentation was focused on the patient's physical ability to function, on monitoring and on evaluation, and in this regard nursing documentation was extensive. When the patient's overall situation was examined, the patient's psychiatric and social ability to function were less documented.

Keywords Cerebrovascular disorders, rehabilitative nursing, rehabilitative nursing documentation

Pages 26 p + appendices 2 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ (AVH).....	2
3	AVH-POTILAAN KUNTOUTUMINEN.....	4
3.1	AVH-potilaan kuntoutuminen hoitotyön näkökulmasta	4
3.2	AVH:stä kuntoutuminen potilaan näkökulmasta	7
3.3	Omaisien rooli kuntoutumisessa	9
4	HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	10
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	12
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	12
6.1	Aineiston kerääminen.....	12
6.2	Aineiston analysointi.....	13
7	KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	15
7.1	Hoitotyön suunnitelmallisuus.....	15
7.2	Fyysisten voimavarojen vahvistaminen	16
7.3	Psyykkisten voimavarojen vahvistaminen	18
7.4	Ohjaus, opetus ja tiedonantaminen.....	19
8	POHDINTA.....	19
8.1	Opinnäytetyön luotettavuus.....	19
8.2	Eettisyys	20
8.3	Tutkimustulosten tarkastelu	21
	LÄHTEET	24

Liite 1 Analyysirungon muodostamiseen valitut tutkimukset

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöillä (AVH) on Suomessa hyvin vahva kansantaloudellinen merkitys. Noin 850 aivoverenkiertohäiriötä sairastavista potilaista jää vuosittain työkyvyttömyyseläkkeelle. Suomessa aivoverenkiertohäiriöön menehtyy vuodessa noin 1800 miestä ja 2600 naista. AVH on neljänneksi yleisin kuolinsyy Suomessa. Aivoinfarktipotilaat, iästä, sukupuolesta tai sairauden vaikeusasteesta riippumatta, hyötyvät hoidosta moniammatillisessa kuntoutusyksikössä. Hoidon tehokkuus näkyy lyhentyneenä hoitonaikana, vähäisempänä vammaisuutena ja parempana elämänlaatuna. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Kuntouttavassa hoidossa yksilö nähdään aktiivisena toimijana. Ihmisen sairastuessa aivoinfarktiin ovat hoitotoimenpiteet alussa keskeisiä. Ajan kuluessa hoidon osuus kuitenkin pienenee ja kuntoutuksen osuus kasvaa ihmisen oman aktiiviteetin tullessa toipumis- ja kuntoutumistapahtumassa keskeiseksi. (Ylinen 2011, 36.)

Hoitotyön menetelminä käytetään kuntoutumista edistävän ympäristön järjestämistä, rohkaisemista ja rajoittamista, tiedon antamista, potilaan omien voimavarojen vahvistamista, opastamista ja opettamista, kuntoutumista edistävän hoitosuhteen luomista ja potilaslähtöistä tavoitteellista työskentelemistä. Yksilöllisellä ja asiakaslähtöisellä kuntoutuksella on suuri merkitys sairastuneelle (Kaila 2009, 5; Reunanen, Talvitie, Pyöriä & Järvikoski 2012, 30.)

Potilaan perheenjäsenet voivat edistää sairastuneen omaisensa kuntoutumista olemalla läsnä. Omaisten tulisikin saada ohjausta ja tukea heti sairastumisprosessin alussa. Näin ollen hoitoalan ammattilaisen rooli ajantasaisen tiedon antajana on tärkeä osa kuntoutusta. (Kaila, 2009, 5–9; Käypä hoito -suositus 2011.)

AVH-potilaan kuntoutussuunnitelma tulisi tehdä moniammatillisessa asiantuntijaryhmässä ensimmäisen viikon kuluessa sairastumisesta tai heti potilaan kokonaistilan salliessa. Arvioinnissa huomioidaan potilaan fyysisen, kognitiivisen sekä psykososiaalisen kuntoutuksen tarve. (Käypä hoito -suositus 2011.) Tämän vuoksi tehdyn hoitotyön kirjaaminen potilasasiakirjoihin on tärkeää. Potilasasiakirjan tulee sisältää ne potilasta koskevat tiedot, jotka ovat tarpeellisia hoidon suunnittelemiseksi, järjestämiseksi, toteuttamiseksi ja seurannan turvaamiseksi (STM 2012).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttava hoitotyö näkyy hoitotyön kirjaamisessa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa opinnäytetyön toimeksiantajalle kirjaamisen kehittämistarkeeseen.

Opinnäytetyömme keskeisiä käsitteitä ovat aivoverenkiertohäiriö, kuntouttava hoitotyö sekä kuntouttavan hoitotyön kirjaaminen.

2 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ (AVH)

Aivoverenkiertohäiriötä käytetään yhteisnimityksenä ohimenevistä (TIA eli transient ischemic attack) ja pitkäaikaisista neurologisia oireita aiheuttavista aivoverisuonten tai aivoverenkierron sairauksista. Aivoinfarktien syntyyn vaikuttavat erilaiset riskitekijät: ikääntyminen, kohonnut verenpaine, tupakointi, keskivartalolihavuus, diabetes, eteisvärinä ja dyslipidemiat eli rasva-aineenvaihduntahäiriöt. Ensisijaisena ennaltaehkäisykeinona on potilaan elämäntapamuutoksiin ohjaaminen. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Aivoverenkiertohäiriöillä on Suomessa hyvin vahva kansantaloudellinen merkitys. Hoitokustannukset ovat suuret, vuodessa noin 1,1 miljardia euroa, ja AVH-potilaille käytettyjen hoitopäivien määrät ovat perusterveydenhuollossa 1400000 ja erikoissairaanhoidossa 400000 kappaletta vuositain. Sairastuneista potilaista joka neljäs on työikäinen. Noin 850 aivoverenkiertohäiriötä sairastavista potilaista jää vuosittain työkyvyttömyyseläkkeelle. Suomessa aivoverenkiertohäiriöön menehtyy vuodessa 1800 miestä ja 2600 naista. AVH on neljänneksi yleisin kuolinsyy Suomessa. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Suurin osa AVH-tapahtumista sekä niiden oireista ilmaantuvat akuutisti. Yleisimpiä oireita ovat puheen tuottamisen ja ymmärtämisen häiriöt, toispuolinen raajahalvaus eli motorinen hemipareesi, kasvohermon alahaaran heikkous eli alafasialispareesi, toispuolinen tunnottomuus eli sensorinen hemipareesi, näköhäiriöt, kaksoiskuvat eli diplopia, huimaus, pahoinvointi sekä nielemisvaikeus eli dysfagia. Oireet tulisi havaita ja diagnosoida mahdollisimman varhain, jotta kuntoutus voitaisiin aloittaa. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Aivoverenkiertohäiriöihin liittyy usein neuropsykologisia puutosoireita, jotka ilmenevät vaikeuksina perustoiminnoissa. Ne aiheuttavat vaikeuksia puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä, lukemisessa, kirjoittamisessa, laskemisessa, muistissa, hahmotuksessa, tarkkaavaisuudessa sekä ajattelussa ja päättelyssä. (Aivoliitto n.d.)

Afasialla tarkoitetaan kielellistä häiriötä ja se aiheuttaa vaikeuksia kielen ja puheen käytössä. Apraksia on tahdonalaisten liikkeiden häiriö, jossa henkilö ei kykene suorittamaan haluamiaan tuttuja liikkeitä. Apraksia ei johdu halvauksesta eikä tuntopuutoksesta ja se vaivaa yleensä molempia käsiä. Häiriö voi aiheuttaa myös puhekyvyn menettämisen tai muuttaa puheen epäselväksi. Neglect-häiriössä henkilö ei pysty huomioimaan toista puolta vartalostaan, yleensä vasenta puoltaan. Hahmotushäiriö voi ulottua myös ympäristöön. Esimerkiksi henkilö voi pestä vain oikean puolen kasvoistaan tai jättää vasemman raajansa huonoon asentoon. (Aivoliitto n.d.)

AVH voi aiheuttaa myös muita hahmottamisen häiriöitä. Visuaalinen agnosia tarkoittaa sitä, että sairastunut ei tunnista tuttuja asioita esimerkiksi ystävänsä kasvoja. Visuospatiaalinen häiriö on etäisyyksien ja kellonaikojen hahmottamisen vaikeutta. Visuokonstrukttiivinen häiriö tarkoittaa sairastuneen kohdalla arkipäiväisten toimintojen, esimerkiksi kahvin keittämisen, unohtamista. Muistihäiriöitä eli amnesiaa voi esiintyä joissain asioissa, mutta AVH harvoin aiheuttaa vakavan yleisen muistihäiriön. Anosognosialla tarkoitetaan oiretiedostuksen puutteellisuutta, tällöin sairastunut ei tunnista sairauden aiheuttamia oireita, esimerkiksi halvaantumistaan. (Aivoliitto n.d.)

AVH aiheuttaa myös yleisluontoisia häiriöitä, kuten aloitekyvyn vaikeutumista, tarkkaavaisuuden ja toimintojen hallitsemisen heikentymistä sekä hätäisyyttä. Dysartria on motorinen puheen häiriö ja se johtuu puheen tuotossa tarvittavien liikkeiden poikkeavasta toiminnasta. Dysfagia on nielemishäiriö, joka johtuu suun ja nielun alueen tai refleksien toimintapuutoksesta, vaikeuttaen sairastuneen henkilön syömistä ja juomista. (Aivoliitto n.d.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuu usein henkilö, jonka käsitys omasta itsestään ja seksuaalisuudestaan on jo vakiintunut. Seksuaalisuus ei yleensä tule ensimmäisenä sairastuneen mieleen, mutta toipumisen edetessä tällaiset asiat tulevat usein ajankohtaisiksi. Seksuaalisuus on tärkeä osa-alue kuntoutumisessa, sillä se on läheisesti yhteydessä itseluottamukseen, itse-tuntoon ja motivaatioon sekä on osa ihmisen identiteettiä. Sairastuneilla on usein taustalla muita aivoverenkiertohäiriön riskiä lisääviä sairauksia, kuten verenpainetauti, diabetes, sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja alaraajojen valtimotautiin liittyvä katkokävely. Nämä sairaudet voivat itessään jo aiheuttaa muutoksia toimintakykyyn ja seksielämään. (Liippola, Koskimäki, Valasti & Roine 2011, 3, 5.)

Seksuaaliset toimintahäiriöt voivat ilmetä miehillä erektiohäiriöinä, enenaikaisena siemensyöksynä tai haluttomuutena. Naisilla häiriöt liittyvät haluttomuuteen tai kiihottumisen häiriöön, orgasmivaikeuteen, toiminnalliseen yhdyntäkipuun tai emätinkouristukseen eli vaginismiin. Hoitotyön ammattihenkilöillä on tärkeä rooli sairastuneen intimiteetin ja kehon kunnioittajana. Olennaista on, että hoitaja hyväksyy seksuaalisuuden osana elämää, näin ollen potilaan seksuaalisuus on myös helpompi ottaa puheeksi ja se tulisi tehdä jo kuntoutuksen alkuvaiheessa, jotta turhilta peloilta vältyttäisiin. Sairastuneet toivovat, että aloite keskusteluun tulee ammattihenkilöltä. Myös omaiset kaipaavat tukea ja kannustusta. (Liippola ym. 2011, 5–6, 17, 21–22.)

AVH aiheuttaa myös muutoksia mielialassa. Sairastunut voi olla ahdistunut, jännittynyt tai normaalia itkuisempi. Sureminen on yksi keino käsitellä sairauden aiheuttamia menetyksiä. Akuuttivaiheen aikana masennustilan voidaan katsoa johtuvan elimellisestä muutoksesta aivoissa ja paranee yleensä ilman erityistä hoitoa, kuukauden sisällä sairastumisesta. (Aivoliitto n.d.; Riekkinen 2012.)

Masennus on kuitenkin yleistä AVH:n jälkeen. Siitä kärsii puolet sairastuneista, toisaalta puolisoiden masennusoireet ovat jopa yleisempiä kuin sairastuneiden. Masennus yhdistetään huonoon toiminnalliseen ennusteeseen ja pitkäaikaishoidon riskiin. Tämän vuoksi sairastuneen ja lähiomaisen masennusoireet tulisi huomioida riittävän varhain. Masentuneet AVH-potilaat tutkitusti hyötyvät lääkehoidosta. Tällaisia yleisesti käytettyjä lääkkeitä ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät, sillä niissä on vähemmän haittavaikutuksia kuin muissa käytetyissä masennuslääkkeissä. (Riekkinen 2012.)

3 AVH-POTILAAN KUNTOUTUMINEN

AVH:stä kuntoutuminen on aikaa vievä prosessi. Kuntoutuminen edellyttää hoitoon sitoutumista hoitohenkilökunnalta, sairastuneelta sekä hänen omaisiltaan.

3.1 AVH-potilaan kuntoutuminen hoitotyön näkökulmasta

Jokaiselle AVH-potilaalle tulee tehdä kuntoutussuunnitelma ensimmäisen viikon kuluessa sairastumisesta tai heti potilaan kokonaistilan salliessa. Suunnitelmassa huomioidaan potilaan fyysisen, kognitiivisen sekä psykososiaalisen kuntoutuksen tarve. Tärkeä osa on myös riittävän tiedon tarjoaminen potilaalle ja omaisille. (Käypä hoito -suositus 2011; Pohjolainen & Rissanen 2009.)

Kuntoutussuunnitelman laatiminen potilaalle on terveydenhuoltolain määrittelemä velvoite tilanteissa, joissa potilaalla on pitkäaikaissairaus, useita eri sairauksia tai paljon hoitokertoja. Kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot käyttävät ja päivittävät samaa suunnitelmaa. Kuntoutuksen tavoitteet laaditaan yhteistyössä potilaan ja hänen omaistensa kanssa ja heidän on yhtäläillä sitouduttava suunnitelmaan. Suunnitelmalla varmistetaan potilaalle laadukas hoito hänen siirtyessään yksiköstä toiseen (STM 2012, 60–61.)

Aivoinfarktipotilaat, iästä, sukupuolesta tai sairauden vaikeusasteesta riippumatta, hyötyvät hoidosta moniammatillisessa kuntoutusyksikössä. Hoidon tehokkuus näkyy lyhentyneenä hoitoaikana, vähäisempänä vammaisuutena sekä parempana elämänlaatuna. Aivoinfarktin jälkeinen kuntoutus voidaan jakaa varhais- ja myöhäisvaiheen kuntoutukseen. Varhaisvaiheella tarkoitetaan sekä sairauden akuuttia että subakuuttia vaihetta. Akuutissa vaiheessa potilaan tila ei ole vielä vakiintunut ja subakuutti vaihe jatkuu yleensä kolmesta kuuteen kuukautta ja silloin potilaan kuntoutumisen eteneminen on tehokkainta. Kuntouttavan yksikön moniammatilliseen työryhmään kuuluvat yleensä lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi, sosiaalityöntekijä ja myöhemmin myös kuntoutusohjaaja. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Asentohoito aloitetaan heti akuuttivaiheessa, jotta saadaan aktivoitua kuntoutumista edistäviä kehon aistimuksia sekä ehkäistyä vartalon ja raajojen toimintahäiriöitä. Samalla vähennetään painehaavojen, keuhkokuumeen, syvien laskimotukosten ja keuhkoembolian riskiä. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Aktiivinen kuntoutus aloitetaan heti, kun potilaan tila on riittävän vakaa ja siinä on tärkeää huomioida kokonaisvaltaisesti potilaan toimintakyky. Aktiivisen kuntoutuksen aikana harjoitetaan häiriintynyttä toimintoa suoraan ja intensiivisesti. Myös haittaa kompensoivia toimintoja ja apuvälineiden käyttöä harjoitellaan. Samalla potilaan tulisi saada psyykkistä ja psykososiaalista tukea. Aktiivisen kuntoutuksen aikana tukena käytetään erilaisia terapiamuotoja, kuten fysioterapiaa, toimintaterapiaa, puheterapiaa sekä neurologista kuntoutusta. Potilaan kuntoutumista voidaan arvioida melko luotettavasti 1–3 viikon kuluttua sairastumisesta ja tavoitteiden toteutumista tulisi seurata siihen soveltuvilla arviointimenetelmillä. Aktiivista kuntoutusta jatketaan niin kauan kuin oleellinen toipuminen jatkuu, minkä jälkeen sitä jatketaan ylläpitävänä kuntoutuksena tavoitteiden mukaisesti arvioituna. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Kuntouttavassa hoidossa yksilö nähdään objektin sijasta subjektina eli aktiivisena toimijana. Aivovauriokuntoutuksen vuosikymmeniä vanha havainto ilmentää myönteisen ilmapiirin ja kannustavan hengen edistävää merkitystä kuntoutumistapahtumassa. Ihmisen sairastuessa aivoinfarktiin ovat hoitotoimenpiteet alussa keskeisiä. Ajan kuluessa hoidon osuus kuitenkin pienenee ja kuntoutuksen osuus kasvaa ihmisen oman aktiviteetin tullessa toipumis- ja kuntoutumistapahtumassa keskeiseksi. (Ylinen 2011, 36.)

Moniammatillisuutta kuvataan siten, että ihmisen fyysiseen terveydentilaan vaikutetaan hoidoilla ja esimerkiksi lääkitään masennusta. Samanlaisesti pyritään vaikuttamaan motivaatioon, elämänuskoon sekä niiden edellyttämiin vuorovaikutustaitoihin kommunikaation avulla. Tähän ilmiöön katsotaan kuuluvan myös sosiaalisen näkökulman eli ihmisen taloudellisten edellytysten edistämiseen pyrkiminen. Motorisessa oppimisessa ja liikkumisen uudelleen opettelussa harjoitus- ja toistokertojen riittävä määrä suhteessa sopivaan levon rytmiykseen ovat kuntoutuksen keskeisiä edellytyksiä parhaaseen tulokseen pääsemisessä (Ylinen 2011, 36–37.)

Mäntynen, Vehviläinen-Julkunen ja Sivenius (2009, 24) tutkivat AVH-potilaiden kuntoutumista edistävää hoitotyötä sairaanhoitajan näkökulmasta kuntoutuskeskuksessa ja terveystieteiden keskuksessa. Kuntoutumista edistävä hoitotyö kuvataan yksilö- ja terveystieteiden hoitamisenä, jossa kaiken sairaanhoitajan toiminnan katsotaan tukevan kuntoutujan itsenäistä selviytymistä. Fyysisten harjoitteiden lisäksi tavoitteeseen pääsy edellyttää toteutunutta potilaan itsemääräämisoikeuden täyttymistä, elämän mielekkyyttä ja turvallisuuden tunnetta.

Aivohalvauspotilaiden kuntoutumisprosessissa sairaanhoitajalla on kokonaisvaltainen vastuu. Se sisältää kuntoutujan lähtötilanteen arvioinnin ja tavoitteiden asettamisen, vuorovaikutuksen kuntoutujan sekä hänen läheistensä ja muiden tiimin jäsenten kesken, tulevaisuuteen suuntautumisen, ammattitaitoisen hoitotyön toteuttamisen sekä jatkuvan kehittymisen. Sairaanhoitajat myös tukevat kuntoutujaa kriisin läpikäymisessä, pienin askelin etenemisessä, huolehtivat tiedon jakamisesta sekä varmistivat potilaan jatkohoidon. Emotionaalisen tuen antaminen, toivon ylläpitäminen ja uusien sopeutumiskeinojen löytäminen ovat keskeisiä hoitotyön toimintoja kuntoutujien kokeman epävarmuuden keskellä. (Mäntynen ym. 2009, 26, 30.)

Omahoitajana toimimisen mainitaan vaikuttavan myönteisesti hoitajan vastuunottoon kuntoutujan tilanteesta. Muihin tiimin jäseniin omahoitajuus vaikuttaa turvallisuudentunteena potilaan kuntoutumisprosessin jatkuvuudesta. Eritystä huomiota tulisi kiinnittää kuntoutujan ja hänen läheistensä henkilökohtaiseen osallistumiseen tavoitteiden asettamiseksi, sillä se ei toteutunut missään tutkimusyksikössä. Lisäksi hoitotyön näkökulman toivotaan näkyvän voimakkaammin kuntoutuskeskusten tiimityössä. (Mäntynen ym. 2009, 26, 30.)

Hoitotyön menetelminä AVH-potilaan kuntoutumisessa käytetään kuntoutumista edistävän ympäristön järjestämistä, rohkaisemista ja rajoittamista, tiedon antamista, potilaan omien voimavarojen vahvistamista, opastamista ja opettamista, kuntoutumista edistävän hoitosuhteen luomista ja potilaslähtöistä tavoitteellista työskentelemistä (Kaila 2009, 5).

Asiakaslähtöisyys näkyy kuntoutumista tukevassa hoitotyössä potilaiden yksilöllisten voimavarojen huomioimisella ja niiden vahvistamisella. Tällaisia hoitotyön keinoja ovat potilaan riittävästä levosta huolehtiminen, pelkojen vähentäminen, tulevaisuuden toivon vahvistaminen ja hengellisyden tukeminen. AVH -potilaan kuntoutuminen on yksilöllistä ja aikaa vaativaa. Potilaan kuntoutumista voidaan edistää avustamalla häntä oppimaan uutta, sopeutumaan sairautensa sekä asettamalla realistiset tavoitteet. Myös omaehtoiseen harjoitteluun motivointi ja palautteen antaminen oppimisesta tukevat potilaan kuntoutumista. (Kaila 2009, 9.)

Kohosen, Kylmän, Juvakan ja Pietilän (2007, 67–71) mukaan toivoa vahvistavia hoitotyön menetelmiä ovat potilaskeskeinen työskenteleminen, keskusteleminen potilaan kanssa, potilaan ja läheisten toivon aktiivinen tukeminen, potilaan ja läheisten tiedon saannin turvaaminen. Tärkeää on myös potilaan omien voimavarojen vahvistaminen, potilaan auttaminen tulevaisuuteen suuntaamisessa ja tavoitteiden asettamisessa. Hoitotyön menetelmiä ovat lisäksi potilaan hengellisyden tukeminen, potilaan pelkojen vähentäminen, potilaan ja läheisten tukeminen sairauteen ja sen hoitoon sopeutumisessa, potilaan sairauden hoitaminen sekä suojaavan ympäristön järjestäminen. potilaan tukeminen sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä, potilaan läheisten tukeminen ja rohkaiseminen osallistumaan hoitoon sekä vertaistuen järjestäminen potilaalle ja omaisille kuuluvat myös toivoa vahvistaviin hoitotyön menetelmiin.

Aivoinfarktipotilaan myöhäisvaiheen kuntoutus alkaa potilaan kotiuduttua. Potilaan toimintakykyä voidaan parantaa avokuntoutuksella ainakin vuoden ajan aivoinfarktin jälkeen. (Käypä hoito -suositus 2011.)

3.2 AVH:stä kuntoutuminen potilaan näkökulmasta

Terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä kutsutaan potilaaksi. Hänellä on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoito on järjestettävä ihmisarvoa kunnioittavasti. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Potilaan tulee saada ymmärretysti tietoa valitusta hoidosta ja siihen liittyvistä perusteista. Hänellä on myös mahdollisuus kieltäytyä tiedonsaannista niin halutessaan. Hoitohenkilökunta voi kieltäytyä tiedonannosta vain, jos siitä on vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Potilaalla on oikeus kieltäytyä tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, näin ollen on valittava lääketieteellisesti hyväksyttävä hoitokeino yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Tapauksissa joissa potilas ei itse ole kykenevä päättämään hoidostaan, tulee ennen tärkeiden hoitopäätösten tekemistä selvittää potilaan hoitotahto omaisilta tai lailliselta edustajalta. Ristiriitatilanteissa lopullisen päätöksen potilaan hoidosta tekee lääkäri. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Tutkimuksessaan Reunanen, Talvitie, Pyöriä ja Järvikoski (2012, 30,41) tarkastelevat kuntoutuskokemuksia aivohalvaukseen sairastuneiden näkökulmasta. Tutkijat tyypittelivät haastateltavien kuntoutuskertomukset viiteen ryhmään: selviytymiskertomus, asiantuntijakertomus, sairauskertomus, seikkailukertomus ja muutoskertomus. Tutkimustuloksista käy ilmi, että yksilöllisellä ja asiakaslähtöisellä kuntoutuksella on suuri merkitys. Ammattilaisten haasteena on monipuolistaa käytössä olevia kuntoutuskeinoja sekä kehittää kuntoutuspalvelurakenteita.

Selviytymiskertomuksissa kuntoutuminen kuvataan fyysisen toimintakyvyn edistymisenä ja päivittäisissä toiminnoissa pärjäämisenä. Kuntoutujat ovat kiitollisia kuntoutuspalveluja kohtaan. Kuntoutujan oma rooli on sisukas taistelija sekä fyysisen ja psyykkisen työn sekä päätösten tekijä. Fysioterapeutti nähdään opettajana ja valmentajana. Kuntoutujat kaipaavat enemmän yhteiseen neuvotteluun perustuvaa toimintakyvyn arviointia, koska arviointikriteerit ovat jääneet epäselviksi. He myös kritisivat sitä, että kaiken pitää tapahtua ohjaajan mukaan. (Reunanen ym. 2012, 33–34.)

Asiantuntijakertomukset sisältävät kuntoutujan oman tiedon ja kokemuksen, sekä kehittämisideoiden jakamisen jo kuntoutusprosessin aikana. Suurin osa kuntoutujista palaa kotiin ja työelämään melko tyytyväisinä. Kriittikiä saa kuntoutuksen käsite ja kuntoutusjärjestelmän jäykkyys. ”Kuntoutujan” leimaa ylläpidetään liian pitkään ja kuntoutusjaksot ovat liian pitkiä. Kuntoutujat toivovat kuntoutuspalveluilta enemmän yksilöllisyyttä, nopeaa siirtymää omaan elinympäristöön ja entiseen elämään sekä kustannustehokkaampaa palvelutarjontaa. (Reunanen ym. 2012, 34–36.)

Sairauskertomuksissa pettymykset ja luopumisen kokemukset tulevat esiin. Kuntoutujat kokevat jääneensä kuntoutuspalvelujen ulkopuolelle. He kaipaavat myös yksilöllisyyttä ja vertaistukea. Kuntoutujat ovat lamaantuneita sairaudestaan ja kuntoutus on vain henkilökunnan ohjeiden noudattamista ja tuen odottamista. Käsitys sairaudesta ja siitä kuntoutumisesta on jäsentymätön. Omia tavoitteita on vaikea asettaa ja oman roolin hahmotus on vaikeaa. Kuntoutujat kokevat henkilökunnan avun useimmiten asiallisena ja miellyttävänä. Kuntoutumiseen toivotaan jatkuvuutta, esimerkiksi vertaisryhmissä. (Reunanen ym. 2012, 36–37.)

Seikkailukertomuksissa varsinkin laitosjaksot esiintyvät kiinnostavina seikkailuna. Jännittävät, innostavat, elämykselliset ja yllätykselliset seikkailut koetaan kokeneen oppaan johdolla. Seikkailukertajat ovat enimmäkseen toipuneet melko lähelle entistä toimintakykyään. He ovat innokkaita kokeilemaan uutta oivaltaen liikunnan merkityksen. Liikunta tuo kuntoutujille niin sanotun flow- kokemuksen. Kuntoutujat ovat innokkaita jakamaan muillekin uusia näkemyksiään terveyden edistämisestä, aivohalvauksen ensioireiden tunnistamisesta ja hoitoon hakeutumisesta. He kaipaavat kuitenkin lisää mahdollisuuksia sekä rohkeutta tiiviimpään harjoitteluun ja ristiriitatilanteet syntyvät voimaharjoittelun rajoittamisesta. (Reunanen ym. 2012, 37.)

Muutoskertomuksissa kuntoutujat elävät murrosvaiheessa, jonka yllättävä sairastuminen ja siitä kuntoutuminen on aiheuttanut. Näissä kertomuksissa pohdittiin tulevaisuutta ja elämäntilanteen muutosta. Kuntoutuminen nähdään psyykkisenä prosessina ja sosiaalisen elämän käänteenä. Fysioterapeutin kanssa pohditaan kuntoutujan omaa psyykkistä kriisiä ja pärjäämistä kotona. Osalle kuntoutujista kotiin palaaminen on iso muutos, johon kaivataan enemmän valmennusta. (Reunanen ym. 2012, 37–38.)

Sairaanhoitajien mukaan iäkkäiden potilaiden oman kuntoutumisen edistäminen tapahtuu tunnistamalla oman aktiivisuuden vaatimuksen, toimimalla aktiivisesti sekä työskentelemällä tavoitteellisesti kuntoutumista ajatellen. Oman aktiivisuuden vaatimuksen tunnistaminen kuvataan potilaan oman tahtotilan ymmärtämisellä, vahvuuden tiedostamisella sekä kuntoutumisen ilmaisemisella ja sen mieltämisellä omaksi. Tahtotilan ymmärtäminen avataan potilaan oman motivaation, asenteiden ja luonteenpiirteiden, kuten tarmokkuuden, sisukkuuden sekä mukavuudenhalun, myöntämiseksi. Oma tahto ja tavoite selvitettiin itselle esitetyillä kysymyksillä ”Mihin pyrin?” ja ”Mikä elämässäni ja kuntoutumisessani on minulle tärkeää?” (Haapaniemi & Routasalo 2009, 38.)

Omien vahvuuksien tiedostamisella tarkoitetaan potilaan voimavarojen nimeämistä itsenäisesti tai yhdessä hoitajan kanssa. Vahvuuksina on mainittu esimerkiksi voimakas elämänhalu, iloinen luonne, rikas eletty elämä, muistot, hengellisyys, perheen tuki, ”toimivat jalat” sekä liikunnallinen elämäntapa. Kuntoutumisen tavoite tulee esiin potilaan omana näkemyksenä ja toiveena kuntoutumisestaan ja elämästään, potilaan kertomana. Näin varmistuu, että potilaan oma tavoite on myös sairaanhoitajien tiedossa. (Haapaniemi & Routasalo 2009, 39.)

Potilas on aktiivinen esittäessään kysymyksiä ja keskustelemalla omasta tilanteestaan, esimerkiksi potilaan voinnista, elämästä, hoidosta ja kuntoutumisesta sekä tulevaisuudesta. Potilaan työskentely kuntoutumisen tavoitteen saavuttamiseksi kuvataan päivittäisten toimintojen yritteliäällä harjoittelulla, oma-aloitteisuudella, mutta myös virkistäytymisellä ja lepäämisellä. Virkistäytyminen ja lepo koetaan potilaan mielialan kohottajina. (Haapaniemi & Routasalo 2009, 39.)

3.3 Omaisen rooli kuntoutumisessa

Sairaanhoitajien näkökulmasta omaiset ovat tärkeässä asemassa potilaan kuntoutumisen edistämässä, esimerkiksi huolehtimalla omista voimavaroistaan. Tällaisia keinoja ovat elämäntilanteen hahmottaminen, ihmissuhteiden ylläpitäminen sekä virkistäytyminen ja lepääminen. Myös kuntoutumisprosessiin myötävaikuttamalla sekä kuntoutuvan potilaan tukemisella omainen pystyy edistämään kuntoutumista. (Haapaniemi & Routasalo 2009, 39–40.)

Potilaan kuntoutumisen edistämisen lähtökohtana mainitaan asiakaslähtöisyys, johon pääseminen vaatii potilaan arvojen, toiveiden, voimavarojen ja tavoitteiden tiedostamista. Otettaessa omainen mukaan potilaan kuntoutumiseen jo akuuttivaiheessa, varmistetaan omaisen tuki myös potilaan siirtyessä osastolta kotiin. Potilas ja hänen omaisensa mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun ja toteutukseen, sekä yhteistyö sairaanhoitajien ja moniammatillisen tiimin kanssa edistävät iäkkään potilaan kuntoutumista. (Haapaniemi & Routasalo 2009, 43.)

Hoitoalan ammattilaisen rooli ajantasaisen tiedon antajana on tärkeä osa kuntoutusta. Perheenjäsenet voivat edistää potilaan kuntoutumista olemalla läsnä, esimerkiksi yhteisten ruokailuhetkien ja kotilomien avulla. Toisaalta joissain tilanteissa perheen läsnäolo voi olla haitallista potilaan kuntoutumiselle. (Kaila, 2009, 5–9.)

Auran, Paavilaisen, Asikaisen, Heikkilän, Lipposen ja Åstedt-Kurjen (2010, 17–18) mukaan potilaan läheiset kokevat jäävänsä paitsi avusta tunteidensa ymmärtämiseen sekä tuesta henkilökohtaiseen selviytymiseen. Kohtaaminen hoitohenkilöstön kanssa on kuitenkin suurimmalle osalle läheisistä myönteinen, turvallinen, luottamuksellinen sekä kunnioittava kokemus. Potilaalle nimetyllä omahoitajalla koetaan olevan positiivinen vaikutus kohtaamiseen. Suurin osa läheisistä kokee olevansa tyytyväisiä saamaansa tietoon potilaan terveydentilasta. Eniten tyytymättömyyttä esiintyy läheisen omaan jaksamiseen liittyvässä tiedonsaannissa. Myös perheenjäsenen hoitamisen kannalta tärkeistä sosiaalipalveluista sekä potilaan terveydentilan aiheuttamista perhe-elämän muutoksista kaivataan tietoa. Läheisten läsnäolo potilaan hoitoon liittyvissä neuvotteluissa ei ole yleistä.

Potilaan läheisten kehittämisehdotuksia hoitotyön tekijöille oli luotettavan tiedon saanti; tietoa kaivataan sairaudesta, hoidosta, osastosiirroista sekä tiedonkulusta niin osastojen kuin sairaaloiden välillä. Kirjallisen tiedonsaannin lisäksi mainitaan myös suullisen ohjauksen tärkeys potilaille ja heidän läheisilleen. Selkeät ja yhtenäiset neuvot ovat läheisten mukaan mieltä rauhoittavia ja selkiyttäviä. Hoitohenkilökunnalta odotetaan aloitetta keskusteluun sekä potilaan hoidossa tapahtuvien muutosten perusteluja. Nopeat muutokset hoidossa lisäävät turvattomuudentunnetta etenkin kotioloissa, ja tällaisten tilanteiden varalta kaivataan lisätietoa siitä, mihin ko-
toa voidaan ottaa yhteyttä. (Aura ym. 2010, 18.)

Kotiutustilanteessa tietoa toivotaan jatkohoidosta, kuntoutuksesta sekä muista arkisista asioista. Riittävä kivunhoito, huomion kiinnittäminen potilaiden pitkiin odotusaikoihin, turvallinen kotiutus sekä siirtokuljetusten huomiointi ovat hoitamiseen liittyviä mainittuja toimintoja. Läheiset toivovat hoitotyöntekijöiltä kuulemista, huomioimista ja tukemista. Läheisten ja hoitohenkilökunnan kohtaamisilta odotetaan asiallista, empaattista sekä kohteliasta käyttäytymistä. (Aura ym. 2010, 18.)

4 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Aivoverenkiertohäiriö on aina oireiltaan ja vaikutuksiltaan yksilöllinen, jolloin yksilöllisyyden ja asiakaslähtöisyyden merkitys korostuvat kuntouttavassa hoitotyössä. Yksilöllisessä hoidossa tarkastelunäkökulma on potilaslähtöinen. Siinä huomioidaan myös perheen erityispiirteet. Tärkeää on, että hoito perustuu todellisiin yksilöllisiin tarpeisiin, ei oletettuihin tarpeisiin. (Reunanen ym. 2012, 30, 41; Hallila 2005, 39–40.)

Oleellinen osa hoitotyötä on tehdyn hoitotyön kirjaaminen potilasasiakirjoihin. Potilasasiakirjan tulee sisältää ne potilasta koskevat tiedot, jotka ovat tarpeellisia hoidon suunnittelemiseksi, järjestämiseksi, toteuttamiseksi ja seurannan turvaamiseksi. Potilasasiakirjamerkintöjen on oltava selkeitä ja ymmärrettäviä. Niissä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjamerkinnöistä on myös käytävä ilmi valittujen hoitokeinojen ja toimenpiteiden perustelut. Potilasasiakirjat toimivat oikeusturvana potilaalle ja häntä hoitaville ammattihenkilöille, esimerkiksi potilaan hoidonselvittelytilanteissa (STM 2012, 45; Valvira 2012.)

Sähköistä kirjaamista on Suomessa kehitetty paljon tämän vuosikymmenen aikana. Sähköiset potilasasiakirjat mahdollistavat potilaslähtöisen ja laadukkaan hoitotyön kirjaamisen. Hoitotyössä kirjaaminen tapahtuu hoitosuunnitelman avulla. Hyvä hoitosuunnitelma ei kuitenkaan yksin takaa parempia hoitotuloksia potilaille. Olennaista on hoitosuunnitelmaan kirjattun tiedon laatu ja sisältö sekä miten tietoa käytetään. Vähäinen, epämääräinen ja rutiininomaisesti toteutettu hoitotyön kirjaaminen ei tue potilaan yksilöllistä hoitoa. (Iivanainen & Syväoja 2010, 11; Hallila 2005, 37–38, 49, 56.)

Hoitotyön kirjaamisessa ollaan siirtymässä rakenteiseen eli prosessinmukaiseen kirjaamiseen ja sitä tullaan käyttämään hoitotyössä riippumatta käytössä olevasta potilastietojärjestelmästä. Prosessikirjaamisella tarkoitetaan potilaan hoidon kuvaamista hoidollisen päätöksenteon mukaan. Prosessi pitää sisällään potilaan tarpeet, hoitotyön tavoitteet, suunnitellut hoitotyön toiminnot, hoitotyön toteutuksen sekä toteutuneen hoidon vaikuttavuuden arvioinnin. (Iivanainen & Syväoja 2010, 11, 651.)

Tulevaisuudessa siirrytään kansalliseen potilasasiakirja-arkiston käyttöön joka tarkoittaa sitä, että sinne tallennetut tiedot ovat käytettävissä kaikilla potilasta hoitavilla tahoilla. Arkistoon tallentuu myös hoitotyön tietoja. Potilaan yksilöllinen hoitaminen edellyttää häntä koskevan tiedon sujuvaa käyttöä. (Iivanainen & Syväoja 2010, 13.)

Tutkimusta on tehty aluetietojärjestelmään siirtymisestä. Käyttöönottovaiheessa suurimmat ongelmat liittyivät ammattilaisten tiedonsaantiin hoidettavan potilaan lääkkeistä, jatkohoidosta, epikriisistä sekä hoidon suunnittelusta. Tieto ei ollut ajantasaista, samoja tietoja kirjattiin useita kertoja ja kirjaamisen yhdenmukaisuus puuttui. (Asikainen, Suominen, Mäenpää & Maass 2008, 59.)

Viiden vuoden jälkeen aluetietojärjestelmän käyttöönotosta yhteiskäyttöinen tieto on parantanut yhteistyötä. Hoidon koordinointi on parantunut, päällekkäiset tutkimukset ja hoidot ovat vähentyneet, mutta vastuu jatkohoidosta jää aiempaa enemmän potilaan vastuulle. (Mäenpää, Asikainen & Suominen 2012, 125.)

Potilaiden kokemus aluetietojärjestelmästä on, että palvelutilanteessa heidän potilastietonsa on löydettävissä paremmin ja nopeammin kuin aiemmin. Tärkeätä on myös, että terveyskeskuslääkärillä on käytettävissään potilaan erikoisalatiotoja ja tutkimustuloksia. Tästä huolimatta potilaat ovat huolissaan hoitokokonaisuutensa hallinnasta, sillä aluetietojärjestelmä ei ole aina ajan tasalla tai sitä ei osata hyödyntää. Esimerkiksi tiedonkulku erikoissairaanhoidon ja kotisairaanhoidon välillä koetaan huonoksi. (Mäenpää, Asikainen & Suominen 2012, 32, 34.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten AVH -potilaan kuntouttava hoitotyö näkyy hoitotyön kirjaamisessa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa opinnäytetyön toimeksiantajalle kirjaamisen kehittämistarkoitukseen.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten hoitotyön suunnitelmallisuus näkyy kuntouttavan hoitotyön kirjaamisessa?
2. Miten fyysisten voimavarojen vahvistaminen näkyy kuntouttavan hoitotyön kirjaamisessa?
3. Miten psyykkisten voimavarojen vahvistaminen näkyy kuntouttavan hoitotyön kirjaamisessa?
4. Miten ohjaus, opetus ja tiedon antaminen näkyy kuntouttavan hoitotyön kirjaamisessa?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineistonkeruumenetelmänä oli dokumenttien tarkastelu. Aineisto analysoitiin deduktiivisella eli teoriapohjaisella sisällönanalyysillä. Aiheeseen perehdyttiin aiemman tiedon ja tutkimusten avulla, joiden pohjalta luotiin analyysirunko. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen aloitettiin keväällä 2012 ja tutkimuslupa saatiin marraskuussa 2013. Tutkimusaineisto analysoitiin talven 2013–2014 aikana.

6.1 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyö toteutettiin perehtymällä aiempaan aiheeseen liittyvään tietoon ja tutkimuksiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Tietoa haettiin hoitotieteellisistä tutkimuksista, terveydenhuoltoalan artikkeleista, Käypä hoito –suosituksesta sekä hoitoalaa ohjaavista laeista.

Analysoitavat dokumentit olivat toimeksiantajaosastolla kirjattuja sähköisiä potilasasiakirjoja. Tutkimuksista saadun tiedon perusteella luotiin analyysirunko, jonka pohjalta tehtiin deduktiivinen sisällönanalyysi tarkastelemalla potilasasiakirjoja. Analyysirungon (kuvio 1) pohjaksi valitut tutkimukset käsittelivät hoitotyötä potilaan, omaisten ja sairaanhoitajien näkökulmasta.

Tarkasteltavat potilasasiakirjat valittiin viideltä AVH -potilaalta. Valitut potilaat olivat olleet kuntoutusosastolla hoidettavana syys- ja lokakuun aikana vuonna 2013. Tutkittavat ajanjaksot vaihtelivat kolmesta viikosta yhdeksään viikkoon.

6.2 Aineiston analysointi

Valittujen tutkimusten perusteella (Liite 1) muodostettiin analyysirunko, jossa näkyy potilaan kuntouttava hoitotyö. (Kuvio 1) Ensimmäiseksi yläluokaksi muodostui hoitotyön suunnitelmallisuus, joka jakautui kahteen alaluokkaan: tavoitteiden asettaminen sekä valittujen hoitotyön toimintojen perustelut. (Kaila 2009, 5; Mäntynen ym. 2009, 26; STM 2012, 45.)

Toiseksi yläluokaksi muodostui fyysisten voimavarojen vahvistaminen. Tämä yläluokka jakautui neljään alaluokkaan: asentohoito, liikkuminen, päivittäiset toiminnot sekä lepo (Käypä hoito -suositus 2011; Iivanainen & Syväöja 2010, 386; Ylinen 2011, 37; Kaila 2009, 9.)

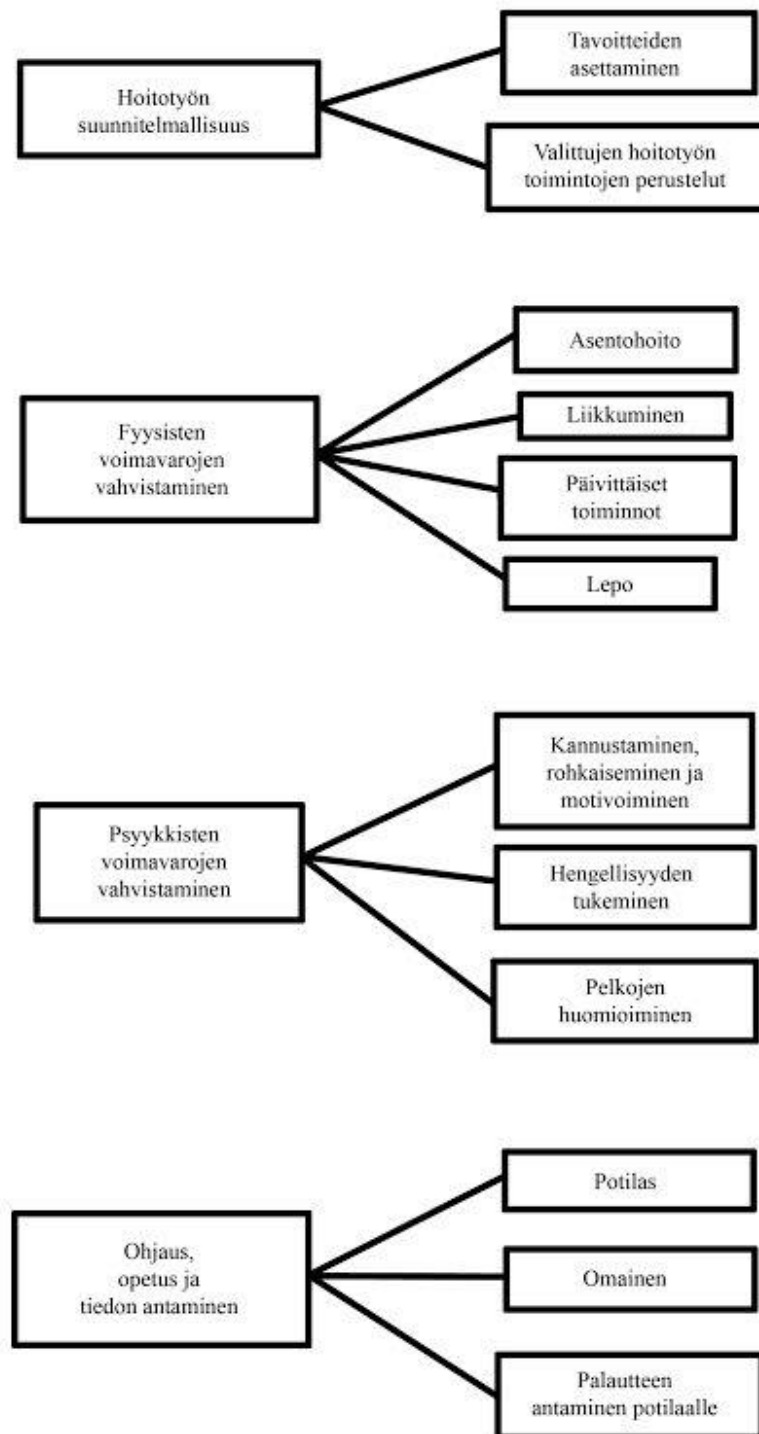
Kolmanneksi yläluokaksi muodostui psyykkisten voimavarojen vahvistaminen. Se jaettiin kolmeen alaluokkaan: kannustaminen, rohkaiseminen ja motivoiminen, hengellisyyden tukeminen sekä pelkojen huomioiminen. (Kaila 2009, 9; Mäntynen ym. 2009, 26, 30.)

Neljänneksi yläluokaksi muodostui ohjaus, opetus ja tiedonantaminen. Tämä yläluokka jaettiin kolmeen alaluokkaan: potilas, omainen sekä palautteen antaminen potilaille (Isola ym. 2007, 56–58; Kaila 2009, 9; Mäntynen ym. 2009, 30; Reunanen ym. 2012, 3338.)

Tutkittavat dokumentit olivat sähköisiä potilasasiakirjoja, joista tarkasteltiin hoitajien tekemiä päivittäisiä kirjauksia. Muiden ammattiryhmien, esimerkiksi fysioterapeutti tai toimintaterapeutti, kirjauksia ei otettu huomioon. Potilasasiakirjoista haettiin analyysirungon alaluokkien mukaisia alkuperäisiä kirjattuja ilmaisuja. (Taulukko 1)

Taulukko 1 Sisällönanalyysin eteneminen

Yläluokka	Alaluokka	Alkupeäinen ilmaus
Hoitotyön suunnitelmallisuus	Tavoitteiden asettaminen	”Tavoite: Kotiin”
Fyysisten voimavarojen vahvistaminen	Liikkuminen	”Pientä lenkkiä teki pyörätuolilla.”
		”Käveli vuoteen luorollan ja hoitajan auttamana.”
	Päivittäiset toiminnot	”Sai puettua päivävaatteet itsenäisesti.”
	Lepo	”Aamulla väsynyt ja nukkunut pidempään.”



Kuvio 1 Kuntouttavan hoitotyön jäsentely analyysirungoksi

7 KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Analyysirungon alaluokat kuvaavat potilaan yksilöllisyyttä kuntouttavassa hoitotyössä. Tutkittavista dokumenteista haettiin potilaan kuntouttavan hoitotyön näkymistä hoitotyön kirjaamisessa. Tutkimustulokset esitettiin analyysirungon yläluokkien mukaisessa järjestyksessä.

7.1 Hoitotyön suunnitelmallisuus

Osassa kirjatuista tavoitteista oli käytetty otsikointia, kuten tavoite, potilaan oma tavoite, hoidon osatavoite ja hoidon tavoite. Pääsääntöisesti kirjattut hoidon kokonaistavoitteet olivat selkeästi otsikoituja ja ne olivat useimmiten laajoja sekä tarkentamattomia kokonaisuuksia potilaan fyysiseen kuntoutumiseen ja kotiutumiseen liittyen.

Kokonaistavoite: Kotiin.

Hoidon tavoite: Kivut pysyvät hallinnassa eivätkä estä liikkumista. Kykenee selviytymään vaatteiden vaihdosta, peseytymisestä ja hygienian hoidosta apuvälineiden ja yhden hoitajan turvin.

Hoidon kokonaistavoitteita oli kuitenkin usein tarkennettu päivittäistason osatavoitteilla, joita oli kirjattu kotiutumisesta, kivunhoidosta, ihonhoidosta, liikkumisesta, siirtymisistä, potilaan omatoimisuudesta ja apuvälineiden käytöstä.

Osatavoite: Kivut pysyvät hallinnassa, eivätkä estä liikkumista.

Osatavoite: Ihon saaminen kyynänpäästä ehyeksi.

Osatavoite: Pystyy siirtymään ja liikkumaan itsenäisesti apuvälineitä käyttäen.

Myös potilaan oma tavoite oli huomioitu osassa kirjauksista.

Potilaan oma tavoite: Kotiutuminen entisen avun turvin.

Potilaan oma tavoite: Kuntoutua kotiin.

Osa tavoitteista oli kirjattu suurpiirteisesti ja olisivat kaivanneet tarkennusta. Niissä potilaan yksilöllisyys jäi huomioimatta, joten ne eivät myöskään anna toisille hoitajille tietoa potilaan kuntoutuksen tarpeesta. Esimerkiksi seuraavanlaisesta tavoitteesta jää epäselväksi, että kotiutuuko potilas oma-toimisena vai kotihoidon tai apuvälineiden turvin.

Tavoite: Pärjää kotona.

Tavoitteita oli kirjattu myös hoitajan toimintana, eikä potilaan näkökulmasta.

Tavoite: Toimintakyvyn tukeminen.

Tavoite: Harjoitellaan päivittäisiä toimintoja.

Hoitotyön suunnittelun pohjana olevia perusteluja ei kirjauksista löytynyt. Sen sijaan potilaan oireista ja voimien huomioinnista sekä niiden mukaisista hoitotyön toiminnoista oli kirjauksia. Eniten oli kirjattu haavan- ja ihonhoidosta, mutta myös avun tarpeesta päivittäisissä toiminnoissa, apuvälineiden tarpeesta, liikkumisesta sekä kivunhoidosta löytyi kirjauksia. Kivunhoidosta lääkkeen avulla oli nähtävissä selkeästi oire ja sen mukainen hoitotyön toiminto.

Jalat kuivat, niihin laitettu decupal-rasvaa.

Potilas kertoo että pyörryttää, otettu vs ja rr.

WC:hen menoon tarvitsi apua, ei jaksanut itse kelata ”ylä-mäkeen. Meno hiukan horjuvaa, mutta hoitajan käsi selällä kevyenä tukena tukevoitti seisomista housujen laskun ajan.

Aamulla kovaa oikean olkapään särkyä, sai aamulääkkeistä PARATABS 1g tbl klo 5.30.

7.2 Fyysisten voimavarojen vahvistaminen

Asentohoidon osalta tutkittavissa dokumenteissa ei ollut yhtään mainintaa. Myöskään yöllisistä potilaan asennonvaihteluista tai potilaan asennonvaihdon seuraamisesta ei ollut yhtään mainintaa.

Liikkumiseen liittyvissä kirjauksissa oli hyvin huomioitu potilaan yksilölliset tarpeet, niistä kävi selvästi ilmi potilaan oma osuus, hoitajan osuus sekä apuvälineiden tarve.

Rollaattorin avulla käveli wc:hen, ja sieltä kuntosalille jumppaamaan, teki ylösnousuharjoituksia, jalannostoja ja loitonnuksia kaiteesta kiinni pitäen.

Siirtymiset vasemman puolen kautta.

Pientä lenkkiä teki pyörätuolilla.

Käveli vuoteen luo rollan ja hoitajan auttamana.

Päivittäisten toimintojen osalta kirjauksia oli tehty erittämisestä, ruokailusta, pukeutumisesta ja riisumisesta sekä hygienian hoidosta. Erittämisen osalta kirjaukset olivat vain toteamuksia vatsan toiminnasta tai wc:ssä käymisestä. Hoitajan antama apu oli joltain osin jäänyt kirjaamatta.

Vatsa toiminut.

Käynyt wc:ssä.

Ruokailuista oli kirjattu paikkoja missä ruokailu on tapahtunut. Potilaan omien taitojen huomiointi ruokailutilanteessa oli kirjattu hyvin. Potilaan ruokahalu oli kirjattu usein, mutta ravinnonsaannin määrää oli arvioitu vain tapauksissa, joissa ruoka ei ollut maistunut.

Ruokaili huoneessaan.

Myös ruokailutilanteissa hoitaja ohjannut vasenta kättä.

Päivällisen söi etuaulassa, ruoka ei maistunut.

Pukeutumisen ja riisumisen osalta kirjaukset olivat tarkkoja, niissä oli eriteltty esimerkiksi alavartalo ja ylävartalo sekä vaatekappaleet, joiden pukemisessa tai riisumisessa potilas on tarvinnut apua. Pukeutumiseen käytettävistä apuvälineistä ei ollut yhtään mainintaa. Kirjauksissa hygienian hoidosta oli osaltaan todella tarkkaan ilmaistu potilaan omatoimisuus sekä avuntarve. Myös suuhygienia ja kynsien leikkaaminen oli kirjattu hyvin. Osa kirjauksista oli kuitenkin vain toteamuksia tapahtuneista pesuista. Potilaan omatoimisuus ja hoitotyön tarve oli osassa kirjauksista selkeästi huomioitu.

Suihkussa suihkutuolilla, riisunut itsenäisesti, avannut hanat ja suihkutellut. Housujen, sukkiensa ja kenkien laitossa tarvinnut apua.

Pääsääntöisesti ilmaukset olivat vain toteamuksia tapahtuneista asioista ja hoitotyön osuus jäi vähemmälle tai kokonaan puuttumaan.

Wc:ssä alapesut.

Myös lääkehoidon osa-alue tuli esiin päivittäisten toimintojen yhteydessä. Tilanteista, joissa potilas oli itse hoitanut oman lääkkeen annostelunsa, esimerkiksi astmalääkkeen ottamisesta ja potilaan dosetin käytön harjoittelusta, oli mainintoja kirjauksissa. Muuten lääkkeen oton sujuvuutta tai ongelmia ei ollut kirjattu. Yhdessä kirjauksessa potilas oli kertonut kuntoutusjaksonsa alkaessa nielemisvaikeudestaan, mutta hänenkään kohdalla lääkkeidenoton sujuvuudesta ei ollut mainintoja.

Pesi itse hampaat ja otti astmalääkkeen.

Potilaan vireystilaa ja väsymystä oli kirjauksissa arvioitu useasti. Myös mainintoja lepohekistä oli runsaasti. Yhdessä kirjauksessa oli maininta omaisten toiveesta seurata potilaan riittävää yöunta osastolla, tällöin levonsaantia oli arvioitu tarkemmin. Muutoin potilaiden riittävän levonsaannin arviointia ei ollut kirjattu.

Kävely oli huterampaa kuin aiemmin, johtuen todennäköisesti väsymyksestä.

Kertoi olevansa kovin väsynyt, kun viime yön oli valvonut.

Osassa kirjauksista näkyi selvästi potilaan oma toive.

Yöpuulle halusi aikaisin illasta.

Joissakin kirjauksissa potilaan oma toive levon suhteen jäi epäselväksi.

Ennen lounasta oli lepäämässä

Kävi päivälevolle

Joissain kirjauksissa oli selkeästi maininta potilaan väsymyksestä, mutta potilaan oma toive jäi tulkinnanvaraiseksi.

Aamulla väsynyt ja nukkunut pidempään.

Yönien osalta hoitajien tekemät kirjaukset olivat rutiininomaisia.

Nukkunut

Ei ole oikein hyvin nukkunut.

7.3 Psykkisten voimavarojen vahvistaminen

Psykkisten voimavarojen vahvistaminen sisältää kannustamisen, rohkaisemisen ja motivoimisen, pelkojen huomioimisen sekä hengellisyyden tukemisen. Dokumenteissa oli vain muutama maininta psykkisten voimavarojen vahvistamisesta.

Osallistui hartauteen.

Kannustettu syömään vasemmalla kädellä.

Seuraava lainaus on kirjattu kannustavassa hengessä, mutta siitä ei kuitenkaan selviä, onko potilasta kannustettu aamutoimiensa yhteydessä.

Hienosti hoidellut aamutoimiaan itsenäisesti.

7.4 Ohjaus, opetus ja tiedonantaminen

Dokumenteista löytyi mainintoja potilaan ohjauksesta ja opetustilanteista liikkumisen ja päivittäisten toimintojen osalta. Kirjatut ohjaustilanteet sisälsivät potilaan suullista ja kosketuksen avulla tapahtuvaa ohjausta. Myös ohjauksen onnistumista oli arvioitu. Joistakin kirjauksista jäi epäselväksi, onko potilas saanut ohjausta suullisesti vai kosketuksen avulla.

Rollaattorin ja hoitajan kanssa käveli osastoa ympäri, suullista ohjausta tarvitsi.

Yritetty rauhoittaa touhuilua, ettei vahinkoja tulisi.

Ruokailussa otettu leipä mukaan harjoitteluun ja tiedostaa, että pitää syödä rauhallisesti sekä keskittyttävä nielemiseen.

Wc- reissulla omatoimisesti ohjattuna.

Omaisten saama tieto oli kirjattu puutteellisesti. Kirjauksissa oli maininta tiedonannosta, mutta sen sisältöä ei ollut kirjattu.

Tyttärelle ilmoitettu uudet asiat.

Soitettu pojalle potilaan asioista.

Potilaille annetusta palautteesta ei löytynyt kirjauksia.

8 POHDINTA

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella menetelmällä ja deduktiivista sisälönanalyysiä käyttäen. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta luotiin analyysirunko, joka ilmentää potilaan yksilöllisyyden huomioimista kuntouttavassa hoitotyössä. Tutkittavista dokumenteista etsittiin analyysirungon alaluokkien mukaisia kirjauksia. Opinnäytetyön laatua arvioitaessa voidaan tarkastella esimerkiksi luotettavuutta, eettisyyttä, saaduista tuloksista tehtyjä johtopäätöksiä sekä niiden hyödynnettävyyttä työelämässä.

8.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä. Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä voidaan etsiä uutta näkökulmaa jo olemassa olevaan tietoon tai lisätä ymmärrystä tutkitusta ilmiöstä (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 50, 57). Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa toimeksiantajaosaston kirjaamisen kehittämistarkoitukseen.

Tutkittavaan aiheeseen perehtyminen tapahtui kirjallisuuskatsauksen avulla. Opinnäytetyön tekijät valitsivat työssä käytetyt tutkimukset ja ne käsitelivät hoitotyötä tai kuntouttavaa hoitotyötä. Valituissa tutkimuksissa näkyi potilaslähtöisyyden ja yksilöllisyyden näkökulma hoitotyössä. Tutkimukset olivat kotimaisia ja aikaväliltä 2007–2014.

Opinnäytetyössä tutkittavat dokumentit analysoitiin deduktiivisella sisälönanalyysillä. Deduktiivisessa eli teorialähtöisessä analyysissä muodostetaan analyysirunko aiempaan tietoon pohjautuen. Deduktiivisessa analyysissä käsitteet on sisällytetty analyysirunkoon ja aineistosta etsitään siihen sisällöllisesti sopivia asioita. Analysoinnin tulos muodostuu käsitteiden sisällöstä ja rakenteesta. (Kyngäs ym. 2011, 139; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2010, 135–137.)

Opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten perusteella rakennettiin kuntouttavan hoitotyön analyysirunko. Analyysirungon sisältöä havainnollistettiin kuvion avulla. Tutkittavaa aineistoa luettiin läpi useaan kertaan ja sieltä etsittiin analyysirungon alaluokkien mukaisia hoitotyön kirjauksia. Analyysin etenemistä havainnollistettiin taulukon avulla. Molemmat opinnäytetyön tekijät osallistuivat analyysin tekemiseen. (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2010, 159). Alkuperäisistä hoitotyön kirjauksista haettiin yhtäläisyyksiä ja eroja.

Tulokset pyrittiin raportoimaan mahdollisimman selkeästi ja ymmärrettävästi. Tulosten raportoinnissa käytettiin suoria lainauksia alkuperäisistä kirjauksista luotettavuuden lisäämiseksi. Lainaukset käännettiin kirjakielelle ja mahdolliset murreilmaisut poistettiin tutkittavien potilaiden sekä hoitohenkilökunnan anonymiteetin säilymiseksi. (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2010, 160–161; vrt. Kyngäs ym. 2011, 140.)

Opinnäytetyön aihe on lähtöisin työelämästä. Opinnäytetyössä pyrittiin siihen, että tulokset ovat hyödynnettävissä toimeksiantajaosastolla.

8.2 Eettisyys

Hyvässä tieteellisessä käytännössä toimitaan rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Tiedonhankinta, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmät ovat tieteellisesti ja eettisesti kestäviä. Muiden tutkijoiden töitä ja työrauhaa kunnioitetaan. Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset jaetaan kahteen pääluokkaan: piittaamattomuuteen ja vilppiin. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 364; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2010, 141–142.)

Opinnäytetyön tekijöillä on työharjoittelujen myötä saatua kokemusta AVH-potilaiden hoitotyöstä. Tämän vuoksi kiinnostus aihetta kohtaan oli aitoa. Opinnäytetyön aihe on tärkeä potilaan hoitotyön kehittymiselle. Aiemman tutkimustiedon hakemiseen käytettiin runsaasti aikaa ja tutkimuksista saatu tieto oli ajantasaista. Opinnäytetyön aineistona oli jo tapahtuneen hoitotyön dokumentointi, joten opinnäytetyön tekijät eivät voineet vaikuttaa tutkimusaineiston sisältöön. Eettisyyden näkökulmasta tutkittavien dokumenttien kirjattu sisältö pyrittiin säilyttämään totuudenmukaisena.

Opinnäytetyötä varten kerättyjä aineistoja käsiteltiin ja säilytettiin luottamuksellisesti salassapitovelvollisuutta noudattaen. Potilaiden anonymiteetti säilyi koko opinnäytetyön prosessin ajan, sillä dokumentteja tulostettaessa potilaiden tunnistetiedot poistettiin ennen kuin ne luovutettiin tekijöille. Hoitohenkilökunnan anonymiteetti säilytettiin siten, että työssä käytetyt alkuperäiset lainaukset muutettiin yleiskielelle eikä niitä voi yhdistää yksittäisen hoitajan tekemäksi kirjaukseksi. Opinnäytetyössä on hyödynnetty koko saatu tutkimusaineisto ja kaikkiin analyysirungon mukaisiin tutkimuskysymyksiin etsittiin vastaus.

Tutkimustulokset on raportoitu rehellisesti ja ymmärrettävästi. Dokumentit toimitettiin toimeksiantajaosastolle asianmukaisesti hävitettäviksi, kun opinnäytetyö oli valmis. Tutkimustulokset ovat hyödynnettävissä tulevaisuudessa toimeksiantajaosastolla.

8.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Hoidon tavoite tulisi asettaa suhteessa hoidon tarpeisiin ja se voidaan eritellä kokonaistavoitteisiin ja välitavoitteisiin. Tavoite esitetään lyhyesti potilaan, ei hoitajan, odotettuna käyttäytymisen muutoksena. Tavoitteella kuvataan potilaan tekemistä tai kognitiivista toimintaa, esimerkiksi tekemistä, tuntemista, osaamista, hallitsemista, ymmärtämistä tai tietämistä. (Iivanainen & Syväoja 2010, 652–653.) Tutkituissa dokumenteissa hoitotyön tavoitteet oli kuitenkin kuvattu hoitajan tekemänä asioina, ei potilaan tekemisenä tai osaamisena.

Mäntynen ym. (2009, 26) mukaan kuntoutuja tai hänen omaisensa eivät aina osallistu tavoitteiden asettamiseen. Opinnäytetyön tutkimustulokset tavoitteiden asettamisen osalta ovat samansuuntaisia, sillä potilaan omista tavoitteista ei löytynyt kirjauksissa kuin muutama maininta. Omaisten osallistumisesta tavoitteiden asettamiseen ei löytynyt yhtään kirjausta.

Kuntouttavan osaston kirjaamisessa kokonaistavoitteen tulisi olla laajempi kokonaisuus potilaan tilanteesta ja eriteltynä yksityiskohtaisemmin toimintakyvyn vajavaisuuksien ja voimavarojen mukaan. Kuntouttavan hoitotyön kannalta voisi olla hyvä kirjata osatavoitteita erilliselle sivulle, josta niiden löytäminen olisi helpompaa. Suunnittelulla voidaan varmistaa hoidon jatkuvuus potilaalle huolimatta siitä, kuka potilasta hoitaa ja missä hoito toteutetaan. (vrt. STM 2012, Iivanainen & Syväoja 2010, 11, 651). Tutkimustuloksissaan Mäntynen ym. (2009, 26) esittivät, että moniammatilliselle tiimityölle on merkityksellistä sekä tiedonvälitykseen että vuorovaikutukseen liittyvät tekijät. Ensisijaisesti tiedon jakaminen osastolla tapahtuu kirjattujen potilastietojen avulla. Tämän vuoksi olisi tärkeää, että potilasasiakirjoihin tehdyt merkinnät hoitotyöstä olisivat riittävän informatiivisia.

Potilasasiakirja-asetuksen 7 § mukaan potilasasiakirjamerkinnoista tulee käydä ilmi valittujen hoitokeinojen ja toimenpiteiden perustelut (STM 2012, 45). Hoitotyötä perustellaan asetettujen tavoitteiden pohjalta. Jos tavoitteet on asetettu puutteellisesti, voidaan hoitotyön toimintoja perustella vain potilaan vointiin reagoimisella. Opinnäytetyön tuloksissa tavoitteiden mukaisia perusteluja ei ollut kirjattu.

Asentohoidolla aktivoidaan kuntoutumista edistäviä kehon aistimuksia ja ehkäistään vartalon ja raajojen toimintahäiriöitä. Sen avulla vähennetään myös painehaavojen, keuhkokuumeen, syvien laskimotukosten sekä keuhkoembolian riskiä. (Käypä hoito -suositus 2011.) Nukkuessaan potilas saattaa maata pitkiä aikoja samassa asennossa, joten asentohoitoa annetaan esimerkiksi yön aikana. Asentohoidon osalta ei kirjauksista kuitenkaan löytynyt yhtään mainintaa.

Sairaanhoitajat arvioivat tukevansa potilaan yksilöllisyyttä melko hyvin hoitotyön menetelmiä käyttäen. Parhaiten tuetaan potilasta kliinisen tilanteen osalta ja vähemmälle jää henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioiminen. (Suhonen ym. 2010, 186,189.) Opinnäytetyön tulokset ovat hoitotyön kirjausten pohjalta samansuuntaisia.

Kirjauksissa potilaan yksilölliset tarpeet oli hyvin huomioitu liikkumisen osalta ja niissä oli eritelty tarkkaan potilaan ja hoitajan osuus sekä apuvälineiden käytön tarve. Päivittäisten toimintojen osalta oli myös kirjattu tarkkaan potilaan ja hoitajan osuus, mutta apuvälineistä vain wc-tuoli oli mainittu. Joiltain osin hoitajan apu oli jäänyt kirjaamatta.

Lääkehoidon osalta kirjauksissa oli seurattu potilaan itsenäisesti ottamia lääkkeitä, esimerkkeinä tällaisista ovat astmalääke tai oman dosetin käytön harjoittelu. Toisaalta hoitajien jakamien lääkkeiden osalta ei ollut mainintoja siitä, onnistuuko lääkkeiden nieleminen tai oliko lääkkeiden otossa jotain poikkeavaa. Kirjauksia potilaan henkilökohtaiseen elämään liittyen oli erittäin vähän ja ne olivat esimerkiksi mainintoja omaisten vierailuista.

Lepohetkiä oli kirjauksissa mainittu useasti, mutta kokonaisvaltaista arviointia riittävästä levosta ei löytynyt. Lisäksi levon määrää ei ollut ajallisesti arvioitu. Mainituista päivälevoista jäi epäselväksi, onko lepothetki tullut potilaan toiveesta vai hoitajan kehotuksesta. Potilaan unirytmistä osastohoidon ulkopuolella ei ollut mainintaa yhdessäkään tutkittavassa dokumentissa. Motorisessa oppimisessa ja liikkumisen uudelleen opettelussa harjoitus- ja toistokertojen riittävä määrä suhteessa sopivaan levon rytmiytykseen ovat kuntoutuksen keskeisiä edellytyksiä parhaaseen tulokseen pääsemisessä (Ylinen 2011, 37; Kaila 2009, 9).

Potilaan psyykkisten voimavarojen vahvistamisesta oli kirjauksissa vain vähän mainintoja. Voimavarojen vahvistaminen voi olla esimerkiksi vain pieni ele, hymy tai kosketus oikealla hetkellä. Tällaiset reaktiot ovat spontaaneja ja tulevat välittömästi ja ajattelematta. Tämän vuoksi ne voivat usein jäädä kirjaamatta. Toisaalta Isolan ym. (2007, 59) mukaan iäkkäät toivoivat saavansa enemmän ohjausta niin potilaan kuin omaistenkin tunteiden käsittelyyn. Hengellisyyden osalta kirjauksissa voisi olla maininta siitä, onko potilaalla ollut tapana osallistua säännöllisesti esimerkiksi hartauksiin. (vrt. Kaila, 2009, 5,9.)

Opinnäytetyössä potilaan saamaa ohjausta ja sen onnistumista oli kirjattu monipuolisesti liikkumisen ja päivittäisten toimintojen osalta. Kuntouttavan hoitotyön toteutuminen oli hyvin nähtävissä kirjatusta ohjaustilanteista.

Isolan ym. (2007, 59) mukaan potilaiden saama ohjaus ei kuitenkaan paranna potilaan läheisten tiedonsaantia. Potilaan omaisten mukaan selkeät ja yhtenäiset neuvot selkiyttävät ja rauhoittavat mieltä. Potilaiden läheisistä 73 % on tyytyväisiä potilaan terveydentilasta saatuun tietoon. (Aura ym. 2010, 17–18; Kaila 2009, 8.)

Opinnäytetyön tuloksissa ilmenee, että kirjauksissa oli mainintoja omaisille annettusta tiedosta, mutta annettun tiedon sisältöä ei ollut kirjattu. Tällaisten kirjausten pohjalta ei pystytä varmistamaan, että omaisten saama ohjaus olisi riittävää ja ajantasaista.

Tutkituista dokumenteista oli nähtävissä, että kuntouttavan hoitotyön kirjaaminen oli painottunut potilaan fyysisen kuntoutumisen seuraamiseen. Kirjaamisten sisältö päivittäisten toimintojen osalta oli jäänyt suppeaksi. Potilaan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn seuraaminen oli jäänyt huomattavasti vähemmälle. Kuntouttavassa hoitotyössä on kuitenkin tärkeää huomioida potilas kokonaisvaltaisesti (vrt. Ylinen 2011, 36–37).

Opinnäytetyön tulokset eivät ole suoraan verrattavissa työssä käytettyjen tutkimusten tuloksiin. Yksilöllistä hoitoa käsittelevät tutkimukset eivät sisällä tutkittua tietoa hoitotyön kirjaamisesta, mutta niiden avulla sai hyvän kuvan potilaan yksilöllisestä hoidosta. Toisaalta kaikki toteutunut hoito tulisi kirjata, jotta se toimisi parhaana mahdollisena turvana niin potilaan hoidolle kuin hoitajallekin. Opinnäytetyön tulokset ovat hyödynnettävissä toimeksiantajayksikön kuntouttavan hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen. Tutkimustulosten avulla voidaan selvittää, mihin suuntaan kuntouttavan hoitotyön kirjaamista tulisi kehittää, jotta se tukisi potilaan yksilöllistä hoitoa.

Jatkotutkimusehdotuksena esitetään hoitajien kokemusten selvittämistä kirjaamisen kehittämistarpeista toimeksiantajaosastolla. Tulevaisuudessa voisi myös tutkia hoitotyön prosessin näkymistä kuntouttavan hoitotyön kirjaamisessa.

LÄHTEET

- Aivoliitto n.d.. Neuropsykologiset puutosoireet. Viitattu 10.1.2014. Saatavissa:
[http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/aivoverenkiertohairio/neuropsykologiset_puutosoireet](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/aivoverenkiertohairio/neuropsykologiset_puutosoireet)
- Asikainen, P., Suominen, T., Mäenpää, T. & Maass, M. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä tiedon siirto ja yhteistoiminta aluetietojärjestelmän käyttöönottoaiheessa. *Hoitotiede* vol. 20 (2) 59–69.
- Aura, M., Paavilainen, E., Asikainen, P., Heikkilä, A., Lipponen, V. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyön tekijöiltä saadusta tuesta. *Tutkiva Hoitotyö* Vol. 8 (2) 4–21.
- Haapaniemi, H. & Routasalo, P. 2009. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämässä sairaanhoitajien näkökulmasta. *Hoitotiede* 21 (1) 34–44.
- Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2010. *Hoida ja kirjaa*. 1.-4.painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19 (2) 51–62.
- Kaila, A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä – metasynteesi. *Hoitotiede* 21 (1) 3–12.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. *Tutkimus hoitotieteessä*. 1.–2.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kohonen, M., Kylmä, J., Juvakka, T. & Pietilä A-M. 2007. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät – metasynteesi. *Hoitotiede* Vol. 19 (2) 63–75
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisälönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2) 138–148.
- Käypä hoito -suositus 2011. Aivoinfarkti. Viitattu 27.3.2013. Saatavissa Terveysportti-tietokannassa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051?hakusana=avh>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L785/1992. Viitattu 8.1. 2014. Saatavissa: www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2010. Etiikka hoitotyössä. 5.–6.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Liippola, P., Koskimäki, J., Valasti, H & Roine, R. 2011. Rakastatko minua tänäänkin?–Aivoverenkiertohäiriöt ja seksuaalisuus. Aivoliiton julkaisuja. 2. tarkistettu painos.

Mäenpää, T., Asikainen, P. & Suominen, T. 2012. Aluetietojärjestelmän merkitys alueelliseen yhteistyöhön, toimintamallien muutokseen ja organisaatiokulttuuriin ammattilaisten ja hallinnon edustajien kokemana. Hoitotiede 24 (2) 125–137.

Mäenpää, T., Asikainen, P. & Suominen, T. 2012. Potilaan kokemukset alueellisesta yhteiskäyttöisestä tiedosta. Tutkiva Hoitotyö Vol 10 (3) 32–40.

Mäntynen, R., Vehviläinen-Julkunen, K. & Sivenius, J. 2009. Kuntoutumista edistävä hoitotyö näkyväksi–terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa. Hoitotiede 21 (1) 23–33.

Pohjolainen, T & Rissanen, P. 2009. Kuntoutussuunnitelma ja kuntoutusjärjestelmä. Fysiatría. Viitattu 8.11.2012. Saatavissa Terveysportti-tietokannassa: <http://www.terveysportti.fi.proxy.hamk.fi:2048/dtk/tyt/koti>

Reunanen, M., Talvitie, U., Pyöriä, O. & Järvikoski, A. 2012. Aivohalvaukseen sairastuneiden ihmisten kuntoutuskokemukset kertomuksina. Kuntoutus 2 30–43.

Riekkinen, M. 2012. AVH-potilaan kuntoutus. Viitattu 31.1.2014 Saatavissa:
http://www.helsinki.fi/search?site=Kaikki_julkinen&client=julkinen&proxystylesheet=julkinen&output=xml_no_dtd&oe=iso-8859-1&ie=iso-8859-1&hl=fi&site=Kaikki_julkinen&q=minna+riekkinen&submit.x=0&submit.y=0

STM:n asetus potilasasiakirjoista nro 298/2009. 30.3.2009. Viitattu 6.11.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

STM 2012. Opas terveydenhuollolle. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4/2012. Viitattu 21.11.2012.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1816832

Suhonen, R., Gustafsson, M-L., Lamberg, E., Välimäki, M., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2010. Yksilöllisen hoidon teoria–Ammatillinen hoitoympäristö ja sairaanhoitajan autonomia osana teoriaa. Hoitotiede 22 (3) 184–194.

Valvira 2012. Ohjaus ja valvonta. Potilasasiakirjat. Viitattu 6.11.2012.
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat

Ylinen, A. 2011. Aivojen kuntoutumisen neurobiologiset haasteet. Kuntoutus 1 35–38.

ANALYYSIRUNGON MUODOSTAMISEEN VALITUT TUTKIMUKSET

TUTKIMUS	MENETELMÄ	TULOKSET- Asiakaslähtöinen hoitotyö
Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede 19(2) 51–62.	Kyselylomake 65 vuotta täyttäneille yliopistollisen sairaalan potilaille (n=203).	<ul style="list-style-type: none"> - potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjauksen laatuun - sairaudesta, sairauden hoidosta, hoitotoimenpiteistä ja tutkimuksista ohjattiin riittävästi - kuntoutuksesta, tukiryhmistä ja sairauden syistä saatiin riittämättömästi ohjausta - omaisten osallistumista ohjaustilanteeseen toivottiin - yksilöllisyyttä ja monipuolisia ohjausmenetelmiä kaivattiin - ohjaustila liian pieni ja meluisa - ohjausaikojen muuttamista kritisoitiin
Kaila, A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä – metasynteesi. Hoitotiede 21(1) 3–12.	Kirjallisuuskatsaus, 12 artikkelia.	<p>Hoitotyön auttamismenetelmiä olivat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kuntoutumista edistävän ympäristön järjestäminen - rohkaiseminen ja rajoittaminen - tiedonantaminen - potilaan omien voimavarojen vahvistaminen - opastaminen ja opettaminen - potilaslähtöinen tavoitteellinen työskenteleminen <p>Hoitotyön auttamismenetelmien vaikuttavuudesta ei löytynyt vahvaa näyttöä, mutta tuella, ohjauksella sekä omaisten mukaan ottamisella on vaikutusta avh:stä kuntoutumiselle.</p>

<p>Mäntynen, R., Vehviläinen-Julkunen, K. & Sivenius, J. 2009. Kuntoutumista edistävä hoitotyö näkyväksi-terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa. <i>Hoitotiede</i> 21(1) 23–33.</p>	<p>Yhden kuntoutuskeskuksen ja kahden terveystieteiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden (n=43) haastattelu.</p>	<p>Sairaanhoitajan rooli kuntoutumisprosessissa merkityksellinen: -kuntoutujan lähtötilanteen arviointi ja tavoitteiden asettaminen - vuorovaikutus kuntoutujan, hänen läheistensä ja muiden hoitoon osallistuvien kanssa - ammattitaitoisen hoitotyön toteuttaminen - kuntoutujan tukeminen kriisin läpikäymisessä - kannustaminen pienin askelin etenemiseen - tiedon jakaminen - emotionaalisen tuen antaminen, toivon ylläpitäminen ja uusien sopeutumiskeinojen löytäminen</p>
<p>Reunanen, M., Talvitie, U., Pyöriä, O. & Järvikoski, A. 2012. Aivohalvaukseen sairastuneiden ihmisten kuntoutuskokemukset kertomuksina. <i>Kuntoutus</i> 2 30–43.</p>	<p>AVH-potilaiden haastattelu, keskimäärin 7kuukautta sairastumisen jälkeen (n=29)</p>	<p>Tulokset esitetään viitenä kertomuksena: selviytymiskertomus, asiantuntijakertomus, sairauskertomus, seikkailukertomus ja muutokertomus. - yksilöllisen ja asiakaslähtöisen kuntoutusotteen merkitys korostuu</p>
<p>Suhonen, R., Gustafsson, M-L., Lamberg, E., Välimäki, M., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2010. Yksilöllisen hoidon teoria- Ammatillinen hoitoympäristö ja sairaanhoitajan autonomia osana teoriaa. <i>Hoitotiede</i> 22(3) 184–194.</p>	<p>Kyselylomake kahden sairaanhoitopiirin ja yhdeksän sairaalan ortopedisten vuodeosastojen sairaanhoitajille (n=233)</p>	<p>- yksilöllinen hoito on positiivisesti yhteydessä ammatilliseen hoitoympäristöön ja sairaanhoitajan autonomiaan - hoitajat tukevat potilaiden yksilöllisyyttä yleensä hyvin, parhaiten kliinisen tilanteen ja vähiten henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta - potilaan päätöksentekoa ja osallistumista hoitoonsa tuetaan</p>