

Siirtymisen avustaminen aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutumisessa

Perehdytysvideon kehittäminen Päijät-
Hämeen hyvinvointikuntayhtymän
kuntoutussairaala Jalmarin
hoitohenkilökunnalle

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syksy 2017
Vilma Salminen, Silja Suolanen ja
Anna Toivonen

Lahden ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma

SALMINEN, VILMA,
SUOLANEN, SILJA,
TOIVONEN, ANNA

Siirtymisen avustaminen
aivoverenkiertohäiriöstä
kuntoutumisessa
Perehdytysvideon kehittäminen
Päijät-Hämeen
hyvinvointikuntayhtymän
kuntoutussairaala Jalmarin
henkilökunnalle

Fysioterapian opinnäytetyö, 49 sivua, 5 liitesivua

Syksy 2017

TIIVISTELMÄ

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa perehdytysvideo aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen siirtymisen avustamisesta kuntoutuksen subakuutissa vaiheessa.

Aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutumista voidaan tukea tekemällä siirtymiset ja niiden avustus kuntoutujaa aktivoivasta näkökulmasta. Aivoverenkiertohäiriö on tilapäinen vaurio aivojen verenkierrossa. Sairaudesta seuraa oireita, joilla voi olla vaikutusta niin motorisiin, kognitiivisiin kuin verbaalisiin taitoihin. Nämä oireet asettavat haasteensa kuntoutusprosessiin yksilökohtaisesti.

Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän Salpausselän kuntoutussairaala Jalmarin fysioterapeutit. Perehdytysvideo tehtiin pääasiassa vaativan neurologisen kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan käyttöön, ja se suunniteltiin vastaamaan toimeksiantajan tarpeita. Video toimii perehdytysmateriaalina kuntoutusosaston hoitohenkilökunnalle.

Raportin ja videon tarkoituksena on lisätä kohderyhmän ymmärrystä kuntoutusprosessista, kuntouttavan hoitotyön ja aktivoivan avustamisen vaikutuksesta sairaudesta toipumiseen, selkeyttää ja yhtenäistää konkreettisesti hoitohenkilökunnan avustamistekniikkaa ja tällä tavoin lisätä ja kannustaa aktivoivampaa avustamista käytännön työssä. Videolla esitellään aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuvan siirtymisen avustamisen periaatteet ja käytäntö. Yhteistyössä kanssamme kehittämisprosessissa olivat osaston fysioterapeutit.

Asiasanat: aivoverenkiertohäiriö, kuntoutuja, neurologinen kuntoutus, siirtymisen avustaminen, perehdytysvideo, kognitiiviset ongelmat, moniammatillinen yhteistyö, toimintakyky

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

SALMINEN, VILMA,
SUOLANEN SILJA,
TOIVONEN ANNA

Assistance of movement
in a stroke
rehabilitation process
The process of
developing an
educational video for
nurses

Bachelor's Thesis in Physiotherapy, 49 pages, 5 pages of appendices

Autumn 2017

ABSTRACT

The aim of this thesis was to develop an educational video introducing the physical handling and assistance of a stroke patient in everyday moving. By moving we refer to a position change, for example moving from a bed to a wheelchair. The video introduces the principles and the practice of handling. After suffering a stroke, the patient's physical performance in everyday life is severely affected and neurological rehabilitation is needed. Handling and assistance of a person suffering from a sub-acute stroke is a significant part of the rehabilitation process. By helping and handling the patient's movement in an activating way rehabilitation process will progress more effectively.

The subscribing organization to this work was Salpausselän kuntoutussairaala Jalmari's neurological ward. The video is an orientational material with the intention to educate and instruct nurses about physical handling of a stroke patient. The video and the article are intended specifically for nurses who work in the field of sub-acute and demanding neurology. The video was made to meet the needs of the subscriber. The development process was made in co-operation with the physiotherapist from the ward of neurological rehabilitation.

The purpose of the article and the video is to increase the understanding of the target audience of the importance of rehabilitative nursing and activating handling in the stroke recovery process. It is intended to explain in concrete terms how to handle a patient in a rehabilitating way. This is done in the hope of encouraging nurses to assist patients in an activating way, and standardizing the handling of patients between nurses and physiotherapists.

Key words: stroke, patient, neurological rehabilitation, assistance of movement, educational video, cognitive disorders, multi-professional co-operation, function

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖPROSESSI	3
2.1	Tavoite ja tarkoitus	3
2.2	Aiheen valinta ja rajaus	4
2.3	Toimeksiantaja	4
3	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ	7
3.1	Iskeemiset AVH:t ja aivovaltimon verenvuodot	7
3.2	AVH:n riskitekijät	8
4	FYYSINEN TOIMINTAKYKY	10
4.1	ICF ja fyysisen toimintakyvyn käsite	10
4.2	Fyysisen toimintakyvyn rajoitteet	11
5	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖSTÄ KUNTOUTUMINEN	15
5.1	Kuntoutuksen vaiheet	16
5.2	Aivojen plastisiteetti kuntoutumisen perustana	16
5.3	Moniammatillisuus kuntoutuksessa	17
5.4	Liikemallien uudelleen oppiminen	18
6	SIIRTYMISEN AVUSTAMINEN	20
6.1	Avustamisen periaatteet	20
6.2	Manuaalinen fasilitointi	21
6.3	Ympäristö ja avustajan ergonomia	22
6.4	Siirtymisen avustaminen osana kuntoutusta	23
6.5	Siirtymisen avustamisen näkökulmat	24
7	SIIRTYMISEN AVUSTAMINEN VIDEOILLA	27
7.1	Kyljelle kääntyminen	27
7.2	Istumaannousu	28
7.3	Pyörätuoliin siirtyminen	29
8	TUOTTEISTAMISPROSESSI	31
8.1	Perehdytysvideon kehittäminen	31
8.2	Kehittämistarpeen tunnistaminen	33
8.3	Ideointivaihe	33
8.4	Luonnosteluvaihe	35

8.5	Kehittelyvaihe	36
8.6	Viimeistelyvaihe	37
9	POHDINTA JA ARVIOINTI	40
9.1	Tiedonhankinta	40
9.2	Luotettavuus ja eettisyys	41
9.3	Hyödynnettävyys	42
9.4	Jatkokehittämissuositukset	42
9.5	Tuotteistamisprosessin arviointi	43
	LÄHTEET	45
	LIITTEET	50

1 JOHDANTO

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan (2017) joka vuosi noin 25 000 suomalaista sairastaa jonkin aivoverenkiertohäiriön. Aivoverenkiertohäiriö (AVH) tarkoittaa aivoverenkierron ja aivoverisuonien sairauksia, joita ovat aivoinfarkti, aivojensisäinen verenvuoto ja lukinkalvonalainen verenvuoto. Yleisin näistä on aivoinfarkti, johon sairastuneiden osuus on noin 79 % kaikista aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito –suositus 2016.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen vaikuttaa merkittävästi sairastuneen toimintakykyyn. Aivoverenkiertohäiriöstä hengissä selvinneistä noin puolelle jää jokin toimintakyvyn haaste, esimerkiksi halvaus tai jokin kognitiivinen ongelma. Tavallisin aivoverenkiertohäiriön ilmenemismuoto on toispuolihalvaus. Vaikka aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen on kokonaisuudessaan aina vakava asia, kuitenkin noin 70 % sairastuneista kuntoutuu lähes omatoimisesti arjessa pärjääviksi kolmen kuukauden kuluessa sairastumisesta. (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2007, 272.)

Yhden aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen akuuttihoito sisältää sairastuneen sairaalajakson ja sitä seuraavan laituskuntoutusjakson, jotka maksavat noin 13 500 euroa. Oikeanlainen akuuttihoito, kuntoutus, sekä ennaltaehkäisevä työ ovat ensiarvoisen tärkeitä, sillä vuosittain aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden hoitoon käytetään yhteensä noin 1,1 miljardia euroa. Tämä tarkoittaa 7 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. (Meretoja 2015.)

On esitetty, että vuoteen 2030 mennessä väestön ikääntyminen voi aiheuttaa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden määrän kaksinkertaistumisen ja näin ollen sairaanhoitopäivien tuplaantumisen. Kuntoutusta tulee kehittää ja tehostaa vastaamaan lisääntyvää tarvetta, sillä lisääntyneet sairaanhoitopäivät tuovat lisää kustannuksia terveydenhuollolle. (Kaste ym. 2007, 271.)

Oikeanlainen ja oikea-aikainen kuntoutus ovat avainasemassa sairastuneen kuntoutumisessa. Tärkein vaihe aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutumisen kannalta on neljästä kuuteen viikkoa sairastumisesta. Tällä aikavälillä kuntoutuminen on kaikkein nopeinta aivojen uudelleen muotoutumisen ollessa aktiivisinta. (Kaste ym. 2007, 327; Pyöriä, Reunanen, Nyrkkö, Kaitiainen, Pieninkeroinen, Tapiola & Lohikoski 2015, 20.) Kuntoutuksessa tulee harjoittaa taitoja, joita sairastunut tulee tarvitsemaan päivittäin, kuten esimerkiksi sängystä ylösousemista, istumista ja pyörätuoliin siirtymistä. (Carr & Shepherd 2010, 15.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa selkeä perehdytysvideo aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutujan siirtymisen avustamisesta kuntoutuksen subakuutissa vaiheessa. Perehdytysvideon kohderyhmänä on sairaalan hoitohenkilökunta. Perehdytysvideo toteutetaan yhteistyössä Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän Salpausselän kuntoutussairaala Jalmarin vaativan neurologisen kuntoutusosaston fysioterapeuttien kanssa.

2 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

Tässä kappaleessa perustellaan työn tarpeellisuutta, kuvataan opinnäytetyöprosessin tavoitetta, tarkoitusta ja aihepiirin rajausta. Kappaleessa esitellään myös toimeksiantaja Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän Salpausselän kuntoutussairaala Jalmari.

2.1 Tavoite ja tarkoitus

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa perehdytysvideo. Video visualisoi, millä tavoin aivoverenkiertohäiriökuntoutujan siirtymistä sängyssä ja sängystä pyörätuoliin avustetaan niin, että siirtymiset tukevat ja edistävät yksilön kuntoutusta.

Videon tarkoituksena on toimia perehdytysmateriaalina Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän Salpausselän kuntoutussairaala Jalmarin neurologisen kuntoutusosaston hoitohenkilökunnalle. Tarkoituksena on lisätä kohderyhmän ymmärrystä aktivoivan avustamisen vaikutuksesta kuntoutusprosessiin, selkeyttää ja yhtenäistää konkreettisesti hoitohenkilökunnan avustamistekniikkaa ja mahdollisesti myös lisätä aktivoivaa avustamista käytännön työssä.

Selkeä perehdytys aktivoivaan avustamiseen lisää osaltaan myös potilasturvallisuutta ja työergonomiaa (Tamminen-Peter & Fagerström 2009, 4; Tamminen-Peter 2007, 33-34). Koska videolla esiteltävät tekniikat ovat hyväksytyt ja suunniteltu yhteistyössä kuntoutussairaala Jalmarin fysioterapeuttien kanssa, materiaali lisäksi yhtenäistää kuntoutusosaston fysioterapeuttien ja hoitajien avustustekniikoita ja parhaimmillaan edistää myös moniammatillista yhteistyötä.

Opinnäytetyön kirjallisessa tuotoksessa esitellään AVH:tä sairautena, sairaudesta kuntoutumisen periaatteita ja avustettujen siirtojen käytännöt teoriaan pohjautuen. Kirjallisessa työssä esiteltyyn teoriapohjaan viitaten videolla esitellään siirtymisen avustamisen käytännöt. Kirjallisen työn sisällön on tarkoituksena selvittää, mitä asioita kuntoutujan siirtymisen

avustamisessa tulee ottaa huomioon ja miksi, ja perehdytysvideolla esitellään, kuinka teoria tuodaan käytäntöön avustettaessa kuntoutujaa aktivoiden. Oikeanlainen kuntouttava ote avustettaessa edistää sairaudesta kuntoutumista, millä on edullisia vaikutuksia sekä kansantaloudelle että sairastuneelle itselleen (Meretoja 2015).

2.2 Aiheen valinta ja rajaus

Video on tarkoitettu sairaalan henkilökunnalle osastolle, jossa kuntoutujat ovat pääasiassa subakuutin vaiheen kuntoutujia. Videolla esiteltävät avustustekniikat sopivat erityisesti subakuutin vaiheen kuntoutujille. Keskitymme juuri tämän vaiheen kuntoutujiin, sillä kuntoutujan tila on subakuutissa vaiheessa vielä hyvin muokkaantuvainen, ja siksi ajankohta on erittäin otollinen kuntoutuksen edistymisen kannalta (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 42). Esitellystä avustustekniikasta hyötyvät nimenomaan sellaiset kuntoutujat, jotka tarvitsevat avustusta päivittäisissä siirtymisissä ja joiden sairauden tila ei ole toistaiseksi vielä vakiintunut. Subakuutti vaihe kestää keskimäärin kolmeen kuukauteen asti, jonka aikana kuntoutuminen vammasta on nopeinta. (Paltamaa ym. 2011, 42.) Toimeksiantajan toiveesta videolla esitellään selinmakuulta kylkimakuulle, kylkimakuulta sängyn reunalle istumaan ja sängyltä istumasta pyörätuoliin istumaan siirtymisten avustaminen.

2.3 Toimeksiantaja

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän Salpausselän kuntoutussairaala Jalmari. Toimeksianto tuli vaativan neurologisen kuntoutusosaston fysioterapeuteilta. Perehdytysvideo tarkoitettiin pääasiassa vaativan neurologisen kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan käyttöön, mutta sitä voidaan hyödyntää mahdollisuuksien mukaan myös muilla sairaalan osastoilla sekä muissa hyvinvointikuntayhtymän toimipisteissä.

Neurologisen kuntoutuksen osastolla työskentelee 11 sairaanhoitajaa, yhdeksän lähihoitajaa, neljä fysioterapeuttia, kaksi toimintaterapeuttia, kaksi puheterapeuttia, psykologi, neuropsykologi, sosiaalityöntekijä, osastonlääkäri, neurologi, apulaisosastonhoitaja sekä osastonhoitaja. (Luttinen 2017.)

Neurologisen kuntoutusosaston osastonhoitaja Tarja Luttinen (2017) kertoo, että vaihtuvuus työntekijöissä on vähäistä, joten hankittu kokemus säilyy osastolla ja hoidossa pystytään säilyttämään korkea taso. Useat työntekijät ovat hänen mukaansa käyneet lisäkoulutuksia aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuvan hoitotyöhön liittyen. Mahdollisuus osallistua tällaisiin lisäkoulutuksiin pyritään tarjoamaan mahdollisimman monelle aina sopivan koulutuksen löydyttyä.

Työperäisiä poissaoloja ja sairauslomapäiviä on Luttisen (2017) mukaan hyvin vähän, sillä osaston työntekijät osaavat ottaa ergonomian ja hyvät työasennot huomioon siirtymisen avustamisessa. Kuntoutumista edistävässä siirtymisen avustamisessa on vielä parantamisen varaa, joten perehdytysvideo tulee tarpeeseen.

Moniammatillisuus näkyy osastolla selvästi, sillä siirtymistä saattaa olla avustamassa fysioterapeutin lisäksi lähihoitaja, sairaanhoitaja tai esimerkiksi toimintaterapeutti. Osastolla järjestetään jokaisen kuntoutujan kohdalla kuntoutuspalavereja, joihin osallistuu monipuolisesti kuntoutukseen osallistuvaa henkilökuntaa. Kuntoutuspalavereissa käydään yksilöllisesti läpi kuntoutujan sen hetkistä tilannetta sekä suunnitellaan tulevaa kuntoutusprosessia ja kuntoutuksen tavoitteita. Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä moniammatillisuutta sekä yhtenäistää avustustekniikoita käytännön työssä.

Osastonhoitaja Luttinen kertoo, että osastolla on 27 asiakaspaikkaa, jotka ovat käytännössä koko ajan täynnä. Vuodessa osastolla hoidetaan noin 200 kuntoutujaa. Vuonna 2016 kuntoutujia oli 198. 62 % on AVH-kuntoutujia eli verenvuodon tai infarktin saaneita. Loput 38 % ovat trauman, aivokasvaimen tai muun neurologisen syyn takia

sairaalahoidossa. Hyvinvointikuntayhtymään liittymisen myötä osastolla hoidetaan nyt myös muita kuin lahtelaisia, joten resurssien ja tilojen riittävyys on haasteena joka päivä. Hoidon tarvitsijoita on paljon. Neurologisten kuntoutujien hoitaminen on haastavaa ja aikaa vievää, koska yhtenäinen linja hoidossa on erityisen tärkeää kuntoutumisen etenemisen takia.

Neurologisen kuntoutusosaston fysioterapeuttien Kati Heinosen ja Anna Mäkipään (2017) mukaan fysioterapeutin kanssa tapahtuva terapeuttinen harjoittelu on ajallisesti vain pieni osa kuntoutusta, ja hyvin suuri osa kuntoutusta on päivittäistä hoitotyötä. Hänen mukaansa olisi hyvin tärkeää, että siirtymisen avustamisessa käytettäisiin yhtenäistä, kuntouttavaa tapaa, jotta vältetään virheellisten liikemallien oppiminen.

3 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖ

Aivoverenkiertohäiriö (AVH) on pysyvä tai tilapäinen vaurio aivojen verenkierrassa. Aivot ovat keskeinen osa ihmisen keskushermostoa, jotka vaativat toimiakseen jatkuvan glukoosin ja hapen kulkeutumisen verenkierrassa. Aivoverenkierrassa tapahtuvan häiriön seurauksena henkilöllä voi ilmetä vaikeuksia motorisissa, kognitiivisissa sekä verbaalisissa taidoissa. Aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa eniten menetettyjä laatupainoitteisia elinvuosia kaikista sairauksista. (Kaste ym. 2007, 271-272; Kauhanen 2009, 237-239.) Aivoverenkiertohäiriöt jaetaan kahteen erityyppiseen tilaan, iskeemisiin aivoverenkiertohäiriöihin ja aivovaltimon verenvuotoihin. Aivoverenkiertohäiriökohtauksen lähtökohtainen lääketieteellinen syy on ehdottoman tärkeä selvittää, sillä sen pohjalta sairautta hoidetaan ja riskit uuden kohtauksen syntymiseen voidaan minimoida. Hoitotoimenpiteet eroavat selvästi esimerkiksi aivoveritulpan ja aivovaltimon verenvuodon välillä, vaikka sairautta kutsutaan yhtenäisesti aivoverenkiertohäiriöksi. (Kaste ym. 2007, 271-272; Kauhanen 2009, 238.)

3.1 Iskeemiset AVH:t ja aivovaltimon verenvuodot

Aivoinfarktissa syntyy aivoihin paikallista kudostuhoa, joka edelleen jaetaan kahden tyyppiseen aivovaltimon tukkeutumiseen. Veren hyytymä (embolisaatio) on peräisin alkuperäisesti muualta elimistöstä ja aiheuttaa aivovaltimeen tukoksen. Paikallinen aivovaltimon tukkeutuminen (trombosoituminen) on taas peräisin aivovaltimon seinämän ahtaumasta. Aivoinfarktissa valtimon aivokudos on ilman verenkiertoa ja happea, eli kudos on iskeemisessä tilassa. Mikäli radiologisissa tutkimuksissa ei havaita infarktimuutoksia ja oireet häviävät alle vuorokaudessa, voidaan määritellä verenkiertohäiriö ohimeneväksi (TIA). Ohimenevä iskeeminen aivoverenkiertohäiriö (TIA) on tilapäinen aivoverenkiertohäiriö ja oireiltaan aivoinfarktin kaltainen. Kohtaus kestää yleensä alle tunnin, ja sen saaneilla on korkea riski saada myöhemmin elämässään aivoinfarkti. (Kaste ym. 2007, 282, 296-297; Uusitalo, Laine & Puumalainen 2002, 27-28.)

Valtimovuodossa nimensä mukaisesti aivovaltimeen tulee repeämä, josta veri pääsee vuotamaan muualle aivoihin. Aivokudoksen sisään tapahtuva vuoto on aivoverenvuoto (ICH). Kun puhutaan subaraknoidaalivuodosta (SAV), kyseessä on vuoto, joka tapahtuu aivokalvojen lukinkalvonlaiseen tilaan. Vuoto voi aiheutua äkillisestä ponnistuksesta, mutta myös levossa. Taustalla on aivovaltimon seinämän synnynnäinen tai osittain terveellisten elämäntapojen laiminlyömisestä johtuva rakenneheikkous. Aivovaltimoiden haarautumiskohdissa esiintyy yleensä heikko kohta, johon vähitellen kehittyy sakkulaarinen aneurysma eli pullistuma, joka repeää liian kovasta paineesta. (Kaste ym. 2007 316-317; Uusitalo ym. 2002, 28, 262.)

Iskeemisen aivoverenkiertohäiriön ja sisäisen verenvuodon tavallisimpia oireita ovat äkilliset tois- tai molemminpuoliset tuntohäiriöt tai heikkoudet, jotka voivat esiintyä myös samanaikaisesti. Lisäksi oireisiin voivat kuulua puhevaikeus, näköhäiriö toisessa silmässä tai osassa näkökenttää, koordinaatiovaikeus, nielemisvaikeus, hahmotushäiriöt, kierto huimaus ja dyspraksia, eli motoristen toimintojen koordinaatiohäiriö. (Kaste ym. 2007, 297; Uusitalo ym. 2002, 71.)

Aivovaltimon verenvuodosta johtuva aivoverenkiertohäiriö on oireityypiltään erilainen lukinkalvonlaiseen tilaan tapahtuvissa vuotoissa.

Voimakkaimmat oireet ovat niskan jäykistyminen sekä äkillinen voimakas päänsärky erityisesti takaraivossa. Niskan jäykkyys kehittyy vuorokauden aikana, ellei henkilö ole tajuton. Myös pahoinvointi, oksentelu ja lievä kuume ovat todennäköisiä oireita. Äkillinen syvä tajuttomuustila kertoo rajusta vuodosta, ja usein henkilö menehtyy tällöin nopeasti. (Kaste ym. 2007, 319; Uusitalo ym. 2002, 263.)

3.2 AVH:n riskitekijät

Aivoverenkiertohäiriön riskitekijät liittyvät vahvasti epäterveellisiin elämäntapoihin, mutta esimerkiksi toinen sairaus voi myös vaikuttaa riskin suuruuteen. Tulee kuitenkin huomioida, että tämä toinen sairaus voi olla

myös peräisin epäterveellisistä elämäntavoista. Perinnöllisyyden vaikutusta ja sattumaa ei voi myöskään poissulkea. (Kaste ym. 2007, 282.) Sairauksista diabeteksellä on merkittävä yhteys aivoverenkiertohäiriöihin (Tun, Arunagirinathan, Munshi & Pappachan 2017, 235). Muita riskitekijöitä ovat esimerkiksi erilaiset sydänsairaudet, kuten sepelvaltimotauti sekä sydämen vajaatoiminta. Elämäntavoista johtuvia merkittäviä riskitekijöitä ovat alkoholin suurkulutus, tupakointi sekä epäterveelliset ruokailutottumukset ja niihin yhdistettävä korkea kolesterolin määrä. Sukupuoli vaikuttaa sairastumisen riskiin, ja miehillä on suurempi todennäköisyys sairastua kuin naisilla. Myös ikä on merkittävä riskitekijä varsinkin iskeemisissä aivoverenkiertohäiriöissä, jolloin riski kaksinkertaistuu aina kymmentä ikävuotta kohti, kun taas lukinkalvonalaisen vuodon (SAV) aiheuttama sairaus on yleisempi myös nuoremmilla. Kuitenkin sairastumisen mahdollisuus kasvaa ikääntymisen myötä. Verenpaine tauti, eli kohonnut systolinen tai diastolinen verenpaine, lisää riskiä aivoinfarktiin, ja sen hoidon on todettu alentavan halvausriskiä. Myös aivojen sisäisen verenvuodon todennäköisyyttä lisää korkea verenpaine. Kivimäen, Kuosman ja Ferrien (2017) artikkelin mukaan aivohalvauksen vaara on yhdistettävissä myös ylipainoon. Fyysinen inaktiivisuus sekä lähisukulaisten sairastuminen aivoverenkiertohäiriöön ovat myös merkittävästi riskiä lisääviä tekijöitä. (Kaste ym. 2007, 282-284; Uusitalo ym. 2002, 32-33.)

4 FYYSINEN TOIMINTAKYKY

Tässä luvussa tarkastellaan mitä tarkoitetaan käsitteellä fyysinen toimintakyky ja minkälaisia vaikutuksia aivoverenkiertohäiriön oireilla on yksilön fyysiseen toimintakykyyn.

4.1 ICF ja fyysisen toimintakyvyn käsite

Fyysinen toimintakyky on henkilön suoriutumista arkipäiväisistä toimista fyysisesti aktiivisena yksilönä. Toimintoja ovat selviytyminen töistä, harrastuksista ja arkiaskareista. Myös henkilökohtainen hygienian hoito, kuten pukeutuminen ja peseytyminen lasketaan arkipäiväisiin toimintoihin. Yksilö voi kokea fyysisen toimintakykynsä täysin toimivaksi huolimatta toimintakykyyn vaikuttavasta sairaudesta tai vammasta. Toisaalta taas jokin sairaus tai vamma voi olla este itsenäiselle selviytymiselle. (Talvitie ym. 1999, 58.)

Tämä opinnäytetyö keskittyy erityisesti kuntoutujan fyysisen toimintakyvyn ja fyysisten valmiuksien tarkasteluun siirtymisen näkökulmasta. Tämän vuoksi esiin on nostettu erityisesti kuntoutujan ruumiin sekä kehon toiminnot ja fyysiset suoritukset. Työssä ei juurikaan käsitellä kuntoutujan henkisiä valmiuksia ja osallistumisen tasoa, sillä nämä asiat ovat osa laajempaa toimintakyvyn käsitettä.

Kansainvälisesti toimintakykyä, toimintarajoitteita ja terveyttä luokitellaan ICF-luokituksen (International Classification of Functioning) tieteellisen perustan mukaan. Terveystieteiden huollossa kansainvälinen luokittelu toimii pohjana sähköisessä kirjaamisessa sekä toimii yhtenäistävänä tekijänä eri ammattiryhmien välillä. ICF kuvaa yksilön selviytymistä moniulotteisesti ottaen huomioon yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutukset. Yläkäsitteenä on toimintakyky, joka sisältää kaikki ruumiin sekä kehon suoritukset, toiminnot sekä osallistumisen. (International Classification of Functioning 2004, 3,5.)

4.2 Fyysisen toimintakyvyn rajoitteet

Henkilön sairastuttua aivoverenkiertohäiriöön fyysinen toimintakyky voi muuttua hyvinkin radikaalisti, jolloin motorisia taitoja tulee opetella uudelleen. Yleisimpiä fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavia oireita ovat pareettisuus, spastisuus, neglect, tunto- sekä tonushäiriöt. AVH:n oireiden moninaisuuteen vaikuttaa se, missä aivojen osassa vaurio on tapahtunut. Riippumatta siitä, onko kyseessä vuoto vai infarkti, tavallisin sairastumisen seuraus on toispuolihalvas. Kuitenkin lukinkalvonalaisvuodon tapauksessa halvausoireita ilmenee harvemmin. Osittaista toispuolihalvausta kutsutaan hemipareesiksi, ja täydellistä kehon toisen puolen halvaantumista kutsutaan hemiplegiaksi. Toispuolihalvauksen vuoksi sairastuneilla on runsaasti liikkumisen ongelmia, jotka johtuvat muun muassa tasapainon häiriintymisestä ja kehon hahmottamisen vaikeudesta. Nämä toimintakyvyn rajoitteet ovat este itsenäiselle toimimiselle arkipäiväisissä toimissa kuten peseytymisessä, kaupassa käynnissä tai ruuan laitossa. Usein kuntoutusjaksonkin jälkeen kävely jää epäsymmetriseksi ja kömpelöksi, mutta kuitenkin noin puolet kuntoutuu itsenäisiksi kävelijöiksi. (Kaste ym. 2007, 272; Paltamaa ym. 2011, 42.)

Taulukossa 1 on kuvattuna AVH-kuntoutujan neurologisia oireita, joilla on vaikutusta erityisesti sairastuneen fyysiseen toimintakykyyn.

AVH-kuntoutujan neurologisia oireita fyysisen toimintakyvyn näkökulmasta			
halvausoire	aktiivinen liike <ul style="list-style-type: none"> • heikentyminen • puute 		
lihaskäntäys häiriö	lihaskäntäys <ul style="list-style-type: none"> • kohoaminen • laskeminen 	asentotunto <ul style="list-style-type: none"> • heikentyminen • puute 	liiketunto <ul style="list-style-type: none"> • heikentyminen • puute
tuntohäiriö	kosketustunto <ul style="list-style-type: none"> • muutos • heikentyminen • puute 	asentotunto <ul style="list-style-type: none"> • heikentyminen • puute 	liiketunto <ul style="list-style-type: none"> • heikentyminen • puute
havainto- ja toimintakyky	<ul style="list-style-type: none"> • oman kehon ja ympäristön hahmotus • dyspraksia eli kyvyttömyys suorittaa tahdonalaisia liikkeitä 	<ul style="list-style-type: none"> • neglect eli havainnoinnin häiriö • pusher-oireisto eli toimivamman puolen yliaktivoituminen • ajattelu, muisti ja ongelmanratkaisu 	<ul style="list-style-type: none"> • perseveraatio eli juuttuminen • agnosia eli esineiden tunnistamisen vaikeus • uuden oppiminen • orientaatio ja tarkkaavaisuus
muuta	<ul style="list-style-type: none"> • koordinaatiohäiriöt • tasapainohäiriöt • tajunnantason muutokset 	<ul style="list-style-type: none"> • raajojen jäykistely • päänsärky • pahoinvointi, oksentelu 	<ul style="list-style-type: none"> • epileptiset kohtaukset

Taulukko 1. Yhteenveto neurologisista oireista

Hemipareesi on akuutissa vaiheessa aivoinfarktin aiheuttama tavanomainen oire, jota esiintyy noin kolmella neljäsosalla kuntoutujista. Tätä osittaista toispuolihalvausta ilmenee sekä ala- että yläraajassa, mutta yläraajan hemipareesi on yleensä vaikeampi kuntoutumisen ja toimintakyvyn näkökulmasta. Halvauksessa aktiivinen liike puuttuu tai liike on heikentynyt, jolloin kuntoutuja ei kykene itsenäisesti ja tahdonalaisesti liikuttamaan halvaantuneen puolen käsivartta. Näin ollen kaikki yläraajan liikettä vaativat toimet vaikeutuvat. Aivoinfarktin vaurioittama suonitusalue on selittävä tekijä sille, miksi yläraaja on riskialttiimpi kehonosa vaikeammalle halvaantumiselle kuin alaraaja. (Kaste ym. 2007, 327; Uusitalo ym. 2002, 37.)

Neglect eli havainnoinnin häiriö vaikeuttaa arkipäiväistä toimintakykyä huomattavasti. Vain toispuoleisesti aistiärsykkeiden huomiointi vaikeuttaa tahdonalaisia toimintoja ja liikkumista. Muutosta aisteihin ei välttämättä ole tapahtunut, mutta kyky huomioida halvaantuneen puolen tunto-, kuulo- ja

näköaistimuksia puuttuu. Kuntoutujan katse ja pää ovat tällöin pois päin kääntyneenä halvaantuneelta puolelta. Siksi olisikin tärkeää ottaa kontaktia kuntoutujaan juuri halvaantuneen puolen kautta, jotta aistien huomioiminen palautuisi tasapuoliseksi molemmille puolille kehoa. Tavoitteena on saada kehon symmetria palautumaan. (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 32; Uusitalo ym. 2002, 69).

Tuntohäiriöt ovat oire aivovauriosta. Tuntopuutokset vaikeuttavat motorisia toimintoja ja haittaavat toimintakykyä. Asento-, kosketus- ja liiketuntohäiriöt vaikeuttavat kykyä yhdistää liikkeitä toisiinsa ja myös asennonhallinta on tällöin haastavaa. Proprioceptorit ovat reseptoreita, jotka viestivät aivoille kehon asentoja ja liikkeitä. Proprioceptorien toiminta tulisi olla moitteetonta, jotta asennonhallinta ja liikkeiden hienosäätö onnistuisivat. Normaalisti henkilö pystyy tunnistamaan ja tuntemaan nivelensä liikkeitä ja asennon, mutta aivohalvauksen seurauksena ei halvaantuneen puolen nivelen asentoa ja liikkeen muutosta voi välttämättä tuntea. Raajojensa asennon havainnoimiseksi halvaantunut henkilö tarvitsee tällöin usein näköaistia. Kehoaan lähellä olevien eli proksimaalisten nivelten liikkeitä sairastunut tunnistaa helpommin, kuin kehostaan kauempana olevien eli distaalisten nivelten liikkeitä. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 1999, 259-260).

Spastisuus on seurausta keskushermostovauriosta, jonka syynä on ylemmän motoneuronin vaurioituminen aivoissa (Autti-Rämö 2004, 162). Tämä on yleinen oire aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen ja liittyy usein toispuolihalvaukseen (Kauhanen 2009, 238). Spastisuudella tarkoitetaan lihaksen liiallista jänteyttä, joka provosoituu lihaksen venyessä. Lihaskudoksen nopea passiivinen venyminen aiheuttaa lihaksessa liioitellun voimakkaan lihassupistuksen, joka ei ole tahdonalaisesti hallittavissa. Tämä luo luonnollisesti ongelman tahdonalaiselle liikkeelle ja toiminnalle. (Autti-Rämö 2004, 162-163.)

Kuitenkaan vain spastisuuden hoitaminen ei yksistään auta sairastunutta liikkumaan sujuvammin, vaan usein huomattavampaa haittaa koituu kuntoutujalle koordinaatiohäiriöistä ja hypotoniasta eli lihasjänteiden

puutteesta. Spastisuuteen vaikuttavat myös tunnetilat. Esimerkiksi jännittävä tilanne voi laukaista lihaksen hallitsemattoman supistumisen ja näin vaikeuttaa toimintakykyä. Pitkäaikaisesta spastisuudesta voi seurata sidekudoksen lisääntymistä nivelissä ja lihaksissa, mikä aiheuttaa pysyviä virheasentoja. Ylimääräistä sidekudosmuodostumaa kutsutaan kontraktuuraksi. Kontraktuuran muodostuminen vaurioittaa lihasta kudostasolla ja haittaa nivelen liikkeitä. Lihasmassa pienenee, kun se on inaktiivinen. Myös lihaksen elastisuus huonontuu, kun lihas on jatkuvasti supistuneessa tilassa, eli lyhentyneenä. (Autti-Rämö 2004, 162-163.)

Tonushäiriössä lihas voi olla hypotoninen, jolloin lihastoiminta on heikkoa tai lähes olematonta. Toisaalta oirekuvaan voi kuulua hypertonia, jolloin lihastoiminta on yliaktiivista. Molemmissa tapauksissa on suoriutumisen siirtymissä haastavaa, koska kehotuntemus on epäsymmetrinen, lihasvoima ei riitä asennon ylläpitämiseen tai toiminnan suorittamiseen, tai lihaksen yliaktiivisuus estää tai vaikeuttaa halutun liikkeen suorittamista. (Talvitie ym. 1999, 260.)

5 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖSTÄ KUNTOUTUMINEN

Aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen alkaa kuntoutusprosessi. Kuntoutusprosessin tarkoituksena on tarjota kuntoutujalle edellytykset mahdollisimman itsenäiseen ja täysipainoiseen arkeen ja elämään (Paltamaa ym. 2011, 37). Koko prosessin päämääränä on luoda kuntoutujalle tunne siitä, että hän itse hallitsee omaa elämäänsä, on vastuussa itsestään ja toimii itseohjautuvasti. Prosessin tavoite on palauttaa kuntoutujan toimintakyky sairastumista edeltävälle tasolle tai mahdollisimman lähelle sitä. (Forsbom ym. 2001, 64-65.)

Kansallisen aivoinfarkti ja TIA-kohtauksen Käypä hoito-suosituksen (2016) mukaan tärkeimpiä kuntoutuksen lopputulosta parantavia tekijöitä ovat:

- *ohimenevään AVH:öön viittaavien oireiden viiveetön diagnostiikka ja hoito*
- *liuotushoito ja valtimonsisäinen hoito (trombektomia) siihen soveltuville potilaille*
- *aivoinfarktin varhainen akuuttihoito siihen erikoistuneessa neurologisessa AVH-yksikössä*
- *kaikille sairastuneille kuntoutustarpeen arviointi AVH-yksikössä*
- *soveltuville potilaille kuntoutus, josta huolehtii moniammatilliseen kuntoutukseen erikoistunut yksikkö tai tiimi.*

Akuuttihoidon ja kuntoutuksen toteuttaminen erikoistuneessa aivohalvauksyksikössä on kustannustehokasta. Akuuttihoidon kustannukset ovat vain noin kymmenesosa sairastuneen kokonaiskustannuksista, joten sairastumisen alkuvaiheen akuuttihoitoon ja kuntoutukseen kannattaa panostaa. Pysyvästi laitoshoidoa tarvitsevat sairastuneet maksavat noin kolminkertaisesti, joten tehokkaan akuuttivaiheen kuntoutuksen merkitys kokonaiskustannuksiin on suuri. (Meretoja 2015.)

5.1 Kuntoutuksen vaiheet

Sairastumisen jälkeistä aikaa määritellään akuutiksi, subakuutiksi tai krooniseksi riippuen siitä, kuinka kauan aivoverenkierron häiriöstä on kulunut aikaa. Akuutissa vaiheessa sairastuneen tila ei ole vielä vakiintunut, ja toimintakyvyssä voi edelleen tapahtua merkittäviä muutoksia. Subakuutti vaihe kestää keskimäärin kolmeen kuukauteen asti, jonka aikana kuntoutuminen vammasta on nopeinta. Tämän jälkeen puhutaan kroonisesta vaiheesta. (Paltamaa ym. 2011, 42.)

Eryityisesti aivoinfarktin akuutin vaiheen hoitomuodoista juuri aivoverenkierronhäiriöihin erikoistuneessa akuuttihoito- tai aivohalvausyksikössä toteutetun kokonaisvaltaisen hoidon on osoitettu parantavan kuntoutujan ennustetta. Akuuttivaiheen kuntoutus vähentää kuolleisuutta sekä pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta. Oikeanlainen kuntoutus edistää potilaan valmiuksia kuntoutua mahdollisimman omatoimiseksi. (Roine, Sajaniemi & Sotaniemi 2002, 2541.)

Tärkein vaihe aivoverenkierronhäiriöstä kuntoutumisen kannalta on neljästä kuuteen viikkoa sairastumisesta. Tällä aikavälillä kuntoutuminen on kaikkein nopeinta aivojen uudelleen muotoutumisen ollessa aktiivisinta. Ajanjaksoa kutsutaan ”kuntoutuksen avoimeksi ikkunaksi”, sillä silloin aivot pystyvät tehokkaimmin aloittamaan syntyneen kudoksen korjaamisen. (Kaste ym. 2007, 327; Pyöriä ym. 2015, 20.)

5.2 Aivojen plastisiteetti kuntoutumisen perustana

Aivojen plastisiteetilla tarkoitetaan aivojen hermokudoksen muotoutuvuutta. Hermosolut uudistuvat ja niiden toiminta sopeutuu aivoverenkierron häiriön jälkeiseen tilaan (Koskinen & Ylinen 2012, 87). Aivojen vammautumisen jälkeinen kuntoutus aloitetaan yleensä jo samana päivänä, kun sairastuminen on tapahtunut, sillä optimaalinen aika kuntoutumiselle alkaa heti aivojen vaurioitumisesta ja jatkuu noin kolmeen kuukauteen saakka. (Kaste ym. 2007, 328-329; Ylinen 2011,36.)

Kun aivot vaurioituvat, oireet ovat voimakkaimmillaan heti alussa. Vaurioituneen kudoksen lisäksi myös ympäröivän alueen toiminta menee hetkellisesti epätasapainoon. Kun tilanne tasoittuu, osa aivokudosta palautuu normaaliin toimintaan ja pysyvän vaurion alueelta jotkin toiminnot alkavat siirtyä toisille alueille. Tämä solujen uudiskasvu mahdollistaa kuntoutumisen aivoverenkierronhäiriöistä. (Ylinen 2011, 36-38.)

Aina hermoston solujen tuhoutuessa tuhoutuvat myös siellä tallessa olevat opitut taidot. Vaurioituneen alueen toimintoja ei saada enää takaisin, mutta aivojen plastisiteetti mahdollistaa taitojen osittaisen palautumisen ja uusien taitojen oppimisen. Aivojen plastiset oppimistapahtumat tapahtuvat silloin, kun sairastunut on aktiivisesti mukana kuntoutuksessa. (Ylinen 2011, 36.)

5.3 Moniammatillisuus kuntoutuksessa

Alkuvaiheessa sairastumisen jälkeen kuntoutus tapahtuu moniammatillisessa ympäristössä, joka koostuu yleensä fysio-, puhe- ja toimintaterapeutin lisäksi sairaalassa työskentelevistä sairaanhoitajista, lääkäreistä ja muista AVH-kuntoutujien hoitoon erikoistuneista terveydenhuollon ammattilaisista (Aivoninfarkti ja TIA: Käypä hoito – suositukset, 2016; Meretoja 2011, 26-27). Käypä hoito-suosituksen (2016) mukaan akuuttivaiheen hoidon tulisi tapahtua aivoverenkiertohäiriöihin erikoistuneessa yksikössä, jotta moniammatillinen hoito ja kuntoutus mahdollistuvat.

Moniammatillinen yhteistyö pitää sisällään kaikki ne työskentelymuodot, joissa eri alojen ammattilaiset välittävät tietojaan ja näkemyksiään, sekä toimivat yhdessä kuntoutujan parhaaksi. Hyvässä moniammatillisessa toiminnassa otetaan huomioon kokonaisvaltaisesti kuntoutujan henkilökohtaiset tarpeet ja tavoitteet laadittaessa kuntoutussuunnitelmaa ja esimerkiksi siihen liittyviä kuntoutusjaksoja. Jotta tiedon jakaminen ja omien näkemysten esille tuonti kuntoutujasta toimisi moniammatillisesti mahdollisimman hyvin, vaatii se ammattipätevyyden lisäksi hyviä vuorovaikutustaitoja. (Isoherranen, 2005, 25-26.) Kuntoutusprosessin

eteneminen moniammatillisesti on vahvimmillaan, kun kuntoutujalle ja hänen perheelleen on viestitty kaikki tieto selkeästi ja vastuukysymyksissä ei ole epäselvyyttä (Paltamaa ym. 2011, 37-38).

Kuntoutuksen toteuttaminen aivohalvausyksikössä on todettu lyhentävän pitkäaikaishoidon tarvetta (Roine ym. 2002, 2541). Aivohalvausyksikössä työskennellään moniammatillisessa työympäristössä, jossa työntekijät ovat usein erikoistuneet tai perehtyneet aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutukseen. Moniammatillinen yhteistyö on erityisen tärkeää, jotta kuntoutuksessa päästään mahdollisimman hyvään kokonaislopputulokseen sairastuneen toimintakyvyn ja arjessa pärjäämisen kannalta. (Isoherranen 2005, 25.)

5.4 Liikemallien uudelleen oppiminen

Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutuminen mahdollisimman itsenäisesti ja sujuvasti toimivaksi yksilöksi. Liikuntakyvyn vaikeutuessa sairastuttua, optimaalisen motorisen suorituksen uudelleen oppimiseksi kuntoutujan tulee osallistua jokapäiväisiin toimintoihin. Ihmisen toiminta ja liikkuminen koostuvat erilaisista motorisista suorituksista. Itsenäinen arki vaatii näiden motoristen suoritusten hallitsemista, kuten seisomista, istumista, kävelyä, siirtymistä ja esineisiin tarttumista. (Carr & Shepherd 2010, 15.)

Kun kuntoutujalla on vaikeuksia motorisessa kontrollissa ja suoriutumisessa erilaisista motorisista tehtävistä, kuntoutusprosessin tulee sisältää kudosten ja lihasten venyvyyden, voimantuoton sekä kestävyuden ja fyysisen suorituskyvyn harjoittamista. Kuntoutuksen tulee myös sisältää harjoitteita, jotka on liitetty suoraan yksilön arjessa tarvitsemaan jokapäiväiseen toimintaan ja jotka ovat tehtävälähtöisiä. (Carr & Shepherd 2010, 16.)

Kun liikuntakyky vaikeutuu, kompensoivien liikkeiden käyttö saattaa lisääntyä. Kompensoivat liikemallit ovat epänormaaleja ja mahdollisesti tuki- ja liikuntaelimistölle haitallisia tapoja tuottaa liikettä. Halvaantunut

AVH-kuntoutuja voi ominaisesti esimerkiksi pyrkiä siirtymään tarraamalla toimivalla kädellä huonekaluun tai avustajaan ja vetämällä itsensä ylös toimivan jalan varaan, mikä ei ole suotavaa. Tarraamista ja lihastonuksen nousua voi tapahtua erityisesti silloin, kun siirtymistilanne jännittää tai jopa pelottaa kuntoutujaa. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 98, 116.)

Toispuolihalvauksen vuoksi kuntoutuja pyrkii luonnollisesti toimimaan yksipuoleisesti, jolloin toimivan kehon puolen on ponnistettava tavallista enemmän. Tällä tavoin halvaantunut puoli ei aktivoidu, halvaantuneen puolen lihasten ja nivelten jäykkyys lisääntyy, epäedullinen liikemalli vahvistuu ja näin fyysiset valmiudet liikkumiseen heikentyvät. (Forsbom ym. 2001, 69, 78, 80.) Tämän vuoksi esimerkiksi vuoteen kaiteiden ja erilaisten nousutukien käyttö AVH-kuntoutujan siirtymisen apuna ei ole perusteltua (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 98, 116).

6 SIIRTYMISEN AVUSTAMINEN

Kun henkilön fyysinen toimintakyky on sairastumisen seurauksena merkittävästi alentunut, hän tarvitsee liikkuaan ulkopuolisen henkilön avustusta. Avustuksen päämääränä saattaa usein olla vain kuntoutujan siirtäminen. Kun avustaminen toteutetaan kuntoutujaa aktivoiden, avustamisen lähtökohtana ei ole ainoastaan kuntoutujan sijainnin muuttaminen, vaan samalla myös kuntoutusprosessin edistäminen. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 69.) Tarkoituksena siirtymistilanteessa on myös harjoittaa kuntoutujan lihasvoimaa- ja kontrollia, tasapainoa, ja opettaa kuntoutuja liikkumaan sairastumisen jälkeen mahdollisimman normaaleja liikemalleja noudattaen. (Forsbom ym. 2001, 68; Gjelsvik 2008, 118; Tamminen-Peter ym. 2007, 39.)

6.1 Avustamisen periaatteet

Kuntoutuksen tulee perustua toiminnallisuuteen (Legg, Drummond, Leonardi-Bee, Gladman, Corr, Donkervoort, Edmans, Gilbertson, Jongbloed, Sackley, Walker & Langhorne 2001). Kuntoutus ei siis ole ainoastaan kuntoutujan kohdistuvia passiivisia toimenpiteitä tai lihas- ja kestävyyskunnan kasvattamista, vaan siihen tulee liittää olennaisesti myös toimintaa, jonka tavoitteena on jostakin konkreettisesta tehtävästä suoriutuminen. Siksi myös oikein toteutetut päivittäiset siirtymiset ovat tärkeä osa kuntoutusta. Asennon vaihtaminen, istumatasapainon hallitseminen ja oman sijainnin muuttaminen ovat edellytys yksilön itsenäisyydelle. (Forsbom ym. 2001, 73; Paltamaa ym. 2011, 37; Pyöriä ym. 2015, 22; O'Sullivan & Schmitz 2010, 14.)

Siirtymisessä kuntoutuja on niin aktiivisena toimijana, kuin hänen toimintakykynsä sallii. Näin edistetään niitä liikemalleja, joita kuntoutuja tarvitsee oppiakseen ennen sairastumista hallitut taidot. Kuitenkaan ylikuormittamatta kuntoutujaa. Oikeanlainen ohjaus haastaa kuntoutujaa sopivissa määrin. Jos harjoittelu kuormittaa kuntoutujaa reilusti yli hänen voimavarojensa, vaarana on kompensoivien ja epäedullisten liikemallien oppiminen. (Forsbom ym. 2001, 69.)

Siirtymisessä avustajan tehtävänä on ohjata kuntoutujan toimintaa sanallisesti, manuaalisesti ja tarpeen tullen visuaalisesti haluttua liikettä mallintamalla, antaa palautetta kuntoutujan toiminnasta sekä arvioida hänen liikkumiseen liittyviä ongelmakohtia ja haasteita. Kun siirtymistä haittaavat komponentit tunnistetaan, avustajan on helpompi täydentää kuntoutujalta vielä puuttuvia taitoja ja edistää sujuvampaa siirtymistä. (Barnes, Dobkin & Bogousslavsky 2005, 229; Gjelsvik 2008, 147-148.) Esimerkiksi itsenäiseen siirtymiseen tarvittavan riittävän lihasvoiman ja hallinnan puuttuessa avustaja tukee ja ohjaa liikettä ja lihastyötä. Avustaja ei siis yksin ole siirtymisen suorittaja, vaan mahdollistava tekijä kuntoutujan liikkumiseksi. Siksi on erityisen tärkeää tunnistaa myös ne liikkumisen osa-alueet, joista kuntoutuja selviää itsenäisesti ja joissa hän ei tarvitse avustusta. (Gjelsvik 2008, 121; Forsbom ym. 2001, 67, 69.)

Usein ohjaus avustustilanteessa on fyysisen, visuaalisen ja verbaalisen ohjaustapojen yhdistelmä, riippuen kuntoutujan omista vahvuuksista ja valmiuksista (Gjelsvik 2008, 116). Kuntoutujan omatessa hyvän fyysisen toimintakyvyn tason, verbaalinen eli sanallinen ohjaus saattaa riittää. Usein verbaalinen ohjaus kuitenkin yhdistetään fyysiseen ohjaukseen. Verbaalisen ohjauksen tulee olla selkeää ja yksinkertaista. Sen tarkoituksena on selvittää kuntoutujalle liikkeen tavoite ja kuinka tähän tavoitteeseen päästään. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 69.)

6.2 Manuaalinen fasilitointi

Esitellessämme avustamisen menetelmiä keskitymme erityisesti kuntoutujan manuaaliseen fasilitointiin, eli henkilön fyysiseen ohjaukseen. Manuaalisessa fasilitoinnissa avustaja hyödyntää fyysistä kontaktia avustustilanteessa. Kun kuntoutujan halvaantunut puoli kokee fyysistä kontaktia, hänen tietoisuutensa myös heikommasta puolesta lisääntyy. Avustaja ohjaa, tukee ja antaa palautetta kuntoutujalle oman kehonsa avulla siirtymisen aikana. Fasilitoidessa kuntoutujaa avustaja myös havainnoi hänen liikkeidensä laatua ja lihasaktiiviteettia. (Forsbom ym. 2001, 67, 78; Gjelsvik 2008, 117, 158). Avustajan otteiden tulee olla

laajoja, rauhallisia ja varmoja. Oikeanlaisilla otteilla pyritään tuottamaan lisää liikettä, aloittamaan liikettä ja stabiloimaan sekä stimuloimaan lihaksia, joita liikkeeseen tarvitaan. Kuntoutujaa ei koskaan vedetä, vaan liikettä pyritään ohjaamaan painamalla ja aktivoimalla. Siirtymisen avustaminen tarttumalla kuntoutujan vaatteisiin ei ole suotavaa, sillä näin ei aktivoida kuntoutujaa toivotulla tavalla. Tämä on usein myös kuntoutujalle epämiellyttävää. (Heinonen & Mäkipää 2017; Gjelsvik 2008, 120; Tamminen-Peter & Wickström 2013, 71.)

6.3 Ympäristö ja avustajan ergonomia

Ympäristö voi osaltaan tukea fyysistä toimintakykyä tai toisaalta myös estää liikkumisen. Siirtymisen avustuksessa ympäristö ja tilanne tulee järjestää niin, että ne tukevat toimintaa. Kun kyseessä on esimerkiksi sängystä pyörätuoliin siirtyminen, tulee avustustilannetta järjestettäessä huomioida vapaan tilan määrä, sängyn ja pyörätuolin asettelu tilaan nähden, sekä sängyn ja pyörätuolin korkeus. Tilanteen sujuvuuteen voi kuntoutujan kannalta vaikuttaa häiritsevästi muiden ihmisten läsnäolo, tilan meluisuus, kiireinen ilmapiiri ja avustajan liian runsas ja epäjohdonmukainen ohjaus. (Forsbom ym. 2001, 66-72; Heinonen & Mäkipää 2017.) Kuntoutujan puutteellinen huomiointi ei edistä kuntoutujan oppimista ja hänen keskittymistään. Ohjauksessa on erityisen tärkeää huomioida myös kuntoutujan mahdollisia havainnointiin, muistiin ja ymmärtämiseen liittyviä ongelmia. (Gjelsvik 2008, 147; Heinonen & Mäkipää 2017; Tamminen-Peter & Wickström 2013, 69.)

Hyvin suunniteltu ympäristö ei ainoastaan tue kuntoutujan liikkumiskykyä, vaan se helpottaa myös avustajaa toimimaan haastavissakin siirtotilanteissa oikein ja omalle keholle edullisella tavalla. Siirtymissä tulee huomioida aina myös avustajan ergonomia. Työterveyslaitoksen (2005) mukaan ergonomia itsessään käsittää ihmisen terveyden, turvallisuuden, hyvinvoinnin sekä tehokkaan ja sujuvan toiminnan siirtymistilanteessa. Se tutkii henkilön, toimen ja tekniikan vuorovaikutusta toisiinsa niin, että päästään mahdollisimman onnistuneeseen lopputulokseen niin

kuntoutujan kuin avustajan tai avustajien kannalta. Huolellisella ergonomialla pyritään ehkäisemään avustajan fyysinen ylikuormittuminen avustustilanteessa. (Tamminen-Peter, Eloranta, Kivivirta, Mämmelä, Salokoski & Ylikangas. 2007, 13-14.) Tilanteessa tulee huolehtia siitä, että avustajan tuki- ja liikuntaelimistö ei kuormitu epäedullisella tavalla. Avustajan tulee arvioida, riittääkö omat ja kuntoutujan voimavarat siirtoon vai tarvitaanko toinen avustaja lisäksi. Avustajan tulee pitää oma painopiste jalkojensa päällä ja huolehtia siitä, että selkä pysyy suorana. Hoitohenkilökunnan tulisi hyödyntää painonsiirtoa sekä liike-energiaa avustuksessa, kurkottelua ja kumartelua täytyisi välttää. (Tamminen-Peter ym. 2007, 42-43.) Avustajalta vaaditaan hyvää kehonhallintaa niin, että liike, hengitys, tasapainoinen asento ja lihasjännityksen taso toimivat hyvässä vuorovaikutuksessa keskenään siirtotilanteessa (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 53-54; Tamminen-Peter ym. 2007, 28.)

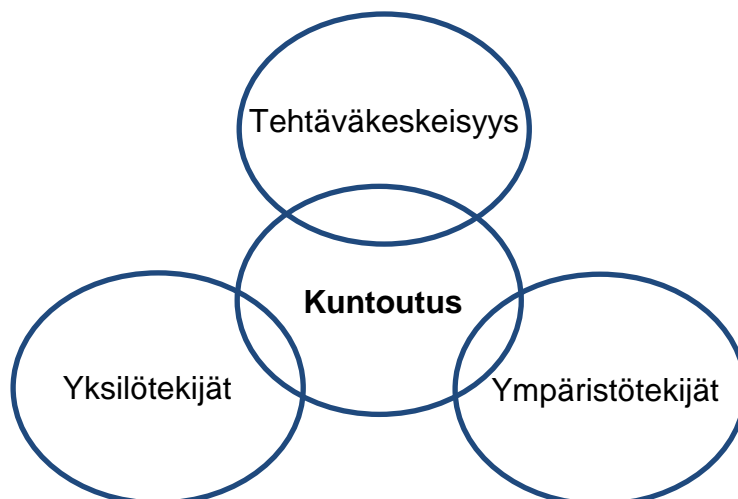
6.4 Siirtymisen avustaminen osana kuntoutusta

Tehokkaassa ja toimintakykyä edistävässä kuntoutuksessa tulee huomioida kuntoutujan yksilölliset ominaisuudet, harjoittelun tehtäväkeskeisyys ja toimintaympäristö. Tällöin hyödynnetään juuri kyseisen kuntoutujan potentiaali kuntoutusprosessissa ja tähdätään yksilön parhaan mahdollisen suorituskyvyn saavuttamiseen. Yksilölliset tekijät tarkoittavat esimerkiksi kuntoutujan aiempaa toimintakyvyn tasoa ja sairastumisesta aiheutunutta yksilöllistä oirekuvaa. (Forsbom ym. 2001, 68; Gjelsvik 2008, 67-68,147; O'Sullivan & Schmitz 2010, 4.)

Tehtäväkeskeisyys tarkoittaa harjoittelun ja liikkeen suorittamista jonkin tehtävän saavuttamiseksi, esimerkiksi siirtymiseksi vuoteesta pyörätuoliin ruokailemaan. Toiminta tulee myös suhteuttaa vallitsevaan ympäristöön, jotta lopulta kotona toimiminen ja pärjääminen mahdollistuisi. (Forsbom 2001, 89.)

Kuntoutumisen alkuvaiheessa ympäristö tulee järjestää avustus- ja harjoittelutilanteessa niin, että se tukee toimintaa ja mahdollistaa sen. Kun ympäristö on suunniteltu oikein, kuntoutujan on helpompi hahmottaa oma

kehonsa suhteessa muuhun ympäristöön. (Forsbom 2001, 89.) Kun kuntoutuminen etenee, ympäristön tulisi asettaa sellaisia haasteita, joita kuntoutuja kohtaa myös kotioloissa (O'Sullivan & Schmitz 2010, 4). Näitä asioita kuvataan kuviossa 1.



Kuvio 1. Toimivan kuntoutuksen osatekijät

6.5 Siirtymisen avustamisen näkökulmat

Siirtymisen avustamisen menetelmiä on kehitetty niiden nykyiseen muotoonsa 1990-luvulta lähtien. Huomiota kiinnitetään uusimmissa avustustekniikoissa avustajan turvallisuuteen sekä kuntoutujan huomioimiseen ja aktivoimiseen. 1990-luvulta lähtien Suomessa koulutetuimpia tekniikoita ovat esimerkiksi Yhdysvalloista lähtöisin oleva kinestetiikka -menetelmä ja ruotsalainen Durewall -menetelmä. Nämä menetelmät eivät ainoastaan päde AVH-kuntoutukseen, vaan ovat hyödynnettävissä myös muunlaisessa kuntoutuksessa. (Tamminen-Peter, & Wickström 2013, 60.)

Kinestetiikka-menetelmän tavoite on avustaa potilasta häntä mahdollisimman aktiivisella tavalla. Tekniikka keskittyy lisäämään potilaan omatoimisuutta ja hallinnan tunnetta. Tämän lisäksi pyritään helpottamaan siirtymisen kuormittavuutta sekä potilaan että avustajan näkökulmasta. Pääkohdat ovat alustan tukipintojen hyväksikäyttö ja kehon painonsiirto kehon osalta toiselle. Kehon hahmotetaan Kinestetiikka-näkökulman

mukaan ”liikekohtiin” eli niveliin. Siirtyessä tulisi ohjata painonsiirtoa, kuitenkin tarttumatta nivelkohtiin. Tarttuminen tekee siirtymistä raskaampaa ja haittaa sen sujuvuutta. Menetelmän ovat kehittäneet amerikkalaiset käyttäytymistieteilijät Lenny Maietta ja Frank Hatch yhteistyössä sveitsiläisten ja saksalaisten hoitotyöntekijöiden kanssa. (Suomen kinestetikka yhdistys ry 2016; Tamminen-Peter 2005.)

Durewall-tekniikka perustuu, niin kuin useat muutkin nykypäivänä hyväksytyt tekniikat, kuntoutujan varsinaisen nostamisen sijaan liu’uttamiseen, vetämiseen ja työntämiseen. Avustaminen keskittyy nimenomaan keskivartalon fasilitointiin mahdollisimman pienellä fyysisellä voimalla. Avustettaessa käytetään laajoja kämmenotteita ja vältetään avustamista raajoista, sekä pään tai kainaloiden koskettamista. Avustusmenetelmän periaatteena on myös potilaan kunnioitus ja hänen tuntemustensa huomioiminen siirtymisen aikana. Tekniikan on kehittänyt ruotsalainen Kurt Durewall kamppailulaji jiu-jitsun innoittamana. Tekniikan lähtökohtana on avustavan henkilön ergonomian tukeminen, mutta keskeisenä teemana on myös itse kuntoutujaa miellyttävä avustaminen. (Tamminen-Peter 2005.)

Jopa laajimmin Euroopassa sovellettu näkökulma AVH-kuntoutukseen on Bobath-lähestymistapa. Bobath -menetelmää sovelletaan silloin, kun kuntoutujalla on liikunta- ja toimintakyvyn ongelmia. Menetelmän periaatteet perustuvat jo vuoden 1970 julkaisuun, jota myöhemmin modernisoitiin uudessa painoksessa 1990. Voidaan siis väittää, että Bobath-konsepti on ollut luomassa pohjaa myös uudemmille 90-luvulla alkunsa saaneille menetelmille. Uudessa painoksessa konseptiin sisällytettiin uutta tutkimustietoa neurologisesta kuntoutuksesta ja motorisesta oppimisesta. Menetelmän tietoa on siirretty eteenpäin erilaisissa jatkokoulutuksissa ja kirjallisuudessa. Bobath-konseptin menetelmiä on päivitetty vastaamaan tämän päivän uusinta tietoa, ja konseptin teoria perustuukin aivojen plastisiteettiin ja sen hyödyntämiseen. (Forsbom ym. 2001, 68; Paci 2003, 2; Pyöriä ym 2015, 22.) Konseptin menetelmät ovat jatkuvasti kehittyviä toimintamalleja ja lähestymistapoja, jotka tarjoavat keinoja kuntoutujan moniammatilliseen ohjaukseen ja

kuntoutukseen. Myös Bobath-näkökulman mukaan ympäristön, yksilötekijöiden ja tehtäväkeskeisyyden huomioiminen ovat kuntoutuksen perusta. (Gjelsvik 2008, 3,147; Forsbom ym. 2001, 67.)

Salpausselän kuntoutussairaala Jalmarin vaativan neurologisen kuntoutusosaston fysioterapeutit perustavat näkökulmansa kuntoutuksessa Bobath-konseptiin. Sen lähtökohtana on, että koko moniammatillinen henkilökunta noudattaa kuntoutujan parhaaseen mahdolliseen toimintakykyyn tähtäävää ohjausta. Tärkeässä roolissa on ohjauksen ja avustamisen yhdenmukaisuus. (Heinonen & Mäkipää 2017.)

7 SIIRTYMISEN AVUSTAMINEN VIDEOLLA

Videolla esiteltävää tapaa siirtyä kutsutaan matalaksi siirtymiseksi. Siirtymisessä kuntoutuja siirtyy sängystä makuuasennosta pyörätuoliin istumaan. Sängyssä tapahtuvat asennon muutokset harjoittavat kuntoutujan liikekontrollia ja valmistaa itsenäiseen istumaannousuun (O'Sullivan & Schmitz 2010, 45). Vuoteen reunalta istumasta siirtyminen pyörätuoliin tapahtuu hieman kyykyssä, eikä tavoitteena ole ojentautua seisomaan kokonaan suoraksi. Tämä sopii subakuutin vaiheen kuntoutujalle, sillä siirtyminen ei kuormita kuntoutujaa liikaa, mutta antaa valmiuksia myöhempään seisomaannousun harjoitteluun. Matala siirtyminen sängystä pyörätuoliin aloitetaan kääntymällä ensin kylkimakuulle. Videolla kuntoutuja makaa sängyssä selällään. Siirtyminen tapahtuu kääntymällä ensin halvaantuneelle kyljelle ja kylkimakuulta nousee istumaan vuoteen laidalle. Istuma-asennon kautta siirrytään halvaantunut puoli edellä pyörätuoliin. Turvallisuuden vuoksi avustaja huolehtii koko siirtymisen ajan kuntoutujan hyvän asennon säilymisestä ja on jatkuvassa fyysisessä kontaktissa kuntoutujaan. (Forsbom ym. 2001, 91; Heinonen & Mäkipää 2017.)

Myös kuntoutujan huomioiminen ja kunnioittaminen siirtymistilanteessa on erityisen tärkeää. Kuntoutujan ja avustajan tulee olla siirtymistilanteessa vuorovaikutuksessa keskenään, ja kuntoutujan tuntemuksiaan on kuunneltava – tämä myös lisää kuntoutujan omaa aktiivisuutta. Ennen suoritusta avustaja kertoo, mitä seuraavaksi tapahtuu. Tämä ei ainoastaan sujuvoita siirtymistä vaan lisäksi osoittaa, että kuntoutuja tulee huomioiduksi, ja toiminnan suorittajana ei ole avustaja vaan kuntoutuja itse. (Heinonen & Mäkipää 2017; Tamminen-Peter & Wickström 2013, 68.)

7.1 Kyljelle kääntyminen

Ennen kyljelle kääntymistä on varmistettava, että sängyssä on tilaa kääntyä. Kyljelle kääntyminen vaatii ala- ja ylävartalon rotaation eli kierron. Raajat avustavat liikettä ja siirtyvät liikkeen mukana. Usein rotaatio tapahtuu ensin joko ylä- tai alavartalosta, jonka jälkeen toinen vartalon osa

seuraa liikettä. Pään ja niskan kääntyminen sivulle yhdistetään ylävartalon kääntymiseen. (O'Sullivan & Schmitz 2010, 45; Tamminen-Peter & Wickström 2013, 118.)

Ensin videolla avustetaan kuntoutujan polvet koukkuun, sillä kuntoutujalla voi olla haasteita halvaantuneen alaraajan koukistamisessa. Toiminta aloitetaan aina halvaantuneesta alaraajasta, koska tavoitteena on aktivoita sitä. Toinen käsi avustaa reiden koukistusta takareidestä ja toinen nilkkanivelestä fasilitoiden jalkaterää kohti säärtä. Tämän jälkeen avustaja tuo polvensa sängylle, ja kuntoutuja kääntää polvensa sivulle avustajan reittä vasten. Näin kuntoutujalle ei tule liian suurta kiertoa vartaloon. Halvaantuneen puolen lavan asento korjataan niin, että kääntyminen ei tapahdu olkapään päälle. (Forsbom 2001, 78-79; Tamminen-Peter & Wickström 2013, 119.) Näin ehkäistään halvaantuneen yläraajan olkapään sijoiltaanmeno. Halvauksen vuoksi pareettisen yläraajan olkapää on altis lähtemään sijoiltaan. (Heinonen & Mäkipää 2017; Owen, Carson & Dewald 2017.)

Tämän jälkeen kääntyy ylävartalo. Kuntoutujan keskivartalon voimantuotossa ja rotaatioliikkeen aloittamisessa voi olla haasteita. Avustaja asettaa kätensä kuntoutujan terveen puolen lavalle ja hartialle, samalla fasilitoiden kyynärvarrella rintalastan kohdalta. Toinen käsi asetetaan kuntoutujan vartalon samalle puolelle fasilitoimaan alaselkää ja kylkeä. Tämän jälkeen ohjeistetaan kuntoutujaa kurottamaan ylävartaloa irti alustasta kohti polvia ja kääntymään kyljelle. Tällöin kuntoutujan keskivartalon tulisi erityisesti aktivoitua. Kääntymisen aikana avustaja siirtää polvensa pois sängyltä niin, että kuntoutujan alavartalo pääsee kääntymään esteettä kylkimakuuasentoon ylävartalon mukana. (Forsbom ym. 2001, 73, 81; O'Sullivan & Schmitz 2010, 45.)

7.2 Istumaannousu

Kylkimakuulta nousee seuraavaksi istumaan. Kylkimakuulla kuntoutuja tuo jalat 90 asteen kulmaan niin, että kantapäät ovat vuoteen reunan ulkopuolella. Avustaja tukee kuntoutujan jalat vuoteen reunalle reidellään.

Seuraavaksi kuntoutuja valmistautuu kohottamaan ylävartaloa alustasta. Kuntoutuja asettaa ylemmän käden nyrkistettynä tai kämmen avattuna patjalle, josta hän tukee nousuvaihetta. Samalla kuntoutuja aktivoi keskivartaloaan ja kylkeään (Forsbom 2001, 86.)

Kuntoutujan keskivartalon voimantuotto ei todennäköisesti riitä istumaannousemiseksi itsenäisesti, jolloin liikettä tulee fasilitoida kyljestä. Avustaja asettaa kätensä kuntoutujan halvaantuneen puolen hartialle, ja toisen kätensä kuntoutujan terveen puolen lavalle. Saman käden kyynärpää fasilitoi kuntoutujan kyljen aktivaatiota. Avustaja kehottaa kuntoutujaa nousemaan istumaan. Kuntoutuja kykenee yleensä auttamaan ylösnousua terveellä kädellään. Kuntoutuja työntää ylävartaloaan kohoasentoon terveellä kädellä, ja työskentelee kyljen supistumiseksi. Avustaja avustaa ylävartalon nousemista alustasta ja samalla vapauttaa kuntoutujan jalat niin, että ne laskeutuvat kokonaan sängyn reunan yli. Lantio kääntyy niin, että tukipinta siirtyy pakaroille, reisille ja jalkapohjille. Ylävartalo nousee pystyasentoon. (Forsbom ym. 2001, 86; Heinonen & Mäkipää 2017; O'Sullivan & Schmitz 2010, 48.)

7.3 Pyörätuoliin siirtyminen

Ennen sängyn reunalta pyörätuoliin siirtymistä tulee varmistaa pyörätuolin ja sängyn välinen sopiva etäisyys sekä sängyn ja pyörätuolin korkeus. Sängyn korkeuden tulee olla sellainen, että kuntoutujan jalat asettuvat tukevasti lattiaan hänen istuessaan sängyn reunalla. Sängyn korkeuden tulee olla myös riittävä niin, että painonsiirto jaloille ja eteen mahdollistuu. Kuntoutujan jalkapohjat tulee asettaa lattiaan hänen polvilinjansa taakse. Siirtyminen tapahtuu halvaantunut puoli edellä. Liike alkaa painon siirrolla eteen, jolloin ylävartalon kallistuu eteen. Avustaja asettaa omat polvensa kuntoutujan polvien eteen niin, että kuntoutujan jalkapohjat eivät pääse liukumaan alustalla ja polvet pääsevät liukumaan sopivasti eteen. Avustajan asettumalla kuntoutujan eteen hän myös mahdollistaa ja turvaa kuntoutujan painonsiirron ja eteenkallistumisen. (Heinonen & Mäkipää 2017; Tamminen-Peter & Wickström 2013, 122.)

Avustaja ohjaa kuntoutujaa ristimään kädet, asettaa kätensä kuntoutujan selän taakse ja ohjaa kuntoutujaa kallistumaan voimakkaasti eteenpäin (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 122). Avustaja voi esimerkiksi laskea kolmeen ja ohjata painonsiirron tapahtuvan kolmannella, jolloin kuntoutuja ja avustaja osaavat toimia yhdenaikaisesti (Heinonen & Mäkipää 2017). Painonsiirrolla kuntoutujan pakarat nousevat kevyesti alustasta, paino siirtyy molemmille alaraajoille ja lonkkien ja polvien ojentajat aktivoituvat, jolloin siirtyminen tapahtuu sivulle (Korpelainen, Kallaranta & Leino 2001, 236).

8 TUOTTEISTAMISPROSESSI

Sosiaali- ja terveysalalla uuden tuotteen tai palvelun kehittämisprosessi lähtee usein uudesta tiedosta, jonka takia palvelua tai tuotetta täytyy kehittää, yhteiskuntarakenteen muutoksesta tai ammattikunnan sisällä tapahtuvista muutoksista. Kaikkien sosiaali- ja terveysalan, sekä aineellisten että aineettomien tuotteiden lähtökohtana on asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. (Jämsä & Manninen 2000, 24.)

8.1 Perehdytysvideon kehittäminen

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena tehtiin perehdytysvideo AVH-kuntoutujan siirtymisen avustamisesta hoitohenkilökunnan käyttöön. Tuotteen kehittämisessä edettiin viidessä vaiheessa, jotka Jämsän ja Mannisen (2000, 28) mukaan voidaan erottaa jokaisesta tuotteen kehittämisprosessista. Tuotteistamisprosessin vaiheet ovat ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen, ideointivaihe, tuotteen luonnosteluvaihe, kehittelyvaihe ja viimeiseksi viimeistelyvaihe. Vaikka tuotteistamisprosessista voidaan erottaa viisi vaihetta, ne saattavat edetä hieman päällekkäin ja välillä yhdestä vaiheesta palataan päivittämään ja tarkentamaan toista. (Jämsä & Manninen 2000, 28.) Kuviolla 2 havainnollistetaan perehdytysvideon tuotteistamisprosessia tässä opinnäytetyössä.



Kuvio 2. Tuotteistamisprosessin eteneminen

8.2 Kehittämistarpeen tunnistaminen

Tuotteistamisprosessin ensimmäisessä vaiheessa tavoitteena on joko jo olemassa olevan vanhan palvelun tai tuotteen kehittäminen tai kokonaan uuden tuotteen, palvelun tai näiden kahden yhdistelmän kehittäminen vastaamaan asiakkaan tai toimeksiantajan tarpeita (Jämsä & Manninen 2000, 29-31).

Opinnäytetyön tuotoksen tuotteistamisprosessi alkoi toimeksiantajan Kuntoutussairaala Jalmarin fysioterapeuttien yhteydenotolla Lahden ammattikorkeakouluun keväällä 2016. Heidän toiveenaan oli löytää tekijät neurologisen kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan AVH-kuntoutujan siirtymisen avustamisen perehdytysvideolle. Tällaista perehdytysvideota sairaalalla ei ole käytössä ja sille olisi kovasti tarvetta. Toimeksiantajan selkeä visio siitä, millaisen tuotteen juuri he tarvitsevat, auttaa tuotteen suunnittelussa. Usein prosessin aikana joudutaan kuitenkin tekemään lisäselvityksiä, että millaista tuotetta lähdetään tekemään. (Jämsä & Manninen 2000, 31.)

8.3 Ideointivaihe

Tuotteistamisprosessin ideointivaiheen tarkoituksena on löytää ratkaisu johonkin ajankohtaiseen ongelmaan tai tarpeeseen, joka toimeksiantajalla juuri sillä hetkellä on. Tämä vaihe ei välttämättä kestä kauaa, sillä usein kyseessä on vanhan tuotteen uudistaminen vastaamaan nykyhetken sopivaa käyttötarkoitusta. Ideointivaiheessa on tärkeää pohtia muunmuassa sitä, kenelle tuote on suunnattu, miten tuote on toteutettavissa ja onko samanlaisia tuotteita saatavilla jostakin muualta. (Jämsä & Manninen 2000, 35.)

Ideointivaiheen alkaessa kartoitettiin muita aiheesta jo mahdollisesti aiemmin tehtyjä opinnäytetöitä sekä julkaisuja. Aiempia toiminnallisia opinnäytetöitä joissa tuotoksena on video, ei ole tehty, mutta muita aihetta lähellä olevia töitä löytyi jonkin verran. Muunmuassa Tiina Mäenpään (2015) kehittämistehtävä AVH-kuntoutujan fysioterapia subakuutissa

vaiheessa on yksi uusimmista julkaistuista, johon tutustuimme tarkemmin. Kehittämistehtävässä kuvattiin hyvin, millaista subakuutin vaiheen fysioterapia on ja millaisia kuntoutusmenetelmiä voidaan käyttää. Varsinkin subakuutin vaiheen fysioterapian kuvauksesta saimme hieman näkökulmaa siihen, mitä ottaa huomioon teoriapohjaa kerätessä ja rajauksessa. Myös moniammatillisuutta ja AVH-kuntoutusta hoitohenkilökunnan näkökulmasta käsittelevä opinnäytetyö Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutus terveystieteiden tutkimuskeskuksella: Kartoitus hoitajien kokemasta osaamisesta (Nuutila 2016) oli informatiivinen ja avuksi oman opinnäytetyömme kohderyhmän rajauksessa ja hoitohenkilökunnan näkökulmien huomioonottamisessa.

AVH-kuntoutujan siirtymisen avustamisesta on olemassa maksullista materiaalia internetissä Physiofile-sivustolla. Physiofilen AVH-kuntoutus-opetusmateriaalin ovat tehneet Anna-Liisa Suhonen-Ohlson ja Maj-Britt Forsbom. Videon katsominen vahvisti jo saatuja tietoja siitä, mitä perehdytysvideon tulisi sisältää ja mitä tulisi ottaa huomioon siirtymisen avustamisessa. Videot katsottiin lähinnä oman oppimisen ja kertauksen kannalta, eikä niistä haluttu ottaa liikaa mallia, jotta videotuotos vastaisi sekä tekijöiden että toimeksiantajan omaa visiota.

Ideointivaihe jatkui opinnäytetyön toimeksiantajien tapaamisella Salpausselän kuntoutussairaala Jalmarin tiloissa kesäkuussa 2016. Aloituspalaverissa käytiin läpi heidän toiveitaan ja ideoitaan videotuotoksesta sekä kirjallisen opinnäytetyöraportin sisällöstä. Lisäksi pohdittiin myös yhdessä aiheen rajausta. Aloituspalaverin tarkoituksena oli ensisijaisesti saada tarkempaa tietoa toimeksiantajan toiveista, jotta pystyttiin aloittamaan teoriapohjan kerääminen raporttia varten.

Aloituspalaverissa päätettiin, että videolle tulee kuvata siirtyminen pyörätuoliin vaihe vaiheelta. Videolle haluttiin selinmakuulta kylkimakuulle, kylkimakuulta istumaannousu ja istumasta pyörätuoliin siirtymisen avustaminen, koska usein kuntoutujan avustaminen alkaa luonnollisesti jo sängystä, jossa kuntoutuja on joko selinmakuulla tai kylkiasennossa. Aloituspalaverissa käytiin läpi myös työn teoriapohjaa ja siihen toivottiin

tarkempia oirekuvauksia muunmuassa parettisuudesta, spastisuudesta ja tonushäiriöiden vaikutuksesta ja oireiden tuomista haasteista siirtymisen avustamiseen.

Videon ideointiin ja sisältöön palattiin vielä tarkemmin helmikuun 2017 alussa pidetyssä palaverissa Jalmarin fysioterapeuttien kanssa, jossa pohdittiin vielä tarkemmin tulevan perehdytysvideon sisältöä ja tämän palaverin pohjalta sitä rajattiin entistä selkeämmäksi. Helmikuun palaveriin toimeksiantajalle oli lähetetty palautetta varten opinnäytetyöraportti, jossa oli syksyn 2016 aikana työstetty teoriapohja. Palautteen pohjalta raportista korjattiin muunmuassa aivoverenkiertohäiriön oirekuvauksia selkeämmiksi, sekä muokattiin siirtymismenetelmien kuvausta niin, että pääpaino on Bobath-konseptissa, jonka mallia Jalkarannan sairaalan fysioterapeutit pääasiassa työssään hyödyntävät.

8.4 Luonnosteluvaihe

Tuotteistamisprosessin luonnosteluvaiheessa tiedetään usein jo, millainen tuote halutaan tehdä. Tässä vaiheessa selvitetään ja kartoitetaan muunmuassa se, ketkä ovat tuotteen kohderyhmää eli ensisijaisia käyttäjiä, millaiseen ympäristöön tuote tulee sekä millaisia säädöksiä ja ohjeita mahdollisella tilaajaorganisaatiolla on. Usein tuotteen hyödynsaajia ovat myös muut kuin tuotteen käyttäjät, ja nämä välilliset hyödynsaajat on myös hyvä kartoittaa. Luonnosteluvaiheessa on myös hyvä hyödyntää moniammatillista asiantuntijaosaamista, jotta tuotteen laatu saadaan mahdollisimman hyväksi. (Jämsä & Manninen 2000, 43.)

Huhtikuun 2017 alussa käytiin videotuotoksen sisällön ensimmäinen palaveri, jossa käytiin läpi muunmuassa videon kohderyhmän asettamia vaatimuksia videon sisältöön sekä mitä ottaa huomioon ympäristöstä. Palaverissa sovittiin myös, että videolla esimerkkiasiakkaana ja terapeutteina esiintyvät tekijät itse, sillä toimeksiantajan organisaatio ei anna lupaa asiakkaidensa kuvaamiseen eikä videoimiseen.

Palaverin pohjalta videon sisältöä mietittiin kohderyhmälle eli osastolla työskenteleville sairaanhoitajille, lähihoitajille ja muulle henkilökunnalle sopivaksi. Haluttiin, että videossa puhutut ohjeet ovat hyvin ytimekkäitä ja selkeitä, jotta perehdytysvideosta tulee tarpeeksi lyhyt ja siirtymisen ydinkohdat näkyvät selkeästi. Päätettiin myös, että videolle tulee ohjeet tekstinä, mutta niihin laitetaan vain lyhyitä lauseita ja ydinsanoja, sillä videon sisältö on tarkemmin selitettynä opinnäytetyöraportissa. Ripeästi etenevän videon tarkoituksena oli havainnollistaa, että oikeanlaisen avustamistekniikan toteuttamiseen ei tarvita paljon aikaa. On hyvin tiedossa, että työskentely osastoilla on kiireistä, ja yhdelle kuntoutujalle on usein varattuna rajallinen aika.

Palaverissa keskusteltiin siitä, että fysioterapeutit voisivat näyttää perehdytysvideota omaisille, jotka kuntoutujan kotiuduttua pystyisivät videon pohjalta avustamaan oikealla tavalla siirtymistä myös kotona. Näiden välillisten hyödynsaajien takia videosta haluttiin mahdollisimman helpposelkoinen.

8.5 Kehittelyvaihe

Palaverin pohjalta kirjoitettiin käsikirjoitus, johon kirjattiin ohjaussanat, joita videolla tullaan käyttämään. Nämä ohjaussanat katsottiin sopiviksi toimeksiantajan kanssa yhdessä ensimmäisessä videopalaverissa. Tuotteistamisprosessin kehittelyvaihe alkoi siis kirjoittamalla videotuotoksen käsikirjoitus. Hyvän videon lähtökohtana on huolellisesti suunniteltu käsikirjoitus. Käsikirjoituksen laatimisen tarkoituksena on rajata videon sisältö sekä suunnitella millä tavalla esitettyä siitä tulee mahdollisimman ymmärrettävä ja selkeä. (Jämsä & Manninen 2000, 59.)

Kehittelyvaiheessa kartoitettiin myös tilaa, jossa perehdytysvideon kuvaus tullaan suorittamaan. Aluksi ajatuksena oli kuvata toimeksiantajan tiloissa autenttisen ympäristön saamiseksi, mutta koska osastolla on muutenkin puutetta tiloista, päädyttiin siihen, että kuvaustila etsitään muualta. Tilassa

täytyi olla valkoinen seinä, tarpeeksi tilaa ympärillä, sairaalasänky, sekä pyörätuoli. Kuvaukseen sopiva tila löytyi Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan kampukselta. Kuvauksessa käytettiin Jalkarannan sairaalasta lainattuja vaatteita, sekä olkaortoosia, jolla havainnollistimme kuntoutujan halvaantunutta puolta videolla.

Kehittelyvaiheessa päätettiin aikataulujen sovittamisen vaikeuden vuoksi, että kuvaukset suoritetaan tekijöiden voimin, eikä ulkopuolista kuvaajaa pyydetä. Videotuotoksen editoijaksi haluttiin myös ennestään tuttu ihminen, jotta yhteistyö sujuisi helpoiten. Hänen näkemyksiään videon sisältöön ja kuvaukseen kysyttiin useasti käsikirjoitusta laatiessa, ja häneltä pyydettiin editoijan näkökulmaa videon käsikirjoitukseen.

8.6 Viimeistelyvaihe

Pisin yksittäinen vaihe videon tuotteistamisprosessissa oli viimeistelyvaihe. Ensimmäisen kerran video kuvattiin huhtikuun ensimmäisellä viikolla hyvin pian videotuotoksen ensimmäisen sisältöpalaverin ja käsikirjoituksen laatimisen jälkeen, jotta kaikki saadut ideat ja näkökulmat olisivat mahdollisimman tuoreessa muistissa. Videot esiteltiin Jalmarin fysioterapeuteille heti seuraavalla viikolla ja heiltä kerättiin palautetta videoista. Toimeksiantajilta saatu palaute oli pääasiassa rohkaisevaa ja positiivista. Kuitenkin muunmuassa seuraavat korjattavat kohdat nousivat esiin videoita katsoessa:

”Kylkimakuulta istumaannousussa avustajan käden liu’utus lonkan päälle voimakkaammin, sen korostaminen.”

”Selkeämmät tauot puheessa ohjelauseiden jälkeen.”

”Kuntoutujan eteen kallistuminen tärkeää, joten sen korostus.”

”Kuntoutujan asento istumasta pyörätuoliin siirtymisessä liian kaukana sängyn reunalta.”

”Istumasta pyörätuoliin siirtymisessä avustajan asento vieläkin kyykympään.”

”Videoissa kuntoutujalla väärän käden peukalo päällä, sen

korjaaminen oikein.”

Jo kuvatuista videoista saatiin hyvää palautetta muunmuassa ohjaussanojen selkeydestä, avustajan puheen rauhallisesta rytmistä ja hyvästä kuuluvuudesta. Myös videon kuvakulmat, jotka oli ajateltu niin että niistä näkyisi mahdollisimman selkeästi se mitä avustajat tekevät, olivat toimeksiantajien mukaan hyvin valittuja. Videot olivat tässä vaiheessa vielä editoimattomia pätkiä, joissa ei ollut ohjetekstejä, jotta mahdollinen uudelleen kuvaaminen olisi mahdollisimman helppoa.

Videot päätettiin kuitenkin kuvata kokonaan uudelleen, jotta kaikki korjaukset saadaan tehtyä ja videosta tulisi yhtenäisen näköinen. Palaverissa käytyjen asioiden ja saadun palautteen pohjalta kuvattiin uudet videot toukokuun alussa. Videoiden uudelleen kuvaaminen oli sujuvaa, sillä käsikirjoitus pysyi edelleen samana, vaikka pieniä tarkennuksia videoihin tulikin.

Videot editoitiin yhdeksi kokonaisuudeksi 16.5., jolloin videoon lisättiin ohjetekstit ja videon visuaalinen ilme valittiin. Valmiiksi editoitu video ohjeteksteineen esiteltiin toimeksiantajillemme toukokuun lopussa. Heiltä keräämämme palautteen pohjalta videosta muokattiin muutamia hieman epäselviä sanamuotoja, sekä lisättiin ohjelauseita. Yhden ohjelauseen kesto lisättiin, jotta sen lukevalla on mahdollisuus kunnolla sisäistää asia.

Korjattu video esiteltiin Jalkarannan sairaalassa neurologisen osaston osastotunnilla 21.6. hoitohenkilökunnalle ja heiltä kerättiin suullistapalautetta videoiden selkeydestä ja ymmärrettävyydestä. Oli äärimmäisen tärkeää, että myös hoitohenkilökunnan palautetta kerättiin, koska video oli suunniteltu heidän perehdytyksensä avuksi. Läsneä osastotunnilla oli kaksi toimintaterapeuttia, viisi fysioterapeuttia, apulaisosastonhoitaja sekä 11 sairaanhoitajaa. Videon saama palaute oli pääasiassa hyvin positiivista:

”Hienoa, että meillä on nyt työväline, jota voimme käyttää esimerkiksi uusien harjoitteluun tulevien

perehdytyksessä.”

”Omaiset voisivat myös hyötyä tämän näyttämisestä ennen kotiutumista, jotta hekin voisivat olla kotikuntoutuksessa mukana.”

”Olisi hienoa saada tämä leviämään, vaikka hyvinvointikuntyhtymän sisällä. Osastonhoitajat voisivat esitellä tätä välillä, vaikka osastotunnilla.”

”Videon ote kuvat ovat erinomaiset, hyvin selkeät.”

”Ongelmana on usein se, että kiireessä näitä tapoja on hankala toteuttaa kokonaisuudessaan, mutta tavoite tietysti on ainakin se, että osia pystyisi toteuttamaan ja on hyvä kerrata oikeita tapoja.”

”Meillä on paljon kansainvälisiä opiskelijoita, joten englanninkielisetkin tekstiohjeet olisivat hyvä lisä.”

Hoitohenkilökunnalta kerätyn palautteen jälkeen videoon tehtiin vielä yhden sanan tarkennus kyynärpäältä kyynärvarreksi selvyuden vuoksi, mutta muuten mitään muutoksia videoon ei enää tehty. Lopullinen videotuotos saatiin valmiiksi kesäkuun 2017 lopussa.

9 POHDINTA JA ARVIOINTI

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö tehtiin pääosin Jämsän ja Mannisen (2000) Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla-kirjassa esiteltyä tuotteistamisprosessin kuvausta mukaillen. Toiminnalliselle opinnäytetyölle on tunnusomaista, että tavoitteena on jokin konkreettinen tuotos, esimerkiksi järjestää tapahtumapäivä, koostaa opaslehtinen tai suunnitella perehdytysvideo (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9).

9.1 Tiedonhankinta

Riittävän uutta lähivuosina julkaistua tietoa, kirjoja tai tutkimuksia oli aluksi haastavaa löytää. Prosessin edetessä kuitenkin tiedonhankintataitomme kehittyivät ja teoriapohja syveni sekä saimme uusia näkökulmia tiedon hakemiseen. Aluksi pyrimme hakemaan tietoa hyvin tiukasti rajatuilla muutamilla hakusanoilla, mutta prosessin edetessä havaitsimme, että tiedonhaku tuottaa enemmän tulosta, kun hakusanat koskevat laajempia kokonaisuuksia.

Halusimme hyödyntää sekä suomen- että englanninkielisiä lähteitä opinnäytetyössämme. Meitä yllätti jonkin verran se, että siirtymisen avustamisesta ei ole tehty juurikaan tutkimuksia eikä sitä koskevia opinnäytetöitä. Aihetta sivuavia opinnäytetöitä löytyi, mutta ne käsittelivät lähinnä siirtymisen avustajan ergonomiaa. Tämän vuoksi käsitelimme ergonomiaa hyvin suppeasti raportissamme. Tiedonhankinnassa pyrittiin käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä, mutta kyseisen aihealueen muuttumattomuuden vuoksi päädyttiin käyttämään myös vanhempia lähteitä. Vanhempien lähteiden käyttö on perusteltua, sillä niiden sisältämä tieto on pysynyt muuttumattomana. Tiedonhankintaan käytettiin muunmuassa Google Scholar-, PubMed- ja PEDro -tietokantoja. Tiedonhaussa käytettiin muunmuassa hakusanoja: stroke, risk factors, rehabilitation, motor control, hemiplegia, aivoverenkiertohäiriö, kuntoutus, siirtymisen avustaminen ja fasilitointi. Lisäksi käytettiin asiantuntijahaastatteluja. Haastattelut olivat perusteltuja, koska ne perustuivat opinnäytetyön tilaajan tietoon ja käytäntöihin. Haastattelujen

käyttö oli työssä jopa välttämätöntä, sillä työhön tarvittiin juuri tilaajatahon näkökulmaa, jotta tuotoksesta tuli heidän tarpeitaan vastaava.

Työllämme oli mahdollisuus onnistua hyvin, sillä saimme paljon ajankohtaista ja työelämälähtöistä tietoa haastattelemalla alan ammattilaisia. Tällä varmistimme tiedon ajantasaisuutta ja soveltuvuutta. Haastattelujen perusteella huomasimme, kuinka paljon aiheesta on suullista tietoa, mutta tutkimuksia aiheesta on vähän. Tieto ja käytännön osaaminen kehittyvät nopeasti työelämässä, mutta alan tutkimuksia tehdään vähän.

9.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) tarkoituksena on valvoa hyvän tieteellisen käytännön toteutumista ja edistää tutkimusetiikkaa. TENK:n julkaisu Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa (2012) määrittelee hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvan rehellisyyden, yleisen huolellisuuden ja tarkkuuden noudattamisen tärkeiksi tuotteistamisprosessissa. Kun nämä kriteerit täyttyvät, voidaan tuotosta pitää luotettavana ja eettisesti hyväksyttävänä. Tutkimuslupa tulee hankkia työn tekemistä varten toimeksiantajalta. Tätä opinnäytetyötä varten haettiin tutkimuslupa Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymältä. Tutkimusluvan myönsi Ikääntyneiden palveluiden ja kuntoutuksen toimialajohtaja Ismo Rautiainen. Kaikkien prosessiin osallistuvien tahojen tulee hyväksyä prosessia koskevat vastuut ja velvollisuudet sekä aineiston tekijänoikeuksia koskevat periaatteet. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tässä työssä tuodaan esille tieteellisten julkaisujen asiasisältö ja niihin viitataan asianmukaisesti plagioimatta. Tuotteistamisprosessia on kuvattu avoimesti, tarkasti ja totuudenmukaisesti. Perehdytysvideolla esiintyvät henkilöt ovat työn tekijät itse, joten mitään erillisiä kuvauslupia ei tarvita ja video voitiin julkaista työn tilaajien hyväksynnällä. Videon tekijänoikeus säilyy automaattisesti tekijöillä (Lahden ammattikorkeakoulu 2016). Toimeksiantajan kanssa on sovittu videon jakamisesta Päijät-Hämeen

hyvinvointikuntayhtymän sisällä. Koska kyseessä ei ole tutkimus, mitään materiaalia ei kertynyt hävitettäväksi tai säilytettäväksi jälkeenpäin, eikä salassapidettävää materiaalia kertynyt. Video esiteltiin hoitohenkilökunnalle ja heille annettiin mahdollisuus antaa videosta palautetta. Palautetta ei kerätty kirjallisesti. Palautteen pyytämällä haluttiin lisätä työn avoimuutta, moniammatillista yhteistyötä ja tiedottaa perehdytysvideon olemassaolosta. Tiedottamalla videosta henkilökunnalle haluttiin edesauttaa videon käyttöönottoa ja hyödyntämistä käytännön työssä.

9.3 Hyödynnettävyys

Opinnäytetyön perehdytysvideo on tehty toimeksiantajan pyynnöstä. Salpausselän kuntoutussairaala Jalmarin kanssa on sovittu, että perehdytysvideo on vapaasti hyödynnettävissä opinnäytetyön tekijöillä. Opinnäytetyön tekijöillä säilyy oikeus jakaa videota myös muille tahoille. Lahden ammattikorkeakoulun fysioterapian lehtorin kanssa on keskusteltu siitä, että video olisi hyödynnettävissä myös fysioterapeuttiopiskelijoiden opetuksessa neurologiaan ja siirtymiseen avustamiseen liittyvissä opintokokonaisuuksissa. On keskusteltu myös siitä, että fysioterapeutit voisivat näyttää perehdytysvideota omaisille, jotka kuntoutujan kotiuduttua pystyisivät videon pohjalta avustamaan oikealla tavalla siirtymistä myös kotona ja näin ollen videon hyödynnettävyys olisi entistä parempaa.

9.4 Jatkokehittämisehdotukset

Opinnäytetyöprosessin aikana keskustelimme siitä, kuinka aivoverenkiertohäiriön kuntoutukseen voisi kehittää monipuolisesti enemmän perehdytysmateriaalia hoitohenkilökunnalle. Neurologinen kuntoutus on aiheena hyvin laaja, ja mahdollisuudet erilaisten perehdytysmateriaalien tuottamiseen ovat monipuoliset. Palavereissa toimeksiantajan kanssa ilmeni erityisesti tarve muistakin perehdytysvideoista kuten olkaortoosin pukemisesta oikeaoppisesti sekä apuvälineiden hyödyntämisestä siirtymisen avustamisessa. Nimenomaan

perehdytysvideot olisivat toivottuja, sillä ne ovat usein ymmärrettävämpiä kuin pelkät kuvat tai kuvalliset ohjeet.

Hoitohenkilökunnalle pidetyssä videon esittelyssä saimme palautteen lisäksi myös jatkokehittämisehdotuksena jonkinlaisen perehdytyspäivän videoon ja siirtymisen avustamiseen liittyen. Heidän toiveenaan olisi, että muutaman kerran vuodessa olisi jonkinlainen perehdytyspäivä tai lyhyempi tilaisuus, jossa ensin esiteltäisiin video, sekä harjoiteltaisiin siirtymisen avustamista ja keskityttäisiin oikeaan avustamistekniikkaan.

Perehdytyspäivän tai tilaisuuden voisi järjestää esimerkiksi yhteistyössä Lahden ammattikorkeakoulun kanssa, josta voisi tulla opiskelijoita pitämään tällaista tilaisuutta. Perehdytyspäivä voisi olla osaamisen näyttökokeena esimerkiksi neurologisten sairauksien fysioterapian kurssilla, jossa käydään läpi juuri siirtymisen avustamiseen liittyviä asioita.

9.5 Tuotteistamisprosessin arviointi

Yhteistyö toimeksiantajan kanssa oli koko prosessin ajan sujuvaa. Toimeksiantajalla oli alusta asti selkeä kuva siitä, millaisen tuotteen he haluavat. Koska tarve videolle oli toimeksiantajallamme suuri, koimme koko opinnäytetyöprosessin mielekkääksi ja motivoivaksi. Saimme heti alusta alkaen paljon kannustusta opinnäytetyön tekemiseen, sekä paljon hyödyllisiä vinkkejä ja neuvoja prosessin aikana pidetyissä yhteisissä palavereissa. Yhteydenpitokanavana toimi muulloin toimeksiantajatahon kanssa pääosin sähköposti.

Koimme, että emme päässeet täysin toivomaamme tavoitteeseen työn tietoperustan suhteen. Toivoimme löytävämme enemmän aihetta tukevia englanninkielisiä tutkimuksia. Valitettavasti aiheeseen soveltuvia tutkimuksia ei kuitenkaan ollut mielestämme riittävästi tarjolla, ja tiedonhankintataidoissamme oli varmasti myös kehittämisen varaa. Jouduimme käyttämään pääasiassa suomenkielisiä kirjall lähteitä. Vanhin käyttämistämme lähteistä oli vuodelta 1999. Vanhojenkin lähteiden käyttö oli kuitenkin mielestämme perusteltua, sillä samat vanhemmat lähteet toistuivat uudemmissa materiaaleissa.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä toteutus on useiden kompromissien summa, joiden tulee olla hyvin perusteltuja. Tämän kaltaisessa työssä on enemmän toteutukseen liittyviä vapauksia, kuin tiukasti tutkimuskäytäntöjä noudattavassa tutkimuksellisessa opinnäytetyössä, mikä luo omat haasteensa ja mahdollisuutensa työn kehittämiseen. Työn tulee vastata sekä toimeksiantajan odotuksia, että koulun opinnäytetyölle asettamia vaatimuksia. Toteutukseen vaikuttavat vahvasti myös kohderyhmän tarpeet ja opinnäytetyön tekijöiden voimavarat, osaaminen ja motivaatio. (Vilka & Airaksinen 2003, 56-57.)

Fysioterapiakoulutuksemme ei sisällä media alan opiskelua, mutta työmme vaati kuitenkin tämän alan osaamista perehdytysvideota työstäessä. Kuvauksessa täytyy katsoa oikeat kuvauskulmat, riittävät valaistukset ja akustiikan täytyy tukea äänenlaatua videolla. Mielestämme saimme eri tahojen tarpeet kohtaamaan hyvin ja olimme tyytyväisiä erityisesti perehdytysvideon laatuun. Kohderyhmältä kerätty palaute tuki myös hyvin näkemystämme työn onnistumisesta. Seuraavan määritelmän pohjalta arvioimme oman opinnäytetyömme onnistuneeksi. Vilka ja Airaksinen (2003, 10) määrittelevät hyvän toiminnallisen opinnäytetyön näin;

”Opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava.”

LÄHTEET

Aivoinfarkti ja TIA (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 (viitattu 4.2.2017). Saatavilla internetissä:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50051>

Autti-Rämö, I. 2004. CP-vammaisuus. Teoksessa Sillanpää, M., Herrgård, E., Iivanainen, M., Koivikko, M. & Rantala, H. (toim.) Lastenneurologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Barnes, M., Dobkin, B. & Bogousslavsky, J. 2005. Recovery after stroke. Cambridge University Press.

Carr, J. & Shepherd, R. 2010. Neurological Rehabilitation. Optimizing Motor Performance. Churchill Livingstone Elsevier.

Forsbom, M-B., Kärki, E., Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Helsinki: Tammi.

Gjelsvik, B E. 2008. The Bobath Concept in Adult Neurology. New York: Thieme.

Heinonen, K. & Mäkipää, A. Fysioterapeutit. Salpausselän kuntoutussairaala Jalmari. Haastattelu 5.4.2016.

Hyvärinen, M., Qiao, Q., Tuomilehto, J., Söderberg, S., Eliasson, M. & Stehouwer, CD. 2010. The difference between acute coronary heart disease and ischaemic stroke risk with regard to gender and age in Finnish and Swedish populations. Pubmed [viitattu 14.4.2017]. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20536610>

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuoteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R. O. & Sivenius, J. 2007. Aivoverenkiertohäiriöt.

Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) Neurologia. 2-3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kivimäki, M., Kuosma, E. & Ferrie, JE. 2017. Excess weight and multimorbidity: putting people's health experience in risk factor epidemiology [viitattu 28.7.2017]. Saatavissa: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667\(17\)30093-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667(17)30093-2.pdf)

Korpelainen, J., Kallanranta, T. & Leino, E. 2001. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. 1 painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Koskinen, S. & Vartiainen, M. 2012. Neuropsykologinen kuntoutus. Toiminnallisuus ja kuntoutus aivovamman jälkitiloissa. Aivovammojen kuntoutus. Lindstam S. & Ylinen A. (toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Lahden ammattikorkeakoulu. 2016. Reppu: Opinnäytetyön ohje ammattikorkeakoulututkinto [viitattu 16.5.2017]. Lahden Ammattikorkeakoulu. Saatavissa Lahden ammattikorkeakoulun sisäisin tunnuksin: [https://lamkfi.sharepoint.com/sites/intranet/Dokumentit%20%20Ohje/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6n%20\(AMK\)%20ohje%20.pdf#search=tutkimuseettinen=116250](https://lamkfi.sharepoint.com/sites/intranet/Dokumentit%20%20Ohje/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6n%20(AMK)%20ohje%20.pdf#search=tutkimuseettinen=116250)

Legg, L., Drummond, A., Leonardi-Bee, J., Gladman F., Corr, S., Donkervoort M., Edmans, J., Gilbertson, L., Jongbloed, L., Logan, P., Sackley, C., Walker, M. & Langhorne, P. 2007. Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials. BMJ [viitattu: 4.4.2017]. Saatavissa: <http://www.bmj.com/content/bmj/early/2006/12/31/bmj.39343.466863.55.full.pdf>

Meretoja, A. 2011. PERFECT Stroke. PERFormance, Efferctiveness, and Costs of Treatment episodes in Stroke. Helsinki [viitattu: 26.2.2017].

Saatavissa:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26460/perfects.pdf?sequence=1>

Meretoja, A. 2015. Aivohalvaus-kallis kansansairautemme. Duodecim. 128(2):139-46 [viitattu: 26.2.2017]. Saatavissa:

<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2012/2/duo10040>

Mäenpää, T. 2015. AVH-kuntoutujan fysioterapia sub-akuutissa vaiheessa. Kehittämistehtävä. Tampereen Ammattikorkeakoulu. [viitattu: 20.11.2016] Saatavissa:

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99777/Maenpaa_Tiina.pdf?sequence=2

Nuutila, E. 2016. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutus terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kartoitus hoitajien kokemasta osaamisesta. Fysioterapian opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. [viitattu: 20.11.2016] Saatavissa:

<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/120650/opinnaytetyoNuutila2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

O'Sullivan, S B. & Schmitz, T J. 2010. Improving functional outcomes in physical rehabilitation. Philadelphia; F. A. Davis Company.

Owen, M., Carson, I. & Dewald, J. 2017. Upper extremity motor impairments and microstructural changes in Bulbospinal pathways in chronic hemiparetic stroke [viitattu

1.8.2017]. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5468392/>

Paci, M. 2003. Physiotherapy based on the Bobath concept for adults with post-stroke hemiplegia: a review of effectiveness studies. J Rehabil Med 35: 2-7. Taylor & Francis healthscieces [viitattu 20.2.2017]. Saatavissa:

<https://scholar.google.fi/scholar?q=PHYSIOTHERAPY+BASED+ON+THE>

[+BOBATH+CONCEPT+FOR+ADULTS+WITH+POST-STROKE+HEMIPLEGIA:+A+REVIEW+OF+EFFECTIVENESS+STUDIES&hl=en&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ved=0ahUKEwiOg9WhuJ7SAhXEiywKHWpJCLMQgQMIFjAA](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26111111/)

Pyöriä, O., Reunanen, M., Nyrkkö, H., Kaitiainen, H., Pieninkeroinen, I., Tapiola, T. & Lohikoski, P. 2015. Aktiivisuutta ja osallistumista tukeva fysioterapia aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden alkuvaiheen kuntoutuksessa. Satunnaistettu seurantatutkimus. Helsinki: Juvenes Print.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (toim.). 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

Roine, R., Herrala, R. & Sotaniemi K. 2002. Aivoinfarktin hoito aivohalvausyksikössä. Duodecim. 118(24), 2541-2550. [viitattu: 30.11.2016]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93339.pdf>

Suomen kinestetiikka yhdistys ry. 2016. Kinestetiikan kehittyminen. [viitattu: 6.1.2017] Saatavissa: <http://www.kinestetiikka.fi/kinestetiikka/kinestetiikan-kehittyminen/>

Talvitie, U., Karppi, S. & Mansikkamäki, T. 1999. Neurologinen fysioterapia. Fysioterapia. Helsinki: Oy Edita AB.

Tamminen-Peter, L. & Fagerström, V. 2009. ERGONOMIC PATIENT HANDLING PASSPORT®-A CONCRETE TOOL FOR IMPROVING NURSES'COMPETENCE IN ERGONOMICS. Finnish Institute of Occupational Health [viitattu: 26.7.2017]. Saatavissa: [https://www.researchgate.net/profile/Leena_Tamminen/publication/271250492_Ergonomic_patient_handling_cardR_scheme_-_A_CONCRETE_TOOL_FOR_IMPROVING_NURSES'_COMPETENCE_IN_ERGONOMICS/links/54c368160cf256ed5a9162e1/Ergonomic-patient-](https://www.researchgate.net/profile/Leena_Tamminen/publication/271250492_Ergonomic_patient_handling_cardR_scheme_-_A_CONCRETE_TOOL_FOR_IMPROVING_NURSES'_COMPETENCE_IN_ERGONOMICS/links/54c368160cf256ed5a9162e1/Ergonomic-patient-handling-cardR-scheme-A-CONCRETE-TOOL-FOR-IMPROVING-NURSES-COMPETENCE-IN-ERGONOMICS)

[handling-cardR-scheme-A-CONCRETE-TOOL-FOR-IMPROVING-NURSES-COMPETENCE-IN-ERGONOMICS.pdf](#)

Tamminen-Peter, L & Wickström, G. 2013. Potilassiirrot. Taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Työterveyslaitos. Helsinki: Otavan Kirjapaino.

Tamminen-Peter, L., Eloranta, M-B., Kivivirta, M-L., Mämmelä, E., Salokoski, I. & Ylikangas, A. 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Aivohalvaus (stroke). [viitattu: 3.4.2017] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/perfect/osahankkeet/aivohalvaus-stroke>

Tun, N., Arunagirinathan, G., Munshi, S. & Pappachan, J. 2017. Diabetes mellitus and stroke: A clinical update. World Journal of Diabetes [viitattu 20.7.2017]. Saatavissa: <https://www.wjgnet.com/1948-9358/full/v8/i6/235.htm>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [viitattu 16.5.2017]. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Uusitalo, M., Laine, T. & Puumalainen, A. 2002. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.) Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ylinen, A. 2011. Aivojen kuntoutumisen neurobiologiset haasteet. Kuntoutus-lehti 1/2011. Kuntoutusportti [viitattu 4.2.2016]. Saatavissa: https://kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2011/ylinen-katsaus.pdf

LIITTEET

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS (TKI opintopisteet)

TOIMEKSIANTAJA	
Toimeksiantaja	Salpausselän kuntoutussairaala Jalmari J41-osasto
Toimeksiantajan yhteyshenkilö	Kati Heinonen, Anna Mäkipää
Lähiosoite	Tarjantie 78
Postinumero ja -toimipaikka	15950 Lahti
Y-tunnus	
Toimipisteen kotikunta	Lahti
Puhelin	03 818 11 (vaihde)
Sähköposti	kati.heinonen@lahti.fi, anna-emilia.makipaa@lahti.fi
OPINNÄYTETYÖN TEKIJÄT	
Nimi/nimet ja tunnukset/tunnukset	Anna Toivonen, Silja Suolanen, Vilma Salminen
Ryhmätunnus/-tunnukset	FYS14S
Koulutusala ja koulutus tai pääaine	Sosiaali- ja terveysala, fysioterapian ko.
Puhelin/puhelimet	044 5050506/Anna, 040 8321482/Silja, 040 0340351/Vilma
Sähköposti/postit	anna.toivonen/silja.suolanen/vilma.salminen@student.lamk.fi
OHJAAJA	
Ohjaava opettaja	Paula Harmokivi-Saloranta
Puhelin	044 7080747
Sähköposti	paula.harmokivi-saloranta@lamk.fi
Koulutusala	Sosiaali- ja terveysala
OPINNÄYTETYÖ	
Opinnäytetyön nimi	Aktivoiva siirtymisen avustaminen aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutumisen tukena - perehdytys video
Opinnäytetyön tavoite	Tavoitteena lisätä ymmärrystä kuntouttavan ja aktivoivan avustamisen merkityksestä, selkeyttää hoitajien avustamistekniikkaa ja lisätä aktivoivaa avustamista hoitotyössä

SOPIMUS TOIMEKSIANNOSTA

- Työelämä maksaa opinnäytetyön tekemisestä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle
- Työelämän edustajat ohjaavat aktiivisesti opinnäytetyön tekemistä
- Työyhteisö hyödyntää tuloksia toiminnassaan
- Opinnäytetyöt ovat julkisia asiakirjoja; salassa pidettävä materiaali poistetaan toimeksiantajan pyynnöstä ennen julkaisua
- Opiskelija toimittaa toimeksiantajalle erillisen raportin opinnäytetyöstä

Muut selvitykset opinnäytetyön kustannuksista, tekijänoikeuksista, aikataulusta ja muista erikseen sovituista yksityiskohdista voidaan liittää tämän sopimuksen liitteeksi.



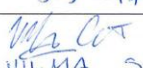
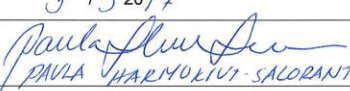
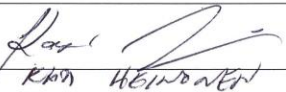
Liitteitä yhteensä _____ sivua.

- Toimeksiantajan tietoja ei saa tallentaa ammattikorkeakoulun yritysrekisteriin.

Tällä sopimuksella toimeksiantaja ja opiskelija sopivat, että opiskelija suorittaa *opinnäytetyöksi määritellyn tutkimuksen tai kehittämistyön toimeksiantajalle.*

Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön opinnäytetyön tekemiseen tarpeelliset tiedot ja antamaan tarvittavaa asiantuntijaohjausta.

ALLEKIRJOITUKSET

OPISKELIJA	Anna Toivonen	Silja Suolanen
Paikka ja päiväys	3/15/2017	3/15/2017
Allekirjoitus ja nimenselvennys	 Anna Toivonen	 SILJA SUOLANEN
OPISKELIJA	Vilma Salminen	
Paikka ja päiväys	3/15/2017	
Allekirjoitus ja nimenselvennys	 VILMA SALMINEN	
OHJAAJA	Paula Harmokivi-Saloranta	
Paikka ja päiväys	3/15/2017	
Allekirjoitus ja nimenselvennys	 PAULA HARMOKIVI-SALORANTA	
TOIMEKSIANTAJA		
Paikka ja päiväys	31/5/2017	
Allekirjoitus ja nimenselvennys	 RAMI HEIMONEN	

Tätä sopimusta on tehty kaksi (2) samansisältöistä kappaletta, joista yksi toimitetaan ammattikorkeakoulun opintotoimistoon tilastointia ja arkistointia varten ja yksi jää toimeksiantajalle.

Kopio sopimuksesta toimitetaan ohjaavalle opettajalle ja jokaiselle opinnäytetyön tekijälle. Sopimuksen kopioista vastaavat opinnäytetyön tekijä/tekijät.

Päivitetty 21.4.2015

Asianumero	D/1511/13.00.00.01/2017
Päätöslaji	
Otsikko	Siirtymisen avustaminen aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutumisen tukena- perehdytysvideo Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä Salpausselän kuntoutussairaala Jalmarin hoitohenkilökunnalle, Lahden ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, H-hoitotyö
Päätösperustelut	<p>Lahden ammattikorkeakoulun, fysioterapian koulutusohjelman opiskelijat Silja Suolanen, Anna Toivonen ja Vilma Salminen, ohjaaja Paula Harmokivi-Saloranta sekä Kati Heinonen ovat allekirjoittaneet opinnäytetyön toimeksiantosopimuksen.</p> <p>Opinnäytetyön - Siirtymisen avustaminen aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutumisen tukena - tarkoituksena on tuottaa perehdytysvideo Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä Salpausselän kuntoutussairaala Jalmarin henkilökunnalle aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutujan siirtymisen aktivoivasta avustamisesta kuntoutuksen subakuutissa vaiheessa. Tavoitteena on lisätä ymmärtämystä kuntouttavan ja aktivoivan avustamisen merkityksestä, selkeyttää hoitajien avustamistekniikkaa ja lisätä aktivoivaa avustamista hoitotyössä.</p>
Päätös	Päätin hyväksyä Silja Suolasen, Anna Toivosen ja Vilma Salmisen opinnäytetyön toimeksiantosopimuksen.
Lisätietojen antaja	Toimialajohtaja Ismo Rautiainen p. 044 729 7982
Toimivallan peruste	
Nähtävänäoloaika	04.09.2017
Nähtävänäolopaikka	Kirjaamo/Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä, Keskussairaalankatu 7
Muutoksenhaku	Oikaisuvaatimus
Saaja	Silja Suolanen, Anna Toivonen, Vilma Salminen
Tiedoksi	Merja Valjakka-Heimola, Kati Heinonen, Anna Mäkipää, Paula Harmokivi-Saloranta
Liitteet	
Allekirjoitus	Ismo Rautiainen Toimialajohtaja

OIKAISUVAATIMUSOHJEET

Liitetään viranhaltijan päätökseen

**Päijät-Hämeen
hyvinvointikuntayhtymä**

Kunnallisasiat

Viranomainen:
ToimialajohtajaPäivämäärä:
07.08.2017Pykälä:
67**Oikaisuvaatimusoikeus**

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.

Muutoksenhakukielto

Oikaisuvaatimusta ei saa tehdä päätöksistä, jotka koskevat virka- tai työehtosopimuksen tulkintaa tai soveltamista (KvesL 26 §).

Oikaisuvaatimusviranomainen

Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään ja sen yhteystiedot:

Toimielin:	Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän hallitus
Postiosoite:	Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti
Käyntiosoite:	Keskussairaalankatu 7
Puh.:	(03) 819 11
Faksi:	(03) 819 2308
Sähköpostiosoite:	kirjaamo@phsotey.fi
Aukioloaika:	9-15

Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista ennen viraston aukioloajan päättymistä. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, sähköistä tiedoksiantoa käytettäessä kolmantena päivänä viestin lähettämisestä ja muussa tapauksessa seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Oikaisuvaatimusaika taloudellisiin ja tuotannollisiin perusteisiin tehdystä irtisanomisesta koskevasta päätöksestä alkaa kulua vasta irtisanomisajan päättymisestä.

Pöytäkirjan nähtäväksi asettaminen

Pvm: 04.09.2017

Kuntalain 95 §:n 1 momentin mukainen erityistiedoksianto asianosaiselle

Asianosainen: Silja Suolanen, Anna Toivonen, Vilma Salminen

- Annettu tiedoksi sähköisesti, pvm: 8.8.2017
- Lähetetty tiedoksi kirjeellä, joka on annettu postin kuljettavaksi, pvm: (kuntalaki 95 §) Tiedoksiantaja:
- Luovutettu asianosaiselle
Paikka ja pvm:
- Muulla tavoin, miten tweeb

Vastaanottajan allekirjoitus**Oikaisuvaatimuksen sisältö**

Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen sekä sen tekijä ja yhteystiedot.

Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle oikaisuvaatimusajan kuluessa ennen sen viimeisen päivän virka-ajan päättymistä riippumatta tavasta, jolla se toimitetaan. Jos oikaisuvaatimusajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joului- tai juhannusaatto tai arkilauantai, saa oikaisuvaatimuksen toimittaa ensimmäisenä sen jälkeisenä arkipäivänä.

Omalla vastuulla oikaisuvaatimuksen voi lähettää postitse tai lähetin välityksellä. Postiin oikaisuvaatimus on jätettävä niin ajoissa, että se ehtii perille oikaisuvaatimusajan viimeisenä päivänä ennen viraston aukioloajan päättymistä.