

Ursula Mäkinen

IKÄÄNTYNEEN LONKKAMURTUMASTA TOIPUVAN KUNTOU-
TUKSEN SUUNNITTELU MONIAMMATILLISESSA KUNTOU-
TUSTIIMISSÄ
Opinnäytetyö

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma

2015



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

IKÄÄNTYNEEN LONKKAMURTUMASTA TOIPUVAN KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELU MONIAMMATILLISESSA KUNTOUSTIIMISSÄ

Mäkinen, Ursula
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma
Marraskuu 2015
Ohjaaja: Koivuniemi, Merja
Sivumäärä:44
Liitteitä:3

Asiasanat: Benchmarking, hyvä kuntoutuskäytäntö, ikääntyneen kuntoutus, kuntoutussuunnitelma, moniammatillinen yhteistyö, toimintakyky

Opinnäytetyön tarkoitus oli vastata seuraaviin kysymyksiin: Mitä lonkkamurtumista kuntoutuvien kuntoutussuunnitelmiin tällä hetkellä kirjataan JIK -peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän eri kuntoutusyksiköissä ja millainen olisi hyvä kuntoutussuunnitelmamalli?

Teoreettisessa osuudessa käsiteltiin ikääntyneen kuntoutusta, lonkkamurtumia, vertailukehittämistä, JIK -peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän organisaatiota ja aikaisempia tutkimuksia aiheesta.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena kehittämistutkimuksena. Tutkimusmenetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Haastateltavia oli kaikkiaan seitsemän jokaisesta eri JIK -peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän kuntoutusyksiköstä. Haastateltavat olivat eri ammattiryhmän edustajia ja heillä kaikilla oli kokemusta kuntoutussuunnitelmien kirjaamisesta.

Opinnäytetyön tuloksiksi saatiin tietoa tämänhetkisestä kuntoutussuunnitelmien sisällöistä JIK -peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän eri kuntoutusyksiköissä. Vertaamalla tutkimustuloksia hyvän kuntoutuskäytännön mukaisiin sisältöihin muodostettiin paperinen mallipohja kuntoutussuunnitelman laatimisen tueksi.

Tutkimuksen perusteella voidaan tehdä johtopäätös, että JIK -peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän kuntoutusyksiköissä lonkkamurtumapotilaiden kuntoutussuunnitelmien sisältö on osittain Hyvän kuntoutuskäytännön mukaista. Kuntoutussuunnitelmien kirjaaminen edellyttää jatkossa riittäviä aika ja työntekijä resursseja. Kuntoutuksen suunnitteluun tulee nimetä vastuuhenkilö. Yhteistyössä sekä erikoissairaanhoidon että muihin hoitotahoihin on edelleen kehitettävää.

REHABILITATION PLAN MADE IN MULTI-PROFESSIONAL REHABILITATION TEAM FOR ELDERLY PATIENTS RECOVERING FROM HIP FRACTURE

Mäkinen, Ursula

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation Counseling and Planning

November 2015

Supervisor: Koivuniemi, Merja

Number of pages: 44

Appendices: 3

Key words: Benchmarking, good rehabilitation practise, rehabilitation for the elderly, rehabilitation plan, multi-professional co-operation, performance

The purpose of the thesis was to answer following questions: What kind of information will at the moment be recorded in the rehabilitation plans of the patients who are recovering from hip fractures in different rehabilitation units at JIK (Joint authority for social and health care formed by the City of Kurikka and Municipalities Ilmajoki and Jalasjärvi) and what kind would be a good rehabilitation plan?

The theoretical part deals with rehabilitation for elderly persons, hip fractures, benchmarking, organisation of JIK -Joint authority for social and health care and previous researches of the topic.

The thesis was carried out as qualitative and development research. The theme interviews that were used as research method were made in seven different rehabilitation units of JIK. The interviewees were chosen among different health care providers and they all had experience of recording rehabilitation plans.

The results of this research give information about the content of the rehabilitation plans of today in the rehabilitations plans used in different units at JIK. By comparing the research results with the content of the Good rehabilitation practise a document template was made available to support the drawing up of the rehabilitation plan.

The conclusion can be drawn on the basis of the research that the content of the rehabilitation plans is partially in line with the Good rehabilitation practise. The recording of rehabilitation plans will in the future require sufficiently both time and human resources. A person responsible for the rehabilitation plan is to be appointed. The co-operation with specialised health care and with other actors involved is still an area for development.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 IKÄÄNTYNEEN KUNTOUTUS	7
2.1 Ikääntyneen kuntoutuksen suunnittelu	7
2.1.1 Toimintakyky ja ICF-malli	8
2.1.2 Hyvä kuntoutuskäytäntö ja kuntoutussuunnitelma	12
2.2 Ikääntyneen kuntoutuksen toteutus	16
2.3 Ikääntyneen lonkkamurtuma	17
2.4 Moniammatillinen yhteistyö	19
3 BENCHMARKING ELI VERTAILUKEHITTÄMINEN	21
4 JIK KY:N ORGANISAATIO JA AKUUTTI- JA KUNTOUTUSYKSIKÖIDEN STRATEGIA.....	23
5 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA AIHEESTA	24
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	25
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	27
7.1 Tutkimusote.....	27
7.2 Teemahaastattelujen toteutus	28
7.3 Aineiston analyysi	30
8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	31
8.1 Kuntoutussuunnitelmien sisältö	31
8.2 Kuntoutussuunnitelmien kirjaamisen hyödyt.....	35
8.3 Kuntoutussuunnitelmien kirjaamiseen vaikuttavat tekijät	36
8.4 Tulosten vertaaminen hyvään kuntoutuskäytäntöön	37
8.5 Kuntoutussuunnitelman mallipohja	38
9 POHDINTA	39
9.1 Opinnäytetyön tavoitteiden toteutuminen	39
9.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	40
9.3 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset	40
LÄHTEET.....	42
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kaatumiset ja niihin liittyvät tapaturmat yleistyvät iän myötä. Kaatumiset lisäävät sairastavuutta, hoidon tarvetta sekä kuolleisuutta. Vakavimpia kaatumisen seurauksia ovat lonkkamurtumat ja pään vammat. Kotona asuvista yli 65-vuotiaista kolmannes kaatuu ainakin kerran vuodessa ja yli 80-vuotiaista joka toinen. (Jäntti 2008, 288.) Ikääntyneiden määrä kasvaa koko ajan kehittyvien hoitomahdollisuuksien ja sairauksien ennaltaehkäisyn parantuessa. Osastopaikkojen määrää kuitenkin vähennetään koko ajan. Suuri osa ikääntyneistä pyritään hoitamaan kotonaan mahdollisimman pitkään. Tämän vuoksi kuntoutusjaksot esim. lonkkamurtuman jälkeen tulee toteuttaa mahdollisimman suunnitelmallisesti. Hyvä suunnittelu ja toteutus mahdollistavat kuntoutujalle parhaan hyödyn. Myös väestörakenteen ikääntymisen vuoksi lonkkamurtumien esiintyvyys tulee lisääntymään entisestään.

Opinnäytetyön lähtökohtana on selvittää haastattelemalla henkilökuntaa mitä lonkkamurtumista kuntoutuvien kuntoutussuunnitelmiin tällä hetkellä kirjataan JIK ky:n kuntoutusyksiköissä. Lyhenne JIK tulee peruspalveluliikelaitoskuntayhtymään kuuluvien Jalasjärven, Ilmajoen ja Kurikan nimien etukirjaimista. Jatkossa käytän kyseisestä organisaatiosta lyhennettä JIK ky. JIK ky:n alueella toimivat Jalasjärven, Ilmajoen ja Kurikan kuntoutusyksiköt. Ne toimivat osana akuutti- ja kuntoutusyksiköitä. Benchmarking menetelmän avulla vertailen kuntoutussuunnitelmiin kirjattuja sisältöjä mm. hyvän kuntoutuskäytännön mukaisiin kuntoutussuunnitelmiin. Opinnäytetyön konkreettinen tuotos tulee olemaan paperinen mallipohja kuntoutussuunnitelman laatimisen tueksi. Sen tarkoitus on lisätä kuntoutuksen suunnitelmallisuutta ja hyvän kuntoutussuunnitelman muodostuminen. Paperisen mallipohjan suunnittelu tapahtuu yhdessä Jalasjärven kuntoutusyksikön henkilökunnan kanssa.

Aiheen valintaan vaikutti oma haluni kehittää kuntoutusyksikössä kuntoutusjaksolla olevan asiakkaan kuntoutusta. Olen omassa työssäni kokenut, että kuntoutusjakso voisi olla paremmin suunniteltu. Mielestäni kuntoutuksen suunnitteluun tulisi panostaa aikaisempaa enemmän. Oikea aikainen kuntoutus ja sen suunnittelu voivat olla

edistämässä asiakkaan kotona pärjäämistä jatkossa. Hyvin laadittu kuntoutussuunnitelma on kaiken toiminnan ”punainen lanka”. Lentävä lausahdus: ”Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty”, kuvaa mielestäni myös hyvin kuntoutussuunnitelman ydinajustusta. Kirjaamalla kuntoutussuunnitelma ollaan hyvässä alussa asiakaslähtöisen toiminnan takaamiseksi. Kuntoutussuunnitelma mahdollistaa myös hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointia ja sitä kautta toiminnan jatkuvan kehittämisen.

Aiheen valintaan vaikutti lisäksi työelämän yhteyshenkilöltä tullut toive kehittää kuntoutuksen suunnittelua Jalasjärven kuntoutusyksikössä. Hyvin suunnitellusta toiminnasta hyötyvät aina sekä asiakas että kaikki hänen kuntoutukseensa osallistuvat. Yksikössä tehdyssä asiakastyytyväisyys kyselyssä hoidon suunnittelemiseen vaikuttamismahdollisuudet oli saanut vastanneilta huonot pisteet. Kuntoutussuunnitelmia kirjataan organisaation eri kuntoutusyksiköissä eri tavoin, toisissa satunnaisesti, toisissa useammin. Ne kirjataan osaksi hoitosuunnitelmaa, koska niille ei ole vielä omaa paikkaa sähköisessä järjestelmässä. Vaatimus niiden laatimiseen on kuitenkin olemassa jo lainsäädännön puolesta. Terveystieteiden laki velvoittaa kuntoutussuunnitelman kirjaamiseen. Tärkein tavoite on tarjota kuntoutujalle laadukasta ja hyvin suunniteltua hoitoa ja kuntoutusta. Tavoite toteutuu kun kuntoutussuunnitelma kirjaetaan.

2 IKÄÄNTYNEEN KUNTOUTUS

Ikääntyneiden kuntoutukseen liittyvässä kirjallisuudessa käytetään monenlaisia käsitteitä samasta asiasta. Käsitteenä voidaan käyttää gerontologinen kuntoutus tai geriatrinen kuntoutus. Tässä opinnäytetyössä käytän käsitettä ikääntyneen kuntoutus, koska mielestäni se on kaikkein laajin ja ymmärrettävin käsite.

Lain mukaan ”iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta”. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012, 3§.)

2.1 Ikääntyneen kuntoutuksen suunnittelu

Kuntoutuksen suunnittelun merkitys on vahvistunut, koska useat eri lait ja asetukset edellyttävät kuntoutuksen suunnittelua. Osa laeista kytkee suunnitelman laatimisen myös etuuden saamiseen. Kuntoutuksen suunnittelua korostavia lakeja ovat mm. vammaispalvelulaki, terveydenhuoltolaki ja sosiaalihuoltolaki. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista. 380/1987; Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 25; Terveydenhuoltolaki 1326 / 2010; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

Karppi ja Nuotio (2008) tarkoittavat geriatrisella arvioinnilla kuntoutujan perusteellista haastattelua, tutkimista ja hoidon sekä kuntoutuksen suunnittelua. Arviointiin kuuluvat myös terveydentilan, sairauksien, hoidon, toimintakyvyn, palvelujen ja asuinympäristön selvittäminen. Yleensä geriatrisen arvioinnin toteuttaja on moniammatillinen tiimi. Kuntoutusprosessin suunnittelu ja tavoitteiden asettaminen pohjautuvat geriatriseen arviointiin (Lönnroos 2008, 278).

2.1.1 Toimintakyky ja ICF-malli

Toimintakyky tarkoittaa ihmisen fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista valmiutta selviytyä hänelle merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista omassa elinympäristössään. Ihmisen toimintakyky riippuu myös ympäristön positiivisista tai negatiivisista vaikutuksista. Muiden ihmisten tuella tai erilaisilla palveluilla voidaan tukea ihmisen toimintakykyä ja selviytymistä arjessa. Toimintakykyä voidaan kuvata myös tasapainotilana voimavarojen, toimintaympäristön sekä omien tavoitteiden välillä. Hyvä toimintakyky ja sitä tukeva ympäristö auttavat ikääntynyttä selviytymään arjesta itsenäisesti. Toimintakyky on moniulotteinen käsite, joka voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja kognitiiviseen osa-alueeseen. (THL:n www-sivut 2015.)

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista, kuten syömisestä, juomisesta, nukkumisesta, pukeutumisesta, peseytymisestä, wc-käynneistä, siirtymisistä ja liikkumisesta, arjen askareiden hoitamisesta, kodin laitteiden käyttämisestä, asioinnista kodin ulkopuolella, mielekkästä vapaa-ajanvietosta sekä yhteydenpidosta sosiaaliseen verkostoon. (THL:n www-sivut 2015.)

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen voimavaroja, joiden avulla hän selviytyy arjen haasteista ja kriisitilanteista. Psyykkiseen toimintakykyyn liittyy elämänhallinta, mielenterveys ja psyykinen hyvinvointi. Psyykkiseen toimintakykyyn sisältyy myös tuntemiseen ja ajatteluun liittyviä toimintoja. Psyykkistä toimintakykyä ovat myös persoonallisuus ja selviytyminen sosiaalisen ympäristön haasteista. Psyykkisesti toimintakykyinen ihminen on hyvinvoiva, itseään arvostava ja luottaa kykyynsä selvitä arjen tilanteissa. Hän kykenee harkittuihin päätöksiin ja suhtautuu realistisesti tulevaisuuteen ja ympäröivään maailmaan. (THL:n www-sivut 2015.)

Sosiaalisessa toimintakyvyssä on kaksi ulottuvuutta; ihminen vuorovaikutussuhteissaan ja ihminen aktiivisena toimijana tai osallistujana yhteiskunnassa. Sosiaalinen toimintakyky muodostuu yksilön ja sosiaalisen verkoston tai yhteisön välisessä vuorovaikutuksessa. Se näkyy mm. vuorovaikutustilanteissa, rooleista suoriutumisena,

sosiaalisena aktiivisuutena sekä yhteisöllisyyden ja osallisuuden kokemuksina. (THL:n www-sivut 2015.)

Kognitiivinen toimintakyky on tiedonkäsittelyn osa-alueiden yhteistoimintaa, joka mahdollistaa ihmisen suoriutumisen arjesta tai sen vaatimuksista. Kognitiiviset toiminnot ovat tiedon vastaanottoon, käsittelyyn, säilyttämiseen ja käyttöön liittyviä psyykkisiä toimintoja. Kognitiivinen toimintakyky käsittää muun muassa muistin, oppimisen, keskittymisen, hahmottamisen ja ongelmien ratkaisun. (THL:n www-sivut 2015.)

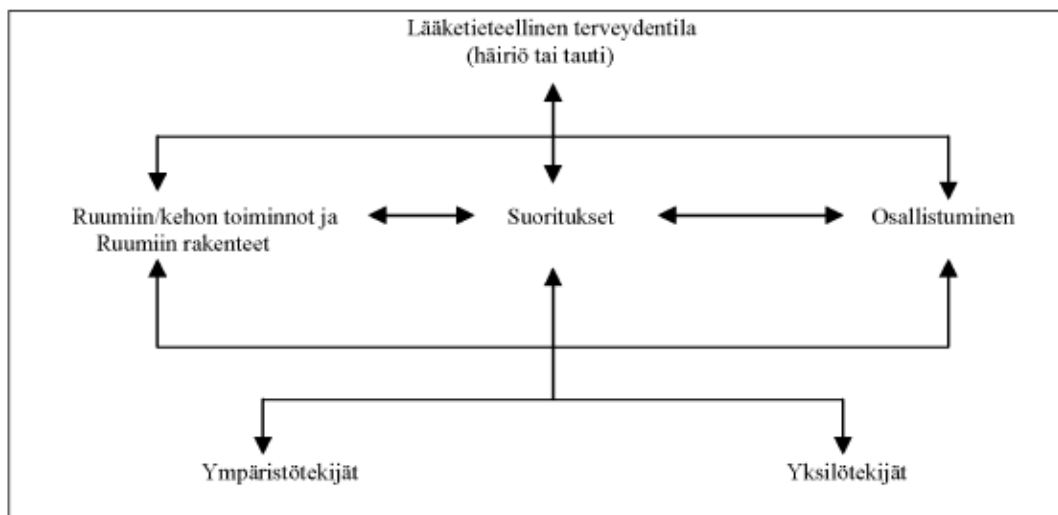
Toimintakykyä arvioidaan silloin, kun määritetään hoidon tai kuntoutuksen tarvetta. Toimintakyvyn arviointi vaatii laajaa asiantuntemusta ja moniammatillista työtä. Siinä hyödynnetään hoitotyön, kuntoutuksen asiantuntijoiden, sosiaalityön ja lääketieteen osaamista. Toimintakyvyn arvioinnissa on muistettava tilannesidonnaisuus eli monien ulkoisten tekijöiden vaikutus kuntoutujan päivittäiseen toimintakykyyn. Toimintakykyyn voivat vaikuttaa esim. mieliala, lääkitys ja ravitsemustila. Päivittäiset vaihtelut voivat olla ikääntyneen toimintakyvyssä suuriakin, mikä vaikeuttaa arviointia. (Kettunen ym. 2009, 18 – 19.)

Toimintakyvyn arvioinnissa käytetään erilaisia mittauksia, mittareita, kyselyitä ja havainnointia. Arjen perustoimien ja asioiden hoidon arvioinnissa käytetään erilaisia kyselylomakkeita, asiakkaan ja hänen läheisten haastattelua. Osastolla voidaan havainnoida selviytymistä ja voidaan tehdä kotikäynti. Kotikäynnin tekee useimmiten fysioterapeutti yhdessä kuntoutujan ja läheisten kanssa. Myös toimintaterapeutti ja hoitaja voivat olla mukana. Tiedonkulun ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi myös kotihoidon työntekijän on hyvä osallistua kotikäynnille. Asuinympäristön arviointi ja asunnon muutostöiden tarve on tärkeää selvittää varsinkin liikuntakyvyn heikentyessä niin, että tarvitaan suurikokoisia liikkumisen apuvälineitä. Asunnon muutostöiden tarvetta arvioitaessa kiinnitetään huomiota pihaan, portaisiin, pesutiloihin, valaistukseen ja kulkureittien esteisiin. Käsien puristusvoiman, kävelynopeuden, tasapainon, liikuntakyvyn ja nivelten liikelaajuuden arviointi on usein fysioterapeuttien työn kohteita. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointia on päivittäisistä toimista ja asioiden hoidosta selviytymisen arviointi. Toimintakyvyn arviointia ovat myös käytössä olevien palveluiden (kotisairaanhoido, kotiapu, kuljetuspalvelu) ja rahallisten etuuksien

(omaishoidontuki, eläkkeensaajan hoitotuki) selvittäminen. (Karppi & Nuotio 2008, 24 - 25, 27.)

Ikääntyneen älyllisen toiminnan arvioinnissa voidaan seulontatestinä käyttää esim. MMSE:tä (Mini mental state examination). MMSE on muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu ns. minitesti. MMSE on helppokäyttöinen ja vakiintunut menetelmä, joka antaa tulokseksi numeerisen arvon. Se soveltuu ikääntyneiden kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin ja seulontaan. MMSE:tä voivat käyttää terveydenhuollon ammattilaiset tai mittarin käyttöön perehdytetyt terveydenhuollossa toimivat muut henkilöt. Mittarin käyttö ei edellytä erillistä koulutusta. CERAD (Consortium to establish a registry for Alzheimer's disease) on julkaistu Suomessa vuonna 1999. Tavoitteena on ollut saada se käyttöön muistihäiriösairauksien varhaisen tunnistamisen välineeksi perusterveydenhuollossa. CERAD:n käyttäjälle suositellaan koulutusta. (Toimia -tietokannan www-sivut 2015.)

Maailman terveysjärjestön WHO:n vuonna 2001 julkaisema ICF- malli (International classification of functioning, disability and health) korostaa niin kutsuttua toiminnallista terveydentilaa. Luokitus on otettu Suomessa käyttöön vuonna 2004. Taustalla on ajatus, että pelkkä sairaus tai vamma ei kerro riittävästi ihmisen todellisesta toimintakyvystä. Toimintakyvyn puutteiden ja rajoitteiden korostamisen sijaan tulisi painottaa enemmän säilyneitä taitoja, vahvuuksia, mahdollisuuksia ja voimavaroja. ICF- mallissa erotetaan toimintakyky ja toimintarajoitteet sekä tilannesidonnaiset tekijät kuten ympäristö- ja yksilötekijät. Ympäristötekijöitä voivat olla mm. ihmisen oma fyysinen kotiympäristö sekä sosiaaliset verkostot tai palvelut ja järjestelmät jotka vaikuttavat yksilöön. Yksilötekijöitä ovat mm. ikä, sukupuoli, yleiskunto tai henkiset voimavarat. ICF – malli antaa pohjan toimintakyvyn yksityiskohtaiselle ja laajalle tarkastelulle. Luokituksen vuorovaikutussuhteet esitän kaaviona kuvassa 1. (Kettunen ym. 2009, 9 - 10.)



Kuva 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet
(THL 2013, 18.)

ICF sopii moneen tarkoitukseen, eri tilanteisiin ja eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön. ICF:n avulla on mahdollista saavuttaa laaja-alainen ja yksilöllinen kuvaus yksilön toimintakyvystä ja havaita siinä tapahtuvia muutoksia. ICF:ää voidaan hyödyntää yhteisenä kielenä eri ammattialoilla, koska se on neutraali ja rakenteinen kuvaustapa. ICF:ää on käytetty muun muassa aikuissosiaalityössä Tanskassa, ikääntyneiden sosiaalipalveluissa Ruotsissa, opetussuunnitelmien pohjana Saksassa ja Tanskassa sekä sosiaalilainsäädännössä Ranskassa ja Saksassa. Suomessa toimintakyvyn arviointia käsitellään useissa laeissa laajasti ja samankaltaisin käsittein kuin ICF-luokituksessa. (THL:n www-sivut 2015.)

Toimintakykyä voidaan edistää hyvän ravinnon, liikunnan, sosiaalisen toiminnan sekä harrastusten avulla. Kaatumistapaturmien ja lääkitysvirheiden ehkäisy on tärkeää. Fyysisen kunnon, muistin ja älyllisten kykyjen säilyttämisestä on huolehdittava. Ikääntyessä on alettava huolehtia itsestään ja kunnostaan vielä tarkemmin kuin nuorena. (Kivelä 2012, 18–19.)

2.1.2 Hyvä kuntoutuskäytäntö ja kuntoutussuunnitelma

Laki Kelan kuntoutuksesta (1991) toi Kelan kuntoutuksen säädöspohjaan käsitteen ”hyvä kuntoutuskäytäntö”. Lain mukaan hyvällä kuntoutuskäytännöllä tarkoitetaan kuntoutuskäytäntöä, jota noudatetaan Kelan ja julkisen terveydenhuollon kuntoutuksessa yleisesti hyväksyttynä. Tällainen kuntoutus pohjautuu vakiintuneeseen ja kokemusperäisesti perusteltuun kuntoutuskäytäntöön tai tieteelliseen vaikuttavuustietoon. Kuntoutuksen tulee perustua erityisasiantuntemukseen ja -osaamiseen sekä olla tarpeellista työ- tai toimintakyvyn turvaamiseksi tai parantamiseksi. Kuntoutujan tarpeiden ja tavoitteiden huomiointi on kuntoutuksen lähtökohtana. Tämä mahdollistaa kuntoutujan sitoutumisen kuntoutukseen ja kuntoutumista edistävien toimintojen riittävän toistamisen arjessa. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 225.)

Hyvä kuntoutuskäytäntö on aina asiakaslähtöistä ja kuntoutujan arjen tarpeista lähtevää toimintaa. Moniammatillinen työskentely mahdollistaa kuntoutujan monimuotoisiin tarpeisiin vastaamisen sekä varmistaa asiantuntevan ja laaja-alaisen kuntoutussuunnitelman laatiminen. ICF-malli tarjoaa kuntoutujan tilanteen laajasti huomioivan rakenteen sekä hyvää kuntoutuskäytäntöä tukevan viitekehyksen. Hyvän kuntoutuskäytännön tulee olla näyttöön perustuvaa. Hyvä kuntoutuskäytäntö sisältää tutkimuksista, kuntoutuksen ammattilaisten kokemuksista saatavan tiedon yhdistämisen ja kunkin kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden tunnistamisen. (Paltamaa ym. 2011, 35.)

Alarannan (2008) mukaan hyvä kuntoutuskäytäntö on suunnitelmallista, monialaista ja tuloksellista toimintaa. Hyvän kuntoutuskäytännön perustana on yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden kunnioittaminen, oikea ajoitus sekä ongelmien ja vahvuuksien tunnistaminen. Kuntoutus perustuu kuntoutushenkilöstön ja kuntoutujan yhteisesti laatimaan suunnitelmaan sekä prosessin jatkuvaan arviointiin. Hyvä kuntoutuskäytäntö on asiakaskeskeistä. Asiakas on osallisena ja vaikuttamassa omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa. Hyvä kuntoutuskäytäntö vaatii asiantuntevaa ja osaavaa henkilöstöä. Myös johdon tulee olla luomassa taloudelliset edellytykset hyvän kuntoutuskäytännön mukaiselle toiminnalle. Moniammatillinen, sujuva yhteistyö on turvaamassa kuntoutuksen jatkuvuuden toteutumista. (Paltamaa ym. 2011, 35.)

”Kunta vastaa potilaan lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelusta siten, että kuntoutus muodostaa yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa toiminnallisen kokonaisuuden. Lääkinällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kirjallisessa yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa. Kunta vastaa lisäksi kuntoutuspalvelun ohjauksesta ja seurannasta sekä nimeää potilaalle tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön”. (Terveystuoltolaki 1326 / 2010, 29§.)

Kuntoutussuunnitelmaa voidaan pitää tulevaisuuden suunnitelmana, johon kuntoutuja sitoutuu ja jonka avulla hän kuntoutuu. Se voidaan nähdä sopimuksena johon sekä kuntoutuja että kuntoutukseen osallistuvat asiantuntijat sekä organisaatiot sitoutuvat. Kuntoutussuunnitelma toimii yhteistyötä ohjaavana asiakirjana. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 29.)

Kuntoutussuunnitelma tulee tehdä oikea-aikaisesti mahdollisimman varhain. Lääkärin apuna laatisemisessa on moniammatillinen työryhmä, johon voi kuulua esim. fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Vastuu suunnitelman laatisemisesta on hoitavalla lääkirillä. Kuntoutussuunnitelma on aina tehtävä yhdessä kuntoutujan kanssa. Kuntoutujan kanssa yhdessä laadittu suunnitelma luo pohjan hänen sitoutumiselleen toimintaan. Kuntoutussuunnitelma on myös perusta kuntoutujan oman motivaation kehittymiselle. (Rissanen 2008, 627 - 628.)

Kuntoutussuunnitelma on kirjallinen asiakirja, johon taustatietoja kerätään kuntoutujalta, eri viranomaisilta tai muilta palveluntuottajilta. Kuntoutussuunnitelma voidaan laatia esiselvitysten jälkeen. Aikaa kuntoutussuunnitelman laatisemiselle on varattava riittävästi ja tarvittaessa tapaamisia järjestetään useampia. Puutteellisin tiedoin toimiminen on kuntoutujan edun vastaista. Kuntoutussuunnitelma ei ole pelkkä muodollisuus, vaan sen tulisi olla asiakirja, jossa määritellään kuntoutujan tarvitsema kuntoutus. Se ohjaa kuntoutumista tavoitteellisesti ja koordinoitusti. Päämääränä on kuntoutujan paras mahdollinen selviytyminen elämän eri tilanteissa. Kuntoutussuunnitelman tulee olla joustava, jolloin se antaa sekä kuntoutujalle että kuntoutustyöntekijöille mahdollisuuden tilanteen nopeaan uudelleenarviointiin. Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa tulee harkita, mitä siihen kirjataan ja mitä jätetään kirjaamatta. Liian yksityiskohtainen tilanteen kuvaus voi paisuttaa suunnitelman kirjallista muotoa liikaa. (Rissanen 2008, 627- 628; Kettunen ym. 2009, 26.)

Kuntoutussuunnitelma voidaan kirjata esimerkiksi:

- Terveystieteiden omaan käyttöön sairauskertomuslehdelle
- Sosiaalitoimissa palvelusuunnittelulomakkeeseen
- Vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen suunnitelma tulee laatia Kelan kuntoutussuunnitelmalomakkeeseen tai B-lääkärintoimitukseen
- Kelan muuhun kuntoutukseen ja vakuutusyhtiöille B-lääkärintoimituslomakkeelle (Kuntoutusportin www-sivut 2015)

Kuntoutussuunnitelmassa tulee olla kirjattuna missä, milloin ja kuinka pitkäksi ajaksi suunnitelma on tehty. Kirjataan myös mitä asiantuntijaryhmiä on ollut mukana asiakirjan laatimisessa. Kuntoutujan osallistuminen suunnitteluun kirjataan. Laatija voi olla lääkäri, organisaatio tai hoidosta vastaava yksikkö esim. vuodeosasto tai poliklinikka. Karin ja Puukan (2001) mukaan kuntoutussuunnitelmien moniammatillinen laadinta näytti parantavan kuntoutussuunnitelmien laatua. (Rissanen 2008, 630; Paltaama ym. 2011, 58.)

Kuntoutussuunnitelmassa tulee olla sairautta koskevat tiedot (sairaus, vika tai vamma) ja elämäntilanne. Suunnitelmasta tulee käydä ilmi sairauden aiheuttama lääketieteellinen ja toiminnallinen haitta päivittäisissä toiminnoissa. Kuntoutussuunnitelmaan tulee olla kirjattuna kuntoutujaa koskevat yhteystiedot sekä hänen läheisensä tiedot. Nämä tiedot kertovat kuntoutujan sosiaalisesta tilanteesta. Suunnitelmaan kirjataan myös perustelut omaisten tai läheisten osallistumisesta kuntoutukseen sekä suunnitelman laatijoiden yhteystiedot. (Rissanen 2008, 631; KELA:n www-sivut 2015.)

Kuntoutuksen kannalta tärkeimmät diagnoosit, toimintakyky ja toiminnallinen haitta ovat kuntoutussuunnitelman keskeisimpiä osia. Toimintakykyä voidaan luokitella kansainvälisen ICF toimintakykyluokituksen mukaan. Toimintakykyä voidaan tarkastella myös kuvaamalla huolellisesti mihin kuntoutuja pystyy ja mihin ei. Tärkeää on saada kuntoutujan oma näkemys tilastaan, koska sen tulee ohjata kuntoutuskäytäntöjä. (Rissanen 2008, 631.)

Kuntoutukselle asetettujen tavoitteiden tulee olla konkreettisia, realistisia ja riittävän pieniä. Voidaan asettaa sekä lähiajan että pidemmän aikavälin tavoitteita. Tavoitteet

ovat niitä muutoksia, joita kuntoutuksella halutaan saada aikaan. Kuntoutujan on voitava kokea tavoitteet itselleen ja omalle arkielämälleen merkityksellisiksi ja arvokkaiksi. Tavoitteet ja keinot muodostavat päällekkäisen verkoston. Toteutunut tavoite voi olla keino päästä yhä uusiin tavoitteisiin. (Rissanen 2008, 631; Kettunen ym. 2009, 32.)

Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan suunnitellut toimenpiteet, joilla asetettuihin tavoitteisiin pyritään. Kirjataan kuka tai ketkä toteuttavat toimenpiteet ja miten ne toteutetaan. Kirjataan sovitusta työnjaosta. Kirjataan myös aikataulu suunnitelluille toimenpiteille. Kuntoutujan motivointi, ohjaus ja neuvonta kuntoutusprosessin aikana ovat keinoja saavuttaa tavoitteita. Yhteistyötä kuntoutujan, läheisten ja palveluntuottajien esim. kotiavun välillä pyritään vahvistamaan. Keinoja voivat olla myös suunnitellut terapiat, kuten fysioterapia ja avo- tai laituskuntoutusjaksot. Myös kuntoutumista tukevat suunnitellut apuvälineet ja niiden hankkimiseen liittyvät asiat kuten kokeilu ja valinta kirjataan. (Rissanen 2008, 630.)

Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan tukitoimet kuten ateriapalvelut, kotipalvelu, kotisairaanhoido, henkilökohtaisen avustajan palvelut ja palveluasumiseen liittyvät palvelut. Lisäksi on hyvä kirjata erityiskorvattavat lääkkeet, eläke ja mahdolliset vammaisetuudet. (Kettunen ym. 2009, 27 - 28.)

Kuntoutussuunnitelman ajalliseen toteutumiseen vaikuttavat monet ulkoiset tekijät mm. kuntoutujan motivaatio. Tavoitteiden ja kuntoutustoimien jatkuva arviointi varmistaa tavoitteiden toteutumisen. Kuntoutussuunnitelman toteutumista on hyvä arvioida sovituin määräajoin, esim. puolivuositain. Seuranta antaa kuntoutuksen suunnittelulle palautetta siitä ollaanko oikealla tiellä. Arviointipalaute on tärkeää välittää kuntoutujan tukemiseen osallistuneille, jotta kuntoutusta voitaisiin kehittää. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 32; Rissanen 2008, 632; Kettunen ym. 2009, 31.)

Jokaiselle kuntoutujalle tulisi nimetä kuntoutuspalveluja koordinoiva yhdys- tai vastuhenkilö. Vastuhenkilö tulee olla, jotta yhteistyö toimisi mahdollisimman tehokkaasti ja asiakas saisi kaiken tarvitsemansa kuntoutuksen. Yhdyshenkilö on myös varmistamassa arvioinnin jatkuvuutta ja välittämässä palautetta yhteistyötahoille. Kuntoutuksesta vastaava taho tulee olla tiedossa kuntoutujalla. Mikäli vastuu on jä-

tetty kuntoutujalle, sekin tulee näkyä suunnitelmassa. (Rissanen 2008, 632; Kettunen ym. 2009, 31.)

2.2 Ikääntyneen kuntoutuksen toteutus

Kuntoutus on perinteisesti ajateltu toimenpiteiksi, jotka tähtäävät sairaudesta, vammasta tai viasta johtuvan toiminnanvajeen ennaltaehkäisyyn, korjaamiseen, lievittämiseen tai kompensointiin. Geriatriinen arviointi ja kuntoutus liittyvät tiiviisti yhteen. Kuntoutumistulokseen keskeisesti vaikuttavia tekijöitä ovat mm. kuntoutuksen oikea ajoitus, oikein valitut kuntoutustoimenpiteet, suunnitelmallinen ja tavoitteellinen toiminta, kuntoutustiimin osaaminen ja virikkeellinen ympäristö. Myös ikääntyvien itsenäisen toimintakyvyn ylläpitämiseen kannattaa panostaa. Fyysisen suorituskyvyn lisäksi kuntoutuksen tulisi vaikuttaa yksilön elämänlaatuun, psyykkiseen toimintakykyyn ja sosiaaliseen selviytymiseen. (Lönnroos 2008, 278.)

Voimavarakeskeisyys tuo uutta näkökulmaa kuntoutukseen. Toiminnanvajeiden rinnalla on nähtävä yksilön vahvuudet, joihin kuntoutusprosessissa tukeudutaan. Fyysinen ympäristö on myös kuntoutustoimenpiteiden kohde. Kodin muutostöillä voidaan lievittää toiminnanvajeita. Hyvä yhteiskuntasuunnittelu ja esteettömän ympäristön rakentaminen tukevat ikääntyvän väestön itsenäistä selviytymistä. (Lönnroos 2008, 279.)

Iäkkäiden kuntoutuksen pääasiallinen järjestämisvastuu on julkisella terveydenhuollolla ja sosiaalitoimella. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012; sosiaalihuoltolaki 1301/2014.) KELA järjestää joitakin harkinnanvaraisia, iäkkäille suunnattuja kuntoutuskursseja. Sotainvalidien ja veteraanien kuntoutusta rahoittaa Valtionkonttori. Kuntoutuslaitosten ja kuntoutusosastojen lisäksi geriatriasta kuntoutusta voidaan järjestää asiakkaan kotiympäristössä ja päiväsairaloissa. Nämä soveltuvat esim. intensiivisen osastojakson jälkeiseksi jatkokuntoutukseksi. (Lönnroos 2008, 280 - 281.)

Äkillinen sairastuminen on ikääntyneelle huomattavasti suurempi toimintakyvyn heikkenemisen riski kuin työikäiselle. Toimintakykyyn vaikuttavat pitkäaikaissairaudet ja niistä aiheutuva haavoittuvuus. Myös sairauksiin ja toimenpiteisiin liittyvä komplikaatoriski on suurempi ikääntyneillä kuin työikäisillä. (Lönnroos 2008, 281 - 282.)

Ikääntyneen kuntoutustiimiin kuuluvat tavallisesti lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti. Menestyvän kuntoutustiimin tunnusmerkkejä ovat selkeä työnjako, tiimin jäsenten toisiaan täydentävät luonteenpiirteet, ammattitaito, kyky luovaan ongelmanratkaisuun sekä tasa-arvoisuus. Kuntoutustiimi laatii asiakkaalle hoito- ja kuntoutussuunnitelman. Asiakas ja hänen läheisensä voivat osallistua suunnitelman laatimiseen. Ainakin heidän kanssaan keskustellaan ja kerrotaan suunnitelman sisällöstä. Jatkohoidon ja tulevan kuntoutuksen järjestäminen on aloitettava hyvissä ajoin. Kotikäynti antaa arvokasta tietoa ja selventää kuntoutussuunnitelman tavoitteita. Kuntoutus ei lopu osastojakson päättymiseen. Jatkotoimenpiteiden lisäksi sovitaan seurannasta. Sovitaan milloin asiakkaan on syytä käydä lääkärin vastaanotolla, miten asiakkaan toimintakykyä ja jatkokuntoutuksen tuloksellisuutta arvioidaan. Lisäksi sovitaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman tarkistamisesta. (Lönnroos 2008, 284 - 287.)

2.3 Ikääntyneen lonkkamurtuma

Väestön ikääntyessä lonkkamurtumat ovat merkittävimpiä terveydenhuollon haasteita Suomessa. Vuonna 2008 lonkkamurtuman sai yhteensä noin 7 200 henkilöä. Suuri osa murtuman saaneista on iäkkäitä naisia ja merkittävä osa murtumista tapahtuu pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevalle väestölle. Lonkkamurtuma johtaa usein elämänlaadun huononemiseen sekä ylimääräisiin kustannuksiin ja sen hoitaminen vaatiikin pitkää sosiaali- ja terveydenhuollon rajat ylittävää hoitoa. (THL:n www-sivut 2015)

Lonkkamurtuman taustalla on usein kaatuminen. Myös kaatumisen taustalla on jokin syy tai syytä. Ikääntyneiden kaatumisen syyt voivat olla sisäisiä tai ulkoisia syytä.

Sisäiset syyt liittyvät kaatujaan itseensä, kuten tasapainoon, näkökykyyn, sairauksiin tai lääkkeisiin. Ulkoisia kaatumisen syitä ovat ympäristöön liittyvät tekijät kuten lattian liukkaus, matot, kynnykset, portaat tai huono valaistus. Lonkkamurtumaan joltaneet syyt tulee selvittää uusien kaatumisten ja murtumien estämiseksi. (Jäntti 2008, 288 - 289; Lönnroos 2008, 310.)

Varhainen mobilisaatio leikkauksen jälkeen on olennaista kuntoutumisen kannalta. Kuormitus edistää murtuman luutumista ja liikkumisella ehkäistään tulehduksia, painehaavoja ja laskimotukoksia. Vain harvat ikääntyneet kykenevät noudattamaan asettuja varausrajoituksia kävelyharjoituksissa murtuman jälkeen. Nykyiset kiinnitykset pyritään tekemään täyden painovarauksen kestäviksi. Kuntoutusta tukevat myös asentohoidot, vuoteesta ylösnousun ohjaaminen sekä apuvälinetarpeen arviointi. Kuntoutuja avustetaan syömään ruokapöydän ääreen ja wc käynnit hoidetaan kävelen. Kuntoutukseen osallistuu sekä fysioterapeutti että muu yksikön henkilökunta. Liikkumisen ja päivittäisten toimintojen harjoittelu tulee olla aikataulutettua, tavoitteellista ja asteittain vaikeutuvaa toimintaa. (Lönnroos 2008, 306 - 307, 310 - 311.)

Joillekin ikääntyneille saattaa kehittyä lonkkamurtuman yhteydessä akuutti sekavuustila. Hyvä yleistilan, ravitsemuksen ja kivun hoito sekä rauhallinen ympäristö ennaltaehkäisevät sekavuustilaa ja nopeuttavat siitä toipumista. Monet lonkkamurtumapotilaat ovat aliravittuja jo ennen murtumaa. Aliravitsemus voi aiheutua myös tapaturmasta tai leikkauksesta. Erityisesti proteiinivaje ruokavaliossa hidastaa leikkaushaavan paranemista. Aliravitsemus voi lisätä myös infektioalttiutta. Edellä mainitut seikat pidentävät sairaalassaoloaika ja huonontavat kuntoutuksen ennustetta. (Lönnroos 2008, 308 - 309.)

Lonkkamurtumapotilaan hoito kestää keskimäärin 46 vuorokautta, josta leikkaushoitajakson osuus on noin seitsemän vuorokautta (Käypä hoito www-sivut 2015). Komplikaatiot tai infektiot voivat pidentää jaksoa. Kuntoutusjakson alussa ja aikana tehdään kotikäyntejä. Käynneillä arvioidaan kuntoutujan selviytymistä kotiympäristössä ja laajemminkin asuinympäristön toimivuutta. (Lönnroos 2008, 311 -312.) Kotikäynnin on katsottu olevan erityisen tärkeä sellaisten kuntoutujien kohdalla, joilla on runsaasti toimintakyvyn ongelmia (Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2008, 559). Kotiympäristön kaatumisen riskiä lisäävät tekijät (mm. matot ja kynnykset) pyritään

selvittämään ja poistamaan. Tavallisimpia kodinmuutostöitä ovat kynnysten poisto ja tarttumiskahvojen tai tukikaiteiden asentaminen pesutiloihin. Suunniteltujen liikkumisen apuvälineiden toimivuus kotiloissa varmistetaan. (Lönnroos 2008, 311 -312.)

Kuntoutusjakson omahoitaja valmistelee kuntoutujan kotiutumista hyvissä ajoin. Ennen kotiutusta selvitetään etuisuusasiat mm. kuljetuspalvelut. Lisäksi selvitetään jatkohoidon, jatkokuntoutuksen ja seurannan tarve. Kotihoidon työntekijä osallistuu kotiutuspalaveriin. Kuntoutus jatkuu kotiutumisen jälkeen kotona. (Lönnroos 2008, 312.)

Toimintakyvyn palautumisen ennustetta lonkkamurtuman jälkeen huonontavat mm. depressio, muistisairaus, lonkkamurtumaa edeltänyt heikko toimintakyky, viivästynyt mobilisaatio, heikko ravitsemustila ja alkuvaiheen delirium. Korkea ikä ei estä lonkkamurtumasta toipumista, mutta lonkkamurtuma lisää toimintakyvyn heikkenemisen riskiä kuitenkin useiksi vuosiksi. (Käypä hoito www-sivut 2015.)

2.4 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisuus ja tiimityö ovat keskeisiä piirteitä kuntoutuksessa. Moniammatillisen yhteistyön on ajateltu olevan avain kuntoutuksen hyviin tuloksiin. Moniammatillinen yhteistyö ja vuorovaikutus kuntoutujan kanssa voivat jo itsessään olla kuntouttavia. Järvikoski & Karjalainen (2008) ovat kuvanneet kuntoutuksen yhteistyötä termillä ”ketjumainen kuntoutusyhteistyö”. Yhteistyön sujumisesta huolehtivat kuntoutusohjaajat, kuntoutuksen yhdyshenkilöt ja kuntoutustiimit eri kuntoutuslaitoksissa. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 88 -89.)

Moniammatillinen yhteistyö on sosiaali- ja terveysalalla asiakaslähtöistä työskentelyä, jolla pyritään huomioimaan asiakkaan elämän kokonaisuus ja hänen hoito- ja hoivapolkunsa. Vuorovaikutusprosessissa rakennetaan tapauskohtainen yhteinen tavoite ja pyritään luomaan yhteinen käsitys kuntoutujan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä ja ongelman ratkaisusta. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 34.) Isoherranen ym. (2008, 197) lainaavat Pennasta (2008), jonka mukaan moniammatillisen yhteistyön on aina tapahduttava avoimesti. Kuntoutujan mukanaolo oman asian

käsittelyssä on suositeltavaa aina kun se vain on mahdollista. Kuntoutuja on lisäksi oikeutettu saamaan tiedon etkä ovat osallistuneet hänen asiansa käsittelyyn tai saaneet tietoja muuten. (Isoherranen ym. 2008, 197.)

Moniammatillisen (multiprofessional, interprofessional, trans-/crossprofessional) yhteistyön käsite alkoi esiintyä jo 1980-luvun loppupuolella ja vakiintui Suomessa 1990-luvulla. Suomen kielessä ei ole ainakaan vielä erillisiä käsitteitä kuvaamaan näitä englanninkielisiä yhteistyön eri tasoja. Suomen kielessä käytetään yleensä käsitettä moniammatillinen yhteistyö tai moniammatillinen tiimityö. Moniammatillisen yhteistyön käsitettä käytetään monimerkityksisesti ja se on varsin epämääräinen. Sitä käytetään kuvatessa hyvin monenlaista asiantuntijoiden yhteistyön tapaa. Sitä voidaan pitää sateenvarjokäsitteenä, joka sisältää monenlaisia yhteistyömuotoja. Asiantuntijoilla on yhteinen työ tai tehtävä suoritettavanaan, ongelma ratkaistavanaan tai päätös tehtävänänsä tai he etsivät uusia näkymiä keskustellen. Moniammatillisuus tuo yhteistyöhön mukaan tiedon ja osaamisen eri näkökulmia. Monitieteisyys ja moniammatillisuus nähdään juuri systeemisenä ratkaisuna kokonaisvaltaisen tiedon puutteeseen. (Isoherranen ym. 2008, 33, 39.)

Isoherranen ym. (2008, 46) lainaavat Kennyä (2002), jonka mukaan ”Moniammatillisessa yhteistyössä eri ammattiryhmien taitotieto yhdistyy laaja-alaiseksi ja kokonaisvaltaiseksi tiedoksi potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Siinä korostuu eri ammattiryhmien sitoutuminen yhteistyöhön ja valmius työskennellä yli perinteisten organisaattorajojen, jotta potilas saisi parhaimman hyödyn”. (Isoherranen ym. 2008, 46.)

Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on, että kaikki osallistujat voivat olla vaikuttamassa keskusteluun ja päätöksentekoon sekä tuoda keskusteluun omat näkökulmat ja osaamisensa. Kun ollaan kokoamassa asiakaslähtöistä, kokonaisvaltaista tietoa tulee tunnistaa kaikkien asiantuntijoiden erityistieto, osaaminen ja asiantuntijuus. Käsitteet saattavat olla erilaisia eri asiantuntijoiden kesken ja niitä arvostetaan eri tavoin. Yhteisen ”kielen” löytyminen on erityisen tärkeää. Myös vuorovaikutustaidot ovat hyvin oleelliset tiedon kokoamisen onnistumiseksi. Osallistujilta vaaditaan kykyä taitavaan keskusteluun ja organisaatiolta keskustelun mahdollistavia rakenteita. Taitavassa keskustelussa korostuu vuorovaikutuksen keskeiset perustaidot

kuunteleminen ja oman näkökulman ilmaiseminen perusteluineen. Roolien tulee olla yhteisesti määriteltyjä, niin että ne mahdollistavat yhteistyön. Ei riitä, että osaa hyvin esim. lääketiedettä vaan oma osaamisensa tulee kyetä antamaan eri tilanteissa yhteiseen käyttöön. (Isoherranen ym. 2008, 34, 42, 61.)

Myös lainsäädäntö suosittaa toimimaan yhteistyössä. ”Kunnan eri toimialojen on toimittava yhteistyössä ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi. Lisäksi kunnan on tehtävä yhteistyötä kunnassa toimivien julkisten tahojen, yritysten sekä ikääntyneitä väestöä edustavien järjestöjen ja muiden yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi”. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 4§.)

Onnistuakseen moniammatillinen yhteistyö edellyttää kaikilta tiimin jäseniltä hyvää tai vähintään kohtuullista ammatti-identiteettiä, hyvää itsetuntoa ja kykyä joustaa. Yhteistyö edellyttää myös yhteistyömenetelmien hallintaa, motivaatiota kehittämiseen, harjoittelua ja esimiesten tukea yhteistyön toteuttamiseksi. (Isoherranen ym. 2008, 47, 67.)

3 BENCHMARKING ELI VERTAILUKEHITTÄMINEN

Sana ”benchmark” tarkoittaa kiintopistettä, jota voidaan käyttää esim. teiden ja rakennusten suunnittelussa. Käsite on tullut liiketaloustieteeseen kuvaamaan tavoitetta, joka pyritään saavuttamaan. Sanan tarkka alkuperä on epäselvä, mutta joidenkin arvioiden mukaan se on peräisin 1700-luvulta. (Karlöf, Lundgren & Edenfeldt Froment, 2003, 35.)

Kielitoimiston (2007) mukaan englanninkielinen käsite benchmarking voidaan ymmärtää ja määritellä eri tavoilla ja sen vuoksi siitä on monia suomennoksia. Näitä ovat mm. vertailujohtaminen, vertailukehittäminen, poikittaisvertailu ja kumppanuusvertailu. (Perälä, Junntila & Toljamo 2007, 13.)

Vertailukehittämisen tärkeimmät osat ovat:

- tutkimus: miten toimimme nyt?
- vertailu: miten muut toimivat?
- ymmärtäminen: mikä selittää suoritusten välisen kuilun?
- parannukset: toteutus ja oppiminen

Vertailukehittämistä käytetään mm. tehokkuuden parantamisen ja kustannusten alentamisen menetelmänä. Oppimisnäkökulmaan kiinnitetään usein liian vähän huomiota. (Karlöf ym. 2003, 44 - 45.)

Vertailuoppimista (benchlearning) voidaan kuvata liiketoiminnan kehittämisen ja organisaation oppimisen yhdistelmäksi. Organisaatioiden maailmassa on tiedostettu organisatorisen oppimisen ja tehokkuuden parantamisen tarve. Oppimisesta on tullut viime aikoina uusi keskeinen ajatusmalli, jota sovelletaan yritysten ja muiden organisaatioiden kehittämistoiminnassa. Vertailuoppimisella on useita tehtäviä. Se voi auttaa organisaatioita selvittämään onko toiminta tehokasta. Vertailuoppiminen antaa mahdollisuuden oppia hyvästä esimerkistä. Tärkeä tehtävä on myös käyttäytymisen ja asenteiden muutokset, jotka syntyvät, kun muita organisaatioita tarkastellaan oman organisaation peilikuvana. Kannattaa omaksua periaate, että jossain on aina joku, joka tekee saman asian paremmin. Kyse ei ole pelkästään jäljittelystä, vaan esikuvaa käytetään virikkeenä, jotta löydetäisiin omiin ongelmiin soveltuvia ratkaisuja. (Karlöf ym. 2003, 13 - 16, 76).

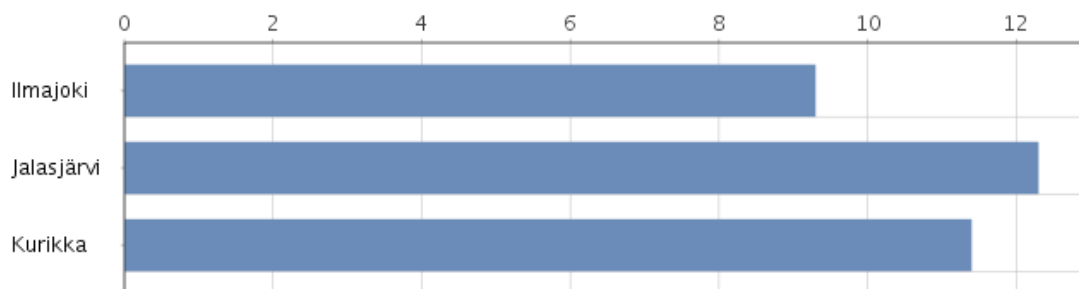
Coppin (2002) mukaan terveydenhuollon benchmarking - toiminnalle on keskeistä:

- keskittyminen organisaatiossa laajasti esiintyviin ydinsuoritteisiin tai –palveluihin tai –prosesseihin
- oppijan asenteen omaksuminen
- parhaiden käytänteiden soveltaminen omaan organisaatioon
- hoitokäytänteiden kehittäminen
- terveyshyödyn tavoittelemisen (Perälä ym. 2007, 13.)

4 JIK KY:N ORGANISAATIO JA AKUUTTI- JA KUNTOUTUSYKSIKÖIDEN STRATEGIA

JIK liikelaitoskuntayhtymä on perustettu 1.8.2008. Omistajakunnat ovat Jalasjärvi, Ilmajoki sekä Kurikan kaupunki. Yhteistoiminta-alueen väestöpohja on noin 35.000 asukasta. Varsinainen toiminta on alkanut 1.1.2009. Terveysten- ja sairaanhoitopalvelujen, vanhustenhuollon palvelujen sekä ympäristöterveydenhuollon palvelujen järjestämisvastuu on siirretty JIK yhteistoiminta-alueen tilaajalautakunnalle, joka on osa Jalasjärven kunnan hallintoa. (Tuimala 2010.) Lisäksi Kurikan ja Jalasjärven sosiaalitoimen palvelut kuuluvat JIK ky:n palveluihin. Kuntoutusyksiköissä suurin osa potilaista on erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon tulevia polvi-, lonkka- ja aivohalvauspotilaita. Kuntoutusyksikön hoitajat ja fysioterapeutit sekä lääkäri tekevät yhteistyötä suunnittelemalla potilaille henkilökohtaiset kuntoutussuunnitelmat. Tavoitteena on turvata ja ylläpitää ikääntyneen korkein mahdollinen toimintakyky sairauksista ja vammoista huolimatta ja siten kohentaa hänen oma-aloitteisuutta ja elämänlaatua. (JIK ky:n www-sivut 2015.)

Sotkanetin tilaston mukaan 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä on huomattava kaikissa JIK ky:n kunnissa aina Ilmajoen 9.3 %:sta Jalasjärven 12.3 prosenttiin (kuva 2.)



Kuva 2. 75 vuotta täyttäneiden % osuus väestöstä vuonna 2014

(Sotkanet:n www-sivut 2015)

Vuodeosastojen tuoreimmassa strategiassa korostetaan mm. hoitajakson suunnitelmallisuutta, kuntoutussuunnitelman laatimista ja moniammatillista yhteistyötä. Oteen akuutti- ja kuntoutusyksiköiden strategiasta esitän liitteessä 1. JIK ky:n strategisissa linjauksissa korostetaan akuutti- ja kuntoutustoiminnan terävöittämistä. Yksi-

köiden akuutti- ja kuntoutushoitajaksoja kehitetään suunnitelmallisemmiksi ja laitostumista pyritään ehkäisemään mahdollisimman tehokkaasti. Kuntoutusyksiköissä kaikille potilaille tehdään yksilöllinen ja aktiivinen kuntoutussuunnitelma. (JIK ky:n strategiset linjaukset 2009 - 2016.)

5 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA AIHEESTA

Nikkasen (2010) tutkimuksen tarkoitus oli selvittää miten vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelma rakentuu. Tutkimusaineisto muodostui kuntoutujien (10) ja heidän palvelujärjestelmänsä toimijoiden (25) haastatteluista. Tutkimuksen mukaan vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelu on hyvin laaja-alaista. Tutkimuksen perusteella kaikki kuntoutujat eivät olleet läsnä tai he eivät osallistuneet aktiivisesti kuntoutussuunnitelman laatimiseen. Tutkimuksen pohjalta kuntoutusohjaajilla on tärkeä rooli kuntoutussuunnitelmien rakentumisessa. Kehittämisehdotusten mukaan kuntoutussuunnitelmien laatimiseen tulee varata riittävästi aikaa. Kuntoutujan tarpeet pitää huomioida laajasti. Kuntoutussuunnitelmat tulee laatia moniammatillisessa ryhmässä. Kuntoutuksen suunnittelussa tulee hyödyntää enemmän kuntoutusohjaajia tai yhdyshenkilöitä. Toimintakyvyn arvioinnissa tulee huomioida kaikki toimintakyvyn osa-alueet, ei vain fyysistä toimintakykyä. Myös työntekijöiden tietoa kuntoutuksen tarjoamista mahdollisuuksista pitää lisätä. (Nikkanen 2010.)

Paltamaa ym. (2011) tutkimuksen tavoitteena oli kuvata Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen nykytilaa, kehittämistarpeita, kuntoutuksen vaikuttavuutta sekä laatia suositukset hyvästä kuntoutuskäytännöstä. Tutkimuksessa tarkasteltiin kolmea diagnoosiryhmää AVH, MS ja CP. Tutkimus kuuluu Vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeeseen (VAKE). (Paltamaa ym. 2011.)

Laajan tutkimuksen osassa kaksi käsitellään AVH ja MS diagnoosin omaavien kuntoutussuunnitelmia. AVH- ja MS-kuntoutussuunnitelmatutkimuksen perusjoukon muodostivat Suomessa kaikki vuonna 2005 Kelasta myönteisen vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen päätöksen saaneet. Otanta oli 240 kuntoutujaa. Kaikista

kuntoutussuunnitelmista 17 % oli tehty KU 207 -lomakkeelle tai Kuntaliiton 7440-lomakkeelle, 56 % oli tehty B-lausunlomakkeelle ja 25 % epikriisille. Moniammatillisuus ei toteutunut kuntoutuksen suunnittelussa. Kuntoutujan osallistuminen kuntoutussuunnitelman laatimiseen oli kirjattu vain 7 %:iin kaikista suunnitelmista. Tulokset osoittivat, että kuntoutussuunnitelmat olivat laadultaan heikkoja. Ne antoivat huonosti tietoa kuntoutuspäätöksen tekemistä, kuntoutuksen toteutusta ja seuranta varten. Kolmasosasta puuttui tavoite ja neljäsosasta kuntoutujan toimintakyvyn kuvaus. Kuntoutuksen tavoitteet oli kirjattu useimmiten hyvin yleisellä tasolla. Johtopäätöksinä oli todettu, että vaikeavammaisten kuntoutuksen suunnittelun laadun parantumiseksi tulee kiinnittää huomiota kuntoutussuunnitelmien laatuun sekä laatimisen toimintatapoihin joita ovat asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus, kirjaamiskäytännöt ja yhteistyö. Tulokset ovat yleistettävissä myös muihin kuntoutusta edellyttäviin sairauksiin. (Paltamaa ym. 2011.)

Mattila Anni on Satakunnan ammattikorkeakoulussa 2014 tekemässään opinnäytetyössä selvittänyt Salon terveyskeskuksen kuntoutustyöryhmän käsittelyyn tulleiden kuntoutussuunnitelmien laatua. Tutkimusaineisto koostui 35 lääkinällisen kuntoutuksen kuntoutussuunnitelmasta. Niitä analysoitiin kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että kuntoutussuunnitelmissa on puutteita, mutta vähemmän kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Moniammatillisuutta oli hyödynnetty suhteellisen hyvin. Toimintakyvyn kuvaus oli keskimäärin vähäistä, mutta joissakin kuntoutussuunnitelmissa myös hyvää. Tavoitteet oli kirjattu suurimmaksi osaksi huonosti tai ne puuttuivat kokonaan. Tulosten mukaan moniammatillisen yhteistyön lisääminen voisi parantaa kuntoutussuunnitelmien laatua. (Mattila 2014.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyö rajautuu aihepiiriltään murtuman pohjalta suoritettuun lonkkaleikkaukseen ja tähän liittyvän kuntoutuksen suunnitteluun. Murtumaan johtaneita tekijöitä voi olla useita, mutta usein taustalla on kaatuminen joko kotona tai laitoksessa. Halu-

an keskittyä nimenomaan lonkkamurtumiin koska olen kokenut, että niistä kuntoutuminen on haastavampaa kuin suunnitellusta lonkkaleikkauksesta. Esim. nivelrikon vuoksi suunnitellusti leikattu on saanut jo ennen leikkausta monenlaista ohjausta ja neuvontaa sekä fysioterapiaa. Katson tämän olevan kuntoutumista edistävä tekijä. Lonkkamurtumista kuntoutuvat ovat yksi suurimmista asiakasryhmistä kuntoutusyksiköissä. Tapaturma on aina äkillinen ja ennakoimaton tapahtuma, johon ei voida varautua. Mielestäni myös kaatumiseen johtaneet syyt tulisi hoidon ja kuntoutuksen aikana selvittää perusteellisesti, ettei uusia kaatumisia tulisi. Kaatumiseen johtaneet syyt voivat olla hidastamassa tai hankaloittamassa kuntoutumista.

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää mitä lonkkamurtumista kuntoutuvien kuntoutussuunnitelmiin tällä hetkellä kirjataan Jalasjärven, Ilmajoen ja Kurikan kuntoutusyksiköissä. Tarkoitus on lisätä kuntoutuksen suunnitelmallisuutta. Tarkoituksena on lisäksi hyvän kuntoutussuunnitelman muodostuminen. Kuntoutuksen suunnittelu ja sen kirjaaminen parantaa kuntoutujan arjessa selviytymisen mahdollisuuksia. Kiinnittämällä huomiota kuntoutuksen suunnitelmallisuuteen vaikutukset voivat näkyä myös hoitajaksojen pituudessa. Kuntoutusjaksojen parempi suunnittelu voi helpottaa myös ko. yksikössä haasteellisiksi koettuja kotiutustilanteita. Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa aletaan selvittää asioita jo kuntoutusjakson alussa, jolloin kotiutustilanteessa selvitystyön osuus tulee vähenemään. Tavoitteena on muodostaa kuntoutussuunnitelman kirjaamisen tueksi paperinen mallipohja. Jalasjärvelle kootun työryhmän kanssa suunnittelemme paperisen mallipohjan, jonka avulla kuntoutussuunnitelma jatkossa kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmään.

Opinnäytetyön on tarkoitus vastata seuraaviin kysymyksiin:

Mitä lonkkamurtumista kuntoutuvien kuntoutussuunnitelmiin tällä hetkellä kirjataan JIK ky:n eri kuntoutusyksiköissä?

Millainen on hyvä kuntoutussuunnitelman paperinen mallipohja, joka tulee Jalasjärven kuntoutusyksikön käyttöön?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Aloin miettiä opinnäytetyön aihetta loppuvuodesta 2014. Halusin kehittää kuntoutusyksikössä kuntoutusjaksolla olevan asiakkaan kuntoutusta. Olin yhteydessä Jalasjärven kuntoutusyksikön esimieheen marraskuussa 2014 ja yhdessä sovimme aiheesta. Esittelin opinnäytetyön aiheen oppilaitoksella tammikuussa 2015. Alkuvuoden 2015 aikana tein opinnäytetyön suunnitelmaa ja tutustuin teoriatietoon. Etsin myös aiheeseen sopivia lähteitä ja aikaisempia tutkimuksia. Opinnäytetyön suunnitelman esitin oppilaitoksella toukokuussa 2015. Yhteistyökumppanin luvan opinnäytetyön tekemiselle sain kesäkuulla 2015 ja oppilaitoksen luvan elokuussa 2015. Sain myös luvan mainita työelämäkumppanin organisaation nimen lopullisessa raportissa. Loppukesällä tein haastattelurungon valmiiksi ja täydensin teoriaosuutta. Lupien saamisen jälkeen sovin haastatteluiden ajankohdat yksiköiden esimiesten kanssa.

Haastattelut tein elo- ja syyskuun 2015 taitteessa. Haastattelujen litterointi ja analysointi tapahtuivat heti haastattelujen jälkeen. Raporttia tutkimuksen tuloksista kirjoitin syyskuun lopulla. Mallipohjan suunnittelutyö tehtiin Jalasjärven kuntoutusyksikön henkilökunnasta kootun pienen ryhmän kanssa lokakuussa 2015. Valmiin opinnäytetyön esitän marraskuussa 2015 oppilaitoksen seminaarissa. Opinnäytetyö on julkinen ja se julkaistaan Theseus tietokannassa. Valmiin kuntoutussuunnitelman mallipohjan esittelen Jalasjärven kuntoutusyksikön henkilökunnalle esim. osastopalaverin yhteydessä. Esittämisajankohdaksi on sovittu alustavasti helmikuu 2016. Lähetän kopion valmiista opinnäytetyöstä JIK ky:n vastuuhenkilölle sekä sähköisesti pdf - muodossa osoitteeseen kirjaamo@jicky.fi.

7.1 Tutkimusote

Opinnäytetyö on laadullinen kehittämistutkimus. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää lonkkamurtumasta toipuvan kuntoutuksen suunnittelua. Kehittämistutkimus ei pyri yleistämään, vaan pyrkii kehittämään jotain asiaa paremmaksi, tässä tapauksessa kuntoutuksen suunnittelua. Kuntoutuksen suunnittelu on mitä suurimmassa määrin prosessi. Prosessi voi olla työelämän kehittämistutkimuksen kohteena. Kuntoutus-

suunnitelman muodostuminen ja sen kirjaaminen on tärkeä osa kuntoutusprosessia. Tutkimusotteet voidaan nähdä jatkumona, jonka ääripäissä ovat laadullinen ja määrällinen tutkimus. Kehittämistutkimus sijoittuu näiden väliin. Opinnäytetyö sisältää laadullisen tutkimuksen elementtejä kuten tutkimusmenetelmänä käyttämäni teemahaastattelut.

Kehittämistutkimuksessa yhdistyvät Edelsonin (2012) mukaan kehittäminen ja tutkimus syklisessä prosessissa. Organisaatioissa tapahtuu jatkuvaa toiminnan kehittämistä ja parantamista, jota kutsutaan kehittämistyöksi. Kehittämistyöstä tulee tiedettä, kun kehittämistyö dokumentoidaan ja käytetään tieteellisiä menetelmiä, jotka tuottavat luotettavaa, uutta tietoa. Babarin ja Squiren (2004) mukaan kehittämistutkimus lähtee muutostarpeesta, jonka tuloksena syntyy tuotos. Muutoksen tavoitteena on aina muutos parempaan. Kehittämistutkimuksen kohteita työelämässä voivat olla esimerkiksi prosessit, toiminnot, tuotteet, palvelut tai asiantilat. Kohteena voi olla mikä tahansa mihin voidaan vaikuttaa. (Kananen 2012, 19-21.)

Kehittämistutkimus on joukko eri tutkimusmenetelmiä, joita käytetään tilanteen ja kehittämiskohteen mukaan. Kyseessä on monimenetelmäinen tutkimusote tai tutkimusstrategia. Englannin kielessä käytetään monimenetelmäisestä tutkimuksesta termiä ”blended” tai ”mixed methodology”. (Kananen 2012, 19.)

7.2 Teemahaastattelujen toteutus

Teemahaastattelua voidaan käyttää lähtökohtatilanteen kartoittamisessa. Teemahaastattelu on laadullisen tutkimuksen tiedonkeräysmenetelmä. Teemahaastattelun edellytys on sanallinen vuorovaikutustilanne tutkijan ja tutkittavan/tutkittavien välillä. Teemahaastattelua ei voi toteuttaa sähköpostitse eikä paperisena. Teemahaastattelu elää haastattelutilanteen mukaan. Jos kaikki ”kysymykset” ovat ennalta laadittuja, ei kyseessä ole teemahaastattelu eikä laadullinen tutkimus. Oikeastaan ei saisi puhua kysymyksistä vaan teemoista. Teemahaastattelun runko on ohjeellinen keskustelun pohja. Keskustelun myötä esille nousee uusia näkökulmia tai asioita, jotka herättävät jatkokysymyksiä. (Kananen 2012, 60 - 62.)

Pyrin saamaan tietoa mitä laadittuihin kuntoutussuunnitelmiin on kirjattu haastatteleamalla Jalasjärven, Ilmajoen ja Kurikan kuntoutusyksiköiden henkilökuntaa pienissä ryhmissä. Haastattelin henkilökuntaa jokaisesta kuntoutusyksiköstä saadakseni riittävästi tietoa nykyisistä kuntoutussuunnitelmien sisällöistä. Yhden kuntoutusyksikön henkilökuntaa haastatteleamalla en olisi ehkä saanut vastauksia tutkimuskysymyksiin. Valitsin haastattelumuodoksi ryhmissä tapahtuvat haastattelut, koska ajattelin ryhmissä syntyvän enemmän keskustelua asioista, kuin mitä yksilöhaastatteluissa. Ryhmähaastattelua voidaan pitää keskusteluna, jossa osallistujat kommentoivat asioita melko spontaanisti, tekevät huomioita ja tuottavat monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Hirsjärvi & Hurme 2008, 61). Ryhmähaastattelut säästivät myös aikaani. Haasteena oli kuitenkin löytää kaikille sopiva aika ryhmähaastattelujen tekemiselle.

Olin yhteydessä eri kuntoutusyksiköiden esimiehiin haastateltavien valitsemiseksi. Yhteydenotot heihin tapahtuivat sekä sähköpostilla että puhelimitse. Joissakin tapauksissa oli haastavaa saada yhteys kyseisiin henkilöihin kesälomien ym. yhteensattumien vuoksi. Yksiköiden esimiehillä oli paras tieto siitä, ketkä kyseisessä yksikössä yleisimmin kirjaavat kuntoutussuunnitelmia. Yksiköiden esimiehet valitsivat haastateltavat tältä pohjalta. Sovin yksiköiden esimiesten kanssa myös haastattelupaikat ja ajankohdat hyvissä ajoin ennen haastatteluja. Tein haastattelut haastateltavien töpisteissä, joten heille ei tullut kuluja haastattelupaikoille siirtymisistä. Jokaiseen haastatteluun oli varattu sopivan pienen ja mahdollisimman rauhallinen tila.

Haastateltavat valittiin niin, että ilmiö liittyi heihin. Haastattelin henkilökunnasta niitä, jotka olivat kirjanneet kuntoutussuunnitelmia. Haastateltavilla tuli olla tietoa kuntoutussuunnitelmien sisällöistä sekä kokemusta kuntoutussuunnitelman kirjaamisesta. Haastattelut tapahtuivat henkilökunnan työajalla. Yhteen haastatteluun kului aikaa 45 – 65 minuuttia. Haastatteluja oli kaikkiaan kolme, jokaisessa eri kuntoutusyksikössä. Haastateltavia oli kaikkiaan 7. Haastateltavat olivat ammatiltaan sairaanhoitajia ja fysioterapeutteja. Jo haastateltavia valitessa muodostui näkemys siitä, mitkä ammattiryhmät yleensä kirjaavat kuntoutussuunnitelman. Haastateltavia oli jokaisesta kuntoutusyksiköstä muutamia. Ryhmien kokoon vaikutti, se kuinka moni kussakin yksikössä oli kirjannut kuntoutussuunnitelmia. Ryhmien kokoon vaikutti

myös ryhmän kokoamiseen liittyvät haasteet, kuten haastateltavien irrottaminen normaalista työstään haastattelun ajaksi. Kaikki haastattelut olivat eri päivinä.

Aloitin jokaisen haastattelun esittelemällä itseni ja kertomalla haastattelun tarkoituksesta. Kerroin haastattelevani kaikkien kuntoutusyksiköiden henkilökuntaa. Kerroin arvion haastattelun vaatimasta ajasta. Toivoin vapaata keskustelua esittämiini teemoihin. Ennen haastattelujen aloitusta pyysin haastateltavilta luvan tilanteen nauhoittamiselle. Äänittämisen avulla kerroin voivani keskittyä haastattelutilanteeseen paremmin. Lupasin hävittää nauhoitusmateriaalit asianmukaisesti analysoinnin jälkeen. Kerroin, että haastateltavien henkilöllisyys ei tulisi ilmi missään vaiheessa.

Käytin haastattelumuotona teemahaastattelua. Valitsin haastattelutavaksi teemahaastattelun, koska pyrin saamaan ajankohtaisen tiedon mitä kuntoutussuunnitelmiin kirjataan. Teemahaastattelun runko muotoutui osittain Rissasen (2008) esittämän kuntoutussuunnitelman sisällön pohjalta. Teemahaastattelun rungon esitän liitteessä 2. Vaikka olin valinnut keskustelun pohjaksi teemoja ja apukysymyksiä, toiveeni oli saada teemahaastattelun avulla myös muita teemoja keskusteluun. Pyrin teemahaastattelujen avulla kartoittamaan lähtökohtatilanteen kuntoutussuunnitelman sisällön kehittämiseksi.

7.3 Aineiston analyysi

Alustava käsitys haastattelujen sisällöistä muodostui jo itse haastattelutilanteissa. Mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen kuuntelin jokaisen haastattelun kahteen kertaan. Kuunteluiden aikana tein muistiinpanoja mielestäni oleellisista kohdista. Sanasanainen puhtaaksikirjoittaminen eli litterointi voidaan tehdä koko haastatteluaineistosta tai siitä tiettyjä osia valikoimalla (Hirsjärvi & Hurme 2008, 138). Alkuperäisen suunnitelmani mukaisesti litteroin vain valikoidut osat haastatteluista. Koska olin ollut itse haastattelutilanteessa, tunnistin litteroinnin vaativat kohdat. Valitsin litteroitavaksi ne kohdat mitkä parhaiten vastasivat tutkimuskysymyksiin ja laatimani teemahaastattelun rungon teemoihin. Pyrin löytämään haastatteluvastauksista olennaisen, merkityksellisen sisällön. Merkitsin muistiin nauhurin lukeman, jotta minun olisi myöhemmin helpompi löytää tekstiksi litteroitava kohta. Koska kyseessä oli

teemahaastattelu ja varsinaisia kysymyksiä ei ollut, keskustelua syntyi myös esittämieni teemoja sivuten. Täysin aiheen ulkopuolelle jääviä teemoja en katsonut tarpeelliseksi litteroida. Kuunteluiden jälkeen litteroin valitsemani kohdat mahdollisimman pian tekstiksi, usein heti kuunteluita seuraavana päivänä. Litteroitua tekstiä tuli kaikkiaan kymmenen sivua. Haastattelujen litteroimisen jälkeen luin tekstin läpi ajatuksella useaan kertaan. Lukemalla pyrin saamaan keräämäni aineiston riittävän tutuksi itselleni ja löytämään aineistosta kohtia, jotka olivat merkityksellisiä opinnäytetyön tutkimuskysymysten kannalta. Lukemisen aikana tiivistin materiaalin luokkiin, jotka olivat teorian ohjaamia teemoja. Nämä luokat esittelen tuloksissa. Tuloksia elävöittäkseni esitän myös suoria lainauksia haastateltavien puheesta.

8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tämän pääotsikon alla esittelen haastattelujen tulokset. Pyrin antamaan mahdollisimman laajan ja monipuolisen kuvauksen kuntoutussuunnitelmiin kirjatuista sisällöistä. Kerron myös tulosten vertaamisesta hyvään kuntoutuskäytäntöön, mitä eroja ja yhtäläisyyksiä löytyy. Viimeisenä kerron vertailun ja haastattelujen pohjalta muodostuneesta kuntoutussuunnitelman paperisesta mallipohjasta.

8.1 Kuntoutussuunnitelmien sisältö

Kuntoutussuunnitelmia aletaan hahmotella heti kuntoutujan siirryttyä jatkohoitoon kuntoutusyksikköön. Kuntoutussuunnitelmat kirjataan ko. yksiköissä usein osaksi hoitosuunnitelmaa. Sen huonoksi puoleksi on koettu, että se ”hukkuu” muuhun kirjattuun tekstiin. Toisaalta ikääntyneiden hoito- ja kuntoutussuunnitelman todettiin olevan kiinteästi liitoksissa toisiinsa. Tavoitteena eri kuntoutusyksiköissä on ollut, että kuntoutussuunnitelma kirjataan joka viikko kuntoutuspalavereissa. Näitä kuntoutuspalavereja on pidetty eri yksiköissä eri tavalla. Kuntoutuspalavereihin osallistuu moniammatillinen ryhmä. Sähköiseen potilastietojärjestelmään ei ole vielä luotu kuntoutussuunnitelmaa varten omaa paikkaa. Tästä johtuen eri ammattiryhmät saattavat kirjata osittain samojakin asioita sairauskertomuksen eri lehdille.

Lähes kaikki haastateltavat kertoivat, että kuntoutussuunnitelmaa ovat kuntoutuksen alkuvaiheessa laatimassa joko sairaanhoitaja tai fysioterapeutti. Kuntoutussuunnitelmien laatimiseen osallistuivat usein myös avopalveluohjaaja, kuntoutuja tai läheiset sekä lääkäri. Haastateltavien mielestä myös kotihoidon henkilökunta tulisi saada mukaan kuntoutussuunnitelman laatimiseen heti alkuvaiheessa. Heiltä saisi tarkkaa tietoa mm. aikaisemmasta toiminta- ja liikuntakyvystä ennen kaatumista sekä kotiymäristöstä.

”osastolla se vastaanottava sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja lääkäri on laatimassa...”

”kotona hoitava henkilö mukaan jo suunnitteluun...sais tietoa kotona olevista kynnyksistä, miten ovet kääntyy..”

Haastateltavista lähes kaikki kertoivat hyödyntävänsä hoitajaksopalautteita etsiesään kirjattavia asiakastietoja kuntoutujasta. Usein kirjattavia tietoja kysyttiin myös kotiavulta, kuntoutujalta ja läheisiltä. Monissa tapauksissa tietojen hyödyntämisessä koettiin ongelmaksi se, että tiedoissa saattoi olla ristiriitaisuuksia. Tiedot olivat lisäksi hajallaan eri paikoissa ja niiden hakemiseen kului aikaa. Kirjaamista hankaloitti myös se, että aikaisemmat hoitotahot eivät olleet kirjanneet mitään tilanteesta ennen kaatumista.

”omaisilta saa hyvää tietoa... ja tietenkin se ihminen itse”

”katson Esapalista lähetteen..myös vanhat sairauskertomuslehdet tai soitan täydentäviä tietoja aikaisemmasta hoitopaikasta”

”sitte se voi olla se ristiriita, hoitajan läheteessä on erilailta ku lääkärin läheteessä..”

”tietoja joutuu hakeen eri paikoista..asiat on hajallaan, jos ei ole ollu ongelmaa ja ei ole sitten kirjattu mitään”

Kuntoutustarpeesta ja toimintakyvystä kaikki haastateltavat olivat kirjanneet arkisia, päivittäisiin fyysisiin toimintoihin liittyviä asioita, kuten ruokailuun tai wc käyntiin liittyviä huomioita. Psykkisestä toimintakyvystä oli saatettu kirjata esim. miten käyttäytyy tulohaastattelutilanteessa. Vastaako kysymyksiin asiallisesti vai ei. Kun-

toutustarpeesta oli kirjattu esim. syy jatkohoitoon siirtymiselle. Haastateltavat olivat kirjanneet yleensä toimintaa hankaloittavia tekijöitä. Useat olivat kirjanneet myös mitä kuntoutuja pystyy vielä tekemään, mitä voimavaroja hänellä on. Kaikki haastateltavat kokivat, että nopeat muutokset ikääntyneen voinnissa toivat suuria haasteita kuntoutukseen.

”vastailee asiallisesti...”

”mitä potilas osaa... saako kengät jalkaan, pääseekö itse seisomaan...”

”jos tuntee potilaan taustat voi kirjata hänen voimavaroista..”

”nopeat muutokset toimintakyvyssä tuovat haasteita kuntoutukseen”

Kirjatut tavoitteet olivat pieniä, usein arjen toimintoihin liittyviä. Pää tavoite liittyi lähes aina kotiutumiseen tai jatkohoitopaikkaan siirtymiseen. Kuntoutujan vastaanotettava sairaanhoitaja oli usein kirjaamassa kuntoutuksen ensimmäisiä tavoitteita. Vaikka kuntoutuja ei ainakaan kuntoutuksen alkuvaiheessa ollut pystynyt asettamaan omalle kuntoutukselleen tavoitteita, haastateltavat pitivät kirjattuja tavoitteita kuntoutujalähtöisinä. Kuntoutuksen tavoitteet oli kirjattu kuntoutujan parasta ajatellen. Usein oli kuultu kuntoutujan läheisiä tavoitteiden asettelussa. Kuntoutuja ei aina esim. muistisairauden vuoksi kykene itse kertomaan tavoitteitaan. Asiallinenkin kuntoutuja voi olla järkyttynyt tapaturmastaan eikä osaa katsoa tulevaisuuteen. Hän tarvitsee tavoitteiden hahmottamiseksi ammattilaisten tukea.

”kirjataan päivittäin, miten edetään... pieniä osatavoitteita.. suurin tavoite kotiutua”

”pitää selvittää liikkumisesta...arkisista asioita... mitä pitää saavuttaa, että voi jatkos mennä kotiin”

Kuntoutuksen keinoina lähes kaikki haastateltavat olivat kirjanneet antamastaan ohjauksesta ja neuvonnasta. Usein oli kirjattu myös miten toimintaa oli perusteltu kuntoutujalle. Huumorin ja toistojen katsottiin olevan kuntoutumista edistäviä tekijöitä. Lähes kaikki kertoivat kirjanneensa liikkumisen apuvälineistä, millä apuvälineellä oli siirrytty wc:n tms. Keinoina oli kirjattu myös yhteistyö läheisten kanssa. Omaiset otettiin mukaan kuntoutukseen mahdollisuuksien mukaan ja se myös kirjattiin. Läheiseltä oli saatettu kysyä tärkeää tietoa esim. kodin olosuhteista. Kuntoutusta tuke-

vina keinoina oli usein kirjattu myös muita vointiin vaikuttavia tekijöitä esim. kipulääkitys. Kuntoutuksen keinoina oli kirjattu usein myös asiakkaan motivointiin liittyviä asioita.

”syödään päiväsalissa, kävelytetään ulos... voi kävellä pesutilaan...”

”sitte apuvälineet, tukikaiteet ja tukikahvat”

”se pitää olla ihmisen oma halu,... perustelut toiminnalle”

Kuntoutussuunnitelmiin oli kirjattu useammin tukipalveluista kuin muista sosiaaliturvaan liittyvistä asioista. Joku haastateltavista totesi, että sosiaaliturvaan liittyvät asiat korostuvat ehkä enemmän toisissa kuntoutuja ryhmissä, kuten esim. aivoinfarktin jälkeen. Joku oli kirjannut tulevat intervallijaksot ja joku kotiutushetken lähestyessä yhteydenotot avopalvelunohjaajaan. Kolme haastatelluista oli kirjannut aikaisemman kotiavun tarpeen. Yksi haastateltavista mainitsi myös kirjanneensa turvapuhelimen hankinnasta. Myös uutena toimintana 2015 alussa alkanut kotiutustiimin toiminta mainittiin kuntoutuksen tukipalveluksi useamman kerran.

”meillähän on käytössä avopalvelunohjaaja, jonka kanssa esim. kotiutustilannetta aletaan suunnitella ja otetaan yhteyttä...”

”kotiutustiimi tullut uutena...”

”onko ollut aikaisemmin kotiapuja tai tarviiko jatkos turvapuhelimen.. onko yksinasuva”

Kuntoutuksen arvioinnista ja seurannasta kaikki haastateltavat kertoivat kirjaavansa jatkuvasti. Kuntoutuksen arviointina kirjattiin usein voinnin muutokset tai miten kuntoutuminen on edistynyt. Arviointi ja seuranta todettiin olevan kaikkien ammattiryhmien vastuulla. Fysioterapeutit kirjasivat useimmiten FYS- lehdelle tarkempaa arviointia kuntoutumisen edistymisestä. Hoitajat olivat kirjanneet HOI- lehdelle arvioinniksi kuntoutukseen vaikuttavia voinnin muutoksia. Lonkkamurtumasta kuntoutuvilla todettiin olevan vain vähän seurantaa perusterveydenhuollossa varsinaisen osastokuntoutusjakson jälkeen. Seurantajaksot toteutettiin erikoissairaanhoidossa 4 kk murtumaleikkauksen jälkeen. Siitä oli kirjattu monesti kotiutusvaiheessa hoitokerptomukseen.

”kävely sujuu hyvin rollaattorilla, voidaan siirtyä huomenna kokeilemaan kyynärsauvoja...”

”kirjataan miten nyt pärjää..”

”...jos välillä on tullut muutoksia potilaan voinnissa”

”niille tehdään geriatrialla ne laajat tutkimukset, muistitestit, veriko-
keet...”

Kuntoutuksen vastuuhenkilöä ei ollut kirjannut kukaan haastateltavista. Jotkut haastateltavista olivat sitä mieltä että, kaikki ovat vastuussa kuntoutuksesta omalta osaltaan. Muutama ajatteli, että osaston fysioterapeutti on vastuuhenkilö, mutta sitä ei ollut kirjattu mihinkään.

”vastuuhenkilöä ei oo kirjattu”

”fysioterapeutin vastuulla aika lailla ollu”

”osaston fysioterapeutti, mutta sitä ei ole kirjattu”

Muita kirjattuja asioita olivat mm. asumisolosuhteet. Oli kirjattu asuuko yksin, millaisia kotiapuja on käytössä. Oli kirjattu millainen asunto on ja onko siellä esim. wc sisä- vai ulkotiloissa. Kirjattu oli myös millainen vuode kotona oli ja saisiko siihen kiinni nousutuen. Yksi oli kirjannut myös moniammatillisesti tehdystä kotikäynnistä.

”... no ne asumisolosuhteet, nehän... ne on oleellinen osa”

”kirjataan fysioterapeutin ja avopalveluohjaajan yhdessä tekemät kotikäynnit”

Kirjaamatta jääneitä asioita oli hankala eritellä. Toisaalta taas joku mainitsi, että mitä vaan voi jäädä kirjaamatta. Haastateltavat arvelivat, että tähän teemaan olisi löytynyt vastauksia paremmin yhteistyötahoilta.

8.2 Kuntoutussuunnitelmien kirjaamisen hyödyt

Kuntoutussuunnitelman kirjaamisesta katsottiin olevan hyötyä kaikille kuntoutuksen osallistuville ammattihenkilöille, kuntoutujalle sekä lääkärille. Kuntoutussuun-

nitelma auttaa kuntoutujaa saamaan parasta mahdollista hoitoa ja kuntoutusta. Myös organisaatio hyötyisi, koska kotiutus tapahtuisi nopeammin. Kuntoutussuunnitelma on punainen lanka, sopimus, joka auttaa asiakkaan kuntoutusta eteenpäin. Kuntoutussuunnitelmassa olisivat kaikki oleelliset tiedot, eikä niitä tarvitsisi hakea eri paikoista. Kuntoutussuunnitelmaa voitaisiin hyödyntää seuraavilla osastojaksolla ja kotiutusvaiheessa ainakin määrättyiltä osin.

”punainen lanka olis heti”

”kaikille se on etu...potilaski saa parhaan hoidon”

”varmistaa, että sama tieto on kaikilla, se on sopimus, miten viedään asiakasta eteenpäin”

”tiedot löytyys yhdestä paikasta...”

”kyllä se kotiutusta nopeuttais... ja seuraavilla osastojaksolla vois käyttää”

8.3 Kuntoutussuunnitelmien kirjaamiseen vaikuttavat tekijät

Haastateltavien mukaan kuntoutussuunnitelmien kirjaamatta jäämiseen eniten vaikuttava tekijä oli kiire. Mikäli työntekijä joutui valitsemaan ajankäytössään kirjaamisen ja asiakkaan välillä, hän mieluummin käytti ajan asiakkaan kanssa. Myös vastuuhenkilön puuttuminen vaikutti haastateltavien mielestä kirjaamismotivaatioon negatiivisesti. Kuntoutussuunnitelmien kirjaamiseksi ei ole sovittua aikaa eikä myöskään ole sovittu kuka kirjaa. Mikäli kuntoutussuunnitelman kirjaamiseen annetaan riittävät resurssit, se tulee kirjattua. Jotkut haastateltavista katsoivat sähköisen kirjaamisen hankaloittaneen kirjaamista, koska he joutuivat liiaksi miettimään millä sanoilla ja minkä koodin alle mikäkin asia kirjataan.

”kyllä se on tämä kiire...”

”pitääs sopia kuka sinne kirjaa, jos ei sovita jää kirjaamatta”

”ei tarvis miettiä millä sanoilla kirjaa...”

”ku on aika ja paikka koska tehdään, nii tulee kirjattua”

”mielummin sitte käyttää sen ajan potilaan kanssa kuin kirjaamiseen..”

Kuntoutussuunnitelman kirjaamiseksi suunniteltavan paperisen mallipohjan tulisi haastateltavien mielestä olla mahdollisimman yksinkertainen, selkeä ja lyhyt. Sen tulisi sisältää vain oleellimmat kuntoutukseen vaikuttavat asiat. Kuntoutussuunnitelman mallipohjan tulisi olla ainakin aluksi ohjaavampi.

”liikaa ei saa olla, vaan oleelliset asiat...”

”olis joustava ja pystyy täydentämään kuka tahansa”

”selkeä, lyhyt, ytimekäs...vois olla aluksi ohjaavampi”

8.4 Tulosten vertaaminen hyvään kuntoutuskäytäntöön

Hyvän kuntoutuskäytännön mukaan kuntoutuksen tulee käynnistyä oikea-aikaisesti, mahdollisimman varhain. Tulosten mukaan erikoissairaanhoidossa aloitettua kuntoutusta oli jatkettu perusterveydenhuollossa viivytyksettä. Jos esim. kuntoutujan siirtyminen perusterveydenhuoltoon oli tapahtunut perjantaina, lonkkaleikatun kuntoutus oli jatkunut tauotta viikonloppuna erikoissairaanhoidon ohjeiden mukaan.

Hyvä kuntoutuskäytäntö on aina asiakaslähtöistä ja yksilöllistä toimintaa. Kuntoutujan tarpeiden ja tavoitteiden tulee olla kuntoutuksen lähtökohtana. Kuntoutujan tulee olla vaikuttamassa omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa. Tulosten mukaan kuntoutuja oli ollut mukana kuntoutuksen suunnittelussa aina kun se vain oli ollut mahdollista. Aina se ei ollut onnistunut mm. muistiongelmien vuoksi. Kuntoutujalle oli tarjottu asiakaslähtöistä ja yksilölliset tarpeet huomioonottavaa kuntoutusta. Kuntoutus ei ollut edennyt valmiin muotin mukaan, vaan se oli suunniteltu aina kunkin yksilön vahvuudet ja voimavarat huomioiden.

Hyvään kuntoutuskäytäntöön kuuluu myös läheisten ohjaus, tuki ja motivointi. Tulosten mukaan omaiset oli otettu mukaan kuntoutukseen. Heitä oli tuettu muuttuneessa tilanteessa ja ohjattu miten he voivat olla osallistua kuntoutukseen omien kykyjensä mukaan. Läheiset olivat myös henkisenä tukena kuntoutujalle.

Hyvä kuntoutuskäytäntö on suunnitelmallista toimintaa. Kuntoutustuloksia tulee lisäksi arvioida jatkuvasti. Tulosten mukaan kuntoutus pyrittiin toteuttamaan mahdol-

lisimman suunnitellusti. Kuntoutussuunnitelmia oli kirjattu kaikissa yksiköissä ja sisällöt olivat osittain hyvän kuntoutuskäytännön mukaisia. Kuntoutussuunnitelmia oli kirjattu osaksi hoitosuunnitelmia. Kuntoutumisen tuloksia ja kuntoutumiseen vaikuttavia tekijöitä oli arvioitu jatkuvasti hoito- ja kuntoutustyön yhteydessä. Ajan ja resurssien puute oli voinut kuitenkin rajoittaa toiminnan suunnittelua. Kaikkea toimintaa ei ehditty aina riittävästi suunnitella.

Hyvää kuntoutuskäytäntöä on turvaamassa moniammatillinen, monialainen ja sujuva yhteistyö eri toimijoiden välillä. Yhteistyö on varmistamassa kuntoutuksen jatkuvuutta. Tulosten mukaan kuntoutussuunnitelmia olivat alkuvaiheessa laatimassa joko sairaanhoitaja tai fysioterapeutti. Kuntoutussuunnitelmien laatimiseen osallistuivat myöhemmässä vaiheessa usein myös avopalveluohjaaja, kuntoutuja tai läheiset sekä lääkäri. Kuntoutukseen on osallistunut monen eri ammattiryhmän asiantuntijoita. Yhteistyössä on kuitenkin kehitettävää edelleen. Tieto ei aina kulje toivotulla tavalla tai tiedoissa voi olla ristiriitaisuuksia. Yhteistyötä tulisi kehittää sekä erikoissairaanhoidon että kotihoidon kanssa. Myös kuntoutuksen vastuuhenkilön puuttuminen voi olla heikentämässä tiedonkulkua ja kuntoutuksen koordinointia.

8.5 Kuntoutussuunnitelman mallipohja

Suunniteltu kuntoutussuunnitelman mallipohja on paperinen, A4 kokoinen ja mahdollisimman tiivis. Suunniteltu kuntoutussuunnitelmien mallipohja muodostui vertaamalla tuloksia hyvään kuntoutuskäytäntöön ja kirjallisuuteen sekä haastatteluiden ja laatimassa olleen työryhmän näkemysten pohjalta. Paperinen mallipohja antaa mahdollisuuden koota tiedot moniammatillisesti mallipohjaan. Mallipohjasta on pyritty luomaan juuri tämän kuntoutusyksikön tarpeisiin sopiva malli. Se on suunniteltu palvelemaan lonkkamurtumasta kuntoutuvia, mutta sitä voidaan käyttää hyvin myös muilla kuntoutujaryhmillä. Se on tarkoitettu käyttöön Jalasjärven kuntoutusyksikössä heti kun mahdollista. Sitä voidaan hyödyntää myös muissa JIK ky:n kuntoutusyksiköissä. Sähköisessä potilastietojärjestelmässä tulee ensin olla paikka kuntoutussuunnitelmaa varten. Jatkossa mallipohjaa on hyvä koekäyttää ainakin puoli vuotta ja tämän jälkeen arvioida onko siihen lisättävää tai onko siinä jotain ylimääräistä.

Jalasjärven kuntoutusyksikön henkilökunnan kanssa suunnitellun paperisen mallipohjan esitän liitteessä 3.

9 POHDINTA

9.1 Opinnäytetyön tavoitteiden toteutuminen

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää henkilökuntaa haastattelemalla mitä lonkkamurtumista kuntoutuvien kuntoutussuunnitelmiin tällä hetkellä kirjataan JIK ky:n eri kuntoutusyksiköissä. Tarkoituksena oli hyvän kuntoutussuunnitelman mallipohjan muodostuminen. Mallipohjan tarkoitus on auttaa hyvän kuntoutussuunnitelman kirjaamisessa sähköiseen potilastietojärjestelmään. Kuntoutuksen suunnitteluun käytetty aika voi olla parantamassa kuntoutujan arjessa pärjäämistä jatkossa. Kuntoutussuunnitelman kirjaamiselle tulee olla riittävästi aikaa. Sitä ei voi kirjata ohimennen muiden töiden ohella, vaan sen kirjaamiselle tulee olla varattuna oma aikansa koska se kirjataan.

Haastatteluiden avulla sain monipuolista tietoa mitä kuntoutussuunnitelmiin oli kirjattu ja miten kirjaamisen sisältöjä voisi kehittää. Kiire, resurssien sekä sovittujen käytäntöjen puuttuminen olivat vaikuttamassa kirjaamiseen negatiivisesti. Kuntoutussuunnitelmien kirjaamisesta katsottiin olevaan hyötyä kuntoutujalle itselleen sekä kaikille kuntoutukseen osallistuneille. Niitä voitaisiin hyödyntää seuraavilla osastojaksoilla ja kotiutuksen yhteydessä. Kirjaamatta jääneistä asioista ei muodostunut selkeää kuvaa. Sitä olisi ehkä pitänyt kysyä esim. yhteistyötahoilta. Kuntoutussuunnitelmien sisällöt vastasivat osittain hyvän kuntoutuskäytännön mukaisia sisältöjä. Mielestäni suurin puute sisällöllisesti oli vastuuhenkilön kirjaamatta jääminen. Usein vastuuhenkilöä ei ollut myöskään nimetty. Vastuuhenkilö voisi olla esim. joku osaston henkilökuntaan tai organisaatioon kuuluva. Organisaatiossa ei ole myöskään kuntoutusohjaajaa lääkinnällisen kuntoutuksen puolella. Kuntoutusohjaaja voisi toimia kuntoutuksen vastuuhenkilönä mitä erinomaisesti. Kuntoutusohjaaja voisi olla mukana kuntoutussuunnitelmien laatimisessa ja kirjaamisessa. Kuntoutusohjaaja

voisi kartoittaa kuntoutujan toimintakykyä laaja-alaisesti. Kuntoutusohjaaja voisi myös tehdä kotikäyntejä kuntoutusjakson aikana ja kartoittaa tarvittavia kodinmuutostöitä. Kuntoutusohjaaja voisi olla myös turvaamassa tiedonkulkua erikoissairaanhoidon ja muiden hoitotahojen välillä.

9.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Haastattelut toteutettiin vasta kun luvat aineiston hankkimiseen työelämäkumppanilta ja oppilaitokselta olivat kunnossa. Haastateltavien henkilöllisyys ei tullut ilmi missään vaiheessa opinnäytetyö prosessin aikana. Kävin läpi haastattelurungon huolellisesti ennen jokaista haastattelua. Ennen haastatteluja kerroin haastateltaville haastattelun tarkoituksesta ja korostin heidän anonymiteettiään. Ennen haastatteluja pyysin myös lupaa haastattelujen nauhoittamiselle. Haastattelunauhoitteet ja litteroidut tekstit säilytin ja hävitin asianmukaisesti.

Minulla ei ollut juurikaan kokemusta ryhmähaastattelijana toimimisesta, mutta ne onnistuvat kuitenkin hyvin. Haastattelu kokemusta on kuitenkin kertynyt oman työni kautta. Haastatteluihin huolella valmistautuminen paransi niiden laatua. Haastateltavista toiset olivat suulaampia kuin toiset. Minun olisi pitänyt vielä enemmän kannustaa hiljaisempia vastaamaan. Haastattelujen nauhoitukset onnistuivat hyvin ja äänitteet olivat hyvälaatuisia. Koska ryhmät olivat pieniä, päällekkäin puhumista ei juuri ollut ja se helpotti litterointia. Tutkimuksen luotettavuutta paransi myös se, että toimin itse haastattelijana ja tulosten analyysoijana. Opinnäytetyön raporttia kirjoittaessani olen kuvannut jokaisen prosessin aikana tekemäni valinnan mahdollisimman ymmärrettävästi ja tarkasti. Olen myös pyrkinyt perustelemaan tekemäni valinnat.

9.3 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset

Jatkossa yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja muihin hoitotahoihin tulee parantaa. Jatkotutkimuksen aihe voisi liittyä eri organisaatioiden tai toimijoiden väliseen tiedonkulun kehittämiseen. Tulisiko näiden yksiköiden välillä olla esim. työntekijä,

joka liikkuu yli organisaatio rajojen koordinoiden ja suunnitellen kuntoutujien jatko-hoitoa? Jatkossa voisi tutkia myös miten kuntoutuksen suunnitteluun ja kirjaamiseen käytetty aika on vaikuttanut kuntoutujan arjen toimintakykyyn.

Kuntoutus on pitkäjänteistä toimintaa. Nyt tehtyjen päätösten vaikutukset voivat näkyä vasta vuosikymmenten kuluttua. Päätöksenteossa tulee luottaa kuntoutuksen vaikuttavuuteen. Kuntoutussuunnitelma kirjaamalla kuntoutujan lähtötilanne voidaan dokumentoida luotettavasti ja seurata kuntoutumisen edistymistä sen avulla. Uskon, että ikääntyneiden kuntoutuksen suunnitteluun panostamalla ja sitä edelleen kehittämällä voidaan saavuttaa vaikuttavia, oikea-aikaisia ja laaja-alaisesti toimintakykyä tukevia toimintatapoja ja palveluja. Myös ikääntyneillä on niihin oikeus.

LÄHTEET

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Tammi.

ICF: toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2013. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ohjeita ja luokituksia. 6. painos. Viitattu 8.9.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201303252595>

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

JIK ky:n strategiset linjaukset v. 2009–2016
<https://www.jikky.fi/files/231/Strategialinjaukset.pdf>

Jäntti, P. 2008. Kaatumiset ja niiden ennaltaehkäisy. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos, (toim.) Geriatria - arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita. 288 – 301.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY pro Oy.

Järvikoski, A. & Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena toimintana. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.) Kuntoutus. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 80 – 93.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä: kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kansaneläkelaitoksen www-sivut. Viitattu 23.4.2015. <http://www.kela.fi/>

Karlöf, B., Lundgren, K. & Edenfeldt Froment, M. 2003. Ota oppia parhaista! – tehoa vertailuoppimisesta. Jyväskylä: Gummerus.

Karppi, P. & Nuotio M. 2008. Geriatriinen arviointi. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos, (toim.) Geriatria - arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita. 15 – 30.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kivelä, S-L. 2012. Hyviä vuosia: arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki: Kirjapaja.

Koskinen, S., Pitkälä, K. & Saarenheimo, M. 2008. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.) Kuntoutus. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 547 – 563.

Kuntoutusportin www-sivut. Viitattu 11.8.2015. <http://www.kuntoutusportti.fi/>

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012. 28.12.2012/980.

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

Lonkkamurtuma. Käypä hoito -suositus. Viitattu 14.10.2015. <http://www.kaypahoito.fi/>

Lönroos, E. 2008. Geriatrinen kuntoutus. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönroos, (toim.) Geriatria - arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita. 278 – 287.

Lönroos, E. 2008. Lonkkamurtumapotilaan hoito ja kuntoutus. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönroos, (toim.) Geriatria - arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita. 302 – 312.

Mattila, A. 2014. Selvitys kuntoutussuunnitelmien laadusta Salon terveyskeskuksessa. AMK -opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Nikkanen, P. 2010. Vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumisen käytännöt. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 71. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Viitattu 27.8.2015. <https://helda.helsinki.fi>

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

Perälä, M-L., Junttila, K. & Toljamo, M. 2007. Benchmarking – järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön. Stakes työpapereita 19/2007. Helsinki: Stakes.

Sosiaalihuoltolaki. 2014. 1301/2014.

Sotkanetin www-sivut. Viitattu 14.10.2015. <https://www.sotkanet.fi>

Terveydenhuoltolaki. 2010. L 30.12.2010/1326.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. Viitattu 9.4.2015. <https://www.thl.fi>

Toimia-tietokannan www-sivut 2015. Viitattu 14.10.2015. <http://www.thl.fi>

Tuimala A. 2010. JIK -yhteistoiminta-alueen käsikirja. Jalasjärven, Ilmajoen ja Kurikan terveyden- ja sairaanhoidon, vanhustenhuollon ja ympäristöterveydenhuolto palveluiden järjestäminen ja tilaaminen yhteistoiminta-alueella.

JIK KY:N AKUUTTI JA KUNTOUTUSYKSIKÖIDEN STRATEGIA 2015-2018



Hannele Koivisto
 Riikka Saarinen
 Elina Majapuro
 Reetta Kananoja
 Jaana Ala-Valkkilä
 Päivi Ropponen
 Liisa Koivumäki
 Marja-Leena Kuusniemi
 Elina Hakamäki
 Jouni Parkkonen
 Päivi Kaartunen

Johtokunta 27.3.2015
 Yhtymäkokous 24.6.2015

Perustehtävä on tarjota asiakkaille JIK ky alueella akuutti- ja kuntoutushoitoa.

Henkilökuntamme toimintaa ohjaavat arvot:

- **Kuntoutus:** kannustamme ja tuemme potilasta omatoimisuuteen hänen psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset tarpeensa sekä voimavaransa huomioiden.
- **Ihmisarvo:** työskentelymme lähtökohtana on yksilöllisyyden kunnioittaminen ja itsemääräämisoikeus.
- **Tasa-arvo:** potilas saa hyvää hoitoa riippumatta sosiaalisesta ja henkilökohtaisesta tilanteesta.
- **Yhteistyö:** hoidamme potilasta moniammatillisesti yhteistyössä omaisten ja eri sidosryhmien kanssa.

TULOSKORTTI

ASIAKASVAIKUTTAVUUS

KRIITTINEN MENESTYSTEKIJÄ	TOIMENPIDE	TAVOITETASO/ MITTARI	VASTUUTAHO
1. Potilaat saavat tarvitsemansa osastohoidon oikea-aikaisesti akuutti- ja kuntoutusyksikössä	<ul style="list-style-type: none"> • osastopaikka järjestyy tarpeen mukaan, viimeistään 1-3 vuorokauden sisällä. 	<ul style="list-style-type: none"> • erikoissairaanhoidon sakkomaksut tavoitteena että sakkomaksuja ei tule 	<ul style="list-style-type: none"> • ylläläkärit • osastonlääkärit

2. Hoitojakson suunnitelmallisuus	<ul style="list-style-type: none"> • kokonaisvaltainen tulotilanteen kartoitus OIOS -hankkeessa sovittujen käytäntöjen mukaisesti hoidon ja kuntoutuksen tavoitteiden ja vaikuttavuuden päivittäinen arviointi (Effic Navigaattori-> Yleinen kansio->Hoitoketjut ja OIOS-palvelukartta) • potilas ja omainen mukaan hoidon suunnitteluun • akuuttihoitossa tavoitteena 2 vrk:n hoidon jälkeen omaisen kanssa keskustelu. Jos hoito pitkiytyy uusi arvio 1 viikon hoidon jälkeen. Hoitopalaverin järjestäminen tarvittaessa • kuntoutusosastolla 1-2 viikon hoidon jälkeen hoitosuunnitelman tarkistus, hoitopalaveri tarvittaessa. 	<ul style="list-style-type: none"> • potilaalla ajantasainen kirjallinen hoitosuunnitelma • hoitosuunnitelman päivittäminen • järjestetyt hoitopalaverit 	<ul style="list-style-type: none"> • osastonlääkäri • hoitohenkilökunta • avopalveluohjaaja
3. Potilaan oireiden tehokas tutkiminen ja kirjaaminen	<ul style="list-style-type: none"> • jatkotutkimusten tehokas suunnittelu ja toteutus. • potilaan tilan tarkkailu ja oireiden kirjaaminen potilaskertomukseen, tarvittaessa myös omaisten kuuleminen • tarvittaessa erikoislääkärien konsultaatiot ja tutkimukset 	<ul style="list-style-type: none"> • tarvittavat tutkimukset tehty. • potilaan diagnoosi tehty 	<ul style="list-style-type: none"> • lääkärin • hoitohenkilökunta • röntgenlääkäri • muut erikoisalojen lääkärit

4. Kuntouttava työote	<ul style="list-style-type: none"> • toteutetaan osastoilla kuntouttavaa työotetta, tuetaan potilaan omatoimisuutta • informoidaan asia myös omaisille, otetaan heitä mukaan hoidon toteutukseen • kannustetaan potilasta liikkumaan • kuntosalin hyödyntäminen (koko henkilökunta) • vuodelepo minimiin • yhteisruokailuun kannustaminen • mahdollisuus omien vaatteiden käyttämiseen • Osastojumppat 	<ul style="list-style-type: none"> • kuntoutussuunnitelma tehty • liikumissuunnitelmaa pilotoidaan parhaillaan 	<ul style="list-style-type: none"> • koko henkilökunta • fysioterapeutit
5. Moniammatillinen yhteistyö	<ul style="list-style-type: none"> • potilaan toimintakyvyn kartoitus • tilanteen arviointi ja järjestelyt • muistiongelmien kartoitus 	<ul style="list-style-type: none"> • kuntoutussuunnitelma • palvelusuunnitelman tarkistus • muistitestaukset 	<ul style="list-style-type: none"> • hoitohenkilökunta • fysioterapeutti • avopalveluohjaajat • muistihoitaja • farmaseutti • geriatri • suuhygienisti
6. Onnistunut, sujuva kotiutus	<ul style="list-style-type: none"> • hoitotyön yhteenvedon huolellinen tekeminen • Kanta. fi suostumusten tekeminen • lääkelistan tarkistus ja tulostaminen potilaalle • potilaan ja omaisen ohjaus, neuvonta, tukeminen ja sitouttaminen kotiutukseen 	<ul style="list-style-type: none"> • hoitotyön yhteenvedo tehty • suostumuslomake allekirjoitettu • päivitetty lääkelista, epikriisi ja hoitotyön yhteenvedo ajantasaisena tulostettu potilaalle 	<ul style="list-style-type: none"> • osastojen lääkärit • hoitohenkilökunta • avopalveluohjaaja • fysioterapeutti

	<ul style="list-style-type: none"> • jatkohoitoon osallistuvien informointi • tarvittavien avuvälinen arviointi • kotiutuskokeilut, kotilomat • kotiutustiimi -toiminnan integroiminen osaksi potilaan kotiutusta • jatkokontrollit 		
7. Asiakasnäkökulman huomiointi	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakaspalaute • Asiakaskysely 3 vuoden välein kaikissa akuutti- ja kuntoutusyksikössä 	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakaskyselyn tulokset 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitotyönjohtaja • Osastonhoitajat • Laatusuunnittelija

Teemahaastattelun runko ja apukysymykset

Keskustelun aihe: Lonkkamurtumista kuntoutuvien kuntoutussuunnitelmien sisältö tällä hetkellä kuntoutusyksiköissä

KUNTOUTUSSUUNNITELMIEN LAATIJAT

Ketkä yleisimmin osallistuvat kuntoutussuunnitelmien laatimiseen?

- lääkäri, fysioterapeutti, sairaanhoitaja, lähihoitaja, mikä muu?
- kuntoutuja?
- läheinen?

ASIAKASTIEDOT

Mistä kuntoutussuunnitelmiin kirjattavat asiakastiedot saadaan?

- kuntoutujalta?
- läheisiltä?
- tutkimuksista?
- sairauskertomuksista?
- hoitopalautteista, mistä?

KUNTOUTUSTARVE JA TOIMINTAKYKY

Mitä kirjataan arvioitaessa kuntoutujan kuntoutustarvetta ja toimintakykyä?

- diagnoosi, sairaus, vika, vamma?
- toiminnallinen haitta, kuntoutujan oma arvio tilanteestaan?
- toimintakyvyn kuvaus, mittarit?
- sosiaalinen tilanne, perhesuhteet?

KUNTOUTUKSEN TAVOITTEET

Millaisia kuntoutuksen tavoitteita kuntoutussuunnitelmiin kirjataan?

- kuntoutujalähtöisiä vai asiantuntijalähtöisiä?
- realistisia, tavoitettavia?
- riittävän pieniä?
- konkreettisia, mitattavia?
- lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet?

KUNTOUTUKSEN KEINOT

Mitä kirjataan keinoista/toimenpiteistä, joilla tavoitteisiin pyritään?

- toteuttaja, toteutustapa, ajoitus?

-ohjaus, neuvonta, yhteistyö, perhe?

-terapiat?

-kuntoutusjaksot?

-kuntoutusohjaus?

-apuvälinepalvelut?

TUKIPALVELUT

Mitä kirjataan tukipalveluista tai sosiaaliturvasta?

-kotiapu, kotiutustiimi, kotisairaanhoido, ateriapalvelu?

KUNTOUTUKSEN ARVIOINTI JA SEURANTA

Mitä kirjataan kuntoutuksen toteutumisesta ja seurannasta?

-keinot, miten?

-mittarit?

-kenen tai keiden vastuulla?

-päivittäminen?

KUNTOUTUKSEN VASTUUHENKILÖ

Onko kuntoutussuunnitelmiin kirjattu kuntoutuksen vastuuhenkilö?

-jos kirjattu, kuka, miten valitaan?

-jos kirjaamatta, miksi?

MUUT KIRJATTAVAT ASIAT

Mitä muuta kirjataan edellä käsiteltyjen lisäksi?

KIRJAAMATTA JÄÄVÄT ASIAT

Jääkö joitain asioita kirjaamatta?

-mitä, miksi?

KUNTOUTUSSUUNNITELMAN KIRJAAMISEN HYÖDYT

Mitä hyötyä kuntoutussuunnitelmien kirjaamisesta voi olla?

-kuntoutujalle/asiakkaalle, työntekijöille, organisaatiolle?

-missä tilanteissa ja miten kuntoutussuunnitelmaa voidaan hyödyntää?

KIRJAAMISMOTIVAATIO

Mitkä seikat voivat vaikuttaa kirjaamismotivaatioon tai sen puuttumiseen?

MALLIPOHJA

Millainen mallipohja auttaisi hyvän kuntoutussuunnitelman kirjaamisessa?

Kuntoutussuunnitelman mallipohja

Kuntoutujan tämänhetkinen toimintakyky/-rajoitteet	
MMSE ja toimintakykyarvio pvm. ja tulos	
Kuntoutujan voimavarat	
Kotona olevat / sinne tarvittavat tukipalvelut (kotiapu, ksh, kotiutustiimi ym.)	
Kuntoutuksen välitavoitteet	
Kuntoutuksen päätavoite	
Kuntoutuksen keinot	
Kuntoutumisen arviointi ja seuranta	
Kuntoutuksen vastuu/yhdyshenkilö	Kuntoutussuunnitelman laatijat

