

INTENSIIVIKUNTOUTUJAN HOITOPOLKU

Ohje hoitajille



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Forssa

Hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja

kevät, 2019

Ida Kärki

Katja Nurminen

Hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja

Forssa

Tekijä	Ida Kärki & Katja Nurminen	Vuosi 2019
Työn nimi	Intensiivikuntoutujan hoitopolku: ohje hoitajille	
Työn ohjaaja	Eeva - Liisa Breilin	

TIIVISTELMÄ

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö tilattiin ja toteutettiin Sastamalan terveyskeskussairaalan osastolle 3. Työn toiminnallisen osuuden tarkoituksena oli kehittää osaston hoitajille ohje intensiivikuntoutujan hoitopolusta. Intensiivikuntoutujia on osastolla monista eri potilasryhmistä, mutta rajasimme opinnäytetyöhön potilasryhmäksi lonkkamurtumapotilaat. Opinnäytetyön tavoitteena oli tukea ja edistää ohjeella lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumista intensiivikuntoutusjaksoilla.

Työn teoriaosuudessa perehdyttiin lonkkamurtumapotilaan kuntoutukseen, intensiivikuntoutuksen hoitopolkuun ja toimintakyvyn arvioon. Lisäksi teoriaosuuteen nostettiin tärkeänä hoitotyön osana hoidon kirjaaminen ja sen merkitys. Tutkittua tietoa aiheesta löytyi runsaasti. Tiedonhaku rajattiin mahdollisimman tuoreisiin ja työn käsitteisiin liittyviin tietoihin. Tietokantoina käytettiin valtakunnallista Finna-tietokantaa ja Google Scholaria. Toiminnallinen osuus toteutettiin teoretiedon ja moniammatillisen työryhmän kokoontumisten pohjalta. Ohje rakennettiin selkeäksi ja helposti luettavaksi kokonaisuudeksi. Ohjeessa painotettiin intensiivikuntoutujan aktiivista roolia kuntoutumisessa ja hoitajan motivoivaa sekä kannustavaa roolia aina ensipuhelusta loppuarviointiin.

Opinnäytetyöllä saavutettiin tavoite, jota lähdettiin työn alussa tavoittelemaan. Hoitajilta kerätyn palautteen perusteella ohje oli kehitetty selkeäksi ja helposti luettavaksi. Ohjeen avulla intensiivikuntoutujalle voidaan jatkossa tarjota laadukasta ja hyvin suunniteltua sekä toteutettua intensiivikuntoutusta.

Avainsanat Lonkkamurtuma, kuntoutus, ikäihminen, ohje
Sivut 26 sivua, joista liitteitä 4 sivua

Degree Programme in Nursing
Forssa

Authors	Ida Kärki, Katja Nurminen	Year 2019
Subject	Treatment Pathway for an Intensive Rehabilitation Patient: Guide for Nurses	
Supervisor	Eeva - Liisa Breilin	

ABSTRACT

This functional thesis was commissioned by Sastamala health care centre, Department 3. The purpose of the thesis was to provide a treatment pathway, i.e. a guide for the nurses in the Intensive Rehabilitation Department. Intensive rehabilitators are available in many different patient groups, but in this thesis, hip fracture patients were chosen as the target group. Therefore, the aim was to support and promote the rehabilitation of hip fracture patients during their intensive rehabilitation periods.

In the theoretical part of the thesis, the care path, intensive rehabilitation and the assessment of functional capacities of the hip fracture patients were introduced and discussed. In addition, care logging and its importance were highlighted. There was plenty of research made on the subject, but the information retrieval was limited to the most up-to-date and work-related data. The databases used were the national Finna and Google Scholar. The operational part was carried out based on theoretical knowledge and multidisciplinary working group meetings. The aim was to create a clear and easy-to-read entity. The guide emphasized the active role of the caregiver in the rehabilitation, the nurturing and the motivational role of the nurse from the first call to the final assessment.

Boosted by the commissioner of the thesis, the designed guide for nurses was clear and easy to read based on the feedback received from the caregivers. In the future, intensive rehabilitation can be provided to patients offering a well-planned and high-quality nursing care.

Keywords Hip fracture, rehabilitation, the elderly, guide

Pages 26 pages including appendices 4 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	LONKKAMURTUMAPOTILAS.....	2
2.1	Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus	2
2.2	Potilasohjauksen merkitys kuntoutuksessa	3
3	KUNTOUTUJAN HOITOPOLKU INTENSIIVIKUNTOUTUKSESSA	4
3.1	Kuntoutusjakson suunnitelma ja tavoitteet.....	4
3.2	Kuntoutuksen toteutus	5
3.3	Motivaatio ja sitoutuminen.....	5
3.4	Moniammatillisen työryhmän merkitys kuntoutumisessa	6
4	TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI.....	7
4.1	Fyysinen toimintakyky.....	7
4.2	Kognitiivinen toimintakyky.....	8
4.3	Psyykinen toimintakyky.....	9
4.4	Kipu.....	9
4.5	Ravitseminen	10
5	HOIDON KIRJAAMINEN.....	11
5.1	Rakenteellinen kirjaaminen	11
5.2	Hoitosopimuksen kirjaaminen	11
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	12
7	OPINNÄYTETYÖN PROSESSI.....	12
7.1	Toiminnallisen osuuden suunnitelma	13
7.2	Toiminnallisen osuuden toteutus	15
7.3	Toiminnallisen osuuden arviointi.....	16
8	POHDINTA.....	17
8.1	Työn eettisyys ja luotettavuus	17
8.2	Asiantuntijuuden kehittyminen	18
8.3	Johtopäätökset ja kehittämisideat.....	19
	LÄHTEET.....	20

Liitteet

Liite 1	Esitietolomake
Liite 2/1	Intensiivikuntoutujan hoitopolku, ohje hoitajille osa 1
Liite 2/2	Intensiivikuntoutujan hoitopolku, ohje hoitajille osa 2
Liite 3	Mind map miten pictochart esitys luotiin

1 JOHDANTO

Suomessa ikäihmisten kasvavana terveysongelmana ovat lonkkamurtumat eli reisiluun yläosan murtumat. Suurimmassa riskiryhmässä ovat kotona asuvat yli 80-vuotiaat henkilöt. Lonkkamurtumien määrä on kasvusuhdanteinen, koska ikäihmisten osuus väestörakenteessa kasvaa koko ajan. (Vuori, 2016, s. 246)

Sastamalan terveystieteiden osasto 3 on profiloitunut kuntoutukseen. Osastolla toteutetaan erilaisten murtuma- ja aivoverenkiertohäiriöpotilaiden jatkohoitoa. Sairaanhoitajat ja lähihoitajat ovat merkittävässä roolissa potilaiden kuntoutuksen toteutuksessa. Päivittäisissä toiminnoissa painotetaan potilaan omia voimavaroja ja haastetaan potilasta tekemään mahdollisimman paljon itse. Sairaanhoidajien ja lähihoitajien työ painottuu sanalliselle ohjaukselle ja motivoivalle keskustelulle kuntoutusprosessissa. Osasto on tarjonnut tähän asti enimmäkseen yhtäjaksoista ympärivuorokautista hoitoa hoidon tarpeen ajan. Hoitajaksojen kesto on vaihdellut yksilöllisten tarpeiden mukaan muutamasta päivästä viikkoihin.

Kuntouttava hoitotyö on nähty kehittyväksi osa-alueeksi Sastamalan kaupungin perusterveydenhuollon palveluissa. Sastamalan terveystieteiden osastossa on aloitettu intensiivikuntoutujien toimintamalli syksyllä 2018. Intensiivikuntoutujien hoidolla pyritään lyhentämään ja vähentämään osastojaksoja. Opinnäytetyöhön rajasimme intensiivikuntoutujiksi lonkkamurtumapotilaat. Intensiivikuntoutujat ovat potilasryhmä, jotka kotiutuvat intensiivijaksojen tuella tai kotiutuvat erikoissairaanhoidosta, mutta tarvitsevat vielä liikerajoitusten ja liikkumisen kanssa ammattilaisen ohjausta.

Kuntoutumisen lähtökohtina toimivat potilaan oma motivaatio ja tavoite sekä päämäärä omasta hyvinvoinnista. Haasteina kuntoutumiselle ovat potilaan tuntema kipu ja huonovointisuus. Näitä kokiessaan potilas ei pysty ottamaan vastaan ohjeita, eikä myöskään ole motivoitunut kuntoutumaan. (Holopainen, Keskilä, Välimaa & Piirainen, 2016, s. 26)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on luoda ohjeet Sastamalan terveystieteiden osasto 3 hoitajille intensiivikuntoutujien hoitopolusta. Työn tavoitteena on potilaan kuntoutumisen edistäminen ja sen tukeminen.

2 LONKKAMURTUMAPOTILAS

Vuosittain lonkkamurtumia tapahtuu Suomessa yli 7 000. Väestön ikääntymisessä murtumien määrät ovat lisääntymässä. Ikääntymisen myötä elimistö haurastuu, eikä kestä kaatumisia samalla tavalla kuin nuorempana. Kuolleisuus prosentit vuoden kuluessa lonkkamurtumasta ovat noin 12-37 prosenttia. Joka viides ei pysty asumaan itsenäisesti kotonaan murtuman jälkeen ja joka kolmas joutuu pysyvään palveluasumiseen murtuman myötä. Vuoden 2010 arvion mukaan yksi lonkkamurtuma maksaa 19 150 € potilasta kohden, ensimmäisen vuoden aikana leikkauksen jälkeen. Jos ikäihminen ei pysty palaamaan kotiin, hoitokustannukset nousevat potilaan kohdalla 47 100 € vuositasolla. Ikäihmisten murtumien syynä on yleensä kaatuminen kyljelleen, suoraan reisiluun pään ison sarvennoisen päälle. Tällaisissa tapauksissa lonkka murtuu lähes aina. (Pajala, 2012, s. 11 – 12, 14).

2.1 Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus

Kuntoutumisen tavoitteena on, että potilas voisi jatkaa elämäänsä mahdollisimman pian entisessä elinympäristössään. Lonkkamurtumapotilaan varhainen mobilisaatio ja kuntoutuminen vaikuttavat positiivisesti toimintakyvyn paranemiseen ensimmäisen vuoden aikana. (Rihto, 2016)

Tärkeää on siis aloittaa potilaan kuntoutus mahdollisimman pian osastolle saapumisen jälkeen. Siirtyminen leikkaavasta yksiköstä kuntoutukseen erikoistuneeseen yksikköön tapahtuu pääsääntöisesti 1-2 vuorokauden kulluttua leikkauksesta. Potilaalle laaditaan kuntoutusyksikössä hoitosuunnitelma tai kuntoutumissuunnitelma yhdessä moniammatillisen työryhmän ja potilaan kanssa. Potilaan kanssa sovitaan realistiset tavoitteet, arvioidaan kuntoutumista ja annetaan palaute edistymisestä. (Tarnanen, ym., 2018)

Lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen lopulliseen tulokseen vaikuttaa hyvin paljon se, miten aktiivinen ja motivoitunut potilas itse on toimenpiteen jälkeen. Paranemisen ja kuntoutumisen aikana on tärkeää, että potilas osallistuu ohjattuihin harjoitteisiin ja aktiviteetteihin. Leikkauksen jälkeen potilas tulisi ohjata jalkeille heti ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Nopealla liikkeelle lähtemisellä voidaan ehkäistä kipua ja leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. Liikkumisella edistetään myös nivelten liikkuvuutta ja entisen toimintakyvyn palautumista ennalleen. Mitä enemmän potilas jaksaa harjoitella, sitä enemmän se vaikuttaa paranemiseen. Potilasta tulisi ohjata tekemään ohjattuja harjoitteita myös osastojakson jälkeen. (Vuori, 2016, s. 248 - 249)

Potilaan kuntoutussuunnitelma laaditaan potilaan omista lähtökohdista. Hoidon tulisi vastata mahdollisimman hyvin potilaan omia tavoitteita. Tärkeimpiä päämääriä kuntoutumiselle tulisi olla päivittäisissä toiminnoissa selviytyminen ja ulkona liikkuminen. Kuntoutumisen aikana hoitavan henkilökunnan tulee ottaa huomioon, se että lonkkamurtumapotilailla on suuri riski uudelle kaatumiselle. Uusi kaatuminen saattaa aiheuttaa uuden murtuman jo kuntoutumisen aikana. Useasti potilaat kokevat voimakasta kaatumisen pelkoa, kroonista kipua ja heikentyneitä vartalon hallintaa. Potilaan alentunut lihasvoima voi myös ajaa potilasta liikkumisen välttelyyn. Nämä kuntoutumista rajoittavat tekijät tulisi hoitavien ammattihenkilöiden ottaa huomioon hoidon aikana ohjaamalla ja tukemalla potilasta turvalliseen kuntoutumiseen. (Vuori, 2016, s. 248 - 249)

Intensiivinen kuntoutusjakso pitää sisällään alussa tehtävät moniammatilliset arvioinnit, potilaan kanssa yhdessä laaditun suunnitelman ja tavoitteet, tavoitteiden arvioinnin ja vertaistuen hyödyntämisen jakson aikana. Kuntoutusjaksolla on tärkeää huomioida, että potilaan jaksaminen huomioidaan ja rajat jaksamiselle ymmärretään. Kuntoutujan tulee saada jakson aikana muutakin, kuin fyysistä harjoittelua. Keskustelulle ja kysymiselle tulee olla aikaa. Hoitajan tulee olla helposti lähestyttävä ja kannustava kuntoutujaa kohtaan. Intensiivisen laituskuntoutuksen kesto vaihtelee päivistä viikkoihin, tarve määritellään yksilöllisesti. Jaksoja voi olla yksi tai useampi. (Hiekkala, Hämäläinen, Pekkonen, 2016, s. 335-337)

Päivittäinen harjoittelu ja kuntoutus ylläpitää potilaan toimintakykyä murtuman jälkeen. Harjoittelulla voidaan vaikuttaa mm. lihasvoimaan, tasapainoon sekä koordinaatiotekijöihin. Lonkkamurtumapotilaan kotikuntoutus nopeuttaa toipumista ja parantaa samalla elämänlaatua. (Rihto, 2016b)

2.2 Potilasohjauksen merkitys kuntoutuksessa

Potilasohjauksella on suuri merkitys leikkauspotilaan toipumisessa. Potilasohjauksella tuetaan potilaan omia voimavaroja, samalla tuetaan toipumista ja edistetään leikkauksen jälkeistä selviytymistä. Potilaiden itsehoitovalmius lisääntyy ja sairaalassa olo aika lyhenee. Potilaat toivoisivat enemmän läheistensä mukaanottoa ohjaustilanteisiin. Omaisten huomiointi leikkauksen jälkeisessä ohjauksessa vahvistaa potilaan ja omaisten selviytymistä arjessa sairaalajakson jälkeen. Etenkin ikäihminen tarvitsee läheisen tukea kotiutuessaan osastojaksolta kotiin. Omaiset tulisi nähdä potilaan kuntoutumisessa voimavarana, ei rasitteena. (Eloranta, Leino -Kilpi, Katajisto & Valkeapää, 2015, s.13-14) Potilasohjauksen ensisijainen tavoite on, että potilas tunnistaa omat voimavaransa ja hoitaja tukee niitä. Potilaan oma vastuu hoidosta ei pois sulje hoitajan velvollisuutta tarjota potilaalle tarvittavaa ajantasaista tietämystä esim. sairauksista.

Hoitotyöntekijöillä tulee olla ajantasainen tieto, jotta he voi ohjata potilasta hoitajakson aikana mahdollisimman monipuolisesti. (Hupli, Rankinen & Virtanen, 2012, s. 4 -6)

3 KUNTOUTUJAN HOITOPOLKU INTENSIIVIKUNTOUTUKSESSA

Kuntoutuminen on aktiivinen prosessi. Prosessi vaatii kuntoutujan omaa toimintaa sekä muutoksia arjessa ja ympäristössä. Suunnittelussa tulisi arvioida millainen muutos on realistinen, huomioiden potilaan voimavarat ja rajoitteet. Suunnitelmassa tavoitteiden tulee olla kuntoutujalle itselleen merkityksellisiä. Onnistuneen kuntoutusprosessin keskeinen edellytys on, että potilas itse haluaa muutosta. Kun potilas on motivoitunut muutokseen, kykenee hän aktiivista toimintaa edellyttävään työskentelyyn. Muutoksen toteutuksessa on huomioitava, että tavoite on selkeä ja rajatussa ajassa saavutettavissa. Suunnitelman laadinnassa tavoitteet asetetaan aina yhdessä potilaan kanssa. Tavoitteisiin vaikuttaa merkityksellisesti kuntoutujan omat arvot ja käsitys omista realiteeteista. Yhdessä laaditut tavoitteet ohjaavat kuntoutuksen sisällön suunnittelua ja toteutusta. (Autti-Rämö, Mikkelsson, Lappalainen & Leino, 2016, s. 67) Potilaalla on myös itsemääräämisoikeus, jonka nojalla hän saa kieltäytyä tarjotusta kuntoutuksesta ja hoidosta. Potilaan hoidosta vastaavien henkilöiden tulee kunnioittaa tätä päätöstä. (Valvira, 2018)

3.1 Kuntoutusjakson suunnitelma ja tavoitteet

Kuntoutusjakson suunnitelman lähtökohtana toimivat potilaan omat tarpeet ja merkitys kuntoutumiselle. Kuntoutumiselle asetetut tavoitteet ohjaavat koko kuntoutusprosessia ja sen suunnittelua. Kuntoutusjakson alussa luodaan yhdessä potilaan kanssa kirjallinen suunnitelma jaksosta. Suunnitelma toimii sopimuksena eri osapuolien vastuusta jakson toteutuksessa. Käytännössä suunnitelmaan kirjataan, kuka tekee ja mitä intensiivijakson aikana. Suunnitelman perustana ovat kirjatut tavoitteet. Tavoitteiden pohjalta voidaan arvioida kuntoutumisen edistymistä ja tuloksia. Tavoitteet ovat kuntoutumisen edistämistä varten. Ne toimivat ikään kuin kuntoutumisen toteutuksen apuvälineinä. (Karhula, Veijola & Ylisassi, 2016, s. 225 - 226)

Tavoitteiden laadinnassa ammattilaisen tulee arvioida tarkkaan ovatko potilaan asettamat tavoitteet realistisia ja pystytäänkö tavoitteet toteuttamaan olemassa olevilla resursseilla. (Autti-Rämö, ym., 2016, s. 67).

3.2 Kuntoutuksen toteutus

Kuntoutumisen toteutus on hallittu kokonaisuus, jonka perustana ovat tutkimustieto, kokemus ja potilaan omat merkitykselliset tavoitteet. Kuntoutusprosessin toteutuksessa pääroolissa on kuntoutuja itse. Ammattihenkilön vastuulla on kuitenkin huolehtia, että kuntoutujan resurssit ja toimintakyky riittävät kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa. (Autti-Rämö, ym., 2016, s. 69)

Kuntoutumisjakson aikana potilas toteuttaa sekä ohjattuna, että itsenäisesti suunniteltuja toimintoja ja harjoitteita. Avoin yhteistyö eri ammattiryhmien kesken tukee yhdensuuntaista ja kokonaisvaltaista kuntoutumista. Moniammatillisen yhteistyön avulla potilas voi luottaa, että kuntoutusjaksolle laaditut tavoitteet ovat toteutettavissa ja ne voidaan siirtää myös tulevaisuudessa potilaan arkeen. (Autti-Rämö, ym., 2016, s. 69)

Toteutuksen aikana voi tulla tilanteita, joissa suunnitelmaa joudutaan muuttamaan. Niin suunnitelman kuin toteutuksenkin tulee olla yksilöllisten tarpeiden mukaan joustavia. Potilas ei ole kone, eikä kuntoutus ole pilleri, joka otetaan säännöllisesti. Potilaan henkilökohtaisessa elämässä voi tapahtua kuntoutusprosessin aikana paljon asioita, jotka vaikuttavat tavoitteiden ja suunnitelman toteutukseen. Kuntoutus saattaa keskeytyä potilaan elämään tulleiden muiden haasteiden vuoksi ja tämän varalle on tehtävä suunnitelma. Suunnitelman toteutuksessa tulee huomioida, miten potilas saa motivaation aloittaa prosessi uudelleen ja uskon omaan kykenevyyteen kuntoutumisessa. (Autti-Rämö, ym., 2016, s. 69)

Kuntoutuksen toteutuksessa tulee järjestää aikaa potilaan arjessa merkittävien ihmisten kanssa tehtävään yhteistyöhön. Potilaalle merkittäviä tahoja voivat olla läheiset, kotihoito ja muut arkea tukevat tahot. Tämän lisäksi potilasta kuntoutusjakson aikana hoitavien ammattihenkilöiden tulisi antaa aikaa keskinäiselle yhteistyölle. (Autti-Rämö, ym., 2016, s. 69)

Kuntoutusjakson aikana jokainen kohtaaminen potilaan kanssa on merkityksellinen. Kohtaamiset vaikuttavat potilaan sitoutumiseen ja antavat varmuutta tavoitteiden toteutumiseen. Tärkeää kohtaamisissa on kannustaa potilasta kuntoutuksen etenemisessä. (Autti-Rämö, ym., 2016, s. 69)

3.3 Motivaatio ja sitoutuminen

Usein puhuttu aihe kuntoutustyön yhteydessä on motivaatio ja sen puute. Jos kuntoutus ei toteudu odotusten mukaisesti oletetaan helposti, että kuntoutujalla on ollut haasteita motivaatiossa. Viimeisten vuosikymmenien aikana kuntoutuksessa on kuitenkin lähdetty korostamaan aiempaa enemmän potilaskeskeisyyttä, potilaan kuulemista ja mahdollisuutta osal-

listua omaan hoitoon liittyviin päätöksentekoihin. Motivaatiolla on tutkimusten mukaan merkitys niin kuntoutumisen etenemiseen, kuin itse kuntoutumisen tulokseenkin. Hyvä kuntoutumismotivaatio on avain parempaan toimintakykyyn ja elämänlaatuun. (Härkäpää, Valkonen & Järvikoski, 2016, s. 74 - 75)

Kuntoutumiseen sitoutuminen vaatii sen, että potilas on itse motivoitunut. Motivaatio vaikuttaa tietoiseen ja tiedostamattomaan käyttäytymiseen. Se saa toimimaan potilaan asetettua tavoitetta kohden. Motivaatio pitää sisällään tavoiteltavan päämäärän sekä keinot, jolla päämäärään pyritään. Hoitajakson aikana hoitohenkilökunnan tulee auttaa tavoitteen muodostamisessa ja sen vahvistamisessa sekä tukea löytämään keinot tavoitteen saavuttamiseksi. Tärkeää on, että tavoite on potilaalle itselleen merkittävä. (Eloranta & Virkki, 2011, s. 62)

Tiina Parviaisen pro gradussa on avattu motivoivan haastattelun käsitettä. Tutkielman mukaan motivoiva haastattelu on yksi työtapa potilaan ohjauksessa. Motivoivassa haastattelussa tuetaan potilaan omia vahvuuksia. Ei yritetä muuttaa potilasta, vaan huomioidaan hänet yhteistyökumppanina ja tuetaan muutoksiin. Kannustus, empaattisuus, hyväksyntä ja kumppanuus ovat avainsanoja motivoivaan haastatteluun. Motivoivalla haastattelulla on positiivinen vaikutus potilaan omaan terveystyöskäyttämiseen. (Parviainen, 2018, s. 8 -9)

3.4 Moniammatillisen työryhmän merkitys kuntoutumisessa

Moniammatillinen työryhmä koostuu hoitotyön ammattilaisista, joilla on erilaisia pätevyyskäsitteitä. Kehittyminen kuntoutuksen asiantuntijuuteen on prosessina pitkä. Asiantuntijan vastuu on kehittää omaa osaamistaan päivitetyn tiedon hankinnalla. Asiantuntijuuden vahvuutena on kyky toimia eri verkostojen kanssa. Moniammatilliseen työryhmään kuuluvat lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja, sosiaalityöntekijä, fysio- puhe-, ravitsemus - ja toimintaterapeutti. (Salminen, 2016, s. 382 – 383)

Moniammatillisen työryhmän lähtökohtana on asiakaslähtöisyys. Kuntoutuja toimii tässä yhteistyöverkossa aktiivisena ryhmän jäsenenä. Yhteistyön avulla pyritään löytämään kuntoutujalle oikeanlaiset toimintatavat ja jokaiseen ajankohtaan saadaan koottua tarvittava asiantuntijakokoonpano. Kuntoutumisjaksoille luodaan yhteinen tavoite ja tuetaan kuntoutujaa läpi kuntoutumisprosessin. Kaikki ryhmän jäsenet voivat tuoda uusia näkökulmia kuntoutumisprosessin aikana. (Jeglinsky & Kukkonen, 2016, s. 393 -394)

4 TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI

Toimintakykyä arvioidaan asiakaslähtöisesti, potilaan kanssa yhteistyössä. Toimintakyvyn arvioinnissa tavoite on pyrkiä vahvistamaan potilaan omia voimavaroja. Potilaan puoliso, omaiset ja muut tärkeät tahot mm. kotihoito voidaan ottaa mukaan arviointiin, jos potilas on tähän suostuvainen. Toimintakyvyn arvioinnissa tavoite on, että potilas kykenisi selviytymään itsenäisesti arjen haasteista. Toimintakykyyn liittyvien tavoitteiden tulee olla potilaan henkilökohtaisten tavoitteiden mukaisia. (Sainio & Salminen, 2016, s.207)

4.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kehon toiminnallisuutta. Terveellinen ravitsemus ja aktiivinen liikkuminen säännöllisesti ehkäisevät elimistön vanhenemista. Vähäinen liikkuminen jäykistää ihmisen ja johtaa lopulta liikuntakyvyttömyyteen. Hoitajan velvollisuus on kannustaa omatoimisuuteen päivittäisissä toimissa. Ei tehdä puolesta vaan ohjataan potilas tekemään ja toimimaan itse voimavarojensa mukaan. Yhdessä potilaan kanssa rakennetaan ympäristö esteettömäksi, jossa potilas voi itsenäisesti selviytyä apuvälineiden ja tarvittavien apujen turvin. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen, 2015, s. 28)

Fyysistä toimintakykyä voidaan arvioida ADL (Activities of daily living) kuvaavalla mittarilla. Mittariston avulla saadaan tietoa siitä, miten ikäihminen selviytyy erilaisista päivittäisistä toiminnoistaan. Päivittäisiä toimintoja on mm. peseytyminen, pukeutuminen, liikkuminen ja wc toiminnot. ADL- mittariston avulla pystytään arvioimaan myös avun ja tuen määrä, jota ikäihminen tarvitsee asuakseen itsenäisesti. Päivittäistä selviytymiskykyä heikentävät aistitoimintojen vajavuus, masennus, muistisairaus ja elämäntapa sekä erilaiset sairaudet. Ikäihmisten ADL-toimintoja ja hoitoisuutta mitataan RAI (Resident Assessment Instrument) mittaristolla. (Kan & Pohjola, 2012 s.33 -34) RAI -järjestelmä on kansainvälinen välineistö, jolla voidaan havainnoida ja kerätä tietoa asiakkaan palvelutarpeesta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vastuuna on valvoa suomalaista versiota RAI-järjestelmästä. RAI-arviointi on laaja-alainen ja tehokas tapa arvioida asiakkaan palveluntarpeita kuntoutus-, hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimisessa. (THL, 2019)

Suurin osa ikäihmisten tapaturmista tapahtuu kotona tai sen läheisyydessä. Lonkkamurtumia aiheutuu usein kaatumisen, liukastumisen tai puutoamisen seurauksena. Tämän vuoksi kodin turvallisuuteen olisi hyvä kiinnittää huomiota ajoissa, että potilas selviytyisi mahdollisimman hyvin en-

tisessä elinympäristössään. Ikäihmisen asunnossa kulkureitit tulisi järjestää esteettömiksi. Tukikahvojen tarve tulisi kartoittaa ja kartoituksen mukaan asentaa asuntoon. Asianmukaisten apuvälineiden käyttöön opastus ja harjoittelu tulisi aloittaa jo osastolla ollessa. Liikkumisessa tulisi huomioida sisäkenkien ja jarrusukkien tarve. Ikäihmisen kodin riittävän valaistuksen huomioiminen ehkäisee uusien kaatumisten syntyä. Esimerkiksi yövalon asentaminen kotiin helpottaa ja turvaa yöllisiä wc-käyntejä. Sänkyyn voidaan asentaa nousutuki ja korotuksia, joilla helpotetaan sängystä ylösnousua. (Kelo, ym., 2015, s. 46 – 47)

4.2 Kognitiivinen toimintakyky

Kognitiivinen eli älyllinen toimintakyky heikkenee vanhenemisen myötä. Samalla kuitenkin kokemuseräinen tieto paranee. Uuden oppimiseen ikäihminen tarvitsee usein kokonaisuuden ymmärtämistä. Kognitiivisiksi toiminnoiksi luetaan mm. havaitsemisen-, ajattelun- ja oppimiskyky, muistaminen, kielelliset toiminnot, ongelmanratkaisutaidot ja kyky päätöksentekoon. Luovuus on myös kognitiivista toimintaa. Ikääntyneen ihmisen hoidossa tulee huomioida se, että usean asian yhtäaikainen hallitseminen on heikentynyt ja vaikuttaa täten kognitiiviseen toimintakykyyn. (Kelo, ym., 2015, s. 29)

Six item Screener eli kuuden kohdan muistiseula on kehitetty muistitoimintojen häiriöiden tunnistamiseen. Testi on kuusi kohtainen muistiseula kysely. Se on tarkoitettu edenneiden muistisairauksien seulontaan. Muistiseulan voi toteuttaa potilaalle nopeasti ja se ei vaadi motorisia tai visuaalisia taitoja kuten MMSE (Mini-Mental State Examination). Seula voidaan siis käyttää myös potilaille, joiden motoriset tai visuaaliset taidot ovat heikentyneet. (Kangas, Hämäläinen, Valvanne & Jämsen, 2018, s. 714)

MMSE (Mini-Mental State Examination) on suuntaa antava seula, jota käytetään kliinisen tutkimuksen lisänä muistihäiriöissä. Testi on helppo toteuttaa eikä vie ajallisesti paljon aikaa. Testillä testataan älyllisiä muutoksia erilaisilla tehtävillä. Tehtävissä testataan potilaan muistaminen ja palautekyky, tarkkaavaisuus, keskittymiskyky ja laskutaito. Kielellisiä taitoja arvioidessa potilas nimeää ja toistaa sanoja sekä tekee kolmivaiheisen tehtävän: lue, noudata ja kirjoita. Hahmotuskykyä testataan, kun potilas kopioi kuvion piirtämällä. Testin isoin pistemäärä on 30. Alle 24 pistettä tarkoittaa älyllisen toimintakyvyn laskua. Tärkeää on muistaa, että testin rinnalle tarvitaan aina neurologinen tutkimus. (Kan & Pohjola, 2012, s. 39)

4.3 Psyykkinen toimintakyky

Psyykkinen toimintakyky tarkoittaa sitä, että potilas pystyy laatimaan itselleen suunnitelmia sekä päätöksentekokykyä, jotta valintojen tekeminen onnistuu itsenäisesti. Sosiaalisuus, vuorovaikutustaidot ja toimintaympäristö kulkevat käsikädessä. Ikääntyvät kokevat usein yksinäisyyttä, siksi yhteisöllisyyden tunne on tärkeää. On myös ikäihmisiä, jotka nauttivat yksinolosta. Psyykkinen toimintakyky on aina yhteydessä fyysiseen ja sosiaalisen toimintakykyyn. Yhdessä kokonaisuutena ne yhdistävät elinympäristön ja sosiaalisen verkoston tukien potilaan selviytymistä päivittäisistä haasteista ja vaatimuksista. Hoitajan velvollisuus on huomioida potilaan psyykkistä jaksamista. Potilasta pyritään aktivoimaan omien asioiden hoidossa ja ohjataan tekemään päätöksiä päivittäisissä toiminnoissa. Onnellinen ihminen elää pidempään, arvostaa itseään ja kykenee unelmoimaan. (Kelo, ym., 2015, s. 28 – 29)

GDS- 15 on masennusta arvioiva mittari, joka on kehitetty GDS-30 perusteella ikääntyneiden masennusoireiden seulontaan. Mittarissa on 15 kysymystä, joihin vastataan kyllä/ei vastauksilla. 10 kyllä-vastausta viittaa jo mahdolliseen masennukseen. Mittari on tehty helppokäyttöiseksi ja se on laajasti käytössä maailmalla. Mittaria voidaan käyttää lievästi muistihäiriöisille ihmisille, mutta pitkälle edenneelle muistisairaalle mittari ei ole enää validi. (Terveysportti 2013) Ikääntyneen heikentyneeseen muistintilaan saattaa löytyä syy tämän testin avulla. Masennuksen myötä potilas kärsii myös energian puutteesta. Oireita voi olla keskittymisen puute, ajatus ei kulje ja muisti ei toimi. Sekavuus ja ymmärtämisen ongelmat ovat myös oireita. (Kelo, ym., 2015, s.123 – 124)

AUDIT-testi on maailman terveysjärjestön WHO:n laatima testi, jonka avulla voidaan seuloa alkoholin käytön riskejä ja potentiaalista alkoholin liikkakäyttöä Testi on tarkoitettu varhaiseen ja ennakoivaan alkoholin liikkakäytön tunnistamiseen. Testi sopii parhaiten ihmiselle, jonka alkoholin käyttö on tällä hetkellä haitallista terveydelle tai alkoholin käytön merkit viittaavat mahdolliseen alkoholin liikkakäyttöön. Testin tarkoituksena ei ole tunnistaa alkoholismia tai alkoholiriippuvuutta vaan enemmänkin tarkoituksena on tunnistaa ihmiset ennen kuin alkoholista tulee addiktio. (Higgins-Biddle & Babor, 2018)

4.4 Kipu

Yksi merkittävä toimintakyvyn heikentäjä on kipu. Kipu haittaa normaalia liikkumista, josta voi potilaalle seurata virheellinen liikemalli. Usein toimintakyky laskee vähitellen, tällöin potilas alkaa tietoisesti välttelemään itselleen vaikeita tilanteita. Kun toimintakyky heikkenee riittävästi, hakeutuu potilas hoidon piiriin. (Autti-Rämö, ym., 2016, s. 59)

Kipu on yksilöllinen kokemus. Tämän vuoksi säännöllisen kivun mittaamisen tulisi ohjata potilaan kivunhoitoa. Säännölliseen kivun mittaamiseen voidaan käyttää esimerkiksi kipujanaa (VAS-asteikkoa), numeerista tai sanallista asteikkoa. Dementoituneet potilaat arvioivat yleensä kivun sanallisella asteikolla. (Kontinen & Hamunen, 2015)

Postoperatiivisessa kivunhoidossa on tärkeää mitata niin lepo- kuin liikekivun voimakkuus. Potilas voi olla levossa kivuton, mutta liikkeisiin voi liittyä kipua, joka vaikeuttaa kuntoutumista. Potilaan ilmoittaman kivun voimakkuus tulee suhteuttaa toimintakyvyn ja hoidon tuottamaan kivun seuraukseen. Yksittäinen mittaus arvo ei aina johda automaattisesti opiaatin lisäykseen. Kipulääkkeen annon jälkeen, kipu tulee arvioida uudelleen. Tällöin voidaan todeta kipulääkkeen vaikutus, eli onko kipulääkkeellä saavutettu riittävä kivunlievitys vai tarvitaanko lisätoimia. (Kontinen & Hamunen, 2015)

4.5 Ravitseminen

Leikkaukset ja murtumat lisäävät energiantarvetta, mutta vähentävät samanaikaisesti potilaan ruokahalua. Jos potilaan riittävästä ravinnonsaannista ei huolehdita, paraneminen hidastuu ja toimintakyky heikkenee. Kokonaistilanteeseen vaikuttaa ravitsemuksen lähtötilanne ennen sairastumista. Jos potilaalla on ollut terveelliset ruokailutottumukset ja ravitsemustila on ollut kunnossa, etenee toipuminenkin nopeammin. (Voutilainen, Fogelholm & Mutanen, 2016, s. 162)

Ravitsemustilaa voidaan arvioida ja seuloa erilaisin menetelmin. Lonkka-murtumapotilaan ravitsemustilan arvioinnin menetelminä voidaan käyttää painon seurantaa, laboratoriomittauksia, lihasten toimintaa sekä olkavarren ympäröimittämistä. Seulonnoissa yleisimmin käytetyt testit ovat NRS 2002 (Nutrition Risk Screening 2002) ja MNA (Mini - Nutritional Assessment). (Voutilainen, Fogelholm & Mutanen, 2016, s. 165)

NRS 2002- testin avulla voidaan seuloa nopeasti sairaalaolosuhteissa vaa-jaravitsemuksen riskit. Testin perustana ovat ravitsemustila, sairauden vakavuus ja potilaan ikä. MNA on kehitetty ikäihmisten ravitsemustilan arviointiin. Testissä mitataan painonpudotuksen muutoksia ja ravinnonsaantia viimeisen kolmen kuukauden ajalta. Lisäksi testissä käydään läpi sairaudet, painoindeksi ja pohkeiden ympäröimittämistä. MNA voidaan toistaa tietyin väliajoin. Silloin siitä saadaan kuva ravitsemustilan kehittymisestä. (Voutilainen, Fogelholm & Mutanen, 2016, s. 165)

5 HOIDON KIRJAAMINEN

Kuntoutujan hoidon tarve, tavoite, toteutus ja arviointi muodostavat hoitotyön prosessin. Tärkeimmät asiat ja päätökset kirjataan aina potilasasiakirjaan. Potilaskertomus tehdään niin, että siitä saa selkeästi poimittua oleelliset asiat potilaan hoitoa koskien. Hoidon suunnittelu, sen järjestäminen sekä toteutus on oltava mahdollisimman laaja ja selkeä. Tämän avulla voidaan potilaan hoitoa toteuttaa järjestelmällisesti. (Iivanainen & Syväoja, 2012, s. 15)

5.1 Rakenteellinen kirjaaminen

Hoitotyön prosessi muodostuu neljästä eri osiosta. Osiot ovat hoidon tarve, tavoite, hoitotyön toteutus ja arviointi. Hoidon tarve määritetään yhdessä potilaan kanssa. Tarpeen määrittäminen tapahtuu haastattelulla potilasta ja omaisia sekä huomioimalla potilaan nykyinen terveydentila. Tietolähteenä voidaan hyödyntää myös vanhempia potilaskertomuksia. Tarve voi olla potilaan terveyttä uhkaava tai olemassa oleva ongelma. Tarve voi myös olla potilaan omakohtainen kokemus tai hoitajan havaintoon liittyvä tarve. Fyysiset tarpeet liittyvät oirekuviin, esimerkiksi hengitysvaikeus, sydämen tykytys ja korkea verenpaine. (Iivanainen & Syväoja, 2012, s. 16).

Tavoite on suhteessa hoidon tarpeeseen, miten potilaan tilan tai käytöksen oletetaan muuttuvan. Hoidolle voidaan määrittää kokonais- tai välitavoite. Välitavoitteita voi olla useampia. Tavoitteiden on oltava saavutettavissa olevia, ei liian toiveikkaita, eikä myöskään liian pieniä. Epärealistiset ja liian suuret tavoitteet eivät motivoi potilasta toimintaan. Tavoitteita asetettaessa huomioidaan potilaan voimavarat, elämäntilanne ja persoonallisuus. (Iivanainen & Syväoja, 2012, s. 16).

5.2 Hoitosopimuksen kirjaaminen

Kuntoutumisensuunnitelman lisäksi voidaan tehdä kirjallinen hoitosopimus. Sen tarkoituksena on sitouttaa kaikki osapuolet jakson tavoitteisiin ja yhteistyöhön. Sopimus korostaa kuntoutujan omaa aktiivista ja vastuullista roolia hoidon toteutuksessa. Sisällöltään sopimuksen tulee perustua yhteisymmärryksessä laadittuihin tavoitteisiin ja suunnitelmaan. Jos kuntoutusjaksolle on suunniteltu eri ammattiryhmien osallistumista, tulee heidän vastuunsa hoitoketjussa olla sopimuksessa selkeästi ilmaistuna. Sopimuksen sisältöä voidaan muuttaa yhdessä potilaan kanssa tarpeen mukaan. (Iivanainen & Syväoja, 2012, s. 602 – 603).

Kirjallisena toteutetun sopimuksen etuina ovat selkeys ja yksiselitteisyys. Kirjattuihin sopimukseen on helppo palata, jos hoidon toteutukseen liittyy epäselvyyttä. (Iivanainen & Syväoja, 2012, s. 602 – 603)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Työn tilaaja toimi Sastamalan terveystieteiden keskus sairaala osasto 3. Osasto on profiloitunut kuntoutukseen. Osastolla toteutetaan erilaisten murtumien-, tekonivelleikkausten- ja aivoverenkiertohäiriöpotilaiden jatkohoitoa. Osaston henkilökunta koostuu sairaanhoitajista, lähihoitajista ja lääkäristä. Terapiapalveluista arkisin osastolla on kaksi fysioterapeuttia sekä yksi kuntotohtori. Potilaan yksilöllisen hoidontarpeen mukaan käytössä ovat myös toiminta-, ravitsemus- ja puheterapeutit sekä sosiaalityöntekijä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda ohjeet Sastamalan terveystieteiden keskus sairaalan osasto 3 hoitajille intensiivikuntoutujien hoitopolusta. Työn tavoitteena oli potilaan kuntoutumisen edistäminen ja tukeminen ja sitä kautta hoitajaksojen lyhentyminen. Opinnäytetyössä intensiivikuntoutujaksi rajattiin lonkkamurtumapotilas.

7 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

Aloitimme opinnäytetyön prosessin keväällä 2018. Prosessin ensimmäinen vaihe oli suunnitteluvaihe, jonka aikana etsimme teoretietoja työmme perustaksi. Teoretiedon etsinnän lisäksi pidimme työpaikalla hoitopolun suunnittelupalaveria. Suunnittelupalaverien aikana rakensimme hoitopolun intensiivikuntoutujille yhdessä moniammatillisentyöryhmän kanssa. Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin huhtikuussa 2019. Esittelimme valmiin hoitopolun osasto 3 hoitajille toukokuussa 2019. Työ esitettiin väliseminaarissa toukokuussa 2019.

Toteutimme opinnäytetyön toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallinen opinnäytetyö toimii vaihtoehtona tutkimuksellisille opinnäytetyöille. Toiminnallisessa menetelmässä yhdistyy toiminnallisuus ja tutkimuksellinen raportointi. Toiminnallisen opinnäytetyön perustana toimii käytännön tarve ja kohderyhmä. Toiminnallisella opinnäytetyöllä pyritään kehittämään käytännön työtä, järjestämistä ja ohjeistamista. (Vilka & Airaksinen, 2003, s. 9)

Näyttöön perustuvaa tietoa olemme hakeneet valtakunnallisesta Finnapalvelusta sekä Google Scholarista. Hakusanoina olemme käyttäneet ”Lonkkamurtuma”, ”Leikkauksen jälkeinen kuntoutus”, ”Hipfracture”, ”after hipfracture” ja ”Lonkamurtuma + kuntoutuminen”. Lisäksi käytimme

runsaasti aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Huomioimme työssä lähdekriittisyyden ja toimimme sen mukaisesti. Rajasimme tiedonhaun alle kymmenen vuotta vanhoihin lähteisiin. Vilkan ja Airaksisen teos toiminnallisesta opinnäytetyöstä oli ainoa poikkeus. Tästä ei ole uudempaa versiota.

Työn toiminnallinen osuus oli kirjallinen ohje hoitajille intensiivikuntoutujan hoitopolusta.

7.1 Toiminnallisen osuuden suunnitelma

Sastamalan terveyskeskussairaalan osasto 3 tilasi opinnäytetyön, jonka tarkoituksena oli luoda osastolla työskenteleville hoitajille intensiivikuntoutujan hoitopolusta ohje. Intensiivikuntoutujia tulee olemaan erilaisista potilasryhmistä, mutta rajasimme työhön potilasryhmäksi lonkkamurtumapotilaat. Rajauksen teimme pitääksemme työn selkeänä. Selkeyden lisäksi lonkkamurtuma potilaat ovat suuri potilasryhmä, jotka hyötyvät intensiivisestä jaksokuntoutuksesta.

Suunnitteluvaiheen aikana pidimme hoitopolkuun liittyviä suunnittelupalavereja. Kutsuimme työryhmän koolle sähköpostitse, tämä tavoitti parhaiten työryhmään osallistuvat. Virallisia palavereja oli yhteensä kolme, joiden lisäksi pidimme useita epävirallisia istuntoja. Virallisissa suunnittelupalavereissa oli mukana moniammatillinen työryhmä vaihtelevalla kokoonpanolla. Palaverien tavoitteena oli luoda runko intensiivikuntoutujien hoitopolulle.

Ensimmäinen suunnittelupalaveri pidettiin tammikuussa 2019. Palaverin aiheen oli ”miten potilas pääsee intensiivikuntoutukseen” ja ”miten jaksot järjestetään osastolla”. Palaverissa päätettiin että, toiminta toteutetaan Sastamalan sosiaali- ja terveystalouden suunnan mukaisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että sairaalatasoiseen hoitoon tullaan aina lääkärin lähetteellä. Intensiivikuntoutujat tulevat osastolle sairaalahoitoon. Tämän perusteella potilaat tulevat osastolle vain lääkärin lähetteellä. Terapiapalvelut ja kotihoidon sairaanhoitaja voivat tehdä suosituksen lääkärille intensiivijakson tarpeesta. Lääkäri on kuitenkin taho, joka päättää lähetteestä.

Osastolla on tällä hetkellä saatavilla erilaisia terapiapalveluja, joista fysioterapia palvelut ovat aktiivisimmassa käytössä. Fysioterapeuttien tekemät testit ja harjoitteet ovat iso osa lonkkamurtuma potilaiden kanssa toteutettavaa intensiivikuntoutusta. Terapia- ja lääkäripalveluja on saatavilla toistaiseksi vain virka-aikana. Aktiivisin ja intensiivisin hoitoaika painottuu siis arkipäiville, joten päädyimme rajaamaan intensiivikuntoutusjaksot alkuun arkeen, maanantaista perjantaihin. Jatkossa jaksot voidaan miettiä potilaskohtaisesti uudelleen.

Palaverin aikana ilmeni kysymys siitä, miten potilaalle ilmoitetaan jaksosta ja kuka ilmoituksen tekee. Sovimme että keskustelemme asiasta seuraavassa palaverissa. Lisäksi sovimme, että osastolle perustetaan työryhmä,

joka käsittelee intensiivikuntoutujien lähetteet. Työryhmään haetaan aiheesta kiinnostuneita lähi- ja sairaanhoitajia kehittämään työtä eteenpäin. Hoitajien lisäksi työryhmään kuuluu osaston lääkäri ja fysioterapeutti.

Toinen palaveri järjestettiin helmikuussa 2019. Palaverin alussa kerrattiin edellisen palaverin sisältö ja suunnitelmat. Edellisestä palaverista oli jäänyt pohdintaan kysymys, miten potilaita informoidaan intensiivijaksosta. Asiasta keskusteltiin ja päädyttiin tekemään potilaille puhelinhaastattelu eli ensipuhelu. Ensipuhelua varten suunnittelimme esihaastattelulomakkeen (Liite 1). Ensipuhelun aikana potilasta motivoidaan ja sitoutetaan tulevalle jaksolle, sekä laaditaan karkea kuntoutumissuunnitelma ja sovitaan jakson ajankohta. Osastolle perustettava työryhmä hoitaa ensipuheluiden toteutuksen. Sovimme, että työryhmään hakeminen ilmoitetaan opinnäytesyömmen toiminnallisen osuuden esittelyn yhteydessä. Kiinnostuneet ohjataan olemaan yhteydessä osastonhoitajaan kirjallisesti. Osastonhoitaja tekee lopullisen päätöksen työryhmään soveltuvista hoitajista.

Kolmas palaveri sijoittui maaliskuulle 2019. Palaverin aikana saimme rakennettua hoitopolun rungon. Tämän lisäksi suunnittelimme esitietolomaketta, joka tukee ensipuheluiden etenemistä ja auttaa karkean kuntoutumissuunnitelman laatimisessa. Karkean kuntoutumissuunnitelman pohjalta osaston moniammatillinen työryhmä laatii potilaalle alustavan suunnitelman jaksolle. Suunnitelman avulla voidaan varata tarvittavat terapia- palvelut ja mahdolliset muut erityistoiminnot osastojakson ajalle. Potilaan tullessa osastolle intensiivikuntoutusjaksolle tarkennetaan kuntoutumissuunnitelmaa yhdessä potilaan ja moniammatillisen työryhmän kanssa. Jaksolla voidaan toteuttaa erilaisia toimintakykyä ja selviytymistä mittaavia mittauksia. Hoitajien perusmittauksiksi sovittiin, ortostaattinen verenpaine, verensokeri, paino ja happisaturaatio. Lisäksi potilaskohtaisesti voidaan selvittää potilaan ravitsemustilaa NRS-2002 testillä, muistia six-item screener seulalla, mahdollista masennusta GDS-15 depressioseulalla ja alkoholin riskikäyttöä AUDIT- testillä. Hoitajien tekemien testien lisäksi lääkäri ja terapeutit toteuttavat omia potilaskohtaisia testejä. Testien tuloksista tulee informoida koko työryhmää sekä potilasta. Testien tulokset kirjataan myös potilastietojärjestelmään.

Palaverissa keskusteltiin kirjaamisen merkityksestä. Päivittäisten toimintojen kirjaaminen ja arviointi on keskeistä hoitajien kirjauksissa. Kipupotilaiden kohdalla kirjauksissa tulee huomioida kivun arviointi esim. lepo ja liikekipu. Kipulääkkeen tarve ja syy sekä lääkkeen antamisen jälkeinen vaste. Intensiivijaksolla arviointia tulee kirjata päivittäin. Jakson lopussa tehdään loppuarvio jaksosta ja jatkosuunnitelmasta. Tärkeää on että, potilas arvioi itse jakson onnistumista ja tavoitteiden saavuttamista. Lääkäri ja terapeutit tekevät omat arvioinnit jaksosta. Omaisten ja kotihoidon kanssa voidaan keskustella jatkotoimenpiteistä ja suosituksista.

Saimme kutsun ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelijoiden opinnäytesyön palaveriin. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön aiheena

oli RAI:n implementointi terveyskeskuksensaairaan osastoille. Emme saaneet RAI:ta vielä osastolle käyttöön oman opinnäytetyömme prosessin aikana, mutta tulevaisuudessa saamme RAI- arvioinnit osaksi potilaan päivittäistoimintojen arviointia. RAI:n avulla saamme yhtenäisen arviointi mittariston kotihoidon kanssa ja yhteistyömme on helpompaa toimintakyvyn arvioinnin suhteen.

Suunnitteluvaiheessa oli tärkeää vetää yhteen haettu teoretieto ja palaverien tuotokset. Palaverien tuotokset olimme kirjanneet jokaiselta kerhalla word-tiedostoksi. Tämä helpotti asioiden jäsentämistä ja muistutti meitä jo sovitusta asioista. Koottujen tietojen pohjalta saimme aloittaa konkreettisesti ohjeen rakentamisen.

7.2 Toiminnallisen osuuden toteutus

Toiminnallinen osuus opinnäytetyöstä toteutettiin osastonhoitajan kanssa ennalta sovitulla osastotunnilla. Paikalla olivat kaikki työvuorossa olevat työntekijät. Käsittelimme työtä valmiiksi laaditun kirjallisen esityksen pohjalta. Pienessä ja ahtaassa kahvihuoneessa esityksen pitäminen ei ollut niin ergonomista, kuin se olisi voinut olla. Jokainen hoitaja sai oman paperiversiön intensiivikuntoutujan hoitopolku – ohjeesta (Liitteet 2/1 ja 2/2). Esitystä pystyi seuraamaan paperiversiosta paremmin ja osallistujilla oli mahdollisuus tehdä siihen omia muistiinpanojaan. Olimme valmistautuneet esitykseen perehtymällä Marilynn Larkin ohjeisiin ” Miten pidät dynaamisen tieteellisen esityksen”.

Larkin ohjeissa oli 10 tärkeää asiaa, jotka työn esittäjän tulee ottaa huomioon esityksessä. Työn esittäjän tulee aina olla ajoissa esityspaikalla. Alkuun on tärkeää tarkistaa tekniikan toimivuus, jos sellaista esityksessä tarvitaan. Puhumista varten pitää varata vesipullo. Esityksen pitäjän tulee tuntea ja tiedostaa esitettävän työn pääkohdat. Puhetta kannattaa harjoitella etukäteen, jotta se sujuisi mahdollisimman hyvin itse esityksessä. Moni ihminen kärsii esiintymispelosta. Esiintymispelko tuo mukanaan haasteita työn esittämiseen. Harjoittelun avulla esiintymispelko voi lieventyä ja siitä voi jopa päästä eroon. Pelkoa ja jännitystä voi lieventää hengitysharjoituksilla ja erilaisilla mielikuvaharjoitteilla. Esityksen alussa on tärkeää, että esiintyjä tulee kuulijoiden eteen energisenä. Tämä herättää kuulijoiden huomion esitettävää asiaa kohtaan. Esiintyjän on hyvä seistä esityksen aikana selkä suorassa, koska se auttaa hengittämään ja puhumaan. Ryhdikkään asennon lisäksi tulee huomioida mitä kasvojen ilmeillä välitetään esityksessä. Hymy kasvoilla rentouttaa niin kuulijaa, kuin esiintyjääkin. Kuulijoiden on mielekästä seurata esiintyjää, jonka ilmeestä paistaa positiivisuus. (Larkin 2015)

Larkin ohjeistaa esiintyjää puhumaan niin, että kuulijat kuulevat mitä esiintyjällä on sanottavaa. Puheen aikana on hyvä pitää pieniä taukoja, jonka aikana esiintyjä voi miettiä hetken seuraavaa vaihetta puheestaan. Hiljai-

set tauot ovat parempia kuin toistuvat täytesanat. Esityksen aikana on tärkeää, että esitys puhutaan suoraan kuulijoille eikä esimerkiksi valkokankaalle. Katsekontakti kuulijoihin luo vuorovaikutuksen esiintyjän ja kuulijoiden välille. Esityksessä on hyvä pitää aikataulu, jonka esiintyjä on edeltä suunnitellut. Lopussa on kohteliasta kiittää kuulijoita ja antaa heille mahdollisuus palautteelle ja kysymyksille. (Larkin 2015)

Käytimme Larkin ohjeita ohjeen esittämiseen valmistautuessa ja itse esityksessä. Tulostimme hyvissä ajoin materiaalit osastotunnille valmiiksi. Laitoimme materiaalin selkeästi esille ennen esitystä. Kahvihuoneessa ei ollut mahdollisuutta käyttää tietokonetta tai valkokangasta. Meillä ei ollut myöskään tarvetta äänentoistolle, koska tila oli niin pieni ja kuulijoita vähän. Tärkeää oli miettiä, mihin sijoitumme esittämään työn. Alkuun oli ajatus, että seisomme esityksen ajan. Se ei kuitenkaan käytännön syistä ollut hyvä idea. Päädyimme pitkän kahvipöydän päähän istumaan. Kerroimme esityksen alussa opinnäytetyön prosessista ja työn lähtökohdista. Pyrimme puhumaan suoraan kuulijoille ja pitämään katsekontaktia heissä esityksen ajan. Ohje esitettiin niin, että sen jokainen kohta luettiin ja avattiin hoitajille. Tarvittaessa oli mahdollisuus keskeyttää ja kysyä jos jokin kohta jäi epäselväksi.

Työn toiminnallisessa esityksessä käytimme Piktochart esityspohjaa sen visuaalisuuden vuoksi. Marilyn Larkin laatiman ohjeen perusteella rakensimme mahdollisimman selkeän ja yksikertaisen diaesityksen, jonka tulostimme paperiversioksi.

Larkin ohjeissa diaesityksessä teksti tulee pitää lyhyenä ja ytimekkäänä. Tätä varten luodaan osiot, jotka pitävät esityksen loogisessa järjestyksessä. Diaesityksen osiot tulee rakentaa visuaalisesti helposti luettavaksi. Tekstin ja taustan välillä tulee olla vahva kontrasti, otsikoille aina oma fontti koko sekä itse tekstille. Diaesityksessä voidaan havainnollistaa tieto myös kuvien kautta. Kuvat ovat kiinnostavia ja voivat sisältää yhtä lailla tietoa kuin tavallinen teksti. Diaesityksen viimeistelyssä tulee aina tarkistaa kieliasu ja oikein kirjoitus. (Larkin 2015)

Varsinaista esitystä emme saaneet työhön lisättyä, mutta MindMap, jonka avulla Pictochart luotiin (Liite3) liitettiin työhön. Esityksen loppuun olimme varanneet muutaman minuutin suullista palautetta varten. Keräsimme suullisen palautteen perusteella itsellemme lyhyet kirjalliset muistiinpanot. Lisäksi kysyimme olisiko intensiivikuntoutujien asioita hoitavaan työryhmään innostuneita hoitajia. Asiasta kiinnostuneet hoitajat ohjeistimme olemaan yhteydessä sähköpostilla osastonhoitajaan.

7.3 Toiminnallisen osuuden arviointi

Keräsimme osastotunnin jälkeen suullisen palautteen työn onnistumisesta ja sen esityksestä. Teimme palautteista itsellemme kirjalliset muistiinpanot. Palautteita ei tullut määrällisesti paljon, koska osastotunnille pääsi

osallistumaan vain pieni osa osaston hoitajista. Saamamme palautteet olivat ohjaavia sekä mahdollistavia toiminnallisesta opinnäytetyön osuudesta. Yhtään merkityksetöntä palautetta emme saaneet.

Sari Ala-Salmen Pro-gradussa oli avattu mahdollistavan ja ohjaavan palautteen merkityksiä. Mahdollistavassa palautteessa työn esittäjä saa erilaisia kommentteja ja ehdotuksia työn korjaamista/kehittämistä helpottamaan. Ohjaava palaute on suora palaute esitetystä työstä ja sen tarkoituksena on antaa ohjeita tai tietoa työn parantamista varten. (Ala-Salmi 2014, s.2)

Ohjaavat palautteet liittyivät työn kehittämiseen ja sen käytännön toteutukseen. Työn eteenpäin vieminen lääkäreille, kotihoidolle ja muille yhteistyötahoille tulisi vielä selventää ja tarkentaa. Lisäksi saimme suoran palautteen ohjeessa olleista kirjoitusvirheistä. Palautteen perusteella meidän oli helppo tehdä muutokset ohjeeseen. Arvostimme saamaamme palautetta. Mahdollistavana palautteena saimme ideoita ja ehdotuksia siitä, miten ensipuhelut integroidaan työvuoroon.

Suullisen palautteen perusteella suurin osa työntekijöistä oli tyytyväisiä ohjeen sisältöön ja sen loogisuuteen. Palautteissa käytettiin sanaa ”selkeä” ja ”helposti luettava”.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön prosessi oli pitkä, mutta voimaannuttava kokemus. Toiminnallisen osuuden laatiminen vei runsaasti aikaa ja vaati monta pitkää keskustelua intensiivisen kuntoutuksen merkityksestä ja sen kehittamisestä. Työn tarkoitus ja tavoite täyttyivät opinnäytetyön prosessin aikana. Toteutimme suunnitelman mukaiset palaverit moniammatillisen työryhmän kanssa, laadimme ohjeet ja esitimme ne työn tilaajalle. Intensiivikuntoutujien jaksot ovat herättäneet paljon kiinnostusta ja keskustelua eri yhteistyötahojen puolesta. Työ intensiivikuntoutujien kanssa tulee jatkumaan ja kehittymään edelleen tämän opinnäytetyön prosessin jälkeen.

8.1 Työn eettisyys ja luotettavuus

Etiikka hoitotyössä on tiedonala, jossa haetaan vastauksia hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän kysymyksiin. Hoitotyössä tuetaan ihmisiä ylläpitämään omaa terveyttään. Jokainen ihminen määrittää oman terveytensä. Hoito-työssä hoitajalla on tarkoitus tukea ihmistä hänen oman hyvinvointinsa edistämiseksi, huomioiden jokaisen yksilölliset tarpeet. (Leino-Kilpi, 2014, s. 24-25).

Olemme kunnioittaneet HAMK:n eettisiä periaatteita opinnäytetyössä ja hankkineet tietoa HAMK:n eettisten ohjeiden mukaisesti. Olemme pyrkineet tekemään lähdeviitteet ohjeiden mukaisesti. Työtä tehdessä olemme toimineet rehellisesti ja huolellisesti.

Moniammatillinen työryhmä oli mukana toteuttamassa ohjetta. Työryhmän avulla työhön saatiin monipuolinen näkökulma kuntoutumisesta ja sen merkityksestä. Jokainen ammattiryhmän jäsen toi oman näkemyksensä intensiivijakson toteutuksesta. Opinnäytetyöprosessin alussa tutustuimme myös toisten osastojen jaksopotilaiden protokollamalleihin.

Opinnäytetyön toteutuksessa olemme noudattaneet vaitiolovelvollisuutta. Olemme huomioineet potilaiden anonymiteetin ja sen, että potilaiden henkilötiedot eivät tule julki.

8.2 Asiantuntijuuden kehittyminen

Toteutimme opinnäytetyön osastolle, jolla olemme työskennelleet useamman vuoden ajan. Osastolla toteutettava työ on meille käytännössä tuttua. Olemme saaneet runsaasti kokemusta lonkkamurtumapotilaiden postoperatiivisesta hoidosta osastolla työskentelyn ansiosta. Työn eteenpäin vieminen tuntui tämän pohjalta hyvin luontevalta. Opinnäytetyön prosessin aikana oli kuitenkin työstettävä ajatusta siitä, mikä työmme merkitys työyhteisölle ja koko osastolle on. Pitkän ajatustyön ja pohdinnan jälkeen tulimme siihen tulokseen, että tämä on hoitajille uuden toiminnan tueksi. Ei taakaksi. Tiedostimme sen, että uusi toiminta on aina alkuun haastavaa. Rutiinit hakevat paikkaansa ja toiminta hioutuu kokemuksen myötä.

Ensisijainen tarkoituksemme kuntoutustyössä on aina ollut kehittää sitä eteenpäin. Työn kehittämisen olemme kokeneet moniulotteiseksi asiaksi. Se auttaa jaksamaan työssä ja haastaa meitä sekä työntekijöinä, että työyhteisönä. Parasta on, että työn kehittäminen antaa aina uuden ulottuvuuden työhön ja sen myötä palkinnon tehdystä työstä. Tuen saaminen kollegoilta ja johdolta tukee työssä jaksamista.

Suunnittelupalaverit olivat rikastuttavia. Moniammatillinen näkökulma antoi meille joka palaverissa uusia ideoita ja ajatuksia työn toteutuksesta. Saimme kokemusta palaverien pitämisestä, roolituksesta, palaverien kirjaamisesta sekä verkostoitumisesta. Opimme ohjaamaan keskusteluita aiheena olleen asian suuntaisesti. Saimme palavereiden jälkeen aina palautteen työn etenemisestä ja kehityksestä paikalla olleilta ammattilaisilta.

Teoriaosuuden laadinnassa haastavaa oli rajata tiedon määrää ja jäsenellä asiat loogiseen järjestykseen. Tietoa lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksesta on olemassa runsaasti. Tiedonhaussa meitä inspiroi eniten tutkimukset ja näyttöön perustuvat tiedonlähteet, joissa potilas nähtiin oman

kuntoutuksensa toimijana. Olemme nähneet asian samalla tavalla jo pitkään käytännön työssä ja löytämämme teoretieto vahvasti toteuttamamme aatetta. Saimme monesta lähteestä vahvistusta ja varmuutta kuntoutustyön toteutuksesta ja sen laaja-alaisesta merkityksestä.

8.3 Johtopäätökset ja kehittämisideat

Ohje intensiivikuntoutujan hoitopolusta on tällä hetkellä vain paperiversiona tilaajalla ja osaston hoitajilla. Ohjeen kehittämistä ja eteenpäin viemistä on tarkoitus jatkaa opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Osastolta koottu työryhmä jatkaa kehitystyötä. Pohdintaan jäi jatkoa varten se, missä muodossa ohje tulee jatkossa olemaan. Tuleeko ohje verkkoon digiversioksi, liitetäänkö ohje perehdytysmateriaaliin vai jääkö ohje paperisena versiona vain sille osoitetulle osastolle.

Intensiivikuntoutujien määrä on lisääntynyt kevään 2019 aikana osastolla ja tämän vuoksi ohjeistus tuli hyvään aikaan valmiiksi. Ohje toimii runkona uudelle, kehittyvälle toiminnalle ja tulee varmasti rikastumaan tulevaisuudessa erilaisten potilastapausten myötä. Ohjeen avulla potilaille voidaan tarjota laadukasta ja monipuolista kuntoutusta intensiivijaksoilla. Jaksojen hyvällä suunnittelulla potilaat saavat kokea, että heitä odotetaan ja heidän omat tavoitteensa on kuultu.

LÄHTEET

Ala-Salmi, S. (2014) *Osastonhoitaja työyhteisön palautteen antajana*. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteen laitos. Tampereen Yliopisto. Haettu 23.4.2019 osoitteesta <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96452/GRADU-1418375778.pdf?sequence=1>

Autti-Rämö, I., Mikkelsen, M., Lappalainen, T. & Leino, E. (2016). *Kuntoutumisen prosessi*. Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki

Eloranta, T. & Virkki, S. (2011). *Ohjaus hoitotyössä*. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Latvia.

GDS-15, myöhäsiän depressioseula. (2013). Toimia- tietokanta. Terveysportti. Haettu 18.4.2019 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>

Hiekkala, S. Hämäläinen, P. & Pekkonen M. (2016) *Laitoskuntoutus osana hyvää kuntoutuskäytäntöä*. Kuntoutuminen. Kustannusyhtiö Oy Duodecim. Helsinki.

Higgins-Biddle, J. & Babor, T. (2018) A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions. *The American journal of Drug and Alcohol Abuse*. Haettu 10.4.2019 osoitteesta <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00952990.2018.1456545?af=R>

Holopainen, R., Keskilä, A., Välimaa, R. & Piirainen, A. (2016). *Lonkan teko-nivelleikkauksen jälkeinen fysioterapeuttinen ohjaus fysioterapeuttien kuvaamana*. Kuntoutus 39 (1) 26. Jyväskylän yliopisto.

Härkäpää, K., Valkonen, J. & Järvikoski, A. (2016). *Kuntoutujan motivaatio ja sitouttaminen*. Kuntoutuminen. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. (2012). *Hoida ja kirjaa*. Sanoma Pro Oy. Helsinki

Jeglinsky, I. & Kukkonen, T. (2016). *Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksessa*. Kuntoutuminen. Kustannusyhtiö Oy Duodecim. Helsinki.

Kan, S. & Pohjola, L. (2012). *Erikoistu vanhustyöhön*. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kalso, E. Vainio, A. & Haanpää, M. (2009). Kipu. *Kivunhoitomenetelmien vaikuttavuuden arviointi*. Duodecim, Helsinki. Otava kirjapaino.

Kangas, T., Hämäläinen, R., Valvanne, J. & Jämsen, E. (2018). *Muistin ja tarkkaavaisuuden häiriöiden seulonta sairaalassa on aiheellista*. TamPup. Lääkärilehti 2018 (11) 714. Haettu 18.4. 2019 osoitteesta http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/104313/muistin_ja_tarkkaavaisuuden_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Karhula, M. Veijola, A. & Ylisassi, H. (2016) *Tavoitteiden asettamisen käytäntö*. Kuntoutuminen. Kustannusyhtiö oy Duodecim. Helsinki.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiitanen, H. (2015). *Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö*. Sanoma Pro Oy. Helsinki

Kontinen, V. & Hamunen, K. (2015). *Leikkauksen jälkeisen kivun hoito*. Duodecim 2015; 131(20):1921-8. Haettu 18.4.2019 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/20/duo12492>

Larkin, M. (2015). *How to give a dynamic scientific presentation*. Elsevier. Haettu 15.4.2019 osoitteesta <https://www.elsevier.com/connect/how-to-give-a-dynamic-scientific-presentation>

Leino-Kilpi, M. & Välimäki, M. (2014). *Etiikka hoitotyössä*. Sanoma Pro. Helsinki.

Lonkkamurtuma: Käypähoito - suositus. (2017). Haettu 15.9.2018 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50040>

Pajala, S. (2012). *lääkäiden kaatumisten ehkäisy*. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Tampereen yliopistopaino oy. Haettu 17.3. 2019 osoitteesta <http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/1555-IKINa-opas.pdf>

Parviainen, T. (2018). *Motivoiva haastattelu terveyden edistämisen työmenetelmänä*. Pro gradu – tutkielma. Kasvatustiede. Itä – Suomen yliopisto. Haettu 10.5.2019 osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20180371/urn_nbn_fi_uef-20180371.pdf

Polvi - ja lonkkanivelrikko: Käypähoito – suositus. (2018). Haettu 10.04.2019 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50054#s12>

Potilaan itsemääräämisoikeus (2018). Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto.Valvira. Haettu 19.04.2019 osoitteesta <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaraamisoikeus>

Rihto, M. (2016). *Yksilöllisesti suunnitellun kotikuntoutuksen vaikutus lonkkamurtuman kokeneiden ikääntyneiden henkilöiden elämänlaatuun*. Pro gradu. Gerontologian ja kansanterveyden tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Haettu 27.11.2018 osoitteesta

<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/50130/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201606062929.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sainio, P. & Salminen, A-L. (2016). *Toimintakyvyn arviointi ja menetelmät*. Kuntoutuminen. Kustannusyhtiö oy Duodecim. Helsinki.

Tarnanen, K., Huusko, T., Jämsen, E., Holm, A., Malmivaara, A. & Mattila, V. (2018). *Lonkka murtui - tavoitteena takaisin kotiin*. Terveyskirjasto. Duodecim. Haettu 15.9.2018 osoitteesta http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00055

Tietoa RAI-järjestelmästä. (2019). Ikääntyminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 9.5.2019 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>

Voutilainen, E., Fogelholm, M. & Mutanen, M. (2016). *Ravitsemustaito*. Sanoma Pro OY. Helsinki

Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä

Vuori, I. (2016). *Kohti terveempää ikääntymistä*. Dosendo oy. Jyväskylä.

ESITIETOLOMAKE

Intensiivikuntoutujan esitietolomake osasto 3:lle

Nimi:

Hetu:

Jakson ajankohta:

Sairaudet:

Nykytilanne:

Apuvälineet:

Kotihoidonpalvelut/ Ruokapalvelut:

Potilaan omat tavoitteet ja toiveet jaksolle:

Intensiivikuntoutujan allekirjoitus:

INTENSIIVIKUNTOUTUJAN HOITOPOLKU, OHJE HOITAJILLE OSA 1

Intensiivikuntoutujan hoitopolku, ohjeistus hoitajille

Intensiivikuntoutuja tulee osastolle AINA lääkärin läheteellä.

Esimerkkejä intensiivijaksolle tulon syistä:

- Lonkkamurtuma potilaat, varausluvut ja apuvälineiden harjoittelu toimenpiteen jälkeen
- Useita käyntejä terveydenhuollon palveluissa; tukimuotojen tarpeen arviointi
- Kotona kaatumiset; apuvälineiden kartoitus, liikkumisen arviointi, kotiympäristön kartoitus
- Kotona pärjäämättömyys; syiden selvittäminen, tukitoimet, kuntoutusjaksot.
- Äkillinen toimintakyvyn heikkeneminen
- Kipu tilanteen selvittelyt (syyt, lääkitys, kivunarviointi).
- Aivoverenkiertohäiriön jälkeinen aktiivikuntoutusjakso.

Lähteen saavuttua osastolle, työhön osoitettu hoitaja soittaa ensipuhelun potilaalle. Ensipuhelun tarkoituksena on laatia yhdessä potilaan kanssa karkea suunnitelma jaksolle, joka kirjataan potilastietokantaan.

Suunnitelman lähtökohdina tulee toimia potilaalle merkitykselliset tavoitteet. Hoitajan tehtävänä on ymmärtää realiteetit (resurssit, aikatavoite) ja ohjata potilasta tekemään tavoitteita niiden perusteella.

Ensipuhelu:

- Kerrotaan läheteestä ja osaston profiilista.
- Kartoitetaan potilaan nykytilanne (koti, pärjääminen/pärjäämisen haasteet, lähteen syy)
- Ongelmakohtia voidaan myös kysyä omaisilta ja kotihoidon edustajalta.
- Sitoutetaan ja motivoidaan kuntoutuja omaan kuntoutumiseen. Toimijana on potilas itse.
- Tehdään karkea kuntoutumissuunnitelma jaksolle (tavoite ja suunnitelma potilas lähtöisesti)
- HOI- lehdelle tehdään puhelun kirjaaminen. Otsikolla: Kuntoutumissuunnitelma jaksolle / Ensipuhelu.

Itsemääräämisoikeus: Kuntoutujalla on aina mahdollisuus kieltäytyä jaksosta ja sitä tulee kunnioittaa. Kieltäytyminen tulee muistaa kirjata potilaan potilastietoihin.

Puheluiden jälkeen osastolla oleva intensiivikuntoutujien työryhmä käy läpi tulevat kuntoutujat ja karkeat suunnitelmat. Pohditaan palvelut jaksolle ja ajankäytön hyödyntäminen.

Työryhmään kuuluu: Lääkäri, hoitaja/ hoitajia, fysioterapeutti, tarpeen mukaan myös laajemmin terapiapalvelut (puheterapeutti, toimintaterapeutti ja ravitsemusterapeutti) lisäksi tarpeen mukaan voidaan konsultoida sosiaalityöntekijää ja kotihoidon asiakasohjaajia. Ennalta sovitut palvelut sujuvoittavat jakson toteutusta. Potilas saa selkeän "lukujärjestyksen" jaksolle ja palvelut saadaan toteutettua jakson aikana.

INTENSIIVIKUNTOUJAN HOITOPOLKU, OHJE HOITAJILLE OSA 2

Jakson kesto

Jakson pituus on 1 päivästä viikkoihin, jaksot määritellään potilaskohtaisesti. Viikonloput kotona, terapia- ja lääkäripalvelut ovat osaston käytössä vain arksin. Jatkossa tähän voi tulla vielä selkeämpää jaottelua.

Potilaan motivointi

Potilasta motivoidaan intensiivikuntoutukseen jo ensipuhelun aikana. Kuntoutumisprosessi alkaa, kun potilas itse tiedostaa omat tarpeensa ja ymmärtää kuntoutumisensa hyödyt. Hoitajan rooli motivoinnissa tärkeä. Hoitaja auttaa potilasta saavuttamaan asettamansa tavoitteet eri menetelmin. Potilasta kuunnellaan, kannustetaan, keuhutaan ja hänen kanssaan keskustellaan.

Sitouttaminen intensiivijaksoon

Potilaan tulee olla oman kuntoutumisensa toimija. Hoitajan rooli on ohjata ja tukea tarpeen mukaan. Tärkeää on, että potilas sitoutuu jaksolla itse asettamiinsa tavoitteisiin ja niiden tavoitteluun. Sitoutuminen konkretisoidaan allekirjoitettavalla kuntoutumissuunnitelmalla.

Kirjaaminen

Intensiivikuntoutusjaksoa arvioidaan joka päivä. Potilas arvioi omaa kehitystään/ etenemistään, hoitajat ja terapiapalvelut tekevät oman arvion. ADL -toimintojen eli päivittäisten toimintojen kirjaaminen ja arviointi on keskeistä hoitajien arvioinnissa.

- Miten potilas nousee sängystä, peseytyy, pukeutuu, suoriutuu wc reissusta, ateriointi, liikkuminen ja sosiaalisuus. Missä tarvitsee apua, missä selviytyy itsenäisesti. Toimiiko ohjeiden mukaisesti?
- Hoitaja ei tee puolesta, ohjataan ja motivoidaan potilasta tekemään itse.
- Kipupotilaalla seurataan ja arvioidaan kipua säännöllisesti. Huomiot ja kivun määrä kirjataan mahdollisimman tarkasti. Jos potilas tarvitsee kipulääkettä: kirjataan, miksi lääkettä annetaan ja miten potilas koki kipulääkkeen vasteen. Kivunarviointia tehdään niin levossa kuin liikkeessäkin.

Jakson lopussa loppuarvio yhdessä potilaan kanssa:

- Potilaan oma arvio kuntoutumisjakson onnistumisesta, miten tavoite on saavutettu?
- Kokeeko potilas jatko kuntoutuksesta olevan vielä hyötyä?
- Potilas voidaan ohjata jakson jälkeen myös avopuolen palveluihin, jos hän kokee, ettei intensiivikuntoutusjaksosta enää hyödy.
- Avopuolen palveluja mm. terapiapalvelut, kotihoito, sosiaalityöntekijä.

Jaksosta tehdään hoitotyön loppuyhteenveto HOI-lehdelle. Kuntoutujan itsearviointi ja hoitajan arviointi jaksosta.

Ketkä eivät sovellu intensiivikuntoutujaksi

- vuodepotilaat, pitkälle edenneet muistisairaat potilaat ja akuutit infektipotilaat

MIND MAP MITEN PICTOCHART ESITYS LUOTIIN

