



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Kirjaamisopas sähköiseen kuntoutussuunnitelmaan intervallipaikkaosastolla

Pellinen, Pauliina

2011 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu

Hyvinkää

Kirjaamisopas sähköiseen kuntoutus-
suunnitelmaan intervallipaikkaosastolla

Pellinen Pauliina
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Lokakuu 2011

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma

Tiivistelmä

Pauliina Pellinen

Kirjaamisopas sähköiseen kuntoutussuunnitelmaan intervallipaikkaosastolla

Vuosi

2011

sivumäärä 50

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda opas sähköiseen kirjaamiseen ja parantaa sähköistä kirjaamista kuntoutussuunnitelmaan ja siten helpottaa raportointia. Hoitotyön päivittäisen kirjaamisen tulisi olla luontevasti yhteydessä asiakkaiden henkilökohtaiseen kuntoutussuunnitelmaan ja tietojen päivittämiseen. Kirjaamisopas tehtiin Riihikotiin, joka sijaitsee Riihimäellä ja Riihikodin Lyhde -yksikkö on erikoistunut järjestämään lyhytaikaisia kuntoutusjaksopaikkoja (intervallipaikkoja) pääsääntöisesti ikääntyville ja dementiaa sairastaville asiakkaille. Tarkoituksena oli ottaa huomioon intervallipaikkaosaston tarpeet sähköisessä kirjaamisessa ja henkilökohtaisen kuntoutussuunnitelman laatimisessa.

Kirjaamisopas perustuu valtakunnalliseen FinCC-luokitusjärjestelmään, jota käytetään hoito- ja kuntoutusyksiköissä, esimerkiksi kotihoidossa, hoitokodeissa, sekä myös sairaaloissa. Tämän vuoksi suositellaan jokaisen hoitoyksikön suunnittelevan hoito- ja kuntoutussuunnitelman omaan yksikköön sopivaksi FinCC-luokituksen avulla. Kirjattu tieto tulee selkeämmäksi ja kuntoutukseen liittyvät keskeiset asiat laajemmin huomioon otetuiksi FinCC-luokitusta käyttämällä. FinCC-luokitukseen tutustumisen jälkeen kirjaaminen vie vähemmän aikaa. Myös hoitotyön päätöksentekoprosessi tulee kirjaamisen myötä näkyvämmäksi.

Kuntoutussuunnitelman kirjaamisoppaassa on keskitytty fyysisen voiminnan ja kunnon hoitamiseen sekä kuntouttamiseen, johon liittyy tärkeänä osana fysioterapeutin tapaaminen ja hänen antamansa ohjeet, jotka edistävät toimintakykyä ja tasapainoa. Lihaskuntoon liittyvät harjoitukset ovat tärkeitä myös ikäihmisen kunnon ylläpitämiseksi. Hyvinvoinnin kokeminen ja voimaantuminen ovat tärkeitä sekä kuntoutujalle että omaiselle. Myös hyvin toteutettu lääkehoito ja tasapainoinen ravitsemus lisäävät hyvinvointia.

Hoitohenkilökunnan mukaan päivittäiskirjaamista tehtiin, mutta kuntoutussuunnitelmat eivät ole olleet vielä päivittäisessä käytössä. Tapaamisissamme sovimme, että kirjaamisoppaaseen laaditaan pääkomponentit, joiden alle määritellään alakomponentit sekä paikka vapaalle kirjoitettavalle tekstille. Kirjaamisen kehittäminen oli osa laadun kehittämistyötä Riihikodissa vuosina 2009-2011.

Ikääntyvien määrän kasvaessa myös sosiaali- ja terveystalveluiden tarve lisääntyy ja Suomessa omaishoitajuuden tukemiseksi tarvitaan yhä enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja pitkällä aikavälillä. Kotihoitojärjestelmää kehitetään järjestämällä lyhytaikaispaikkoja kotona hoitamisen tueksi, ja tästä Riihikoti on hyvä esimerkki. Intervallipaikat auttavat perheitä arkielämässä ja tukevat omaishoitajia heidän tärkeässä mutta myös vaativassa työssään. Intervallipaikkaosasto mahdollistaa lakisääteiset lomapäivät hoitaville omaisille ja siten tukee kotona asumista mahdollisimman pitkään.

Avainsanat: kirjaamisopas, kuntoutussuunnitelma, sähköinen kirjaaminen, lyhytaikaishoito

Laurea University of Applied Sciences
Hyvinkää
Health Care, Social Services and Sport
Degree Programme in nursing

Abstract

Pauliina Pellinen

A documentary guide for digital rehabilitation plan in a short period unit

Year 2011

Pages 50

The purpose of this study was to compile a guide for digital documentation and to improve digital documentation and the structure to make report writing easier and make sure that the nursing documentation is connected to a patient's own rehabilitation plan in Riihikoti, a unit specialized in short term rehabilitation of the elderly and of the clients with different kinds of dementia. The purpose was to take into account the important matters in this kind of unit in digital documentation and planning an individual rehabilitation plan for the clients. By using FinCC-classification writing data will be clear and by learning the use of FinCC-classification writing will not take so much time.

The documentation is based on the FinCC-classification, which is used for instance in home care, hospitals and the other health care units. That is the reason why every unit should plan their individual care and rehabilitation plans by themselves. The documentation and the individual rehabilitation plans need to be improved. By using the classification the decision making processes in health care make a nurse's work more visible.

The rehabilitation period consists of physical activity and meeting a physiotherapist who helps to solve the problems in functional capacity. Balance exercises and exercises which improve muscle strength are important for the elderly people. In addition well-being and empowerment are considered important. Nutrition and medicines are an important part of the health care.

According to the staff their use daily documentation but the individual rehabilitation plans are not used in daily writing. In our meeting we decided to open the main components which are defining the lower components and fluent narrative writing. Documentation improvement was a part of the quality improvement years 2009-2011 in Riihikoti.

As the rate of elderly people increases, there is also growth in the number of elderly people who require social and health care. It is quite common in Finland that nearest relatives are taken care of by the elderly relatives, which also means increased demand of the health care and social services for the family. The target of health care will be in the field of the home care system, where the short health care periods are planned for the families in order to help them in their everyday life. The aim is to make living at home possible as long as it is reasonable by providing short period rehabilitation so that the nearest caring relatives may have their statutory holidays.

Keywords: A documentary guide, individual rehabilitation plan, digital documentation, short period rehabilitation

Sisällys

1 Tausta ja tarve.....	5
2 Vanhuustutkimus kuntoutuksen lähtökohtana	6
3 Kuntoutussuunnitelman kirjaamisopas.....	7
3.1 Kuntoutussuunnitelma pohjautuu hoitoprosessiin.....	7
4 Sähköinen kirjaaminen Efficaan.....	9
4.1 Pääkomponentit.....	9
4.2 Alakomponentit.....	11
4.3 FinCC-luokitusjärjestelmän käyttö	11
5 Lait määrittävät kirjaamista.....	17
5.1 Henkilötietolaki	17
5.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	17
5.3 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä	18
6 Intervalliasukkaiden fyysinen kuntoutuminen.....	18
6.1 Fyysinen terveys ja toimintakykyisyys.....	19
6.2 Hyvä perushoito	20
7 Lyhytaikaishoitojakso Riihikodissa	21
7.1 Lyhde-yksikkö.....	22
8 Pohdinta	24
Lähteet	25
Liite.....	Error! Bookmark not defined.

1 Tausta ja tarve

Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tavoitteena oli luoda Effica-potilastietojärjestelmään sähköiseen kirjaamiseen kirjaamisopas hoitajille käytännön hoitotyön helpottamiseksi. Kirjaamisopas ottaa huomioon Riihikodin Lyhde -yksikön intervallijaksojen erityispiirteet ja täsmällistää kirjaamista tavoitelähtöiseksi kuntoutustyöksi. Kirjaamisopas on tehty myös powerpointille, joka yhdessä tämän opinnäytetyön kanssa on luettavissa ja käytettävissä muistitikulla. Riihikodissa on kaikkiaan 170 asukapaikkaa ja Lyhteessä 17 intervallipaikkaa. Tällä hetkellä lyhteen asukasmäärästä noin 50 % on dementia-asiakkaita, muita asukasryhmiä ovat esimerkiksi Parkinson-asukkaat, liikuntarajoitteiset asukkaat ja yksi kriisipaikka on varattu kriisitilanneasukkaille. Sähköistä asiointia ja tiedon kulkua helpottaa yhteinen Effica-kirjaamisjärjestelmä kotisairaanhoidon kanssa.

Opinnäytetyö oli osa Riihikodin laajempaa kirjaamiseen liittyvää hanketta, johon oli suunniteltu toteutettavaksi joulukuussa 2010 kaksipäiväinen kirjaamiskoulutus ja koonti tehdystä kyselystä Riihikodissa kirjaamisen kehittämiseksi. Tietojen ja tulosten pohjalta laadittiin kuntoutussuunnitelman toteuttamiseen sähköinen kirjaamisopas 2011. Oppaan laatimisesta pidettiin Lyhde-yksikössä kolme tapaamista. Sähköinen kirjaamisopas auttaa avaamaan kuntoutussuunnitelman komponenteiksi, pää- ja alaotsikoiksi, joihin kirjataan keskeisimmät tiedot asukkaan kuntoutusjaksolle. Tarkoitus on käyttää komponentteja, pää- ja alakomponentteja siten, että ne vastaavat lyhytaikaishoitoasukkaiden tarpeita. Komponenttien sisältöä täydentää narratiivinen kirjaaminen.

Kuntoutussuunnitelman sisällön tavoitteiksi asetettiin turvallisuuden tunteen luominen koko perheelle, asukkaan ja omaisen elämän laadun parantaminen, sekä pyrkimys tukea asukkaan kotona asumista mahdollisimman pitkään. Perhetapaamisten myötä tutustutaan perheen kokonaistilanteeseen. Tämän lisäksi suunnitellaan kuntoutusjakson sisältöä ja laaditaan tavoitteet yhdessä perheen kanssa. Tukena käytetään yhdessä laadittua kuntoutussuunnitelmaa, joka kulkee asukkaan kuntoutusjakson rinnalla aina kotiutumiseen saakka. Kuntoutussuunnitelmaa voidaan käyttää hoitajaksosta tehtävän yhteenvedon tekemiseen, jota voidaan käyttää edelleen hoitajan läheteenä jatkohoitopaikkaan. Tärkeänä pidettiin omaishoitajan tukemista eri keinoin ja pyrkimyksenä oli saavuttaa hyvä yhteistyö kodin, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun sekä laitoshoidon välillä. Ennen intervallijaksolle tulemista asukas on voinut käydä muistihoitajan vastaanotolla, joka on tehnyt asukkaan kanssa tarvittavat muistitestit. Lisäksi sosiaalityöntekijä on käynyt kartoittamassa tilannetta kotona ennen intervallijaksolle tuloa. Lyhteestä siirrytään jatkohoitoon tavallisimmin kotiin tai vanhainkotiin.

Hoidon ja kuntoutuksen kokonaissuunnittelu on tärkeä osa laadukkaan vanhuusiän turvaamista. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen sisältöön vaikuttavat oikeudet yhdenvertaisuuteen ja sosiaaliturvaan. Oikeuksien toteutuminen vaatii palvelujen kehittämistä ja eri toimijoita ohjaavien arvojen ja eettisten periaatteiden määrittämistä. Näiden periaatteiden sisältö

muuttuu käytännön toiminnaksi lyhyen ja pitkän aikavälin toimintasuunnitelmissa ja talousarvioissa sekä tuotettavien palveluiden määrällisissä ja laadullisissa tavoitteissa. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008, 3.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttäjistä merkittävä osa on dementoituvia ihmisiä. Dementoiva sairaus aiheuttaa sairastuneille ja heidän omaisilleen monenlaisia palvelutarpeita toimintakyvyn ja arkiselviytymisen heikentymisen vuoksi. Elämänlaatua ja toimintakykyä voidaan kuitenkin ylläpitää ja edistää. Tämä vaatii kattavaa toimintakyvyn, voimavarojen ja elämänlaadun arviointia sekä huolelliseen tarvearvioon perustuvaa palvelujen ja elämänlaadun arviointia sekä muuta tavoitteellista tukitoimintaa. Asiakkaan elämänlaatuun ja toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä tulee jäsentää, antaa välineitä niiden arviointiin sekä tarkastella kuntoutumista edistävän hoitotyön periaatteita. Toimintakyvyn arviointia ei tulisi tarkastella diagnosoinnin näkökulmasta, vaan ennen kaikkea toimintakyvyn ja voimavarojen sekä elämänlaadun arvioimisen kautta. Lähtökohtana on kuntoutumista edistävä hoitotyö. Dementoivat sairaudet aiheuttavat haasteita koko palvelujärjestelmälle. (Heimonen & Voutilainen 2006, 7.) Kotiutumiseen tähtääviä kuntoutusjaksoja tarvitaan entistä enemmän. Lyhyiden laitospäätyneiden kuntoutusjaksojen jälkeen pyritään kuntoutusta jatkamaan kotona. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon saumaton yhteistyö edistää kuntoutusketjun toimivuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008, 3.)

2 Vanhuustutkimus kuntoutuksen lähtökohtana

Vanhuustutkimus eli gerontologia (geron= vanhus, logos= oppi) on tieteenala, joka tutkii vanhenemistä ja vanhuutta. Vanhuustutkimus pyrkii selvittämään, millä tavalla ihminen muuttuu ikääntyessään, mikä määrää elämän pituutta, millaisia seurauksia vanhenemisestä on yksilöiden ja yhteisöjen kannalta, mitkä tekijät säätelevät vanhenemiseen liittyviä muutoksia ja miten näihin tekijöihin voitaisiin vaikuttaa. Vanheneminen koskee lähes kaikkia elämän osa-alueita. Tutkittaessa vanhenemistä kyse on ajan mukanaan tuomista muutoksista. Vanhoja ihmisiä tutkittaessa erityistoimia tarvitaan esimerkiksi aisti-, muisti- ja liikkumisvaikeuksien vuoksi. Vanhuustutkimustyössä sovelletaan eri alojen metodologioita kokonaisuutena; biologiset, psykologiset, sosiaaliset ja lääketieteelliset kysymykset vaikuttavat ja liittyvät toisiinsa. (Heikkinen & Rantanen 2008, 16,18.) Gerontologisessa hoitotyössä hyödynnetään hoitotyön ja gerontologisen tutkimuksen tietoja ikäihmistien hoidossa. Tietoa käytetään ennaltaehkäisevässä terveydenhoidossa, terveyden ja toimintakyvyn edistämisessä, sairauksissa ja palliatiivisessa hoitotyössä. (Sairaanhoitajaliitto 2010.)

Haasteena on ymmärtää sairauksien ja vanhenemisprosessien vuorovaikutusta. Niin vanheneminen kuin sairaudetkin pelkistävät toimintojen monimuotoisuutta, vaikka fysiologisten toimintojen vaihtelu ikääntyessä lisääntykin. Monimuotoisuuden vähenemisen takia sekä sisäis-

ten että ulkoisten häiriöiden haasteisiin sopeutuminen tai toimintojen kompensoituminen hankaloituu, eikä toimintojen heikentymistä ja heikkoutta voida ehkäistä. (Ranta 2004, 14.)

Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan 65 vuotta täyttäneiden osuus kasvaa vuodesta 2007 yhteensä 145 000:lla ja 75 -vuotta täyttäneiden 39 000:lla vuoteen 2020 mennessä. Vuoteen 2020 mennessä kasvun ennustetaan jatkuvan niin, että 65 vuotta täyttäneiden määrä on kasvanut 400 000:lla ja 75 vuotta täyttäneiden määrä 114 000:lla. (Muurinen, Finne-Soveri, Sinervo, Noro, Andersson, Heinola & Viikko 2009, 6.) Väestön vanhetessa erityisen nopeasti kasvaa kaikkein vanhin ikäluokka (Sankari & Jyrkämä 2008, 267). Suhteellisesti suurin kasvu on kuitenkin 85 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 12). Ikäihmisten terveydentila on viime vuosina kohentunut, mutta tästä huolimatta voidaan ennustaa, että ikärakenteen muutokseen liittyvät erilaiset iän tuomat sairaudet ja toimintavajeet tulevat lisääntymään tulevaisuudessa (Muurinen, Finne-Soveri, Sinervo, Noro, Andersson, Heinola & Viikko 2009). Esimerkiksi muistisairaiden ihmisten määrä lisääntyy nopeasti. Muistisairaajat ihmiset ovat hoitotyön asiakkaina suuri ja kasvava joukko, ja muistisairaiden ihmisten parissa tehtävä hoitotyö yksi tärkeimmistä erityisasiantuntijuutta vaativista alueista. Vuonna 2020 on arvioitu keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastavia olevan Suomessa 65-74- vuotiailla 4 %, 75-84 -vuotiailla 11 % ja yli 85 -vuotiailla 35 %. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 13-14.)

3 Kuntoutussuunnitelman kirjaamisopas

3.1 Kuntoutussuunnitelma pohjautuu hoitoprosessiin

Hoitotyön prosessimallia käytetään kuntoutussuunnitelman laadinnan pohjalta. Ensimmäiseksi kartoitetaan asiakkaan ongelmat ja resurssit, tämän jälkeen asetetaan kuntoutusjaksolle tavoitteet, valitaan kuntoutustyön toiminnot, toteutetaan kuntoutusjakso laaditun suunnitelman mukaan ja lopuksi tehdään arviointi. Asiakkaan esitiedot koostuvat monista tietosisällöistä, joihin vaikuttavat sekä kuntoutuksen antaja (organisaatio) että toimintaympäristö. Keskeisiä esitietoja kootaan taustatiedoiksi, hoitajat keräävät taustatietoja haastatteleamalla asiakasta ja hänen omaisiaan tulotilanteessa tai sovitussa tapaamisessa mahdollisimman pian. Haastattelussa kerättäviä tietoja ovat tulosyy, aikaisemmat sairaudet ja lääkitykset, terveyteen vaikuttavat tekijät, riskitiedot, apuvälineet, kotiolot ja kotihoito sekä asiakkaan lähiomainen. Tärkeitä tietoja ovat myös suostumukset ja hoitotahto. Aikaisempia tietoja sairauksista ja hoitokokemuksista sekä lääkityksistä käytetään myös kuntoutuksen suunnittelussa. Terveyteen vaikuttavat tekijät tarkoittavat tupakointia, päihteiden käyttöä, liikuntaa ja ravitsemusta. Hoito- ja kuntoutustyön näkökulmasta katsottuna asiakkaan käsitys omasta voinnistaan ja mielialastaan ovat tärkeitä. Lisäksi kuntoutussuunnitelmaan kirjataan fysiologiset mittaukset, tavat ja tottumukset, jotka liittyvät ruokailuun, liikkumiseen ja puhtauteen, odotukset ja toiveet kuntoutusjaksosta sekä asiakkaan saama ohjaus. Koottujen tietojen perusteella määritellään kuntoutustarve. Tietojen analyysin pohjalta syntyy yksi tai useampia kuntoutustarpeita ja ne merkitsevät hoitohenkilöstön laatimaa kuvausta asiakkaan terveydentilasta.

laan liittyvistä ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoito ja kuntoutustoimintojen avulla. (Ensio & Saranto 2004, 42.)

Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan hoidon ja kuntoutumisen tavoitteet ja odotetut tulokset. Kuntoutusjaksolle voidaan asettaa päätavoite ja sen alle laatia osatavoitteita. Tavoitteet määritellään asiakkaan mukaan, jolloin asiakas on myös toimija. Tavoitteissa määritellään kuntoutuksen jatkuvuus. Tavoitteet kattavat kuntoutustarpeet ja ne ovat mitattavissa arviointiasteikolla, kuten esimerkiksi parantunut, ennallaan, huonontunut. Tavoitteet luodaan realistiseksi, suhteutetaan kuntoutusjakson pituuteen ja resursseihin. Kuntoutuksen arvioinnissa verrataan asiakkaan kuntoutuksen tarvetta nykyiseen tilaan. Arvioinnin jäsentämisessä voidaan käyttää kuntoutuksen tarpeita tai tavoitteita, toteutusvaiheen komponentteja, joiden avulla kuvataan terveydentilassa tapahtuneita muutoksia. Yksinomaan vapaasti kirjoitettu (narratiivinen) teksti ei kerro kuntoutussuunnitelman kokonaisuudesta, sillä usein siitä puuttuu kytkös kuntoutustavoitteisiin. Jatkohoidon suunnittelussa ja toteutuksessa hoitajien tekemä yhteenveto yhdessä lääketieteellisen epikriisin kanssa muodostaa tärkeän kokonaisuuden. Yhteenveto kirjoitetaan narratiivisesti ja jäsentelyssä käytetään kuntoutusjakson mukaista asiakkaan voinnin etenemistä. (Ensio & Saranto 2004, 42-43.) Kirjallinen yhteenveto toimii jatkohoitoa varten laadittuna hoitajan lähetteenä.

Lyhytaikaispaikka-asiakkaan kotiuttamisen mahdollistavat terveydenhuoltohenkilöstö, omaiset ja läheiset. Myös yksikön sisäisellä ja ulkoisella viestinnällä ja organisaatiokäytännöllä on merkityksensä kotiuttamisessa. Kaikkien työryhmän jäsenten mielipiteillä on merkitystä ja kuntoutuksessa panostetaan sekä fyysiseen kuntoutukseen että muistisairaiden aktiiviseen arkeen. Muistisairauden asteella on merkitystä, mutta tärkeämpänä tekijänä pidetään yleensä muistisairaana psyykkistä toimintakykyä ja voimavaroja. Kotiutuksissa vaikuttavat myös vastuu ja eettiset kysymykset, samoin henkilökunnan ammatillinen-, positiivisen asennoitumisen- ja maallikkokehys. (Lento-Hukkinen 2009, 3.)

Kotiuttamisprosessin ajatellaan olevan usein monimutkainen, dynaaminen, ja jatkuva kehittämistä vaativa kokonaisuus. Prosessi jatkuu kotona ja kuntoutusjakson tuloksellisuutta asiakkaan voinnin perusteella arvioidaan. Muistisairaiden kotiuttamisen mahdollistavat tekijät ja kotiuttamisprosessiin vaikuttavat tekijät ovat osittain samoja. Henkilökunnan ammattitaidolla, sujuvalla yhteistyöllä ja viestinnällä on ratkaiseva merkitys kotiuttamisprosessille. (Lento-Hukkinen 2009, 8.) Moniammatillinen työryhmä arvioi kotiuttamisprosessissa asukkaan toimintakyvyn, terveydellisen tilanteen, psyykkisen hyvinvoinnin, sosiaalisen tilanteen, elämäntilanteen, voimavarat ja elinympäristön. Kotiutuminen suunnitellaan niin, että terveydenhuollon palvelut ja sosiaalipalvelut sovitaan yhdessä asukkaan kanssa ja tarvittaessa myös asukkaan omaisten kanssa. Suunnitelmaa muutetaan tarpeen mukaan. Arvioinnin jälkeen toimitaan havaittujen tarpeiden mukaisesti. Kotiuttamisprosessissa arvioidaan kotiutumisen onnistumista. Kotiuttaminen vaatii hyvää yhteistyötä eri toimijoiden välillä terveyden- ja sosiaalihuollossa. Tavoitteena on mahdollisemman lyhyt hoito- ja kuntoutusjakso. (Lento-Hukkinen 2009,

11.) Onnistunut kotiutus vaatii riittäviä tietoja asukkaan sairaudesta ja sen hoidosta, kotiutujan toimintakyvystä ja kognitiivisesta kapasiteetista. Tieto kotiutumisesta huolehditaan ajoissa myös kotihoitoon. Kotihoidossa pidetään tärkeänä, että ehdittäisiin suunnittelemaan asukkaan kotihoito mahdollisimman hyvin. Lähettävän yksikön, kotihoiton ja sosiaalihuollon pitäisi tehdä saumatonta yhteistyötä kotiutusprosessin ajan. Kotiutusprosessissa on useimmiten ongelmia ja sen vuoksi eri ammattiryhmien käsitykset kotiutuksesta ja sen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä ovat merkittäviä. (Lento-Hukkinen 2009, 13.)

4 Sähköinen kirjaaminen Efficaan

Hoitotyönkirjaaminen on lähtökohta ammatilliselle perustehtävälle, joka on asukkaan auttaminen yksilöllisesti hoidon ja kuntoutuksen keinoin. Potilasasiakirjoihin kirjaaminen perustuu ammattilaisen tekemään hoitotyön päätöksentekoon sekä tietoihin ja taitoihin. Tärkeintä kirjaamisessa on asiakkaan voinnissa tapahtuvien muutosten arviointi sekä hoidon ja kuntoutuksen seuranta. Kirjaamisessa olennaisia asioita ovat selkeys, loogisuus, kokonaisuuden ja kuntoutuksen kannalta oleelliset asiat, laadun ja vaikuttavuuden arviointi. Kirjaamista jäsentävät ja helpottavat minimikriteerit. Monet ammattieettiset ja juridiset seikat määrittelevät kirjaamista. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010, 9.) Sähköinen kirjaamisopas on tehty Efficapotilastietojärjestelmään. Kuntoutussuunnitelmaan ei tarvitse pääsääntöisesti kirjata valmiiksi kaikkia taustatietoja, kuten esimerkiksi laboratoriokaavaketta tai lääkemääräyslistaa, koska sama Effica-järjestelmä on käytössä myös kotisairaanhoidossa. Tietojen päivittäminen riittää. Sähköinen kuntoutussuunnitelma toimii kuntoutustyötä jäsentävänä suunnitelmana rinnakkain päivittäiskirjaamisen kanssa. Kirjaamisen mallintaminen tekee hoidosta ja kuntoutuksesta suunnitelmallisempaa, kirjaamisen sisältö on laadukkaampaa ja hoito- ja kuntoutustyö tulee näkyvämmäksi. Tarkan kirjaamisen myötä myös hoidon laatu voi parantua. Yleisesti voidaan todeta, että sekä hoitajat että lääkärit ajattelevat kirjaamisen takaavan paremmin asiakkaan hoidon jatkuvuuden niin hoitohenkilönkunnan kuin asiakkaankin oikeusturvan kannalta. Kirjaamiskäytäntöjä on pyritty laatimaan hoitoyksikön mukaan siten, että ne yksinkertaistaisivat kirjaamista. Kirjattua informaatiota pystytään hyödyntämään kun ehditään kirjaamaan riittävästi ja kirjaaminen tehdään hyvin. Tiedotus ja raportointi paranevat. Kuitenkin liiallinen otsikoiden käyttö voi tehdä kirjaamisesta pirstaleista ja kirjaamismalli voi tehdä työn jopa kaavamaiseksi. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010, 12-13.) Siksi suositellaan, että eri yksiköillä, kuten erikoissairaanhoidossa tai intervallipaikkaosastoilla olisi juuri tähän yksikköön suunniteltu kirjaamismalli.

4.1 Pääkomponentit

Onnistuva vanheneminen käsitteenä sisältää kolme pääkomponenttia, vähäisen sairastamisen, vähäisen sairauksiin ja sairauksiin liittyvien toimintavajavuuksien todennäköisyyden, hyvän

kognitiivisen ja fyysisen kapasiteetin ja aktiivisen elämäntyylin. Jokainen pääkomponentti sisältää alaosia. Ensimmäiseen komponenttiin sisältyy myös sairauksien riskitekijöiden arviointi. Aktiivisen elämäntyylin osalta korostetaan ihmisten välisiä suhteita ja produktiivista aktiivisuutta. Kolmannessa komponentissa on kyse fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisestä mm. liikunnan avulla sekä mahdollisuuksista vaikuttaa kognitiiviseen suorituskäyttöön. (Heikkinen & Rantanen 2008, 404.)

Kuntoutussuunnitelmassa keskitytään erityisesti ikäihmisten fyysisen kunnon ylläpitämiseen ja parantamiseen. Fyysisen kunnon ylläpitämisellä on suuri vaikutus myös psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ylläpitämiseen. Mahdollisuus onnistuvaan vanhenemiseen riippuu hyvin monista tekijöistä, joista osa on modifioitavissa (elinoloista ja elintavoista) ja osa puolestaan pysyväisluonteisia (geenit, sukupuoli, ikä). (Heikkinen & Rantanen 2008, 405.)

Ikäihmisten terveyttä voidaan kuvata tasapainona omien voimavarojen, tavoitteiden ja elinympäristön ominaisuuksien kesken. Ikään ihmisen voimavaroihin sisältyvät fyysinen ja psyykinen toimintakyky ja terveys, joita voidaan ylläpitää ja niiden heikentyessä palauttaa esimerkiksi kuntoutuksen avulla. Tavoitteet ovat yksilöllisiä ja niitä voidaan muuttaa vastaamaan voimavaroja pyrittäessä saavuttamaan keskeiset ja merkityksellisimmät tavoitteet toiminnalle. Kotona sosiaalisen ympäristön tukea voidaan lisätä ja fyysistä ympäristöä muuttaa vähemmän esteelliseksi ja toimintaa tukevaksi. Kun näiden ulottuvuuksien välillä vallitsee tasapaino, voi ikä ihminen tuntea terveytensä riittävän hyväksi ja elämänlaadun kannalta hyväksyttäväksi. (Heikkinen & Rantanen 2008, 405.)

Sairauksien ehkäisy ja tehokkaan hoidon ohella riittävän fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ylläpitäminen on keskeisessä asemassa pyrittäessä edistämään onnistuvaa vanhenemista. Fyysistä toimintakykyä voidaan ylläpitää noudattamalla terveitä elintapoja, joista riittävä fyysinen aktiivisuus tai liikunnan harrastaminen ovat erityisen tärkeitä. Viime vuosien tutkimustulokset ovat vahvistaneet, että hyviä tuloksia saadaan liikunnan avulla myös ikäihmissä väestöryhmissä. Myös muut elintavat, kuten hyvä ravinto ja terveelliset ruokailutottumukset, sopiva lepo ja työn sekä muun fyysisen rasituksen suhde, tupakoimattomuus ja kohtuullisuus alkoholin käytössä sekä järkevä lääkkeiden käyttö vaikuttavat edullisesti fyysiseen toimintakykyyn. Toistaiseksi on vähemmän tietoa mahdollisuuksista vaikuttaa psyykkisen toimintakyvyn eri ulottuvuuksiin. Tiedonkäsittelytoiminnoissa geneettisillä tekijöillä on suuri merkitys, mutta myös koulutus ja muu toimintojen harjoittaminen kehittävät ja ylläpitävät kognitiivista kyvykkyyttä. Viime vuosina on myös saatu tutkimustuloksia, jotka viittaavat liikunnan myönteisiin vaikutuksiin tiedonkäsittelytoimintojen kannalta. Psyykkisiin voimavaroihin sisältyy kognitiivisen kyvykkyyden ohella monia muita ulottuvuuksia, joilla on merkitystä toiminnan, terveyden ja elinajan odotteenkin kannalta. Tällaisia ovat mm. sisäinen kontrolli, itsepuolustus, coping-mekanismit sekä henkilökohtainen kypsyyden ja sitoumukset. Psyykkisten tekijöiden merkitys onnistuvan vanhenemisen kannalta on osoittautunut yhä suuremmaksi. (Heikkinen & Rantanen 2008, 406.)

Hyvinvoinnin ytimen voi kiteyttää toimintakykyisen ja vajaatoimintaisen yksilön profiiliin ”siivet auki - siivet kiinni” -symboleiksi. Toimintakyky on terveyttä, vapautta, itseohjautuvaa lentoa, tavoitteena paikka tukevan, kantavan puun oksalla. Itse valitulla oksalla voi olla motivoitunut, kokea iloa ja olla - toimintakykyinen. Aina ei ole mahdollista lentää niin kuin haluaa. Esteiksi tulee asioita, joita ei voi ennakoida ja välttää. Valitettavan usein tulee turhia esteitä: tuen sijasta ympäristö ja yleinen elämisen konteksti asettavat lentäjän ympärille häkkeitä ja kahleita. Silloin ei kukaan voi hyvin. Toiminnan vajavuus ei ole iloinen asia. (Talo 2001, 44.)

4.2 Alakomponentit

Alakomponentit avaavat pääkomponenttien sisältöjä jäsentämällä olennaisia kuntoutusjaksoon liittyviä tekijöitä. Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia alakomponentteja riittävästi lyhytaikaisosaston kuntoutussuunnitelman laatimiseksi, mutta kuitenkin niin, ettei alakomponentteja olisi liikaa, jolloin tiedot muuttuvat kaavamaisiksi ja hajanaisiksi. Lisäksi halutaan tilaa myös narratiiviselle kirjaamiselle, joka parantaa kuntoutussuunnitelman laatua laajentamalla ja selittämällä kirjoitettua asiatietoa tarkoituksenmukaisesti.

4.3 FinCC-luokitusjärjestelmän käyttö

Suomalaisen hoitotyön luokitusjärjestelmä (FinCC) muodostuu suomalaisen hoidon tarveluokituksesta, suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksesta ja hoidon tuloksen tilan luokituksesta. FinCC-luokituksen tarkoituksena on helpottaa kirjaamista sähköiseen potilastietojärjestelmään käyttämällä hoitotyön systemaattista hoitotyön prosessimallia taustalla. Kansallinen luokitusjärjestelmä selkiyttää ja yhdenmukaistaa kirjaamistapaa. Kirjaamisessa eritellään ylin taso eli komponenttitaso sekä pää- ja alaluokat. Komponentit kuvaavat fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia alueita sekä myös terveystalouden käyttöä ja käyttäytymistä. Pää- ja alaluokat koostuvat tarve- ja toimintoluokituksista. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 3-4.)

Hoitotyön ydintiedot koostuvat hoidon tarpeesta (SHTaL), hoitotyön toiminnoista (SHToL), hoidon tuloksista (SHTuL). Hoidon tarve on hoitohenkilöstön määrittäminen asiakkaan terveydentilasta, jossa kartoitetaan hoitoon ja elämäntilanteeseen liittyviä ongelmia. Kirjauksessa huomioidaan hoidon ja kuntoutuksen kannalta merkittävät hoidon tarpeet. Hoitotyön toiminnoissa toteutuvat hoitajan ja asiakkaan väliset ohjaus- ja auttamistilanteet. Lähtökohtana ovat hoitajan tiedot ja taidot, kuten esimerkiksi havainnointi- ja kommunikaatiotaidot, kyvykkyys neuvoa ja ohjata asiakasta, sekä sairaanhoidolliset hoitotoimenpiteet. Tärkeitä tietoja ovat myös asiakkaan ja omaisen tiedot ja näkemykset kokonaistilanteesta. Hoitotyötoiminnot ovat keinoja, joilla vastataan hoidon tarpeisiin. Hoito- ja kuntoutustyön tärkeä osa on asiakkaan tai potilaan oireiden ja tilan seuranta ja tarkkailu. Hoidon ja kuntoutuksen tarpeen suunnittelu vaatii tilan, oireiden, voimien ja käyttäytymisen havainnointia. Hoidon tulokset (SHTuL) määrittävät asiakkaan terveydentilassa tapahtuneita muutoksia, vointia ja selviyty-

mistä arvioidaan suhteessa tavoitteisiin ja kuntoutustarpeeseen. Asteikkona käytetään määritelmiä 1) Parantunut (PA), 2) Ennallaan (EN) ja 3) Huonontunut (HU). (Liljamo ym. 2008, 8,11.)

Hoitotyön (kuntoutustyön) yhteenvedoon kirjataan kuntoutusjakson keskeisimpiä hoitotyön ydintietoja. Ydintietoja voidaan täydentää pää- ja alaluokkien tiedoilla ja vapaamuotoisella (narratiivisella) tekstillä. Yhteenvedoon siirretään moniammatillisesti yhteiset tiedot, kuten henkilötiedot, osaston tiedot, kuntoutuksen aloitus, kuntoutusjakso ja tulotilanne. (Liljamo ym. 2008, 11.)

Taulukko 1. Taulukko kirjaamisesta hoidollisen päätöksenteon prosessimallin ja tarveluokituksen (SHTaL) ja toimintoluokituksen (SHToL) mukaan:

HOIDOLLISEN PÄÄTÖKSENTEON ERI VAIHEET	HOITOTYÖN YDINTIEDOT	FinCC-LUOKITUKSEN KÄYTTÖ
<i>Hoidon tarpeen määrittäminen:</i> Potilasta koskevien tietojen kerääminen ja analysoiminen	Hoidon tarve	SHTaL käytetään pää- tai alaluokkia
<i>Hoidon suunnittelu</i> Päätelmien teko eli hoidon tarpeiden määrittäminen ja priorisointi Tavoitteiden eli odotettujen tulosten nimeäminen ja hoitotyön toimintojen valinta		SHTaL ja hoidon tarpeen varmuusaste määritellään asteikkolla: VAR: varma TOD: todennäköinen EP: epäily Suunnitellut toiminnot nimetään SHToL pää- ja alaluokkien avulla
<i>Hoidon toteutus</i> Laaditun hoitosuunnitelman toteutus	Hoitotyön toiminnot	SHToL pää- ja alaluokkien avulla
<i>Hoidon arviointi</i> Arviointi tehdään suhteessa hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin sekä toteutuneeseen hoitoon. Arviointi tehdään päivittäin ja hoidon päättyessä	*Hoidon tulos *Hoitotyön yhteenvedo *Hoitoisuusluokitus	SHTaL, SHToL ja SHTuL -käyttö Hoidon tuloksen tila: (PA) parantunut (HU) huonontunut (EN) ennallaan Koostetaan hoitojakson kannalta keskeisistä hoitotyön ydintiedoista, joita tarvittaessa täydennetään hoitotyön luokitusten pää- ja alaluokkien avulla. Hoitoisuus tieto sanallisena Ei käytössä Riihikodissa

Taulukko 2. Esimerkki FinCC-luokituksesta SHTaL. Komponenttien jälkeen on tehty *kursiivilla* komponentin lyhyt kuvaus ja sen jälkeen sisältöä kuvataan tarkemmin. Komponenttien pää- ja alaluokat on kuvattu sisällön kuvauksen jälkeen vaalean oranssilla sävyllä. Pääluokka on näkyvä ensimmäisenä ja alaluokat pääluokan alla normaalina tekstinä. Pää- ja alaluokkiin liittyvä tarkentava teksti on kirjoitettu ajatusviivalla. Valittu luokka voidaan täydentää hoitajan vapaalla tekstillä. (Liljamo ym. 2008, 15.) Esimerkiksi on valittu AKTIVITEETTI -komponentti. AKTIVITEETTI -komponentti on avattu selitteineen, pää- ja alaluokkineen ja vapaalle tekstille on jätetty tilaa. Uni- ja valvetilan muutoksia käsitellään perustellen komponentin tarpeellisuutta.

AKTIVITEETTI

- Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset

Asukkaalla on yksi tai useampi hoitotyön tarve aktiviteetin, unen laadun ja määrän osaluokilla. Aktiviteetin muutoksella tarkoitetaan terveydentilan, sairauden tai vamman aiheuttamaa muutosta asukkaan fyysisessä ja toiminnallisessa aktiivisuudessaan. Hoidon tarvetta aiheuttavat muutokset saattavat näkyä asukkaan yleisenä väsymyksenä, aktiviteetin heikkenemisenä, rasituksen sietokyvyn heikkenemisenä tai lihaskunnan heikkoutena. Myös yliaktiivisuus voi aiheuttaa hoidon tarvetta. (Liljamo ym. 2008, 13.)

Jos asukkaalla on unihäiriö, tilanne on kartoitettava ja analysoitava sekä kirjattava, jotta tiedettäisiin onko kyseessä unettomuus ja minkä tyyppisestä häiriöstä tai vaikeudesta on kysymys. Havainnoimalla ja haastatteleamalla kerätään tietoja nukkumistottumuksista, unen määrästä ja laadusta. Lisäksi selvitetään onko asukkaalla nukahtamisvaikeus, herääkö hän liian aikaisin vai onko uni katkonaista tai vuorokausirytmissä tapahtunut muutoksia. Asukkaan sairaus voi aiheuttaa univaikeuksia, kuten esimerkiksi hengenahdistus tai kiputila. Myös osastoympäristö voi häiritä normaalia unta. (Liljamo ym. 2008, 13.) Alzheimerin tautia sairastavien omaisten puolisoista puolet on raportoinut omaisella olevan haitallisia uni-valvetrytmien häiriöitä. Lisäksi omaisen aiheuttama omaishoitajan univaje johtaa helposti uupumukseen ja hoidettavan omaisen laitoshoitoon. Omaiset eivät välttämättä kärsi niinkään unen puutteesta kuin vuorokausirytmien muuttumisesta. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Soininen 2006, 102.) Mahdollisuuksia unihygienian parantamiseksi on monia, ja yksi niistä on unitottumusten muuttaminen esimerkiksi välttämällä päiväunia, välttää diureettien käyttöä iltaa ja yötä kohden sekä mahdollistamalla riittävä aktiviteetti päiväaikaan. (Agronin 2008, 266-267.)

Taulukko 2. AKTIVITEETTI -komponentti

- *Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset*

Aktiviteetin muutos
<ul style="list-style-type: none"> - Aktiviteetin heikkeneminen - Ajanvietteen vähäisyys - Yliaktiivisuus - Liikunnan vähäisyys - Väsymys - Rasituksen huono sieto - Liikkumisen rajoittuminen - Lihaskunnan heikkous
Unihäiriöt - unen laadun ja määrän muutos
<ul style="list-style-type: none"> - Liiallinen uni - Vähäunisuus - Unettomuus - Vuorokausirytmien muutos - Nukahtamisvaikeudet - Uniapnea - Katkonainen uni

Esimerkkejä komponenttien käytöstä, mukailen Liljamon ym. FinCC-luokitusta

Komponentti	Pää- ja alaluokka	Vapaa teksti
Aktiviteetti	Aktiviteetin heikkeneminen	Asukas ei ole enää jaksanut osallistua ryhmätapahtumiin.
	Vähäunisuus	Nukkuu 4 tuntia yössä
	Unettomuus	Valvoo suurimman osan yöstä

Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksissa (SHToL) on jokaisen komponentin kohdalla pyritty kuvaamaan ja avaamaan keskeiset käsitteet. Pääluokka on ensimmäisenä ja alaluokat kyseisen pääluokan alla normaalina tekstinä. Joidenkin pää- ja alaluokkien kohdalle voidaan laittaa tarkentava selitys, jonka tarkoituksena on avata ja kuvata luokan varsinaista termiä tai käsitettä. Käytettyjä pää- ja alaluokkia voidaan täydentää hoitajan vapaalla tekstillä. (Liljamo ym. 2008, 33.)

Taulukko 3. Esimerkki FinCC-luokituksen hoitotyön toiminnoista SHToL-luokituksessa: AKTIVITEETTI -aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset. Komponentin sisältö kuvaus.

AKTIVITEETTI -komponentti

- *Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset*

Aktiviteetin seuranta
Aktiviteettia edistävä toiminta
<ul style="list-style-type: none"> - Leikki - Virikkeiden järjestäminen - Toiminnallinen kuntoutus - Liikeharjoitusten toteuttaminen - Toiminnallisuutta ylläpitävä asentohoito
Aktiviteettiin liittyvä ohjaus
Toiminnan rajoittaminen
<ul style="list-style-type: none"> - liikunnan rajoittaminen - rasituksen välttäminen
Uni- ja valvetilan seuranta Unta tai valvetilaa edistävä toiminta
<ul style="list-style-type: none"> - Unta edistävän ympäristön järjestäminen - Vuorokausirytmien muuttaminen
Uni- ja valvetilaan liittyvä ohjaus

Esimerkkejä komponenttien käytöstä mukaillen Liljamon ym. FinCC-luokitusta

Komponentti	Pää- ja alaluokka	Vapaa teksti
Aktiviteetti	Uni- ja valvetilan seuranta	Asukas tottunut nukkumaan 2 tunnin päiväunet
	Toiminnallisuutta ylläpitävä asento- hoito	Jalkoja hoidetaan jalkojen alle laitettavalla tyynyllä turvotuksen estämiseksi

Taulukko 4. Esimerkki JATKOHOITO-komponentin käytöstä. Jatkohoito-komponentti sisältää hoitotyön toimintoja, jotka kuvaavat asukkaan jatkohoidon suunnitelman laatimista, jatkohoitto- ja kontrollikäyntien järjestämistä eri terveydenhuollon toimipisteisiin, jatkohoitoon ja kotona selviytymiseen liittyvän ohjauksen antamista. Asiakkaan hoidon päättämiseen ja päätymiseen liittyviä hoitotyön toimintoja ovat esimerkiksi omaisten informointi kotiutuksesta. (Liljamo ym. 2008, 51.)

JATKOHOITO -komponentti

- *Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyvät tekijät*

Jatkohoidon suunnitelman laatiminen
Jatkohoidon tai kontrollikäyntien järjestäminen
<ul style="list-style-type: none"> - Erikoissairaanhoidon yksikkö (jatkohoito) - Terveyskeskuslääkäri (jatkohoito) - Terveyskeskuksen vuodeosasto (jatkohoito) - Kotisairaanhoito (jatkohoito) - Neuvola (jatkohoito) - Päiväkeskuspalvelu (jatkohoito) - Laboratorio (jatkohoito) - Röntgen (jatkohoito) - Kotipalvelu (jatkohoito) - Ateriapalvelu (jatkohoito) - Tukihenkilö tai -perhe (jatkohoito)
Jatkohoitoon liittyvä ohjaus
<ul style="list-style-type: none"> - Kirjallisten hoito-ohjeiden antaminen - Omaisten informointi jatkohoitopaikkaan siirtymisestä
Kotona selviytymiseen liittyvä ohjaus
<ul style="list-style-type: none"> - Omaisten informointi kotiutuksesta - Mahdollisia ongelmatilanteita varten annettu ohjaus

Esimerkki komponenttien käytöstä

Komponentti	Pää- ja alaluokka	Vapaa teksti
Jatkohoito	Jatkohoidon suunnitelman laatiminen	Asukas siirtyy kotihoidon asiakkaaksi perjantaina 11.11.2011
	Kirjallisten hoito-ohjeiden antaminen	Tänään saanut kirjalliset hoito-ohjeet luettavaksi. Kotiutuessa hoito-ohjeet kerrataan hoitajan kanssa

5 Lait määrittävät kirjaamista

Potilasasiakirjoihin kirjoittamista säätelevät lait. Näitä lakeja ovat henkilötietolaki (523/1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1999), sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007). Lait määrittävät kaikkea potilaan tai asiakkaan henkilökohtaisia tietoja, joita käytetään ja käsitellään hoitavassa yksikössä.

5.1 Henkilötietolaki

Lain tarkoituksena on toteuttaa yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä sekä edistää hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. Luvussa 2 on lueteltu henkilötietojen käsittelyä koskevat yleiset periaatteet. Näitä ovat esimerkiksi huolellisuusvelvoite, joka tarkoittaa henkilötietojen laillisista käsittelemistä, huolellisuuden noudattamista ja hyvää tietojenkäsittelytapaa sekä toimimista muutoinkin niin, ettei rekisteröidyn yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojan turvaavia perusoikeuksia rajoiteta ilman laissa säädettyä perustetta. Luvussa määritellään myös henkilötietojen suunnitteluun liittyviä asioita, tietojenlaatua koskevia periaatteita kuten käsittelyn tarpeellisuusvaatimusta ja virheettömyysvaatimusta. Luvussa 3 käsitellään erikseen arkaluonteisia tietoja ja henkilötunnuksen käyttöä. (L523/1999)

5.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Potilaan -oikeudet käsite viittaa terveydenhuollon henkilöstöä sitoviin säännöksiin, joiden tarkoituksena on potilaan aseman parantaminen sekä potilaan vaikutusmahdollisuuksien lisääminen hoitoa koskevissa kysymyksissä (Hautaviita 2011, 50). Luvussa kaksi on määritelty potilaan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon. Luvussa määritellään hoitoon pääsyyn liittyviä asioita ja määritellään tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma. Tärkeinä asioina mainitaan myös potilaan tiedonsaantioikeutta ja itsemääräämisoikeutta käsitellään luvussa 2. (L785/1992)

Luvussa 4 käsitellään potilasasiakirjoja ja hoitoon liittyvää muuta materiaalia (Pykälä 2,(30.6.2000/653)). Luvussa 4 todetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilön on merkittävä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Potilasasiakirjat tulee hävittää välittömästi sen jälkeen, kun niiden säilyttämiselle ei ole olemassa perustetta. Luvussa on maininta potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassa pidosta (pykälä 13 (30.6.2000/653)). Terveydenhuollon ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon yksikössä toimiva henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Jos potilaalla ei ole edellytyksiä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä, tietoja voi antaa hänen laillisen edus-

tajansa suostumuksella. (L785/1992) Salassapitovelvoitteeseen sisältyy asiakirjasalaisuus, vaitiolovelvollisuus ja hyväksikäyttökielto. Asiakirjasalaisuus kieltää näyttämästä, luovuttamasta tai antamasta sivullisen nähtäväksi asiakirja tai sen jäljenne. Vaitiolovelvollisuus kieltää paljastamasta salassa pidettävää asiakirjaa tai tietoa. Hyväksikäyttökielto velvoittaa pitämään salassa pidettävän tiedon käyttöä omaksi tai toisen hyväksi tai toisen vahingoksi. (Hautaviita 2011, 60.)

5.3 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä

Lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskirjatietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Lailla yhtenäistetään sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä terveydenhuollon palvelujen tuottamiseksi potilasturvallisesti ja potilaan tiedonsaantimahdollisuuden parantamiseksi. Säädos koskee julkisten ja yksityisten sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelujen antajien järjestämää tai toteuttamaa sosiaali- tai terveydenhuoltoa. Asiakastietojen sähköisen käsittelyn yleiset vaatimukset sisältävät säädöksiä asiakastietojen käytettävyydestä ja säilyttämisestä, käyttöoikeuksista ja tietojen luovuttamisesta, tietorakenteesta, suunnittelu-, tutkimus- ja tilastotiedoista sekä asiakirjan sähköisestä allekirjoittamisesta. (L159/2007)

6 Intervalliasukkaiden fyysinen kuntoutuminen

Ympäristö, keho ja mieli ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Vanhuksen toimintakykyyn vaikuttavat sekä ympäristö että perinnölliset tekijät. Samanikäisten vanhusien toimintakyky vaihtelee paljon. Toimintakyky muuttuu iän myötä, mutta muutokset tapahtuvat eritavoin ja muutosnopeudessa on eroja. Lisäksi sairaudet ja vammat heikentävät vanhuksen toimintakykyä. Toimintakyvyn arvioinnissa keskeistä on suoriutuminen arkielämässä. Kun arki sujuu hyvin, kaikki toimintakyvyn osa-alueet ovat tasapainossa. Toimintakyvyn osa-alueita voidaan erotella neljä: fyysinen, psyykinen sosiaalinen ja hengellinen. Heikkeneminen jollain osa-alueella merkitsee toimintakyvyn huononemista kokonaistoimintakyvyssä; kyky selviytyä arjessa vaikeutuu. Vanhus on usein itse löytänyt erilaisia toiminnallisia ja kokemuksellisia keinoja ja strategioita, joilla hän ratkaisee arjen ongelmatilanteita. Toimintakykyisyys merkitsee elämänlaatua, ja tilanne muuttuu kun vanhus joutuu toimintakyvynheikkene-
misen myötä määrittämään käsityksensä elämänlaadusta uudelleen. Hoitajan haasteena on tunnistaa vanhuksen voimavarat ja ongelmat, jotta vanhuksen toimintakykyä pystyttäisiin riittävästi tukemaan. On pystyttävä määrittämään milloin itsenäistä selviytymistä on tuettava, koska vanhus tarvitsee osittaista apua selviytymiseensä ja missä tapauksissa vanhuksen puolesta on tehtävä asioita. Toimintakyvyn tukeminen on prosessi, mikä sisältää monia loogisesti toisiinsa liittyviä toimintoja ja hoitotoimintoja sekä toimintojen toteuttamiseen tarvittavia moniammatillisia resursseja, joiden avulla pyritään tavoitteisiin. Laadukkuus syntyy elämäntarinan keräämisestä ja kirjaamisesta, toimintakyvyn kokonaisvaltaisesta arvioinnista

kuntoutussuunnitelman laatimisessa sekä monipuolisista toimintakyvyn tukemisen menetelmistä ja aktiviteeteista. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 19-22.)

6.1 Fyysinen terveys ja toimintakykyisyys

Fyysinen toimintakyky tarkoittaa suoriutumiskykyä fyysistä aktiivisuutta vaativista arkielämän toiminnoista. Se on selviytymistä arkiaskareista, harrastuksista ja päivittäisistä toiminnoista. Vanhuksen fyysisen toimintakyvyn kannalta tärkeitä ovat alaraajojen lihasvoima, kyky nousta tuoilta ylös, tasapaino ja kävely. Seisomiseen tarvitaan ryhtiä, lihastasapainoa ja nivelten liikkuvuutta. Fyysinen toimintakyky jaetaan yleiskestävyyyteen, liikkeiden hallintakykyyn ja lihaskuntoon, johon kuuluvat voima, kestävyys ja notkeus. Liikkeiden hallintakykyyn liittyvät tasapaino, koordinaatio ja reaktiokyky. Hengityksen ansiosta elimistön kudokset saavat hapetta ja pystyvät suoriutumaan omasta tehtävästään, oikea hengitystekniikka tuulettaa kaikkia keuhkojen osia ja auttaa vanhusta rentoutumaan ja rauhoittumaan. Vanhuksen ihon kunnolla on myös merkitystä. Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat ravitsemustila, kehon rakenne ja toiminta sekä psykososiaalinen toimintakyky. Fyysisen toimintakyvyn kannalta keskeistä on, millaisena asiakas pitää toimintakykyään. Pää tavoitteena on suoriutumiskyvyn tukeminen. Tavoitteet suunnitellaan realistisiksi ja asiakas itse on aktiivisesti asettamassa määrittämässä omia tavoitteitaan kuntoutusjaksolle, jolloin myös hoitomyönteisyys lisääntyy. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 22-23.)

On arvioitu, että vanhenemiseen liittyvä lihasvoiman heikentyminen olisi vuosittain keskimäärin noin 2 %:n suuruista. Lihasmassan väheneminen ei ole homogeenista ja isometrinen voima voi myös iäkkäillä ihmisillä lisääntyä lyhytkestoisen voimaharjoittelun myötä (n. 12 viikkoa). Vanhenemismuutoksista johtuvaa lihasmassan vähenemistä voidaan liikunnan avulla vähentää ainakin osittain. Vanhenemisestä johtuvien fyysisten muutosten nopeus hidastuu tai pysähtyy fyysisen aktiivisuuden myötä. Edellytyksenä on venyttely- ja liikelaajuusharjoittelu kolmesti viikossa. Monien tutkimuksien mukaan lihasvoiman vähenemisen aikaansaamaan heikkouteen, joka lisää kaatumisriskin kasvua ja murtumaherkkyttä sekä johtaa vaikeuksiin suoritua päivittäisissä toiminnoissa, voidaan vaikuttaa säännöllisillä liikuntaharjoitteilla. Kävelynopeuden mittaaminen on keskeinen toimintakyvyn mittausten osa koska kävelykyky on edellytyksenä itsenäiselle selviytymiselle päivittäisissä askareissa. Hitaan kävelynopeuden ja kaatumisten on todettu olevan yhteydessä toisiinsa. Kävelynopeuden mittaamisesta on hyötyä erityisesti niiden asiakkaiden löytämiseksi, joiden toimintakyky on vaarassa heikentyä. (Ranta 2004, 28-30.)

Useissa ikääntyneiden aistitoimintoja selvittäneissä tutkimuksissa on tarkasteltu vanhenemiseen liittyvien muutosten ohessa myös aistitoimintojen keskinäisiä yhteyksiä kognitiiviseen kyvykkyyteen ja arjessa selviytymiseen. Tulosten mukaan iän lisääntyessä aistitoiminnoilla, varsinkin näöllä, voidaan yhä enemmän ennustaa kognitiivista kyvykkyyttä. Myös heikentynyt kuulo on yhteydessä heikentyneeseen suoriutumiseen muistia edellyttävissä tehtävissä ja hei-

kentynyt kognitiivinen kyvykkyys, erityisesti muistin heikentyminen, saattaa vaikeuttaa kuulun ymmärtämistä. (Ranta 2004, 32.)

Näkö ja kuulo heikentyvät vähitellen ikääntymisen myötä ja siksi se voi jäädä huomiotta ja hoitamatta varsinkin niillä ikäihmisillä, joiden terveys ja toimintakyky on muuten hyvät. 70-vuotiailla kuulon ja näön heikkeneminen eivät vaikuta oleellisesti selviytymiseen päivittäisissä toiminnoissa, mutta 90-vuotiailla henkilöillä muutokset ovat edenneet jo pitkälle. Seurauksena voi olla merkittäviä selviytymisvaikeuksia ja siitä johtuvia rajoitteita sosiaalisessa kanssakäymisessä. Näön ja kuulon ongelmat heijastavat aistielimien ja keskushermoston iän tuomien muutosten yhteisvaikutuksia. Sensoristen toimintojen heikentyminen hankaloittaa arjessa selviytymistä, kiihdyttää kognitiivista heikentymistä ja saattaa johtaa syrjään vetäytymiseen. Sensoristen toimintojen heikentyminen lisää kaatumisriskiä ja heikentää pärjäämistä kotona. Tyypillistä aistien vanhenemiselle on, että muutokset aiheuttavat toiminnan vajavuuksia kumuloidvasti eivätkä aistitoiminnot pysty kompensoimaan toisiaan. (Ranta 2004, 29-30.)

Näkökyvyn huononeminen on yksi merkittävimmistä syistä heikentyneeseen toimintakykyyn ikäihmisillä. Odotettavissa olevan eliniän kohotessa myös näkökyvyn huononeminen lisääntyy merkittävästi tulevaisuudessa. Näkökyvyn heikentyminen lisää kaatumisten määrää (myös loukkaantumiseen johtavat kaatumiset), kun lisänä ovat myös heikentynyt kuulo ja tasapaino. Tutkimuksissa huomattiin myös, että 10 vuoden seuranta-aikana 75-80-vuotiaiden joukossa huonontunut näkökyky oli selvästi riskitekijä loukkaantumisiin päätyneissä kaatumisissa. 75-vuotiaiden väestöryhmässä heikentynyt näkökyky ennusti myös kuolleisuutta. Heikentyneellä näkökyvyllä on vaikutusta monella tavalla terveyteen ja toiminnalliseen kyvykkyuteen, näkökyky tulee siis ottaa vakavasti, kun pyritään hidastamaan ikääntymiseen liittyviä prosesseja. Ikääntyneen näön huononemiseen on monia syitä. Muutokset ovat sekä rakenteellisia että fysiologisia. Osa muutoksista on normaaleja ikään liittyviä muutoksia, eivätkä ne merkitse varsinaista sairautta. Tällöin muutokset koskevat useimmiten näön laatua tai kuvan terävyyttä (Kulmala 2010, 6,18.)

6.2 Hyvä perushoito

Ravitsemuksesta ja ruokailusta huolehtiminen on tärkeä osa ikäihmisten hyvää perushoitoa. Oikealla ja riittäväällä ravitsemuksella voidaan siirtää tai jopa ehkäistä sairauksien puhkeamista ja hidastaa niiden pahenemista. Riittävä suojaravintoaineiden saanti nopeuttaa toipumista sairauksista. Myös hyvä toimintakyky ja fyysinen terveys mahdollistavat hyvän ravitsemustilan säilymisen. Yleiset ravintoaineiden saantisuosituksukset koskevat myös ikäihmisiä. Kuitenkin monet sairauksiin ja ikääntymiseen liittyvät seikat asettavat ruualle erityisvaatimuksia. Erilaiset sairaudet voivat vaikuttaa syömiseen, ruokahaluun tai ravintoaineiden imeytymiseen elimistössä ja siksi yleiset suositukset toimivat lähinnä pohjana ravitsemuksen suunnittelulle. Suojaravintoaineiden tarve ei pienene ikääntymisen myötä, vaikka energian tarve vähenee. Vanhukset tarvitsevat paljon vitamiineja, kivennäisaineita ja kohtalaisesti proteiineja. Tutkimus-

ten mukaan täydennysravintovalmisteilla voitaisiin parantaa ravitsemustilaa ja lisäksi parantaa toimintakykyä erityisesti laitosasiakkailta. (Aejmelaesus ym. 2007, 108, 110-111.)

Nukkuminen ja lepo ovat tärkeitä vanhuksille, jotka ovat joutuneet luopumaan monista asioista lisääntyneen avuntarpeen myötä. Olisi tärkeää, että intervallijakson asiakkaat voisivat mahdollisuuksien mukaan noudattaa omaa luonnoista vuorokausirytmäänsä. Riittävä uni suojaa kehoa ja hoitaa myös henkistä hyvinvointia. Ihminen luo nukkuessaan uutta, uusii elimistöään, tallentaa oppimaansa muistiin, käsittelee elämäntapahtumia ja ravitsee aivojaan. Uni lisää myös solujen kasvua, kehitystä ja uusiutumista. (Aejmelaesus ym. 2007, 167.)

Henkilökohtaisesta puhtaudesta ja hygieniasta huolehtiminen kuuluvat peseytyminen, suunhygienia ja -hoito, hiusten ja jalkojen hoito sekä miehillä parranajo ja hoito. Myös ihon hoito kuuluu henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimiseen. Hyvällä ihon hoidolla ja asentohoidoilla estetään painehaavojen syntyä. ikääntyvillä tapahtuu muutoksia myös ihon kunnossa. Ohentuminen, kuivuminen, rypyt, pigmenttimuutokset vaikuttavat ihon hoitoon. Iho alkaa ohentua muuttua läpäisevämmäksi, jolloin ärsyttävät aineet ja bakteerit pääsevät paremmin ihon läpi ja tulehduksia tulee helpommin. Vanhenemisestä johtuvat myös kylmän ja kuuman sietokyvyn heikkeneminen. (Aejmelaesus ym. 2007, 129.)

Vanhusten hoidossa ja kuntoutuksessa tärkeää on myös huolehtia virtsaamiseen ja ulostamiseen liittyvistä ongelmista. Iäkkäillä voi esiintyä useita erilaisia virtsaamiseen ja ulostamiseen liittyviä ongelmia, joissa tarvitaan hoitajan apua. Ummetus voi olla ohimenevää tai pitkäaikaisena. Monet sairaudet aiheuttavat ummetusta, kuten Parkinsonin tauti ja muut dementiaa aiheuttavat sairaudet, diabetes, aivohalvauksen jälkitila, kilpirauhasen vajaatoiminta, peräaukon haavaumat ja jopa masennus. Monilla lääkkeillä on myös taipumus aiheuttaa ummetusta, kuten diureeteilla ja antikolinergeilla. Myös morfiinipitoiset kipulääkkeet ja tulehduskipulääkkeet voivat aiheuttaa ummetusta. Tilapäiseen ummetukseen voi käyttää laksatiiveja. Tavoitteena tulisi olla ravintokuidun lisääminen ruokavalioon, riittävä nesteiden saanti sekä liikunnan lisääminen. (Aejmelaesus ym. 2007, 143-144, 148-149.)

7 Lyhytaikaishoitojakso Riihikodissa

Lyhytaikaisella laitoshoidolla (intervallijaksolla) tarkoitetaan tilapäistä tai määräajoin toistuvaa kuntouttavaa laitoshoidojaksoa, minkä on arvioitu kestävän enintään 90 vuorokautta kerrallaan. Lyhytaikaisen laitoshoidon tarkoituksena on toimia kotihoitoa ja kotona asumista tukevana hoito- ja kuntoutusmuotona. Lisäksi sillä pyritään tukemaan hoidettavan itsenäistä selviytymistä ja ennaltaehkäisemään pysyväishoitoon siirtymistä. Palvelun ensisijaisena tarkoituksena voi olla myös omaishoitajan mahdollisuus lepoon ottamalla omaisen lyhytaikaisesti laitoshoidon. Lyhytaikainen hoito on yleisin omaishoitajien lakisääteisten vapaiden mahdollistaja. (Salin 2008, 21.) Omaishoidon tukeminen ja kehittäminen ovat yksi tärkeimmistä tavoitteista pyrittäessä siihen, että mahdollisimman moni voisi asua omassa kodissaan mahdolli-

simman pitkään. Parhaiten tavoitteeseen on päästy tuki-interventioilla, joissa on yhdistelty erilaisia tukimuotoja yksilöllisesti ja oikea-aikaisesti. Ammatillisilta saadun tuen merkitys omaishoitajan identiteetin ja hyvinvoinnin tukemisessa on merkittävä. Omaishoitajien henkisen tuen tarve on suuri ja interventioissa tämä pitäisikin turvata sopivalla tavalla yhdistellen eri tukimuotoja. Myös luottamuksellisen asiakkuussuhteen syntymisellä on vaikutusta avun hakemiseen ja vastaanottamiseen. (Sulanen 2010, 2.)

Lyhytaikaishoito voi olla myös tukea antavaa vuorohoitoa. Vuorohoito on vuorotellen laitoshoidossa ja kotona toteutettavaa ennalta suunniteltua ympärivuorokautista hoitoa. Hoitojakso voidaan sopia hoidettavan ja hoitajan tarpeiden mukaan, mutta sen lisäksi on mahdollista toteuttaa säännöllisin väliajoin lyhytaikaishoitoa. (Ylirinne 2010, 3.) Hoito- ja kuntoutusjaksoista on monenlaisia kokemuksia. Lyhytaikainen laitoshoidonjakso voi jopa heikentää hoidettavan toimintakykyä ja omatoimisuutta ja käytöshäiriöt saattavat lisääntyä. Myös päivinvastaisia tuloksia on, hoitojakson aikana kognitiivinen kyvykkyys on voinut myös lisääntyä. Lisäksi mieliala on voinut kohentua hoitojakson aikana. Hoidettavan toimintakyky paranee eniten hoidettavilla, joiden omainen on kaikkein uupunein. Yleisesti omaishoitajien mukaan hoidettavan henkisessä ja hengellisessä tukemisessa ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämässä on ollut parantamisen varaa. (Salin 2008, 22-23.) Tutkijoiden mukaan muistiasiakkaille on mahdollista järjestää lyhytaikaista hoitoa tai kuntoutusta ilman kognitiivisen tason tai mielialan laskua. Omaishoitajille lyhytaikaisen avun tai laitoshoidonjakson tärkein merkitys on kokea olevansa vapaa hoitamisen vastuusta sen ajan, kun omainen on hoitojaksoilla. Vapana oleminen merkitsee ”kognitiivista matkaa”, kun omainen pääsee hetkeksi pois hoitamisen maailmasta ja antaa itselleen mahdollisuuden ottaa vastaan sosiaalista tukea. Lyhyitä vapaita asioiden hoitoa varten ei pidetä merkityksellisinä, mutta pidemmät hoito- ja kuntoutusjaksot laitoshoidossa tuntuvat omaishoitajista akkujen lataamiselta. Intervallihoidon koti- ja laitoshoidon kesto sovitetaan yleensä asiakkaan tarpeiden mukaan niin, että se parhaiten tukee kotona olemista osan ajasta. Kertaluonteisen lyhytaikaishoidon tarpeen määritykset ovat vaihtelevia. Niitä voivat olla kuntoutuminen sairaalajakson jälkeen, kodissa tehtävä remontti tai omaisen matka. (Muurinen 2003, 18.) Omaishoitajan elämässä hoito- ja kuntoutusjaksot mahdollistavat normaalin elämän elämisen, mutta toisaalta myös huolta annetun kuntoutuksen tai hoidon laadusta. (Salin 2008, 29.)

7.1 Lyhde-yksikkö

Lyhde-yksikkö sijaitsee Riihimäellä Riihikodissa. Yksikkö on erikoistunut hoitamaan ja kuntouttamaan intervallipaikka-asiakkaita. Lyhde-yksikössä järjestetään kuntoutusjaksoja pääsääntöisesti asiakkaille, joita hoitaa kotona lähiomainen. Lyhteessä on yhteensä tätä tarkoitusta varten 17 asukaspaikkaa, joista yksi varattu kriisipaikaksi. Asiakkaista noin puolet on dementiaa sairastavia ikäihmisiä. Ikäihmisiä ovat lähes kaikki intervallijaksoille tulevista asukkaista. Kaikki intervallijaksot on ennalta suunniteltuja ja sovittuja. Suuri osa intervallipaikka-asukkaista tulee jaksoille säännöllisesti. Lyhteessä hoitava lääkäri toimii myös kotisai-

raanhoidon lääkäriä. Lisäksi yksikkö on saanut oman fysioterapeutin, joka nähdään hyvin tärkeänä asiana kuntoutustyössä. Tällä hetkellä kuntoutusjaksot ovat pituudeltaan 7-10 päivää. Riihikodin lyhytaikaisyksikössä laaditaan kuntoutussuunnitelma asiakkaalle kuntoutustarpeen mukaan. Lyhytaikaishoidon perusteena on hoitavan omaisen lepo, ainakin omaishoitajan lakisääteiset vapaapäivät. Hoito- ja kuntoutusjakson tarpeina voivat lisäksi olla asukkaan toimintakyvyn ylläpitoon liittyvä kuntoutus ja kotiutuspaikat, jotka toimivat välivaiheena esimerkiksi laitoshoidon ja kotiutumisen välillä. Muita syitä hoito- ja kuntoutusjakson tarpeeseen voivat olla asunnon korjaukset toimintarajoitteisilla, kriisipaikat tai sosiaaliset syyt. Tällä hetkellä pohditaan, kuinka paljon osastolla tulisi tehdä toimintakyvyn arviointia ja tehdäänkö tarpeen vaatiessa kotikäyntejä. Intervallijaksoilla pyritään mahdollisuuksien mukaan tukemaan myös omaishoitajaa. Yleisesti lyhytaikaishoidon asiakkailla tarkoitetaan sekä sairastunutta asiakasta että häntä hoitavaa omaishoitajaa. Molempien voidaan katsoa olevan kuntoutujia, vaikka sairastunut on ensisijainen asiakas. (Muurinen 2003, 27.)

Omaishoitajan uupumisen yleisimmät syyt ovat asiakkaiden vaativa käyttäytyminen ja toimintakyvyn heikkeneminen sekä asiakkaasta huolehtivan omaisen tukemisen ja tiedonsaannin riittämättömyys. Edelleenkin dementia-asiakkaiden hoidon suurin ongelma on diagnoosin viivästyminen. Osittain tämän takia on vain vähän tietoa dementia-asiakkaiden hoidon ja kuntoutuksen tehokkuudesta taudin varhaisvaiheessa. (Kallanranta, Rissanen & Viikkumaa 2003, 212-213.)

8 Pohdinta

FinCC-luokitusjärjestelmä soveltuu osittain käytettynä lyhytaikaisosaston kuntoutussuunnitelman laatimisen tarpeisiin. Riihikodin sähköinen kuntoutussuunnitelma on kattava komponenttien osalta, kuitenkin esimerkiksi lääkettä ei ole erikseen määritelty komponentteihin, jossa sen olisi tärkeä olla lääkityksen toteuttamista ja arviointia varten. Painotus opinnäytetyössä on fyysisen kunnon ylläpitämisessä ja lisäämisessä. Tämä on huomioitu hyvin myös Riihikodin Lyhde-yksikössä, jossa on asukkaiden kuntoutustarpeita varten oma fysioterapeutti. Hän on tärkeä osa moniammatillista työryhmää. Jatkokehitysideana voisi olla kuntoutussuunnitelmaan lisättävä psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitämiseen ja lisäämiseen liittyvät komponentit. Opinnäytetyössä on esitelty myös FinCC -luokitusjärjestelmän oma hoitosuunnitelmalomake, jossa on hyvin näkyvillä komponentit, pää- ja alaluokkien käyttö sekä arviointiosio hoitosuunnitelmassa.

Tapaamisissamme Lyhde-yksikössä kävimme läpi FinCC-luokitusta ja sen käyttämistä kuntoutussuunnitelman laadinnassa. Aktiivisuuskortti (oppaaseen liitettynä) on ollut käytössä joillakin asukkailla ja se on osa kuntoutussuunnitelmaa. MNA:sta keskustelimme myös viimeisimmässä tapaamisessa ja työryhmään kuului hoitaja, joka on saanut koulutuksen MNA:n käyttöön asiakastyössä. MNA:n käyttäminen jatkossa ravitsemuksen arvioimiseksi herätti kiinnostusta työryhmässä ja siksi se on oheistettu opinnäytetyöhön.

Riihikodin kaltaisiin lyhyisiin hoitajaksiin erikoistuneisiin osastoihin on varmasti jatkossakin tarvetta. Siitä kuinka paljon kuntoutettava - erityisesti dementiaa sairastava vanhus - hyötyy kuntoutusjaksosta, on olemassa hyvin erilaisia tuloksia. Kuitenkin se, että taataan omaisille lakisääteiset vapaapäivät on tärkeä asia. Liian usein jo itsekä ikääntynyt oma hoitaa puolisoaan oman terveytensä kustannuksella. Avun ja tuen tarpeiden määrittäminen oikein on sangen merkityksellistä kotihoitoon siirryttäessä.

Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2009 Riihikodin Lyhde-yksikön toimeksiannosta. Opinnäytetyö oli hankkeistettu laadukkaamman kuntoutustyön edistämiseksi ja kirjaamisen parantamiseksi Riihikodissa. Ongelmana oli tuolloin, että kuntoutussuunnitelma ja päivittäiskirjaus eivät kulkeneet rinnakkain ja että tavoitteellisuus oli puutteellista laadituissa kuntoutussuunnitelmissa. Opinnäytetyöprosessiin on vaikuttanut monet muutokset Riihikodissa, remontit, muutot ja muuttuva kehittämistyö. Lämmin kiitokseni Riihikodin Lyhde -yksikön työryhmälle antoisista keskusteluista ja kehittämisideoista.

Lähteet

- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2008. Erikoistu vanhustyöhön. 1-2. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Agronin, M. E. 2008. Alzheimer disease and other dementias. Wolters Kluwer Health. Lippicott Williams & Wilkins.
- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.
- Erkinjuntti, T. Alhainen K., Rinne, J. & Soininen, H. 2006. Muistihäiriöt ja dementia. 2. painos. Hämeenlinna: Karisto.
- Hautaviita, T. 2011. Tietosuoja ja -turva terveydenhuollossa, keskeinen lainsäädäntö. Diarja. Hyvinkää: Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2008. Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Heimonen, S-L. & Voutilainen, p. 2006. Avaimia arviointiin, Dementoituneiden kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima.
- Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. 2003. Kuntoutus. 1.painoksen (2001) muuttamaton jatkopainos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino
- Kulmala, J. 2010. Visual acuity in relation to functional performance, falls and mortality in old age. Jyväskylä: Publishing Unit, University Library of Jyväskylä.
- Lento-Hukkinen, T. 2009. "Ei me olla ihmeiden tekijöitä". Henkilökunnan käsitykset muistisairaankotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä ja kotiuttamisprosessista. Opinnäytetyö. Tikkurila. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Muurinen, S. 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Muurinen, S., Finne-Soveri, H., Sinervo, T., Noro, A., Andersson, S., Heinola, R. & Vilkkoo, A. 2009. Ikähorisontti - uudet palvelukonseptit. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 10.12.2009. <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/3F4A67A8-49FB-461D-A5A6-FAFD962FBF47/15167/Uudetkonseptit8920094>.
- Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomuksen käytettävyys. 2010. Tietojenkäsittelytieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Ranta, S. 2004. Vanhenemismuutosten eteneminen 75-vuotiaiden henkilöiden antropometristen ominaisuuksien, fyysisen toimintakyvyn ja kognitiivisen kyvykkyyden muutokset viiden ja kymmenen vuoden seuranta-aikana. Jyväskylä: Jyväskylä Printing House.
- Salin, S. 2008. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaali malli vanhuksen kotihoidon osana. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Sankari, A. & Jyrkämä, J. 2008. Lapsuudesta vanhuuteen, iän sosiologiaa. 2. painos. Tampere: Juvenes Print.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Suomen kuntaliitto. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008.3. Helsinki: Yliopistopaino.

Sulanen, J. 2010. Omaishoitajien käsityksiä kotikuntoutusinterventiosta ja sen merkityksestä omaishoidon arkeen. Pro gradu. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopisto.

Talo, S. 2001. Toimintakyky - viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen. Seminaariraportti. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki- WSOY Oppimateriaalit.

Ylirinne, A. 2010. Omaishoitajien kokemuksia puolison vuorohoidosta laitoksessa. Pro Gradu - tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopisto.

Elektroniset lähteet

L=22.4.1999/523. Henkilötietolaki 523/1999. Viitattu 6.11.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

L=17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1999. Viitattu 6.11.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L=9.2.2007/159. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007. Viitattu 6.11.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomuksen käytettävyys. Yhteenvetoraportti. 2010. Viitattu 4.2.2011.
http://www.tsr.fi/c/document_library/get_file?folderId=13109&name=DLFE-2064.

Sairaanhoitajaliitto 2010. Viitattu 4.11.2010.
(https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/asiantuntijuuden_kehittaminen/gerontologinen_hoitotyö/)

Liite

***KIRJAAMISOPAS SÄHKÖISEEN KUNTOUTUSSUUNNITELMAAN
INTERVALLIPAikkaOSASTOLLA***

Riihikoti



HYVÄ LUKIJA

Tämän kirjaamisoppaan tarkoituksena on esitellä FinCC –luokitusjärjestelmän käyttöä sähköisen kirjaamisen apuna ja avata komponentteja sekä pää- ja alaluokkien käyttöä sähköisessä kuntoutussuunnitelmassa. FinCC-luokitusjärjestelmä on valtakunnallinen, monessa terveydenhuoltoalan yksikössä kirjaamista ohjaava luokitusjärjestelmä. Toivon, että oppaasta on Sinulle hyötyä ja että se voisi mahdollistaa kirjaamisen kehittämistä ja saada uusia hyviä ideoita viriämään kuntoutussuunnitelman laadinnassa ja toteutuksessa.

Oppaassa on ensin esitelty Riihikodin oma kuntoutussuunnitelma sellaisena kuin se nyt on. Seuraavassa taulukossa on esitelty komponentti ja komponentin sisällön kuvaus. Kolmannessa taulukossa on näkyvillä Riihikodin E-komponentit, FinCC komponentit, komponenttien sisällön kuvaukset, pää- ja alaluokat aktiviteetti –komponentin osalta sekä vapaan tekstin tila. Riihikodin omasta kuntoutussuunnitelmasta mukaan on otettu ne E-komponentit (otsikot), jotka sovimme viimeisessä tapaamisessamme. Opas on käytävissä myös powerpoint-versiona.

KUNTOUTUSSUUNNITELMA

Riihimäen kaupunki Perusturvakeskus		Kuntoutussuunnitelma	
Omahoitaja		Korvaava hoitaja	
Hoitotyön diagnoosi			
Hoito/ kuntoutustyön päätavoite			
Lääketieteelliset diagnoosit			
Hoitoon/ kuntoutukseen tulon syy			
Asiakkaan vointi hoito/ kuntoutusjaksolle tullessa			
Elämisen toiminnot E-viestiminen E-turvall. ympäristö E- hengittäminen E-syöminen ja juominen E-erittäminen E- henkilökoht. puht. ja vaat. E-kehon lämpötila E-liikkuminen E-harrastukset E-sukupuolisuuden ilmaisem. E-nukkuminen E-psykososiaalisuus E-hengelliset tarpeet E-kuoleminen E-muu	Tavoitteet	Keinot	
Arviointi			

FinCC –LUOKITUS KUNTOUTUSSUUNNITELMASSA

Kuntoutussuunnitelman liitteenä on Riihikodissa käytössä toimiva kuntoutussuunnitelma, johon on liitetty FinCC -luokitusjärjestelmä. Käyttöä helpottaisi, jos komponentit olisivat identtisiä FinCC -luokituksen kanssa. Taulukossa on nähtävillä FinCC-luokituksen pääkomponenttien jaottelu FinCC-oppaan mukaisesti, vaalean oranssilla värillä on tuotu esiin komponentit ja valkoisella värillä sisällön kuvaukset, joita käytetään kuntoutussuunnitelman laadinnassa.

KOMPONENTTI	Komponentin sisällön kuvaus
Aktiviteetti	Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset
Erittäminen	Ruansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun liittyvät osatekijät
Selviytyminen	Yksilön ja perheenkyky käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet ja tehtävät
Nestetasapaino	Elimistön nestemäärään ja nestetasapainoon liittyvät osatekijät
Terveyskäyttäytyminen	Terveystietämiseen liittyvät osatekijät
Terveyspalvelujen käyttö	Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteiden ottoon liittyvät osatekijät
Lääkehoito	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
Ravitseminen	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
Hengitys	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
Kanssakäyminen	Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät
Turvallisuus	Sairauden ja tai hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit
Päivittäiset toiminnot	Omatoimisuuteen liittyvät tekijät
Psyykkinen tasapaino	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät
Aistitoiminta	Aistien toimintaan liittyvät osatekijät
Kudoseheys	Lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät
Jatkohoito	Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät
Elämänkaari	Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät
Verenkierto	Eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät
Aineenvaihdunta	Endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään liittyvät osatekijät

Taulukossa ensimmäisenä on näkyvissä kaikki valitut Riihikodin komponentit, toisena kaikki FinCC-komponentit ja kolmantena kaikki FinCC-komponenttien sisällön kuvaukset. Neljännessä palkissa on otettu pää- ja alaluokista Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset -esimerkki, jota on käsitelty tarkemmin sivuilla 14-15. Viidentenä on esimerkkejä vapaasta kirjoittamisesta, mikä täydentää kirjaamista. Vapaa teksti ei ole aina välttämätön, jos tarkempaa selvitystä ei tarvita.

Riihikodin komponentit	FinCC-komponentit	Komponentin sisällön kuvaus	Pää- ja alaluokka esim. aktiviteetin ym. muutokset	Vapaa teksti (esimerkki)
E-viestiminen	Aktiviteetti	Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset	AKTIVITEETIN MUUTOS	Asukas ei ole enää jaksanut osallistua ryhmätapahtumiin
E-turvall. ympäristö	Erittäminen		Aktiviteetin heikkeneminen	
E-syöminen ja juominen	Selviytyminen	Ruuanvalvontaan, ym. liittyvät osatekijät	Ajanvietteen vähäisyys	
E-erittäminen	Nestetasapaino		Yliaktiivisuus	Nukkuu 4 tuntia yössä
E- henkilökoht. puht. ja vaat.	Terveyskäyttäytyminen	Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia ym.	Liikunnan vähäisyys	
E-kehon lämpötila	Terveyspalvelujen käyttö	Terveystietämiseen l.o.	Väsymys	
E-liikkuminen	Lääkehoito	Palvelutapahtuman aikana tarv. asiantuntijapalveluihin ym. l.o.	Rasituksen huono sietokyky	Valvoo suurimman osan yöstä
E-harrastukset	Ravitseminen		Liikunnan rajoittaminen	
E-nukkuminen	Hengitys	Lääkkeiden käyttöön ym. l.o.	Lihaskunnan heikkous	
E-psykososiaalisuus	Kanssakäyminen	Ravinnon ym. turvaamiseen l.o.	UNIÄIRIÖT -UNEN LAADUN JA MÄÄRÄN MUUTOS	
E-hengelliset tarpeet	Turvallisuus	Yksityisyyteen ja yhdessäoloon l. o.	Liiallinen uni	
E-muu	Päivittäiset toiminnot	Sairauden ym. aih. turvallisuusriskit	Vähäunisuus	
	Psyykinen tasa-paino		Unettomuus	
	Aistitoiminnot	Omatoinnukseen l.o.	Vuorokausirytmien muutos	
	Kudoseheys	Psyykkisen tasa-painon saavuttamiseen l. o.	Nukahtamisvaikeudet	
	Jatkohoito	Aistien toim. l.o.	Uniapnea	
	Elämäntapa	Limakalvojen ym. kuntoon l.o.	Katkonainen uni	
	Verenkierto	Hoidon päättämiseen ym. l.o.		
	Aineenvaihdunta	Elämän vaiheisiin l.o.		

Riihimäen kaupunki Perusturvakeskus	Kuntoutussuunnitelma	
Omahoitaja	Korvaava hoitaja	
Hoitotyön diagnoosi		
Hoito/ kuntoutustyön päätavoite		
Lääketieteelliset diagnoosit		
Hoitoon/ kuntoutukseen tulon syy		
Asiakkaan vointi hoito/ kuntoutusjaksolle tullessa		
Elämisen toiminnot E-viestiminen E-turvallinen ympäristö E- hengittäminen E-syöminen ja juominen E-erittäminen E- henkilökohtainen puhtaus ja vaetus E-kehon lämpötila E-liikkuminen E-harrastukset E-nukkuminen E-psykososiaalisuus E-hengelliset tarpeet E-muu	Tavoitteet Aktiviteetti Saada asukas osallistumaan ryhmätoimintaan Asukkaan liikkumiskyky ja –halu parantuisi Unen laatu paranisi Unen pituus olisi keskimäärin 8 h Omaisensa univaje korjaantuisi asukkaan hyvän yön myötä jatkossa	Keinot Aktiviteetti Pyytää & ohjata asukasta mukaan ryhmätoimintaan Kertoa ryhmätoimintamista & innostaa mukaan Fysioterapeutti kartoittaa liikkumiskykyä & tarkistaa mahdollisten apuvälineiden tarpeen Aktivoidaan asukasta liikkumaan Päiväunien pituutta vähennetään Illalla ei enää tarjota kahvia tai teetä Kodin makuuhuoneeseen suositellaan pimennysverhojen hankintaa
Arviointi	Aktiviteetti Asukas osallistunut opiskelijan järjestämään tietovisaan Mukana yhteislaulutuokiossa Asukkaalle tilattu rollaattori, jolla asukas liikkunut hyvin sisä- ja ulkotiloissa Omahoitajan kanssa käynyt pihalla ulkoilemassa Asukas nukkunut nyt n. 7 tuntia yössä	

FinCC-luokitusjärjestelmän Komponentit->Pääloukat->Alaluokat & Vapaa teksti

<i>Komponentti</i>	<i>Pääloukka</i>	<i>Alaluokka</i>	<i>Vapaa teksti</i>
<p>1. AKTIVITEETTI Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset</p>	<p><i>Aktiviteetin seuranta</i></p> <p><i>Aktiviteettia edistävä toiminta</i></p> <p><i>Aktiviteettiin liittyvä ohjaus</i></p> <p><i>Toiminnan rajoittaminen</i></p> <p><i>Uni- ja valvetilan seuranta</i></p> <p><i>Uni- ja valvetilaa edistävä toiminta</i></p> <p><i>Uni- tai valvetilaan liittyvä ohjaus</i></p>	<p><i>Leikki</i></p> <p><i>Virikkeiden järjestäminen</i></p> <p><i>Toiminnallinen kuntoutus</i></p> <p><i>Liikeharjoitusten toteuttaminen</i></p> <p><i>Toiminnallisuutta ylläpitävä asentohoito</i></p> <p><i>Liikunnan rajoittaminen</i></p> <p><i>Rasituksen välttäminen</i></p> <p><i>Unta edistävän ympäristön järjestäminen</i></p> <p><i>Vuorokausirytmien muuttaminen</i></p>	

<i>Komponentti</i>	<i>Pääluokka</i>	<i>Alaluokka</i>	<i>Vapaa teksti</i>
<p>2. ERITTÄMINEN</p> <p><i>Ruuansulatuksen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät</i></p>	<p><i>Suoliston toiminnan seuranta</i></p> <p><i>Suoliston toiminnan seuranta</i></p> <p><i>Suoliston toiminnan ylläpitäminen</i></p> <p><i>Suoliston toimintaan liittyvä ohjaus</i></p> <p><i>Virtsamisen seuranta</i></p> <p><i>Munuaisten ja virtsateiden toiminnan ylläpitäminen</i></p>	<p><i>Ulosteen määrän tai laadun seuranta</i></p> <p><i>Suoliäänten seuranta</i></p> <p><i>Ripuloivan potilaan hoito</i></p> <p><i>Ummetuksesta kärsivän potilaan hoito</i></p> <p><i>Suoliston tyhjentäminen</i></p> <p><i>Virtsamäärän seuraaminen</i></p> <p><i>Virtsan laadun seuraaminen</i></p> <p><i>Kestokatetrihoidon toteuttaminen</i></p> <p><i>Kertakatetroinnin toteuttaminen</i></p> <p><i>Virtsateiden tai rakon huuhteleminen</i></p> <p><i>Kystostomoidun potilaan hoito</i></p> <p><i>Virtsan pidätyskyvyttömyyden hoitaminen</i></p> <p><i>Virtsanerityksen edistäminen</i></p>	

<i>Komponentti</i>	<i>Pääluokka</i>	<i>Alaluokka</i>	<i>Vapaa teksti</i>
3 SELVIYTYMINEN <i>Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet</i>	<i>Avannepotilaan hoito</i>	<i>Avannepussin vaihto tai tyhjennys</i>	
	<i>Avanteeseen liittyvä ohjaus</i>	<i>Avanteen tai avannetta ympäröivän ihon seuranta ja hoito</i>	
	<i>Pahoinvoinnin tai oksentamisen huomiointi</i>	<i>Oksennusten määrän tai laadun seuranta</i>	
	<i>Pahoinvoinnin hoito</i>	<i>Pahoinvointiriskin määrittäminen</i>	
	<i>Pahoinvoinnin ehkäisyyn ja hoitoon liittyvä ohjaus</i>	<i>Pahoinvoinnin ehkäisy</i>	
	Potilaan selviytymiskyvyn arviointi		
	<i>Potilaan selviytymisen tukeminen</i>		
	<i>Potilaan uusien selviytymiskeinojen etsiminen</i>		
	<i>Perheen selviytymiskyvyn arviointi</i>		
	<i>Perheen selviytymisen tukeminen</i>		
<i>Perheen uusien selviytymiskeinojen etsiminen</i>			
<i>Henkinen tuki</i>			

<i>Komponentti</i>	<i>Pääluokka</i>	<i>Alaluokka</i>	<i>Vapaa teksti</i>
<p>4. NESTETASAPAINO</p> <p><i>Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät</i></p>	<p><i>Nestetasapainon seuranta</i></p> <p><i>Nesteytyksestä huolehtiminen</i></p> <p><i>Nesteytykseen liittyvä ohjaus</i></p> <p><i>Nestemäärän rajoittaminen</i></p> <p><i>Nesteenpoiston edistäminen</i></p>	<p><i>Nestetasapainon laskeminen</i></p> <p><i>Turvotusten tarkkailu</i></p> <p><i>Nesteiden antaminen suun kautta</i></p>	
<p>5. TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN</p> <p><i>Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät</i></p>	<p><i>Elintapojen arviointi</i></p> <p><i>Terveyttä edistävä ohjaus</i></p> <p><i>Hoitoon sitoutumisen edistäminen</i></p> <p><i>Terveyden edistämiseen tukeminen</i></p>	<p><i>Ravitsemustottumusten selvittäminen</i></p> <p><i>Liikuntatottumusten selvittäminen</i></p> <p><i>Päihteen käyttötottumusten selvittäminen</i></p> <p><i>Lääkkeiden käytön selvittäminen</i></p> <p><i>Tupakoinnin selvittäminen</i></p> <p><i>Muiden riippuvuuksien selvittäminen</i></p> <p><i>Hoitosopimuksen tekeminen</i></p> <p><i>Hoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistaminen</i></p> <p><i>Päätöksenteon tukeminen</i></p> <p><i>Sairaudentunnon vahvistaminen</i></p>	

<i>Komponentti</i>	<i>Pääluokka</i>	<i>Alaluokka</i>	<i>Vapaa teksti</i>
<p>6. TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ</p> <p><i>Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntija-palveluihin, tutkimuksiin ja näytteidenottoon liittyvät osatekijät</i></p>	<p><i>Palvelutapahtuman aikaisen hoidon koordinointi - hoitoon osallistuvat tahot</i></p> <p><i>Potilaan oikeuksista tiedottaminen</i></p> <p><i>Näytteiden ottaminen</i> <i>Näytteen ottoon liittyvä ohjaus</i> <i>Näytteenoton jälkeinen tarkkailu</i> <i>Tutkimuksen, toimenpiteeseen valmistaminen</i> <i>Tutkimuksen, toimenpiteen suorittaminen</i> <i>Tutkimuksessa tai toimenpiteessä avustaminen</i> <i>Tutkimuksen, toimenpiteen jälkeinen tarkkailuminen</i> <i>Tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvä ohjaus</i></p>	<p><i>Lääkäri</i> <i>Sosiaalityöntekijä</i> <i>Asiantuntijasairaanhoitaja</i> <i>Toimintaterapeutti</i> <i>Fysioterapeutti</i> <i>Ravitsemusterapeutti</i> <i>Psykoterapeutti</i> <i>Psykologi</i> <i>Kuntoutusohjaaja</i> <i>Tulkkipalvelut</i> <i>Jalkojenhoitaja</i> <i>Näkökeskus</i> <i>Kuuloasema</i> <i>Apuvälineyksikkö</i> <i>Pappi</i> <i>Muiden ammattiryhmien palvelu</i> <i>Muu avustava palvelu</i> <i>Moniammatillinen työryhmä</i></p> <p><i>Näytteenottoon valmistaminen</i> <i>Verinäyte</i> <i>Ulostusnäyte</i> <i>Muu näyte</i></p>	

<i>Komponentti</i>	<i>Pääluokka</i>	<i>Alaluokka</i>	<i>Vapaa teksti</i>
<p>7. LÄÄKEHOITO</p> <p><i>Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät</i></p>	<p>Lääkkeen vaikutuksen seuranta</p> <p><i>Lääkkeen vaikuttavuuden seuranta</i></p> <p><i>Lääkehoidon ohjaus</i></p> <p><i>Lääkkeiden jako doseittiin</i></p> <p><i>Solunsalpaajahoidon toteuttaminen</i></p>	<p><i>Lääkehoidon kirjallinen ohjaus</i></p> <p><i>Lääkehoidon suullinen ohjaus</i></p> <p><i>Lääkehoidon puhelinohjaus</i></p> <p><i>Lääkehoidon ohjaus kirjeitse</i></p> <p><i>Lääkehoidon muu ohjaus</i></p> <p><i>Lääkkeet murskataan</i></p> <p><i>Lääkkeessä tauko</i></p> <p><i>Lääke suun kautta</i></p> <p><i>Lääkeinjektion anto</i></p> <p><i>Lääke per rectum</i></p> <p><i>Inhalaation antaminen</i></p> <p><i>Lääkelaastarin vaihtaminen</i></p> <p><i>Lääke emättimeen</i></p> <p><i>Voiteiden käyttäminen</i></p> <p><i>Tippojen antaminen</i></p> <p><i>Sumutteiden antaminen</i></p> <p><i>Pintapuudute</i></p> <p><i>Ravitsemuskartoituksen tekeminen</i></p> <p><i>Painon kontrollointi</i></p> <p><i>Pituuden kontrollointi</i></p> <p><i>BMI-arvon määrittäminen</i></p>	
<p>8. RAVITSEMUS</p> <p><i>Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät</i></p>	<p>Ravitsemustilan seuranta</p> <p><i>Ravinnonsaannin turvaaminen</i></p> <p><i>Äänmukaisesta ravitsemuksesta huolehtiminen</i></p> <p><i>Lisäravinnon antaminen</i></p> <p><i>Ravinnon määrän rajoittaminen</i></p> <p><i>Ravitsemukseen liittyvä ohjaus</i></p>	<p><i>Ruokailun seuranta</i></p> <p><i>Erityisruokavalion toteuttaminen</i></p> <p><i>Lisäravinteiden tarjoaminen</i></p> <p><i>Mieliruokien tarjoaminen</i></p> <p><i>Hyvän ruokailuasennon huomioiminen</i></p>	MNA

<i>Komponentti</i>	<i>Pääluokka</i>	<i>Alaluokka</i>	<i>Vapaa teksti</i>
9. HENGITYS	<i>Hengityksen seuranta</i> <i>Hengityksen hoitoon liittyvä ohjaus</i>	<i>Hengityksen laadun ja määrän seuranta</i> <i>Hengitystä helpottava asento-ohjoito</i> <i>Hengityksen hoito apuvälineillä</i> <i>Hengitysilman kostutus</i>	
10. VERENKIERTO	<i>Verenkierron seuranta</i> <i>Verenkierron ylläpitäminen</i> <i>Kehon lämpötasapainosta huolehtiminen</i> <i>Aineenvaihduntaan liittyvä tarkkailu ja hoito</i> <i>Immunologisten muutosten huomioiminen</i>	<i>Verenpaineenseuranta</i> <i>Sykkeän seuranta</i> <i>Sydämen rytmin seuranta</i> <i>Sydänfilmin ottaminen</i> <i>Ihon värin ja lämmön seuranta</i> <i>Verenkiertoa ylläpitävä asento-ohjoito</i> <i>Verenkiertoa ylläpitävät apuvälineet</i> <i>Lämmön seuranta</i> <i>Lämpötilan ylläpitäminen</i> <i>Lämpötilan alentaminen</i> <i>Lämpötilan kohentaminen</i>	
11. AINEENVAIHDUNTA	<i>Aineenvaihduntaan liittyvä ohjaus</i>	<i>Verensokerin tarkkailu ja hoito</i> <i>Infektioriskin tunnistaminen</i>	
12. KANSSAKÄYMINEN <i>Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät</i>	<i>Yksityisyyden mahdollistaminen</i> <i>Kommunikaation tukeminen</i> <i>Sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen</i> <i>Yhdessäolon mahdollistaminen</i> <i>Kommunikaatioon liittyvä ohjaus</i>		

<i>Komponentti</i>	<i>Pääluokka</i>	<i>Alaluokka</i>	<i>Vapaa teksti</i>
<p>13. TURVALLISUUS</p> <p><i>Sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit</i></p> <p>14. PÄIVITTÄISET TOIMINNOT</p> <p><i>Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät</i></p> <p>15. PSYKKINEN TASAPAINO</p> <p><i>Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen liittyvät osatekijät</i></p>	<p><i>Ulkoisen turvallisuuden lisääminen</i></p> <p><i>Uhkaavan käyttäytymisen hallinta</i></p> <p><i>Puhtaudesta huolehtiminen</i></p> <p><i>Ruokailun järjestäminen</i></p> <p><i>Liikkumisessa avustaminen</i></p> <p><i>WC-toimintojen turvaaminen</i></p> <p><i>Apuvälineiden järjestäminen</i></p> <p><i>Apuvälineiden käytön ohjaus</i></p> <p><i>Päivittäisiin toimintoihin liittyvä ohjaus</i></p> <p><i>Psyykkisen tilan seuranta</i></p>	<p><i>Turvallisen ympäristön järjestäminen</i></p> <p><i>Potilan liikkumisen rajoittaminen ja seuranta</i></p> <p><i>Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen ja seuranta</i></p> <p><i>Tapaturmariskin huomioiminen</i></p> <p><i>Rajojen asettaminen</i></p> <p><i>Peseytymisessä avustaminen</i></p> <p><i>Pukeutumisessa avustaminen</i></p> <p><i>Suun ja hampaiden hoidossa avustaminen</i></p> <p><i>Ruokailussa avustaminen</i></p> <p><i>Kävelyharjoituksista huolehtiminen</i></p> <p><i>Seisomaharjoituksista huolehtiminen</i></p> <p><i>Istumaharjoituksista huolehtiminen</i></p> <p><i>WC-toiminnoissa avustaminen</i></p> <p><i>Havaintokyvyn häiriöiden tunnistaminen</i></p> <p><i>Ajattelu- ja puhehäiriöiden tunnistaminen</i></p> <p><i>Käyttäytymisen häiriöiden tunnistaminen</i></p>	

<i>Komponentti</i>	<i>Pääluokka</i>	<i>Alaluokka</i>	<i>Vapaa teksti</i>
	<i>Hoitosuhteen luominen ja ylläpitäminen</i> <i>Eri terapiamuotojen käyttäminen</i> <i>Mielialan seuranta</i> <i>Minäkuvan muutoksen hoito</i> <i>Todellisuustajun vahvistaminen</i> <i>Rauhoittaminen</i> <i>Psyykinen tuki</i> <i>Sisäisen turvallisuuden vahvistaminen</i>	<i>Omahoitajakeskustelu</i> <i>Perhekeskustelu</i> <i>Ryhmäkeskustelu</i> <i>Potilaan todellisuuden kuunteleminen</i> <i>Ymmärryksen ja tietoisuuden lisääminen</i> <i>Kognitiivinen terapia</i> <i>Kuvataideterapia/ taideterapia</i> <i>Musiikkiterapia</i> <i>Valoterapia</i> <i>Minäkuvan vahvistaminen ja tukemisen terapia</i> <i>Läsnäolo</i> <i>Toivon ylläpitäminen</i> <i>Lohduttaminen</i>	

<i>Komponentti</i>	<i>Pääluokka</i>	<i>Alaluokka</i>	<i>Vapaa teksti</i>
<p>16. AISTITOIMINTA</p> <p>Aistien toimintaan liittyvät osatekijät</p>	<p><i>Kuuloaistin muutosten huomiointi</i></p> <p><i>Kuuloaistiin liittyvä ohjaus</i></p> <p><i>Näköaistin muutosten huomiointi</i></p> <p><i>Näönkäytön ohjaus</i></p> <p><i>Tuntoaistin muutosten huomiointi</i></p> <p><i>Tuntoaistiin liittyvä ohjaus</i></p> <p><i>Toimenpiteisiin liittyvien tuntu muutosten seuranta</i></p> <p><i>Tasapainoaistin muutosten huomiointi</i></p> <p><i>Tasapainon ylläpitoon liittyvä ohjaus</i></p> <p><i>Haju- ja makuaistin muutosten huomiointi</i></p> <p><i>Haju - ja makuaistiin liittyvä ohjaus</i></p> <p><i>Apuvälineiden järjestäminen</i></p> <p><i>Apuvälineisiin liittyvä ohjaus</i></p> <p><i>Ärsykeherkkyyden huomioiminen</i></p> <p><i>Kivun seuranta</i></p> <p><i>Kivun hoito</i></p> <p><i>Kivunhoitoon liittyvä ohjaus</i></p>	<p><i>Kuuloaistin stimulointi</i></p> <p><i>Mekaanisen esteen poistaminen korvakäytävästä</i></p> <p><i>Heikentyneen näkökyvyn huomioiminen</i></p> <p><i>Näköaistin stimulointi</i></p> <p><i>Tasapainon havainnointi</i></p> <p><i>Tasapainoaistin stimulointi</i></p> <p><i>Hajuaistin stimulointi</i></p> <p><i>Makuaistin stimulointi</i></p> <p><i>Kivun voimakkuuden mittaaminen</i></p> <p><i>Kivun arviointi (laatu, sijainti, esiintyvyys)</i></p>	

<i>Komponentti</i>	<i>Pääluokka</i>	<i>Alaluokka</i>	<i>Vapaa teksti</i>
<p>17. KUDOSEHEYS</p> <p><i>Lima- ja sarveiskalvon sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät</i></p>	<p><i>Ihon kunnon seuranta</i></p> <p><i>Ihon perushoito</i> <i>Ihon hoitoon liittyvä ohjaus</i> <i>Ihottuman seuranta</i> <i>Ihottuman hoito</i> <i>Ihottuman hoitoon liittyvä ohjaus</i></p> <p><i>Limakalvojen kunnon seuranta</i> <i>Limakalvojen perushoito</i></p> <p><i>Suun ja limakalvojen hoitoon liittyvä ohjaus</i> <i>Silmien hoito</i> <i>Silmien hoitoon liittyvä ohjaus</i> <i>Haavan seuranta</i> <i>Haavan hoito</i> <i>Haavanhoitoon liittyvä ohjaus</i> <i>Palovamman seuranta</i> <i>Palovamman hoito</i> <i>Painehaavan hoitoon liittyvä ohjaus</i></p>	<p><i>Ihottuma-alueen tuuletus</i> <i>Hoitokylvyn antaminen</i> <i>Hauteiden laitto</i> <i>Ihottuma-alueen penslaus</i> <i>Ihottuma-alueen rasvaus</i> <i>Ihottuman valohoito</i> <i>Hoitosidokset</i></p> <p><i>Genitaalialueen perushoito</i></p> <p><i>Suun ja muiden limakalvojen perushoito</i></p> <p><i>Haavan vuodon ja erittämisen seuranta</i> <i>Haavasidoksen vaihto</i> <i>Ihosiirteen hoito</i> <i>Ihonottokohdan hoito</i></p> <p><i>Painehaavan riskipisteytys</i> <i>Asennonvaihdosta huolehtiminen</i> <i>Painehaavan rasvaus</i> <i>Painehaavan tuuletus</i> <i>Hoitokalvon laitto painehaavaan</i> <i>Painehaavan suihkutus</i></p>	

<i>Komponentti</i>	<i>Pääluokka</i>	<i>Alaluokka</i>	<i>Vapaa teksti</i>
18. JATKOHOITO	<p><i>Jatkohoidon suunnitelman laatiminen</i></p> <p><i>Jatkohoidon järjestäminen</i></p> <p><i>Jatkohoitoon liittyvä ohjaus</i></p> <p><i>Kotona selviytymiseen liittyvä ohjaus</i></p>	<p><i>Erikoissairaanhoidon yksikkö</i></p> <p><i>Terveyskeskuksen vuodeosasto</i></p> <p><i>Kotisairaanhoito</i></p> <p><i>Päiväkeskuspalvelu</i></p> <p><i>Laboratorio</i></p> <p><i>Röntgen</i></p> <p><i>Kotipalvelu</i></p> <p><i>Ateriapalvelu</i></p> <p><i>Tukihenkilö- tai perhe</i></p> <p><i>Potilasjärjestö ja vertais-tukiverkosto</i></p> <p><i>Omaishoitaja</i></p> <p><i>Muu palvelu</i></p> <p><i>Hoitoonohjaus</i></p> <p><i>Asiantuntija-sairaanhoidaja</i></p> <p><i>Kirjallisten hoito-ohjeiden antaminen</i></p> <p><i>Omaisten informointi jatkohoitopaikkaan siirtymisestä</i></p> <p><i>Omaisten informointi kotiutuksesta</i></p> <p><i>Mahdollisia ongelmalanteita varten annettu ohjaus</i></p>	

<i>Komponentti</i>	<i>Pääluokka</i>	<i>Alaluokka</i>	<i>Vapaa teksti</i>
19. ELÄMÄNKAARI			

AKTIIVISUUSKORTTI

NIMI

VIIKOT	VIIKKO 1	VIIKKO 2	VIIKKO 3	VIIKKO 4
PÄIVÄT	Ma ti ke to pe la su	Ma ti ke to pe la su	Ma ti ke to pe la su	Ma ti ke to pe la su
Kävelyä/lenkkeilyä				
Ulkoilukerrat				
Ryhmäliikunta TV=tuolivoimistelu KS=kuntosali				
Omat liikuntaharj. Esim. PH=porrasharj. KV=kotivoimistelu				
kerhotoiminta/ Päivätoiminta				
MUU TOIMINTA MIKÄ?				
LYHENTEIDEN SELITYKSET:				

RAVITSEMUSTILAN ARVIOINTI MNA

Nimi _____ Sukupuoli _____ Ikä _____
 Pituus (cm) _____ Paino (kg) _____ Päivämäärä _____

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän,
 jatka loppuun asti.

Seulonta

A. Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia

- 0 = Kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti
- 1 = Kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman
- 2 = Ei muutoksia _

B. Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana

- 0 = painonpudotus yli 3 kg
- 1 = ei tiedä
- 2 = painonpudotus 1-3 kg
- 3 = ei painonpudotusta _

C. Liikkuminen

- 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas
- 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona
- 2 = liikkuu ulkona _

D. Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus

0 = kyllä 2 = ei _

E. Neuropsykologiset ongelmat

0 = dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

1 = lievä dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

2 = ei ongelmia _

F. Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus)² kg/m²)

0 = BMI on alle 19

1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21

2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23

3 = BMI on 23 tai enemmän _

Seulonnan tulos (maksimi 14 pistettä) _ _

12 pistettä tai enemmän -> riski virheravitsemukselle ei ole kasvanut, arviointia ei tarvitse jatkaa

11 pistettä tai vähemmän -> riski virheravitsemukselle on kasvanut, jatka arviointia

Arviointi

G. Asuuko haastateltava kotona

0 = ei 1 = kyllä _

H. Onko päivittäisessä käytössä useampi kuin kolme reseptilääke

0 = kyllä 1 = ei _

I. Painehaavaumia tai muita haavoja iholla

0 = kyllä 1 = ei _

J. Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)

0 = 1 ateria

1 = 2 aterialla

2 = 3 aterialla _

K. Sisältääkö ruokavalio vähintään kyllä ei

- yhden annoksen maitovalmisteita

(maito, juusto, piimä, viili) päivässä __ __

- kaksi annosta tai enemmän kananmunia

viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) __ __

- lihaa, kalaa tai linnun lihaa joka päivä __ __

0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastausta

0,5 = jos 2 kyllä-vastausta

1 = jos 3 kyllä-vastausta _

L. Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia

0 = ei 1 = kyllä _

M. Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu, kotikalja tai vesi)

0 = alle 3 lasillista

0,5 = 3 - 5 lasillista

1 = enemmän kuin 5 lasillista _

N. Ruokailu

0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä

1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua

2 = syö itse ongelmitta _

O. Oma näkemys ravitsemustilasta

0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus

1 = ei tiedä tai lievä virhe- tai aliravitsemus

2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia _

P. Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin

0 = ei yhtä hyvä

0,5 = ei tiedä

1 = yhtä hyvä

2 = parempi _

Q. Olkavarren keskikohdan ympärystymitta (OVY cm)

0 = OVY on alle 21 cm

0,5 = OVY on 21-22 cm

1,0 = OVY on yli 22 _

R. Pohkeen ympärystymitta (PYM cm)

0 = PYM on alle 31 cm

1 = PYM on 31 cm tai enemmän _

Arviointi (maksimi 16 pistettä) _ _

Seulonta (maksimi 14 pistettä) _ _

Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä) _ _

Asteikko:

1. yli 23,5 pistettä: hyvä ravitsemustila _

2. 17-23,5 pistettä: riski virheravitsemukselle kasvanut _

3. alle 17 pistettä: kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta _