



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Anniina Anttila & Maria Fors

OPAS OMAISELLE HOITONEUVOTTELUUN

Sosiaali- ja terveysala
2016

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Anniina Anttila & Maria Fors
Opinnäytetyön nimi	Opas omaiselle hoitoneuvotteluun
Vuosi	2016
Kieli	suomi
Sivumäärä	38 + 1 liite
Ohjaaja	Suvi Kallio

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Vaasan kaupungin sairaalan osasto 6:lle opas omaiselle hoitoneuvotteluun. Oppaan ajankohtaisuus lähti työelämän edustajan tarpeesta. Kyseiselle oppaalle koettiin tarvetta, koska tällaista opasta ei ollut aikaisemmin tehty. Hoitoneuvottelut ovat lisääntyneet osastolla. Oppaan myötä hoitoneuvotteluista saadaan johdonmukaisia, ja luodaan toimivaa vuorovaikutusta asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys käsittelee vanhuspalveluun liittyviä lakiasetuksia, laitospalveluiden ja intervallihoidon määritelmää, potilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimista, hoitoneuvottelua, toimintakykyä ja sen arviointia erilaisin mittarein, kuntoutusta, yhteistyötä omaisten kanssa, ohjausta, moniammatillisuutta, itsemääräämisoikeutta ja hoitotahtoa. Teoreettiseen viitekehukseen haettiin kirjallisuushakuja ja tutkimustietoa etsittiin kotimaisista ja ulkomaalaisista hoitoalan julkaisuista ja kirjallisuudesta. Käytössä olivat myös THL:n, Valviran ja Käypä hoidon sivut. Niiden lisäksi tekijät hakivat tietoa hoitotieteellisistä artikkeleista, kuten Cinahl- ja PubMed tietokannoista sekä internetistä. Tekijät hakivat tietoa myös manuaalisesti Tutkiva hoitotyö julkaisusta sekä hoitoalan ammattikirjallisuudesta.

Opinnäytetyön tuloksena syntyi Vaasan kaupungin sairaalan osasto 6:lle opas omaiselle hoitoneuvotteluun. Tällä konkreettisella työvälineellä kyetään yhtenäistämään, selkiyttämään ja tehostamaan hoitoneuvotteluita. Hoitoneuvotteluoppaan keskeisimmiksi käsitteiksi nousivat asiakkaan/potilaan toimintakyky, käytössä olevat terveydenhuollon palvelut ja yhteistyö omaisten kanssa. Oppaaseen sisällytettiin tietoa myös hoitotahdosta sekä yhteystiedot osastolle.

Avainsanat toimintakyky, kuntoutus, opas, ohjaaminen, hoitoneuvottelu

ABSTRACT

Author	Anniina Anttila & Maria Fors
Title	A Family`s Guide to Care Team Meetings
Year	2016
Language	Finnish
Pages	38 + 1 Appendix
Name of Supervisor	Suvi Kallio

The purpose of this practice-based bachelor's thesis was to provide a guide for the family attending to care team meetings at unit A6 at the Vaasa City Hospital. According to the working life representatives there was a current need for this kind of guide and there was no such guide from before. There has been an increase in care team meetings at Unit A6. This guide provides information and guidelines that can improve the consistency of the care team meetings as well as create well-working interaction between the client and their family.

The theoretical framework of the bachelor's thesis focuses on elderly care legislation and the definitions of institutional care and respite care. Furthermore, the thesis deals with the following: making a care and rehabilitation plan for the patient/ client, care team meetings, the ability to function and evaluating it using different indicators, rehabilitation, cooperation with the patient's family and other close ones, patient education, multi-professionalism, autonomy and the living will. The theoretical framework was developed by performing literature searches and collecting scientific data from both domestic and foreign nursing publications. The information on the internet sites of, National Institute for Health and Welfare, Valvira and Current Care Guidelines were used. The authors have also searched data from Cinahl- and PubMed databases and from other internet sources. Furthermore, the authors have searched manually data from the Tutkiva hoitotyö publication as well as from professional nursing literature.

The outcome of this bachelor's thesis, A Family`s Guide to Care Team Meetings, was developed for the unit A6 at the Vaasa City Hospital. With this guide the care team meetings will become more clear, equal and effective. The key concepts of the guide are the client's/patient's ability to function, the current healthcare services and cooperation with the patient's family and other close ones. The guide also includes information concerning living wills and up-to-date contact details for the unit A6.

Keywords The ability to function, rehabilitation, guide, patient education, care team meeting

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	10
3	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA	11
	3.1 Projektin määritelmä.....	11
	3.2 Opas terveydenhuoltoon	11
	3.3 Toimiva viestintämateriaali	12
	3.4 SWOT-analyysi.....	13
4	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	14
	4.1 Vanhuspalvelulaki ja vanhuspalvelujen laatusuositus opinnäytetyön prosessi 14	
	4.2 Laitospalveluiden määritelmä.....	15
	4.3 Intervallihoidon määritelmä.....	15
	4.4 Laki ja säädökset intervallipotilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisessa.....	16
	4.5 Potilaan hoitoneuvottelu	17
	4.6 Ikääntyneen toimintakyky.....	18
	4.7 Toimintakyvyn ja ravitsemuksen seurantamittarit.....	21
	4.8 Kuntoutus toimintakyvyn tukemisessa	22
	4.9 Yhteistyö omaisen kanssa	23
	4.10 Potilaan ja omaisen ohjaus.....	24
	4.11 Moniammatillinen yhteistyö	25
	4.12 Itsemääräämisoikeus	26
	4.13 Hoitotahto	26
5	PROJEKTIN TOTEUTUS	27
	5.1 Projektin eteneminen	27
	5.2 Muistio työelämän yhteyshenkilön tapaamisesta.....	27
	5.3 Oppaan toteuttaminen ja aikataulu.....	28

5.4 Opinnäytetyöprojektin arviointi.....	29
6 POHDINTA.....	31
6.1 Eettisyys ja luotettavuus	33
6.2 Jatkotutkimusaiheet.....	34
LÄHTEET.....	35

LIITTEET

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Ikääntymisen, toiminnan ja toimintakyvyn välisiä suhteita kuvaava kaavio
Heikkisen (2002) mukaan. 20

Taulukko 1. SWOT–analyysi. 13

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Opas omaiselle hoitoneuvotteluun

1 JOHDANTO

Hoitoneuvotteluiden merkitys, määrä ja laatu ovat lisääntyneet viime vuosina. Tarkoituksena on, että ikääntynyt pärjäisi mahdollisimman pitkään kotona, omassa tutussa elinympäristössään. Tätä tuetaan laadukkailla kotiin vietävillä palveluilla. Hoitoneuvotteluissa käydään juurikin tästä syystä lävitse asiakkaan kotona pärjääminen ja käytössä olevat palvelut. Hoitoneuvotteluilla on tarkoitus myös varmistaa omaishoitajan jaksaminen sekä arjen helpottaminen palveluiden avulla. Laitoshoidon aikana pyritään toteuttamaan asiakkaan hoito kuntouttavalla työotteella mahdollisimman turvallisessa, kodinomaisessa ympäristössä, kunnioittaen asiakkaan toiveita. Hoitoneuvotteluiden avulla henkilökunta saa tietoa asiakkaan tavoista, tottumuksista, kotioloista ja kuntoutuksen tarpeesta. Asiakkaan intervallihoitajakson aikana omaisen on tärkeää huolehtia omasta jaksamisestaan ja levätä. Luottamusta hoitohenkilökuntaan, joka huolehtii asiakkaasta omaisen vapaan aikana voidaan luoda hoitoneuvottelussa. Onnistunut hoitoneuvottelu luo omaiselle luottavaisen tunteen, että kaikki menee jakson aikana hyvin. Hänellä on mahdollisuus levätä, hengähtää omaisensa hoidosta. Hoitoneuvottelussa käydään myös omaisen kanssa lävitse osaston resurssit toiveiden toteuttamisen suhteen. Omainen on hoitohenkilökunnan tärkeä yhteistyökumppani, johon pyritään luomaan hyvä vuorovaikutussuhde.

Ihmisen terveyttä ja hyvinvointia edistävillä palveluilla voidaan pitkittää toimintakykyisiä elinvuosia. Palvelujen tarvetta saadaan näin siirrettyä myöhempään vaiheeseen. Suuri osa vanhuksista ei tarvitse säännöllisiä palveluja. Palvelujen tarpeen kasvua pystytään kuitenkin hillitsemään määrätietoisilla varautumistoiminnoilla. Nopeasti ikääntyvässä Suomessa tärkeimpiä varautumistoimia onkin terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen. (THL 2016.)

Lyhytaikaisella laitoshoidolla tuetaan ikäihmisten kotona selviytymistä ja hoitavan omaisen jaksamista. Samalla ehkäistään pysyvän laitoshoidon tarvetta.

Lyhytaikaishoitajaksot voivat toistua säännöllisesti kotona asumisen kanssa tai ne voivat olla satunnaisia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Vaasan kaupunginsairaalan vuodeosasto 6:lle opas omaiselle hoitoneuvotteluun. Oppaan tarve lähti työelämästä. Oppaan tarkoituksena on helpottaa hoitohenkilökunnan ja omaisten vuorovaikutusta. Omaiset voivat valmistautua kotona hyvissä ajoin tulevaan hoitoneuvotteluun. Henkilökunta tietää myös oppaan avulla neuvottelun rungon sisällön. Tarkoituksena on, että neuvotteluista saadaan tehokkaita, antoisia ja ne pysyvät laaditun aikataulun puitteissa. Opas laadittiin sillä ajatuksella, että sitä voidaan hyödyntää tulevaisuudessa muillakin osastoilla. Opinnäytetyön aihe oli mielenkiintoinen ja hyödyllinen tekijöiden tulevan sairaanhoitajan ammatin kannalta.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena, sen tarkoituksena oli tuottaa Vaasan kaupungin vuodeosasto 6:lle selkeä opas omaiselle hoitoneuvotteluun. Tavoitteena oli kehittää moniammatillisen henkilökunnan ja omaisten yhteistyötä sekä saada hoitopalavereista mahdollisimman tehokkaita. Henkilökunta oli kokenut, että hoitoneuvotteluissa keskustelut ajautuvat ns.harhapoluille eikä keskustelussa ole varsinaista runkoa. Omaiset eivät ole osanneet valmistautua esimerkiksi kysymyksillä osastolle. Osaston puolestaan olisi tärkeää saada kartoitettua esimerkiksi, mitä palveluita potilaalla on kotona käytössään. Kartoittaa myös omaisten kykyä osallistua ja auttaa potilaan kotona ollessa.

Hoitoneuvottelut osastolla ovat sidottuja tiukkaan aikatauluun, joten tavoitteena on saada toimiva runko neuvottelulle. On tärkeää, että omaiset osaavat valmistautua neuvotteluun etukäteen ja miettivät kotona, mitkä asiat askarruttavat sekä mitä palveluita he tarvitsevat, että omaisen pärjää kotioloissa mahdollisimman hyvin ja turvallisesti. Hoitohenkilökunta toivoi myös tietoa potilaan mahdollisesta hoitotahdosta. Toiveena oli, että oppaassa tulisi esille Vaasan kaupungin rajalliset hoitomahdollisuudet laitoshoidossa. Tekijöiden tavoitteena oli laatia ytimekäs, toimiva opas hoitoneuvotteluun, jotta sen avulla keskustelu saisi johdonmukaisen rungon. Tehokkaan hoitoneuvottelun avulla hoitohenkilökunta saa vastauksia heille potilaan hoidon kannalta tärkeisiin kysymyksiin, ja omaiset voivat myös kirjoittaa ylös omia kysymyksiään.

3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, toiminnan järjestäminen tai sen järjeistäminen ja opastaminen. Toteuttamistapana voi olla kohderyhmästä riippuen kirja, vihko, opas tai kansio. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.) Tässä opinnäytetyössä toteutettiin opas. Oppaan tarkoituksena on toimia apuvälineenä hoitohenkilökunnan ja omaisten hoitoneuvotteluissa.

3.1 Projektin määrittely

Projektin tarkoituksena on olla tavoitteellinen, se on tietyn ajan kestävä prosessi. Projekti voi olla kertaluontoinen tai osa isompaa hanketta. (Vilkkä ym. 2003, 48.) Projektilla tulee olla realistisesti ja selkeästi määritelty aikataulu. Tavoitteenasettelun tulee olla selkeä ja realistinen. Raportointi on oleellinen vaihe projektissa. Sillä pystytään seuraamaan projektin edistymistä ja arviointia. (Silfverberg 2007, 10 – 12.)

Vilkkä & Airaksisen (2003, 48) mukaan projektin tarkoituksena on olla tavoitteellinen, se on tietyn ajan kestävä prosessi. Se voi olla kertaluontoinen tai osa isompaa hanketta. Silfverbergin (2007, 10–12) mukaan projektilla tulee olla realistisesti ja selkeästi määritelty aikataulu. Tavoitteenasettelun tulee olla selkeä ja realistinen. Raportointi on oleellinen vaihe projektissa. Sillä pystytään seuraamaan projektin edistymistä ja arviointia. Torkkola, Heikkinen ja Tiainen (2002, 46–55) mukaan oppaan tulee olla asiallinen, selkeä ja helposti ymmärrettävä.

3.2 Opas terveydenhuoltoon

Terveysmateriaalille on määritelty tietyt laatuksiteerit. Ne määrittelevät sen, mitä hyvä terveysmateriaali on. Ohjausmateriaalille tärkeää on myös sen ajankohtaisuus ja tarpeellisuus. (Parkkinen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 9–10.) Oppaan tulisi olla asiallinen, selkeä ja helposti ymmärrettävä. Potilasoppaassa ei tulisi olla ammattisanastoa. Sanojen lyhentämistä tulisi välttää. Tyhjää tilaa voi olla, liian täyteen ei kannata sivuja täyttää, jotta ohje pysyy toimivana. (Torkkola, Heikkinen

& Tiainen 2002, 46–56.) Ennen oppaan aineiston tuottamista on mietittävä kohderyhmä. Kohderyhmää mietittäessä tulee ottaa huomioon, onko toteutettu jo samaa aihetta käsitteleviä materiaaleja (Dixon-Woods 2000, 108–115.) Paras tulos saadaan, jos on mahdollista kysyä kohderyhmän tarpeet ja toiveet aineistolle. Ennen oppaan lopullista versiota, kannattaa testata opas kohderyhmällä mahdollisten puutteiden huomaamiseksi ja oppaan ymmärrettävyyden todentamiseksi. (Parkkinen ym. 2001, 8.)

3.3 Toimiva viestintämateriaali

Viestintämateriaalin avulla voidaan vaikuttaa siihen, kuinka tietoa tulkitaan. Kohderyhmä huomioiden tulee valita oppaan kieli, jota käytetään. Yleiskielen sijasta tulisi käyttää selkokieltä eli kieltä, joka on tietoisesti muutettu sisällöltään ja rakenteeltaan helpommin ymmärrettävään muotoon. Selkokielineen teksti sisältää lyhyitä lauseita, verbejä ja substantiiveja sekä yleisiä sanoja. Oppaan kielessä on vältettävä käsitteitä, joita on hankala ymmärtää. Oppaan ulkoasulla voidaan myös vaikuttaa sen selkeyteen. On harkittava tarkkaan värien ja kuvien käyttöä sekä tekstin kokoa ja asettelua. Tekstin sijoittelu on otettava myös huomioon. Väljemmin sijoitettu teksti on helpommin hahmotettavaa. (Parkkinen ym. 2001, 13–16.) Näkövammaisten keskusliitto suosittelee kirjasinkokoa 14 ja kirjasintyyppin tulisi olla yksinkertainen ja selkeä. Otsikot on hyvä korostaa lihavoinnilla. Tekstin väreiksi suositellaan mustaa, tummansinistä tai tummanvihreää ja taustaksi valkoista (Suositus painetun tekstin tekijöille 2008).

Teoksen laadullinen sisältö ei ole yksinään riittävä, vaan ulkoasu palvelee myös sisältöä. Ensisijainen kriteeri on hyvä taitto eli kuvien ja tekstin asettelu paperille. Näin se houkuttelee lukijaa lukemaan ja parantaa ymmärrettävyyttä. Suurta määrää tekstiä ei kannata asettaa pieneen tilaan. Potilasohjeet suositellaan tekemään pysty- tai vaaka-asennossa olevalle A4- paperille. Yksi – ja kaksisivuisille ohjeille sopii parhaiten pystymalli. Paperin tulisi olla mattapintainen, jottei se kiiltele valossa ja on näin helpompi lukea. (Torkkola ym. 2002, 53 – 56.)

3.4 SWOT-analyysi

SWOT-analyysi on tärkeä väline analysoitaessa tapahtuvaa oppimista. Lyhenne SWOT tulee englannin kielen sanoista Strengths (vahvuudet), Weaknesses (heikkoudet), Opportunities (mahdollisuudet) ja Threats (uhat). Sisäisiä tekijöitä ovat heikkoudet ja vahvuudet. Mahdollisuudet ja uhat ovat ulkoisia tekijöitä. (Opetushallitus 2016.) Tämän projektin SWOT-analyysi esitetään taulukossa 1.

Taulukko 1. SWOT–analyysi.

<p>Vahvuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oppaan tarpeellisuus - Tekijöiden mielenkiinto aiheeseen - Työn tarpeellisuus 	<p>Heikkoudet</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aikataulujen yhteensovittaminen hankalaa - Tiedonhaun ongelmat - Ei aiempaa opasta mallina - Tekijöillä ei aikaisempaa kokemusta oppaan laatimisesta
<p>Mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opasta mahdollisuus käyttää myös muilla osastoilla - Projektin tuoma hyöty tekijöilleen ja käyttäjilleen tulevaisuudessa 	<p>Uhat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oppaan käyttämättömyys - Aikataulun pettäminen - Työ ei vastaa tilaajan odotuksia - Vaasan kaupunginsairaalan osastojen muutokset mm osastonhoitaja vaihtunut

4 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Teoreettiseen viitekehykseen haettiin kirjallisuushakuja ja tutkimustietoa Cinahl – ja PubMed tietokannoista sekä internetistä asiasanoilla; toimintakyky, kuntoutus, opas, ohjaaminen, hoitoneuvottelu, hoitotahto. Tekijät hakivat tietoa myös manuaalisesti Tutkiva hoitotyö julkaisusta sekä hoitoalan ammattikirjallisuudesta.

4.1 Vanhuspalvelulaki ja vanhuspalvelujen laatusuositus opinnäytetyön prosessi

Ammattihenkilöiden odotetaan toimivan yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa kunnioittavan hänen oikeuttaan itse päättää hoidostaan (L17.8.1992/785).

Ikäikäiden itsenäisen asumisen mahdollistaminen ja laitoshoidon vähentäminen ovat olleet hallituksen tavoitteena jo pitkän ajan. Kotona asuminen mahdollisimman pitkään on useimmiten vanhuksen oma toive, mutta samalla se tuottaa valtiolle selkeitä taloudellisia säästöjä. (Mäkinen 2015, 13 – 14.)

Vanhuspalvelulain ja laatusuosituksen tärkein tavoite on ohjata ja velvoittaa sekä julkisia että yksityisiä vanhuspalvelujen tuottajia kestävien, yksilöllisten ja monipuolisten ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen tarjoamiseen. Palvelun ensisijaisena toteutumipaikkana on ikäihmisen koti ja sen lähiympäristö. (L28.12.2012/980; Kotihoito ja asumispalvelut 2015, 3.) Vanhuspalvelulain taustana on tavoite ikäihmisten laitosasumisen vähentämiseen, kotona tai kodinomaisessa hoitolaitoksessa pidemmän elämisen mahdollistamiseen. Tämän lain tarkoituksena on tukea laajasti ikäihmisten hyvinvointia ja lisätä heidän mahdollisuuksiaan osallistua omien palvelujen ja asumisen päätösten suunnitteluun. Lain tavoitteena on edistää ikäihmisten mahdollisuuksia saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalveluja. Pyrkimyksenä on ensisijaisesti kehittää kotiin vietäviä sosiaali- ja terveystalveluja. (L28.12.2012/980; Ympäristöministeriö 2013; Rautiainen 2013.)

4.2 Laitospalveluiden määritelmä

Sosiaali- ja terveyshuollon laitospalveluilla tarkoitetaan hoidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Laitospalveluja voidaan toteuttaa lyhytaikaisesti tai kokoaikaisesti. Palvelu voi toimia päivisin, öisin tai ympärivuorokautisesti. Pitkäaikainen hoito toteutetaan laitoksessa, jos henkilön terveyden tai turvallisuuden takia se on tarpeellista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Laitospalveluja järjestettäessä on potilaan yksilölliset tarpeet otettava huomioon. On mietittävä, kuinka toteutuu kuntoutus, hoito ja huolenpito. Potilaalle on lisäksi yritettävä järjestää mahdollisimman turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö. Mahdollisuuksien mukaan on huomioitava myös yksityisyys. Tulevaisuudessa iäkkäiden laitospaikkoja tullaan vähentämään valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti. Kotiin annettavien palvelujen määrä tulee lisääntymään. Suomi ikääntyy Euroopan valtioista nopeiten seuraavien 25 vuoden aikana. (Turjamaa, Hartikainen & Pietilä 2011, 4.)

4.3 Intervallihoidon määritelmä

Intervallihoidolla tarjotaan tilapäistä ja usein säännöllisesti toistuvaa hoitojaksoa laitoksessa tai jossain asumispalvelussa. Englanninkielisissä teoksessa lyhytaikaisesta laitoshoidosta käytetään nimitystä ”institutional respite care” tai ”respite care”, joka tarkoittaa levähdystä, hengähdystaukoa tai helpottavaa hoitoa. (Salin 2008, 22.) Intervallihoidona voidaan tarjota esimerkiksi osa- tai ympärivuorokautista palveluasumista henkilölle, joka pärjää omaishoitajan tai henkilökohtaisen avun turvin kotona. Intervallihoidona voidaan järjestää esimerkiksi omaishoidon tukemiseen tarkoitettuja palveluita, jotta omaishoitaja saa lakisääteiset vapaapäivänsä pidettyä. Lyhytaikainen intervallihoido laitoksessa on ikäihmisille ja heidän omaisilleen suunnattu palvelu. (THL 2013.) Siira (2006, 23) toteaa intervallihoidon olevan ensisijaisesti juuri omaisten hoitokyvyn tukemisen tarkoitus. Tukimuodon avulla ei ainoastaan korvata omaisen antamaa hoitoa vaan tuetaan heitä jaksamaan paremmin hoitotehtävissään. Lyhytaikainen laitoshoido

pidentää kotona hoidettavan vanhuksen kotona asumista. Omaishoitaja vapautuu välillä hoitovastuusta sekä sopeutuu tuleviin muutoksiin esim. siirtymiseen pitkäaikaiseen laitoshoidon tai hoivakotiin. Intervallihoidon tarkoituksena on omaishoitajan vapauttaminen hoitamisesta. Tämän lisäksi intervallihoidon tarkoituksena on tukea asiakkaan toimintakykyä, jotta kotona pärjättäisiin mahdollisimman pitkään omaishoitajan turvin. Toimintakyvyn tukemiseen kuuluu sosiaalisen, psyykkisen ja fyysisen puolen tukeminen. Omaishoitajien voi toisinaan olla vaikea luovuttaa läheisensä hoito ja toimenpiteet muiden vastuulle. Molemminpuolinen luottamus on erittäin tärkeässä asemassa. (Heikkinen 2005; Kan & Pohjola 2012, 282 – 283 ; Kaivolainen ym. 2011, 178–179.) Tavoitellun lyhytaikaishoidon pääpiirteitä ovat asiakkaiden kokonaisvaltainen hoitaminen ja yksilöidyt tavoitteet hoidolle. Potilaita pyritään kuntouttamaan ja toteuttamaan asuminen kodinomaisesti. Tärkeää on kunnioittaa omaisten toiveita ja selvittää kotiolot. Potilas saa tietoa hoitopaikassa järjestettävistä tapahtumista ja virikkeistä. Hoitajakson päättyessä tarkistetaan asiakkaan kotona pärjääminen ja kotihoidon palvelut (Aalto & Marjakangas 2008, 78.) Kotona asumisen mahdollistaminen toteutuu hoitjaksoilla tavoitteellisen kuntoutuksen ja omatoimisuuteen kannustamisen kautta. Kuntoutus sisältää yleensä myös fysioterapiaa. Potilaan toimintakykyä ylläpitää parhaiten hoitajien päivittäin toteuttama kuntouttava työote (Salin 2008, 52 – 53.)

4.4 Laki ja säädökset intervallipotilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisessa

Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia määrittävän lain mukaan toistuvia tai säännöllisiä palveluja tarvitsevalle asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. (L22.9.2000/812).

Vastaavasti on säädetty hoitosuunnitelmasta terveydenhuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia määrittävässä laissa. (L17.8.1992/785). Hoito- ja kuntoutussuunnitelma on tiivistelmä asiakkaan yksilöllisestä tilanteesta ja kartoittaa hänen tarvitsemiaan

palveluita. Suunnitelmassa kartoitetaan asiakkaan hoidon, palvelujen ja kuntoutuksen tarpeet, tarkastetaan sovitut tavoitteet ja niiden toteuttamiskeinot. Muutosten seuranta ja toiminnan tuloksien arviointi kuuluvat hyvään hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. Potilaan tai omaisen osallistuminen suunnitelman tekemiseen, muuttamiseen ja arviointiin. Näin voitaisiin ehkäistä asiakkaan toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymistä, mihin ohjauksella, tuella, palveluilla ja hyvällä hoidolla pystytään vaikuttamaan. Väärinkäsitykset eri osapuolten välillä vähenevät. Hoitotyöntekijöiden ja potilaiden kokemukset tasa-arvoisesta kohtelusta ja toteutuvasta oikeusturvasta lisääntyvät. Suunnitelman hoitoneuvottelukeskusteluihin potilaan läheisellä on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa.(Päivärinta & Haverinen 2002, 13 – 18.)

Valviran ohjeessa Dnro 3214/06.00.00.01/2013 linjataan hoitosuunnitelman sisältöä ja tekemistä seuraavasti: ”Hoitosuunnitelman tarkoituksena on koota ja tiivistää kroonisesti sairaan ja/tai monisairaana potilaan hoitoa koskevat linjaukset, hoidon järjestäminen ja seuranta. Hoitosuunnitelman pitää löytyä potilastietojärjestelmästä helposti ja sen pitää olla saatavilla myös äkillisissä ja yllättävissä tilanteissa. Hoitosuunnitelmassa tulee myös linjata toiminta akuuteissa tilanteissa sekä elämän loppuvaiheessa. Myös elvyttämiseen tai elvyttämättä jättämiseen tulisi ottaa hoitosuunnitelmassa kantaa, kun se potilaan tilaan liittyen on perusteltua, ja asiaan liittyvät päätökset on kirjattava suunnitelmaan selkeästi.”

4.5 Potilaan hoitoneuvottelu

Hyvän hoidon keskeinen tekijä on hoitoneuvottelu, johon osallistuvat potilas itse (jos mahdollista), lääkäri, omahoitaja(t) ja potilaan suostumuksella myös hänen omaisensa. Mikäli potilas kieltää omaisiaan osallistumasta hoitoneuvotteluun, olisi lääkärin kuitenkin hyvä omaisten kanssa keskustella potilaan hoidosta yleisellä tasolla huomioiden salassapitoon liittyvät säädökset. Hoitoneuvottelussa käydään lävitse keskeiset hoitoon liittyvät asiat. Potilaan ja hänen omaistensa tietoon tulee saattaa hoitopäätösten perusteet ja seuraamukset, ja heillä on myös oltava mahdollisuus lausua kantansa. Hoitoneuvottelussa otetaan huomioon potilaan omat

toiveet ja mahdollisuudet niiden toteuttamiseen käydään lävitse. Hyvin toteutetussa hoitoneuvottelussa annetaan potilaalle ja omaisille tietoa, missä ollaan menossa potilaan hoidon suhteen. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä hoitoneuvotteluun osallistujat, keskustelun sisältö, potilaan ja omaisten kannat. (Valvira 2015.)

Hoitoneuvottelun tulee olla osa asukkaan hoitosuunnitelmaa, tarpeen mukaan järjestetään useampi neuvottelu. Elvytyksestä ja vastaavista kysymyksistä voidaan neuvotella potilaan tilan vaihdellessa ja näistä keskustellaan omaisten kanssa. Hoitosuunnitelmassa on lääketieteellinen suunnitelma, josta ilmenevät hoitojen linjaukset. Palvelutarpeen mukainen suunnitelma on erikseen muista asioista. Molempia tulee päivittää tarpeen mukaan. Niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät itse kykene ja joilla ei ole aikaisemmin tehtyjä hoidon linjauksia, lääkäri tekee hoitopäätökset saadun informaation pohjalta ns. lääketieteellisin perustein. (Seinelä, Lehto, Vanttaja, Lehmus & Valvanne 2015, 13.)

4.6 Ikääntyneen toimintakyky

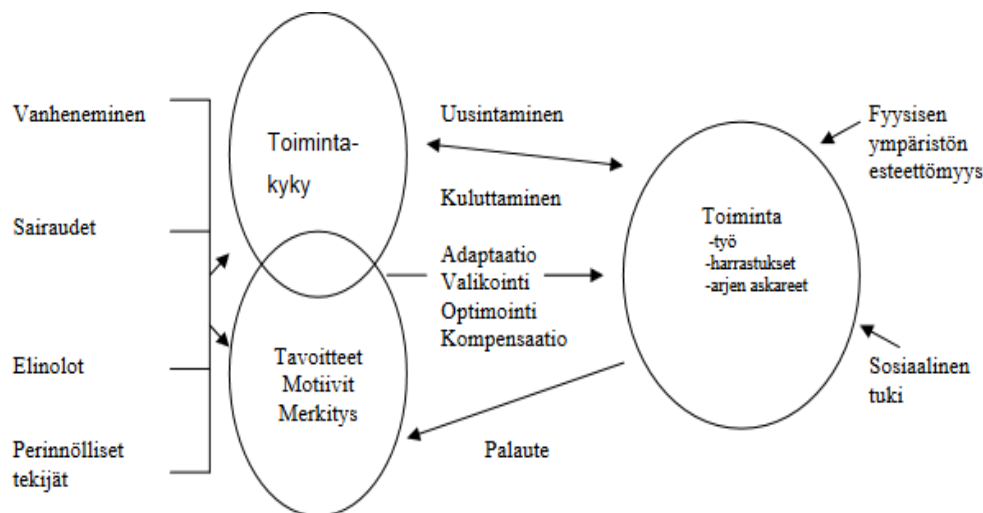
Toimintakyvyn heikkeneminen on vaikuttavampia elämänlaatua heikentäviä tekijöitä vanhuudessa (Heikkinen 2002, 13 – 33). Toimintakykyä tarkastellaan yleensä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena toimintakykynä (Laukkanen 1998, Rissanen 1999). Siihen voidaan liittää myös kognitiivinen ja henkinen osa-alue (Arolaakso-Arola, Rutanen 2007, 5). Iäkkäiden toimintakykyyn liitettävissä tutkimuksissa toimintakyky on tarkastelussa päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Iäkkäiden toimintakykyä arvioitaessa näiden eri osa-alueiden arviointi on pakollista, sillä toimintakyvyllä on tärkeitä vaikutuksia ihmisen selviytymiseen tämän omassa elin- ja asuinympäristössä. Toimintakyky on aina suhteutettava arvioitavan omaan ympäristöön. Arvioinnissa voidaan hyödyntää moniammatillista työyhteisöä. Heikentynyt toimintakyky näkyy yleensä fyysisen suorituskyvyn alenemisena, tasapainon ja lihaskunnon hallinnan heikentyessä. Tämän on todettu vaikeuttavan ikääntyneiden selviytymistä päivittäisistä toiminnoissa (Beissner ym. 2000, Warburton ym. 2001, Rantanen ym. 2002.) Vajavuudet toimintakyvyssä rajoittavat iäkkään itsenäistä selviytymistä ja

aiheuttavat tarvetta avun saantiin. Liikkumisrajoitukset ovat yleisimpiä toimintakyvyn vajavuuksista.

Nykypäivänä ikääntyneet pysyvät toimintakykyisinä ja omatoimisinä yhä pidempään. Useilla 75 vuotta täyttäneillä on diagnosoituja sairauksia. Joka neljäs heistä tarvitsee säännöllisiä palveluja. Näitä voivat olla: kotipalvelu, kotisairaanhoido, tai tehostetun palveluasumisen muoto. Avun tarve ja toimintakyvyn muutos ei välttämättä ole pysyvä tila. Eri tekijöiden takia tila voi muuttua äkillisestäkin. Elämän kriisit, kuten puolison kuolema tai sairaus heikentävät toimintakykyä. Myönteisesti toimintakykyyn voidaan vaikuttaa kuntoutuksella, säännöllisellä liikunnalla, hyvällä ravinto- ja nestetasapainolla. Ennakointi toimintakyvyn laskusta on tärkeää tehdä riittävän varhaisessa vaiheessa. Toimintakyvyn arviointi ja palveluntarpeen määrittelmä aloitetaan, kun yhteyttä ottaa asiakas itse, omainen tai läheinen palveluneuvojaan. Asiakkaan palveluntarve määritellään mittaamalla toimintakyky monipuolisesti (RAVA TESTI), selvittämällä ympäristötekijät, haastatteleamalla läheinen ja omaiset. Laki velvoittaa, että yli 75-vuotiaiden palveluntarpeen arviointi tulee tehdä seitsemän päivän kuluessa yhteydenotosta. Kiireellisissä tapauksissa arvio tehdään välittömästi. Toimintakyvyn arvioinnin tukena voidaan käyttää erilaisia mittareita. Ihmisen voimavaroja ovat fyysinen kunto ja liikuntakyky. Ne mahdollistavat osallistumisen kodin ulkopuolisiin sosiaalisiin kontakteihin. Liikuntaa hankaloittaa erityisesti alaraajojen lihasvoiman heikentyminen. Heikentynyt lihasvoima ja tasapainovaikeudet yhdessä altistavat kaatumiselle. Tasapainoa ja lihasvoimaa voidaan kuitenkin harjoittaa hyvinkin vanhana tuloksellisesti. Tämän osa-alueen kartoitus on ensiarvoisen tärkeää ennaltaehkäisyyn kannalta. Liikuntakyvyn arvioitiin on käytössä myös useita mittaristoja. (Suvikas, Laurell, Nordman 2013, 344 – 351.)

Laatusuosituksessa, joka koskee ikäihmisten hoitoa ja palveluja, toimintakykyä tukeva kuntouttava työote määritellään kaikkien ikääntyneiden parissa työtään tekevien haasteeksi. Se tulisi omaksua työskentelytavaksi, jolla tehdä arjen työtä (Holma ym. 2002). Heikkenevää toimintakykyä voidaan ehkäistä erilaisin keinoin

ja jo heikentyneen toimintakyvyn palauttaminen on mahdollista kuntoutuksen avulla (Heikkinen 2003). Kuntouttavan toiminnan tuleekin kohdistua fyysisten tekijöiden ohella myös henkiseen ja sosiaaliseen osallistumiseen ja yhteisyyden kokemisen alueisiin. (Helin 2003.) Kuviossa 1 kuvataan toiminnan ja toimintakyvyn keskinäissuhdetta.



Kuvio 1. Ikääntymisen, toiminnan ja toimintakyvyn välisiä suhteita kuvaava kaavio Heikkisen (2002, 3) mukaan.

Ihmisen toimintakyky ilmenee toiminnassa eli arjen askareissa, työssä sekä vapaa-ajan toimissa. Tuolloin toiminta ja toimintakyky ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Toiminta voi vahvistaa sekä myös heikentää toimintakykyä sen ollessa yksipuolista. Vaihtelevan toimintakyvyn taustalla vaikuttavat sairaudet, perinnölliset tekijät, vanheminen ja elinolojen vaihtelut. Toiminnan toteuttamiseen toimintakyvyn ohella vaikuttavat henkilön motiivit, eri toimintojen merkitys ja tavoitteet. Tärkeitä tekijöitä ovat myös toiminnasta saatu palaute, omat valinnat ja optimointi. Fyysiset ja sosiaaliset ympäristötekijät voivat vaikuttaa merkittävästi onnistumiseen toiminnassa. Heikkisen (2005) mukaan iäkkäiden terveystalouden lähtökohtana olisi oltava kokonaisvaltainen terveystalouden. Se on tasapainoa ihmisen toimintakyvyn, tavoitteiden sekä fyysisen ja sosiaalisen ympäristön välillä.

4.7 Toimintakyvyn ja ravitsemuksen seurantamittarit

Vanhuspalveluissa käytetään esim.toimintakyky- ja ravitsemusmittareita. Niitä hyödynnetään kuntien vanhusten huollossa palveluntarpeenarviossa, koti- ja laitoshoidossa, toiminnan organisoinnissa ja vanhuspalvelujen suunnittelussa. Tarkoituksena on arvioida asiakkaan toimintakykyä ja perustoimintoja. Perustoimintoja ovat siisteys, liikkuminen, ruokailu, peseytyminen, pukeutuminen ja riisuutuminen. Tärkeää on arvioida myös suolen- ja rakon toimintaa, näköä, kuuloa, puhetta, lääkitystä, muistia ja psyykettä (Suvikas ym. 2013, 10 – 11.)

RAVA- toimintakykymittarin tarkoituksena on arvioida asiakkaan avuntarvetta. RAVA- mittaria voidaan käyttää kotona, laitoksessa, palvelutalossa arvioidessa asiakkaan toimintakykyä. Arvio tulee tehdä siinä ympäristössä, missä asiakas asuu tai tulee asumaan. Arvio tulee suorittaa uudelleen asiakkaan toimintaympäristön muuttuessa esim. kotoa vuodeosastolle siirryttäessä. (Ravatar 2016.)

ADL (Activities of Daily Living) mittarilla arvioidaan päivittäisistä perustoiminnoista selviytymistä. PADL (Personal Activities of Daily Living) on mittarista kehitelty rinnakkaisversio. (OAMK 2016.)

IADL (Instrumental activities of daily living) arvioi suoriutumista välineellisistä päivittäistoiminnoista. Näihin toimintoihin luetaan kaupassa käynti, ruoan valmistus, taloustyöt, pyykin pesu, puhelimen käyttö, liikkuminen kulkuvälineillä, lääkkeitä huolehtiminen, raha-asioiden hoito. Mittarilla saadaan käsitys kognitiivisten kykyjen vaurion asteesta. (OAMK 2016.)

MNA (Mini nutritional assessment) on kysymyssarja, jota käytetään yli 65 vuotiaiden virhe- ja aliravitsemustilan arviointiin. Tutkimusten mukaan kotona asuvilla ikäihmisillä virheravitsemus on harvinaisempaa kuin laitoksissa asuvilla. Ruokahalu, kyky pureskella tai niellä ruokaa saattaa heikentyä sairauksien seurauksena. Näin ollen ikäihmisten virheravitsemus yleistyy sairaaloissa ja vuodeosastoilla. Kysymysten avulla pyritään löytämään ne ikääntyneet, joiden aliravitsemusriski on suurentunut.(Strandberg 2013.)

4.8 Kuntoutus toimintakyvyn tukemisessa

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollolla on päävastuu ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitämisessä ja kuntoutuksessa. Kuntoutus on tärkeä osa ikäihmisten hoitoa ja palveluja. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö sekä Suomen Kuntaliitto julkaisivat ikäihmisten palveluja ja hoitoa koskevan laatusuosituksen vuonna 2001. Tämän suosituksen mukaan kaikkien kuntien tulisi laatia vanhuspoliittinen strategia sekä paikallisiin tarpeisiin ja voimavaroihin pohjautuva palvelurakenteen kehittämisohjelma (kuntoutusselonteko 2002.)

Kuntoutus käsittää toimenpiteet, joilla pyritään palauttamaan sairaan henkilön fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Kuntoutus on yksilön voimavarojen ja toimintakyvyn tukemista hänen arkisessa elinympäristössään. Se on suunnitelmallista ja monialaista, useimmiten pitkäkestoista toimintaa, tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan oma elämäntilanteensa. Kuntoutus perustuu kuntoutussuunnitelmaan ja moniammatilliseen yhteistyöhön. (Suvikas ym. 2013, 10 – 11.)

Vanhenemisen normaalit muutokset ovat hitaasti eteneviä, yksilöllisiä, peruuttamattomia ja johtavat elimistön voimavarojen asteittaiseen vähenemiseen. Tasapainon säilyttäminen ikääntyessä perustuu hyvään fyysiseen kuntoon, lihasvoimaan ja koordinaatioon. Nämä seikat mahdollistavat turvallisemman liikkumisen ja ehkäisevät kaatumisia ja siitä seuraavia mahdollisia murtumia. Ikääntyminen itsessään aiheuttaa muutoksia tuki- ja liikuntaelimistössä. Muutoksia voivat olla luiden haurastuminen, lihasmassan väheneminen ja lihastoiminnan heikkeneminen sekä erilaiset kulumat nivelissä. Alaraajojen lihasmassa ja lihasten hyvä toiminta ovat suuressa roolissa tasapainon hallinnassa ja asennon korjaamisessa. Ikääntyneillä fyysinen toimintakyky luo perustan lihasvoimalle, tasapainolle ja koordinaatiokyvylle (Nazarko 2015, 193.)

Fyysisesti aktiivinen käsite sisältää eri liikuntamuotojen harjoittelun, päivittäisten fyysisten aktiivisesti vaativien toimintojen suorittamisen eli hyötyliikunnan. Ikääntynyt ihminen voi kaatua esim sairauden aiheuttaman kunnan huononemisen tai puutteellisen hoidon vuoksi. Kaatumiset voivat antaa vinkkiä siitä, että

ikäntyneellä on jokin kaatumisriskiä lisäävä diagnosoimaton pitkäaikaissairaus tai infektio (Nazarko 2015, 193.) Krooniset sairaudet määrittelläänkin ikääntyneiden kaatumisten riskitekijäksi, ne aiheuttavatkin usein fyysistä heikkenemistä (Lim & Sung 2012, 485).

Modernissa yhteiskunnassa ihmisten elinajan pidentyessä täytyy löytyä uusia iäkkäiden fyysisen aktiivisuuden harjoitteita terveyden, toimintakyvyn ja elämänlaadun parantamiseksi. Näin voidaan turvata iäkkäiden toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä pidempään. Fyysisen kunnon kehittäminen lisää myös toimintakykyä ja elämänlaatua. Oleellista on olemassa olevan lihasvoimatason säilyttäminen tai kohentaminen toimintakyvyn kannalta. Ikääntynyt ihminen, joka liikkuu vähän kärsii enemmän lihasten surkastumisesta ja toimintakyvyn heikkenemisestä (Ramula 2004, 3 – 4 , 11.)

4.9 Yhteistyö omaisen kanssa

Yhteistyössä kaikki osapuolet toimivat vastuullisesti tyydyttävien tavoitteiden saavuttamiseksi. Henkilökunta on ammattinsa puolesta ammattilaisia hoidon suhteen. Omaiset ovat asiantuntijoita perheensä elämäntilanteessa. Omaisella ja hoitohenkilökunnalla saattaa olla erilaiset näkemykset potilaan tarpeista ja hoidosta. Hoitoneuvottelut auttavat yhteistyössä omaisen ja henkilökunnan välillä. Rehellinen ja avoin kommunikaatio onkin edellytys toimivalle hoitoyhteistyölle. Hoitoneuvotteluissa tavoitteena on päätyä yhteiselle linjalle, kuinka hoitoa ja yhteistyötä lähdetään toteuttamaan. Väärinkäsityksiä ja erimielisyyksiä hoidosta voi tulla, mutta ne olisi syytä ottaa puheeksi yhteisessä neuvottelussa. (Lehtonen 2005, 8 – 9.) Lehtonen pohtii teoksessaan ” Yhteistyön kannalta on tärkeää, että laitoksen henkilökunta jaksaa perehtyä asukkaaseen ja hänen omaisensa tilanteeseen”. Yhteistyön tarkoituksena on helpottaa potilaan ja hänen omaisensa kotona selviytymistä. (Lehtonen 2005, 10.)

Perheitä on erilaisia ja perheenjäsenten osallisuus ja osallistuminen hoitoon sairaalassa on vaihtelevaa. Potilaalla voi olla iso joukko läheisiä, jotka odottavat saavansa tietoa potilaan voinnista tai hoidosta henkilökunnalta. Tällöin on hyvä

pyytää potilasta tai hänen läheisintä omaistaan nimeämään tietyn yhdys henkilön, jolle tietoja voidaan antaa. Vieraillessaan sairaalassa potilaan luona omainen saattaa tuntea itsensä ulkopuoliseksi. Henkilökunnan osalta tätä voidaan helpottaa ottamalla omainen hänen kykyjensä mukaan osalliseksi potilaan hoitoon. Omaiset olettavat, että henkilökunta avoimesti tulee keskustelemaan potilaan sairaudesta, sen hoidosta ja mahdollisista suunnitelmista hoidon suhteen. Omaisella voi myös olla epärealistisia oletuksia hoidosta ja näin ollen hän saattaa hidastuttaa potilaan kuntoutumista. Tämä koskee ylisuojelevia, ahdistuneita ja ylihuolehtivia omaisia. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 6 – 11.)

4.10 Potilaan ja omaisen ohjaus

Hoitajan tulee olla kärsivällinen opastamisessa ja ohjaamisessa potilaan puolesta tekemisen sijaan. Hoitajien näkökulmasta opastaminen ja ohjaaminen vievät aluksi aikaa, mutta potilaan omatoimisuuden lisääntyttyä aikaa sen sijaan säästyy. Potilaan toimintakyky parantuu nopeasti, kun hoitajat tukevat potilaan omatoimisuutta. Hoitajat ohjaavat potilasta omatoimisuuteen muun muassa antamalla heidän suoriutua pukeutumisesta itse. Myös hoitojärjestelyillä pyritään lisäämään omatoimisuutta. Perushoidon yhteydessä potilas voi harjoitella tärkeitä päivittäisiä toimintoja, samalla hoitaja saa itselleen tietoja potilaan toimintakyvystä. Hoitaja toimii potilaan kannustajana. Hänen tulee rohkaista potilasta sanoilla, eleillä ja läsnäololla. Potilaan kuntoutumisen edistymistä tulee huomioida ja potilasta tulee kehua yrittämisestä ja pienistäkin edistysaskeleista (Ryöppö & Salonen 2008, 26 – 27.)

Omaisten rooli on tärkeä potilaan kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumisessa. Heidät tulisi huomioida potilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa, jatkohoidon suunnittelussa eikä kotiuttamistilanteissa. Hoitajan tulee neuvoa omaista auttamaan niin, ettei omainen tee potilaan puolesta. Omaisen tarvitsee selkeää tietoa potilaan kuntoutumisen tavoitteista ja hoitajien yhteneväisistä työskentelytavoista. Omaisia opastetaan tukemaan potilasta kuntoutumisessa. Omaisille tulee kertoa itsenäisen toiminnan tärkeydestä ja rohkaista omaisia kysymään ja ottamaan kantaa potilaan hoitoon. Omaiset ovat

vastaavasti tärkeässä roolissa tiedonantajina hoitajille. Vuorovaikutus omaisten kanssa voi olla vaihtelevaa. Omaisille tiedottaminen koetaan tärkeäksi, osa hoitajista saattaa kokea, että aloite keskusteluun pitäisi tulla omaiselta. Toisaalta osa hoitajista on sitä mieltä, että on tärkeää ottaa omaiset mukaan hoidon ja jatkohoidon suunnitteluun, koska ei voida olla varmoja siitä, mitä iäkäs potilas kykenee omaksumaan sairaalaolosuhteissa. (Ryypö ym. 2008, 26 – 27.)

4.11 Moniammatillinen yhteistyö

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot muodostuvat työryhmistä, jotka koostuvat useiden eri ammattiryhmien edustajista. Työryhmän jäsenet työskentelevät joko suoraan tai välillisesti yhteistyössä potilashoidossa (Isoherranen 2008, 14; Erikson-Pietilä 2003, 8.) Hoidon ja kuntoutuksen paras toteutuminen onnistuu parhaiten eri ammattiryhmien edustajien osallistuessa ikäihmisen hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Mäkinen 2015, 13).

Moniammatillinen yhteistyö muodostuu siten, että eri ammattiryhmistä kuten lääkärit, hoitajat, puheterapeutti, toimintaterapeutti ja fysioterapeutti kehittävät hoitotyötä yhdistäen asiantuntevaa toimintaansa. Oleellista on yhteistyö terveydenhuollossa toimiville tiimeille, kun pääasiana on potilaskeskeisyys (Markkola 2014, 19.) Eri ammattikuntiin kuuluvien ammattilaisten uskotaan saavan aikaan tasapuolisemman ja paremman hoito- ja päätöksentekotyön niin ammattilaisten kuin asiakkaidenkin kannalta. Moniammatillinen päätöksenteko terveydenhuollossa on asiakaskeskeistä ja asiakkaan osallisuudesta käytävää keskustelua. Ihanne olisi, että potilas tai ainakin omainen voitaisiin ottaa mukaan päättämään omasta tai läheisensä hoidosta. Moniammatillisissa tapaamisissa käsitellään laajempia kokonaisuuksia tai käytännön yksityiskohtien hiomista. Tapaamisissa voidaan tarkastella asiakkaan päivittäistä selviytymistä, hänen hoidon tarvettaan, auttamista ja kuntouttamista. Yhdessä voidaan kartoittaa myös avuntarve kotona pärjäämisen ehdoille.

4.12 Itsemääräämisoikeus

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla (L17.8.1992/785.) Potilaan mielipide tulee selvittää aina ennen hoidon toteuttamista mahdollisuuksien mukaan. Lopullisen päätöksen hoidosta tekee lääkäri potilaan ennusteen ja toiveen mukaan. Potilaalla on oikeus kieltäytyä tarjotusta hoidosta. Tällöin potilas ottaa tietoisesti vastuun omasta tilanteestaan. Potilaalla on oikeus päättää hoidostaan. Potilas voi määrittää hoitonsa hoitotahdolla silloin, kun on menettänyt päätöksentekokykynsä. Päätöksenteossa edellytyksenä on, että potilas on kyennyt vastaanottamaan tietoa tilastaan, ennusteestaan, hoidon luonteesta, riskeistä ja hyödyistä. Potilaan tulee myös ymmärtää päätöksensä seuraukset (Käypä hoito 2000.)

4.13 Hoitotahto

Hoitotahdon määritelmä THL:n (2015) mukaan ” Hoitotahto on henkilön tahdonilmaus omasta hoidostaan, jos hän on vakavan sairauden, onnettomuuden tai vanhuuden heikkouden vuoksi menettää oikeustoimikelpoisuutensa. Hoitotahdossa määritellään ne tilat, jolloin luovutaan potilaan elämää lyhytaikaisesti pidentävistä, keinotekoisista elintoimintoja ylläpitävistä hoitotoimista.” Hoitotahtoa tulee aika ajoin tarkistaa ja päivittää. Potilaan toiveet saattavat muuttua tilanteen ja ajan mukaan. Lääkärin tulee tehdä hoitopäätöksensä potilaan ennusteen ja tämän hoitotahdon perusteella. Olennaista on potilaan tahdon noudattaminen ja kunnioittaminen (Käypä hoito 2000.) Hoitotahto olisi hyvä laatia kirjallisena, jotta se olisi tarvittaessa hoitoon osallistuvien käytettävissä. Hoitotahdosta on hyvä kertoa läheisille, heti hoidon alkaessa omalle hoitajalle sekä hoitavalle lääkärille. Kirjallinen hoitotahto olisi hyvä liittää potilasasiakirjoihin sekä sähköiseen potilastietokantaan (Valvira 2008.)

5 PROJEKTIN TOTEUTUS

Tekijät aloittivat syksyllä 2015 opinnäytetyön aiheen pohtimisen. Lähtökohtana tekijöillä oli laatia toiminnallinen opinnäytetyö, opaslehtinen tai vastaava. Syksyn aikana kohdeorganisaatioksi tuli Vaasan kaupunginsairaalan osasto 6, joka tilasi oppaan omaisille hoitoneuvotteluun. Opinnäytetyön aihe löytyi organisaation omalta verkkosivulta, jossa se oli ollut kaksi vuotta. Tekijät ottivat sähköisesti yhteyttä kohdeorganisaation yhteyshenkilöön tiedustellakseen, oliko aihe vielä vapaana, ja millaisia toiveita heillä oli sen suhteen.

Opinnäytetyön ohjaajan saimme opinnäytetyön aiheen perusteella. Kohdeorganisaatiossa työelämän ohjaajana toimi osasto 6:n osastonhoitaja.

5.1 Projektin eteneminen

Joulukuussa 2015 haettiin hyväksymislupaa aiheelle Vaasan ammattikorkeakoulun koulutuspäälliköltä, joka hyväksyi aiheen joulukuun aikana. Tekijät tapasivat kohdeorganisaation yhteyshenkilön, jonka kanssa keskusteltiin oppaan tarpeista, tavoitteista, työn visuaalisesta ilmeestä, käännöksestä ruotsiksi sekä kustannuksista.

5.2 Muistio työelämän yhteyshenkilön tapaamisesta

Tapaamisessa käytiin läpi moniammatillisen osasto 6 henkilökunnan toiveita oppaalle. Toiveet perustuivat kokemuksiin aikaisemmista hoitoneuvotteluista, joissa oli mukana hoitohenkilökunnan lisäksi omainen tai useampi, mahdollisesti potilas itse, lääkäri, fysioterapeutti, SAS-hoitaja, kotipalvelun tai kotisairaanhoidon edustaja. Tämä moniammatillinen työryhmä oli yhdessä miettinyt tavoitteet oppaalle.

Oppaassa tuli olla noin 7-10 kysymystä potilaalle ja omaisille koskien tilannetta kotona. Oppaan avulla tavoitteena on kartoittaa, millaiset sosiaali – ja terveyspalvelut potilaalla on käytössään. On myös tärkeä tietää, millaiset ovat päivittäiset rutiinit kotona ja mahdollisten aktiviteettien määrä. Myös omaisten mahdollisuudet osallistua potilaan auttamiseen ja hoitoon kotona pyritään kartoittamaan. Toiveena oli myös sisällyttää oppaaseen tietoa mitä asioita

hoitoneuvottelussa käydään lävitse, kartoittaa potilaan hoitotahtoa/loppuelämän vaihetta, antaa tietoa Vaasan kaupungin kriteereistä pitkäaikaishoidolle, säädöksistä ja tuoda esille osaston rajalliset mahdollisuudet yksilöllisten toiveiden toteuttamiselle. Loppuun tulisi vielä varata tilaa potilaan/omaisten mahdollisille kysymyksille. Työn ulkoasua mietittäessä päädyttiin toteuttamaan opas keskeltä taitettuna A4:sena. Etusivulle tulee Vaasan kaupungin logo (lisäävät sen halutessaan itse) sekä aiheeseen sopiva kuva. Oppaan väriä ei tapaamisessa käsitelty.

Tekijät sopivat työelämän yhteyshenkilön kanssa, että opas luovutetaan osaston käyttöön kesäksi 2016. Ennen lopullista, valmista opasta tekijät lähettävät hänelle ehdotelman oppaasta, jota muokataan tarpeen mukaan ennen sen käyttöön luovuttamista. Yhteyshenkilö kertoi, että oppaan toimivuuden käytännössä he saavat selville noin kahden kuukauden kuluessa. Sovittiin, että tekijät pyytävät palautetta oppaasta loppukesästä 2016, minkä jälkeen voidaan pohtia lopullisessa opinnäytetyössä sen toimivuutta käytännössä, oppaan mahdollista muokkaamista ja kehittämistä. Työelämän yhdyshenkilö tullaan myös kutsumaan opinnäytetyön esitykseen.

Työn kustannuksista vastaa Vaasan kaupunki, joka vastaa oppaan tulostamisesta/painatuksesta sekä käännättää sen ruotsiksi. Tekijät toimittavat opinnäytetyön sähköisesti Word-muotoisena tilaajaorganisaation yhteyshenkilölle. Lopullisen oppaan luovuttamisen jälkeen tilaajaorganisaatiolla on jatkossa oikeus muokata ja päivittää opasta mm.lisäämällä siihen yhteystietoja.

5.3 Oppaan toteuttaminen ja aikataulu

Tekijät toteuttivat keskeltä taitetun A4 opaslehtinen, jonka väriksi tuli valkoinen. Etusivulle tuli otsikko ”Hoitoneuvottelu osastolla 6”, kuva sairaalan alueen suihkulähteestä, osaston yhteystiedot sekä tyhjät rivit potilaan nimelle, hoitoneuvottelun ajalle ja paikalle. Etusivulla ilmenee myös hoitoneuvottelun tarkoitus ja paljonko siihen on varattu aikaa. Sisäisivuille laadittiin kysymyksiä koskien mm. potilaan toimintakykyä, tukipalveluita, omaisten roolia potilaan hoidossa sekä hoitotahtoa. Takasivulle jätettiin tilaa omaisten kysymyksille sekä eri

instanssien yhteystietoja miten tavoittaa sosiaalihoitajan, jolta voi tiedustella hoidon ja palveluiden kustannuksista sekä Ikäkeskuksen päivätoiminnan yhteystiedot. Tuotettiin selkeä, helposti luettava ja ymmärrettävä opas.

Tekijät aloittivat opinnäytetyön toteuttamisen alkuvuodesta 2016 tietojen keräämisellä sähköisesti sekä kirjallisuudesta. Helmikuussa 2016 tekijät saivat ohjausta opinnäytetyön ohjaajalta, jonka kanssa käytiin myös sähköisesti keskustelua opinnäytetyöstä. Kevään 2016 aikana laadittiin tutkimussuunnitelma, jonka tavoitteena oli luoda teoriapohja oppaan kysymyksille sekä omaisten ohjaukseen. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin toukokuussa 2016. Luvan myöntämisen jälkeen laadittiin opas. Oppaan ensimmäinen versio lähetettiin sähköisesti osasto 6:den osastonhoitajalle. Hän hyväksyi oppaan, mutta myöhemmin heillä oli ollut keskustelua oppaan tiimoilta, ja saatiin korjausehdotuksia lähinnä fysioterapeuttien toiveiden mukaan. Saadun palautteen myötä tehtiin oppaaseen pieniä muutoksia heidän toiveidensa mukaisesti. Tekijät päivittivät oppaaseen yhteystietoja, fysioterapeuttien toiveiden mukaan tarkempaa kartoitusta toimintakyvystä; nouseminen sängystä, nousutuen tarve, liikkumisen apuvälineet, ruokailu ja hygienia. Hoitotahdosta kaivattiin myös selvennystä, mitä se käytännössä tarkoittaa. Tekijät lähettivät yhteyshenkilölle korjatun version oppaasta ja 4. versio oli lopullinen. Valmis opas luovutettiin osaston käyttöön kesäkuun lopussa 2016. Tekijät pysyivät laatimassaan aikataulussa. Tekijät pyysivät palautetta oppaasta elokuun lopussa saaden sitä syyskuussa.

5.4 Opinnäytetyöprojektin arviointi

Opinnäytetyön toteutettiin toiminnallisena, projektina, jonka tarkoituksena oli tuottaa opas omaiselle hoitoneuvotteluun. Projektin tarkoitus toteutui valmiin oppaan valmistuttua kesäkuussa 2016. Tavoitteena oli saada moniammatillisen henkilökunnan ja omaisten välisistä hoitoneuvotteluista mahdollisimman tehokkaita ja kehittää yhteistyötä. Tavoitteet jäivät osittain saavuttamatta, koska aika, jolta palaute saatiin, oli varsin lyhyt. Tuona aikana kohdeorganisaatiossa oli tapahtunut muutoksia ja mm. yhteyshenkilönä toiminut osastonhoitaja oli vaihtunut. Opas oli ikäänkuin “unohdettu” ottaa käyttöön. Hoitoneuvotteluita on hoidettu

puhelimitse. On myös omaisia, jotka eivät pääse osastolle hoitoneuvotteluun, johtuen omasta iäkkyydestä, sairauksista tai siitä, että he asuvat eri paikkakunnalla. Niille omaisille, jotka osastolla käyvät ei ole opasta muistettu antaa. Uusi yhteyshenkilö kuitenkin koki oppaan mahdollisuutena, ja näki sille myös muita käyttötarkoituksia. Hän koki, että opas olisi hyvä antaa omaisille potilaan tulohaastattelun yhteydessä, jolloin se olisi omaisilla valmiina mikäli varataan myöhemmin aika hoitoneuvottelulle. Hoitoneuvottelut ovat lisääntymässä osastolla. Opas koettiin kattavana, johon oli koottu tärkeimmät kysymykset koskien toimintakykyä sekä hyvin tietoa. Opas koettiin hyvänä keskustelun pohjana.

6 POHDINTA

Opinnäytetyöprojektin vahvuudeksi arvioitu aiemman oppaan puuttuminen loi tekijöille mielenkiintoa ja haastetta luoda toimiva opas, joka ajan myötä vakiintuisi käyttöön Vaasan kaupungin sairaalan osastolla 6 sekä mahdollisesti myös muilla osastoilla. Tästä johtuen tekijöillä oli projektiin vahva mielenkiinto. Työ koettiin sekä tarpeelliseksi oppaan aikaisemman puuttumisen vuoksi että hoitoneuvotteluiden lisääntymisen myötä osastoilla. Projektin vahvuudeksi osoittautui myös tekijöiden hyvä ja vahva yhteistyökyky sekä samanlaiset tavoitteet opinnäytetyöprojektin ja oppaan suhteen. Aikataulun tekijät laativat Vaasan Ammattikorkeakoulun esittämän aikataulun mukaisesti. Näkemyseroja ei tekijöillä ollut koko projektin aikana. Projektin vahvuudeksi osoittautui myös hyvä ja sujuva yhteistyö ohjaavan opettajan kanssa sekä samankaltaiset näkemykset oppaasta kohdeorganisaation edustajan kanssa. Opas laadittiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta sisällyttäen siihen tilaajaorganisaation toiveet.

Projektin mahdollisuutena koettiin, että sitä voidaan hyödyntää myös muilla osastoilla sekä tulohaastatteluissa, jotka jo sellaisenaan voivat toimia ikään kuin hoitoneuvotteluina. Hoitoneuvottelun onnistuminen edellyttää hyvää valmistautumista niin omaisilta kuin hoitohenkilökunnalta. Hoitoneuvotteluissa tavoitteena on päätyä yhteiselle linjalle, kuinka hoitoa ja yhteistyötä lähdetään toteuttamaan. Yhteistyön tarkoituksenaan on helpottaa potilaan ja hänen omaisensa kotona selviytymistä. Yksilöllistä hoitoa suunniteltaessa tarvitaan yhteistyötä omaisten kanssa. Projektin myötä tekijät saivat tuntumaa tutkimuksen tekoon, tiedon hakuun, haastattelun ja projektin toteuttamiseen sekä arviointiin, mikä toimii hyvänä pohjana mahdollisille jatko-opinnoille. Valmis opas oli tekijöidensä näköinen, ja siihen oli niin tekijät kuin tilaajaorganisaatiokin tyytyväisiä.

Heikkouksina projektin toteuttamisessa koettiin aikataulujen yhteensovittaminen, mutta tämä osoittautui turhaksi peloksi. Tekijät olivat sopineet ja tehneet työnjaon aihealueittain projektin perusteella ja sopineet tapaamisia parityöskentelylle. Koska molemmat tekijät olivat poissa työelämästä elokuusta 2016 lähtien, aikatauluja

voitiin joustavasti laatia. Tiedonhaun ongelmat koettiin myös heikkoudeksi, ja se olikin ensin haastavaa lähinnä englanninkielisen lähdemateriaalin tiimoilta. Oppaiden laatimisesta on vähän materiaalia olemassa. Hoitoneuvotteluista oli tehty myös heikosti lopputöitä. Valmista opasta ei ollut malliksi eikä tekijöillä ollut aikaisempaa kokemusta oppaan laatimisesta.

Projektin uhaksi osoittautui oppaan käyttämättömyys sekä kohdeorganisaatiossa tapahtuneet muutokset mm. osastonhoitaja vaihtui ja osaston numerokin vaihtui. Palauteaikavälin ollessa lyhyt, jäi oppaan testaaminen hiukan vaillinaiseksi. Palaute pyydettiin tekijöiden oman mielenkiinnon vuoksi. Tekijät halusivat tietää, kuinka he olivat projektissaan onnistuneet. Kohdeorganisaatiossa kuitenkin koettiin opas hyvänä ja mahdollisuutena, joka tulisi vakiinnuttaa käyttöön mm. tulohaastattelun yhteydessä. Yhteistyö kohdeorganisaation kanssa toimi hyvin muutoksista huolimatta. Työ vastasi tilaajan odotuksia, se koettiin kattavana. Aikataulun pettäminen oli projektin alussa myös yksi uhka, mutta se osoittautui vääräksi arvioksi. Projekti on valmistunut laaditussa aikataulussa.

Opas valmistui tekijöiden, toimeksiantajan ja kohdeorganisaation moniammatillisen työryhmän toiveiden ja näkökulmat huomioiden. Opas valmistui myös laaditussa aikataulussa. Oppaasta tuli selkeä, ytimekäs ja hyvä runko hoitoneuvotteluille. Opas on käytössä Vaasan kaupunginsairaalan osastolla 6, mutta se on tekijöiden puolesta vapaasti käytettävissä myös muilla osastoilla.

Opinnäytetyöprojektin toteuttamisen suhteen tekijät kokivat, että työelämän edustajan kanssa käyty haastattelu olisi kannattanut suorittaa niin, että siellä olisi ollut mukana myös muita hoitohenkilökunnan jäseniä mm. fysioterapeutti. Haastattelun pohjana toimi henkilökunnan jo aikaisemmin yhdessä käymä palaveri, mutta jälkikäteen tuli enemmän toiveita juuri fysioterapeuteilta, joilla on osastolla iso rooli potilaan kuntoutumisessa ja toimintakyvyn ylläpitämisessä. Näin oltaisiin opasta laadittaessa heti osattu laajemmin kartoittaa potilaan toimintakykyä, mutta tämä saatiin pienin korjauksin korjattua. Tekijät totesivat myös projektin edetessä, että teoreettisen tiedon keräämisen olisi voinut aloittaa jo hieman aikaisemmin sekä tutkimuksia hyödyntää laajemmin.

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyyttä pidetään tieteellisen toiminnan ytimenä. Helsingin julistuksen mukaan tutkittavan yksityisyys sekä tutkittavan fyysinen ja psyykkinen koskemattomuus on turvattava, ja niiden suojaamiseksi sekä persoonallisuuteensa kohdistuvien haittojen ehkäisemiseksi turvaudutaan kaikkiin mahdollisiin varotoimiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214.)

Tuotetta voidaan pitää luotettavana, kun siinä käytettäviä lähteitä tarkastellaan kriittisesti. Raportoinnissa tulee ilmetä, miten käytettyjen lähteiden oikeellisuus ja luotettavuus on varmistettu. (Vilka ym. 2004, 53.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä laadullisia tutkimusmenetelmiä voidaan hyödyntää hieman väljemmin. Käytettävän aineiston tarkka järjestelmällinen analysointi ei ole niinkään välttämätöntä. Kerättyä aineistoa käytetään lähteenä, teoreettisen syvyyden tuojana sekä päättelyn tukena. Mikäli mahdollista niin konsultaatiot lisäävät teoreettista luotettavuutta. (Vilka ym. 2004, 56–58.) Lähteitä valittaessa tulee olla kriittinen. Huomiota tulee kiinnittää kirjoittajan tunnettavuuteen, lähteen ikään, alkuperään ja uskottavuuteen. Avoimet kysymykset antavat aina vastaajalle mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 109 – 110 , 196.)

Lähdeaineistona käytettiin tieteellistä ja ammatillista kirjallisuutta, lehtiartikkeleita ja Internetistä saatavaa tietoa. Kiinnitimme huomiota lähteiden alkuperään ja ikään. Lähteiksi valitsimme eri menetelmillä tehtyjä tutkimuksia. Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen laatimiseksi käytettiin sekä kotimaisia että kansainvälisiä lähteitä, mikä herättää luottamusta. Työelämäedustajien kanssa käydyt keskustelut toimivat myös työn lähteenä.

Kehittämistyössä tulisi hyödyntää henkilökunnan palaute. Tavoitteena on ensisijaisesti parantaa asiakkaalle tarjottavan palvelun laatua. (Mäkisalo 1999, 17.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä saatua tietoa hyödynnetään toiminnassa. Luottamuksen lisäämiseksi on tärkeää, että toiminnan osapuolet neuvottelevat ja sopivat yhdessä toimintatavoista. (Kuula 2006, 94.) Olemme työelämän edustajan

kanssa käymissämme keskusteluissa kertoneet ja sopineet toimintatavoistamme. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme olleet yhteydessä toimeksiantajaan pitämällä palaverin sekä sähköpostitse. Opinnäytetyö toteutettiin Vaasan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti, ja siinä noudatettiin hyvää kieltä. Tekijät pyrkivät tuottamaan mahdollisimman selkeää ja täsmällistä tekstiä. Oppaan rakenteessa pyrittiin johdonmukaisuuteen sekä tekstin ymmärrettävyyteen.

6.2 Jatkotutkimusaiheet

Oppaan tarkoituksena on luoda toimiva runko hoitoneuvotteluihin moniammatillisen hoitohenkilökunnan ja omaisten välille. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan tutkimusta siitä, miten opas on ollut käytössä, onko siitä ollut tavoitteen mukainen hyöty osastolle, ja onko opas otettu käyttöön myös muilla kaupungin sairaalan osastoilla. Tutkimuksen voisi toteuttaa noin vuoden kuluttua. Toinen jatkotutkimuksen ehdotus olisi luoda vastaavanlainen opas fysioterapeuttien tarpeiden ja toimenkuvan pohjalta. Fysioterapeuteilla oli tarpeita kartoittaa tarkemmin potilaan kotiolot, toiminta- ja liikuntakyky sekä kotona pärjääminen. Oppaassamme tila oli rajallinen, ja näistä fysioterapeuteille tärkeistä seikoista olisi voitu luoda oma opas.

LÄHTEET

Arolaakso-Ahola, S., Rutanen, M. 2007. Ikääntyneiden toimintakyvyn tukeminen palvelutalossa. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Beissner KL, Colling JE, Holmes H. 2000. Muscle force and range of motion as predictors of function in older adults. *Phys Ther* 80: 556-563.

Dixon-Woods, M. 2000. The production of printed consumer health information: order or chaos? *Health education journal* 59. 108-115. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.

Erikson-Pietilä, S. 2003. Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus. Tampere. Tampereen yliopisto paino Oy. *Acta Universitatis Tamperensis* 929.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Heikkinen, E. 2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Suomalaisen terveys. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-9_0.pdf. Viitattu 25.8.2016.

Heikkinen, E. 2003. Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa *Gerontologia*, 330-335. Toim. Heikkinen, E., Rantanen, T. Tampere. Duodecim.

Heikkinen, E. 2002. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa *Vanhuuden voimavarat*, 13-33. Toim. Heikkinen, E., Marin, M. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holma, T., Heimonen, S-L., Voutilainen, P. 2002. Kuntouttava työote. Teoksessa *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu*, 43-48. Oppaita 49. Helsinki. Stakes.

Isoherranen, K. 2008. Yhteistyön uusi haaste – moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa *Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö*. Toim. Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. Helsinki. WSOY.

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. 2011. Omaishoito – tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki. Duodecim.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Käypä hoito 2000. Itsemääräämisoikeus. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecim. Viitattu 08.04.2016. <http://www.kaypahoito.fi>
<http://www.kaypahoito.fi/>

Laukkanen, P. 1998. Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. *Studies in Sport, Physical education and health*. Jyväskylän yliopisto.

Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., Townsend, E. 1997. Core Concepts of Occupational Therapy. Teoksessa *Enabling Occupation - An Occupational Therapy Perspective*, 29-56. Ottawa, Ontario. CAOT Publications ACE.

Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto. Oulu.

Lim, YM. & Sung, MH. 2012. Home environmental and health-related factors among home fallers and recurrent fallers in community dwelling older Korean women. *International Journal of Nursing Practice*. Vol. 18, No. 5, 481-488.

L28.12.2012/980 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista. Valtion säädöstietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> (Viitattu 15.8.2016)

Lehtonen, T. 2005. Yhteistyö vanhainkodin henkilökunnan ja asukkaan omaisten välillä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Markkola, K. 2013. Moniammatillinen, ammattiryhmien välinen ja ammattirajat ylittävä yhteistyö erikoissairaanhoidossa. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Mäkinen, L. 2015. Moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote Tampereen kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määrittelemänä. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.

Mäkisalo, M. 1999. "Me teemme sen". Hoitotyöntekijä oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Nazarko, L. 2015. Modifiable risk factors for falls and minimizing the risk of harm. *Nurse Prescribing*. Vol. 13, No. 4, 192-198.

Opetushallitus. 2012. SWOT-analyysi. Viitattu 15.1.2016

Parkkinen, N. Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveystalveiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki. Trio-offset.

https://www.pppshp.fi/potilaan_oikeudet/prime102.aspx viitattu 25.9.2016
Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmistenhoito- ja

palvelusuunnitelma.opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki: STM, Suomen Kuntaliitto ja Stakes.

Rantanen, R., Avlund, K., Suominen, H., Schroll, M., Frändin, K. 2002. Era P. Muscle strength as a predictor of onset of ADL dependence in people aged 75 years. *Aging Clin Exp Rev* 14.

Rautiainen, Ismo. 2013. Vanhuspalvelulaki pähkinänkuoressa. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Lahti:Sosiaali-jaterveystoimiala.

http://www.paijathame.fi/easydata/customers/paijathame/files/kuntayhteisty/seminaarit/sosiaalipoliittinen_fooru/sosiaalipoliittinen_foorumi_isr.pdf (Viitattu 15.8.2016)

Ramula, H. 2004. Monipuolisen liikuntaharjoittelun vaikutus alaraajojen toiminnalliseen lihasvoimaan ja dynaamiseen tasapainoon ikääntyneillä naisilla. Pro gradu –tutkielma. Terveystieteen laitos. Jyväskylän yliopisto.

RAVATAR-sovellus. 2002-2014. Viitattu 14.10.2016
<https://www.ravatar.fi/RAVAHelp/index.html>

Rissanen, L. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. 1999. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystalvvelujen koettu tarve. Hoitotieteen ja terveystalvveluhallinnon laitos. Oulun yliopisto ja yleislääketieteen yksikkö.

Ryppö, E., Salonen, A. 2008. Iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadia. Viitattu 10.04.2016 <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/38270/stadia-1210921203-4.pdf>
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/38270/stadia-1210921203-4.pdf>

Salin, S. 2008. 22. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaaliimalli vanhuksen kotihoidon osana. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Seinelä, L., Lehto, V., Vanttaja, K., Lehmus, A., Valvanne, J. 2015. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito tehostetussa palveluasumisessa. Viitattu 21.9.2016. Ikääntyneen väestön palvelut: Käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus projektin julkaisu nro 5. Helsinki. Kuntaliitto. http://www.shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/tehostettuasuminen_b5_ebook.pdf

Siira, H. 2006. Ikääntynyttä läheistään hoitavan omaishoitajan terveys, hyvinvointi ja palvelujen käyttö. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektisuunnittelun käsikirja. Helsinki. Edita.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Laitoshoito. 2014. Viitattu 25.8.2016
<http://stm.fi/laitoshoito>

Strandberg, T. 2013. Ravitsemustilan arviointi MNA. Viitattu 14.10.2016.
<http://www.gernet.fi/artikkelit/44/ravitsemustilan-arviointi-mna>

Suositus painetun tekstin tekijöille. 2008. Näkövammaisten keskusliitto. Viitattu 16.4.2016.
http://www.nkl.fi/fi/etusivu/ajankohtaista/lausunto/suosituksset/painettu_teksti

Suvikas, A. Laureel, L. Nordman, P. 2013. Kuntouttava lähihoito. Helsinki. Edita.

Torkkola, S. Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere. Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Turjamaa, R. Hartikainen, S. & Pietilä, A-M. 2011. Tutkiva hoitotyö. Hoitotieteellinen aikakauslehti. vol. 9 (4)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Viitattu 8.2.2016.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Valvira. Hoitoneuvottelu. 2015. Viitattu 21.9.2016.
http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitoneuvottelu

Valvira. Hoitosuunnitelmat ja DNR-päätös pitkäaikaishoidossa sekä ensihoito. 2015. Viitattu 21.9.2016.
https://www.valvira.fi/documents/14444/236783/Ohje_hoitosuunnitelmat_ja_DNR_paatos.pdf/cfff4d23-d667-47db-aea1-4ae1a360c3e4

Valvira. Hoitotahto. 2008. Viitattu 10.8.2016.
http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto

Ympäristöministeriö. 2013. Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013-2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Kuntoutusselonteko2002.
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70137/kselte02.pdf?sequence=1>

Warburton DE, Gledhill N, Quinney A. 2001. Musculoskeletal fitness and health. *Can J Appl Physiol* 26.

LIITE 1

1(4)

HOITONEUVOTTELU OSASTOLLA 6

Hoitoneuvottelun tarkoituksena on suunnitella moniammatillisesti potilaan hyvä hoito niin laitosjaksolla kuin kotonakin.

Potilaan nimi: _____

Aika: _____

Paikka: _____

Osaston yhteystiedot: 06-325 1111

Hoitoneuvotteluun varataan aikaa noin 1 tunti.

Tervetuloa!



LIITE 1

2(4)

RUOKAILU:

Onnistuuko ruokailu omatoimisesti? Kuka hoitaa ruuanvalmistuksen vai onko käytössä ateriapalvelu? Ruoan koostumus? (normaali, soseutettu, nielemisvaikeudet)

HYGIENIA:

Suoriutuuko hygienian hoidosta omatoimisesti. Kuka avustaa? (We, vaippa, hampaiden/proteesien pesu, sauna, suihku)

OMAISTEN/LÄHEISTEN OSALLISTUMINEN HOITOOIN:

ONKO KÄYTÖSSÄ TUKIPALVELUITA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Turvapuhelin | <input type="checkbox"/> Lääkepalvelu |
| <input type="checkbox"/> Fysioterapia
(yksityinen/kotikäynti/
tk:n fys osasto, kuinka
usein?) _____ | <input type="checkbox"/> Hoitotarvikejakelu
(vaipat, stooma) |
| <input type="checkbox"/> Kotipalvelu _____ | <input type="checkbox"/> Sosiaalietuudet
(Eläkkeensaajan
hoitotuet, asumistuet
ym) |
| <input type="checkbox"/> Siivouspalvelu | |
-
-

LIKKUMINEN:

Onnistuuko omatoimisesti? Miten nousu/avustus kotona vuoteesta, kummalle puolelle, nousutuen tarve?

**LIKKUMISEN TUKENA KÄYTETTÄVÄT
APUVÄLINEET?** (oma rollaattori mukaan osastolle
nimellä merkattuna)

AKTIVITEETIT/SOSIAALISET KONTAKTIT

(Potilaan omat voimavarat. Osallistuuko päivätoimintaan, harrastukset, läheisten/ystävien tapaaminen)

LIITE 1

4(4)

HOITOTAHTO

Hoitotahdolla kerrotaan omaa hoitoa ja hoivaa koskeva tahto. Hoitotahdon avulla voi varmistaa, että hoidossa noudatetaan omia elämänarvoja ja, että mahdolliset hoitoratkaisut perustuvat omaan tahtoon. Hoitohenkilökunta on velvollinen noudattamaan hoitotahtoa.

HOITOTAHTONI: (jos laadittuna)

**MAHDOLLISET MUUT KYSYMYKSET
OSASTOLLE:**

**MAHDOLLISISSA SOSIAALIETUUS ASIOISSA
TEITÄ AUTTAA:**

Sosiaalihoitaja:

Päivätoiminnasta lisätietoja antaa:
