



AVH – potilaan jatkohoidon ohjaus kotona selviytymisen tukena

Raportti kehittämistyöstä Espoon sairaalassa

Hoitotyön koulutusohjelma,
Neurohoitaja
Kehittämistyö
25.11.2010

Ulla Valkama
Aicha Savander

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISTYÖN AIHEEN VALINTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET	2
2.1	Aiheen valinta	3
2.2	Kehittämistyön tarkoitus	6
2.3	Kehittämistyön tavoitteet	6
3	KEHITTÄMISTYÖSSÄ KÄYTETYT KÄSITTEET	6
3.1	Aivoverenkiertohäiriö	7
3.2	Ohjauslomake	7
3.3	FIM-itsenäisen toimintakyvyn mittari	7
4	SELVIYTYMINEN	8
4.1	Potilaan selviytymistä vahvistavat ja heikentävät tekijät	8
4.2	Läheisen selviytymistä vahvistavat ja heikentävät tekijät	9
4.3	Hoitohenkilökunnan näkemys selviytymisestä	11
4.4	Hoitojakso ja jatkohoito	13
5	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT	13
5.1	Aivoverenkiertohäiriön muodot	13
5.2	Aivoverenkiertohäiriöiden hoidon tarve terveydenhuollossa	14
6	OHJAUKSEN MERKITYS POTILAAN SELVIYTYMISEN TUKENA	14
7	POTILAAN, LÄHEISEN JA HOITAJAN VAIKUTUS OHJAUKSEEN	16
8	OHJAUSLOMAKKEEN TAUSTAA JA LAADULLISET VAATIMUKSET	18
9	TOIMINTATAVAN MUUTOS	20
10	PROSESSIN KUVAUS	21
10.1	Ohjauslomakkeen kuvaus	22
10.2	Kehittämistyön aikataulu ja toteutuksen pelisäännöt	24
11	TOTEUTEUTUS	25
12	TULOKSET	26
13	POHDINTA	31
	LÄHTEET	34
	LIITTEET 1-3	

TIIVISTELMÄ

Kehittämistyön tarkoituksena on suunnitella Espoon sairaalan neurologisen kuntoutusosaston käyttöön potilaan Jatkohoidon ohjauslomake potilaan kotiuttamisen tueksi, hoitohenkilökunnan apuvälineeksi ja potilaalle annettavaksi mukaan oman jatkohoidon suunnitelmana. Ohjauslomake tehtiin osaston sairaanhoitajien, lähihoitajien ja perushoitajien kokemusperäistä tietoa hyödyntäen sekä potilaiden kotiuttamistilanteessa usein esittämien kysymysten pohjalta. Kehittämistyön toteuttamisen suunnitteluvaiheessa perehdyttiin jo käytössä oleviin ohjauslomakkeisiin eri sairaanhoitopiirien sairaaloissa, perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Kehittämistyö toteutetaan Espoon sairaalan neurologisen kuntoutusosaston 3E:n potilaiden kotiutuessa omaan kotiin viikon tai jopa yli vuoden pituisen hoitojakson jälkeen. Tavoitteena on ohjauslomake, joka jäsentää hoitohenkilökunnan ohjausta kotiutustilanteessa ja määrittelee ohjauksen sisällölliset kriteerit sekä tukee potilaan selviytymistä kotona sairautensa kanssa yksin tai tukiverkostonsa avulla. Lisäksi lomake antaa kotihoidolle kattavat ja tärkeät tiedot potilaan jatkohoidosta. Näin pystytään varmistamaan laadukas ja katkeamaton palveluketju potilaan parhaaksi.

Jatkohoidon ohjauslomake on yksipuolinen, osittain väritetty, selkeä ja helppo täyttää. Ohjauslomake on osittain strukturoitu, mutta siihen on myös mahdollisuus kirjoittaa lisäohjeistusta potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Lomake on käytettävissä toistaiseksi vain paperiversiona. Lomakkeen toimivuutta parannetaan hoitohenkilökunnan ja potilaiden palautteen mukaan aina kun on tarvetta. Potilas saa ohjauslomakkeen mukaansa, josta hän pystyy seuraamaan hoitonsa toteutumista avoterveydenhuollossa.

Ensi vuonna on tarkoitus saada juurrutetuksi potilaan kotiuttamisen uusi käytänne toimivaksi ja joustavaksi tavaksi osana potilaan kotiuttamisprosessia. Toinen jatkokehittämisaihe on kirjallisten potilasohjeiden koontaminen AVH- potilaille ja ohjeiden antaminen kotiutuvalle potilaalle luettavaksi kotona rauhassa ja muistin tueksi. Kolmas jatkokehittämishanke on luoda osastolle kotiutustilanteen ohjauksen sisällölliset kriteerit kirjallisena tukemaan sairaanhoitajaa AVH-potilaan ohjaustilanteessa tarpeellisen ja oikealla tavalla annettavan tiedon välittämiseksi kotiutujalle.

Avainsanat: aivoverenkiertohäiriö, potilas, jatkohoito, selviytyminen, ohjaus, ohjauslomake, toimintatavan muutos

1 JOHDANTO

Kehittämistyö kuuluu Neurohoitajan erikoistumisopintoihin Metropolian Ammattikorkeakoulussa vuonna 2010. Työn tarkoitus on liittyä oman työyhteisön käytännön hoitotyöhön ja sieltä nouseviin muutoksen tarpeisiin. Tavoitteena on myös saada osaston hoitohenkilökunta sitoutumaan toimintatavan muutoksen toteuttamiseen ja toistensa ohjaamiseen sekä tukemiseen tavoitteiden saavuttamiseksi. Espoon sosiaali- ja terveystoimen sisäisissä koulutuksissa korostetaan hoitohenkilökunnan toteuttavan oman ammatillisen koulutuksensa valtuuttamana hoitotyötä potilaslähtöisesti mutta olennaisena osana työn tekijän rinnalla kulkee oman työnsä kehittäjäihminen.

Osastolla 3E on syksystä 2007 lähtien kehitetty AVH- potilaille hoitajaksolla annettavaa hoitoa kartoittaen ensin ongelmat ja suunnitellen kehittämisen toteutuksen sekä toteuttaen sen suunnitelman mukaisesti käytännön tasolla jatkuvasti arvioiden kehittämistyön etenemistä. Arviointi on perustunut kuukausittain tehtyihin potilasasiakirjoista koostettujen toteutuksien tilastolliseen dokumentointiin ja tulosten tarkasteluun. Muutoksia suunnitelmaan ja toteutukseen tehdään, jos ne ovat moniammatillisesti hyväksyttäviä. Hoitohenkilökunnan lisäksi ammattiryhmistä ovat osallisena olleet myös fysioterapeutit ja toimintaterapeutit. Pää tavoitteena on potilaan kokonaisuhoiton jatkuvuuden ja laadun varmistaminen niin, että potilas on hoidon keskiössä ja Espoon kaupungin määrittelemät arvot sekä potilaan omat henkilökohtaiset arvot ohjaavat hoitotyötä. Lisäksi on pää tavoitteena juurruttaa osaston toimintaan uusia neurologisen potilaan hoitoa tukevia käytänteitä, joihin osaston hoitohenkilökunta sitoutuu.

Kehittämistyö aloitettiin osastolla paneutuen potilaan hoitoprosessissa hoitajakson alkuun eli siihen hetkeen jolloin saadaan ensimmäiset tiedot potilaasta lähettävästä yksiköstä kun potilas saapuu osastolle. Toisena vaiheena on ollut hoitotyön vaikuttavuuden arviointi säännöllisesti potilaan kuntoutumisessa erilaisten mittareiden avulla potilaan hoitajakson aikana osastolla. Nyt kolmannessa vaiheessa kehitetään potilaan kotiuttamista, pitkänkin kuntouttamisjakson jälkeen. Kehittämistyö Neurohoitajan erikoistumisopinnoissa liittyy kotiuttamisprojektiin joka liittyy yhtenä osana Metropolian ja Espoon sairaalan Liittyvä Voima (LiVo) osaprojektiin. Työ pyrkii hyvinkin tarkan kirjallisen raportin muodossa kokoamaan osaston vuosien 2007-2010 kehittämistyön prosessin eri vaiheet ymmärrettäväksi kokonaisuudeksi ja osoittamaan asioiden liittymisen toisiinsa.

2 KEHITTÄMISTYÖN AIHEEN VALINTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET

Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu Suomessa vuosittain vajaat 14 000 ihmistä ja ne ovat kolmanneksi yleisin kuolinsyy maassamme kuten muissakin länsimaissa sepelvaltimotaudin ja syöpien jälkeen vaikka kuolleisuus on vähentynyt 20 vuoden aikana alle puoleen (Suomen Tilastokeskus 2004). Sairastuneita arvioidaan olevan meillä vähintään 50 000 ja sairastavuuden ennustetaan lisääntyvän vuoteen 2020 mennessä vuosittain 21 000:een väestön ikääntyessä. Sairastuneista on työikäisiä joka neljäs ja heistä pysyvästi vammautuu AVH:n seurauksena lähes joka kolmas jääden työkyvyttömyyseläkkeelle.

Aivoverenkiertohäiriön aiheuttama kudosvaurio aivoissa vaikuttaa monella tapaa sairastuneen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Aivoinfarktipotilaista joka toiselle jää pysyvä eriasteinen haitta ja joka kolmas kuntoutuu oireettomaksi. Sairastuminen vaikuttaa useimmiten hyvin monella tavalla ihmisen elämään ja muuttaa usein myös sairastuneen läheisten elämää. Aivoverenkiertohäiriöt ovat kansantaudeistamme kolmanneksi kallein mielenterveyden häiriöiden ja dementian jälkeen. AVH-potilaan elinikäiset hoitokustannukset on arvioitu olevan noin 60 000 euroa. (Aivohalvaus – ja dysfasialiitto 2010; Kaste - Vainikainen 2007: 3.) On arvioitu, että nykyiset hoitopaikat eivät pysty kattamaan hoitopaikkojen tarvetta ellei aivoverenkiertohäiriöihin sairastavuus vähene. Onkin erittäin tärkeää, että perusterveydenhuollossa osataan ohjata potilasta huolehtimaan itsestään kotona toimintakykynsä ylläpitämiseksi ja jopa parantamiseksi sekä omat yksilölliset riskitekijänsä huomioiden jotta uudelleen sairastumisen riski minimoituu.

Aivoverenkiertohäiriön riskitekijöiden tunnistaminen ja oman sairautensa jatkohoito avoterveydenhuollossa lisää potilaan mahdollisuutta selviytyä kotona kuntoutumisen jälkeen sekä uudelleen sairastumisen riski pienenee. Kotiuttamistilanteessa sairaanhoitajan antamalla potilasohjauksella pyritään lisäämään potilaan valmiuksia hoitaa itseään ja tekemään omaa elämäänsä koskevia päätöksiä ja arvovalintoja. Potilaalla on oikeus saada ohjausta hoitajakson aikana ja hoitohenkilökunnan velvollisuus on ohjauksen toteuttaminen (Kyngäs ym. 2007: 12). Kotiuttamistilanteessa sairaanhoitaja ohjauksen avulla pystyy vaikuttamaan myös potilaan selviytymisen kokemiseen antamalla suullisesti ja kirjallisesti tiedollista tukea. Viime hetken keskustelu antaa mahdollisuuden vielä tukea potilaan uskoa ja luottamusta omiin voimavaroihinsa. Potilaalla saattaa olla myös jotain

asioita, jotka ovat jääneet epäselviksi ja askarruttavat mieltä. Kotiutuskeskustelun ohjaustilanteessa on vielä tilaisuus vastata potilaan esittämiin viime hetken kysymyksiin.

2.1 Aiheen valinta

Vuodesta 2007 on aloitettu osastolla kehittämään potilaslähtöistä ja kuntouttavaa hoitotyötä suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti. Vuoden 2007 lopulla otettiin käyttöön Internetissä oleva ohjelma FIM - toimintakykykymittaripisteiden graafisen kuvan esittämisen mahdollistamiseksi. Alussa Veppi – Harpin käyttöominaisuudet eivät vastanneet vaatimuksia mutta ohjelmaan saatiin runsaasti korjauksia osaston ehdotusten mukaan. Tehtyjen korjausten ansiosta ohjelman käytettävyys ja tiedon oikeudellisuuden todennäköisyys parantuivat merkittävästi. Ensin opeteltiin FIM - toimintakykykymittarin pisteiden viemistä Veppi – Harppiin jotta saataisiin käyttöön graafinen kuva eli polarigraafi potilaan toimintakyvystä ja sen muutoksista. Vuoden 2008 aikana aloitettiin polarigraafin hyödyntäminen joka viikko tavoitekokouksissa kerran viikossa potilaan lähitavoitteiden asettamisessa moniammatillisessa työryhmässä. Polarigraafi näyttää kahden tai useamman arviointikerran tulokset verrattuna toisiinsa sen mukaan mitä tuloksia on haluttu ottaa kuvalliseen vertailuun.

Vuonna 2009 paneuduttiin hoitajaksoille saapuvan potilaan vastaanottoon osastolle. Lähettävästä yksiköstä annettavaa puhelinraporttia varten kehitettiin kattavampi strukturoitu lomake, jossa on kaikki osastolla potilaan hoitoa varten tarvittavat tiedot. Pohjana käytettiin jo käytössä olevaa aikaisemmin luotua versiota. Lisäksi tulotilannetta varten suunniteltiin tulotilanteen tarkistuslista, opinnäytetyönä, ohjamaan hoitajan toimintaa potilaan tullessa. Tavoitteena oli, että potilas kokee, että hänen tuloansa on odotettu ja aktiivinen kuntoutus alkaa välittömästi ilman merkittävää katkosta esim. terapioiden suhteen. Potilaan oma hoidollisen tavoitteen kirjaaminen Geriatrian-lehdelle Tulovartissa ns. ensikeskustelussa potilaan, läheisen ja hoitotiimin kesken asetettiin yhdeksi kriteeriksi. Potilaan oman, itse asettaman tavoitteen tarkoituksena on sitouttaa hänet hoitoonsa. Luokiteltua Hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimista opeteltiin tekemään jokaiselle potilaalle. Luokittelun fraaseina käytettiin Roperin tarvealueita, koska sen käyttäminen ei vaatinut kouluttautumista. Tavoitteena oli, että jokaiselle AVH- potilaalle tehdään Hoito – ja kuntoutussuunnitelma kolmen vuorokauden kuluessa tulopäivästä ja suunnitelma tarkistetaan kolmen viikon välein, jolloin potilaasta on tehty uusi FIM – toimintakykymittaus.

Tämän vuoden kehittämisen kohteena on kotiutuvan potilaan lähtöön liittyvät asiat, joita työstetään OSAKE – työpajoissa vuoden aikana. Työpajoissa arvioidaan oman työn tuloksellisuutta suhteessa asetettuun kehittämistyön tavoitteeseen. Tänä vuonna osaston kehittämistyön tavoitteena on, että potilas kokee olonsa turvalliseksi ja uskoo selviytävänsä kotona kotiuduttuaan osastolta. Kotiutuskokouksen sisältöä on kehitetty, siten että kotiutuskokouksessa yhdessä potilaan ja hänen läheisensä, kotihoiton sekä hoitavan tiimin kanssa tehdyn kotiutussuunnitelman kirjaaminen strukturoidulle lomakkeelle potilasasiakirjoihin Geriatrician-lehdelle tehdään joka kotiutuskokouksessa. Strukturoidun kotiutussuunnitelman fraasit Effican potilastietojärjestelmään on laadittu varta vasten neurologisen kuntoutusosaston käyttöön. Potilas ja / tai hänen läheisensä saavat kotiutussuunnitelmasta kopion itselleen. Kotiutuskokouksen sisällölle on asetettu sovitut kriteerit eli tietyt asiat käydään kokouksessa lävitse. Kotiutuskokouksen sisällölliset kriteerit ovat myös kirjallisessa muodossa. Osaston Kotiutusohjeet hoitohenkilökunnalle on päivitetty ja työn alla on Opaslehtinen omaiselle.

Neurohoitajan erikoistumisopinnojen kehittämistyössä on tarkoitus suunnitella ns. Lähtövartin toteutus käytännössä Potilaan jatkohoidon ohjauslomaketta apuna käyttäen. Ohjauslomaketta ei ole aikaisemmin ollut käytössä, joten sen suunnitteleminen on osaa tätä työtä. Potilaan lähtöä edeltävänä tai viimeistään lähtöpäivänä on tarkoitus keskustella Lähtövartissa kotiutusasioista. Peruslähtökohtana kuntoutusosaston toiminnassa on ajatus, että jokainen potilas on oikeutettu oikea - aikaiseen ja tarpeitaan vastaavaan hoitoon, joka on kirjallisesti suunniteltu ja vaikuttavuus dokumentoitu potilasasiakirjoihin. Jokainen hoitaja toimii käytännön hoitotyön toteuttajana ja pystyy työnsä vaatimusten mukaisesti toteuttamaan hyvää potilaan hoitoa tiettyjen sovittujen laatuksien mukaisesti.

Kaikille aivovaurion saaneille tulee tarvittaessa taata mahdollisuus moniammatilliseen, oikea- aikaiseen ja riittävän intensiiviseen kuntoutukseen (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim - Suomen Akatemia 2008).

OSAKE – työpaja on Espoon kaupungin järjestämää kehittämistyöskentely koulutusta ja kehittämistyön toteuttamisen tukemista eri laitoksien ja yksiköiden ammattiryhmien työntekijöille aina vuoden kestäväksi projektiksi. Työpajoissa nimetyt fasilitaattorit ohjaavat ja tukevat työryhmien työskentelyä sekä ohjaavat työryhmiä arvioimaan oman työskentelynsä etenemistä. OSAKE – Osallistuvan Arjen Kehittäminen - hankkeen ta-

voitteena on espoolaisten ikäihmisten arjen toiminnan parantaminen hoitohenkilökunnan osaamisen ja toiminnan parantumisen myötä. Osake - työpajoissa työskentely perustuu PDSA (Plan – Do – Study – Act) menettelyyn eli jatkuvan laadun parantamiseen kehään. PDCA (Plan – Do – Check – Act) tarkoittaa samaa kuin PDSA malli. Mallia voidaan käyttää missä tahansa meneillään olevassa parannuksessa ja se sisältää neljä jatkuvaa askelta: suunnittele, tee, tutki ja toimi. (The Society of Motor Manufacturers and Traders Limited 2004: 45.) Shewhart puhui ensimmäisenä PDCA menettelystä 1939 julkaistussa kirjassaan *Statistical Method from the Viewpoint of Quality Control*.

Opinnäyteyö on myös osana LiVo - hankkeessa, johon osasto osallistuu eri ammattiryhmien muodostamana työryhmänä. Liittyvä Voima- hankkeen (2008 -2011) tavoitteena on tuottaa korkeakoulun ja työelämän välinen kumppanuusmalli, joka on mahdollista siirtää ja muuttaa mihin tahansa toimijoiden väliseen yhteistyöhön. Mallissa kumppanien välisten suhteiden periaatteiden, rakenteiden ja prosessien kautta kumppanit tuottavat toisilleen osaamista ja hyödyntävät toistensa osaamista neuvottelevassa ja tasavertaisessa yhteistyösuhteessa. Osaprojektien suunnitelmat luodaan Metropolia Ammattikorkeakoulun kehittäjäopettajien ja Espoon sairaalan kehittäjätyöntekijöiden yhteistyön tuloksena. Liittyvä Voima- hanke on osin Euroopan sosiaalirahaston rahoittama hanke, jonka rahoittajana toimii Länsi-Suomen lääninhallitus. Toimijoina hankkeessa ovat Metropolia Ammattikorkeakoulu ja Espoon kaupunki, jotka myös osin rahoittavat hanketta. (Liittyvä Voima- hanke 2010.)

Liittyvä Voima-hankkeen 2. osaprojektin aiheena on Kotiutuminen Espoon sairaalasta. Projektin tarkoituksena on kehittää potilaan kotiutumista Espoon sairaalasta. Oletuksena hankkeen alussa on, että onnistunut kotiutuminen edellyttää rajojen ylittämistä, mikä toteutuu eri ammattiryhmien, sairaalan ja kotihoidon sekä ammattilaisten ja maallikkosten välillä. Kehittämistyön tavoitteena on saada aikaan potilaslähtöinen, moniammatillinen Espoon sairaalan kotiutuksen palveluprosessin kuvaus ja sen toiminnallinen malli. Tavoitteena on sairaalan ja kotihoidon välistä yhteistyötä helpottava ja vahvistava toiminnallinen malli ja omaisten sitoutumista edistävä toiminnallinen malli sekä sairaalan sosiaalialan tehtävärakennekuvaus. (Reijonen 2009: 3-4.)

Työn käytännön toteutukseen osallistuvat kaikki työyksikön sairaanhoitajat, perushoitajat, lähihoitajat sekä mukaan yritetään saada myös kaikki lyhyt- ja pitkäaikaiset sijaiset. Opiskelijat osallistuvat ohjaajansa mukana potilasohjaustilanteisiin. Kehittämistyö to-

teutetaan Espoon sairaalan Neurologisella kuntoutusosastolla 3E:lla. Osastolla toteutetaan espoolaisille aikuisille lyhyt- ja pitkäaikaista kuntoutusta neurologisten sairauksien aiheuttaman toimintakyvyn puutteisiin akuutin hoitovaiheen jälkeen. Kuntoutumisjakso osastolla ei ole määräaikainen vaan hoitajakson päätyminen riippuu potilaan toimintakyvystä ja jatkohoitopaikasta.

2.2 Kehittämistyön tarkoitus

Neurohoitajan opintoihin liittyvän kehittämistyön tarkoituksena on luoda osastolle yhtenäinen kotiuttamisen malli, joka sisältää Potilaan jatkohoidon ohjauslomakkeen ja yhtenäisen toimintatavan vakiinnuttamisen kotiutusta varten. Ohjauslomakkeella on tarkoitus jäsentää kunkin potilaan yksilöllinen tiedon ja tuen tarve kotiutusvaiheessa ja vastata näihin, niin että potilas tuntee omaavansa riittävät tiedot ja taidot sekä kokee olonsa turvalliseksi selviytyäkseen kotona yksin, läheisten ja muiden tukipalvelujen avulla. Tarkoituksena on varmistaa potilaan läheisille ja kotihoidon henkilökunnalle sekä muille tukiverkoston jäsenille tärkeiden hoidollisten tietojen välittyminen.

2.3 Kehittämistyön tavoitteet

Kehittämistyön tärkein tavoite on se, että potilas kokee selviytyvänsä kotona ja luottaa omiin mahdollisuuksiinsa ylläpitää omaa toimintakykyään ja huolehtii sairautensa aiheuttamasta jatkohoidon toteutumisesta avoterveyden puolella omalla terveysasemalla tai erikoissairaanhoidopiirissä. Toisena tavoitteena on potilaan läheisten tietoisuuden lisääntyminen ja selkiintyminen sairaudesta sekä sen jatkohoidon järjestämisestä antaen turvallisuuden tunteen ja vähentäen ahdistusta sekä pelkoa läheisen kotiutuessa. Hoitotyöntekijöiden näkökulmasta tavoitteena ovat yhtenäiset ja laadulliset kriteerit täyttävä kotiutuskäytäntö.

3 KEHITTÄMISTYÖSSÄ KÄYTETYT KÄSITTEET

Kehittämistyössä käytetään seuraavia käsitteitä: aivoverenkiertohäiriö (AVH), ohjaus, ohjauslomake, FIM - toimintakykymittari, selviytyminen, hoitajakso ja jatkohoito.

3.1 Aivoverenkiertohäiriö

Käypä hoito suosituksen (2006) mukaan aivoverenkierron häiriöllä tarkoitetaan neurologisia oireita aiheuttavia sairauksia, jotka ovat ohimeneviä tai pitkäaikaisia sekä johtuvat aivoverisuonten tai aivoverenkierron tai yhdessä molempien sairauksista. Yhteisnimitys yllä mainituille sairauksille on AVH. Tässä kehittämistyössä on käytetty molempia nimikkeitä asiayhteydestä riippuen. Aivokudos on iskemian suhteen elimistömme haavoittuvaisin elin ja sen vaurio on inhimilliseen olemassaoloon ehkä vaikuttavuudeltaan suurin verrattuna minkään muun elimen vaurioon (Lindsberg 2008).

3.2 Ohjauslomake

Ohjauslomakkeella tarkoitetaan tässä työssä sitä lomaketta, joka on suunniteltu tämän kehittämistyön aikana. Lomake on kooltaan A4, yksipuolinen, strukturoitu, värillinen ja sisällöllisesti koostettu AVH – potilaan jatkohoidon toteuttamisen tarpeita vastaavaksi.

3.3 FIM – itsenäisen toimintakyvyn mittari, Functional Independence Measure

FIM–itsenäisen toimintakyvyn mittarilla mitataan potilaan rajoittuneen toimintakyvyn tasoa ja kuntoutuksen aikana toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset. FIM–mittari mittaa sairauden aiheuttamaa toimintakyvyn vajautta, ei itse vammaa. Mittaristo muodostuu 18 toiminnasta, joista jokaisen korkein pistemäärä on 7 ja alhaisin pistemäärä on 1. Yhteispistemäärä vaihtelee välillä 18–26. FIM–pisteet annetaan toiminnan tasojen mukaan. Tasoja on omatoiminen ja tarvitsee apua. Avun määrän mukaan tarvitsee vähän apua tai tarvitsee paljon apua. Omatoiminen tarkoittaa sitä, että henkilö ei tarvitse avustajaa toiminnan suorittamisessa. Täysin itsenäinen - 7 pistettä, jolloin henkilö suorittaa kaikki toiminnot kohtuullisessa ajassa, turvallisesti ja ilman apuvälinettä. Lähes itsenäinen - 6 pistettä, tällöin potilaan toimintaan vaikuttaa vähintään yksi tekijä: henkilö tarvitsee apuvälinettä, toiminta kestää normaalia kauemmin tai siihen liittyy turvallisuusriskejä. Tarvitsee apua tarkoittaa sitä, että henkilö tarvitsee avustajan valvontaa, ohjausta tai fyysistä apua toiminnan suorittamiseen tai hän ei pysty sitä lainkaan suorittamaan. Tarvitsee vähän apua, jolloin henkilö suorittaa yli puolet (50 %) toiminnasta itse, henkilö tarvitsee ohjausta tai järjestelyä – 5 pistettä, vähäisen kosketus avun – 4 pistettä tai kohdalaisen avun – 3 pistettä. Tarvitsee paljon apua tarkoittaa sitä, että henkilö suorittaa alle

puolet (50 %) toiminnasta itse, runsas apu – 2 pistettä tai täydellistä apua – 1 piste, toimintaa ei voi suorittaa tai sitä ei voi suorittaa lainkaan. (FCG 1996: 37-40.)

4 SELVIYTYMINEN

Selviytymisen määritelmä: Selviytyminen on jonkin hankalan, vaarallisen tai muun sellaisen vaiheen läpi pääsemistä, kestämistä, läpäisemistä (MOT Suomen kielen perussanakirja. Kolmas osa. 2001: s.v. selviytyminen).

Selviytyminen vaatii muutoksen kohtaamista ja sen saamista jonkinlaiseen hallintaan. Lisäksi sen edellytyksenä on myös sisäisen voiman tunteen syntyminen. Tämä antaa voimia omaan haluun, omien päämäärien asettamiseen ja luottamukseen omiin mahdollisuuksiin sekä näkemykseen omasta itsestään ja aktiivisuuteensa. Selviytymisen kokemus on ihmisillä hyvin erilainen ja tarkoittaa hyvin erilaisia asioita. (Purola 2000: 15–31.)

Selviytymisen ymmärretään tarkoittavan sitä, että potilaalla on mahdollisuus elää kotona sairaudesta huolimatta, niin että hän kokee saavansa fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeensa täytetyiksi sekä tuntee olonsa turvalliseksi. Selviytymiseen kotona kuuluu myös olennaisena osana henkilön kyky käyttää tarvitsemiaan palveluita ja huolehtia omasta hyvinvoinnistaan noudattaen sairauden tuomia rajoitteita ja mahdollisuuksia elämäntavoissaan.

Haasteena ja tavoitteena potilaalle, läheiselle ja hoitohenkilökunnalle on ymmärtää ja nähdä selviytyminen kotona yhtenäisen käsityksen mukaan, johon kaikki osapuolet sitoutuvat ja kokevat mahdolliseksi. Hoitohenkilökunta muodostaa käsityksensä potilaan selviytymisestä omasta ammatillisesta näkökulmastaan ja potilas sekä läheinen omien kokemustensa ja oman elämänsä näkökulmasta.

4.1 Potilaan selviytymistä vahvistavat ja heikentävät tekijät

Tuula Salosen (1995: 1-2; 4-44; 50) Aivohalvaukseen sairastuneen ja hänen perheensä elämäntilanne-tutkimuksessa kyselylomakkeet lähetettiin sairastuneelle sekä perheelle lähetettiin oma lomake. Tutkimuksen tavoitteena oli kyselyn avulla selvittää niitä fyysi-

siä, toiminnallisia ja sosiaalisia muutoksia, joita perheenjäsenen sairastuminen aiheuttaa perheessä. Tietoa haluttiin myös siitä millä tavalla sairastunut itse ja perhe on mukautunut uuteen elämäntilanteeseen. Elämäntilanteeseen mukautumista voi tapahtua toisaalta luopumisena ja toisaalta selviytymisenä. Luopuminen tutkimuksessa nähtiin tilanteena, jossa sairastunut itse ja perhe tavallaan luopuvat elämästä, asiat eivät kiinnosta, ollaan masentuneita ja viihdytään yksin. Selviytyminen nähtiin taas uusien positiivisten asioiden etsimisenä. Siitä huolimatta että henkilö joutuukin luopumaan entisistä toiminnoista sairauden vuoksi niin hän löytää uusia toimintoja entisten tilalle. Ne tuovat sisältöä elämään sairastumisen jälkeen. Selviytyjäksi katsottiin ne, jotka olivat tyytyväisiä elämäänsä ja olivat omasta mielestään sopeutuneet sairauteensa ja elämäntilanteeseensa. Selviytymistä tukivat seuraavat asiat: itsenäinen liikkuminen, taloudellisen tilanteen tasapaino, harrastusten aktiivisuus, sosiaalisten suhteiden ja henkisen tuen saannin riittävyys sekä kokemukset kuntoutuksen riittävydestä ja oikein ajoittumisesta. Tutkimuksen mukaan itse sairastunut saattoi kokea selviytyvänsä hyvin kotona kun taas perhe saattoi kokea päivien olevan jaksamista ja yrittämistä uupumiseen asti päivästä toiseen. Sopeutumiseen vaikuttaa eniten oma realistinen suhtautuminen sairastumiseen ja oman perheen tuki.

Tarja Aaltosen – Aivohalvaus- ja afasialiitto ry:n (1997: 45) haastattelututkimuksen mukaan sairastuneen ja läheisen näkökulmasta AVH -potilaan avuntarpeen arvio oli hyvin erilainen. Molemmat arvioivat avuntarvetta asioinneissa, liikkumisessa, peseytymisessä, pukeutumisessa, ruokailussa, wc:ssä käynnissä. Ainoastaan tarvitun avun suhteen peseytymisessä sairastuneen ja läheisen arviot vastasivat toisiaan. Muilta osin läheiset arvioivat tilanteen huonommaksi kuin sairastunut.

Latvamäen (2006) tutkimuksen mukaan ikääntyneet pyrkivät sopeutumaan toimintakykynsä muutoksiin sairaalasta kotiutumisen jälkeen mutta selviytymistä näyttäisivät uhkaavan kuitenkin psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Ikääntyneiden selviytymistä kotona tukee kiireetön keskustelu ja kuunteleminen.

4.2 Läheisen selviytymistä vahvistavat ja heikentävät tekijät

Sairastuminen perheenjäsenen kokemana Salosen (1995: 36; 42) mukaan oli kaikkein vaikeinta heti sairastumisen alussa, varsinkin sopeutuminen vaikeaan sairauteen ja sen mukanaan tuomiin muutoksiin. Sairastumisen jälkeen 1–2 vuoden kuluttua monet per-

heet kokivat sopeutuneensa sairauteen mutta arkielämään liittyvät konkreettiset muutokset ja asiat koettiin vaikeina. Myös perheen toiminnallisuus ja sosiaalisuus vähenivät. Epätietoisuus sairauden uusiutumisesta liittyi lähes aina siihen, ettei omaisella ollut riittävästi tietoa sairauden uusiutumisesta. Tutkimuksessa merkille pantavaa oli se, että jos perhe ei kokenut sopeutuneensa läheisen sairauteen, niin sairastuneenkaan ei koettu siihen sopeutuneen. Sairastunut taas itse saattoi olla sitä mieltä, että hän oli sopeutunut sairauteensa mutta hän saattoi epäillä perheen sopeutumista siihen.

Sairastuneen lähipiiri kokee suuren muutoksen, aivohalvaus tulee myös heidän elämäänsä. Läheisiä ei tueta riittävästi vaan he jäävät taustalle ja kuitenkin heidän varaansa lasketaan kotiin palaamisen mahdollisuutta mietittäessä. Tutkimuksessa vain kolmannes omaisista koki voineensa osallistua kuntoutusprosessin suunnitteluun. Yli puolet olisi halunnut olla mukana suunnittelussa ja muutama ei olisi halunnutkaan osallistua. (Aaltonen – Aivohalvaus- ja afasialiitto ry 1997: 68.)

Ainoa tapa yhdistää kuntoutus potilaisiin ja heidän läheisiinsä sekä heidän elämäänsä on ratkaisusta keskusteleminen heidän kanssaan. Tarvitaan erilaisia keinoja, joilla mahdollistetaan jokaisen sairastuneen ja hänen läheisensä osallistuminen suunnitteluun ja päätöksentekoon. Kaikkien aivohalvauspotilaiden kohdalla ei osallistumistavoite aina kyläläkään ole realistinen. Jokapäiväisen elämän sujuvuuden varmistamisen ja nykyistä pitempiäaikaisen seurannan tuen tarve tuli myös tutkimuksen aineistoa analysoitaessa esille. Läheisen tuen tarve on sisällöltään erilaista ja eriaikaista kuin potilaan. (Aaltonen – Aivohalvaus- ja afasialiitto ry 1997: 69; 71.)

On havaittavissa, että läheiset suhtautuvat hyvin eri tavalla perheenjäsenen sairastumiseen. Mitään yhtenäistä käyttäytymismallia ei ole niinkään havaittavissa. Kotiuttamislanteessa läheiset tuntuvat eniten pelkäävän sitoutumista, vastuuta hoidosta ja kotiutujan jäävän ilman asianmukaista jatkohoitoa ja – seurantaa. Monesti he ovat sitä mieltä, että hoitovastuu kuuluu yhteiskunnalle. Useimmiten kun selvitetään yhdessä kuka vastaa kotiutujan tarvitsemasta avusta kotona, milloin, millä tavalla ja miten jatkohoito on suunniteltu, niin omaisten pelko ja ahdistus näyttävät lieventyvän ja myötämielisyys kotiin lähtöön lisääntyy.

4.3 Hoitohenkilökunnan näkemys selviytymisestä

Potilaan tullessa kuntoutukseen osastolle niin hänestä tehdään toimintakyvyn arviointi FIM-mittarilla kolmen vuorokauden kuluessa. Uusi mittaus tehdään kolmen viikon kuluessa tai myös aikaisemmin, jos potilaan kuntoutuminen etenee hyvin. Potilaan Hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa hoidon tarpeen määrittely, potilaan kuntoutumisen tavoitteet, hoitohenkilökunnan auttamismenetelmät nousevat toimintakykymittauksen heikoilta tarvealueilta. Samoin joka viikko pidettävässä tavoitekokouksessa potilaan lähitavoite seuraavaksi viikoksi asetetaan toimintakyvyn heikoilta alueilta. Päivittäisessä kirjauksessa arvioidaan potilaan toimintakykyä suhteessa Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. Hoitajien havaintojen lisäksi kirjataan kuvaillen mitä potilas on tehnyt, miten tehnyt ja tarvitsemansa avun määrä ja laatu.

Näihin edellä mainittuihin asioihin perustuu pitkälti potilaan hoitotiimin arvio potilaan selviytymisestä kotona. Muutaman vuoden pituinen tilastollinen seuranta kotiin lähteneiden potilaiden osalta osoittaa, että FIM-pisteet antavat aika hyvän kuvan potilaan selviytymiskyvystä ainakin osasto ympäristössä, jossa on ympärivuorokautinen hoito ja valvonta. On tilastojen valossa merkille pantavaa että, potilaat, joiden FIM-pisteet ovat yli 65 ja asuvat yhdessä toisen henkilön kanssa pärjäävät kotona. Edellyttäen läheisen jaksavan auttaa päivittäisissä toimissa. Yksin asuvilla FIM-pisteet on oltava yli 85 ja kognitiivisella puolella ei saa olla suurempia toimintakyvyn vajauksia jotta olisi edes realistinen mahdollisuus selviytyä omin avuin pitempiä aikoja vuorokaudessa yksin kotona. Kotihoidon apu saattaa olla tarpeellista, muuta ei joka päivä tapahtuvaa. Yli 100 FIM-pistettä osoittavat, että potilas selviää kotona ilman kotihoitoa, mutta edellyttäen ettei toimintakyvyn vajeusta saa olla kognitiivisella puolella. (Effica potilastietojärjestelmä 2008-2010.)

Potilasta tai läheistä haastatellaan tulotilanteen-haastattelulomakkeen kysymysten pohjalta. Haastattelulla selvitetään potilaan toimintakykyä ennen sairastumistaan. Lisäksi potilasta tai läheistä pyydetään täyttämään Elämisen toiminnot - lomake, joka kartoittaa kysymyksillä potilaan elämää laajemmin ja syvemmin. Näiden haastattelujen antamien tietojen tarkoituksena on kertoa potilaasta jotain sellaista, joka auttaa hoitohenkilökuntaa ymmärtämään potilaan tapaa suhtautua asioihin, kykyä selvitä kriiseistä ja hänen elämänhallinnastaan jo ennen sairastumistaan. Roosin (1987: 65–66) mukaan ulkoinen elämänhallinta on sitä, että ihminen on pystynyt suurin piirtein ohjaamaan elämänsä

kulkua, ilman että sen vaiheisiin ovat vaikuttaneet kovin monet hänestä itsestään riippumattomat tekijät. Elämän sisäinen hallinta on paljon monimutkaisempi asia. Se tarkoittaa sitä, että ihminen, riippumatta siitä, mitä hänelle elämässä tapahtuu, kykenee sopeutumaan ja katsomaan asioita parhain päin, sisällyttämään elämäänsä mitä dramaattisimpia asioita. Sisäinen elämänhallinta on siis jotain, joka on opittava, vähitellen ja jo lapsuudessa.

Heiskasen (1997: 298) mukaan elämänhallinta on oman elämän ohjaksista kiinni pitämistä tarkoittamatta sitä, että pystyisimme mestaroimaan koko elämäämme. Liian tiukka elämänhallinta ei ole hyväksi, sillä jos yritämme tiukasti ohjata ja kontrolloida kaikkea, mitä elämässämme tapahtuu, emme pysty hyväksymään vaikeuksia ja vastoinkäymisiä. Emme myöskään pysty olemaan autettavina ja ottamaan apua vastaan. Elämän sujuvaa hallintaa auttaa se, että pystyy näkemään elämänsä ymmärrettävänä, hallittavana ja merkityksellisenä. Ymmärrettävyys on sitä, että elämän tapahtumat tuntuvat kutakuinkin ymmärrettäviltä ja johdonmukaisilta. Silloin osaa myös nähdä itsen ja ympäristön suhteen oikein. Hallittavuus on sitä, että tuntee omat voimavaransa ja kykynsä ja pystyy käyttämään niitä selviytymisen tukena. Hallinta antaa tunteen siitä, että voi itse vaikuttaa asioihin.

Haasteena koetaan tänä päivänä AVH – potilaiden kotiuttamisessa se, että potilas pystyy olemaan kotona kokien olonsa turvalliseksi, luottaa omaan itseensä, ottaa vastuun itsestään, toimii aktiivisesti itse omien voimavarojensa mukaan, osaa kuunnella omia tunteuksiaan ja uskaltaa puhua omista ongelmistaan.

Hoitohenkilökunnan selviytymisen-käsite tulee olla laajempi kuin nykyisin on ottaen huomioon potilaan elämään vaikuttavat asiat myös subjektiivisesta näkökulmasta ja käyttäen hyväksi kaikkea saatua tietoa potilaasta mitä on käytettävissä. Lisäksi hoidon tulee sisältää ohjauksellinen ote ja tiedollinen tukeminen potilaan voimavarojen mukaan. Läheiset ja kotona hoitoon osallistuvat tulee myös aina ottaa mukaan hoidon suunnitteluun. Kuntoutusjakson haasteena kuntouttamisen lisäksi nähdään potilaan tukeminen jotta hän löytäisi korvaavia toiminnallisia asioita esim. harrastuksia hoitojakson aikana ja näin elämään tulisi mielekästä tekemistä ja sisältöä jo kuntoutuksen aikana sairaalassa. Kotiin palatessa olisi jo uutta elämän sisältöä vanhan tilalla ja elämä tuntuisi merkitykselliseltä ja toivoa antavalta. Tällä hetkellä osasto ympäristö on vielä aika viirikkeetöntä mutta sisältöä potilaan arkeen on haettu ulkoilusta ja kuntosalikäynneistä.

4.4 Hoitajakso ja jatkohoito

Hoitajakso käsitetään tässä työssä seuraavan määritelmän mukaisesti:

Hoitajakso on ajanjakso, jonka potilas on kirjattu avo – tai laitoshoidon saajaksi. Hoitajakso alkaa tulokirjauksesta ja päättyy lähtökirjaukseen (Ketola ym. 2006: 26).

Jatkohoidoksi voidaan katsoa kaikki hoito, joka tapahtuu missä tahansa paikassa ja kenen tahansa toimesta sen jälkeen kun potilas on uloskirjoitettu sairaalasta. Kuntouttamisen ja hoitajakson päättyessä Espoon terveystieteiden keskuksen neurologisella kuntoutusosastolla 3E potilaat lähtevät jatkohoitoon erilaisiin laitoksiin tai kotiin. Osa potilaista siirtyy laitoksiin, joiksi määritellään erikoissairaanhoidon antavaa sairaalaa, terveystieteiden keskuksen sairaalaa tai terveystieteiden keskuksen vuodeosasto, vanhainkoti tai vastaava, jossa henkilökunta on paikalla ympärivuorokauden. Laitokseksi määritellään myös kuntoutuslaitos, jossa annetaan erilaisia kuntoutus – ja hoitajakson palveluja kuten terapioiden, kuntoutusohjausta, sopeutumisvalmennusta, muuta toimintakykyä ylläpitävää valmennusta, apuvälinepalveluita. Osa potilaista taas menee kotiin ilman säännöllistä palvelua, joka tarkoittaa sitä, että hän käyttää itse satunnaisesti avohuollon palveluja tai selviää ilman mitään jatkohoidon palveluja. Kotiin menijäksi määritellään myös henkilö, joka saa kotipalvelun, kotisairaalan, päiväsairaalan palveluita vähintään kerran viikossa omassa kodissa asuvana tai on asumispalvelun asukas, jolloin yksikössä ei ole henkilökuntaa paikalla ympäri vuorokauden. (HILMO 2004: 11.)

Tässä kehittämistyössä jatkohoito on rajattu tarkoittamaan omaan kotiin palaavaa kotiutujaa, joka asuu yksin tai läheisten kanssa. Hän selviytyy kotona avopuolen palvelujen tukemana tai käyttää kolmannen sektorin palveluita tai oma sosiaalinen verkosto täydentää ja tukee muita palveluita.

5 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT

5.1 Aivoverenkiertohäiriön muodot

Aivoverenkiertohäiriö tarkoittaa paikallisen aivokudoksen verettömyyttä eli iskemiaa tai paikallista aivovaltimon verenvuotoa eli hemorragiaa. Iskeemiset aivoverenkiertohäiriöt

ovat: TIA eli ohimenevä iskeeminen kohtaus ja aivoinfarkti, joka jaetaan suurten suonten ja pienten suonten tauteihin sekä sydänperäisiin embolioihin. TIA kohtauksen saaneista 30–40 % saa aivoinfarktin viiden vuoden kuluessa. Uuden aivoinfarktin saa 15 % sairastuneista vuoden kuluessa ja 22 % kuolee vuoden kuluessa.

Valtimovuodot eli valtimorepeämät ovat: valtimovuoto aivoaineeseen eli aivoverenvuoto, ICH ja valtimovuoto lukinkalvonalaiseen tilaan eli subaraknoidaalivuoto, SAV. (Soinila – Kaste - Somer (toim.) 2007: 271–272; 282.)

5.2 Aivoverenkiertohäiriöiden hoidon tarve terveydenhuollossa

Aivohalvaus- ja dysfasialiiton (2010) mukaan Suomessa sairastuu noin 14 000 ihmistä aivoverenkiertohäiriöön vuodessa ja määrän on arvioitu nousevan 21 000:een 2010 mennessä. On laskettu, että yhden potilaan elinikäiset hoitokustannukset ovat noin 60 000 euroa. AVH – potilaiden pitkäaikaishoidon vuosikustannukseksi on arvioitu 200 miljoonaa euroa. Terveydenhuollossa potilaiden hoitajaksot vaihtelevat mutta erikoissairaanhoidossa on arvioitu AVH – potilaiden hoitopäivien määräksi 400 000 ja perusterveydenhuollossa kuluu 1 500 000 hoitopäivää. Nykyiset vuodeosaston hoitopaikat eivät tule riittämään, jos ennusteet potilaiden määrän kasvussa pitävät paikkansa. Näiden seikkojen valossa tarkasteltuna on erittäin merkittävää miten ihminen selviytyy kokona kuntoutumisen jälkeen ja käyttää terveystalveta. Ohjauksen näkeminen osaksi potilaan kokonaishoitoa ja ohjauksen laadun kehittäminen sairautta ja tilanteen tarpeita vastaavaksi on yksi pieni askel vähentää AVH – potilaiden hoitopäiviä erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa.

6 OHJAUKSEN MERKITYS POTILAAN SELVIYTYMISEN TUKENA

Potilaslaki velvoittaa terveydenhuollon hoitohenkilökunnan antamaan potilaalle riittävän ymmärrettävästi selvityksen hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä hoidon kannalta merkityksellisistä asioista hoitopäätöstä tehtäessä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785 / 1992.) Ohjauksessa potilaalla on myös itsemääräämisoikeus, joka liittyy kohteluun, yhteiseen suunnitteluun ja tiedonsaantiin. (Kyngäs ym. 2007: 16–17.)

Etiikalla tarkoitetaan oppia oikeasta, väärästä, hyvästä ja pahasta toiminnasta. Sen tarkoituksena on kuvata ja perustella hyviä ja oikeita tapoja toimia suhteessa toisiin ihmisiin. Etiikassa pohditaan sitä, mikä hoitotyössä on tärkeää, miten toisia tulisi kohdella ja miten toisten tulisi kohdella meitä. Etiikka auttaa tekemään valintoja ja arvioimaan sekä omaa että toisten toimintaa. Ohjauksella tarkoitetaan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutuksellisessa ohjaussuhteessa. Ohjaus on sidoksissa sekä ohjaajan että ohjattavan kontekstiin eli taustaan eli niihin lähtökohtiin ja periaatteisiin, joiden pohjalta toimitaan ja sen sisältö ja tavoitteet puolestaan määräytyvät tämän taustan mukaan ja rakentuvat edelleen ohjaussuhteessa. Etiikan suhde ohjaukseen tulee esille juuri ohjauksen kontekstin ja vuorovaikutuksen kautta. Ohjauksessa oleva konteksti muodostuu sekä käytännön toiminnallisista että eettisistä kysymyksistä, jotka todentuvat ohjaustilanteen vuorovaikutuksessa. Jokaisessa vuorovaikutustilanteessa on läsnä vähintään kaksi eettistä perspektiiviä ja siten ohjauksessa ollaan aina tekemisissä etiikan kanssa. Nämä perspektiivit ovat ammattilaisen eli hoitajan sekä potilaan tai ohjaukseen läheisesti liittyvien omaisten omat eettiset näkemykset. (Lahtinen 2006: 6.)

Ohjaus määritellään Suomen kielen perussanakirjassa (1996 s.v. ohjaus) ohjauksen antamiseksi käytännöllisen opastuksen muodossa tai hoitohenkilökunnan ohjauksen alaisena toimimiseksi. Ohjauksella toisinaan tarkoitetaan potilaan johtamista tai johdattamista johonkin tai hänen toimintaansa vaikuttamista (Kyngäs ym. 2007: 25). Ohjaus on keskeinen osa potilaan kokonaishoitoa ja sen tavoitteena on tukea potilaan valmiuksia itsehoitoon ja selviytymistä sairautensa kanssa. (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002: 24.) Hyvän ohjauksen tavoitteena on vahvistaa potilaan kotona selviytymistä ja vähentää hänen yhteydenottojaan hoitajakson jälkeen (Kyngäs ym. 2007: 6).

Laadukas ohjaus edellyttää asianmukaisia resursseja. Hoitohenkilöstöllä ja hoitotyön johtajilla on vastuu siitä, kuinka ohjausta arvostetaan hoitotyön toimintona, ja miten erilaiset resurssit, kuten aika, ohjausmateriaali, -välineistö ja organisointi mahdollistavat ohjauksen. Kuitenkin hoitohenkilöstön kiire ja tiedon puute sekä toimintaympäristön paineet ovat olleet esteenä ohjauksen onnistumiselle (Lipponen – Ukkola – Kanste – Kyngäs 2008: 5).

Ohjaus vaatii toteuttajaltaan hyviä vuorovaikutustaitoja jotta potilas pystyy hyödyntämään annettua ohjausta. Vuorovaikutuksen sisältö määräytyy tilanteeseen liittyvän pe-

rustehtävän pohjalta, joka sosiaali – ja terveysalalla tähtää ihmisen tukemiseen, ihmisen terveyden, elämänhallinnan ja hyvinvoinnin kasvamiseen. (Vilen – Leppimäki - Ekström 2008: 52.)

Terveydenhuollon ammattihenkilön on toiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä, perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa pohjalta. Ohjauksen näkökulmasta tämä merkitsee kliinisten tietojen pitämistä ajan tasalla sekä ohjauksen sisältöjen, sen suunnittelutaitojen ja siinä tarvittavien vuorovaikutustaitojen ylläpitämistä ja kehittämistä. Potilaalle koituvaa hyötyä lisäävät hänen osallistumisensa ohjaukseen, oikein ajoitettu ja annettu ohjaus ja sen vaikuttavuuden arviointi. (Kyngäs ym. 2007: 17.)

7 POTILAAN, LÄHEISEN JA HOITAJAN VAIKUTUS OHJAUKSEEN

Potilaan ja läheisen ohjaukseen vaikuttavat monet asiat heidän näkökulmastaan katsoen. Ohjaustilanteessa vaikuttavat potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät. Ikääntyneen potilaan ohjauksessa on omat haasteensa, koska heillä saattaa olla rajallinen näkökyky, fyysisiä rajoitteita ja muistihäiriöitä. Potilaan terveystottumukset ja aikaisemmat kokemukset sairaudesta ja sen hoidosta voivat vaikuttaa siihen, miten hän suhtautuu ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007: 29; 33.)

Omaisien ohjaukseen suositusten lähtökohtana ovat tiedollinen ja emotionaalinen tuki, koska ne ovat hoitotyössä kaksi keskeisintä omaisille annettavaa tuen muotoa. Suositukset omaisen ohjaukseen: Selvitetään minkälaista tietoa ja ohjausta ja kenelle annetaan, potilaalta kysytään ohjauksen saaja. Omaista rohkaistaan osallistumaan. Varataan riittävästi aikaa omaisten ohjaukseen. Nähdään omaisen ohjauksessa ainutlaatuisena yksilönä. Annetaan ohjausta ymmärrettävällä kielellä. Huomioidaan omaisen emotionaalisen tuen tarpeet ja jaksaminen. Rakennetaan ohjaustilanne yhdessä omaisen kanssa. (Anttila ym. 2006: 46.)

Vuorovaikutuksellisen tukemisen tavoitteena on vahvistaa perhettä ja luoda asiakkaalle kokemus siitä, että yksilön perheeseen kuuluvat ja muut verkostoon kuuluvat tärkeät ihmiset huomioidaan häntä koskevissa asioissa. (Vilen – Leppimäki - Ekström 2008: 196.)

Hoitajan näkökulma ohjauksesta rakentuu hyvin monista asioista ja yhteyksistä potilaasta ja läheisestä riippuen. Ohjauksen tarve voi liittyä potilaan terveysongelmiin, elämäntaito – ongelmiin, elämäntilanteen eri vaiheisiin tai elämäntilanteen muutosvaiheeseen. Ohjaus rakentuu yleensä niille asioille, joita potilas nostaa esiin tärkeänä hänen hyvinvoinnilleen, terveydelleen ja sairaudelleen. Jotta potilaan yksilöllisiin tarpeisiin voitaisiin vastata, niin ohjauksessa on välttämätöntä selvittää hänen tilanteensa ja mahdollisuutensa sitoutua omaa terveyttä tukevaan toimintaan. Jos potilaan taustatekijöitä ei huomioida, samassa tilanteessa olevia potilaita ohjataan useimmiten samalla tavalla ja samoilla ohjausmenetelmillä. Hoitajan ohjausvalmiuksista olennaisia ovat tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista sekä tiedot erilaisista ohjausmenetelmistä. Hoitajan roolina on toimia ohjauksen ja vuorovaikutuksen käynnistämisen ja etenemisen asiantuntijana ja siksi hänellä tulee olla vuorovaikutus – ja johtamistaitoja. (Kyngäs ym. 2007: 26–34.)

Hoitajan on tärkeää varmistaa potilaalta, millainen tukiverkosto hänellä on ja miten tärkeänä hän pitää omaisten ohjaamista. Ohjaamisen onnistuminen vaatii rauhallisen ja kiireettömän ympäristön. Avoin ja luottamuksellinen sekä kaksisuuntainen vuorovaikutus parantaa psyykkistä ympäristöä ja luo pohjan hyvälle ohjaukselle. (Kyngäs ym. 2007: 36.)

Toimiessaan ohjaajana hoitajalla on aina ammattilaisen vastuu siitä, että hänen toimintansa on eettisesti kestävä ja että hän toimii oikein ja kulloisenkin ”oikean tietämyksen mukaisesti”. Ohjauksen tulee tukeutua näyttöön tai hyviin käytäntöihin, jotka ovat tavallaan eettisen työskentelyn perusta. (Kyngäs ym. 2007: 154.)

Hoitajan tulee arvioida säännöllisesti myös omia ohjaustaitojaan ja sitä, miten ohjaus on toteutunut, jotta hän voisi kehittyä ohjaajana. Ohjauksen onnistumista hän voi arvioida riittävyyden, potilaslähtöisyyden ja yksilöllisyyden näkökulmasta. (Kyngäs ym. 2007: 45.)

Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Potilasohjauksen kehittämishankkeessa on ollut tarkoituksena kartoittaa ja kehittää potilasohjauksen laatua Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Hanke käynnistettiin vuonna 2002 ja hankkeen tuloksena syntyi ohjausmalleja. Laajan tutkimuksen tulosten perusteella kehittämishaasteiksi nousivat mm ohjaustapah-tuma prosessina, ohjauksen organisointi, vuorovaikutus ohjaussuhteessa, sosiaalinen

tuki, omaisten ohjaus, demonstrointi, kirjallinen ohjaus, puhelinohjaus ja ryhmäohjaus. Potilaan ohjauksen jatkuvuuden varmistamista avohoitoon pidettiin erityisen tärkeänä. (Lipponen – Kyngäs - Kääriäinen 2006: tiivistelmä)

Ohjausprosessin luonteeseen kuuluu, että ensin määritellään ohjauksen tarve, suunnitellaan ohjauksen kulku, toteutetaan ohjaus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus. (Lipponen ym. 2006: 15.)

Potilaan hoitokertomukseen tulisi selkeästi kirjata ohjaukselle asetetut tavoitteet, ohjaussuunnitelma, sen toteutus ja arviointi. (Kyngäs ym. 2007: 46.)

Tässä kehittämistyössä ohjaus ajatellaan ja käsitetään potilaan sekä hoitohenkilökunnan tasavertaisena vuorovaikutussuhteena, jossa molemmat ovat aktiivisia toimijoita oman roolinsa näkökulmasta. Hoitaja käyttää tilanteessa omaa tieto – taitoperustaansa keskustellessaan potilaan kanssa ja antaa potilaalle mahdollisuuden kysymysten esittämiseen. Potilas osallistuu keskusteluun oman elämänsä asiantuntijana eikä ole vain ”käskyjen” vastaanottaja ja toteuttaja. Potilaan näkemykset ja kokemukset omasta tilastaan ja kotona selviytymisestään määrittävät ohjauksen luonteen ja sisällön. Ohjaustilanteen ajankohta ja ajallinen kesto on potilaan tiedossa jotta hän voi tilanteeseen valmistautua. Potilaan läheinen saa osallistua edellä mainittuun tapahtumaan, jos potilas antaa suullisesti luvan.

8 OHJAUSLOMAKEEN TAUSTAA JA LAADULLISET VAATIMUKSET

Yhteisön sekä yksilön voimavarat vaikuttavat ohjauksen tarpeen määrittelyyn ja toteutukseen. Ohjausprosessiin kuuluu ohjauksen tarpeen määrittely, sen kulun suunnittelu, ohjauksen toteuttaminen ja lopuksi ohjauksen onnistumisen ja vaikuttavuuden arviointi. Sairastuneelle ja hänen omaisilleen sairastuminen aiheuttaa epävarmuuden, avuttomuuden ja turvattomuuden tunteita. Ensiarvoisen tärkeää on selviytymisen kannalta, että potilas ja hänen läheisensä saavat tietoa sairaudesta, suunnitelluista tutkimuksista ja hoidoista. Tiedon saaminen antaa potilaalle mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon ja edistää itsehoitovalmiuksia. Ahdistus ja pelko vähenevät myös ohjauksen ja opetuksen tuella. Ohjauksessa on tärkeää huomioida myös potilaan sairastaman ajan

pituus ja tiedontaso omasta sairaudestaan sekä sairauden aiheuttamat kognitiiviset puutoshäiriöt. (Lipponen ym. 2006: 10.)

Toimivalle ohjauslomakkeelle on asetettu tiettyjä yleisiä vaatimuksia. Kirjallisessa ohjeistuksessa olennaisinta on, että ohjeet on kirjattu oikein ja miten ne on kirjattu sekä ohjeiden tulee tukea potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista terveydenhuollossa. Potilaiden kasvatus ja mieltä askarruttaviin kysymyksiin vastaaminen on ohjeistuksen ensisijaisena tavoitteena. Kirjallisten ohjeiden tarkoitus on antaa potilaalle ohjeita omaan sairauteensa liittyvissä asioissa, valmistaa potilasta tuleviin tutkimuksiin sekä auttaa potilasta sopeutumaan sairauteensa ja suunnittelemaan elämäänsä sairautensa kanssa jo hoidon aikana. Kirjallinen potilasohje kertoo myös potilaan asemasta terveydenhuoltojärjestelmässä määritellen käsityksen terveydestä ja sairaudesta tiedon siirtämisen lisäksi. Kirjallinen ohje annetaan suullisen ohjauksen yhteydessä jolloin tarjoutuu tilaisuus yhdessä käydä lävitse ohjeistus ja täydentää sitä tarpeen mukaan. (Alaperä ym. 2006: 66.)

Toimivalle ohjauslomakkeelle on asetettu tiettyjä sisällöllisiä vaatimuksia. Ohjeiden kirjoittamisen pakote lähtee laitoksen tarpeesta ja potilaan tarpeesta. Laitoksen toiminnan tavoitteena on ohjata potilasta toimimaan oikein ja potilaan tavoitteena on saada olennaista tietoa. Etukäteen tulee huomioida kohderyhmä kenelle ohjeistus on suunnattu, kuka sen on tehnyt, milloin se on tehty ja mitä varten. Yhtä ainoa oikeaa tapaa tehdä potilasohje ei ole vaikkakin on olemassa hyvän potilasohjeen perusteet. Jokainen ohjeistuksen tekijä kehittää omalla tavallaan sellaisen ohjeen, joka palvelee ajateltua kohderyhmää ja luontuu osaston toimintatapoihin. (Lipponen ym. 2008: 3.) Potilasohje tulee olla käytettävissä myös ruotsikielisenä varsinkin kun osasto on virallisesti kaksikielinen ja näin ollen on sitouduttu antamaan kuntoutusta ja hoitoa ruotsiksi. Toistaiseksi ruotsinkielistä potilasohjetta ei ole saatavilla.

Toimivalle ohjauslomakkeelle on asetettu tiettyjä ulkoasua koskevia vaatimuksia. Lähtökohtana hyvälle ohjeelle on taitto eli se miten kuvat ja teksti on paperille asetettu sekä hyvä ulkoasu. Nämä elementit innostavat lukemaan ja auttavat ymmärtämään ohjetta paremmin. Yksi- ja kaksisivuinen ohje toimii parhaiten A4 koossa, pystyasennossa kun taas monisivuinen ohjeistuksen paras esitysmuoto on taitettuna vaakamallina. Värien käyttö on harkittava jotta tulos pysyy hillittynä, sillä on todettu värien käytön herättävän tunneperäisiä vaikutuksia ja ihmiset reagoivat väreihin eri tavoin. Toimivalle ohjauslo-

makkeelle on asetettu suositukset tekstin suhteen. Suositellaan rivin pituudeksi 55-60 merkkiä. Fonttikokona 12 pidetään hyvänä mutta kohderyhmän muodostuessa iäkkäistä ja rajoitteisen näköaistin omaavista ihmisistä fonttikokoa suositellaan suurennettavaksi heidän tarpeitaan vastaavaksi. Kirjasintyypiksi suositellaan valittavaksi helposti luettava ja taustastaan erottuva kuten Arial ja Times New Roman. Lihavointia suositellaan vain otsikoihin ja alleviivauksien käytössä harkintaa, koska se alleviivaus heikentää tekstin luettavuutta ja ulkoasua. (Lipponen ym. 2006: 68.)

9 TOIMINTATAVAN MUUTOS

Aidon muutoksen perusta on oppiminen, joka johtaa ajattelun ja käyttäytymisen muuttumiseen. Keskeistä on ihmisen ajattelun ja käyttäytymisen muutos. Tämä tarkoittaa sitä, että ihmisen täytyy hyväksyä muutos myös tunnetasolla. Nykyajan työelämän ongelma on se, että sopeutuminen nopeassa tahdissa tuleviin muutoksiin jää usein pinnalliseksi ja näennäiseksi. Tärkeitä asioita esimerkiksi ovat, miten ymmärrettävästi onnistumme ilmaisemaan muutoksen syyt ja seuraukset ja itse muutosprosessin sekä millä tyyllillä viestimme muutoksesta. (Arikoski – Sallinen 2007: 7–8.)

Etsi liittolaisia ja kumppaneita, sillä sekä omalle jaksamiselle että työn tuloksellisuudelle keskeistä on löytää kumppanit, joilla yhtäältä on halu edistää yhteisten tavoitteiden saavuttamista, että toisaalta jakaa kokemuksia ja tunteja Työn tuloksellisuutta tukee myös vahva työyhteisön sisäinen verkosto, jossa jokainen toimii samojen tavoitteiden ja päämäärien puolesta. Vaadi ja kunnioita pelisääntöjä, sillä usein ainakin osa sanattomista sopimuksista on hyvä nostaa esiin, avata ja muuntaa kirjalliseen muotoon. Tällöin mahdollisesti muuttuvat vastuut, velvollisuudet ja oikeudet tulevat reilusti käsitellyksi. (Mattila 2008: 70–74.)

Arikosken ja Sallisen (2007: 77) mukaan muutos tulee nähdä mahdollisuutena, joka on tilaisuus rakentaa omaa osaamista ja pätevyyttä sekä nykyisen tehtävän että mahdollisten tulevien haasteiden kannalta, mutta tämä edellyttää omaa aktiivisuutta.

Muutokseen sitoutumisen viimeisessä vaiheessa ihminen yhdistää oman toiminnan muuttuneeseen kokonaisuuteen. Ihminen sitoutuu viime kädessä parhaiten muutokseen, kun hän saa itse osallistua ja päättää omiin työtehtäviinsä liittyvistä asioista Yhteistyön

avulla muutoksesta tehdään yhteisesti merkityksellinen ja energia suunnataan oikeisiin asioihin oikeina hetkinä. Mikäli muutoksen johtajat ovat yhdessä työntekijöiden kanssa ymmärtäneet ja sisäistäneet yrityksen tavoitteet, on niiden toteuttaminenkin – tai toisinaan toteuttamatta jättäminen – helpompaa. viimeistään yhteistyövaiheessa tulisi palauttaa mieleen kokemuksia aiemmista muutoksista. (Arikoski – Sallinen: 78–79.)

10 PROSESSIN KUVAUS

Kehittämistyön aihetta mietittäessä oli luonnollista liittää työ osastolla käynnissä oleviin projekteihin. Kävimme keskustelua osastonhoitajan kanssa aiheen valinnasta ja toteutuksen aikataulusta. Osastolla ei ole yhtenäistä toimintatapaa potilaan kotiuttamisen toteuttamiseen eikä ohjauksen sisällöstä määriteltyjä kriteerejä. Näin ollen hoitoyön laatu tämän suhteen vaihtelee hoitajan mukaan. Keskustelussa päädyttiin yhdistämään kehittämistyö OSAKE – projektiin ja Liittyvä Voima - hankkeeseen, joissa luodaan potilaan turvallisuuden ja selviytymisen tunnetta tukeva kotiutuskäytäntö. Työssä kehitetään ja kirjoitetaan nyt osastolle käytettäväksi Potilaan jatkohoidon ohjauslomake ja luodaan yhtenäistä kotiutuskäytäntöä tukemaan potilaan selviytymistä kotona. Kohdeyrymänä ovat Jorvista, Meilahdesta, Töölöstä, Espoon Tk-osastoilta ja yksityiseltä puolelta mm Ortonista tulleet AVH – potilaat, jotka ovat olleet osastollamme kuntoutumassa. Luodaan samalla käytäntöä, että potilaan kanssa ennen kotiin lähtöä pidetään Lähtövartti. Siinä käydään lävitse mm ohjauslomakkeeseen kirjatut asiat ja pyritään vastaamaan potilaan mieltä vielä viime hetkellä askarruttaviin kysymyksiin ja tuetaan samalla potilasta henkisesti valmistautumisessaan palaamaan kotiin monasti vaikean sairauden ja pitkän sairaalassaolon jälkeen.

Uutta Potilaan jatkohoidon ohjauslomaketta käytetään kolmen kuukauden ajan ja kokeilun aikana lomakkeeseen tehdään muutoksia käyttökokemusten palautteiden mukaan. Luodaan ennen kokeilun alkamista selkeät pelisäännöt miten ohjauslomakkeen kanssa toimitaan ja miten sen toimii Lähtövartissa sairaanhoitajan ”työvälineenä” sekä potilaan muistin tukena jatkohoidon suhteen. Kolmen kuukauden kokeilun jälkeen tehdään yhteenveto täytetyistä lomakkeista, niiden sisällön laadusta ja määrästä. Otamme yhteyttä neljään kotiutettuun potilaaseen ja parin kysymyksen avulla selvitämme heidän kokemuksiaan ohjauslomakkeesta ja Lähtövartista. Kysymykset tulevat olemaan jotain seuraavanlaisia: Onko teille ollut apua kirjatusta jatkohoidon ohjeesta? Millaisena koitte

keskustelutilanteen, jolloin kotiutusohjetta käytiin lävitse? Sairaanhoitajia haastatellaan lomakkeen käyttökelpoisuuden arvioimiseksi. Lisäksi kysytään miten sairaanhoitaja suunnitteli Lähtövartin ajallisesti, paikallisesti ja sen kulun sekä ketkä olivat läsnä tilaisuudessa. Mitkä asiat sujuivat hyvin ohjaustilanteessa ja mitkä tuottivat ongelmia. Yritämme kartoittaa olivatko onnistumisen ja epäonnistumisen syitä, joita voisimme yhdessä miettiä ja hyödyntää osaamisessamme. Kotihoidon eri alueiden tiimeistä pyydämme palautetta Jatkohoidon ohjauslomakkeesta. Alustavasti on suunniteltu palautteiden kerääminen syyskuun aikana haastatteleamalla.

Neurologinen kuntoutusosasto tarjoaa riittävän laajan potilasaineiston ja työkokemusta omaavan sekä vakituisen henkilökunnan kehittämistyön toteuttamiseen. Henkilökunnalla on kokemusta uusien toimintakäytänteiden kehittämisessä ja toteuttamisessa OSAKE - projektiin liittyen jo vuodesta 2008 lähtien. Erillistä tutkimuslupaa tähän työhön ei tarvitse hakea, koska Liittyvä Voima – hankkeen puitteissa on voimassa oleva tutkimuslupa.

10.1 Ohjauslomakkeen kuvaus

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kotiutustilanteeseen kehitetty ohjauslomake on ulkoasultaan A4-kokoinen, yksipuolinen, strukturoitu, viivoitettu ja värillä korostettu eri osioita. Lomakkeeseen on valmiiksi painettu osaston nimi ja puhelinnumero, koska tiedot ovat vakiot ja halutaan minimoida täyttämiseen kuluva aika. Lomakkeen nimi on kirjoitettu suuraakkosin, lihavoituna ja fonttityypillä Times New Roman pistekoolla 14. Ohjauslomakkeessa potilaan nimi, henkilötunnus, kotiuttanut sairaala, osaston puhelinnumero, kotiuttamispäivämäärä ja hoitoaika osastolla ovat kirjoitettu fonttityypillä Times New Roman pistekoolla 12. Muiden osien fonttityyppi on sama mutta pistekoko on 14. Lomakkeen ulkoasussa on pyritty huomioimaan hahmottaminen ja luettavuus, koska useimmiten AVH- potilaiden näkökyvyssä on rajoitteita ja kognitiivinen toimintakyky on alentunut. Ohjauslomakkeen ylätunnisteessa on lomakkeen laatijan nimikirjaimet ja lomakkeen sisällön päivytyspäivämäärä. Yläreunassa on lomakkeen nimi: Potilaan jatkohoidon ohjaus. Vasemmassa yläreunassa on tila potilaan nimelle ja vieressä henkilöturvaturvakselle. Seuraavalla rivillä on valmiiksi kirjoitettuna: Kotiuttanut sairaala: Espoon sairaala, Neurologinen kuntoutusosasto 3E ja tämän alapuolella valmiiksi kirjoitettuna osaston puhelinnumero. Vieressä on tila: kotiin / pvm, johon merkitään päivä jolloin potilas on uloskirjoitettu hoitajaksolta.

Jatkohoito ja siihen liittyvät yhteydenotot otsakkeen alla ovat seuraavat asiat: Terveys- asema: Kirjoitetaan potilaan oman terveysaseman nimi ja puhelinnumero sekä mitä on suunniteltu ja milloin. Laboratoriokokeet: pvm ja INR / pvm; Seurantakontrollit / pvm / aika / sairaala / pkl. Kotihoito: Kirjoitetaan potilaan oman alueen kotihoidon nimi ja puhelinnumero / sovittu kotihoidon arviointikäynti / pvm. Sovitut palvelut; päiväsaarialakuntoutus / päivämäärä jolloin lähete on tehty. Ilmoitus päiväsaarialajaksosta tulee postitse kotiin, lause on kirjattu lomakkeelle. Avo- / laitoskuntoutus / veteraanikuntoutus / pvm. Terapiat, Muut tukipalvelut, Sovitut tukipalvelut: turvapuhelin / apuvälineet / ateriapalvelu. Annettu kirjallinen materiaali otsakkeen alla ovat seuraavat asiat: Lääke- lista / suullinen ohjaus, Reseptit / katsottu yhdessä lävitse, Lääkärin lausunnot ja todis- tukset, Kotihoito-ohje / potilasohje / mikä? Muu materiaali / mikä? Lisäksi on kohta: Rahat ja arvo-omaisuus luovutettu potilaalle / pvm. Viimeisellä rivillä on kohta: Poti- laan jatkohoidon ohjauksen antaja / sh allekirjoitus (liite 1).

Jokaisen kohdan edessä on neliö, johon laitetaan rasti kun asia koskee potilasta ja on hoidettu tai laitetaan vino viiva kun asia on huomioitua mutta ei koske kyseistä potilas- ta. Ohjauslomakkeessa ei ole tilaa vapaasti kirjoitettavalle tekstille kuin rajoitetusti kun- kin kohdan yhteydessä johtuen siitä, että hoitohenkilökunnan toiveena oli yksipuolinen lomake. Raha – ja arvo-omaisuuden luovuttaminen ei ole jatkohoitoasiaa mutta hoitaji- en toivomuksesta asia kirjattiin lomakkeelle, koska nämä asiat jäävät helposti hoitamatta syystä tai toisesta aiheuttaen turhaa lisätyötä hoitajille ja vaivaa potilaalle sekä hänen läheiselleen.

Oleellisemmat asiat jatkohoidon osalta saatiin helposti kartoitettua lomakkeeseen. On ollut pohdittava tarkasti lomakkeen struktuuria ja asetettava potilaan asemaan jotta lomakkeesta tulisi helposti luettava. Potilaan täytyy pystyä vaivatta lukemaan ja hahmot- tamaan lomakkeeseen kirjoitetut tiedot. Se on ollut tärkein kriteeri lomakkeelle. Vapaata tilaa olisi saanut jäädä enemmän mahdollisia potilaan yksilöllisiä ohjeita varten. Kokei- lu piti saada käynnistettyä ennen kesälomia ja sijaisten saapumista joten ohjauslomake otettiin käyttöön tässä muodossa, vaikka se ei aivan vastannut vaatimuksia eikä aivan täytyä hyvälle ohjauslomakkeelle asetettuja kriteerejä. On tarkoituksena vielä kehittää ulkoasua ilmavammaksi ja muokata tekstiä niin että tilaa jää enemmän kirjoittamiselle. Kolmen kuukauden kokeilun aikana tulleen palautteen pohjalta tehdään muutoksia, jot-

ka parantavat lomakkeen käytettävyyttä. Muutokset tehdään niin pian kuin tutorien aikaresurssit sallivat.

10.2 Kehittämistyön aikataulu ja toteutuksen pelisäännöt

Keskustelimme kehittämistyön sisällöstä ja rajauksista helmi – ja maaliskuun aikana. Aihe päätettiin jo osastonhoitajan kanssa käydyn keskustelun tuloksena heti alkuvuodesta. Maaliskuun ja huhtikuun aikana suunniteltiin ohjauslomaketta tutustumalla alan kirjallisuuteen ja jo tehtyihin muiden sairaanhoitopiirien ohjauslomakkeisiin ja potilasohjeisiin sekä etsittiin työtä varten lähdekirjallisuutta. Osastotunnilla 18.5.2010 kerroimme kehittämistyöstä neurohoitajan erikoistumisopinnoissa ja miten se liittyy käynnissä oleviin OSAKE – ja Liittyvä Voima projekteihin. Esittelimme Potilaan ohjauslomakkeen ja kerroimme sen käytöstä ja siihen liittyvästä kotiutuvalla potilaalle järjestettävästä Lähtövartista. Esittelyssä tulleiden palautteiden pohjalta ohjauslomakkeeseen tehtiin heti kaksi muutosta. Sovittiin miten toteutus käytännössä hoidetaan ja tukihenkilöiksi sovittiin opinnäytetyön tekijät, jotka avustavat ohjauslomakkeen käytössä ja muutenkin vastaavat esille nouseviin kysymyksiin. Käytännön toteutus sovittiin sairaanhoitajan tehtäväksi mutta kesäajan huonon sairaanhoitajatilanteen vuoksi sovittiin, että perus – ja lähihoitaja voi täyttää ohjauslomaketta mutta sairaanhoitaja hoitaa Lähtövartin, jossa hän käy ohjauslomakkeeseen kirjatut asiat potilaan kanssa lävitse. Ohjaustilanteen nimeksi sovittiin Lähtövartti ja sen arvioitiin kestävän noin 30 minuuttia. Nimi tulee vastineena tulotilanteessa seitsemän arkipäivän kuluessa potilaalle pidettävästä Tulovartista. Osastonhoitaja päätti kokouksessa, että kehittämistyö käynnistyy välittömästi. Päätös kirjattiin osastomuistioon, joka lähetettiin henkilökunnalle sähköisesti.

Käytännön toteutus sovittiin niin että, ohjauslomake laitetaan kotiutuspäivän varmistuksessa potilaskansion päälle oranssissa muovitaskussa. Täytetystä ohjauslomakkeesta otetaan kopio, joka laitetaan sille varattuun lokeriin ja alkuperäinen annetaan potilaalle Lähtövartissa tai laitetaan muiden papereiden kanssa kirjakuoreen. Syyskuussa toiminnan tulosta analysoidaan täytettyjen ohjauslomakkeiden pohjalta. Henkilökunnan kokemuksia ja ajatuksia asian tiimoilta kartoitetaan syyskuussa. Osastolta soimitaan kotiutuneille ja haastatellaan heitä esittäen muutamia kysymyksiä ohjauslomakkeen toimivuudesta ja merkityksellisyydestä heille kotona selviytymisen tukena. Puhelinhaastattelun päädyttiin sen vuoksi, että, haastatteleamalla ajateltiin saatavan arvokasta palautetta jatkokehittelyä varten. Osastolla on voimassa oleva tutkimuslupa Liittyvä Voima – han-

keen kautta. Ei ole tiedossa montakaan vastaavanlaista kehittämistyötä, jossa on palautetta pyydetty potilailta hoitajakson päätyttyä osaston toiminnan kehittämistyön arviointia varten. Yhteydenotosta kotihoitoon ei tässä vaiheessa vielä ollut suunnitelmaa, koska ja miten toteutetaan.

11 TOTEUTUS

Espoon sairaalan neurologisella kuntoutusosastolla 3 E on 34 vuodepaikkaa ja osastolla hoidetaan pääasiassa AVH - potilaita ja muita neurologisia sairauksia sairastavia potilaita esim. Parkinson - ja epilepsiapotilaita. Osastolle potilaat tulevat lähetteellä jonohoitan kautta, osastolle ei tule potilaita suoraan päivystyksestä. Ruotsinkielinen potilas saa palvelua omalla äidinkielellään. Kuntoutumisjaksot kestävät viikosta yli kahteentoista kuukauteen. Kuntoutusjakso osastolla ei ole määräaikainen vaan potilas kotiutuu kun toimintakyky osoittaa että hän selviytyy kotona tai ei – kotiutuvalle potilaalle järjestyy jatkohoitopaikka. Potilaat ovat iältään nuorista aikuisista aina yli satavuotiaiksi asti.

Vuonna 2009 osastolta kotiutui 46 kuntoutujaa, heillä oli yhteensä hoitopäiviä 2159 ja hoitajakson keskimääräinen pituus oli 46,9 päivää. Kaiken kaikkiaan viime vuonna kuntoutuksessa oli 109 kuntoutujaa joten kotiin lähteneiden määrä oli 27,7 %, joka on 5,7 % vähemmän kuin muihin hoitolaitoksiin siirtyneiden määrä. (Tulospalkkaustilasto 2009.) Tiedot on saatu Effican potilastietojärjestelmästä ja ne on viety tulospalkkaustilastoon kuukausittain.

Tulospalkkaustilaston (2009) mukaan kotiutuneiden potilaiden FIM-toimintakyvyn mittaustulokset osoittavat 37 kuntoutujan toimintakyvyn parantuneen hoitajakson aikana ja muutoksen keskiarvoksi on saatu 23,9 %. Kaikille (46) ei ollut saatavilla mittaustuloksia tulo – tai lähtötilanteessa.

Osaston henkilökunnasta vakituudessa työsuhteessa on perus – ja lähihoitajia sekä sairaanhoitajia. Työvuorosuunnittelussa noudatetaan työaika-autonomiaa. Erityistyöntekijöitä kuten fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja, puheterapeutteja meillä on vakituisesti enemmän kuin muilla kuntoutusosastoilla ja lisäksi osittain yhteinen musiikkiterapeutti muiden osastojen kanssa. Osastolla on 1,5 lääkäriä, mutta he eivät ole vakituksia vaan työskentelevät osastolla viikosta kuukausiin kestävinä ajanjaksoina eivätkä ole

neurologeja. Meillä ei ole myöskään neuropsykologia ja siksi kuntoutujat käyvät Jorvin sairaalassa neuropsykologisessa arvioissa, joka kestää 3-5 päivää.

Ajalla 18.5. – 18.8.2010 Potilaan ohjauslomaketta käytettiin kotiutuvan potilaan Lähtö-
vartissa. Osastotunnilla ja päivittäisen työn lomassa lomakkeen käyttöä ja täyttämistä harjoiteltiin yhdessä ja keskusteltiin ongelmakohdista. Itse kotiutustilanteen jokainen sairaanhoitaja toteutti oman kokemuksensa ja näkemyksensä mukaan. Kesä- ja heinäkuun aikana sairaanhoitajat eivät saaneet tutorien tukea kesälomien ja sairaslomien vuoksi. Lisäksi osastolla oli vakituisia sairaanhoitajia työssä ehkä normaalia vähemmän. Asiantuntijasairaanhoitaja huolehti siitä, että tyhjiä Potilaan jatkohoidon ohjauslomakkeita oli sovituksessa paikassa riittävästi ja tallensi lomakkeista kopiot seurantaan varten. Kehittämistyö eteni ja toteutui pitkälti aika – ja henkilökunnan resurssien mukaisesti sekä henkilökunnan kykyyn ja vastuullisuuteen ja aikaisempaan kokemukseen uusien käytänteiden luomiseen osastolla nojautuen. Osastonhoitajan tuki ja osallistuminen oli myös merkittävä toteutuksen mahdollistamiseksi erittäin epäedullisena aikana vuodenaikaan nähden.

Kokeilun toteutus suunniteltiin PDSA- kehä mallin mukaan. Malli oli tuttu työväline ennestään OSAKE- projektityöskentelystä. Mallissa työskentely etenee niin että ensin suunnitteluvaiheessa valitaan aihe, määritellään tavoite, sovitaan toteutuksen aikataulu, kartoitetaan ongelmakohdat ja etsitään niihin ratkaisuvaihtoehtoja. Toisessa vaiheessa toteutetaan suunnitelmaa, mitataan tuloksia ja seurataan toteutusta. Toteutuksen aikana arvioidaan mittauksia, toimintaa ja onko parannuksia. Kehittämistyön loppuvaiheessa päätetään mitä tehdään tulosten perusteella, laajennetaanko ja mitä muutoksia on saatu aikaan kehittämistyön tuloksena. Tämän kehittämistyön kokeilun toteuttaminen oli selkeää ja edistymistä oli helppo seurata PDSA:n mukaan (liite 2).

Toteutuksen ajankohta määräytyi neurohoitaja opiskelijoiden kehittämistyön aikataulun mukaan. Kesä ei ole koskaan mikään paras ajankohta uusien asioiden kokeiluun.

12 TULOKSET

Kokeilun aikana 18.5.–18.8.2010 osastolta kotiutui 10 potilasta, joista miehiä oli 6 ja naisia 4 ja ikämediaani oli 74 vuotta (keskiarvo 73,4). Yhdelle naispuoliselle potilaalle

ei ollut täytetty ohjauslomaketta joten kyseinen potilas jää tulosten tarkastelusta pois. Kuntoutusjaksolle heistä oli aivoinfarktin takia tullut 4, aivoverenvuodon 3 ja jostain muusta syystä 2. Yhdellä oli aikaisemmin ollut jo aivoinfarkti. Yksin heistä asui 3 ja aviopuolison kanssa asui 6. Kotihoidon asiakkaana oli aikaisemmin ollut jo 1 yksin asuva ja 1 puolison kanssa asuva, koska puoliso ei oman terveydentilansa vuoksi jaksanut hoitaa läheistään. Kotiutuneista 5 liittyi kotihoidon uudeksi asiakkaaksi. Lähteneistä 2 kotiutui ilman kotihoitoa, heistä 1 asui puolison kanssa ja 1 yksin. Hoitopäiviä osastolla kuntoutuksessa oli kotiutuneilla yhteensä 636 päivää ja hoitajakson mediaani oli 37 päivää. Tulotilanteen ja lähtötilanteen FIM-toimintakyvyn mittausta osoittaa kuntoutumisen olleen 3,6 – 113 % luokkaa, mediaanina laskettuna 21,15 %. Tulos on laskettu 8 potilaan tiedoista ja 1 on jätetty laskuista pois lähtötilanteen mittauksen puuttuessa. Kotiutumiset tapahtuivat niin, että toukokuussa 2, kesäkuussa 1, heinäkuussa 3, elokuussa 3 eli alle 3 kotiutujaa kuukautta kohden.

Osaston vakituisista sairaanhoitajista 4 oli täyttänyt Potilaan jatkohoidon ohjauslomakkeen ja pitänyt Lähtövartin potilaan kanssa. Ohjauslomakkeen sisällön tarkastelu: Kaikissa (9) oli täytetty selkeästi potilaan nimi, henkilötunnus, kotiutuspäivämäärä ja hoitoaika. Muutamissa lomakkeissa tiedot oli kirjattu muualle kuin niille varatuille paikoille, siis väärään kohtaan, tehden lomakkeelle kirjoitettua tietoa vaikeaksi ymmärtää. Vaapaan kirjoitustilan vähäisyys oli pannut hoitajan vielä kirjoittamaan tekstiä johonkin väliin joten lomake oli aika sekavannäköinen. Tarkoituksena oli lomaketta tehdessä, että laitetaan ruksi potilasta koskevan asian eteen, joka on hoidettu ja käyty lävitse potilaan kanssa. Vaino viiva merkitään kun asia on huomioitu mutta ei koske lomakkeen potilasta. Täytetyissä lomakkeissa ei yhdessäkään ollut tapahtunut näin eikä ollut löydettävissä minkäänlaista logiikkaa merkitsemisen suhteen. Potilaan jatkohoidonohjauksen antaja oli merkitsemättä yhteen paperiin. Kehen potilas tietää ottaa yhteyttä, jos hänellä on kysyttävää ja asia alkaa vaivata häntä vasta kotona? Tiedot oli kirjattu lomakkeille tekstaten tai kaunokirjoituksella ja kummallakin tavalla kirjoitettu teksti oli luettavissa mutta kirjoitus olisi voinut olla helppo lukuisempaa. Kohderyhmänä ohjeen saajana on AVH – potilaat, joilla saattaa olla esim. tekstin ymmärtämisen vaikeus, näkökenttäpuutos ja tämän vuoksi tulee erityisesti kiinnittää huomiota tekstin selkeyteen ja luettavuuteen. Tulosten perusteella on tarkoituksenmukaista ehdottaa että lomake kirjoitetaan jatkossa tekstaten.

Kotiutuneiden puhelinhaastattelujen palautteet:

Puhelinhaastatteluun otettiin 12. syyskuuta 2010 yhteyttä 4 kotiutuneeseen ja heille esitettiin kaksi kysymystä, jotka koskivat Potilaan jatkohoidon ohjauslomaketta. Haastateltavien valintaperusteena oli kyky kyetä puhelinhaastatteluun. Osaston sairaanhoitajat sekä perus- ja lähihoitajat valikoivat haastateltavat ainoastaan tämän kriteerin pohjalta. Haastateltaville kerrottiin haastattelun tarkoitus ja ettei heidän henkilöllisyytensä ole tunnistettavissa.

Onko teille ollut apua kirjatusta jatkohoidon ohjeesta?

Valtaosa vastanneista koki, ettei heillä ole ollut tarvetta käyttää kirjattua jatkohoidon ohjetta. Puolet vastanneista ei muistanut kyseistä paperia.

Millaisena koitte keskustelutilanteen, jolloin kotiutusohjetta käytiin läpi?

Valtaosa haastateltavista koki, että ohjausta annettiin paljon ja se koettiin tarpeellisena sekä antoi paljon tietoa. Haastateltavat eivät muistaneet varsinaista kotiutustilanteen ohjausta, jossa Potilaan jatkohoidon ohjauslomakkeeseen kirjoitettuja asioita käytiin lävitse. Vastauksissa tarkoitettiin koko hoitajakson aikana annettua ohjausta eri ammattiryhmien toimesta.

Vastausten pohjalta tulosten analysointi on aika vaikeaa, koska haastattelun tulokset olivat kovin vaatimattomat. Aivan ilmeistä on että palautehaastattelu tehtiin liian pitkän ajan kuluttua kotiuttamisesta ja välttämättä kotiutuneet eivät itse hoitaneet asioitaan vaan joku läheisistä. AVH:n vaikutus kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueisiin hyvin todennäköisesti vaikutti myös vastausten sisältöön. Valtaosassa haastatteluissa tulikin esille muistin vaikutus kykyyn palata ajassa kuukauden tai pari taaksepäin. Tulokset olisivat voineet olla toisenlaiset, jos puhelinhaastattelu olisi tehty pari viikkoa kotiutumisen jälkeen ja olisi haastateltu myös läheisiä, jotka osallistuvat kotiutuneen hoitamiseen. Varsinaista Lähtövartin ohjaustilannetta ei valtaosa hahmottanut ollenkaan. On tärkeää miettiä mikä merkitys on ollut paikalla, ajalla, potilaan mahdollisuudella valmistautua keskusteluun ja sairaanhoitajan ohjausvalmiuksilla Lähtövärtissä käsiteltyjen asioiden sisäistämiseen kotiutujalla.

Puhelinhaastattelun palautteen tavoitteena oli selvittää uuden Lähtövartin ohjauksellisen sisällön ja Potilaan jatkohoidon ohjauslomakkeen merkitys kotiutuneen kotona selviy-

tymisen tukena. Tavoitetta ei mielestämme saavutettu palautteen pohjalta. Voisi olla hyvä tehdä uudestaan palautehaastattelu sisällöllisesti samanlaisena mutta toisenlaisessa muodossa esitetyin kysymyksin. Lisäksi puhelinhaastattelu vaatii kykyä ja taitoa saada haastateltavista oleellista tietoa ja onkin haasteellista miettiä miten tätä taitoa pystyttäisiin kehittämään.

Osaston sairaanhoitajien haastattelujen palautteet:

Osaston 4 sairaanhoitajaa haastateltiin 13. syyskuuta 2010 valintakriteerinä, että sairaanhoitaja oli pitänyt kotiutuvalle Lähtövartin ja käyttänyt Potilaan jatkohoidon ohjauslomaketta. Tavoitteena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia ohjauslomakkeen toimivuudesta ja Lähtövartin pitämisestä.

Miten suunnittelit Lähtövartin ajallisesti?

Valtaosa sairaanhoitajista ei ollut suunnitellut Lähtövartin pitämistä mitenkään. Vastuksista ei mistään ilmennyt ajallinen suunnittelu.

Miten suunnittelit Lähtövartin paikallisesti / mitä otit huomioon?

Valtaosa oli pyrkinyt löytämään rauhallisen paikan mutta ei aina onnistunut, koska rauhallista tilaa ei ole mahdollista etukäteen varata osastolla. Vastauksista ei ilmennyt missä tilassa loppujen lopuksi Lähtövartti pidettiin.

Ketkä osallistuivat ohjaukseen / olivat läsnä?

Melkein puolessa (4/9) Lähtövartissa oli läheinen myös läsnä. Vastauksista ei ilmennyt oliko läsnä aviopuoliso tai joku muu läheinen.

Mitkä asiat koit sujuvan ohjaustilanteessa?

Valtaosa sairaanhoitajista koki, että Potilaan jatkohoidon ohjauslomake auttaa pitämään tilanteen asiassa eikä asiat lähde ”rönsyilemään” ja kaikki olennainen tulee sanotuksi.

Mitkä asiat koit ongelmalliseksi tai tuottivat ongelmaa?

Valtaosa sairaanhoitajista koki jotain ongelmaa liittyen Lähtövartin suunnitteluun, tarvittavien potilastietojen löytymiseen ja päävastuuseen tietojen keräämisessä. Tarkemmin ei vastauksissa selvinnyt mitä vastuulla tietojen keräämisellä tarkoitettiin ja mikä siinä koettiin ongelmalliseksi.

Onko sinulla parannusehdotuksia?

Ohjauslomakkeeseen toivottiin enemmän vapaata kirjoitustilaa ja kolmiosaista strukturointia. Rauhallista tilaa kaivattiin Lähtövartin pitämiseen. Lisäksi toivottiin kotihoidon piirin tiedot potilaspapereissa näkyviin.

Vastausten pohjalta tulosten analysoinnissa nousee esille tarve suunnitella Lähtövartin pitäminen niin, että raportilla työnjaossa huomioidaan Lähtövartiin tarvittava aika. Lisäksi voisi kotiutujan kanssa sopia molemmille paras aika yhteiseen kotiutuskeskusteluun. Toinen merkittävä asia on tarvittavien tietojen löytyminen eri lähteistä, kuten esim. kotihoidon piiri. Tiedot ovat kyllä löydettävissä potilasasiakirjoista tai erillisistä ohjeista. Ongelmana näyttää olevan se, että ei aina osata hakea tietoja oikeasta paikasta. Potilaan jatkohoidon ohjauslomake näyttää olevan toimiva apuväline selkeän ja kattavan tiedon varmistamiseksi ohjauksessa mutta lomakkeen selkeyttä voidaan vielä parantaa yhdistämällä eri kohtia esim. kotihoidon asiat ja kotiutujan apuvälineet. Palautteen pohjalta uudistettiin ohjauslomaketta 9.11.2010 ja se otetaan käyttöön marraskuun aikana (liite 3).

Kotihoidon palaute Potilaan jatkohoidon ohjauslomakkeesta:

Jatkohoidon ohjauslomakkeen kokeilun aikana 18.5.–18.8.2010 osastolta kotiutui 9 kuntoutujaa, joista 7 tuli kotiuduttuaan käyttämään kotihoidon palveluita kotona selviytymisen tukena. Heistä 5 tuli ensimmäistä kertaa käyttämään kotihoidon palveluita ns. uutena asiakkaana. Matinkylä – Olarin kotihoidon palveluita tuli käyttämään 2, Tapiolan kotihoidon 1, Espoonlahden kotihoidon 2, Espoon keskuksen kotihoidon 1 ja Lepävaaran kotihoidon 1.

Espoon eri alueiden kotihoitoihin tiimeihin otettiin yhteyttä 10.11.2010 ja tiedusteltiin heidän tietoisuuttaan Jatkohoidon ohjauslomakkeesta ja sen mahdollisesta käytöstä kotihoidon osalta. Haastattelut tehtiin puhelimitse. Kotihoidon ohjaajista kahta ei tavoitettu haastateltavaksi mutta kaksi vastasi tiedusteluun ja kolmessa tapauksessa kotihoidon tiimin sairaanhoitaja antoi palautteen. Sairaanhoitajat olivat hoitaneet näitä asiakkaita kotona.

Haastateltaville kerrottiin, että jokainen Espoon sairaalan osasto 3E:ltä kotiutunut on saanut mukaansa Jatkohoidon ohjauslomakkeen, johon on kirjattu kotiutuneen hoidon jatkuvuutta tukevat asiat. Lisäksi kerrottiin, että lomakkeen on myös tarkoitus siirtää kotihoidon palveluiden toteuttajille tietoa asiakkaan hoidosta jotta hoidon jatkuvuus varmistuu.

Viidestä haastatellusta ei kukaan ollut nähnyt kyseistä lomaketta eikä ollut kuullut muiden myöskään nähneen sellaista paperia asiakkaalla. Kaksi kertoi nähneensä kyllä muita papereita esim. lääkelistan kirjekuossa. Valtaosa totesi, että sellainen paperi on tosi hyvä asia. Muutama vastaajista arveli, että asiakas ei katso tarpeelliseksi näyttää ohjauslomaketta, kun läheinen muutenkin hoitaa hänen asioitaan. Yksi haastateltavista tiedusteli, että onko kyseinen lomake käytössä kaikilla Espoon sairaalan osastoilla.

Tulokset osoittavat, että kotihoidolle tulee saada lomake tutuksi ja tieto sen käytöstä jotta he osaavat sitä asiakkailtaan kysyä ensimmäisellä kotikäynnillä. Toiseksi kotiutuneille olisi ehkä hyvä kertoa tarkemmin lomakkeen tarkoituksesta ja tavoitteesta heidän näkökulmastaan. Osastolla tulee miettiä miten olisi paras toimia jotta lomakkeeseen kirjatut asiat tulisi myös kotihoidon ensikäynnillä heidän tiedoksi.

Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä (Vilka - Airaksinen 2003: 9).

Laatutyö on hoidon ja palvelujen laadun, oman työn ja työyksikön toiminnan kehittämistä. Sitä suuntaavia näkökulmia on asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus, huomion kiinnittäminen työprosesseihin ja halu löytää tosiasiatietoa omien kehittämiskäytäntöjen pohjaksi. (Outinen 2002: 205.)

13 POHDINTA

Opintojen alkuvaiheessa miettiessämme neurohoitajan erikoistumisopintojen kehittämistyön aihetta niin oli luonnollista liittää se tavalla tai toisella osaston LiVo ja OSAKE -projekteihin. Kotiutuksen kehittäminen oli sellainen hoitoprosessin osa, jossa osastolla ei ollut mitään yhtenäistä toimintamallia ja sitä tukevaa ohjeistavaa materiaalia. Pää-

dyimme kehittämään Potilaan jatkohoidon ohjauslomakkeen ja potilaan kotona selviytymistä tukevan Lähtövartin toteuttamisen jokaiselle kotiutuvalle AVH- potilaalle.

Kehittämistyön toteuttaminen on vaatinut laaja-alaista perehtymistä lähdekirjallisuuteen, asioiden liittämistä toisiinsa osaston toiminnan ja projektien kautta ja se on ajankäytöllisesti ollut hyvin haasteellinen. Kehittämistyön toiminnallisen osuuden toteuttaminen on vaatinut aktiivista seuranta- ja arviointia, parannusten toteuttamista ja tutorointia. Työ rajattiin jo suunnitteluvaiheessa selkeästi mutta siitä huolimatta siitä kehittyi aika laaja kokonaisuus. Tuntui mielekkäältä esittää kehittämistyö raportin muodossa, sillä näin nivoutui OSAKE- ja LiVo- projektien tulokset ja meneillään olevat kehittämishankkeet kokonaisuudeksi osoittaen niiden keskinäinen merkityksen ja syy – seuraussuhteen.

Työtä voi mielestämme käyttää uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisessä neurologisen potilaan hoidossa. Osaston henkilökunnan on myös ollut vaikea hahmottaa kaikkien kehittämistöiden merkitys ja tavoitteet. Työ sinänsä on jo fyysisesti ja henkisesti kuormittavaa eikä aikaa uusien asioiden läpikäymiseen tahdo jäädä riittävästi. Jokainen voi omien voimavarojensa ja tarpeidensa mukaan käyttää tätä raporttia toimintansa tukena.

Työmme on ajallisesti edennyt asetetun tavoitteen mukaisesti muuten mutta palautehaastattelut eivät ole tapahtuneet alustavan aikataulun mukaisesti ja varmaan se on yksi osasy sällöllisesti vaatimattomiin vastauspalautteisiin. Opinnäytetyö on valmistunut aikataulussa. Tavoite toimintatavan muutoksesta potilaan kotiuttamisessa on mielestämme saavutettu kehittämistyön toteutuksen aikana. Kokeilun on päätetty jäävän pysyväksi käytännöksi, joka tarkoittaa Lähtövartin pitämistä ja Potilaan ohjauslomakkeen käyttöä kotiutuksessa. Lisäksi marraskuusta lähtien kaikkien kotiutuvien kuntoutujien kohdalla toimitaan samalla tavalla sairaudesta riippumatta.

Työtä tehdessä on oma tietämys AVH – potilaan hoidosta lisääntynyt parantaen ammatillista osaamista ja antanut uusia näkökulmia tarkastella hoitotyötä potilaan parhaaksi. Hoitotyön toiminnan monialaisuus ja vaativuus on hahmottunut kokonaisuudeksi tämän työn aikana. Myös kokemus kehittämistyön käytännön tason toteuttamisesta on ollut mielenkiintoista ja osoittanut, että tavoitteeseen on mahdollista päästä pieninkin askelin. Käytännön toteutus ei olisi onnistunut ilman osaston henkilökunnan panostusta asiaan. He testasivat uutta lomaketta ja antoivat erittäin hyviä parannusehdotuksia. Jokainen

yrityksi muistinsa mukaan toteuttaa sovittuja ”pelisääntöjä”. Keskustelimme ja mietimme yhdessä Lähtövartin pitämistä. Osastotunnilla meillä oli mahdollisuus keskustella Potilaan ohjauslomakkeesta ja Lähtövartista. Työyhteisön tuki teki työmme onnistumisen mahdolliseksi, josta heille suuri kiitos. Toiminnan kehittäminen kotiutuksen osalta aiheutti muutospaineita myös vanhoihin toimintamalleihin ja käytössä oleviin lomakkeisiin. Joitakin muutoksia on jo toteutettu nyt syksyn aikana ja lisää parannuksia tehdään jatkossa kun on tilaisuus.

Ensi vuoden aikana on tarkoitus harjaantua saamaan kotiutuskäytäntö toimimaan luonnollisena osana kuntoutujan hoitoa. Tavoitteena on myös oppia ajattelemaan kotiutusvaihe hoitoprosessina, johon kuuluu olennaisesti suunnittelu, toteutus ja arviointi. Suunnitteilla on kartoittaa osastolla olemassa olevat potilasohjeet. Koostaa niistä AVH-potilasohjekansio. Jokaiselle kotiutujalle on tavoitteena antaa kirjalliset hänen tarpeitaan vastaavat ohjeet mukaan, joihin voi kotona rauhassa tutustua.

LÄHTEET

Aaltonen, Tarja – Aivohalvaus – ja afasialiitto ry 1997: Ääniä poluilta. Kokemuksia kuntoutumisesta ja aivohalvauksen arjesta. Kelan tutkimuskeskuksen kirjapaino. Turku 1997.

Aivohalvaus - ja dysfasialiitto 2010: Aivoverenkierohäiriöt numerotietoina. Verkko-dokumentti. Päivitetty 12.1.2009. < <http://www.stroke.fi> >. Luettu 28.7.2010.

Alaperä, Pirjo – Antila, Elsi - Blomster, Kaarina - Hiltunen, Hilikka - Honkanen, Anneli - Honkanen, Raija – Holtinkoski, Tarja, - Konola, Anne - Leiviskä, Heli – Meriläinen,, Salme - Ojala, Heli – Pelkonen, Esko –Suominen, Airi 2006: Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa Lipponen, Kaija - Kyngäs, Helvi - Kääriäinen, Maria (toim.) 2006: Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto 2006. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Anttila, Marjo – Kukkola, Leena – Mattlar, Riitta – Moilanen, Suvi – Risteli-Ahola, Tuula - Haapsaari, Niina – Koivikko, Susanna – Verronen, Taina 2006: Omaisten ohjaus. Teoksessa Lipponen, Kaija (toim.) - Kyngäs, Helvi (toim.) - Kääriäinen, Maria (toim.) 2006: Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4 / 2006. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto 2006. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. 44 – 53.

Arikoski, Juha – Sallinen, Mikael 2007: Vastarinnasta vastarannalle – johda muutos tavasti. Keuruu 2008: Otavan kirjapaino Oy.

Effica potilastietojärjestelmä 2008-2010: Espoon sairaala. Espoon kaupunki.

FCG Finnish Consulting Group 1996: Itsenäisen toimintakyvyn mittari FIM osa III. Ohjekirja.

Heiskanen, Tarja 1997: Johtolankoja selviytymistaitoihin. Teoksessa Heiskanen, Tarja

(toim.) – Vallisaari, Mirja (toim.): Elämäntaidon ja selviytymisenkirja. 1. painos. Suomen Mielenterveysseura. Porvoo: WSOY.

HILMO 2004. Ohjeita ja luokituksia 2003: 3. Anvisningar och klasskationer. Sosiaali-
huollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2004. Sairaaloiden hoitotoiminnan tuot-
tavuus 2004. STAKES.

Kaste, Markku -Vainikainen, Tuula 2007: Aivoinfarkti. Käypä hoito-suositus 2010.
Verkkodokumentti. Päivitetty 1.2.2007. < <http://www.kaypahoito.fi> > .Luettu 28.7.
2010.

Ketola, Eeva – Mäntyranta, Taina – Mäkinen, Risto – Voipio-Pulkki, Liisa-Maria –
Kaila, Minna – Tulonen–Tapio, Johanna 2006: Hoitosuosituksesta hoitoketjuksi.
Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseu-
ra Duodecim.

Kyngäs, Helvi - Kääriäinen, Maria - Poskiparta, Marita - Johansson, Kirsi - Hirvonen,
Eila - Renfors, Timo 2007: Ohjaaminen hoitotyössä. Oppimateriaalit Oy. WSOY.

Käypä hoito – suositus 2006: Aivoinfarkti. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja
Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Verkkodokumentti. Päivi-
tetty 15.10.2006. < <http://kaypahoito.fi> > . Luettu 30.7.2010.

Lahtinen, Mari 2006: Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, Kaija
(toim.) - Kyngäs, Helvi (toim.) - Kääriäinen, Maria (toim.) 2006: Potilasohjauksen
haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sai-
raanhoitopiirin julkaisuja 4 / 2006. Oulun yli opistollinen sairaala. Oulun yliopisto
2006. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. 6 – 9.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785 / 1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Latvamäki, Erja 2006: Ikääntyneiden yksin asuvien henkilöiden selviytyminen kotona
sairaalasta pääsyn jälkeen. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos / lääketieteelli-
nen tiedekunta. Turun yliopisto 2006.

Liittyvä Voima- hanke 2010: Toimivaa kumppanuutta. Metropolia ammattikorkeakoulu.

Verkkodokumentti. < <http://www.metropolia.fi>>. Luettu 4.8.2010

- Lindsberg, Perrttu J. 2008: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Äkillisten aivovaurioiden patofysiologiaa. AVH. Suomalainen Lääkäriseura – Suomen Akatemia. Vammala 2008.
- Lipponen, Kaija - Kyngäs, Helvi - Kääriäinen, Maria (toim.) 2006: Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto 2006. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Lipponen, Kaija (toim.) – Ukkola, Liisa (toim.) – Kanste, Outi (toim.) - Kyngäs, Helvi (toim.) 2008: Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 3 / 2008). Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto 2008. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Mattila, Pekka 2008: Otollinen tilaisuus. Miten tarttua muutokseen. Talentum Media Oy. Keuruu 2008: Otavan Kirjapaino Oy.
- MOT Suomen kielen perussanakirja 2001. Kolmas osa. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus. Edita.
- Outinen, Maarit 2002: Laatutyön monet mahdollisuudet – jokaiselle jotakin! Teoksessa Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja – Backman, Kaisa – Paasivaara, Leena – Eloniemi-Sulkava, Ulla – Finne-Soveri, U. Harriet (toim.): Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. STAKES. Oppaita 49. Gummerus Kirjapaino. Saarijärvi: 2002. 205 – 210.
- Purola, Helena 2000: Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Lisensiaatti tutkimus. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto 2000.
- Salonen, Tuula 1995: Kriisissä mahdollisuus. Aivohalvaukseen sairastuneen ja hänen perheensä elämäntilanne sairastumisen jälkeen. Osa 2. Sairastuneille ja omaisille.

Loimaa 1995.

Soinila, Seppo – Kaste, Markku – Somer, Hannu 2007: Neurologia. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus.

Suomalainen lääkäriseura Duodecim – Suomen akatemia 2008: Konsensuslausuma. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat 29.10.2008. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus.

Suomen kielen perussanakirja 1996.

Suomen Tilastokeskus 2004: Suomen tilastollinen vuosikirja.

Reijonen, Merja 2009: Liittyvä Voima–hankkeen pilotti. Kehittämissuunnitelma. Osa-projekti 2. Kotiutuminen Espoon sairaalasta.

Roos, J.P. 1987: Suomalainen elämä. Tutkimus tavallisten suomalaisten elämäkerroista. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia 454. Hämeenlinna 1987. Karisto.

The Society of Motor Manufacturers and Traders Limited 2004: Continual Improvement Tools and Techniques. A Guide for Business Improvement. London 2004. Findlay Publications Ltd. Horton Kirby.

Torkkola, Sinikka – Heikkinen, Helena – Tiainen, Sirkka 2002: Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi.

Tulospalkkaustilasto 2009. Espoon sairaala osasto 3E. Effica potilastietojärjestelmä 2008-2010. Espoon kaupunki.

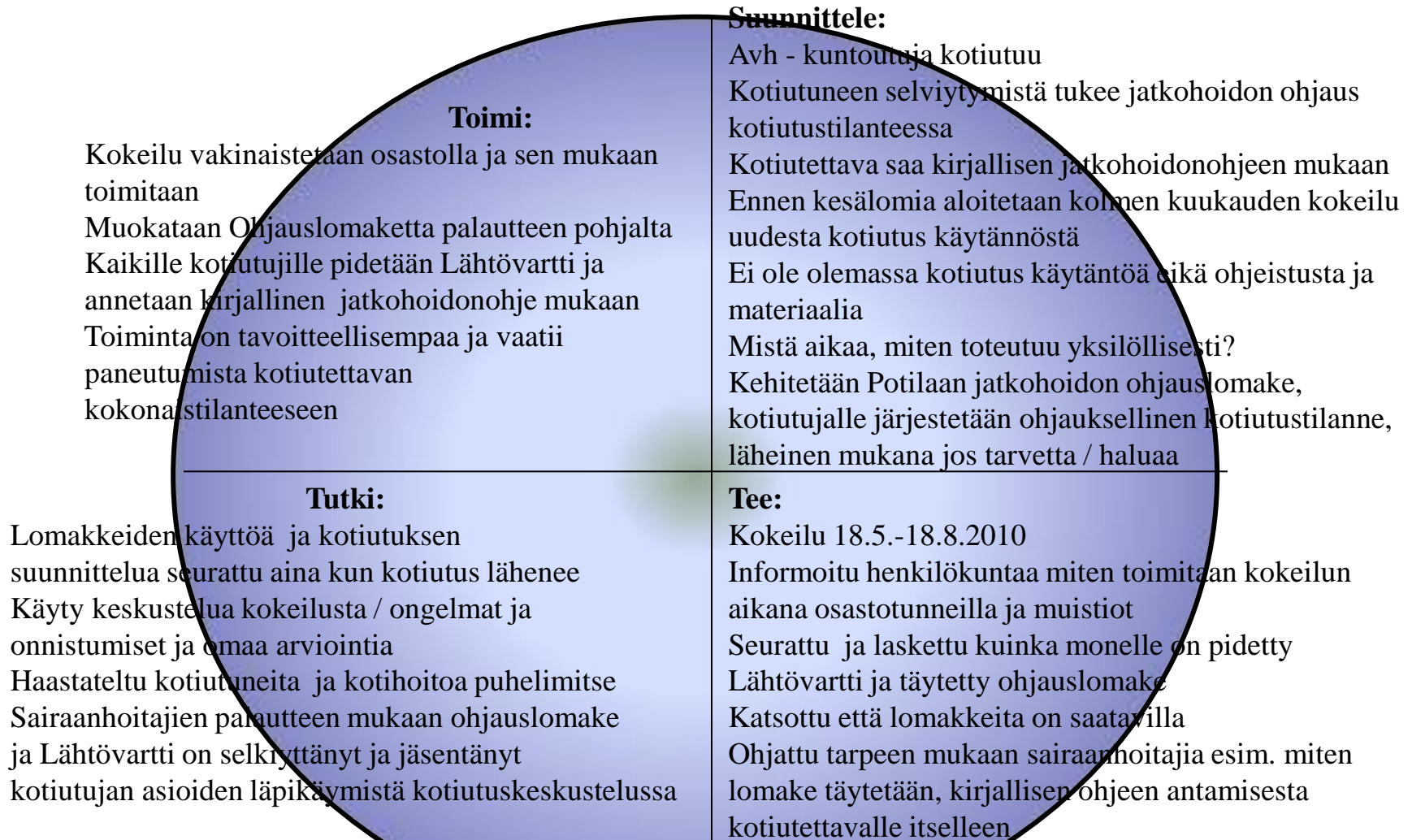
Vilen, Marika – Leppämäki, Päivi – Ekström, Leena 2008: Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY.

Vilka, Hanna – Airaksinen, Tiina 2003: Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi 2003. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä: 2003.

POTILAAN JATKOHOIDON OHJAUS	
Potilaan nimi:	Henkilötunnus:
Kotiuttanut sairaala: Espoon sairaala, Neurologinen kuntoutusosasto 3E	
puh 09-816 47352	kotiin / pvm
Hoitoaika:	
Jatkohoito ja siihen liittyvät yhteydenotot	
<input type="checkbox"/> terveysasema:	_____ puh _____
Mitä suunniteltu ja milloin:	
<input type="checkbox"/> laboratoriotekstit:	pvm _____ INR / pvm _____
<input type="checkbox"/> seurantakontrollit:	pvm _____ aika _____
sairaala / pkl: _____	
<input type="checkbox"/> kotihoito:	_____ puh _____
sovittu kotihoidon arviointikäynti / pvm _____	
sovitut palvelut: _____	

<input type="checkbox"/> päiväsaarialakuntoutus:	lähete tehty / pvm _____
Ilmoitus päiväsaarialajaksosta tulee postitse kotiin.	
<input type="checkbox"/> avo / laituskuntoutus / veteraanikuntoutus:	pvm _____
<input type="checkbox"/> terapiat:	_____
<input type="checkbox"/> muut tukipalvelut:	_____
sovitut tukipalvelut:	<input type="checkbox"/> apuvälineet: _____
<input type="checkbox"/> turvapuhelin:	<input type="checkbox"/> ateriapalvelu: _____
Annettu kirjallinen materiaali	
<input type="checkbox"/> lääkelista / suullinen ohjaus	
<input type="checkbox"/> reseptit / katsottu yhdessä lävitse	
<input type="checkbox"/> lääkärin lausunnot ja todistukset	
<input type="checkbox"/> kotihoito-ohje / potilasohje, mikä?	
<input type="checkbox"/> muu materiaali / mikä?	
<input type="checkbox"/> rahat ja arvo-omaisuus luovutettu potilaalle pvm	
Potilaan jatkohoidon ohjauksen antaja	
sh / allekirjoitus	

AVH- potilaan jatkohoidon ohjaus kotona selviytymisen tukena



Alkuperäinen kotiutujalle / kopio arkistoon / kirjoita tekstaten

POTILAAN JATKOHOIDON OHJAUS		Läheinen mukana
Potilaan nimi:	Henkilötunnus:	
Kotiuttanut sairaala: Espoon sairaala, Neurologinen kuntoutusosasto 3E		
puh 09-816 47352	kotiin / pvm	Hoitoaika:
Läheisen nimi ja yhteystiedot:		
Jatkohoito ja siihen liittyvät yhteydenotot		
Oma terveysasema _____	puh _____	
Mitä suunniteltu / milloin _____		
Laboratoriokokeet / pvm _____		
INR / pvm _____		
Jatkotutkimukset / käynnit _____		
Sairaala / pkl _____		
Terapiat avoterveydenhuollossa _____		
KOTIHOIDON PIIRI		Puh
Sovittu kotihoidon arviointikäynti / pvm / klo _____		
Turvapuhelin _____	Ateriapalvelu _____	
RR-mittaus _____	VS-mittaus _____	
Lääkkeidenjako _____		
Suihkuapu _____		
Kauppapalvelu _____		
Apuvälineet _____		
Päivätoiminta _____		
Päiväsairaalakuntoutus: lähete tehty / pvm _____		
Ilmoitus päiväsaarialajaksosta tulee postitse kotiin.		
Annettu kirjallinen materiaali		
<input type="checkbox"/>	lääkelista / suullinen ohjaus	
<input type="checkbox"/>	reseptit / katsottu yhdessä lävitse	
<input type="checkbox"/>	lääkkeet kolmeksi päiväksi	
<input type="checkbox"/>	lääkärin lausunnot ja todistukset	
<input type="checkbox"/>	kotihoito-ohje / potilasohje	
<input type="checkbox"/>	rahat ja arvo-omaisuus luovutettu potilaalle / pvm	
Potilaan jatkohoidon ohjauksen antaja		
sh / allekirjoitus		