



Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
Västra Nylands välfärdsområde

Osastokuntoutuksen yhdenmukaiset ja monialaiset toimintamallit

Kuvattu 2022

Malleja voi muokata omaan yksikköön sopivaksi.

Osastokuntoutuksen työryhmä / Anna Troberg

Johdannoksi

- Tähän materiaaliin on koottu
 - osastokuntoutuksen kuvaus
 - osastokuntoutuksen keskeisten toimintamallien kuvaus
- Kuvausten on tarkoitus toimia eri yksiköiden kehittämisen tukena ja punaisena lankana.
- Toimintamallit on kuvattu yleisellä tasolla ja niitä saa ja kannattaa muokata omaan yksikköön sopiviksi.



Osastokuntoutuksen kuvaus

1/2

- Osastokuntoutus sisältää toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen arvioinnin, osastolla tapahtuvan tavoitteellisen kuntoutuksen sekä jatkokuntoutuksen ja apuvälineiden järjestämisen.
- Kuntoutumisen tavoitteet kotikuntoisuuden saavuttamiseksi asetetaan kuntoutujan kanssa kotitilanne huomioiden.
- Kuntoutustarve arvioidaan osastojakson alussa. Siihen vaikuttaa kuntoutujan aikaisempi toimintakyky, terveydentila ja mahdollisuus palata omaan kotiin.
- Osastojakso alkaa toimintakyvyn arvioinnilla ja kannustamalla mahdollisimman nopeasti liikkumaan. Kuntoutujan aktiivinen osallistuminen kuntoutukseen on tärkeää. Henkilöstö tukee kuntoutujan omia voimavaroja koko osastojakson ajan.
- Jatkokuntoutustarve arvioidaan yksilöllisesti ja siihen liittyy tiiviisti muu iäkkään henkilön palvelutarpeen arviointi. Jatkokuntoutus voi toteutua osastolla, kotikuntoutuksena tai avokuntoutuksena.

Osastokuntoutus

- Osastokuntoutuksen pääosassa on arjentoimintojen ja liikkumisen harjoittelu tavoitteiden saavuttamiseksi.
- Kuntoutumista tukee hoitohenkilöstön lisäksi fysioterapeutti ja tarvittaessa toimintaterapeutti

Osastokuntoutus tiettyyn potilasryhmään profiloituneella osastolla

- Kuntoutuminen etenee nousujohteisesti yksilöllisten tavoitteiden ohjaamana. Kuntoutujan edistymistä ja voimavaroja arvioidaan säännöllisesti.
- Kuntoutujan tarpeisiin vastataan yksikössä, joka on erikoistunut kyseisen potilasryhmän kuntoutukseen.
- Kuntoutujan voimavarat tulee olla riittävät intensiiviseen kuntoutukseen.
- Kuntoutumista tukee moniammatillinen tiimi, jonka kokoonpano vastaa kuntoutujan yksilöllisiin tarpeisiin.

Mihin tarpeeseen osastokuntoutus vastaa ja mihin sillä pyritään?

- Osastokuntoutus vastaa
 - ikääntyneen henkilön äkilliseen toimintakyvyn muutokseen osastohoitoa vaativan akuutin sairastumisen yhteydessä.
 - jatkokuntoutustarpeeseen erikoissairaanhoidon tai toisen perusterveydenhuollon yksikön osastojakson jälkeen.
- Osastokuntoutus tähtää potilaan
 - mahdollisimman itsenäiseen suoriutumiseen arjentoiminnoista.
 - toimintakyvyn edistymiseen, ylläpitämiseen tai laskun hidastumiseen.
 - kotiutumiseen tai palaamiseen aikaisempaan asumismuotoon.

Osastokuntoutuksen keskeiset toimintamallit

- 1. Toimintakyvyn arviointi**
- 2. Toimintakyvyn edistäminen osastojakson aikana**
- 3. Kotikuntoisuuden tunnistaminen**
- 4. Kotiutumisen ja jatkokuntoutustarpeen tunnistaminen**



Osastokuntoutuksen yhdenmukaiset ja monialaiset toimintamallit

1. Toimintakyvyn arviointi

- Toimintakyvyn arviointi tehdään jokaiselle potilaalle ensimmäisten (1-3vrk) päivien aikana.
- Arvioinnissa käytetään luotettavia mittareita.
- Toimintakyvyn arvioinnin tuloksia käsitellään moniammatillisesti ja potilaan kanssa.
- Tulokset ohjaavat potilaan hoidon ja kuntoutumisen suunnittelua ja seurantaa.

2. Toimintakyvyn edistäminen

- Potilas osallistuu oman hoidon ja kuntoutumisen tavoitteiden asettamiseen.
- Tavoitteet ohjaavat ammattilaisten työtä. Oleellista on nousujohteisuus ja mielekkäät välitavoitteet, joilla saavutetaan kotiutumisen edellytykset.
- Potilasta kannustetaan ja tuetaan aktiivisuuteen ja oma-aloitteisuuteen.
- Myös potilaan läheisiä kannustetaan osallistumaan potilaan toimintakyvyn edistämiseen.

3. Kotikuntoisuuden tunnistaminen

- Osastojakson alussa selvitetään kotiutumisen edellytykset ja esteet.
- Kotiutumisajankohdasta tehdään alustava arvio ja viedään se näkyväksi.
- Kotikuntoisuutta arvioidaan säännöllisesti.
- Osastotasoiselle hoidolle ja kuntoutukselle ei enää ole tarvetta, kun kotiutumisen minimivaatimukset täyttyvät.

4 . Kotiutuminen ja jatkokuntoutustarpeen tunnistaminen

- Kotiutumisen valmistelu aloitetaan osastolle tulopäivänä.
- Erityisen tärkeää on selvittää minkälaiseen kotiin potilas on kotiutumassa
- Kotiutumisen järjestelyitä tukee potilastaulut ja check-listat.
- Osastolla arvioidaan potilaan kuntoutumisen potentiaali.
- Jatkokuntoutus- ja palvelutarpeet selvitetään ja järjestetään kotiin.

Kotiutumisen suunnittelu alkaa osastojakson alussa.

1. Toimintakyvyn arviointi

1 / 2

Toimintakyvyn arviointi **tehdään jokaiselle** osastojaksolle tulevalle potilaalle. (Pois lukien loppuvaiheen saattohoito potilaat.)

Arvioinnissa noudatetaan **kansallisia suosituksia ja käytetään suositusten luotettavia mittareita**. Arviointi toteutetaan potilaan voinnin mukaan.

Toimintakyvyn **arvioinnin aloittaa potilaan omahoitaja**. Fysio- ja toimintaterapeutti osallistuvat arviointiin esim. liikkumisen, arkisuoriutumisen ja kognition osa-alueilla. Tuloksiin reagoidaan tarvittaessa heti (esim. painehaavariski, NEWS).

Kaikki ammattiryhmät osallistuvat toimintakyvyn arviointiin ja seurantaan osastojakson aikana.

Potilaan **toimintakykytieto kirjataan potilastietojärjestelmään**.

Toimintakyvyn **arvioinnin tuloksia käsitellään moniammatillisesti ja potilaan kanssa** esim. lääkärikerrolla tai erilaisissa moniammatillisissa kokouksissa.

Toimintakyvyn arviointi toimii hoito- ja kuntoutustarpeen arvioinnissa ja käynnistää osastojakson aikana tapahtuvia toimenpiteitä. **Tuloksia hyödynnetään potilaan hoidon ja kuntoutumisen suunnittelussa ja seurannassa**.

1. Toimintakyvyn arviointi

2/2

Arvioinnissa käytettävät mittarit toimintakyvyn osa-alueiden mukaan:

- Arkisuoriutuminen ja liikkuminen (Barthel, SPPB, TUG)
- Kaatumisriski (FRAT)
- Painehaavariski (Braden tai HUS Estä painehaava-malli)
- Kipu (VAS, NRS)
- Kognitio/Muisti (Kuuden kohdan muistiseula, MMSE, MOCA)
- Kognitio/Tarkkaavaisuus ja deliriumin poissulku (Kuukausien luetteleminen)
- Mieliala (Kaksi kysymystä masennuksesta, GDS-15, Cerad)
- Ravitsemus (MNA, NRS 2002)

Lisäksi: Alkoholin vieroitusoireiden arviointi (CIWA-Ar-asteikko)

Toimintakyvyn arvioinnin osa-alueet



2. Toimintakyvyn edistäminen osastojakson aikana

Potilas osallistuu oman hoidon ja kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen. Häntä tuetaan kuntoutujan roolin löytymisessä, motivoitumisessa, oman tilanteen ymmärtämisessä ja annetaan mahdollisuus vaikuttaa omaan kuntoutumiseensa.

Kuntoutumisen tavoitteet ohjaavat ammattilaisten työtä. Oleellista on nousujohteisuus ja mielekkäät välitavoitteet, joilla saavutetaan kotiutumisen edellytykset. Toimintakykytiedon kirjaamiskäytännöt on sovittu.

Kuntouttavan työotteen elementit:

- Kannustetaan ja tuetaan aktiivisuuteen ja oma-aloitteisuuteen heti osastojakson alussa. Kerrotaan, että liikkuminen osaston tiloissa on sallittua.
- Arjen askareita kehoitetaan tekemään mahdollisimman paljon itse, kuten peseytymään ja pukeutumaan itsenäisesti.
- Aktiivisuus osastolla syntyy ruokailemalla päiväsalissa, liikkumalla osaston tiloissa ja välttämällä oleilua vuoteessa.
- Omaisille viestitään, että he liikkuisivat läheisensä kanssa sen sijaan, että keskustelevat vuoteen vieressä.
- Osaston tilat järjestetään houkutteleviksi ja toimintaan kutsuviksi. Henkilöstö järjestää matalalla kynnyksellä virikkeellistä ja yhteisöllistä toimintaa.
- Henkilöstö kannustaa ja ohjaa potilaita harjoitteluun kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Myös potilaan läheisiä kannustetaan osallistumaan potilaan toimintakyvyn edistämiseen.

TOIMINTAKYVYN EDISTÄMINEN OSASTOLLA



Aikaisin liikkeelle



Liikkeelle heti ensimmäisen vuorokauden aikana.



Toiminta- kyvyn arviointi



Toimintakyvyn arviointi kuuluu geriatriseen hoitoon ja kuntoutukseen.



Tavoitteen asettaminen ja seuranta



Hoito- ja kuntoutussuunnitelma sisältää kokonaisu-tavoitteen ja lähitavoitteita.

Tavoitteiden saavuttamista seurataan päivittäin.



Toiminta- kyvyn edistäminen sairaalassa



Kaikissa tilanteissa kannustetaan omatoimi-suuteen.

Jokaisella on rooli potilaan toimintakyvyn edistämässä.



Toiminta- kyvyn edistäminen kotona



Kotiutuessa ohjataan aktiiviseen arkeen myös kotona.

3. Kotikuntoisuuden tunnistaminen

- Osastojakson alussa selvitetään kotiutumisen edellytykset ja esteet.
- Kotiutumisajankohdasta tehdään alustava arvio ja viedään se näkyväksi taululle ja potilastietojärjestelmään.
- Kotikuntoisuutta arvioidaan osastojakson aikana säännöllisesti esim. lääkärikierrolla tai moniammatillisissa kokouksissa.

Toimintakyvyn minimivaatimukset kotiutumiselle

- Potilas pystyy liikkumaan kotona välttämättömät toiminnalliset matkat yhdessä kerroksessa apuvälineen tuella
- Vuoteesta ylösnousu itsenäisesti (yksin asuva), avustettuna (puolison kanssa asuva)
- WC-käynti itsenäisesti tai avustettuna
- Ruokailu pöydän ääressä sujuu
- Ympäristö muistisairaalle turvallinen
- Lääketieteellisesti vakaa tilanne, lääkehoito suunniteltu kotihoidossa toteutettavaksi, kotihoidolle selkeä ohjeistus

Toimintakyky voi olla heikompi, jos kotihoidon palveluiden tai omaisten toimesta arjen toimintoja voidaan tukea riittävästi ja kotona oleminen on turvallista.

4. Kotiutuminen

Kotiutumisen valmistelu

- Kotiutumisen valmistelu aloitetaan osastolle tulopäivänä
- Erityisen tärkeää on selvittää minkälaiseen kotiin potilas on kotiutumassa.
- Potilaan ja omaisten kanssa keskustelu kotiutumisesta aloitetaan osastojakson alkuvaiheessa.



Kotiutumisen tseklista (esimerkki)

- Kotiutumisen päivämäärä
- Omaisten informoiminen
- Onko koti mihin kotiutua, kotitilanne, kotikäynnin tarve, asunnonmuutostöiden tarve
- Palveluohjaus, tarvittaessa RAI.
- Tukipalveluiden selvittäminen: ruoka, turvapalvelu, lääke
- Apuvälinetarpeen selvittäminen ja niiden järjestäminen
- Kotihoidon palvelut järjestetty
- Jatkokuntoutustarpeen selvittäminen ja järjestäminen
- Lääkkeet, reseptit, lääkelista
- Hoitotyön yhteenveto
- Hoitotarvikkeet
- Kyyti ja rahat, avaimet
- Ilmoitus kotiutustiimille, kotihoitoon, kotikuntoutukseen jne.
- Jos potilas siirtyy asumispalveluiden piiriin, raportti annetaan sinne

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
Västra Nylands välfärdsområde

Kiitos, tack!

Seuraa meitä sosiaalisessa mediassa:

 [Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue](#)

 [@luhyvinvointialue](#)

 [Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue](#)

 [@LUhyvinvointi](#)

 [Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue](#)