

Liikkuminen, ravitseminen ja lääkitys arkitoimijuuden ja asiakkaan kotiutumisen tukena

➤ Miten varmistamme yhteisen tiedon työmme pohjaksi ja suuntaamaan työskentelyä asiakkaan kanssa?

Työryhmä:

Helsingin kaupungin Sosiaali-, terveys- ja pelastustoimiala (Sotepe):

- Erjastiina Heikkinen, vastaava ravitsemusterapeutti, Terveys- ja päihdepalvelut (Tepa / Keskitetyt palvelut)
- Annamaija Sutela, kehittäjäylilääkäri, Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut (SKH) / Helsingin sairaala
- Tuula Lahti, projektipäällikkö, SKH/Helsingin sairaala / Erikoissairaanhoidon perusterveydenhuolto- tasoinen kehittäminen, ikääntyneiden palvelut
- Pia Paananen, projektisuunnittelija, SKH / Kestävän kasvun hanke / SuVi-projekti / kotihoito & kuntouttava arviointiyksikkö
- Jaana Autio, erityisasiantuntija, SKH / Arviointitoiminta / Keskitetyt asiakasohjauspalvelut
- Marjaana Salonen, erityisasiantuntija, SKH/Arviointitoiminta / Keskitetty asiakasohjaus
- Eeva Sandelin, kotihoitopäällikkö, SKH / kotihoito
- Jaana Nummijoki, kotihoitopäällikkö, SKH / kotihoito

Palvelukeskus Helsinki:

- Ville Ventovuori, suunnittelija Palke / Puhelin- ja hyvinvointipalvelut

HUS/ Ikäystävällinen sairaala:

- Niina Heldan, kotiutushoitaja / Meilahden yhteispäivystys
- Marja Sillanpää, geriatrinen sairaanhoitaja / HUS Ikäystävällinen sairaala
- Elina Valkonen, geriatrinen fysioterapeutti / HUS Ikäystävällinen sairaala



Tilannekuva hankkeen alussa

- Liikkumissopimus ikääntyneiden toimeliaisuuteen kannustamisessa on ollut jo vuosia kotihoidon toimintaperiaatteena. Se on laajentunut vuonna 2022 kaikkiin Helsingin kaupungin sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelujen (SKH) toimintoihin. Hoitotyönsuunnitelman sisällön ydin on kotihoidossa: [liikkuminen, ravitseminen ja lääkehoito](#) ikääntyneen asiakkaan toimintakyvyn tukena.
- Tällä hetkellä tieto asiakkaan liikkumiskyvystä, ravitsemuksesta ja lääkehoidosta ei kulje riittävästi eri toimijoiden (kotihoito, Helsingin kaupungin sairaala, HUS) välillä. Toipilasvaiheen hoitotyö sairaalajakson jälkeen ei aina toteudu optimaalisesti. Haasteena on mm. Apotissa käytettävät lomakkeet, jotka ovat erilaisia eri toimijoilla (hoitotyön yhteenveto)
- HUSissa on kehitetty Ikäystävällinen sairaala –toimintamalli, jolla pyritään parantamaan iäkkään yksilöllistä hoitoa. Osastojakson aikana kiinnitetään huomiota liikkumiseen, ravitsemukseen ja lääkehoitoon. Tiedonkulku ja sen parantaminen ovat oleellinen osa mallia. Ikäystävällinen sairaala-tiimi jalkauttaa mallia HUSissa.

Helsingiläinen potilas/asiakas liikkuu palveluissa omien muuttuvien tietojensa kanssa

Päätavoite

Asiakkaan toimijuuden vahvistaminen, hänen toimintakykynsä ja kuntoutumisensa tukeminen koko hoitoprosessin aikana tiedonkulkua parantamalla.

Toimenpiteitä asiakkaan turvallisen kotiutuksen mahdollistamiseksi:

- Kirjaamisen ja tiedonkulun varmistaminen läpi koko hoitoprosessin
- Potilaan/asiakkaan kotiutuksen tukeminen alkaa sairaalaan tullessa
- Asiakkaan arkiaktiivisuuden ja kuntoutumisen tukeminen
- Etäpalveluiden hyödyntäminen osaksi palvelua
- Optimaalinen toipilasvaiheen hoito ja toipilasvaiheen sisällön määrittely
- Toipilasvaiheen jälkeinen hoito

Kuunnellaan ja kuullaan potilasta/asiakasta ja hänen läheisiään keskustellen heidän kanssaan hoidon- ja palveluntarpeesta.

Tavoitteena on myös potilaan/asiakkaan oma vastuu toimijuudestaan itsenäisesti tai läheistensä tukemana mahdollisuuksiensa mukaan kaikissa palvelutilanteissa.



"Reablement approach" (mm. [Kjernsholen et al. 2024](#), [Sims-Gould et al 2017](#)) – toimintamalli tukee ihmistä itsenäiseen elämään sekä toipumaan ja kuntoutumaan omassa ympäristössään.

Tavoitteena on auttaa ihmisiä olemaan mahdollisimman omatoimisia ja välttää tarpeetonta riippuvuutta avusta.



1. ... jo ennen mahdollista sairaalaan joutumista ...

”Asiakkaan motivointi arkitoimeliaisuuteen kotona ollessaan ja sairaalasta kotiutuessaan.”

- Konkreettiset keinot kuntoutumista tukevaan moniammatilliseen hoitotyöhön
- Parempi hoitotyön yhteenvedon sisältö, mittaritiedot mm. FRAT, MNA/ NRS-2002
- Kirjallinen viestintä esim. kaatumisen pelkoon liittyen
- Asiakkaan siirtyessä kotihoitosta sairaalaan käytetään väliarviona Apotin Smart Phrase-toimintoa

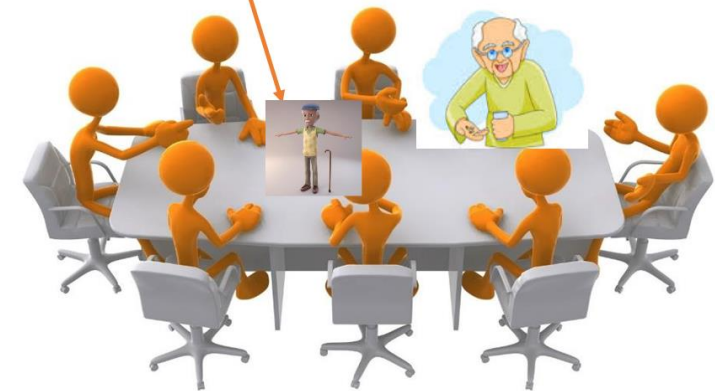
2. Potilaan motivointi ja perehdyttäminen kotiutukseen sairaalajakson aikana

3. Työntekijöiden motivointi kaikissa palveluissa asiakkaan toimeliaisuuden tukemiseen

4. Potilaan siirtyessä sairaalasta kotihoitoon / kuntouttavaan arviointiyksikköön tai toiseen sairaalaan

- Kaikille toimijoille on kehitettävä yhteneväinen Apotin hoitotyön yhteenvedo, josta käy esille asiakkaan liikkumiseen, ravitsemukseen ja lääkitykseen liittyvä tuen tarve

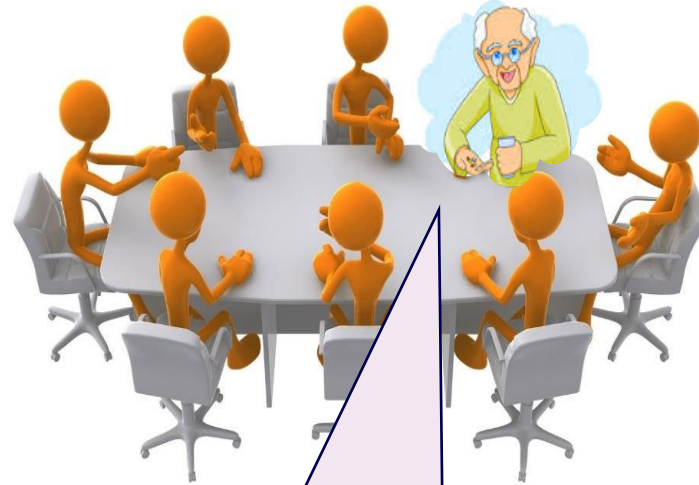
”Yhtenäinen malli asiakkaan hoitotyön yhteenvedolle ja väliarvioinnille”





Hankkeen tulokset ja johtopäätökset

Tarkensimme hoitoketjun kunkin toimijan osuutta ja viestintää asiakkaan kuntoutumisen tukemisessa.



Apotin väliarviointi:

- Liikkuminen sisällä tai ulkona
- Pukeutuminen
- Henkilökohtainen hygienia, peseytyminen, WC-toimet, virtsan ja ulosteen pidätyskyky
- Ruokailu, ruoanlaitto
- Vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa (esim. puhuminen, käyttäytyminen, itsensä ilmaiseminen)
- Omista asioista huolehtiminen, asioiden muistaminen, näkeminen, kuuleminen
- Lääkkeiden ottaminen, sairaanhoito, happirikastin, dialyysihoito, muu
- Siivous, vaatehuolto, asiointi kodin ulkopuolella

Jatkokehitettävää:

1. Terveysasemien kanssa tehtävää yhteistyötä on kehitettävä yhteisen asiakkaan hoidossa.
 - Viedään SKH-johtoryhmän kautta Sotepe-johtoryhmään tavoitteena palvelujen integraatio ja ylemmän johdon tuki yhteisen työn äärelle.
2. Jatkokehitettävää on myös entistä sujuvamman yhteistyön onnistumiseksi Tepan ja SKH:n palvelujen välillä.
 - Esim. palvelukeskustoimintaa ei tunneta terveysasemilla tarpeeksi hyvin, jolloin ohjaus näihin palveluihin ensimmäisten pulmien tai akuuttisairauksista toivuttaessa ontuu. Ne ovat matalan kynnyksen, kaikille ikääntyville tarkoitettuja ja kuntoutumista tukevaa palveluja.
3. HUS- jatkotyöskentely
 - Ikäystävällisen sairaala –toimintamallin jalkauttaminen jatkuu HUSissa
4. HUSin ja Helsingin sairaalan yhteinen jatkotyöskentely
 - Hoitotyön yhteenvedon työstäminen jatkuu
5. Kotihoitoon jatkotyöstettäväksi:
 - "Varhaisen tuen"- malli ja ohjaus niille kotihoidon asiakkaille, joilla äkillisesti jonkin tapahtuman takia vointi ja toimintakyky heikkenee. Työstettäväksi edelleen: "mitä työntekijä tekee, mikä on kotihoidon asiakkaan oma osuus."