



HOITOISUUSLUOKITUKSEN KRITERISTÖ

**Kehittämishanke Palokan terveys-
keskuksen osastolle 2**

**Seija Jokitalo
Satu Loukiala**

**Opinnäytetyö
Huhtikuu 2008**

Sosiaali- ja terveysala



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Tekijä(t) JOKITALO, Seija LOUKIALA, Satu	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 63	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi HOITOISUUSLUOKITUKSEN KRITEERISTÖ Kehittämishanke Palokan terveyskeskuksen osastolle 2		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) ILOMÄKI, Helena; SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena; TYRVÄINEN, Hannele		
Toimeksiantaja(t) Osastonhoitaja Helena Ilomäki Palokan terveyskeskuksen osasto 2		
Tiivistelmä <p>Aihe opinnäytetyölle valittiin työelämän tarpeita ajatellen ja se toteutettiin yhteistyössä Palokan terveyskeskuksen osasto 2:n kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda osastolle 2 oma OPC-mallin mukainen hoitoisuusluokituksen kriteeristö, joka palvelisi henkilökuntaa päivittäisessä hoitotyössä. Kriteeristö piti sisällään 6 hoitotyön osa-alueita, joissa kussakin oli 4 (A, B, C ja D) hoitoisuuden vaativuuden osa-alueita. A oli vaativuudeltaan helpoin ja D vaativuudeltaan hoitoisin osa-alue.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on saada näkymätön hoitotyö näkyväksi Palokan terveyskeskuksen osastolla 2 sekä tuoda hoitoisuusluokitus tutuksi hoitohenkilökunnalle. Luodun hoitoisuusluokituskriteeristön tarkoituksena oli herättää dialogeja hoitohenkilökunnan keskuudessa potilaiden hoitoisuutta arvioitaessa. Dialogien tarkoituksena oli yhtenäistä työtapoja ja ajattelumalleja. Kriteeristön haluttiin palvelevan juuri osasto 2:n tarpeita, jonka vuoksi kriteeristöä tehtäessä käytettiin apuna osastolla hoidettavia potilasesimerkkejä.</p> <p>Hoitoisuusluokituskriteeristöä koekäytettiin osastolla 9 päivää. Näin saatiin hoitohenkilökunnan näkökulma sen toimivuudesta käytännön hoitotyössä. Kumpikin tiimi (A, B) valitsi jokaiselle päivälle 2 hoitajaa, jotka rinnakkaisluokittelivat 5 samaa potilasta toistensa luokittelua tietämättä. Hoitajan ammattinimike ei vaikuttanut luokittelun tekoon. Potilaat oli valittu järjestyksessä osaston vuodepaikkojen mukaan, jolloin saatiin luokittelun kohteeksi mahdollisimman erilaisia potilaita joka päivälle. Potilaat säilyivät anonyymeina koekäytön ajan.</p> <p>Rinnakkaisluokittelun koekäytön tuloksiin oltiin tyytyväisiä. Hoitajat olivat sisäistäneet kriteeristön ohjeistuksen etupäässä hyvin. Hoitotyön eri osa-alueita (6) pidettiin pääsääntöisesti selkeinä ja hajonta hoitoisuuden osa-alueiden (A-D) kesken oli vähäistä. Osa luokittelijapareista kävi yhdessä läpi luokittelun jälkeen luokittelujensa tulokset.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Hoitotyö, hoitoisuusluokituskriteeristö, hoitoisuus, rinnakkaisluokittelu		
Muut tiedot		

Author(s) JOKITALO, Seija LOUKIALA, Satu	Type of Publication Bachelor´s Thesis	
	Pages 63	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title PATIENT CLASSIFICATION CRITERIA Development project for Palokka Health Care Center ward 2		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) ILOMÄKI, Helena; SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena; TYRVÄINEN, Hannele		
Assigned by Helena Ilomäki, ward manager, Palokka Health Care Center ward 2		
Abstract <p>The subject for the thesis was selected considering working life and was executed in collaboration with Palokka Health Care Center ward 2. The aim of the thesis was to create an individual OPC-pattern patient classification criteria for ward 2, which was to serve the ward staff in their daily nursing. The criteria included 6 nursing divisions which each had 4 (A, B, C and D) patient classification sub-divisions assorted by the rate of requirement . A was the least and D the most demanding division.</p> <p>The purpose of the thesis is to make invisible nursing work visible in Palokka Health Care Center ward 2 and to make the concept of patient classification known among the nursing staff. Once created patient classification criteria was meant to inspire dialog between nursing staff while evaluating nursing demands. The meaning of the dialog was to standardize procedures and paradigms. The criteria was meant to serve precisely the needs of ward 2, therefore patient examples from ward 2 was used to create the criteria.</p> <p>Patient classification criteria was tested in ward 2 for 9 days. This way it was possible to receive the nursing staff point of view of criteria´s functionality in daily nursing. Each team (A, B) picked 2 nurses for each day who collaterally classified 5 same patients without knowing each other´s classifications. Staff member´s job description did not affect the classification. Patients were picked in order of beds in the ward, thus a wide variety of different kind of patients were obtained for classification each day. Patients remained anonymous during testing.</p> <p>The test results of collateral classification were satisfying. Nurses assimilated the criteria directions mostly well. Different divisions of nursing (6) were mainly considered clear and dispersion between sub-divisions (A – D) was minor. Some of the classification pairs discussed the results after classification.</p>		
Keywords Nursing, patient classification criteria, nursing demands, collateral classification		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 HOITOISUUSLUOKITUS	4
2.1 Hoitoisuusluokituksen kehittyminen	4
2.2 Hoitoisuus ja hoitoisuusluokitus	5
2.3 Mittarit ja Rafaela -hoitoisuusluokitusjärjestelmä	8
2.4 Hoitoisuusluokituksen hyödyt.....	10
2.5 Hoitoisuusluokitus erikoissairaanhoidossa sekä perusterveydenhuollossa	13
3 HYVÄN HOIDON KRITEERIT	15
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	18
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	19
5.1 Osasto 2:n esittely	19
5.2 Kehittämishanke osastolla ja opinnäytetyön vaiheet.....	21
5.3 Kriteeristön koekäyttö osastolla	23
6 HOITOISUUSKRITEERIT OSASTOLLE 2	25
6.1 Suunnitelmallinen hoito	25
6.2 Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet.....	29
6.3 Ravitseminen ja lääkehoito	34
6.4 Peseytyminen, pukeutuminen ja eritystoiminta.....	38
6.5 Aktiviteetti/toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo	42
6.6 Hoidon ja jatkohoidon opetus, ohjaus sekä emotionaalinen tuki.....	46
7 POHDINTA, JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOSUUNNITELMA	49
LÄHTEET	56

LIITTEET	59
----------------	----

Liite 1. Potilastyyppejä/diagnooseja osasto kahdella.....	59
---	----

Liite 2. Hoitotyön kirjaamisesta muodostuvat tiedot.....	60
--	----

Liite 3. Kaavake hoitoisuuskriteeristön koekäyttöön.....	61
--	----

Liite 4. Yhteistyösopimus.....	62
--------------------------------	----

KUVIOT

KUVIO 1. OPC-mittarin hoitotyön osa-alueet	8
--	---

KUVIO 2. Hoitoisuusluokkien pisteet	8
---	---

KUVIO 3. Hoitoisuusluokituksen tuottamat hyödyt	13
---	----

KUVIO 4. Osasto 2:n arvokriteerit ja arvioinnin välineet	17
--	----

KUVIO 5. Osaston potilasaines	20
-------------------------------------	----

KUVIO 6. Rinnakkaisluokittelun hajonta.....	24
---	----

1 JOHDANTO

Potilaita on totuttu luokittelemaan muun muassa iän, sukupuolen ja diagnoosin perusteella. Jatkuvasti kasvavien terveydenhuollon kustannusten, potilaiden lisääntyvän tietoisuuden ja vuonna 2005 voimaan tulleen kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidonlain muutosten (hoitotakuu) myötä hoitotyön tuloksia on alettu arvioida enemmän myös taloudellisuuden näkökulmasta. Laadukasta hoitoa pyritään tuottamaan entistä pienimmin kustannuksin ja kustannuksia pyritään rajoittamaan. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että potilaalla on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään, laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, joita terveydenhuollolla on käytettävissään. (L785/93.)

Hoitoisuusluokitus on käytössä maassamme laajalti erikoissairaanhoidossa, mutta perusterveydenhuollossa se on varsin uusi asia. Potilaiden laitoshoidon erikoissairaanhoidossa on vähentynyt 1990-luvulta, kun taas laitoshoidon tarvitsevien potilaiden osuus on kasvanut perusterveydenhuollossa. Tämä on johtanut siihen, että perusterveydenhuollon rooli on vahvistunut ja monipuolistunut luoden uusia haasteita nyt ja tulevaisuudessa siellä tarjottavaan hoitoon, sen laatuun ja hoitohenkilökunnan määrään. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, 44.)

Idea opinnäytetyön aiheeksi on saatu Palokan terveystieteiden osasto kahdelta. Osastolla on potilaspaikkoja 45 ja potilasaineisto on erittäin moninaista. Suurin osa potilaista on ikäihmisiä. Opinnäytetyöstä on haluttu saada henkilökuntaa päivittäisessä hoitotyössä palveleva, jonka vuoksi on valittu tehtäväksi toiminnallinen opinnäytetyö. Se on ammattikorkeakouluissa vaihtoehto tutkimuksellisille opinnäytetyöille. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus, opastus tai jonkin tapahtuman toteuttaminen, esimerkiksi messuosaston tai konferenssin järjestäminen. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9.)

Opinnäytetyö pohjautuu Terveystieteiden 2015-kansanterveysohjelmaan, Terveydenhuollon tavoite- ja toimintasuunnitelmaan 2004–2007 sekä valtakunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintaa 2000-luvulle valtakunnalliseen

suositukseen. Työ on toteutettu yhteistyössä Palokan terveyskeskuksen osasto kahden osastonhoitajan ja henkilökunnan kanssa. Tietoperustaa opinnäytetyölle on hankittu laajalti alan kirjallisuudesta ja aiheesta tehdyistä tutkimuksista.

Opinnäytetyön tarkoituksena on hoitoisuusluokituksen tuominen henkilökunnan tietoisuuteen ja samalla saada hoitotyö näkyväksi Palokan terveyskeskuksen osasto kahdella. Osastolle on työstetty OPC-mallin mukaan oma hoitoisuuskriteeristö. Kriteeristö pitää sisällään kuusi luokiteltavaa hoitotyön osa-aluetta, jotka on jaettu neljään alaluokkaan hoitoisuuden vaativuuden mittaamiseksi. Hoitoisuuskriteeristön konkretisoimiseksi sitä on koekäytetty osastolla viikon ajan. Näin on saatu myös henkilökunnan näkökanta kriteeristön toimivuudesta käytännön hoitotyössä.

2 HOITOISUUSLUOKITUS

2.1 Hoitoisuusluokituksen kehittyminen

Keskustelua hoitoisuudesta ja hoitoisuusluokituksesta on ollut historiassa, sillä jo Florence Nightingalen aikakautena käytettiin eräänlaista hoitoisuusluokitusta sijoittamalla kriittisimmien sairaiden potilaat lähemmäksi kansliaa potilaan voinnin seurannan vuoksi (Kaustinen 1995, 5). Partasen (2002) tutkimuksessa todetaan Giovannetin (1984) mukaan, että hoitoisuusluokitusjärjestelmien kehittäminen on aloitettu Yhdysvalloissa jo 1940-luvulla. Ensimmäinen varsinainen suurempi yritys luokitella potilaita on John Hopkins Operations Groupin kehittämä sisätauti – kirurgisten potilaiden luokitteluohjelma 1960-luvun alkupuolella. Tätä Robert Connorin Yhdysvalloissa tekemää työtä pidetään hoitoisuusluokitusten klassikkona ja se on perusta lähes kaikille muille hoitoisuusluokituksille. Connorin mukaan hoitotyön määrä vaihtelee eri päivinä ja eri työvuoroissa sekä eri osastoilla. Hoitotyön kokonaismäärään osastolla vaikuttaa eniten raskaimpiin hoitoisuusluokkiin kuuluvien potilaiden lukumäärä. (Partanen 2002, 23.)

Suomessa hoitoisuusluokituksia on käytetty 1970-luvulta lähtien, mutta vasta 1990-luvun alussa luokitus tuli erityisen ajankohtaiseksi aiheeksi, koska taloudellinen lama vaikutti myös terveydenhuoltoon ja sen mahdollisiin säästötoimenpiteisiin. (Fagerström & Rauhala 2001, 9.) Pohjoismaiden hoitoisuusmittareiden kehitystyö alkoi 1960-luvulla HYKS:n mallin kehittämisestä. Tällöin julkaistiin ensimmäiset tutkimukset hoitoisuudesta. Vaasan keskussairaalassa on kehitetty systemaattisesti hoitoisuusluokitusta 1991 lähtien. (Rauhala 1999, 3571–3572.)

Oulun yliopistollisessa sairaalassa kehitettiin vuosina 1991–1994 yhdessä Oulun yliopistollisen hoitotieteen laitoksen kanssa hoitoisuusmittari. Se pohjautuu kansainvälisesti tunnettuun HSSG (Hospital Systems Study Group) luokitukseen, joka antoi hoitotyön johtajien mukaan hoitotyölle entisiä hoitoisuusluokituksia monipuolisemman lähtökohdan. Luokitus on yhteen sopiva Roper-Logan-Tierneyn hoitotyön mallin ja vallitsevien hoitotyön arvolähtökohtien ja hoitofilosofian kanssa. Oulun yliopistollisessa keskussairaalassa kehitetty hoitoisuusluokitusmittari muodostuu kuudesta hoitotyön osa-alueesta. (Myllylä & Onnela 1999, 7.)

Tällä hetkellä hoitoisuusluokituksia on käytössä useita tuhansia eri puolilla maailmaa ja kaikissa Pohjoismaissa käytetään useanlaisia hoitoisuusluokituksia/järjestelmiä. Suomessa nykyisin tunnetuimmat ja käytetyimmät hoitoisuusluokitusmittarit somaattisessa erikoissairaanhoidossa ovat Oulu-hoitoisuusluokitusmittari (OHL tai OPC eli Oulu Patient Classification) ja Monitor-hoitoisuusluokitusmittari, joka on otettu käyttöön Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Oulu-hoitoisuusluokitusmittaria on kehitetty, mutta Monitor-mittari on käytössä alkuperäisessä muodossaan. Hoitoisuusluokitustietoa on kehitetty sairaaloiden väliseksi vertailutiedoksi (benchmarking) valtakunnallisessa Finnhoitoisuus-projektissa. (Partanen 2002, 18–19.)

2.2 Hoitoisuus ja hoitoisuusluokitus

Hoitoisuusluokitus muodostaa rakenteellisen viitekehyksen, joka jäsentää hoitamista. Sen avulla voidaan mitata käytännön hoitotyötä. Tämä edellyttää, että

potilaaseen, hoitamiseen ja sen arviointiin liittyvät käsitteet, kuten hoitoisuus ja hoitoisuusluokitus, ensin määritellään. (Pulkkinen 2000, 12.)

Hoitotyön lähtökohtana on aina potilaan hyvä hoito. Hoitotyö on moniulotteista ja vaatii mittarilta sekä mittarien käyttäjiltä ammattitaitoa ja kykyä nähdä laajempia kokonaisuuksia sekä valmiutta reagoida nopeasti muuttuviin tilanteisiin. Kyseessä on tietoiseen ja tavoitteelliseen toimintaan perustuva sisällöllinen analysointi toteutuneesta yksilövastuisesta hoitotyöstä. Tämä perustuu hoitotieteelliseen tutkimukseen ja siitä on sama näkemys sekä käsitteistö kaikkien hoitotyöntekijöiden kesken. (Sundström 2003, 57.)

Hoitotyö voi olla välitöntä tai välillistä. Pitkäsen (2000) mukaan välitön hoitotyö koskee niitä hoitotyön toimintoja, jotka tehdään potilaan luona potilaan ja/tai omaisen läsnä ollessa ja toiminta kohdistuu suoraan potilaaseen tai omaiseen (Pitkänen 2000, 7). Välittömään hoitoon kuuluvat perussairaanhoidon ja muut sairaanhoidolliset toimenpiteet, jotka tapahtuvat potilaan välittömässä läheisyydessä. Välillinen hoito ei toteudu potilaan luona, mutta kuitenkin hänen hyväkseen. Potilaan hoitoon liittyviä toimenpiteitä ei suoriteta välittömässä vuorovaikutuksessa potilaaseen, vaan ne voivat tapahtua joko ennen tai jälkeen potilaan hoitamisen. (Fagerström & Rauhala 2003, 11.)

Partasen (2002) tutkimuksessa todetaan, että käsite **hoitoisuus** on Kalkaksen (1973) mukaan tullut suomen kieleen ruotsinkielisestä termistä 'vårdtyngd', joka merkitsee suoraan käännettynä hoidon aiheuttamaa kuormaa, raskautta. Englannin kielessä käytetään useita termejä, kuten 'patient acuity', 'intensity of care', 'severity', 'nurse dependency' ja 'patient dependency'. (Partanen 2002, 21.) Pulkkisen tutkimuksesta (2000) ilmenee, että suomen kielessä käsite hoitoisuus kuvaa Kalkaksen (1973) mukaan hoidon tarvetta ja hoitamisen vaativuutta ja se on osittain korvannut työmäärän arviointiin liittyvän käsitteen hoidon kuormitus. (Pulkkinen 2000, 12.) Vanhimmat tutkimukset määrittelevät hoitoisuuden tilaksi, joka kuvastaa pääasiassa potilaan perushoidon tarvetta ja potilaan riippuvuutta hoitohenkilökunnan hoitotyön toimista (Lonkila 2006, 5).

Pitkänen (2000) painottaa, että hoitoisuus on hoitavan henkilön arviointia potilaan yksilöllisen hoitotyön tarpeen vaatimasta työpanoksesta. Hänen mukaan-

sa hoitoisuus muodostuu yksittäisen potilaan hoitoon käytetystä ajasta sekä hoitohenkilökunnan määrästä ja rakenteesta hoitajakson aikana. (Pitkänen 2000, 7.)

Fagerströmin ja Rauhalan (2003) mukaan **hoitoisuusluokituksen** tarkoituksena on pystyä määrittämään tarvittavan hoitohenkilökunnan määrä, jotta voidaan vastata potilaiden hoidon tarpeeseen. Luokitus määrittää kunkin potilaan yksilöllisen hoidon tarpeen ja hoitotoimenpiteiden perusteella, jotka hoitohenkilökunta tekee potilaan tarpeen tyydyttämiseksi tietynä ajanjaksona. Hoitoisuus näkyy matemaattisena lukuna (pistemääränä), joka ilmoittaa sen työpanoksen suuruuden, jonka yksittäinen potilas tarvitsee henkilökunnalta. Hoitoisuusluokitus on hoitajan arvio toteutuneesta välittömästä ja välillisestä hoidosta. (Fagerström & Rauhala 2003, 11.) Hoitoisuusluokitus on myös hallinnon menetelmä, jonka tarkoituksena on pystyä vastaamaan potilaiden hoidon tarpeessa tapahtuviin vaihteluihin ja näin saada aikaan sopiva henkilöstömiehitys kullekin osastolle (Ojaniemi 2005).

Pitkäsen (2000, 7) mukaan hoitoisuusluokitus on potilaan hoidon tarpeiden ja niitä vastaavan hoitotyön ryhmittelyä eli kuvaus hoitotyön toiminnasta. Kaustinen (1995) painottaa, että lääketieteellinen diagnoosi voi olla sama eri potilaille, mutta hoidon ja hoitotyön tarpeet ovat yksilölliset ja ne vaihtelevat päivittäin. (Kaustinen 1995, 1-2.) Omaisten vaikutuksesta poikkeamat hoitoisuuden välillä kasvavat vielä lisää (Pitkänen 2000, 54).

Väänänen (2002) tutkimuksessa todetaan, että hoitoisuusluokituksella pitää olla kyky vastata potilaan yksilöllisiin tarpeisiin sekä yhdenmukaistaa hoitajien toimintaa. Sen tulee vastata kysymyksiin mitä tehdään, mitä on muutettava ja kuinka tietojärjestelmää voidaan tukea. Tutkimuksessa esitetään, että hoitoisuusluokitus on hoitotyön malli, joka määrittelee hoitotyön resurssit potilaiden kunnan perusteella ja potilaita luokitellaan resurssitarpeiden mukaan. Hoitoisuusluokitus kuvaa hoitotyötä ja perustuu keskimääräiseen hoitoaikaan potilasryhmää kohden. (Väänänen 2002, 6, 12.)

2.3 Mittarit ja Rafaela -hoitoisuusluokitusjärjestelmä

OPC- ja PAONCIL-mittareiden sekä päivittäisten henkilöstöressurssien tiedosto yhdessä muodostavat Rafaela-järjestelmän. On tutkittu ja tieteellisesti osoitettu, että OPC on validi ja Rafaela-järjestelmä sopii optimaalisen hoitoisuuden määrittämiseen. (Fagerström & Rauhala 2001, 60.)

OPC-mittari on Oulun Yliopistollisessa sairaalassa vuosina 1991–1994 kehitetty päivittäin käytössä oleva mittari. Se sisältää kuusi hoitotyön osa-aluetta.

1. Hoidon suunnittelu ja koordinointi
2. Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet
3. Ravinto ja lääkehoito
4. Hygienia ja eritystoiminta
5. Aktiviteetti/toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo
6. Hoidon/jatkohoidon opetus, ohjaus ja emotionaalinen tuki

KUVIO 1. OPC-mittarin hoitotyön osa-alueet (Fagerström & Rauhala 2003, 13).

Kukin osa-alue arvioidaan vaihtoehtojen A (= 1 piste), B (= 2 pistettä), C (= 3 pistettä) tai D (= 4 pistettä) mukaan. Vaatimustason A potilas on hoitotyön osa-alueella omatoiminen. Tason B potilas tarvitsee ajoittain apua. Vaatimustason C potilaan avuntarve on toistuvaa ja D-vaatimustason potilaan avuntarve kyseisellä osa-alueella on toistuvaa ja kokonaisvaltaista. Luokitus tapahtuu yhteenlaskettujen pisteiden mukaan. Hoitoisuusluokkia on neljä. (Rossi 2007, 31.)

Hoitoisuusluokka I	6-8 pistettä
Hoitoisuusluokka II	9-12 pistettä
Hoitoisuusluokka III	13-15 pistettä
Hoitoisuusluokka IV	16-24 pistettä

KUVIO 2. Hoitoisuusluokkien pisteet (Fagerström & Rauhala 2001, 11).

Luokka I (6-8 pistettä) merkitsee vähäistä hoidon tarvetta, Luokka II (9-12 pistettä) keskimääräistä hoidon tarvetta, luokka III (13–15 pistettä) keskimääräistä suurempaa hoidon tarvetta ja luokka IV (16–24 pistettä) suurta hoidon tarvetta. Hoitaja luokittelee joka päivä suoraan atk-ohjelmaan edellisen vuorokauden aikana osastolla olleiden potilaiden hoitoisuuden. Hoitoisuus hoitajaa kohden pystytään laskemaan jakamalla osaston kokonaishoitoisuus kyseisen vuorokauden aikana hoitajien lukumäärällä. (Mts.13–14.) Numerona ilmaistu potilaiden hoitoisuus yhtä hoitajaa kohden on ollut merkittävä kehitysaskel näyttämään hoitajien työkuormitusta osastolla (Fagerström & Rauhala 2001, 11). Hoitoisuusluokitusmittari tulee muokata kullekin osastolle ja toimintayksikölle sisällöltään sopivaksi, jotta se mittaa juuri näiden potilaiden hoitoisuutta. Mittarin taustalla on oman organisaation arvot ja hoitotyön filosofia. (Rossi 2007, 32.)

PAONCIL-mittari (Professional Assessment Of Optimal Nursing Care Intensity Level) kehitettiin Vaasassa OPC-mittarin rinnalle, sillä hoitoisuusluokitusta ei yksinään voi käyttää hoitotyön kustannusten laskentaan ja henkilöstösuunnitteluun (Fagerström & Rauhala 2001, 12). PAONCIL kehitettiin menetelmäksi, jonka hoitoisuusluokitusjärjestelmä tarvitsee, jotta voidaan laskea ja arvioida henkilöstötarvetta potilaiden hoitoisuuden mukaan. Osaston hoitajat tekevät rutiininomaisten OPC-luokittelujen lisäksi noin 1-2 kuukauden ajan päivittäin kokonaisarviointin itse omien potilaidensa hoitoisuudesta ja hoidon toteutumisesta asteikolla -3 - +3. Arviointi suoritetaan erityisellä lomakkeella, johon on mahdollisuus kuvata hoitajien kokonaistyömäärää lisänneitä tekijöitä. Näin sekä potilaiden hoitoisuus että muut tekijät yhdessä muodostavat hoitajien kokonaistyökuormituksen. (Fagerström & Rauhala 2003, 14.)

Nolla-aste tarkoittaa optimaalista hoitoisuutta, jolloin potilaiden hoidon tarve on tasapainossa henkilöstöresurssien kanssa ja hoitajat voivat tarjota hyvää hoitoa. (Fagerström & Rauhala 2003, 14). Optimaalinen hoidon tarve ilmaisee tilaa, jossa hoitaja tuntee antaneensa hyvää ja laadukasta hoitoa potilaalleen oman työvuoronsa aikana (Ilomäki & Rätty 2003, 11). PAONCIL-mittaus eli professionaalinen arviointi optimaalisesta hoitoisuudesta voidaan tehdä osastolla kahden hyväksytyyn rinnakkaisluokituksen jälkeen eli aikaisintaan vuoden kuluttua siitä, kun hoitoisuusluokitus on aloitettu osastolla. (Kanerva, Alin, As-

chan, Harinen & Lindqvist 2002, 12.) Rinnakkaisluokituksessa kaksi hoitajaa, jotka eivät tiedä toisistaan, arvioivat saman potilaan samaan aikaan. Arviointituloksen tulisi olla mahdollisimman samanlainen. (Hoitoisuusluokituksen perehdytysopas 2000, 15.)

Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmä koostuu OPC-mittarista sekä PAONCIL-mittarista (Fagerström & Rauhala 2001, 9). Rafaelan perusideana on kahden tekijän välisten yhteyksien vertailu. Näitä ovat potilaan luokiteltu hoitoisuus (OPC) ja hoitajien arvioima mahdollisuus tyydyttää potilaiden hoidon tarve (PAONCIL). Näin saadaan selville toleranssieroja, jotka vastaavat alle optimaalisen hoitoisuuden, yli optimaalisen hoitoisuuden ja optimaalisen hoitoisuuden alueen hoitoisuuden tasoja. Osaston optimaalinen hoitoisuustaso hoitajaa kohden pystytään saamaan esille käyttämällä tiettyä tilastollista analyysimenetelmää. (Fagerström & Rauhala 2003, 14).

2.4 Hoitoisuusluokituksen hyödyt

Ilmaisulla ”näkyvätön näkyväksi” halutaan painottaa kirjaamisen tärkeyttä tehdystä työstä ja sen vaikutuksesta. Potilaan kannalta tärkeitä ovat kirjaamisella saadut tulokset, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen ja sen edistämiseen sekä luottamukselliseen hoitosuhteeseen ja sen kehittymiseen. Hoitotyöntekijän kannalta kirjaamisen tulisi tuottaa tietoa tilastoihin ja sitä kautta talouden seurantaan, jolloin kirjattua tietoa voidaan hyödyntää potilasvaihtuvuuden seurannassa. (Saranto & Ikonen 2007, 187.)

Sähköiset tietojärjestelmät asettavat hoitohenkilökunnalle ja koko organisaatiolle uusia haasteita tiedon käytössä, keskeisen tiedon valinnassa sekä hoitoprosessiin liittyvässä päätöksenteossa ja kirjaamisessa. (Lundgrén-Laine & Salanterä 2007, 25.) Ension ja Sarannon (2004) mukaan lisääntyvä elektronisten tietojärjestelmien käyttö muuttaa potilastietojen hallintaa. Muutokset näkyvät väistämättä myös hoitotyön kirjaamis- ja toimintatavoissa. Muutoksen nopeus aiheuttaa epävarmuutta, mikä tuo uusia haasteita koulutukselle, johtamiselle ja käytännön toiminnalle. Toiminnan kehittäminen ei ole hoitotyöstä irral-

laan, vaikka sen toteuttaminen usein tapahtuukin erillisinä projekteina. (Ensio & Saranto 2004, 55.)

Aikaisemmin potilaan hoitajakson hinta on perustunut yleensä vain potilaan lääketieteelliseen diagnoosiin. (Lonkila 2006, 56–59.) Hoitoisuusluokituksen avulla on mahdollista tarkastella potilasryhmittäistä ja potilaskohtaista hoitoisuutta ja kustannuksia hoitajakson aikana. Hoitotyön osuus saadaan muusta vuodeosastohoidosta esiin kustannuksina ja työpanoksena. Hoitohenkilökunta onkin suurin ammattiryhmä henkilöstömenojen suhteen. Hoitoisuusluokituksen avulla saatua tilastollista tietoa hoitoisuuden vaihteluista voidaan käyttää toiminnan suunnittelussa pitkällä ja lyhyellä aikavälillä, kuten henkilökunnan sijoittelussa ja potilasvirtojen ohjailussa. (Hoitoisuusluokituksen perehdytysopas 2000, 6.) Työkuormitusta ja henkilökunnan sijoittelua pystytään tasaamaan myös eri osastojen välillä ja sijaisten sekä varahenkilöstön työn suunnittelu ja uusien toimien tarpeen arvioiminen helpottuu. Luokituksen avulla voidaan seurata viikonpäivien ja vuodenaikojen vaikutusta hoitoisuudessa, joten se on hyvä apu suunniteltaessa viikonloppujen, juhlapyhien ja loma-aikojen henkilöstötarvetta. (Sundström, Ahonen, Hyry & Nojonen 1997, 22.) Tavoitteena on, että potilaan arvioitu hoidon tarve ja käytettävissä olevat hoitohenkilökunnan voimavarat olisivat sopivassa suhteessa toisiinsa nähden. (Onnela & Sundström 1998, 14.)

Fagerström ja Rauhala (2001) painottavat, että hoitotyön resurssointi, laadun arviointi ja kustannusten määräytyminen ovat asioita, joihin hoitoisuusluokituksen käytöllä pyritään saamaan vastauksia. (Fagerström & Rauhala 2001, 3.) Partanen (2002) on tutkinut hoitotyön henkilöstön mitoitus-erikoissairaanhoidossa ja tullut tulokseen, että hoitotyön henkilöstömitoituksen taso ja rakenne ovat erittäin tärkeitä potilaiden hoitotulosten kannalta. Alimitoitus tulee kalliiksi pitemmällä aikavälillä. Partanen mukaan henkilöstömitoitus on selkeästi yhteydessä hoitotyön laatuun ja henkilöstön oma arviointi hoitotyön laadusta on luotettava laadun indikaattori. (Partanen 2002, 174.)

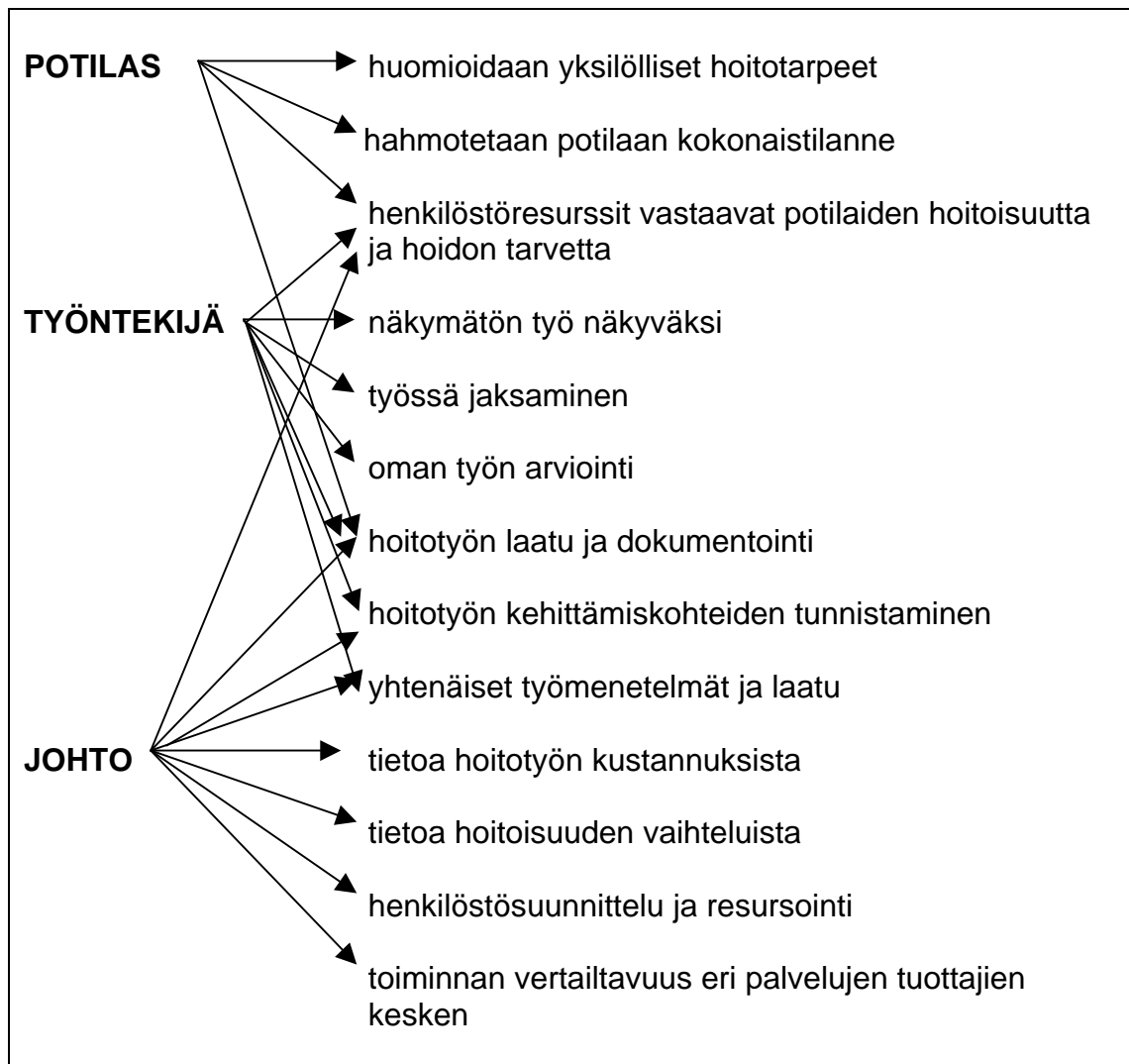
Lonkilan (2006) tutkimus perustuu hoitohenkilökunnan käsityksiin hoitoisuusluokituksen käytöstä. Tutkimuksessa todetaan, että hoitoisuusluokituksen sisältö muodostaa kehyksen, joka auttaa hoitajaa hahmottamaan potilaan ko-

konaistilanteen. Luokituksen osa-alueet muodostavat hoidon suunnittelua, seurantaa, ohjausta ja tukemista varten kokonaisuuden, jonka avulla päivittäistä tilannetta voidaan arvioida koko hoitojakson ajan. Tutkimuksen mukaan luokitus on tuonut myös lisää potilaslähtöistä ajattelua omaan työhön sekä jäsentyneempää ajankäyttöä. Hoitotyön dokumentointi tuo hoitotyön näkyväksi ja ohjaa hoitajia yhtenäiseen kirjaamiseen. Hoitoisuusluokituksen avulla voidaan hoitajien mielestä varmistaa minimilaadun toteutuminen jokaisen potilaan kohdalla, kun hoitaja voi muodostaa hoitamisesta kokonaiskuvan ja tarkistaa hoidon eri osa-alueiden huomioimisen. (Lonkila 2006, 56–59.) Hoitoisuusluokituksen avulla myös muut hoitoon osallistuvat yksiköt ja päättäjät saavat tietoa osastojen tilanteesta. Se on tukemassa yhtenäisten työmenetelmien kehittämistä sekä yksikkökohtaisesti että eri yksiköiden välillä. Näin sen mahdollistaa jatkuvan laadun arvioinnin. (Hoitoisuusluokituksen perehdytysopas 2000, 7.)

Mäkelän (2006) tutkimuksessa Rainion ja Ohinmaan (2005) mukaan Rafaelan tuottama tieto on käyttökelpoista hoitotyön johtamisen ja toiminnan kustannustehokkuuden arviointiin. Tiedon perusteella voidaan nähdä, kuinka paljon kustannuksia säästetään tai menetetään, jos osaston hoitoisuustasot ylittävät tai alittavat optimaalisen hoitoisuuden tason. (Mäkelä 2006, 61.)

Myös Pulkkisen (2000) tutkimustulos tukee käsitystä, että hoitoisuusluokituksen tuottama tieto lisää toiminnan vertailtavuutta eri palvelujen tuottajien kesken, kun luokituksen sisältö ja mittauskohteen ala ovat kaikkien tietoa tarvitsevien käytettävissä. Eri osa-alueilta saatavan tiedon avulla pystytään tunnistamaan hoitotyön kehittämiskohteet ja tietoa voidaan käyttää hyväksi hoitotyön vaikuttavuutta arvioitaessa ja laatua kehitettäessä. (Pulkkinen 2000, 166.) Hoitoisuusluokituksesta saatua tietoa voidaan käyttää toimintasuunnitelmien, toimintakertomusten, koulutussuunnitelmien ja perehdytysohjelmien laatimiseen sekä tutkimusten ja selvitysten tekemiseen. Siitä on apua myös päätösten jälkikäteiseen perusteluun luottamushenkilölle. (Sundström ym.1997, 23.)

Kuviossa 3 on esitetty potilaan, työntekijän ja johdon saamat hyödyt hoitoisuusluokituksen käytöstä.



KUVIO 3. Hoitoisuusluokituksen tuottamat hyödyt (Jokitalo & Loukiala, 2008).

2.5 Hoitoisuusluokitus erikoissairaanhoidossa sekä perusterveydenhuollossa

Suomessa on hoitoisuusluokitusten käyttö **erikoissairaanhoidossa** lisääntynyt merkittävästi viime vuosina. OPC-hoitoisuusmittari sekä RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmä ovat käytetyimpiä mittareita erikoissairaanhoidossa. Hoitotyön johtajat ja hoitohenkilökunta ovat pyrkineet niiden avulla ar-

vioimaan potilaiden päivittäistä hoidon tarvetta ja suunnittelemaan resurssoinnin ja hoitotyön tehtävät niin, että potilaan hoidon tarpeeseen voidaan vastata mahdollisimman hyvin. (Fagerström & Rauhala 2001, 3.) Tärkeää on huomata kuitenkin se, että erikoissairaanhoidossa eri osastojen kesken saattaa olla päivittäin suurtakin vaihtelua potilaiden hoitoisuudessa. Vuosille 2000–2001 ajoittuneen Suomen Kuntaliiton tutkimushankkeen väliraportin mukaan hoitoisuuden vaihtelu on suurinta pediatriassa, kun taas sisätaudeilla ja kirurgiassa hoitoisuuden vaihtelu on vähäisempää. (Mts. 62.)

Erikoissairaanhoidossa potilaan hoitoaika on usein huomattavasti lyhyempi kuin **perusterveydenhuollossa**. 1990-luvulta alkaen on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta muutettu. Tämä muutos on tasapainottanut palvelujen tarjontaa, jolloin potilaiden laitoshoidoa erikoissairaanhoidossa on pystytty vähentämään ja näin ollen perusterveydenhuollon rooli laitoshoidoa tarvitsevien potilaiden hoidossa on vahvistunut ja monipuolistunut. Muutos on tuonut tullessaan sen, että sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavien potilaiden hoitoaika erikoissairaanhoidossa on lyhentynyt ja perusterveydenhuollossa se on vastaavasti pidentynyt. (Holmia ym. 2003, 44.) Tämä on luonut ja luo uusia haasteita tulevaisuudessa perusterveydenhuollossa tarjottavaan hoitoon, sen laatuun ja hoitohenkilökunnan määrään.

Erikoissairaanhoidossa käytössä oleva hoitoisuusluokitusjärjestelmä ei palvele sellaisenaan perusterveydenhuollon tarpeita täydellisesti. Syitä tähän ovat muun muassa eroavaisuudet hoidon pituudessa ja jatkohoidon tarpeen suunnittelussa ja toteutuksessa. Yhteistyö potilaiden omaisten ja moniammatillisen hoitotiimin (kuten kotihoito ja sosiaalityöntekijät) kanssa korostuu mietittäessä potilaan jatkohoidon suunnittelua hänen kotiutuessaan tai hoitopaikan vaihtuessa. Erikoissairaanhoidossa hoito painottuu lähinnä akuutin tilanteen hoitoon, sen hallintaan ja jatkohoidon suunnitteluun. Perusterveydenhuollossa on potilasaines keskimäärin iäkkäämpää kuin useimmilla erikoissairaanhoidon osastoilla, mikä asettaa omat haasteensa hoitotyöhön. Diagnoosit vaihtelevat runsaasti eli kaikilta erikoissairaanhoidon osastoilta tulee potilaita terveyskeskusten vuodeosastolle, samoin kuin päivystysvastaanotolta ja suoraan kotoa. Saattohoitopotilaiden osuus terveyskeskusten vuodeosastoilla on hoitotyön osa-alue, jota erikoissairaanhoidossa ei ole juuri muualla kuin syöpätautiosas-

toilla. Hoitoisuuden erilaisuuteen vaikuttaa myös se, että erikoissairaanhoidossa lähes kaikki hoitajat ovat sairaanhoitajia, mutta perusterveydenhuollossa yleensä suurin osa hoitajista on perus-/lähihoitajia. (Ilomäki, 2008.)

Hoitoisuusluokitus perusterveydenhuollossa on varsin uusi asia. Heinolan terveyskeskussairaala on ottanut luokituksen ensimmäisenä käyttöön johtavan hoitajan aloitteesta. Siellä on tällä hetkellä käytössä RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmä, jota lähdettiin pilotoimaan Heinolassa yhteistyössä Qualisan Oy:n kanssa. Nykyisin yritys tunnetaan nimellä FCG. Kaksivuotinen pilotiprojekti aloitettiin vuonna 2003, jonka jälkeen RAFAELA-järjestelmä on ollut käytössä Heinolassa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon osastoilla. (Parviainen, 2008.)

3 HYVÄN HOIDON KRITEERIT

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (L785/1993) 3 §:n (potilaan oikeudet) mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumustaan sekä yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.

6 §:n (potilaan itsemääräämisoikeus) mukaisesti on potilasta hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveyden häiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeää hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena (L785/1993).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1993) luo pohjan sosiaali- ja terveysalalla tapahtuvaan työhön. Organisaatioiden laatimat hyvän hoidon kriteerit

mukailevat laissa säädettyjä asetuksia, joiden tarkoituksena on varmistaa potilaan saama hyvä, tarkoituksenmukainen ja yhteistyössä toteutettu hoito. Pitkänen (2000) toteaa tutkimuksessaan, että saadakseen hoitotyön kehittämisen, sen laadun parantamisen ja hallinnan mahdolliseksi, tulee organisaatiolla olla yhteisesti hyväksytty, selkeästi ilmaistu ja kirjattu hoitotyön filosofia ja periaatteet. Nämä yhdessä ovat hoitoisuusluokitusten ja hoitoisuuden kehittämisen edellytys. (Pitkänen 2000, 13.)

Kuviossa 4 on esitetty Palokan terveyskeskuksen osasto 2:n hoitotyötä ohjaavat hyvän hoidon kriteerit, joita voidaan pitää myös osaston arvokriteereinä. Kuvioista käy ilmi myös arviointimenetelmät (välineet), kuinka kriteereihin päästään ja kuinka niitä toteutetaan osastolla tapahtuvassa hoitotyössä.

ARVOKRITEERIT	ARVIOINNIN VÄLINEET
Yksilöllisyys	Ajan tasalla oleva hoitosuunnitelma
Itsemääräämisoikeus	Hoitotahto/-testamentti
Potilaiden ja omaisten riittävä tiedonsaanti	Potilas palaute
Turvallisuus	Väkivaltatilanteiden seuraaminen
Turvallinen lääkehoito	Lääkevirheiden seuranta
Omatoimisuuteen tukeminen	Kuntouttava hoitotyö
Turvallinen saattohoito/arvokas kuolema	Saattohoito-ohjeistus
Hoito oikeassa paikassa oikeaan aikaan	Potilasjonot
Hyvin suunniteltu jatkohoito	Moniammatillinen yhteistyö
Potilaan vitaalielintoinnoista huolehtiminen	Ammattitaitoinen hoitohenkilökunta

KUVIO 4. Osasto 2:n arvokriteerit ja arvioinnin välineet (Ilomäki, 2008).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda hoitoisuusluokitus tutuksi Palokan terveyskeskuksen osasto kahden henkilökunnalle sekä saada osaston näkymätön hoitotyö näkyväksi. Tavoitteena on luoda osastolle OPC-mallin mukaan oma hoitoisuuskriteeristö. Kriteeristö tulee olemaan ensin käytössä osasto kahdella ja myöhemmässä vaiheessa myös osasto kolmella, Puuppolan hoivasaalassa sekä Petäjäveden sairaalassa. Luodun kriteeristön avulla voidaan edelleen kehittää hoitohenkilökunnan sähköistä kirjaamista, yhdenmuukaistaa hoitokäytänteitä sekä turvata potilaalle laadukas hoito. Kriteerien mukaisesti hoitoisuusluokitusta tekevä hoitaja joutuu arvioimaan kriittisesti omaa työtään sekä työtapojaan, jotka edesauttavat häntä pääsemään edellä mainittuihin tavoitteisiin.

Hoitoisuusluokituksia ei voida käyttää luotettavasti ennen kuin hoitotyöntekijät ovat kehittyneet kirjaajina ja osaavat kuvata potilaan tarvitseman avun ja hoitotyön panoksen luotettavasti (Fagerström & Rauhala 2001, 9). Hoitotyön henkilöstön on oltava mahdollisimman paljon mukana kehittämässä tietoteknisiä järjestelmiä hoitotyössään, sillä näin heidän työnsä ja työympäristönsä vaatimukset tullaan havainnoimaan. (Kinnunen & Saranto 2007, 229.) Myös Ensio ja Saranto toteavat, että hoitohenkilökunnan osallistuessa hoitotyön kirjaamis- ja toimintatapojen kehittämistyöhön, on heillä myös mahdollisuus vaikuttaa tietojärjestelmien kehittämiseen. (Ensio & Saranto 2004, 55.)

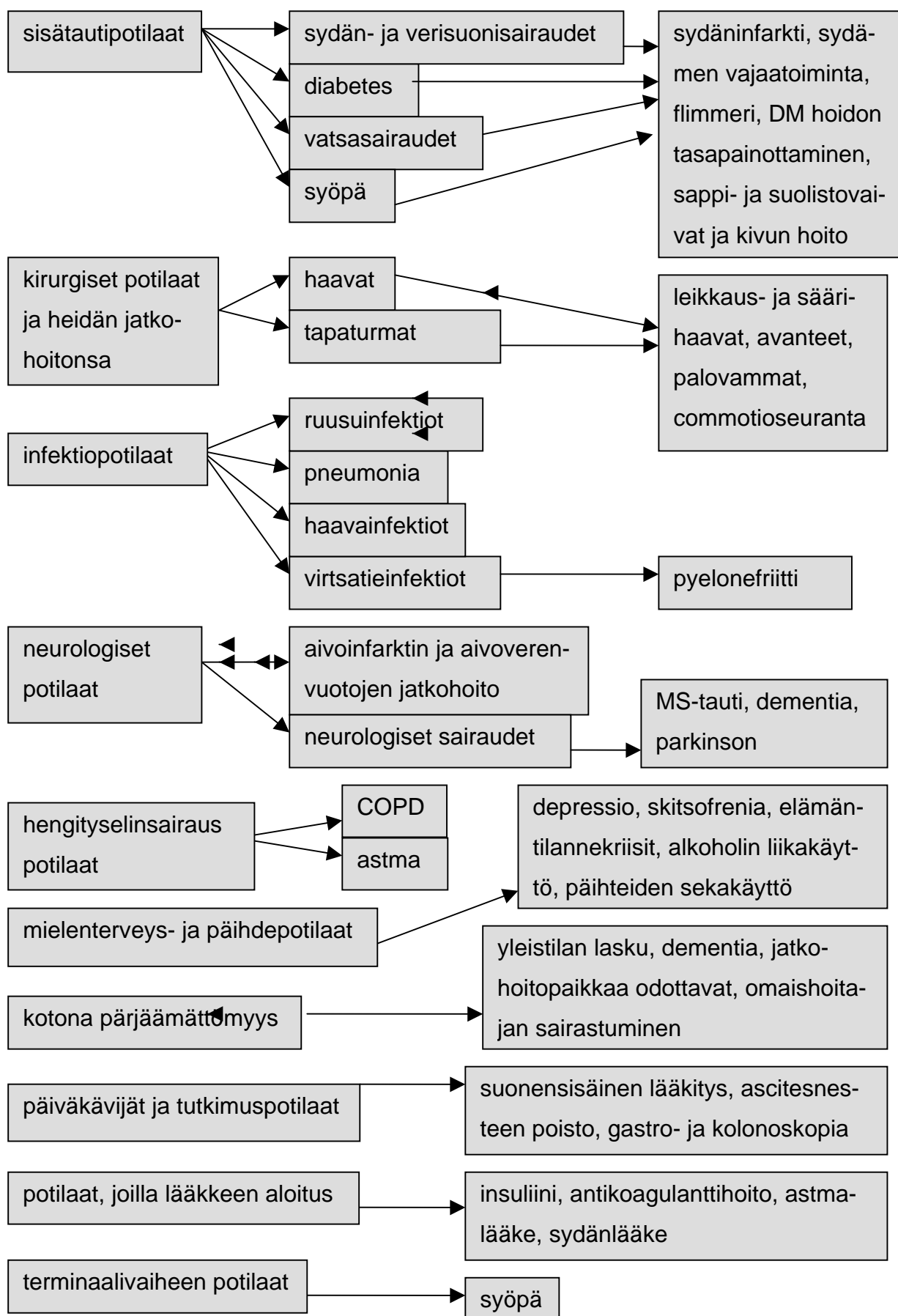
Hankkeessa luodun kriteeristön tarkoituksena on hoitoisuutta arvioitaessa synnyttää dialogeja hoitohenkilökunnan keskuudessa. Näiden dialogien tarkoituksena on yhtenäistää työmenetelmiä ja hoitotyön ajattelumalleja, jotka yhdessä lisäävät hoitohenkilökunnan osaamista ja luovat pohjaa laadukkaalle hoitotyölle. Lonkila (2006) pro-gradu tutkielmassaan kuvaakin laadun olevan hoitotyössä potilaslähtöistä toimintaa, hoitohenkilökunnan osaamista, hoitoprosessin toimivuutta ja tuottavuutta. Hoitoisuusluokitusta voidaan käyttää Lonkilan mukaan hoitotyön laadun arvioinnissa, turvaamisessa, hoitotyön suunnittelun tukena sekä sen apuvälineenä. (Lonkila 2006, mt.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Osasto 2:n esittely

Opinnäytetyön kohdeosasto on Palokan terveyskeskuksen osasto 2. Osastolla työskentelee noin 12 perushoitajaa/lähihoitajaa ja 8 sairaanhoitajaa. Potilaspaikkoja on 45 ja päivittäinen vaihtuvuus noin 5-10 potilasta. Potilasaines on erittäin moninaista, sillä potilaita tulee muun muassa erikoissairaanhoidosta monelta eri osastolta, päivystysvastaanotoilta ja suoraan kotoa. Opinnäytetyön aihe esiteltiin osaston molempien tiimien kokouksissa. Tiimeille jätettiin kaavakkeet, joihin hoitajat keräsivät osaston potilastyyppejä. Potilastyypeistä muokkaantui laaja ja monipuolinen potilasaines (liite 1), joka saatiin tukemaan hoitoisuuskriteereiden laatimista juuri kyseisen osaston tarpeita ajatellen. Potilasaines jaettiin edelleen pienempiin ryhmiin työn helpottamiseksi.

Kuviossa 5 on esitetty Palokan terveyskeskuksen osasto kahden potilasaines ryhmiteltynä kymmeneen pääryhmään. Nämä pääryhmät on vielä eritelty yleisimpiin sairauksiin, diagnooseihin tai tilanteisiin, jolloin osastohoito on tarpeen.



KUVIO 5. Osaston potilasaines (Jokitalo & Loukiala, 2008).

Osaston potilasaines koostuu pääasiassa iäkkäistä potilaista ja diagnoosit ovat hyvin erilaisia. Kotona pärjäämättömyys on useasti syynä sairaalahoittoon. Potilaat odottavat jatkohoitopaikkaa joskus kuukausia. Sisätautipotilaat ovat suuri ryhmä ja heillä on usein jokin sydäntauti diagnosoituna. Diabetesta esiintyy erittäin paljon. Yksi ryhmä on kirurgiset potilaat, joista lonkka- ja polvi-leikatut ovat yleisimpiä. Osastolla on jatkuvasti mielenterveyspotilaita, jotka eivät selviydy kotonaan, mutta muutakaan paikkaa ei ole tarjota. Neurologisia potilaita ja tapaturmapotilaita on myös monen tyyppisiä. Päihteiden käyttäjät ohjataan terveyskeskuksen vuodeosastolle selviämään ja seurantaan mahdollisen deliriumin vuoksi. Osaston potilasainekseen kuuluu myös infektiopotilaita. Terminaalivaiheen potilaita on osastolla jatkuvasti. Heille on sisustettu kaksi yhden hengen huonetta, jossa he saavat rauhassa omaistensa kanssa viettää elämänsä viimeiset hetket. Saattohoitopotilaiden hoitotyö onkin useasti perhehoitotyötä. Tutkimuspotilaat tulevat usein osastolle tutkimusta edeltävänä päivänä muun muassa tyhjennyshoittoon (gastro- ja kolonoskopia). Osastolla on myös erilaisia päiväkävijöitä, jotka käyvät suonensisäisessä antibiootitihoidossa tai askitesnesteen poistossa.

Osaston potilaiden hoidossa painottuu vahvasti kuntoutus, sillä hoidon tavoitteena on saada potilaat kotikuntoisiksi. Tälläkään osastolla diagnoosi ei kerro potilaan hoitoisuutta. Mutta hoitoisuuden kriteereitä laadittaessa, täytyy niitä pystyä peilaamaan tiettyihin potilasesimerkkeihin. Näin voidaan pohtia, vastaako luotujen kriteereiden mukaan saadut luokat todellista hoitoisuutta juuri kyseisen potilaan kohdalla.

5.2 Kehittämishanke osastolla ja opinnäytetyön vaiheet

Hanke pohjautuu Terveys 2015 – kansanterveysohjelmaan, sosiaali – ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintasuunnitelmaan 2004–2007 sekä valtakunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulla suositukseen. Sähköisen kirjaamisen kehittäminen ja käyttöönotto on ollut yksi STM:n painopistealueista. Osasto 2 on ollut pilottiryhmä Palokan sairaalan kirjaamisen kehittämisessä. Osastolla toteutetaan tiimityötä kahdessa tiimissä sekä yksilö-

vastuista hoitotyötä. Nämä yhdessä hyvän arvioivan kirjaamisen kanssa ovat olleet kehittämisalueita, jotka ovat tukemassa toisiaan.

Sähköinen kirjaaminen osastolla aloitettiin lokakuussa vuonna 2003. Tällöin henkilöstö koulutettiin käyttämään Effic-pohjaisia lomakkeita. Tällä hetkellä kirjaaminen sujuu hyvin. Edellisessä kehittämishankkeessa laadittiin Palokan sairaalan, Puuppolan hoivasairaalan sekä Petäjäveden sairaalan käyttöön ”työkalupakki”, joka sisältää muun muassa Roper-Logan-Tierneyn mallin mukaan elämisen toiminnot, hoitotyön prosessin, tarveluokitukset sekä rakenteisen kirjaamisen. Siinä on selvitetty myös, miten näyttöön perustuva hoitotyö näkyy kirjaamisessa. Tämän hetken tavoitteena eli jatkohankkeena on OPC-hoitoisuusluokituksen tuominen henkilöstön tietoisuuteen ja kehittää dialogia hoitotyöstä. (Ilomäki & Autiomäki, 2007.) Ydintietojen käytön hoitokertomuksessa (Tanttu & Ikonen, 2007) selviää, kuinka elämisen toiminnot, hoitotyön prosessi sen tarveluokitukset sekä rakenteinen kirjaaminen linkittyvät kaikki yhteen hoitoisuusluokitusta tehtäessä (liite 2).

Hoitoisuusluokituksen kriteereiden laatiminen perusterveydenhuoltoon on ajankohtainen ja tarpeeseen tuleva aihe opinnäytetyöhön. Osastonhoitaja on ollut tukena työn eri vaiheissa. Elokuussa 2007 suunnitelma esitettiin aihe-seminaarissa, jonka jälkeen kerättiin potilasaineisto osaston henkilökuntaa hyödyntäen. Lokakuussa käytiin päivän vierailulla Heinolan terveystieteiden keskuksessa, missä osastonhoitaja Heidi Parviainen esitteli omia kokemuksiaan hoitoisuusluokituksen käyttöön otosta. Heinolassa vierailu ja myöhempi yhteydenotto sähköpostitse antoivat paljon hyödyllistä tietoa hoitoisuusluokituksen käytöstä perusterveydenhuollossa.

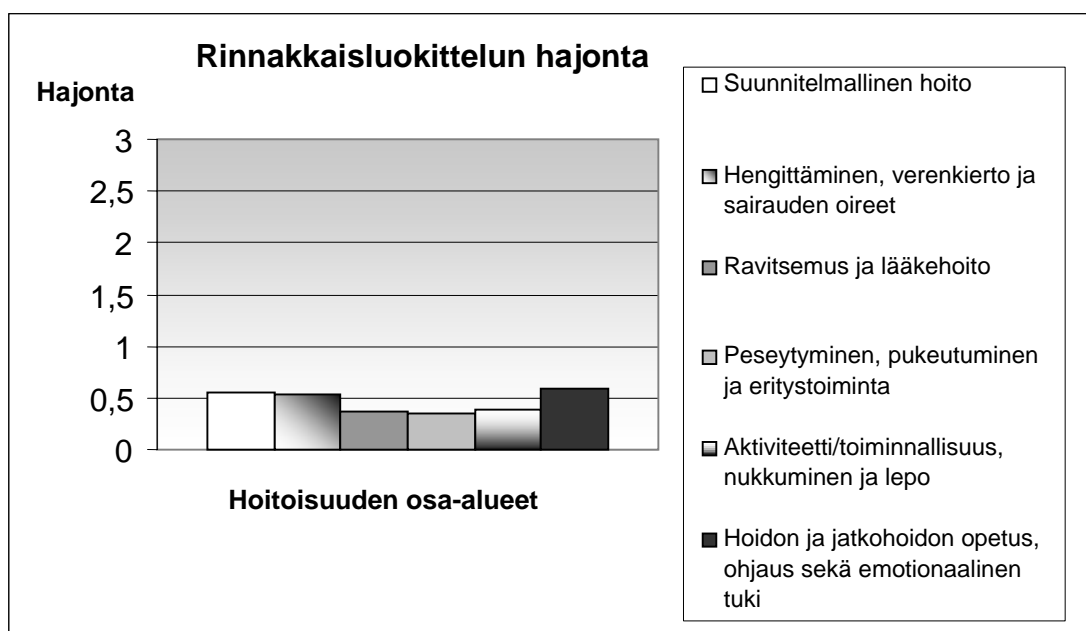
Tutkimuksiin ja lähdeaineistoon tutustumisen ja kirjallisuuskatsauksen laatimisen jälkeen tehtiin hoitoisuuskriteerit osastolle. Apuna käytettiin erikoissairaanhoidon käytössä olevia luokituksia. Osastonhoitajan ehdottamien pienten lisäysten jälkeen hoitoisuuskriteerit annettiin maaliskuussa osastolle koekäyttöön. Koeaika oli 9 vuorokautta. Osastokokouksessa kerrottiin tulevasta luokituskokeilusta ja yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa sovittiin käytännön järjestelyistä. Molemmissa tiimeissä on kirjaamisvastaava, joka otti vastuun luokituksen onnistumisesta. Tarkoituksena oli, että kumpikin tiimi rinnakkais-

luokittelee viisi potilasta päivässä eli molemmissa tiimeissä kaksi hoitajaa luokittelee erillään toisistaan samat viisi potilasta. Näin luokituksia tulisi vuorokaudessa 10 paria. Luokittelun jälkeen hoitajilla oli lupa vertailla luokitusten yhdenmukaisuutta toisiinsa ja kirjata kommentteihin mahdollisesti herääviä kysymyksiä ja mielipiteitä.

Infotilaisuudessa sovittiin, että jokainen hoitaja osallistuu luokitteluun vuorolleen. Tiimien kirjaamisvastaavat nimesivät luokittelijat kullekin päivälle työvuo- rolistaa avuksi käyttäen. Näin kaikki hoitajat pääsivät perehtymään kriteereihin. Luokitteluun osallistuivat sekä perus-/lähihoitajat että sairaanhoitajat. Myöskään potilaiden kohdalla ei tehty valintoja potilastyypin mukaan, vaan päätettiin aloittaa luokittelu tiimien ensimmäisistä potilaspaikoista edeten järjestelmällisesti viimeiseen potilaaseen, josta taas kierros aloitettaisiin alusta. Näin luokittelun piirissä tulisi olemaan koko osaston potilasaines.

5.3 Kriteeristön koekäyttö osastolla

Vertailukelpoisia luokitteluja saatiin 74 paria. Näin ollen aktiivisuus on ollut suuri, sillä vain muutama luokittelu oli jäänyt tekemättä. Osa jouduttiin hylkäämään sen vuoksi, koska kaksi hoitajaa oli luokitellut yhdessä, jolloin keskinäistä vertailua ei voitu suorittaa. Kymmenen rinnakkaisluokitusta vastasi täysin toisiaan. Yhden vaatimustason eroja oli 49:ssä (A:sta B:hen ja niin edelleen). Näissä saman potilaan kohdalla saattoi olla poikkeamia useammalla kuin yhdellä hoitotyön osa-alueella. Eniten eroja (29 kpl) oli opetuksen, ohjauksen ja emotionaalisen tuen osa-alueella. Vähiten poikkeamia (17 kpl) oli peseytymisessä, pukeutumisessa ja eritystoiminnassa. Lopuissa oli 20 tai 21 vaatimustason poikkeamaa. Kahden tai kolmen tason eroja oli viidessätoista luokittelussa (A:sta C:hen ja niin edelleen). Eniten vaihtelua (7 kpl) oli suunnitelmallisessa hoidossa. Ravitsemuksen ja lääkehoidon sekä aktiviteetin ja levon osa-alueilla ei ollut lainkaan kahden tai kolmen vaatimustason eroja. Kuviossa 6 esitetään kunkin hoitotyön osa-alueen rinnakkaisluokittelussa esiintynyt hajonta. Suhdeluku 3 merkitsee suurinta mahdollista hajontaa (A:sta D:hen).



KUVIO 6. Rinnakkaisluokittelun hajonta

Kymmenen hoitajaa oli kirjannut kommentteja. Muutama olisi halunnut alkuinfoa sekä ohjeistusta enemmän. He toivoivat myös, että olisivat saaneet sitä aikaisemmassa vaiheessa, jotta perehtymiseen olisi jäänyt enemmän aikaa. Osa hoitajista oli sitä mieltä, että liian monta asiaa on yhdistetty samaan hoitotyön osa-alueeseen. Ravitseminen ja lääkehoito olisi haluttu erilleen, samoin kuin aktiviteetti/toiminnallisuus ja nukkuminen/lepo. Epäselvyyttä aiheutti tilanne, jossa potilas ei tarvinnut hoitajan tukea/apua ravitsemuksessa, mutta lääkehoidossa runsaasti. Yhden hoitajan oli vaikea hahmottaa aktiivisuutta ja lepoa samaan osa-alueeseen ja hengittäminen, verenkierto sekä sairauden oireet samassa hoitotyön osa-alueessa tuotti hankaluuksia toiselle hoitajalle. Hänen mielestään sairauden oireet eivät kuulu hengittämisen ja verenkierron kanssa yhteen. Kaksi hoitajaa piti kriteereitä epäselvinä. Yksi oli miettinyt, miten luokitellaan potilas, joka soittaa paljon hoitajan kutsukelloa. Yksi hoitajista oli sitä mieltä, että tulokset johtuvat suuresti siitä, miten raskaaksi tai helpoksi hoitaja henkilökohtaisesti kokee kyseessä olevan hoitotyön tehtävän. Eräs hoitaja kommentoi kysymällä, miten hän voi arvioida suunnitelmallista hoitoa, kun hoitosuunnitelmassa ei ole päivämäärää. Yksi hoitajista ilmoitti, ettei ole itse hoitanut potilasta, jonka on luokitellut.

6 HOITOISUUSKRITEERIT OSASTOLLE 2

Hoitoisuusluokituksen laatimisessa Palokan terveystieteiden osasto kahdeksalle on hyödynnetty Oulun yliopistollisen keskussairaalan hoitoisuusryhmän laatimaa hoitoisuusluokitusta (OYKS/Hoitoisuusryhmä 1993) sekä RAFAELA-hoitoisuusluokitus-järjestelmän ohjeistoa (Qualisan 2002).

6.1 Suunnitelmallinen hoito

Tarkoituksenmukaisen hoidon suunnittelu ja koordinointi. Yhteistyö potilaan/omaisten/läheisten kanssa. Moniammatillinen yhteistyö hoidon suunnitteluksi, toteuttamiseksi ja jatkumiseksi. Voimavarat, jotka käytössä esim. apuvälineet, hoitohenkilökunta, fyysinen ympäristö.

Menetelmät:

- Potilaan hoitosuunnitelman laatiminen: tiedon keruu, hoitotyön tarpeen määrittäminen, hoitotyön toteutus, kirjaaminen ja arviointi
- Potilaan päivittäisistä toiminnoista selviytyminen – avun tarve
- Havaintojen ja huomioiden tekeminen potilaan tilasta ja niiden kirjaaminen
- Potilaan/omaisten/läheisten motivoiminen osallistumaan hoitoprosessiin
- Potilaan/omaisten/läheisten ohjaaminen, tukeminen, auttaminen
- Yhteydenpito jatkohoitopaikkaan esim. puhelimitse

LUOKKA A

HOIDON SUUNNITTELEMISEKSI JA SEN TOTEUTTAMISEKSI ON ARVIOITAVA JA TARKASTETTAVA HOITOSUUNNITELMA

Esimerkiksi:

- Vastikään osastolla olleen potilaan tietojen ja/tai hoitosuunnitelman tarkistaminen
- Potilaan hoito voi jatkua aikaisemmin laaditun suunnitelman mukaisesti tai se vaatii vain pientä tarkistusta (kotona pärjäämättömät omatoimiset potilaat, jotka ovat lyhytaikaisen hoidon tarpeessa, kolonoskopiapotilaat)

Apusanat: helppo, lähes muuttumaton

LUOKKA B

HOIDON SUUNNITTELEMISEKSI JA SEN TOTEUTTAMISEKSI ON LAADITTAVA HOITOSUUNNITELMA

Esimerkiksi:

- Potilaalle tehdään tulohaastattelu, tietoja hankitaan potilaalta itseltään sekä potilasasiakirjoista, jotka sitten kirjataan hoitosuunnitelmaan
- Potilaan hoitosuunnitelmaan tulee muutoksia jonkin verran tai hoidon tarpeen tärkeysjärjestys muuttuu (kotona selviytymättömät potilaat)
- Potilaan lisäksi tarvitaan omaisten/läheisten, toisten hoitajien ja lääkärin välisiä yhteydenottoja
- Yhteydenotot, neuvottelut ja järjestelyt kotiutustilanteessa (yhteydenotot omaisiin/läheisiin/kotihoitoon)
- Toiselta osastolta tai toisesta hoitoyksiköstä siirtyvä potilas, jonka hoitosuunnitelma on paikkansa pitävä (osasto 3:n potilas, hoivasairaalan potilas)
- Potilaan hoitoon tarvittavia hoitovälineitä/laitteita joudutaan hankkimaan muualta tai os:lla olevia laitteita joudutaan säätämään/muuttamaan (vuodepotilaalle etsitään/vaihdetaan decubituspatja, yhteydenotto apuvälinelainaamoon)

Apusanat: melko vaativa, ajoittain aikaa vievä

LUOKKA C

HOIDON SUUNNITTELEMISEKSI JA SEN TOTEUTTAMISEKSI ON TEHTÄVÄ ERITYISJÄRJESTELYJÄ/HOITOSUUNNITELMAN UUELLEEN ARVIOINTIA

Esimerkiksi:

- Potilaan/omaisten tulohaastattelu on vaativa ja tietoja kerätään usealta taholta, potilaalla on paljon hoidon tarpeita, jonka vuoksi tarvitaan moniammatillista yhteistyötä, hoitosuunnitelman laatiminen on laaja-alaista ja se vie paljon aikaa (iäkäs lonkkaleikattu potilas, jolla useita muita sairauksia)
- Toisesta hoitoyksiköstä tuleva potilas, jonka hoitosuunnitelmaa tarvitsee tarkistaa/muuttaa ja tähän kuluu paljon aikaa (palvelutalossa asuva ikäihminen, jonka yleiskunto laskenut paljon)
- Potilaan tila osastolla oleellisesti muuttunut, jonka vuoksi hoitosuunnitelmaa tarvitsee arvioida uudelleen muuttamalla sitä potilaan hoidon tarpeita vastaavaksi (lonkkaleikattu potilas, joka sairastunut pneumoniiaan)
- Potilaalla on erilaisia hoidon tarpeita päivittäisissä/elämisen toiminnoissa, jonka vuoksi tarvitaan moniammatillista yhteistyötä, kotiutusvaiheessa tarvitaan myös moniammatillista yhteistyötä ja neuvotteluja potilaan kotiutumisen suhteen (kotihoidon ja ateriapalvelun järjestäminen ikäihmiselle tämän asuessa vielä omassa kodissaan)
- Potilaan hoidossa tarvitaan muita kuin osastolla olevia hoito- ja kuntoutusvälineitä ja hän tarvitsee apua niiden hankinnassa, säätämisessä tai huollossa (kuulokojeen hankinta tai huolto)
- Paljon aikaa vievän tulkkausavun järjestäminen potilaalle

Apusanat: vaativa, aikaa vievä

LUOKKA D

HOIDON SUUNNITTELEMISEKSI JA SEN TOTEUTTAMISEKSI ON TEHTÄVÄ MONIAMMATILLISTA YHTEISTYÖTÄ JA TARVITAAN NEUVOTTELUJA ERI YKSIKÖIDEN VÄLILLÄ

Esimerkiksi:

- Potilaan hoidon ja jatkohoidon suunnittelemiseksi ja toteuttamiseksi tarvitaan jatkuvaa moniammatillista (fysioterapeutti, sosiaalihoitaja, lääkäri) yhteistyötä sekä yhteydenpitoa omaisten, kotihoidon ja jatkohoitopaikan kanssa.
- Potilaan hoidossa tarvitaan erityisiä hoitotarvikkeita/- välineitä, joiden hankkiminen/huoltaminen on aikaa vievää (trakeostomoitu potilas, avannepotilas, jolle hankitaan avannelevyt- ja pussit)

Apusanat: erittäin vaativa, paljon aikaa vievä

6.2 Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet

Vitaalielintoiminnot. Tajunnantaso. Hengittämiseen/verenkiertoon liittyvät ongelmat , dyspnea, aspiraatiovaara, verenvuoto, turvotukset ja syanoosi. Kuumel/alilämpöisyys. Sairauden aiheuttamat oireet kuten kipu ja kouristukset.

Menetelmät:

- Lääkitys
- Havainnointi, tarkkaileminen, seuraaminen kuten lämmön seuranta, verenpaineen ja verensokerin mittaaminen
- Auttaminen, tukeminen, ohjaaminen kuten avustaminen ja hengitysharjoitukset

LUOKKA A

POTILAAN VITAALIELINTOIMINNOT OVAT NORMAALIT

Esimerkiksi:

- Tutkimusten/toimenpiteiden vuoksi potilas tarvitsee seurantaa, ohjausta ja tukea
- Potilas kokee hengenahdistuksen/rintakipujen helpottaneen niin, että hän kokee vointinsa hyväksi tai ainakin paremmaksi (kotiutuva potilas, kolonoskopiapotilas)
- Verenpaineen, verensokerin mittaus kerran vuorokaudessa

Apusanat: helppo, avuntarve vähäinen, rutiinimittaukset

LUOKKA B

POTILAS TARVITSEE VITAALIELINTOIMINTOJEN SEURANTAA

Esimerkiksi:

- Potilas, jolla on jokin hengityselinsairaus ja siksi hän tarvitsee ohjausta ja seurantaa (COPD ja astmapotilas)
- Potilaalla esiintyy rasituksessa ja/tai levossa ajoittain hengenahdistusta/rintakipuja, jonka vuoksi hän tarvitsee lisähapetta, lääkitystä sekä näihin liittyvää ohjausta (sydän- ja verisuonisairauksia sairastavat potilaat, astmapotilaat)
- Potilaalla on yskää/limaisuutta, jonka vuoksi tarvitaan toimenpiteitä, seurantaa, ohjausta ja mahdollisesti lääkitystä (PEP-pullo-ohjaus)
- Potilas ei hallitse oikeaa hengitystekniikkaa tai ei tunnista rintakipu- tai rytmihäiriöoireita (hyperventiloiva potilas) ja hän tarvitsee ohjausta ja tukea
- Potilaalla on ajoittain happivajausta, jonka vuoksi tarvitaan seurantaa ja tarvittaessa happilisää (sydämen vajaatoiminta potilaat, astmapotilaat)
- Potilaan sairauden selvittämiseksi/hoitamiseksi tarvitaan osastolla tutkimuksia/toimenpiteitä, johon tarvitaan yksi sairaanhoitaja/perus- tai lähihoitaja suorittamaan/avustamaan (rauhottavan lääkkeen anto aggressiiviselle potilaalle, verikokeiden ottajan avustaminen)
- Potilaan sairaudesta johtuvien oireiden kuten verenpaineen, pulssin, painon, lämmön, verensokerin, happisaturaation, PEF-seurantaa korkeintaan 2 kertaa vuorokaudessa (diabetes-, pneumonia-, sydämen vajaatoiminta- ja astmapotilaat)
- Potilas tarvitsee apua haavan hoitamisessa kerran vuorokaudessa (potilas huolehtii omatoimisesti säärihaavan suihkuttelun ja hoitajalta ei mene haavan hoitoon ja sitomiseen paljoa aikaa)

Apusanat: ajoittain seurattava, ajoittain avustettava, useita rutiinimittauksia

LUOKKA C

POTILAS TARVITSEE VITAALIELINTOIMINTOJEN TOISTUVAA SEURANTAA JA AJOITTAISTA APUA

Esimerkiksi:

- Potilaan verenpainetta, pulssia, verensokeria ja mahdollisia sairaudesta johtuvia oireita täytyy seurata useita kertoja päivässä (diabetespotilaat, joilla verensokeritasapaino heittelee)
- Potilas, jolla hengenahdistusta/rintakipuja pienessäkin rasituksessa sekä levossa, jonka vuoksi hän tarvitsee toistuvaa seurantaa, ohjausta, tukea ja lääkitystä
- Potilaan hengenahdistus/rintakipu on pitkittynyt, jolloin hän tarvitsee lääkitystä toistuvasti sekä hoitajan läsnäoloa (astmakohtaus)
- Potilas on limainen ja/tai hänellä on tukehtumisen tunne, jonka vuoksi hän tarvitsee apua hengitysteiden avoinna pitämisessä (liman imeminen toistuvasti pneumonia potilaalta)
- Potilaalla on trakeostomia, jonka vuoksi hän tarvitsee seurantaa, ohjausta, tukea ja auttamista
- Potilaalla on korkea kuume, jonka vuoksi hän tarvitsee lääkitystä ja seurantaa useita kertoja päivässä
- Potilaalla on happivajausta, jonka vuoksi potilas tarvitsee jatkuvaa happisää, happisaturaation seurantaa ja yleisvoinnin seurantaa useita kertoja päivässä (sydämen vajaatoiminta potilaan tilanteen paheneminen)
- Potilaat, joita kertakatetroidaan 3-6 kertaa vuorokaudessa
- Säärihaavapotilas, joka tarvitsee hoitajan suihkuttamaan haavan ja haavan hoito on vaativaa (tarvitaan arviointia, revidointia)

Apusanat: toistuvasti seurattava, avustettava, vaativa

LUOKKA D

POTILAS TARVITSEE VITAALIELINTOIMINTOJEN TOISTUVAA SEURANTAA JA JATKUVAA AVUSTAMISTA SEKÄ TUKEA

Esimerkiksi:

- Potilas, jolla on jatkuva vaikeutunut hengenahdistus sekä tukehtumisen tunne tai pitkittynyt rintakipu, joiden vuoksi hän tarvitsee jatkuvaa seurantaan, hoitoa, avustamista ja tukemista
- Potilaan tajunnantaso on alentunut, hän on ajoittain sekava ja levoton, jonka vuoksi hän tarvitsee jatkuvaa seurantaan ja hoitoa (terminaalivaiheen potilas)
- Potilaalla on suuria hengitysvaikeuksia limaisuudesta johtuen, jonka vuoksi hän tarvitsee jatkuvaa liman imemistä, seurantaan ja tukemista
- Potilaalla on korkea kuume, sekavuutta ja happivajausta, jonka vuoksi hän tarvitsee jatkuvaa seurantaan ja hoitotoimenpiteitä
- Elvytettävä potilas, joka tarvitsee välitöntä, intensiivistä hoitoa, apua sekä hoitotoimenpiteitä

Apusanat: jatkuvasti seurattava, erittäin vaativa, jatkuvasti avustettava

6.3 Ravitseminen ja lääkehoito

Ruokahalu, jano, ruokailutottumukset, suun hygienia, ali- tai ylipaino, kulttuurisidonnaiset ruokailutottumukset. Ravitsemukselliset ongelmat, jotka liittyvät ruokaan, ympäristöön tai sairauteen. Neste- ja elektrolyyttitasapaino ja sen tasapainottaminen. Pahoinvointi ja oksentaminen. Lääkehoito.

Menetelmät:

- Ruokavalio
- Nesteytys
- Letkuruokinta, parenteraalinen ravitseminen
- Lääkehoito tukena tarvittaessa
- Auttaminen, ohjaaminen, tukeminen, avustaminen, puolesta tekeminen
- Erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen/mahdollisuuksien etsiminen ja esittäminen ravitsemuksellisiin ongelmiin liittyen

LUOKKA A

POTILAS SELVIYTYY OMATOIMISESTI RAVITSEMUKSEEN JA LÄÄKEHOITOON LIITTYVISSÄ ASIOISSA

Esimerkiksi:

- Potilas ruokailee itsenäisesti
- Potilaan lääkitykseen ei liity ongelmia ja hän saa lääkkeensä osaston lääkkeenantorytmin mukaisesti (4krt/vrk)
- Potilas huolehtii itsenäisesti lääkkeen ottamisen

Apusanat: itsenäinen, helppo

LUOKKA B

POTILAS TARVIKSEE AJOITTAIN APUA RUOKAILUSSA/ LÄÄKEHOIDOSSA

Esimerkiksi:

- Potilasta avustettava ruokailun aloituksessa (sopivan ruokailuasennon järjestäminen, ruokalapun laittaminen tai syömisen alkuun auttaminen)
- Potilas tarvitsee ohjausta ja seurantaan ravinnottaolon tai tyhjennyksen vuoksi (diabeetikot, omatoimiset, kolonoskopiapotilaat)
- Potilas tarvitsee pientä lisäohjausta dieetti- ja ravitsemusasioissa tai tietojen tarkistamista (diabeetikot, valtimokovettumatautipotilaat)
- Potilaan ravitsemus tarvitsee seurantaan (nestelistaa väliaikaisesti)
- Potilaalla on infuusio, jonka loppumisesta hän osaa ilmoittaa
- Potilaalle annostellaan inhalaatiolääke pulmonebiin, mutta lääkkeen otto ei tarvitse hoitajan seurantaan/läsnäoloa
- Potilaalle on aloitettu uusi lääkitys (astmalääkitys), jonka oikeanlainen ja oikea-aikainen ottaminen tarvitsee hoitajan tukea
- Potilaan lääkkeenotto tarvitsee seurantaan ja ohjausta/neuvontaa tai auttamista (potilaalle annetaan lääkkeet suuhun)
- Potilas tarvitsee ajoittain kipulääkitystä tai muita tarvittaessa annettavia lääkkeitä
- Potilaalle annetaan lääkkeitä muulloin kuin osaston lääkkeenantoaikoina (parkinsonlääkkeet, inhaloitavat lääkkeet pulmonebilla)

Apusanat: ajoittain, melko vaativa, ajoittain seurattava, silloin tällöin

LUOKKA C

POTILAS TARVITSEE JATKUVAA RAVITSEMUKSEN JA LÄÄKEHOIDON VALVONTAA

Esimerkiksi:

- Potilas tarvitsee ruokailussa valvontaa ja avustamista (hemiplegiapotilaat, syvästi dementoituneet tai muuten sekavat potilaat)
- Potilaan ravitseminen nenämahaletkun kautta
- Potilas tarvitsee ravitsemustilansa vuoksi monenlaista seuranta ja toimenpiteitä (nestelista, nesterajoitus, nesteen juottaminen)
- Potilas/läheinen tarvitsee toistuvasti ohjausta ja harjoittelua ravitsemukseen/syömiseen liittyvissä asioissa (diabeetikot, hemiplegiapotilaat, herkästi aspiroivat potilaat)
- Potilaalla on pitkäaikainen ravinnottaolo ja hän tarvitsee runsaasti valvontaa/seuranta (vaativa Colonsteril® -tyhjennys)
- Infuusion ja i.v.-lääkityksen anto tarvitsee jatkuvaa hoitajan valvontaa (diabeetikko, jonka verensokeriarvot vaihtelevat runsaasti, verensiirto ja potilas, jolla i.v.-antibiootti useita kertoja vuorokaudessa)
- Potilas tarvitsee runsaasti kipulääkitystä tai kipulääke annetaan i.v., i.m. tai s.c.
- Potilas lääkeriippuvainen ja lääkkeen ottoon pitää rajoittaa (mielenterveyspotilaat, päihteiden sekakäyttäjät)
- Potilas tarvitsee tiuhaan tarvittaessa annettavia lääkkeitä (deliriumpotilaat)

Apusanat: toistuvasti, vaativa, toistuvasti autettava

LUOKKA D

POTILAAN RAVITSEMUKSESTA/LÄÄKEHOIDOSTA HUOLEHTIMISEKSI ON TEHTÄVÄ ERITYISTOIMENPITEITÄ

Esimerkiksi:

- Potilas tarvitsee ravitsemuksensa hoidossa jatkuvaa apua ja valvontaa
- Potilas, jonka ravitseminen on täysin i.v. muodossa
- Potilaalla nenämahaletkun kautta ravitseminen, jossa hoitaja koko ajan mukana (aspiraatiovaara)
- Potilaan ravitseminen PEG-letkun kautta
- Potilaan syöttäminen vie erittäin runsaasti aikaa ja on vaativaa mm. aspiraatiovaaran takia (levoton tai sekava potilas ja potilas, jolla on nielemisvaikeuksia tai ruokahaluttomuutta)
- Potilaalla on vaativa i.v.-lääkitys, joka vaatii vitaalielintoimintojen ja laboratorioarvojen tarkkailua (infektiopotilaat, joilla i.v.-lääkitys 6 kertaa päivässä, syöpäpotilaat)
- Potilaalla on kipupumppu käytössä

Apusanat: jatkuvasti, erittäin vaativa, jatkuvasti autettava, yhtäjaksoinen

6.4 Peseytyminen, pukeutuminen ja eritystoiminta

Henkilökohtainen hygienia: peseytyminen, pukeutuminen, hiusten hoito, kynsien leikkaus, parranajo, hampaiden ja suun hoito, vuoteen sijaus ja ihon hoito. Erittäminen: virtsaaminen, ulostaminen, oksentaminen, hikoilu, letkueritteet ja haavaeritteet.

Menetelmät:

- Ohjaaminen, neuvonta, tukeminen, auttaminen, puolesta tekeminen
- Tarkkaileminen, seuranta
- Lääkitys tukena tarvittaessa
- Haavan ja ihon hoito

LUOKKA A

POTILAS SELVIYTYY OMATOIMISESTI HENKILÖKOHTAISEN HYGIENIANSA JA ERITYSTOIMINTANSA HUOLEHTIMISESTA

Esimerkiksi:

- Potilaan hoidon tarve on vähäinen (osaston ja tilojen esittely sekä hoitotarvikkeiden antaminen)
- Potilas tarvitsee ohjaamista, neuvontaa ja opastusta vähän

Apusanat: itsenäinen, helppo, väliaikainen

LUOKKA B

POTILAS TARVITSEE AJOITTAIN APUA HYGIENIANSA JA ERITYSTOIMINTANSA HUOLEHTIMISESSA

Esimerkiksi:

- Potilas tarvitsee ajoittain yhden hoitajan apua hygieniansa hoitamisessa, mutta hoitajan läsnäolo ei välttämätön kaiken aikaa (reumapotilaat, hemiplegiapotilaat, dementoituneet)
- Potilas tarvitsee ajoittain apua vaipan vaihtamisessa, housujen nostossa ja hampaiden pesussa
- Potilas selviytyy päivittäisistä pesuista, mutta tarvitsee apua suihkussa käydessään
- Potilas tarvitsee motivointia ja aktivointia hygieniansa hoidossa
- Potilas tunnistaa erityistarpeensa, mutta tarvitsee yhden hoitajan apua päästäkseen wc:hen (huimauspotilaat, dementoituneet, hemiplegiapotilaat, lonkka- ja polvileikatut)
- Potilas tarvitsee ohjausta ja neuvontaa apuvälineiden käytössä tai itsehoitossa (katetrit, avannepussit ja laatat, vaipat, ummetuksen hoito)
- Potilaan virtsamääriä on seurattava rakon tyhjennysongelman tai muun syyn vuoksi (prostatapotilaat, kuivuneet ja oksentelevat potilaat)
- Potilaalle laitetaan katetri
- Potilas tarvitsee apua tai ohjausta ihon rasvaamisessa ja/tai pienten haavojen hoitamisessa
- Kuumeilevan, sängystä itse nousevan potilaan vaatteet ja vuodevaatteet tarvitsee vaihtaa useaan kertaan vuorokaudessa
- Potilaalta kerätään näytteitä (virtsa-, uloste-, yskös- ja haavaeritenäytteet)

Apusanat: ajoittain, melko vaativa, ajoittain autettava, silloin tällöin

LUOKKA C

POTILAS TARVIKSEE 1-2 HOITAJAA AVUSTAMAAN PESEYTYMISESSÄ, PUKEUTUMISESSA JA ERITYSTOIMINNASSA

Esimerkiksi:

- Potilas tarvitsee hoitajan apua hygieniansa hoitamisessa ja hoitajan läsnäolo on välttämätön kaiken aikaa
- Potilaalla hengenahdistusta, jota rasitus lisää, jonka vuoksi hän tarvitsee hoitajan apua pesuissa sekä pukeutumisessa (sydänsairaat, COPD-potilaat)
- Potilas jaksaa istua suihkutuolissa pesujen ajan, mutta tarvitsee hoitajan pesemään itsensä
- Potilas tunnistaa erityistarpeensa, mutta tarvitsee kahden hoitajan apua päästäkseen WC:hen, keijatuolille tai alusastialle (selkikipuiset, lonkka-leikatut)
- Potilas tekee tarpeensa alusastialle, keijatuolille tai pulloon ja tarvitsee yhden hoitajan apua toistuvasti
- Potilaan erityistoiminnassa on häiriö, jonka vuoksi hän tarvitsee erityistä seurantaa ja toimenpiteitä (liian suuret tai pienet virtsamäärät, virtsanmittaus, vaikea ummetus tai ripuli, tarvitsee useita alapesuja/vrk)
- Potilaalla avannepussi, josta hoitaja huolehtii
- Potilas kertakatetroidaan toistuvasti, potilaan vatsan toimintaa seurataan ja/tai sitä toimitetaan tietyin väliajoin
- Potilas ei tunne erityis- eikä hygienianhoitotarvettaan ja käyttää vaippaa
- Potilaan ihon kuntoa joudutaan tarkkailemaan ja hoitamaan (ihottuma, painehaavaumariski, tulehtunut letkun juuri, haavainfektio, ihorikko)
- Potilaan suuta pitää hoitaa monta kertaa vuorokaudessa (terminaali-vaiheen potilaan suun kostutus, puhdistus ja liman imeminen)
- Potilas tulee osastolle erittäin epäsiistinä ja potilas, hänen hiuksensa ja/tai partansa pitää pestä/leikata ennen potilashuoneeseen vientiä (päihdeongelmaiset, syvästi dementoituneet)
- Vainajan laitto

Apusanat: toistuvasti, vaativa, toistuvasti autettava

LUOKKA D

POTILAS TARVIKSEE KAHDEN TAI USEAMMAN HOITAJAN APUA PESEYTYMISESSÄ, PUKEUTUMISESSA JA ERITYSTOIMINNASSA

Esimerkiksi:

- Huonokuntoinen potilas, jolle tarvitsee tehdä vuodepesut ja joka on pestävä pesupaareilla
- Levoton ja aggressiivinen potilas, joka vastustaa pesuja ja/tai vatsan toimittamista
- Potilas sotkee eritteillä ja tarvitsee haalarin (dementoituneet tai muuten sekavat potilaat)
- Potilaan eritystoiminta on täysin hoitajien huolehdittava (erittäin vaikea ummetus tai suolitukos, jotka vaativat peräruiskeen + Colonsteriliä® ja/tai tuseerausta, kova ripuli)
- Potilaalla palovamma, painehaavauma, infektoitunut haava tai ihottuma, jonka vuoksi potilas tarvitsee erityistä hoitoa, auttamista ja tukea (revidoitavat haavat, syyhy, vaikea hiivainfektio genitaalialueella)
- Kuumeileva tai oksenteleva vuodepotilas, jonka vuoksi potilasta täytyy pestä ja vaatteet sekä vuodevaatteet täytyy vaihtaa useaan kertaan vuorokaudessa

Apusanat: jatkuvasti, erittäin vaativa, jatkuvasti autettava

6.5 Aktiviteetti/toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo

Aktiviteetti/toiminnallisuus: liikkuminen ja siinä avustaminen. Siirtymiset pyörätuoliin ja siitä pois, käveleminen ilman apuvälinettä tai apuvälineen kanssa, liikkuminen pyörätuolilla, WC:ssä käynti.

Psykososiaalinen aktiviteetti: sosiaaliset suhteet, päivittäisistä toiminnoista selviytyminen (ruoanlaitto, taloudenpito), harrastaminen, työ.

Menetelmät:

- Omatoimisuuteen motivoiminen ja kannustaminen
- Fyysinen turvallisuus
- Apuvälineiden hankinnassa ja käytössä avustaminen ja ohjaaminen
- Moniammatillinen yhteistyö
- Hyvinvointiin ohjaaminen ja neuvonta liikunnan merkityksellisyyden kautta

Nukkuminen ja lepo: levollinen ja riittävä uni. Lyhytaikainen tai pitkittynyt väsymys. Unta tai lepoa edistävät tai estävät tekijät.

Menetelmät:

- Tottumusten huomioiminen
- Tuki
- Lääkehoito tukena tai tarvittaessa

LUOKKA A

POTILAAN LIIKKUMINEN ON OMATOIMISTA/APUVÄLINE KÄYTÖSSÄ JA UNIRYTMI/RIITTÄVÄ LEPO ON POTILAAN ARVIOIMANA NORMAALI

Esimerkiksi:

- Potilaan liikkumista eivät rajoita kivut tai liikerajoitukset ja nukkuminen on levollista ja riittävää
- Potilaan toimintakyky on palautunut kokonaan tai lähes samalle tasolle kuin ennen sairastumista ja liikkuminen on omatoimista apuvälinein tai ilman, riittävän ja levollisen unen saamisessa ei ole ongelmia

Apusanat: omatoiminen, itsenäinen, helppo

LUOKKA B

POTILAS TARVIKSEE AJOITTAIN APUA LIIKKUMISESSA JA RIITTÄVÄN/LEVOLLISEN UNEN SAAMISESSA

Esimerkiksi:

- Potilas tarvitsee jonkin verran ohjausta ja motivointia liikkumisessa
- Potilas tarvitsee apua liikkeelle lähdössä ja/tai henkisen tuen liikkuessa
- Potilas tarvitsee ohjausta apuvälineistä ja turvallisesta liikkumisesta (rollaattori, kävelyteline, kyynärsauvat)
- Potilaalle järjestetään mahdollisuus riittävän ja levollisen unen saamiseen (rauhallinen ympäristö, vuoteenasento, unilääke)

Apusanat: ajoittain, silloin tällöin

LUOKKA C

POTILAAN AVUN TARVE LIIKKUMISESSA JA RIITTÄVÄN/LEVOLLISEN UNEN SAAMISESSA ON JATKUVAA

Esimerkiksi:

- Potilas tarvitsee 1-2 hoitajan apua liikkumisessa (huimauksesta kärsivät potilaat, lonkkaleikatut potilaat)
- Potilaan avun tarve ja ohjaaminen on jatkuvaa päivittäisissä toiminnoissa (WC:ssä käynti)
- Potilaan turvallisuuden ylläpitäminen tarvitsee tukea ja toimenpiteitä (dementiapotilaat, jotka liikkuvat omatoimisesti)
- Potilaan riittävän ja levollisen unen saaminen on huonoa ja hän tarvitsee lääkitystä sekä seurantaa
- Potilaan vuorokausirytmä on sekaisin (mielenterveyspotilaat ja päihteiden väärinkäyttäjät, dementia potilaat) ja hän tarvitsee usein apua, tukea ja seurantaa öisin

Apusanat: toistuvasti, usein, vaativa

LUOKKA D

POTILAAN LIIKKUMISESTA JA RIITTÄVÄN/LEVOLLISEN UNEN SAAMISESTA ON HUOLEHDITTAVA TÄYSIN

Esimerkiksi:

- Karkaileva potilas, joka tarvitsee jatkuvaa valvontaa, avustamista ja mahdollisia toimenpiteitä (potilas, jolla lepoliivit)
- Potilaan aktiviteetista ja toiminnasta huolehditaan täysin (tuore hemiplegiapotilas, tetraplegiapotilas, vaikeasti kehitysvammainen potilas)
- Vuodepotilas, jonka asento- ja liikehoidoista huolehditaan täysin (tuore hemiplegiapotilas, tetraplegiapotilas, dementiapotilas, terminaalivaiheen potilas, vaikeasti kehitysvammainen potilas)
- Liikkumisen avustamisessa tarvitaan enemmän kuin kahden hoitajan apua (tetraplegiapotilas)
- Tarvitaan moniammatillista yhteistyötä potilaan toiminnallisuuden ylläpitämiseksi tai edistämiseksi (tuore hemiplegiapotilas, tetraplegiapotilas, vaikeasti kehitysvammainen potilas, parkinson potilas)
- Potilaan vuorokausirytmä on sekaisin (mielenterveyspotilas ja päihteiden väärinkäyttäjä, dementiapotilas) ja hän tarvitsee jatkuvasti apua ja seurantaa
- Potilas on tajuton (terminaalivaiheen potilas)

Apusanat: jatkuvasti, erittäin vaativa, täysin avustettava

6.6 Hoidon ja jatkohoidon opetus, ohjaus sekä emotionaalinen tuki

Potilaan, omaisen, läheisen ohjaus, opetus, ja neuvonta, joka koskee hoitoa, ravitsemusta, ruokavaliota ja harjoitusta

Kotihoito-ohjeet, hoitoon sitoutuminen, koettu itsehallinta, selviytyminen kotona ja työssä. Sopeutuminen sairauteen. Kriisi- ja surutyö. Yksilölliseen opetukseen liittyvä suunnitelma.

Menetelmät:

- Tukeminen, opettaminen, opastus, rohkaiseminen, ohjaaminen, auttaminen
- Moniammatillinen yhteistyö ja sen koordinointi

LUOKKA A

POTILAAN AVUN TARVE MUODOSTUU HOIDON TAI JATKOHOIDON KIRJALLISISTA TAI SUULLISISTA OHJEISTA, NEUVONNASTA JA TUESTA

Esimerkiksi:

- Potilas on tietoinen ohjattavista asioista ja hallitsee ne niin, että ohjaus on lähinnä vain osaamisen varmistamista (astmapotilaan inhaloitavien lääkeaineiden käyttötarkoituksen tai – tekniikan hallitsemisen tarkistamista, diabeetikon insuliinihoitoon liittyvät asiat)
- Ohjaus on lyhytkestoista tai kertaluontoista
- Hyväkuntoisen potilaan kotiutus (tutkimuspotilaat, infektiopotilaat)

Apusanat: väliaikainen, helppo, itsenäinen

LUOKKA B

POTILAS, OMAINEN TAI LÄHEINEN TARVITSEE AJOITTAIN ROHKAISUA, KANNUSTUSTA JA OHJAUSTA

Esimerkiksi:

- Potilas tarvitsee rohkaisua omatoimiseen tiedonhankintaan ja kannustusta ottamaan vastuuta omasta terveydestään (terveellinen ruokavalio diabeetikoilla ja sydänsairailla, tupakoinnista ja päihteistä irtipääseminen)
- Potilas on saanut jo aikaisemmin ohjausta ja tarvitsee nyt lisätietoja (astmapotilas, joka tarvitsee lisäohjausta sairauden pahenemisvaiheen hoidosta tai uudelleenohjausta lääkkeen käyttötarkoituksesta ja/tai tekniikasta, diabeetikko, jonka lääkitykseen on tullut muutoksia, Marevan® ohjaus, uuden sydänlääkkeen aloitus)
- Potilas, omainen tai läheinen tarvitsee ajoittain hoitajien emotionaalista rohkaisua ja tukea
- Potilas, omainen tai läheinen tarvitsee hoitajan ohjeita ja neuvoja potilaan kotiutumiseen liittyvissä asioissa (kotilääkitys, haavanhoito-ohjeet, nosto-/siirtotekniikka)

Apusanat: ajoittain, melko vaativa, ajoittain autettava, silloin tällöin

LUOKKA C

POTILAS, OMAINEN JA/TAI LÄHEINEN TARVITSEE TOISTUVASTI ROHKAISUA, KANNUSTUSTA JA ”PERUSTEELLISEN OHJAUKSEN”

Esimerkiksi:

- Potilas ei ole vielä täysin sopeutunut sairauteensa ja tarvitsee tämän vuoksi toistuvaa ohjausta
- Potilas on saanut juuri tiedon sairaudestaan ja tarvitsee siitä perusteellista ohjausta ja tukea kriisissään sekä sairauteen sopeutumisessa (todettu astma, sydänsairaus, diabetes)
- Potilas ei muista tai ymmärrä oppimaansa helposti, joten hän tarvitsee toistuvaa asioiden kertaamista (iäkkäät ja dementoituneet potilaat, näkö- ja kuulo-ongelmaiset potilaat sekä potilaat, jotka eivät ole motivoituneita hoitoonsa liittyvissä asioissa)
- Potilas tarvitsee erityistä apua tiedon hankinnassa (tulkkausapu)
- Potilas tarvitsee erityistä ohjausta, seurantaa ja tukemista ennen tutkimusta (esim. kolono- tai gastroscopia)
- Potilas tarvitsee erityistä ohjausta seurantaa ja tukemista toimenpiteen jälkeen (amputaatiopotilaat, jotka ovat sopeutumassa uuteen tilanteeseen)
- Potilaan omaiset tai läheiset tarvitsevat perusteellisen ohjauksen ja/tai kannustusta potilaan sairauteen ja/tai kotihoitoon liittyvissä asioissa
- Potilaan kotiutuessa hoitajan tarvitsee soittaa jatkohoitopaikkaan ja hänen tulee toimittaa sinne potilaan jatkohoito-ohjeet, lääkitysohjeet jne.
- Potilaan omaiselle tarvitsee toistuvasti kerrata ja ohjata potilaan hoitoon liittyvissä asioissa

Apusanat: toistuvasti, vaativa, toistuvasti autettava

LUOKKA D

POTILAS, OMAINEN JA/TAI LÄHEINEN TARVITSEE JATKUVAA TAI USEIN TOISTUVAA OHJAUSTA, TUKEA JA ROHKAISUA

Esimerkiksi:

- Potilas on vasta saanut tiedon sairastumisestaan vakavaan sairauteen ja potilas/omaiset tarvitsevat jatkuvaa tai usein toistuvaa hoitajan tukea ja rohkaisua (syöpä, aivoinfarkti, aivoverenvuoto, Alzheimer)
- Potilas on erittäin sekava tai muistamaton, joten hän tarvitsee jatkuvaa ohjausta ja tukemista
- Potilaan kotiutumistilanteessa täytyy pitää moniammatillinen kotiutuspalaveri ja jatkohoitopaikan järjestäminen vie paljon hoitajan aikaa
- Potilas on saattohoidossa
- Potilaan hoidossa ollessa ja kuollessa omaisten tukeminen ja ohjaus

Apusanat: jatkuvasti, erittäin vaativa, jatkuvasti autettava, yhtäjaksoinen

7 POHDINTA, JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOSUUNNITELMA

Opinnäytetyön aihe ja hyödynsaajat

Opinnäytetyö lähti käyntiin kesällä 2007, kun saimme Palokan terveyskeskuksen vuodeosasto 2:lta ajankohtaisen aiheen työllemme. Osastolla oli meneillään hanke sähköisestä kirjaamisesta ja sen jatkohankkeena odotti hoidoissuoluokituksen luominen osaston käyttöön. Hoitoisuusluokitus on ollut Suomessa erikoissairaanhoidon käytössä jo 1970-luvulta lähtien (Fagerström & Rauhala 2001, 3), mutta perusterveydenhuollossa se on uusi asia. Vain Heinolan terveyskeskussairaala on ottanut sen käyttöönsä. Päätimme, että luomme kriteeristön hoitoisuusluokitukselle. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä hoitoisuusluokitus kohdeosastolle tutuksi ja laatia kriteeristö vastamaan osasto 2:n tarpeita. Osastonhoitajan toiveena oli saada hoitoisuusluokituksen kriteerit käyttöönsä keväällä 2008, sillä suunnitelmissa olisi aloittaa

luokittelu tulevan syksyn aikana. Päätimme saada työmme valmiiksi keväällä 2008. Edessämme oli toiminnallisen opinnäytetyön tuottaminen.

Opinnäytetyöstämme tulee hyötymään ensin Palokan sairaalan osasto 2:n henkilöstö, tulevaisuudessa hyödynsaajina ovat muut osastot. Potilaat tulevat myös hyötymään opinnäytetyöstä, sillä kriteerien mukaisesti hoitoisuusluokitusta tekevä hoitaja joutuu arvioimaan kriittisesti omaa työtään sekä työtapojaan. Kriittisesti arvioitu työ ja työtapo edesauttavat turvaamaan potilaan laadukkaan ja yksilöllisen hoidon saannin. Suurena hyötynä tulee nähdä myös se, että myöhemmässä vaiheessa hoitoisuusluokitusta voidaan käyttää henkilöstömäärän ohjailuun eri toimipisteiden kesken. Tällä varmistetaan riittävän hoitohenkilökunnan määrä toimipisteittäin. Kuntapäätäjät tulevat taas hyötymään hoitoluokituksen myötä saamastaan informaatiosta kustannuslaskelmia pohtiessaan. Kuten Lonkila (2006) pro-gradu tutkielmassaan toteaa, hoitoisuusluokitus toimii myös hoitotyön suunnittelun tukena henkilöstösuunnittelussa ja kustannuslaskennassa (Lonkila 2006, 1).

Toteutustapa

Toiminnallinen opinnäytetyö liittyy käytännön toimintaan ammatillisella kentällä. Se voi olla ammatilliseen käyttöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus, joka tehdään aina jollekin tai jonkun käytettäväksi. Tavoitteena on joidenkin ihmisten osallistuminen toimintaan tai toiminnan selkeyttäminen oppaan tai ohjeistuksen avulla. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 38). Meidän opinnäytetyömme sisältää ohjeistuksen eli kriteerit hoitoisuuden luokitteluun.

Olemme sisällyttäneet hoitoisuusluokituksen kriteeristön opinnäytetyöhömme yhdeksi luvuksi. Se olisi voinut olla liitetiedostona, mutta osastonhoitajan toivomuksesta liitimme sen viitekehykseen. Näin luokittelu nivoutuu yhteen tietoperustan kanssa ja henkilöstö saa tietoa hoitoisuusluokittelun taustasta, perusteista, tärkeydestä sekä hyödyistä. Uskomme, että kirjallinen ja näyttöön perustuva tieto auttaa hoitoisuusluokittelun ymmärtämistä. Teimme erikseen osaston päivittäiseen käyttöön molemmille tiimeille kaksi muovikantista luokittelukriteeristöä, joihin olemme laittaneet kullekin sivulle vain yhden hoitoisuusluokan ja sivujen numerointi alkaa yhdestä. Tämä auttaa henkilökuntaa hahmottamaan paremmin eri luokat. Annoimme osastonhoitajalle kriteeristön

myös sähköisessä muodossa, jotta sitä on helppo tarvittaessa muokata. Kävimme kertomassa osastolla tulevasta työstämme, sen sisällöstä ja tulevasta kokeiluluonteisesta rinnakkaisluokittelusta.

Opinnäytetyömme on ollut erittäin haastava. Aiheeseen sisälle pääseminen tuotti alussa suuria hankaluuksia. Oli vaikea hahmottaa, mitä aihe pitää sisällään ja millainen tuotoksestamme pitäisi tulla, jotta se vastaisi osaston tarpeita ja odotuksia. Haasteellisuutta lisäsi opinnäytetyön muoto, sillä emme löytäneet toiminnalliseen opinnäytetyöhön valmista pohjaa. Aikaa meni paljon muun muassa kappalejakojen ja työn sisällön sekä sen loogisuuden pohtimiseen.

Hoitoisuusluokitukseen liittyvään kirjallisuuteen ja tutkimuksiin perehtyminen avasi meille luokitukseen liittyviä asioita. Saimme paljon tietoa luokituksen kehittymisestä ja sen hoitotyölle tuomista hyödyistä. Tutkimuksia löytyi runsaasti ja niissä ilmeni toisiaan tukevia tutkimustuloksia. Tutkimukset ovat olleet myös melko tuoreita. Erityisen tutuksi meille tulivat Fagerströmin ja Rauhalan Finnhoitoisuusprojektin raportit. Niissä oli asiat kuvattu hyvin selkeästi ja johdonmukaisesti. Ajattelimme, että kotimaisten lähteiden runsaudesta johtuen vieraskieliset eivät olisi tuoneet uutta tietoa, joten emme ole käyttäneet niitä työssämme. Erikoissairaanhoidossa suoritettujen tutkimustulosten kautta tulimme huomaamaan, miten tarpeellinen hoitoisuusluokitus tulee olemaan myös perusterveydenhuollossa.

Kuviot

Opinnäytetyömme sisältää kuusi kuviota, joista neljä olemme luoneet itse. Ohjaavat opettajat ovat kannustaneet kuvioiden tekemiseen. Olemmekin tulleet huomaamaan, että visualisoimalla voi koota suuren määrän asioita helposti ymmärrettävään muotoon. Kuvio toimii ikään kuin yhteenvetona. Olemme tyytyväisiä luomiimme kuvioihin. Yksi tekemistämme kuvioista esittää hoitoisuusluokituksesta saatuja hyötyjä, jossa erittelimme potilaan, työntekijän ja johdon saamat hyödyt. Kuvioista tulee selkeästi ilmi, miten moninaisia asioita hoitoisuusluokituksen käytöstä saa. Kuviossa käytettyjen nuolien avulla näkee puolestaan sen, että hyödynsaajina voi olla jopa kaikki kolme osapuolta.

Osaston henkilökunta osallistui työhömmе listaamalla osastolle tyypillisiä potilaita. Saimme molemmilta tiimeiltä pitkän listan, sillä perusterveydenhuollon potilasaines on moninaista ja potilaita tulee osastolle monelta eri taholta. Listan pohjalta laadimme kuvion, jossa ryhmittelimme potilasaineksen kymmeneen eri potilasryhmään. Tämä havainnollistava kuvio on helpottanut meitä kriteereiden luomisessa. Saimme peilata kriteerejä osaston erityyppisiin potilaspauksiin. Uskomme, että kuvio tulee palvelemaan osastoa tulevaisuudessa tilanteissa, joissa tarvitsee kuvata perusterveydenhuollon potilasainesta. Kuviota on jo pyydetty koulun opetuskäyttöön sekä osaston luottamusmiehen taholta mahdolliseen terveydenhuollon hallinnolliseen käyttöön.

Pitkäsen (2000) mukaan organisaatiolla tulee olla yhteisesti hyväksytty ja kirjattu hoitotyön filosofia ja periaatteet, jotta hoitoisuusluokitusta ja hoitoisuutta voidaan kehittää (Pitkänen 2000, 13). Pyysimmekin osastonhoitajaa yhdessä hoitajien kanssa luomaan hyvän hoidon kriteerit osastolle. Opinnäytetyömme ansioista nämä kriteerit tehtiin. Teimme hyvän hoidon kriteereistä kuvion, jonka osastonhoitaja liitti molempien tiimien kansioihin hoitajien käyttöön. Toivomme, että arvokriteerit tullaan myöhemmin laittamaan osaston yleisiin tiloihin myös potilaiden ja omaisten luettavaksi.

Koeluokittelun tarkastelua

Tavoitteenamme oli saada 180 luokittelua eli 20 kpl vuorokaudessa yhdeksän vuorokauden ajalta. Saimme 160, joista osa oli tehty rinnakkaisluokittelijan kanssa yhdessä. Yhdessä tehdyt luokittelutkaan eivät menneet hukkaan, sillä ne ovat olleet erinomaisia oppimistilanteita hoitajille heidän yhdessä pohtiesaan eri kriteerivaihtoehtoja. Toistensa kanssa vertailtavia rinnakkaisluokitteluja jäi 74 paria. Täysin toisiaan vastaavia luokittelua oli kymmenen ja valtaosassa vain yhden vaatimustason vaihteluja. Vaikka osastolla oli kiireistä potilasmäärän suuruuden ja henkilökunnan resurssipulan vuoksi, jaksoivat hoitajat tehdä luokittelua. Oli hienoa nähdä, miten syvällisesti he olivat miettineet eri hoitotyön osa-alueita ja niiden sisältöjä. Näin pienellä perehdyttämisellä luokittelu oli onnistunut loistavasti ja olemme tyytyväisiä osallistumisasteseen.

Hoitajien kommentteja oli kymmenessä kaavakkeessa. Muutama hoitaja olisi halunnut enemmän alkuinfoa ja aikaa perehtymiseen. Tämän ongelman tiedostimmekin. Osaston koko henkilöstöä on mahdoton saada kerralla koolle ja toisaalta opinnäytetyön aikataulun vuoksi ei ollut mahdollisuutta järjestää useampaa infotilaisuutta. Näin ollen hoitoisuusluokitukseen ja sen kriteereihin tutustuminen jäi paljolti henkilöstön oman aktiivisuuden varaan. Osastonhoitajan kolmen viikon loman osuminen koeluokituksen ajankohtaan hankaloitti osaltaan henkilökunnan tiedottamista ja motivoimista. Ajattelimme kuitenkin, että osastolla ei tule todennäköisesti koskaan olemaan täysin sopivaa ja kiireetöntä aikaa, jolloin kaikki olisivat motivoituneita omaehtoisesti perehtymään näihin asioihin. Joten kriteereiden koekäyttö osastolla aloitettiin pyrkimyksenä saada niin monta luokittelua ja kommenttia kuin kyseisissä olosuhteissa olisi mahdollista. Hoitajien kommenttien jälkeen olemme miettineet, että olisi ollut kuitenkin parempi, jos meillä olisi ollut enemmän aikaa ja mahdollisuuksia selvittää hoitajille luokitteluun liittyviä periaatteita. Joissakin luokissa on hyvin paljon erilaisia vaihtoehtoja, eikä niiden sisäistäminen lyhyessä ajassa ole helppoa.

Neuvoimme alkuinfossa hoitajia suhteuttamaan asiat yleiselle tasolle, sillä hoitajien tieto/taito-taso on erilainen eri hoitotyön toiminnoissa ja he voivat kokea asiat eri tavalla. Eräässä kommentissa todetaan kuitenkin, että tulokset johtuvat siitä, miten raskaaksi tai helpoksi hoitaja itse kokee käsillä olevan tehtävän/hoitotoimenpiteen. Erityisen palkitsevaa oli saada kommentti, jossa hoitaja kertoo luokitelleensa potilaan, jota ei ole itse hoitanut lainkaan. Toinen hoitaja ihmetteli, miten hän voi luokitella, kun hoitosuunnitelmaan ei ole merkitty päivämäärää. Nämä kommentit tuovat esiin sen, miten tärkeätä laadukas ja tarkka kirjaaminen on. Näin hoitajat tulivat konkreettisesti huomaamaan, millä tavalla huolimaton kirjaaminen hankaloittaa luokittelua. Omakohtainen luokittelu on pätevä keino saada henkilöstö ymmärtämään hyvän kirjaamisen merkityksen.

Prosessin arviointi

Alkujaan olimme kumpikin suunnitelleet tekevämme opinnäytetyön itsenäisesti. Nyt olemme sitä mieltä, että parityöskentely on ollut hyvä valinta. Yhteistyömme on ollut saumatonta eikä erimielisyyksiä ole ilmennyt. Olemme tuoneet omia mielipiteitämme esille positiivisessa mielessä tähtäimenä hyvä yh-

teinen kokonaisuus. Välillä on uupumus ja kyllästyminenkin saanut yliotteen. Kun toinen on väsynyt ja motivaatio on ollut kateissa, on toinen jaksanut kannustaa ja antaa uutta puhtia. Näin olemme tukeneet toisiamme. Yhteistyötämme on helpottanut osittain se, että kohdeosasto ja sen henkilökunta ovat molemmille entuudestaan tuttuja. Työskentely on ollut sujuvaa myös siksi, että meillä on samantyylinen kirjallinen ilmaisutapa. Olemme voineet korjailla ja lisätä asioita toisen tekemään tekstiin, sillä olemme luottaneet toistemme harvintakykyyn. Luottamus on näkynyt myös sovittujen asioiden, tehtävien ja aikataulujen pitämisessä.

Alkukankeuden jälkeen opinnäytetyötä kaikkine vaiheineen on ollut mielenkiintoista tehdä. Kirjallisuuskatsauksen tuottamiseen meni paljon aikaa ja energiaa, mutta se on kannattanut. Sen jälkeen kriteeristön työstäminen tuntui mukavalta ja konkreettisemmalta. Osaston henkilökunnan kanssa yhteistyö on sujunut mukavasti olosuhteet huomioon ottaen.

Tavoitteiden saavuttaminen

Olemme lopulliseen tuotokseemme tyytyväisiä. Mielestämme opinnäytetyö kokonaisuutena on tasapainoinen. Kirjallisuuskatsaus kertoo lukijalle hoitoisuusluokitukseen liittyvät pääasiat. Kuviot selkeyttävät työtä, katkaisevat tekstiosuuksia ja tekevät siitä esteettisesti miellyttävän. Pidämme päivittäiseen käyttöön tehtyä kriteereiden ohjeistusta onnistuneena, sillä se on selkeä, helppolukuinen ja käytännönläheinen. Hoitoisuusluokituksen kriteerit on avattu potilasesimerkkejä apuna käyttäen. Kriteeristön toimivuutta kuvastaa se, että minimaalisesta perehdyttämisestä ja lyhyestä koeajasta huolimatta vaatimustasojen eroja oli vähän, sillä virallisen luokittelun alettua ensimmäinen rinnakkaisluokitus voidaan tehdä vasta puolen vuoden luokittelun jälkeen. Olemme päässeet myös tavoitteeseemme saattaa hoitoisuusluokitus henkilöstön tietoisuuteen ja henkilöstö on kriteeristön koekäytön myötä tullut huomaamaan laadukkaan kirjaamisen tärkeyden.

Saamme kiittää työmme onnistumisesta ohjaavia opettajia sekä osasto 2:n osastonhoitajaa ja henkilökuntaa. Opettajat ovat kannustaneet ja antaneet muun muassa erittäin hyviä ja tarpeellisia vinkkejä sekä ohjeita työn sisällön muokkaamiseen ja lauserakenteiden korjaamiseen. Osastonhoitajalta olemme

saaneet runsaasti ajankohtaista tietoa ja hän on motivoinut sekä kannustanut meitä työn kaikissa vaiheissa. Osaston henkilökunta on aktiivisella osallistumisellaan antanut meille mahdollisuuden päästä kokeilemaan kriteeristöämme käytännössä. Heidän ansiostaan olemme saaneet tuntea ja kokea, että opinäytetyön aihe on ollut tarpeellinen ja siitä tulee olemaan hyötyä osastolle.

Jatkosuunnitelmat ja tulevaisuuden näkymät

Henkilökunnalle tullaan antamaan koulutusta hoitoisuuskriteeristön käyttöön. Osastonhoitajalla tulee olemaan merkittävä rooli hoitoisuusluokittelujärjestelmän luotettavuuden ja henkilökunnan motivaation ylläpitäjänä (Kanerva ym. 2002, 11.) Olemme lupautuneet pitämään osastolla jatkoinfotilaisuuksia, joihin pyrimme saamaan mahdollisimman paljon henkilökuntaa mukaan. Keskeisenä asiana tulee olemaan koekäytössä ilmenneiden kysymysten selvittäminen. Tarkoituksena on myös käydä yhdessä läpi eri hoitotyön osa-alueiden sisältöjä.

Luokittelu on tarkoitus aloittaa osastolla tulevan syksyn aikana. Puolen vuoden luokittelun jälkeen voidaan tehdä rinnakkaisluokittelu. Kahden hyväksytyyn rinnakkaisluokittelun jälkeen eli vuoden luokittelun jälkeen voidaan tehdä Paoncil-mittaus, jonka avulla pystytään löytämään osaston optimaalinen hoitoisuus hoitajaa kohden. RAFAELA:n mukaan ottamalla saadaan määriteltyä osaston optimaalinen hoitoisuustaso. Saatua informaatiota hyväksi käyttäen voidaan arvioida osastolla tarvittavia toimenpiteitä tämän tason saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi.

Hoitoisuusluokitus on perusterveydenhuollossa uusi asia. Kun sen käyttö tulevaisuudessa laajenee, tulee se lisäämään dialogia Suomessa eri terveyskeskusten välillä sekä alueellista ja valtakunnallista yhteistyötä perusterveydenhuollossa. Näin tieto, yhteiset toimintamallit sekä yhteisvastuu resurssien käytöstä lisääntyy (Ilomäki & Rätty 2003, 30). Tämä tulee lisäämään myös veto-voimaisuutta ja arvostusta perusterveydenhuoltoa kohtaan.

LÄHTEET

- Ensio, A., Saranto, K. & Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Silverprint.
- Fagerström, L. & Rauhala, A. 2001. Finnhoitoisuus –hoitotyön benchmarking. Pilottiprojektin raportti vuodelta 2000.1. p. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Fagerström, L. & Rauhala, A. 2003. Finnhoitoisuus – hoitotyön benchmarking. Projektin loppuraportti 2000–2002. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Hoitoisuusluokituksen perehdytysopas 15.11.2000. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2003. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-5., uud. p. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Ilomäki, H. & Autiomäki, S. 2007. Jatkohanke sähköisen kirjaamisen kehittämiseksi: näkymätön työ näkyväksi hoitoisuusluokituksen avulla, eli OPC osana sähköistä kirjaamista. Hankkeen väliraportti.
- Ilomäki, H. 2008. Osaston arvokriteereiden kehittäminen.
- Ilomäki, H. & Rätty T. 2003. Näkymätön työ näkyväksi. Optimihoitoisuuden määrittäminen keuhko- ja sisätautiosastolla 12 ja syöpä- ja hematologesella osastolla 32. Kehitysprojekti.
- Jokitalo, S. & Loukiala, S. 2008. Potilasaineksen ryhmittely ja hoitoisuusluokituksesta saatavat hyödyt.
- Kanerva, A., Alin, T., Aschan H., Harinen, M., Konttinen, R. & Lindqvist, P. 2002. Jorvin sairaalan hoitoisuusluokitusprojekti. Väliraportti II. 8.10.2002. HYKS, Jorvin sairaala.
- Kaustinen T. 1995. Hoitoisuusluokituksen kehittäminen ja arviointi. Licensiaatitutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Kinnunen, J. & Saranto, K. 2007. Sähköiset tietojärjestelmät muuttavat hoitoja organisaatiokulttuuria. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hopia, H., Koponen, L. & Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Jyväskylä: Gummerus.
- L 17.8.1993/785. Laki potilaan asemasta ja oikeudesta. Viitattu 19.1.2008. Valtion säädöstietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.
- Lonkila, P. 2006. Hoitoisuusluokituksen käyttö osana hoitotyön laadun arviointia. Hoitohenkilökunnan näkökulma. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Lundgrén-Laine, H. & Salanterä, S. 2007. Hoitotyön päätöksenteko – muuttavatko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi? Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hopia, H., Koponen, L. & Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Jyväskylä: Gummerus.

Myllylä, B-M & Onnela, E. 1999. Hoitoisuusluokituksen hyödyntäminen hoitotyön johtamisessa. Oulu.

Mäkelä, L. 2006. Hoitoisuustietojen käyttö hoitotyön johtamisessa. Ylihoitajien hoitoisuustietojen hyödyntäminen hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotto-vaiheessa. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.

Ojaniemi, K. 2005. Hoitoisuusluokituksen hallinnollinen hyödyntäminen. Pro gradu –tutkielma. Vaasan yliopisto: sosiaali- ja terveyshallinto. <http://www.tritonia.fi>

Onnela, E. & Svenström, R. 1998. Oulu-hoitoisuusluokituksen kehittäminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa 1995–1997: loppuraportti. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu.

OYKS/Hoitoisuustyöryhmä 1993. Hoitoisuusluokitus.

Palokan terveyskeskuksen vuodeosasto 2:n osastonhoitaja ja henkilökunta. 2007–2008. Kyselyt ja neuvottelut.

Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Parviainen, H. 2007–2008. Hoitoisuusluokituksen esittely Heinolan sairaalassa sekä sähköposti 17.1.2008. Vastaanottaja S. Loukiala. Kokemuksia hoitoisuusluokituksen käytöstä.

Pitkänen, M-R. 2000. Potilaan hoitoisuuden mittaaminen tehohoidossa. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, terveydenhallinnon ja –talouden laitos.

Pulkkinen, M-L. 2000. Hoitoisuuden arviointi erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Qualisan 2002. RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmän ohjeisto. Qualisan Oy, sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden laadunarviointi- ja sertifiointiyri-tys.

Rauhala, A. 1999. Hoitoisuusmittausten kehitystyön tuloksia ja käyttökoke-muksia Vaasan keskussairaalassa. Suomen Lääkärilehti 29.

Rossi, H. 2007. Hoitotyön kirjaamisen peruselementit Palokan terveyskeskuk-sen laitoshoidossa. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen. Kehit-tämishanke.

Saranto, K. & Ikonen, H. 2007. Kirjaaminen hoidon laatutekijänä. Teoksessa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Porvoo: WSOY.

Sundström, R. 2003. Psykiatrisen hoitoisuusluokitusmittarin kehittämisprosessi ja mittarin luotettavuus. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Sundström, R., Ahonen, M., Hyry, M-L. & Nojonen, K. 1997. Hoitoisuusluokituksen kehittämisprojekti Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Kehittämissankkeen osaraportit I-III. Tampereen yliopistollinen sairaala. Tampere.

Tantt, K. & Ikonen, H. 2007. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Porvoo: WSOY.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 2. p. Jyväskylä: Gummerus.

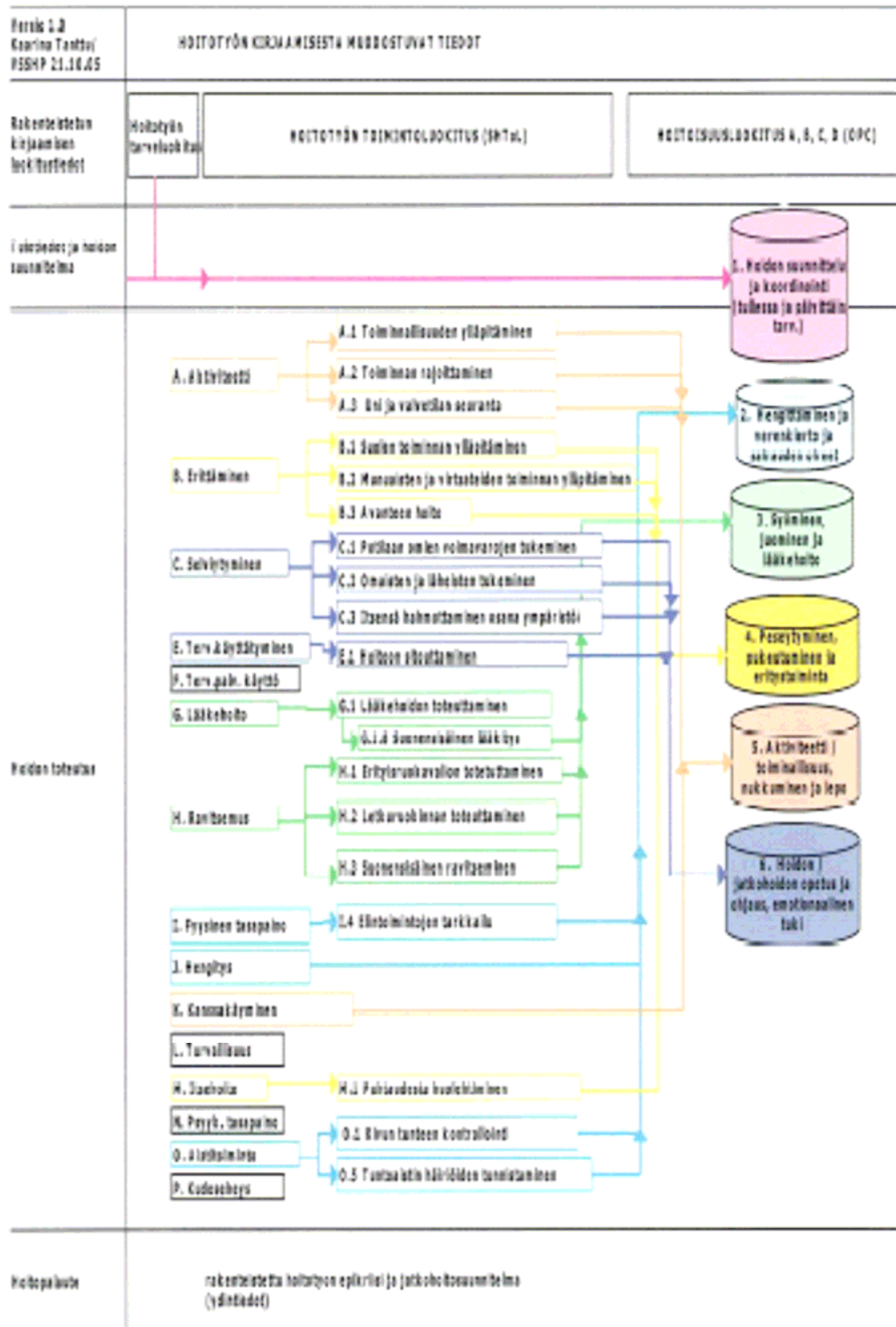
Väänänen, S. 2002. Kansainväliset hoitoisuusluokitukset, akuutti hoitotyö ja tietojärjestelmät. Pro gradu – tutkimus. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja – talouden laitos.

LIITTEET

Liite 1. Potilastyyppejä/diagnooseja osasto kahdella

- syöpäpotilaat (saattohoito, osastolla syöpähoitojen välillä)
- mielenterveyspotilaat
- päihteiden väärinkäyttäjät
- tyhjennyspotilaat (gastro- ja colonoskopia)
- astma ja COPD
- sydämen vajaatoiminta, flimmeri ja muut sydänsairaudet
- rintakipuilevat ja sydäninfarktipotilaat
- aivoinfarkti ja aivoverenvuodon jälkitilat
- virtsatieinfektio ja pyelonefriitti
- muistihäiriöt (dementia)
- MS-tauti ja parkinson
- leikkauspotilaiden jatkohoito (lonkka-, sääri- ja nilkkamurtumat jne.)
- pneumonia
- avannepotilaat
- ruusu ja muut infektiopotilaat
- amputaatiot
- kihti
- vatsakipuiset (sappi, ummetus, ripuli jne.)
- migreeni
- psoriasis ja muut ihotaudit, allergiat ja syyhy
- diabeetikot
- jatkohoitopaikkaa odottavat ja kotona pärjäämättömät
- kehitysvammaiset
- tapaturmapotilaat ja selkävammaisista kärsivät
- kuivuneet potilaat
- haavahoidot (leikkaushaavat, painehaavaumat jne.)
- aineenvaihduntasairaudet
- kommoitioseuranta
- trakeostomia
- antikoagulanttien aloitus, ohjaus ja seuranta

Liite 2. Hoitotyön kirjaamisesta muodostuvat tiedot



Liite 3. Kaavake hoitoisuusksriteristön koekäyttöön

POTILAS: PÄIVÄMÄÄRÄ:	A	B	C	D
1. SUUNNITELMALLINEN HOITO				
2. HENGITTÄMINEN, VERENKIERTO JA SAIRAUDEN OIREET				
3. RAVITSEMUS JA LÄÄKEHOITO				
4. PESEYTYMINEN, PUKEUTUMINEN JA ERITYSTOIMINTA				
5. AKTIVITEETTI/TOIMINNALLISUUS, NUKKUMINEN JA LEPO				
6. HOIDON JA JATKOHOIDON OPETUS, OHJAUS SEKÄ EMOTIONAALINEN TUKI				

KOMMENTTEJA:

Liite 4. Yhteistyösopimus



1/2

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyötämme yhteisössämme.

Opinnäytetyön aihe/nimi

Hoitoisuusluokituksen kriteeristö, kehittämishanke Palokan terveyskeskuksen osastolle 2

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda hoitoisuusluokitus tutuksi osaston henkilökunnalle ja tavoitteena on luoda osaston tarpeita vastaava hoitoisuusluokituksen kriteeristö.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Kevät 2008

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Tekemään opinnäytetyöstä juuri osaston tarpeita palvelevan kokonaisuuden.

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

Ohjaavat opettajat

Hannele Tyrväinen
p. 0400 976749
hannele.tyrvainen@jamk.fi

Lecna Suonpää-Lehtonen
p. 0400 976763
lecna.suonpaa-lehtonen@jamk.fi

Opinnäytetyön yhteistyötaho

Palokan terveyskeskuksen osasto 2, osastonhoitaja Helena Ilomäki ja osaston henkilökunta

Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme
(esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluissa)

Opinnäytetyön tekijät veloitetaan (esim. raportoimaan yhteistyötaholle)

En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia ei kyllä, mitä

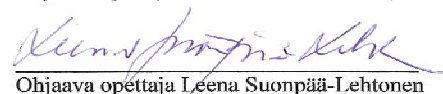
Paikka ja aika 5.11.2007



Osastonhoitaja Helena Ilomäki



Ohjaava opettaja Hannele Tyrväinen

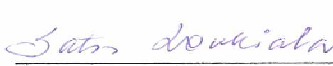


Ohjaava opettaja Leena Suonpää-Lehtonen

Paikka ja aika 5.11.2007



Opinnäytetyön tekijä
Seija Jokitalo
Yhteystiedot
Seija.Jokitalo.SHO@jamk.fi
p. 040 7566703



Opinnäytetyön tekijä
Satu Loukiala
Yhteystiedot
satu.loukiala.sho@jamk.fi
p. 040 5752664