



**SOSIAALI- JA TERVEYSALAN LÄHIHOITAJA-  
KOULUTUKSEN HOITO- JA HUOLENPITO OSION  
SISÄLLÖN KEHITTÄMINEN-  
HOITOTYÖN PROSESSI TARVE- JA VOIMAVA-  
RALÄHTÖISESTI**

Eija Kuusisto

Ammatillisen opettajankoulutuksen  
kehittämishanke  
Lokakuu 2012  
Ammatillinen opettajakorkeakoulu  
Tampereen ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Ammatillinen opettajakorkeakoulu

Kuusisto Eija  
Sosiaali- ja terveysalan lähihoitajakoulutuksen hoito- ja huolenpito osion sisällön  
kehittäminen

Opettajankoulutuksen kehittämishanke 18 sivua + 2 liitesivua  
Lokakuu 2012

Tämä kehittämishanke on tehty yhdenmukaistamaan ja selkeyttämään lähihoitajakoulutuksen sisältöä aiheessa, joka koetaan opintojen tässä vaiheessa usein melko abstraktiksi. Työssä avattiin käsitteitä, jotka ovat keskeisiä koko lähihoitajan tulevan työuran ajan ja jotka sisäistyvät työtä ohjaaviksi toimintatavoiksi suunniteltaessa potilaan tai asiakkaan hoitoa ja huolenpitoa tarve- ja voimavaralähtöisesti. Tavoitteena oli selventää tarve- ja voimavaralähtöisen hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista ja sen merkitystä tavoitteellisen hoito- ja huolenpitotyön välineenä.

Kehittämishankkeen kohteena oleva opinto-osuus on pakollinen jokaiselle lähihoitajan perustutkintoa suorittavalle. Opetuksen perustana on opetushallituksen julkaisema määräys lähihoitajan tutkinnon sisällöstä. Määräys sisältää myös ammattitaitokriteerit, jotka opiskelijan on täytettävä opintoja suorittaessaan.

Hoito- ja huolenpito-osio on lähihoitajaopintojen toinen opintojakso kasvun tukemisen ja ohjauksen jälkeen. Tämän jälkeen pakollisena osiona suoritetaan lisäksi kuntoutumisen tukeminen ja koulutusohjelma 9 eri vaihtoehdosta.

---

Asiasanat: Lähihoitajakoulutus, hoito- ja huolenpito, tarve- ja voimavaralähtöisyys

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KESKEISET KÄSITTEET .....	6
2.1	Hoidosuunnitelma.....	6
2.2	Hoitotyön prosessi.....	7
2.3	Tarve- ja voimavaralähtöisyys.....	7
2.4	Voimaantuminen.....	7
3	PERUSTELUT TARVE- JA VOIMAVARALÄHTÖISEN HOITOSUUNNI- TELMAN KÄYTÖLLE.....	9
3.1	Potilaan arvot ja käsitykset voimavarana .....	10
3.2	Motivaatio voimavarana.....	11
3.3	Tiedot, taidot ja asioiden ymmärtäminen voimavarana .....	12
3.4	Elämäntilanteen ja sairauden vaikutus voimavaroihin.....	12
3.5	Sosiaalis-taloudellisen tilanteen vaikutus voimavaroihin.....	13
4	HOITOTYÖN PROSESSIN VAIHEET HOITOTYÖN JÄSENTÄJÄNÄ.....	15
4.1	Hoidon tarpeen määrittäminen .....	15
4.2	Hoidon suunnittelu .....	15
4.3	Hoidon toteutus.....	15
4.4	Hoidon arviointi .....	17
5	YHTEENVETO .....	19
	LÄHTEET.....	20
	LIITTEET .....	21

## 1 JOHDANTO

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena on **konkretisoida** lähihoitajakoulutuksen hoito- ja huolenpito-osion opetusta terveys- ja hoitosuunnitelman **tarve- ja voimavaralähtöisen** suunnittelun periaatteella. Tätä opetusta toteutettaessa opiskelijat ovat saaneet jo tuntumaa potilas/asiakastyöhön kasvun tukemisen ja ohjauksen jaksolla, jossa suurin osa suorittaa työssäoppimisjaksonsa lasten tai nuorten, usein muutama myös vanhusten parissa. Opintoja on takana tässä vaiheessa n. 9 kk. Kokemukseeni perustuen opiskelijat kokevat hoitotyön ammattikielessä käytettyjä käsitteitä vieraiksi, vaikka ne olisivat suomenkielisiäkin. Tämä kehittämishanke pyrkii vastaamaan tähän havaintoon.

Niillä opiskelijoilla, jotka ovat tehneet harjoittelunsa varhaiskasvatuksen tai lastensuojelun piirissä, ei juurikaan ole kokemusta tai mielikuvaa hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisestä. Jopa siihen liittyvät käsitteet voivat olla outoja. Niiden sisältöä selvennetään tavoitteena täsmällinen termien käyttö ammatillisessa työskentelyssä. Osa termeistä voi irrallaan käytettynä poiketa suurestikin tässä yhteydessä tarkoitetusta merkityksestä.

Haasteena opetuksessa on saada sisältö opetussuunnitelman mukaiseksi ja silti mielenkiintoiseksi ja tarpeelliseksi koetuksi, jolloin opiskelusta tulee motivoitunutta eikä asia jää teoreettiseksi ja irralliseksi. Käytän potilaasta ja asiakkaasta työssäni nimitystä potilas ja terveys- ja hoitosuunnitelmasta nimitystä hoitosuunnitelma erotuksena vammaispalvelulain edellyttämästä hoito- ja palvelusuunnitelmasta. Aiheeseen liittyy läheisesti myös hoitotyön prosessi, jonka esitelen käsitteen tasolla ja jonka mukaan tarve- ja voimavaralähtöinen hoitosuunnitelman laadinta etenee.

Hoitotyön käsitteiden ja –prosessin tunteminen ja sisäistäminen ovat ammattitaitoisien ja potilaslähtöisen työskentelyn edellytyksiä, helpottavat johdonmukaista työskentelyä ja yhtenäistävät menettelytapoja.

## 2 KESKEISET KÄSITTEET

Lähihoitajakoulutuksen hoito ja huolenpito-osion alkaessa opiskelijoiden ammatti-identiteetti on useimmiten vielä hyvin hauras ja tarkemmin määrittelemättömän, vasta kehityksensä alkuvaiheessa. Siksi on tärkeää, että opetuksessa selvennetään sanoja, jotka tulevat olemaan keskeisiä tulevassa teoriaopiskelussa, työssäoppimisessa ja vielä ammattiin valmistumisen jälkeenkin.

Käsitteiden yhdenmukainen ymmärtäminen on perusta muun tiedon omaksumiselle ja edistää ammatti-identiteetin vahvistumista. Hoitotyössä käytetään paljon suomenkielisiä sanoja, joilla ammattikielessä on eri merkitys kuin muussa yhteydessä esimerkiksi sana eristys tarkoittaa täsmällistä menettelyä tartuntavaarallisessa tilanteessa. Opiskelija tai hoitaja osaa toimia, jos tuntee sanan merkityksen hoitotyössä. Keskeisten käsitteiden tunteminen toimii työkaluna, jota voi käyttää työn helpottamiseksi ja potilaan oikeusturvan parantamiseksi. Potilaan oikeusturva paranee, kun hoitotyön toiminnot yhdenmukaistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteisen tietopohjan ansiosta ja väärinkäsitysten mahdollisuus vähenee.

### 2.1 Hoitosuunnitelma

Hoitosuunnitelmalla tarkoitetaan potilaan yksilöllisten hoidon tarpeiden pohjalta laadittua tavoitteellista kokonaishoidon suunnitelmaa, joka laaditaan hoitoprosessin –tai ketjun toteuttamista varten. Se sisältää eri ammattiryhmien, esimerkiksi lähihoitajan, sairaanhoitaja, lääkärin, psykologin, fysioterapeutin ja sosiaalityöntekijän osuuden potilaan hoitoon ja huolenpitoon. (Kauppi ym. 2010, 183). Hoitosuunnitelmasta käytetään myös nimitystä terveys- ja hoitosuunnitelma, mikä kuvaakin hyvin voimavara- ja potilaslähtöisyyttä.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) mukaan hoitosuunnitelma on potilaan hoitoa koskevan keskeisen terveysongelmien määrittelyn ja niiden hoidon sisältävä asiakirja, jonka lähtökohtana on toimintakulttuurin kehittäminen niin, että potilas on aktiivisesti mukana oman hoitonsa suunnittelussa ja tavoitteiden asettamisessa. THL on ollut myös toteuttamassa hoitosuunnitelman yhtenäistä tietosisältöä, jossa potilas on keskipisteessä.

Sen mukaan suunnitelmaan kootaan kaikki potilaan kannalta tärkeät sairaudet ja terveysongelmat riippumatta siitä, toteutetaanko niitä perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa vai erikoissairaanhoidossa.

## 2.2 Hoitotyön prosessi

Hoitotyön prosessilla tarkoitetaan Hovilainen-Kilpisen ja Oksasen (2012, 15) mukaan hoitotyön päätöksenteon menetelmää ja ajattelutapaa, jonka avulla hoitotyötä systematisoidaan. Se antaa rakenteellisen ja systemaattisen mallin hoidon toteuttamiseksi ja kirjaamiseksi. Hoitotyön prosessi voidaan jakaa seuraaviin vaiheisiin: Hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Nämä vaiheet voivat toistua hoitotapahtuman aikana ja arviointia tapahtuu lisäksi kaikissa vaiheissa. (liite 1)

**2.3 Tarve- ja voimavaralähtöisyys** on hoitotyön lähestymistapa, jossa huomioidaan potilaan tarpeet ja voimavarat. Hoitoa suunniteltaessa, toteutettaessa ja arvioitaessa huomioidaan hänen psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintakykynsä.

Tarpeiden arvioimisessa voidaan käyttää hyväksi FinCC-tarveluokitusta, jossa keskeisimmät tarpeet on koottu 19 komponenttiin (liite 2), jotka jakautuvat pääluokkiin. Pääluokat jakautuvat edelleen alaluokkiin. Tarveluokitus on koostettu siten, että se kattaa monipuolisesti erilaisia elämänlaatuun, selviämiseen ja terveyteen vaikuttavia komponentteja. Hoitajan sisäistäessä tarveluokituksen ja käyttäessään sitä työkaluna kirjaamisessa mahdollistetaan potilaalle monipuolinen tilanteen huomioiminen ja asianmukainen hoidon suunnittelu ja toteutus. Tarve- ja voimavaralähtöisessä lähestymistavassa potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua omaan hoitoonsa.

## 2.4. Voimaantuminen

Voimaantumisen (empowerment) käsite on melko uusi. Se on kuitenkin vakiintunut suomalaisen hoitotyön kielenkäyttöön muutamien viime vuosien aikana. Voimaantumiseksi voidaan kuvata Kynkään ja Hentisen (2009, 59) mukaan hoitoon sitoutumista ja sen seuraamuksia prosessina (liite 3). Voimaantumista pidetään edellytyksenä aktiiviselle toimimiselle hoidon prosessissa. Sanaa ”voimaantuminen” käytetään eri tieteenaloissa ja sen merkitys vaihtelee jonkin ver-

ran. Merkitys voi vaihdella myös saman alan sisällä. Yleisesti ottaen se tarkoittaa kykeneväksi ja täysivaltaiseksi tulemistä ja lisää mahdollisuuksia vaikuttaa omaan elämäänsä. Voimaantuminen on henkilökohtainen ja yksilökohtainen prosessi, joka tapahtuu vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Prosessin tuloksena syntyy sisäinen voimantunne, joka helpottaa selviytymistä, , auttaa hoitoon liittyvien tilanteiden jäsentämisessä ja ratkaisujen tekemisessä. Potilas pystyy määrittämään enenevästi omaa toimintaansa ja kokemaan olevansa itsenäinen.

### **3 PERUSTELUT TARVE- JA VOIMAVARALÄHTÖISEN HOITOSUUNNITELMAN KÄYTÖLLE**

Yhtenä hoidon onnistumisen edellytyksenä pidetään potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa. Kynkään ja Hentisen (2009, 26) mukaan sitoutumiseen vaikuttavia potilaasta johtuvia tekijöitä ovat muun muassa potilaan ajatusten pohjalla olevat arvot ja käsitykset, käytettävissä olevat voimavarat, motivaatio kyseessä olevan asian onnistumiseen sekä tiedot, taidot ja asioiden ymmärtäminen.

Ympäristöstä johtuvina hoitoon sitoutumiseen vaikuttavina tekijöinä he mainitsevat esimerkiksi hoidon yleiset järjestelyt potilaan kannalta, vuorovaikutus hoitoon osallistuvien kanssa, emotionaalisen tuen saannin mahdollisuus ja tuen saaminen sekä konkreettisesti että tiedollisesti.

Potilaan voimavarojen käyttöä hoitoprosessin eri vaiheissa perustellaan sillä, että fyysisillä, psyykkisillä ja sosiaalisilla voimavaroilla näyttää olevan yhteys siihen, miten potilas osallistuu aktiivisena jäsenenä omaan hoitoonsa. Lähtökohtana on arvioitava, millaisella tasolla potilaan voimavarat eri osa-alueilla ovat ja kykeneekö hän niitä hyväksikäyttäen ratkaisemaan esille tulevia ongelmia. Lisäksi voimavaroihin vaikuttavat elämäntilanteet, jotka sitovat ja kuluttavat voimia joko tilapäisesti tai pysyvämmiin. Tutkimusten mukaan psyykkiset ongelmat ja niihin usein liittyvät puutteelliset selviytymiskeinot heikentävät hoitoon sitoutumista. Tästä voidaan johtaa päätelmä, että alentunut mieliala tai suoranaisten masennus heikentävät potilaan mahdollisuuksia sitoutua hoitoonsa ja olla täysipainoisesti vaikuttamassa hoitosuunnitelman laatimiseen tarvelähtöisesti. Esimerkkinä masentuneet diabeetikot, joiden hoitotasapaino on todettu heikommaksi kuin psyykkisesti hyvin voivien diabeetikoiden. Samansuuntaisia tutkimustuloksia on saatu myös muita pitkäaikaisia sairauksia potevien kohdalla.

Keskeisiin voimavaroihin vaikuttavina tekijöinä voidaan pitää myös potilaan sosiaalis-taloudellista tilannetta sekä kokemusta itse hoidosta.



Ohjauksella ja muulla hoitotoiminnalla pyritään tukemaan potilaan omia voimavaroja paremman hoitotuloksen aikaansaamiseksi. 2000-luvulla yhdeksi ohjauksen ja koko hoidon tavoitteeksi on noussut potilaan voimaantumisen edistäminen. Voimaantumista pidetään myös tärkeänä hoitoon sitoutumista määrävänä tekijänä.

### **3.1. Potilaan arvot ja käsitykset voimavarana**

Potilaan arvoina voidaan Kynkään ja Hentisen (2006) mukaan pitää esim. itsearvostuksen tasoa, uskomuksia ja elämönhallintaa, joiden kaikkien vaikutuksista hoitoon sitoutumiseen on todettu joissakin tutkimuksissa vaikutuksia, mutta on olemassa myös tämän tiedon kanssa ristiriitaisia tutkimustuloksia. Itsearvostuksella tarkoitetaan sitä, miten potilas arvostaa itseään ja miten hyvänä tai taitava hän itseään pitää.

Hoitaja tarvitsee erityisen herkkää vaistoa arvioidessaan potilaan itsearvostuksen tasoa. Erityisen vaikeaa se on aloittevalle opiskelijalle, joka on vielä itsekin hämmentynyt suuresta tiedon ja vaikutteiden määrästä, jonka opiskelun kestäessä kohtaa. Oikean suuntaisen arvion tekemisessä saattaa olla avuksi elämäkokemus ja aikaisempi työkokemus vaikkapa asiakaspalvelusta tai muista vuorovaikutteisista tehtävistä. Lähihoitajaopiskelijat aloittavat opintonsa hyvin erilaisista lähtökohdista. Aloitusvaiheessa ikähaitari voi olla jopa välillä 20-50 vuotta. Nuorisoasteen tutkinnossa on 16-vuotiaitakin aloittamassa opintojaan. Ikäjakautumalla on näin suuri, on elämän- ja työkokemuksissa suuria eroja. Tämä aiheuttaa opettajalle haastetta suunnitella ja toteuttaa opetus niin, että opiskelija pystyy sisäistämään keskeisen sanoman.

Uskomuksilla tarkoitetaan vakaata käsitystä, joka ei perustu tutkittuun tietoon vaan on syntynyt omien kokemusten ja näkemysten perusteella. Uskomuksessa voi olla myös tutkitun tiedon aineksia. Hoitotyön menetelmien taas on perustuttava näyttöön. Nämä lähtökohdat on sovittava yhteen parhaan mahdollisen hyödyn saamiseksi potilaan hyväksi. Esimerkkinä potilaan uskomuksesta vaikkapa luja käsitys siitä, ettei tupakoinnin lopettamisesta ole hyötyä enää keski-ikässä, jos on polttanut kauan.

Elämänarvoilla tarkoitetaan elämässä tärkeälle sijalle asetettuja asioita. Elämänarvoja voivat olla terveys ja perhe. Potilaskohtaisesti elämänarvojen järjestyks vaihtelee suuresti, ne saattavat olla tiedostamattomia, jolloin potilas ei osaa pukea niitä sanoiksi vaan antaa toiminnallaan vihjeitä elämänarvojensa järjestyksestä. Näitä vihjeitä hoitaja käsittelee ja soveltaa omista lähtökohdistaan. Hoitaja voi myös tarkistaa, onko ymmärtänyt oikein potilaan antamat vihjeet. Se voi helpottaa asioiden pukemista sanoiksi, joita muuten ei löydy.

Uskomuksiin voi vaikuttaa ratkaisevasti myös potilaan vakaumus. Hän voi kieltäytyä esimerkiksi tiettyjen ruoka-aineiden käyttämisestä tai verivalmisteiden käytöstä toimenpiteiden yhteydessä. Tällöin hoitajalla ja lääkäriellä on velvollisuus kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. On kuitenkin huomioitava, että potilaalla on lakiin perustuva oikeus saada hoitojaan ja terveydentilaansa tai sairauttaan koskevaa näyttöön perustuvaa tietoa. Jos hän senkin jälkeen tekee saman päätöksen, hänellä on siihen oikeus. Potilaan itsemääräämisoikeuteen perustuva päätöksenteko voi vaikeuttaa hoitoa, mutta hoitosuunnitelma laaditaan potilaan lähtökohdista. Etuna voidaan pitää sitä, että oma vaikutusmahdollisuus voi lisätä sitoutumista hoitoon.

Hoitajan on tärkeä tunnistaa potilaansa arvoja voidakseen löytää tarkoituksenmukaisia motivointikeinoja.

### **3.2. Motivaatio voimavarana**

Motivaatiota pidetään yleisesti liikkeellepanevana voimana, jota tarvitaan yksilölle tärkeiden päämäärien saavuttamiseksi. Motivaatio ohjaa toimintaa. Tuntiessaan potilaansa arvomaailmaa joko havainnoinnin tai haastattelun kautta, hoitaja pyrkii valitsemaan motivoivia, potilaan voimavaroihin verrattaessa realistisia toimintatapoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Kynkään ja Hentisen (2009,28) mukaan tässä tarvitaan potilaalta myös luottamusta omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin. Tutkimusten mukaan esim. pitkäaikaistyöttömien on todettu olevan vähemmän kiinnostuneita terveydestään ja elävän epäterveellisemmin kun vastaavan ikäinen väestö. Useissa motivaatiotutkimuksissa on todettu, että sisäinen, omakohtainen motivaatio ja positiivinen suhtautuminen asioihin johtavat yleensä pysyviin tuloksiin. Ulkokohtainen toisten varassa oleva motivaatio ei Kynkään ja Hentisen (2006) mukaan kestä pitkäaikaisessa hoidossa.

### 3.3 Tiedot, taidot ja asioiden ymmärtäminen voimavarana

Asiakkaan koulutus ja muu sivistystaso vaikuttavat edellä mainittujen seikkojen ohella hoitoprosessin onnistumiseen ja potilaan sitoutumiseen hoitoonsa. Korkea koulutustaso ei yksin ole riittävä onnistumisen edellytys. Vaikka potilaalla olisi laaja yleistietämys, tieto kyseessä olevasta sairaudesta ja sen hoitomahdollisuuksista voi olla vähäinen. Tiedon määrään ja käytettävyyteen vaikuttaa muun muassa se, missä vaiheessa sairautta potilas on ja miten hän siihen suhtautuu. Hän voi vakavan tai pitkäaikaisen sairauden kohdatessaan kieltää sen, eikä siitä johtuen ole myös kykenevä ottamaan tietoa vastaan, vaikka sitä olisi tarjolla. Vaikuttavina tekijöinä voivat olla myös neurologiset häiriöt, kuten muisti- ja muut sairaudet tai uupumustila. Myös erilaiset aistivammat tai -heikentymät voivat olla esteenä tiedon omaksumiselle.

Käytännön taitojen riittävä taso voi olla ratkaiseva päätettäessä, voiko potilas siirtyä omaan kotiinsa sairaalasta. Jos sairauteen liittyy lääkkeenjakoja tai toimenpiteitä (esim. avannepussin vaihto), potilaan pitää hallita kyseinen tehtävä tai on ainakin varmistettava, että joku muu tekee sen luotettavasti ja ohjeiden mukaisesti. Tavanomainen kognitiivinen suoritustaso saattaa peittyä, jos potilaalla on esim. vakava masennus.

### 3.4 Elämäntilanteen ja sairauden vaikutus voimavaroihin

Kynkään ja Henttisen (2009, 30) mukaan useimmat ihmiset kokevat sairauden tai sen mahdollisuuden uhaksi elämän jatkuvuudelle. Uhka voi heidän mukaansa kohdistua entisen elämäntavan menettämiseen tai elämän päättymiseen. Potilaan kokema sairauden uhka tai sairauden oireet vähentävät myös voimavaroja. Sairauden oireita voi olla ilman diagnosoitua sairauttakin ja ne voivat liittyä myös psyykkisiin oireisiin. Tällaisia voivat olla väsymys ja kivut. Oireiden ja kipujen väheneminen hoidon seurauksena vapauttaa lisää voimavaroja ja motivoi potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa. Tilanteen muuttuessa hoitajalla pitää olla edellytykset arvioida voimavarat uudelleen ja käyttää arvioinnista saamaansa tietoa avuksi hoitotyön prosessin seuraavissa vaiheissa.

Myös hoitojen aiheuttamat sivuvaikutukset voivat kuluttaa potilaan voimavaroja. Tällaisista esimerkkinä esimerkiksi syöpien hoidossa käytettävät sytostaatti- ja sädehoidot.

Potilas voi kuultuaan vakavasta sairaudesta aloittaa surutyön, joka vie energiaa ja keskittymiskykyä ja henkisiä voimavaroja.

### **3.5 Sosiaalis-taloudellisen tilanteen vaikutus voimavaroihin**

Potilaan sosiaalis-taloudellisen tilan vaikutuksia voimavaratekijöinä on tutkittu vain vähän. Käytännön kokemuksen perusteella vaikutusta ainakin joissakin tapauksissa on. Kynkään ja Henttisen (2009, 32) mukaan hoidon laiminlyönti taloudellisten syiden vuoksi ei liene harvinaista Suomessakaan. Esimerkkinä he mainitsevat kallista erityisruokavakiota vaativan sairauden, jonka ravintovalmisteisiin ei saa täyttä korvausta.

Eräässä suomalaisessa tutkimuksessa todettiin, että 15 % sepelvaltimotautia sairastavista ei hankkinut sairauden kannalta tarpeellisia lääkkeitä niiden aiheuttamien kustannusten vuoksi. Kun alempiin tuloluokkiin kuuluvien elintavat ovat myös keskimäärin epäterveellisempiä esim. tupakoinnin ja ravinnon suhteen, vaatii hoitajalta erityistä taitoa ja herkkyyttä kartoittaa niitä voimavaroja ja motivaatiotekijöitä, jolla tätä kuilua saadaan kapenemaan. Samoin kuin tiedollisten ja taidollistenkin voimavarojen kartoittamisessa huomiota tulee kiinnittää asioiden selkeään esittämiseen ja siihen, ettei potilas kohtaa ylimääräisiä jännitystä aiheuttavia tekijöitä. Hoitajan tulee olemuksellaan ja muulla vuorovaikutukseen vaikuttavalla kommunikoinnilla tukea potilaan uskallusta esittää halutessaan täydentäviä kysymyksiä.

Perhe ja muut läheiset ja heidän suhtautumisensa ja tukensa voidaan lukea myös sosiaalisiin voimavaroihin ja perheen sisäiset suhteet vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Perhe voi olla hoitotapahtumassa tukena tai vaikeuttaa potilaan selviytymistä. Esimerkiksi perheen sisäiset konfliktit ja ristiriitainen kommunikointi vievät huomion pois hoidon kannalta tärkeistä asioista. Toisaalta perheen tuki ja sen mukana oleminen hoidon eri vaiheissa voi olla toipumisen kannalta ratkaisevaa.

Vertaistuen merkitys on monissa tapauksissa voimaannuttava tekijä ja sitä käytetäänkin enenevästi elämää kuormittavien sairausvaiheiden helpottamiseksi. Jos vertaistuen antaja on itse selviytynyt sairaudestaan, hän voi luoda toivoa

äskettäin sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Samassa tilassa oleminen antaa hyvän lähtökohdan potilaan, hänen tunteidensa ja käytöksensä ymmärtämiselle. Tuki voi olla emotionaalista tai käytännön toimiin liittyvää ohjausta ja ajatusten vaihtoa. Vertaistuki toteutetaan useimmiten vapaa-ehtoisvoimin. Koska voimaantumisen edellytyksenä on vuorovaikutus muiden kanssa, sosiaalisia suhteita voidaan pitää merkityksellisenä voimavara-lähteenä hoitotyön prosessissa.

## **4 HOITOTYÖN PROSESSIN VAIHEET HOITOTAPAHTUMAN JÄSENTÄMISESSÄ**

Kaupin ym. (Kauppi ym. 2011, 184) mukaan hoitotyön prosessi voidaan lyhyesti määritellä menetelmäksi, jonka tarkoituksena on ohjata hoitajan ajattelua ja päätöksentekoa sekä luoda hoidolle johdonmukaisesti etenevä rakenne. Hovilainen-Kilpinen ja Oksanen (2012, 15) puolestaan toteavat sen tarkoituksena olevan hoitotyön systematisoiminen ja rakenteellisen mallin antaminen hoidon toteuttamiseksi ja kirjaamiseksi. Prosessi voidaan jakaa neljään vaiheeseen, jotka etenevät tietyssä järjestyksessä ja saattavat toistua hoitosuhteen aikana useampiakin kertoja. Ensimmäisenä vaiheena hoitosuhteen alussa on hoidon tarpeen määrittäminen, joka on välttämätön vaihe ennen hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointiin.

### **4.1. Hoidon tarpeen määrittäminen**

Hoitotyön ensimmäinen vaihe on hoidon tarpeen määrittäminen. Tämä vaihe alkaa usein jo ennen potilaan ensimmäistä kohtaamista esimerkiksi kotiin lähetettävien haastattelukaavakkeen tietoihin tutustuttaessa, mutta viimeistään potilaan saapuessa hoitopaikkaansa. Hoidon tarpeen määrittäminen tehdään kokonaisvaltaisesti, koska hoidon tarpeeseen voivat vaikuttaa niin fyysiset, psyykkiset kuin sosiaalisetkin tekijät. Tietoja voidaan kerätä haastattelemalla, havainnoimalla, kuuntelemalla ja tutustumalla potilaasta olevaan kirjalliseen materiaaliin. Useissa sähköisissä kirjausjärjestelmissä on Suomessa käytössä rakenteisen kirjaamisen malli. Hoitaja kirjaa saamansa tiedot valitsemiinsa FinCC-luokituksen pää- tai alaluokkiin. Tietojen keruussa voidaan käyttää myös omailta ja läheisiltä saatavaa tietoa. Tällä on erityisen iso merkitys, jos potilas on huonokuntoinen tai muistisairas.

### **4.2. Hoidon suunnittelu**

Hoidon tarpeen määrittelyn ja priorisoinnin perusteella suunnitellaan potilaan tarvitsema hoito. Valitut tarpeet kirjataan hoidon suunnitelmaan vastaavan komponentin alle joko pääluokan tai alaluokan kohdalle. Hoidon suunnitteluvaihe sisältää myös tavoitteiden asettamisen sekä suunnitellut hoitotyön toiminnot tavoitteiden saavuttamiseksi. Tavoitteiden asettelun tarkoituksena on kuvata sitä, mihin hoidolla pyritään, mitä muutoksia odotetaan ja mitä potilas itse odot-

taa tapahtuvan. Hoidon suunnittelussa huomioidaan potilaan ja mahdollisesti läheisten mielipide. Tavoitteet rakennetaan hoitotyön tarpeita vastaaviksi ja jokaiselle tarpeelle määritellään odotettu tulos. Hoidon tavoitteista kuvataan ainakin päätavoite eli kokonaistavoite, joka ilmaisee lopullisen tavoitetilan. Lisäksi kuvataan välitavoitteita, jotka ovat konkreettisempia kuvauksia. Välitavoitteiden kautta pyritään kokonaistavoitteisiin. Esimerkkinä tavoite pääkomponenttiin ”ravitseminen”, jonka sisältö on määritelty ”ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät”, pääluokkana voidaan kirjata esim. ”Ravitsemuksen muutos (Vaihtelu ruuan tai ravintoaineiden saannissa liittyen sairauteen tai toimenpiteeseen), tämän kohdan tultua valituksi tehdään jatkovalinta alaluokasta, jossa on vaihtoehtoina ”ruokahaluttomuus, nielemisvaikeus, imeytymishäiriö, syömisvaikeus, närästys, imemisvaikeus. Kun potilaan tilannetta kuvaava vaihtoehto on valittu, voidaan sitä täydentää vielä vapaalla tekstillä, esim. syömisvaikeus: leikkauksen vuoksi ei voi syödä kiinteää ruokaa. Tavoitteeksi voidaan asettaa se, että potilas pystyy syömään normaalia ravintoa.

Kun tarve on tunnistettu sitä käytetään pohjana tavoitteen asettelussa. Päätaavoitteeksi voidaan tässä tapauksessa asettaa: ”potilaan ravitsemustilan normalisoituminen ja kyky syödä kiinteää ruokaa riittävästi”. Kuvatussa esimerkissä lähtökohtana on ollut potilaan tarpeiden kartoitus ja sen perusteella aloitettu hoidon suunnittelu. Tarveluokituksen komponenttien avulla voidaan käydä läpi eri tarvealueet ja valita niistä ne, joihin on syytä tarttua ja tehdä muutokseen johtava hoitosuunnitelma.

Tavoitteet kuvataan potilaan toimintaa kuvaavana verbinä, ei hoitajan toimintana. Verbit ilmaisevat, miten potilas kokee, ymmärtää ja tietää. Tavoitteen kuvaus tehdään mahdollisimman konkreettisesti niin, ettei tulkinnan varaa jää. Tämä yhtenäistää ja lisää eri toimijoiden mahdollisuuksia pyrkiä yhteiseen päämäärään potilaan tukena.

Tavoitteiden jälkeen suunnitellaan hoitotyön toiminnot eli ne hoitotyön keinot, joiden avulla tavoitteisiin pyritään. Tässä voidaan käyttää apuna FinCC – luokituksen SHTol –ryhmittelyä (Suomalaisen hoitotyön toimintoluokitus), joka on rakentunut samalla tavoin kuin vastaava tarveluokituskin. Hoitotyön toimintoja voivat olla esimerkiksi toimenpiteiden tekeminen, opettaminen, ohjaaminen, keskustelu, seuranta, auttaminen tai potilaan puolesta tekeminen. Nämä kirja-

taan toimintoluokituksen pää- tai alaluokan alle. Tätä kirjausta voidaan täydentää vapaalla tekstillä. Tämä kirjaamistapa tukee lähihoitajakoulutuksen suorittamisessa edellytyksenä olevien ammattitaitokriteerien hallintaa. Suunnittelussa painottuu voimavaralähtöisyys siinä, että joka kohdassa tarpeen määrittelyn ja tavoitteen asettelun yhteydessä pitää arvioida potilaan käytössä olevat voimavarat ja suhteuttaa tavoite ja hoitotyön käytettävissä olevat keinot tarkoituksen mukaisesti ja potilaslähtöisesti.

#### **4.3. Hoidon toteutus**

Hoidon toteuttamisen pohjana on kirjallinen suunnitelma, joka on tehty FinCC-luokituksen mukaan. Hoito toteutetaan siten, että edetään kohti asetettuja väli- ja päätavoitteita. Toteutusvaiheessa potilaan oman osallistumisen määrä vaihtelee voimavaroista riippuen. Jos potilas on vaikkapa vaikeasti liikuntavammainen, joitakin toimintoja voidaan tehdä hänen puolestaan kun taas hoitoaan koskevat päätökset hän voi tehdä itsenäisesti. Päinvastoin voi olla muistisaira hoitotyön toimintoja toteutettaessa: Potilas pääsee vaivatta kävelemään, mutta ei pysty tekemään minkäänlaisia itseään koskevia päätöksiä.

Hoidon toteutusta ohjaavat hoitotyön periaatteet, mm. itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys ja jatkuvuus. Hoitotyön toteutuksen kirjaamisessa pitää tulla esille myös potilaan tilassa tapahtuvat muutokset ja miten potilas on osallistunut hoitoonsa ja koki tilanteen.

#### **4.4. Hoidon arviointi**

Hoidon arviointi on prosessin kaavan viimeinen vaihe, mutta käytännössä arviointia tapahtuu koko ajan niin tarpeiden arvioinnin, suunnittelun kuin toteutuksenkin aikana. Arvioinnin avulla kirjalliseen suunnitelmaan voidaan tehdä perusteltuja muutoksia ja toimia sen mukaan. Arvioinnin perusteella tavoitteita ja väli-tavoitteita voidaan muuttaa paremmin tilannetta vastaaviksi ja tarkistaa myös hoitotyön toimintojen käyttöä tilannetta vastaavaksi.

Arviointi sisältää hoidon tulokset, jotka kuvaavat potilaan nykytilaa, miten potilaan tarpeisiin on vastattu ja onko potilaan kaikki tarpeet huomioitu. Arvioinnissa käytetään eri kohdissa asteikkoa ”parantunut-ennallaan-huonontunut”.



Tässä vaiheessa kuvataan, miten tuloksiin on päästy ja arvioidaan myös omaa toimintaa eli ovatko asetetut tavoitteet ja valitut hoitotyön keinot olleet realistisia. Hovilainen-Kilpisen ja Oksasen (2012, 17) mukaan pitäisi arvioida myös, käytettiinkö hoitotyöhön varattuja voimavaroja oikein. Tämä lienee opiskelijalle ja ammattilaisellekin vaativa tehtävä. Arvioinnin perustella tehdään uusi nykytilanetta vastaava suunnitelma. Hoitotyön prosessin eri vaiheet, tarpeen määrittely-suunnittelu-toteutus – arviointi, jatkuvat potilaan koko hoitojakson ajan ja kirjattua tietoa voidaan hyödyntää, jos potilas palaa hoidon piiriin. Näin systemaattinen kirjaaminen huolellisesti ja yhdenmukaisesti tehtynä palvelee hoidon jatkuvuuden periaatetta. Tiedot siirtyvät moniammatillisesti ja hoitojaksosta toiseen ovat samat perustiedot käytettävissä. Näin voidaan saada hyötyä ja lisää potilasturvallisuutta potilaalle, säästää hoitotyön resursseja ja tehostaa hoidon ja sen kirjaamisen systemaattisuutta ja luotettavuutta. Hoitajan kannalta hyötynä voidaan ajatella oikeusturvakysymykset, joita ratkottaessa voidaan vedota kirjausmerkintöihin periaatteella ”mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty”. Ellei tavoitetta ole saavutettu mietitään onko se ollut epärealistinen, hoitomenetelmä tehoton tai väärä, aika liian lyhyt tai muu syy, jota muuttamalla voidaan jatkossa päästä parempaan tulokseen.

## 5. YHTEENVETO

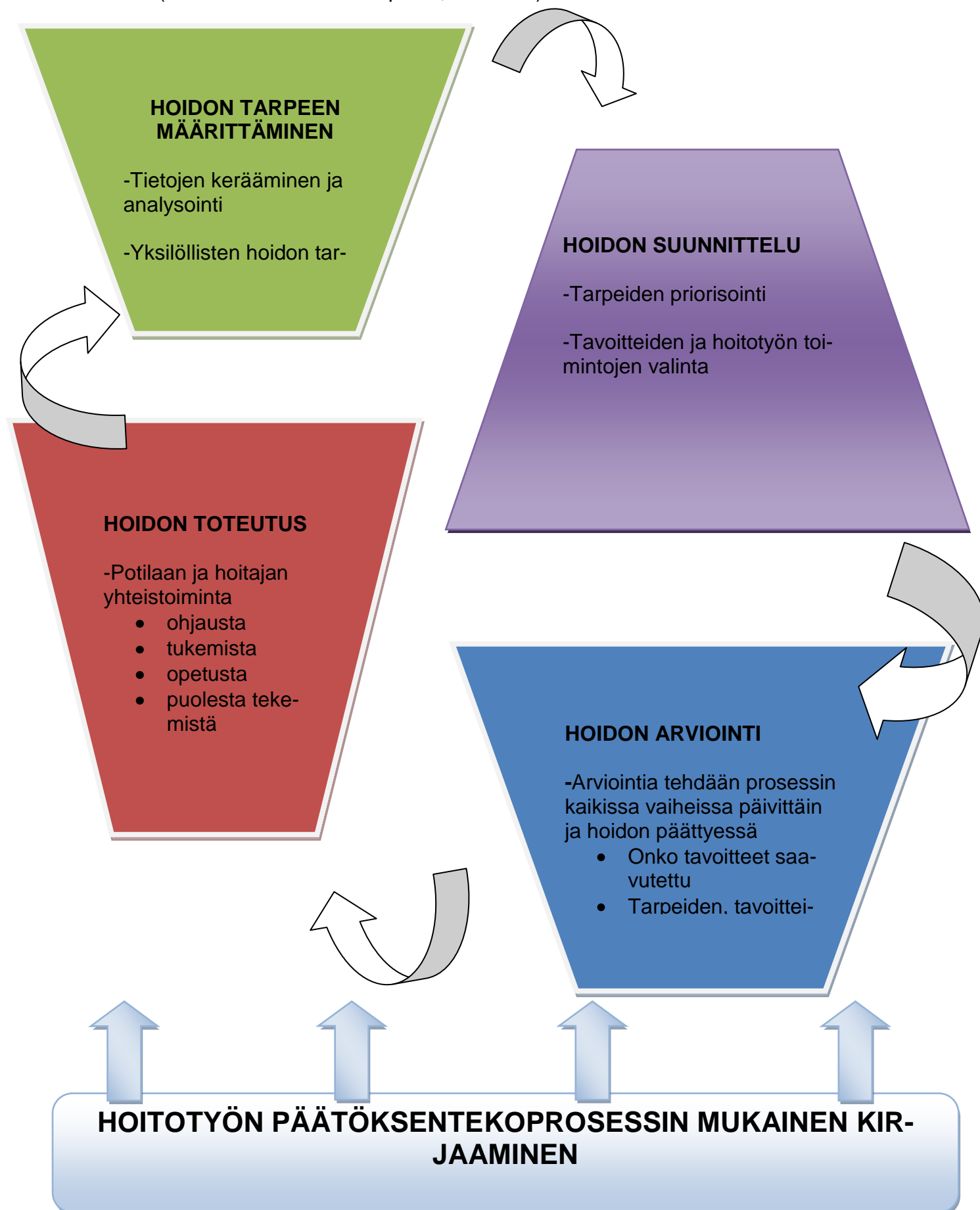
Valitsin tämän aiheen kehittämishankkeekseni, koska tässä yhdistyy kaksi hoitotyön keskeistä asiaa, joita haluan tuoda esille mahdollisimman konkreettisesti muodossa opettaessani lähihoitajaopiskelijoita. Aihe sisältää paljon sanoja, joiden merkitys ei aukene niihin tarkemmin perehtymättä. Tällaisia ovat esimerkiksi hoitotyön prosessi, tarveluokitus ja systemaattinen tai rakenteinen kirjaaminen. Rajasin aiheeni koskemaan lähinnä voimavaralähtöistä terveys- ja hoitosuunnitelmaa, ja sen rakentamista prosessimallin mukaisesti, koska se on keskeinen työkalu hoitotyön opiskelussa ja myöhemmin ammatissa toimimisessa. Oman hoitajuuteni alkuaikoina muistan hoitotyön prosessin olleen vaikeaselkoinen ja aluksi sen oppiminen tapahtui lähinnä ulkolukuna. Sen merkitys ei kuitenkaan ole lainkaan vähentynyt edes muutaman kymmenen vuoden aikana ja olen vakuuttunut siitä, että se on hyvä pohja hoitotyön suunnittelulle toteutukselle ja arvioinnille tulevaisuudessakin. Itselleni se muodostui kokemuksen myötä tärkeäksi ja ajattelua selkeyttäväksi työkaluksi, jota ilman olisi vaikeaa kuvitella mitään järjestelmällistä hoitotyötä.

Hoitotyön voimavaralähtöinen tarpeiden määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi taas takaavat potilaslähtöisyyden, jota tulee aina pitää kaiken hoitotyön lähtökohtana. Näen hoitotyön prosessiajattelun ja voimavaralähtöisyyden yhdistettynä systemaattiseen kirjaamiseen suurena kehitysaskelena käytännön hoitotyössä. Tämän kehittämishankkeen työstäminen on selkeyttänyt ajatuksiani sen käsittelemästä aiheesta ja toivon voivani välittää näitä ajatuksiani myös nykyisille ja tuleville opiskelijoilleni.

## LÄHTEET

- Hovilainen-Kilpinen, Tuula, Oksanen Heli 2012, Lähihoitajan käsikirja. Helsinki: Sanoma pro.
- Kauppi, Iris ym. Hoitoa ja huolenpitoa ammattitaidolla. Helsinki: Edita Prima.
- Kyngäs, Helvi, Hentinen Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Kuopio: WSOY
- Opetushallitus 2010, määräys 17/011/2010, Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto 2010. Vaasa: Oy Fram Ab.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2010 www-sivut, luettavissa <http://www.stm.fi/tiedotteet/verkkouutinen/-/view/1571069>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2008. Koonneet Liljamo Pia, Kaakinen Pirjo & Ensio Anneli, Opas FinCC – luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa, luettavissa <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53f7c79c-b7db-4a27-914c-aef3899abb78>

Liite 1: Hoitotyön prosessi  
(mukaillen Hovilainen-Kilpinen, Oksanen)



Liite 2: FinCC-luokituksen komponentit ja niiden sisällön kuvaukset  
(mukaillen Liljamo ym. 2008)

KOMPONENTTI	SISÄLLÖN YLEISKUVA
Aktiviteetti	Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset
Erittäminen	Ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, veren- vuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät
Selviytyminen	Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia tai sopeu- tua niihin sekä hoitaa velvollisuudet tai tehtävät
Nestetasapaino	Elimistön nestemäärään ja nestetasapainoon liittyvät osatekijät
Terveyskäyttäytyminen	Terveysten edistämiseen liittyvät osatekijät
Terveyspalvelujen käyt- tö	Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapal- veluihin, tutkimuksiin ja näytteiden ottoon liittyvät osatekijät
Lääkehoito	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
Ravitseminen	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
Hengitys	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
Kanssakäyminen	Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät
Turvallisuus	Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvalli- suusriskit
Päivittäiset toiminnot	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
Psyykinen tasapaino	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät
Aistitoiminta	Aistien toimintaan liittyvät osatekijät
Kudoseheys	Lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät
Jatkohoito	Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoi- topaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät
Elämäntapa	Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät
Verenkierto	Eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät
Aineenvaihdunta	Endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään liitty- vät osatekijät

Liite 3: Voimaantumisen, hoitoon sitoutumisen, hoitotuloksen ja terveyden väliset yhteydet Kyngäs, Hentinen 2009

