



**KYS-ervan erikoissairaanhoidon
järjestämissopimus
LIITE 3
Hoitotyö**

Hoitotyö versio 1.1

3.6.2015

Sisällys

1 Hoitotyö.....	3
KYS-ervan hoitotyön tavoitteet.....	3
1.1 Näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen kehittäminen ja yhtenäistäminen	3
1.2 Hoitotyön asiantuntijuus hoidon jatkuvuuden turvaamisessa.....	5
1.3 Hoitotyön potilaslähtöisen toimintaympäristön kehittäminen vuodeosastolla	6
1.4 Leikkauspotilaan hoitoketjun kehittäminen	7
1.5 Ensihoidon, päivystystoiminnan ja tehohoidon jälkeisen hoitotyön kehittäminen	8
1.6 Lääkehoito	8
1.6.1 Farmasian osaajat tiimien jäseniksi	9
1.6.2 Sairaanhoitajan lääkkeenmäärääminen.....	10
1.7 Opiskelijaohjauksen kehittäminen	10
1.8 Henkilöstön saatavuuden turvaaminen ja osaamisen kehittäminen.....	10
1.9 Alueellinen yhteistyö ja palveluohjaus hoitotyön näkökulmasta.....	11
1.10 Henkilöstömitoitus.....	12
1.11 Hoitotyön työn tuottavuuden lisääminen.....	13
1.12 Hoitotyöntekijöiden, asiantuntijoiden ja johtajien työnsisällön seuranta	14
1.12.1 Hoitohenkilöstön työajan sisällön seuranta	14
1.12.2 Hoitotyön johtajien ja lähiesimiesten työajan sisällön seuranta	14
1.13 Asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen – asiakasraati- ja kokemusasiatuntijatoiminta	15
1.14 Hoitotyön kirjaaminen	16

3.6.2015

1 Hoitotyö

Laatijat: Merja Miettinen, Kaija Heikura, Senja Kuiri, Johanna Bjerregård Madsen, Riitta Sipilinen.

KYS-ervan hoitotyön tavoitteet

Terveyttä edistävää ja sairauksia ehkäisevää työtä on osa kaikkea hoitotyötä. Terveyttä edistävän ja sairauksia ehkäisevän työn avulla parannetaan yksilöiden, perheiden ja väestön terveyttä sekä hyvinvointia. Terveiden edistämiseksi käytetään näyttöön perustuvaa tietoa, jonka tiedetään tuottavan myönteisiä terveysvaikutuksia ja jolla on myös kustannusvaikuttavuutta. Näistä esimerkkeinä ovat mm. kuntouttava työote, liikunnan lisääminen, ravitsemuksen terveellisyys, painonhallinnan ja tupakoimattomuuden edistäminen, lääkehoidon ohjaus sekä alkoholin käytön vähentäminen. Tätä tietoa on käytettävä asiakastyössä riittävästi.

Tässä esitetyillä (1 - 9) toimenpiteillä edistetään hoitotyön tuottavuutta osana organisaatioiden kokonaistuottavuutta. Kuviossa 1 esitetään kansallinen malli käytäntöjen yhtenäistämiseksi. Mallia käytetään käytäntöjen yhtenäistämisen esimerkkinä KYS-ervalla.

1.1 Näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen kehittäminen ja yhtenäistäminen

Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on antaa asiakkaille/potilaille parasta mahdollista, vaikuttavaa hoitoa. Yhtenäistetyt käytännöt ja hoitoprotokollat sekä standardoidut toimintatavat parantavat hoidon laatua. Näyttöön perustuva toiminta on parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon harkittua käyttöä asiakkaan/potilaan hoidossa sekä hänen läheistensä huomioon ottamisessa. Tavoitteena on vastata hoidon tarpeeseen käyttäen vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä yhtenäistetään henkilöstön toimintaa niin, että samassa tilanteessa oleva asiakas/potilas saa samantasoista hoitoa ja palvelua. Se lisää myös toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta sekä henkilöstön osaamista.

Näyttöön perustuvan hoitotyön edellytyksenä on, että tutkimus- ja seuranta-tietoa on tuotettu hoitotyöstä, tuotettu tieto on käyttökelpoista ja sitä on helppoa saada saatavilla toimintayksiköissä. Oleellista on, että hoitohenkilöstöllä on käytössään tarvittavat taidot tiedon hakemiseen ja he osaavat hyödyntää näyttöön perustuvia hoito- ja hoitotyön suosituksia ja niihin perustuvia hoito-ohjeita. Ajantasaisen tiedon saatavuutta ja käyttöä tukevat tietojärjestelmät, internet-yhteydet ja alan julkaisut. Ervalla hoitotieteellinen tutkimus, johtaminen ja koulutus luovat edellytykset näyttöön perustuvalla toiminnalla seuraavasti:

Hoitotyön johtaja varmistaa työntekijöiden osaamisen ja toimintakäytäntöjen yhtenäisyyden, vastaa vaikuttavien toimintatapojen ja menetelmien käytöstä sekä perustaa myös omat päätöksensä parhaaseen mahdolliseen

3.6.2015

näyttöön. Hoitotyön johtajien vastuulla on luoda näyttöön perustuvaa toimintaa tukeva ja yhtenäisiä käytäntöjä edistävä toimintapolitiikka ja -kulttuuri. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämistä tuetaan ottamalla käyttöön asiantuntijarakenteita, jotka tukevat näyttöön perustuvan toiminnan kehittämistä. Asiantuntijarakenteet on kuvattu sosiaali- ja terveysministeriön suosituksessa Julkaisuja 2009/18, sivut 59 – 60.

Koulutus antaa henkilöstölle valmiudet näyttöön perustuvaan toimintaan. Lisäksi näyttöön perustuvaa toimintaa voidaan vahvistaa säännöllisen työpajatoiminnan avulla. Näyttöön perustuva toiminta on tärkeää myös koulutuksen ja opetuksen kehittämisessä ja opiskelijaohjauksessa. Tutkimustietoa tuotetaan vaikuttavista toimintatavoista ja –menetelmistä sekä niiden hyödyntämisestä käytännössä, johtamisessa ja koulutuksessa.

Näyttöön perustuvan toiminnan arviointi – toimivatko kaikki toiminta- ja työyksikössä sovittujen periaatteiden mukaisesti – on toimeenpanoprosessin olennainen osa.

Kuvio 1. Malli käytäntöjen yhtenäistämistä eri tasoilla

Sisällöt	Kansallinen taso	Alueellinen taso	Toiminta- ja työyksikön taso	Hoitotyöntekijä	
Tiedon tuottaminen, välittäminen ja käyttöönotto	<i>Sovitaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • tiivistetyn tiedon tuottamisesta (suositukset ym.) • tutkimuksen painopistealueista • hyvien käytäntöjen tunnistamisesta ja arvioimisesta • tietokantojen, portaalien käytöstä ja ylläpidosta • asiantuntijapankin perustamisesta ja ylläpidosta 	<i>Sovitaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • menettelyistä tiivistetyn tiedon saamiseksi ja hyödyntämiseksi, kehittämishaasteiden tunnistamiseksi ja hyvien käytäntöjen kehittämiseksi • alueellisesta verkostoitumisesta • tiedon välittämisen kanavista 	<i>Osallistutaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • asiantuntijaverkostoihin <i>Varmistetaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • tiedon välittämisen toimivuus • tiivistetyn tiedon saatavuus <i>Tuetaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • tiivistetyn tiedon ja hyvien käytäntöjen käyttöä ja levittämistä 	<ul style="list-style-type: none"> • tiedon välittämiseen luotujen kanavien seuranta • yhtenäisten käytäntöjen sisäistäminen • tiedon hyödyntäminen 	V a i k u t t a v a t
Käytäntöjen yhtenäistäminen	<i>Tuetaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • tiedon tiivistämistä (esim. suositukset, katsaukset) • tutkimusta ja koulutusta • kehittämishankkeita • käytäntöjen yhtenäisyyden seurantaa ja arviointia 	<i>Sovitaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • käytäntöjen yhtenäistämisen menettelyistä ja vastuista • suositusten käyttöönnotosta • hoitoketjujen kehittämisestä • käytäntöjen yhtenäisyyden seurannasta ja arvioinnista 	<i>Sovitaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • yhtenäisistä käytännöistä ja niiden kehittämisestä • käytäntöjen yhtenäisyyden seurannasta ja arvioinnista <i>Osallistutaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • kehittämishankkeisiin • vertailutiedon hyödyntämiseen 	<ul style="list-style-type: none"> • toiminta yhtenäisten käytäntöjen mukaan • hoidon vaikutusten arviointi (esim. rakenteinen kirjaaminen) • osallistuminen käytäntöjen yhtenäisyyden arviointiin 	y h t e n ä i s e t
Osaamisen varmistaminen	<i>Sovitaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisvaatimuksista • kansallisista tukirakenteista osaamisen vahvistamiseksi • asiantuntijarakenteista 	<i>Sovitaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • näyttöön perustuvan hoitotyön edellyttämän asiantuntijuuden vahvistamisesta • täydennyskoulutuskäytännöistä alueen koulutus- ja tutkimusorganisaatioiden kanssa 	<i>Sovitaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • henkilöstön osaamisen arviointikäytännöistä • asiantuntijuuden vahvistamisesta • perehdytys- ja täydennyskoulutuskäytännöistä paikallisten koulutusorganisaatioiden kanssa 	<ul style="list-style-type: none"> • oman asiantuntijuuden ylläpitäminen ja kehittäminen • oman osaamisen arviointi 	k ä y t ä n n ö t

Kuvion lähde: Eri tahojen vastuut näyttöön perustuvien, yhtenäisten käytäntöjen kehittämisessä (Holopainen ym. 2009). Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön, Toimintaohjelma 2009 – 2011 Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja

3.6.2015

2009:18.

1.2 Hoitotyön asiantuntijuus hoidon jatkuvuuden turvaamisessa

Terveysalan ammatillinen koulutus ja ammatillinen lyhyt- tai pitkäkestoinen täydennyskoulutus tai tutkintoa täydentävät opinnot mahdollistavat hoitajien työn kehittämisen yhä asiakaslähtöisempään toimintamalliin. Tavoitteena on, että potilaat saavat laadukasta hoitoa, henkilöstön työtehtävät on järjestetty tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja ammattiryhmien välisen yhteistyön ja osaamisen näkökulmasta. Asiakaslähtöisyyttä kehitetään vastaamaan asiakkaiden tarpeita ja yhtenäistämällä hoitotyön toimintaa.

Hoitotyön toiminnan kehittäminen edellyttää työnjakoa/tehtäväsiirtoja lääkäreiden/hammaslääkäreiden ja ammattikorkeakoulu-/opistotasoisten ammattiryhmien välillä, koulutetun hoitohenkilöstön kesken ja hoitohenkilöstön ja avustavan henkilöstön välillä. Hyviä esimerkkejä terveydenhuollon henkilöstön tehtävien ja työnjaon uudistamisesta ovat kroonisten kansansairauksien hoidossa toimivat astma-, diabetes-, reuma- ja verenpainepotilaiden hoitajien vastaanotot ja lääkäri-hoitaja – työparityömalli. Tehtävä- ja työnjako edellyttävät uuden tehtävän osaamisen ja lisäkoulutustarpeen arviointia. Työnantajan on huolehdittava perehdyttämisestä uusiin tehtäviin ja tarvittaessa ammatillisen lyhyt- tai pitkäkestoisen täydennyskoulutuksen järjestämisestä.

Hoitotyön asiantuntijuutta hyödynnetään käytäntöjen yhtenäistämiseksi alueellisesti. Asiantuntijahoitajat toimivat yhteistyössä potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Näin yhtenäistetään hoitoketjun osapuolten toiminta ja taataan potilaalle laadukas ja tutkittuun näyttöön perustuva hoito.

Hoitohenkilöstön työpanos ja ammatillinen osaaminen tulee kohdistua potilaiden / asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Tulee olla käytössä laaja-alainen hoitajien itsenäinen vastaanottotoiminta, jossa huomioidaan koko potilaan hoitoketju.

Hoitotyön asiantuntijarakenteessa varmistetaan, että on riittävästi asiantuntijoita yleisimpiin kansansairauksiin (diabetes, sydäntaudit, reuma, syöpä) ja myös erityisosaamista riskien tunnistamiseen ja yhdenmukaiseen hoitamiseen (kipu, painehaava, kaatumiset jne.)

Hoitajien itsenäistä vastaanottoa lisätään erityisesti erikoissairaanhoidossa ja päivystyksessä. Vastaanottotoimintaa kehitetään yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa, osana potilaiden hoitoketjua.

Esimerkiksi Keski-Suomessa alueella perusterveydenhuollon terveyskeskuksissa on aloitettu fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminta tuki- ja liikuntaelinten sairauksien tutkimiseksi ja hoitamiseksi konservatiivisin kei-

3.6.2015

noin. Toiminnan organisoimisesta ja fysioterapeuttien osaamisen varmistamisesta vastaa sairaanhoitopiirin fysiatrian yksikkö / kliinisen fysioterapi-
an asiantuntija.

Näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja hoitotyön asiantuntijuutta tuetaan otta-
malla käyttöön asiantuntijarakenteita. Nämä tukevat näyttöön perustuvan
toiminnan edistämistä, toimintatapojen yhtenäistämistä, hoitajavastaanotto-
toimintaa, työparityöskentelyä sekä muuta kehittämistä. Asiantuntijuuden
käyttöönottoa tukee ja ohjaa kansallinen malli näyttöön perustuvan toimin-
nan asiantuntijuudesta (kuvio 2).

Kuvio 2. Asiantuntijuus näyttöön perustuvassa toiminnassa

Asiantunti- juuden tyypit	Kliinisessä hoitotyössä toimivat hoitajat	Kliinisesti erikois- tuneet hoitajat	Kliinisen hoitotyön asiantuntijat	Kliinisen hoitotieteen asiantuntijat
Osaamisen tavoite	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen hoitotyön osaaminen työyksikössä Tiedon soveltamisen osaaminen Työ- ja toimintayksikön tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen hoitotyön osaaminen työyksikössä ja erityisosaamista Tiedon soveltamis- ja kehittämisosaaminen Työ- ja toimintayksikön tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen hoitotyön ja kehittämisosaaminen toimialalla Tutkimus- ja johtamisosaaminen Palvelujärjestelmän tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen hoitotyön sekä tutkimus- ja kehittämisosaaminen Johtamisosaaminen Kansallisen ja kansainvälisten palvelujärjestelmän tuntemus Kansainvälisen yhteistyön osaaminen
Osaamisen painotus	<ul style="list-style-type: none"> Tutkimuksen ja kehittämisen osaaminen sekä näiden johtamisen osaaminen Tiedon tuottaminen ja levittäminen toimintayksikössä ja alueilla 			
Toiminta näyttöön perustuvien (NP) käytäntöjen käyttöön- otossa	<p>NP-tiedon käyttö ja soveltaminen hoidossa</p> <p>Asiantuntemuksen ajantasalla pitäminen ja syventäminen</p>	<p>NP-tiedon käyttö ja soveltaminen omalla erikoisalalla</p> <p>NP-käytäntöjen käyttöönoton ohjaus ja tuki työyksikössä</p> <p>Asiantuntemuksen ajantasalla pitäminen ja syventäminen</p> <p>Tiedon levittäminen</p>	<p>Tieteellisen tiedon soveltaminen</p> <p>Käytäntöjen yhtenäistäminen toimintayksiköissä ja alueella</p> <p>NP-käytäntöjen kehittäminen, käyttöönoton tuki</p> <p>Tiedon hakeminen, levittäminen ja käytön seuraaminen</p> <p>Asiantuntijuuden kehittymisen tuki</p> <p>Kansallisen ja kansainvälisen kehityksen seuraaminen</p>	<p>Hoitotyön suositusten laatiminen</p> <p>Arviointimenetelmien kehittäminen, interventio-, vaikuttavuustutkimus, hyvien/NP käytäntöjen toimeenpanon arviointi</p> <p>Kehittämisen ja tutkimushankkeiden johtaminen</p> <p>Asiantuntijuuden ja johtamisen kehittymisen tuki</p> <p>Kansallisen ja kansainvälisen kehityksen seuraaminen</p>

1.3 Hoitotyön potilaslähtöisen toimintaympäristön kehittäminen vuodeosastolla

Tulevaisuudessa hoitotyötä tehdään tehokkaammin ja laadukkaammin vähemmällä resursseilla. Keskeistä ovat hoitotyön tulokset ja vaikuttavuus.

3.6.2015

Hoitohenkilöstön työ keskitetään potilaan hoitoon ja välillistä hoitotyötä vähennetään. Hoitotyö on yksilöllistä ja tarpeenmukaista ja siinä huomioidaan myös potilaan perhe ja läheiset.

Uudistuvassa toimintaympäristössä hoitotyön toiminnot ovat sujuvia ja joustavia. Toiminnoissa on kiinnitetty erityistä huomiota potilaslähtöisiin prosesseihin, potilasta hyödyttäviin toimintoihin. Potilaslähtöisissä prosesseissa on karsittu pois potilaalle lisäarvoa tuottamaton toiminta, kuten odottaminen tai etsiminen. Prosessien potilaslähtöinen tehostaminen ja hukka-ajan karsiminen toiminnoista liittyy Lean-ajattelun mukaiseen toiminnan kehittämiseen.

Lean-ajattelun mukaan hoitotyön toimintojen kehittäminen alkaa hoitotyön nykytilan kartoituksella, jossa kerätään tietoa hoitotyön tämän hetkisestä toiminnasta ja sisällöstä. Tiedon kerääminen voi toteutua esim. työajanseurantatutkimuksella, jossa tutkittavat hoitotyön toiminnot on jaettu potilaan hoidon kannalta lisäarvoa tuottavaan hoitotyöhön, tarpeelliseen toimintaan (jolla ei ole välitöntä lisäarvoa potilaalle) ja potilaalle lisäarvoa tuottamattomaan työhön. Tällä tavoin saadaan tietoa hoitohenkilöstön työajan jakautumisesta näihin toimintoihin ja mihin toimintoihin kehittäminen tulevaisuudessa kohdennetaan. Keskeisenä kehittämisen tavoitteena on hoitotyön kohdentaminen lisäarvoa tuottavaan työhön ja hoitohenkilöstön työajan minimointi lisäarvoa tuottamattomassa työssä. Tarkastelun kohteeksi nousevat myös hoitotyön resurssien organisointi, kuten yksikössä käytettävä hoitotyön toimintamalli ja työnjako eri ammattiryhmien kesken.

Potilaan hoidon kannalta joustavat ja heitä hyödyttävät hoitoprosessit vaativat yhteistyötä ja yhteistä kehittämistä sekä arviointia kaikilta potilaan hoitoon osallistuvilta ammattiryhmiltä. Kehittämistoiminnassa ovat keskeisessä asemassa käytännön työntekijät, joilla on paras tieto työnsä sisällöstä ja jotka osaavat sitä parhaiten kehittää. Tämä on mahdollista toteuttaa moniammatillisessa ”innovaatiotyöryhmässä”, jossa on mukana yksikön henkilökuntaa, kuten lääkäreitä, osastonsihteereitä, sairaan-, perus- ja mielen-terveyshoitajia, varahenkilöstöä, puhtauspalveluiden työnjohtajia sekä ammattijärjestöjen edustajia. Nämä ryhmät päättävät yksiköstä kerätyn, näyttöön perustuvan tiedon pohjalta niistä toiminnoista, joita yksikössä kehitetään yhdessä henkilöstön ja hoitotyön johtajien kanssa.

Hoitotyön johtajat ovat vastuussa toiminnan kehittämisestä ja henkilöstön osallistamisesta siihen. He ovat vastuussa hoitotyön resurssien kohdentamisesta potilaan hoitoon keskeisesti liittyviin toimintoihin ja potilasta hyödyntävien hoitotyön toimintamallien käyttöönotosta.

1.4 Leikkauspotilaan hoitoketjun kehittäminen

Leiko -toiminta vaikuttaa leikkauksiin tulevien, vuodeosastohoitoa vaativien potilaiden hoitoprosesseihin. Hoitotyön osalta leiko -toiminnassa hyvin keskeistä on potilaan ohjaaminen leikkaukseen valmistautumisessa. Potilaan ohjaaminen tapahtuu potilaan poliklinikakäynnillä ennen leikkausta ja/tai

3.6.2015

hoitajan yhteydenotolla puhelimitse leikkausta edeltävänä päivänä. Leikkaukseen ja siihen valmistautumiseen liittyviä asioita. Leiko -toiminta vähentää vuodeosastojen kuormitusta leikkaukseen tulevien potilaiden valmistelujen ja leikkaukseen viennin osalta ja siten vuodeosastojen henkilökunta keskittyy leikkattujen ja muiden vuodeosastohoitoa vaativien potilaiden hoitoon.

Leiko -toiminnan kehittäminen ervalla hoitotyön osalta keskittyy erityisesti näyttöön perustuvaan potilaan ohjaamisen kehittämiseen sekä myös leikkauspotilaan hoitoprosessien muutoksen myötä hoitotyön resurssien tarkasteluun näyttöön perustuen.

1.5 Ensihoidon, päivystystoiminnan ja tehohoidon jälkeisen hoitotyön kehittäminen

Hoitotyön toimintojen kehittämistä ensihoidossa ja päivystystoiminnassa ohjaa potilas- ja asiakaskeskeisyys sekä avohoitopainotteisuus. Potilaiden hoito on kokonaisuus, jossa korostuu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen toiminnan saumattomuus. Erikoissairaanhoidon osuuden potilaan kokonaisuhoitosta tulee olla mahdollisimman lyhytkestoista ja avohoitopainotteista.

Hoidon porrastusta ja päivystysalueen toimintaa kehitetään mm. puhelinneuvonnalla ja takaisinsoittopalvelulla. Keskeisenä kehittämiskohteena on myös kotiutuskäytäntöjen edistäminen ja selkeyttäminen. Lisäksi on kehitettävä päivystystoimintaa liittyvää lääkehoitoa, kuntouttavaa työtettä sekä vanhuspotilaiden hoito- ja hoivatyötä.

Tehohoito on Suomessa tutkitusti vaikuttavaa hoitoa. Kansainvälisesti arviotuna tehohoito on erinomaisella tasolla. Kehittämistä tarvitaan vaativien tarkkailu-, valvonta- ja vuodeosastohoidon potilaiden hoidossa. Henkilöstön valmiuksia tunnistaa kriittisesti sairaan potilaan oireita, tutkia, arvioida ja hoitaa niitä on lisättävä. Tehohoidon jälkeinen kuolleisuus on maassamme kuitenkin esimerkiksi vaikeissa infektioissa huomattavan suurta, ja tehohoidon avulla saatu etu tavallaan menetetään. Tästä syystä tehohoidon aikaisista ja jälkeistä kuntouttavaa hoitotyötä on kehitettävä voimakkaasti. Lisäksi on arvioitava tehohoidon moniammatillisen jälkipoliklinikkatoiminnan tarve. Sen tavoitteena on parantaa tehohoidon jälkeistä elämänlaatua, jossa on tutkimuksellisesti todettu olevan ongelmia."

1.6 Lääkehoito

Turvallinen lääkehoidon toteuttaminen käsitetään laajaksi kokonaisuudeksi, johon kuuluvat organisaatio- ja yksikkökohtaiset lääkehoitosuunnitelmat, lääkehoidon toteuttamiseen vaadittavat määräaikaiset luvat sekä lääkehoidon turvallisuutta vaarantavien tapahtumien säännöllinen seuranta (HaiPro).

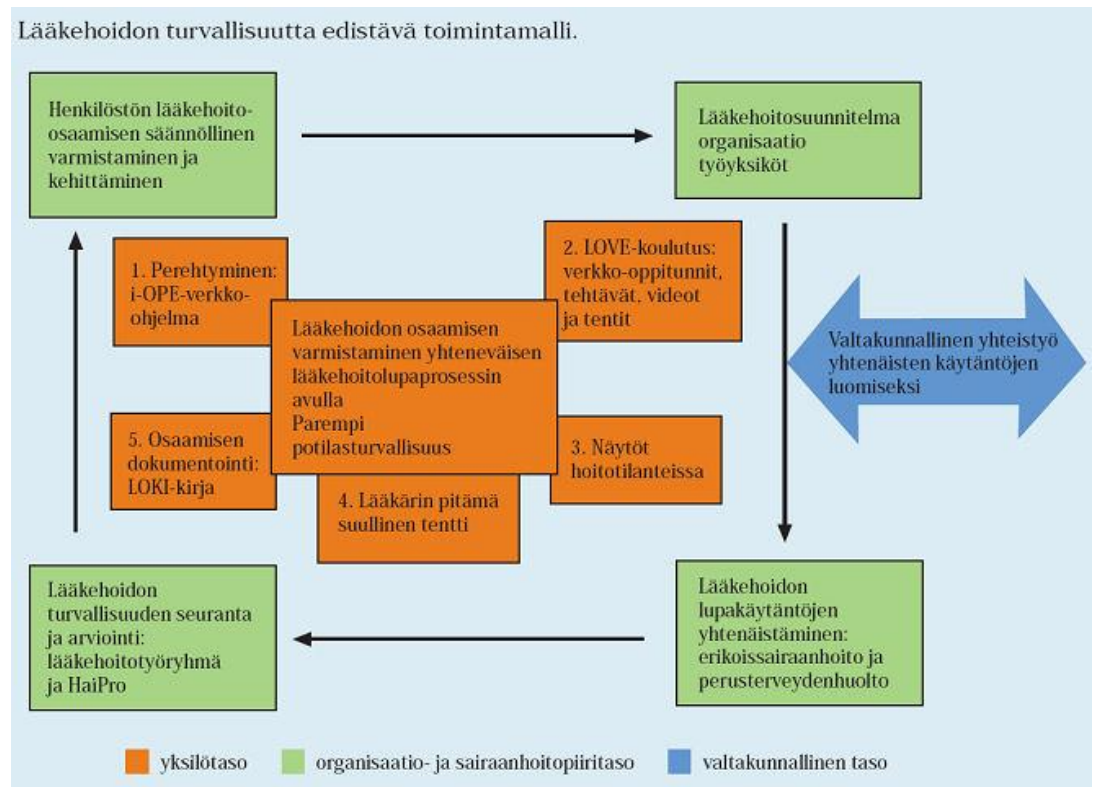
Organisaatioiden lääkehoitosuunnitelmat päivitetään THL:n uuden Turvalli-

3.6.2015

nen lääkehoito-opaan (julk. kevät 2015) mukaisesti. Lisäksi suunnitelmissa huomioidaan STM:n Lääkepolitiikka 2020, jossa painotetaan lääkehuollon vaikuttavuutta ja turvallisuutta.

Ervan sairaaloissa kuvataan lääkehoidon turvallisuutta edistävä toimintamalli (kuvio 3, KYSin malli).

Kuvio 3. Lääkehoidon turvallisuutta edistävä toimintamalli



1.6.1 Farmasian osaajat tiimien jäseniksi

Lääkehoidon turvallisuutta, sujuvuutta ja vaikuttavuutta parannetaan yhteinäistämällä toimintatapoja yksiköiden välillä. Tekniikkaa hyödyntämällä voidaan lisätä koneellista lääkkeiden jakelua. Se on turvallista ja virheetöntä. Turvallisuutta lisäävät lääkehoidon tarkastukset ja konsultaatiot, joiden tekemisessä proviisorit ja farmaseutit ovat asiantuntijoita.

Meiltä Suomesta puuttuu perinne siitä, että farmaseuttien ja proviisorien lääkeasiantuntijuutta käytetään laajasti sekä että heidät hyväksytään osaksi hoitotiimiä. Ervalla on tavoitteena lisätä farmaseuttien ja proviisorien työpanosta lääkehoidon tarkastuksissa ja konsultaatioissa, vaikutusten seurannassa, lääkeneuvonnassa ja monilääkittyjen potilaiden lääkityksen arvioinnissa. Näillä kaikilla parannetaan lääketurvallisuutta. Mainituilla tavoilla

3.6.2015

voidaan myös systemoida potilaan lääkeneuvontaa ja parantaa tiedonkulkua.

1.6.2 Sairaanhoitajan lääkkeenmääräminen

Sairaanhoitajan lääkkeenmääräminen on uusi itsenäinen perusterveydenhuollon vastaanottohoitotyön tehtävä. Lääkkeenmääräämislisäkoulutus (45 op) tuottaa sairaanhoitajan lääkkeenmäärämisessä tarvittavan osaamisen valtioneuvoston asetuksen (1089/2010) mukaisesti. Koulutus antaa sairaanhoitajalle, sairaanhoitajana laillistetulle terveydenhoitajalle ja kättilölle valmiudet määrätä käytettäviä lääkkeitä hoitamilleen potilaille.

Sairaanhoitajalla on vastuu omasta toiminnastaan. Vastuu rajoittuu omaan osuuteen potilaan hoidosta. Sairaanhoitaja toimii hoitosuunnitelman mukaisesti, kirjallisen tehtäväkuvan puitteissa tuntien oman ammattitaitonsa rajat. Tarvittaessa sairaanhoitaja konsultoi tai lähettää potilaan lääkärille. Sairaanhoitajan vastuulla on oman ammattitaitonsa ja ajantasaisen osaamisensa ylläpitäminen ja täydentäminen.

Erityisvastuualueen hoitotyön toimintaohjelmassa tuetaan perusterveydenhuollon toimintayksiköiden ja yhteispäivystysten toimintamallien kehittämistä siten, että tuetaan hoitotyön tekijöitä hakeutumaan sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisen lisäkoulutukseen ja tätä kautta uusiin, itsenäisiin hoitajavastaanottoihin moniammatillisessa yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa.

1.7 Opiskelijaohjauksen kehittäminen

Työelämän ja oppilaitosten yhteisten verkostojen sekä opiskelijaohjauksen keskeisenä tavoitteena on varmistaa osaavan henkilöstön saatavuus nyt ja tulevaisuudessa. KYS-ervalla on yhtenäiset kriteerit laadukkaana opiskelijaohjauksen toteuttamiseksi, jonka yhtenä tavoitteena on myös turvata potilaan hyvä hoito. Kansallisiin suosituksiin perustuvan ohjaajakoulutuksen avulla yhtenäistetään opiskelijoiden ohjaukäytänteitä sekä kehitetään ohjausosaamista KYS-ervalla. Koulutusta kehitetään toteutettavaksi moniammatillisesti erilaisissa oppimisympäristöissä.

Opiskelijaohjauksen laadun arvioinnin mittari (CLES+T) on käytössä kaikissa erivan sairaanhoitopiireissä ja siten mahdollistaa säännöllisen opiskelija-palautteen ja vertailutiedon hyödyntämisen kansallisesti ja eri yksiköiden välillä. Hoitotyön opetuksen järjestämiseksi hoitotyössä tarvitaan hoitotyön klinisiä opettajia. Tavoitteena on, että jokaisessa organisaatiossa työskentelee klininen opettaja.

1.8 Henkilöstön saatavuuden turvaaminen ja osaamisen kehittäminen

Hoitohenkilöstön ikääntyminen, eläkepoistuman vauhdittuminen ja samanaikaisesti työvoimapotentialin väheneminen, työhön liittyvien asenteiden muuttuminen ja osaamisvaateiden lisääntyminen mm. muuttuvien toiminta-

3.6.2015

prosessien vuoksi tuovat haasteita hoitohenkilöstön saatavuuteen ja osaamiseen. Edellisen lisäksi tutkimuksissa on todettu vastavalmistuneiden sairaanhoitajien lähtöhalukkuus työskentely yksiköstä, organisaatiosta ja alalta. Sairaanhoitajaliiton tekemän työolobarometrikyselyn tulosten perusteella jopa 4. vastavalmistunut miettii vakavasti uravaihtoa.

Henkilöstön saatavuus ja riittävyys turvataan työvoimatarpeiden ennakkoinnilla ja työssä jatkamisen ja vastavalmistuneiden sairaanhoitajien tukemisella. KYS-ervalla on meneillään työhyvinvoinnin tukemiseen tähtäviä kehittämishankkeita hoitotyössä, joissa paneudutaan esimerkiksi työolosuhteiden ja joustavien työaikojen kehittämiseen. Työvoimatarpeen ennakkointia tarkistetaan vuosittain ja edistetään ulkomaalaistaustaisten sijoittumista hoitotyöhön mm. koulutuksen ja perehdytyksen kautta. Henkilöstön riittävyyden turvaaminen hoitotyöhön edellyttää myös ammattiryhmien välisen työnjaon selkiyttämistä sekä ervan yhteisillä indikaattoreilla toteutettua hoitotyön henkilöstömitoituksen arviointia suhteessa hoidon tuloksiin.

Riittävän osaamisen lähtökohtana on, että jokaisella hoitotyössä olevalla on ammattitutkinto. Henkilöstön osaamisen varmistamisessa käytetään kaikkia niitä henkilöstöjohtamisen toimenpiteitä, joilla sovitetaan yhteen tehtävien vaatimuksia ja henkilöstön osaamista. Tavoitteena on henkilöstön työsuorituksen parantaminen. Keskeisiä tässä ovat johtamisen ja esimiestyön kehittäminen sekä osaamisen johtaminen. Osaamisen johtamisessa tunnustetaan ja hyödynnetään monipuolisesti erilaisia menetelmiä ja käytäntöjä henkilöstön osaamisen kehittämisessä ja uralla etenemisessä.

Osaavan henkilöstön saatavuuden ja pysyvyyden turvaamiseksi edistetään organisaatioiden sisällä järjestelmiä, joissa henkilöstö pääsee kehittämään itseään ja käyttämään laaja-alaisesti omaa osaamistaan. Tämä tukee myös työhyvinvointia, kun henkilöstö pääsee kehittämään itseään. Vahvistetaan henkilöstön liikkuvuutta varahenkilöstöjärjestelmän ja lainahoitajamallin avulla, kannustetaan henkilöstöä liikkuvuuteen.

1.9 Alueellinen yhteistyö ja palveluohjaus hoitotyön näkökulmasta

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakentamiseen kohdistuvassa uudistuksessa haetaan potilaskeskeisiä, uudenlaisia toimintakonsepteja. Tarkastelukulmana on potilaan hoitoketju. Uudistuksessa keskeisenä on palvelujen yhteensovittaminen, joka käytännössä tarkoittaa palveluohjausta.

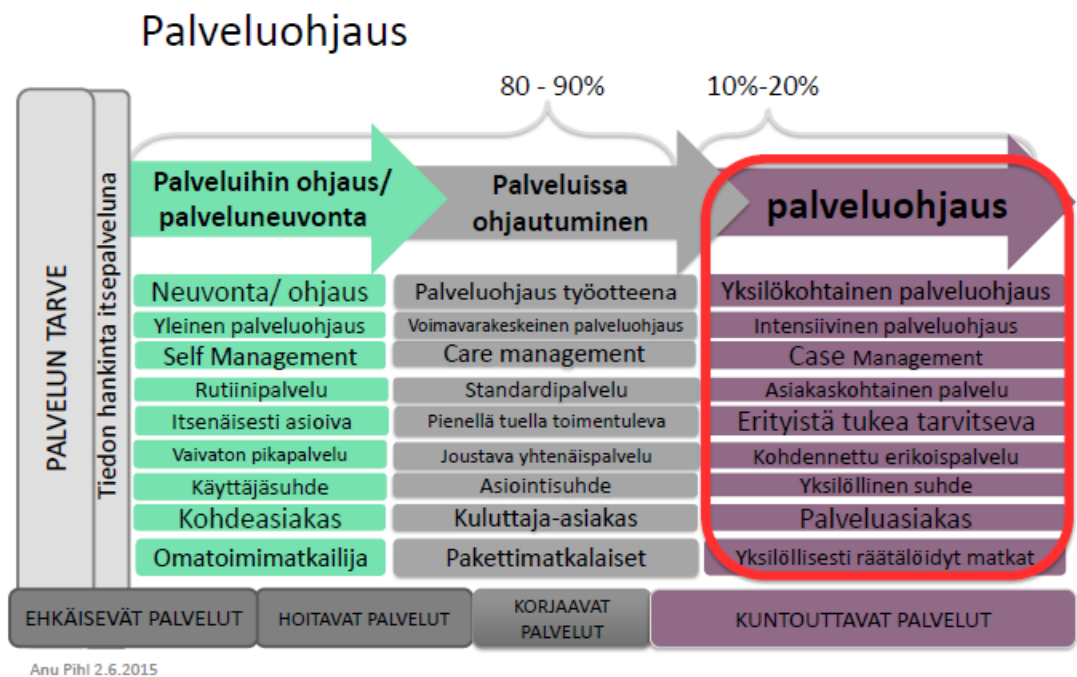
Tiedetään esimerkiksi, että 10 % väestöstä käyttää jopa 80 % kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menoista. Tiedetään myös, että palveluiden suurkäyttäjistä yli 90 % käyttää useampaa kuin yhtä palvelua ja heistä puolet käyttää neljää tai useampaa erityyppistä palvelua. Perinteinen siiloutuneisiin erikoistuneisiin palveluihin perustuva palvelujärjestelmä palvelee heikosti valtaosan kustannuksista aiheuttavia asukkaita. Hoitotyön toimintamallissa alueellinen yhteistyö on huomioitu esim. itsenäisen vastaanotto-toiminnan kehittämistyössä ja haasteena on ulottaa ohjauskäytännöt suoraan väestölle. Esimerkkinä matalan kynnyksen toimintamallit, nettihoitaja-

3.6.2015

vastaanotot jne. Potilasohjaus on merkittävä hoitotyön ydintoiminto. Asiakasvastaavamalli, jossa hoitaja vastaa monisairaana, paljon palveluita käyttävän potilaan / asiakkaan hoidon kokonaisuudesta ja tarvittaessa konsultoi lääkärinä.

Alla on palveluohjauskokonaisuuden hahmottamiseksi Keski-Suomen Sote2020-hankkeen palveluohjaustyöryhmän näkemys kokonaisuudesta.

Kuvio 4. Keski-Suomen SOTE2020 –hankkeen palveluohjaustyöryhmän näkemys kokonaisuudesta



1.10 Henkilöstömitoitus

Henkilöstömitoitus tarkoittaa sitä, että riittävät tiedot ja taidot omaava henkilöstö tuottaa määrältään ja laadultaan tarkoituksenmukaiset hoitotyön palvelut suurimmalle mahdolliselle määrälle potilaita tai asiakkaita, kustannustehokkaimmin ja inhimillisesti vaikuttavimmalla tavalla (Partanen, 2002). Hoitotyön henkilöstömitoitus on yhteydessä turvalliseen potilashoittoon, henkilöstön työtyytyväisyyteen ja pysyvyyteen. Systemaattisen kirjallisuuskatsausten mukaan riittävä hoitohenkilöstö ja sairaanhoitajapainotteisuus vähentävät sairaalakuolemia, komplikaatioihin menehtymisiä ja lyhentävät hoitajakson kestoa (Kane ym. 2007, Duffield ym. 2007). Hoitohenkilöstön mitoitus on perusta hyvälle ja laadukkaalle hoitotyölle ja se mahdollistaa potilaille tasa-arvoisen mahdollisuuden hyvään ja vaikuttavaan hoitoon. Mittari kuvaa potilaiden ja henkilöstön välistä suhdetta, mitoituksen lähtökohdina on toiminta ja potilaiden tai asiakkaiden hoidon tarve. Henkilöstömitoitus ei perustu sairaansija – ajatteluun, kuten ennen.

3.6.2015

Ervan sairaalat mitoittavat hoitohenkilöstön tarkoituksenmukaiseksi omista sairaaloissaan ja yksiköissään sekä aina kun toiminnallisia muutoksia tapahtuu, joilla on vaikutusta hoitohenkilöstövoimavarojen hallintaan. Tavoitteena on ajantasainen henkilöstömitoitus, jonka avulla voidaan mitoittaa henkilöstötarvetta myös jokaisessa työvuorossa. Henkilöstömitoitukseen suunniteltua työkalua käytetään aktiivisesti. Henkilöstömitoitusta kuvaavan mittarin yhtenä osana hyödynnetään Rafaela® – hoitoisuusluokittelussa saatuja tietoja, hoitoisuudeltaan hoitoisempien potilaiden ja asiakkaiden osalta (IV ja V luokan potilaat). Rafaela® on hoitotyön kuormittavuutta kuvaava kansallinen mittari. Se mahdollistaa hoitotyön kuormittavuuden johtamisen tasaisemmin. Hoitoisuuskuormitus (hoitoisuus/hoitaja) mahdollistaa henkilöstöressurssien tasaamista potilaiden ja asiakkaiden tarpeiden ja hoitoisuuden mukaan.

Potilaiden hoidon tarve voidaan arvioida RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla, jonka sisältämien mittareiden avulla määritetään kunkin potilaan toteutunut hoitotyön määrä. Potilaiden hoitoisuus kirjataan mittarin avulla kuudelta eri hoitotyön osa-alueelta potilastietojärjestelmään. Hoitoisuusluokitusmittareita on kehitetty eri hoitotyön ympäristöihin. Vuodeosastoilla on käytössä OPCq -mittari, poliklinikoilla sekä tutkimus- ja toimenpideyksiköissä POLIHOIq -mittari, psykiatrian vuodeosastoilla PPCq -mittari, sädehoitotyössä SÄDEHOIq -mittari sekä perioperatiivisessa hoitotyössä PERIHOIq -mittari. RAFAELA™ -järjestelmä on monipuolisesti tieteellisesti validoitu ja sen tuottamat tulokset vastaavat myös empiiristä kokemusta hoitotyön kuormituksesta. Yhtenäisellä tavalla tuotetun ja arvioidun hoitoisuustiedon avulla hoitohenkilöstön työpanos voidaan kohdentaa potilaiden hoidon tarpeiden mukaisesti.

1.11 Hoitotyön työn tuottavuuden lisääminen

Ajantasainen ja päivitetty hoitohenkilöstömitoitus mahdollistaa hoitotyön palveluiden tuottamisen tuottavasti ja kustannustehokkaasti, kuitenkin potilaiden ja asiakkaiden hoidon tarpeet huomioiden.

Hoitohenkilöstövoimavarojen johtaminen perustuu tiedolla johtamiseen, strategiseen suunnitteluun ja ennakoivaan johtamiseen. Hoitohenkilöstön työpanosta johdetaan tuottavasti ja se on käytössä siellä, missä potilaat ja asiakkaat ovat. Henkilöstön liikkuvuutta edistetään siten, että siellä missä ovat potilaat ja asiakkaat, siellä ovat myös hoitajat. Tämä edellyttää jatkuvaa ja joustavaa henkilöstövoimavarojen ja potilaiden ja asiakkaiden hoidon tarpeen arviointia. Arviointi on päivittäistä ja jatkuvaa ja henkilöstön liikuteltavuutta johtaa ja ohjaa hoitotyön lähiesimiehet.

Hoitohenkilöstön työn tuottavuuden edistämiseksi hoitajien työvuorojen aloitus- ja lopetusaikoja tarkennetaan potilas- ja asiakaslähtöisemmäksi. Työvuorojen päällekkäisyyttä puretaan hiljaista raportointia ja sähköisiä potilaskertomustietoja hyödyntäen. Vuorovahvuuksien suunnittelua ohjaa potilaiden ja asiakkaiden välittömät hoidon tarpeet, Rafaela – hoitoisuuskuorma

3.6.2015

sekä tieto välillisestä ja välittömästä hoitotyöstä.

Myös yksikkökohtaisen työn osuus ja tukipalveluiden käytön mahdollisuudet (osastofarmaseutit, hoitologistikot, laitos- ja välinehuolto jne) vaikuttavat siihen, miten hoitajien välitön työaika kohdentuu asiakas- ja potilastyöhön. Hoitotyöntekijöiden välittömän hoitotyön osuuden tulee olla kasvava osuus työstä ja hoitohenkilöstön työajan sisältöä seurataan ja mitoitetaan säännöllisesti.

Äkillisten ja pitkäaikaisten sijaisten käyttö on hyvin suunniteltua, keskitetysti johdettua ja sijaisten käyttö perustuu potilaiden ja asiakkaiden tarpeeseen, ei totuttuun vuorovahvuuteen. Henkilöstön vuosilomat on suunniteltu koko vuoden osalta tasaisesti toiminnan ruuhkahuiput ja hiljaiset hetket huomioiden. Sisäisten sijaisten työpanos on tasaisesti ja vain tarpeen mukaan käytössä.

Hoitohenkilöstön vakanssien määrää ja henkilötyövuosien kehitystä seurataan suhteessa tavoitteisiin (tai) muihin ammattiryhmiin, vakinaisten ja määräaikaisten henkilöiden lukumäärää seurataan suhteessa henkilöstösuunnitelmaan tai strategiaan, lisä – ja ylitöiden määrää seurataan suhteessa työssä jaksamiseen (sairaslomat) sekä hoitohenkilöstön nettotyöpanosta/hoidettu potilas seurataan työn tuottavuuden kuvaamiseksi.

Hoitajien työajan ja tehtävien keskittyessä potilas- ja asiakastyöhön, hoitajien työnkuva mahdollistaa potilaiden ja asiakkaiden aikaisempaa paremman hoidon ja tätä kautta myös hoitajien sitoutuminen ammattiin ja organisaatioon paranee. Hoitohenkilöstön työhyvinvointi kohenee, kun välillisten tehtävien määrä vähenee ja hoidolliset tehtävät vastaavat aikaisempaa paremmin korkeatasoista terveydenhuollon ammattitutkintoa.

1.12 Hoitotyöntekijöiden, asiantuntijoiden ja johtajien työnsisällön seuranta

1.12.1 Hoitohenkilöstön työajan sisällön seuranta

Hoitohenkilöstön työajan sisällön seuranta on ervalla tehty jo pitkään. Hoitajien työajan sisällön seurannassa kuvataan hoitohenkilöstön ajankäytön jakautumista eri toiminnoille. Työajan sisällön seurannassa käytetään itsearviointiin perustuvaa työajan sisällön ja työajan käytön seurantamenetelmää. Ervan hoitohenkilöstön työajansisällön seurannan ohjaamisessa on tavoitteena kasvattaa potilaalle lisäarvoa tuottavan työpanoksen kohdentumista potilaiden hoitoon sekä vähentää välillistä hoitotyötä ja potilaalle arvoa tuottamatonta työtä hoitotyön johtamisen avulla. Työajan sisällön seuranta kuvaa omalta osaltaan hoitohenkilöstön ja tukipalveluja tuottavan henkilöstön työnkuvien ja tehtävänsiirtojen onnistunutta muutosta.

1.12.2 Hoitotyön johtajien ja lähiesimiesten työajan sisällön seuranta

Hoitotyön johtajien ja lähiesimiesten työajan käyttöä ja työprosesseja on tutkittu vähän. Hoitotyön johtajat luovat kuitenkin omalla työllään edellytyk-

3.6.2015

set hyvälle hoitotyölle, sen kehittämiseksi sekä hoitotyön koulutukselle. Hoitotyön johtajien työn sisällön ja työajan käytön tutkimus on tärkeää. Hoitotyön johtajien ja lähiesimiesten työajan käyttöä ja työprosesseja on tutkittu vähän. Tutkimusten mukaan tiedetään, että hoitotyön johtajien työaika on keskittynyt yksikön sisällä tapahtuvan toiminnan päivittäisjohtamiseen (Cadmus & Wisniewska, 2013; Skytt, Ljungren, Sjöden & Carlsson, 2008; Morjikian & Bellack, 2005), josta strategiatyön suunnitelmallisuus, tavoitehakuisuus ja kehittäminen puuttuu lähes kokonaan (Cadmus & Wisniewska, 2013; Arman, Dellve, Wikström & Törnström, 2009; Vuorinen, 2008; Surakka 2008). Hoitotyön johtajien työnkuva on viime vuosikymmeninä muuttunut, jonka vuoksi se edellyttää tarkempaa tietoa hoitotyön johtajien työn sisällöstä ja sen painopistealueista.

Ervalla on meneillään hoitotyön johtajien työntutkimus, joka jatkuu. Hoitotyön johtajien työntutkimuksella saadaan tietoa siitä, mihin hoitotyön johtajien työnsisältö ja toiminnot painottuvat. Työntutkimuksen avulla voidaan kehittää myös hoitotyön johtajien työnsisältöä sekä uudelleen organisoida hoitotyön johtamista vastaamaan aikaisempaa paremmin sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen muutostarpeisiin.

1.13 Asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen – asiakasraati- ja kokemusasiantuntijatoiminta

Hoito- ja hoivatyön kehittäminen asiakaslähtöiseksi edellyttää asiakasnäkökulman ymmärtämistä sekä sitä, että ymmärrämme palvelujen arvon asiakkaalle. Hoito- ja hoivatyön toimintaohjelman yhtenä tärkeänä tavoitteena on asiakkaiden osallisuuden lisääminen hoito- ja palveluprosessien kehittämisessä sekä niiden toimivuuden arvioinnissa. Asiakasosallisuuden lisäämisen edellytyksenä ajantasaisen ja luotettavan, näyttöön perustuvan tiedon jakaminen väestölle ja palvelun käyttäjille.

Lainsäädäntömme (mm. laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, terveydenhuoltolaki 1326/2010 ja laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 980/2012) tukee asiakkaiden ja potilaiden asemaa, korostaa heidän tiedonsaantioikeuttaan ja edellyttää asiakkaiden osallisuuden vahvistamista terveydenhuollon palvelujen käyttäjinä.

Asiakkaiden osallisuuden ja vaikuttamismahdollisuuksien edistämiseksi on useissa terveydenhuollon organisaatioissa käynnistetty kokemusasiantuntijatoiminta ja perustettu asiakasraadit. Tavoitteeksi voidaan määrittellä molempien edellä mainittujen käytäntöjen laajentaminen ja vakiinnuttaminen kaikkiin KYS-ervan sairaanhoitopiireihin.

Asiakasraatitoiminnan avulla vahvistetaan asiakasnäkökulmaa ja lisätään asiakasosallisuutta palvelujen suunnittelussa, kehittämisessä ja arvioinnissa. Asiakasraatiin etsitään ja valitaan jäseniksi asiakkaita/potilaita tai potilasjärjestöjen edustajia, joiden kanssa yhdessä kehitetään toimintaa raatilaisten kokemusten ja näkemysten avulla.

3.6.2015

Kokemusasiantuntijoilla puolestaan on omakohtaista kokemusta eri sairauksista (psykykkisistä tai somaattisista, myös päihdesairauksista) joko niistä itse kärsivänä, toipuneena tai sairastuneen omaisena/läheisenä. He ovat saaneet kokemusasiantuntijatehtävään koulutuksen ja ovat yhdessä terveydenhuollon ja hoitotyön asiantuntijoiden kanssa kehittämässä palvelun käyttäjien tarpeiden tunnistamista ja huomioimista.

Kokemusasiantuntijoita on mahdollisuus hyödyntää jäsenenä erilaisissa työryhmissä, palveluiden arvioinnissa, uuden toiminnan suunnittelussa, hoito- ja palveluketjujen kehittämistyössä, ryhmäohjauksessa (vertaisohjaajana) ammattilaisen työparina ja kokemuskouluttajana jakamassa realistista tietoa heille tutuista sairauksista erilaisilla koulutuspäivillä sekä oppilaitoksissa. Lisäksi kokemusasiantuntijat voivat toimia vertaistukihenkilönä.

Asiakkaiden/potilaiden osallisuuden edistämiseksi ja vahvistamiseksi antaa hyvän perustan organisaatiolle määritelty asiakkuusstrategia. Strategiassa keskeistä tulisi olla näkökulman muuttaminen tuotanto- ja organisaatiolähtöisestä toiminnasta asiakaslähtöiseksi toiminnaksi, missä terveydenhuollon asiantuntijat tukevat asiakasta/potilasta aktiiviseen vaikuttamiseen ja osallistumiseen palvelujen suunnittelussa, kehittämisessä sekä arvioinnissa.

1.14 Hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön lähtökohtana on aina potilaan hyvä hoito. Potilaan hoito on prosessi, johon kuuluu hoidon tarpeen määrittäminen, hoitotyön suunnittelu, toteutus ja arviointi. Olennaista koko prosessissa ovat potilaan tarpeet, hänen oma osallistumisensa ammattilaiselta saadun tiedon ja ohjauksen tuella. Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi tarvitaan yhtenäistä, laadukasta potilaan tarpeista lähtevää hoitotyön kirjaamista. Kaiken perustana on hyvä ja ajantasainen hoitotyön suunnitelma, joka on tehty yhdessä potilaan kanssa ja jota muokataan arvioinnin perusteella tarpeen mukaan.

Hoitotyön kirjaamisen rakenteisuudella tarkoitetaan kansallisen kirjaamismallin mukaista rakennetta, jossa yhdistetään hoitotyön prosessimalli ja FinCC- luokituskokonaisuus hoitotyön kirjaamisessa. Kansallisesti sovittuja hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarpeen määrittäminen, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Hoitotyön sisältö eri prosessivaiheissa kirjataan ydintietojen mukaisesti luokituksia vapaalla tekstillä täydentäen.

Hoitotyön kirjaamisen sisällön yhteisesti sovittu rakenteistaminen mahdollistaa tiedon löytymisen nopeammin ja myös sen hyödyntämisen valtakunnallisesti ja moniammatillisesti potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen. Ammattilaiset ja myös potilas pystyvät hakemaan rakenteisesti tallennettuja tietoja kansallisesta arkistosta. Rakenteisesti kirjattu tieto hyödyntää potilaan kokonaishoidon toteutumista. Se mahdollistaa mm. potilaan terveyskäyttäytymisen arvioinnin ja seurannan ja mahdollistaa siten ohjauksen suuntaamisen yksilöllisemmin.



Rakenteinen kirjaaminen tuottaa tietoa myös toiminnan suunnitteluun ja seuraamiseen, laadun varmistukseen, tilastointiin sekä arviointiin. Sen avulla on mahdollista seurata potilaan hoidon vaikuttavuutta. Laatimalla yhteisiä mallihoitotyön suunnitelmia, jotka perustuvat käypähoitosuositukseen ja näyttöön perustuvaan hoitotyöhön pystytään takaamaan tasapuolisempi hoito kaikille potilaille yksilöllisyyttä unohtamatta.

Hoitotyön kirjaamisen rakenteistamisen seurauksena hoitajalle jää enemmän aikaa potilaalle, kun turhaa päällekkäisyys kirjaamisessa vähentyy. Hoitajan itsenäinen päätöksenteko mahdollistuu, potilaan hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus lisääntyvät. Potilaan oma osallistuminen hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin on mahdollista toteuttaa paremmin.