



**HOITOISUUSLUOKITUKSEN TOTEUTTAMINEN
PSYKIATRISSESSA SAIRAALASSA
-HOITAJIEN ARVIOITA**

Timo Hakala

**Opinnäytetyö
Tammikuu 2008**



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Sosiaali- ja terveysala

Tekijä(t) Timo Hakala	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 52	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi Hoitoisuusluokittelun toteuttaminen psykiatrisessa sairaalassa –hoitajien arvioita		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Oittinen Pirkko		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten hoitajat kokivat hoitoisuusluokituksen merkityksen, luotettavuuden, toimivuuden ja eettisyyden. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitoisuusluokituksen käytöstä psykiatrisessa hoitotyössä.</p> <p>Tutkimus oli laadullinen. Aineisto kerättiin psykiatrisen sairaalaan kahden osaston hoitohenkilökunnalle suunnatuilla avoimilla teemakysymyksillä marraskuun ensimmäisellä viikolla 2007. Aineisto analysoitiin laadullista sisällönanalyysiä käyttäen.</p> <p>Tutkimuksessa selvisi, että hoitoisuusluokituksen toteutukseen psykiatrisessa sairaalassa suhtauduttiin kahdella hyvin erilaisella tavalla. Hoitajat olivat jakautuneet hoitoisuusluokitus ”uskovaisiin” ja hoitoisuusluokitus ”skeptikoihin”. Hoitajat kokivat, että hoitoisuusluokituksen merkityksenä oli, että se kuvaa hoitotyötä, auttaa kuntalaskutuksessa ja auttaa resurssien kohdentamisessa. Kriittisesti suhtautuvat hoitajat kokivat merkityksen vain työllistävänä ja aikaa vievänä. Hoitoisuusluokituksen luotettavuuteen ja eettisyyteen suhtauduttiin positiivisesti tai negatiivisesti.</p>		
Avainsanat (asiasanat) hoitoisuusluokitus, merkitys, psykiatrinen hoitotyö, hoitaja		
Muut tiedot		

Date 17.1.2008

Author(s) Timo Hakala	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 52	Language english
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title The patient classification in psychiatric hospital –nurses evaluations		
Degree Programme Nursing program		
Tutor(s) Oittinen Pirkko		
Assigned by		
Abstract The purpose of the study was to learn how the nurses felt the meaning, reliability, functioning and ethic of the patient classification. The aim of the study was to produce knowledge about the using of the patient classification in the psychiatric nursing. The study was qualitative. The data was collected from the nurses of the two ward of the psychiatric hospital with the open themequestions in the first week of november 2007. The data was analyzed using a content analysis method. The study revealed that to the realization of the patient classification in the psychiatric hospital was approached in two very a different way. The nurses were divided into the patient classification "believers" and patient classification "sceptics". The nurses felt that the meaning of patient classification was that it describes nursing, helps with billing to a local authorities and helps to share the resources of nursing staff. The critical nurses felt that the meaning of patient classification was that it only employed and take time. To the reliability and ethic of the patient classification were attituded positively or negatively.		
Keywords Patient classification, meaning, psychiatric nursing, nurse		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ:

1 JOHDANTO	3
2 HOITOISUUSLUOKITUS SUOMESSA.....	5
2.1 KESKEISET KÄSITTEET.....	5
2.2 HOITOISUUSLUOKITUKSEN TARKOITUS JA EETTISYYS	7
2.2.1 HOITOISUUSLUOKITUKSEN TARKOITUS	7
2.2.2 HOITOISUUSLUOKITUKSEN EETTISYYS	10
2.3 SUOMESSA KÄYTÖSSÄ OLEVAT HOITOISUUSLUOKITUKSET.....	11
3.2.1 MONITOR –HOITOISUUSLUOKITUSMITTARI.....	11
2.3.2 OULU –HOITOISUUSLUOKITUSMITTARI	12
2.3.3 RAFAELA –HOITOISUUSLUOKITUSJÄRJESTELMÄ	14
2.4 PSYKIATRINEN HOITOISUUSLUOKITUSMITTARI.....	15
PPC.....	15
2.4.1 PPC:n KEHITTÄMISEN TAUSTAA.....	15
2.4.2 PSYKIATRISEN HOITOISUUSMITTARIN, PPC, OSA-ALUIEDEN MÄÄRITELMÄT	16
2.4.3 PPC:n TOIMINTAPERIAATE.....	19
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	20
4 LAADULLINEN TUTKIMUS	21
4.1 MENETELMÄN KUVAUSTA.....	21
4.2 LAADULLISEN AINEISTON KERUU	23
4.3 LAADULLISEN AINEISTON ANALYYSI.....	23
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	24
5.1 HOITAJIEN ARVIOITA HOITOISUUSLUOKITUKSEN MERKITYKSESTÄ	24
5.1.1 TUOTTAATUOTTA TIE TOA HOITOTYÖSTÄ.....	25
5.1.2 KRIITTINEN NÄKÖKULMA HOITOISUUSLUOKITUKSEN MERKITYKSEEN.....	26
5.2 HOITAJIEN ARVIOITA HOITOISUUSLUOKITUKSEN TOIMIVUUDESTA	27
5.2.1 HOITAJIEN ARVIOITA HOITOISUUSLUOKITUKSEN HYÖDYNNETTÄVYYDESTÄ.....	28
5.2.2 HOITOISUUSLUOKITUKSEN KEHITTÄMISHAASTEET.....	29
5.3 HOITAJIEN ARVIOITA HOITOISUUSLUOKITUKSEN LUOTETTAVUUDESTA.....	30
5.3.1 MITEN PÄIVITTÄINEN LUOKITTELU KUVAA TOTEUTETTUA HOITOTYÖTÄ.....	30
5.3.2 HOITAJIEN ARVIOITA KIRJAAMISEN VAIKUTUKSESTA HOITOISUUSLUOKITTELUUN	31
5.3.3 HOITAJAN SUBJEKTIIVINEN TULKINTA.....	32
5.3.4 HOITOISUUSLUOKITUKSEN VERTAILTAVUUDEN ONGELMA ...	33
5.4 HOITOISUUSLUOKITUKSEN EETTISYYS HOITAJIEN ARVIONA.....	34
5.4.1 KRIITTINEN SUHTAUTUMINEN HOITOISUUSLUOKITUKSEN EETTISYYTEEN.....	34
5.4.2 HOITOISUUSLUOKITTELU ON EETTISESTI PERUSTELTUA.....	36

6 POHDINTA.....	37
LÄHTEET:.....	42
Liite 1	45
Liite 2	46
LIITE 3.....	48
LIITE 4.....	49
LIITE 5.....	50
LIITE 6.....	51
LIITE 7.....	52

1 JOHDANTO

Hoitoisuusluokituksen käyttöä osana hoitotyön laadun arviointia on tutkittu hoitohenkilökunnan näkökulmasta tarkasteltuna. Hoitoisuusluokitusta tarvitaan potilashoidon välineenä, hoitotyön perusteiden selkeyttäjänä ja hoitotyön dokumentoinnin välineenä. Lisäksi sitä voidaan hyödyntää johdon raportoinnissa ja päätöksenteossa. Hoitoisuusluokituksen osa-alueet muodostavat potilaan hoidon suunnittelua, seuranta, ohjausta ja tukemista varten kokonaisuuden, jonka avulla päivittäistä tilannetta arvioidaan koko hoitajakson ajan. (Lonkila 2006, 62.)

Hoitoisuusluokituksen toteutuksen toimivuutta on selvitetty hoitotyön näkökulmasta. Hoitotyön halutaan olevan niin kokonaisvaltaista, ettei sitä kyetä kuvaamaan jäykillä luokituksilla. Tilanne johtaa ehkä yksipuoliseen, määrällistä ja teknistä hoitamista korostavaan hoitotyön kuvaan monipuolisen, inhimillisyyttä ja laadullisuutta korostavan hoitotyön sijaan. (Lämsä 2007, 16.)

Potilaiden hoitoisuuden suhdetta henkilöstön mitoittamisen tarpeeseen on tutkimuksessa arvioitu. Nykyiset hoitoisuusluokitusmittarit kattavat potilaiden välittömän hoitotyön alueen, eivät välillistä hoitotyötä. Ne ovat yksinään riittämättömiä henkilöstön tarpeen arvioinnissa, mukaan tulee ottaa myös muita osaston henkilöstön tarpeeseen vaikuttavia muuttujia esim. potilasvaihtoa kuvaava tunnusluku ja sairaansijojen bruttokuormitusaste. Myös hoidon tuloksia kuvaavia tunnuslukuja tulee olla, jotta voidaan arvioida henkilöstömitoituksen vaikuttavuutta. (Partanen 2002, 175.)

Luokittelijoiden subjektiiviset tulkinnat luokittelukriteereistä vaikuttavat hoitoisuusluokitukseen. Esimerkiksi potilaan auttaminen ruokailussa tai liikkumisessa mainitaan huomiointikertoina, vaikka niitä varten on omat luokittelukohtat. Hoitoisuusluokittelumittarin käytön jatkuva koulutus ja soveltamisohjeiden pohjittaminen on erityisen tärkeää, jotta luokittelijoilla olisi yhtenäinen käsitys luokittelukriteereistä. (Raitala 1999, 70-71.)

Suomalaisessa tutkimuksessa hoitotyön laatuun liittyvä tutkimus on keskittynyt pitkälti hoitotyöntekijöiden toimintaan ja toiminnan lopputuloksiin. Rakenteellisten edellytysten, henkilöstön määrän ja laadun sekä hoitoympäristön, tutkiminen on ollut huomattavasti vähäisempää huolimatta siitä, että asiakkaiden/potilaiden hoitoisuuteen nähden riittävä henkilöstön määrä ja henkilöstön hyvä perus- ja jatkuva täydennyskoulutus ovat niitä rakenteellisia edellytyksiä, joille hyvä hoitotyön laatu rakentuu. Hyvät rakenteet luovat edellytyksiä hyvälle hoitotyön toiminnalle, jonka tuloksena syntyvät hyvät hoitotulokset. (Voutilainen 2004,131.)

Hoitoisuusluokitus on otettu käyttöön Keski-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrisella toimialueella vuosituhannen vaihteessa (Lipsanen 2005, 13). Sen käyttöä osana hoitotyötä ei ole vielä tutkittu. Hoitoisuusluokittelua on toteutettu jo yli viisi vuotta ja on hoitotieteellisesti arvokasta tutkia hoitajien arvioita sen toteutuksesta osana hoitotyötä.

Kiinnostukseni hoitoisuusluokitukseen heräsi aloitettuani kesätyöt psykiatrisessa sairaalassa 2004, jolloin olin opiskellut sairaanhoitajaksi yhden lukuvuoden. Ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelujen yhteydessä hoitoisuusluokitusjärjestelmää ei ole käsitelty opetuksessa, vaikka se on yksi päivittäinen tehtävä erikoissairaanhoidossa työskenteleville sairaanhoitajille. Hoitoisuusluokittelu tuntui minusta silloin vaikealta ja aikaa vievältä. Voimakkaasti myös epäilin omien luokittelujeni luotettavuutta, vaikka hoitoisuusluokittelun ohjekirja sylissä yritin arviointani kunnialla suorittaa. Silloin päätin, että tähän asiaan minä perehdyn.

Tämä tutkimus on laadullinen. Opinnäytetyön aineisto hankitaan psykiatrisen sairaalaan kahden osaston hoitohenkilökunnalle suunnatuilla avoimilla kysymyksillä. Työn tarkoituksena on selvittää, miten hoitajat kokevat hoitoisuusluokituksen merkityksen, luotettavuuden, toimivuuden ja eettisyyden. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa hoitoisuusluokituksen käytöstä psykiatrisessa hoitotyössä. Onko luokittelulla ollut relevanttia merkitystä hoitotyölle ja kuvaako päivittäinen luokittelu tehtyä hoitotyötä.

2 HOITOISUUSLUOKITUS SUOMESSA

2.1 KESKEISET KÄSITTEET

Hoitotyön, Henderson 1960, määrittelee seuraavasti: Sairaanhoitajan tehtävä on auttaa ihmistä, tervettä ja sairasta, kaikissa niissä toiminnoissa, jotka tähtäävät terveyden säilyttämiseen tai saavuttamiseen (tai tukea häntä kuoleman lähestyessä). Nämä toiminnot ovat sellaisia, jotka hoidettava suorittaisi itse, jos hänellä olisi siihen riittävästi voimia, tahtoa ja tietoa. Apuaan sairaanhoitaja antaa siten, että hoidettava saavuttaa mahdollisimman pian riippumattomuuden. Hoitamisen tarkoituksena on terveysprosessien muuttaminen, ylläpitäminen, käynnistäminen ja tukeminen. (Lauri 2007, 16; Lindström 1988, 12.)

Psykiatrinen hoitotyö on hoitajan tai terapeutin itsensä terapeutin käyttäminen. Sen tavoitteena on kehittää tietynlainen vuorovaikutussuhde potilaan kanssa ja oppia käyttämään tätä suhdetta ja omia, potilaan hoitajassa herättämiä reaktioita potilaalle hyödyllisillä tavoilla. Nykyaikaiseen psykiatriseen hoitamiseen siirryttiin silloin, kun alettiin kuunnella, mitä potilaalla on sanottavanaan. *Psykiatrinen hoitotyö* on luonteeltaan itsenäistä ja vastuullista työtä. Siinä on olennaista hoitosuhdetyöskentelyä, terapiatyötä ja erilaiset ryhmätoiminnot. Kaikkia työmuotoja toteutetaan sekä avohoidossa että sairaalassa. *Psykiatrisen hoitotyön* ydin on potilaan selviytyminen arjessa. Psykiatrisen hoitotyön asiakas on potilas ja hänen läheisensä. Potilaan selviytymiseen vaikuttavat hänen kykynsä, ja psykiatrisen hoitotyön tehtävänä on auttaa potilasta selviytymään. Psykiatrinen hoitotyö perustuu potilaan hoidon tarpeisiin, joihin pyritään vastaamaan käyttämällä erilaisia hoitotyön auttamismenetelmiä. Hoitotyö muodostuu psykiatrisen hoidon tarpeista, käytetyistä auttamismenetelmistä ja tavoitteena on potilaan selviytyminen. (Linnainmaa, Innamaa ja Honkala 1999, 11; Latvala, Visuri ja Janhonen 1996, 20; Välimäki, Holopainen ja Jokinen 2000, 16-17.)

Psykiatrinen hoitaja. Hoitajalta edellytetään kykyä empaattiseen ymmärtämiseen. Tämän empaattisen kokemisen kautta hoitaja voi päästä yhteyteen potilaan olemuksen ja totuuden kanssa. Ammatillisuus on taito auttaa apua tarvitsevaa, mutta se on myös hoitajan oman perustan tuntemista, tiedostamista ja oivaltamista. (Linnainmaa, Innamaa ja Honkala 1999, 14.)

Hoitoisuudella tarkoitetaan tässä potilaan sairauden edellyttämää potilaskeskeistä hoitotyön suunnitelmallisuutta, tietoon ja ohjaukseen, mielenterveyden edistämiseen, ihmis- ja ympäristösuhteisiin, päivittäisiin toimintoihin sekä fyysisen hyvinvoinnin edistämiseen liittyvää hoitotyön työpanosta. Potilaan hoitoisuus määrittyy omahoitajan tekemänä asiantuntija-arviona toteuttamastaan hoitotyön määrästä: vähimmäishoitoisuus, keskimääräinen hoitoisuus, keskimääräistä suurempi hoitoisuus, maksimaalinen hoitoisuus ja intensiivinen hoitoisuus. Hoitoisuus on erityisesti hoitajan suorittama arvio potilaan hoidon tarpeesta suhteessa tarvittavaan työpanokseen. (Lipsanen 2005, 2; Sundström 2003, 18.)

Hoitoisuusluokitus on potilaiden ryhmittelyä jonkin ennalta määritellyn ominaisuuden mukaisesti Giovanettin(1985) mukaan. Suppeammin määriteltynä hoitoisuusluokitus on arvio potilaan hoidon tarpeesta suhteessa tarvittavaan työpanokseen. (Lipsanen 2005, 2.)

Psykiatrinen hoitoisuusluokitus on yläkäsite, joka kattaa potilaaseen kohdettuneen hoitotyön ja sisältää omahoitajan arvion omasta työpanoksestaan yksittäisen potilaan kohdalla. Psykiatrinen hoitoisuusluokitus koostuu kuudesta arvioitavasta hoitotyön osa-alueesta: suunnitelmallisuus hoitotyössä, tieto ja ohjaus hoitotyössä, mielenterveyttä edistävä hoitotyö, ihmissuhteisiin ja ympäristösuhteisiin liittyvä hoitotyö, päivittäisiin toimintoihin liittyvä hoitotyö sekä fyysistä hyvinvointia edistävä hoitotyö. (Sundström 2003, 17.)

Psykiatrinen hoitoisuusluokitusmittari, PPC-mittari, sisältää hoitotyön osa-alueiden määrittelyn, omahoitajan toiminnan kuvauksen yhteistyösuhteessa potilaan kanssa vähimmäislaatuksiteerein sekä varsinaisen kasautuvan asteikkomittarin. (Sundström 2003, 17).

Potilaaseen kohdentuvaa hoitotyötä on kaikki se toiminta, mikä on yksilöittävässä tiettyyn potilaaseen. Potilaaseen kohdentuva hoitotyö voi tapahtua potilaan kanssa kasvotusten tai hänen hyväkseen ilman potilaan läsnäoloa. Kyseinen käsite sisältää myös omaisiin/läheisiin liittyvän toiminnan, koska se on aina yhdistettävissä tiettyyn potilaaseen. *Muuta toimintaa* on kaikki sellainen osastolla tapahtuva toiminta, jota ei voida liittää tiettyyn potilaaseen tai hänen hyväkseen yksilöidysti tapahtuvaan toimintaan. *Potilaskeskeisyydellä* tarkoitetaan tässä näkemystä yksilövastuisesta työskentelytavasta, joka on potilaan kanssa yhteistyösuhteessa toteutettua potilaaseen kohdentunutta yksilöllistä, vastuullista, jatkuvaa, kokonaisvaltaista ja koordinoitua hoitotyötä. (Sundström 2003,17-18).

2.2 HOITOISUUSLUOKITUKSEN TARKOITUS JA EETTISYYS

2.2.1 HOITOISUUSLUOKITUKSEN TARKOITUS

Hoitoisuusluokituksen toteutuksen tarkoituksia on useita erilaisia. Sillä pyritään antamaan tietoa kustannusten määrittelyyn, hoitotyön johtamiseen, suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sen avulla voidaan määritellä henkilöstötarvetta eri osastojen välillä työkuormituksen tasaamiseksi. Se auttaa sijaisten käytön suunnittelussa sekä uusien vakanssien perustamisessa. Luokituksesta saatuja tietoja voidaan käyttää toimintasuunnitelmien, toimintakertomuksien, koulutussuunnitelmien ja perehdytysohjelmien laatimisessa. Laadunarvioinnin arviointikohteiden valinta ja seuranta mahdollistuu. Hoitotyön sisällön kehittäminen eri osa-alueilla edistyy. (Sundström, Ahonen, Hyry & Nojonen 1997.)

Suomen kuntaliiton vuonna 2000 käynnistämän valtakunnallisen hoitoisuusluokitusprojektin tavoitteena oli (Fagerström & Rauhala 2003, 7):

- selvittää käytettyjen mittareiden toimivuutta

- kehittää ja standardisoida mittaristoa ja sen käyttöä
- vertailla hoitotyön tuottavuutta, laatua ja kustannuksia eri sairaaloissa
- edistää hoitohenkilökunnan optimaalista resursointia
- käynnistää hoitoisuuden benchmarking-toiminta Suomessa

Paula Lonkila on selvittänyt Pro gradu –tutkielmassaan eri lähteistä, että erilaisten luokitusten keskeisimpänä tarkoituksena on pyrkimys saada selville, paljonko henkilökuntaa tarvitaan hoitamaan potilaita tai asiakkaita (Lonkila 2006, 1.). Saman suuntaiseen arvioon, selvitystyössään psykiatrisen hoitoisuusluokituksen kehittämistyöstä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa, päätyvät tutkijat, eri lähteistä esille tuomassaan käsityksessä, hoitoisuusluokituksen tarkoituksesta, luokituksesta saadun tiedon perusteella suunnitella henkilöstötarve potilaiden/asiakkaiden alati muuttuvien hoidontarpeiden mukaan. Tavoitteena on kohdentaa henkilöstöresurssit vastaamaan potilaiden hoitoisuutta. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän kansalliselle kehittämiselle asetettuja tavoitteita ovat tuottavuus, kustannusvaikuttavuus ja resurssien allokointi. (Rissanen & Toivanen 2003, 3.)

Hely Lipsasen mukaan hoitoisuusluokituksen avulla näkymätön hoitotyö saadaan näkyväksi. Aiemmat mittarit eivät ole kuvanneet hoitotyön osuutta, vaan antaneet tietoa osaston kokonaistoiminnasta esim. potilasmääristä, kuormitusprosentteista jne. Luokituksen käyttö mahdollistaa potilasryhmittäisen ja potilaskohtaisen hoitoisuuden ja kustannusten tarkastelun. Hoitoisuusluokitus mahdollistaa hoitajien oman työn arvioinnin ja tehostaa eri hoitotyön osa-alueiden huomioimista potilaan hoidossa. Lisäksi se tukee yhtenäisten työmenetelmien kehittämistä yksikkökohtaisesti ja eri yksiköiden välillä, mikä siten osaltaan mahdollistaa jatkuvaa laadun arviointia. (Lipsanen 2005, 2.)

Laura Mäkelän (2006) mukaan hoitoisuustietoja esiintyy sekä hoitoisuusluokituksen vuosikolmannesraporteissa että yksiköiden johtoryhmien kokousmuistioissa. Ylihoitajat näyttävät asiakirja-analyysin perusteella käyttävän hoitoisuustietoja hoitotyön toiminnan ja vertailun, henkilöstövoimavarojen johtamisen ja hoitoisuustietojen käytettävyyden arvioinnin ja edistämisen osa-alueilla. Suosituksena esitetään, että käyttöä pyritään nykyisestä laajentamaan esi-

merkiksi hoitotyön kustannuslaskentaan, hoitomallien ja -protokollien kehittämiseen, hoidon laadun ja asiakaslähtöisyyden kehittämiseen, organisaatioiden väliseen vertailuun ja henkilöstön osaamistason arviointiin ja koulutuksen suunnitteluun. (Mäkelä 2006, 70.)

Pirkko Savolainen ja Eeva Töyry (1994) kuvaavat hoitoisuusluokituksen tarkoitusta seuraavasti: Kiinnostus potilaiden hoitoisuusluokittelun kehittämiseen Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä oli kehittämistyön alkuvaiheessa kustannuslähtöinen. Vuoden 1993 alusta voimaan tulleen valtiosuusuudistuksen myötä oltiin potilaslaskutuksessa siirtymässä keskimääräisistä kustannuksista entistä enemmän todellisiin kustannuksiin, josta syystä oli tarpeen selvittää, aiheutuuko potilaiden hoitajakson aikana vaihtelevasta hoitoisuudesta kustannusten kohdentamisessa huomioon otettava lisämääre. Myöhemmässä vaiheessa hoitoisuusluokittelua olisi mahdollista käyttää myös hoitohenkilökunta tarpeen määrittelyyn ja hoitotyön laadun valvontaan. (Savolainen & Töyry 1994, 1.)

Hoitoisuusluokituksen merkitystä hoitotyön kustannuslaskentaan kuvaa Rainio (1996) seuraavasti: Hoitoisuusluokitus antaa teoreettisesti mahdollisuuden hoitotyön kustannuslaskentaan ja sen avulla pyritään saamaan kvalitatiivisesta hoitotyöstä kvantitatiivista aineistoa. Kustannuslaskentajärjestelmien lisäämisessä terveydenhuollon organisaatioihin on omat ongelmansa, jotka on huomioitava ennen kuin lähdetään kehittämään vaativia laskutusjärjestelmiä. (Rainio 1996, 76-77.)

Pulkkinen (2000) arvio hoitoisuusluokituksella olevan merkitystä hoitokulttuurien vertailussa: Hoitoisuusluokituksen tuottama tieto lisää toiminnan vertailtavuutta eri palvelujen tuottajien kesken. Hoitoisuusluokituksessa hoidon osa-alueille jäsentyvän toiminnan perusteella määrittyy hoitoisuusluokka yhteisesti laadittujen luokittelusääntöjen perusteella, jolloin luokituksen sisältö ja mittauskohteen ala ovat kaikkien tietoa tarvitsevien käytettävissä. Hoitoisuusluokituksen avulla hoidon eri osa-alueilta saatavan tiedon avulla voidaan tunnistaa myös hoitotyön kehittämiskohteet ja käyttää saatua tietoa hyväksi hoitotyön vaikuttavuutta arvioitaessa ja laatua kehitettäessä. Vaikka eri osa-alueille

suuntautuvat hoitotoiminnot ja niistä muodostetut alaluokat voivat vaihtua eri ajanjaksoina ja eri hoitokulttuureissa hoitomahdollisuuksien muuttuessa, niin niistä kuvastuvat kuitenkin aina aikakauteen kuuluvat hyvän hoidon periaatteet. (Pulkinen 2000, 166.)

2.2.2 HOITOISUUSLUOKITUKSEN EETTISYYS

Tutkimustieto sisältää usein yksilöitä henkilökohtaisesti koskettavia tietoja, joiden suojaaminen on välttämätöntä, myös tieteen omien toimintamahdollisuuksien turvaamiseksi. Henkilörekisterien pitoa säädellään tarkoin. Rekisterin pidon periaatteita:

- Henkilörekisteriä perustettaessa on sen käyttötarkoitus ilmoitettava, eikä tietoja saa käyttää muuhun tarkoitukseen tai luovuttaa muualle.
- Kerätään vain tutkimuksen kannalta tarpeellinen tieto, ei esimerkiksi ylimääräisiä tietoja myöhempään käyttöön.
- Tiedot on hävitettävä sitten, kun niitä ei enää tarvita.
- Tiedot on säilytettävä turvallisesti. Tiedostoon ei saa päästä murtautumaan elektronisesti eikä fyysisesti esimerkiksi varastamalla keskusyksikön tai levykkeet.
- Henkilöillä, joita tiedot koskevat, on oikeus tarkistaa tiedot.

(Ryynänen & Myllykangas 2000, 79.)

Etiikan alalla on tuskin koskaan täysin ja kaikissa mahdollisissa maailmoissa paikkansapitäviä vastauksia. Mutta on mahdollista, että eettisen pohdinnan jälkeen tuotetaan eettisesti korkeampitasoisia ratkaisuja, kuin jos ratkaisut olisi tehty eettistä puolta pohtimatta. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 292.)

Hoitotyön etiikka on yleisen etiikan sovellusalue. Toiminta, josta eettinen pohdiskelu lähtee ja johon etiikkaa sovelletaan, on terveyden- ja sairaanhoito, mutta eettisesti lähtökohdat ovat samat kuin yleisessä etiikassa. Siinä pätevät samat näkemykset, arvot, periaatteet ja teoriat kuin etiikassa yleensä. Hoito-

työllä ei voi näin olla mitään ”omia” periaatteita tai teorioita, jotka poikkeavat yleisestä etiikasta. (Kalkas & Sarvimäki 2000, 12.)

Hoito-organisaation tehtävänä on esimerkiksi terveystaloustieteellisten analyysien avulla toimia tehokkaasti, tuottavasti ja tuloksellisesti, jotta resurssit riittävät mahdollisimman pitkälle. Tuloksellinen hoitotoiminta on lääketieteelle asetettava eettinen vaatimus. (Alanen 1995, 41.)

Suomalaisen terveydenhuollon keskeinen moraalinen haaste on ja tulee olemaan, että ratkaistaan, mikä on riittävää palvelua ja miten ne voidaan turvata kaikille asuinpaikasta, iästä ja sosiaalisesta asemasta riippumatta. Vaikka palvelujen laatu sekä saatavuus ovatkin säilyneet 1990-luvun säästöohjelmista huolimatta kohtuullisen hyvinä, pulmia riittää. Ongelmana ovat palvelujen saatavuuden ja hoitokäytäntöjen suuret alueelliset ja sairauskohtaiset vaihtelut. Yhtä lailla kansalaisten terveys on jakaantunut hyvin epätasaisesti sekä alueellisesti että sosiaalisesti. Erityistä huolta on kannettu psykiatrisen hoidon saatavuudesta ja laadusta. (Pelkonen 2002, 15.)

2.3 SUOMESSA KÄYTÖSSÄ OLEVAT HOITOISUUSLUOKITUKSET

3.2.1 MONITOR –HOITOISUUSLUOKITUSMITTARI

Monitor –hoitoisuusluokitusmittari on faktori- eli osatekijäluokitusmittari ja se perustuu kanadalaiseen Hospital System Study Group (HSSG) –hoitoisuusluokitusmittariin. Faktoriluokittelussa potilaan hoitotyön tarve arvioidaan ensin yksittäisissä osatekijöissä ja sen jälkeen osatekijäarviointien yhteistulosta verrataan luokitteluohjeeseen potilaan lopullisen hoitoisuusluokan määrittämiseksi. Kuopion yliopistollisessa sairaalassa arvioidaan hoitoisuus potilaan hoitotyön tarpeiden ja hoitotyön avun määrän mukaisesti neljässä hoitoisuusluokassa. (Lonkila 2006, 16.)

Monitor –hoitoisuusluokitusmittarilla arvioidaan potilaan omatoimisuuden aste, hoitotyön tarve ja arvioinnin perusteella toteutettu hoito välittömän hoitotyön neljällä osa-alueella. Osa-alueet ovat henkilökohtaisen hygienian hoito, ruokailu, liikkuminen ja huomiointikerrat. Lisäksi otetaan kantaa kahteen muuhun tekijään: tahdosta riippumaton erityis ja muu erityinen hoidon tarve. (Lonkila 2006, 16.)

Arvioinnin perusteella potilaan hoidon tarve kullakin osa-alueella luokitellaan johonkin kolmesta vaatavuustasosta: (A) omatoiminen, (B) hieman autettava tai (C) täysin autettava. Luokittelun perusteella potilaan hoitoisuusluokka muodostuu sovittujen luokittelusääntöjen mukaisesti. Lopullisia hoitoisuusluokkia on neljä: Hoitoisuusluokka 1 (vähin määrä hoitotyötä), hoitoisuusluokka 2 (keskimäärä hoitotyötä), hoitoisuusluokka 3 Keskimääräistä enemmän hoitotyötä) ja hoitoisuusluokka 4 (suurin määrä hoitotyötä). Luokittelussa ei oteta kantaa hoitotyöhön käytettyyn aikaan. Mittarin käyttäjien luokittelujen yksimielisyyttä, reliabiliteettia, on Kuopion yliopistollisessa sairaalassa testattu puolivuositain vuodesta 1998 alkaen. Suurin osa osastoista on päässyt tavoitteeksi asetettuun 85 prosentin yksimielisyysasteeseen.(Lonkila 2006, 17-18.)

2.3.2 OULU –HOITOISUUSLUOKITUSMITTARI

Oulu –hoitoisuusluokitusmittari (OHL, engl. Oulu Patient Classification) on kehitetty Oulun yliopistollisessa sairaalassa vuosina 1991-93 kuvaamaan potilaan riippuvuutta hoitotyön toiminnoista. Mittarin lähtökohtana on kanadalainen Hospital Systems Study Group –luokitus (HSSG), ja sen eurooppalainen Monitor-versio, joita on kehitetty edelleen laadunvarmistuksen ja Roper, Logan ja Tiernyn elämisen toimintoihin perustuvan hoitotyön mallin viitekehykseen. Malli on kehitetty vuodeosastopotilaiden hoitotyöhön ja sen tavoitteena on kuvata ihmisen riippuvuutta kahdellatoista elämisen toiminnan alueella. (Lonkila 2006, 18.)

Potilaan hoitoisuus voidaan arvioida kerran vuorokaudessa 24 tuntia taaksepäin tai jokaisessa työvuorossa erikseen. Työvuorokohtaisessa hoitoisuuden

arvioinnissa arvioidaan kyseisen vuoron aikana toteutunutta hoitotyötä. Arviointi kirjataan suoraan luokittelua varten kehitettyyn atk-ohjelmaan, joka on liitetty potilashallintajärjestelmään. Tiedot potilaiden hoitoisuudesta tallennetaan pääsääntöisesti kerran vuorokaudessa. Kaikki arviointiajankohtana osastolla olleet potilaat luokitellaan. (Lonkila 2006, 19.)

OHL-mittari muodostuu Lonkilan mukaan kuudesta hoitotyön osa-alueesta:

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

Luokitusta tehtäessä hoitaja valitsee jokaisella kuudella osa-alueella sopivan neljästä hoidon vaativuustasosta:

A: suhteellisen omatoiminen potilas

B: potilaan hoidon tarve ajoittaista

C: potilaan hoidon tarve toistuvaa

D: täysin tai lähes kokonaan autettava potilas

Jokaisella neljällä vaativuustasolla on tietty pistemäärä, jonka avulla atk-ohjelma laskee potilaan lopullisen hoitoisuusluokan. Hoitoisuusluokkien määritelmät ovat: Luokka 1 (vähimmäishoidon tarve) - Luokka 5 (maksimaalisen hoidon tarve). (Lonkila 2006, 20.)

Osaston kokonaishoitoisuus lasketaan antamalla eri hoitoisuusluokille painokertoimet tai laskemalla suoraan yhteen osaston potilaiden hoitoisuudesta saatujen raakapisteen summa. Hoitoisuus hoitajaa kohden lasketaan jakamalla osaston kokonaishoitoisuus kyseisen vuorokauden aikana potilashoidossa työskennelleiden hoitajien lukumäärällä. Kvantitatiivisesti ilmaistu potilaiden hoitoisuus yksittäistä hoitajaa kohden on ollut tärkeä kehitysaskel osoittamaan hoitajien työkuormitusta osastolla (Lonkila 2006, 20.)

2.3.3 RAFAELA –HOITOISUUSLUOKITUSJÄRJESTELMÄ

Hoitoisuusluokituksen keskeisenä tavoitteena on tuottaa tietoa henkilöstösuunnittelua varten. Tästä syystä luokitukseen tulee kuulua menetelmä, jonka avulla voidaan laskea ja arvioida henkilöstötarvetta potilaiden hoitoisuuden mukaan. Perinteisesti tällaisena menetelmänä on käytetty aikatutkimusta, jonka historialliset juuret ovat teollisuudessa. Aikatutkimusta on kritisoitu siitä, että se ei ota huomioon hoidon monimutkaisuutta eikä laadullisia näkökohtia. Lisäksi aikatutkimukset ovat kalliita ja vievät paljon aikaa. Näistä syistä johtuen Vaasassa on kehitetty PAONCIL-menetelmä vaihtoehdoksi aikatutkimukselle osaksi hoitoisuusluokitusjärjestelmää. (Lonkila 2006,21.)

RAFAELA -järjestelmän päätavoite on, että potilaiden tarpeet ovat tasapainossa henkilöstöressurssien kanssa. Onnistunut henkilöstöressurssien kohdentaminen antaa hoitajille realistiset mahdollisuudet toteuttaa hyvää hoitotyön laatua. Järjestelmän rakenteen ja sisällön lähtökohta on hoitotieteellinen ja holistinen ihmisenäkemyks. Hoitotieteen näkökulmasta hoitaminen nähdään hoitotyön asiantuntijoiden toimintana, jossa hoitajat pystyvät arvioimaan potilaiden hoitoisuutta ja työkuormitustaan. Esimiehet voivat luottaa hoitajien arvioihin siitä, ovatko potilaiden hoidontarpeet ja henkilöstöressurssit tasapainossa keskenään. (Lonkila 2006, 21.)

RAFAELA – hoitoisuusluokitusjärjestelmän perusidea on vertailla yhteyttä potilaan hoitoisuuden (OHL) ja hoitajien arvioiman mahdollisuuden tyydyttää potilaiden hoidon tarve (PAONCIL). Näin saadaan selville eroja, jotka kuvaavat alle optimaalisen hoitoisuuden, yli optimaalisen hoitoisuuden ja optimaalisen hoitoisuuden tasoja. Osaston optimaalinen hoitoisuustaso hoitajaa kohti saadaan esille käyttämällä tilastollisena analyysimenetelmänä lineaarista regressioanalyysiä. Hoitoisuustaso ilmoitetaan hoitoisuuspisteinä/hoitaja. Optimaalisen hoitoisuuden alueen on arvioitu käytännössä olevan +0,5 - -0,5 kerroin pistettä/hoitaja optimipisteestä. Esimerkiksi osaston X optimaalinen hoitoisuustaso, jonka optimipisteeksi on määritelty 3,0 pistettä/hoitaja, asettuu välille 2,5-3,5 hoitoisuuspistettä/hoitaja. Tätä pistemäärää pidetään sellaisena hoi-

toisuuden määränä, josta kyseisen osaston jokainen hoitaja voi suoriutua ilman, että hoitotyön laatu karsii. (Lonkila 2006, 22.)

2.4 PSYKIATRINEN HOITOISUUSLUOKITUSMITTARI PPC

2.4.1 PPC:n KEHITTÄMISEN TAUSTAA

Psykiatrinen hoitoisuusluokitusmittari (Pitkaniemi Patient Classification, PPC) on kehitetty somaattisesta Oulu-hoitoisuusluokitusmittarista, joka perustuu kanadalaiseen Hospital System Study Group –hoitoisuusluokitus ja Monitor laadunarviointijärjestelmään. Keskeisin ero psykiatrisen ja somaattisen hoitoisuusluokitusmittarin välillä on taustafilosofiassa. Psykiatrisen hoitoisuusluokitusmittarin, PPC, sisältönä oleva hoitotyö perustuu hermeneuttiseen lähestymistapaan ja hoitotieteelliseen teoriaan yksilövastuisesta hoitotyöstä, jossa keskeisintä on potilaan ja omahoitajan yhteistyösuhde. Somaattisen mittarin taustateoria perustuu tarveoreettiseen ajatteluun. Toinen oleellinen ero on mittarin rakenteessa: PPC-mittari perustuu asteikkomittareihin (Guttmanin asteikko). (Sundström 2003, Tiivistelmä.)

Sundström(2003, s.18-19) selvittää asteikkomittaria useiden lähteiden kautta. Kumuloituvan asteikon on kehittänyt Louis Guttman 1940-luvulla ja sen ominaisuutta kuvaavat erilaiset väittämät, jotka vastaaja joko hyväksyy tai hylkää. Menetelmää on käytetty erityisesti asenteiden mittaamisessa. Kumulatiivisella asteikolla voidaan mitata esimerkiksi henkilöiden välisiä suhteita tai ihmisen kyvykkyyttä.

Kumulatiivisen asteikon tavoitteena on muodostaa väittämille hierarkkinen rakenne siten, että vastaaja valitessaan mittarilta tietyn vaihtoehdon sisällään pitämän intensiteetin hyväksyy myös kaikki vähemmän voimakkaan intensiteetin omaavat väittämät. Kumulatiivisten asteikkojen ehtona on, että osiot korreloivat keskenään ja se lisäksi muodostavat tasaisesti vaikeutuvan sarjan.

Guttmanin asteikkoa pidetään erityisen hankalana rakentaa siksi, että on vaikeaa löytää sellaisia väittämiä, jotka korreloivat hyvin käsitteen kanssa ja lisäksi muodostavat hierarkkisen järjestelmän toisten väittämien kanssa. (Sundström 2003, 19.)

Mittarin luotettavuudella tarkoitetaan mittarin reliabiliteettia ja validiteettia. Luotettavalta mittarilta edellytetään tarkkuutta, herkkyyttä ja täsmällisyyttä. Mittarin täsmällisyys tarkoittaa sitä, että se kuvaa tutkittavaa käsitettä oikein. Mittarin sisällä validiteetilla tarkoitetaan sitä, että mittauksessa käytetyt käsitteet vastaavat taustalla olevan teorian käsitteitä. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, että muut tutkijat tulkitsevat saatuja tutkimustuloksia samalla tavalla. (Sundström 2003, 19.)

Tutkija kuvaa tilanteen kehitystä Suomessa useisiin lähteisiin perustuen. Suomessa hoitotyön mittaamismenetelmiä koskevia tutkimuksia on julkaistu ensimmäisen kerran 1960-luvulla. Terveystalouden kustannukset lisääntyneet 1980-luvulla ja 1990-luvun laman seurauksena valtion talouden uudelleen järjestäminen vaativat tuloksellisuuden ja menetelmien mittaamisen kehittämistä. 1993 toteutettu valtionosuusuudistus vaikutti suoraan sairaaloiden valtionapuun. Valtionapu ohjattiin kunnille laskennallisin perustein ja tämän seurauksena kunnat alkoivat vaatia tarkempaa selontekoa siitä, mistä maksoivat. Hoitotyöstä ei enää haluttu maksaa pakettihintoja, vaan haluttiin maksaa vain kunnan asukkaana saamasta todellisesta hoidosta. Tämän seurauksena hoitoisuusluokitus nousi entistä voimakkaammin esiin ja sen tarkoituksena nähtiin työvoiman rationaalinen käyttö ja hoitotyölle laskettava hinta. Yhtenä vaikuttimena hoitoisuusluokitukselle on kasvava pula hoitohenkilökunnasta. (Sundström 2003, 2.)

2.4.2 PSYKIATRISEN HOITOISUUSMITTARIN, PPC, OSA-ALUIEDEN MÄÄRITELMÄT

Suunnitelmallisuus hoitotyössä tarkoittaa yhteistyötä potilaan, omaisten ja läheisten sekä eri ammattiryhmien kanssa siten, että potilas voi kokea hoidon

toteutuvan mahdollisimman hyvin terveyttään edistävästi. Työryhmässä tehdään yhdessä potilaan kanssa suunnitelmia hoidon toteuttamiseksi ottaen huomioon käytettävissä oleva henkilökunta ja hoitoympäristö. Yhteistyösuhteessa potilaan kanssa omahoitaja huolehtii suunnitelmallisesta hoidosta ja sen kirjaamisesta sekä raportoinnista niin, että kaikilla hoitoon osallistuvilla on yhteinen käsitys hoidon päämäärästä. Omahoitaja varmistaa, että hoito toteutuu päivittäin hoitosuunnitelmassa yhteisesti sovittujen tavoitteiden mukaisesti varmistaen omaisten ja läheisten osallistumisen hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Omahoitaja käyttää kollegiaalista ja moniammatillista asiantuntijuutta hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa sekä työnohjausta tukena hoitotyössä. (Sundström 2003, 37-38.)

Tieto ja ohjaus hoitotyössä tarkoittaa potilaan kanssa yhteistyösuhteessa käsiteltävää tietoa terveydestä, sairaudesta, sen hoitamisesta, ennusteesta sekä sairaalassaolosta. Tiedolla ja ohjauksella tuetaan potilasta omalta osaltaan ottamaan vastuuta hoidostaan. Hoidon jatkuminen turvataan siten, että ollaan yhteydessä omaisiin ja eri yhteistyötahoihin tiedonkulun varmistamiseksi. Tiedon ja ohjauksen avulla potilas voi kokea tulleen autetuksi ja entistä paremmin hallita elämänsä. Yhteissuhteessa potilaan kanssa omahoitaja huolehtii, että potilas saa tietoa osaston päivittäisestä toiminnasta, antaa tietoa sairauteen, terveyteen ja hyvinvointiin liittyvissä asioissa ja ohjaa potilasta näkemään omat mahdollisuutensa. Omahoitaja selventää tiedon ja ohjauksen avulla potilaalle ja omaisille hoidon merkitystä siten, että hoidon mahdollisuudet tulevat potilaan käyttöön sekä tukee ja auttaa tiedon ja ohjauksen avulla potilasta ja omaisia hoitoon sekä jatkohoitoon liittyvissä asioissa. (Sundström 2003, 46.)

Mielenterveyttä edistävä hoitotyö tarkoittaa yksilöllistä potilaan elämäntilanteen huomioon ottavaa terveyden ja hyvän olon edistämistä siten, että potilas kokee tulleen ajallaan autetuksi. Sen tarkoituksena on ymmärtää ja tukea masentunutta tai itsetuhoista potilasta ja auttaa häntä näkemään omat mahdollisuutensa ja löytämään voimavaroja elämänhallintaan. Hoitotyön keinoin autetaan muisti- ja ajatus toiminnan häiriöistä, unihäiriöistä tai mielialanvaihteluista kärsivää potilasta. Autetaan ja rajoitetaan harhaisesti tai uhkaa-

vasti käyttäytyvää potilasta. Potilaan pahaa oloa lievitetään niin, että hän voi kokea luottamusta ja turvallisuutta hoitoympäristössä. Yhteistyösuhteessa potilaan kanssa omahoitaja auttaa niin, että potilas voi kokea turvallisuutta ja luottamusta hoidon alkuvaiheessa ja yhteistyösuhteessa sekä on läsnä ja keskusteleekin siten, että potilaalla on mahdollisuus tulla kuulluksi ja ymmärretyksi. Omahoitaja tukee ja keskusteleekin sairauden ilmenemisestä, lääkityksestä ja niihin liittyvistä kokemuksista ja tunteista sekä auttaa potilasta löytämään kyvyn hallita elämäänsä ja näkemään voimavaransa ja mahdollisuutensa. (Sundström, 39-40.)

Ihmis- ja ympäristösuhteisiin liittyvä hoitotyö tarkoittaa potilaiden suhteiden edistämistä ja ylläpitämistä omaisiin, ystäviin, henkilökuntaan, toisiin potilaisiin ja tukihenkilöihin. Hoitotyöllä tuetaan ja autetaan potilasta osallistumaan ja toimimaan yhteisössä ja sen ulkopuolella. Potilasta autetaan päivittäisessä kanssakäymisessä, arkielämän taidoissa, viriketoiminnassa, harrastuksissa sekä työelämään suuntautumisessa. Yhteistyösuhteessa potilaan kanssa omahoitaja luo turvalliset edellytykset ja ohjaa toimimaan yhteisössä ja osallistumaan sovittuihin toimintoihin. Omahoitaja auttaa potilasta toisten huomioon ottamisessa päivittäisessä kanssakäymisessä. Omahoitaja auttaa potilasta ylläpitämään ja luomaan suhteita omaisiin, ystäviin ja kanssaihmiisiin sekä kannustaa ja auttaa potilasta selviytymään asioidensa hoitamisessa myös sairaalan ulkopuolella. (Sundström 2003, 46.)

Päivittäisiin toimintoihin liittyvä hoitotyö tarkoittaa potilaan ravitsemuksesta, henkilökohtaisesta puhtaudesta ja vaatetuksesta huolehtimista. Hoitotyössä autetaan potilasta yksilöllisesti ravitsemukseen, nestetasapainoon ja erityyseen liittyvissä toiminnoissa. Lisäksi huolehditaan siitä, että potilas voi kokea hoitoympäristön terveyttä edistävänä. Potilasta autetaan ulkoiseen olemukseen, kauneudenhoitoon ja vaatehuoltoon liittyvissä asioissa. Yhteistyösuhteessa potilaan kanssa omahoitaja varmistaa potilaan selviytymisen ruokailuun ja henkilökohtaiseen puhtauteen liittyvissä asioissa sekä lähiympäristöstä huolehtimiseen, auttaa löytämään erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja ravitsemukseen, henkilökohtaiseen puhtauteen ja eritystoimintaan sekä vaatetukseen ja ulkoiseen olemukseen liittyvissä asioissa. Omahoitaja huolehtii osaltaan rau-

hallisen ja miellyttävän ilmapiirin ja ympäristön luomisesta sekä auttaa päivittäisiin toimintoihin liittyvissä asioissa silloin, kun potilas ei itse pysty. (Sundström 2003, 46-47.)

Fyysistä hyvinvointia edistävä hoitotyö tarkoittaa sairauden hoitoa sekä terveyttä ja hyvää oloa edistävää hoitotyötä. Sen tarkoituksena on turvata potilaan liikkuminen, lepo, hengittäminen, verenkierto ja kehon lämpötila. Hoitotyössä huomioidaan kivut, huimaus ja tajunnantason muutokset ja hoidetaan potilasta siten, että hän voi kokea saavansa apua oikeaan aikaan. Yhteistyösuhteessa potilaan kanssa omahoitaja varmistaa, että potilaan muut mahdolliset sairaudet tulevat huomioon otetuiksi ja huolehtii fyysisen voinnin seurannasta ja hoidosta sekä mahdollistaa liikunnan ja levon rytmin. Omahoitaja keskustelee lääkehoitoon, tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvistä asioista ja huolehtii niiden toteuttamisesta sekä on läsnä rauhoittaen potilasta siten, että hän voi kokea turvallisuutta sekä kivun ja pelon lievittymistä. Omahoitaja edistää terveyttä ja hyvää oloa hoitamalla potilasta niin, että hän voi kokea huolenpitoa, läheisyyttä ja välittämistä. (Sundström, 47.)

2.4.3 PPC:n TOIMINTAPERIAATE

PPC-mittarissa arvioidaan hoitajien toteutunut työpanos, jolla potilaan tarpeisiin on vastattu. Sen lisäksi määritellään potilaiden optimaalinen hoidon tarve. Täten saadaan matemaattinen lukuarvo, joka ilmaisee tilan, jossa hoitaja kokee antaneensa hyvää ja laadukasta hoitoa potilaille työvuoronsa aikana. Sitten verrataan toteutunutta ja optimaalista hoitoisuutta toisiinsa. Siten on mahdollista arvioida yksilökohtaisesti henkilöstöressurssien oikeaan osuvuutta. (Lipsanen 2005, 10.)

Päivittäistä hoitoisuusluokitusta tehtäessä huomioidaan kuusi psykiatrisen hoitotyön osa-aluetta, joista kukin arvioidaan vaativuustasojen A, B, C tai D mukaan. Vaativuustasoista muodostuvat hoitoisuusluokat 1-4. (Lipsanen 2005, 10.)

Vaativuustaso A: Potilas on omatoiminen ja selviytyy toiminnoista itsenäisesti. Potilaan hoidon tarve on vähäinen; apusana; vähän

Vaativuustaso B: Potilas tarvitsee apua ajoittain tai hoidon tarve on melko vaativa; apusana; jonkin verran.

Vaativuustaso C: Potilaan hoidon tarve on toistuvaa; apusana; paljon.

Vaativuustaso D: Potilaan avun tarve on jatkuvaa tai täysin kokonaisvaltaista; apusana; erittäin paljon. (Lipsanen 2005, 10.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten hoitajat kokevat hoitoisuusluokituksen merkityksen, luotettavuuden, toimivuuden ja eettisyyden. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa hoitoisuusluokituksen käytöstä psykiatriassa hoitotyössä. Onko luokittelulla ollut relevanttia merkitystä hoitotyölle ja kuvaako päivittäinen luokittelu tehtyä hoitotyötä.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Miten hoitajat arvioivat hoitoisuusluokituksen merkitystä, luotettavuutta, toimivuutta ja eettisyyttä.
2. Miten päivittäinen luokittelu kuvaa toteutettua hoitotyötä.

4 LAADULLINEN TUTKIMUS

4.1 MENETELMÄN KUVAUSTA

Lähtökohtana kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Tähän sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Tutkimuksessa on kuitenkin otettava huomioon, että todellisuutta ei voi pirstoa mielivaltaisesti osiin. Tapahtumat muovaavat samanaikaisesti toinen toistaan, ja onkin mahdollista löytää monensuuntaisia suhteita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti sekä pyrkimyksenä on pikemmin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia totuusväittämiä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2000, 152.)

Laadullisen tutkimuksen eri lähestymistavoille on yhteistä se, että niiden tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. Laadullisen, aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina voidaan pitää sisällönanalyysiprosessia. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21.)

Laadullisessa analyysissä kannattaa suhtautua varovaisesti erotteluiden tekemiseen ja tyypittelyyn: on selvää, että jos tehdään paljon erotteluja ja tyypittelyjä, on jokseenkin vaikeaa muotoilla sellaista poikkeuksetonta sääntöä, jolla nämä erot liittyvät toisiinsa. Siksi laadullisessa analyysissä on tärkeää pyrkiä pelkistämään raakahavainnot mahdollisimman suppeaksi havaintojen joukoksi. (Alasuutari 1999, 43.)

Kaikki laadullinen tutkimus tapahtuu elämismaailmassa, joten tutkija on osa sitä merkitysyhteyttä, jota hän tutkii. Tämä on myös edellytys sille, että hän voi

tehdä laadullista tutkimusta, sillä laatuja ymmärtäminen on mahdollista vain siinä kontekstissa, jossa niillä on merkitys. Ihminen ei voi päästä ulkopuolelle elämiskaailman, joten hänen oma tapansa ymmärtää ne kysymykset, joita hän muiden kohdalla tutkii, vaikuttaa ratkaisevalla tavalla koko ajan hänen tutkimisessaan. Mitään mahdollisuutta toimia ulkoisena tarkkailijana ei tarjoudu ihmistä tutkivalle. (Varto 1992, 26.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa analysoidaan tavallisesti piilevää sisältöä. Sisällön osatekijöitä tarkastellaan koko haastattelun osana, jotta osan yhteys kokonaisuuteen ja sen ajatussisältö voitaisiin tunnistaa ja koodata. Siten voidaan ilmisisällön lisäksi koodata ja analysoida viestin taustalla olevat ajatukset. Menetelmällä saatava aineisto on erittäin täsmällinen, mutta sen luotettavuus saattaa koodausmenetelmän subjektiivisuuden vuoksi olla vähäisempi. (Field & Morse 1988, 119.)

Laadullisessa tutkimuksessa, ovat ne sitten ammattikorkeakouluissa tehtyjä opinnäytetöitä tai yliopistojen pro gradu -töitä, eivät aineistojen koot vaihtele merkittävästi, vaan pääsääntöisesti aineiston koko on pieni tai vähäinen verrattuna määrälliseen tutkimukseen. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. Niissä pyritään mm. kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. On tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon ja/tai heillä on kokemusta asiasta. (Tuomi & sarajärvi 2002, 87-88.)

Tiettyä teorian ja käytännön yhteyttä vaativat "Hoidon laadun mittaaminen" -kirjan kirjoittajat: "Tehdäänkö hoitotieteessä tutkimusta, jolla olisi käyttöä hoitotyön todellisuudessa ja jota hoitotyöntekijät omassa päätöksenteossaan voisivat hyödyntää? Miten saattaa tämä myös suuren yleisön tietoisuuteen, jotta he osaisivat vaatia myös hoitohenkilökunnalta, kuten lääkäreiltä vaaditaan, viimeisimmän tutkitun tiedon käyttöä työssään?"(Leino-Kilpi, Walta, Helenius, Vuorenheimo & Välimäki 1994,177.)

4.2 LAADULLISEN AINEISTON KERUU

Avoimien kysymyksien suosijat perustelevat valintaansa sillä, että avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä on todella mielessään, kun taas monivalintatyypiset kysymykset kahlitsevat vastaajan valmiiksi rakennettuihin vaihtoehtoihin. Avoimet kysymykset sallii vastaajien ilmaista itseään omin sanoin, ei ehdota vastauksia, osoittaa vastaajien tietämyksen aiheesta, osoittaa, mikä on keskeistä tai tärkeää vastaajan ajattelussa, osoittaa vastaajien asiaan liittyvien tunteiden voimakkuuden, välttää haitat, jotka aiheutuvat vastaamisen muodosta. (Hirsijärvi ym. 2000, 188.)

Tutkimuksen aineisto kerättiin kahden psykiatrisen sairaalan suljetun osaston hoitohenkilökunnalta. Jokaiselle hoitohenkilökunnan jäsenelle annettiin saatekirjeen (liite 1) liitteenä täytettäväkseen kaksi A4-paperia (liite 2), joissa oli neljä teemakysymystä, joihin vastattiin esseetyyppisesti.

Tutkimuksen aineiston keruu toteutettiin marraskuun ensimmäisellä viikolla Kangasvuoren sairaalaan osastoilla 37 ja 38. Osastojen hoitajille jaettiin kaksisivuinen kyselykaavake, jossa oli kaksi kysymystä molemmilla sivuilla. Kysymyksissä etsitään hoitajien arvioita hoitoisuusluokituksen toteutuksesta. Kaavakkeita jaettiin yhteensä 42 ja vastauksia saatiin 17 hoitajalta. Vastaukset annettiin nimettömänä ja vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastaukset palautettiin osaston kanslian ilmoitustaululla olevan kirjekuoreen. Koska kyseessä oli laadullinen tutkimus, niin aineistoa kertyi riittävästi tutkimuksen tulosten aikaan saamiseksi.

4.3 LAADULLISEN AINEISTON ANALYYSI

Tutkimuksen vastaukset käsitellään laadullisen aineiston sisällönanalyysin mukaisesti. Tutkimuksen tulosten tulee olla vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtävään. Tutkimuksen aineistosta kerätään ne asiat, jotka ovat oleellisia ja ne luokitellaan vastausten perusteella syntyneisiin kategorioihin. Analyysin tarkoituksena on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta

ilmiöstä eli hoitajien kokemuksista hoitoisuusluokituksen toteutuksesta psykiatrisessa sairaalassa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 94.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita kielen piirteistä, säännönmukaisuuksien keksimisestä, tekstin tai toiminnan merkityksen ymmärtämisestä ja reflektiosta. Kvalitatiivista tutkimusta voidaan verrata väripalettiin. Jokainen tutkija tekee oman tutkimuksensa ja sekoittaa värit omalla ainutlaatuisella tavallaan. Ymmärryksen perustana on joko puhuttu tai kirjoitettu kieli, jonka tulkitsemiseen sen eri käyttötarkoituksissa perustuu tulkinnallinen tutkimusote. Tärkeää on käsittää merkitysten ymmärrystä ja tutkijan oman tulkinnan merkitystä. (Hirsijärvi ym. 2000, 156 ; Lepola, Nikkonen ja Nores 1992, 14; Lauri & Elomaa 2001, 44.)

Tutkimuksen aineiston, luettuani sen muutamaan kertaan, järjestin tutkimustehtävien mukaisesti neljälle erilliselle paperille, joihin oli koottu keskeiset ajatussisällöt hoitajien vastauksista esitettyihin esseetyyppisiin tutkimuskysymyksiin. Näistä tutkimustehtävien mukaisesti järjestetyistä ajatussisällöistä muodostin kategorioita ja tarvittaessa alakategorioita kullekin esitetylle tutkimustehtävälle. Tutkimuksen tulokset esitellään tutkimuksen luvussa viisi ja tekstiä on elävöitetty yksittäisillä suorilla ”*sitaateilla*” tutkimuksen aineistosta. Tutkimuksen tuloksista on muodostettu myös kaaviot, jotka ovat tutkimuksen liitteenä.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 HOITAJIEN ARVIOITA HOITOISUUSLUOKITUKSEN MERKITYKSESTÄ

Tämän tutkimuksen hoitoisuusluokitus kyselykaavakkeen ensimmäisessä kysymyksessä pyydetään hoitajaa arviomaan hoitoisuusluokituksen merkitystä. Tällä kysymyksellä haettiin vastausta ensimmäiseen tutkimustehtävään sen hoitoisuusluokituksen merkityksen arvioinnin osalta. Sen lisäksi hoitajien arvi-

oista löytyi myös vastauksia toiseen tutkimustehtävään, miten päivittäinen luokittelu kuvaa toteutettua hoitotyötä. Tutkimukseen vastanneiden hoitajien käsitykset hoitoisuusluokituksen merkityksestä jaetaan kahdeksi pääalaluokaksi, *tuottaa tietoa hoitotyöstä ja kriittinen näkökulma* (Liite 3).

5.1.1 TUOTTAO TIETOA HOITOTYÖSTÄ

Tämä pääalaluokka jaetaan kahdeksi alaluokaksi, *kuvaa hoitotyötä ja resurssien kohdentuminen*.

Hoitajat arvioivat hoitoisuusluokituksen merkitystä siten, että se kuvaa päivittäin toteutettua hoitotyötä. Tämä näkökulma tuo esiin sen, että hoitoisuusluokitus tekee ”näkyväksi” hoitotyötä ”näkyväksi”. Tässä yhteydessä on hyvä tuoda esiin psykiatrisen hoitotyön erityispiirre persoonalla työskentelystä, joka ei ole helposti mitattava määre. Lisäksi se kuvaa hoitotyöhön suoritettua ajankäyttöä. Hoitajat arvioivat myös, että hoitoisuusluokituksen kautta voidaan tuottaa tietoa osastolla tehtävän hoitotyön määrästä ja vaativuudesta.

”Pitäisi olla vaikutusta, osastojen hoitajavahvuuksia mietittäessä. Mitä ’vaativampia’ potilaita os. on sitä parempi pitäisi olla hoitajavahvuuden. Onko tällä oikeasti vaikutusta, sitä en tiedä.”

”Hoitoisuusluokitusta voidaan hyödyntää tehtäessä hoitotyötä ’näkyväksi’, jotta sitä voitaisiin mitata.”

”Erityisesti psykiatrialla keskustelut yms. hoito jossa hoitaja ei käytä muita välineitä kuin ’itseään’ ei tule juuri muuten todennettua.”

Hoitajat arvioivat hoitoisuusluokituksella olevan merkitystä myös resurssien kohdentumisessa. Hoitoisuusluokituksen avulla vaikutetaan hoitajavahvuuteen. Sillä luodaan vertailtavuutta eri toimialueiden välille. Lisäksi hoitoisuusluokituksella tulisi olla merkitystä ”ruuhkahuippujen” henkilövahvuuden resursoinnille.

”Hoitoisuusluokitusta voidaan käyttää johtamisen välineenä esim. henkilöstö-resurssien kohdentamisena sinne, missä resursseja tarvitaan. Hoitoisuusluokituksen avulla pystytään havainnollistamaan myös hoitotyön ajalliset ruuhkahuiput.

5.1.2 KRIITTINEN NÄKÖKULMA HOITOISUUSLUOKITUKSEN MERKITYKSEEN

Hoitoisuusluokituksen merkitystä arvioidessaan usealla hoitajalla oli kriittinen näkökulma. Kriittinen näkökulma jakautuu kolmeksi alaluokaksi, *tekninen, hoitajan voimavarat ja luokituksen toimivuus.*

Hoitoisuusluokituksen merkitystä kriittisesti arvioivien hoitajien käsityksissä yksi alaluokka nimettiin termillä tekninen. Tässä alaluokassa koettiin, että hoitoisuusluokituksesta on ollut vähän tietoa saatavana ja sen merkityksestä ei siten ole hoitajilla ollut tietoa. Jotkut taas kokivat, että hoitoisuusluokituksen tekeminen on vain rutiinia tai pakkoa. Joku hoitaja koki, että hoitoisuusluokituksen merkitys on siinä, että se vie ATK-kapasiteettia.

”Merkitys on jäänyt epäselväksi. Vaikutelmaksi on tullut, ettei luokittelulla (raskailla tuloksilla) ole varsinaista merkitystä esimerkiksi henkilöstövahvuuksiin, palkkaukseen tai muulla tavoin painetta helpottamaan.”

”Ei ole minulle valkaistunut.”

”Lisätyötä ja stressin aiheutta, kun noottia tulee aika ajoin sen tekemättä jättämisestä.”

”Luokituksen teko vie aikaa ja ohjelmistot ym. vievät varmaan kapasiteettia.”

”Hoitotyössä luokituksen merkitys on jäänyt arvoitukseksi. Merkittävyttä on vaikea sanoa. Uskon, että luokitus on vain ’rutiini’ joka vain pitää tehdä.”

Toiseksi alaluokaksi kriittisessä näkökulmassa muodostui hoitajien voimavaroja pohtiva käsitys suhteessa hoitoisuusluokituksen merkitykseen. Hoitajat arvioivat, että hoitoisuusluokitus lisää hoitajien stressiä ja aiheuttaa lisätyötä.

”Ei valitettavasti käytännön merkitystä, muuten kuin lisääntyneenä työmääränä.”

”Merkitys päivittäiseen työhön negatiivinen sen vaatiman panostuksen takia. Hoitoisuusluokituksen hyödyt kyseenalaisia, tulosten verrattavuus yksikköjen välillä heikko.”

”Arvioni mukaan merkitys/vaikutus on ainoastaan työllistävä.”

Kolmas alaluokka kriittisessä näkökulmassa käsitteli luokituksen toimivuutta. Tämän kategorian alla oli sellaisia käsityksiä, kuten luokittelu ”ei elä niin kuin pitäisi”. Hoitajat arvioivat, että hoitoisuusluokitteluja ei voi verrata osastojen välillä ja resurssien jako siten mahdotonta osastojen välillä. Hoitajat arvioivat myös, että resursseja ei jaeta työn vaativuuden mukaan. Hoitajilla käsityksenä, että hoitoisuusluokitus ei ole luotettavaa ja siten sen merkitys on kyseenalainen.

”Hoitoisuusluokitus ei tällä hetkellä ’elä’ niin kuin sen pitäisi elää. Työn tekijät eivät ole saaneet riittävästi perusteltua tietoa siitä, miksi hoitoisuusluokitus tulee tehdä, mihin sitä käytetään.”

”Tilastoja olisi kiva nähdä meidän hoitajienkin. Työntekijöitä ei ainakaan hoitoisuusluokituksen vaativuuden perusteella ole palkattu. Hoitoisuusluokitus vie aikaa ja se on pois hoitotyöstä.”

”Koska koen, ettei psykiatrisen hoitotyön luokittelu ole kovin luotettavaa, myös sen merkitys tuntuu kyseenalaiselta.”

5.2 HOITAJIEN ARVIOITA HOITOISUUSLUOKITUKSEN TOIMIVUUDESTA

Toisessa kyselykaavakkeen kysymyksessä pyydettiin pohtimaan hoitoisuusluokituksen hyödynnettävyyttä ja kehittämishaasteita. Tällä kysymyksellä haettiin vastausta tutkimustehtävän hoitoisuusluokituksen toimivuuden arviosta hoitajien kokemana. Hoitoisuusluokituksen hyödynnettävyydestä esiin tuli kolme alaluokkaa, *kuntalaskutus, resurssien jako ja kriittinen näkökulma* (Liite 4).

5.2.1 HOITAJIEN ARVIOITA HOITOISUUSLUOKITUKSEN HYÖDYNNETTÄVYYDESTÄ

Hoitoisuusluokituksen hyödynnettävyyttä pohtiessaan ovat hoitajat arvioineet, että sitä voidaan käyttää hyödyksi kuntalaskutuksessa.

”Työn vaativuus, joka näkyy, huomioitava henkilöresursseissa ja palkkauksessa. Samoin kuntalaskutuksessa.”

Resurssien jaossa hoitajat arvioivat, että hoitoisuusluokitusta voidaan hyödyntää. Sen avulla voidaan jakaa resursseja osastojen välillä. Lisäksi hoitajat kokevat, että hoitoisuusluokitusta voidaan hyödyntää työn vaativuuden huomiomisessa esimerkiksi palkkauksen kautta.

”Sen kautta voi saada viitteitä siitä kuinka työllistäviä potilaita osastolla on hoidossa ja sitä kautta on mahdollista arvioida onko osastolla riittävästi henkilökuntaa.”

”Voitaisiin hyödyntää henkilöstöresurssien kohdentamisessa sinne missä kuormitusta eniten.”

Hoitoisuusluokituksen hyödynnettävyyteen kriittisesti suhtautuvat hoitajat arvioivat, että tilanteet vaihtuvat osastoilla päivittäin, eikä siten hoitoisuusluokituksen avulla voida arvioida henkilöstön tarvetta. Lisäksi kriittisesti suhtautuvia olivat ne hoitajat, jotka halusivat hoitoisuusluokituksesta konkreettista vaikutusta osastoille. Jotkut hoitajat kokivat, että hoitoisuusluokitus on nykyisin turhaa ja ettei se kehittämällä tule paranemaan.

”Joskus miettii hoit.luokituksen hyötyä mm. miten se näkyy meidän työssämme? Olemmeko saaneet siitä tai sen myötä lisää resursseja mm. uusia toimia?”

”Nyky muodossaan epätarkka, epäluotettava ja turha. Nykyisellään hoitoisuusluokitus ei kehittämällä parane. Luotettavuus subjektiivisen arvioinnin takia vähintään kyseenalainen. Tästä on tarkkuus ja tieteellisyys kaukana! Kehittämishaasteena näkisin nykyisen järjestelmän lopettamisen ja esim. aikaperusteisen järjestelmän suunnittelun.”

”Hoitajille konkreettista tietoa mitä vaikuttavuutta luokituksista on ollut.”

5.2.2 HOITOISUUSLUOKITUKSEN KEHITTÄMISHAASTEET

Hoitoisuusluokituksen kehittämishaasteiksi muodostui kolme alaluokkaa, *yhdenmukaiseksi kehittäminen, tiedottaminen ja optimaalin luominen* (Liite 5).

Hoitoisuusluokituksen kehittämishaasteeksi hoitajat arvioivat yhdenmukaisen hoitoisuusluokitusmanuaalin luomisen, jolloin vertailu eri osastojen välillä olisi toimivaa ja tulkinnan osuus vähenisi. Yhtenä kehittämishaasteena olisi siirtyminen yhden työvuoron hoitoisuusluokitteluun, joka vähentäisi tulkinnallisuutta. Myös aikaperusteista luokittelua esitetään tulkinnallisuuden vähentämiseksi. Lisäksi olisi kehitettävä järjestelmä, joka olisi yhteydessä päivittäiseen sähköiseen kirjaamiseen hoitotyön osalta, jolloin luokittelun luotettavuus lisääntyisi.

”Parhaimmillaan resurssien kohdennusta voitaisiin parantaa, sekä yksiköiden välillä, että yksittäisten työntekijöiden kesken.”

”Voidaan osoittaa yhdenmukaisella tavalla osastotyön vaativuus/työllistävyys. Arvioidaan henkilökunta resursseja suhteessa työn määrään.”

”Kehitettävä enemmän yhdenmukaisemmaksi, jotta tulkinnan mahd. vähentyvät.”

”Mielestäni yhden työvuoronluokittelu kuvaisi riittäväällä tasolla potilaan hoitoisuutta, sillä kirjaaminen ei tule koskaan yltämään sille tasolle, että luokittelu kirjaamisen perusteella saadaan toimivaksi.”

”Sähköisen sairaskertomuksen kehittyessä toivoisi, että ohjelmat kehittyvät niin, että hoitoisuusluokitus olisi kytkettävissä suoraan päivittäisiin hoitotyön kirjauksiin. Näin toivottavasti myös sen luotettavuus lisääntyisi.”

Hoitajat toivat kehittämishaasteena esiin tiedottamisen lisäämisen hoitoisuusluokituksesta. Hoitajilla olisi tarvetta saada tietoa hoitoisuusluokituksen vaikutavuudesta sekä ylipäänsä luokittelusta, jotta se innostaisi hoitajia asiaan tarkemmin paneutumaan.

”Minun itseni ainakin pitäisi nähdä jotain käytännön hyötyä, mitä hoitoisuusluokituksen täyttämisestä on.”

”Kehittämishaasteena näkisin hoitoisuusluokituksen käytön perustelujen pohjimisen eli miksi sitä on hyvä käyttää ja mitä sillä saavutetaan.”

”Tiedon lisääminen luokituksista voisi motivoida perehtymään asiaan paremmin niille jotka luokituksia tekee.”

Yhtenä kehittämishaasteena on hoitoisuusluokituksen osastokohtaisen hoidon optimaalin kehittäminen. Tulisi selvittää potilaan todellinen hoidon tarve ja tätä verrattaisiin toteutettuun hoitotyöhön ja siten kyettäisiin arvioimaan henkilöresurssien riittävyyttä.

”Kehittämishaaste on kuinka potilaiden todellinen hoidon tarve saadaan näkyviin, jotta sitä ja todellista käytettyä aikaa voidaan verrata eli saavatko potilaat tarvitsemansa hoidon.”

5.3 HOITAJIEN ARVIOITA HOITOISUUSLUOKITUKSEN LUOTETTAVUUDESTA

Hoitoisuusluokituksen kyselykaavakkeen kolmas kysymys käsitteli hoitoisuusluokituksen luotettavuutta. Tällä kysymyksellä haettiin vastausta molempiin tutkimustehtäviin, sekä hoitoisuusluokittelun luotettavuuteen, että siihen, kuvaako päivittäinen luokittelu toteutettua hoitotyötä. Hoitajien arvioista hoitoisuusluokituksen luotettavuudesta muodostui neljä pääalaluokkaa, *manuaalin aiheuttamat, kirjaamislähtöiset, subjektiivisen tulkinnan aiheuttamat ja vertailtavuuden vaikeus* (Liite6).

5.3.1 MITEN PÄIVITTÄINEN LUOKITTELU KUVAA TOTEUTETTUA HOITOTYÖTÄ

Hoitajat arvioivat hoitoisuusluokituksen manuaalin vaikuttavan päivittäisen hoitoisuusluokituksen toteutuksen luotettavuuteen. Usein psykiatrinen hoitotyö painottuu käytettävän manuaalin kolmeen ensimmäiseen osa-alueeseen, täl-

löin potilaan kokonaisluokitus jää paljon alhaisemmaksi kuin mitä potilaaseen kohdistunut päivittäinen hoitotyö edellyttää.

”Nyt psyk. pot. hoitoa kuvaa 3 ensimmäistä kohtaa ja ne eivät nosta luokitusta mihinkään, vaikka pot. olisi koko päivän työllistänyt hoitajaa.”

Samoin jos hoidettavana on yksi sellainen potilas, joka vie kaiken hoitajan käytettävissä olevan ajan, niin muut hoitajan vuoropotilaat jäävät vaille tarvitsemaansa hoitoa. Tällöin nämä muut tulevat luokitelluksi hyvin vähän hoitoa tarvitsevaksi, vaikka päivittäinen hoidon tarve olisi merkittävästi suurempi. Nykyisessä järjestelmässä tällaisessa tilanteessa ei resurssivaje tule näkyviin. Nykyisellään järjestelmä ei anna oikeaa kuvaa osaston potilaiden päivittäisestä kuormittavuudesta suhteessa hoitohenkilöresursseihin.

”Potilas x ottaa 2 hoitajan ajan ja 4 potilasta jää hoitamatta. (kuormittavuus?)”

5.3.2 HOITAJIEN ARVIOITA KIRJAAMISEN VAIKUTUKSESTA HOITOISUUSLUOKITTELUUN

Hoitajat arvioivat hoitotyön kirjaamisen vaikuttavan hoitoisuusluokituksen luotettavuuteen. Hoitajilla on kokemus, että kirjaaminen on puutteellista ja täten on vaikeaa luotettavasti luokitella potilasta.

”jos et ole itse ollut potilaan vuorohoitajana niin illassa, kuin aamussakin, et voi pelkkien kirjausten perusteella potilasta täysin oikein kirjata.”

”Psykiatrissa hoitotyötä on hyvin vaikea luotettavasti mitata. Kirjaukset ovat monesti puutteellisia ja niiden perusteella on vaikea luokitella. Väkisinkin osa luokittelusta on ’arvailua’.”

Toisaalta hoitajilla myös kokemusta, että jos kirjaaminen on tehty huolellisesti, niin hoitoisuusluokitus on luotettava, koska hoitoisuusluokitusohjeistuksessa ei ole tulkinnalle mahdollisuutta. Lisäksi hoitajat arvioivat, että hoitoisuusluokituksen tekeminen on vaikeaa, ellei ole ollut edellisenä iltana hoitamassa luokiteltavaa potilasta.

”Jos vuorohoitaja ollut vain yhden vuoron, saattaa esim. edellisen iltapäivän hone jäädä huomioimatta.”

”Huolellisesti tehtynä on luotettava, koska ohjeissa ei ole juuri ’tulkinnan varaa’.”

”Kun noudatetaan ohjeistuksia, kirjataan huolella hoitotyön toiminnot jne. hoitoisuusluokitus antaa aika luotettavan kuvan hoitotyön toteuttamisesta.”

5.3.3 HOITAJAN SUBJEKTIIVINEN TULKINTA

Hoitajat arvioivat, että hoitoisuusluokituksen luotettavuuteen vaikuttaa se, että hoitaja tekee subjektiivisen tulkinnan suorittaessaan arviota potilaan hoidosta hoitoisuusluokitusta tehdessään. Hoitajat arvioivat, että jos hoitajan motiivi on matala hoitoisuusluokituksen tekemiseen, niin luokittelussa vain huitaistaan jotain. Hoitajilla myös kokemusta, että enemmän arvioidaan yläkanttiin kuin alakanttiin. Lisäksi hoitajat arvioivat, että samaa potilasta eri hoitajat arvioisivat erilailla, koska kyse tulkinnasta.

”Hoit. luokituksen luotettavuus ei ole mielestäni sitä mitä sen pitäisi olla. Eri hoitajilla on erilainen näkemys luokituksesta.”

”En näe, että hoitoisuusluokitus on luotettava, koska jokainen arvioi erilailla potilaita, vaikka on yhtenäinen ohjeistus. Todennäköisesti jokaisella hoitajalla on tarkoitus arvioida hiukan yläkanttiin kuin alakanttiin.”

”Mielestäni jokainen hoitaja tekee oman harkintansa mukaan luokitukset, toinen hoitaja voisi antaa samasta potilaasta erilaisen luokituksen.”

”Hoitoisuusluokituksen luotettavuudessa on liikaa tulkittavuutta –tulokset esim. hoit.luokka 1 voidaan lukea ’helppohoitoiseksi’ tai että hoitajia liian vähän huomioimaan potilaita. Ts. ’lukuohjeet’ eivät ole yhtenevät ja myöskin luokitteluohteet liian tulkinnanvaraisia –tulokset vääristyvät.”

”Koska tieto luokituksesta ja sen käytöstä vähäistä, motivaatio tehdä luokituksia ja luokituksen merkityksen ymmärtämiseen voi olla matala. Luotettavuuteen voi siis vaikuttaa, jos luokituksen tekee ’hutaistemalla’ jonkin keskimääräisen arvon.”

Hoitajilla on myös sellaista tietoa, että subjektiivisella tulkinnalla päästään parhaimmillaan 50% luotettavuuteen, joten siksi luotettavuuden suhteen hoi-

toisuusluokituksen tulokset ovat surkeat. Hoitajat arvioivat, että psykiatrasta hoitoa vaikea mitata.

”Parhaimmillaankin subjektiiviseen arvioon perustuva järjestelmä voi ylittää 50% luotettavuuteen. Panostuksiin nähden tulokset/luotettavuus siis surkealla tasolla. Yksinkertaisesta asiasta on tehty monimutkainen ja surkea järjestelmä. Tulokset eivät ole saman organisaation eri yksiköiden välillä vertailtavissa!”

5.3.4 HOITOISUUSLUOKITUKSEN VERTAILTAVUUDEN ONGELMA

Hoitajat arvioivat, että hoitoisuusluokituksen luotettavuuteen vaikuttaa hoitoisuusluokituksen avulla saatavan tiedon vertailtavuuden ongelmallisuus. Koska hoitoisuusluokittelun manuaalia varten luotu kriteeristö on osastokohtaista, niin vertailujen tekeminen osastojen välillä vaikeaa. Koska toteutetut rinnakkaisluokittelut ovat osoittaneet suuria eroavuuksia luokittelussa, niin on pitkä matka edessä ennen kuin järjestelmä on luotettava.

*”Kriteeristö on osastokohtaisesti laadittu, joten vertailu toisiin yksiköihin ei lie-
ne kovin luotettavaa.”*

*”Ei kerro paljonkaan psykiatrisen pot. hoidosta –somaatikalla ehkä toimii pa-
remmin.”*

*”Luotettavuus henkilöityy ensisijaisesti jokaiseen hoitajaan yksilönä. Myös
osastokohtaista luotettavuutta voitaneen kyseenalaistaa.”*

*”Rinnakkaisluokituskin eroaa jo niin paljon toisistaan, että pitkä matka on
edessä, jos halutaan systeemi luotettavaksi.”*

Hoitajat arvioivat, että hoitoisuus merkitsee eri asioita eri osastoilla. Esimerkiksi potilaan hoitoisuusluokitus erittäin paljon hoitoa vaativassa 4-luokassa avo-osastolla verrattuna suljetun osaston vastaavaan hoidon tason vaativuuteen.

*”Myös eri osastojen välillä voi luokittelun tulokset merkitä eri asioita. Kuinka se
sitten tilastoinnissa näkyy esim. luokkaa 4 oleva potilas avo-osastolla ja sulje-
tulla osastolla.”*

5.4 HOITOISUUSLUOKITUKSEN EETTISYYS HOITAJIEN ARVIONA

Hoitoisuusluokitus kyselykaavakkeen neljäs kysymys käsitteli hoitoisuusluokituksen eettisyyttä. Tällä kysymyksellä haettiin vastausta kumpaankin tutkimustehtävään. Siinä hoitajia pyydettiin pohtimaan hoitoisuusluokituksen eettisyyttä. Hoitajien käsityksistä muodostui kaksi pääalaluokkaa, *hoitoisuusluokituksen eettisyyteen kriittisesti suhtautuva* ja *hoitoisuusluokituksen eettisyyttä toimivana pitävä näkemys* (Liite 7).

5.4.1 KRIITTINEN SUHTAUTUMINEN HOITOISUUSLUOKITUKSEN EETTISYYTEEN

Hoitoisuusluokituksen eettisyyteen kriittisesti suhtautuvat hoitajat kokivat, että hoitoisuusluokittelua on toteutettu vuosikaudet ja siitä ei ole näkyviä tuloksia. He kokevat, että luokituksissa on liikaa tulkintaa eikä se motivoi hoitajia.

”Tehty vuosikaudet, mutta missä tuloksia. Välillä tuntuu kuin tekisi jotenkin ’turhaa’. Toki mittareita on kehitettävä, mutta liikaa tulkintaa olemassa, tämä eräs tekijä joka ei kovasti aina jaksa motivoida.”

Kriittisesti suhtautuvat hoitajat kokivat, ettei hoitoisuusluokittelu anna oikeaa kuvaa potilaan tilanteesta eli ei kuvaa päivittäin toteutettua hoitotyötä. Jotta luokiteltavan potilaan hoitoisuusluokitus nousisi potilaan työllistävytyden tasolle, niin hoitajan pitää ylikuokittelua hoitoisuusluokituksen 3 viimeistä osa-aluetta. Hoitajat pohtivat, että jos luokittelu perustuu kokemukseen, niin voiko se olla luotettava. Jos luokittelu on epäluotettavaa, niin voiko niistä eettisesti tehdä oikeita johtopäätöksiä. Pohdintaa aiheuttaa myös se, että mitenkä on vertailukelpoisia lyhytaikaisten sijaisten tekemä päivittäinen hoitoisuusluokitus pitkään osastolla työskennelleisiin hoitajiin verrattuna.

”Ei anna oikeaa kuvaa potilaan tilanteesta eikä palvele mitään mielestäni.”

”Työllistävän pot. kohdalla on laitettava sellaisiin kohtiin ’ruksia’, että luokitus nousisi, vaikkei ole todellisuudessa niitä juttuja ollut (3 viimeistä kohtaa).”

”Rehellisesti sanottuna tuntuu, että koko juttu on aivan turhaan hoitajaa työllistävä asia, kun nykyään menee muutenkin aikaa ’koneella istumiseen’ ja aina vain vähemmälle ja kauemmaksi jää potilaan kohtaaminen kansliahommilta.”

”Koska psyk. hoitotyön luokittelu pohjautuu pääsääntöisesti paitsi tehtyihin hoitosuoritteisiin niin myös kokemukseen, joten voiko tulos olla luotettava.”

”On sijaisia, niin millä perusteella he luokittelevat potilaat? Onko heidän luokittelunsa vertailukelpoinen luokittelussa, jonka on tehnyt pitkään samassa työyhteisössä työskennellyt työntekijä.”

”Inhimilliset toiminnot pyritään saamaan vertailtavaan muotoon, oleellista voi kadota prosessissa. Onko tarpeellista ja eettistä?”

”Kuinka eettistä luokittelu on, jos se on epäluotettavaa”

Kriittisesti hoitoisuusluokituksen eettisyyttä arvioivat hoitajat pohtivat, että hoitotyön resurssit ovat väärin kohdistuneet hoitoisuusluokituksen toteutuksessa. Hoitajat arvioivat, että hoitoisuusluokitus työllistää turhaan hoitajia ja silloin jää vähemmän aikaa potilaalle. Hoitajilla myös arviota, että hoitoisuusluokitus vie aikaa, rahaa ja resursseja. Olisi tarvetta kriittiselle tutkimukselle ja arviolle koko järjestelmän olemassaolosta.

”Aikaa, rahaa ja resursseja on varaa tuhlaata tämän tason toimintaan, miksi? Kriittinen tutkimus ja arvio nykyisen hoitoisuusluokittelujärjestelmän luotettavuudesta on tarpeellinen. Miksi sitä ei ole tehty?”

Hoitajat arvioivat myös kriittisesti nykyisen hoitoisuusluokitus manuaalin toimivuutta. Koska manuaali ei ole yhdenmukainen eri osastoilla, niin tuloksia ei voi eettisesti kestäväällä tavalla verrata toisiinsa eri osastojen välillä.

”Koska manuaalia ei saada yhdenmukaiseksi, ovatko manuaalilla tehdyt luokitukset vertailukelpoisia?”

”Voisiko tuloksista tehdä väärä johtopäätöksiä. Hoitoisuus esim. avo-osaston ja suljetun välillä.”

Hoitajat ovat kiinnittäneet huomiota myös hoitoisuusluokituksen käytännön ohjeistukseen, on eettisesti väärin antaa ohje, ”luokitelkaa vähän yläkanttiin”. Kriittisessä arviossa pohditaan myös, miksi hoitoisuusluokituksessa näkyvät potilaiden nimet ja henkilötunnukset, mihin niitä tietoja tarvitaan.

”Jos toisella osastolla perehdytetään tarkemmin kuin toisella, huomioidaanko.”

”Onko oikein antaa ohjeita ’luokitelkaa hieman yläkanttiin’ tms.”

”Mikä merkitys potilaiden nimillä ja henkilötunnuksilla on luokittelussa, mihin näitä tietoja tarvitaan?”

5.4.2 HOITOISUUSLUOKITTELU ON EETTISESTI PERUSTELTUA

Hoitoisuusluokituksen eettisyyden osa hoitajista arvio ongelmattomaksi. Koska potilaan kanssa työskentely on eettistä, niin hoitoisuusluokituskin on myös eettistä, koska luokittelu perustuu eettisesti toteutettuun päivittäiseen hoitotyöhön. Hoitajat pohtivat myös, että koska hoitoisuusluokituksen tarkoituksena on potilaan hyvä, niin riittävien henkilöstöresurssien ansiosta potilasturvallisuus paranee.

”En koe mitään ongelmia eettisyyden suhteen. Jokainen hoitaja tahollaan luokitusta tehdessään suunnittelee luokituksen oman eettisyyden perusteella.”

”Tarkoituksena on potilaiden hyvä, kun hlökuntamäärä voidaan katsoa riittäväksi –potilasturvallisuus!”

”Potilaiden kanssa työskentely on eettistä, joten onhan silloin hoitoisuusluokittelukin. Hoitoisuusluokittelullahan tarkastellaan potilaan hoitotyötä, joka taas perustuu hoitajan eettisiin arvoihin.”

Hoitajat arvioivat myös, että kun hoitoisuusluokituksen päämäärä on ylevä ja käytännöllinen, arviointi on perusteltua, vaikkei sillä suoranaisesti vointiin vaikutettaisi. Hoitajat arvioivat, että kun hoitaja pitää hoitoisuusluokittelua tärkeänä, niin siihen suhtautuu vakavasti.

”Potilaiden arviointi turhaan on epäeettistä. Jos luokituksella pyritään johonkin ylevään tai käytännölliseen päämäärään, toiminta on perusteltua, vaikka ei suoranaisesti vaikuta potilaan vointia hyödyttävästi.”

”Suurin kysymys mielestäni on hoitajan oma kokemus luokittelusta. Näkeekö sen tärkeänä ja näin ollen suhtautuu siihen riittävällä vakavuudella.”

6 POHDINTA

Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää, miten hoitajat kokevat hoitoisuusluokituksen merkityksen, luotettavuuden ja toimivuuden. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitoisuusluokituksen käytöstä psykiatrisessa hoitotyössä. Onko luokittelulla ollut relevanttia merkitystä hoitotyölle ja kuvaako päivittäinen luokittelu tehtyä hoitotyötä.

Tutkimuksessa on mielestäni selkeästi tullut esille, että hoitoisuusluokituksen toteutukseen psykiatrisessa sairaalassa suhtaudutaan kahdella hyvin erilaisella tavalla. Hoitajat ovat jakautuneet hoitoisuusluokitus ”uskovaisiin” ja hoitoisuusluokitus ”skeptikoihin”. Tässä tutkimuksessa ei selvitetty näkemysten yleisyyttä hoitohenkilökunnan keskuudessa. Yksi lisätutkimuksen aihe voisi olla selvittää näkemysten yleisyyttä hoitohenkilökunnan keskuudessa.

Hoitajien arviot hoitoisuusluokituksen merkityksestä

Hoitajien näkemykset hoitoisuusluokituksen merkityksestä poikkesivat toisistaan merkittävän paljon. Skeptisimmät eivät kokeneet hoitoisuusluokituksella olevan muuta merkitystä kuin stressin ja lisätyön aiheuttajana. Kriittisen näkökulman esille ottama ajatus eri osastojen hoitoisuusluokituksen vertailtavuuden vaikeudesta on hyvin relevantti hoitoisuusluokituksen kehittämisen kannalta. Miten luoda sellainen hoitoisuusluokituksen mittari, joka mahdollistaisi rinnakkaisluokittelun eri osastojen välillä.

Hoitajilla oli aiempiin tutkimuksiin verrattuna samansuuntaisia käsityksiä hoitoisuusluokituksen merkityksestä. Hoitoisuusluokituksella pyritään resurssien kohdentamiseen tarkoituksen mukaisella tavalla. Hoitoisuusluokitus tuottaa myös tietoa hoitotyön kuormittavuudesta sekä tuo näkymätöntä hoitotyötä näkyväksi. Hoitoisuusluokitus myös kuvaa tehtyä hoitotyötä eri osa-alueiden kautta.(Lonkila 2006; Partanen 2002.)

Hoitajien arvioita hoitoisuusluokituksen luotettavuudesta

Hoitoisuusluokituksen luotettavuutta arvioidessaan hoitajien näkemykset myös jakaantuivat. Joidenkin hoitajien arvioissa ei koettu olevan tulkinnalla suurta merkitystä hoitoisuusluokituksen luotettavuuden suhteen. Kun kirjaukset tehdään huolellisesti ja luokittelun ohjeistusta noudatetaan, niin hoitajan tekemä arvio on luotettava.

Aiemmassa tutkimuksessa on hoitajien koettu pitävän hoitoisuusluokitusta luotettavana, koska rinnakkaisluokittelussa on saavutettu varsin korkea taso. Esimerkiksi Sundström(2003, 55.) toteaa, että ”mittarilla kyetään määrittämään psykiatrisen potilaan hoitoisuus luotettavasti erikoissairaanhoidossa”. Samoin Lipsanen(2005, 16.) ”Rinnakkaisluokituksen tulokset ovat olleet projektin alkuvaiheessa hyvin ideaaliset. Realibiliteetin tavoitetason (70%) saavutti silloin suurin osa vuodeosastoista”.

Osa hoitajista taas arvio, että hoitajan subjektiivinen tulkinta luokitellessaan potilasta heikentää arvion luotettavuutta. Lisäksi nykyisen mittarin koettiin huonosti kuvaavan todellista hoitotyön kuormittavuutta. Jos esimerkiksi potilaan hoitotyö on painottunut mittarin kolmeen ensimmäiseen osa-alueeseen, niin luokitus jää alhaiseksi, vaikka potilas olisi ollut erittäin työllistävä. Ja jos hoitajan aika on mennyt kokonaan yhden potilaan hoitamiseen ja muut jäävät vaille tarvitsemaansa hoitoa, niin tämä resurssien riittämättömyys ei tule esille nykyisessä järjestelmässä. Mielestäni tilannetta voisi parantaa kehittämällä optimaalin, johon verrattaisiin toteutunutta hoitotyötä ja täten arvio hyvän hoidon tasosta olisi helposti tavoitettavissa.

Hoitajien arvioita hoitoisuusluokituksen toimivuudesta

Hoitoisuusluokituksen toimivuutta hoitajat myös arvioivat kaksijakoisesti. Joidenkin hoitajien arvioissa kuvastui turhautuminen toteutuneeseen hoitoisuusluokitteluun. Luokittelua on tehty vuosikaudet ja missä ovat tulokset. Hoitajat kokevat, ettei toteutetulla luokittelulla ole ollut merkitystä resurssien jaossa työn vaatavuuden mukaan. Hoitajat kokevat myös, että heitä on huonosti informoitu hoitoisuusluokituksesta yleensä. Joku hoitaja koki kuitenkin, että hoi-

toisuusluokituksen avulla on saatu joskus ylimääräinen käsipari osastolle töihin.

Hoitajien arvioita hoitoisuusluokituksen hyödynnettävyydestä

Hoitoisuusluokituksen hyödynnettävyyden hoitajat arvioivat monella tavalla. Sillä koetaan olevan merkitystä kuntalaskutuksessa, resurssien jaossa ja työn vaativuuden huomioimisessa. Hoitoisuusluokitusta voidaan hyödyntää resurssien jaossa yksiköiden välillä. Hoitoisuusluokituksen avulla voidaan huomioida työn vaativuutta esimerkiksi palkkauksen kautta. Vaativasta työstä maksetaan paremmin kuin vähemmän vaativasta.

Hoitoisuusluokituksen hyödynnettävyyttä hoitajat arvioivat myös kriittisesti. Osa hoitajista arvioi, että tilanteet vaihtelee osastoilla niin paljon, ettei hoitoisuusluokituksen tilastojen perustalta kyetä henkilöstön tarvetta arvioimaan. Toisaalta osa kriittisesti suhtautuvista vaati konkreettisia vaikutuksia osastolle hoitoisuusluokituksen kautta. Mielestäni näkemyksessä on ristiriitaisuutta. Jos hoitoisuusluokituksen toteutus ei perustu luotettaviin arvioihin, niin silloin olisi loogista, ettei siitä ole ollut mitään seuraamuksiakaan osastoille.

Hoitajien arvioita hoitoisuusluokituksen eettisyydestä

Hoitoisuusluokituksen eettisyyttä hoitajat arvioivat kahdella erilaisella tavalla. Hoitajilla oli näkemystä, ettei eettisyyden kanssa ole ongelmia, koska potilaiden kanssa tehty hoitotyö on eettistä. Mielestäni siitä, että jos potilaiden kanssa työskennellään eettisesti kestäväällä tavalla, ei seuraa, että tämän hoitotyön arvio olisi eettistä. Käsitykseni mukaan hyvä työmieskin saattaa syyllistyä yllä-laskutukseen. Aivan yhtä hyvin hoitaja, joka työskentelee eettisesti moitteettomasti, saattaa hoitoisuusluokitusta tehdessään syyllistyä virhearvioon, varsinkin jos on kuullut ohjeistusta ”luokitelkaa vähän yläkanttiin”.

Hoitoisuusluokituksen eettisyyttä arvioitiin myös kriittisesti. Hoitajilla oli kokemusta, ettei luokittelu anna oikeaa kuvaa potilaan tilanteesta ja ettei epäluotettavista arvioista voi eettisesti kestäväällä tavalla päätellä resurssien jakoa osastojen välillä. Lisäksi koettiin, että hoitoisuusluokitusjärjestelmä vie aikaa, rahaa ja resursseja ja toivottiin kriittistä tutkimusta aiheesta.

Kuvaako päivittäinen luokittelu tehtyä hoitotyötä

Hoitajat arvioivat myös sitä monella tapaa, että kuvaako päivittäinen hoitoisuusluokitus tehtyä hoitotyötä. Osa hoitajista arvioi, että kun kirjataan hyvin ja noudatetaan hoitoisuusluokitusohjeistusta, niin hoitajan tekemä arvio kuvaa hyvin tehtyä hoitotyötä. Osa hoitajista oli taas sitä mieltä, että hoitajan arvio ei ole luotettava, koska se perustuu niin paljon tulkintaan ja paljon arvioidaan sellaista hoitotyötä, jota itse ei ole ollut toteuttamassa. Mielestäni tulisi ottaa vakavaan harkintaan hoitoisuusluokituksen toteuttaminen vain yhden työvuoron ajalta. Tällöin hoitaja arvioisi vain itse suorittamaansa hoitotyötä ja tulkin-
taa kirjausten perusteelta olisi merkittävästi vähäisemmän.

Hoitoisuusluokituksen kehittämishaasteet

Tutkimuksessa nousi esille muutamia hoitoisuusluokitukseen liittyviä kehittämishaasteita. Hoitajat arvioivat, että tulisi kehittää hoidon optimaali, jonka avulla kyettäisiin tuomaan esiin osaston henkilöresurssien tarve. Toinen merkittävä kehittämishaaste koskee osastojen välisen vertailtavuuden parantamista. Osastojen hoitoisuusluokitus manuaalit tulisi kehittää yhdenmukaisiksi ja samalla tavalla tulkittaviksi. Lisäksi mielestäni olisi hyvä kehittää rinnakkaisluokittelujärjestelmä osastojen välille, jolloin niiden vertailu olisi toimivampaa kuin nykyisessä järjestelmässä. Siirtyminen yhden vuoron luokitteluun lisäisi luokittelun luotettavuutta. Sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen yhteydessä tulisi perusteellisesti pohtia hoitoisuusluokituksen sisällyttämistä jotenkin päivittäiseen kirjaamiseen.

Kehittämishaasteet:

- yhdenmukaiset manuaalit
- rinnakkaisluokitus osastojen välille
- hoidon optimaalin kehittäminen
- hoitoisuusluokituksesta tiedottaminen
- yhden vuoron luokitteluun siirtyminen
- sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen mahdollisuudet

Tutkimuksen luotettavuudesta ja eettisyydestä

Tutkimukseni on laadullinen ja sen tulokset lähinnä suuntaa antavia. Tutkimuksen tuloksissa on paljon tulkinnanvaraista. Hoitajat ovat työskennellessään tulkinneet tekemäänsä hoitotyötä hoitoisuusluokitusta tehdessään. Sitten he ovat tulkinneet arvioitaan tutkimukseni kysymyksissä. Sen jälkeen minä olen tulkinnut vastauksia ja laatinut niistä tutkimuksen tulokset ja nyt tässä pohdinnassa arvioin tulkintaani. Joten nyt on kyseessä nelinkertainen tulkinta hoitotyön toteutuksesta hoitoisuusluokituksen kautta.

On pyritty saamaan laadullisin menetelmin tieteellistä tietoa, jossa hyväksytään subjektiivisuus eikä pyritä yleistykseen (Krause & Kiikkala 1996,16).

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja vastaukset annettiin nimettöminä. Tutkimukseen oli mahdollista vastata myös kirjoituskoneella kirjoittamalla, jolloin tutkimuksen tekijän olisi ollut mahdotonta edes käsialasta tunnistaa vastaajan henkilöllisyyttä. Kuitenkin vain yksi vastanneista kirjoitti kirjoituskoneella vastauksensa. Tutkimuksen aineisto hävitetään takassa polttamalla sitten, kun tutkimus on valmis. Käsitykseni mukaan tutkimukseen ei sisältynyt eettisesti arveluttavia elementtejä.

Jatkotutkimuksen tarve

Mielestäni aiheesta voisi myös tehdä määrällisen tutkimuksen, jossa tutkittaisiin hoitajien monenkirjavien näkemysten laajuutta hoitohenkilökunnan keskuudessa. Paljonko on ”skeptikoita” nykyisin ja kuinka moni muuttuisi ”uskovaiseksi”, jos edellä mainitut kehittämishaasteet toteutetaan lähitulevaisuudessa.

LÄHTEET:

- Alanen, P. 1995. Artikkele, Lääketieteen luonne, Louhiala, P.(toim.) teoksessa Lääketiede ja filosofia. Yliopistopaino. Helsinki.
- Alasuutari, P. 1999. 3. uudistettu painos. Laadullinen tutkimus. Osuuskunta Vastapaino. Tampere.
- Fagerström, L. & Rauhala, A. 2003. Finnhoitoisuus –hoitotyön benchmarking. Projektin loppuraportti 2000-2002. Suomen kuntaliitto. Helsinki.
- Field, P. & Morse, J. 1988. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Hygieia sarja. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. 6. uudistettu laitos. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Janhonen, S. & Nikkonen (toim.), M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.
- Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 2000. 5.-6. painos. Hoitotyön etiikan perusteet. WSOY. Helsinki.
- Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki. Kirjayhtymä OY.
- Latvala, E., Visuri, T. ja Janhonen, S. 1996. Psykiatrinen hoitotyö. WSOY. Helsinki.
- Lauri, S. & Elomaa, L. 2001. Hoitotieteen perusteet. Helsinki:WSOY.
- Lauri,S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.
- Leino-Kilpi, H., Walta, L., Helenius, H., Vuorenheimo, j. ja Välimäki, M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen. STAKES. Raportteja 151.
- Lepola, i., Nikkonen, M & Nores, T. 1992. Hoitotieteen laadullisia tutkimuksia. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 58: Vap-kustannus.
- Lindström, Unni Å. 1988. Psykiatrisen hoito-opin perusteet. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Helsinki.
- Linnainmaa, P., Innamaa, M. ja Honkala, L. 1999. Mielenterveystyö ja opetusmatkalla kohti muutosta. Hygieia sarja. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.
- Lipsanen, H. 2005. Hoitoisuusluokituksen käyttöönotto psykiatrian toimialueella Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja 113/2005. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Lonkila, A. 2006. Hoitoisuusluokituksen käyttö osana hoitotyön laadun arviointia. Hoitohenkilökunnan näkökulma. Pro gradu –tutkielma. Oulun Yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Lämsä, R. 2007. Näkymättömyydestä näyttämölle: hoitotyön toimijat hoitoisuusluokituksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2007:44, 8-19.

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

Partanen, Pirjo. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 99.

Pelkonen, R. 2002. Artikkelit, Terveystieteiden etiikan keskeisiä kysymyksiä, teoksessa, Eettisyyttä terveydenhuoltoon. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. ETENE-julkaisuja 5. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

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

Rainio, A.-K. 1996. Hoitoisuusluokituksen hyödyntämisestä erikoissairaanhoidon kustannuslaskennassa. Hoitotiede Vol. 8, No 2, 70-77.

Raitala, E. 1999. Hoitoisuusluokitus sydänvalvontaosastolla. Monitorihoitoisuusluokitusmittarin käyttökelpoisuuden arviointi. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Rissanen, T. & Toivanen, T. 2003. Mitä on psykiatrinen hoitotyö toimintoina Kuopion yliopistollisessa sairaalassa –selvitys psykiatrisen hoitoisuusluokituksen kehittämistyöstä. Kuopion yliopistollinen sairaala. Kuopio.

Ryynänen, O-P. & Myllykangas, M. 2000. Terveystieteiden etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. WSOY. Helsinki.

Savolainen, P. & Töyry, E. 1994. Hoitoisuusluokituskoikeilu monitorihoitoisuusluokitusmittarilla Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä vuosina 1993-1995 (Loppuraportti). Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja No 28/1995. Kuopion yliopistollinen sairaala. Hallintokeskus.

Sundström, R., Ahonen, M., Hyry, M.-L. & Nojonen, K. 1997. Hoitoisuusluokituksen Kehittämisprojekti Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Kehittämishankkeen osaraportit 1 – 3. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 4/97. Tampereen yliopistollinen sairaala. Tampere.

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

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Varto, J. 1992 Laadullisen tutkimuksen metodologia. Hygieia sarja. Kirjayhtymä. Helsinki.

Voutilainen, P. 2004. Henkilöstömitoitukset ja henkilöstön hyvinvointi. Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi. Hygieia. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki, 126-132.

Välimäki, M., Holopainen, A. ja Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. WSOY. Helsinki.

LIITE 1

Hyvä hoitaja

Teen tutkimusta Kangasvuoren sairaalassa osastoilla 37 ja 38 työskentelevien hoitajien kokemuksista hoitoisuusluokituksen toteuttamisesta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa hoitoisuusluokituksen käytöstä hoitaja näkökulmasta tarkasteltuna. Tutkimus toteutetaan kahdelle A4-paperille neljää esseetyyppistä kysymystä käyttäen yhden viikon aikana marraskuun alussa. Tutkimuksen aineisto analysoidaan laadullisen sisällönanalyysin menetelmää käyttäen.

Pyydän Sinua ystävällisesti osallistumaan tutkimukseen. Vastaa nimettömänä esseetyyppisiin kysymyksiin ja palauta vastauksesi osaston kansliassa olevaan palautuskirjekuoreen.

Tutkimukseen osallistuvat kaikki osastojen 37 ja 38 hoitajat. Vastaaminen on vapaaehtoista. Nimettömät vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Opiskelen Jyväskylän ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Opintoihini kuuluu opinnäytetyö. Tutkimustani ohjaavat osastonhoitaja Tuula Antinaho ja hoitotyön lehtori Pirkko Oittinen. Annan mielelläni tutkimuksesta lisätietoja, joten voit halutessasi ottaa yhteyttä. Tutkimukseni on tarkoitus valmistua tämän vuoden loppuun mennessä.

Kiitos vastauksestasi

Timo Hakala

LIITE 2

HOITOISUUSLUOKITUS TUTKIMUS

Vastaa kysymyksiin esseetyyppisesti. Pyri saamaan vastauksesi tälle sivulle, mutta tarvittaessa voit jatkaa paperin toiselle puolelle. Palauta vastauksesi 5.11.2007 mennessä osaston kanslian ilmoitustaululla olevaan palautuskirjekuoreen.

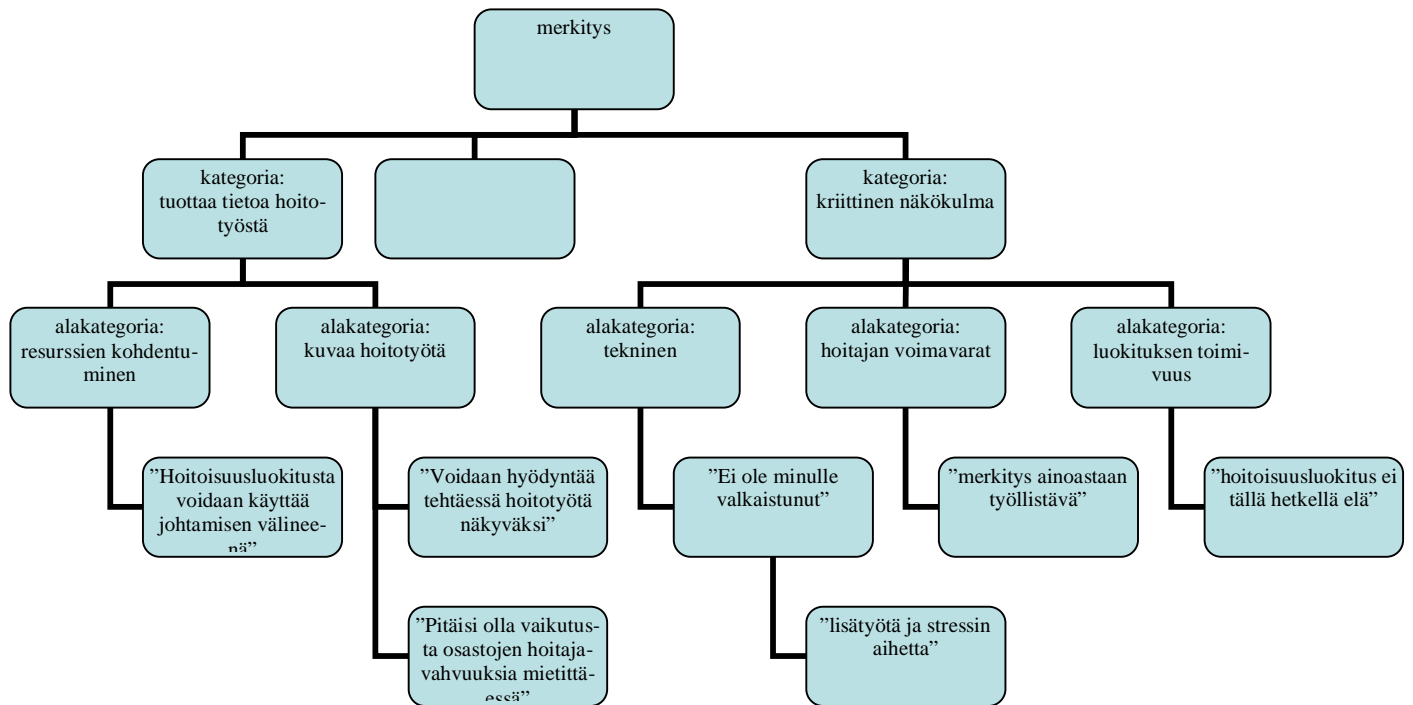
1. Arvioi hoitoisuusluokituksen merkitystä.
2. Pohdi hoitoisuusluokituksen hyödynnettävyyttä ja kehittämishaasteita.

3. Arvio hoitoisuusluokituksen luotettavuutta.

4. Pohdi hoitoisuusluokittelun eettisyyttä

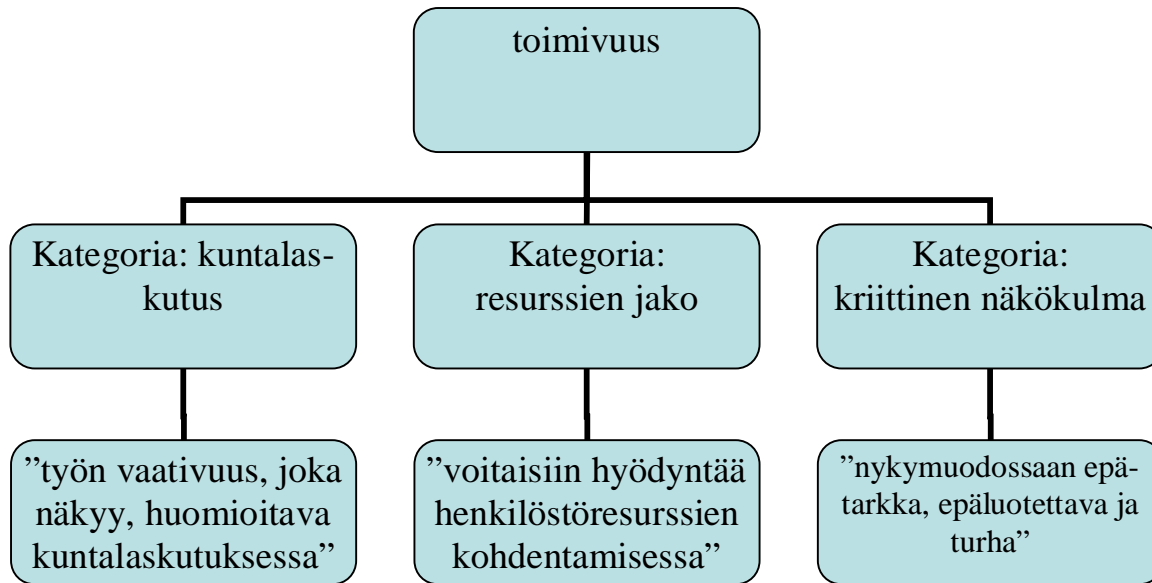
LIITE 3

Hoitajien arvioita hoitoisuusluokituksen merkityksestä. Alimmissa "laatikoissa" esimerkkejä pelkistetyistä ilmauksista.



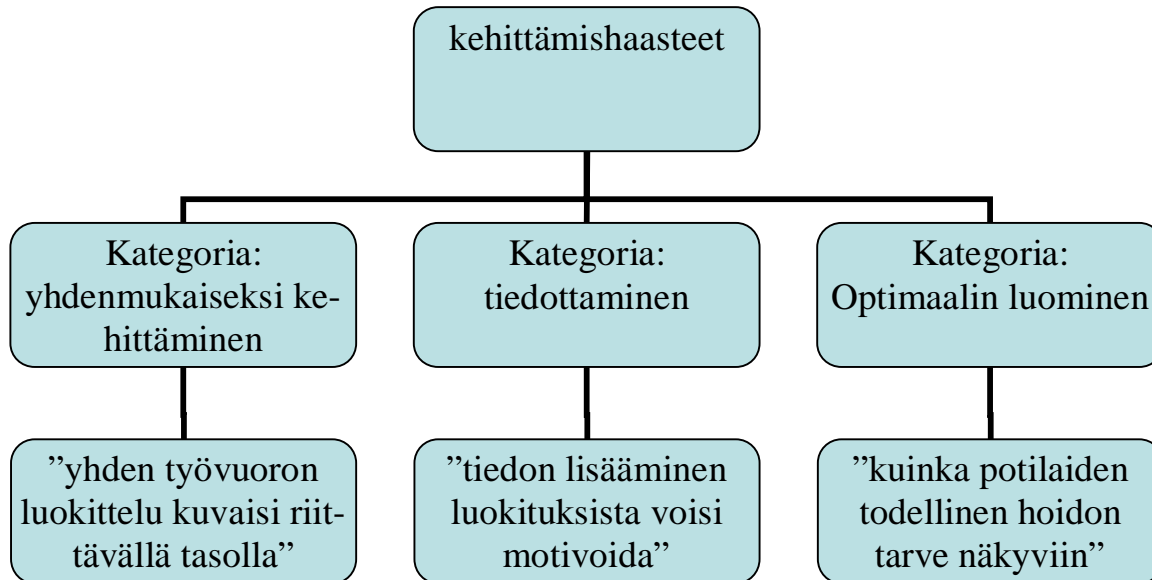
LIITE 4

Hoitajien arvioita hoitoisuusluokituksen toimivuudesta. Alimmissa "laatikossa" esimerkkejä pelkistetyistä ilmauksista.



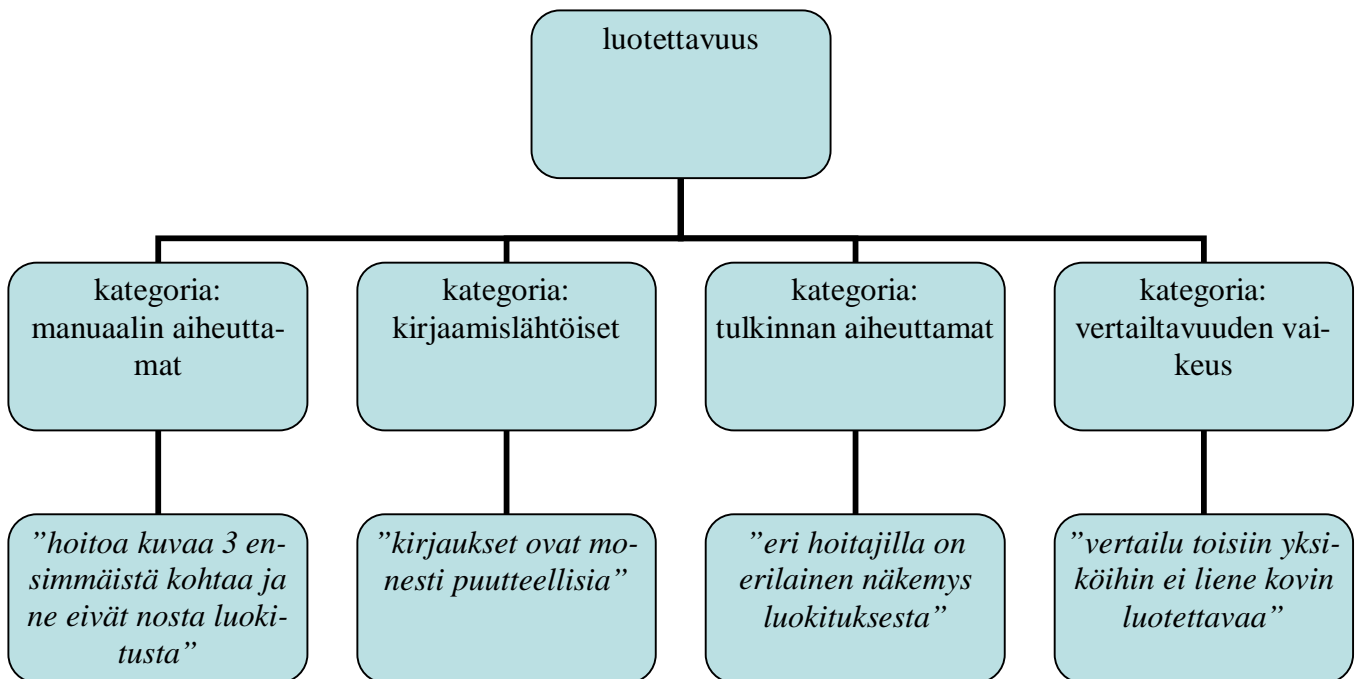
LIITE 5

Hoitoisuusluokituksen kehittämishaasteet. Alimmissa ”laatikoissa” esimerkkiejä pelkistetyistä ilmauksista.



LIITE 6

Hoitajien arvioita hoitoisuusluokituksen luotettavuudesta. Alimmissa "laatikoissa" esimerkkejä pelkistetyistä ilmauksista. Tutkimuksen tulosten yhteydessä niitä on "siteerattu" enemmän.



LIITE 7

Hoitoisuusluokituksen eettisyys hoitajien arviona. Alimmissa "laatikoissa" esimerkkejä pelkistetyistä ilmauksista. Tutkimuksen tuloksissa *"sitaatteja"* on enemmän.

