

Please note! This is a self-archived version of the original article.

Huom! Tämä on rinnakkaistalenne.

To cite this Article / Käytä viittauksessa alkuperäistä lähdettä:

Saarenpää, S., Elo, S. & Kajula, O. (2020) Sairaanhoidtajien kokemuksia hoitoisuuden mittaamisesta POLIHOIQ-mittarilla. Tutkiva hoitotyö, 2020:3, s. 3 - 9.

Sairaanhoitajien kokemuksia hoitoisuuden mittaamisesta POLIHOLq-mittarilla

Sinikka Saarenpää, apulaisosastonhoitaja, TtM, hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto, PPSHP, Oulun yliopistollinen sairaala, sinikka.saarenpaa@ppshp.fi

Satu Elo, TtT, yliopettaja, Lapin ammattikorkeakoulu, satu.elo@lapinamk.fi

Outi Kajula, TtT, yliopettaja, post doc-tutkija, Tampereen ammattikorkeakoulu, hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto, outi.kajula@tuni.fi



Saarenpää S, Elo S & Kajula O. 2020. Sairaanhoitajien kokemuksia hoitoisuuden mittaamisesta POLIHOLq-mittarilla. Tutkiva Hoitotyö 18(3), 3–9

Tiivistelmä

Sairaanhoitajien kokemuksia hoitoisuuden mittaamisesta POLIHOLq-mittarilla

Tutkimuksen tarkoitus: Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia potilaan hoitoisuuden mittaamisesta polikliinisen hoitoisuusluokitusmittarin (POLIHOLq) avulla.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimusaineisto kerättiin Suomessa sairaanhoitajilta (n=17) fokusryhmähaastattelulla (n=4) ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tulokset: Sairaanhoitajien kokemus potilaan yksilöllisen hoidontarpeen mittaamisesta muodostui kolmesta pääluokasta: hoitotyön näkyväksi tekeminen, potilaan yksilöllinen hoitoisuuden näkyväksi tekeminen ja hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödyntämisen merkitys sairaanhoitajalle. POLIHOLq-mittari nähtiin tärkeänä työvälineenä, jolla sairaanhoitajien tekemä työ saadaan näkyväksi. POLIHOLq-mittarin koettiin mittaavan potilaan yksilöllistä hoidontarvetta, mutta yksilöllisyys tulisi huomioitua paremmin, mikäli mittarissa olisi nollakohta osoittamassa, ettei kyseinen osa-alue kosketa potilasta. Sairaanhoitajat eivät kuitenkaan täysin luota hoitoisuusluokitusmittariin tai sen tuottamaan tietoon, sillä tietojen hyödyntämistä ei tuoda esille riittävästi.

Päätelmät: Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää hoitoisuusluokitusmittarin kehittämisessä, sairaanhoitajien hoitoisuuden mittaamisen edistämässä sekä välillisesti potilasohjauksen ja kirjaamisen kehittämisessä.

Asiasanat: fokusryhmähaastattelu, hoitoisuusluokitus, induktiivinen sisällönanalyysi, polikliininen hoitotyö, sairaanhoitaja

Abstract

Nurses' experiences on measuring patients' individual needs of care with POLIHOLq

Sinikka Saarenpää, MNSc, Satu Elo, PhD, Outi Kajula, PhD

Purpose: The purpose of this study was to describe nurses' experiences regarding measuring patients' individual needs of care with a patient classification tool for outpatient clinics (POLIHOLq).

Methods: Data for the study was collected in Finland from registered nurses (n=17) by using focus group interviews (n=4). The data was analyzed with inductive content analysis.

Results: Experiences regarding measuring patients' individual needs of care included three main categories: making care work visible, making patients individual need of care visible and the meaning of utilizing patient classification system for a nurse. POLIHOLq was seen as an important tool to make the work of nurses more visible. POLIHOLq was found to be measuring patients' individual care needs, but uniqueness of the patients care needs would be more easily recognized, were it possible to use category zero while measuring the needs of care. Nurses did not completely trust the tool and the information it provided, because there is not enough information brought to them about utilizing the data.

Conclusions: Results of this study can be used to develop the patient classification tool, encourage nurses to actively make the classifications, and indirectly to develop patient counselling and documentation.

Keywords: focus group interview, patient classification, inductive content analysis, outpatient nursing, nurse

Poliiklinisen hoitotyön ja avohoidon lisääntyessä tarve mitata, arvioida ja tuottaa tietoa poliiklinisestä hoitotyöstä lisääntyy (Prescott 1991, Fagerholm 2014). Suomessa avohoidossa olevien potilaiden määrä ja avohoitokäynnit lisääntyvät vuosittain. Vuonna 2017 avohoidon käyntien määrä somaattisessa erikoissairaanhoidossa oli noin 1432 käyntiä 1000 asukasta kohden ja vuonna 2018 käyntimäärät lisääntyivät ollen noin 1484 käyntiä 1000 asukasta kohden. (THL 2020.)

Jokaisella potilaalla on lain mukaan yhdenvertainen oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaudenhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Laadukkaana hoidon tarjoaminen kuitenkin edellyttää optimaalista hoitohenkilökunnan määrää (Fagerholm 2014, Fagerström ym. 2014). Keskeisessä roolissa optimaalista henkilöstömitoitusta suunniteltaessa ja hoidon laadukkuuden varmistamisessa ovat hoitoisuusluokitukset (Kaustinen 2011), joiden tekemisestä vastaa hoitohenkilökunta (Rainio & Ohinmaa 2005, Fagerström ym. 2014).

Hoitoisuudella tarkoitetaan potilaan yksilöllistä hoidontarvetta; välittömän ja välillisen hoidon, tuen ja avun tarve, suhteessa hoitajan antamaan työpanokseen hoitajan arvioimana (Fagerström & Enberg 1998, Fagerström & Rauhala 2003, Pusa 2007, Kaustinen 2011). Potilaan hoitoisuuden mittaaminen tapahtuu hoitoisuusluokitusmittarin avulla. Tähän tutkimukseen osallistuneilla poliklinikoilla on käytössä Finnish Consulting Group:n (FCG) hallitsema RAFAELA® -hoitoisuusluokitusjärjestelmän poliiklininen hoitoisuusluokitusmittari POLIHOIQ, joka on kehitetty erikoissairaanhoidon poliklinikoita varten OPCq mittarin pohjalta (Onnela & Svenström 1998, Ukkola 2007). Hoitoisuusluokitusmittarissa arvioidaan potilaan hoitoisuutta kuudella hoitoa ja hoidon tarvetta käsittelevällä osa-alueella, joita ovat: 1) hoitotyön suunnittelu ja koordinaatio, 2) terveydentila, 3) lääkehoito ja ravitsemus, 4) hygienia ja eritystoiminta, 5) liikkuminen, toiminnallisuus ja lepo, sekä 6) jatkohoito ja emotionaalinen tuki (Fagerström ym. 1999, Ukkola 2007). Potilaan hoitoisuus voi vaihdella osa-alueilla yhdestä neljään pisteeseen. Osa-

alueiden pisteet lasketaan yhteen, joten kunkin potilaan hoitoisuuspistemäärä vaihtelee 6–24 pisteen välillä (Ukkola 2007, Fagerström ym. 2014). Hoitoisuuspistemäärien perusteella potilaat jaetaan viiteen eri hoitoisuusluokkaan, luokka I tarkoittaen vähimmäishoidon tarvetta ja luokka V tarkoittaen maksimaalisen hoidon tarvetta (Fagerström & Rauhala 2001, Ukkola 2007). Potilaiden kokonaishoitoisuus yhtä hoitajaa kohden saadaan, kun lasketaan poliklinikan potilaiden pisteet yhteen ja jaetaan hoitajaresurssien määrällä (Ukkola 2007, Finnish Consulting Group 2016).

TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Hoitoisuusluokitusjärjestelmiä ja mittareita on tutkittu hoitotyön resurssien oikeudenmukaisuuden (Fagerström ym. 1998, Rainio & Ohinmaa 2005, Fagerström 2009) sekä kustannusten hallinnan ja kohdentamisen näkökulmasta (Fagerström ym. 1998, Fagerström & Rauhala 2007, Rauhala ym. 2007, Fagerström ym. 2014). Hoitoisuutta on tutkittu myös hoitohenkilökunnan toteuttaman ohjauksen näkökulmasta (Verran 1986, Prescott & Soaken 1996a, Palonen ym. 2012) esimerkiksi verraten hoitoisuutta potilaan arvioon ohjauksesta (Palonen ym. 2012). Hoitoisuusluokitusten ja -järjestelmien avulla on mahdollista tehdä hoitotyöstä laadukkaampaa sekä hoitotyöntekijöille että potilaille, jos niitä käytetään hyväksi resursoinnissa esimerkiksi osoittamaan lisähenkilökunnan tarvetta (Gray & Kerfoot 2016).

Henkilökunnan vähydestä johtuvan hoitajien työuupumuksen on todettu heikentävän hoitotyön laatua (Poghosyan ym. 2010). Lisäksi on tutkittu yhteyttä korkean hoitoisuus/hoitaja -lukeman ja potilaiden kuolleisuuden välillä (Junntila ym. 2016, Fagerström ym. 2018). Hoitoisuus/hoitaja -lukeman noustessa korkeaksi riskinä on hoitovirheiden ja potilaiden kuolleisuuden lisääntyminen (Fagerström ym. 2018).

Hoitoisuusluokitusmittareita ja niiden käyttöä on tutkittu vaihtelevasti (Fagerholm 2014, Fagerström ym. 2014). Hoitotyönjohtajien on todettu olevan tyytyväisiä mittareihin (Perroca & Ek 2007). Mittareiden toimivuuden kannalta tärkeässä osassa olevia käyttäjiä (Rainio & Ohinmaa 2005, Fagerström ym. 2014) ei kuitenkaan ole juurikaan

tutkittu (Perroca & Ek 2007). Mittarin käyttäjät ratkaisevat lopulta sen, kuinka mittaria käytetään (Rainio & Ohinmaa 2005). Hoitoisuusluokitusmittareiden tuottamasta tiedosta ja sen vaikuttavuudesta on jonkin verran aikaisempaa tutkimusta (Fagerholm 2014, Fagerström ym. 2014). Hoitoisuusluokitusmittareiden avulla myös hoitotyöntekijöillä on mahdollisuus tuottaa relevanttia dataa hoitotyöstä ja vaikuttaa täten hoitotyön resursointiin ja omaan työmääräänsä (Gray & Kerfoot 2016). Van Oostveen ym. (2015) tutkimuksen mukaan hoitajat eivät täysin luota hoitoisuusluokitusmittareiden tuottamaan tietoon, eivätkä tiedon hyödyntämiseen. Hoitoisuusluokitusmittareiden ja niiden käytön kannalta on tärkeää tietää, kuinka sairaanhoitajat kokevat mittarin käytön ja sen tarpeellisuuden.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia potilaan hoitoisuuden mittaamisesta POLIHOIQ-mittarin avulla. Tavoitteena oli tuottaa uutta hoitotieteellistä tietoa siitä, kuinka sairaanhoitajat kokevat POLIHOIQ-mittarin mittaavan potilaan hoitoisuutta. Tavoitteena oli myös, että tutkimuksessa tuotettavaa tieteellistä tietoa voidaan hyödyntää muun muassa hoitajien luokitteluaktiivisuuden lisäämisessä ja mittarin käytettävyyden parantamisessa.

Tutkimustehtävänä oli selvittää:

- Mitä kokemuksia sairaanhoitajilla on potilaan hoitoisuuden mittaamisesta POLIHOIQ-mittarin avulla?

TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu

Harkinnanvaraista otantaa käyttäen tutkimukseen valittiin mukaan yksi yliopistollinen sairaala ja yksi keskussairaala, joissa molemmissa on tehty mittareihin liittyvä kehitystyötä. Tutkimuksen osallistuvien yksiköiden sisäänottokriteereiksi määriteltiin, että yksikkö on käyttänyt POLIHOIQ-mittaria vähintään vuoden ja rinnakkaisluokitukset on suoritettu hyväksytysti. Hyväksytyt rinnakkaisluokittelu edellytti yli 70 prosentin yksimielisyyttä poliklinikan potilaiden hoitoisuus-

luokasta, kun kaksi hoitajaa luokittelee saman potilaan hoitotyön kirjaamisen perusteella (Finnish Consulting Group 2016). Tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien tuli käyttää mittaria työssään päivittäin ja olla käyttänyt mittaria yli vuoden. Poissulkukriteerinä tutkimuksessa oli POLIHQIq-mittarin suunnitteluun ja kehittämiseen osallistuminen.

Neljään fokusryhmähaastatteluun osallistui yhteensä 17 sairaanhoitajaa 13 eri poliklinikalta. Poliklinikoiden joukossa oli sekä aikuisten ja lasten poliklinikoita että ajanvaraus- ja toimenpidepoliklinikoita. Tutkimukseen osallistuneilla hoitajilla oli työkokemusta kuudesta 40 vuoteen (ka. 20,2 vuotta). Kokemusta POLIHQIq-mittarin käytöstä oli vähintään kaksi vuotta. Tutkimukseen osallistujista 11 oli käynyt yhdessä tai useammassa mittarin hallinnoijan järjestämässä koulutuksessa. Neljä sairaanhoitajaa oli käynyt yhdessä tai useammassa oman organisaation sisäisessä koulutuksessa. Kaksi tutkimukseen osallistunutta ei ollut osallistunut lainkaan mittarin käyttöä koskevaan koulutukseen.

Tutkimusaineisto kerättiin syksyn 2016 aikana fokusryhmähaastatteluilla, koska aikaisempaa tutkimustietoa mittaria käyttävien hoitajien kokemuksista ei juurikaan ollut. (Puchta & Potter 2004, Polit & Beck 2012.) Haastattelujen teema-alueet pohjautuivat aikaisempiin tutkimuksiin hoitoisuusluokitusmittareista (taulukko 1.) ja ne toimitettiin tutkimukseen osallistujille etukäteen ennen haastattelua. Haastattelut toteutettiin sairaaloiden tiloissa osallistujien työajalla ja haastattelut kestivät 40–48 minuuttia. Haastattelijana toimi hankkeen tutkija (S.S.). Litterointia varten haastattelut äänitettiin ja videoitiin haastateltavien suostumuksella. Äänitteet litteroitiin heti haastatteluiden jälkeen, videoita ei litteroinnin tueksi tarvittu lainkaan. Analysoitavaa aineistoa kertyi 42 sivua (rivinväli 1, kirjaisin koko 12).

Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin induktiivisesti sisällönanalyysillä. Aineistoon tutustuttiin lukemalla se läpi useaan kertaan. Analysoyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus eli kokemus POLIHQIq-mittarin käytöstä. Sisällöllisesti samoja asioita käsittelevät ajatuskokonaisuudet koodattiin väreine. Värikoodauksen jälkeen ajatuskokonai-

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Hoitoisuusluokitusten avulla voidaan huomioida potilaiden yksilöllinen hoidontarve.
- Hoitoisuustietoa voidaan hyödyntää optimaalisen henkilöstö resursoinnin tukena.
- Hoitoisuusluokitusmittareita on tutkittu varsin laajasti, käyttäjien näkökulma on kuitenkin jäänyt suppeaksi.

Mitä uutta tietoa tutkimus tuottaa?

- Sairaanhoitajat eivät täysin luottaneet mittareiden tuottamaan tietoon.
- Potilasohjaus ja emotionaalinen tuki koettiin vaikeaksi mitata ja kirjata.
- Kiire, lyhyet potilaskontaktit ja rutiinit työssä heikensivät potilaan yksilöllisyyden esille tuloa hoitoisuutta mitattaessa.

Miten tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön käytännön, koulutuksen ja johtamisen kehittämisessä?

- Sairaanhoitajaa motivoi hoitoisuusluokitusten tekemiseen se, että hoitoisuusluokitus-tietojen hyödyntäminen tuodaan esille.
- Potilasohjauksen ja emotionaalisen tuen mittaamisen ja kirjaamisen harjoitteluun tulisi panostaa.

suudet pelkistettiin lyhyiksi ilmaisuiksi ja taulukoitiin. Sisällöllisesti samankaltaiset pelkistetyt ilmaisut (n=159) ryhmiteltiin omiksi alaluokiksi, alaluokat yhdistettiin sisällön mukaan omiksi yläluokiksi ja yläluokat taas yhdistettiin pääluokiksi. Kaikille luokille annettiin niiden sisältöä kuvaava nimi. Kuviossa 1. on kuvattu alä-, ylä- ja pääluokat. Alkuperäiseen aineistoon palattiin useasti analyysia tehdessä ja kirjoittaessa. (Elo & Kyngäs 2008, Polit & Beck 2012.)

TULOKSET

Sairaanhoitajien kokemuksia potilaan hoitoisuuden mittaamisesta POLIHQIq-mittarilla on kuvattu kuviossa 1.

Hoitotyön näkyväksi tekeminen

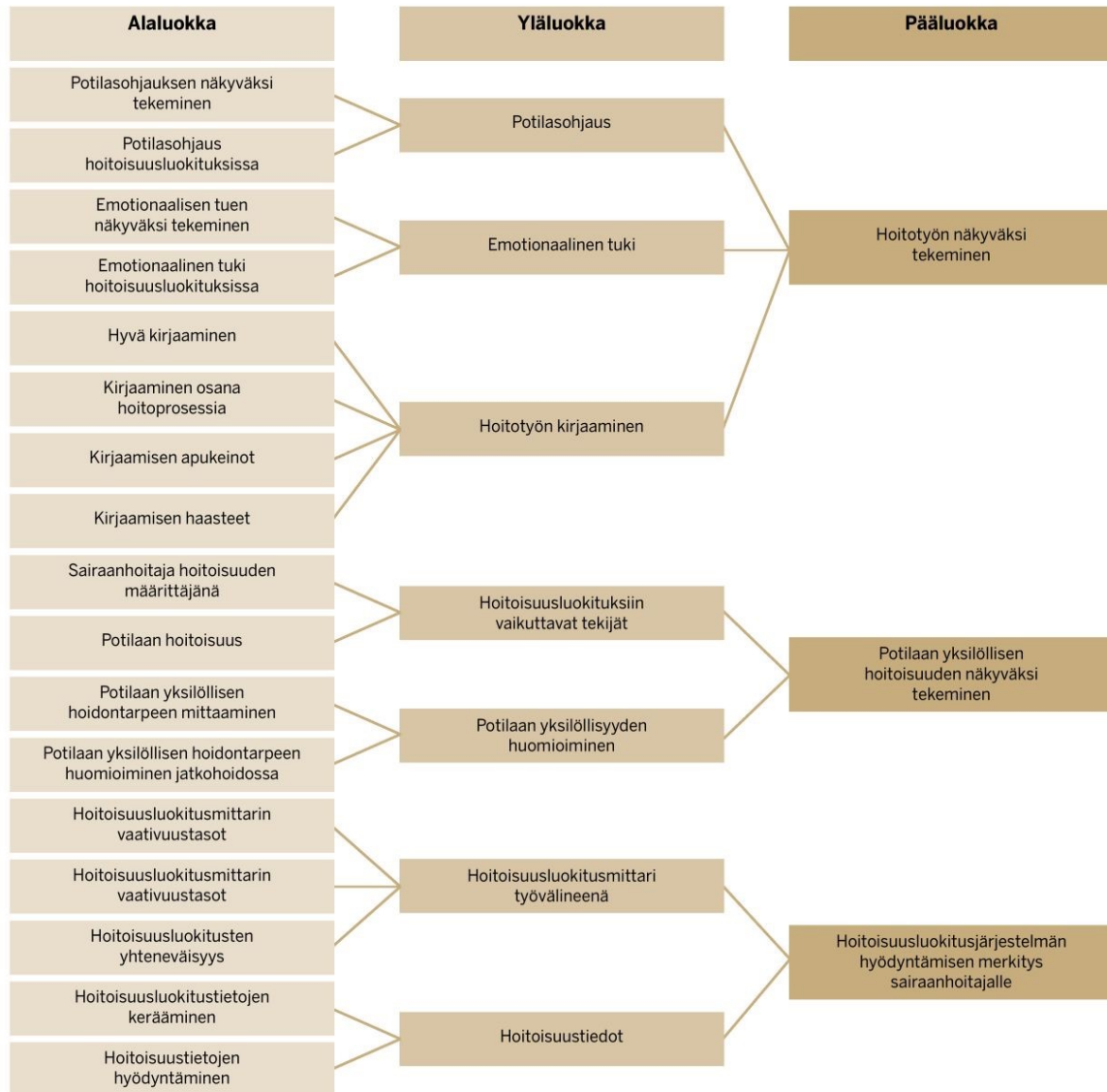
Hoitotyön näkyväksi tekeminen on yksi tärkeimmistä hoitoisuusluokituksiin liittyvistä kokemuksista sairaanhoitajien näkökulmasta. Sairaanhoitajat käyttävät paljon aikaa muun muassa potilasohjaukseen ja emotionaaliseen tukemiseen, mutta tämä työ on usein varsin näkymätöntä. Pääluokka hoitotyön näkyväksi tekeminen sisältää kolme tiiviisti hoitotyöhön liittyvää yläluokkaa; potilasohjaus, emotionaalinen tuki ja hoitotyön kirjaaminen.

Potilasohjauksen näkyväksi tekeminen on haasteellista, sillä se on vaikeasti mitattava eikä sitä huomioida luokituksissa. Sairaanhoitajien kuvaamana

Taulukko 1. Fokusryhmähaastatteluiden teemat ja lähdekirjallisuus.

Teemat	Lähteet
Teema 1: POLIHQIq-mittarin tuntemus	Fagerström ym. 1998, Nukari 2004, Rainio & Ohinmaa 2005, Pusa 2007, Ukkola 2007, Kaustinen 2011, Fagerholm 2014, Fagerström ym. 2014
Teema 2: Hoitoisuuden mittaaminen POLIHQIq-mittarin avulla.	Fagerström ym. 1998, Fagerström & Engberg 1998, Pusa 2007, Ukkola 2007, Palonen ym. 2012, Gray & Kerfoot 2016
Teema 3. POLIHQIq-mittarin osa-alueet sekä vaativuustasot ja niiden merkitys potilaan hoitoisuuden mittaamisessa.	Fagerström ym. 2000, Ukkola 2007, Palonen ym. 2012

Saarenpää S., Elo S. & Kajula O. 2020. Sairaanhoitajien kokemuksia hoitoisuuden mittaamisesta POLIHQIq-mittarilla. Tutkiva Hoitotyö 18(3), 3–9



Kuvio 1. Potilaan hoitoisuuden mittaaminen POLIHQIq-mittarilla sairaanhoitajan kokemana

Saarenpää S, Eilo S & Kajula O. 2020. Sairaanhoitajien kokemuksia hoitoisuuden mittaamisesta POLIHQIq-mittarilla. Tutkiva Hoitotyö 18(3), 3–9

mittari ei riitä mittaamaan yksilöllisen ohjaamisen tarvetta ja ohjausta luokitellaan useampaan kohtaan. Hoitoisuusluokituksissa potilasohjaukselle ei ole omaa osa-aluetta helpottamaan ohjauksen selkeää luokittelua. Omaa asiantuntijuutta potilasohjauksessa vähätellään ja potilasohjaus koetaan näkymättömäksi työksi. Potilasohjauksen näkyväksi tekeminen koettiin erityisen vaikeaksi ja usein ohjauksesta kirjataan vaan poikkeavuudet.

"Ohjausta on vaikea kirjata. Usein kirjataan, että annettu opas ja jos joku

muu tekstin lukee ei tiedä kuinka laajasta oppaasta ja sen läpikäymisestä on ollut kyse."

Emotionaalinen tuki on polikliinissä hoitotyössä aina läsnä, vaikka se on usein huomaamatonta ja näkymätöntä. Emotionaalista tukea on vaikea mitata ja se ei yksistään vaikuta hoitoisuusluokkaan. Emotionaalisen tuen näkyväksi tekeminen koetaan erityisen vaikeaksi.

"Emotionaalinen tuki on koko ajan läsnä. Emotionaalinen tuki on vaikea

arvioida ja kuinka emotionaalisen tuen antaminen kirjataan?"

Hoitotyön kirjaaminen on sairaanhoitajien mukaan luotettavien hoitoisuusluokitusten tekemisen edellytys. Hyvä kirjaaminen parantaa hoidon jatkuvuutta ja hyödyttää potilaan jatkohoidoa. Sekä kirjaaminen, että luokittelu ovat osa potilaan hoitoprosessia. Kirjaamisesta tulisi näkyä, mitä vastaanotolla on tehty. Mittarin apusanojen käyttö kirjaamisessa helpottaa luokittelua. Valmiiden fraasien käyttö taas heikentää kirjaami-

sen yksilöllisyyttä aiheuttaen haasteita kirjaamiseen.

”Kirjaamisella on ihan mieletön merkitys! Kun on nähnyt sen kirjaamisen kehittymisen, tämä mittari tavallaan ohjeistaa sitä mitä pitää kirjata.”

Potilaan yksilöllisen hoitoisuuden näkyväksi tekeminen

Potilaan yksilöllisen hoitoisuuden näkyväksi tekeminen on hoitoisuusluokitusmittarin tärkein anti potilaan näkökulmasta. Yksilöllinen hoitoisuus kertoo juuri kyseisen potilaan hoidontarpeen ja sen kuinka paljon hoitotyön resurssia potilas tarvitsee. Pääluokka potilaan yksilöllisen hoitoisuuden näkyväksi tekeminen koostuu kahdesta yläluokasta; hoitoisuusluokituksiin vaikuttavat tekijät sekä potilaan yksilöllisyyden huomioiminen.

Hoitoisuusluokituksen tekemiseen voivat vaikuttaa monet tekijät, vaikkei näin saisi olla. Sairaanhoidajan henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten työkokemus ja motivaatio sekä rutiininomaisesti tehtävät hoitoisuusluokitukset heikentävät luokittelun yksilöllisyyttä. Myös kiire ja lyhyet potilaskontaktit heikentävät luokittelujen yksilöllisyyttä, tällöin osa osaluokista jää käsittelemättä. Kiire sairaanhoidajan työpaikalla voi ajaa myös siihen, ettei potilasta luokitella lainkaan. Luokituksia ei aina myöskään ehditä tekemään heti potilaskontaktin jälkeen, vaikka se lisäisi luokituksen yksilöllisyyttä ja on luotettavampaa kuin päivän päätteeksi tehty luokittelu. Hoitajien mukaan hoitoisuusluokituksen yksilöllisyys paranisi, mikäli mittarissa olisi valittavissa nollataso muiden vaatuvuustasojen rinnalla. Nollataso valittaisiin, kun osa-alue ei kosketa kyseistä potilasta.

”Tärkeätä olis et omasta kokemuksesta ei tulis kauheena eroja hoitoisuusluokituksiin, et oli sitten ei-kokenut hoitaja tai kokenut hoitaja niin ei sais silti tulla eroa.”

Potilaan yksilöllisyyden huomioiminen on luokittelun kannalta erityisen tärkeää ja jokainen potilas pitäisi luokitella yksilöllisesti yksilönä. Hoitoisuusluokitukset kertovat potilaan välillisen ja välittömän hoidon tarpeesta. Potilaan yksilölliset ominaisuudet nostavat tai laskevat luokituksen perustasoa potilaan sairaalaan tulosyystä riippumatta eikä luokituksia voida yleistää tietyn potilasryhmän mukaan. Hoitoisuusluokitus mittaa potilaan yksilöllistä hoidontarvetta,

mikäli se tehdään luotettavasti. Potilaan vähäisempi hoidontarve kuitenkin heikentää yksilöllistä luokittelua. Sen sijaan iäkkäiden ja hoitoisien potilaiden kohdalla luokitukset ovat yksilöllisempiä. Hoitoisuusluokka kertoo myös muutoksista potilaan terveydentilassa, ja terveydentilan kohentuessa hoitoisuus kevenee. Hoitoisuusluokka ei kuitenkaan yksistään kerro mikä osa-alue on hoitoisuutta nostanut tai laskenut. Potilaan hoidontarve näkyy selkeämmin kirjauksista, jonka vuoksi hoitoisuusluokkaa ei kirjata näkyville. Vanhojen hoitoisuustietojen katsominen on hidasta, ja tieto potilaan aikaisemmasta hoitoisuudesta saattaa aiheuttaa ennakoasenteen sairaanhoitajalle vastaanottokäyntiä kohtaan. Yksilöllinen hoidontarve huomioidaan etukäteen kirjaamisen ja luokituksen perusteella.

”Sitten kun saat sen luokan potilaasta [etukäteen] niin siitä ei tiedä et mikä osa-alue sen on nostanut, ... Kirjauksesta sen näkee.”

Hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödyntämisen merkitys sairaanhoitajalle

Hoitajien aktiivista ja luotettavaa luokittelua edesauttaa hoitoisuusluokitusjärjestelmän asianmukainen hyödyntäminen. Pääluokka hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödyntämisen merkitys sairaanhoitajalle koostuu kahdesta yläluokasta; hoitoisuusluokitusmittari työvälineenä ja hoitoisuustiedot.

Käytettäessä hoitoisuusluokitusmittaria työvälineenä koettiin sen lisäävän hoitoisuusluokituksiin kuluvaa aikaa, mutta samaan aikaan lisäävän myös luokitusten luotettavuutta. Sairaanhoidajien mukaan mittarin arviointiasteikkoa täytyy lukea luokittelun yhteydessä ymmärtääkseen sen, mutta mittaria luetaan harvoin. Mittaria luetaan huolellisesti lähinnä rinnakkaisluokituksia tehtäessä. Rinnakkaisluokitukset yhteneväistävät luokituksia kuten myös yhteiset koulutukset. Sairaanhoidajat kokevat mittarin otsikoiden ohjaavan ja syventävän hoitotyötä ja sen tekemistä. Mittarissa olevien vaatuvuustasojen tarkempi avaaminen esimerkiksi esimerkkien avulla helpottaisi mittarin käyttöä yksilöllisen hoitoisuusluokituksen teossa. Hyvät ja selkeät apusanat helpottavat oikean vaatuvuustason valintaa.

”On haasteellista säilyttää yhtenäisen linjan hoitoisuusluokituksissa, yhteiset luokittelutuokiot ja keskustelut auttavat tässä.”

Syntyvät **hoitoisuustiedot** koettiin tärkeänä motivoivana tekijänä luokittelujen teossa. Hoitoisuustietojen avulla on saatu lisää henkilökuntaa sekä tuotu esille ja tasattu päivittäistä työkuormaa. Hoitoisuustietojen hyödyntäminen koettiin edellyttävän luotettavaa luokittelua, resurssien syöttämistä ja hoitoisuusluokitus tietojen keräämistä.

”Minulle ei ole tuotu tietoa luokittelun hyödyistä enkä ole niitä kysynyt. Olen kuullut huhun, että jossain henkilökuntaa on lisätty näiden takia.”

POHDINTA

Tulosten tarkastelua

Tutkimuksella tuotettiin uutta tietoa sairaanhoidajien kokemuksista hoitoisuuden mittaamisesta POLIHOIQ-mittarilla. Tuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoidajien motivoinnissa hoitoisuuden mittaamiseen, jonka tulokset voivat puolestaan lisätä henkilöstöresursointia muun muassa tasaten yksiköiden työkuormaa (Rainio & Ohinmaa 2005, Fagerström 2009). Huolestuttavaa oli, etteivät kaikki sairaanhoidajat olleet vakuuttuneita mittarin käytön ja sen tuottaman tiedon tarpeellisuudesta (myös Van Oostveen ym. 2015). Erityisesti tämän takia sairaanhoitajille olisi hyvä kertoa heidän itsensä tuottamista hoitoisuustiedoista ja niiden hyödyntämisestä, jotta he eivät kokisi hoitoisuusluokituksen tekemistä turhaksi.

Hoitoisuusluokitusmittari koettiin tärkeäksi työvälineeksi, joka tekee hoitotyötä näkyväksi. Sairaanhoidajan henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten työkokemus ja motivaatio, vaikuttavat kuitenkin luokittelun tekemiseen (myös Rainio & Ohinmaa 2005, Gray & Kerfoot 2016). Yhteisiä luokittelutuokioita, koulutuksia, mittarin aktiivista käyttöä ja rinnakkaisluokituksia pidettiin tärkeimpinä tekijöinä luokittelujen yhteneväisyyden ja luotettavien hoitoisuusluokitus tietojen kannalta. Suomessa sairaaloissa on ammattilaisia tukemassa hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöä sekä järjestämässä koulutuksia ja työpajoja henkilökunnalle, jotta sairaanhoidajien motivaatio lisääntyisi ja luokittelu olisivat luotettavia (Fagerström ym. 2014).

Saarenpää S., Elo S. & Kajula O. 2020. Sairaanhoidajien kokemuksia hoitoisuuden mittaamisesta POLIHOIQ-mittarilla. Tutkiva Hoitotyö 18(3), 3–9

Sairaanhoitajat kokivat POLIHOLQ-mittarin pääsääntöisesti mittaavan potilaan yksilöllistä hoitoisuutta, mutta yksilöllisyyden huomioimista heikensivät kuitenkin lyhyet tai olemattomat potilas-kontaktit, rutiinit ja kiire. Aikaisemmin on todettu POLIHOLQ-mittarin pohjana olevan OPCq-mittarin antavan luotettavaa tietoa potilaan yksilöllisestä hoidon tarpeesta (Fagerström ym. 1998) ja samaa on todettu myös koko RAFAELA®-hoitoisuusluokitusjärjestelmästä (Fagerström 2009). Jatkossa olisi mittaria kehittäessä syytä miettiä kuinka potilaan yksilöllisyys saataisiin paremmin huomioitua hoitoisuudessa, mikäli potilaskontakti on lyhyt tai olematon.

Polikliinisessä hoitotyössä potilasohjaus, mukaan lukien hoidon ja jatkohoidon suunnittelu sekä koordinointi, on keskeistä ja se vie lähes puolet sairaanhoitajan resursseista poliklinikakäynnin aikana (Palonen ym. 2012). Tässäkin tutkimuksessa potilasohjaus koettiin tärkeäksi osaksi polikliinista hoitotyötä, joskin sen kirjaaminen ja mittaaminen koettiin haasteelliseksi. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu ohjauksen kirjaamisen olevan puutteellista muun muassa pitkäaikaissairaiden aikuispotilaiden kohdalla ja ohjauksen kirjaamiseen olisikin syytä panostaa (Kaakinen ym. 2014). Sairaanhoitajat kokivat haastavaksi myös ohjauksen jakautumisen mittarissa usealle osaluueelle, ja sitä toivottiinkin omaksi osaluueeksi. Tutkimuksessa sairaanhoitajat tunnistivat myös epäilevänsä osaamistaan ohjauksen suhteen, joka osaltaan sairaanhoitajien mielestä selittää sitä, miksi ohjauksen kirjaaminen ja luokittelu ovat puutteellista ja hankalaa.

Mittaria katsottiin voitavan hyödyntää myös potilasohjauksessa ja sen kehittämisessä. Aikaisemmissa tutkimuksissa esimerkiksi joidenkin potilasryhmien ohjaukseen on panostettu huomioimalla potilaan ohjauksen tarve aiempien käyntien perusteella (Prescott & Soeken 1996a, Palonen ym. 2012). Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat eivät nähneet tämän kaltaista ohjauksen kohdentamisen mahdollisuutta, vaan tärkeämpänä nähtiin aikaisempiin kirjauksiin tutustuminen yleisesti.

Sairaanhoitajat kokivat vaikeaksi arvioida erityisesti mittarin kaksi osaluuetta, jotka tarkastelevat hoitotyön

suunnittelua ja koordinointia sekä jatkohoittoa ja emotionaalista tukea, joihin myös potilasohjaus osittain sisältyy. Myös rinnakkaisluokituksissa näissä osa-alueissa on tunnistettu tulevan suurimmat erot luokitusten välillä (Liljamo ym. 2017). Emotionaalisen tuki on hoitotyössä aina läsnä, mutta sairaanhoitajat kokevat sen haasteelliseksi kirjata ja mitata. Yhtenä syynä vaikeuteen sairaanhoitajat ajattelivat, etteivät he aina miellä emotionaalista tukea varsinaiseksi hoitotyöksi vaan normaaliksi kanssakäymiseksi. Jatkossa olisikin hyvä miettiä miksi hoitajat eivät miellä emotionaalista tukea varsinaiseksi hoitotyöksi ja kuinka asiaan saataisiin muutosta.

Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltiin käyttämällä Lincoln ja Guban (1985) esittämiä arviointikriteerejä: uskottavuus, pysyvyys, vahvistettavuus ja siirrettävyys.

Uskottavuus saavutettiin, sillä tutkijalla ei ollut omakohtaista kokemusta polikliinisestä hoitotyöstä, joten hän pystyi tarkastelemaan aineistoa objektiivisesti (Polit & Beck 2012). Aikaisempia vastaavia tutkimuksia ei myöskään ole POLIHOLQ-mittarin tiimoilta tehty, joten niiden tulokset eivät ohjanneet analyysia. Tutkijalla oli omakohtaista kokemusta hoitoisuusluokitusjärjestelmästä vuodeosastotyössä, joka helpotti tutkimusaiheen ymmärtämistä.

Pysyvyyteen pyrittiin toteuttamalla tutkimusprosessi systemaattisesti ja raportoimalla se tarkasti, jotta samankaltainen tutkimus voitaisiin toistaa tarvittaessa uudelleen (Lincoln & Guba 1985, Polit & Beck 2012). Haastattelut valittiin harkinnanvaraisella kokonaisuotannalla useilta eri poliklinikalta kahdesta eri sairaalasta, jonka avulla saatiin tutkimukseen mukaan laajasti henkilöitä, joilla on aiheesta relevanttia tietoa (Polit & Beck 2012). Aineisto alkoi saturoitua jo toisessa ryhmähaastattelussa, joten aineiston määrä arvioidaan riittäväksi. Haastattelut litteroitiin sanatarkasti, joten niihin voitiin palata analyysiprosessin aikana pysyvyyden säilymiseksi (Elo ym. 2014).

Vahvistettavuus toteutui palaamalla aineistoon säännöllisesti useita kertoja analysointiprosessin ja raportin kirjoittamisen aikana sekä esittämällä alku-

peräisiä, suoria lainauksia tutkittavilta, jotta heidän kokemukset tulivat asianmukaisesti esille. Omakohtaisten hoitoisuusluokitusjärjestelmään liittyvien kokemusten vaikutusten minimoimiseksi tutkija palasi analysointiprosessissa alkuperäisaineistoon useasti voidakseen luottaa tulosten perustuvan kerättyyn aineistoon. (Lincoln & Guba 1985, Polit & Beck 2012.)

Siirrettävyyden edistämiseksi koko tutkimusprosessi on kuvattu tarkasti. Tutkimuksen tuloksia ei voi kuitenkaan suoraan hyödyntää muilla aloilla, mutta niitä voi varoen harkita hyödynnettäväksi sairaaloiden polikliinisen hoitotyön kontekstissa. (Lincoln & Guba 1985, Polit & Beck 2012.)

Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK 2019) ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Tutkimusluvut haettiin organisaatioiden lupakäytänteiden mukaisesti. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja sairaanhoitajat olivat tietoisia tutkimuksen toteutuksesta sekä omista oikeuksistaan muun muassa vetäytyä tutkimuksesta niin halutessaan. Tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat allekirjoittivat suostumuskäytöksen ennen ryhmähaastattelua. Tutkimusaineistoa ja henkilötietoja käsiteltiin luottamuksellisesti henkilötietolain (1999/523) edellyttämällä tavalla. Haastattelut nauhoitettiin ja videoitiin haastateltavien luvalla. Haastattelut videoitiin litteroinnin helpottamiseksi. Osallistuneet koodattiin litteroinnin yhteydessä, joten tutkimukseen osallistuneita ei voida tunnistaa ja osallistuneiden anonymitteetti säilyy. Litteroinnin jälkeen videot ja ääninauhat hävitettiin.

PÄÄTELMÄT

Tämä tutkimus kuvaa sairaanhoitajien kokemuksia potilaan hoitoisuuden mittaamisesta POLIHOLQ-mittarin avulla. Sairaanhoitajat kokivat tärkeäksi hoitoisuustiedon hyödyntämisen muun muassa henkilökunnan resursoinnissa. Sairaanhoitajien on tärkeää tietää, että heidän tuottamaansa hoitoisuusluokitustietoa hyödynnetään asianmukaisesti, sillä tämä voi motivoida sairaanhoitajia käyttämään mittaria lisäten näin myös luokittelujen luotettavuutta.

Potilasohjaus ja emotionaalinen tuki ovat merkittävä osa hoitotyötä ja niiden kirjaamiseen ja esille tuomiseen olisi syytä panostaa jatkossa. Mikäli potilasohjaus näyttäytyisi mittarissa selkeämmin, voitaisiin hoitoisuusluokituksia mahdollisesti hyödyntää myös potilasohjauksessa. Hoitotyön kirjaaminen on tärkeä osa hoitoisuusluokitusten tekemistä, jonka vuoksi laadukkaaseen kirjaamiseen pitäisi hoitotyössä kiinnittää entistä enemmän huomiota. Sairaanhoidajien mielestä potilaan yksilöllisen hoitoisuuden saa paremmin esille, mikäli hoitoisuusluokitusmittarissa on valittavissa myös nollataso, silloin kun osa-alue ei kosketa kyseistä potilasta.

Käytännön hoitotyön ja hoitotyön johtamisen kannalta olisi järkevää tutkia hoitoisuusluokitusmittarin tuottaman tiedon hyödyntämistä sairaanhoidajien näkökulmasta sekä esimiehen näkökulmasta. Lisäksi hoitotyön kehittämisen kannalta on tarvetta tutkia laajemmin hoitoisuusluokitusmittareiden toimivuutta käyttäjien näkökulmasta. Hoitotyön koulutuksen kehittämisen avuksi olisi hyvä tutkia koulutuksen vaikutusta hoitajien kokemukseen mittarista.

LÄHTEET

- Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. 2014. Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness. *SAGE Open* 4(1).
- Elo S, Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107–115.
- Fagerholm, N. 2014. Sairaaloiden somaattisen poliklinikoiden hoitotyön henkilöstömitoitus – tunnusluku- ja asiantuntijaperusteinen mallinnus. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Health Sciences 254, Itä-Suomen yliopisto.
- Fagerström L. 2009. Evidence-based human resource management: a study of nurse leaders' resource allocation. *Journal of Nursing Management* 17(4), 415–425.
- Fagerström L, Engberg IB. 1998. Measuring the unmeasurable: a caring science perspective on patient classification. *Journal of Nursing Management* 6(3), 165–172.
- Fagerström L, Enberg IB, Eriksson K. 1998. A comparison between patients' experiences of how their caring needs have been met and the nurses' patient classification – an explorative study. *Journal of Nursing Management* 6(6), 369–377.
- Fagerström L, Eriksson K, Bergbom EI. 1999. The patient's perceived caring needs: Measuring the unmeasurable. *International Journal of Nursing Practice* 5(4), 199–208.
- Fagerström L, Kinnunen M, Saarela J. 2018. Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. *BMJ open* 8(4).
- Fagerström L, Lonning K, Andersen MH. 2014. The RAFAELA system: a workforce planning tool for nurse staffing and human resource management. *Nursing Management*. 21(2), 30–36.
- Fagerström L, Rainio A, Rauhala A, Nojonen K. 2000. Validation of a new method for patient classification, the Oulu Patient Classification. *Journal of Advanced Nursing* 31(2), 481–490.
- Fagerström L, Rauhala A. 2007. Benchmarking in nursing care by the RAFAELA patient classification system – a possibility for nurse managers. *Journal of Nursing Management* 15(7), 683–692.
- Fagerström L, Rauhala A. 2003. Finnhoitoisuus-hoitotyön benchmarking. Projektin loppuraportti 2000–2002. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Fagerström L, Rauhala A. 2001. Finnhoitoisuus – hoitotyön benchmarking. Pilotti-projektin raportti vuodelta 2001. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Finnish Consulting Group. 2016. RAFAELA®-hoitoisuusluokitusjärjestelmä. www.rafaela.fi [luettu 23.9.2020].
- Gray J, Kerfoot K. 2016. Expanding the parameters for excellence in patient assignments: Is leveraging an evidence-data-based acuity methodology realistic? *Nursing Administration Quarterly* 40(1), 7–13.
- Junttila J, Koivu A, Fagerström L, Haatainen K, Nykänen P. 2016. Hospital mortality and optimality of nursing workload: A study on the predictive validity of the RAFAELA Nursing Intensity and Staffing system. *International Journal of Nursing Studies* 60, 46–53.
- Kaakinen P, Kääriäinen M, Kyngäs H. 2014. Pitkäaikaissairaalan aikuispotilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella. *Tutkiva Hoitotyö* 12(1), 12–21.
- Kaustinen T. 2011. Oulu-hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laadunvaatimusten näkökulmasta. *Acta Universitatis Ouluensis D1134, Oulun yliopisto*.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785)
- Liljamo P, Kinnunen U-M, Ohtonen P, Saranto K. 2017. Quality of nursing intensity data: inter-rater reliability of the patient classification after two decades in clinical use. *Journal of Advanced Nursing* 73(9), 2248–2259.
- Lincoln Y, Guba E. 1985. *Naturalistic inquiry*. Sage, California.
- Nukari T. 2004. Hoitoisuusluokitusjärjestelmä-tutkimusprojektista yhtenäiseen valtakunnalliseen mittauskäytäntöön. *Sairaalaivestit* (1), 16–17.
- Onnela E, Svenström R. 1998. Oulu-hoitoisuusluokituksen kehittäminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa 1995–1997: loppuraportti. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 4/1998.
- Palonen M, Aho AL, Koivisto A, Kaunonen M. 2012. Hoitoisuuden yhteys potilaiden arvioihin ohjauksesta erikoissairaanhoidon aikuispoliklinikoilla. *Hoitotiede* 24(4), 114–124.
- Perroca M G, Ek A-C. 2007. Utilization of patient classification systems in Swedish hospitals and the degree of satisfaction among nursing staff. *Journal of Nursing Management*. 15(5), 472–480.
- Poghosyan L, Clarke S P, Finlayson M, Aiken L H. 2010. Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health* 33(4), 288–298.
- Polit D F, Beck C T. 2012. *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Prescott PA. 1991. Nursing intensity: needed today for more than staffing. The patient intensity for nursing index (PINI). *Nursing Economics* 9(6), 409–414.
- Prescott PA, Soeken KL. 1996. Measuring nursing intensity in ambulatory care part 2: developing and testing PINAC. *Nursing Economics* 14(2), 86–91.
- Puchta C, Potter J. 2004. *Focus Group Practice*. SAGE Publications Ltd, London.
- Pusa A. 2007. The right nurse in the right place: Nursing productivity and utilization of the RAFAELA Patient Classification System in nursing management. *Kuopion yliopiston julkaisuja E yhteiskuntatieteet 147 Kuopion yliopisto*.
- Rainio A, Ohinmaa AE. 2005. Assessment of nursing management and utilization of nursing resources with the RAFAELA patient classification system – case study from the general wards of one central hospital. *Journal of Clinical Nursing* 14(6), 674–684.
- Rauhala A, Kivimäki M, Fagerström L, Elovainio M, Virtanen M, Vahtera J, Rainio A, Ojanemi K, Kinnunen J. 2007. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. *Journal of Advanced Nursing* 57(3), 286–295.
- Terveys- ja Hyvinvoinnin laitos. 2020. Tilastojen ja indikaattoripankki [Sotkanet.fi](https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index). <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>. [luettu 23.9.2020].
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf [luettu 23.9.2020].
- Ukkola L. 2007. Polikliininen hoitoisuusluokitusmittari POLIHOI. PPSHP:n kehittämisprojektin loppuraportti 2001–2004. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.
- Van Oostveen C J, Mathijssen E, Vermeulen H. 2015. Nurse staffing issues are just the tip of the iceberg: A qualitative study about nurses' perceptions of nurse staffing. *International Journal of Nursing Studies* 52(8), 1300–1309.
- Verran J A. 1986. Patient classification in ambulatory care. *Nursing Economics* 4(5), 247–251.