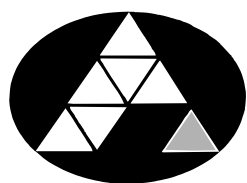


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Mira Romppanen

HOITOISUUSLUOKITUS PÄÄTÖKSENTEON TUKENA
- RAFAELA™ -hoitoisuusluokituksen hyödyntäminen osaston-
hoitajan työssä

Opinnäytetyö
Lokakuu 2012



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ

Lokakuu 2012

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Tikkarinne 9

80210 JOENSUU

p. +35813260 600

Tekijä

Mira Romppanen

Nimeke

Hoitoisuusluokitus päätöksenteon tukena -RAFAELA™ -hoitoisuusluokituksen hyödyntäminen osastonhoitajan työssä

Toimeksiantaja

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (PKSSK)

Tiivistelmä

Hoitotyön resurssien käyttö ja kohdentaminen potilaiden tarpeita ja hoitotyön toimintaa vastaavaksi on tärkeimpiä hoitotyön johtamisen haasteita. Henkilöstövoimavarojen johtaminen, henkilöstöresurssien suunnittelu, sekä osaston kuormituksen seuraaminen ovat keskeisiä osastonhoitajan tehtäviä, joissa hän voi hyödyntää hoitoisuusluokitusjärjestelmän tuottamia tietoja. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla saadaan tietoa hoitajien työmäärästä ja sen avulla voidaan myös eri palvelujen tuottajia vertailla keskenään (Benchmarking).

Tutkimuksessa selvitettiin osastonhoitajien kokemuksia siitä miten hoitotyön henkilöstöresursointi on tapahtunut ennen RAFAELA™ -järjestelmän käyttöönottoa, millaisia vahvuuksia ja heikkouksia aiemmalla toimintatavalla on ollut sekä mitkä ovat RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän vahvuudet sekä heikkoudet ja mitä uudelta hoitoisuusluokitusjärjestelmältä odotetaan. Tutkimus on laadullinen case study. Tutkimusaineisto kerättiin neljältä Pohjois-Karjalan keskussairaalassa työskentelevältä esimieheltä kahdella teema-haastattelulla keväällä 2012. Aineisto analysoitiin teemoittelun avulla.

Tutkimuksen tulosten mukaan hoitotyön määrää, hoitotyön arviointia sekä hoitotyön näkyvyyttä kuvaavia mittareita ei ollut käytössä ennen RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottoa. RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusta edeltäneen järjestelmän vahvuudeksi koettiin tietojen luotettavuus. Heikkoutena mainittiin, ettei perus- vaativa- potilasluokittelu todellisuudessa kerro potilaiden hoitoisuutta. Haasteina hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotossa ja sen hyödyntämisessä olivat tietojärjestelmien väliseen tiedonsiirtoon liittyvät ongelmat. Opinnäytetyön tulosten pohjalta on laadittu kaavio, jonka avulla pyritään selventämään RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän tuottamien tietojen hyödyntämistä hoitotyön kehittämisessä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä.

Kieli

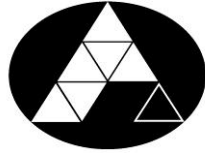
suomi

Sivuja 64

Liitteet 17

Liitesivumäärä 20

Asiasanat: hoitoisuus, hoitoisuusluokitusjärjestelmät, hoitoisuuden mittaaminen, strateginen suunnittelu, henkilöstöresurssit ja kuormitus



NORTH KARELIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
October 2012
Degree Programme in Development and
Management of Social Services and
Tikkarinne 9
80210 JOENSUU p. +35813260 600

Author
Mira Romppanen

Title
Classification system stand of decision- making -RAFAELA™ classification system using in headnurse's work.
Commissioned by
Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia (PKSSK)

Abstract

Ability to use and target nursing recourses based on the patient needs and nursing activities is one of the leading challenges in management of nursing. Human resource management, planning and unit workload monitoring are the key tasks of a unit headnurse where in information from the patient acuity classification system can be utilized. Patient acuity classification system has information about nursing workload, and it also allows comparison of (benchmarking) different service providers.

The specific focus of this study are the experiences of unit head nurses doing nursing staff resource allocation before and after the introduction of the RAFAELA™ patient acuity classification system. What were the strengths and weaknesses of the previous and are for the new RAFAELA™ system and what are the exceptions for the new system were studied. This thesis is based on a qualitative case study. Research data was gained by carrying out two themed interviews to four PKSSK superiors during spring 2012. Data was analyzed using categorization technique.

Research findings are that no indicators for nursing workload, evaluation or visibility were used before the introduction the RAFAELA™ system. Based on the interviews, the reliability of the information was seen as strength of this older system. The fact that basic/demanding patient classification does not provide patient acuity information was seen as a weakness. Problems in the data transfer between different IT systems have been delaying the introduction and utilization of the new system.

Based on the findings of this study a flow chart has been made to illuminate how information from RAFAELE™ system can be and is used in the development of nursing work in PKSSK.

Language
Finnish

Pages 64
Appendices 17
Pages of Appendices 20

Keywords: patient acuity, intensity of care, patient classification system, strategically administration, nursing staff and nursing workload.

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

| | |
|--|----|
| 1 JOHDANTO..... | 6 |
| 2 HOITOTYÖN HENKILÖSTÖMITOITUKSEN SUUNNITTELU JA ORGANISOINTI OSASTONHOITAJAN TYÖSSÄ | 8 |
| 2.1 Henkilöstövoimavarojen johtaminen..... | 8 |
| 2.2 Henkilöstöressurssien suunnittelu | 9 |
| 2.3 Hoitotyön kuormitus | 11 |
| 2.4 Osastonhoitajan vastuu hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytössä..... | 11 |
| 3 HOITOISUUSLUOKITUKSET HOITOTYÖN PÄÄTÖKSENTEON TUKENA | 13 |
| 3.1 Hoitoisuus..... | 13 |
| 3.2 Hoitoisuusluokitusjärjestelmät..... | 15 |
| 3.3 Käytössä olevia erilaisia hoitoisuusluokitusjärjestelmiä | 17 |
| 3.4 Hoitoisuuden mittaaminen RAFAELA™:n hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla | 19 |
| 3.5 Sähköinen tietojärjestelmä hoitotyössä | 22 |
| 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ..... | 26 |
| 5 RAFAELA™-HOITOISUUSLUOKITUKSEN HYÖDYNTÄMINEN PKSSK:SSA | 27 |
| 5.1 Tutkimusmenetelmä..... | 27 |
| 5.2 Tiedonantajat | 28 |
| 5.3 Teemahaastattelu | 29 |
| 5.3.1 Alkukartoitushaastattelu osastonhoitajille | 30 |
| 5.3.2 RAFAELA™-hoitoisuusluokituksen käyttöönottoon liittyvä teemahaastattelu osastonhoitajille | 30 |
| 6 TUTKIMUSAINEISTON ANALYYSI | 31 |
| 7 TUTKIMUSTULOKSET..... | 34 |
| 7.1 Alkukartoitushaastattelun tulokset..... | 35 |
| 7.1.1 Hoitotyön määrää kuvaavat teemat..... | 36 |
| 7.1.2 Hoitotyön laatua kuvaavat teemat | 37 |
| 7.1.3 Hoitotyöntekijöiden määrä kuvaavat teemat..... | 38 |
| 7.1.4 Hoitotyön näkyväksi tekeminen teema..... | 39 |
| 7.1.5 RAFAELAA edeltänyt toiminta teema..... | 41 |
| 7.1.6 Tulevaisuus, RAFAELAn käyttöönotto teema..... | 42 |
| 7.2 RAFAELA™-hoitoisuusluokituksen käyttöönottoon liittyvä teemahaastattelu osastonhoitajille | 43 |
| 7.2.1 Organisaation sisäiset tekijät ja yksilöistä johtuvat tekijät teema | 44 |
| 7.2.2 Tietojärjestelmään liittyvät tekniset ongelmat teema | 45 |
| 8 POHDINTA..... | 46 |

| | |
|---|----|
| 8.1 Tulosten tarkastelu | 46 |
| 8.2 Tutkimuksen luotettavuus | 50 |
| 8.3 Tutkimuksen eettisyys..... | 54 |
| 8.4 RAFAELA™-hoitoisuusluokituksen hyödyntäminen hoitotyön kehittämisessä | 56 |
| 8.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet | 59 |
| LÄHTEET | 61 |

LIITTEET

| | |
|----------|--|
| Liite 1 | Opinnäytetyön toimeksiantosopimus |
| Liite 2 | Tutkimuslupa |
| Liite 3 | Sähköpostiviesti osastonhoitajille alkukartoitushaastatteluun liittyen |
| Liite 4 | Saatekirje nro. 1 alkukartoitushaastattelu |
| Liite 5 | Alkukartoitushaastattelu osastonhoitajille, haastattelun teemarunko |
| Liite 6 | Sähköpostiviesti osastonhoitajille liittyen varsinaiseen teemahaastatteluun RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotosta |
| Liite 7 | Saatekirje nro. 2. varsinaiseen teemahaastatteluun liittyen |
| Liite 8 | Varsinainen teemahaastattelu osastonhoitajille RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotosta, haastattelun teemarunko |
| Liite 9 | Hoitotyön määrää kuvaavat teemat |
| Liite 10 | Hoitotyön laatua kuvaavat teemat |
| Liite 11 | Hoitotyöntekijöiden määrää kuvaavat teemat |
| Liite 12 | Hoitotyön läpinäkyvyyttä kuvaavat teemat |
| Liite 13 | RAFAELAA edeltänyt toiminta kuvaavat teemat |
| Liite 14 | Tulevaan RAFAELAn käyttöönottoon liittyvät teemat |
| Liite 15 | Hoitopäivien laskutuksen periaatteet vuonna 2012 |
| Liite 16 | RAFAELA™ –hoitoisuusluokituksen käyttöönottoon liittyvä teemahaastattelu osastonhoitajille, teemataulukko |
| Liite 17 | RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödyntäminen hoitotyön kehittämisessä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä |

1 JOHDANTO

Terveysthuollon voimavarojen supistumisen vuoksi Suomessa kiinnitetään yhä enemmän huomiota hoitotyön kustannuksiin. Toimintayksiköt, kuten eri osastoista koostuvat klinikkaryhmät, ovat vastuussa hoitotyön tuloksellisuudesta, vaikuttavuudesta sekä hoidon laadusta. Tehokkaan resurssien ja talouden edellytyksenä on myös hoitotyön johtajan kyky tulkita ja käyttää tietoja päätöksenteon tukena. Hoitotyön resurssien käyttö ja kohdentaminen potilaiden ja hoitotyön toimintaa vastaavaksi ovat tärkeimpiä hoitotyön johtamisen haasteita. (Ruland & Ravn 2003) Hoitajien työmäärän, työtyytyttömyyden ja työvoimavarojen lisääntyminen sekä tuloksen ja vaikuttavuuden seuraaminen ovat johtaneet siihen, että on kehitetty hoitoisuusluokitusjärjestelmä. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla saadaan tarkempaa tietoa hoitajien työmäärästä, hoitotyön laadusta ja määrästä, jota voidaan käyttää hoitotyön johtajille päätöksenteon tueksi. (Aschan & Kanerva 2009; Fagerström & Rauhala 2003, 9; Partanen 2002, 17; Pitkäaho 2011,1.) Terveysthuollossa toiminnan lopputulos on aina riippuvainen resurssien tehokkuudesta ja laadusta. Henkilöstömäärä ja rakenne ovat keskeisiä asioita, jotka vaikuttavat palvelujen laatuun ja turvallisuuteen. Hoitoisuusluokituksen avulla voidaan eri palvelujen tuottajia vertailla keskenään, eli yhtenäisen mittarin avulla voidaan tehdä kansainvälistä vertailua (benchmarking). (Aschan & Kanerva 2009; Partanen 2002, 17.)

Luotettavan hoitoisuusluokitusmittarin avulla voidaan suunnitella henkilöstövoimavarojen oikeaa kohdentamista. Se palvelee esimiehiä heidän jokapäiväisessä työssään henkilökunnan sijoittelussa sekä antaa tietoja pidemmän aikavälin hallinnon päätöksenteon tueksi. (Botter 2002, 544 - 545; Korhonen 2003, 1.)

PKSSK:n1 strategiassa tavoitellaan vuosina 2010 - 2020, että osaava henkilöstö työskentelee yli organisaatorajojen niin, että resurssit ovat joustavat organisaatorakenteista riippumatta ja kapasiteetti reagoi nykyistä paremmin kysyntään. Strategian toteutukseen tarvitaan työvälineitä, jotka antavat tietoa. Oikein käytettyjen ja tulkittujen tietojen pohjalta voidaan kehittää hoitotyön toimintaa.

Kehittämistyön avulla pyritään hallitsemaan paremmin henkilöstön määrää, rakennetta ja osaamista niin, että lisääntyvään palvelujen tarpeeseen voidaan vastata, hyödyntäen yhteistyötä sekä tehostamalla henkilöstö resurssien käyttöä. Henkilöstö mitoituksen lisäksi hoitoisuusluokituksen avulla voidaan kehittää ja arvioida hoitotyön laatua, sekä käyttää siitä saatavia tietoja kustannuslaskennan perusteena. (Botter 2002, 547 - 549; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2009.)

RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä on otettu käyttöön PKSSK:ssa marraskuussa 2011. Opinnäytetyö oli toimeksianto PKSSK:n operatiivisen klinikkaryhmän ylihoitajalta (Liite 1). Tässä opinnäytetyössä oli tarkoitus selvittää PKSSK:n operatiivisen klinikkaryhmän osastonhoitajien kokemuksia siitä, miten hoitotyön henkilöstöresursointi on tapahtunut ennen RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottoa, millaisia vahvuuksia ja heikkouksia aiemmalla toimintatavalla on ollut, mitkä ovat RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän vahvuudet ja heikkoudet sekä mitä uudelta hoitoisuusluokitusjärjestelmältä odotettiin. Hoitotyötä kuvaavat mittarit ovat olleet hajanaisia ja olemattomia. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla halutaan saada hoitotyö näkyväksi niin, että voidaan varmistaa henkilöstön riittävyys ja osaaminen. (Aschan & Kanerva 2009, 2.) Tämän opinnäytetyön tehtävänä on nostaa esille asioita, joita voidaan käyttää apuna hoitotyön kehittämisessä sekä hoitotyön johtamisen päätöksenteon tukena.

¹ PKSSK = Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

2 HOITOTYÖN HENKILÖSTÖMITOITUKSEN SUUNNITTELU JA ORGANISOINTI OSASTONHOITAJAN TYÖSSÄ

Henkilöstövoimavarojen johtaminen on tullut yhä tärkeämmäksi sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa. Se on keskeinen osastonhoitajan tehtäväalue. Osastonhoitajan tehtävä on päivittäinen hoitotyön johtaminen, työyksikön toiminnan organisointi, sekä organisaation strategian toteuttaminen ja potilashoidon turvallisuudesta huolehtiminen. Keskeisimmät työmenetelmät osastonhoitajan työssä ovat: työn sisällön analyysi, työsuoritusten arviointi ja tehtävien delegointi. (Surakka, Kiikkala, Laitinen & Rantala 2008, 70.) Surakan (2006) tutkimuksen mukaan 2000-luvulla osastonhoitajan työssä on tapahtunut muutosta niin, että toimivaltaan liittyviä tehtäviä on tullut lisää. Hoitotyön johtamisessa korostuvat toimintaedellytysten luominen, suunnittelutyö sekä yksikön toiminnan laadun seuraaminen. Henkilöstövoimavarojen johtaminen, henkilöstöressurssien suunnittelu, sekä osaston kuormituksen seuraaminen ovat keskeisiä osastonhoitajan tehtäviä, joissa hän voi hyödyntää hoitoisuusluokitusjärjestelmän tuottamia tietoja.

2.1 Henkilöstövoimavarojen johtaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiskeskusteluissa on alettu kiinnittämään huomiota enemmän talouteen, tehokkuuteen, tuloksiin ja vaikuttavuuteen (Surakka ym. 2008, 9; Pitkäaho 2011, 19 - 20). Henkilöstövoimavarojen suunnittelu lähtee liikkeelle organisaation strategian pohjalta. Tavoitteena henkilöstövoimavarojen suunnittelussa on että organisaatiolla on oikea määrä oikeanlaisia henkilöitä oikeissa tehtävissä, nyt ja tulevaisuudessa. (Kauhanen 2009, 10.) Terveyspalvelujärjestelmän johtaminen on pitkälti profiloitunut lääketieteen profession mukaan, mutta tuloksellinen johtaminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Terveyspalvelujärjestelmän keskeinen tavoite on varmistaa potilaiden hoidon laatu, oikeudenmukaisuus ja hoidon tehokas toteutuminen. Hoitotyön johtajien asiantuntijuus painottuu hoitohenkilöstön osaamisen ja riittävyyden turvaamiseen. Kansallisen tason ohjauksessa korostuu tuloksellinen johtaminen ja seuranta- ja suunnittelutietojen tuottaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Hoitotyön kehittäminen ja hoidon vaikuttavuuden arviointi pohjautuvat näyttöön perustuvaan tutkimustoimintaan. Systemaattista tiedonhankinta ja tiedonkäsittely taitoa tarvitaan osastonhoitajan päätöksen teon pohjaksi. Kustannusten systemaattinen selvittäminen terveydenhuollossa edellyttää siihen vaikuttavien eri osatekijöiden todentamista ja merkitysten varmistamista. Henkilöstöjohtaminen pohjautuu pitkän aikavälin suunnitelmiin, jotka kuvataan kunkin organisaation henkilöstöstrategiassa. Henkilöstön tarve on usein laskettu potilasmäärien ja potilaiden hoitoisuuden pohjalta. (Pulkkinen 2000, 11; Surakka ym. 2008, 91 - 109).

Terveydenhuollossa on kiinnitettävä huomiota siihen, kuinka organisaatiossa palvelut tuotetaan ja millaisella henkilöstömäärällä ja rakenteella palveluja tuotetaan. Miten jatkuvasti kasvavat menot saadaan pidettyä tasapainossa ja samalla taataan potilaille hyvä hoito sekä pidetään huolta henkilökunnasta. (Surakka ym. 2008, 40 - 68). Lähitulevaisuudessa työvoimapula tulee pahenemaan vielä entisestään, vaikka sairaanhoitaja puuttuu jo nyt. Työvoiman vähetessä ja talouden tiukentuessa joudutaan käyttämään kaikki selviytymiskeinot. Tämä merkitsee, että myös terveydenhuollossa toimintoja suunnitellessa on osattava katsoa asioita laajemmasta näkökulmasta yli osastorajojen. Osaavaa henkilökuntaa voidaan siirtää organisaation sisällä tarvelähtöisesti. (Surakka ym. 2008, 14 – 15.)

2.2 Henkilöstöressurssien suunnittelu

Hoitotyön henkilöstö on määrällisesti sairaalassa työskentelevistä ammattiryhmistä suurimpia (Partanen 2002, 17). Suunnittelemalla oikein hoitotyönressurit voidaan vaikuttaa hoitotyön tulosten saavuttamiseen. ”Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty”- sanonta korostuu myös hoitotyön resurssien kohdentamisessa potilaiden tarpeita vastaavaksi. Osastonhoitajan tehtävänä on yksikön suunnitelmallinen ja tilanneherkkä johtaminen niin, että osaamisen ja eri taitojen avulla saadaan tuloksia aikaiseksi. Oikeanlaisella henkilöstöressursoinnilla voidaan vaikuttaa mm. hoitotyön ja palvelujen laatuun, hoidon vaikuttavuuteen, organisaation kokonaistoimivuuteen sekä hoitotyön kustannustehokkuuteen. (Surakka 2006, 52 - 59.)

Mitä ajantasaisempia tietoja on käytössä, sitä tehokkaammin tietoja voidaan hyödyntää käytännön hoitotyön johtamisessa ja resurssien kohdentamisessa. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän (joita kuvataan tarkemmin luvussa 3.2) antamien raporttien perusteella voidaan käyttää laajemmalla tasolla, kuten eri tulosalueiden johtamisessa. Raportit antavat kokonaiskuvan tilanteesta sekä mahdollistavat eri osastojen välisen vertailun. (Fagerström & Rauhala 2003, 124 - 127.)

Hoitajien työajasta suurin osa (76 %) kuuluu potilaiden välittömään ja välilliseen hoitamiseen. Hoitajat olivat arvioineet henkilöstömitoituksen riittämättömäksi joka toisessa työvuorossa. Riittämättömillä hoitotyön henkilöstöresursseilla on myös merkitystä hoidon laadun kannalta. (Partanen 2002, 42 - 43). Henkilöstö tulisi nähdä organisaation voimavarana, sillä juuri henkilöstön avulla organisaatio toteuttaa toimintansa (Kauhanen 2009, 10).

Hoitohenkilöstön minimimiehityksellä on merkitystä ennen kaikkea hoitohenkilöstön pysyvyyteen organisaatiossa. On osoitettu, että jokaisen lisäpotilaan eli työmäärän lisääntyminen vaikuttaa hoitohenkilökunnan 15 prosenttia työtyytyttömyyden kasvuun ja 23 prosenttia burnoutin todennäköisyyden kasvuun. Näin ollen sijaisten käytöllä on merkitystä osaavan henkilöstön työssä jaksamiseen ja alalla pysymiseen. (Pitkäaho 2011, 113; Aiken, Sloane, Cimiotti, Clarke, Flynn, Seago, Spelt & Smith 2010, 904 - 906.) Hoitoisuusluokituksen avulla saatavaa tietoa voidaan hyödyntää henkilöstöresurssien suunnittelussa ja sen avulla myös hoitotyön työmäärä saadaan tilastoihin näkyväksi. Hoitoisuusluokituksen antamat tiedot kertovat, millaista henkilöstöä potilaan hoitaminen vaatii. (Korhonen 2003, 1.) Hoitoisuusluokituksesta saatujen tietojen avulla voidaan myös tasata osastojen välillä olevia henkilöstöresurssien epäkohtia sekä hyödyntää sijaistarpeen määrittelyssä (Laitinen 2001, 4).

Yksikkötasolla osastonhoitajat tarvitsevat päivittäisiä raportteja, kuukausittaisia tiivistelmiä sekä pidemmän aikavälin raportteja osaston toiminnan suunnittelun tueksi. Erilaisten tietojärjestelmästä saatavien raporttien näytön perusteella voidaan reagoida senhetkiseen tilanteeseen ja sijoittaa henkilöstöresursseja niihin yksiköihin, joissa on tarvetta. Ylihoitajat käyttävät hoitoisuusluokituksesta saatuja tietoja muun muassa toimintamallien kuvaamiseen ja perusteluun, hoitotyön toiminnan suunnitteluun ja seurantaan. Tietoja voidaan käyttää lisäksi potilaiden sijoittelun suunnitteluun, päätöksenteon tukena, organisaatioiden tai yksiköiden

väliseen vertailuun, henkilöstöresurssien suunnitteluun ja allokointiin, työn kuormittavuuden seurantaan sekä hoitotyön toiminnan kehittämiseen. (Mäkelä 2006, 13- 14.)

2.3 Hoitotyön kuormitus

Hoitotyön luonne on erikoissairaanhoidossa muuttunut raskaammaksi potilaiden ollessa yhä moniongelmaisempia. Hoitotyön ja lääketieteen menetelmien kehittyminen työllistävät myös hoitotyöntekijöitä, jolloin työn kuormittavuus kasvaa. Pelkkä potilaiden määrän laskeminen ja lääketieteellinen diagnoosi eivät kuvaa hoitotyöntekijöiden työmäärää. Hoitoisuusluokitusmittarin avulla saadaan myös näkyviin hoitotyön todellinen kuormittavuus ja hoitotyön sisältö. Hoitoisuutta arvioimalla selvitetään kuinka vaativaa yksittäisen potilaan hoito on hoitavalle henkilöstölle. Potilaan hoitoisuuden ollessa suhteessa resursseihin yli tavoitetason, on potilaan hoidon kuormittavuus osastolla suuri. Potilaan hoitoisuuden ollessa matala suhteessa resursseihin on osaston kuormituskin matala. Jatkuva ylikuormittavuus työssä aiheuttaa työuupumusta, vähentää työssäjaksamista sekä lisää sairauslomia. (Korhonen 2003, 3.)

Pitkäahon (2011) tutkimuksen mukaan yhden kokopäiväisen sairaanhoitajan lisääminen hoitopäivää kohti tarkoittaisi hoitajakson kestossa huomattavasti yli (1,22) yhden hoitopäivän lyhentymistä. Toisaalta Pitkäahon mukaan ei ole järkevää asettaa tarkkoja rajoja hoitotyön henkilöstö mitoitukselle, vaan ennen kaikkea huomio on kiinnitettävä haluttujen tavoitteiden saavuttamiseen.

2.4 Osastonhoitajan vastuu hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytössä

Osastonhoitajan tehtävänä hoitotyön johtajana korostuvat laadukkaan, turvallisen ja vaikuttavan hoidon turvaaminen. Johtamiskulttuurin muutoksen sekä terveydenhuollon toimintaympäristön muutoksen vuoksi tarvitaan osallistavaa johtamistapaa, joka huomioi muutoksen, kehittymisen sekä osaa johtaa innovaatioprosesseja erilaisissa verkostoissa. Osastonhoitajan tehtäviin kuuluu huolehtia asiakasprosessien toimivuudesta, hoitotyön henkilöstön osaamisesta ja osaamisen hyödyntämisestä. Henkilöstövoimavarojen jatkuvalla kehittämisellä

ja henkilöstöä osallistavaa johtamistapaa hyödyntäen voidaan vaikuttaa palvelujen laatuun ja verkostojen sekä prosessien toimivuuteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 14.)

Tiedon tuottamisen johtamisessa käsitellyn informaatiotietojärjestelmään varastoitu tieto käsitellään, hyödynnetään ja käytetään hoitotyön johtamisessa hyödyksi. Tieto kuvaa sekä toimintaprosessien tieto-taitoa että kokemuksia. Reflektion ja arvioinnin avulla näistä tiedoista osastonhoitaja saa uutta tietoa joka auttaa toiminnan tehostamisessa sekä uusien innovaatioiden synnyssä. Yksi keskeisimmistä hoitotyöntoimintaohjelman tavoitteista on hoitotyön johtajien asiakas- ja potilastyön vaikuttavuuden parantaminen näyttöön perustuvien käytäntöjen avulla. Lisäksi henkilöstön osallistuminen ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen parantavat alan vetovoimaisuutta. Tietojärjestelmien tehtävänä on tuottaa organisaation eri tasojen käyttöön tietoa, jolla näkymätön työ saadaan näkyväksi. Tällöin tietoa voidaan käyttää päätöksenteon tukena sekä toiminnan kehittämisen apuvälineenä. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän tuottamaa tietoa osastonhoitaja voi käyttää hyödyksi esimerkiksi henkilöstöresurssien suunnitteluun. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 15, 32.)

Laajarinteen ja Salmisen (2009, 31 - 33) tutkimuksen tulosten mukaan osastonhoitajat kuvaavat, että hoitoisuusluokituksen avulla voidaan lisätä hoidon arviointia sekä parantaa hoidon laatua. Hoitoisuusluokitukset ovat osastonhoitajien mielestä yhtenäistäneet hoitokäytäntöjä sekä parantaneet kirjaamisen tasoa, mikä on vaikuttanut kokonaisuuden laadun parantumiseen. Hoitoisuusluokitusten kuvataan myös lisäävän osastonhoitajan oman työn suunnittelua, tietojen hyödyntämisen avulla. Konkreettisinta hyötyä omaan työhön osastonhoitajat kuvasivat hoitoisuusluokitusten tuovat muun muassa apu henkilöstöresursointiin sekä työmäärän ylikuormittumisen ehkäisemiseen. Tätä kautta koettiin olevan myös vaikuttamismahdollisuus hoitotyöntekijöiden työssä uupumisen ehkäisemiseen. Osastonhoitajat mainitsevat, että hoitoisuusluokitukset ovat lisänneet hoitotyön näkyvyyttä. Tutkimuksen tulosten mukaan osastonhoitajat olivat käyttäneet hoitoisuustietoja ja kuukausiraportteja osaston yhteisissä palavereissa sekä suunniteltaessa henkilöstön resursointia.

Osastonhoitaja voi hyödyntää RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän tuottamaa tietoa päivittäisen hoitotyön johtamisen tukena, seuraamalla hoitoisuus-

den vaihtelua sekä kirjaamalla poikkeamiin vaikuttavia syitä (normaalista poikkeava toiminta). Raportit helpottavat eri viikoppäivien resurssitarpeiden suunnittelua sekä, potilasryhmien ja päivystyspotilaiden sekä sijaisten sijoittamista. Pidemmällä aikavälillä raportit toimivat resurssitarpeen lisäyksen tai vähentämisen perusteena. Raporttien avulla voidaan myös kuvata osaston hoitoisuusprofiili, josta voidaan seurata kuukausi- ja vuosivaihteluja. Niitä voidaan hyödyntää toimintasuunnitelman tekoon ja laajemmin potilasprosessien kehittämiseen. (Fagerström & Rauhala 2003, 126.)

3 HOITOISUUSLUOKITUKSET HOITOTYÖN PÄÄTÖKSENTEON TUKENA

Hoitotyön lähtökohtana on aina potilaan hyvä hoito. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että potilaalla on oikeus hänen terveydentilaansa edellyttämään, laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, joita terveydenhuollolla on käytettävissä. (L785/93). Hoitotyön henkilöstö muodostaa erikoissairaanhoidon henkilöstöstä 55 %, joten tuloksellisuuden näkökulmasta tarkasteltuna on tärkeää miten hoitotyöntekijöitä johdetaan sekä työtä kehitetään. Hoitotyön johtamisen haasteet liittyvät toiminnan eettisten lähtökohtien lisäksi potilasturvallisuuden huomiointiin sekä vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tuloksen tavoitteluun. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009)

Suomessa sekä ulkomaila hoitotyötä kuvaavien mittareiden käyttö on yleistynyt. Yksi näistä mittareista on hoitoisuusluokitusjärjestelmä, jolla kuvataan hoitotyön sisältöä, kustannuksia ja laatua. Informaatioteknologia on mahdollistanut hoitotyötä kuvaavien mittareiden kehittymisen ja käyttöönoton, joka on helpottanut tiedon käsittelyä sekä käytettävyyttä hoitotyön päätöksenteon tukena. (Botter 2002,549 - 550; Hader & Claudio 2002,66 - 68; Kanerva, Aschan, Harinen, Konttinen & Lidqvist 2003, 4).

3.1 Hoitoisuus

Hoitotyön ydintiedoista yksi on potilaan hoitoisuus. Hoitoisuus tarkoittaa potilaan perushoidon tarvetta ja riippuvuutta hoitohenkilökunnan hoitotyön toimista. Toi-

sin sanoen hoitoisuudella kuvataan hoitotyön työmäärää ja hoitamisen vaativuusastetta. (Luhtasela 2006, 10 -11). Hoitoisuuden arvioinnin tekee koulutuksen saanut hoitotyöntekijä. Hoitoisuuden määrittelyssä huomioidaan hoidon toteutuksessa käytetty aika ja hoidon toteuttavan henkilökunnan määrä hoitajakson tai hoitovuorokauden aikana. (Kaustinen 2011, 21 - 25.)

Hoitoisuudesta käytetään useampaa termiä Englannin kielessä: "intensity of care", "nurse dependency" sekä "patient acuity" (Lohva 1989; Nivalainen 2000, 3 - 4; Partanen 2002, 21; Seppälä 1992, 20). Esimerkiksi Van Slyck ja Johnson (2001) käyttävät tutkimuksessaan "patient acuity"-termiä potilaiden hoitoisuutta kuvatessaan. Hoitoisuuden voidaan katsoa myös tarkoittavan hoidon aiheuttamaa raskautta tai kuormaa hoitotyöntekijälle. Väestön ikääntyminen ja lääketieteen mahdollisuudet vastata potilaan tarpeisiin johtavat siihen, että potilaiden hoidon tarpeet kasvavat ja yhä sairaampia potilaita voidaan hoitaa. (Lohva 1989; Nivalainen 2000, 3 - 4; Pitkäaho 2011, 1; Seppälä 1992, 20.)

Hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla määritellään osastolle optimi hoitoisuustaso hoitajaa kohden (PAONCIL RAFAELA™ -järjestelmässä). Tämä tarkoittaa, että osaston jokainen hoitaja voi suoriutua hoitoisuuden määrästä ilman, että hoitotyönlaatu laskee. Finnhoitoisuus -projektsissa (2000- 2002) saatujen tulosten mukaan päivittäinen potilaiden hoitoisuus vaihtelee kohtalaisen paljon. Hoitoisuus oli keskimäärin 12 prosenttia yli optimipisteen, mutta eri erikoisalojen välillä oli suurta eroavaisuutta. Pidettäessä pyrkimyksenä, että potilaiden hoitoisuus on osastolla keskimäärin optimipisteessä, tarvittaisiin raportin mukaan vuoden 2000- 2002 henkilöstöresursseihin lisäystä 1,5 hoitajan työvuo- roa/osasto. (Fagerström & Rauhala 2003, 7.)

Tässä tutkimuksessa hoitoisuudella tarkoitetaan erikoissairaanhoidon vuodeosastolla olevan potilaan välillistä ja välitöntä hoitotyötä sekä sen aiheuttamaa työmäärää hoitotyöntekijälle. Välitön hoitotyö tapahtuu potilaan välittömässä läheisyydessä annettuna sairaanhoidollisina toimenpiteinä. Välillisellä hoidolla tarkoitetaan toimenpiteitä, jotka ovat välittömän hoidon edellytyksiä, mutta tapahtuvat ennen tai jälkeen varsinaisen hoidon. (Fagerström & Rauhala 2003, 11)

3.2 Hoitoisuusluokitusjärjestelmät

Hoitoisuusluokitusjärjestelmässä potilaat luokitellaan käyttämällä erilaisia kriteerejä potilaan tarvitsemasta hoidosta. Potilaat luokitellaan sen mukaan millaista ja miten paljon hoitohenkilökunnan apua he tarvitsevat työvuoron tai vuorokauden aikana. Hoitohenkilökunta arvioi potilaan hoidon tarpeet suhteessa hoitotyön toimintaan. (Nivalainen 2000, 6; Seppälä 1992, 25.)

Hoitoisuusluokituksella tarkoitetaan potilaiden hoitoisuuden (yksilölliset hoidon tarpeet) mittaamista ja arviointia. Yksi Suomessa käytössä olevista hoitoisuusluokitusmittareista on RAFAELATM –hoitoisuusluokitusjärjestelmä, jossa hoitoisuus ilmoitetaan hoitoisuuspisteinä tai hoitoisuusluokkana I-V, joka ilmoittaa, kuinka vaativahoitoinen potilas on. Mitä suurempi hoitoisuusluokka potilaalla on, sen vaativahoitaisempi hoidon tarpeeltaan potilas on kyseessä. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän tehtävänä on määrittää kuinka paljon hoitohenkilökuntaa tarvitaan, jotta voidaan vastata potilaiden hoidon tarpeeseen. (Fagerström ja Rauhala 2003, 13; Ylitalo & Kanerva 2012.)

Hoitotyön tuloksia mitattaessa esimerkiksi hoidon laatua, arvioinnin edellytyksenä on, että hoitotyön teoreettiset taustat on määritetty. Samoin etukäteen on asetettu tulosta mittaavat kriteerit, jolloin saadaan numeerinen arvo mitattavalle asialle (hoitotyön panoksille) (Luhtasela 2006, 17 -18). Hoitoisuusluokituksissa käytetään erilaisia mittareita, nämä mittarit esitellään tarkemmin luvussa 3.4. Jotta potilaan hoitoisuutta voidaan mitata, on käytettävä hoitotyöhön kehitettyä mittaria, joka perustuu suomalaisen hoitokulttuuriin sekä huomioi hoitotyön arvot ja arvostukset. Lisäksi mittarin tulee sisältää kaikki hoitotyön toiminnot, joilla potilaiden hoidon tarpeeseen vastataan. Hoitotyön määrää ja laatua mitattaessa mittarin tulee olla sisällöltään ja tarkoitukseltaan sopiva, luotettava, herkkä ja soveltua eri potilasryhmien hoitotyön toimintojen arviointiin. (Luhtasela 2006, 17 - 18; Kanerva 2004, 12.) Hoitoisuusluokitusten hyödyntämisen tueksi ja mittarin luotettavuuden lisäämiseksi tarvitaan koulutusta sekä selkeitä ohjeita hoitotyöntekijöille, jotka luokittelevat potilaiden hoitoisuuden. Koulutuksen avulla taataan yhtenäinen luokituslinja ja näin ollen parannetaan hoitoisuusluokituksen tuottaman tiedon luotettavuutta, joka taas motivoi henkilökuntaa luokittelemaan potilaat ja käyttämään hoitoisuusluokitusta. (Ala-Nikkola, Mönkäre & Rajala 2005, 20 - 22)

Hoitotyötä kehitetään jatkuvasti näyttöön perustuvaksi, jolloin tarvitaan järjestelmiä ja menetelmiä, joilla voidaan kerätä luotettavaa tietoa hoitotyön määrästä ja luonteesta. Luotettavaa tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön hallinnon, hoitotyön johtajien työvälineenä sekä toiminnan suunnitteluun. (Fagerström & Rauhala 2003, 124.)



Kuvio 1. Hoitoisuusluokituksen toiminnot (mukaillen Väänänen 2002, 8).

Väänänen (2002) mukaan hoitoisuusluokitusta hyödynnetään hoitotyön johtamisessa ja päätöksen teossa esimerkiksi henkilöstösuunnittelun ja toiminnan suunnittelun apuvälineenä. Lisäksi hoitoisuusluokitusta voidaan hyödyntää hoitotyön arviointiin, kirjaamisen ja raportoinnin kehittämiseen, näyttöön perustuvan toiminnan perusteeksi, työmäärän kuvaajana, hoitotyön laadun kehittämisen apuvälineenä sekä talouden perusteena. Hoitoisuusluokitusjärjestelmästä saadaan kerättyä tilastollisina lukuina tietoa hoidon tarpeista suhteessa hoitotyöntekijöiden tekemään työmäärään potilaiden tarpeiden tyydyttämiseksi tietynä ajanjaksona. (Laitinen 2001, 14 - 15.) Hoitoisuusluokituksen hyötynä on se, että saadaan tehtyä tilastojen avulla näkymätön hoitotyön osa-alue näkyväksi esimerkiksi numeraalisessa muodossa sellaisille, jotka eivät ole mukana toiminnassa (Hoitotyön toimintojen näkyväksi tekeminen) (Väänänen 2002, 8 - 9). Hoitoisuusluokituksen antamien tilastojen avulla voidaan seurata taloutta ja kir-

jattua tietoa voidaan hyödyntää mm. seurattaessa potilaskohtaista hoitoisuutta ja kustannuksia hoitojakson aikana (taloudellinen käyttötarkoitus). Lisäksi toiminnan suunnittelu helpottuu sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä (henkilöstösuunnittelun ja toiminnan suunnittelun apuväline), jolloin voidaan ohjata henkilökunnansijoittelua työnkuormittavuuden mukaan sekä ohjailla potilasvirtoja paremmin. (Fagerström & Rauhala 2001,124; Partanen 2002,174; Pulkkinen 2000) Työnkuormittavuutta osoittavat arvot (Työmäärän kuvaaja) antavat suoraan tietoa eri osastojen välisestä työmäärästä. Eri osastojen välistä epäsuhtaa voidaan tasoittaa paremmin, sekä miettiä sijaisten, sisäisten sijaisten, juhlapyhien ym. asioiden vaikutuksia henkilöstön tarpeeseen. Hoitoisuusluokitukset toimivat hyvin perustelujen pohjana tehtäessä ja suunniteltaessa toimintasuunnitelmia, henkilöstön osaamisen kehittämistä (laadun kehittäminen) sekä henkilöstömitoitusta ja -rakennetta perusteltaessa. (Fagerström & Rauhala 2001,12-13; Partanen 2002,170; Pulkkinen 2000, 5.)

3.3 Käytössä olevia erilaisia hoitoisuusluokitusjärjestelmiä

Syrjälä (2010) on kuvannut tutkielmassaan hoitoisuusluokitusten kehittymistä kansainvälisissä että kotimaisissa terveydenhuollon organisaatioissa. Näiden pohjalta hoitoisuusluokitusten kirjaaminen on otettu käyttöön Suomessa 1980-luvulla Vaasan sairaanhoitopiirissä ja hoitoisuusluokituksen kehittäminen jatkui vuosien 1991 - 1993 aikana. Suomessa on käytössä tällä hetkellä useita hoitoisuusluokitusjärjestelmiä. (Fagerström, Nojonen & Åkers 2002. 181; Fagerström & Rauhala 2003, 9; Rainio & Ohinmaa 2004, 676; Syrjälä 2010, 6.)

Kansainvälisesti hoitoisuusluokituksia käytetään hyvin erilaisiin käyttötarkoituksiin, lähinnä sen mukaan mitkä tekijät vaikuttavat organisaatiossa tärkeiltä (Väänänen 2002, 38). Mittareita on kehitetty mittamaan hoitotyön kustannuksia (Zepra), taloutta ja kustannuksia (Monitor ja BeNMDS) sekä hoitotyön henkilöstön- ja toiminnan suunnitteluun (NETA ja RAVA) (Ollikainen 2006, 54; Partanen 2002, 30; Väänänen 2002, 29.) Suomessa olevia hoitoisuusluokituksia ovat käsitelleet tutkimuksissaan tarkemmin Seppälä (1992) ja Väänänen (2002).

Zepra-hoitoisuusluokitusjärjestelmä on kehitetty kanadalaisen HSSG-järjestelmän (Hospital System Group) pohjalta ja se kuvaa hoidon tarpeen mää-

rää potilasta kohden. Tämä hoitoisuusluokitusjärjestelmä ei kuvaa aikaa, jonka hoidon tarpeen tyydyttäminen vie, vaan ainoastaan tarpeen määrän. Zepra-hoitoisuusluokitusjärjestelmä on Ruotsissa yleisin käytetty hoitoisuutta kuvaava järjestelmä ja sitä käytetään akuuttiin hoitotyöhön sekä pitkäaikaishoito-osastoilla. Zepra -hoitoisuusluokitusjärjestelmää käytetään hoidon kustannusten osoittamiseen. (Ollikainen 2006, 54; Partanen 2002, 30; Väänänen 2002, 29.)

Monitor -hoitoisuusluokitus on laajassa kansainvälisessä käytössä erikoissairaanhoidossa ja tehohoidossa. Se otettiin 1990-luvulla käyttöön myös Suomessa Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ensisijaisesti hoitotyön kustannusten mittaamiseen. Monitor -hoitoisuusluokitusmittarilla voidaan suorittaa hoitajien potilaskohtainen ajankäyttö, laskea hoitopäiväkohtainen hinta sekä selvittää palkkakustannuksia. Monitor -hoitoisuusluokitusta käytetään kustannusten määrittämiseen ja niiden kohdentamiseen. (Ollikainen 2006, 55; Partanen 2002, 30; Väänänen 2002, 36.) Monitor -hoitoisuusluokituksesta on luovuttu Kuopiossa ja otettu käyttöön RAFAELATM-hoitoisuusluokitusjärjestelmä (Kanerva 2012).

Ollikaisen (2006) mukaan BeNMDS -luokitus, hoitotyön minimitiedosto (Nursing Minimum Data Set) on kehitetty Yhdysvalloissa standardoitujen luokitusten yhdistelmistä, jotka pohjautuvat Yuran ja Walhin määritelmiin prosessin vaiheista. Vuonna 1985 Belgian sairaanhoitajat aloittivat perustiedon määrittelyn ja koostamisen ja luokittelu saatiin käyttöön 1988. Hoitotyön kustannuksia tarkastellaan hoitotyön sekä lääketieteen näkökulmasta. Kategorioina ovat laskennalliset kustannukset (hallintokustannukset), ei-lääketieteelliset kustannukset ja tekniset kustannukset. Hoitotyö on luokiteltu sekä ei-lääketieteellisiin kustannuksiin että teknisiin kustannuksiin. (Ollikainen 2006, 56 - 57).

Turun yliopistollisessa sairaalassa on kehitetty vuosien 1994 - 1998 aikana NETA -hoitoisuusluokitusmittari (Need to action-malli), joka sisältää potilaan hoidon tarpeen arvioinnin hoidon vaativuuden ja siihen tarvittavan asiantuntemuksen. (Partanen 2002, 34 - 35; Pulkkinen 2000, 10).

Pitkäaikaishoidon potilaiden ja ikäihmisten toimintakyvyn kartoittamista varten on kehitetty RAVATM -järjestelmä, joka osoittaa yksilön päivittäisen toimintakyvyn ADL:n (Activities of Daily Living). RAVA -indeksin avulla arvioidaan ikäihmi-

sen toimintakykyä ja päivittäisen avun ja palvelujen tarvetta. RAVA™ -järjestelmää käytetään perusterveydenhuollon hoivaosastojen lisäksi myös kotisairaanhoidon piirissä. RAVA -indeksiä ei voida käyttää henkilöstöressurssien määrittelyyn, eikä talouden suunnitteluun, koska RAVA -indeksiä ei määritetä päivittäin, kuten hoitoisuusluokitukset. (Karvonen 2005, 20 - 21.)

Tässä opinnäytetyössä käsitellään RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmää.

3.4 Hoitoisuuden mittaaminen RAFAELA™:n hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla

RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä on Suomen Kuntaliiton omistama hoitoisuusluokitusjärjestelmä. Se tuottaa tietoa potilaiden hoidon tarpeista, hoitotyön työpanoksesta, hoitohenkilöstön kustannuksista ja hoitotyön tuottavuudesta. RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän kehityksessä ja Finnhoitoisuus -projektissa vuonna 2000 - 2002 on ollut mukana Suomen 14 sairaalan yhteensä 86 somaattista vuodeosastoa. (Fagerström & Rauhala 2003,19; Finnish Consulting Group 2011.)

RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä koostuu Oulun yliopistollisessa keskussairaalassa kehitetystä OPC²- sekä Vaasassa kehitetystä PAONCIL³- mittarista (Fagerström & Rauhala 2003, 13 - 14). OPC- mittari on kehitetty kanadalaisen HSSG- hoitoisuusluokituksen pohjalta. OPC- mittarin avulla tuodaan esille potilaiden hoitoisuus, kun taas PAONCIL- mittarin avulla kuvataan hoitajien arvio mahdollisuudesta tyydyttää potilaiden hoidon tarve. RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän perusajatus on vertailla näiden kahden muuttujan välisiä yhteyksiä. (Kanerva 2004.)

OPC²=Oulu Patient Classification

PAONCIL³= Professional Assessment Of Optimal Nursing Care Intensity Level,

OPCq⁴= OPC- mittarin pohjalta kehitetty (2000- 2002) mittari. q- merkki tarkoittaa standardoitua mittaria. Käyttäjillä on yhtenäiset ohjeet, kuinka mittaria käytetään. Mittaria hallinnoi FCG. OPCq- mittari on käytössä PKSSK:ssa.

OPC- mittarin rinnalle kehitettiin PAONCIL³- mittari, jotta hoitoisuusluokitusjärjestelmä tuottaisi tietoa kustannuslaskentaan sekä henkilöstön suunnitteluun (Kaustinen 1995; Fagerström & Rauhala 2001, 5). RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän päätavoitteena on, että potilaiden tarpeet ovat tasapainossa osastolla olevien henkilöstöressurssien kanssa (Fagerström & Rauhala 2003, 12.) RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmään kuuluu kolme tiedon keruu järjestelmää: Hoitotyöntekijöiden kirjaus kerran vuorokaudessa OPCq⁴- mittarin avulla potilaan hoitoisuudesta. Osastonhoitajan tekemä työvuorokohmainen henkilöstöressurssikirjaus tietojärjestelmään sekä näiden lisäksi erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla tehtävä interventiotutkimus PAONCIL -mittarin avulla. (Fagerström & Rauhala 2003, 12.)

Kaikkien yksiköiden, jotka käyttävät RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmää potilaiden hoitoisuus määritellään somaattisella vuodeosastolla OPCq -mittarin avulla. OPCq -mittarissa hoitotyön osa-alueet on jaettu kuuteen osioon: hoidon suunnittelu ja koordinointi, hengitys, verenkierto ja sairauden oireet, ravitsemus ja lääkehoito, hygienia ja eritystoiminta, aktiviteetti nukkuminen ja lepo sekä hoidon ja jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki (Fagerström & Rauhala 2003; Finnish Consulting Group 2012.) Lisäksi osa alueella valitaan sopiva hoitotyön vaativuustaso. Nämä tasot on koodattu kirjaimilla (A-D), joista potilas saa hoitoisuuspisteet (1-4) tarvitsemiensa hoitotyöhön tarvittavien työpanosten mukaisesti. Vaativuustasojen yhteenlaskusta muodostuu potilaan hoitoisuusluokka (I–V). (Fagerström & Rauhala 2003, 12-13; Finnish Consulting Group 2012.) Taulukossa 1. on esitetty hoitoisuusluokat ja niitä vastaavat hoitoisuuspisteet.

Taulukko 1.: OPCq -mittarin hoitoisuusluokat: (Finnish Consulting Group 2012)

| Hoitoisuusluokka: | Pisteet: |
|----------------------|----------|
| Hoitoisuusluokka I | 6-8 |
| Hoitoisuusluokka II | 9-12 |
| Hoitoisuusluokka III | 13-15 |
| Hoitoisuusluokka IV | 16-20 |
| Hoitoisuusluokka V | 21-24 |

Poliklinikoilla hoitoisuus mitataan POLIHOLq -mittarin avulla kerran hoitoisuusjaksolla ja sädehoidossa SÄDEHOLq -mittarin avulla. Psykiatriiniyksiköihin oma mittarinsa (PPCq, Pitkäniemi Patient Classification). (Fagerström & Rauhala 2003, 12-13). PKSSK:ssa otettiin marraskuun alussa vuonna 2011 käyttöön erikoissairaanhoidon vuodeosastolle suunnattu OPCq -mittari.

Tiedonkeruuseen kuuluu olennaisena osana hoitotyöhön käytettyjen resurssien kirjaus sekä, hoitotyöhön osallistuneiden hoitajien työaika. Henkilöstöresurssit lasketaan samalla jaksotuksella hoitoisuusluokituksen kanssa vuorokausi taaksepäin. Esimerkiksi PKSSK:ssa päivittäiset henkilöstöresurssit saadaan Logican omistamasta MD –Titania -ohjelmasta. (Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2011) Työvuoroista ilmoitetaan vain hoitotyöhön käytetty aika (muun muassa koulutuksiin käytetty aika vähennetään henkilöstöresursseista). (Aschan & Kanerva. 2009, 7; Ylitalo 2012). Työpanos lasketaan yhteen, jolloin saadaan vuorokauden henkilöstöresurssimäärä. Osastonhoitaja tai vastuuhoitaja kirjaa resurssit päivittäin tietojärjestelmään. Jatkossa halutaan kehittää myös taloudellisten muuttujien ja DRG -tietojen siirtymistä osaksi raporttia, jolloin voidaan vertailla hoitotyön tuottavuuden ja sairaansijojen käytön kohdentumista eri potilasryhmiin. (Aschan & Kanerva. 2009, 7.)

Potilaiden hoitoisuuden ja hoitoresurssien tiedon yhdistämisen tuloksena saadaan tieto vuodeosaston potilaiden hoitoisuudesta yhtä hoitajaa kohden. Lisäksi yksiköt määrittelevät hoitotyöntekijöiden ammatillisen arvion perusteella optimaalisen hoitoisuustason kuhunkin yksikköön, PAONCIL -mittarin avulla. Yksikön optimaalisen hoitoisuuden taso yhdistettynä yksikön hoitoisuus hoitaja-tietoon tuottaa tiedon yksikön optimaalisen resursoinnin tasosta. RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmää käyttäviä organisaatioita voidaan vertailla keskenään, jolloin saadaan tietoa muun muassa henkilöstökuluista ja -rakenteesta. (Fagerström & Rauhala 2003.)

Suomen Kuntaliiton toteuttamassa vuosien 2000 - 2002 Finnhoitoisuus -projektissa oli tavoitteena selvittää käytettyjen mittareiden toimivuutta. Kehittää ja standartoida mittaristoa ja sen käyttöä, vertailla hoitotyön tuottavuutta, laatua ja kustannuksia eri sairaaloissa, edistää henkilökunnan optimaalista resursointia sekä käynnistää benchmarking -toiminta Suomessa. (Fagerström & Rauhala 2003, 3 – 8.) Finnhoitoisuus -projektin tulokset osoittavat, että OPC -mittarin ja

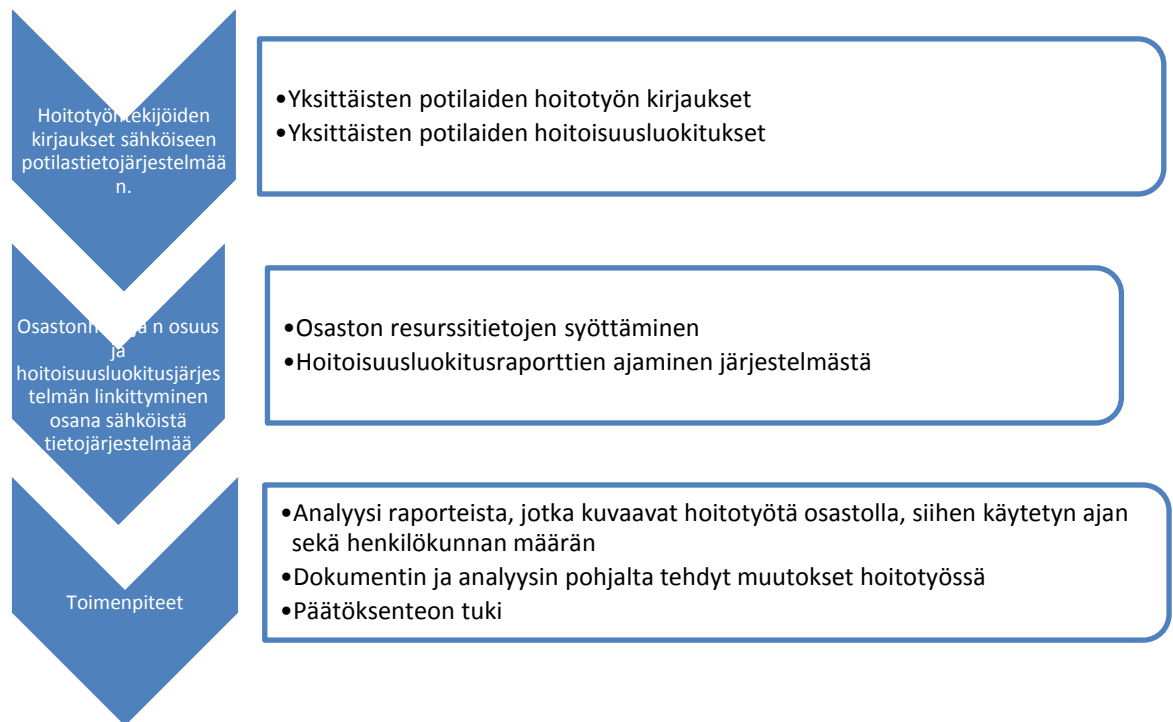
koko RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla saatavaa tietoa voidaan pitää toimivana ja käyttökelpoisena Suomen erikoissairaanhoidossa eli mittarit todettiin toimiviksi. Projektiin osallistuneet sairaalat pystyivät käyttämään hyödyksi henkilöstöhallinnossaan OPC -mittarin ja RAFAELA- hoitoisuusluokitusjärjestelmän tuottamia raportteja. Raporttien havaittiin toimivan hoitotyön tuottavuuden, laadun ja kustannusten osoittajina. (Fagerström & Rauhala 2003, 130 - 132.)

RAFAELA™- hoitoisuusluokitusjärjestelmä on tällä hetkellä käytössä Suomessa yli 650 yksikössä ja käyttäjäorganisaatioita on yli kaksikymmentä. Järjestelmää käytetään niin erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa, kuin myös yksityisissä organisaatioissa. RAFAELA™- hoitoisuusluokitusjärjestelmä on otettu vuoden 2011 aikana käyttöön myös Islannissa ja Norjassa. (Finnish Consulting Group Oy 2011.)

3.5 Sähköinen tietojärjestelmä hoitotyössä

Virallisesti sähköisellä tietojärjestelmällä tarkoitetaan toiminnan tiedonhallintaprosessia, mutta arkikielessä usein niillä tarkoitetaan ohjelmistoja. Sähköisellä potilaskertomuksella tarkoitetaan sairaskertomuksen tietojen tallentamista, välittämistä ja käyttämistä tietotekniikan avulla. Kuvio 2. havainnollistaa, kuinka sähköinen tietojärjestelmä ja hoitoisuusluokitusjärjestelmä toimivat hoitotyön ja hoitotyönjohtamisen arjessa. Tietojärjestelmien avulla pyritään muuttamaan toimintaa, niiden avulla järjestetään ja kehitetään, tehostetaan ja parannetaan toimivuutta. Tietojärjestelmien avulla pyritään saamaan kustannuksissa säästöjä sekä tehostetaan tiedon välitystä. Perustiedot hoitoisuusluokitusjärjestelmässä kuvaavat hoitotyöntekijöiden kirjaamia hoitotyön toimintoja, eli yksittäisten potilaiden hoitotyön kirjaukset ja yksittäisten potilaiden hoitoisuusluokitukset. Johdon, kuten tässä opinnäytetyössä tarkastelun kohteena olevat osastonhoitajat, seuraavat perustietojen tasolla kerättyjä toiminnan tunnuslukuja, jotka ovat analyysijä hoitotyöntekijöiden tekemästä työstä ja siihen käytetystä ajasta, sekä henkilökuntamäärästä. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla hoitotyön sisältöä voidaan kuvata ja dokumentoida, joiden pohjalta muutokset tehdään. Yksinkertaisesti potilaan hoitoa koskevat tiedot tallennetaan sähköiseen potilastietojärjestelmään kunkin potilaan potilastietoihin eri toimintoluokitusten mukaan,

joista arvioidaan hoitoisuusluokka tietylle potilaalle. Osastonhoitajat voivat ajaa RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmästä erilaisia raportteja, jotka kertovat esimerkiksi osaston hoitotyön kuormituksesta. (Tanttu 2009; Väänänen 2002, 9.)

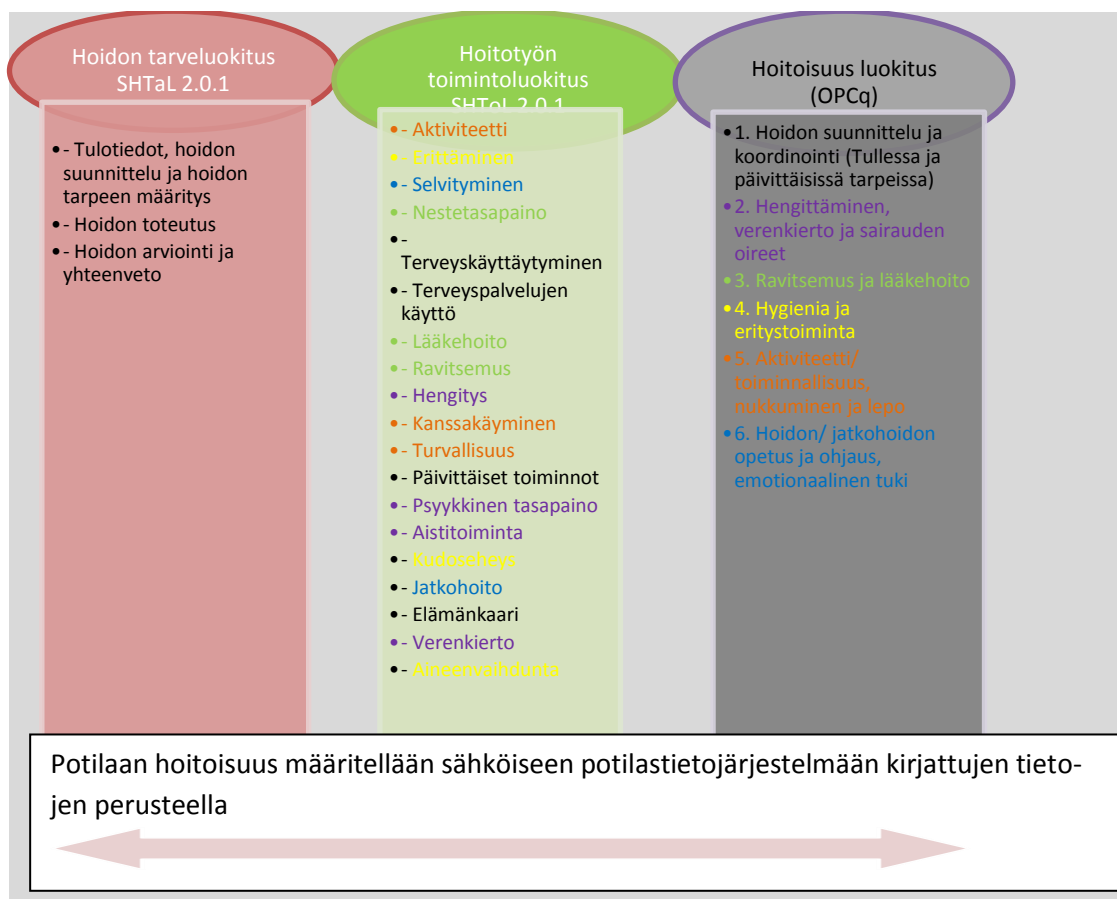


Kuvio 2. Sähköisen potilastietojärjestelmän ja hoitoisuusluokitusjärjestelmän välinen yhteys sekä osastonhoitajan osuus kokonaisuudessa työelämästä tulleiden kokemusten pohjalta kuvattuna.

Hoitotyön kirjaamisessa käytetään valtakunnallisesti määriteltyjä hoitotyön ydintietoja ja luokituksia sekä niitä täydentäviä kertovia tekstejä. Hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seuraamisen kannalta oleellinen potilastieto kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmään yhdenmukaisella rakenteella. (L 653/2000.)

PKSSK:ssa on otettu vuoden 2010 alussa käyttöön sähköinen potilastietojärjestelmä Mediatri, johon hoitotyöntekijät kirjaavat hoitotyöntoimintoja erilaisten komponenttien, hoitotyön toimintoluokituksen avulla (rakenteinen kirjaaminen). Luokitukset ovat tietorakenteita, joissa tiettyä erikoisalaa (esimerkiksi hoitotyötä) kuvaava, samankaltainen tieto luokitellaan tai ryhmitellään sovitusti. (Tanttu 2009.)

Hoitotyön luokitusten avulla pyritään kuvaamaan hoitajien työn osuutta potilaan kokonaishoidosta nostamalla esiin hoitotyön toteuttamiseen liittynyt päätöksenteko ja sen tulokset. Potilaan hoitoisuutta määritettäessä pitää olla nähtävissä ne potilastietojärjestelmässä olevat kirjaukset, joiden perusteella potilaan hoitoisuutta arvioidaan. Arvion perusteina ovat käytettävän mittarin ennalta määritetyt hoitotyön osa-alueet ja niihin liitetyt kirjaukset, komponentit ja luokat (kuvio 3). Hoitotyön toimintoluokituksen esimerkiksi vihreä väri ja näihin komponentteihin kirjatut hoitotyönkirjaukset luokitellaan hoitoisuusluokituksessa 3. Ravitsemuksen- ja lääkehoidon alle. Jokaisella värillä on siis tietty yhteys Hoitotyön toimintoluokituksen ja hoitoisuusluokituksen välillä. (Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2010.; Tantt 2009.)



Kuvio 3. Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen merkinnät ja OPCq-mittarin yhteydet mukailien Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän RAFAELA-vaativuusmäärittely 2010.)

Kuviossa 3 on esitetty Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL 2.0.1) ja hoitotyön toimintaluokitus (SHToL 2.0.1) sekä hoitoisuusluokituksen (OPCq)

välinen yhteys. Hoitotyön kirjaamisesta muodostuu tietoja hoidon tarveluokituksen sekä hoitotyön toimintaluokituksen avulla, joita käytetään hoitoisuusluokituksen tekoon. Kirjausluokituksen komponentin alta valitaan pää- tai alaluokka, jota täydennetään vapaalla tekstillä. Esimerkiksi: Nestetasapaino, nesteytyksestä huolehtiminen, suonen sisäinen nesteytys ja täydennys vapaalla tekstillä: Ringer 1000 ml. Tämä kirjaus huomioitaisiin hoitoisuusluokitusta tehtäessä ravitsemus- ja lääkehoito-osiossa. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän RAFAELA -vaativuusmäärittely 2010; Tantt 2009.)

Luokituksilla hoitotyön kirjaamisessa pyritään potilaan hoitotietojen hallintaan, hoitoprosessien näkyväksi tekemiseen, yhteismitallisuuteen, systemaattisuuteen, vertailtavuuteen (benchmarking) sekä tietojen tilastoitavuuteen. Luokittelemalla hoitotyön kirjaamista voidaan kirjaamiseen liittyvää tietoa hakea ja hallinnoida paremmin. Luokiteltu tieto antaa tiivistelmiä eri tarkoituksiin, kuten johtamisen avuksi, laadun seurantaan ja kehittämiseen, vaikuttavuuden seurantaan, kustannusten tarkkailuun sekä tutkimusten käyttöön. (Tantt 2009.)

Pohjois-Karjalan keskussairaalassa on kehitetty hoitotyön rakenteista kirjaamista Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hankkeen ("HoiData"-hankkeen) 2007 - 2009 pohjalta, jolloin käytössä oli vielä Healthnet – sähköinen potilastietojärjestelmä. Hankkeessa saatujen tietojen mukaan hoitotyön kirjaamisen tason ylläpitäminen ja käytäntöjen yhteneväisyyden säilyminen on haasteellista. (Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005–2008, 77–78). Vuosittain PKSSK:ssa tehdään jokaisella osastolla kirjaamisen auditointi, jonka tarkoituksena on kehittää hoitotyön rakenteisen kirjaamisen laatua. Auditoinnin suorittavat osastonhoitaja ja osaston ulkopuolinen auditoija. Kirjaamista arvioidaan hoidon tarveluokituksen ja hoitotyön toimintaluokituksen perusteella hoitotyöntekijöiden sähköiseen potilastietojärjestelmään tehtyjen potilaskirjausten perusteella. Osastonhoitaja kerää tiettyä aikana sovitun määrän (otoksen) potilasasiakirjoihin tehtyjä kirjaamisia, jonka jälkeen auditointi tehdään ja kirjaamiselle määritetään taso: ei hyväksyttävä taso 0,00-4,99, heikko taso 5,00-8,30, hyvä taso 8,31-11,60 ja kiitettävä taso 11,61-15,00. Osasto saa auditoinnista palautetta kirjaamisesta. Osaston kirjaaminen luokitellaan auditointiperusteiden mukaan. Mitattavia asioita ovat hoitotyön kirjaamisen laatu, vaikuttavuus, tehokkuus, turvallisuus ja oikea-aikaisuus sekä potilaskeskeisyys.

(Saarelainen 2012.) RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmä päätettiin ottaa käyttöön marraskuussa vuonna 2011. Hoitohenkilökuntaa on koulutettu hoitoisuusluokituksen käyttöön teoriakoulutuksen, atk -järjestelmä käyttökoulutuksen ja mittarikoulutuksen avulla. Osastonhoitajilla on ollut mahdollisuus näiden lisäksi osallistua raporttienlukua ohjaavaan koulutukseen. (Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2011; Saarelainen 2012.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ

Tässä opinnäytetyössä selvitetään Pohjois-Karjalan keskussairaalan operatiivisen klinikkaryhmän osastonhoitajien kokemuksia siitä, miten hoitotyön henkilöstöresursointi on tapahtunut ennen RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottoa. Millaisia vahvuuksia ja heikkouksia aiemmalla toimintatavalla on ollut sekä mitä mitkä ovat RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän vahvuudet ja heikkoudet ja mitä uudelta hoitoisuusluokitusjärjestelmältä odotetaan.

TUTKIMUSKYSYMYKSET:

1. Miten hoitotyön henkilöstöresursointi tapahtui ennen RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottoa PKSSK:n operatiivisen klinikkaryhmän osastonhoitajien arvioimana?
2. Mitkä olivat ennen RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottoa hoitotyön henkilöstöresursoinnin vahvuudet ja heikkoudet?
3. Mitkä ovat nykyisen RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän hoitotyön henkilöstöresursoinnin vahvuudet ja heikkoudet?
4. Mikä hoitotyön henkilöstöresursoinnissa on muuttunut ja mitä RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmältä odotetaan?
5. Miten RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän tuottamat tiedot voidaan hyödyntää hoitotyön esimiestyön tueksi PKSSK:n operatiivisen klinikkaryhmän sisällä?

5 RAFAELA™-HOITOISUUSLUOKITUKSEN HYÖDYNTÄMINEN PKSSK:SSA

Tässä tutkimuksessa kuvataan, mikä on ollut aiempi käytäntö PKSSK:n hoitotyön henkilöstöresurssien suunnittelussa ja millaisena uusi tietojärjestelmä RAFAELA™ koetaan ja mitä siltä tulevaisuudessa odotetaan. Mitkä olivat entisen käytännön vahvuudet ja heikkoudet, mitä tulee muuttumaan ja lopuksi pohditaan kuinka tutkimuksen tuloksia voitaisiin hyödyntää jatkossa. Aineisto kerättiin kahdella teemahaastattelulla kevään 2012 aikana. Aineisto analysoitiin teemoittelun avulla.

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus on toteutettu tapaustutkimuksena (case study), joka soveltuu hyvin kehittämistyön lähestymistavaksi. Tapaustutkimus soveltuu, hyvin tämän tutkimuksen lähestymistavaksi, sillä sen avulla halutaan ymmärtää tapaus sekä mitä yhteistä ja mitä uniikkia tapauksessa on. Fenomenologinen tutkimus on kiinnostunut ilmiöstä ja ilmiön tulkitsemisesta. Tässä tutkimuksessa haluttiin ilmiö (Hoitaisuusluokituksen käyttöönotto) ymmärtää tavallista syvällisemmin, jotta hoitaisuusluokitusjärjestelmän tuottamaa tietoa voitaisiin hyödyntää mahdollisimman hyvin hoitotyön henkilöstö resurssien suunnittelussa jatkossa. (Vrt. Metsämurtonen 2006, 90 - 92.) Tutkija keskusteli tutkimuksesta Operatiivisen klinikkar ryhmän ylihoitajan kanssa keväällä 2011 ja tutkimusaihetta on tarkistettu opinäytetyön prosessin aikana ylihoitajan kanssa. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteisiin kuuluu, että tutkittavaan ilmiöön tutustuttuaan tutkija joutuu tarkastelemaan ja joustamaan alkuperäisestä tutkimusprosessista (Aaltola & Valli 2007, 81). Tutkija osallistui myös organisaatiossa järjestettyihin RAFAELA-koulutuksiin hoitotyöntekijän ominaisuudessa.

Tutkimus on kartoittava ja kuvaileva (descriptive) tutkimus, jossa todetaan entinen pidempiaikainen tilanne sekä uusi toimintamuoto (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42). Tässä tutkimuksessa tapaustutkimus toimii esitutkimuksena, mutta myös ekstensiivisyys kuvaa tutkimusta. Sillä tutkimuksessa on pyritty löytämään ilmiöstä yhteisiä ominaisuuksia tai yleisiä malleja, jotka voisi-

vat jatkossa johtaa operatiivisen klinikkaryhmän hoitotyön resurssien sijoittamisen toimintatapojen yhtenäistämiseen. (Vrt. Eriksson & Koistinen 2005, 13, 17). Tutkimuksen tuloksena voi löytyä uusia kehittämisalueita, ja parempia toimintatapoja tai mitkä auttavat hoitotyön laadun kehittämisessä.

5.2 Tiedonantajat

Kvalitatiivisen tutkimuksen painopiste keskittyy aineiston laatuun, jolloin aineiston määrälle ei anneta niin suurta merkitystä kun kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Tutkimuksen aiheen ollessa selkeä ja tutkimukseen osallistuville tuttu, saadaan laadukasta aineistoa. (Tuomi & Sajavaara 2009, 70.) Tutkimus toteutettiin kahdessa osassa, joista alkukartoitushaastattelu on toteutettu helmikuussa 2012. Haastattelun kohdejoukkona olivat PKSSK:n operatiivisen klinikkaryhmän neljän vuodeosaston osastonhoitajien kokemukset. Millaisia tiedonkeruujärjestelmiä ja -ohjelmia oli käytössä ennen RAFAELA™ -hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa, joista tietoa kerättiin hoitotyön toiminnan suunnitteluun, sekä mitkä olivat ennen RAFAELA™ -hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa hoitotyön henkilöstöresursoinnin vahvuudet ja heikkoudet. Keskeisinä asioina osastonhoitajan tehtäviin kuuluu osaston hoitohenkilökunnan resurssien suunnittelu. PKSSK:ssa RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmä oli otettu käyttöön ja osastonhoitajat olivat saaneet koulutuksen järjestelmän käytöstä ja sen hyödynnettävyydestä hoitotyön johtamisen tukena.

Tutkimuksen toinen osa toteutettiin teemahaastattelun avulla maaliskuussa 2012. Teemahaastattelun tiedonantajina olivat samat esimiehet kuin alkukartoitushaastattelussa. Tutkimuksen teemahaastattelu toteutettiin maaliskuussa 2012, jolloin RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmä on ollut käytössä viisi kuukautta. Alkukartoitushaastattelun ja teemahaastattelun tiedonantajat oli valikoitu tutkimukseen tutkimuksen kohteen ja tutkittavien oman suostumuksen perusteella. Hoitotieteessä käytetään usein kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta, jonka luonne ymmärtää toimintaa sekä antaa mahdollisimman kokonaisvaltaisen käsityksen tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 152.) Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkittavat tuntevat tutkittavan ilmiön ja näin ollen tutkittavat valitaan harkiten ja tieto kerätään ihmisiltä luonnollisissa olosuhteissa. Aineiston koolla ei ole väliä, vaan tärkeämpää on kattava

kuvaus tutkittavasta ongelmasta. (Hirsjärvi ym. 2008, 155; Tuomi & Sajavaara. 2002, 88.)

5.3 Teemahaastattelu

Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistonkeruu menetelmänä teemahaastattelua, joka sijoittuu lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun väliin. Haastattelu etenee väljästi ennakolta suunniteltujen teemojen mukaisesti. Teemahaastattelu on strukturoitua haastattelua avoimempi. Siinä on aiempien tutkimusten ja aihepiirien tutustumisen pohjalta valmistellut aihepiirit eli teemat, jotka ovat kaikille haastateltaville samat. Haastattelussa on tärkeää saada tietoa tutkittavasta asiasta, jolloin on perusteltua lähettää myös haastattelukysymykset etukäteen haastateltaville tutustuttavaksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Haastattelussa liikutaan kuitenkin joustavasti teemojen sisällä ja pyritään huomioimaan ihmisten erilaiset tulkinnat. Vapaalle puheelle annetaan tilaa vaikka teemat keskustellaan kaikkien tutkittavien kanssa lävitse. Teemahaastattelu on keskustelumuo- toinen tilanne, jossa teemojen puhumisjärjestys on vapaa. Tutkijalla oli lyhyet muistiinpanot mukana (liite 2 ja liite 3), jotta hän voi keskittyä aiheesta keskustelemiseen. Tässä tutkimuksessa aineiston hankinnassa käytettiin teemahaastattelulomaketta, jotta osastonhoitajilla on mahdollisuus ilmaista ajatuksiaan tutkittavasta ilmiöstä myös omin sanoin. (Vrt. Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Teemat on numeroitu haastattelulomakkeisiin lyhyiksi asiakokonaisuuksiksi ja ne ovat lähinnä avainsanoja keskustelun heräämiseksi. Teemahaastattelu edellyttää huolellista aihepiirituntemusta, joten käsiteltävät teemat valittiin huolella. Tässä tutkimuksessa Väänäsen (2002, 8) analyysien pohjalta tehtiin alkukartoitushaastattelun teemarunko. Tutkimuskysymysten harkinnan lisäksi haastateltavien valintaan on kiinnitetty huomiota, joten tutkittavaksi on valittu sellaisia henkilöitä jotka tuntevat tutkittavan ilmiön ja tekevät työtä kyseisien ilmiön parissa. (Vrt. Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

5.3.1 Alkukartoitushaastattelu osastonhoitajille

Tutkija oli yhteydessä tutkimuksen aikataulusta operatiivisen klinikkaryhmän ylihoitajaan ja varmuudeksi pyysi häneltä sähköpostitse tutkimuslupaa alkukartoitushaastattelua varten, mikäli varsinaista kirjallista lupaa ei olisi organisaatiossa ehditty käsitellä ennen alkukartoitushaastattelujen suunniteltua aloittamista. Ylihoitajalta saatiin lupa sähköpostitse 4.11.2011, mutta myös varsinainen tutkimusorganisaation (PKSSK:n) käytännön mukaisesti kirjallisesti anottu tutkimuslupa saatiin ennen alkukartoitushaastattelujen alkua 17.1.2012 ylihoitajalta (liite 2).

Tutkija otti yhteyttä tutkimusluvan myöntämisen jälkeen sähköpostitse tiedonantajiin (liite 3), jossa kerrottiin tutkimuksesta, sen taustasta, tarkoituksesta, menetelmistä sekä aikataulusta. Lisäksi liitetiedostona oli liitetty saatekirje (liite 4) sekä alkukartoitushaastattelun teemarunko (liite 5) tiedonantajien ennakko valmistautumista varten. Tutkija sopi tutkittavien kanssa puhelimitse henkilökohtaisesta haastatteluajankohdasta.

Tavattuaan henkilökohtaisesti tiedonantajat tutkija kertoi suullisesti ennen alkukartoitushaastattelun alkua, että kyseessä on tutkimus. Tutkija kertoi tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimuksen kestosta, menetelmällisistä valinnoista ja mihin tarkoitukseen tutkimuksesta saatuja tietoja käytetään. Ennen haastattelua jokaiselta tiedonantajalta kysyttiin suullisesti heidän suostumuksensa kyseiseen haastatteluun ja kerrottiin että heillä on mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin itse haluavat. Tutkimukseen osallistumisen kerrottiin olevan vapaaehtoista. Alkukartoitushaastattelut toteutettiin helmikuussa 2012 kunkin osastonhoitajan omissa työhuoneissa. Haastattelujen rungot oli tehty etukäteen, mutta haastattelu eteni väljästi, kunkin tiedonantajan haluamassa järjestyksessä, palaten tarvittaessa tarkentamaan jotakin teemaa uudelleen.

5.3.2 RAFAELA™-hoitoisuusluokituksen käyttöönottoon liittyvä teemahaastattelu osastonhoitajille

Tutkimuksen toinen osa, RAFAELA™ -hoitoisuusluokituksen käyttöönottoon liittyvä teemahaastattelu toteutettiin Maaliskuussa 2012, johon oli myönnetty tutkimuslupa 17.1 2012 operatiivisen klinikkaryhmän ylihoitajan toimesta. Tutkija

lähetti jälleen sähköpostia (5.3.2012) tiedonantajille henkilökohtaisesti (liite 6), jossa kerrottiin tutkimuksesta, sen taustasta, tarkoituksesta, menetelmistä sekä aikataulusta lisäksi liitetiedostona oli liitetty saatekirje (liite 7) sekä varsinaisen teemahaastattelun teemarunko (liite 8) tiedonantajien ennako valmistautumista varten, sillä tutkija halusi varmistaa, että saada tietoa tutkittavasta asiasta. Teemahaastattelun tarkoituksena oli saada tietoa mitkä ovat osastonhoitajien mielestä nykyisin käytössä olevan RAFAELATM -hoitoisuusluokitusjärjestelmän vahvuudet ja heikkoudet hoitotyön henkilöstöresursoinnissa. Sekä mikä on osastonhoitajien mielestä muuttunut hoitotyön henkilöstöresursoinnissa ja mitä RAFAELATM -hoitoisuusluokitusjärjestelmästä odotetaan.

Tutkija laittoi tiedonantajille esityksen henkilökohtaisesta haastatteluajankohdasta sähköpostitse, muuten mutta yhden tiedonantajan kanssa haastattelusta ja sen ajankohdasta sovittiin suullisesti. Tavattuun henkilökohtaisesti tiedonantajat tutkija kertoi suullisesti ennen teemahaastattelun alkua, että kyseessä on tutkimuksen toinen osa. Tutkija kertoi tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimuksen kestosta, menetelmällisistä valinnoista ja mihin tarkoitukseen tutkimuksesta saatuja tietoja käytetään. Ennen haastattelua jokaiselta tiedonantajalta kysyttiin suullisesti heidän suostumuksensa kyseiseen haastatteluun ja kerrottiin että heillä on mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin itse haluavat. Tutkimukseen osallistumisen kerrottiin olevat vapaaehtoisia. Varsinaiset teemahaastattelut toteutettiin maaliskuussa 2012 kunkin osastonhoitajan omisissa työhuoneissa. Varsinaisen teemahaastattelujen rungot oli tehty etukäteen, mutta haastattelu eteni väljästi, kunkin tiedonantajan haluamassa järjestyksessä, palaten tarvittaessa tarkentamaan jotakin teemaa uudelleen.

6 TUTKIMUSAINEISTON ANALYYSI

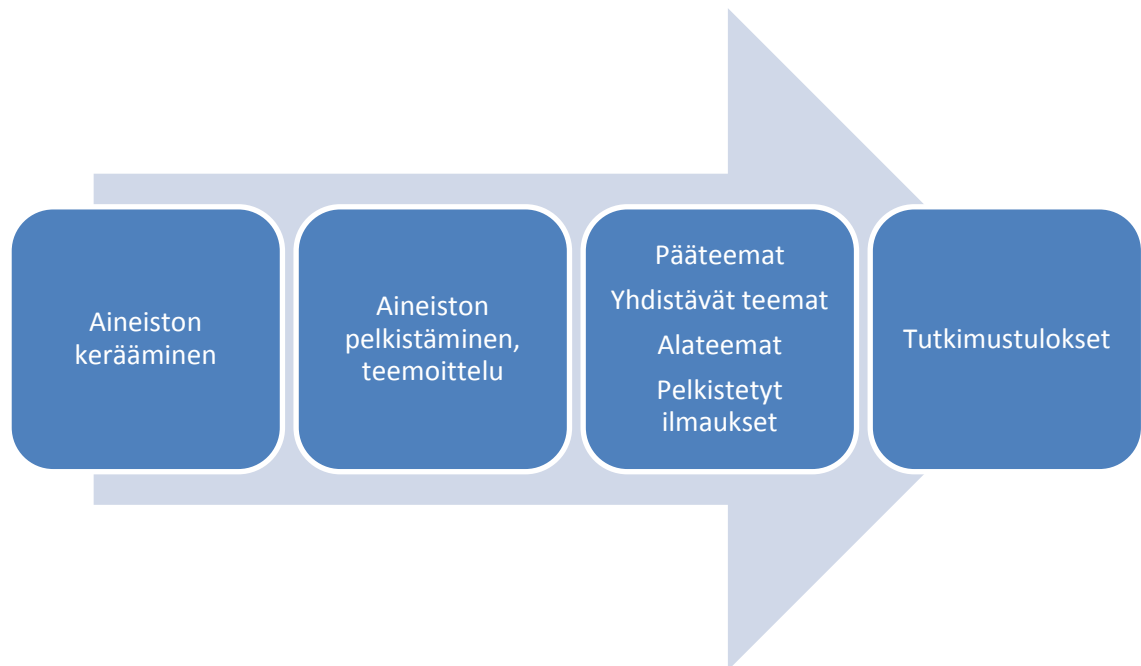
Aineiston analyysillä on tarkoitus luoda aineistoon selkeyttä ja pyrkiä tiivistämään aineistoa, muuttamatta sen sisältämää informaatiota. Teemoittelu on aineiston luokittelun kaltaista, ja siinä korostuu mitä mistäkin teemasta on sanottu. Teemoittelussa on kyse laadullisen aineiston pilkkomisesta eri aihepiirien mukaan, niin että olennaisimmat asiat saadaan esille. (Aaltola & Valli 2007, 55; Eskola & Suoranta. 2008, 137; Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.)

Alkukartoitus haastattelussa oli kaksi kysymystä, joista kysymys 1. oli jaettu yhdeksään alakohtaan, eri teemoihin. Alkukartoitus haastelun aineistoa luettiin useaan kertaan lävitse, jonka jälkeen alettiin yliviivaamaan eri väreillä eri teemoihin kuuluvia sanoja ja lauseita litteroidusta aineistosta. Haastattelu kerrallaan aineisto käytiin läpi ja aineistosta kerättiin kyseisiä teemoja koskevat tekstikohdat.

Haastattelut nauhoitettiin digitaalisen sanelimen avulla, jonka jälkeen ne kuunneltiin useaan kertaan läpi. Tämän jälkeen haastattelut purettiin sanasta sanaan auki paperille käsin (litteroitiin), jonka jälkeen kirjoitettiin koneelle Microsoft Word 2007- ohjelmalla. Alkukartoitushaastatteluista aineistoa kertyi 23 kpl A4-arkkia, kun kirjaisin fonttina käytettiin Arial- tyyliä, fonttikoolla 12, rivivälin ollessa 1,5. Varsinaisista teemahaastatteluista aineistoa kertyi 19 kpl A4-arkkia.

Teemoja eli keskeisiä aiheita on muodostettu aineistolähtöisesti etsimällä haastatteluista yhdistäviä seikkoja, mutta myös teorialähtöisesti muodostettujen haastattelun teemojen (viitekehyksen) mukaan ohjautuvia teemoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Teemoittelulla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan sellaisia aineistosta nousevia piirteitä, jotka ovat yhteisiä useammalle haastateltavalle tai niiden merkitystä on korostettu ”erittäin”, ”valtava” tms. adjektiivein. Teemahaastattelu rungon teemojen lisäksi on tässä opinnäytetyössä tullut myös muita teemoja esille. (Vrt. Hirsjärvi & Hurme 2008, 173) Teemoja on koodattu haastatteluteksteistä yliviivaamalla tietyt teemat eri värein Word- ohjelmalla. Yliviivatut kohdat edustavat aineistossa usein toistuvia tai poikkeuksellisia asioita. Koodausyksikkönä on käytetty sanoja ja lauseita. Teemojen koodauksen avulla on pyritty löytämään aineistosta tutkimuskysymyksiin vastauksia. (Vrt. Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.; Aaltola & Valli 2007, 55 – 56)

Laadullisessa tutkimuksessa analyysi on analyttistä ja toisaalta synteesiä. Analyttistä on aineiston jäsentäminen eri teema- alueisiin. Eri teema- alueiden sekä tulosten lopulliseen muotoon saattaminen useiden analyysivaiheiden jälkeen edustaa tutkimuksessa synteesiä. (Aaltola & Valli 2007, 80) Kuvion 4. avulla on havainnollistetaan, kuinka tutkimuksen tuloksiin on päädytty.

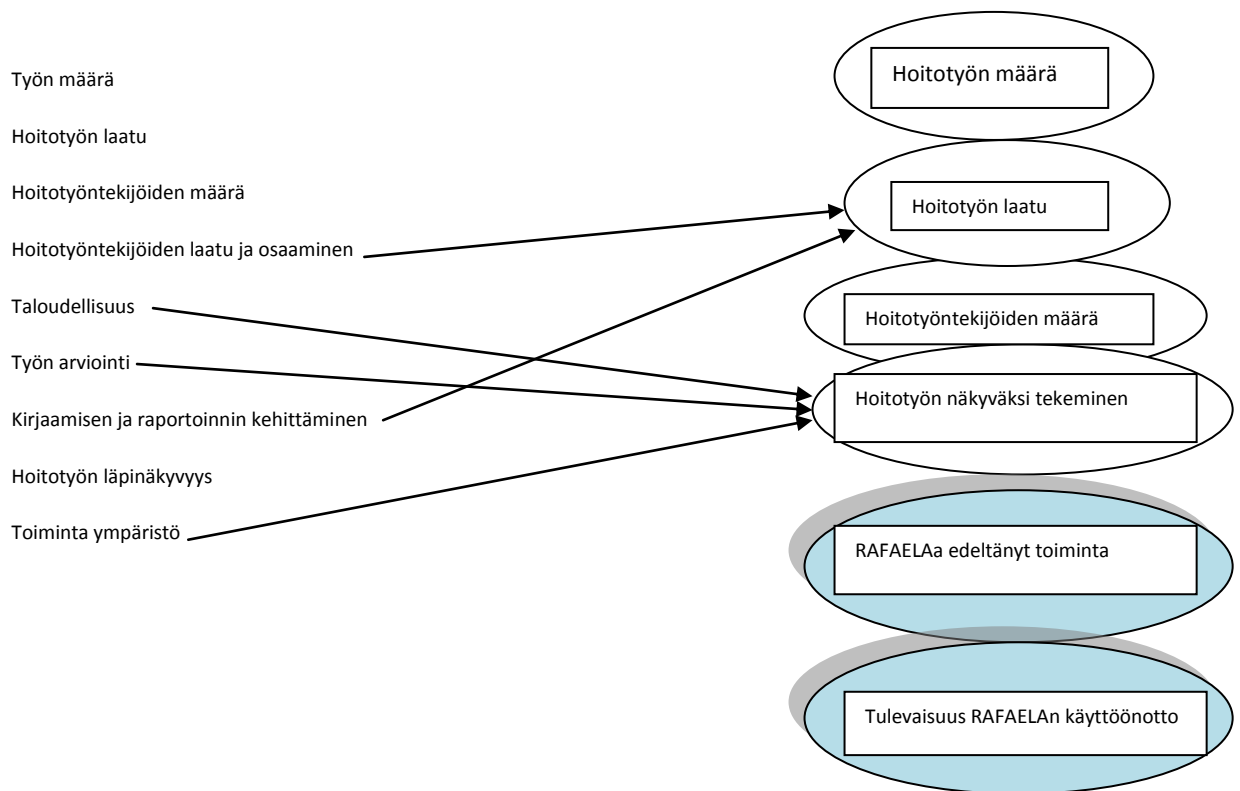


Kuvio 4. Opinnäytetyön eteneminen ja tulosten muodostuminen.

Teemat muodostuivat alkukartoitushaastattelun aineiston mukaan. Tekstikohtat tiivistettiin ja teemoiteltiin lähes haastattelulomakkeen teemojen mukaisesti. Tutkimusaineistosta kerättyjä teemoihin jaettuja tietoja lähestyttiin tutkimustehävittäin. Analyysin perustana oli osastonhoitajien tuottama kielellinen aineisto. Teemoittelun avulla tekstiaineistosta saadaan esille vastauksia ja tuloksia esitettyihin tutkimuskysymyksiin. (Vrt. Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006) Alkukartoitushaastattelussa osastonhoitajat kuvasivat hoitotyöntekijöiden laatua ja osaamista kuvaavia asioita sekä kirjaamisen ja raportoinnin kehittämisen hoitotyön laadun näkökulmasta, joten ne yhdistettiin yhdeksi pääteemaksi. Hoitotyön näkyväksi tekeminen sisältää taloudellisuuden, hoitotyön arvioinnin ja toimintaympäristön näkökulmat lopullisessa teemoittelussa.

Lähtökohtateemat ennen alkukartoitushaastatteluja:

Lopulliset teemat:



Kuvio 5. Alkukartoitushaastattelun teemojen muodostuminen.

Kuviossa 5. Teemojen muodostuminen alkukartoitushaastattelun mukaan on kuvattu turkoosilla värillä uudet teemat, jotka nousivat haastattelujen tuloksena. Teemojen lisäksi huomiota kiinnitettiin tietojen hyödynnettävyyteen, saatavuuteen, tietojen käytettävyyteen sekä tietojen luotettavuuteen. Uusia teemoja haastatteluaineiston pohjalta muodostettiin kaksi: RAFAELAa edeltänyt toiminta sekä tulevaisuus ja RAFAELAn käyttöönotto.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa esitellään tutkimuksentuloksia. Alkukartoitushaastattelun tulokset on esitetty tutkimustehtävien mukaan sekä omassa luvussaan RAFAELA™ -hoitoisuusluokituksen käyttöönottoon liittyvän teemahaastattelun tulokset tutkimustehtävittäin.

7.1 Alkukartoitushaastattelun tulokset

Alkukartoitushaastattelun ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli selvittää, miten hoitotyön henkilöstöresursointi tapahtui ennen RAFAELATM -hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa PKSSK:n operatiivisen klinikkaryhmän osastonhoitajien arvioimana. Toisena tutkimuskysymyksenä oli selvittää mitkä olivat ennen RAFAELATM -hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa hoitotyön henkilöstöresursoinnin vahvuudet ja heikkoudet. Alkukartoitushaastattelun teemojen muodostumista on tarkemmin esitetty liitteissä 9- 14, johon on kuvattu alateemat, yhdistävät teemat ja niistä muodostetut pääteemat, joiden mukaan tulokset esitellään. Tulososio koostuu alkukartoitushaastattelun pääteemojen mukaisesti, ja siinä on esitetty kuhunkin pääteemaan johtaneita alkuperäisilmauksia.

Hoitotyön henkilöstöresursointi on tapahtunut PKSSK:n operatiivisen klinikkaryhmän vuodeosastoilla ennen RAFAELATM -hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa siten, että on tietyt hoitotyöntekijöiden vakanssit, jotka määräävät pääpiirteissään vuodeosaston henkilökunnan määrän. Henkilöstöresursointia seurataan ja pyritään pitämään sairaansijat suhteessa hoitotyöntekijöiden määrään (1.1 hoitotyöntekijää sairaansijaa kohden) tasaisina jokaisella operatiivisen klinikkaryhmän vuodeosastoilla. Hoitotyön määrää on kuvattu perushoitopäivien ja vaativahoitopäivien (Liite 15) toteuman mukaan osastokohtaisesti. Osasto- ja työvuorokohtainen henkilöstövahvuus voidaan tarkastaa työvuorosuunnitteluohjelmasta MD -Titaniasta, mutta suhteessa potilasmäärään tai hoidon vaativuuteen hoitotyön henkilöstöresursointia ei ole voinut kohdentaa.

Ennen RAFAELATM -hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottoa osastonhoitajat kokivat, että henkilöstöresursoinnin heikkouksia ovat, että työn määrää kuvaavia, hoitotyöntekijöiden määrää suhteessa muihin muuttujiin kuvaavia (hoitotyön työmäärä, hoidon vaativuus), hoitotyön arviointia kuvaavia ja hoitotyön läpinäkyvyyttä kuvaavia mittareita ei ole ollut käytettävissä. Vaikka ne osastonhoitajien mielestä keskeisesti vaikuttavat hoitotyön laatuun ja toimintaympäristöön. Tiedot, joita oli saatu, olivat hyödynnettävissä jälkikäteen, myös taloudellinen tilanne sekä osastonhoitajan ”mututuntuma” olivat ohjanneet henkilöstöresursointia hoitotyössä. Vahvuuksia ei juurikaan nostettu esille. Tasapuolisuus osastojen kesken koettiin toteutuvan, kun jokaisen osaston hoitaja suhteessa sairaansijaluku oli sama.

7.1.1 Hoitotyön määrää kuvaavat teemat

Hoitotyön määrää kuvaavia (liite 9) varsinaisia mittareita ei ole ollut, vaan potilaat luokiteltiin lääketieteellisin perustein karkeasti perusvaativuustason ja vaativavaativuustason potilaisiin, mikä ei kerro hoitotyöntyömäärästä. Vaikka kriteerit perusvaativuustason ja vaativavaativuustason potilasluokitteluun on tehty organisaation johdon taholta, osastonhoitajat kokivat, että luokittelu ei ole luotettava, vaan siihen vaikuttavat hoitajien erilaiset tulkinnat potilaan hoitoisuudesta. Lisäksi päivystyksen ennakoimattomuus sekä paikkatilannekarttojen käyttö koettiin työmäärän ennakoimattomuutta sekä hahmottamista hankaloittavina tekijöinä. Päivystyksiä ei voida ennakoida ja paikkatilannekartat eivät kerro osaston hoitoisuudesta, vaan ainoastaan osaston paikkatilanteen, onko vapaita vuodepaikkoja käytettävissä.

”Perus- vaati- luokittelu ei kovinkaan paljon hoitajien työstä ole ker-tonut, että aika lääketieteellisellä kriteerillä.”

”Potilas näyttäs kuinka peruspotilaalta niin se saattaa vaatia hoitaji-en työpanosta aika paljon, ja aika paljon vielä kahden hoitajan työ-panosta.”

”Hoitajat voivat luokitella ajoittain eri luokkiin.” ”...niin se riippuu ihmisestä, miltä minusta tuntuu...”

”Tämä päivystys on niin vaikea ennakoida, kun yli puolet potilaista tulee päivystyksenä, niin ei voi ikinä tietää...”

”Siinä suhteessa paikkatilannekartat ja numerot niissä on vähän vaarallisia... numerot kertoo minkälainen kuormitus osastolla on, mutta ei mitä ne potilaat oikeasti on.”

”...pienimäärä potilaita, mutta vaikeampi hoitoisia, kun sitten taas vaikka osasto olisi täynnä voi olla kevyempää.”

Hoitotyön määrän arviointia helpottaviksi tekijöiksi osastonhoitajat kokivat mm. hoitotyöntekijöiden arvio työn määrästä. Hoitotyön määrän arviointia helpottavat myös elektiivisten potilaiden sovittu määrä sekä moniammatillinen yhteistyö.

”Osastonhoitaja kiertää joka tiimissä ja miettii, keskustelee henki-lökunnan kanssa” minkälaista potilasainesta osastolla on.”

”...kun tulee sitä, että mitenkä kuormittavaa on tai mikä henkilökun-taa sitten stressaa”.

”... mietitään paljonko tulee potilaita... ja sen mukaan ollaan resur-soitu henkilökunta.” ”Tehdään yhteistyötä jonasairaanhoitajan kanssa.”

7.1.2 Hoitotyön laatua kuvaavat teemat

Hoitotyön laatua kuvaavat (liite 10) teemat muodostivat kaksi alateemaan hoitotyön laatua selkeyttäviin/ edesauttaviin ja heikentäviin tekijöihin. Selkeyttäviä ja edesauttavia koettiin olevan osastolla sovitut käytännöt ja toimintatavat, prosessikuvaukset, perehdytysohjelma, osastonhoitajan ”mututuntuma”, sekä kehityskeskustelut. Perehdytysohjelma koettiin myös tärkeäksi hoitotyön laatuun vaikuttavaksi tekijäksi.

”Perus toimintatavat on... ja sen mukaan toimitaan.” ”...kun prosessit on avattu sitä kautta niissä annetaan ohjeet miten tulisi toimia ja miten tämän prosessin pitäisi mennä eteenpäin... sillä tavalla päästään mahdollisimman laadukkaaseen hoitoon...”

”Me pidetään sitä tärkeänä, että saadaan ihmiset kunnolla perehdytettyä siihen panostetaan... silläkin tavalla yritetään laatua saada ja osaamista paremmaksi.”

Osastonhoitaja seuraa ja valvoo osaston hoitotyön laatua, johon ei osastonhoitajien mielestä ole varsinaisia mittareita. Asiakaspalautteet antavat tietoa asiakailta päin, kun taas kehityskeskustelut kertovat osastonhoitajille henkilökunnan suunnalta esimerkiksi henkilökunnan kehittymistarpeista.

Hoitotyön laatua heikentäviksi tekijöiksi osastonhoitajat kokivat konkreettisten mittareiden puutteen sekä sijaisten osaamistason vaihtelut. Osaston oma henkilökunta koettiin osaavana ja taitavana, mutta hoitotyön laadun näkökulmasta toisinaan heikentäväksi tekijäksi koettiin sijaisten osaamisen puutteet, joita jouduttiin korjaamaan erilaisilla osaston sisäisillä työjärjestelyillä.

”...ei ole oikeastaan mitään muuta, kun se on osastonhoitajan pitänyt tietää, tavallaan tuntee henkilökuntansa... tavallaan se on selaista osastonhoitajan tietämystä, sisäistä tietämystä.”

”Hoitotyön laatua seurataan asiakaskyselyjen perusteella.”

”Osaamiskartoitusta olen käyttänyt kehityskeskusteluissa... sillä periaatteessa näkee sen minkä tyyppistä koulutusta osastolla tarvitaan... yksilöllisesti...vahvat alueet ja mitkä on sitten sellaiset kehittävät alueet.”

”Hoitotyön laatua kuvaavia ei oikeastaan sellaisia mittareita ole.”

”...oma henkilökunta on osaavaa ja taitavaa... kolmen päivän sairaslomassa saattaa olla kolmena päivänä peräkkäin eri henkilö... hyvin eri tasoisia henkilöitä. ”Sitten välillä joutuu tekemään sen.... että ei pysty turvaamaan että joka tiimi pystyy toimimaan.”

7.1.3 Hoitotyöntekijöiden määrä kuvaavat teemat

Hoitotyöntekijöiden määrää (liite 11) kuvaava teeman muodostivat kaksi ala-teemaan osastohoitajan vaikutuksen alaisiin asioihin sekä muihin tekijöihin. Konkreettisimmaksi hoitotyöntekijöiden määrää kuvaavaksi mittariksi koettiin osaston työvuorolistat, joita osastolla hallinnoi osastonhoitaja. Osastonhoitaja myös suunnitteli osaston toimintaa ennakolta sekä huolehti hoitotyön päivittäisestä organisoinnista ja teki sen mukaan tarvittavia toimenpiteitä.

”...henkilöstötilastoja on saanut työvuorosuunnittelutaulukon kautta, tavallaan se paljonko on aina ollut se henkilöstövahvuus.”

”...eihän sitäkään ole mitenkään muuten voinut osoittaa kun työvuorolistan perusteella.”

”Sitten katsotaan aina toiminta sen mukaan mikä on tilanne...”

”Kun on lääkärit poissa, niin me mietitään sitten supistuksia.”

Kun omalla osastolla ollessa hiljaisempaa annettiin apua toiselle osastolle tai oman osaston sisällä toiseen tiimiin. Lisäksi osastonhoitaja voi antaa kolmivuorotyössä kertyvää yötyöaikahyvitystä (ytahia) hiljaisena aikana, joilla säädettiin hoitotyöntekijöiden määrää mutta myös talouden kustannuksia.

”...auttaa muita niin jos näkee, että meillä omassa yksikössä on vähän potilaita ja huomaa että muilla on kauheaa kuormitus...”

”... sitten toiset tiimit auttavat toistansa...”

”...koko ajan ollaan ajanhermolla siin, jos on vähän potilaita... tai peruuntumisia... sitten annetaan sitä ytahia.”

Muina hoitotyöntekijöiden määrään vaikuttavina tekijöinä kuvattiin mittarin puute, ei ole mittaria jolla osoittaa esimerkiksi lisähenkilökunnan tarvetta. Osastolla on tietyt hoitotyöntekijöiden vakanssit, joihin osastonhoitaja ei voi vaikuttaa. Leikkauslistojen ilmestyminen vaikeuttaa henkilökunnan määrän ennakoimista. Leikkauslistat ilmestyvät liian myöhään, jolloin osaston työvuorolistat on jo suunniteltu tietämättä LP- potilaiden (luvatulle paikalle tulevien / elektiivisten potilaiden) määrää. Lisäksi lääkäreiden poissaoloista ja lomista tiedetään liian myöhään, mikä vaikeuttaa myös osaltaan osaston hoitohenkilökunnan määrän ennakoimista.

”...on hirmu vaativia potilaita, se vie aikaa, eikä sitä saada näkyväksi... kun meillä ei ole dokumentoitua tietoa miten vaativia ja mi-

ten hoidollisia ne potilaat ovat... jokaisella potilaalla on oikeus saada mahdollisimman laadukasta hoitoa, niin sitten meillä on tietyt resurssit, niin ne ei taas riitä antamaan, kun ei voida todistaa sitä että tarvitaan lisää henkilökuntaa.”

”Periaatteessa meillä on tietyt vakanssit ja joka vakanssissa tekijä.”

” Leikkauslistat ja lääkäreiden lomat eivät tule ajoissa, että niiden pohjalta voisi suunnitella hoitotyöntekijöiden määrää. Sehän se on just se ongelmatilanne.”

7.1.4 Hoitotyön näkyväksi tekeminen teema

Hoitotyön näkyväksi tekemisen alle yhdistyivät alkukartoitushaastattelurungon (liite 12) teemoista taloudellisuus, hoitotyön arviointi sekä toimintaympäristö. Alateemoiksi muodostuivat hoitotyön näkyväksi tekemistä edistävät ja heikentävät asiat.

Hoitotyön näkyväksi tekemistä toi esille, että hoitotyön ja toiminnan perusteet olivat työntekijöiden tiedossa, toimintaohjeet oli tehty ja että prosessit olivat sujuvia ja tiedettiin missä mitäkin potilaita hoidetaan. Lisäksi avoimuudella ja osastojen välisellä yhteistyöllä saatiin hoitotyötä näkyvämmäksi ulospäin. Työn vaativuuden arviointi ja sen seuranta pidettiin tärkeänä hoitotyön näkyvyyden ja ajantasaisuuden puolestapuhujana, sekä yhteistyötä eri ammattiryhmiin, jolla voitiin perustella hoitotyön toimintaa.

”Miksi mitäkin tehdään. Perustelut miksi me toimitaan milläkin tavalla.”

” Oltaisiin tältäkin pohjalta avoimia ja kollegiaalisia toisia yksiköitä kohtaan ja annettaisiin apua...”

” ...kyllähän sitä yritetään tuoda esille... omalle esimiehelle eli ylihoitajalle.”

”...työnvaativuuden arvioinnin päivittämisen myötä pystyy tuomaan hoitotyötä julki ja sitä miten hoitotyö on muuttunut.”

” yhteistyö... on kyllä ymmärtämystä kyllä lisännyt, puolin ja toisin... mutta kyllä sitä hoitotyön puolta aina saa olla pitämässä.”

Varsinaisten mittareiden puute niin hoitotyön arviointiin, talouden kokonaisu seurantaan sekä toimintaympäristön suhteen koettiin hankaloittavan hoitotyön näkyväksi tekemistä. Osastonhoitajat kokivat että erilaisista ohjelmista saatava palaute, asiakkailta saatu palaute sekä toimintakertomus mittaavat osaltaan

hoitotyötä ja siinä onnistumista tai epäonnistumista, mutta yhtenäisen mittarin tarve tunnustettiin olevan. RAFAELAa edeltäneeseen toimintaa kuului, että osastonhoitajat joutuivat keräämään hoitotyön sisällöstä tietoa useasta eri lähteestä. PKSSK:ssa on käytössä Haipro⁵-ohjelma, johon kirjataan potilaiden läheltäpiti tilanteet ym. työssä tapahtuvat työ- tai potilasturvallisuuteen vaikuttavat tilanteet. Haipro-ohjelmaan kirjatut tilanteet ohjautuvat osallisena olleiden osastojen henkilökunnan osastonhoitajien käsiteltäviksi. Tapaukset käsitellään osastoilla ja niiden avulla kehitetään hoitotyötä.

”Viimekädessä toimintakertomuksesta arvioidaan...”

”Tällä hetkellä parhaita työn arviointiin on Haipro... sen pohjalta voidaan kehittää tätä meidän työtä.”

”... miten voitaisiin toimia toisin ja mitä voitaisiin parantaa ja mitä olisi kehitettävää.”

”Säännöllisesti käydään läpi osastotunneilla.”

Osastonhoitajan tehtävänä on seurata osaston budjettia ja hän hallinnoi osaston hankintoja sekä koulutuksia, niihin varattujen määrärahojen suhteen. Ongelmalliseksi osastonhoitajat kokivat raporttien saatavuuden sähköisen potilastietojärjestelmä Mediatriin käyttöönoton jälkeen, jonka jälkeen osastonhoitajat ovat voineet seurata ainoastaan osaston menoja, saamatta tietoa osaston tuloista esimerkiksi toteutuneista hoitopäivistä.

Haipro⁵ = Valtion teknisen tutkimuskeskuksen tekemä ohjelma, jonka avulla tehdään terveydenhuollon organisaatioissa tapahtuvista lähellä piti -tilanteista tai vahinkotapahtumasta nimetön ilmoitus. Tiedot voidaan liittää osaksi organisaation laatuja järjestelmää. (Pitkäaho 2011, 28.)

Osittain tilastojen saatavuuden heikkeneminen on ajanut myös osastonhoitajat tilastoimaan joitakin asioita tukkimiehenkirjanpidolla. Osastonhoitajat kokivat oman vaikuttamisensa taloudellisiin asioihin melko vähäisenä.

”... raportit on saatu, siis aikaisemmin oli huomattavasti paremmin ennen Mediatría... eli silloin sai myös hoitopäivät kuukausittain..., paljonko on hoitajaksoja, paljonko on keskimääräiset hoitoajat eri erikoisaloittain.”

” Joka yksikkö seuraa omaa budjettiaan ja sen mukaan toimitaan. Osastonhoitaja ei ihan hirveitä voi tehdä.”

”Periaatteessa ne on koulutukset...”Varsinaisia toimintaympäristöä kuvaavia tiedonkeruujärjestelmiä ei osastohoitajien mielestä ole ollut.

Tämä heikentää osaltaan toimintaympäristöjen toimintaa mutta sillä, että oikeat potilaat hoidetaan oikeassa paikassa voidaan vaikuttaa osaamisen maksimointiin ja hoitotyön laatuun ja sitä kautta myös potilasturvallisuuden maksimointiin.

”Se että meillä olisi oikeat potilaat oikeassa paikassa... sitä kautta olisi sitten joustavaa ja laadukasta työntekoa. Ja se olisi turvallista toimintaympäristön kannalta.”

”...toiminta on muuttunut ja muutoksia tarvitaan...”

” ...tietoa viedään eteenpäin, että mitä vaatimuksia meillä taas on, että saataisiin hoidettua nämä potilaat mahdollisimman hyvin.”

”... jokapäiväisessä toiminnassa tulee jotakin mitä pitäisi muuttaa, mikä ei toimi, niin ne on sellaisia pikaisesti sovittavia.”

Organisaatiossa tapahtuvat suuremmat toiminnan muutokset kuten uhka yhden kirurgisen osaston sulkemisesta aiheuttavat myös toimintojen mahdollista muuttamista ja yhtenäistämistä eri osastolla.

” ...miten saadaan ...toiminnot sulautettua tänne jo toiminnassa oleville osastoille, niin siinä on yksi iso asia.”

7.1.5 RAFAELAA edeltänyt toiminta teema

Yhdeksi pääteemaksi on nostettu aineiston pohjalta aiempaa eli RAFAELAA edeltänyttä toimintaa kuvaavat teema (liite 13), joka jakautuivat kahdeksi alateemaksi vahvuuksiin ja heikkouksiin. Tämä pääteema ja teemakuviot (liite 14), toimii myös tutkimuksen ensimmäisen tutkimuskysymyksen yhteenvetona, miten henkilöstöresursointi tapahtui ennen RAFAELATM -hoitoisuusluokituksen

käyttöönottoa PKSSK:n operatiivisen klinikka ryhmän osastonhoitajien arvioimana ja mitkä olivat heikkoudet ja vahvuudet entisessä toiminnassa. RAFAELAA edeltäneen toiminnan vahvuuksiksi osastonhoitajat kokivat entisen järjestelmän tuottavien tietojen luotettavuuden ja sen että tietoja voitiin hyödyntää pitkän aikavälin suunnittelun tukena. Hoitohenkilöstön jakaminen tasaisesti eri osastojen välille hoitaja/ sairaansija koettiin sekä vahvuutena (tasapuolisuus), että myös heikkoutena.

Heikkouksina mainittiin perus- vaativa potilasluokittelu, joka ei todellisuudessa kerro potilaiden hoitoisuutta, eikä varsinkaan hoitotyön raskautta ja siihen käytettyä aikaa. Mittareiden puute ja sitä kautta myös raporttien saatavuuden puutteet olivat heikentäviä tekijöitä hoitohenkilökunnan resurssien suunnittelussa ja osaston toiminnan lyhyen aikavälin suunnittelussa. Osastonhoitajia askarrutti myös kirjaamisen taso, sillä sen pitäisi tulevaisuudessa huomattavasti korjautua, mikäli hoitajien tekemä työ haluttaisiin saada näkyväksi.

” Pitkältihän henkilöstöresursointi on mennyt, että montako sairaansijaa ja montako hoitajaa. Sitä on tarkkaan seurattu, että luku olisi suurin piirtein tasainen eri osastoilla.”

” ...onhan se tavallaan tasapuolista osastoja kohtaan, että on tämä sairaansijamäärä ja tämä hoitajamäärä... karkeasti tuntuuhan se tasapuoliselta, mutta ei se ihan käytännössä sitä ole.”

” Perus- vaati- luokittelu ei kovinkaan paljon hoitajien työstä ole ker-tonut.”

”Olisi hyvä, että olisi työkalut miten osoitat faktaa sitten, mutta jat-kossa tietysti sitten kirjaamisen osuus korostuu.”

” Miten sitä osataan oikein kirjata, että saadaan se työ näkyväksi?”

7.1.6 Tulevaisuus, RAFAELAn käyttöönotto teema

Teemahaastatteluaineistosta nousi uutena pääteemana tulevaisuus ja RAFAELAn käyttöönottoon liittyvä teema (liite 14), joka jaettiin kahteen alateemaan vahvuuksiin ja uhkiin. Vahvuuksina RAFAELATM- hoitoisuusluokituksen käyttöönotossa osastonhoitajat kokivat, että hoitotyöstä saadaan näyttöä, hoitohenkilökunnan sijoittelun työmäärän mukaan klinikkaryhmän sisällä. Lisäksi osastonhoitajat odottivat RAFAELATM- hoitoisuusluokituksen osoittavan kunkin osaston potilasaineksen ja sen työmäärän, mitä kunkin osaston potilaiden hoitami-

nen vaatii. Vahvuuksina mainittiin myös, että ohjelman antamien tietojen avulla myös kuormitusta osattaisiin koordinoita tasaisemmin.

Uhkina osastonhoitajat kokivat, että kirjaaminen vie entistä enemmän aikaa, ja jos kirjaamista ei ehditä tekemään tarkasti, ei myöskään mittari osoita todellista hoitotyötä. Myös luokittelusta oltiin, huolissaan, kuinka se ehditään tehdä ja miten työmäärä sitten osoitetaan jos luokituksia ei ehditä tehdä.

”...kun ei ole sellaista dokumenttia, millä perustelet... että kyllä tällaista järjestelmää kaivataan.”

”Sitten voisi katsoa suhteessa siihen potilasmäärään tai hoidon vaativuuteen... että henkilöstömäärää suhteessa siihen potilaiden määrään.”

”...siinähan pystytään tekemään enemmän yksikköjen välistä henkilöiden siirtämistä.”

”Että vähän huolestuttaa tulevaisuus, että saadaanko sillä hoitajan työpanosta esille, jos ei ehditä kunnolla kirjata eikä ehditä luokitella. Mitä se sitten osoittaa, jos ei ole aikaa kunnolla luokitella?”

7.2 RAFAELA™ -hoitoisuusluokituksen käyttöönottoon liittyvä teemahaastattelu osastonhoitajille

RAFAELA™ -hoitoisuusluokituksen käyttöönottoon liittyvällä teemahaastattelulla, joka oli suunnattu osastonhoitajille, haluttiin saada tietoa kahteen tutkimuskysymykseen: mitkä ovat nykyisen RAFAELA™ -hoitoisuusluokituksen henkilöstöresursoinnin vahvuudet ja heikkoudet sekä mikä hoitotyön henkilöstöresursoinnissa on muuttunut ja mitä RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmältä odotetaan tulevaisuudessa.

Teemahaastattelun tulosten mukaan RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmä ei ole vielä muuttanut hoitotyön henkilöstöresursointia, sillä järjestelmän käyttöönottoon liittyviä aikatauluja on jouduttu muuttamaan. Aikatauluja on muutettu hoitotyön johtoryhmän toimesta siitä syystä, että yksiköt ovat vielä hyvin eri vaiheissa hoitoisuusluokitusten tekemisen suhteen. Käytännössä on lykätty rinnakkaisarviointeja ja PAONCIL -mittauksen tekemistä.

Suurimmat ongelmat olivat olleet ajan puute (luokitusten tekeminen on vienyt paljon aikaa) sekä hankaluus järjestää koulutusta (ihmiset eivät pääse irrottai-

tumaan koulutukseen kesken työpäivän). Osa osastonhoitajista syöttää henkilöstöresurssit, (jotka vielä alkuvaiheessa syötetään käsin, koska tiedonsiirto MD -Titaniasta ei toimi luotettavasti) ja seuraa osastokohtaisia hoitoisuusraportteja. Osa osastonhoitajista ei syötä henkilöstöresursseja eikä näin ollen seuraa hoitoisuusraportteja lainkaan. Omakohtaista kokemusta RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmästä osastonhoitajille on kertynyt varsin vähän tähän mennessä.

Keskeinen haastattelun tulos oli, että RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusta ei ollut saatu käyttöön alustavan suunnitelman mukaisesti. Tähän johtaneet syyt olivat organisaation sisäisistä tekijöistä johtuvia ja yksilöistä johtuvat tekijät sekä tietojärjestelmään liittyvät tekniset ongelmat, jotka muodostuivat pääteemoiksi. Liitteessä 16 esitetään varsinaisen teemahaastattelun pääteeman muodostuminen pelkistettyjen ilmausten pohjalta. Pelkistettyjen ilmausten pohjalta syntyi yhdeksän alateemaa: hoitoisuusluokituksen merkityksen ja hyödyn ymmärtäminen, hoitoisuusluokituksen hyödyntäminen, koulutus, osastonhoitajan/esimiehen asenne ja sitoutuminen, raporttien hyödyllisyys ja merkitys/toiminnan arviointi, hoitotyön kehittäminen RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmästä saatujen tietojen avulla, johtajuuden kehittäminen osastotasolla, resurssilaskenta sekä hoitoisuustietojen siirtyminen potilastietojärjestelmästä RAFAELA™ -sovellukseen. Nämä alateemat jaettiin edelleen kahdeksi pääteemaksi: organisaation sisäisiin tekijöihin sekä tietojärjestelmään liittyviin teknisiin ongelmiin.

7.2.1 Organisaation sisäiset tekijät ja yksilöistä johtuvat tekijät teema

Vaikka hoitoisuusluokituksen merkitys hoitotyön kehittämisen näkökulmasta oli ymmärretty, vaikutti resurssitietojen syöttämiseen ja hoitoisuusluokituksesta saatavien tietojen käyttöön osastonhoitajan asenne sekä positiivisesti että negatiivisesti. Osastonhoitajat toivoivat myös lisää koulutusta, joka olisi kohdenettu nimenomaan osastonhoitajille ja heidän varamiehilleen.

”Osastonhoitajan roolihan on tässä vaiheessa suuri.”

”...luokitellaan edes yksi, kun että nostetaan tumput pystyyn että ei keritä luokitella kaikkia.”

"...olen sen jättänyt ja ajatellut, että sitten kun ne tiedot oikeasti siirtyy, niin sitten vasta alan tekemään, kun tuntuu että sitä työtä on niin paljon muutakin."

"Osastonhoitaja voi käyttää sit näitä ja katsoa tilastoja, tai sitten ei."

"Minun mielestä tämä on kaiken a ja o."

"Näkee sen oman osaston tilanteen... ja sitten että pystyis suunnittelemaan sitä henkilöstöresurssia vielä tarkemmin."

"...tulee kättäpitempää, millä osoittaa että töitä tehdään, tosissaan."

"Mitä on tähän mennessä vaan mustatuntuu-periaatteella menty, olis sit faktatietoa."

"Rafaelavastuuhenkilöillä on omia koulutuksia ja siellä ne puhuu asioista ja luokittelee yhdessä."

"...minun toive, että lisää koulutusta resurssien syöttämiseen, eli siihen mitä osastonhoitajan on tehtävä tässä."

7.2.2 Tietojärjestelmään liittyvät tekniset ongelmat teema

Hoitoisuusluokitus tiedot siirtyvät Mediatrista vielä manuaalisesti PKSSK:n RAFAELA-projektikoordinaattorin toimesta Rafaela-järjestelmään 2-4 kertaa viikossa, ja automaattista tiedonsiirtoa odotetaan.

"luokitustietoja ei kovin nopeasti päivity, vaikka resurssitiedot joka viikko sinne kävi viemässä."

"yhteisesti klinikkaryhmän sisällä ei ole vielä päätetty kuinka usein raportteja ajetaan."

Hoitotyön- ja johtamisen kehittämistä häiritsivät lähinnä ajanpuute, mutta myös kehittämistoiminnasta oli innostuttu ja alettu miettiä osastokohtaisesti millä keinoilla kehittämistoimintaa voitaisiin tulevaisuudessa turvata.

"... jos minäkin olen vahvuudessa, niin ei mulla ole enää aikaa... ei ihan kaikkeen enää repeä."

"...saatas se hoitajien ajan käyttö ja osaaminen optimaalisesti hyödynnettyä."

"...työvuorosunnittelun avulla huomioidaan, että meillä on päällekkäistä työaikaa... ja hiljainen raportti, että siihen luokitteluun jäisi aikaa."

"...ollaan tehty työryhmä osastolla... mietitään mitä on, mitä sisältää... että sisäistettäisiin tämä."

”...voiko sitten paitsi henkilökuntaresursseilla, niin sitten myös koulutuksella, tilojen-, välineiden viilaamisella helpottaa...”

”...ajatella laajemminkin, kun pelkästään sitä omaa yksikköänsä.”

8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää PKSSK:n osastonhoitajien kokemuksia, kuinka hoitotyön henkilöstöresursointi oli tapahtunut ennen RAFAELATM -hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottoa. Millaisia vahvuuksia ja heikkouksia osastonhoitajat kokivat aiemmassa toimintatavassa olleen sekä mitkä olivat uuden toimintatavan RAFAELATM -hoitoisuusluokitusjärjestelmän vahvuudet ja heikkoudet ja mitä osastonhoitajat odottivat uudelta järjestelmästä tulevaisuudessa. Tutkimuksen aihe on erittäin ajankohtainen ja myös merkittävänä, koska sillä on suuri merkitys esimerkiksi hoitotyön laadun, kustannustehokkuuden sekä vaikuttavuuden näkökulmasta, mutta myös hoitotyöntekijöiden yksilöllisen työssäjaksamisen kannalta. Mäkelän (2006,13) tutkimuksessa esitettyjen tulosten mukaan juuri hoitoisuusluokitusten perimmäisenä tarkoituksena on henkilöstöressien tarkoituksenmukainen suunnittelu, kohdentaminen ja toteutus.

8.1 Tulosten tarkastelu

Hoitotyön henkilöstöresursointi tapahtui ennen RAFAELATM -hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa niin, että henkilöstöresursointia seurattiin ja pyrittiin pitämään sairaansijat suhteessa hoitotyöntekijöiden määrään tasaisina jokaisella operatiivisen klinikkaryhmän vuodeosastoilla. Osastoilla on tietyt hoitotyöntekijöiden vakanssit, jotka pidetään täytettyinä. Hoitotyön määrää oli kuvattu perushoitopäivien ja vaativahoitopäivien toteuman mukaan osastokohteisesti. Osasto- ja työvuorokohtainen henkilöstövahvuus voitiin tarkastaa työvuorosuunnitteluohjelmasta MD -Titaniasta, mutta suhteessa potilasmäärään tai hoidon vaativuuteen hoitotyön henkilöstöresursointia ei ollut voitu kohdentaa. Vahvuuksia ennen RAFAELATM -hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa hoitotyön

henkilöstö resursoinnissa ei juuri tullut esille. Ainoaksi vahvuudeksi osastonhoitajat mainitsivat, että tasapuolisuus osastojen kesken koettiin toteutuvan, kun jokaisen osaston hoitaja suhteessa sairaansijaluku on sama. RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmää oli odotettu ja siitä uskottiin olevan hyötyä osastonhoitajan työhön sekä henkilöstöresurssien kohdentamiseen potilaiden hoitoisuutta vastaavaksi. Ennen RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottoa osastonhoitajat kokivat, että henkilöstöresursoinnin heikkous oli, että mittareita ei ollut. Mittareilla koettiin olevan kuitenkin keskeinen vaikutus hoitotyön laatuun ja toiminta ympäristön toimivuuteen sekä potilasprosessien seurantaan. Osastonhoitajan ”mututuntuma” oli ohjannut henkilöstöresursointia hoitotyössä ja eri tietojärjestelmien tuottamat tiedot olivat hajanaisia ja hyödynnettävissä jälkikäteen.

Tutkimuksen tulosten mukaan RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmä ei ollut vielä maaliskuussa 2012 muuttanut hoitotyön henkilöstöresursointia, sillä järjestelmän käyttöönottoon liittyviä aikatauluja on jouduttu muuttamaan. Osastonhoitajat odottivat, että hoitotyöstä sen työmäärästä, potilaiden hoitoisuudesta ja hoitotyöhön käytettävästä ajasta saadaan näyttöä hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla. Hoitoisuusluokitusjärjestelmää voidaan käyttää hyväksi henkilökunnan sijoittelussa klinikkaryhmän sisällä, sekä päätöksen teon tukena ja perusteena. RAFAELA™ -hoitoisuusluokituksen käyttöönoton koettiin auttavan hoitotyön henkilöstöresursointia koska sen uskottiin saavan hoitotyöntyömäärän ja ylipäätä hoitotyö näkyväksi. Tällä taas uskottiin olevan vaikutusta hoitotyön laadun näkökulmasta. Heikkouksia RAFAELA™ -hoitoisuusluokituksen käyttöönottoon koettiin olevan tämän hetkiset tietojärjestelmien väliseen tiedonsiirtoon liittyvät ongelmat, jotka vaikuttivat osaltaan osastonhoitajien asenteeseen ja haluun käyttää hoitoisuusluokitusjärjestelmää vielä tässä vaiheessa, kun tiedonsiirto ei toiminut automaattisesti. Kaustisen (2011) tutkimusten tulosten mukaan hoitoisuusluokitusten heikkoutena on se, että ne eivät huomioi hoitotyön tulosta. Hoidon lopputuloksen, sen millaista hoitoa potilas on saanut suhteessa hoidon tarpeisiinsa, tulisi jatkossa kehittää, jotta hoitotyön johtajat voisivat perustella henkilöstökustannuksia. (Kaustinen 2011, 22- 24).

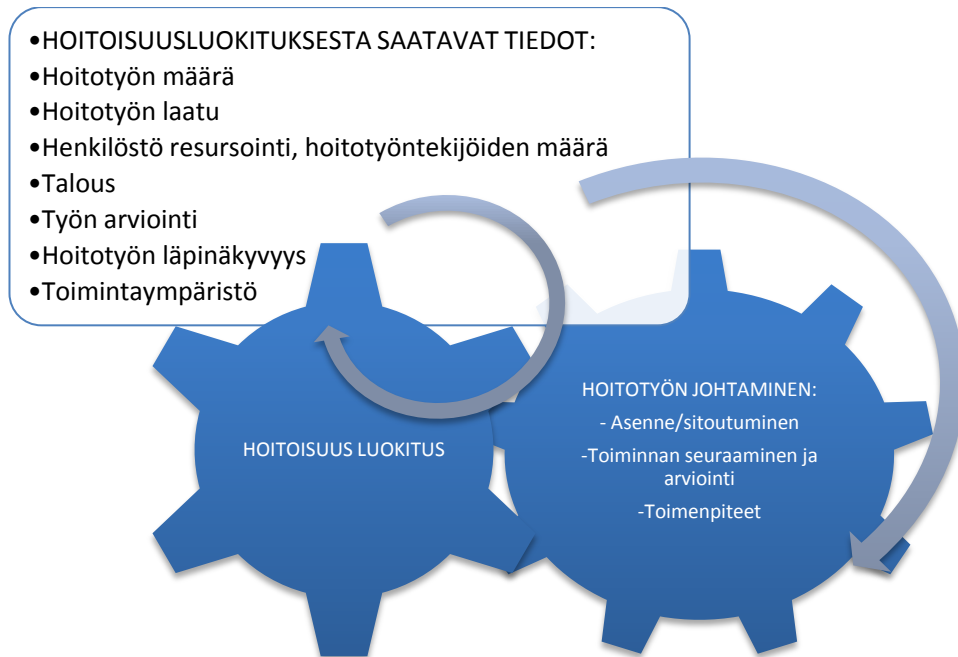
Tämän opinnäytetyön tuloksista on havaittavissa, että hoitotyön johtamisen haasteena on osata kehittää moniammatillisen yhteistyön avulla välineitä ja toi-

mintatapoja kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. Hoitotyön johtajat tekevät sairaalassa päätöksiä tiiviisti lääketieteellisen johdon alaisina ja ongelmana usein on hoitotyön asema sekä hoitotyön toiminnan näytön puute. Hoitotyön ilmaiseminen määrällisesti esimerkiksi hoitoisuusluokitusmittareiden avulla selkeyttää ja havainnollistaa henkilöstövoimavarojen, hoitotyön kuormittavuuden, hoidon laadun ja – kustannusten osuutta potilaiden kokonaishoidossa. (Mäkelä 2006, 13.) Myös tässä opinnäytetyössä osastonhoitajat korostivat moniammatillisen yhteistyön merkitystä henkilöstövoimavarojen suunnittelun onnistumisen kannalta. Osastonhoitajat toivat julki myös, että paremmalla ajoituksella, kuten leikkauslistojen julkaisemisella aiemmin, voitaisiin vaikuttaa osaston henkilökunnan resursointiin. Botterin (2000) mukaan perinteisesti hoitoisuustietoja käytetään henkilöstöressurssien suunnitteluun, työn kuormituksen ja tuottavuuden seurantaan, budjetoinnin suunnitteluun, päätöksenteon tueksi, sekä toimintamallien kuvaamiseen. Hader & Claudion (2002) mukaan myös uusien hoitomallien ja potilaan hoitoprosessien kehittämiseen.

Tämän opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaiset kuin aiemmat tutkimukset liittyen RAFAELATM –hoitoisuusluokitukseen. Osastonhoitajat kokivat että tarvitsevat mittarin, jolla osoittaa työn kuormittavuus, jolla voidaan ohjata osastolla henkilöstöresursseja sekä saada perusteita osastonhoitajien päätöksenteon tueksi. Osastonhoitajat kokivat myös, että moniammatillisen yhteistyön avulla potilaiden hoitoprosesseja ja sitä kautta potilaan hoitotyön laatua saadaan kehitettyä ja hoitotyö saadaan näkyväksi. Kaustisen (2011) tutkimus osoittaa taas, että hoitoisuusluokituksen tuottamaa tietoa ei ollut hyödynnetty hoitotyön osaamisen kohdentamisessa eikä myöskään työnkuormittavuuden ennakoinnissa, johon hoitoisuusluokituksella pyritään.

Tämän opinnäytetyön tulokset, kuten myös Väänäsen (2002) tutkimuksen tulokset osoittavat, että kaikilla hoitoisuusluokituksesta saatavien tiedon osalueiden välillä on yhteys toisiinsa kuten kuviossa 6. kuvataan. RAFAELATM -hoitoisuusluokituksen avulla osastonhoitajat odottivat, että tietoa saadaan kerättyä hoitotyöstä. Kerätyn tiedon avulla voidaan perustella toimintaa, ohjata henkilöstöresursseja potilaiden hoidon tarpeen mukaan, sekä yhteistyössä eri yksiköiden ja toimijoiden kanssa kehittää potilasprosesseja sujuvimaksi, joka taas vaikuttaa potilaiden hoidon laatuun. Näillä menetelmillä saadaan tehostettua

potilaiden hoitoprosessia, jolla taas on positiiviset vaikutukset talouden näkökulmasta.



Kuvio 6. Hoitoisuusluokituksesta saatavien tietojen yhteys toisiinsa ja niiden vaikutus hoitotyön kehittämiseen.

Ennen RAFAELA™ hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa tietoa oli saatavissa hajanaisesti ja olennaista sekä ajantasaista tietoa sai huonosti kerättyä osastonhoitajien mielestä. RAFAELA™ hoitoisuusluokituksen avulla eri tunnusluvut yhdistyvät merkityksellisiksi raporteiksi, jotka toimivat johtamista ja päätöksentekoa tukevinä välineinä. Tärkeintä kuitenkin uuden järjestelmän hyödyntämisessä on organisaation ja johdon sitoutuminen hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön. (Botter 2000,550-551.)

Rainio ja Ohinmaa (2004) pitävät laadukkaan ja hyvän hoitotyön lähtökohtana optimaalista ja potilaiden tarpeita vastaavaa henkilöstöresursointia. Optimaalinen henkilöstömitoitus vaatii luokitusten käyttöä ja hoitoisuuden mittaamista, jolloin saadaan selville potilaiden tarpeet, joiden mukaan voidaan hoitotyön resurssit suunnitella.

Maaliskuuhun 2012 mennessä, jolloin teemahaastattelu suoritettiin, RAFAELA™ hoitoisuusluokitus ei ollut muuttanut käytännössä hoitotyön henkilöstöresursointia PKSSK:n operatiivisen klinikkaryhmän vuodeosastoilla. Järjestelmää harjoiteltiin ja potilaiden luokittelua tehtiin. Osa osastonhoitajista vei myös resurssitietoja tietojärjestelmään, jotka tuossa vaiheessa piti vielä käsin muokata, sekä seurasi järjestelmän tuottamia raportteja. Osastonhoitajista osa kertoi, ettei ole vienyt resurssitietoja ohjelmaan eikä näin ollen ole saanut osaston hoitoisuusluokitusraporttejakaan. Tutkimuksen tulosten mukaan hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönoton viivästymiseen oli johtanut sekä organisaatiosta että sen yksilöistä johtuneet syyt, kuten aikatauluongelmat. Asenteisiin oli vaikuttanut tietojärjestelmän tiedonsiirtoon (sähköisen potilastietojärjestelmän ja Rafaela-sovelluksen välinen) sekä (MD -Titania ja Rafaela -sovellus välinen) liittyvät ongelmat. Henkilöstöresurssitietojen siirtäminen koettiin työläänä, johon osastonhoitajalla ei ollut aikaa ja siksi osa oli jättänyt sen tekemättä, kunnes tietojen siirto onnistuisi automaattisesti eri tietojärjestelmien välillä.

Tässä tutkimuksessa saadut tiedot ovat samansuuntaisia kansallisesti ja kansainvälisesti tehtyjen tutkimusten tulosten mukaan. Laajarinteen ja Salmisen (2009) tutkimuksessakin osastonhoitajat kokivat, että tarvitsevat lisää koulutusta hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytöstä ja sen hyödyntämisestä. Ruland & Ravn (2003) ovat tutkimuksessaan osoittaneet, että tehokkaan resurssien käytön takana on hoitotyön johtajan osaaminen ja analyysien teko saamistaan raporteista. Tässä tutkimuksessa osastonhoitajat kokivat, että hoitotyön määrää, hoitotyöntekijöiden määrää, hoitotyön arviointia, sekä hoitotyön näkyvyyttä kuvaavia mittareita ei ollut käytössä, vaikka ne koettiin vaikuttavan keskeisesti hoitotyön laatuun sekä toimintaympäristöön. Fagerström ja Rauhala (2003) ovat sitä mieltä, että luotettavaa tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön johtajien työvälineinä.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa käytetään yleisesti kahta käsitettä, toistettavuutta (reliabiliteetti) ja pätevyyttä (validiteetti). Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten toistettavuutta, eli tutkimus ei tuota sattumanvaraisia tuloksia. Validius tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata juuri sitä asiaa, mitä halutaan mitata.

ta. (Hirsijärvi ym. 2005, 216.) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteereinä käytetään uskottavuutta, siirrettävyyttä, refleksiivisyys/ riippuvuutta ja vahvistettavuutta. (Aaltola & Valli 2007, 83; Hirsijärvi & Hurme 2009, 189; Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Uskottavuudella (credibility) tarkoitetaan sitä, että tulokset kuvataan selkeästi ja ymmärrettävästi, analyysi selvitetään tarkasti ja, että tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset on kuvattu. Uskottavuus kuvaa tutkimuksen analyysiprosessia sekä tulosten validiteettia. Tutkimuksen uskottavuutta lisää myös riittävän pitkä tutkimuksen työstämisaika, jotta osallistujat pystyvät sisäistämään tutkimuksessa käsiteltävän asian. Tutkijan kirjaamat kokemukset, havainnot ja pohdinta tutkimuksen menetelmävalinnoista tutkimusprosessin aikana lisäävät uskottavuutta. (Aaltola & Valli 2007, 83; Hirsijärvi & Hurme 2009, 189; Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Tässä tutkimuksessa analyysiprosessi on kuvattu mahdollisimman tarkasti ja pyritty muodostamaan teemat koko aineiston pohjalta, jotta ne kuvaisivat uskottavasti koko aineistoa. Jotta tutkimus olisi uskottava, aineistosta on esitetty myös alkuperäistekstinäytteitä sekä analyysia selkeytetty erilaisten taulukoiden ja liitteiden avulla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160; Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Itse tutkimusraporttia pidetään myös keskeisenä luotettavuuden mittarina. Tässä tutkimuksessa on pyritty raportoimaan mahdollisimman johdonmukaisesti ja tarkasti perusteet joiden pohjalta tulkintoihin ja johtopäätöksiin on päädytty. (Vrt. Aaltola & Valli 2007, 83). Tämän tutkimuksen uskottavuutta lisää myös se, että sekä alkukartoitusteemahaastattelu että varsinainen teemahaastattelu kerättiin samoilta tiedonantajilta. Tiedonantajat olivat saaneet yleisen koulutuksen RAFAELATM- hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön sekä esimiehinä myös järjestelmän tuottamien raporttien hyödyntämiseen liittyvän koulutuksen. Sekä tutkija, että tiedonantajat olivat saaneet saman koulutuksen, ja lisäksi tiedonantajat olivat käyttäneet järjestelmää käytännössä hoitotyön johtajina ennen teemahaastatteluja, joten heillä oli myös käyttökokemusta hoitoisuusluokitusjärjestelmästä.



Kuvio 7. Opinnäytetyön prosessikaavio ja aikataulu

Opinnäytetyön prosessikaavio (kuvio 7) havainnollistaa tutkimusprosessin kulua ja sen päällekkäisten vaiheiden osuutta koko prosessin etenemisessä. Aineiston keruuta, analyysiä eli teemoittelua sekä raportointia on tehty samanaikaisesti, jotta aineisto olisi mahdollisimman tuore ja jotta tutkija hahmottaisi laajasti tutkimuksen ja sen tulosten yhteyden. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 136.)

Tutkimuksen uskottavuutta lisää myös, että tutkija on ollut yhteydessä tutkimuksen eri vaiheessa (suunnittelu ja tutkimuksen tarkistaminen) Finnish Consulting Group:iin, joka omistaa RAFAELATM- hoitoisuusluokitusjärjestelmän ja saanut sisällöllistä apua tutkimuksen suunnitteluvaiheessa alan asiantuntijalta. Tutkimuksen edetessä tutkija on ollut yhteydessä myös organisaation RAFAELA-projektikoordinaattoriin, lisäksi tutkimuksen aikana tutkija on kirjannut ylös paperille omia havaintojaan, joita on käytetty apuna tutkimusraporttia kirjoittaessa.

Siirrettävyys (transferability) tarkoittaa huolellista tutkimuskohteen kuvausta, osallistujien valinnan kuvausta, tutkimustaustojen selvittämistä, aineiston keuruun kuvaamista ja analyysin selvittämistä. Tässä tutkimuksessa selvitetään tarkasti tutkittava tapaus, kohdejoukko, menetelmänä teemahaastattelu ja sen toteutus, sekä analyysin eteneminen ja kuvataan alkuperäisaineistoa mm. haastattelutekstien avulla. Tämän kuvauksen avulla halutaan varmistaa tutkimuksen siirrettävyys, jotta lukijalla olisi mahdollisuus seurata tutkimusprosessia. Alkuperäisaineiston käytössä on huomioitu se, että lainaukset on kuvattu yleiskielellä, jotta etiikan näkökulmasta tutkimukseen osallistujia ei tunnisteta murreilmausten perusteella. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 160- 161; Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Refleksiivisyys tarkoittaa sitä, että tutkija itse on selvillä omista lähtökohdistaan ja ennakkokäsityksistään. Tutkija arvioi omaa vaikutustaan aineistoon ja tutkimusprosessiin, jotka on kuvattava tutkimusraportissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tutkija on käyttänyt hyväksi omaa käsitystään sekä kokemustaan tutkimuksen aihepiiristä aineiston hankinnan ja teemahaastattelurunkojen suunnittelun pohjana yhdessä muun tieteellisen aineiston kanssa. Tutkimusprosessin ja varsinkin tulosten raportoinnin yhteydessä tutkija tietoisesti on pyrkinyt pitämään omat kokemukset taustalla ja tuomaan tiedonantajien kokemukset esille.

Vahvistettavuus (dependability) liittyy koko tutkimusprosessiin ja sen kirjaamiseen niin, että sen kulkua voidaan seurata (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Kohdeorganisaatioksi on valittu PKSSK, jossa RAFAELATM -hoitoisuusluokitusjärjestelmä on otettu käyttöön vuoden 2011 aikana. Hoitotyöntekijät on informoitu ja koulutettu hoitoisuusluokituksen käyttöön, joten tutkittava aihe on organisaatiossa ajankohtainen ja tuttu. Tutkimuksen kohdejoukko on myös valittu tarkoin, joka on ollut harkittua jotta tutkittavilla on mahdollisimman hyvä käsitys tutkittavasta aiheesta. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on tärkeää kuvata, miten tiedot on hankittu, kuinka ne on luokiteltu ja millä perusteilla päätelmät ja tulkinnat on tehty. Tutkimuksen kulku on kuvattava niin tarkkaan, että lukija voi päätellä onko tutkimus pätevä, ja toisaalta dokumentaation avulla voidaan tutkimusasetelma myöhemmin toistaa (reliabiliteetti). Tutkimuksen kulkua, tutkimuksen analyysivaiheita sekä päätelmien tekoa on havainnollistettu useiden kuvioiden avulla. (Tuomi & Sarajarvi 2002, 15.)

Opinnäytetyön alusta saakka on pyritty huomioimaan tutkimuksen luotettavuus, joka on huomioitu jo taustakirjallisuuden valinnassa. Julkaisut ovat tieteellisiä, asiantuntija- artikkeleita, väitöskirjoja, opinnäytetöitä ja sairaanhoitopiirien julkaisuja. Lähteiden tuoreuteen on myös kiinnitetty huomiota ja suurin osa lähdemateriaalista on ilmestynyt 2000- luvulla, lisäksi on käytetty myös kansainvälisiä tutkimuksia. (Vrt. Hirsjärvi ym. 2008.)

RAFAELA™ - hoitoisuusluokitus järjestelmästä saatavien raporttien reabiliateettiin eli vastaavuuteen saattavat ohjelman käyttöönoton alkuvaiheessa vaikuttaa mm. riittämätön koulutus, luokitusohjeiston puutteellisuus, luokittelun riittävän harjoittelun puuttuminen sekä subjektiiviset eriävät näkemykset hoitohenkilökunnan kesken luokittelusta. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Syrjälä 2010, 33.) Onkin oletettavaa että pidemmällä aikavälillä mittarilla saadaan luotattavampaa tietoa, kuin juuri käyttöönoton yhteydessä. Mittarin käytön luotettavuuteen voi myös vaikuttaa kiire, jolloin voidaan luokitella alempaan tai ylempään ryhmään, kuin mitä todellisuudessa potilaan tarpeet olisivat. Myös potilaan tunteminen on edellytyksenä luotettavuudelle. Lisäksi käyttäjien jatkuva koulutus lisää mittarin luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Huuskonen 2006; Syrjälä 2010, 28.)

Tämän tutkimuksen kohteena olivat operatiivisen klinikkaryhmän osastonhoitajille suunnatut alkukartoitushaastattelut ja varsinaisen teemahaastattelun vastaukset. Ennen osastonhoitajille suunnattuja teemahaastatteluita heidät oli informoitu tutkimuksen tarkoituksesta. Heille oli lähetetty ohjeet kyselyyn vastaamisesta henkilökohtaisen sähköpostiin. Sekä haastattelun yhteydessä tutkija opasti myös henkilökohtaisesti kyselyyn liittyvissä asioissa.

8.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettiset haasteet koskevat koko tutkimusprosessia aina aiheen valinnasta tutkimuksen julkaisuun saakka. Tutkimuksen menetelmällisiä valintoja on arvioitu tutkimusetiikan näkökulmasta ja siihen on saatu myös asiantuntija apua (Finnish Consulting Groupin asiantuntijalta) sekä, työelämän ohjaajalta ja kohdeorganisaation ohjelmistoasiantuntijalta. Tutkimuksen alkuvaiheessa on selvinnyt, että alkuperäisellä tutkimussuunnitelmalla ei olisi saatu selvitettyä

haluttua tietoa, joten tutkimusmenetelmiä ja tutkimuksen kohdetta on jouduttu muuttamaan. (Vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 146.)

Tutkimuksen aiheen valinnassa on pohdittu tutkimuksen kontekstia hoitotyön kehittämisen näkökulmasta. Tutkimuksella on pyritty rakentamaan ja kehittämään hoitotyön johtamisen tietoperustaa. Tutkimuksen tarkoituksena on ollut saada tietoa hoitotyön johtamisen kehittämisen tueksi ja sitä kautta aiheuttaa hyvää tutkimukseen osallistuneille tiedonantajille, sekä kohdeorganisaation kehittämistoiminnalle. Aiheen valinta on noussut organisaation kehittämistarpeiden pohjalta. (Vrt. Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 176- 178)

Lait ja asetukset säätelevät terveystutkimusta, jonka lähtökohtana on tutkimukseen osallistuvien koskemattomuuden ja yksityisyyden turvaaminen. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista, tutkimukseen osallistuville ei saa aiheutua haittaa ja tutkittaville on suotava tutkimuksen keskeyttäminen missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. (Kylmä & Juvakka 2007, 138 – 139.) Tutkimusta varten olen hakenut tutkimuslupaa (liite 4) Operatiivisen klinikkaryhmän ylihoitajalta, kun tutkimussuunnitelma oli hyväksytty.

Tutkimuksen tiedonantajia oli informoitava seuraavista asioista ennen tiedon keräämistä: osallistujan on tiedettävä, että kyseessä on tutkimus, tutkimuksen tarkoituksesta ja kestosta on ilmoitettava, tutkimuksen menetelmällisistä valinnoista sekä mihin tutkimuksessa saatua tietoa käytetään (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 176- 178; Kylmä & Juvakka 2007, 149). Koska tutkimus on ollut monivaiheinen ja kohtuullisen vaativa osastonhoitajia kohtaan, olen ottanut tutkittaviin henkilökohtaisesti yhteyttä sähköpostitse. Sähköpostissa on kerrottu tutkimuksen kulusta, tarkoituksesta ja tavoitteista sekä aineiston keruusta. Lisäksi tutkittaville on kerrottu, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja tutkimukseen osallistumisen voi keskeyttää milloin tahansa. Sähköpostiviestin jälkeen jokaiseen tiedonantajaan on otettu puhelimitse yhteys ja sovittu haastattelu ajan kohdasta. Ennen haastattelun alkamista tiedonantajille on kerrattu saatekirjeessä (liite 6 ja 8) olevat asiat, jonka jälkeen tiedonantajat ovat antaneet tietoisensa suostumuksensa tutkimukseen osallistumisestaan. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 176 - 178)

Tutkimuksen eettisyyden kannalta myös tutkimusaineiston analyysi on arvioinnin kohteena. Analyysia on tässä tutkimuksessa pyritty selkeyttämään erilaisilla kuvioilla. Vastaajien anonymiteetti on vaarassa lähinnä pienen kohdejoukon takia ja siksi vastaajien motivointi korostuu entisestään. Vastaajien anonymiteettiä ei voida taata, jolloin vastaajien tiedottaminen ja motivointi korostuvat, jotta saadaan kattava aineisto tutkittavasta joukosta. Aineiston keruuseen käytetty materiaali hävitetään asianmukaisesti tulosten raportoinnin jälkeen, eikä sitä ole luovutettu kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimustuloksia kuvataan usein alkuperäisilmauksin. Tässä tutkimuksessa alkuperäisilmaukset on muokattu yleiskielelle, jotta tunnistettavuus murteen käytön vuoksi voitaisiin estää. Tiedonantajia on suojattu niin, että tutkimusraportissa esiintyvistä suorista lainauksista ei tiedonantajia ole tunnistettavissa, tiedonantajien kokemuksia muuttamatta. Tutkimuksen tulosten raportoinnissa on pyritty huomioimaan oikeudenmukaisuus niin, että kaikki tärkeät tulokset on raportoitu. Tutkimustulosten julkaisulla pyritään auttamaan tutkimuksen tulosten hyödyntämistä hoitotyön esimiestyön kehittämisessä. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 177- 178; Kylmä & Juvakka 2007, 153 – 154).

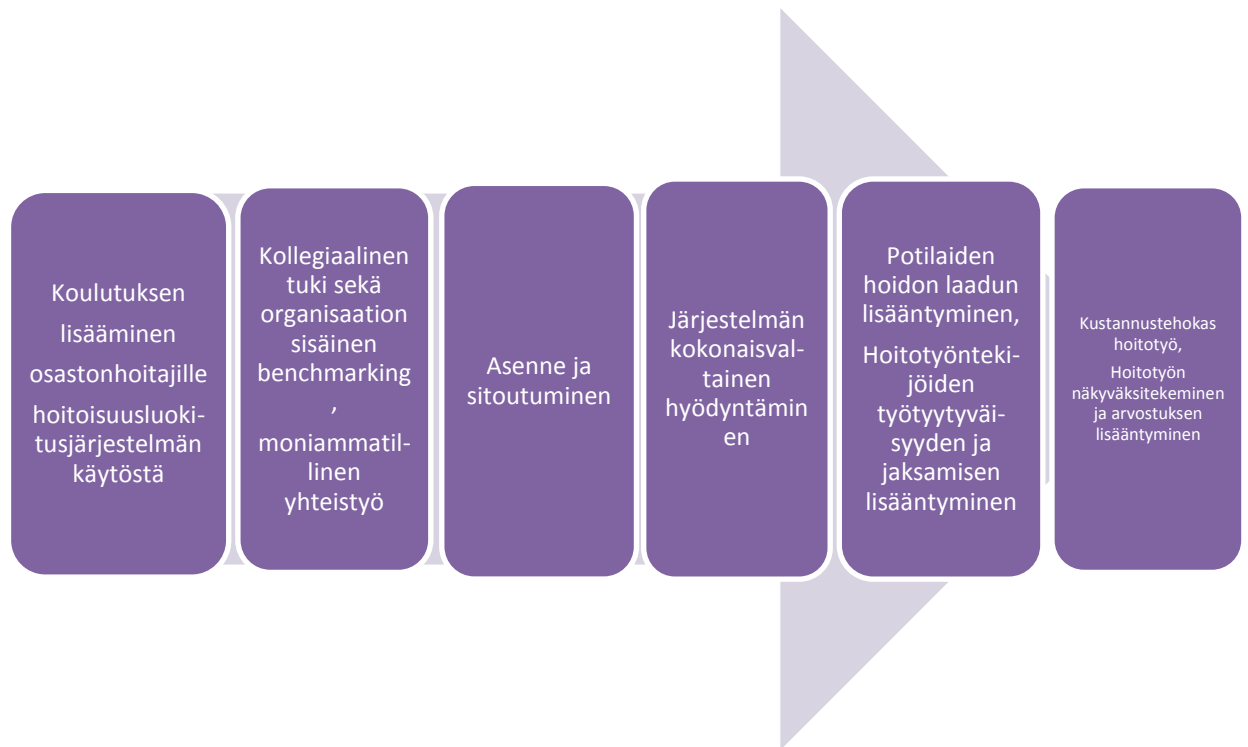
8.4 RAFAELA™-hoitoisuusluokituksen hyödyntäminen hoitotyön kehittämisessä

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon ja opinnäytetyön tarkoituksena on tutkimustiedon soveltaminen ja hyödyntäminen sekä niiden avulla tehty kehittämis-tehtävä työelämästä nousevien haasteiden ratkaisemisessa. (Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu 2008, 3). Tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta on laadittu kuvio (liite 16), jossa on selvennetty jokaisen hoitoisuusluokitusjärjestelmää PKSSK:ssa käyttävän sekä RAFAELA™- hoitoisuusluokituksen hallinnoijan Finnish Consulting Group Oy:n vastuut ja tehtävät.

Oletuksena on, että ylihoitajat ja klinikan ylilääkärit käyttävät hoitoisuusluokitusjärjestelmän tietoja hyväkseen johtamisen tukena. Koordinoidessaan hoitotyöntekijöitä ylihoitaja tarvitsee hoitoisuustietoja, jotta voi reagoida kulloiseenkin tilanteeseen jakamalla henkilöstöresursseja ja sijoittamalla optimaalisella tavalla klinikan henkilöstöä. (Fagerström & Rauhala 2003, 126.) Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää suunniteltaessa hoitotyön resursseja sekä lyhyellä,

että varsin pitkällä tähtäimellä Operatiivisen klinikkaryhmän sisällä. Toivon myös että RAFAELA™ - hoitoisuusluokitusjärjestelmä alkaa toimia luotettavasti, jotta siitä kerätty tieto on luotettavaa ja vertailukelpoista myös valtakunnallisesti. Toisaalta ”mutu-tuntuma” ja pelkkiin hoitopäiviin ”tuijottaminen” vähenee. Osataan oikeasti arvioida niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat työn vaativuuteen ja hoitohenkilökunnan työn raskauteen/ kuormittavuuteen sekä mikä tärkeintä saadaan hoitotyö näkyväksi. Toivon, että organisaation sisäinen benchmarking lisääntyy ja innostusta ja oppimisen kokemuksia voidaan jakaa eri klinikkaryhmienkin välillä.

Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta esitetään (kuvio 8), että organisaatiossa kiinnitettäisiin huomiota osastonhoitajien koulutukseen ja järjestettäisiin sitä lisää järjestelmän käytöstä ja osastonhoitajien vastuista ja velvollisuuksista järjestelmän hyödyntämisen tukena. Osastonhoitajien vastauksissa tuli esille että klinikkaryhmän sisällä osan osastojen välillä toimii yhteistyö. Lisäksi ehdotetaan myös, että organisaatiossa klinikkaryhmän sisällä eri osastojen välinen yhteistyö hyödynnettäisiin myös laajemmin benchmarking ideologian tavoin myös organisaation sisällä ja eri klinikkaryhmien välillä niin, että koko organisaatiossa innostuttaisiin järjestelmän opetteluun ja mahdollisimman suureen hyödynnettävyyteen. Kuten tämän ja aiempien tutkimusten tuloksista on pääteltävissä koulutus, moniammatillinen yhteistyö, benchmarking lisäävät positiivista asennoitumista sekä sitoutumista hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön, joka taas johdattaa hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödyntämistä käytännön hoitotyön kehittämisessä. Yksinkertaisilla ratkaisilla ja oikein kohdennetuilla henkilöstöresursseilla voidaan vaikuttaa potilaiden hoidon laatuun sekä hoitotyöntekijöiden työssä jaksamiseen. Hoitoisuusluokitusjärjestelmä tuottaa tietoa, jota oikein käyttämällä voidaan vaikuttaa hoitotyön kustannuksiin ja tehdä hoitotyö näkyväksi.

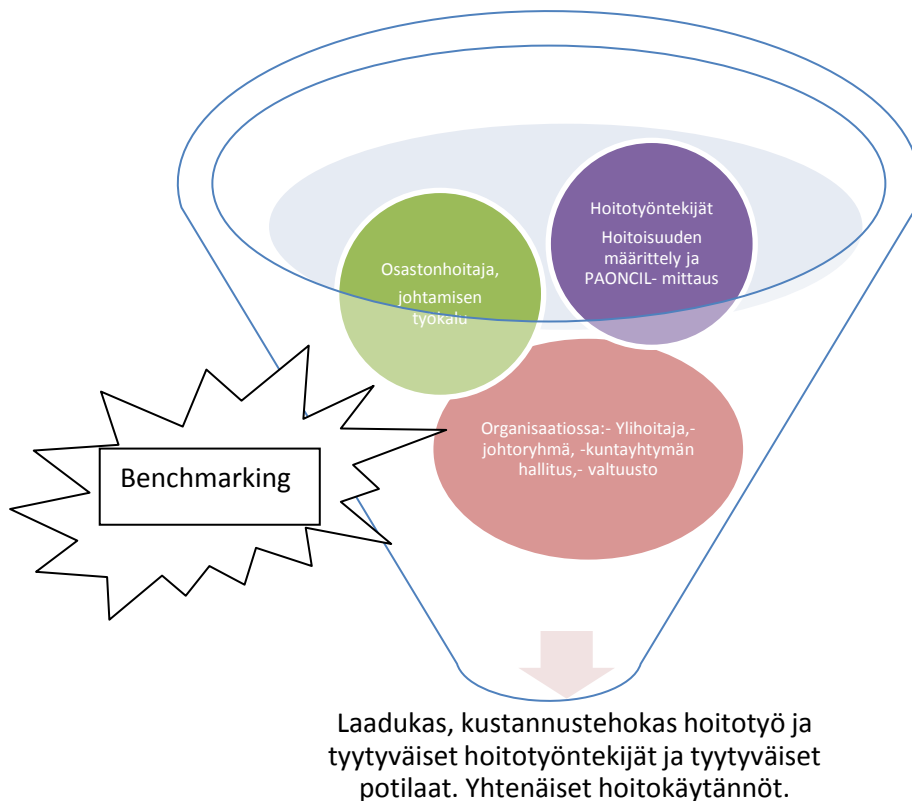


Kuvio 8. Opinnäytetyön tulosten pohjalta ehdotetut toimenpiteet organisaatiossa.

Oma sisäinen tiedon tuotanto on tärkein sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden johtamisessa. Sairaanhoitopiirien johtajat ry:n selvityksen mukaan tällä hetkellä sisäisen- ja ulkoisen tiedon suhde toteutuu 80/20 periaatteella. Sairaanhoitopiireissä on kiinnitettävä huomiota tietojen kirjaamisen laatuun ja panostettava tietotuotannon nopeuteen. Raportteja voidaan hyödyntää myös laajemmin eri tulosalueiden johdon käyttöön, jolloin voidaan vertailla eri osastojen ja erikoisalojen välisiä eroja. Hoitoisuusluokituksista saatavien tietojen perusteella voidaan seurata ja raportoida miten asetetut tavoitteet on saavutettu ja mitä toimenpiteitä havaittuihin poikkeamiin on tehty sekä muokata ja uudelleen järjestellä potilasprosesseja ja rakennemuutoksia. Ne mahdollistavat valtakunnallisen vertailun. Tietojen aktiivinen käyttö osoittaa avointa organisaatiokulttuuria ja johtamista. (Fagerström & Rauhala 2003, 127 – 128; Salomaa ym. 2010, 7-8.)

8.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Alkukartoitus haastattelun tulosten mukaan ennen RAFAELATM-hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa operatiivisen klinikkaryhmän osastoilla oli tietyt hoitotyöntekijöiden vakanssit. Sairaansijat suhteessa hoitotyöntekijöiden määrään pyrittiin pitämään tasaisina ja hoitotyön määrää kuvattiin perushoitopäivien ja vaativahoitopäivien toteuman mukaan. Varsinaisia mittareita, jotka olisivat kuvanneet hoitotyöntekijöiden määrää, hoidon vaativuutta ei ollut käytössä. Osastonhoitajat olivat odottaneet RAFAELATM-hoitoisuusluokitusjärjestelmää ja siitä saatava hyöty oli myös sisäistetty ja ymmärretty osastonhoitajien keskuudessa. Käytännössä kuitenkin hoitoisuusluokituksen ja siitä saatavien raporttien käyttöönotto oli onnistunut vain osittain joko kiireestä johtuen tai henkilöstöressurssien syöttöä ei ollut tehty teknisten ongelmien vuoksi. Hoitoisuusluokituksista saatua tietoa voidaan käyttää (kuvio 9) hoidon laadun kehittämisessä (vaikutus suoraan potilaiden kokemaan hoidon laatuun), hoitotyöntekijöiden työssäjaksamiseen resurssien oikein kohdentamisen avulla sekä osaamisen optimoinnilla ja osaston kuormittavuuden tasoittamisella. Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että hoitoisuusluokituksen tuottamia tietoja voidaan hyödyntää organisaation sisällä eri tasoilla, mutta myös hoitotyön kehittämisessä laajemminkin benchmarkingin avulla ja mm. yhtenäistää hoitokäytäntöjä. Kuvion 9 avulla on haluttu havainnollistaa hoitoisuusluokitusjärjestelmästä saatavien tietojen hyödynnettävyyttä organisaation sisällä sekä valtakunnallisesti.



Kuvio. 9 Hoitoisuusluokituksista saadun tiedon hyödyntämisen tasot ja vaikutus.

Jatkotutkimusaiheina voisi tutkia mm.

- Miten hoitoisuusluokitusmittarin avulla on seurattu kuormitustasojen vaihtelua eri osastojen, tulosityksiköiden välillä?
- Miten mittaria on voitu hyödyntää päivittäisen ja pitkän aikavälin henkilöstösuunnitteluun ja miten ne voidaan kytkeä Nord- DRG- (Diagnosis related groups) hinnoittelujärjestelmään?
- Miten hoitoisuusluokitusmittarin antamat tiedot ovat parantaneet hoitotyön laatua ja toimineet hoitotyön kehittämisen apuvälineenä?

Lisäksi olisi mielenkiintoista tietää vuoden tai kahden vuoden kuluttua, jolloin RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusmittaria on käytetty ja saatu erilaisia raportteja mitä RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmästä kerätyt raportit kertovat osastojen hoitoisuudesta. Miten hoitotyön resursointi on kehittynyt potilaiden hoitoisuutta seuraavaksi, sekä millaisia muutoksia RAFAELA™ -hoitoisuusluokitus järjestelmästä kerätyt raportit ovat aiheuttaneet käytännön hoitotyön toimintaan ja johtamiseen.

LÄHTEET

- Aaltola, J. (Toim.) & Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin..Juva: WS Bookwell Oy.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Cimiotti, J.P., Clarke, S.P., Flynn, L., Seago, J.A., Speltz, J.& Smith, H.L. 2010. Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health services research* 45 (4), 904 - 921.
- Ala- Nikkola, T., Mönkäre, R. & Rajala, T. 2005. PPC- hoitoisuusmittarin käyttöönotto. Kokemuksia ja johtopäätöksiä. *Sairaanhoitaja* 78 (9), 20 - 22.
- Aschan, H. & Kanerva, A. 2009. Hoitamisen johtaminen terveydenhuollon palvelutuotannossa- potilasturvallisuuden ja henkilökunnan työn tasapaino. Verkostohankesuunnitelma vuosille 2010 - 2015. Finnish Consulting Group Oy.
- Botter, M.L. 2000. The Use of information generated by a patient classification system. *Journal of nursing administration* 30 (11), 544 - 551.
- Eriksson, P. & Koistinen, K . 2005. Monenlainen tapaustutkimus. Kuluttajatutkimuskeskus, julkaisuja 4:2005. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus. http://www.ncrc.fi/files/4957/2005_04_verkkojulkaisu_tapaustutkimus.pdf. 27.4.2012.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Fagerström L. 2000. The patient's caring needs. To understand and measure the unmeasurable. Åbo Akademi University
- Fagerström, L., Nojonen, K. & Åkers, A. 2002. Metodologinen triangulaatio Paoncil-menetelmän sisällön validiteetin testaamisessa. *Hoitotiede* 14,(4).
- Fagerström, L. & Rauhala, A. 2003. Finnhoitoisuus- hoitotyön benchmarking-projektin loppuraportti 2000- 2002. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Finnish Consulting Group Oy.2012. OPCq- ohjeisto-FINAL 20111213.pdf.5.1.2012.
- Finnish Consulting Group Oy. 2011. RAFAELA™ - järjestelmän käyttöönotto, käytön yhtenäisyyden ylläpitäminen ja hyödyntäminen. Versio 1.5, Kesäkuu 2011. 20.4.2012.
- Finnish Consulting Group Oy. 2012. RAFAELA™ - hoitoisuusluokitusjärjestelmä: <<http://www.rafaela.fi/rafaela/>>.20.2.2012>
- Finnish Consulting Group Oy. 2009. RAFAELA™ - hoitoisuusluokitusjärjestelmän ohjeisto OPCq, versio 1.3.2009.FCG.
- Hader, R. & Claudio, T. 2002. Seven methods to effectively manage patient care labor resources. *Journal of nursing administration* 32 (2), 66- 68.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Huuskonen, P. 2006. Hoitotyön toiminnot ja vaativuus. Sätehoitoyksikön henkilökunnan kuvaamanaKuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

- Kanerva, A. 2004. Hoitotyö erikoissairaanhoidossa Oulu Patient Classification-mittarilla ja Suomalaisella hoitotyön minimitiedostolla kuvattuna. Hyks, Jorvin sairaalan julkaisuja, sarja A 02/2004. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,9165,9167,7438>. 20.2.2012.
- Kanerva, A., Alin, T., Aschan, H., Harinen, M., Konttinen, R. & Lidqvist, P. 2003. Jorvin sairaalan hoitoisuusluokitusprojekti väliraportti II., Jorvin sairaalan julkaisuja, sarja B 01/2003. Hyks.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen - Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Karvonen, H. 2005. Hoitohenkilöstön ajankäyttö allokaatio potilaan hoidossa. Potilaan hoidon tarpeen toteutuminen. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja talouden laitos. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.
- Kauhanen, J. 2009. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: WSOY.
- Kaustinen, T. 2011. Oulu-hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos, hoitotiede. Oulun yliopisto. herkules oulu.fi/isbn9789514296437/isbn9789514296437.pdf. 6.4.2012.
- Kaustinen, T & Hentinen, M. 1998. Oulu- Hoitoisuusluokituksen luotettavuuden arviointi. Sairaanhoitajalehti . 71, (3) 22 - 24.
- Korhonen, E. 2003. Hoitoisuusluokitusprojekti Tampereen yliopistollisen sairaalan ensiapupoliklinikan tarkkailuosastolla vuosina 2000- 2002. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 16/2003.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laajarinne, E-M. & Salminen, A. 2009. Osastonhoitajien kokemukset valmiuksistaan Rafaela hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytössä ja sen hyödyntämisessä Päijät -Hämeen keskussairaalassa. Lahden ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- L653/2000. Laki potilasasiakirjat 12 § 30.6.2000/653.
- L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. 20.2.2012.
- Laitinen, H., Aalto, P., Auvinen, S., Herrala, J., Lamminsivu, H., Nojonen, K. & Viitamäki, R. 2001. Hoitoisuusluokituksen tietojärjestelmät. Kehittämishankkeen loppuraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 9/2001.
- Lohva, E. 1989. Lapsipotilaiden hoitotyö: Lapsipotilaiden hoitoisuus, välilliseen ja välittömään hoitotyöhön käytetty aika sekä tarvittavan henkilökunnan määrä Helsingin yliopistollisen keskussairaalan lastenklinalla. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan tutkimusjulkaisuja 4/1989.
- Luhtasela, L. 2006. Hoitoisuuden vaikutus hoitotyöhön Rafaela- järjestelmän avulla tarkasteltuna. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01331.pdf>. 20.2.2012.
- Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: International Methelp Ky.
- Mäkelä, L. 2006. Hoitoisuustietojen käyttö hoitotyön johtamisessa, ylihoitajien hoitoisuustietojen hyödyntäminen hoitoisuusluokitusjärjestelmän

- käyttöönottovaiheessa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Nivalainen, J. 2000. Hoitoisuusluokitukset perioperatiivisessa hoitotyössä Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOY pro.
- Ollikainen, L. 2006. Erikoissairaanhoidon kuntalaskutus- Hoitoisuusluokitus hoidon kustannusten määrittelyn täydentäjä. Terveystieteiden ja – talouden laitos. Kuopion yliopisto. Lisensiaatintyö.
- Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittamien erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.
- Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellinen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Pitkäaho, T. 2011. Hoitotyön henkilöstömitoitus ja tulos kompleksisessa erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä- Suomen yliopisto. Väitöskirja.
- Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. 2008. Opinnäytetyön ohjeet. Opinnäytetyöryhmä.
http://www.pkamk.fi/lomakkeet/opinnayte/PKAMK_Opinn%C3%A4ytety%C3%B6n_ohje_2011_joulukuu.pdf. 27.4.2012.
- Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2009. PKSSK:n strategia
http://www.pkssk.fi/documents/14730/16292/pkssk_strategia_2010-2013.pdf 27.4.2012.
- Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2010. PKSSK:N RAFAELA- vaativuusmäärittely. (Salassa pidettävä asiakirja)
- Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2011. RAFAELA- koulutus 10/2011. Koulutusmateriaali.
- Pulkkinen, M - L. 2000. Hoitoisuuden arviointi erikoissairaanhoidossa. Turun yliopiston julkaisuja. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Väitöskirja.
- Pusa A - K. 2007. The Right nurse in the right place. Nursing productivity and utilization of the RAFAELA patient Classification system in nursing management. University of Kuopio. Väitöskirja.
- Rauhala A. 2008. The Validity and feasibility of measurement tools for human resources management in nursing. University of Kuopio. Väitöskirja.
- Raunio, A - K. & Ohinmaa, A. 2004. Assesment 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 in clinical nursing. 14, 674 -684.
- Ruland, C.M. & Ravn, I.H. 2003. Usefull and effects on coasts and staff management of a nursing resource management information system. Journal of nursing management 11, 208- 215.
- Saaranen - Kauppinen. A & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV- menetelmäopetuksen tietovaranto. [verkkajulkaisu]. Tampere: yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/> 20.2.2012.
- Saarelainen, T. 2012. PKSSK:n auditoinnista vastaava henkilökohtainen tiedonanto PKSSK:n kirjaamisen auditointiin liittyen. Sähköposti 29.3.2012.

- Salomaa, E., Herrala, J., Lauharanta, J., Linde'n, A., Puolakka, J., Hämäläinen, P., Mäkelä, M. & Punnonen, H. 2010. Sairaanhoidopiirien johtamisessa tarvittavat keskeiset tiedot. Sairaanhoidopiirien johtajat Ry. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
http://www.kunnat.net/sairaanhoidopiirit/shpien_johtamisen_keskeiset_tiedot. 20.3.2012.
- Seppälä, A. 1992. Suomessa käytössä olevia hoitoisuusluokituksia. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -taloudenlaitos. Pro -Gradu - tutkielma.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Yliopistopaino. Helsinki.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf. 22.3.2012.
- Surakka, T., Kiikkala, I., Laitinen, H. & Rantala, T. 2008. Osastonhoitaja ja johtaminen. Helsinki: Tammi.
- Syrjälä, J. 2010. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä RAFAELA hoitoisuusluokitusjärjestelmästä. Vaasan ammattikorkeakoulu ylempi AMK- tutkinto. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö.
- Tanttu, K. 2009. Hoito- ja hoivatyön kirjaamisen kansallinen kehittäminen-seminaari.KIRKE-hanke aineisto 4.2.09 Joensuu.
- Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos. Kansallinen koodistopalvelu, koodilistaus luokituksista "Hoitotyö- Tarveluokitus (SHTaL)". Versiosta "1.2.246.537.6.77.2008. <
<http://91.202.112.142/codeserver/pages/code-list-page.xhtml?versionKey=290.2.3.2012>.
- Tuomi, J. & Sajajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.
- Turtiainen, A - M. 1999. Hoitotyön käytännön kuvaamisen yhtenäistäminen. Belgialaisen hoitotyön minitiedoston (BeNMDS) kulttuurinen adaptaatio Suomeen. Väitöskirja. Terveystalouden ja talouden laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005 – 2008, Loppuraportti Osa 1.www.vssh.fi/fi/.../HoiData-loppuraportti-2007-2009-301109.pdf. 1.2.2012.
- Van Slyck, A. & Johnson, K. 2001. Using patient acuity data to manage patient care outcomes and patient care costs. Outcomes management for nursing practice 5 (1).
- Väänänen, S. 2002. Kansainväliset hoitoisuusluokitukset, akuutti hoitotyö ja tietojärjestelmät. Terveystaloudetiede. Terveystalouden ja talouden laitos. Kuopion yliopisto. Pro gradu- tutkimus.
- Ylitalo, E.(Finnish Consulting Group Oy:n Tuoteasiantuntija) & Kanerva, A. (Finnish Consulting Group Oy:n Tuotepäällikkö) 2012. Henkilökohdainen tiedoksianto. RAFAELA™ –hoitoisuusluokitusjärjestelmään liittyen. Sähköpostitse: 11.4.2012

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

SOPIMUS YAMK-OPINNÄYTETYÖN OHJAAISESTA JA TOTEUTTAMISESTA

Sivu 1/1

OPISKELIJAN TIEDOT

| | |
|---|---------------------------|
| Opiskelijan nimi: (Sukunimi, Etunimi) Romppanen Mira | Ryhmä: TJYS09 |
| Koulutusohjelma: Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen | Opiskelijanro: 0901695 |

OPINNÄYTETYÖN TIEDOT

| | |
|--|---|
| Opinnäytetyön nimi: Hoitoisuusluokitusjärjestelmä esimiehen apuna suunniteltaessa henkilöstöresursseja. | |
| Opinnäytetyön tarkoitus ja menetelmä(t): Kuinka RAFAELA TM- hoitoisuusluokitusjärjestelmä auttaa esimiehiä kohdentamaan henkilöstöresurssit paremmin vastaamaan potilaiden tarpeita ja näin parantamaan potilaiden hoidon laatua sekä hoitajien työtyytyväisyyttä. Opinnäytetyössäni tutkin PKSSK:n operatiivisen klinikkaryhmän erikoissairaanhoidon vuodeosastojen hoitotyön esimiesten kokemuksia RAFAELA TM- järjestelmän antamia tietoja käytännön hoitotyön johtamisen apuvälineenä. Aineistona ovat kahdeksan osaston esimiesten kokemukset järjestelmästä ja sen antamista hyödyistä henkilöstön resurssoinnissa potilaiden hoidon tarpeita vastaaviksi. Opinnäytetyöni toteutan tapaustutkimuksena. | |
| Opinnäytetyön aloituspv: Helmikuu 2011 | Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta: Kevät 2012 |
| Opinnäytetyön laajuus on 30 op, josta T&K -hankkeessa suoritettava osuus <u>30</u> op | |
| Hanke, johon opinnäytetyö liittyy (ja lisäksi projektin numero jos PKAMK:n projekti): Rafaela- hoitoisuusluokituksen käyttöönotto PKSSK:ssa. | |
| Hankkeen vastuhenkilö kohdeorganisaatiossa tai PKAMK:ssa: Tomi Saarelainen pkssk, ylihoitaja Arja Kaila | |

ALLEKIRJOITUKSET

Hyväksymme opinnäytetyön tehtäväksi yllä mainittujen tavoitteiden mukaisesti:

| | |
|------------------------|---|
| Opiskelija | <u>8.4.2011 Mira Romppanen</u> Päivämäärä ja opiskelijan allekirjoitus |
| Ohjaaja (PKAMK) | _____ Päivämäärä, ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys |
| Organisaation edustaja | <u>8.4.2011 Arja Kaila PKSSK</u> Päivämäärä, organisaation edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys <u>ARJA KAILA</u> |
| PKAMK:n edustaja | <u>26.9.2011</u> _____ Päivämäärä, kk-päällikön allekirjoitus ja nimenselvennys Tuomas Lappalainen Koulutus- ja kehittämispäällikkö |

TUTKIMUSLUPA

| | | |
|--|--|------------------|
| Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Operatiivinen klinikkaryhmä Ylihoitaja operatiivinen hoitotyö | Päätöspöytäkirja Tutkimuslupapäätös 17.01.2012 | 1 (2) 2 § |
|--|--|------------------|

**Tutkimusluvan myöntäminen "Hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttö suunniteltaessa hoitotyön resursseja" - yamk opinnäytetyön tekemistä varten /
sh Mira Romppanen**

Selostus asiasta Sairaanhoitaja Mira Romppanen opiskelee Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulussa tarkoituksena suorittaa Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen ylempi AMK-tutkinto ja hän hakee tutkimuslupaa opinnäytetyön tekemistä varten aiheena "Hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttö suunniteltaessa hoitotyön resursseja". Tutkimus on tarkoitettu suorittamaan PKSSK:n operatiivisen klinikkaryhmän vuodeosastojen osastonhoitajille strukturoituna haastatteluna tammikuussa 2012 ja toinen osa toteutetaan strukturoidun kyselylomakkeen avulla maaliskuussa 2012.

Päätös Myönnän luvan sairaanhoitaja Mira Romppaselle opinnäytetyön tekemistä varten. Valmis opinnäytetyö tulee toimittaa opetuskoordinaattori Kaisa Laatikaiselle Pohjois-Karjalan keskussairaalaan.

Lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohta, johon päätös perustuu

Kuntayhtymän johtosääntö 14 §

Allekirjoitus ja virka-asema



Soili Särmä
Ylihoitaja operatiivinen hoitotyö

Tiedoksianto Annettu postin kuljetettavaksi 18.1.2012

Tiedoksi sh Mira Romppanen, opetuskoordinaattori Kaisa Laatikainen

Tiedoksiantaja klinikkasihteeri Tarja Kareinen

Otto-oikeus Yhtymähallitus

SÄHKÖPOSTIVIESTI OSASTONHOITAJILLE ALKUKARTOITUSHAASTATTELUUN LIITTYEN

Hei!

Olen Mira Romppanen ja teen opinnäytetyötä YAMK- opintoihini liittyen hoitotyön henkilöstöresursoinnista.

Olisin kovin kiitollinen, jos teillä PKSSK:n operatiivisen klinikkaryhmän osastonhoitajat olisi hetki kallisarvoista aikaanne lahjoittaa haastattelun merkeissä (n. 30- 40 minuuttia)opinnäytetyölleni.

Operatiivisen klinikkaryhmän Ylihoitaja XXX on 4.11.2011 antanut sähköpostitse luvan haastattelujen tekemiseen, ennen virallista tutkimuslupaa.

Liitteenä: Saatekirje ja Haastattelun runko

Otan yhteyttä puhelimitse teihin henkilökohtaisesti ja sovin haastatteluajasta.

Yhteistyöterveisin:

Mira Romppanen
puhelinnumero XXXX

SähköpostiosoiteXXXX

SAATEKIRJE/ 1. ALKUKARTOITUSHAASTATTELU

Pohjois- Karjalan Ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja

johtamisen koulutusohjelma

Tikkarinne 9

80100 Joensuu

Ylämyllyllä 10.1.2012

Arvoisa Osastonhoitaja!

Hoitotyön luonne on erikoissairaanhoidossa muuttunut vaativammaksi. Pelkkä potilaiden määrän laskeminen ja lääketieteellinen diagnoosi eivät kuvaa hoitotyöntekijöiden työmäärää. RAFAELA™ hoitoisuusluokitusmittarin avulla on tarkoitus saada näkyviin hoitotyön todellinen kuormittavuus ja hoitotyön sisältö. Hoitoisuusluokituksen avulla saatavaa tietoa voidaan hyödyntää henkilöstöresurssiensuunnittelussa ja sen avulla myös näkymätön työ saadaan tilastoihin näkyväksi. Hoitoisuusluokituksen antamat tiedot kertovat, millaista henkilöstöä potilaan hoitaminen vaatii.

Opinnäytetyössäni tutkin PKSSK:n operatiivisen klinikkaryhmän erikoissairaanhoidon vuodeosastojen hoitotyön esimiesten kokemuksista ennen RAFAELA™ järjestelmän käyttöönottoa miten hoitotyön henkilöstöresursointi on tapahtunut ja mitkä ovat olleet RAFAELA™ järjestelmää edeltäneen järjestelmän vahvuudet ja heikkoudet sekä sitä mitkä ovat nykyisen RAFAELA™ järjestelmän vahvuudet ja heikkoudet sekä mikä henkilöstöresursoinnissa on muuttunut uuden järjestelmän käyttöönoton jälkeen ja mitä uudelta hoitoisuusluokitusjärjestelmästä odotetaan. Tutkimus on kaksiosainen, joista ensimmäinen osa toteutetaan tammikuussa 2012, osastonhoitajille suunnattu kysely edeltävästä järjestelmästä. Ja toinen osa kyselytutkimus maaliskuussa 2012 RAFAELA™ järjestelmän käyttöön ottoon ja tulevaisuuden haasteisiin suuntautuen. Opinnäytetyöni toteutan tapaustutkimuksena.

Vastaamalla tähän tutkimukseen annat tärkeää tietoa ja olet apuna kehittämässä PKSSK:n operatiivisen klinikkaryhmän toimintaa. Julkisessa raportissa vastaukset raportoidaan osasto 1,2,3 ja 4 tasolla. Kyselyn tulokset analysoidaan ja raportoidaan opinnäytetyössäni, jonka on tarkoitus valmistua vuoden 2012 aikana.

Annan mielelläni lisätietoja opinnäytetyöhöni liittyvissä kysymyksissä.

Suuri kiitos jo etukäteen vaivannäöstänne!

Mira Romppanen

s-posti:XXX

p.XXXX

ALKUKARTOITUSHAASTATTELU HAASTATTELUN TEEMARUNKO

OSASTONHOITAJILLE

Osasto: _____

Päivämäärä: _____

Tämä haastattelun tarkoituksena on selvittää:

Miten hoitotyön henkilöstöresursointi tapahtui ennen RAFAELA™ - hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa PKSSK:n operatiivisen klinikkaryhmän osastonhoitajien arvioimana?

Mitkä olivat ennen RAFAELA™ - hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa hoitotyön henkilöstöresurssoinnin vahvuudet ja heikkoudet?

1. Millaisia tiedonkeruujärjestelmiä/- ohjelmia oli käytössä ennen RAFAELA™ - hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa, joista tietoa kerättiin hoitotyön toiminnan suunnitteluun?

- 1.1 Työn määrää kuvaava
- 1.2 Hoitotyön laatua kuvaava
- 1.3 Hoitotyöntekijöiden määrää kuvaava
- 1.4 Hoitotyöntekijöiden laatua ja osaamista kuvaava
- 1.5 Taloudellisuutta kuvaava
- 1.6 Työn arviointi
- 1.7 Kirjaamisen ja raportoinnin kehittäminen
- 1.8 Hoitotyön läpinäkyvyys
- 1.9 Toimintaympäristöä kuvaava

2.Mitkä olivat ennen RAFAELA™ - hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa hoitotyön henkilöstöresurssoinnin vahvuudet ja heikkoudet?

KIITOS VASTAUKSISTASI!

**SÄHKÖPOSTIViesti OSASTONHOITAJILLE LIITTYEN VARSI-
NAISEEN TEEMAHAASTATTELUUN RAFAELA™-
HOITOISUUSLUOKITUKSEN KÄYTTÖNOTOSTA**

Hei!

Olen Mira Romppanen ja teen opinnäytetyötä YAMK- opintoihini liittyen hoitotyön henkilöstö-
resursoinnista.

Haluan kiittää osallistumisesta opinnäytetyöni ensimmäiseen haastatteluun.

Opinnäytetyö on edennyt ja olisi aika haastatella Teitä toistamiseen. Olisin kovin kiitollinen, jos
teillä PKSSK:n operatiivisen klinikkaryhmän osastonhoitajat olisi hetki kallisarvoista aikaanne
lahjoittaa jälleen haastattelun merkeissä (n. 30- 40 minuuttia)opinnäytetyölleni.

Operatiivisen klinikka ryhmän Ylihoitaja XXX on 4.11.2011 antanut sähköpostitse luvan haas-
tattelujen tekemiseen, ennen virallista tutkimuslupaa, joka on myönnetty 17.1 2012.

Liitteenä: Saatekirje ja Haastattelun (2.) runko

Otan yhteyttä puhelimitse teihin henkilökohtaisesti ja sovin haastatteluajasta. Tämän haastat-
telun ajankohtana on vko 13. Voimme sopia myös sähköpostitse sopivan haastatteluajankoh-
dan.

Yhteistyöterveisin:

Mira Romppanen
Puhelinnumero XXX

Sähköpostiosoite XXX

SAATEKIRJE/ 2. VARSINAISEEN TEEMAHAASTATTELUUN LIITTYEN

Pohjois- Karjalan Ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja
johtamisen koulutusohjelma

Tikkarinne 9

80100 Joensuu

Ylämyllyllä 27.2.2012

Arvoisa Osastonhoitaja!

Osallistuitte opinnäytetyöni ensimmäiseen osaan Helmikuussa 2012 ja olen erittäin kiitollinen vaivannäöstänne. Lähestyn nyt Teitä opinnäytetyöni toisen osan merkeissä. Hoitoisuusluokituksen avulla saatavaa tietoa voidaan hyödyntää henkilöstöresurssien suunnittelussa ja sen avulla myös näkymätön työ saadaan tilastoihin näkyväksi. Hoitoisuusluokituksen antamat tiedot kertovat, millaista henkilöstöä potilaan hoitaminen vaatii.

Opinnäytetyössäni tutkin PKSSK:n operatiivisen klinikkaryhmän erikoissairaanhoidon vuodeosastojen hoitotyön esimiesten kokemuksista ennen RAFAELA™ järjestelmän käyttöönottoa sekä sen käyttöönoton jälkeisiä asioita. Tutkimuksen toisen osan tarkoitus on selvittää mitkä ovat nykyisen RAFAELA™ järjestelmän vahvuudet ja heikkoudet sekä mikä henkilöstöresursoinnissa on muuttunut uuden järjestelmän käyttöönoton jälkeen ja mitä uudelta hoitoisuusluokitusjärjestelmältä odotetaan. Tutkimus on kaksiosainen, joista ensimmäinen osa toteutettiin helmikuussa 2012, osastonhoitajille suunnatulla teemahaastattelulla edeltävästä järjestelmästä. Toinen osa toteutuu teemahaastattelujen avulla maaliskuussa 2012 RAFAELA™ järjestelmän käyttöön ottoon ja tulevaisuuden haasteisiin suuntautuen. Opinnäytetyöni toteutan tapaustutkimuksena.

Vastaamalla tähän tutkimukseen annat tärkeää tietoa ja olet apuna kehittämässä PKSSK:n operatiivisen klinikkaryhmän toimintaa. Julkisessa raportissa vastaukset raportoidaan osasto 1,2,3 ja 4 tasolla. Kyselyn tulokset analysoidaan ja raportoidaan opinnäytetyössäni, jonka on tarkoitus valmistua vuoden 2012 aikana. Liitteenä lähetän teemahaastattelu kysymykset ennakko tutustumista varten. Otan Teihin henkilökohtaisesti yhteyttä ja sovin sopivan haastatteluajan. Haastatteluun kuluu aikaa n. 40 min. Teillä on oikeus keskeyttää tutkimus milloin vain haluatte. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimuksen aineisto on käytössä vain tätä opinnäytetyötä varten ja se hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Annan mielelläni lisätietoja opinnäytetyöhöni liittyvissä kysymyksissä.

Suuri kiitos jo etukäteen vaivannäöstänne!

Mira Romppanen p. XXXX

sähköpostiosoite:XXX

VARSINAINEN TEEMAHAASTATTELU OSASTONHOITAJILLE RAFAELA™- HOITOISUUSLUOKITUSJÄRJESTELMÄN KÄYTTÖNOTTO, TEEMAHAASTATTELURUNKO

Osasto: _____

Päivämäärä: _____

Tällä haastattelulla pyritään löytämään vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin:

Mitkä ovat nykyisen RAFAELA™ hoitotyön henkilöstöresursoinnin vahvuudet ja heikkoudet?

Mikä hoitotyön henkilöstöresursoinnissa on muuttunut ja mitä RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmältä odotetaan?

1. Kuvaile RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän merkitys hoitotyön henkilöstöresursoinnissa?
 - Mikä on osastonhoitajan rooli hoitoisuusluokituksen ja niistä saatujen tulosten käytössä? (vahvuudet ja heikkoudet)
2. Miten osastonhoitajana hyödynnät työssäsi RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän tuottamia tietoja? Mikä on muuttunut entiseen verrattuna? Miten uhat kirjaamiseen ja luokitteluun käytetty aika on turvattu?
3. Miten hyödynnät tulevaisuudessa RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän tuottamia tietoja?
4. Mitä hoitotyön johtamisen osa-aluetta RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän tuottamien tietojen avulla voidaan kehittää?
 - omassa työssä osastonhoitajana
 - organisaatiossa, klinikkaryhmän sisällä
5. Haluatko kertoa vielä jotain RAFAELASTA/ sen hyödyntämisestä osastonhoitajan työssä

HOITOTYÖN MÄÄRÄÄ KUVAAVAT TEEMAT

| Pelkistetyt ilmaukset | Alateemat | Yhdistävät teemat | Pääteema |
|--|--|---|------------------------------|
| <p><i>"Osastonhoitaja kiertää joka tiimissä ja miettii, keskusteleo henkilökunnan kanssa" minkälaisista potilasainesta osastolla on.</i></p> <p><i>"...kun tulee sitä, että mitenkä kuormittavaa on tai mikä henkilökuntaa sitten stressaa".</i></p> <p><i>"... mietitään paljonko tulee potilaita... ja sen mukaan ollaan resursoitu henkilökunta." "Tehdään yhteistyötä jonosairaanhoidajan kanssa."</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Hoitotyöntekijöiden arvio työnäärästä - Sovitut määrät elektiivisiä potilaita, ennakointi potilasmäärissä - Potilasryhmien tunteminen - Osaston sisäiset järjestelyt, kuten henkilökunnan sijoittelu ja tiimien välinen yhteistyö | <ul style="list-style-type: none"> - Tekijät, jotka helpottavat hahmottamaan | <p>Hoitotyönmäärä</p> |
| <p><i>" Perus- vaati- luokittelu ei kovinkaan paljon hoitajien työstä ole kertonut, että aika lääketieteellisellä kriteerillä. "Potilas näyttäs kuinka peruspotilailta niin se saattaa vaatia hoitajien työpanosta aika paljon, ja aika paljon vielä kahden hoitajan työpanosta."</i></p> <p><i>" Hoitajat voivat luokitella ajoittain eri luokkiin." "...niin se riippuu ihmisestä, miltä minusta tuntuu..."</i></p> <p><i>"Tämä päivystys on niin vaikea ennakoida, kun yli puolet potilaista tulee päivystyksenä, niin ei voi ikinä tietää..."</i></p> <p><i>"Siinä suhteessa paikkatilannekartat ja numerot niissä on vähän vaarallisia... numerot kertoo minkälainen kuormitus osastolla on, mutta ei mitä ne potilaat oikeasti on." "...pienimäärä potilaita, mutta vaikeampi hoitoisia, kun sitten taas vaikka osasto olisi täynnä voi olla kevyempää."</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Perus- vaati luokittelu - Ennakoimattomuus - Paikkatilannekartat | <p>Tekijät, jotka vaikeuttavat hahmottamista</p> | |

HOITOTYÖN LAATUA KUVAAVAT TEEMAT

| Pelkistetyt ilmaukset | Alateemat | Yhdistävät teemat | Pääteema |
|--|---|--|-------------------------------|
| <p><i>"Perus toimintatavat on... ja sen mukaan toimitaan."</i></p> <p><i>"...kun prosessit on avattu sitä kautta niissä annetaan ohjeet miten tulisi toimia ja miten tämän prosessin pitäisi mennä eteenpäin... sillä tavalla päästään mahdollisimman laadukkaaseen hoitoon..."</i></p> <p><i>"Me pidetään sitä tärkeänä, että saadaan ihmiset kunnolla perehdytettyä siihen panostetaan... silläkin tavalla yritetään laatua saada ja osaamista paremmaksi."</i></p> <p><i>"...ei ole oikeastaan mitään muuta, kun se on osastonhoitajan pitänyt tietää... tavallaan se on sellaista osastonhoitajan tietämystä, sisäistä tietämystä."</i></p> <p><i>"Hoitotyön laatua seurataan asiakaskyselyjen perusteella."</i></p> | <p><i>Osastolla sovitut käytännöt ja toimintatavat</i></p> <p><i>Prosessikuvaukset tehty eri potilasryhmistä</i></p> <p><i>Perehdytysohjelma</i></p> <p><i>OH:n mututuntuma</i></p> <p><i>Kehityskeskustelut</i></p> <p><i>Asiakaspalaute</i></p> | <p><i>Selkeyttävät/ edesauttavat tekijät</i></p> | <p>Hoitotyön laatu</p> |
| <p><i>"Eikä se oikeastaan hirveen paljon hoitajan työstä kerro."</i></p> <p><i>"Se on tää päivitys niin vaikee ennakoida..."</i></p> <p><i>"Se, että kun on se, on niin vaikee tää yhtälö, ei voi tuijottaa aina potilasmäärään, voi olla että on pieni määrä potilaita, mutta ne on vaikeampi hoitoisia."</i></p> <p><i>"Jos katotaan...nääh numerot jotka kertoo minkälainen kuormitus...on, niin on vähän vaarallisia..."</i></p> | <p><i>Perus- vaatiluokittelu</i></p> <p><i>Ennakoimattomuus</i></p> <p><i>Paikkatilannekartat</i></p> | <p><i>Tekijät, jotka vaikeuttavat hahmottamaan</i></p> | |

HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN MÄÄRÄÄ KUVAAVAT TEEMAT

| Pelkistetyt ilmaukset | Alateemat | Yhdistävät teemat | Pääteema |
|---|--|--|---|
| <p>"...henkilöstötilastoja on saanut työvuorosuunnittelutaulukon kautta, tavallaan se paljonko on aina ollut se henkilöstövahvuus."</p> <p>"...eihän sitäkään ole mitenkään muuten voinut osoittaa kun työvuorolistan perusteella."</p> <p>"Sitten katsotaan aina toiminta sen mukaan mikä on tilanne..."</p> <p>"Kun on lääkärit poissa, niin me mietitään sitten supistuksia."</p> <p>"...auttaa muita niin jos näkee, että meillä omassa yksikössä on vähän potilaita ja huomaa että muilla on kauhea kuormitus..."</p> <p>"... sitten toiset tiimit auttavat toistansa..."</p> <p>"...koko ajan ollaan ajanhermolla siin, jos on vähän potilaita... tai peruuntumisia... sitten annetaan sitä ythahia."</p> | <p><i>Hoitotyön päivittäinen organisointi</i></p> <p><i>Toiminnan suunnittelu ja ennakointi</i></p> | <p><i>OH:n vaikutuksen alaisia</i></p> | <p>Hoitotyöntekijöiden määrä</p> |
| <p>"...on hirmu vaativia potilaita, se vie aikaa, eikä sitä saada näkyväksi... kun meillä ei ole dokumentoitua tietoa miten vaativia ja miten hoidollisia ne potilaat ovat... jokaisella potilaalla on oikeus saada mahdollisimman laadukasta hoitoa, niin sitten meillä on tietyt resurssit, niin ne ei taas riitä antamaan, kun ei voida todistaa sitä että tarvitaan lisää henkilökuntaa."</p> <p>"Periaatteessa meillä on tietyt vakanssit ja joka vakanssissa tekijä." " Leikkauslistat ja lääkäreiden lomat eivät tule ajoissa, että niiden pohjalta voisi suunnitella hoitotyöntekijöiden määrää."</p> | <p><i>Mittareiden puute</i></p> <p><i>Tietyt vakanssit hoitotyöntekijöistä hoitaja/sairaansija</i></p> <p><i>Yhteistyö muiden ammattiryhmien ja osastojen kanssa</i></p> | <p><i>Muut tekijät</i></p> | |

HOITOTYÖN LÄPINÄKYVYYTTÄ KUVAAVAT TEEMA

| Pelkistetyt ilmaukset | Alateemat | Yhdistävät teemat | Pääteema |
|---|--|---|---|
| <p>"Miksi mitäkin tehdään. Perustelut miksi me toimitaan milläkin tavalla."</p> <p>" Oltaisiin tältäkin pohjalta avoimia ja kollegiaalisia toisia yksiköitä kohtaan ja annettaisiin apua..."</p> <p>"...työnvaativuuden arvioinnin päivittämisen myötä pystyy tuomaan hoitotyötä julki ja sitä miten hoitotyö on muuttunut."</p> <p>"Se että meillä olisi oikeat potilaat oikeassa paikassa... sitä kautta olisi sitten joustavaa ja laadukasta työntekeä. Ja se olisi turvallista toimintaympäristön kannalta."</p> <p>"...tietoa viedään eteenpäin, että mitä vaatimuksia meillä taas on, että saataisiin hoidettua nämä potilaat mahdollisimman hyvin."</p> <p>"Viimekädessä toimintakertomuksesta arvioidaan..."</p> <p>"...jollakin voitas osoittaa se miten paljon aikaa vieviä nää potilaat nykyisin on."</p> <p>"...tahtikin on muuttunut... se olis hyvä, että se jollakin tavalla näkyisi siinä."</p> <p>"Mutta ei he viime kädessä ole ihan selvillä mitä kaikkea hoitajien työhön kuuluu."</p> <p>"...että se vaikuttaa meihinkin, että kyllä pitää aina pikku- sen laajemmin näitä asioita ajatella..."</p> <p>"...miten saadaan ...toiminnot sulautettua tänne jo toiminnassa oleville osastoille, niin siinä on yksi iso asia."</p> <p>"...nykyisessä tilanteessa, kun on kamalan tiukat ne nyörit... se on aika vaikeaa."</p> | <p>Toiminnan perusteet tiedossa</p> <p>Avoimuus</p> <p>Työnvaativuuden arviointi ja seuranta</p> <p>Yhteistyö osastojen ja eri ammattiryhmien välillä</p> <p>Oikeat potilaat oikeassa paikassa</p> <p>Toimintaympäristön muutokset</p> <p>Mittareiden puute, ei ole keinoa osoittaa työn sisältöä</p> <p>Kiire</p> <p>Työn arvostuksen puute</p> <p>Organisaation muutokset</p> <p>Talouden kiristyminen</p> | <p>Auttavat, edistävät</p> <p>Heikentävät/ hankaloittavat</p> | <p>Hoitotyön näkyväksi tekeminen</p> |

RAFAELAA EDELTÄNYT TOIMINTA KUVAAVAT TEEMAT

| Pelkistetyt ilmaukset | Alateemat | Yhdistävät teemat | Pääteema |
|---|---|--------------------------|---|
| <p><i>" Pitkältihän henkilöstöresursointi on mennyt, että montako sairaansijaa ja montako hoitajaa. Sitä on tarkkaan seurattu, että luku olisi suurin piirtein tasainen eri osastoilla."</i></p> <p><i>" ...onhan se tavallaan tasapuolista osastoja kohtaan, että on tämä sairaansijamäärä ja tämä hoitajamäärä... karkeasti tuntuuhan se tasapuoliselta, mutta ei se ihan käytännössä sitä ole."</i></p> | <p><i>Tietojen luotettavuus</i></p> <p><i>Pitkätähittäimen suunnittelu</i></p> <p><i>Tasapuolisuus osastojen kesken</i></p> | <p><i>Vahvuudet</i></p> | <p>RAFAELAA edeltänyt toiminta</p> |
| <p><i>" Perus- vaati- luokittelu ei kovinkaan paljon hoitajien työstä ole kertonut."</i></p> <p><i>"Olisi hyvä, että olisi työkalut miten osoitat faktaa sitten, mutta jatkossa tietysti sitten kirjaamisen osuus korostuu."</i></p> <p><i>" Miten sitä osataan oikein kirjata, että saadaan se työ näkyväksi?"</i></p> <p><i>"...kun ei voida osittaa sitä, että tarvitaan lisää henkilökuntaa."</i></p> <p><i>"Me tehdään yhteistyötä..."</i></p> <p><i>"Montako potilasta leikataan, niin pystyisin henkilökuntamäärää katsomaan..."</i></p> <p><i>"...eivät ilmoita lomiaan ja poissaolojaan...silloin olisi voinut olla henkilökuntaakin vähempi."</i></p> | <p><i>Perus-vaati luokittelu ei kerro todellista hoitoisuutta</i></p> <p><i>Raporttien saatavuus</i></p> <p><i>Ei ole keinoja millä osoittaa lisä henkilökunnan tarvetta</i></p> <p><i>Eri ammattiryhmien välinen yhteistyö</i></p> | <p><i>Heikkoudet</i></p> | |

TULEVAAN RAFAELAN KÄYTTÖÖNOTTOON LIITTYVÄT TEEMAT

| Pelkistetyt ilmaukset | Alateemat | Yhdistävät teemat | Pääteema |
|--|--|-------------------|--|
| <p>"...kun ei ole sellaista dokumenttia, millä perustelet... että kyllä tällaista järjestelmää kaivataan."</p> <p>"...siinähan pystytään tekemään enemmän yksikköjen välistä henkilöiden siirtämistä."</p> <p>"Sitten voisi katsoa suhteessa siihen potilasmäärään tai hoidon vaativuuteen... että henkilöstömäärää suhteessa siihen potilaiden määrään."</p> | <p>Saadaan näyttöä hoitotyöstä</p> <p>Henkilökunnan sijoittelu työmäärän mukaan klinikkar ryhmän sisällä</p> <p>Osoittaa millainen kunkin potilasaines on ja mitä se hoitajalta vaatii</p> <p>Tasaisempi kuormitus</p> | Vahvuudet | Tulevaisuus Rafaelan käyttöönotto |
| <p>"Että vähän huolestuttaa tulevaisuus, että saadaanko sillä hoitajan työpanosta esille, jos ei ehditä kunnolla kirjata eikä ehditä luokitella. Mitä se sitten osoittaa, jos ei ole aikaa kunnolla luokitella?"</p> <p>"jos on ollut potilaita vähemmän ja henkilökuntaa enemmän, niin on pystynyt käyttämään esim. kehittämistehtäviin ja pystynyt pitämään U-päiviä, mutta mites sitten..."</p> | <p>Kiire</p> <p>Hoitotyötä ei saada näkyväksi</p> <p>Muu kun potilastyö, jääkö kehittämistehtäviin ja muuhun oheistoimintaan aikaa</p> | Uhat | |

| Pelkistetyt ilmaukset | Alateemat | Pääteemat |
|---|--|---|
| <p>"Minun mielestä tämä on kaiken a ja o."</p> <p>"Näkee sen oman osaston tilanteen... ja sitten että pystyis suuntaamaan sitä henkilöstöresurssia vielä tarkemmin."</p> <p>"...tulee kättäpitempää, millä osoittaa että töitä tehdään, tosissaan."</p> <p>"Mitä on tähän mennessä vaan mustatuntuu-periaatteella menty, olis sit faktatietoa."</p> | Hoitoisuusluokituksen merkityksen ja hyödyn ymmärtäminen | <p>Organisaation sisäiset tekijät ja yksilöistä johtuvat tekijät</p> |
| <p>"Saadaan sellaista tietoa, mitkä osa-alueet meidän osastolla potilashoidossa korostuu."</p> <p>"...osastonhoitajankin olis sit helpompi perustella... olis sitä näyttöä omille vaatimuksille ja puheille."</p> <p>"...osaston sisällä resurssien tasaaminen, osastojen välillä resurssien tasaaminen."</p> | Hoitoisuus luokituksen hyödyntäminen | |
| <p>"Rafaelavastuuhenkilöillä on omia koulutuksia ja siellä ne puhuu asioista ja luokittelee yhdessä."</p> <p>"...minun toive, että lisää koulutusta resurssien syöttämiseen, eli siihen mitä osastonhoitajan on tehtävä tässä."</p> | Hoitoisuusluokituksen liittyvä koulutus | |
| <p>"...turvata se, että hoitohenkilökunnalla olisi aikaa ja mahdollisuuksia kirjata ja tehdä sitä luokittelua."</p> <p>"...luokitellaan edes yksi, kun että nostetaan tumput pystyyn että ei keritä luokitella kaikkia."</p> <p>"...olen sen jättänyt ja ajatellut, että sitten kun ne tiedot oikeasti siirtyy, niin sitten vasta alan teemmään, kun tuntuu että sitä työtä on niin paljon muutakin."</p> <p>"Osastonhoitaja voi käyttää sit näitä ja katsoa tilastoja, tai sitten ei."</p> | Osastonhoitajan/ esimiehen asenne ja sitoutuminen | |
| <p>"... esittely sitten toisaalta henkilökunnalle minkälaista tietoa sieltä saadaan ja toisaalta ylihoitajalle päin."</p> <p>"...nyt lähinnä mihin luokkaan hoitotyöntekijät on luokitellut...potilaita."</p> <p>"...kirjaamiseen...siihen pitää sitten kyllä kiinnittää huomiota... sitä kautta saatas ne meidän luokittelu... oikealle tasolle."</p> | Raporttien hyödyllisyys ja merkitys toiminnan arvioinnissa | |

HOITOPÄIVIEN LASKUTUKSEN PERIAATTEET VUONNA 2012

Osastoilla on käytössä 2 eri hoitopäivän hintaa perushoitopäivä ja vaativa hoitopäivä. Vaativa hoitopäivä kussakin yksikössä muodostuu sen perusteella, että potilas on jatkuvaa tarkkailua vaativa tai häneen kohdistuu tarkemmin määriteltyä paljon aikaa vievää hoitotyötä. Nämä kriteerit ovat jokaisella yksiköllä erikseen määritelty. Esimerkiksi eristys ei ilman muuta kuulu vaativan hoitopäivän hinnoittelun piiriin, jos potilas on omatoiminen.

Vaativat hoitopäivät kaikilla osastoilla:

Vierihoidoa vaativa potilas

- 1) Lepoliiveissä oleva potilas
- 2) Teho-osastolta siirtyvä potilas siirtopäivänä
- 3) Psykkisessä kriisissä oleva potilas
- 4) Vaativa saattohoitopotilas

Lisäksi

Osasto XXX

- 1) Potilas, jonka tajunnantasoa on seurattava jatkuvasti
- 2) Monivammapotilas, jolla jatkuva päivittäinen avuntarve
- 3) lonkka- ja reisimurtumapotilas tulopäivästä ensimmäiseen post operatiiviseen päivään
- 4) Laajat palovammapotilaat, sekä infektoituneet avoimet haava-alueet joilla aikaa vievät hoidot
- 5) tekonivel- ja selän deesipotilas toiseen post operatiiviseen päivään

Osasto XXX

- 1) Y- ja I-proteesit, thorakotomiat, kystektoimiat, radikaali prostatektomiat, nefrektomiat, carotis-operaatiot, angiografiat/ PTA:t toimenpidepäivä ja 1-2 post operatiiviseen päivään

Osasto XXX

- 1) tehostettua tarkkailua vaativat potilaat (vuotopotilaat, akuutit pankreatiitit)
- 2) isot ja paljon aikaa vievät haavahoidot
- 3) ca pancreatic/Whipple, haimaresectio, ja suolisto-ohitusleikkaukset 1-2 pop päivää
- 4) ca-recti/ colitis ulcerosa/avanneleikkaus montako päivää 1-2 pop
- 5) thoracolaparotomia ja totaali gastrectomia leikkau päivästä 1-2- pop.
- 6) tehostettua postoperatiivista hoitoa vaativat potilaat (runsaasti infuusioita ja antibiootteja, katetreja, syöttö- ja kipupumppuja)

Osasto XXX

- 1) Vaativa plastinen leikkaus, tram, ld, laajat ihonsiirrot 1-2 pop
- 2) ensimmäinen sytostaattihoitopäivä
- 3) Ajallisesti pitkä sytostaattihoito
- 4) Gynekologiset potilaat os. 3B:n luokitusten mukaisesti
- 5) Ca-potilaat/vulva CA:n jatkoahoito
- 6) Hyperstimulaatio
- 7) Geneettinen keskeytys
- 8) Fetus mortus
- 9) Laajat endometrioositoimenpiteet, joissa tehty suolitoimenpiteitä

Osasto XXX

- 1) Oireinen toxemia- asiakas
- 2) Ennenaikaisen synnytyksen uhka
- 3) Sektio: leikkau päivä ja 1.post operatiivinen päivä, komplisoitunut sektio
- 4) Gemini: 2 synnytyksen jälkeistä päivää, jos vauvat osastolla
- 5) Tehostettua seurantaa vaativa vuotoasiakas
- 6) Tehostettua seurantaa vaativa vauva

Osasto XXX

- 1) Oireinen toxemia- asiakas/ magnesium-infuusio, Albetol-infuusio
- 2) Ennenaikaisen synnytyksen uhka/ Tractocile- infuusio
- 3) Sektio: leikkau päivä ja 1. post operatiivinen päivä, komplisoitunut sektio
- 4) Tehostettua seurantaa vaativa vuotoasiakasGeneettinen keskeytys
- 5) Fetus mortus
- 6) Geneettinen keskeytys
- 7) Fetus mortu

Osasto XXX

- 1) Hoidollisesti vaativa potilas, vaatii hoitajan työpanosta yli 4 h / vrk:ssa.
- 2) leikatun potilaan leikkauspäivän hoito
- 3) tehostettua tarkkailua vaativan potilaan hoito (vaikea traumapotilas, hengenhdistus, tracheostomia, vaikea tulehduspotilas),

Kaikki muut hoitopäivät ovat perushoitopäiviä

Osasto XXX

- 4) Hoidollisesti vaativa potilas, vaatii hoitajan työpanosta yli 4 h / vrk:ssa.
- 5) leikatun potilaan leikkauspäivän hoito
- 6) tehostettua tarkkailua vaativan potilaan hoito (vaikea traumapotilas, hengenhdistus, tracheostomia, vaikea tulehduspotilas),

Kaikki muut hoitopäivät ovat perushoitopäiviä

RAFAELA™-HOITOISUUSLUOKITUKSEN KÄYTTÖNOTTOON LIITTYVÄ TEEMAHAASTATTELU OSASTONHOITAJILLE, TU- LOKSENA SYNTYNYT TEEMATAULUKKO

| | | |
|---|--|--|
| <p>"saatas se hoitajien ajankäyttö ja osaaminen optimaalisesti hyödynnettyä."</p> <p>"työvuorosuunnittelun avulla huomioidaan, että meillä on päällekkäistä työ-aikaa... ja hiljainen raportti, että siihen luokitteluun jäisi aikaa."</p> <p>"ollaan tehty työryhmä osastolla...mietitään mitä on, mitä sisältää..että sisäis-tettäis tämä."</p> <p>"voiko sitten paitsi henkilökuntaresursseilla, niin sitten myös koulutuksella, tilojen-, välineiden viilaamisella helpottaa..."</p> <p>"ajatella laajemminkin, kun pelkästään sitä omaa yksikkönsä."</p> <p>"...jos minäkin olen vahvuudessa, niin ei mulla ole enää aikaa... ei ihan kaik-keen enää repeä."</p> <p>"osastonhoitajan rooli on viedä resurssiteidot järjestelmään ja pitää ne ajan-tasalla."</p> <p>"minä en ole kertaakaan ennättänyt vielä laittamaan henkilöitä tuonne."</p> <p>"...se ei toiminut silloin alkuun, ei saatu syötettyä niitä tietoja."</p> <p>"luokittelutietoja ei kovin nopeasti päivity, vaikka resurssitiedot joka viikko sinne kävi viemässä."</p> <p>"yhteisesti klinikkaryhmän sisällä ei ole vielä päätetty kuinka usein raportteja ajetaan."</p> | <p><i>Hoitotyön kehittäminen RAFAELATM –hoitoisuusluokitusjärjestelmästä saatujen tietojen avulla</i></p> <p><i>Johtajuuden kehittäminen</i></p> <p><i>Resurssilaskenta</i></p> <p><i>Hoitoisuustietojen siirtyminen potilastietojärjestelmän ja RAFAELA™ –sovelluksen välillä</i></p> | <p>Tietojärjestelmään liittyvät tekniset ongelmat</p> |
|---|--|--|

RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödyntäminen hoitotyön kehittämisessä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä:

| Finnish Consulting Group Oy | RAFAELA-projektisuunnittelija PKSSK:ssa | Osastonhoitaja | Osastolla toimiva RAFAELA vastuuhenkilö | Osaston Hoitohenkilökunta |
|--|--|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Hoitoisuusluokitus järjestelmän omistaja - RAFAELA™- järjestelmän ylläpitäjä - Huolehtii käyttöönotto kolutuksista - Ohjelmistopäivitykset - RAFAELA- ohjeiden ylläpito ja päivitys - Kerää hoitoisuusluokitustietoja benchmarkingin mahdollistamiseksi | <ul style="list-style-type: none"> - Yhteistyö järjestelmän ylläpitäjän ja organisaation välillä - Huolehtii, että tietojärjestelmät ja niiden välinen tiedonsiirto toimii luotettavasti - Yhteyshenkilö ATK-yksikön ja järjestelmäylläpitäjien kanssa - Kouluttaa organisaation henkilökuntaa järjestelmän käyttöön ja on osastojen käytettävissä - Siirtää hoitoisuustiedot potilastietojärjestelmästä RAFAELA- järjestelmään | <ul style="list-style-type: none"> - Johtamisen työväline - Huolehtii, että osaston resurssitiedot on ajan tasalla - Hoitotyön arviointi hoitoisuusluokitustietojen avulla: <ul style="list-style-type: none"> • koulutus • kehittäminen - Raporttien hyödyntäminen osastotoiminnan suunnittelussa - Analysoitujen raporttien esittäminen hoitotyöntekijöille ja klinikkaryhmän ylihoitajalle - Johtajuuden arviointi | <ul style="list-style-type: none"> - Ohjaa, opastaa ja kouluttaa kollegoitaan osastolla - Osallistuu organisaation sisällä RAFAELA- vastaavien kokouksiin ja koulutuksiin ja tuo niistä oppimansa tiedon osastolle - Huolehtii, että päivitetty ohjeet on käytössä osastolla - Tuo viestiä ongelmista, kehitettävistä asioista esimiehelle | <ul style="list-style-type: none"> - Huolehtii potilasasiakirjoihin kirjaamisesta - Huolehtii kirjaamisen perusteella tapahtuvasta potilaiden hoitoisuuden luokittelusta - Käyttää hoitoisuusluokitusjärjestelmän tuottamaa tietoa perehdyttämisen apuna |