

SAVONIA

ammattikorkeakoulu

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

HOITOISUUSLUOKITUSJÄRJESTELMÄN HYÖDYNTÄMINEN OSAAMISEN KEHITTÄMISESSÄ

Teemahaastattelu sairaalafysiologian yksikön hoitohenkilöstölle
Keski-Suomen Sairaala Novassa

TEKIJÄ Auli Väisänen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Tutkinto-ohjelma Bioanalytiikan kliinisen asiantuntijan tutkinto-ohjelma / Radiografian kliinisen asiantuntijan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Auli Väisänen	
Työn nimi Hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödyntäminen osaamisen kehittämisessä – Teemahaastattelu sairaalafysiologian yksikön hoitohenkilöstölle Keski-Suomen Sairaala Novassa	
Päiväys 8.5.2024	Sivumäärä/Liitteet 58/4
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Sairaalafysiologian yksikkö, Sairaala Nova Keski-Suomen hyvinvointialue	
Tiivistelmä <p>Terveydenhuollon muuttuvassa työympäristössä potilasturvallisen ja laadukkaan toiminnan turvaaminen edellyttää terveydenhuollon ammattilaisilta jatkuvaa osaamisen ja toiminnan arviointia, kehittämistä ja uudistamista. Esihenkilöt tarvitsevat johtamisensa tueksi tietoa henkilöstön osaamistarpeista ja toimintaresurssien riittävydestä. Hoitotyössä henkilöstösuunnittelun ja toiminnan kehittämisen tukena hyödynnetään hoitoisuusluokitusta, jossa potilas luokitellaan hoidon vaativuuden ja hoitajan työmäärän mukaiseen hoitoisuusluokkaan. Keski-Suomen hyvinvointialueella on vuonna 2021 otettu käyttöön diagnostisella palvelualueella hoitoisuusluokitusjärjestelmä, jossa potilaalle suoritettu tutkimus tai toimenpide luokitellaan hoitajan arvioiman kuormittavuuden mukaan hoitoisuusluokkaan 1–4. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödynnettävyyttä voidaan edistää hoitohenkilöstön osaamisen ja toiminnan kehittämisessä.</p> <p>Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilöstön näkemyksiä hoitoisuusluokituksen käytöstä sairaalafysiologian yksikössä. Tutkimukseen osallistui kymmenen hoitajaa ja haastattelut toteutettiin kolmena ryhmähaastatteluna lokakuussa 2023. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tulosten mukaan hoitohenkilöstöllä hoitoisuusluokan valintaan vaikuttivat tutkimuksen kulku, tutkimustilanteen hallinta ja tutkimustilanteen turvallisuuden hallinta sekä subjektiivinen näkemys ja toimintamallin selkeys. Kehitettävää hoitoisuusluokitusjärjestelmässä ilmeni käytön toiminnallisuudessa ja hoitoisuusluokitustietojen raportoimisessa ja hyödyntämisessä. Johtopäätökset ja tutkimustulokset osoittavat, että hoitoisuusluokitusta voidaan hyödyntää toiminnan suunnittelun tukena tarkastelemalla hoitoisuusluokan 3 esiintyvyyttä eri tutkimuksissa. Selvittämällä hoitoisuusluokan 3 valintaan vaikuttavia tekijöitä voidaan arvioida toiminnan kehittämistarpeita. Hoitohenkilöstön osaamisen kehittämistarpeita voidaan havaita tarkastelemalla hoitoisuusluokan 3 ja hoitoisuusluokan 4 esiintyvyyttä tutkimuksissa. Tiedottamalla yksikössä säännöllisesti hoitoisuusluokitustiedoista edistetään niiden hyödyntämistä käytännön työhön vaikuttavalla tavalla.</p>	
Avainsanat hoitoisuus, diagnostiset palvelut, hoitohenkilöstö, näkemys, osaaminen, toiminta, kehittäminen	

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Master's Degree Programme in Biomedical Laboratory Science / Master's Degree Programme in Radiography	
Author(s) Auli Väisänen	
Title of Thesis Utilization of the Patient Classification System in Competence Development – Theme interview with the nursing staff of the Clinical Physiology Department	
Date May 8, 2024	Pages/Appendices 58/4
Client Organisation /Partners The Department of Clinical Physiology, Sairaala Nova, Wellbeing Services County of Central Finland	
<p>Abstract</p> <p>In the changing work environment of healthcare, ensuring patient safety and quality care requires continuous assessment, development, and renewal of competence and practices by healthcare professionals. Supervisors need information on the competence of nursing staff and adequacy of operational resources to support their leadership. The patient classification system is utilized to support personnel planning and operational development, where patients are classified into care intensity categories based on the complexity of healthcare and the workload for nurses. In the wellbeing services county of Central Finland, the patient classification system was introduced in 2021 in the diagnostic services area. In this system, examinations or procedures performed on patients are classified into care intensity categories 1–4 based on the perceived workload by the nurse. The aim of the study was to produce information to enhance the utilization of the patient classification system in developing of operation and the competence of nursing staff.</p> <p>The study was conducted as a qualitative research, and data was collected through thematic interviews. The purpose was to describe the conceptions of nursing staff on the use of the patient classification system in the Department of Clinical Physiology. Ten nurses participated in the study, and interviews were conducted in three group sessions in October 2023. The research data was analyzed using inductive content analysis.</p> <p>According to the results, factors influencing the care intensity categories used by nursing staff included the course of the examination, management of the examination situation and safety, as well as subjective conceptions and clarity of the operating model. Areas for improvement in the patient classification system were identified in its operational functionality and the reporting and utilization of the patient classification data. The conclusions and research findings indicate that the patient classification system can be utilized in operational planning by examining the occurrence of care intensity category 3 in different examinations. By identifying factors affecting the selection of care intensity category 3, development needs can be assessed. Competence development needs of nursing staff can be observed by examining the occurrence of care intensity category 3 and 4 in examinations. Regular communication of the patient classification data in the unit promotes their practical utilization in the work process.</p>	
<p>Keywords care intensity, diagnostic services, nursing staff, conceptions, competence, operations, developing</p>	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	POTILASTURVALLINEN JA LAADUKAS TOIMINTA TERVEYDENHUOLLOSSA	8
3	HOITOISUUSLUOKITUS TERVEYDENHUOLLOSSA.....	11
3.1	Hoitoisuusluokitus hoitotyössä	11
3.2	Hoitoisuusluokitus diagnostisella palvelualueella.....	11
3.3	Hoitoisuusluokituksen luotettavuuden arviointi	13
4	HOITOHENKILÖSTÖN OSAAMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA	14
4.1	Ammatillinen osaaminen terveydenhuollossa	14
4.2	Osaamisen kehittäminen	16
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	17
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	18
6.1	Tutkimusmenetelmä.....	18
6.2	Tutkimusympäristö.....	19
6.3	Aineiston keruu.....	20
6.4	Aineiston analysointi	22
7	TULOKSET	26
7.1	Tutkimuksen kohderyhmä	26
7.2	Hoitoisuusluokan valintaan vaikuttavat tekijät.....	26
7.3	Hoitoisuusluokitusjärjestelmään liittyviä kehittämistarpeita	37
8	POHDINTA.....	42
8.1	Tulosten tarkastelu	42
8.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	45
8.3	Johtopäätökset ja kehittämisideat	51
	LÄHTEET	53
	LIITE 1: SÄHKÖPOSTI HOITOHENKILÖSTÖLLE REKRYTOINTIA VARTEN.....	59
	LIITE 2: HAASTATTELURUNKO	60
	LIITE 3: SAIRAALAFYSIOLOGIA YKSIKÖN HOITOISUUSLUOKITUSTIETOJA VUONNA 2023 (N=10 144).....	61
	LIITE 4: TIETOSUOJAILMOITUS	62

KUVALUETTELO

KUVA 1. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 12).....	8
KUVA 2. WHO:n potilasturvallisuuden tavoiteohjelman toimenpidepuu (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022, 14)	9
KUVA 3. CanMEDS-mallin osaamisalueet (Niemi-Murola 2017)	15
KUVA 4. Hoitoisuusluokitus, diagnostiset palvelut Keski-Suomen hyvinvointialue	20
KUVA 5. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet (Tuomi & Sarajärvi 2018, 4.4.3)	23
KUVA 6. Hoitohenkilöstön näkemykset hoitoisuusluokan valintaan vaikuttavista tekijöistä	26
KUVA 7. Hoitoisuusluokan 1 valintaa ohjaavat tekijät.....	27
KUVA 8. Hoitoisuusluokan 2 valintaa ohjaavat tekijät.....	28
KUVA 9. Hoitoisuusluokan 3 valintaa ohjaavat tekijät.....	30
KUVA 10. Hoitoisuusluokan 4 valintaa ohjaavat tekijät.....	32
KUVA 11. Hoitoisuusluokan valintaan vaikuttavia erottelevia ja yhdistäviä tekijöitä	34
KUVA 12. Hoitoisuusluokitukseen liittyviä kehittämistarpeita	37
KUVA 13. Hoitoisuusluokituksen käytön toiminnallisuuteen liittyviä kehittämistarpeita.....	38
KUVA 14. Hoitoisuusluokituksen toiminnallisuuteen liittyvä RIS-järjestelmän lisävalikon kehittäminen	39
KUVA 15. Hoitoisuusluokitustiedon raportoinnin ja hyödyntämisen kehittäminen	40

TAULUKKOLUETTELO

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä	25
TAULUKKO 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä	25

1 JOHDANTO

Terveydenhuollossa tavoitteena on laadukas ja potilasturvallinen toiminta, minkä turvaaminen nykyajan muuttuvassa työympäristössä edellyttää osaamisen varmistamista ja osaamistarpeiden jatkuvaa arviointia. Erityisesti uudet poikkeustilanteet, kuten covid-19- pandemiatilanne, vaativat terveydenhuollon ammattilaisilta jatkuvaa oppimista osaamisen uudistamiseksi, kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi. Esihenkilöt tarvitsevat tietoa henkilökunnan osaamistarpeista ja toimintaresurssien riittävästä johtamisensa tueksi. Henkilökunnan osaamisen johtamiseen on tulevaisuudessa panostettava entistä enemmän, sillä työntekijöiden osaamisen tasolla on vaikutusta myös työnkuormittavuuteen ja työhyvinvointiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2022; Yrttiaho 2018.)

Hoitotyön laadunvarmistamisen ja henkilöstösuunnittelun tueksi on kehitetty hoitoisuusluokitusjärjestelmiä, joissa jokaiselle potilaalle määritetään hoitoisuus hoidossa tarvittun resurssitarpeen mukaisesti ja potilas luokitellaan tietyn kriteerin mukaiseen hoitoisuusluokkaan (Fagerström & Rauhala 2001; Frilund & Fagerström 2009; Levenstam & Bergbom 2011). Hoitoisuus voidaan määrittellä potilaan tarvitsemaksi avuksi hoitajalta (Fagerström & Rauhala 2001, 11). Hoitoisuusluokituksen avulla voidaan saada tietoa toiminnan kehittämiseksi ja tehostamiseksi (Liljamo, Kinnunen, Ohtonen & Saranto 2017).

Hoitotyössä käytettävää hoitoisuusluokitusta on haastavaa soveltaa diagnostisella palvelualueella, sillä potilaan hoitoisuus ei välttämättä kuvaa sitä, kuinka vaativaa diagnostisen tutkimuksen suorittaminen on ollut ja millaista osaamista se on henkilöstöltä edellyttänyt. Tutkittaessa esimerkiksi kuvantamisen natiivitutkimusten hoitoisuusluokitusta on jatkotutkimuksena ehdotettu kuvantamisyksikön tarpeita huomioivan hoitoisuusluokitusjärjestelmän kehittämistä. (Louhivuori 2016, 40.)

Tutkimuksen toimeksiantajana on sairaalafysiologian yksikkö Sairaala Novassa, Keski-Suomen hyvinvointialueella. Sairaala Nova on Suomen suurin keskussairaala ja sairaalafysiologian yksikkö kuuluu diagnostiseen palvelualueeseen kuvantamisen, patologian ja Keski-Suomen Biopankki yksiköiden kanssa. Diagnostisella palvelualueella on tutkimusten ja toimenpiteiden arviointia varten otettu käyttöön hoitoisuusluokitusjärjestelmä kuvantamisen yksikössä vuonna 2021 ja sairaalafysiologian yksikössä vuonna 2022.

Tutkimus on toteutettu laadullisena teemahaastatteluna. Tutkimusaineisto on kerätty haastattelemalla kymmentä sairaalafysiologian terveydenhuollon ammattilaista, jotka työskentelevät laboratorio-, röntgen- tai sairaanhoitajina. Haastateltavat käyttävät työtehtävissään diagnostisen palvelualueen hoitoisuusluokitusta. Tutkimusaineisto on analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön näkemyksiä hoitoisuusluokituksen käytöstä sairaalafysiologian yksikössä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödynnettävyyttä voidaan edistää hoitohenkilöstön osaamisen ja yksikön toiminnan kehittämisessä.

Terveydenhuollossa tarvitaan monipuolisesti ja useista eri näkökulmista tutkittua ja tuotettua tietoa toiminnan kehittämistä ja käytännön ratkaisuja varten (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta

2003, 614). Hoitoisuusluokitusta on Keski-Suomen hyvinvointialueella käytetty diagnostisella palvelu-alueella vuodesta 2021 lähtien, joten hoitoisuusluokitusjärjestelmä on diagnostiikan alueella uusi toimintamalli. Tutkimusta hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytöstä hoitohenkilöstön näkökulmasta voidaan pitää tarpeellisena, sillä se auttaa jäsentämään vastikään käyttöön otetun toimintamallin nykytilannetta ja antaa samalla tietoa mahdollisista kehittämistarpeista. Hoitoisuusluokituksella kerätyn tiedon olisi tärkeää kuvata mahdollisimman luotettavasti käytännön tilanteita. Hoitoisuusluokitustietojen luotettavuuden varmistaminen on oleellista niiden käyttökelpoisuuden kannalta esimerkiksi toimintaresurssien optimaalisessa kohdentamisessa (Yrttiaho 2018). Hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödyntäminen voi edistää diagnostisella palvelualueella hoitohenkilöstön osaamisen ja yksikön toiminnan suunnittelua ja kehittämistä potilasturvallisen ja laadukkaan toiminnan turvaamiseksi.

2 POTILASTURVALLINEN JA LAADUKAS TOIMINTA TERVEYDENHUOLLOSSA

Terveydenhuollossa potilasturvallisuudella tarkoitetaan palvelujen tuottamista, järjestämistä ja toteuttamista siten, että potilaan psyykinen, fyysinen, sosiaalinen ja taloudellinen turvallisuus on varmistettu. Potilasturvallisuus voidaan määritellä asianmukaiseksi ja oikea-aikaiseksi terveydenhuollon palveluksi eli potilas saa tarvitsemaansa hoitoa oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa, eikä hoidosta aiheudu estettävissä olevaa haittaa. Potilaan laadukkaan ja turvallisen hoidon lisäksi potilasturvallisuus sisältää lääkitys- ja laiteturvallisuuden. Terveydenhuollon organisaatioiden ja niissä toimivien yksilöiden toiminnalla ja periaatteilla pyritään varmistamaan potilaan hoidon turvallisuus ja suojaamaan potilasta vahingoittumasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2022; Suomen Potilasturvallisuusyhdistys, 4.)

Terveydenhuollossa laatua on vaikea määritellä yksiselitteisesti, mutta yhtenä määritelmänä voidaan pitää potilaan palvelujen tarpeen täyttämistä ammattitaidolla, lakien, asetusten ja määräysten mukaisesti sekä edullisin kustannuksin (Idänpään-Heikkilä, Outinen, Nordblad, Päivärinta & Mäkelä 2000, 8). Arvioitaessa terveydenhuollon laatua on kiinnitettävä huomiota asianmukaisuuteen, turvallisuuteen, tasapuolisuuteen, tehokkuuteen, vaikuttavuuteen sekä potilaskeskeisyyteen. Oleellista on huomioida ja edistää potilasturvallisuutta ja panostaa toiminnassa riskien ehkäisemiseen. (Lehtonen 2018, 2, 4-5).

Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa Suomessa lainsäädäntöä, jolla pyritään turvaamaan terveydenhuollon potilasturvallinen toiminta. Terveydenhuoltolaki (1326/2010, 8§) velvoittaa terveydenhuollon toiminnan olevan asianmukaista, turvallista ja laadukasta perustuen näyttöön ja hyviin toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994, 1§, 2§) tarkoituksena on edistää palvelujen potilasturvallisuutta ja laatua määrittämällä henkilöt, joilla on oikeus toimia terveydenhuollon ammatissa, ja varmistamalla henkilöiden riittävä ammatillinen pätevyys.

Sosiaali- ja terveysministeriön potilas- ja asiakasturvallisuusstrategioissa kuvataan keskeisenä tekijänä henkilöstön osaamisen ja resurssien varmistaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2022).



KUVA 1. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 12)

Vuoden 2017 potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiassa korostuu organisaation johdon ja esimiesten vastuu työn hallinnan ja turvallisen työskentelyn turvaamisesta varmistamalla työolosuhteet, ammatillinen osaaminen ja riittävät resurssit (kuva 1). Jokaisella työntekijällä on vastuu oman osaamisensa ja toimintansa kehittämistä sovittujen tapojen mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Vuonna 2022 Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian ja toimenpanosuunnitelman 2022–2026 toteuttaakseen vision ”Suomi on mallimaa asiakas- ja potilasturvallisuudessa vuonna 2026”. Strategiassa on hyödynnetty Maailman terveysjärjestön WHO:n julkaisemaa maailmanlaajuisia potilasturvallisuuden tavoiteohjelmaa vuosille 2021–2030 (kuva 2). Strategian laadullisilla ja toiminnallisilla tavoitteilla pyritään edistämään asiakas- ja potilasturvallisuutta, jotta mahdollisimman suuri osa vältettävissä olevista haitoista pystyttäisiin välttämään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022, 13–16.)



KUVA 2. WHO:n potilasturvallisuuden tavoiteohjelman toimenpidepuu (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022, 14)

Terveydenhuollon laadukas ja potilasturvallinen toiminta pyritään turvaamaan henkilökunnan ammatillisen osaamisen jatkuvalla arvioinnilla ja varmistamisella. Globalisaation ja digitalisaation kehityksessä ja väestön ikääntyessä työtehtävistä suoriutumiseen tarvitaan uudenlaista tietoa, taitoa ja osaamista. Työympäristön nopeiden ja yllättävienkin muutosten, kuten covid-19- pandemiatilanteen,

vuoksi myös osaamisen vaatimukset muuttuvat ja työntekijöiltä edellytetään taitoa yhdistää teoreettista tietoa ja käytännön kokemusta yhä monipuolisemmiksi kokonaisuuksiksi. Työtilanteissa pärjääminen edellyttää työntekijöiltä jatkuvaa uuden oppimista, sillä työtehtävissään he saattavat joutua tilanteisiin, joista heillä ei ole lainkaan aiempaa kokemusta. Työtehtävissä edellytetään lisäksi hyviä vuorovaikutustaitoja, joustavuutta ja kykyä toimia ryhmässä. (Hätönen 2004, 7; Lehtonen, Puhakka, Pylväs & Nokelainen 2021, 11.) Terveydenhuollon tavoitteena olevan laadukkaan ja potilasturvallisen toiminnan toteutuminen edellyttää riittävää henkilöstöä ja tarkoituksenmukaisia muita voimavaroja, korkeatasoista osaamista, sujuvaa tiedonkulkua ja vaikuttavaa viestintää sekä hyvää palveluketjun koordinoitua ja johtamista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022, 19).

Työturvallisuuslaki (738/2002, 13§) edellyttää työn suunnittelussa ja mitoituksessa huomioimaan työntekijän fyysiset ja henkiset edellytykset, jotta kuormittavien tekijöiden aiheuttamia haittoja turvallisuudelle ja terveydelle voitaisiin ehkäistä tai vähentää. Esihenkilöiltä toivotaan työntekijöiden kokonaiskuormituksen huomioimista mitoittamalla työtehtävät työntekijälle sopivan haastaviksi (Työturvallisuuskeskus 2022). Röntgenhoitajan työhön voi sisältyä paljon erilaisia psykososiaalisesti kuormittavia tekijöitä. Nämä voidaan luokitella kahdeksaan pääluokkaan, jotka ovat ongelmat työyhteisössä, työmäärän ja ajan epätasapaino, potilaat, yleiset työhön liittyvät tekijät, potilaiden tai omaisten aiheuttama väkivalta tai sen uhka, laitteisto ja työtilat, organisaatio ja johtaminen sekä eteneminen uralla. Hoitajien työhyvinvointia voidaan kohentaa vaikuttamalla psykososiaalisesti kuormittaviin tekijöihin. Työhyvinvointi vaikuttaa työn laatuun, jolloin sillä on merkitystä myös potilaisiin ja organisaatioon sekä erityisesti hoitajaan itseensä. (Yrttiaho 2018.)

Röntgenhoitajien jaksamista työssään on tutkittu selvittämällä heidän työhyvinvointiaan edistäviä tekijöitä ja eniten kuormitusta aiheuttavia tekijöitä. Tulosten mukaan työssäjaksamisesta koettiin huolta aikapaineiden ja työkuorman lisääntymisen vuoksi, sillä henkilökunnan määrän kerrottiin pysyvän ennallaan, vaikka tutkimukset olivat entistä työläämpiä. Eniten kuormittumista aiheuttivat kiire ja erityisesti suurimmissa työyksiköissä kuormittavaksi tekijöiksi koettiin lisäksi henkilöstön riittävyys ja vaihtuvuus. Potilaiden siirrot olivat myös merkittävä kuormitusta lisäävä tekijä. Henkistä kuormittumista koki useammin nuoret kuin vanhemmat röntgenhoitajat. Merkittävien voimavaroja lisäävä tekijä oli työkavereiden tuki sekä hyvä ilmapiiri työpaikalla ja potilaskontaktit. Hyvinvointia kohentaviksi keinoiksi mainittiin esimerkiksi esimiestyön ja johtamisen kehittäminen. (Punakivi 2020, 35–36.)

Terveydenhuollon ammattilaisten hyvinvointi on yksi perusedellytyksistä potilasturvallisuuden toteutumiselle. Hyvinvointiin vaikuttaa muun muassa luottamus omaan ammatilliseen osaamiseen ja henkilöstön riittävä määrä potilaiden palvelutarpeeseen nähden. Vuoden 2022 potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiassa korostetaan, että terveydenhuollon ammattilaisilla on oltava oikeus ylläpitää ja kehittää osaamistaan ja työnantajien tehtävänä on huolehtia henkilöstön riittävästä osallistumisesta täydennyskoulutukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022, 27–29.)

3 HOITOISUUSLUOKITUS TERVEYDENHUOLLOSSA

3.1 Hoitoisuusluokitus hoitotyössä

Hoitoisuusluokitus (patient classification) tarkoittaa prosessia, jossa jokainen potilas luokitellaan tiettyjen kriteerien mukaiseen hoitoisuusluokkaan. Hoitoisuus voidaan määritellä työmääräksi, jota potilaan yksilöllinen hoitotyö edellyttää häntä hoitavalta henkilöltä. Potilaat luokitellaan heidän tarvitseman resurssitarpeen mukaan ja potilaiden hoitoisuus numeraalisesti ilmaistuna osoittaa hoitajien työkuormitusta. Hoitoisuusluokituksella määritetään tarvittavat hoitotyön resurssit potilaiden tarvitseman hoidon mukaisesti. (Fagerström & Rauhala 2001; Fagerström & Rauhala 2007b; Frilund & Fagerström 2009; Levenstam & Bergbom 2011.) Hoitoisuutta on määritelty eri aikakausina ja eri yhteyksissä eri tavoin, joten siitä ei ole olemassa yhtä ainoata hyväksyttyä määritelmää. Hoitoisuusluokituksen yhteydessä käytettäessä hoitoisuus-käsitteestä voidaan käyttää ilmaisuja muun muassa hoidon kuormittavuus, hoidon raskaus, koettu hoitoisuus, kuntoisuus ja hoidettavuus. Hoitoisuusluokitus-käsite tarkoittaa mittaria ja potilaiden luokitusprosessia. (Kaustinen 2011, 24.)

Hoitoisuusluokituksia on ollut Yhdysvalloissa käytössä 1940-luvulta lähtien. Pohjoismaissa hoitoisuusluokituksia on kehitetty 1960-luvulta asti ja erityisesti 1990-luvulla toiminnan tehostamistarpeiden vuoksi. (Luhtasela 2006, 8.) Suomessa potilaiden hoitoisuuden eli toteutuneen hoidon vaatavuuden arviointia on tehty Oulu Patient Classification - eli OPC- hoitoisuusluokituksen avulla yli 20 vuoden ajan. Luokittelujärjestelmä potilaan hoitoisuuden arvioimiseksi kehitettiin, koska hoitotyön vaatimuksia ei kokemukseen perustavalla tiedolla koettu saavan tarpeeksi hyvin perusteltua terveydenhuollossa tehtäville päätöksille. Vaikka eri potilaiden lääketieteellinen diagnoosi olisi sama, voivat he hoitoisuudeltaan olla erilaisia ja esimerkiksi tarvita eri määrän henkilöstöresursseja. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla saadaan näyttöön perustuvaa tietoa hoitotyön toiminnan suunnittelua, arviointia ja henkilökunnan tarkoituksen mukaista resurssointia varten. (Liljamo 2017.)

Potilaiden OPC-hoitoisuusluokitusmittari on ollut 2000-luvun alkupuolelta osa RAFAELA- hoitoisuusluokitusjärjestelmää. RAFAELA muodostuu kolmesta mittarista, joista ensimmäinen on potilaiden hoidon vaatavuutta luokitteleva OPC-mittari, toinen potilaiden hoitoon osallistuneiden hoitajien määrää kuvaava mittari ja kolmantena on mittari nimeltä PAONCIL (Professional Assessment of Nursing Care Intensity), joka laskee sen, onko hoitajia riittävästi vastaamaan hoidon tarpeeseen eli arvioi hoitoisuus/hoitaja -suhteen optimaalisuutta. (Fagerström & Rauhala 2007b; Luhtasela 2006, 2.)

Henkilöstömitoitus ja potilaiden hoitoisuus vaikuttavat hoitotyön laatuun, joten hoitoisuusluokituksen tavoitteena on päästä tilanteeseen, jossa hoitohenkilöstön käytettävissä olevat voimavarat ja potilaiden arvioidut hoitotarpeet olisivat toisiinsa nähden sopivassa suhteessa (Fagerström 2009; Mäkelä 2006, 61; Partanen 2002, 174). Hoitoisuusluokitus tukee myös yhtenäisten menetelmien kehittämistä ja mahdollistaa laadun jatkuvaa arviointia (Pulkkinen 2000, 166).

3.2 Hoitoisuusluokitus diagnostisella palvelualueella

Diagnostiset tutkimukset ovat osa potilaan hoitoketjua ja niiden onnistuminen edellyttää potilaiden ja hoitajien hyvää yhteistyötä. Diagnostista tutkimusta suorittaville hoitajille potilaan hoitoisuus ilmenee eri tavalla kuin esimerkiksi vuodeosastolla työskenteleville hoitajille, joten potilaan hoidon ja

avuntarve voi kuulua näissä yksiköissä eri hoitoisuusluokkiin. (Louhivuori 2016, 1–2, 34.) Jotta diagnostisten tutkimusten vaatimukset voidaan huomioida esimerkiksi organisaation kustannuslaskennassa, edellyttää se hoitoisuuden määrittämistä myös diagnostiset tarpeet huomioivalla luokituksella. (Louhivuori 2016, 1–2, 34; Walta 2012, 86, 93.)

Diagnostisissa yksiköissä on Suomessa käytössä eri hoitoisuusluokitusjärjestelmiä. Esimerkiksi Varsinais-Suomessa kuvantamisessa käytettävä hoitoisuusluokitusmalli perustuu kuuteen eri arviointikriteeriin, jotka ovat tutkimuksen tai toimenpiteen suunnittelu, tutkimustyyppi, yleistila tai sairaudet, ohjaus, kontakti- ja toimintakyky sekä eristys ja pukeutuminen. Seinäjoella radiologian yksikössä käytössä oleva hoitoisuusluokitusjärjestelmä on kehitetty kuvantamiseen soveltuvaksi versioksi Oula-hoitoisuusluokka OPC-mallista. RADU-toiminnanohjausjärjestelmässä oleva hoitoisuusluokitus on viisiportainen, jossa luokittelu perustuu tutkimuksen suorittamiseen kuluneeseen kokonaisaikaan. Kokonaisaika muodostuu tutkimuksen valmisteluun, potilaan ohjaukseen ennen tutkimusta ja tutkimuksen jälkeen sekä avustamiseen kuluneesta ajasta ja lisäksi kuvan käsittelyyn ja hyväksymiseen kuluneesta ajasta huomioiden myös laitteiston toimintahäiriöiden aiheuttamat mahdolliset viiveet. (Anttinen & Nuotioma 2018, 11–12.) Suomen yliopistosairaaloiden kuvantamisyksiköissä on käytössä hoitoisuusluokitusjärjestelmiä, jotka perustuvat potilaan tarvitseman avun arviointiin. Luokitukset ovat pääpiirteissään neljäportaisia: 1. Omatoiminen 2. Autettava/erityistä ohjausta ja neuvontaa tarvitseva 3. Toistuvasti autettava/ tarkkailtava 4. Jatkuvasti tarkkailtava. (Louhivuori 2016, 40.)

Diagnostisella palvelualueella haasteena on, että potilaiden avun tai hoidon tarve voi vaihdella samalla tutkimusnimikkeellä tehdyissä tutkimuksissa, joten hoitoisuusluokituksen avulla pitäisi pystyä luokittelemaan tutkimuksen kulkuun vaikuttavat tekijät, kuten potilaan co-operaatio ja kulttuurierot (Louhivuori 2016, 1, 40). Hoitajan kokemaa työkuormaa ei voi mitata tarkastelemalla pelkästään tutkimusmääriä, vaan on saatava tietoa tutkimuskohtaisesti potilaiden yksilöllisestä hoidontarpeesta (Kaustinen 2011). Maahanmuuttajapotilaiden lisääntynyt määrä on haaste terveydenhuollon henkilöstölle, sillä tutkimustilanteessa keskinäinen ymmärrys on tärkeää. Tutkimuslähetteessä olisi hyvä mainita potilaan äidinkieli ja tulkin tarve. Ammattitulkia tarvittaisiin erityisesti sivuvaikutusten ja mahdollisten komplikaatioiden tiedottamisessa potilaille, sillä tällöin ystävät, sukulaiset ja erityisesti omat lapset eivät ole tulkkeina ihanteellisia vaihtoehtoja. Ammattitulkeilla ongelmana on ajanpuute ja myös radiologisia toimenpiteitä koskeva erityistietämyksen puute. Kulttuurien välistä viestintää varten olisi henkilökunnalle tärkeää saada koulutusta lisää. (Fatahi, Mattsson, Lundgren, & Hellström 2010.)

Väestön ikääntymisellä on vaikutusta diagnostisten tutkimusten lisääntyneeseen kysyntään. Potilaiden keski-ään noustessa tutkittavat potilaat ovat yhä huonompi kuntoisia ja he tarvitsevat hoitajilta enemmän apua tutkimuksen kuluessa, jolloin tutkimustilanteet vievät myös yhä enemmän hoitohenkilökunnan aikaa. (Punakivi, Henner & Holmström 2021; Walta 2012, 86, 93; Joukanen 2012.)

Optimaalista resurssointia varten olisi tarpeellista saada tutkimuskohtaisesti selville potilaan yksilölliset tarpeet, koska saman tutkimuksen suorittamiseen voidaan tarvita eri määrä henkilöstöä ja myös tutkimukseen käytetty aika voi vaihdella eri potilailla. Diagnostisen tutkimuksen tai toimenpiteen

päätyttyä hoitoisuusluokittelulla pitäisi saada selville hoitajalta vaadittu työmäärä potilaan tutkimuksen suorittamista varten. Lisäksi diagnostiselle palvelualueelle soveltuvan hoitoisuusluokituksen olisi oltava helppokäyttöinen ja selkeä. (Louhivuori 2016, 1–2, 34, 40.)

3.3 Hoitoisuusluokituksen luotettavuuden arviointi

Potilaan hoitoisuuden luokittelu perustuu hoitajien subjektiivisiin arvioihin, joten hoitoisuusluokituksen tuottaman tiedon luotettavuutta kohtaan on esitetty tutkimuksissa kritiikkiä. Hoitoisuusluokituksen luotettavuus edellyttää, että hoitohenkilöstö osaa kuvata potilaan hoidon edellyttämän työmäärän sellaisena kuin se käytännön työssä ilmenee. Tämä edellyttää hoitohenkilöstön jäseniltä yhteistyötä hoitoisuuskriteeristön luomisessa ja kehittämisessä. (Fagerström, Lønning & Andersen 2014, 30–36; Fagerström & Rauhala 2001, 9; Fagerström & Rauhala 2007a.)

Hoitoisuusluokitusjärjestelmän luotettavuutta ja pätevyyttä olisi varmistettava päivittäisessä työssä, mikäli sitä käytetään henkilöstösuunnittelun tukena (Junttila 2023, 42). Hoitajien subjektiivisten arvioiden luotettavuutta voidaan hoitoisuusluokituksessa varmistaa rinnakkaisluokituksilla, joissa verrataan vähintään kahden hoitajan antamia luokituksia. Jos hoitajien hoitoisuusluokitusarviot eroavat toisistaan, luokittelu antaa satunnaisia, epäluotettavia tuloksia, eikä niitä voida luotettavasti hyödyntää. Suomessa hoitotyön hoitoisuusluokitusjärjestelmiä käytetään nykypäivänä noin 30 eri organisaatiossa ja kaikissa näissä organisaatioissa tehdään rinnakkaisluokituksia luokittelun luotettavuuden arvioimiseksi. (Junttila, Haatainen, Koivu & Nykänen 2023; Kaustinen 2011; Liljamo 2017; Liljamo ym. 2017; Liljamo 2018.)

Hoitajien hoitoisuusarvioinnin johdonmukaisuutta parantamalla voidaan vaikuttaa hoitoisuusluokituksen luotettavuuteen ja pätevyyteen. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytön pituus vaikuttaa rinnakaisten luokitusmittausten onnistumiseen. (Junttila ym. 2023.) Jotta luotettavaa tietoa hoitoisuudesta on mahdollista saada, edellyttää se hoitajien sitoutumista potilaiden hoidon vaativuuden luokitteluun sovittujen käytäntöjen mukaisesti (Liljamo 2017; Liljamo ym. 2017). Myös hyödyntämällä aktiivisesti hoitoisuusluokitusraporttien tuottamaa tietoa voidaan hoitajia motivoida hoitoisuusluokittelun käyttöön (Liljamo 2018).

Oleellista tulevaisuudessa on keskittyä käytössä olevien hoitoisuusluokitusjärjestelmien luotettavuuden varmistamiseen ja kehittämiseen (Griffiths ym. 2020). Esimerkiksi toimintaresurssien riittävydestä ja tehokkaasta kohdentamisesta on tärkeää saada tietoa, sillä niillä on vaikutusta hoitohenkilöstön työn kuormittavuuteen ja työhyvinvointiin (Yrttiaho 2018). Hoitoisuusluokituksen luotettavuuden kehittäminen edellyttää keskustelua työyksiköissä luokituksen kriteereistä ja käytön yhtenäisyydestä. Lisäksi luotettavuuden varmistaminen edellyttää henkilöstön perehdytystä ja jatkuvaa toiminnan tarkastelua sekä johdon sitoutumista järjestelmän kehittämiseen. (Fagerström ym. 2014, 30–36; Junttila 2023, 57.)

4 HOITOHENKILÖSTÖN OSAAMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA

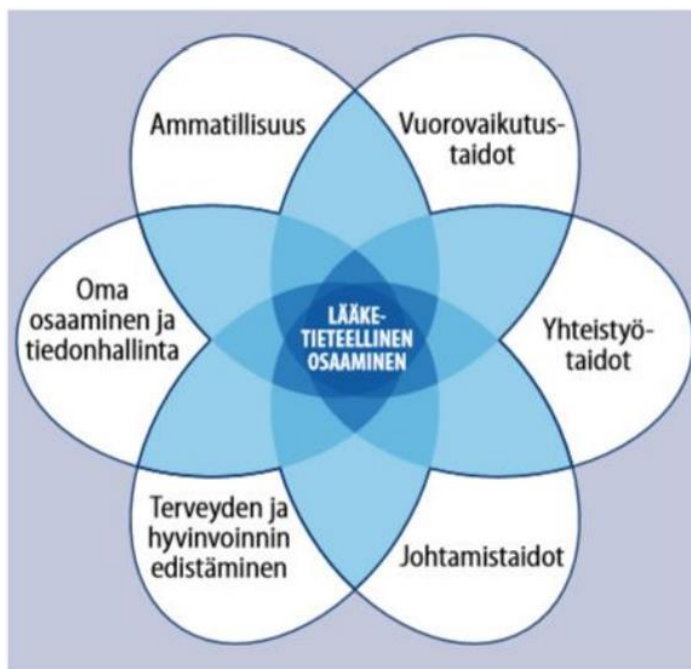
4.1 Ammatillinen osaaminen terveydenhuollossa

Ammatillinen osaaminen tarkoittaa oman ammattialan sisältämää osaamista eli tietoa, taitoa ja asennetta sekä minäpystyvyyttä, joka mahdollistaa työskentelyn käytännön työtehtävissä. Ammatillinen osaaminen muodostuu sekä ammattitaidosta että yleissivistyksestä ja muusta työelämä- ja yhteiskuntaosaamisesta. (Kangasniemi ym. 2018, 12–13; Ammatillisen koulutuksen käsitteitä julkaisu-aika tuntematon.)

Laboratoriohoitaja, sairaanhoitaja ja röntgenhoitaja ovat sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita laillistettuja ammattihenkilöitä. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994, 18§) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöä ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja voidakseen harjoittaa ammattiaan asianmukaisesti ja turvallisesti. Lisäksi laki edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilön työnantajaa seuraamaan ammattihenkilön ammatillista kehittymistä ja luomaan edellytykset ammatillisen täydennyskoulutuksen osallistumiseen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Sosiaali- ja terveysalan ammatillinen tutkinto antaa perustan ammattialakohtaiselle osaamiselle eli substanssiosaamiselle. Terveydenhuollon muuttuessa substanssiosaaminen on tärkeää myös tulevaisuudessa, mutta sen lisäksi tarvitaan geneeristä osaamista eli sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistä osaamista. (Juujärvi ym. 2019.) Geneerisellä osaamisella tarkoitetaan yleisiä taitoja, jotka ilmenevät muun muassa yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoina, oman toiminnan säätelynä, kriittisenä ajatteluna ja johdonmukaisena päättelynä sekä ongelmanratkaisutaitoina. Geneerinen osaaminen kohdentuu ammattisisältöjen sijaan yleisiin digi- ja työelämätaitoihin, joita voidaan soveltaa yleisesti eri ammateissa ja eri työpaikoilla. Geneeriset taidot auttavat oman ammatillisen osaamisen hyödyntämisessä ja niitä pidetään keskeisinä muuttuvassa työelämässä jatkuvan oppimisen ja digitalisaation kannalta. (Juujärvi ym. 2019; Soini ym. 2021, 349; Ursin & Palonen 2021, 10–11.) Sosiaali- ja terveysalalla geneeriset taidot ovat kaikkia ammattiryhmiä koskevaa osaamista ja niiden kehittämisessä täydennyskoulutus on osoittautunut merkittäväksi tekijäksi (Soini ym. 2021, 349).

Terveydenhuoltoalan osaamisperusteisissa koulutuksissa, etenkin lääketieteessä, hyödynnetään Kanadan Royal Collegen vuonna 1996 julkaisemaa CanMEDS-osaamisaluemallia (kuva 3). Mallissa osaamisen kuvataan muodostuvan seitsemästä eri osa-alueesta, jossa mallin keskiössä olevan lääketieteellisen osaamisen lisäksi muita osa-alueita ovat ammatillisuus, vuorovaikutustaidot, yhteistyötaidot, johtamistaidot, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä oma osaaminen ja tiedonhallinta. Nämä kaikki osaamisen eri osa-alueet muodostavat yhdessä laadukkaan ja potilasturvallisen hoidon. (Frank, Snell & Sherbino 2015.)



KUVA 3. CanMEDS-mallin osaamisalueet (Niemi-Murola 2017)

Osaamisen eri osa-alueet sisältävät lukuisia eri taitoja, kuten vuorovaikutustaidot tilanteen olosuhteiden huomioimista, omien tunteiden hallintaa ja toisten kunnioittamista. Yhteistyötaidot sisältävät muun muassa kyvyn työskennellä, neuvotella ja tehdä päätöksiä sekä ratkaista ristiriitaitilanteita yhteistyössä. Vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoja tarvitaan potilaiden ja heidän omaistensa kanssa sekä työkavereiden ja muiden sidosryhmien kanssa toimiessa. Johtamistaidoilla tarkoitetaan hallinnollisen ja henkilöstöjohtamisen lisäksi myös muun muassa prosessien johtamista ja itsensä johtamista ajanhallinnan ja priorisointikyvyn kautta. Terveiden ja hyvinvoinnin edistämällä tarkoitetaan muun muassa taitoa tunnistaa terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia tarpeita ja käyttää omaa asemaa ja vaikutusvaltaa vastuuntuntoisesti. Oman osaamisen ja tiedonhallinnan taidot edistävät terveydenhuollon käytänteitä muun muassa kyvyllä arvioida tietoa kriittisesti ja tehdä näyttöön perustuvia päätöksiä sekä sitoutua oman ammattitaidon kehittämiseen ja elinikäiseen oppimiseen. Ammatillisuuden keskeisiä tekijöitä ovat luottamuksellinen, suvaitsevainen ja vastuullinen suhtautuminen potilaisiin ja työyhteisöön, sitoutuminen korkeaan osaamistasoon ja eettisyyteen sekä omien tunteiden ja käyttäytymisen säätelyyn. (Frank ym. 2015.)

Työelämän muutoksissa on ryhdytty kiinnittämään huomiota työntekijöiden asiantuntijuuden kehittämiseen ja työpaikalla tapahtuvaan oppimiseen (Lehtonen ym. 2021, 12). Jatkuvat muutokset työtilanteissa altistavat työntekijöitä mahdollisille virheille, mikä puolestaan aiheuttaa heille vaikeuksia ylläpitää pätevyyden tunnetta omista taidoistaan. Pelko mahdollisista virheistä ja epävarmuudentunne kuluttavat henkisiä voimavaroja huomattavasti enemmän kuin työ, jossa tietää pärjäävänsä, joten osaamisen tasolla on vaikutusta myös työhyvinvointiin. (Sydänmaalakka 2002, 23.) Työtehtävien on hyvä tarjota työntekijöille riittävästi haastetta ja mielekästä työn sisältöä, mutta työnantajan kannattaa tarjota työntekijöiden työhyvinvoinnin tukemiseksi myös mahdollisuuksia uuden oppimiseen ja ammatillisen osaamisen kehittämiseen (Lehtonen ym. 2021, 12).

4.2 Osaamisen kehittäminen

Terveydenhuollon ammattihenkilön osaamisen kehittäminen on jatkuva ja suunnitelmallinen prosessi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 23). Osaamista voidaan tarkastella organisaation, tiimin ja työntekijän näkökulmasta. Osaaminen voidaan määritellä yksittäisen työntekijän kannalta työtehtävien vaatimien tietojen ja taitojen hallinnaksi ja niiden soveltamiseksi käytännön työhön. Ammatillinen osaaminen näyttäytyy työntekijöillä tarkoituksenmukaisena toimintana, jolloin työntekijä kykenee yhdistämään ammattiin liittyviä tietoja ja taitoja monipuolisesti tilanteen vaatimalla tavalla. Tiimin näkökulmasta tarkasteltuna osaaminen näyttäytyy tapana tehdä yhteistyötä, jolloin yksittäisten työntekijöiden osaaminen yhdistyy tiimin toimintaa hyödyttävällä tavalla tuottaen kehittyneempiä toimintatapoja. Organisaation osaamista tarkastellessa keskitytään usein osaamiseen, jolla turvataan kilpailukyky ja jatkuvuus. Tämä on niin sanottua ydinosaamista, jonka tunnistaminen on tärkeää, jotta sitä voidaan tehokkaasti kehittää. (Kupias, Peltola & Pirinen 2014.)

Osaamisen kehittämisen perusajatuksena voidaan pitää lähtökohtaa, että tiedetään, mitä osataan ja mitä pitäisi oppia. Ensin on selvitettävä, millaista osaamista tiimissä tai organisaatiossa tarvitaan tällä hetkellä ja millaista tulevaisuudessa, jotta selvitystulosten pohjalta voidaan kuvata tarvittava osaaminen ja luoda osaamisen kehittämissuunnitelma. Käytännössä tämä tarkoittaa henkilöstön nykyisen osaamistason arviointia ja sen kehittämistä toiminnan tavoitteiden tai vaatimusten mukaisesti. Jokaiselle työntekijälle voidaan luoda arvio tämänhetkisestä osaamisesta ja myös osaamisen tavoiteprofiili. Osaamisen kehittämistä varten on kuvattava osaamisen ydintekijät ja siihen liittyvät osaamisalueet, jolloin niiden hallinnan kautta voidaan arvioida osaamista. (Kupias ym. 2014; Löf 2010, 6–7, 9–10, 17.)

Osaamisvaatimuksista olisi oltava selkeä kuvaus sekä työntekijöillä että esihenkilöllä, jotta kehittämistoimia voidaan tehdä. Osaamistarvekuvauksen on vastattava tämän päivän vaatimuksiin, mutta sitä olisi kehitettävä myös tulevaisuuden haasteiden mukaisesti. Osaamiset, joita organisaatio tarvitsee menestyäkseen lyhyellä ja pidemmällä aikavälillä, voidaan määritellä osaamistarpeiksi. Osaamista olisi ylläpidettävä ja osaamistarpeita olisi kyettävä ennakoimaan, sillä uuden oppimista ja osaamisen kehittämistä pidetään organisaation menestystekijöinä. Henkilöstösuunnittelussa, esimerkiksi työpistesuunnitelmissa ja sijais- ja rekrytointijärjestelyissä, henkilöstön osaamisella ja sen kehittämisellä on tärkeä roolinsa. (Kupias ym. 2014; Löf 2010, 6–7, 9–10, 17.)

Menestyäkseen organisaation kannattaa panostaa osaamisen johtamiseen (Löf 2010, 6). Tutkimustulosten mukaan arvostavassa johtamisessa arvostetaan osaamista, tasa-arvoisuutta, johdetaan suunnitelmallisesti ja edistetään jaksamista. Tutkittaessa arvostavaa johtamista ja sen toteutumista terveydenhuollon organisaatiossa on selvitetty, onko sillä yhteyttä muun muassa työhön sitoutumiseen, työstä lähtemiseen ja kehitykseen uralla. Mitä enemmän arvostavaa johtamista koettiin, sitä enemmän oli myös työhön sitoutumista ja mitä vähemmän oli arvostavaa johtamista, sitä enemmän työstä lähdettiin pois. Arvostavan johtamisen tekijöihin on tulevaisuuden johtamiskulttuurissa kiinnitettävä entistä enemmän huomioita työntekijöiden pitovoiman lisäämiseksi. (Harmoinen 2014.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön näkemyksiä hoitoisuusluokituksen käytöstä sairaalafysiologian yksikössä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödynnettävyyttä voidaan edistää hoitohenkilöstön osaamisen ja yksikön toiminnan kehittämisessä.

Tutkimuksessa haetaan vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaiset tekijät hoitohenkilökunnalla vaikuttavat hoitoisuusluokan valintaan?
2. Millaisia kehittämistarpeita hoitohenkilökunta kuvaa hoitoisuusluokitukseen liittyen?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus toteutettiin laadullisena haastattelututkimuksena tarkoituksena kuvata hoitohenkilöstön näkemyksiä hoitoisuusluokituksen käytöstä käytännön työssä. Laadullisella tutkimuksella ei pyritä tilastolliseen yleistettävyyteen, vaan pyritään tuottamaan kuvailevaa tietoa tutkimuksessa tarkasteltavasta ilmiöstä tutkimuksen kohteena olevien ihmisten näkökulmasta (Juuti & Puusa 2020a; Pietilä 2017, 4; Tuomi & Sarajärvi 2018, 3.4). Laadullisissa tutkimuksissa eniten käytettyjä aineiston keruumenetelmiä ovat erilaiset haastattelutyylit (Juuti & Puusa 2020a). Muita yleisiä menetelmiä ovat erilaisista dokumenteista koottu tieto, havainnointi ja kysely. Tutkittavan ilmiön mukaan eri menetelmiä voidaan käyttää joko vaihtoehtoisesti, eri tavoin yhdistellen tai rinnatusten. Tärkeää on, että henkilöillä, joilta tutkimustietoa kerätään, on tietoa ja kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 3, 3.4.)

Haastattelua voidaan kuvata vuorovaikutustapahtumaksi tai keskusteluksi, jolle on etukäteen määritelty tavoite. Haastattelija ja haastateltava keskustelevat vuorovaikutteisesti ja luovat yhdessä tietoa tuottavan tapahtuman, jossa haastattelun osapuolet vaikuttavat toisiinsa. Koska keskustelua käydään haastattelijan aloitteesta, voi hän esiintyä luontevasti ja tarvittaessa kontrolloida omaa toimintaansa, jolloin keskustelu on hänen ohjaamaansa. Haastattelijan asenteella on suuri vaikutus haastattelutilanteen vuorovaikutukseen ja haastattelijan on tärkeää osoittaa kiinnostustaan kuuntelemalla ja antamalla esimerkiksi nyökyttelyllä minipalautetta haastattelun edetessä. Haastattelijan on osoitettava kunnioitusta haastateltaville ja hänen ei pidä kuvitella, että tietäisi jo kaiken tutkittavasta aiheesta. Haastattelun tarkoituksena on haastateltavien kuuleminen, joten haastattelijan on varotettava tilanteessa johdattelemista kohti omaa mielipidettään. Haastattelun tavoitteena voidaan pitää sellaisen aineiston keräämistä, jonka avulla tutkittavasta ilmiöstä on mahdollista tehdä uskottavia päätelmiä ja jotta tämä on mahdollista puheen muodossa olevasta aineistosta, haastattelut on tallennettava. (Hyvärinen 2017,1; Puusa 2020a.) Haastatteluilla kerätty aineisto on haastateltavien henkilöiden omakohtaisista, subjektiivisista tulkinnoista koostuva näkemys tutkittavasta ilmiöstä ja laadullisessa tutkimuksessa tutkija tulkitsee näitä haastattelemiensa henkilöiden tekemiä tulkintoja (Puusa 2020a).

Ryhmähaastattelussa (group interview) haastatellaan useampaa vastaajaa samanaikaisesti ja haastattelija ohjaa vastaajia käsittelemään ennalta päätettyä aihetta yhdessä vuorovaikutteisesti. Tutkimuksiin, joissa ollaan kiinnostuneita ihmisten erilaisista näkemyksistä, käsityksistä ja argumentaatioista, ryhmähaastattelut soveltuvat hyvin. Ryhmähaastattelua suunniteltaessa on huomioitava ryhmän kokoonpano ja mietittävä, pyritäänkö ryhmää muodostaessa homogeeniseen vai heterogeeniseen ryhmään. Tutkimuksen kannalta pidetään hyödyllisenä, jos vastaajilla on erilaisia näkemyksiä käsiteltävistä haastatteluemoista. Ryhmän jäsenten tuntiessa toisensa keskustelu on helpompi aloittaa kuin tuntemattomien kanssa, mutta tällöin vastauksissa saattaa ilmetä viittauksia yhteisiin kokemuksiin esimerkiksi ironialla tai huumorilla väritettynä, jolloin haastattelijan voi olla hankala tulkita tällaista niin sanottua sisäpiiriviestintää. Jos tutkimuksen tarkoituksena ei ole analysoida ryhmähaastatteluun osallistuvien vuorovaikutusta ja sanatonta viestintää, haastattelujen tallentamiseen riittää äänen tallentaminen, eikä videointi ole välttämätöntä. (Pietilä 2017, 4.)

Teemahaastattelussa haastattelija määrittelee haastattelussa käsiteltävät teemat etukäteen tutkittavan aiheen teoriaan ja tutkimustietoon perehtyen. Keskeistä teemahaastattelussa on aktiivinen vuoropuhelu ja joustavuus, jolloin haastattelukysymyksiä ei välttämättä muotoilla tarkasti ennalta, vaan haastattelijalla on mahdollisuus muotoilla kysymyksiä ja niiden järjestystä haastattelutilanteen edellyttämällä tavalla kuitenkin kontrolloidummin kuin avoimessa haastattelussa. Teemahaastattelun etuna voidaan pitää haastateltavien vastaamisen vapautta haastattelijan kysyessä teemoihin liittyviä kysymyksiä vapaasti muotoillen. Haastattelutilanteen edetessä haastattelija voi jättää joitakin ennalta ajateltuja kysymyksiä esittämättä ja toisaalta esittää myös uusia, ennalta suunnittelemattomia kysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2022, 4.2.3; Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2014, 208; Kananen 2015, 83; Kananen 2017, 49; Palonen & Kylmä 2022, 285–286; Puusa 2020a.) Strukturoidussa kyselyhaastattelussa kysymykset ja vastausvaihtoehdot laaditaan tarkasti etukäteen, jolloin haastateltavien rooli voi jäädä passiivisemmaksi kuin teemahaastattelussa. Puolistrukturoidussa haastattelussa ei vastausvaihtoehtoja ole laadittu valmiiksi, mutta haastattelijan kysymykset etenevät tarkasti ja johdonmukaisesti. (Leinonen, Otonkorpi-Lehtoranta & Heiskanen 2017, 3; Puusa 2020a.)

Tutkimusaineiston keruumenetelmäksi valittiin haastattelu, koska sen menetelmällinen etu kyselyihin verrattuna on, että tutkija voi joustavasti tiedonkeruutilanteessa selventää kysymyksiä ja suunnata tiedonhankintaa tutkimuskysymyksen kannalta olennaiseen suuntaan (Juuti & Puusa 2020a; Tuomi & Sarajärvi 2018, 3.1). Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluiden sijaan ryhmähaastatteluina, koska niiden etuna voidaan pitää haastattelijan ajansäästämistä ja useamman henkilön osallistuminen samaan haastatteluun voi lisätä keskustelua tutkittavasta ilmiöstä (Kananen 2015, 92). Teemahaastatteluun päädyttiin, koska haastateltaville haluttiin antaa mahdollisuus vapaaseen keskusteluun ja näkemysten esittämiseen ilman tarkkoja etukäteen laadittuja vastausvaihtoehtoja. Teemahaastattelun etuna pidettiin sitä, että haastattelijalla on enemmän joustoa kysymysten muotoilussa kuin strukturoidussa tai puolistrukturoidussa haastattelussa, mutta keskustelun aihekokonaisuudet eli teemat on kuitenkin kontrolloidummat kuin avoimessa haastattelussa. (Leinonen ym. 2017, 3; Puusa 2020a.)

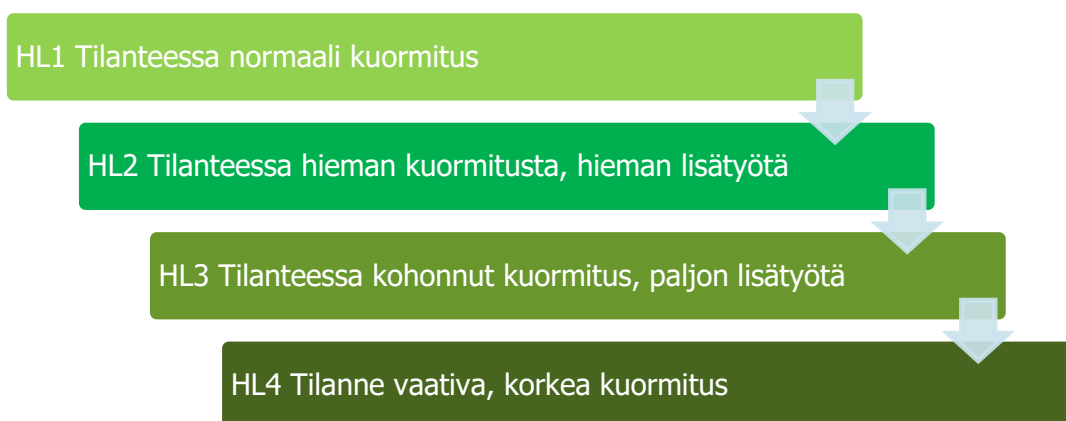
6.2 Tutkimusympäristö

Tutkimuksen kohdeyksiköksi rajattiin Sairaala Novan sairaalafysiologian yksikkö tutkimuksen toimeksiantajan kanssa huhtikuussa 2022. Sairaala Nova on Suomen suurin keskussairaala, jonka diagnostiseen palvelualueeseen sairaalafysiologian yksikön lisäksi kuuluvat kuvantamisen, patologian ja Keski-Suomen Biopankin yksiköt. Sairaalafysiologian yksikön tavoitteena on tuottaa potilaan diagnostiikkaan, hoitoon ja seurantaan tarvittavia tutkimuksia ja toimenpiteitä, monipuolisesti ja ammatitaitoisesti yhteistyössä asiakkaiden ja yhteistyökumppanien kanssa. Toiminnan keskiössä on osaava, moniammatillinen henkilökunta. (Keski-Suomen hyvinvointialue julkaisuaika tuntematon a; Keski-Suomen hyvinvointialue julkaisuaika tuntematon c.)

Sairaalafysiologian yksikkö sisältää kliinisen neurofysiologian ja kliinisen fysiologian ja isotooppilääketieteen erikoisalut. Kliininen neurofysiologia on erikoisala, joka tutkii aivojen, selkäytimen, ääreishermoston, lihasten ja aistinelinten toimintaa sähkömagneettisin mittauksin ja rekisteröinnein. Tyypillisiä tutkittavia sairauksia ovat muun muassa epilepsia, rappeuttavat aivosairaudet, unen ja

vireyden häiriöt, hermovammat sekä selkäytimen, ääreishermoston ja lihaskudoksen sairaudet. Kliinisen neurofysiologian piiriin kuuluu myös keskushermoston magneettipulssihoitojen suunnittelu ja toteutus. (Keski-Suomen hyvinvointialue julkaisuaika tuntematon b.) Kliinisen fysiologian erikoisalalla tutkimuskohteina ovat hengityselimistön, sydän- ja verenkiertoelimistön, tuki- ja liikuntaelimistön ja ruoansulatuselimistön sähköinen tai mekaaninen toiminta tai niiden aineenvaihdunta. Tyypillisiä tutkittavia sairauksia ovat muun muassa keuhko- ja sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet. Isotoopitutkimuksissa käytetään tutkimusaineena radioaktiivisia lääkeaineita, jotka hakeutuvat haluttuun elimeen, joka kuvataan gammakameralla. Tutkimuskohteina ovat muun muassa luusto, aivot, sydän, keuhkot, munuaiset ja imutiet. Tutkimuksia hyödynnetään muun muassa syöpäepäilyissä ja syövän levinneisyyden kartoittamisessa. (Keski-Suomen hyvinvointialue julkaisuaika tuntematon a.)

Keski-Suomen hyvinvointialueen diagnostisella palvelualueella hoitoisuusluokitusjärjestelmä on otettu käyttöön kuvantamisen yksikössä marraskuussa 2021 ja sairaalafysiologian yksikössä maaliskuussa 2022. Hoitoisuusluokitusta varten on diagnostiikan alueelle laadittu yksikkökohtaiset ohjeet, jotka ovat sisäiseen käyttöön tarkoitettuja. Ohjeissa on kuvattu eri luokkatasojen sisällöt, jotka ohjaavat potilaalle suoritettun tutkimuksen, toimenpiteen tai hoidon luokitusta 1–4 (kuva 4). Hoitajat kirjaavat valitsemansa hoitoisuusluokan RIS-tietojärjestelmän hoitoisuusvalikosta tutkimuksen päätyttyä. Sairaalafysiologian yksikössä eri hoitoisuusluokkien kriteerit on yhdessä määritelty hoitohenkilöstön ja esihenkilön kanssa ennen hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa alkuvuodesta 2022. Kriteerejä on lisäksi tarkennettu käytännön esimerkkien avulla. Diagnostisella palvelualueella esihenkilöillä ja tiimivastaavilla on mahdollisuus tarkastella hoitoisuusluokituksella kerättyä tietoa.



KUVA 4. Hoitoisuusluokitus, diagnostiset palvelut Keski-Suomen hyvinvointialue

6.3 Aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmä rajattiin sairaalafysiologian yksikön hoitohenkilöstöön, johon kuuluu 20 hoitajaa. Kaikki yksikössä työskentelevät hoitajat ovat sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita ammattihenkilöitä, joko laboratoriohoitajia, röntgenhoitajia tai sairaanhoitajia. Yksikössä työskentelevät hoitajat käyttävät työssään hoitoisuusluokitusjärjestelmää.

Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen syyskuussa 2023 tutkija järjesti yksikön osastokokouksen yhteydessä hoitohenkilöstölle infotilaisuuden, jossa kerrottiin tutkimuksen taustasta, tarkoituksesta ja tavoitteista sekä haastattelujen toteuttamisesta. Haastatteluun osallistumisen kerrottiin olevan jokaisella vapaaehtoista ja mahdollisesta kieltäytymisestä ei syntyisi kenellekään kielteisiä seuraamuksia. Infotilaisuudessa jokaisella yksikön hoitajalla oli mahdollisuus esittää tutkijalle kysymyksiä ja kommentteja tutkimuksesta. Infotilaisuuden järjestämisellä tutkija halusi varmistaa, että jokainen pystyi päättämään suostumuksestaan osallistua tutkimukseen tietoon perustuen. Osastokokouksen muistiin otettiin tutkimuksesta tietoa, joihin pystyi perehtymään myös jälkikäteen.

Tutkimukseen osallistujat rekrytoitiin sähköpostilla (liite 1) infotilaisuuden jälkeen syyskuussa 2023 (15.9. -29.9.2023). Sähköpostiosoitteina käytettiin hoitohenkilöstön työpaikan sähköpostiosoitteita ja sähköpostin liitteenä toimitettiin tietosuojailmoitus (liite 4). Sähköposti lähetettiin niille hoitajille, jotka tutkimuksen rekrytoinnin aikana työskentelivät sairaalafysiologian yksikössä toistaiseksi voimassa olevassa työsuhteessa tai määräaikaisessa työsuhteessa. Sähköposti lähetettiin yhteensä 20 hoitajalla, joista kaksi oli rekrytoitaessa opintovapaalla. Sähköpostiin pyydettiin vastaamaan kahden viikon kuluessa, jos oli kiinnostunut osallistumaan tutkimukseen. Viikon sisällä tutkimukseen ilmoitettiin kahdeksan henkilöä. Sähköposti lähetettiin hoitohenkilöstölle uudestaan kolme päivää ennen ilmoittautumisen määräajan päättymistä. Tämän sähköpostin jälkeen ilmoittautui kaksi henkilöä lisää, joten tutkimukseen osallistui yhteensä kymmenen hoitajaa.

Ennen tutkimusaineiston keruun aloittamista syyskuussa 2023 tutkija suoritti koehaastattelun kahdelle entiselle kollegalleen, joilla oli omakohtaista kokemusta hoitoisuusluokituksen käytöstä. Koehaastattelun tutkija teki kokemuksen kartuttamiseksi ja erityisesti haastattelukysymysten soveltuvuuden testaamiseksi ja kehittämiseksi. Haastattelemista kehoitetaan harjoittelemaan ennakkoon, sillä haastattelemisessa kehittyy kokemuksen myötä ja pelkkien hyväksi koettujen kysymysten esittäminen ei takaa pätevää haastattelua (Hyvärinen 2017, 1; Pietilä 2017, 4).

Haastatteluryhmät muodostettiin rekrytoinnin päätyttyä niin, että jokaisessa ryhmässä oli kahden tai kolmen eri tiimin jäseniä, jotta heillä olisi riittävästi yhteistä tuntemusta tutkittavasta aiheesta, mutta mahdollisesti myös erilaisia näkemyksiä. Potilastyön ja muiden työjärjestelyjen kannalta osoittautui käytännöllisimmäksi, että tutkija muodosti haastatteluryhmät ja suunnitteli haastattelujen ajankohdat. Haastatteluun ilmoittautuneille ehdotettiin muodostettua haastatteluryhmää ja -ajankohtaa ja kehoitettiin olemaan tutkijaan yhteydessä, jos ajankohta ei olisi sopiva. Ehdotetut haastattelujen ajankohdat ja ryhmät sopivat jokaiselle haastateltavalle. Haastattelut toteutettiin haastateltavien työaikana ja haastattelujen ajankohdat suunniteltiin yksikön toiminta huomioiden.

Hoitohenkilöstön haastattelut toteutettiin kolmena ryhmähaastatteluna 13.10.-24.10.2023 välisenä aikana. Yhdessä ryhmässä oli neljä haastateltavaa ja kahdessa ryhmässä kolme haastateltavaa. Haastattelut kestivät 40–55 minuuttia. Haastattelijana toimi tutkija ja haastattelut tallennettiin tutkijan henkilökohtaisen puhelimen tallennintoiminnolla ja tutkijan henkilökohtaisen tietokoneen Teams-ohjelman äänitys- ja litterointitoiminnolla. Haastatteluäänitykset tallennettiin tutkijan henkilökohtaiselle tallennuspaikalle Savonia ammattikorkeakoulun OneDrive-pilvipalveluun.

Tutkija kertoi haastateltaville jokaisen haastattelutilanteen aluksi osallistumisen vapaaehtoisuudesta, mahdollisuudesta jättää haastattelu kesken tai mahdollisuudesta halutessaan jättää vastaamatta kysymyksiin. Lisäksi tutkija kertoi haastattelujen tallentamisesta ja haastatteluaineiston käsittelystä anonymiksi poistamalla litteraateista tunnistetiedot. Kun haastateltavat olivat sitä mieltä, ettei heillä ole kysymyksiä tutkimukseen liittyen, tutkija käynnisti haastattelujen tallennuksen. Haastattelun aluksi tutkija kysyi jokaiselta haastateltavalta yksitellen suostumuksen haastatteluun osallistumisesta ja haastatteluaineiston käyttämisestä tutkimusta varten. Jokainen haastateltavista antoi suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta. Haastattelut toteutettiin sairaalafysiologian yksikön työhuoneessa, jossa ei ollut haastateltavien ja haastattelijan lisäksi muita paikalla. Haastattelutila oli rauhallinen ja haastateltavat istuivat pöydän ympärillä nähden haastattelijan ja toinen toisensa. Haastattelujen keskustelut käytiin ilman häiriötekijöitä. Ensimmäinen haastatteluryhmä nimettiin ryhmä A ja haastateltavat 1, 2, 3 ja 4. Toinen haastatteluryhmä nimettiin ryhmä B ja haastateltavat 5, 6 ja 7. Kolmanneksi haastateltu ryhmä nimettiin ryhmä C ja haastateltavat 8, 9 ja 10.

Ryhmähaastattelut toteutettiin teemahaastatteluna. Tutkija määritteli etukäteen haastatteluissa käsiteltävät teemat, jotka perustuivat aiheen teoriaan ja aiempaan tutkimustietoon. Teemoja olivat hoitoisuusluokan valintaan vaikuttavat tekijät, hoitoisuusluokituksen käyttöön liittyvät kehittämistarpeet ja osaamisen vaikutus hoitoisuusluokan valinnassa. Haastatteluja varten tutkija laati teemojen mukaisen haastattelurungon (liite 2). Haastatteluissa tutkija noudatti etukäteen määriteltyjä teemoja, mutta haastateltavien vastausten vuoksi kysymysten järjestys ja niiden muotoilu poikkesi jonkin verran haastattelurungosta. Tutkija esitti haastateltaville tarvittaessa heidän vastauksiinsa liittyen myös tarkentavia lisäkysymyksiä. Teemahaastattelun luonteen vuoksi jokaisella haastateltavalla oli mahdollisuus kertoa omat näkemyksensä vapaasti omin sanoin ja haastattelijalla oli joustoa kysymysten muotoilussa. Haastatteluista pisimpään kesti neljän haastateltavan ryhmä, jossa vuorovaikutteista keskustelua syntyi vielä enemmän kuin muissa kolmen haastateltavan ryhmissä. Kaikissa ryhmähaastatteluissa tunnelma oli hyvä ja luottavainen. Haastattelija ja haastateltavat työskentelevät samassa yksikössä, joten he tunsivat toisensa jo ennen haastatteluita. Haastattelija pystyi ymmärtämään myös haastateltavien keskinäistä viestintää, kun hän on haastateltavien kollega. Haastattelujen avulla saatiin kerättyä haastateltavien näkemyksiin perustuvaa tietoa hoitoisuusluokituksen käytöstä.

6.4 Aineiston analysointi

Aineiston analysointimenetelmänä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Aineiston keräämisen jälkeen tutkimuskysymyksiin etsitään vastauksia analysoimalla aineistoa. Tutkimusaineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä, ja analyysin tarkoituksena on luoda ilmiöstä selkeä ja sanallinen kuvaus. Sisällönanalyysin avulla tutkimuksessa kerätty aineisto kuvataan pelkistetysti, tiivistetysti ja yleisessä muodossa sekä järjestetään johtopäätösten tekoa varten. (Elo & Kyngäs 2008; Tuomi & Sarajarvi 2018, 4.4, 4.4.2; Kyngäs & Vanhanen 1999, 4–5.) Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla kirjalliseen muotoon dokumentoitua aineistoa voidaan analysoida systemaattisesti, luotettavasti, toistettavissa olevalla ja objektiivisella tavalla (Elo & Kyngäs 2008).

Sisällönanalyysissa on kolme päävaihetta. Ensimmäisenä on valmisteluvaihe, jossa valitaan analyysiyksikkö, perehdytään aineistoon ja mahdollisesti litteroidaan (Elo, Kajula, Tohmola & Kääriäinen

2022, 218). Haastattelututkimuksen aineisto muodostuu litteroimalla haastattelut eli muuttamalla äänitallenteet tekstimuotoon. Tutkimuskysymys ja valittu analyysitapa ohjaavat litteroinnin tarkkuus- tasoa. Käytettäessä analysointimenetelmänä sisällönanalyysia litteroidaan sanatarkasti kaikki puhe, sillä tarkoitus on analysoida haastattelun puheen sisältöjä. (Ruusuvaori & Nikander 2017, 21.) Jos tutkimuskysymyksillä ei selvitetä vuorovaikutussuhteita, haastateltavien vuorovaikutusta ei ole tarpeellista analysoida (Pietilä 2017, 4). Aineistoon perehtyessä saadaan kokonaiskuva aineistosta ja tässä vaiheessa on hyvä varmistaa, että aineisto antaa vastauksen tutkimuskysymyksiin, joita voi tarvittaessa tarkentaa (Elo ym. 2022, 219). Toisena on analyysivaihe, jossa voidaan käyttää joko deduktiivista eli teorialähtöistä tai induktiivista eli aineistolähtöistä lähestymistapaa. Teorialähtöisessä analyysissä aineiston analyysi etenee poimien pelkistyksiä ennalta laaditun luokittelumatriisin mukaan. Jotta teorialähtöistä analyysiä voidaan käyttää, tutkittavasta aiheesta on oltava riittävästi aikaisempaa tutkimustietoa ja siitä on oltava teoria, johon perustuen analyysimatriisi voidaan laatia. Aineistolähtöisessä analyysissä ei käytetä aineiston analysoinnissa valmista luokittelurunkoa, vaan analyysivaihe etenee ryhmitellen tutkijan muodostaessa luokittelun aineistonsa pohjalta. (Elo ym. 2022, 215, 218; Tuomi & Sarajärvi 2018, 4.4, 4.4.2.) Kolmantena vaiheena on raportointi, jossa tulokset kuvataan tekstin lisäksi kuvioina ja pohdinnassa tuloksia tarkastellaan suhteessa aikaisempiin tutkimustuloksiin (Elo ym. 2022, 215).

Tutkimusaineiston analysointimenetelmäksi valittiin induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi, koska kyseisestä aiheesta on vähän aikaisempaa tutkimustietoa. Aineiston analysointi eteni aineistolähtöisen sisällönanalyysin eri vaiheiden mukaisesti (kuva 5).



KUVA 5. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet (Tuomi & Sarajärvi 2018, 4.4.3)

Induktiivinen aineistonanalyysi voidaan kuvata prosessina, jossa ensimmäisessä vaiheessa tehdään aineiston redusointi eli pelkistäminen, toisessa vaiheessa aineiston klusterointi eli ryhmittely ja kolmannessa vaiheessa abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Elo & Kyngäs 2008; Tuomi

& Sarajärvi 2018, 4.4.3). Aineiston pelkistämävaiheessa alkuperäisestä datasta karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennaista dataa pois. Pelkistämistä voidaan tehdä muun muassa etsimällä litteraateista kaikki tutkimustehtävää kuvaavat alkuperäiset ilmaukset ja niitä kuvaavat pelkistetyt ilmaukset. Esimerkiksi yhdestä alkuperäisestä ilmauksesta voidaan löytää useita pelkistettyjä ilmaisuja. Pelkistettyjen ilmauksien listaaminen allekkain luo pohjaa aineiston ryhmittelylle. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 4.4.3.) Aineiston ryhmittelyn avulla voidaan hahmottaa aineiston kiinnostavimmat osiot ja niiden suhteuttaminen aiempaan kirjallisuuteen (Puusa 2020b). Aineiston ryhmittelyvaiheessa etsitään aineistosta eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä käymällä tarkasti läpi aineiston koodein merkityt alkuperäisilmaukset. Ryhmittelemällä ja yhdistelemällä samaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä muodostetaan alaluokat, jotka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelussa edetään yläluokkien muodostamiseen yhdistelemällä alaluokkia ja pääluokkien muodostamiseen yhdistelemällä yläluokkia. Pääluokat nimetään aineistosta nousevan ilmiötä kuvaavan aiheen mukaan ja lopuksi muodostetaan tutkimustehtävään yhteydessä oleva yhdistävä luokka. Aineiston käsitteellistämävaiheessa edetään tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon avulla muodostamaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä, jotta tutkimuskysymyksiin saadaan vastauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 4.4.3.) Sisällönanalyysin tuloksena muodostuneet luokat kuvaavat tarkastelun kohteena olevaa aihetta (Elo & Kyngäs 2008).

Haastattelujen litterointi tehtiin marraskuussa 2023, minkä apuna tutkija käytti Teams-ohjelman äänitys- ja litterointitoimintoa. Aineisto litteroitiin sana sanalta kuuntelemalla haastattelut läpi useaan kertaan sekä puhelintallenteesta että Teams-tallenteesta. Haastateltavien puhe- ja vuorovaikutustapoja ei litteroitu, vaan litteraatti tehtiin pelkästään puheensisällöistä. Litteraatit tallennettiin tutkijan henkilökohtaiselle tallennuspaikalle Savonia ammattikorkeakoulun OneDrive-pilvipalveluun. Aineiston pelkistäminen aloitettiin joulukuussa 2023 tekemällä litteraattiin puheen täytesanojen, kuten niinku, tota, ylikirjaukset, mikä helpotti aineiston lukemista ja siihen tutustumista. Aineistoa luettiin useaan kertaan ja siitä etsittiin hoitohenkilöstön kuvauksia eri hoitoisuusluokkien valintaan liittyvistä tekijöistä ja eri osaamisalueista. Hoitajien alkuperäisilmaukset ja niistä muodostuneet pelkistetyt ilmaukset listattiin Excel-taulukkoon ensin haastatteluryhmittäin ja lopulta ryhmien kuvaukset yhdistäen tammi- ja helmikuussa 2024 (taulukko 1).

Aineiston ryhmittelyyn pyrittiin tekemällä aineistoon tutustumisen ja listauksen yhteydessä muistiinpanoja ja vertailuja samankaltaisuuksista ja erilaisuuksista eri haastatteluryhmien välillä. Samaa ilmiötä kuvaavat pelkistetyt ilmaukset yhdistettiin alaluokaksi, jotka yhdistämällä muodostettiin yläluokkia ja jotka yhdistämällä muodostettiin pääluokkia. Analyysivaiheen lopussa muodostettiin yhdistävä luokka, joka vastasi tutkimustehtävään. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
"Koen, että hoitoisuusluokituksia pitäisi kerrata vielä. Tähdentää ja miettiä, mitkä ne arjen tilanteet oikeasti on ja niinkuin tätä tämmöistä keskustelua. Mä en nyt muista, että olenko KNF-puolella ollut läsnä, jolloin on keskusteltu näistä hoitoisuusluokituksista, mikä olisi ihan hirveen hyödyllistä oman työn kannalta."	Hoitoisuusluokituksia pitäisi kerrata. Miettiä, mitkä arjen tilanteet oikeasti on. Keskustelu hoitoisuusluokituksista hyödyllistä oman työn kannalta.
"Mehän on ne kyllä taulukoitakin, on ihan kirjallisina. Tuli nyt mieleen, että mehän tehtiin suunnitelmat ja rangat silloin näille luokkakriteereille."	Kriteereistä luotu kirjallinen taulukko. Luokkakriteereistä on luotu ranka
"Mutta nyt otan tästä sen verran koppia, kuulostaa hirveän hyvältä, koska me ollaan luotu runko, mutta ollaanko me missään vaiheessa tarkistettu..."	Luodun rungon tarkistus.
"... päivitetty, että kuinka hyvin ne osu. Eli nyt kun me on ikään kuin eletty sillä rungolla, niin ollaanko me vielä samaa mieltä vai ollaanko me ehkä eri mieltä. Niin tää voisi ehkä olla nyt semmoinen aika	Päivittää, onko kriteerit osuvat. Ollaan eletty sillä rungolla, ollaanko edelleen samaa mieltä vai eri mieltä. Olisi olleellista tarkistaa ja päivittää.
"Ehkä tääkin on sellainen asia mitä pitää päivittää näitä taitoja..."	Luokittelun taitoja pitää päivittää.
"... ihan elämän mukaan."	Päivittää arjen mukaan.

TAULUKKO 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Katsooko kukaan tuloksia? Kukaan ei ole kertonut, mitä hyötyä siitä on. Näkykö tehty luokittelu missään?	Epätietoisuus tuloksista ja hyödyllisyydestä	Säännöllinen raportointi	Hoitoisuusluokitus-tiedon raportointi ja hyödyntäminen	Hoitoisuusluokitus-järjestelmään liittyvät kehittämistarpeet
Kerrottaisiin kerran vuodessa tai puolessa vuodessa tutkimusmääristä ja niiden haastavuudesta. Henkilöstölle tiedotettaisiin, miten hyödynnetään. Raportti vuositason mielenkiintoinen Mutu-tuntumaa tuloksista	Toiveena säännöllinen tiedottaminen			
Ei voida kehittää, jos ei saada tietoa. Tarvitaan raportti kehittämistä varten.	Raportti kehittämistä varten			
Huomioitaisiin, kuinka usein tutkimukseen osallistuu useampi hoitaja. Hyödynnettäisiin hoitajien resursoinnissa.	Hoitajien resursointi	Tuki toiminnan suunnittelulle		
Kuinka tiheesti joitakin tutkimuksia. Voi tarkastella, mistä johtuu jos pidentyy aika. Jotkut tutkimukset vain vaativat enemmän tutkimusaikaa.	Ajanvarausten suunnittelu			
Huomioiminen työsuojittelussa kuormittavuuden mukaan. Ei peräkkäin montaa päivää (joissa korkea kuormitus) ja välillä HL1 tutkimuksia	Työsuojittelun suunnittelu			
Jos jossakin tutkimuksessa on enemmän HL 3, pitää huomioida suunnittelussa. Olleellista on HL3 tutkimusten huomioiminen resursoinnissa.	HL3 tulosten huomioiminen			

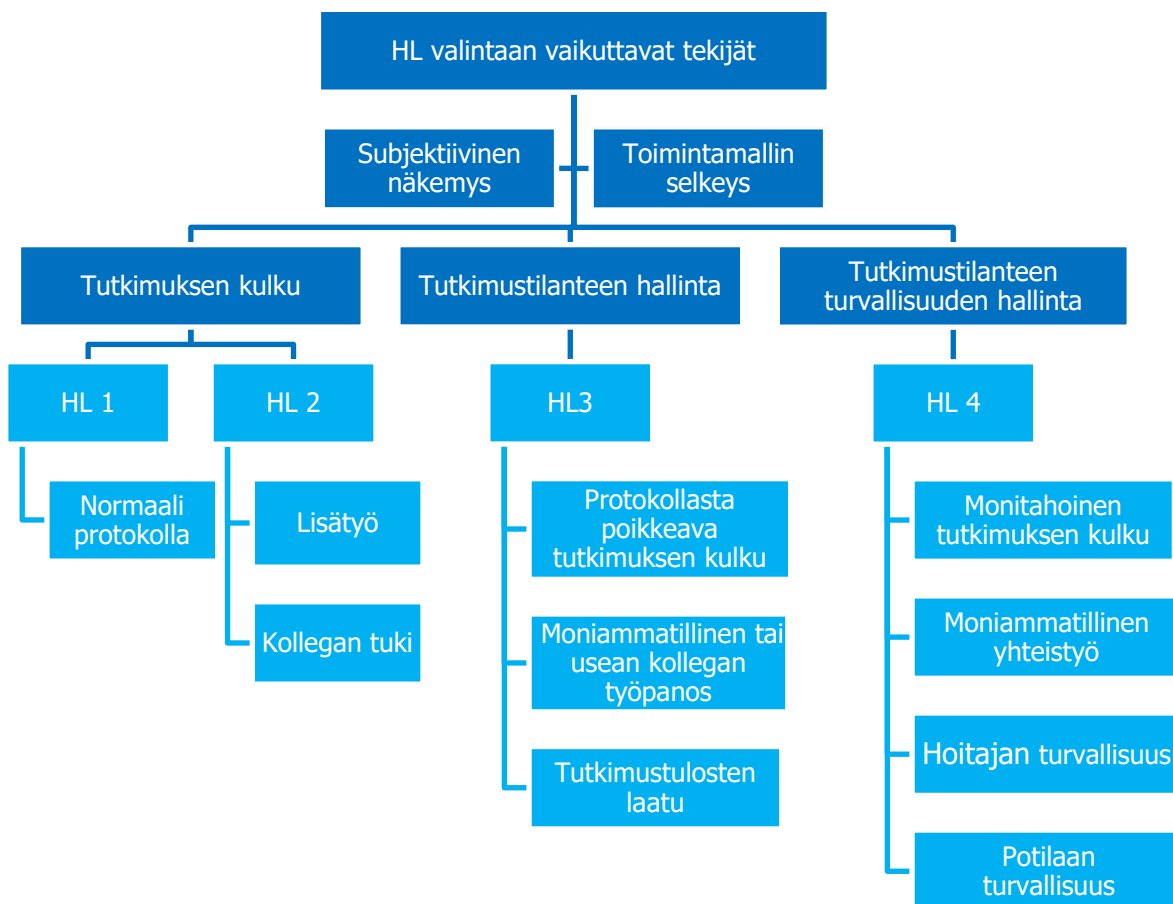
7 TULOKSET

7.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaalafysiologian hoitohenkilöstön näkemyksiä hoitoisuusluokituksen käytöstä. Sairaalafysiologian yksikön hoitohenkilöstöön kuuluu 20 hoitajaa, joista haastatteluun osallistui kymmenen hoitajaa. Yksikössä työskentelee laboratoriohoitajia, röntgenhoitajia ja sairaanhoitajia, joista jokaisesta ammattiryhmästä oli osallistujia haastatteluun. Haastateltavien näkemyksistä selvitettiin hoitoisuusluokan valintaan vaikuttavia tekijöitä ja hoitoisuusluokitusjärjestelmään liittyviä kehittämistarpeita.

7.2 Hoitoisuusluokan valintaan vaikuttavat tekijät

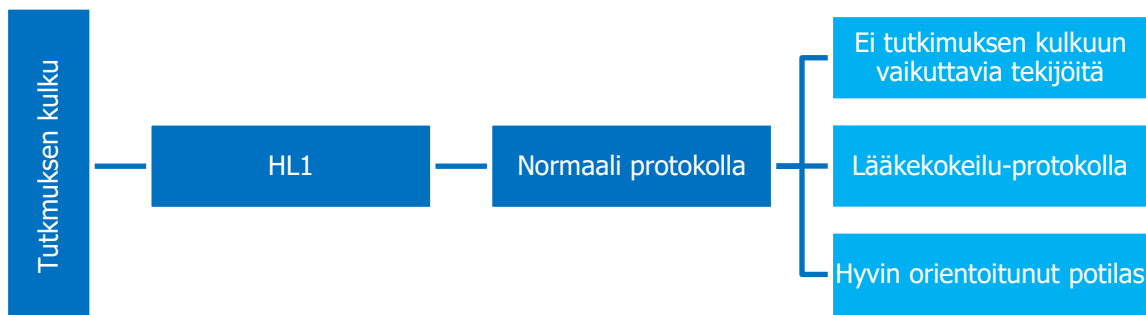
Hoitohenkilöstön näkemysten mukaan hoitoisuusluokan (HL) valintaan vaikuttavat tutkimuksen kulku, tutkimustilanteen hallinta ja tutkimustilanteen turvallisuuden hallinta sekä subjektiivinen näkemys ja toimintamallin selkeys (kuva 6). Hoitoisuusluokan 1–4 valinnassa tutkimuksen kulkuun vaikuttaneet tekijät ohjaavat hoitoisuusluokan 1 (HL1) tai hoitoisuusluokan 2 (HL2) valintaa, tutkimustilanteen hallintaan vaikuttaneet tekijät ohjaavat hoitoisuusluokan 3 (HL3) valintaa ja tutkimustilanteen turvallisuuden hallintaan vaikuttaneet tekijät hoitoisuusluokan 4 (HL4) valintaa. Muita hoitoisuusluokan valintaan vaikuttavia tekijöitä ovat subjektiivinen näkemys ja toimintamallin selkeys.



KUVA 6. Hoitohenkilöstön näkemykset hoitoisuusluokan valintaan vaikuttavista tekijöistä

Hoitoisuusluokan 1 valintaa ohjaavat tekijät

Tutkimuksen kulku normaalin protokollan mukaisesti on hoitoisuusluokan 1 (HL1) valintaa ohjaava tekijä (kuva 7). Hoitohenkilöstö kuvaa normaalin protokollan noudattamisen toteutuvan, kun potilas on hyvin orientoitunut, tutkimuksen suorituksessa ei ilmene tutkimuksen kulkuun vaikuttavia tekijöitä tai noudatetaan lääkekokeilu-protokollaa.



KUVA 7. Hoitoisuusluokan 1 valintaa ohjaavat tekijät

Haastateltavien näkemysten mukaan HL1 on niin sanottu perustutkimus, jossa kaikki sujuu hyvin. Potilas on hyvin orientoitunut ja valmistautunut tutkimukseen ohjeen mukaisesti ja kykenee noudattamaan ohjeita tutkimuksen aikana. Lääkekokeilun yhteydessä valitaan HL1, jos noudatetaan ennalta sovittua lääkeprotokollaa ja tutkimusaika ei ylitä lääkekokeilun vuoksi. Haastateltavat kertovat valitsevansa HL1, kun tutkimuksessa ei ilmene potilaslähtöisiä haasteita eikä muitakaan tutkimuksen kulkuun vaikuttavia tekijöitä.

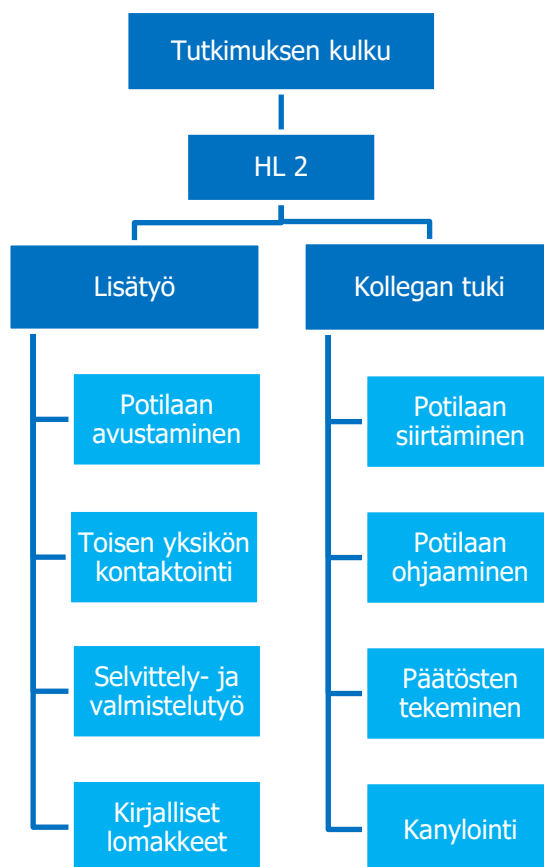
Usean haastateltavan näkemys on, että suurin osa potilaista kuuluu HL1 luokkaan ja ne ovat poikkeustilanteita, kun hoitoisuusluokkaa joutuu nostamaan. Yksi haastateltavista on sitä mieltä, ettei HL1 kuuluvia potilaita ole yksikössä paljoa ja että hoitoisuusluokitus kuvaa, millainen kuormitus yksikössä oikeasti vallitsee.

”HL1 potilaat, heillä on kaikki kunnossa. Ihminen on selkeästi ymmärtänyt ohjeet, valmistautunut tutkimukseen, noudattanut kaikkia ohjeita.”

”Ne on aina poikkeustilanteita, kun pitää nostaa sitä luokitusta, että onneksi meillä on HL1:ssa valtaosa potilaista.”

Hoitoisuusluokan 2 valintaa ohjaavat tekijät

Tutkimuksen kulku, johon sisältyy lisätyötä tai kollegan tuen tarve, on hoitoisuusluokan 2 (HL2) valintaa ohjaava tekijä (kuva 8). Lisätyötä aiheuttaa potilaan avustamisesta, toisen yksikön kontaktointista, selvittely- ja valmistelutyöstä sekä kirjallisten lomakkeiden täyttamisestä tai muusta protokollaan kuulumattomasta työstä. Kollegan tukea voidaan tarvita potilaan siirtämisessä, potilaan ohjaamisessa, päätösten tekemisessä ja kanyloinnissa.



KUVA 8. Hoitoisuusluokan 2 valintaa ohjaavat tekijät

Haastateltavien näkemysten mukaan lisätyö on normaaliin tutkimusprotokollaan kuulumatonta työtä. Esimerkiksi potilaan avustaminen WC-käynnillä ei kuulu normaaliin tutkimusprotokollaan ja se aiheuttaa hoitajalle lisätyötä tutkimuksen suorituksessa. Haastateltavat nostavat esille, että useasti lisätyötä tehdään tutkimuksen ohella, eikä sen määrä välttämättä tule näkyväksi. Kun lisätyöllä ei ole vaikutusta tutkimusaikaan tai hoitajien määrään, haastateltavat kertovat valitsevansa HL2.

Haastateltavat kertovat kontaktoivansa toista yksikköä, kun selvittävät tutkimusaikatauluja ja varmistavat esimerkiksi potilaan oikean valmistautumisen tutkimukseen. Tutkimusta tekeväälle hoitajalle aiheutuu ylimääräistä selvitystyötä, jos lähettävä yksikkö ei ole noudattanut tutkimuksen varaamiseen liittyviä ohjeita tai lähetetiedoissa on muuta puutteellisuutta. Haastateltavat korostavat, että yhteydenotto lähettävään yksikköön puutteellisten lähetetietojen vuoksi hidastaa tutkimuksen aloittamista.

Lisätyötä muodostuu selvittely- ja valmistelutyöstä, jota voidaan tehdä tutkimusta edeltävänä päivänä tai sitäkin aiemmin. Haastateltavat kertovat esimerkiksi lähetetietojen perusteella tekevänsä etukäteisvalmisteluja tutkimuksen onnistumiseksi. Yleensä haastateltavat kirjaavat etukäteen tehtävät valmistelu- tai selvittelytyöt RIS-järjestelmään tiedoksi muille kollegoille, jotta ne otettaisiin huomioon hoitoisuutta valitessa.

"Tavallaan semmoista hiljaista työtä, mitä vaan tehdään siinä tutkimuksen lomassa, mutta mikä ei sinänsä kuulu ihan siihen meidän tutkimusprotokollaan."

"Meillä yksi on semmoinen, että on puutteelliset lähetteet, vaikka noissa päivystystutkimuksissa. Pitäisi olla hoitajan puhelinnumero ja lääkärin kenelle sitten soitetaan vastauksesta, kenen hoitajan kanssa sovitaan aikataulusta, ja jos ne puuttuvat, niin se nousee heti siitä. Jotain muuta tällaista, jos on lähetteessä jotakin puutteellisuutta, että pitää selvittää, että itselle tulee semmoinen olo, että onkohan tässä ihan kaikki."

"Jos on jotain selvitystyötä, vaikka potilaan tutkimukseen liittyen. Kylähän semmoinenkin, että se näkyy vaan jossain, että nyt on tehty tavallaan jotain vähän enemmän kuin ihan normiasiassa. Siitäkin voi ykkösestä kakkoseen sen luokan vaihtaa."

Haastateltavien näkemysten mukaan kollegan tuki voi olla välttämätöntä tutkimuksen onnistumisen tai potilaan turvallisuuden vuoksi. Haastateltavat korostavat, että potilaiden turvalliseen siirtämiseen tutkimussängylle tarvitaan usein kollegan apua. Jotkut potilasryhmät, esimerkiksi lapsipotilaat, ovat haastateltavien kuvausten mukaan toisia haastavampia ja toisen hoitajan apu saattaa olla tutkimuksen suorittamisen ja onnistumisen kannalta välttämätöntä.

Haastateltavat nostavat esille, että potilaan ohjaaminen edellyttää välillä lisätyötä tai toisen kollegan tukea, jotta tutkimus saadaan onnistumaan. Päätöksen tekoa varten haastateltavat hakevat kollegan tukea, jos ovat epävarmoja tutkimustulosten luotettavuudesta. Yksi haastateltava kiteyttää HL2-vallinnan yleisimmiksi syiksi kelan matkakorvauslomakkeen kirjoittamisen, toiseen yksikköön soittamisen ja avun tarpeen kanyloinnissa.

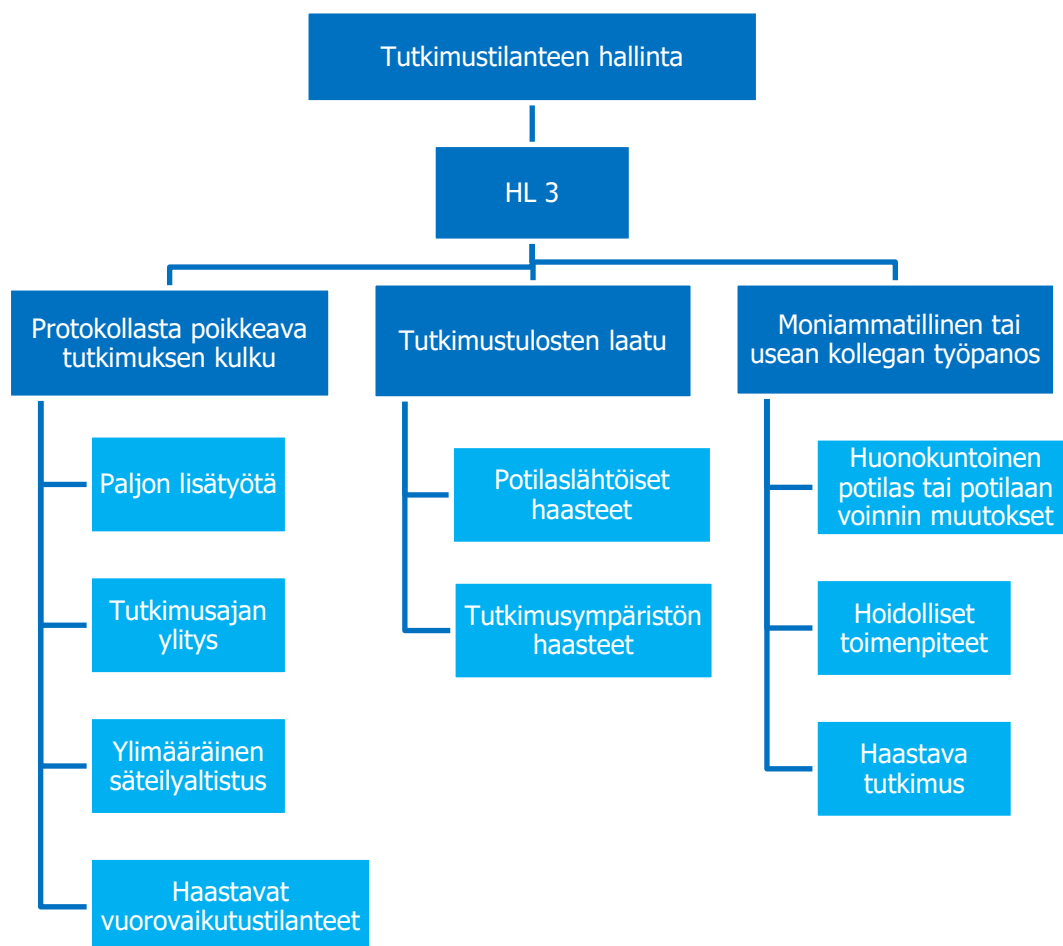
"Se on usein se turvallisuus, potilaiden turvallisuusasia eli kun pitäisi siirtää potilas sängystä toiseen, miten minä saan sen turvallisesti, vaikka sänkyyn tai sieltä pois. Ainakin silloin tarvitaan lisäapua."

"Kun on paljon lapsipotilaita, niin joskus tutkimuksen suorittaminen, siis myssyn laittaminen päähän, ei onnistu ilman lisäkäsiä. Joskus se on mitä nopeammin niin sen parempi, jotta edes saadaan tutkimus käyntiin. Toisen hoitajan apu on joskus tutkimuksen tekemisen kannalta täysin välttämätöntä, sillä se tutkimus ei vaan muuten starttaa."

"Spirometria-tutkimuksissa minun mielestä, jos joutuu suukappaleita vaihtamaan tai ohjaamaan tavallaan sitten tavallisesta poikkeavammin, jotenkin vähän enemmän tai hakemaan vaikka kaveria siihen että tehdään porukalla."

Hoitoisuusluokan 3 valintaa ohjaavat tekijät

Hoitoisuusluokan 3 (HL3) valintaa ohjaava tekijä on tutkimustilanteen hallinta, johon vaikuttavat protokollasta poikkeava tutkimuksen kulku, tutkimustulosten laatu ja moniammatillinen tai usean kollegan työpanos (kuva 9). Tutkimustilanteen hallinnan säilyttäminen edellyttää hoitohenkilöstön näkemysten mukaan moniammatillista tai usean kollegan työpanosta. Tutkimuksen kulku poikkeaa tällöin normaalista protokollasta ja tutkimustulosten laadussa voi esiintyä vaihtelevuutta.



KUVA 9. Hoitoisuusluokan 3 valintaa ohjaavat tekijät

Haastateltavien näkemysten mukaan HL3 tutkimuksen suorittamiseen liittyy paljon lisätyötä, tutkimusaika voi ylittyä ja vuorovaikutustilanteet ovat usein haastavia. Isotooppitutkimuksissa hoitaja voi lisäksi altistua ylimääräiselle säteilylle. Poikkeavaan tutkimuksen kulkuun on haastateltavien kuvausten mukaan vaikuttamassa usein erilaiset potilaslähtöiset haasteet. Vuorovaikutustilanne voi olla haastava esimerkiksi kulttuurierojen vuoksi tai potilaan ohjaamisessa on muita haasteita huonon co-operation vuoksi. Haastateltavat nostavat esille, että lisätyötä aiheutuu muun muassa potilaan huonosta valmistautumisesta tutkimukseen, jolloin ennakkoon täytettäväksi tarkoitetut tiedot käydään läpi tutkimuksen alussa.

Haastateltavat korostavat, että potilaan käyttäytyessä levottomasti tai ollessa pelokas, hoitajan on seurattava tutkimuksen kulkua potilaan vierellä tutkimuhuoneessa sen sijaan, että siirtyisi normaali-

liin tapaan valvontatilaan. Tämä aiheuttaa isotooppitutkimusta tekeväälle hoitajalle ylimääräistä säteilyaltistusta, kun potilaaseen, jolle on annettu radioaktiivista tutkimusainetta, ei voida pitää suositeltavaa välimatkaa. Ylimääräistä säteilyaltistusta aiheutuu myös isotooppitutkimuksessa olevan potilaan eritteiden siivoamisesta. Muissa tutkimuksissa potilaan jatkuva tarkkailu ja rauhoittelu tutkimushuoneessa huonontaa esimerkiksi hoitajan työergonomiaa ja nostaa hoitajan kokemaa kuormitusta. Haastateltavien kuvausten mukaan normaali tutkimusaika voi ylittyä tutkimuksen kulkua hidastaneiden tekijöiden esimerkiksi potilaslähtöisten tai teknisten haasteiden vuoksi.

"HL3 aika varmasti, jos on sellainen ulkomaalaistaustainen potilas ja tulkki mukana tai ei ole tulkkia ja tutkimus venyy. Usein just sellaiset ihmiset eivät pysty noudattamaan ohjeita, eivätkä ole täyttäneet esitietolomakkeita."

"Mikä aina nostaa kuormitusta, että on huono työergonomia. Meillä voi olla koko tutkimuksen läpi huono työergonomia. Sitten vielä vastusteleva potilas ja jos tulee kohtauksia tutkimuksen aikana. Niin ja teknisten ongelmien poistaminen, jos niitä on monta samaa aikaan. Kohtaus ja vastusteleva potilas menee kolmoseen."

Haastateltavien näkemysten mukaan tutkimuksen laatuun vaikuttavat potilaslähtöiset tai tutkimusympäristöstä tulevat haasteet. Potilaslähtöiset haasteet ovat haastateltavien mukaan useimmiten syynä, jos tutkimus ei onnistu lainkaan. Myös haastava tutkimusympäristö, kuten levoton ja ahdas tutkimuspaikka tai tutkimuslaitteistossa ilmenevät tekniset haasteet, voivat vaikuttaa tutkimuksen laatuun. Jos potilaalla on huono co-operaatio, esimerkiksi vastusteleva lapsipotilas, tutkimuksen onnistunut suorittaminen vaatii hoitajalta hyviä vuorovaikutustaitoja ja useasti kollegan apu on välttämätöntä.

Haastateltavat nostavat esille, että potilaan voinnin vuoksi esimerkiksi keuhkofunktio tutkimuksessa voi joutua pitämään normaalia pitempiä taukoja, jotta tutkimus saadaan onnistumaan luotettavasti. Haastateltavat korostavat, että haastavan tutkimuksen onnistunut ja laadukas suorittaminen edellyttää välillä usean työntekijän työpanosta ja normaalia pidempää tutkimusaikaa.

"Meillä esimerkiksi, jos tutkimusta ei saada tehtyä, niin se menee HL3., että se on ainakin hyvin selkeä. Jos sitä on yritetty, mutta se ei onnistu potilaasta johtuvista syistä."

"Esimerkiksi potilas ei pysty ohjeita noudattamaan tai ottamaan vastaan tai sitten esimerkiksi spiometrissa, että yskii vaan niin paljon, että ei oikeasti pysty tekemään tutkimusta niin kuin pitäisi, tai tarvitsee taukoja, jotta tulisi luotettavasti just tehtyä."

"Monesti se tutkimuksen laatu riippuu siitä potilaan co-operatiivisuudesta. Varsinkin EEG:ssä hyvinkin kulkee käsi kädessä, että jos on levoton eikä pysty, osaa rauhoittua, vaikka rentoutua siinä tutkimuksen aikana, niin se laatu on silloin aina huonompi kuin silloin, jos se potilas on co-operatiivinen, noudattaa kehotuksia."

"Just se, että saat sen laadukkaan tutkimuksen sillä lailla, että niihin panostetaan hoitajaresurssia enemmän."

Haastateltavien näkemysten mukaan moniammatillista tai usean kollegan työpanosta tarvitaan haastavan tutkimuksen suorittamiseen, hoidollisten toimenpiteiden, huonokuntoisten potilaiden tai potilaan voinnissa tapahtuvien muutosten vuoksi. Haastateltavien kuvauksissa korostuu, että usein tutkimustilanteen hallintaa vaikeuttavat huonokuntoiset potilaat tai potilaan voinnin huonontuminen tutkimuksen aikana. Usean henkilön työpanosta voidaan tarvita potilaan kanylointiin tai huonokuntoisen potilaan siirtämiseen ja avustamiseen, jotta siirto saadaan tehtyä turvallisesti.

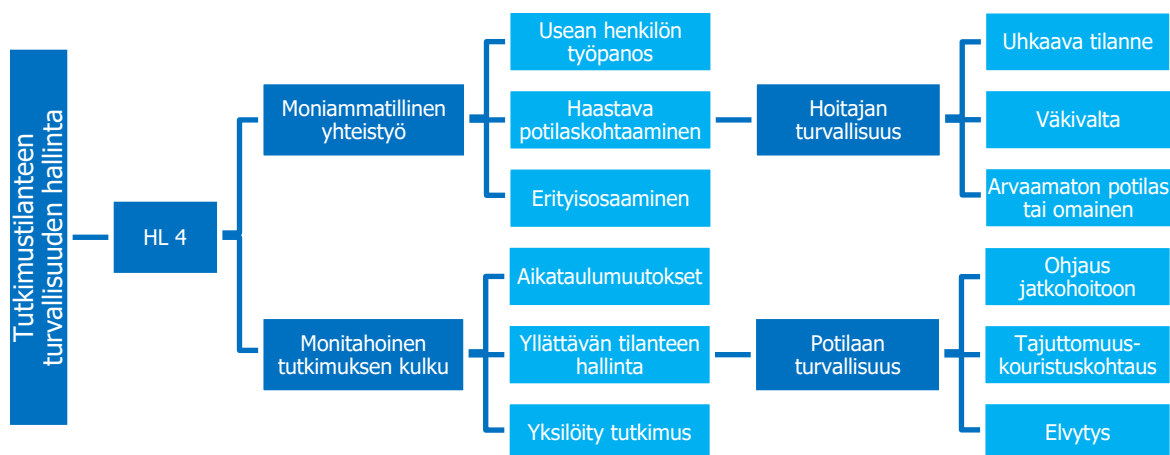
Haastateltavat korostavat, että tutkimustilanteen hallinnan vuoksi tutkimuspaikalle voidaan hälyttää lisää henkilökuntaa tai konsultoida lääkäriä tai toisen yksikön henkilökuntaa tutkimuksen etenemisen varmistamiseksi. Tutkimusaika ylittyy useasti moniammatillista työpanosta vaativissa tutkimuksissa niiden haasteellisuuden vuoksi.

"Ne huonokuntoiset potilaat, että jos tarvitaan useita henkilöitä siirtämään, vahtimaan, pukemaan, vaihtamaan, siivoamaan niitä eritteitä. Ja kun meillä kuitenkin koko ajan siinä henkilökunta altistuu säteilylle siinä vaiheessa, kun joudutaan olemaan potilaan lähellä. Ne voi olla jopa jo valmiiksi tosi huonokuntoisia, kun ne tulee tai sitten jos huononee se olotila."

"Tutkimuksen aikana on ollut erityisesti haastavaa, kun tilanne tulee yllättäen. Ei tiedä etukäteen, että tarvitseekin äkkiä apua tai potilaan hoitoisuus yllätyksenä muuttuu kesken tutkimuksen tai sitten potilas onkin yllättävän huonokuntoinen eikä sitä etukäteen tiedä. Se nostaa vielä uuteen luokkaan tai tuossa kohtaa, kun sen pystyy vielä etukäteen suunnittelea, jolloin se on hallinnassa niin sanotusti, mutta sitten kun se tulee yllätyksenä eikä olekaan hallinnassa niin se on sellainen haaste."

Hoitoisuusluokan 4 valintaa ohjaavat tekijät

Hoitoisuusluokan 4 (HL4) valintaa ohjaava tekijä on tutkimustilanteen turvallisuuden hallinta, johon vaikuttavat monitahoinen tutkimuksen kulku ja moniammatillinen yhteistyö sekä potilaan turvallisuus ja hoitajan turvallisuus (kuva 10).



KUVA 10. Hoitoisuusluokan 4 valintaa ohjaavat tekijät

Hoitohenkilöstön näkemysten mukaan HL4 tutkimustilanteet ovat monitahoisia ja yksilöityjä, potilas-kohtaukset ovat haastavia ja yllättävien tilanteiden hallinta edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Tutkimustilanteeseen liittyy lisäksi joko potilaan tai hoitajan turvallisuuteen tai molempien turvallisuuteen liittyvä uhka. Haastateltavat korostavat valitsevansa HL4 hyvin äärimmäisessä tilanteessa.

Potilaan turvallisuuteen vaikuttaviksi tekijöiksi haastateltavat kuvaavat potilaan elvyttämiseen johtaneen tilanteen, potilaan saaman tajuttomuus-kouristuskohtauksen tai muun potilaan voinnissa tapahtuneen yllättävän muutoksen, jonka seurauksena potilas ohjataan tutkimustilanteesta ensiapuun tai muuhun jatkohoitoon.

"Nelonen ja se äärimmäisyys, siinä varmaan potilas on lähes kuolla. Minusta tuntuu."

"Tehopotilaat tai traumapotilaat, kolaripotilaat, missä on tosi paljon kaikenlaista ylimääräistä ja siellä pyörii ambulanssihenkilökuntalääkärit ja kaikki muut, niin silloin hyvin usein on laittanut sen HL 4. Potilaan kanssa on paljon haasteita, voi olla, että elvytetään kesken kuvauksen. Silloin käytän sitä HL4 vasta."

Hoitajan turvallisuuteen vaikuttaviksi tekijöiksi haastateltavat kuvaavat arvaamattomasti käyttäytyvän potilaan tai omaisen ja tilanteessa on väkivallan tai muun uhkan mahdollisuus. Hoitajan turvallisuuden ollessa uhattuna haastateltavat korostavat valitsevansa HL4 ja käytännön työssä yhdeksi HL4 kriteeriksi on sovittu hoitajan kokemana väkivallan uhka. Haastateltavien näkemyksen mukaan hoitajan kokemana uhkaava tilanne nostaa henkistä kuormitusta ja voi vaikuttaa tutkimuksen laadukkuuteen. Uhkaava tilanne voi tulla yllättäen ja tällaisen uhkaavan tilanteen hallintaan haastateltavat toivovat lisäkoulutusta.

"Kyllä on varmaan 4. laitettu sellaisissa, missä hoitaja on kokenut uhkaa siltä potilaalta, sanan verbaalista tai fyysistä väkivaltaa, kun tuolla välillä päivystyksessä tai siis päivystys- EEG:ssä sellaisia hyvinkin teutaroivia potilaita, joista on vaara saada osumaa kädestä tai jalasta tai hyvin levoton, aggressiivinen potilas, niin tällainen mistä tulee oikeasti sellainen vaaratilanne."

"Siinä oli ehkä vähän jopa tämmöinen, niin kun henkinenkin puoli, että jotenkin hoitajana en kokenut, että minun on tässä nyt hyvä ja turvallinen tätä tehdä."

"Tai sitten on uhkaava potilas, on niitäkin tullut, että on täysin hyväkuntoinen ja skarpin oloinen, mutta osoittautuikin uhkaavaksi, vaikeaksi potilaaksi, niin siinä laatukriteereitä lasketaan, jotta saadaan se onnistumaan."

"Me tarvittaisiin siihen koulutusta, että me saadaan siitä tilanteesta turvallinen alusta loppuun. Toki joskus sinä voit sillä taitavalla potilasohjauksella ja tilanteen lukutaidolla, sillä koulutuksen tuomalla tiedolla estää sen eskaloitumisen. Harvoin varmaan saadaan potilasta kauheasti provosoitua niissä tilanteissa tai näin, mutta siinä on paljon sellaista tietotaidon varaa, että miten selvitä näistä potentiaalisista uhkatilanteista."

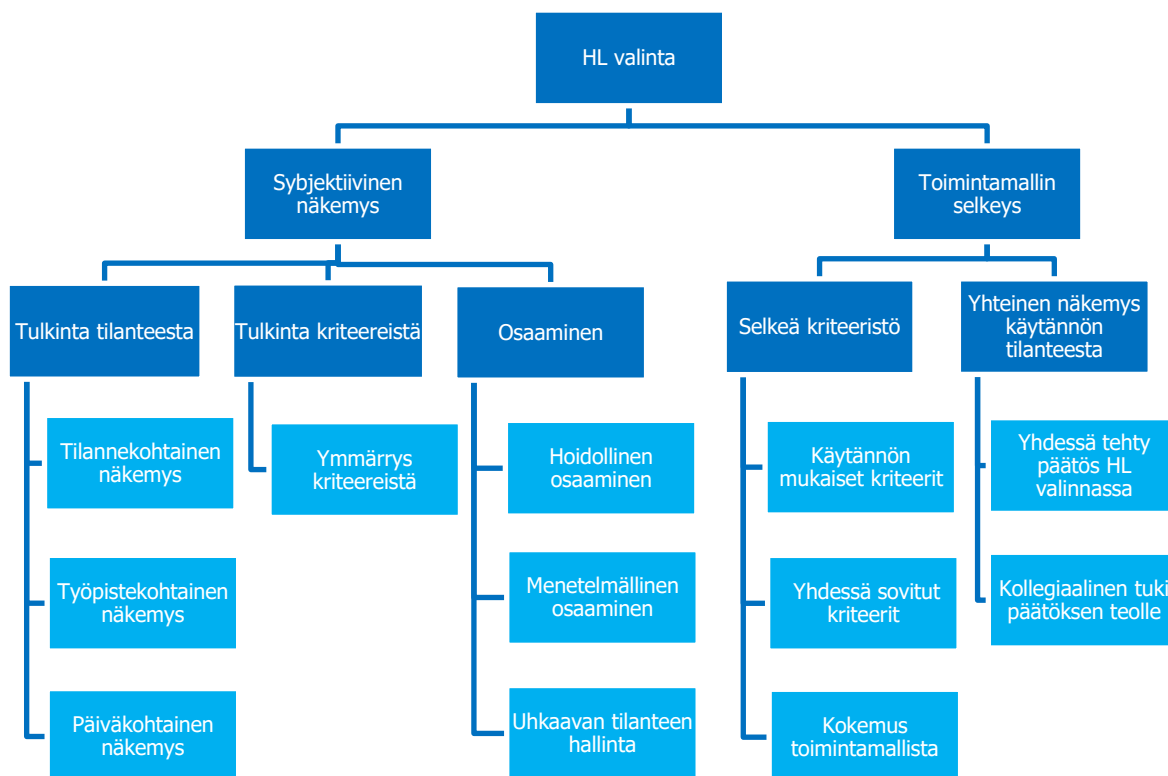
Yksi haastateltava kuvaa valinneensa HL4 tutkimuksessa, jossa tutkimuksen kulku ei noudattanut missään vaiheessa normaalia tutkimusprotokollaa, vaan eteni hyvin yksilöllisesti. Varsinkin potilaan

ja omaisen ohjaaminen tutkimuksessa oli ollut hyvin haastavaa, mikä oli edellyttänyt tilanteen lukutaitoa ja hyviä vuorovaikutustaitoja, ja haastateltava kuvaa hyödyntäneensä tutkimuksen suorituksessa kaiken osaamisensa ja ammattitaitonsa.

”Olen itse laittanut yhden nelosen. Se ei sinänsä ollut, potilas ei saanut epileptistä kohtausta, eikä tässä nyt hengenlähtö ollut lähellä, mutta se että potilaan tulossa meille ei mikään mennyt ohjeiden mukaan, tutkimusta tehdessä mikään ei mennyt niin kuin olisi voinut kuvitella. Tutkimus, kun saatiin valmiiksi, niin mikään ei mennyt niin kuin piti mennä, eli kokenutkin hoitaja pisti aivan kaiken osaamisensa ja ammattitaitonsa peliin, ja tyyliin jos tutkimukseen oli varattu tunti, niin siihen menikin 2 tuntia kaikkine kommervenkkeineen. Niin siinä vaiheessa niin kuin asteikko ei vaan enää riittänyt siihen kaikkeen mihin piti taipua. Niin silloin olen kylmästi laittanut hoitoisuus 4. että nyt on takki tyhjä.”

Muita hoitoisuusluokan valintaan vaikuttavia tekijöitä

Hoitohenkilöstön näkemysten mukaan muita hoitoisuusluokan valintaan vaikuttavia tekijöitä ovat toimintamallin selkeys ja subjektiivinen näkemys (kuva 11). Yhdenmukaisuuttava tukeva vaikutus hoitoisuusluokan valinnassa on toimintamallin selkeydellä, johon vaikuttavat kriteeristön selkeys ja yhteinen näkemys käytännön tilanteesta. Hoitoisuusluokan valintaan eroavaisuutta aiheuttava tekijä on subjektiivinen näkemys, johon vaikuttavat tilanteen tulkinta, kriteereiden tulkinta ja taustalla oleva osaaminen.



KUVA 11. Hoitoisuusluokan valintaan vaikuttavia erottelevia ja yhdistäviä tekijöitä

Hoitohenkilöstön näkemysten mukaan toimintamallin selkeydellä on vaikutusta hoitoisuusluokan valinnassa. Käytännön mukaiset kriteerit, yhdessä sovitut kriteerit ja kokemus toimintamallista selkeyttävät haastateltavien mukaan kriteeristön käyttöä. Yhdessä tehty päätös hoitoisuusluokan valinnassa ja kollegiaalinen tuki päätöksen teolle tukevat haastateltavien kuvausten mukaan yhteistä näkemystä käytännön tilanteesta. Haastateltavat korostavat yhdessä luotujen kriteerien merkitystä, jotta kaikilla olisi samanlainen näkemys kriteereistä ja eri hoitoisuusluokkien käytöstä. Haastateltavien kuvausten mukaan hoitoisuusluokitusjärjestelmän toimintamalli koetaan käyttökelpoiseksi ja alkuvaiheen opetteluvaiheen jälkeen hoitoisuusluokituksen merkitsemisestä on muodostunut rutiinia. Haastateltavat nostavat esille yhdessä pohdittujen hoitoisuusluokkavalintojen merkitystä yhteisen näemyksen luomisessa erilaisissa käytännön tilanteissa.

"Tosi tärkeätä on varmaan, että on yhdessä etukäteen mietitty ne hoitoisuusluokituksen kategoriat tai kriteerit, että ne on tavallaan kaikille selkeä laittaa, että mistä kohtaa se luokitus hyppää seuraavaan luokkaan."

"Alussa, kun otettiin käyttöön, piti aika paljon miettiä ja pohtia, millä tavalla arvioidaan. Mutta sitten, kun se oli käytössä jo jonkun aikaa, tuli aika selkeästi, että mitä edellyttää luokka 1-2-3-4 ja nyt tämä luokittelu on tosi helppoa."

"Mun mielestä se on kyllä ihan järkevä, että ne luokat on ihan järkevästi perusteltu, että miksi on mikäkin. Sitten jos joskus tarvii niin on sitten yhdessä mietittykin, onko tämä HL2 vai HL3."

Hoitohenkilöstön näkemysten mukaan subjektiivisella näkemyksellä on vaikutusta hoitoisuusluokan valintaan. Subjektiivinen tulkinta tilanteesta voi vaihdella haastateltavien kuvausten mukaan tilannekohtaisesti, työpistekohtaisesti ja päiväkohtaisesti. Haastateltavat kuvaavat valitsevansa hoitoisuusluokan subjektiivisesti, juuri siinä tilanteessa tehdyn arvion mukaisesti. Haastateltavat nostavat esille, että toisissa työpisteissä hoitoisuusluokan valinnan tekeminen on helpompaa kuin toisissa. Yksi haastateltava kuvaa, että HL1 ja HL2 välillä raja on häilyvä ja päätös voi vaihdella päiväkohtaisesti kuinka kuormittavaksi tilanteen kokee. Subjektiivinen tulkinta kriteereistä vaikuttaa haastateltavien mukaan siihen, kuinka eri luokkien kriteerit ymmärretään käytännön työssä.

"Se on aika tällainen pintapuolinen tavallaan toi luokka, vaikka siellä on ne asiat, mikä kuuluu aina mihinkin luokkaan, mutta minun mielestä on kuitenkin aika semmoinen subjektiivinen. Sen hetkisen tilanteen mukaan just sen hoitajan kokemus ja arvio siitä, että mihin luokkaan tämä menee. Vaikka se on ihan hyvä ohjenuora tottakai se luokittelu."

"Sitten myös se tulkinta, siinäkin on sanasta kiinni välillä, että mikä on sitten todella tämä ja tämä. Sinä voit, se on melkein kuin ohje, kun sinä teet ohjeen, laitat sen kolmen, neljän eri ihmisten eteen. Taatusti tulee kysymyksiä, kun jokainen ihminen ymmärtää jonkun lauseen, jonkun sanan vaan eri tavalla, koska ehkä sen tausta on erilainen kuin muiden. Eli se on kuitenkin käytännössä vaikeaa, vaikka sinä laitat niin hienosti ja mahdollottoman loistavasti ohjeita, niin tulkinta siihen, että taatusti joku miettii, mikä tuo on."

Haastateltavien näkemysten mukaan hoidollinen osaaminen, menetelmällisen osaamisen ja uhkaavien tilanteiden hallintaan liittyvän osaamisen vaikuttavat subjektiiviseen näkemykseen hoitoisuusluokan valinnassa. Haastateltavat nostavat esille, että heillä on eri ammattiryhmien takia erilainen hoidollinen koulutus- ja kokemustausta. Haastateltavat kuvaavat, että bioanalytikoilla ei ole niin vahvaa tietotaustaa hoidollisista ja avustavista toimista kuin sairaanhoitajilla on, jolloin potilaan wc-käynnin avustaminen voi nostaa hoitajan kokemaa kuormitusta. Haastateltavat kuvaavat menetelmällisen osaamisen vaikuttavan haastateltavien kuormitukseen niin sanotuissa harvemmin käytetyissä menetelmissä tai erikoismenetelmissä, joista kaikille ei ole kertynyt samalaista kokemusta ja rutiinia. Epävarmassa tilanteessa haastateltavat kuvaavat hakevansa kollegalta tukea.

Haastateltavat kuvaavat arvaamattomasti ja aggressiivisesti käyttäytyvien potilaiden kohtaamisen nostavan henkistä kuormitusta. Hoitajan turvallisuutta uhkaavat tilanteet on haastateltavien kuvausten mukaan yhdessä sovittu HL4 kriteeriksi. Uhkaavien tilanteiden hallintaan liittyvää osaamista haastateltavat korostavat tarvitsevansa lisää. Yksi haastateltavista kuvaa saaneensa koulutusta ja kokemuksesta uhkaavista tilanteista aikaisemmissa työtehtävissä ja nämä kokemukset tuntuvat antavan varmuutta yllättäviin uhkaaviin tilanteisiin.

Haastateltavien näkemys on, että erilainen koulutustausta konkretisoituu eniten hoidollisessa osaamisessa. Haastateltavat nostavat esille näkemys, voivatko kaikki käyttää samoja kriteerejä hoitoisuusluokittelussa erilaisen osaamisen vuoksi. Yhden haastateltavan näkemyksessä osaamisella ei ole vaikutusta hoitoisuusluokan valintaan. Haastateltava korosti, että hoitoisuusluokan valinnassa ei ole kysymys osaamisesta, vaan hoitajan kokemasta kuormituksesta.

"Huomaan, että omasta hoitotyön taustasta on ollut paljon täällä hyötyä. Ja sitten huomaa sen, että se vaikuttaa myös niihin hoitoisuusluokituksiin, että miten minä luokittelen."

"On todella oleellista, että meillä on ihan erilainen tietotausta. Koska olen itse bioanalytikko, se potilaan hoito ja siirtely, tällaiset avustustoimenpiteet, niin ne ei ole tuttuja. Mulla ei ole niihin koulutusta, niin selvästi me lähdetään tähän ihan eri näkövinkkelistä."

"Jos me mietitään sitä HL tutkimuksellisesti, ei ajatella sitä, mikä on potilaan kunto. Yhtenä esimerkkinä entinen menetelmä. Meillä on hoitajia, jotka on sillä menetelmällä aiemmin rutiinisti tehnyt ja toki se niille hoitajille on edelleen rutiinia enemmän kuin niillä, jotka sitä satunnaisesti käyttävät. He taitavat sen, mutta he ei ole tehnyt sitä rutiinisti ja se on ihan selvä, että hoitoisuus on korkeampi hoitajalle, joka ei ole tehnyt sitä, kuin hoitajalle, joka sitä on tehnyt."

"Meidän tausta on erilainen, se on sairaanhoitaja, se on laboratoriohoitajan tausta, niin siinä toki on eroa ja se ehkä eniten konkretisoituu siinä hoidollisuudessa. Eli juurikin se, että laboratoriohoitajan näkökulmasta hoitoisuus nouseekin jo heti siitä, että potilas olikin rolaattorilla ja ei ollut tutumpaa, mutta sitten sairaanhoitajalle se kohta on ehkä tutumpi."

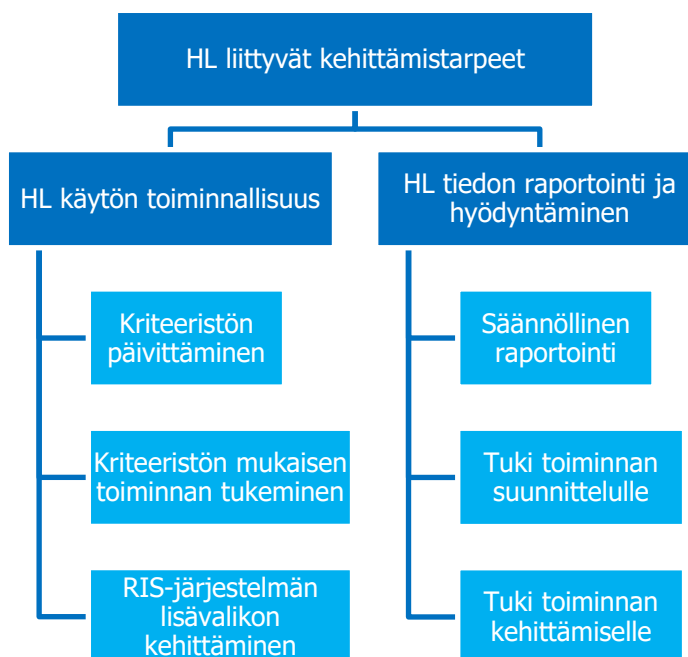
Hoitohenkilöstö kuvaa osaamisen kehittämiseen liittyviä koulutustovereita, jotka ovat potilaan siirtämiseen ja avustamiseen liittyvä säännöllinen koulutus, yksikön tarpeisiin suunniteltu lääkekoulutus,

vuorovaikutuskoulutus esimerkiksi itsetuhoisten potilaiden kohtaamiseen ja uhkaavien tilanteiden hallintaan liittyvä koulutus.

"Minun mielestä meille kaikille kuuluisi väkivalta-uhkatilannekoulutukset, koska me kohdataan arvaamattomia potilaita, milloin on psykoosi taustalla, milloin mikäkin. Että sinä tiedät, miten sinä vaikka sijoitat itsesi siinä tilassa, että sinä pääset pakenemaan, miten sinä varmistat oman selustan. Ihan tällaisten vähän niin kuin ensiapukoulutus niin, miten suojaan itseni eri tilanteissa ja miten neuvotellaan aggressiivisen potilaan kanssa. Tällaisia taitoja minun mielestä meidän pitäisi harjoitella."

7.3 Hoitoisuusluokitusjärjestelmään liittyviä kehittämistarpeita

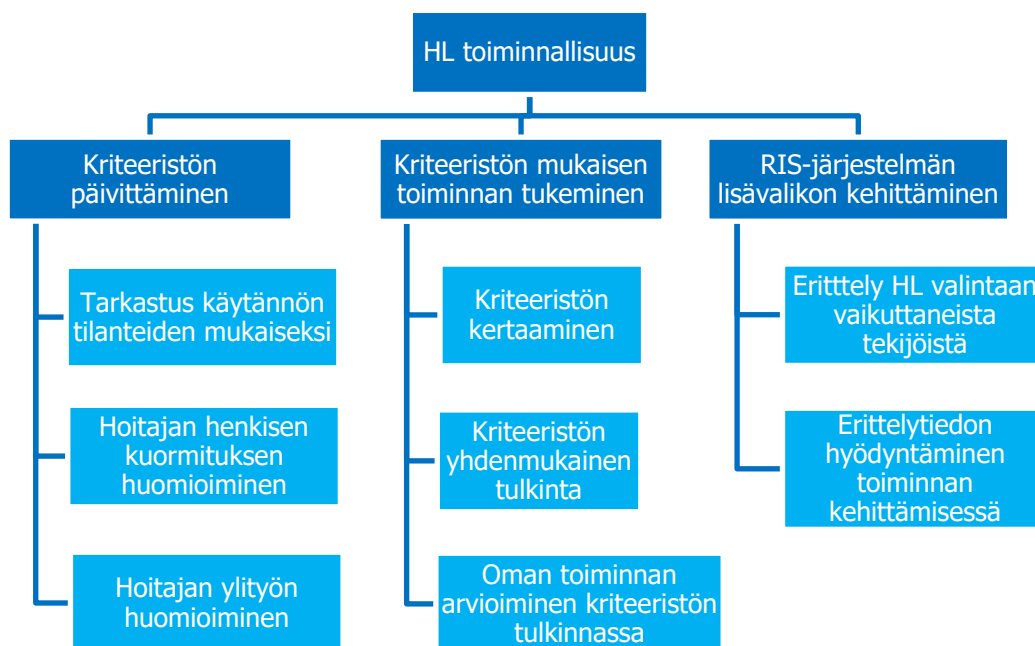
Hoitohenkilöstön näkemysten mukaan hoitoisuusluokituksen kehittämistarpeet liittyvät hoitoisuusluokituksen käytön toiminnallisuuteen, hoitoisuusluokitustiedon raportointiin ja hoitoisuusluokitustiedon hyödyntämiseen (kuva 12).



KUVA 12. Hoitoisuusluokituksen liittyviä kehittämistarpeita

Hoitoisuusluokituksen käytön toiminnallisuuden kehittäminen

Hoitohenkilöstön näkemysten mukaan hoitoisuusluokituksen käytön toiminnallisuudessa ilmeneviä kehittämistarpeita ovat kriteeristön päivittäminen, kriteeristön mukaisen toiminnan tukeminen ja RIS-järjestelmän lisävalikon laatiminen (kuva 13).



KUVA 13. Hoitoisuusluokituksen käytön toiminnallisuuteen liittyviä kehittämistarpeita

Kriteeristön päivittämisessä haastateltavien näkemysten mukaan tärkeää olisi käytännön tilanteiden mukaisuuden tarkastus, hoitajan henkisen kuormituksen huomioiminen ja hoitajan ylityön huomioiminen (kuva 13).

Haastateltavien näkemysten mukaan kriteeristöä olisi päivitettävä, koska nykyisiä kriteerejä ei ole tarkasteltu hoitoisuusluokituksen käytön aikana. Haastateltavien kuvausten mukaan olisi tärkeää tarkistaa, kuinka kriteerit vastaavat käytännön tilanteita. Nykyisissä kriteereissä haastateltavien kuvausten mukaan oli puutteita, sillä kriteereissä ei huomioida hoitajan tekemää ylityötä esimerkiksi laiterikon vuoksi. Lisäksi haastateltavat nostivat esille, että kriteereissä ei huomioida hoitajan kohonnutta henkistä kuormitusta esimerkiksi teknisesti hyvin sujuneesta tutkimuksesta, mutta jossa hoitajalta vaaditaan omien tunteiden hyvä hallintaa. Tällaisia henkisesti kuormittavia tilanteita haastateltavat kuvasivat kokeneensa esimerkiksi nuoren itsemurhaa yrittäneen potilaan tutkimuksen suorituksessa.

"Kun ollaan ikään kuin eletty sillä rungolla, niin ollaanko me vielä samaa mieltä vai ollaanko me ehkä eri mieltä? Tämä voisi ehkä olla nyt semmoinen aika oleellinen asia."

"Traumaattisten tapahtumien jälkipuinti, että meillä ei ole työyhteisössä mitään sellaisia työkaluja. Eikä edes aina näitä tilanteita laitettu neloselle, se voi olla just kakkonen tai kolmonen, koska se on teknisesti ihan jees, mutta tästä minä olen miettinyt, että emme ole robotteja. Meillä on, vaikka kuinka yritetään olla ammattilaisia, joskus omat tunteet nousevat pintaan."

"Kyllähän se on silloin kuormittava tutkimus, jos sinä joudut jäämään ylitöihin tekemään sitä. Tuonhan voisi ottaa ihan kehityskohteenakin. Voisi jutella, että jos se olisi muuten ykkönen potilaasta johtuvista syistä, mutta meitä kuormittaa se, että esimerkiksi laite hajoaa vähäksi aikaa ja sitten se saadaan toimimaan. Potilaat odottavat ja sitten me tehdään ylitöinä se tutkimus, että kyllähän se voisi kakkoseen siitä nousta, kyllä ihan oikeastikin."

Kriteeristön mukaista toimintaa tukisi haastateltavien näkemysten mukaan kriteeristön kertaaminen, kriteeristön yhdenmukainen tulkinta ja oman toiminnan arvioiminen kriteeristön tulkinnassa (kuva 13).

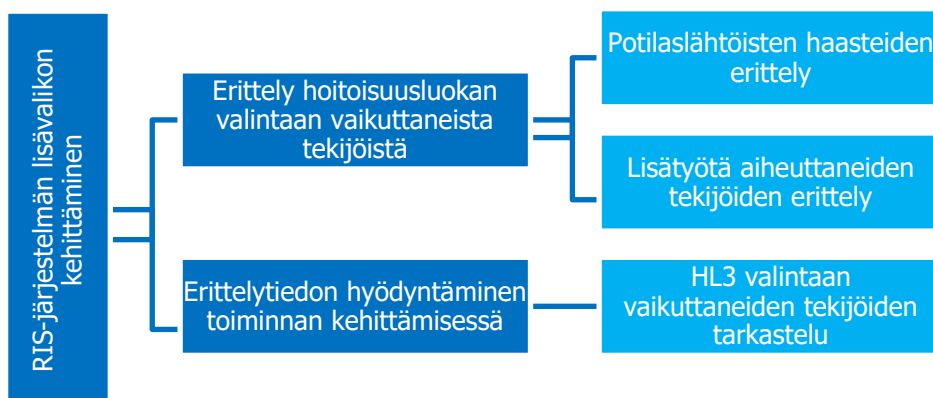
Haastateltavien näkemysten mukaan kriteeristöä olisi tärkeää kerrata säännöllisesti, jotta eri luokkien kriteerit muistettaisiin paremmin käytännön työssä. Haastateltavat nostavat esille, että keskustelu työyhteisössä arjen eri tilanteista ja eri luokkien kriteereistä lisäisi ymmärrystä kriteereistä ja tukisi kriteeristön yhdenmukaista tulkintaa. Lisäksi haastateltavat toivat esille oman toiminnan arvioimisen kriteeristön tulkinnassa, jotta hoitoisuusluokan valinnassa huomioitaisiin yhdessä sovitut kriteerit.

"Koen, että aika ajoin hoitoisuusluokituksia pitäisi kerrata. Keskustella ja miettiä, mitkä ne arjen tilanteet oikeasti ovat. Keskustelua näistä hoitoisuusluokituksista, mikä olisi hirveän hyödyllistä oman työn kannalta."

RIS-järjestelmän lisävalikon kehittäminen mahdollistaisi haastateltavien näkemysten mukaan eritellyn hoitoisuusluokan valintaan vaikuttaneista tekijöistä ja erittelytiedon hyödyntämisen toiminnan kehittämisessä (kuva 13).

Haastateltavien kuvausten mukaan nykyinen hoitoisuusluokittelu 1–4 on niin sanottu luokituksen ylätaso. Haastateltavat nostivat esille, että hoitoisuusluokituksen RIS-järjestelmään olisi tärkeää kehittää ylätasoa lisäksi alataso, lisävalikko, jolla voisi tarkentaa hoitoisuusluokan valintaan vaikuttaneita tekijöitä. Lisävalikko edistäisi haastateltavien näkemysten mukaan hoitoisuusluokitus tietojen hyödyntämistä.

Haastateltavien näkemysten mukaan lisävalikko muodostuisi potilaslähtöisten haasteiden erittelystä ja lisätyötä aiheuttaneiden tekijöiden erittelystä ja erittelytiedoista oleellista olisi tarkastella HL3 valintaan vaikuttaneita tekijöitä, mikä hyödyntäisi toiminnan kehittämistä (kuva 14).



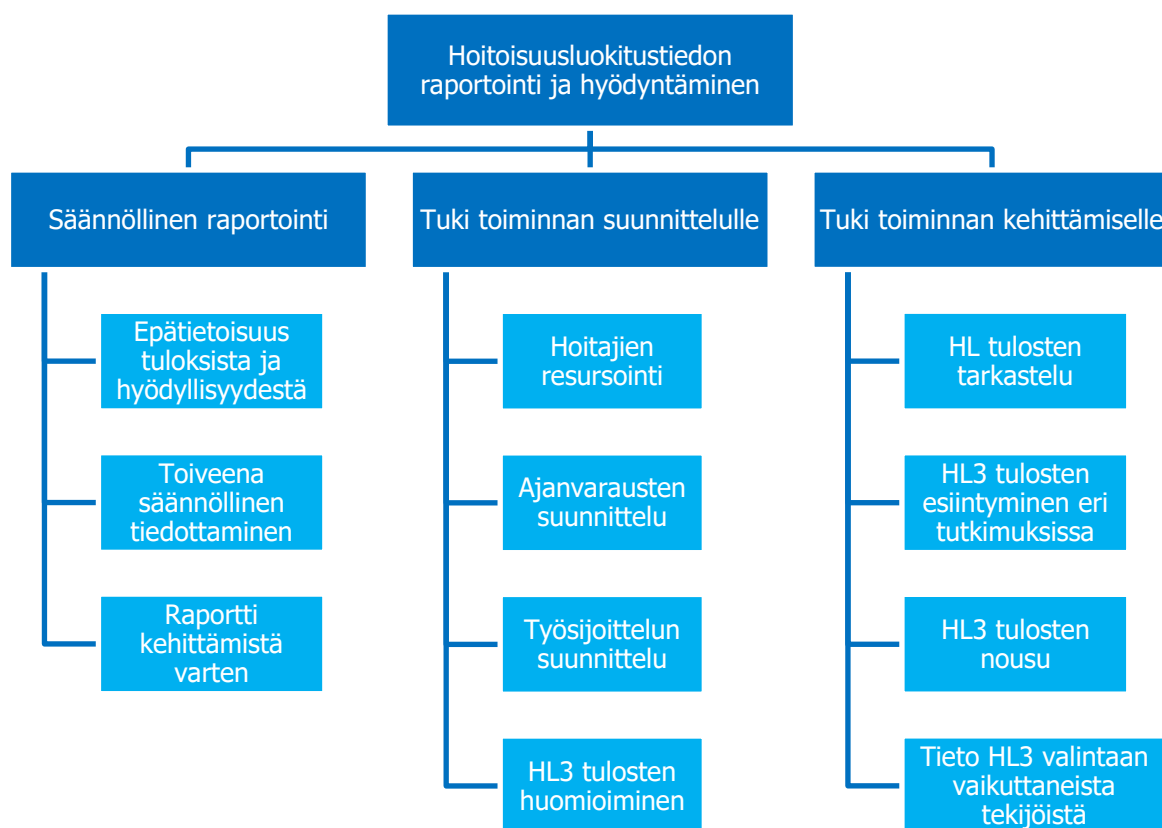
KUVA 14. Hoitoisuusluokituksen toiminnallisuuteen liittyvä RIS-järjestelmän lisävalikon kehittäminen

"Mutta auttaisi vielä, jos sitä haluttaisiin hyödyntää paremmin, että olisi jotenkin tarkemmin avattu se, miksi se oli tässä kohtaa mikäkin luokka. Nyt se on vähän semmoinen ylätasoa tavallaan vaan."

"Minun mielestä olisi se oleellisin asia, jos kolmosta rupeasi hirveästi olemaan. Mutta pitääkö ne sitten jotenkin kirjata ylös, että mikä tässä nyt on ollut, että se on ollut siellä kolmosluokassa. Niitä et enää muista pitkän ajan päästä, minä ainakaan."

Hoitoisuusluokitustiedon raportointi ja hyödyntäminen

Hoitohenkilöstön näkemysten mukaan hoitoisuusluokitustiedoista olisi raportoitava säännöllisesti ja hoitoisuusluokitustietoja olisi hyödynnettävä toiminnan suunnittelun ja toiminnan kehittämisen tukena (kuva 15).



KUVA 15. Hoitoisuusluokitustiedon raportoinnin ja hyödyntämisen kehittäminen

Hoitoisuusluokitustietojen säännöllisen raportoinnin merkitys korostuu haastateltavien näkemyksissä. Haastateltavat kuvaavat olevansa epätietoisia hoitoisuusluokituksen tuloksista ja niiden hyödyllisyydestä. Haastateltavat toivovat säännöllistä tiedottamista hoitoisuusluokituksen tuloksista ja niiden hyödyntämisestä käytännössä. Haastateltavat nostavat esille, että ilman raportointia luokitustiedoista, niitä ei voi hyödyntää kehittämistoimissa.

"Meillä on herännyt kanssa mieleen, mitä me näistä hyödyimme. Katsooko niitä kukaan? Se on meillä tosi usein tullut esille hoitajien suusta tämmöinen näkökanta tähän asiaan. Onko tästä mitään hyötyä, että me laitetaan se numero."

"Jotenkin minun mielestä olisi kiva, että tulisi meille päin jonkunlaista informaatiota, että miten se on raportoitu tai onko sitä mitenkään hyödynnetty. Näkyykö siellä tavallaan missään, että me luokitellaan. Onko siitä otettu mitään koontia?"

"Onko otettu raporttia vuositason tai muutenkaan. Eihän me pystytä kehittämään mitään, jos me ei saada siitä mitään tietoa."

Haastateltavien näkemysten mukaan hoitoisuusluokitustietoja voitaisiin hyödyntää toiminnan suunnittelun tukena. Hoitoisuusluokitustietoja voitaisiin hyödyntää hoitajien resursoinnissa, ajanvarausten ja työsijoittelujen suunnittelussa sekä huomioimalla HL3 tulokset toiminnan suunnittelussa. Ajanvarausten suunnittelussa voitaisiin haastateltavien kuvausten mukaan tarkastella tutkimuksille suunniteltujen tutkimusaikojen riittävyyttä. Haastateltavat korostivat, että jotkut tutkimukset vaativat enemmän resursseja kuin toiset ja HL3 tutkimustietoja hyödyntämällä tämä voitaisiin huomioida ja suunnitella hoitajien määrässä ja tutkimusajoissa tietyissä tutkimuksissa. Haastateltavat toivoivat, että hoitajien työsijoittelussa voitaisiin huomioida, että kuormittavaksi koettuja HL3 tutkimuksia ei suunniteltaisi peräkkäisille päiville.

"Voi tarkastella sen mukaan, kuinka tiheästi joitakin tutkimuksia."

"Pystyisi senkin mukaan miettimään työsijoittelua, miten kuormittavaa."

"Jos on selvästi, että tuossa tutkimuksessa on aina paljon enemmän vaikka kolmesta, sitten siihen pitää resursoida enemmän tutkimusai-
kaa tai tarvittaessa enemmän hoitajia."

Haastateltavien näkemysten mukaan hoitoisuusluokitustietoja voitaisiin hyödyntää toiminnan kehittämisen tukena. Hoitoisuusluokitus 3 tulosten merkitys korostuu haastateltavien näkemyksissä. HL tulosten tarkastelu, HL3 esiintyminen eri tutkimuksissa, HL3 tulosten nousu ja tieto HL3 valintaan vaikuttaneista tekijöistä ovat haastateltavien kuvausten mukaan toiminnan kehittämisen kannalta oleellisia tekijöitä.

"Voisi tavallaan hyödyntää varmasti, jos niitä tarkasteltaisiin, että mitä luokkaa tulee missäkin tutkimuksessa. Voisi sitten tarkemmin paneutua, että mikä tekee sen haasteen siihen. Miten se olisi sitten resursoitavissa paremmin."

"Toiminnan kehittämiseen tai parantamiseen se, jos niitä kolmosia rupeisi tietyissä tutkimuksissa olemaan paljon. Mistä se johtuu, että niitä yhtäkkiä alkaa tulemaan niitä kolmosia."

"Onko jotkut tietyt tutkimukset, että missä tulee enemmän niitä kolmosia. Niin se olis mielenkiintoista."

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluna, jossa selvitettiin sairaalafysiologian hoitohenkilöstön näkemyksiä hoitoisuusluokituksen käytöstä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödynnettävyyttä voidaan edistää hoitohenkilöstön osaamisen ja toiminnan kehittämisessä. Tutkimuksen tulokset kuvaavat hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytön, raportoinnin ja hyödyntämisen nykytilannetta sairaalafysiologian yksikössä. Tutkimuksen tulokset vahvistavat aikaisempaa tutkimustietoa hoitotyön puolelta siitä, että subjektiivinen näkemys vaikuttaa hoitoisuusluokitteluun. Subjektiivinen arviointi voi heikentää hoitoisuusluokituksella saatujen tietojen luotettavuutta ja niiden hyödynnettävyyttä. (Junttila ym. 2023; Kaustinen 2011; Liljamo 2018; Yrttiaho 2018.) Tutkimuksen tulosten mukaan hoitoisuusluokitustietoja ei ole hyödynnetty sairaalafysiologian yksikössä käytäntöön vaikuttavalla tavalla. Luokitustietojen hyödyntämättömyys voi aiempien tutkimusten perusteella vaikuttaa hoitohenkilöstön motivaatioon hoitoisuusluokittelussa (Liljamo 2018).

Osaamista voidaan arvioida useasta näkökulmasta, kuten toimintaympäristön, teknologian kehityksen, talouden ja potilaisiin liittyvien muutosten näkökulmasta. Osaamistarpeita voi ilmetä päivittäisessä työssä uusissa tilanteissa ja potilaskohtauksissa ja näitä esiin tulevia haasteita voi olla vaikea ennakoita. Osa tarvittavasta osaamisesta voidaan havaita käytännön työtä arvioitaessa. (Ojala & Meklin 2021, 30–31.) Tutkimusta aloittaessa tutkijan ennakkokäsitys oli, että hoitoisuusluokitustietojen tarkastelu voisi olla yksi mahdollinen toimintatapa käytännön työssä tarvittavan osaamisen arvioimiseksi ja osaamistarpeiden selvittämiseksi. Tutkimusaineistosta oli tarkoitus selvittää, millaiset tekijät edistävät ja millaiset tekijät heikentävät hoitoisuusluokituksen hyödyntämistä hoitohenkilöstön osaamistarpeiden arvioinnissa. Haastatteluaineistoon perehtyessä, pelkistäessä ja ryhmittelyssä tutkijalle selvisi, ettei tutkimusaineisto vastannut alkuperäisiin tutkimuskysymyksiin. Koska tutkimusaineistosta nousi selvästi esille hoitoisuusluokituksen valintaan vaikuttavat tekijät ja hoitoisuusluokitusjärjestelmään liittyvät kehittämistarpeet, tutkija muutti nämä tutkimuskysymykset analyysivaiheessa. Usea haastateltava kuvasi muun muassa hoidollisella osaamisella olevan vaikutusta tilanteen kuormittavuuteen, mutta kukaan haastateltavista ei nostanut esille hoitoisuusluokituksen hyödyntämistä osaamisen arvioinnissa, kuten he nostivat esille hoitoisuusluokitustietojen hyödyntämisen toiminnan suunnittelun ja kehittämisen tukena.

Hoitoisuusluokitusjärjestelmiä on kehitetty, jotta organisaatioiden esihenkilöillä olisi toiminnan suunnittelua, kehittämistä ja henkilökunnan optimaalista resursointia varten saatavilla näyttöön perustuvaa tietoa johtamisensa ja päätöksensä tueksi (Liljamo 2017; Luhtasela 2006, 2). Tutkimuksen tulosten mukaan hoitoisuusluokitusjärjestelmästä saatavia tietoja ei ole hyödynnetty, kuten hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönoton tarkoituksena on ollut. Hoitohenkilöstö toivoi saavansa enemmän tietoa hoitoisuusluokituksen tiedoista ja nostikin kehittämiskohteeksi hoitoisuusluokitustietojen säännöllisen raportoinnin ja hyödyntämisen toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä. Hoitoisuusluokitustietojen hyödyntäminen käytännön työssä näkyvällä tavalla lisäisi todennäköisesti sekä hoitohenkilöstön tietoisuutta hoitoisuusluokituksen merkityksestä että toisi vaikuttavuuden tunnetta omaan työhön. Vaikka hoitohenkilöstö kuvasi olevansa epävarma hoitoisuusluokituksen merkit-

semisen hyödyllisyydestä ja tietojen tarkastelusta, hoitohenkilöstö oli sitoutunut ja motivoitunut hoitoisuusluokan käyttöön ja hoitoisuusluokan kirjaamista pidettiin säännönmukaisena tapana, kuten potilaan henkilöllisyyden tarkistamista. Hoitohenkilöstön motivaatiota voitaisiin edelleen tukea ja vahvistaa hyödyntämällä aktiivisesti hoitoisuusluokitusraporttien tuottamaa tietoa (Liljamo 2018).

Terveydenhuollossa potilasturvallisen ja laadukkaan toiminnan edellytyksenä voidaan pitää henkilöstön osaamisen varmistamista ja ylläpitämistä työtehtävien edellyttämällä tasolla sekä toiminnan riittävää resursointia ja koordinoitua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022, 19). Henkilöstömitoituksella on todettu olevan vaikutusta potilaan hoidon laatuun (Mäkelä 2006, 61; Partanen 2002, 174). Tulokset vahvistivat potilasturvallisen ja laadukkaan toiminnan edellytysten merkitystä käytännön työssä, sillä erityisesti haastavien hoitoisuusluokka 3 ja 4 tutkimustilanteiden kuvauksissa hoitohenkilöstö korosti riittävän henkilöstöresurssin ja hyvien yhteistyö- ja vuorovaikutustaitojen merkitystä tilanteen hallinnassa, koordinoimisessa ja luotettavan tutkimuksen suorittamisessa. Henkilöstömitoitus vaikutti myös diagnostisen tutkimukseen laatuun, sillä haastavissa hoitoisuusluokka 3 ja 4 tutkimustilanteissa hoitohenkilöstö pyrkii saamaan tilanteeseen lisää henkilökuntaa, jotta tutkimus saataisiin onnistumaan laadukkaasti. Yllättävissä ja monitahoisissa hoitoisuusluokka 4 tutkimustilanteissa hoitajat kuvasivat epävarmuuden tunnetta varsinkin oman turvallisuuden turvaamisessa. Uhkaavien ja väkivaltaisten tilanteiden hallintaan kaivattiin lisäkoulutusta, jota järjestettäisiin säännönmukaisesti, kuten elvytyskoulutuksia potilaiden hengen turvaamiseksi. Osaamisen kehittämisen, ylläpitämisen ja säännöllisen varmistamisen on todettu lisäävän hoitajan varmuuden tunnetta vaikuttaen samalla myös työhyvinvointiin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022, 19). Hoitohenkilöstön esittämät koulutustavoitteet olisivatkin hyvä huomioida yksikön koulutussuunnitelmassa, jotta osaamista voitaisiin kehittää vastaamaan työtehtävien vaatimuksia.

CanMEDS-osaamismallin mukaan laadukas ja potilasturvallinen toiminta muodostuu ammatillisuudesta, vuorovaikutustaidoista, yhteistyötaidoista, johtamistaidoista, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä, oman osaamisen ja tiedonhallinnan taidoista sekä lääketieteellisestä osaamisesta (Frank ym. 2015). Tutkimuksen tulokset vahvistavat näkemystä, että ammattipätevyys edellyttää osaamisen eri osa-alueiden hallintaa ja mahdolliset osaamispuutteet voivat nostaa kuormittavuuden tunnetta. Hoitohenkilöstöltä edellytetään oman työskentelyn johtamista ja oman osaamistason tiedostamista esimerkiksi tutkimusaikataulussa pysymisessä ja tuen tarpeen tunnistamisessa. Henkisesti raskaissa tutkimustilanteissa oman ammatillisuuden hahmottaminen näkyy pyrkimyksenä säädellä omia tunteita ja käyttäytymistä. Erityisesti hoitoisuusluokka 3 ja 4 tutkimustilanteissa hoitohenkilöstöltä edellytetään hyviä vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoja toimia haastavissa potilaskohtaamisissa ja monitahoisissa tutkimustilanteissa, joissa työtä tehdään moniammatillisesti ja myös toisen yksikön kanssa yhteistyössä. Kehittämistarpeita omassa osaamisessaan hoitohenkilöstö nosti esille vuorovaikutustaitojen kehittämisessä erityisesti haastavien ja itsetuhoisten potilaiden kohtaamisessa ja henkisesti kuormittavien tilanteiden nostattamien tunteiden jälkikäsitelyssä. Psykososiaalisesti kuormittavat tekijät voivat heikentää hoitajien työhyvinvointia, mikä voi heikentää myös työn laatua (Yrttiaho 2018). Myös tutkimuksessa kävi ilmi, että uhkaavassa tutkimustilanteessa hoitohenkilöstö on joutunut laskemaan tutkimuksen laatuksiteerejä. Hoitohenkilöstön koulutustavoitteissa korostuikin uhkaavien tilanteiden hallintaan liittyvä koulutus, jotta turvallisuuden tunnetta pystyttäisiin parantamaan äkillisissä uhkaavissa tilanteissa.

Hoitoisuusluokitustietoja tarkastelemalla on mahdollista tukea yhtenäisten menetelmien kehittämistä ja laadun arviointia (Pulkkinen 2000, 166). Diagnostisessa yksikössä samalla tutkimusnimikkeellä tehdyissä tutkimuksissa potilaiden hoidon tai avun tarve voi vaihdella, esimerkiksi potilaan co-ope- raation ja kulttuurierojen vuoksi, joten hoitoisuusluokituksella pitäisi pystyä luokittelemaan tutkimuk- sen kulkuun vaikuttavia tekijöitä (Louhivuori 2016, 1, 40). Tutkimuksen tulokset tukivat näitä näke- myksiä, sillä tutkimuskäytäntöjen kehittämiskohteiden ja laatuun vaikuttavien tekijöiden tunnistami- sen koettiin olevan mahdollista erityisesti tarkastelemalla hoitoisuusluokka 3 tutkimustilanteita. Tosin hoitohenkilöstö koki hoitoisuusluokituksen 1–4 olevan luokittelun ylätasoa ja sen lisäksi toivottiin luo- kittelun alatasoa, joka kuvaisi hoitoisuusluokan valintaan vaikuttaneita tekijöitä. Tärkeäksi hoitoi- suusluokitusjärjestelmän kehittämiskohteeksi voidaankin nostaa hoitoisuusluokitusjärjestämän RIS- lisävalikon luomisen, jonka avulla hoitohenkilöstö voisi eritellä tutkimuksen kulkuun vaikuttaneita tekijöitä, kuten potilaslähtöisiä haasteita ja lisätyötä aiheuttaneita tekijöitä. Tämän lisävalikon avulla saataisiin tutkimusten hoitoisuusluokan valintaan vaikuttaneista tekijöistä yksityiskohtaisempaa tie- toa, jolloin kehitettävät kohteet toiminnassa tai osaamisessa olisi nykyistä helpompi havaita. Hoitoi- suusluokka 4 tutkimustilanteita ilmenee vuoden aikana muutamia, esimerkiksi vuoden 2023 aikana 17 tutkimusta, joten periaatteessa nämä tilanteet on mahdollista käydä kaikki tarkasti lävitse. Hoitoi- suusluokka 3 tilanteita on määrällisesti enemmän, vuoden 2023 aikana 211 tutkimusta, joten lisäva- likko auttaisi näiden tilanteiden kehityskohteiden hahmottamisessa. (Liite 3.) Lisäksi hoitoisuusluoki- tustietojen säännöllinen tiedottaminen henkilöstölle tukisi järjestelmän hyödyntämistä käytäntöjen arvioinnissa ja kehittämisessä, kun henkilöstö pääsisi osalliseksi kehitystoimien arviointiin ja suunnit- teluun.

Diagnostisiin tutkimuksiin tulevien potilaiden kuntoisuus on väestön ikääntymisen myötä huonontu- nut ja avustettavia potilaita on yhä enemmän, mikä aiheuttaa hoitajille lisätyötä ja tutkimustilantei- siin voi kulua enemmän aikaa kuin alun perin oli suunniteltu (Punakivi ym. 2021; Walta 2012; Jou- kanen 2012, 35–36). Tämä tuli esille myös tutkimuksessa, sillä potilasturvallisuuteen perustuen hoi- tohenkilöstö korosti tarvitsevansa välillä kollegan tukea esimerkiksi potilaan siirtoihin ja avustami- seen ja potilaiden kuvattiin olevan välillä yllättävänkin huonokuntoisia. Tutkimuksen tulosten mu- kaan potilaan siirtämiseen tarvittavien hoitajien määrä vaikutti hoitoisuusluokan valintaan. Hoitoi- suusluokka 2 valittiin, jos apua tarvittiin yhdeltä kollegalta, mutta jos yhden potilaan turvalliseen siir- tämiseen tarvittiin kolmen tai useamman henkilön työpanosta, valittiin hoitoisuusluokka 3. Aiem- missä tutkimuksissa potilaiden siirtojen on todettu olevan merkittävä hoitajien kuormitusta lisäävä tekijä (Punakivi 2020, 35–36). Tutkimuksen tulokset tukivat tätä näkemystä, sillä potilaan avustami- sen ja siirtämisen kuvattiin nostavan kuormituksen tunnetta, koska siihen ei koettu olevan riittävästi tietotaitoa. Hoitohenkilöstö toivoikin hoidollisen osaamisen vahvistamista esimerkiksi säännöllisillä potilaiden siirto- ja avustuskoulutuksilla, sillä ne kuuluvat oleellisena osana työnkuvaan.

Hoitoisuuden arviointi ja luokittelu perustuu hoitajien subjektiivisiin arvioihin tilanteesta, jolloin hoi- toisuusluokitus voi antaa satunnaisia tuloksia (Junttila ym. 2023; Kaustinen 2011; Liljamo 2018). Tätä tuki myös tutkimuksen tulokset, sillä käytännön työssä oli havaittu kollegoiden hoitoisuusluokan valinnassa eroja ja hoitohenkilöstö korosti hoitoisuuden arvioinnin olevan subjektiivinen, koska jokai- sella on oma näkökulma tutkimustilanteesta, johon vaikuttavat muun muassa ammattitaito, työko- kemus ja osaaminen. Lisäksi hoitohenkilöstö koki hoitoisuusluokan kriteerien tulkinnessa olevan

eroja. Hoitoisuusluokan arviointi koettiin välillä hankalaksi ja arvioon vaikutti myös päiväkohtainen näkemys, jolloin toisena päivänä samantyylinen tilanne saattoi tuntua kuormittavammalta kuin toisena päivänä. Jotta hoitoisuudesta voi saada mahdollisimman luotettavaa tietoa, edellyttää se hoitajilta kokemusta ja sitoutumista hoitoisuuden luokitteluun sovittujen käytäntöjen mukaisesti (Junttila ym. 2023; Liljamo 2017; Liljamo ym. 2017). Hoitoisuusluokituksen luotettavuuden parantaminen edellyttää hoitohenkilöstöltä yhteistyötä hoitoisuuskriteeristön luomisessa ja kehittämisessä, jotta luokitus kuvaa henkilöstön työmäärää sellaisena kuin se käytännön työssä ilmenee (Fagerström & Rauhala 2001, 9; Fagerström & Rauhala 2007a). Tätä näkemystä tukivat myös tutkimuksen tulokset, sillä hoitohenkilöstö korosti yhdessä luotujen kriteereiden merkitystä, jotta jokaiselle olisi selkeää eri luokkien käyttö ja kriteeristö. Hoitoisuusluokituksessa käytetyn kriteeristön selkeydellä koettiin olevan vaikutusta hoitoisuusluokan valinnassa. Käytännön mukaiset ja yhdessä sovitut kriteerit sekä kokemus luokittelusta selkeyttivät tulosten mukaan kriteeristön käyttöä. Lisäksi yhdessä tehty päätös hoitoisuusluokan valinnassa ja kollegiaalinen tuki päätöksen teolle tukivat yhteistä näkemystä käytännön tilanteesta. Hoitoisuusluokitustietojen hyödyntäminen toiminnan suunnittelun tukena edellyttää mahdollisimman luotettavaa tietoa käytännön tilanteesta (Junttila ym. 2023; Kaustinen 2011; Liljamo 2018).

Tutkimuksen tulosten mukaan hoitoisuusluokitusta voidaan pitää sairaalafysiologian yksikössä hyvin omaksuttuna toimintamallina, sillä hoitoisuusluokituksen käyttöön oltiin hyvin sitoutuneita ja hoitoisuusluokan valinta kuului hoitohenkilöstön säännöllisiin tapoihin. Lisäksi haastateltavat, jotka eivät olleet työskennelleet yksikössä hoitoisuusluokituksen käyttöönottoaiheessa, kuvasivat saaneensa perehdytystä luokituksen käyttöön käytännön työn ohessa. Yhteenvedona voidaan todeta sairaalafysiologian yksikössä olevan kehitettävää hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytössä ja hyödyntämisessä, mutta hoitohenkilöstö on hyvin motivoitunut hoitoisuusluokituksen käyttöön ja sen kehittämiseen.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa huomioitiin ja noudatettiin hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Tutkimuslupaprosessi eteni Savonia ammattikorkeakoulun ja Keski-Suomen hyvinvointialueen ohjeiden mukaisesti. Tutkimuslupaprosessi aloitettiin tekemällä opinnäytetyön ohjaus- ja hankkeistamissopimus huhtikuussa 2022. Savonia ammattikorkeakoulun ohjaajan hyväksyttyä tutkimussuunnitelman kesäkuussa 2023 toimitettiin tutkimuslupahakemus Sairaala Novan tutkimusasiantuntijalle hyväksyttäväksi. Tutkimuslupa myönnettiin elokuussa 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2019, 14) ohjeiden mukaan tutkimus ei edellyttänyt ihmistieteellisen tutkimuksen eettistä ennakoarviointia ja eettisen toimikunnan lupaa. Tutkimuksen kohderyhmänä oli hoitohenkilöstö ja tutkimuksessa ei käsitelty potilastietoja. Tutkimukseen osallistujat olivat terveydenhuollon ammattihenkilöitä, joten tutkimukseen voi sisältyä samanlaista henkistä kuormitusta kuin tavallisissa työtilanteissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 14). Tutkimusaiheesta on vähän aiemmin tehtyjä tutkimuksia, jonka vuoksi on eettisesti perusteltua tutkia aihetta laadullisin menetelmin (Kylmä ym. 2000).

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2019) on jakanut ihmistieteiden eettiset periaatteet tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, vahingoittamisen välttämiseen ja tieto- ja yksityisyysojaan. Olennaisia tekijöitä tutkimuksen tietosuojalainsäädännön ja hyvien eettisten periaatteiden noudatta-

misessa on tutkimukseen osallistuvien informointi, suostumukset ja tunnistetietojen käsittely (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8, 14). Haastattelututkimuksissa sovelletaan tietosuojalakea (1050/2018), jonka mukaan haastateltava voi antaa pätevän suostumuksensa tietojensa käsittelyyn vain sen perustuessa riittävään tietoon tutkimuksesta ja suostumuksen ollessa vapaaehtoinen. Haastateltavalle on kerrottava tutkimuksen suorittajan yhteystiedot, tutkimuksen aihe ja tavoite, osallistumisen vapaaehtoisuus, haastattelun toteutusaike, - paikka ja kesto sekä haastattelun luottamuksellisuus, tallennus- ja arkistointitapa. Haastatteluaineistot on merkattava järjestelmällisesti ja kuvailutietoihin kirjattava, miten haastateltavat valikoituivat, milloin haastatteluaineiston keruu aloitettiin ja milloin se päättyi sekä millaisia haastattelukysymyksiä tai -teemoja käytettiin. (Ranta & Kuula-Luumi 2017, 20.) Etiikan näkökulmasta tutkijan on varmistettava, ettei tutkimukseen osallistujat ole tunnistettavissa raportissa esitetyistä alkuperäisistä ilmauksista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198).

Tutkimukseen rekrytoitaessa ja haastattelutilanteissa noudatettiin tietosuojalakea (1050/2018) ja Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita. Tutkija piti tutkimuksen kohderyhmälle infotilaisuuden tutkimuksesta ja siihen osallistumisesta ennen rekrytointia. Infotilaisuudessa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista ja haastatteluun osallistumisesta, jotta jokainen yksikön hoitaja pystyi päättämään suostumuksestaan osallistua tutkimukseen tietoon perustuen. Tutkimuksen kohderyhmään kuuluvilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ja kommentteja tutkimukseen liittyen. Kohderyhmälle korostettiin, että tutkimukseen liittyvään haastatteluun osallistuminen oli jokaisella vapaaehtoisesta ja mahdollisesta kieltäytymisestä ei syntyisi kenellekään kielteisiä seuraamuksia. Ketään ei painostettu osallistumaan haastatteluun. Rekrytointi tehtiin sähköpostitse (liite 1). Sähköposti lähetettiin jokaiselle hoitajalle, jotka olivat rekrytointivaiheessa sairaalafysiologian yksikössä työsuhteessa, jotta jokaiselle hoitohenkilöstön jäsenelle tarjottiin mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Sähköposteja säilytettiin tutkimuksen teon ajan. Tutkimuksen tietosuojailmoitus (liite 4) toimitettiin sähköpostin liitteenä, jotta haastateltavilla oli tiedossa haastattelujen luottamuksellisuus, tallennus- ja arkistointitapa.

Tutkimusta tehdessä huolehdittiin tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetista ja haastatteluaineisto kerättiin ja käsiteltiin siten, että saatu aineisto palveli kyseessä olevaa tutkimusta, mutta noudatti myös tutkimuseettisiä periaatteita. Haastattelut tallennettiin haastateltavien luvalla vastausten jatkokäsittelyä varten. Tutkimukseen osallistuvien työyksikkö on kerrottu raportoinnissa, mutta ei sitä, ketkä työntekijöistä osallistuivat haastatteluihin. Raportissa käytettiin haastateltavien alkuperäisilmauksia tukemaan tuloksia, mutta anonymiteetin säilyminen huomioitiin jättämällä pois ilmausten tunnistetiedot, kuten H9. Tämä nähtiin eettisesti tarpeelliseksi toimeksi, sillä haastateltavien määrä oli sen verran pieni, että tunnistaminen olisi voinut olla mahdollista. Haastattelijana toimi tutkija, joka kuuluu myös kohdeyksikön työntekijöihin. Tällöin voidaan puhua sisäpiirihaastattelusta, koska tutkija haastattelee omia kollegoitaan. Sisäpiiriläisenä haastattelijan voi olla helpompi saavuttaa haastateltavien luottamus kuin ulkopuolisena, mutta tutkijan on sisäpiiriläisenä varottava, ettei painosta työkavereita haastatteluun (Juvonen 2017, 19). Tutkija ei rekrytointivaiheessa painostanut työkavereitaan osallistumaan tutkimukseen. Haastattelutilanteiden aluksi tutkija toi esille haastattelujen vapaaehtoisuuden, niiden äänittämisen ja haastattelun keskeyttämisen mahdollisuuden sekä

anonymiteetin ja luottamuksellisuuden. Tutkimukseen osallistuvat hoitajat antoivat haastattelutilanteen aluksi tietoon perustuvan suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta ja haastatteluaineiston käyttämisestä tutkimusta varten. Haastattelujen kuvailutiedot, kuten tallennusvälineet ja haastattelujen päivämäärä ja paikka, kirjattiin ylös haastattelujen toteutuessa. Haastatteluun osallistujat merkittiin litteraatteihin anonyymisti. Haastatteluoryhmät toimivat vuorovaikutuksellisesti, haastattelutilanteet olivat rauhallisia ja haastateltavia kohdeltiin kunnioittavasti, eikä ketään painostettu kertomaan näkemyksiään.

Tutkimuslupa haettiin Keski-Suomen hyvinvointialueen tutkimuslupakäytänteiden mukaisesti. Tutkimusaineiston käsittely ja säilyttäminen toteutettiin tietosuojaselosteen mukaisesti. Haastatteluissa kerätyt äänitallenteet tallennettiin tietoturvaselosteen mukaisesti tutkijan henkilökohtaiselle tallennuspaikalle Savonia ammattikorkeakoulun OneDrive-pilvipalveluun. Äänitallenteita käsitellessä suorat henkilötiedot ja mahdolliset epäsuorat henkilötiedot poistettiin litteroidusta aineistosta. Anonyymisoidut litteraatit olivat tutkijan ja tarvittaessa opinnäytetyön ohjaajan käytettävissä. Tutkimusraportin laatimisessa tutkimukseen osallistuvien yksityisyyden suojaa kunnioitettiin niin, ettei tutkimusraportissa julkaistua haastateltavien nimiä eikä muitakaan yksilöitäviä tietoja. Tutkimusaineistoa käsiteltiin tutkijan henkilökohtaisella tallennuspaikalla Savonia ammattikorkeakoulun OneDrive-pilvipalvelussa.

Tutkimuksen edellyttämän ajan anonyymisoidut haastattelujen litteraatit säilytetään Keski-Suomen hyvinvointialueen tietohallinnon hallinnoimalla tietokoneella, tietoturvatulla tutkijan henkilökohtaisella M-asemalla. Tutkimuksen oikeellisuuden tarkastamisen jälkeen tutkimusaineisto ja rekrytointivaiheessa saadut sähköpostit hävitetään Keski-Suomen hyvinvointialueen edellyttämällä tavalla. Tutkimuksen eri vaiheissa, informoinnissa, rekrytointivaiheessa, haastatteluissa, haastattelutilanteiden käsittelyssä ja raportoinnissa, tutkija pyrki toimimaan huolellisesti ja rehellisesti noudattaen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan vuoden 2019 ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen hyviä eettisiä periaatteita ja vuoden 2023 hyvän tieteellisen käytännön ohjeita sekä tietosuojalakea (1050/2018).

Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa, jolloin arviointikohteena on tutkimuksen kokonaisuus sen lähtökohdista valmiiseen raporttiin asti. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota tutkimuksen kohteena olevaan ilmiöön ja perusteluihin laadullisen tutkimuksen merkityksestä ilmiön tarkastelussa. Lisäksi tarkastellaan tutkimustehtävien nimeämistä, tutkimusaineiston keräämistä ja analysointia sekä tutkimuksen raportointia. (Kylmä ym. 2003, 613.) Tutkimuskysymykset voivat laadullisessa tutkimuksessa muuttua aineistoon tutustumisen yhteydessä ja lopullinen analyysin kohde määrittyä analyysiprosessin aikana (Valtonen & Viitanen 2020; Juuti & Puusa 2020b). Tutkimusprosessin eri vaiheissa on huomioitu ja pyritty noudattamaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä.

Arvioitaessa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan tutkimuksen uskottavuutta, vahvistettavuutta ja siirrettävyyttä (Graneheim & Lundman 2004). Tutkimuksen uskottavuus ja sen osoittamisen merkitys korostuu yleisissä laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereissä. Uskottavuutta arvioitaessa on pohdittava tutkimuksella tuotetun tiedon totuudenmukaisuutta. (Kylmä ym. 2003,

612–613.) Uskottavuutta voidaan tarkastella tutkittavan joukon yhteneväisyyden, otoskoon ja saturaation näkökulmasta (Graneheim & Lundman 2004). Aineiston riittävyttä voidaan tarkastella saturaatiolla eli kylläntymisellä, jolla tarkoitetaan tilannetta, että aineisto alkaa toistaa itseään. Jonkin tekijän esiintyminen kertaalleen ei kerro kylläntymisestä, vaan jokaisen tekijän on esiinnyttävä aineistossa vähintään kahdesti. Tällöin tutkimusongelman kannalta ei enää saada uutta tietoa, sillä tietty määrä aineistoa on riittävä selvittämään sen teoreettisen peruskuvion, joka tutkimuskohteesta on mahdollista selvittää. Pienestäkin aineistosta voidaan tehdä yleistyksiä, jos aineisto alkaa toistaa itseään. (Tuomi & Sarajarvi 2018, 3.4.1.) Tutkimuksen uskottavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija kuvaa ja perustelee tarkasti aineiston analyysiprosessia kerätyn aineiston avulla, jotta lukija voi arvioida tutkijan tulkintaa aineistosta, tuotettuja tuloksia sekä tutkimuksen vahvuuksia ja rajoituksia. Uskottavuuteen vaikuttaa myös se, kuinka hyvin tutkija on kyennyt luokituksia muodostaessaan käyttämään koko aineistoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198.) Uskottavuutta lisääviä tekijöitä on muun muassa tutkijan pitkä työskentely tutkittavan ilmiön parissa ja keskustelut tutkimukseen osallistuneiden kanssa sekä aineiston monipuolisuus ja eri näkökulmien huomioiminen (Cutcliffe & McKenna 1999; Mays & Pope 2000).

Tutkimuksen uskottavuus edellyttää tutkimustulosten totuudenmukaisuutta. Tutkimuksen rekrytointivaiheessa on huomioitu tutkimukseen osallistuvien tietävän tutkittavasta ilmiöstä, sillä kaikki tutkimukseen osallistuneet hoitajat käyttävät työssään hoitoisuusluokitusjärjestelmää. Kohdeyksikön hoitohenkilöstöstä saavutettiin melko kattava otoskoko (n=10), sillä haastatteluun osallistuttiin yksikön kaikista ammattiryhmistä ja kaikista työyksikön eri tiimeistä. Tällä otoskoolla hoitohenkilöstön näkemystä oli mahdollista kuvata laajasti, ja kerättyä haastatteluaineistoa voidaan pitää riittävänä, sillä viimeinen haastattelu ei tuottanut enää uutta tietoa. Tutkimuksen uskottavuutta lisää se, että tutkijalle tutkittava ilmiö on tuttu, sillä hän käyttää työssään hoitoisuusluokitusjärjestelmää. Toisaalta juuri tämän vuoksi tutkija pyrki tietoisesti säilyttämään objektiivisuuden kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa, jottei hänen näkemyksensä vaikuttaisi muun muassa haastattelun etenemiseen, aineiston analyysiin eikä täten myöskään tutkimustuloksiin. Tutkimuksessa kerätty haastatteluaineisto oli runsas, mutta osaamistarpeiden merkitys hoitoisuusluokittelussa jäi vähäisemmäksi kuin tutkijan oletuksena oli. Tutkimusaineistossa korostui sen sijaan hoitoisuusluokitusjärjestelmän kehittämiskohteet ja muita hoitoisuusluokituksen valintaan vaikuttaneita tekijöitä. Tämän vuoksi aineiston analyysivaiheessa tutkimuskysymyksiä muutettiin, jolloin koko kerätty aineisto tuli hyödynnettyä. Tulosten tarkastelussa tutkija hyödynsi haastatteluaineiston tukena kohdeyksikön yksikön vuoden 2023 hoitoisuusluokitustietoja, jotta tulosten tarkastelu monipuolistuisi.

Keskeistä luotettavuuden arvioinnissa on myös vahvistettavuus, jota voidaan kuvata prosessikriteeriksi. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan koko tutkimusprosessin ajalta ja tutkimusprosessin kirjaamisella on vaikutusta tutkimustulosten vahvistettavuuteen. Tutkimusprosessin eteneminen ja päätökset, mitä tutkija tekee ja miksi, on kuvattava selkeästi, jotta lukija voi seurata tutkimuksen kulkua pääpiirteissään. (Hyvärinen 2017, 1; Kylmä ym. 2003, 613.) Tutkimuksen vahvistettavuutta on huomioitu kirjaamalla tutkimusprosessin eteneminen tarkasti ja kuvaamalla tutkijan tekemiä päätöksiä rehellisesti ja mahdollisimman selkeästi, jotta lukijan olisi mahdollista ymmärtää tutkimuksen kulku ja miten tuloksiin on päädytty. Raportissa esitetään tutkimusaineiston analyysiprosessissa ja ryhmittelyssä tehtyjä päätöksiä esimerkkitaulukoiden, alkuperäisten ilmausten ja kuvien avulla, jotta

lukijan olisi mahdollista ymmärtää tutkijan tekemät päätökset tulosten taustalla. Laadullisessa tutkimuksessa toinen tutkija tosin voi päätyä saman aineiston analyysin perusteella erilaiseen tulkintaan, eikä se välttämättä merkitse ongelmaa tutkimuksen luotettavuudessa. Laadullisen tutkimuksen perusoletuksena pidetään usean todellisuuden olemassaoloa ja erilaisten tulkintojen katsotaan lisäävän ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä ym. 2003, 613).

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin. Jotta siirrettävyyttä voidaan arvioida, on tutkijan kuvattava tarkasti tutkimustilanteet ja tutkimukseen osallistujien valinta ja taustat. (Graneheim & Lundman 2004; Hyvärinen 2017, 1; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198; Kylmä ym. 2003, 613.) Lisäksi siirrettävyyden varmistaminen edellyttää aineiston keruun ja analyysin huolellista kuvausta, jotta toinen tutkija voisi halutessaan toteuttaa samanlaisen prosessin (Graneheim & Lundman 2004; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198). Tutkimustulosten siirrettävyyttä on huomioitu kuvaamalla tutkimuksen kohdeyksikkö, tutkimukseen osallistuva hoitohenkilöstö ja haastattelutilanteet sekä haastateltavien ja tutkijan välinen vuorovaikutus mahdollisimman totuudenmukaisesti ja tarkasti. Lisäksi aineistonkeruu ja analyysi on kuvattu raportissa kattavasti.

Laadullisessa tutkimuksessa myös refleksiivisyyttä voidaan pitää yhtenä luotettavuuden arviointikriteerinä. Refleksiivisyyttä arvioitaessa tarkastellaan tutkimustiedon tuottamistapoja ja tutkijan aseman vaikutusta siihen. Tutkimuksesta raportoidessaan tutkijan on tiedostettava ja ilmoitettava omat lähtökohtansa tutkijana ja arvioitava omaa vaikutustaan tutkimusprosessiin ja kerättyyn aineistoon. (Kylmä ym. 2003, 613; Mays & Pope 2000.) Tutkimusaineiston luotettavuuteen vaikuttaa tutkimukseen osallistuvien määrä ja se, kuinka avoimesti ja rehellisesti he kuvaavat omia näkemyksiään käsiteltävistä teemoista (Hyvärinen 2017, 1). Tutkijan työskentelytavalla tutkimusaineiston hankinnassa ja analyysissä on huomioitu tutkimuksen refleksiivisyyttä. Haastattelutilanteet ovat aina vuorovaikutteisia tilanteita ja haastattelijalla on oma vaikutuksensa vuorovaikutuksen syntyyn, joten haastattelijana toimineella tutkijalla on sitä kautta vaikutusta aineiston muodostumiseen. Vaikka tutkijalla oli henkilökohtainen kokemus hoitoisuusluokituksen käytöstä, hän ei kertonut omaa näkemystään haastatteluiden aikana, eikä tällä tavoin johdatellut haastateltavia. Tutkijan omien ennakkokäsitysten ja omien olettamuksien vaikutus on pyritty minimoimaan tekemällä aineiston analyysi mahdollisimman tarkasti haastateltavien näkemysten mukaisesti. Kaikkien haastateltavien näkemykset on pyritty huomioimaan ja vastakkaisten näkemysten esiintyminen on tuotu esille. Tutkijan analyysivaiheen päätösten tukena esitetään tuloksissa haastateltavien alkuperäisilmauksia.

Laadullista tutkimusta voidaan arvioida myös kuvauksen elävyyden, metodologisen sopivuuden, analyttisen täsmällisyyden ja teoreettisen loogisuuden mukaan. Kuvauksen elävyys tarkoittaa tutkijan raportissa kirjoittaman kuvauksen tarkkuutta ja elävyyttä sekä kontekstispesifisyyttä. Metodologista sopivuutta kuvaa tutkijan tietoisuus tutkimuksensa metodologisesta lähestymistavasta, sillä tutkijan olisi tärkeää perehtyä käyttämäänsä menetelmään ja ymmärtää sen soveltuvuus tutkittavaan ilmiöön. Analyttisellä täsmällisyydellä tarkoitetaan analyysivaiheen selkeyttä ja luokittelun johdonmukaisuutta. Lukijan olisi ymmärrettävä aineiston luokittelun eteneminen ja logiikka. Teoreettinen loogisuus tarkoittaa aineistosta muodostetun käsitteellisen tai teoreettisen kokonaisuuden loogisuutta.

Tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimuskysymysten näkökulmasta on lisäksi arvioitava käytetyn metodologisen lähestymistavan sopivuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 199–200.)

Diagnostisella palvelualueella hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöä on tutkittu niukasti ja luokitusta käyttävän hoitohenkilöstön näkökulman nähtiin olevan oleellinen hoitoisuusluokituksen kehityskohdeiden arvioinnissa ja myös hyödynnettävyyttä kehitettäessä. Tutkijalla on vahva tuntemus tutkittavasta ilmiöstä ja tietoisuus siitä, että vastikään käyttöön otetun toimintamallin omaksumista ja käyttöä on tarpeellista selvittää. Tutkijan mielestä tutkimusaineiston keruumenetelmäksi soveltui teemahaastattelu, koska kohderyhmän näkemyksiä voitiin haastattelella tarkentaa sujuvammin kuin esimerkiksi toteuttamalla strukturoitu tai puolistrukturoitu kyselyhaastattelu. Lisäksi teemahaastattelun kuuluu oleellisesti aktiivinen vuoropuhelu ja joustavuus, jolloin teemahaastattelulla vähän tutkittavasta aiheesta oli mahdollista saada monipuolisesti tietoa. Haastattelut olivat myös käytännössä aikataulullisesti toteutettavissa. Kohdeyksikön hoitohenkilöstöön kuuluu ainoastaan 20 hoitajaa, joten jokaiselle hoitajalle voitiin tarjota mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistui puolet yksikön hoitajista, jota voidaan pitää hyvänä otantana hoitohenkilöstöstä. Jokaisella tutkimukseen osallistuneella oli käytännön kokemusta ja tietoa tutkittavasta ilmiöstä eli hoitoisuusluokituksen käytöstä.

Haastattelua pidetään yleisesti hyödyllisenä tutkimustapana kerätä tutkimustietoa, mutta haastattelutilanteessa tiedon hankkimiseen vaikuttaa haastateltavien ja haastattelijan vuorovaikutuksellisuus. Tutkijan on pyrittävä tunnistamaan ja välttämään omien arvostusten ja esioletusten vaikutuksia, ja haastattelutilanteessa kerätyn tiedon tilannesidonaisuutta ja oman aseman vaikutusta kerättyyn tutkimusaineistoon on pohdittava aineistoa analysoidessa (Hyvärinen 2017, 1). Haastateltavallakin on käytössään vallankeinoja haastattelutilanteessa, sillä haastateltavalla on mahdollisuus kieltäytyä osallistumisesta keskusteluun ja hänellä on myös halutessaan mahdollisuus vastailta niukasti kysymyksiin (Kosunen & Kauko 2016). Haastateltavalla on mahdollisuus olla päättämässä, mikä on oleellista tietoa tutkittavasta aiheesta (Oinas 2004, 209).

Tutkija päätyi vähäisestä haastattelukokemuksesta huolimatta keräämään aineiston teemahaastattelulla, koska hänellä on omakohtainen kokemus ja ymmärrys tutkimuksen kohteen keskeisistä elementeistä. Näitä tekijöitä pidetään edellytyksenä teemahaastattelun onnistumiselle (Puusa 2020a). Ennen varsinaisen haastatteluaineiston keräämistä tutkija teki koehaastattelun. Koehaastattelun perusteella tutkija teki muutoksia haastattelurunkoon muun muassa lisäämällä mahdollisesti käytettäviä tarkentavia kysymyksiä. Koehaastattelu lisäsi myös tutkijan varmuutta varsinaisiin tutkimushaastatteluihin. Koska tutkija oli haastateltavien kollega ja kohdeorganisaatio ja haastateltavien työnkuva oli hänelle tuttuja, pystyi tutkija haastattelijana keskustelemaan hyvin vuorovaikutteisesti haastateltavien kanssa. Haastatteluissa hyvä vuorovaikutus, niin sanotusti samaa kieltä puhuminen, on tärkeää (Puusa 2020a). Haastattelut tehtiin kolmessa eri ryhmässä, joissa kahdessa oli kolme henkilöä ja yhdessä neljä henkilöä. Nämä osoittautuivat hyväksi ryhmäkooksi, sillä jokainen haastateltava osallistui keskusteluun usealla puheenvuorolla ja keskustelu oli hyvin vuorovaikutteista. Haastattelutilanteissa haastateltavat kertoivat aktiivisesti näkemyksiään ja pohtien yhdessä keskustellen, kuinka olivat tutkimustilanteita kokeneet ja kuinka olivat hoitoisuusluokan valinneet. Tutkijan kokemuksen

mukaan haastattelutilanteissa oli luottamuksellinen, keskusteleva ilmapiiri ja haastateltavista jokainen osallistui keskusteluun avoimesti omista näkemyksistään kertoen. Haastattelutilanteissa jokainen haastateltava osoitti olevansa motivoitunut haastatteluun. Haastateltavien motivaatio on tärkeää haastatteluaineiston keräämisen kannalta (Puusa 2020a).

Haastatteluihin voi liittyä monia virhelähteitä. Tärkeää olisi kiinnittää huomioita reaktiivisuuskysymykseen eli siihen kuinka paljon haastattelussa saatuihin vastauksiin ja siten myös tutkimustuloksiin vaikuttaa tutkijan johdattelu tai kysymysten muotoilut. Lisäksi on kiinnitettävä huomiota tulkintavirhekysymyksiin eli haastateltava ei ymmärrä tutkijan epäselvästi muotoiltuja kysymyksiä tai tutkija ei tulkitse haastateltavien vastauksia heidän tarkoittamallaan tavalla. (Puusa 2020a.) Tutkija kannusti haastateltavia puhumaan tutkittavasta ilmiöstä vapaamuotoisesti noudattaen kysymyksissä haastattelujen teemoja. Haastattelutilanteissa tutkija kohdensi välillä kysymyksiään osaamisen näkökulmaan pyrkien välttämään vaikuttamista ja johdatteluhaastateltavien vastauksiin. Tutkintavirheitä tutkija pyrki välttämään tarkentamalla haastateltavan vastausta tarvittaessa kysymällä, ymmärsinkö oikein tai tarkoittko tätä. Myös haastateltavat tarkensivat välillä tutkijan esittämää kysymystä. Haastattelutilanteissa tutkija keskittyi haastateltavien kuuntelemiseen virheellisten tulkintojen välttämiseksi ja hänellä oli mahdollisuus myös aineistoa käsitellessään tarvittaessa keskustella haastateltavien kanssa oikeasuuntaisen tulkinnan tekemiseksi.

Haastatteluaineistoa analysoidessa tutkija tekee aina tulkintoja haastateltavien antamista vastauksista. Tämän vuoksi tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tulkinta on haastateltavien näkemyksen mukainen eli on heidän hyväksyttävissään. (Puusa 2020a.) Huhtikuussa 2024 tutkimuksen tulokset ja niistä tehdyt johtopäätökset hyväksyttiin sattumanvaraisesti valitulla kahdella haastateltavalla ennen lopullista yhteenvetoa tutkimuksen tuloksista.

8.3 Johtopäätökset ja kehittämisideat

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla hoitoisuusluokituksen hyödynnettävyyttä voidaan edistää hoitohenkilöstön osaamisen ja toiminnan kehittämisessä sairaalafysiologian yksikössä. Tutkimuksen tavoitteet saavutettiin, sillä tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää yksikössä käytännön toiminnan ohjaamisessa ja kehittämisessä.

Tutkimuksen tuloksista voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

1. Tarkastelemalla hoitoisuusluokan 3 esiintyvyyttä eri tutkimuksissa voidaan hoitoisuusluokitusta hyödyntää toiminnan suunnittelun tukena.
2. Selvittämällä hoitoisuusluokan 3 valintaan vaikuttavia tekijöitä voidaan arvioida toimintaan liittyviä kehittämistarpeita. Hoitoisuusluokan valintaan vaikuttavien tekijöiden tarkastelu hoitoisuusluokitusjärjestelmästä edellyttää RIS-lisävalikon kehittämistä.
3. Tarkastelemalla hoitoisuusluokan 3 ja hoitoisuusluokan 4 esiintyvyyttä tutkimuksissa voidaan havaita kehittämistarpeita hoitohenkilöstön osaamisessa.
4. Tiedottamalla yksikössä säännöllisesti hoitoisuusluokitustiedoista voidaan edistää niiden hyödyntämistä toiminnan suunnittelun ja kehittämisen tukena käytännön työhön vaikuttavalla tavalla.

Hoitoisuusluokitusjärjestelmässä ilmeni tutkimuksen tulosten perusteella kehitettävää sekä toiminnallisuudessa että tietojen hyödyntämisessä. Hoitoisuusluokan valintaperusteita kuvataan nykyisissä

kriteereissä kuormittavuus – käsitteellä, joka on subjektiivinen arviointiperuste. Tutkimuksessa tuotetun tiedon pohjalta hoitoisuusluokan valintaperusteita voidaan kehittää konkreettisemmaksi jäsentämällä kriteereitä tutkimuksen kulkuun, tutkimustilanteen hallintaan ja tutkimustilanteen turvallisuuden hallintaan vaikuttaviin tekijöihin. Kriteeristön uudistaminen ja päivittäminen käytännön tilanteiden mukaiseksi kehittäisi hoitoisuusluokan valinnan yhdenmukaisuutta ja luotettavuutta, mikä edistäisi hoitoisuusluokituksella saatujen tietojen hyödynnettävyyttä yksikön toiminnassa.

Hoitoisuusluokituksen hyödynnettävyyttä heikentäväksi tekijäksi osoittautui hoitoisuusluokituksen epätarkkuus. Tutkimuksesta saadun tiedon perusteella hoitoisuusluokka 1–4 ei kuvaa riittävän tarkasti, mitä tutkimusprosessissa on tapahtunut. Samassa hoitoisuusluokassa on eri tekijöitä, jotka vaikuttavat tutkimuksen kulkuun ja aiheuttavat haasteita hoitohenkilöstölle. Hoitoisuusluokituksen yhteydessä olevalla lisävalikolla saataisiin tutkimusprosessiin vaikuttaneista tekijöistä yksityiskohtaisempaa tietoa, mikä edistäisi toiminnan kehittämistä. Hoitoisuusluokitusjärjestelmä on RIS-sovelluspohjainen, joten lisävalikon kehittäminen edellyttäisi yhteistyötä sovellusasiatuntijan kanssa.

Sairaalafysiologian yksikköön olisi tutkimuksesta saadun tiedon perusteella hyödyllistä kehittää toimintamalli, jossa hoitoisuusluokitustiedoista ja niiden hyödyntämisestä raportoitaisiin henkilöstölle säännöllisesti. Lisäksi hoitoisuusluokan 3 ja 4 esiintyvyyttä tutkimuksissa olisi hyödyllistä tarkastella säännönmukaisesti esimerkiksi tiimikokouksissa, mikä tukisi toiminnan kehittämistä moniammatillisesti ja henkilöstön mahdolliset osaamistarpeet tulisivat huomioituksi.

Sairaalafysiologian hoitohenkilöstön koulutussuunnitelmaa olisi hyödyllistä päivittää tutkimuksesta saadun tiedon perusteella. Hoitohenkilöstö esitti koulutustoiveita hoidollisen osaamisen, yksikön tarpeisiin suunnitellun lääkeosaamisen ja vuorovaikutustaitojen kehittämisestä erityisesti haastavien ja itsetuhoisten potilaiden kohtaamisessa sekä uhkaavien tilanteiden hallintaan tarvittavasta osaamisesta. Lisäksi hoitohenkilöstö nosti esille kehittämistarpeita sekä omassa osaamisessaan että yksikön toimintasuunnitelmassa henkisesti kuormittavien tilanteiden nostattamien tunteiden jälkikäsitteilyssä. Hoitohenkilöstön esittämät koulutustoiveet edistävät osaamisen kehittämistä vastaamaan työtehtävien vaatimuksia.

Kehittämisideana ehdotetaan hoitoisuusluokituksen yhteydessä käytettävän termistön tarkastelua ja päivittämistä. Tällä hetkellä eri hoitoisuusluokat on kuvattu diagnostisessa kriteeristössä pääosin kuormittavuuden mukaan, mikä korostaa subjektiivisuuden osuutta hoitoisuusluokan arvioissa. Lisäksi luokitusjärjestelmä on nimetty hoitoisuusluokitukseksi, mikä voi ohjata luokan valinnassa arvioimaan potilaan kuntoa ja hoitoisuutta, vaikka diagnostisella palvelualueella luokituksen tarkoitus on arvioida tutkimuksen tai toimenpiteen suoritukseen liittyviä tekijöitä. Hoitoisuusluokitusnimen sijaan esimerkiksi tutkimus- tai tilanneluokitusnimi kuvaisi osuvammin diagnostiikan puolella käytettävää luokitusta. Nimimuutos olisi tehtävä myös RIS-järjestelmään, jotta kaikissa yhteyksissä olisi käytössä sama termistö.

Jatkotutkimuksena ehdotetaan seurantatutkimusta, jolla voitaisiin selvittää hoitoisuusluokitusjärjestelmään ehdotettujen kehittämiskohteiden toteutumista. Lisäksi tutkimus hoitoisuusluokitustiedoista esimerkiksi työjärjestelyihin tehtyjen muutosten jälkeen tuottaisi tietoa muutosten vaikutuksista.

LÄHTEET

- Ammatillisen koulutuksen käsitteitä julkaisuaika tuntematon. Hakusana KARKKI-hanke. Verkkojulkaisu. <https://sanastot.suomi.fi/terminology/dc5a59ae-ac9e-4492-8cb8-3e1cc78fcbec>. Viitattu 8.4.2024.
- Anttinen, Terhi & Nuotioma, Saija 2018. Hoitoisuusluokitus tiedon käyttö henkilöstöresursoinnin tukena. Röntgenhoitajien näkemyksiä hoitoisuusluokittelun käytöstä ja hoitoisuustiedon hyödyntämisestä henkilöstöresursoinnin tukena. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK. Johtaminen sosiaali- ja terveysalalla. Tampereen ammattikorkeakoulu. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/156304/Anttinen_Terhi_Nuotioma_Saija.pdf?sequence=1. Viitattu 6.2.2024.
- Cutcliffe, John R. & McKenna, Hugh P. 1999. Establishing the credibility of qualitative research findings: the plot thickens. *Journal of Advanced Nursing* 30 (2), 374–380. 10.1046/j.1365-2648.1999.01090.x. Viitattu 12.4.2024.
- Elo, Satu, Kajula, Outi, Tohmola, Anniina & Kääriäinen, Maria 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede* 34 (4), 215–225. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128987/78028>. Viitattu 24.2.2024.
- Elo, Satu & Kyngäs, Helvi 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107–115. 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x. Viitattu 3.12.2023.
- Fagerström, Lisbeth, Lønning, Kjersti & Andersen, Marit H. 2014. The RAFAELA system: a workforce planning tool for nurse staffing and human resource management. *Nursing management* 21 (2), 30–36. 10.7748/nm2014.04.21.2.30.e1199. Viitattu 6.2.2024.
- Fagerström, Lisbeth & Rauhala, Auvo 2001. Finnhoitoisuus-hoitotyön benchmarking. Pilottiprojektin raportti vuodelta 2000. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Fagerström, Lisbeth & Rauhala, Auvo 2007a. Are nurses' assessments of their workload affected by non-patient factors? An analysis of the RAFAELA system. *Journal of Nursing Management* 15 (5), 490–499. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00645.x>. Viitattu 6.2.2023.
- Fagerström, Lisbeth & Rauhala, Auvo 2007b. Benchmarking in nursing care by the RAFAELA patient classification system – a possibility for nurse managers. *Journal of Nursing Management* 15 (7), 683–692. 10.1111/j.1365-2934.2006.00728.x. Viitattu 6.2.2023.
- Fagerström, Lisbeth 2009. Evidence-based human resource management: a study of nurse leaders' resource allocation. *Journal of Nursing Management* 17, 415–425. 10.1111/j.1365-2834.2009.01010.x. Viitattu 6.2.2023.
- Fatahi, Nabi, Mattsson, Bengt, Lundgren, Solveig M. & Hellström, Mikael 2010. Nurse radiographers' experience of communication with patients who do not speak the native language. *Journal of Advanced Nursing* 66 (4), 774–783. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05236.x>. Viitattu 3.2.2023.
- Frank, Jason R., Snell Linda & Sherbino, Jonathan (editors) 2015. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf. Viitattu 12.12.2023.
- Frilund, Marianne & Fagerström, Lisbeth 2009. Managing the optimal workload by the PAONCIL method – a challenge for nursing leadership in care of older people. *Journal of Nursing Management* 4 (17), 426–434. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01013.x>. Viitattu 6.2.2023.

- Graneheim, Ulla H. & Lundman, Berit 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24 (29), 105-112. 10.1016/j.nedt.2003.10.001. Viitattu 22.11.2023.
- Griffiths, Peter, Saville, Christina, Ball, Jane, Jones, Jeremy, Pattison, Natalie, Monks Thomas & Safer Nursing Care Study Group 2020. Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion. *International Journal of Nursing Studies* 103, 103487. 10.1016/j.ijnurstu.2019.103487. Viitattu 5.4.2024.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2022. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. E-kirja. Helsinki: Gaudeamus oy. Viitattu 23.2.2024.
- Harmoinen, Merja 2014. Arvostava johtaminen terveydenhuollossa. Väitöskirja. Hoitotiede. Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9668-4>. Viitattu 13.4.2023.
- Hirsjärvi, Sinikka, Remes, Sirkka & Sajavaara, Paula 2014. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Bookwell Oy.
- Hyvärinen, Matti 2017. Haastattelun maailma. Teoksessa Matti Hyvärinen, Pirjo Nikander, Johanna Ruusuvoori & Anna Liisa Aho (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. E-kirja. Tampere: Vastapaino. Viitattu 1.5.2023.
- Hätönen, Heljä 2004. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. Helsinki. Edita.
- Idänpään-Heikkilä, Ulla, Outinen, Maarit, Nordblad, Anne, Päivärinta, Eeva & Mäkelä, Marjukka 2000. Laatuksiteerit – Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Aiheita-monistesarja 20/2000. Stakes. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193849>. Viitattu 24.4.2024.
- Joukanen, Virpi 2012. Röntgenhoitajien kokemuksia kuvantamistyön ja potilassiirtojen fyysisestä kuormittavuudesta. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012120718714>. Viitattu 6.4.2022.
- Junttila, Jaana, Haatainen, Kaisa, Koivu, Aija, & Nykänen, Pirkko 2023. How the reliability and validity of the patient classification system can be ensured in daily nursing work? A follow-up study. *Journal of Clinical Nursing* 32 (13-14), 3720-3729. <https://doi.org/10.1111/jocn.16559>. Viitattu 6.2.2023.
- Junttila, Jaana 2023. Hoitoisuusluokitusjärjestelmä hoitohenkilöstön resursoinnin työkaluna. Tutkimus hoitoisuusluokitusjärjestelmän ennustevaliditeetista sekä sen luotettavuuden ja optimaalisen hoitotyön kuormitustason kalibroinnin haasteista hoitotyön kiireisessä arjessa. Väitöskirja. Informaatioteknologian ja viestinnän tiedekunta. Tampereen yliopisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/152093/978-952-03-3114-6.pdf?sequence=2>. Viitattu 29.4.2024.
- Juujärvi, Soile, Sinervo, Timo, Laulainen, Sanna, Niiranen, Vuokko, Kujala, Sari, Heponiemi, Tarja & Keskimäki, Ilmo 2019. Sote-ammattilaisten yhteinen osaaminen sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa. Päätösten tueksi 3/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138096/PT2019_003_11062019.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Viitattu 22.1.2023.
- Juuti, Pauli & Puusa, Anu 2020a. Johdanto. Teoksessa Anu Puusa & Pauli Juuti (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. E-kirja. Helsinki: Gaudeamus. Viitattu 23.11.2023.
- Juuti, Pauli & Puusa, Anu 2020b. Laadullisen aineiston analysointi. Teoksessa Anu Puusa & Pauli Juuti (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. E-kirja. Helsinki: Gaudeamus. Viitattu 23.11.2023.
- Juvonen, Tuula 2017. Sisäpiirihaastattelu. Teoksessa Matti Hyvärinen, Pirjo Nikander, Johanna Ruusuvoori & Anna Liisa Aho (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. E-kirja. Tampere: Vastapaino. Viitattu 21.5.2023.

- Kananen Jorma 2017. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona. Opas opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittajalle. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy-Juvenes Print.
- Kananen, Jorma 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy-Juvenes Print.
- Kangasniemi, Mari, Hipp, Kirsi, Häggman-Laitila, Arja, Kallio, Hanna, Karki, Suyen, Kinnunen, Pirjo, Pietilä, Anna-Maija, Saarnio, Reetta, Viinamäki, Leena, Voutilainen, Ari & Waldén, Anne 2018. Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39/2018. Verkkojulkaisu. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160883/39-2018-Optimoitu%20sote-osaaminen.pdf>. Viitattu 27.4.2024.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kaustinen, Teija 2011. Oulu-hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:9789514296437>. Viitattu 2.10.2022.
- Keski-Suomen hyvinvointialue julkaisuaika tuntematon a. Kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede. Verkkojulkaisu. <https://www.hyvaks.fi/palvelumme/kliininen-fysiologia-ja-isotooppilääketiede>. Viitattu 7.5.2024.
- Keski-Suomen hyvinvointialue julkaisuaika tuntematon b. Kliininen neurofysiologia. Verkkojulkaisu. <https://www.hyvaks.fi/palvelumme/kliininen-neurofysiologia>. Viitattu 7.5.2024.
- Keski-Suomen hyvinvointialue julkaisuaika tuntematon c. Osaamisen kehittäminen Keski-Suomen hyvinvointialueella. <https://www.hyvaks.fi/hyvinvointialue/kumppaneille/osaamisen-kehittäminen>. Viitattu 7.5.2024.
- Kosunen, Sonja & Kauko, Jaakko 2016. Valtasuhteet tutkimushaastattelussa. *Politiikka* 58 (1), 27–40. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/134917/Kosunen_Kauko_2016_Valta_tutkimushaastattelussa.pdf?sequence=1. Viitattu 1.5.2023.
- Kupias, Päivi, Peltola, Raija & Pirinen, Jorma 2014. Esimies osaamisen kehittäjänä. E-kirja. Helsinki: Sanoma Pro. Viitattu 13.4.2022.
- Kylmä, Jari, Vehviläinen-Julkunen, Katri & Lähdevirta, Juhani 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 119 (7), 609–615. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>. Viitattu 12.4.2024.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3–12. Viitattu 23.2.2024.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Viitattu 5.4.2022.
- Lehtonen, Eija, Puhakka, Ilmari, Pylväs, Laura & Nokelainen, Petri 2021. Asiantuntijuuden kehittyminen, tunteet ja työpaikka oppimisympäristönä. TSR-loppuraportti nro 118083. Kasvatustieteiden ja kulttuurin tiedekunta. Tampere: Tampereen yliopisto. <https://oma.tsr.fi/api/projects/20a33852-4761-4a08-9831-dece09ce66e8/attachment/dca90fc4-afde-4b8f-badd-d19e6df6cf14>. Viitattu 5.4.2022.
- Lehtonen, Lasse 2018. Johdatus potilasturvallisuuteen. *Duodecim Oppiportti*. <https://www.oppiportti.fi/op/dvk00034>. Viitattu 21.4.2022.
- Leinonen, Minna, Otonkorpi-Lehtoranta, Katri & Heiskanen, Tuula 2017. Kyselyhaastattelu. Teoksessa Matti Hyvärinen, Pirjo Nikander, Johanna Ruusuvuori & Anna Liisa Aho (toim.) *Tutkimushaastattelun käsikirja*. E-kirja. Tampere: Vastapaino. Viitattu 1.5.2023.

- Levenstam, Anna-Karin & Bergbom, Ingegerd 2011. The Zebra index: One method for comparing units in terms of nursing care. *Journal of Nursing Management* 19, 260–268. 10.1111/j.1365-2834.2010.01175.x. Viitattu 6.2.2023.
- Liljamo, Pia 2017. Hoitoisuusluokittelua 20 vuotta – mitä hyötyä? Teoksessa Kaisa Koivisto, Anja Henner & Liisa Kiviniemi (toim.) *Hoitotyön koulutus ja tutkimus- ja kehittämistoiminta – ajankohtaisia ja tulevaisuutta ennakoivia haasteita*. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 43. <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2017101850145>. Viitattu 5.4.2022.
- Liljamo, Pia, Kinnunen, Ulla-Mari, Ohtonen, Pasi & Saranto, Kaija 2017. Quality of nursing intensity data: inter-rater reliability of the patient classification after two decades in clinical use. *Journal of Advanced Nursing* 73 (9), 2248–59. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28252207/>. Viitattu 5.4.2022.
- Liljamo, Pia 2018. Kliinisen ja hallinnollisen hoitotiedon vastaavuus. Hoitoisuustiedon luotettavuus ja rakenteisen hoitokertomustiedon toisiokäytön mahdollisuudet hoitoisuuden määrittämisessä. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Itä-Suomen yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2930-3>. Viitattu 9.2.2023.
- Louhivuori, Ulla 2016. Kuvantamisen natiivitutkimusten hoitoisuusluokitus: Minkälaisina Oulu-hoitoisuusluokituksen osa-alueet ilmenevät röntgenhoitajien kuvaamina. Pro gradu -tutkielma. Lääketieteen tiedekunta. Radiografian tutkinto-ohjelma. Oulun yliopisto. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:oulu-201606172524>. Viitattu 4.4.2022.
- Luhtasela, Liisa 2006. Hoitoisuuden vaikutus hoitotyöhön RAFAELA-järjestelmän avulla tarkasteltuna. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/93745/gradu01331.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 5.4.2022.
- Löf, Susanna 2010. Osaamiskartta oppimisen ohjaamisen työväliseenä. Pro gradu -tutkielma. Kasvatustieteellinen tiedekunta. Opettajankoulutuslaitos. Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/25723/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201012213206.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 5.4.2022.
- Mays, Nicholas & Pope, Catherine 2000. Assessing quality in qualitative research. *The British Medical Journal* 320 (7226), 50–52. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.50>. Viitattu 12.4.2024.
- Mäkelä, Laura 2006. Hoitoisuustietojen käyttö hoitotyön johtamisessa. Ylihoitajien hoitoisuustietojen hyödyntäminen hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottoaiheessa. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Niemi-Murola, Leila 2017. Luotettavasti osoitettu pätevyys (EPA) uudistaa erikoislääkärikoulutuksen käytäntöä. *Duodecim-lehti* 133 (1), 77–83. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13493>. Viitattu 12.12.2023.
- Oinas, Elina 2004. Haastattelu: kokemuksia, kohtaamisia, kerrontaa. Teoksessa Marianne Liljeström (toim.) *Feministinen tietäminen – keskustelua metodologiasta*. Tampere: Vastapaino.
- Otala, Leenamajja & Meklin, Soili 2021. Ketterä oppiminen 2 – strategiasta käytäntöön. E-kirja. Helsinki: Helsingin seudun kauppakamari Oy. Viitattu 8.4.2024.
- Palonen, Mira & Kylmä, Jari 2022. Avoin haastattelu ja teemahaastattelu aineistonkeruumenetelminä laadullisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 34 (4), 281–294. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128992/78035>. Viitattu 23.2.2024.
- Partanen, Pirjo 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteet. Kuopion yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:951-781-938-2>. Viitattu 29.1.2023.

Pietilä, Ilkka 2017. Ryhmäkeskustelu. Teoksessa Matti Hyvärinen, Pirjo Nikander, Johanna Ruusu-
vuori & Anna Liisa Aho (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. E-kirja. Tampere: Vastapaino. Viitattu
7.5.2023.

Pulkkinen, Marja-Leena 2000. Hoitoisuuden arviointi erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Hoitotieteen
laitos. Turku: Turun yliopisto.

Punakivi, Eeva 2020. Miten röntgenissä voidaan? Röntgenhoitajien kokemuksia työhyvinvoinnistaan,
työssä kuormittumisestaan ja voimavaratekijöistään kuvantamistoiminnassa Pohjois-Pohjanmaan
alueella. Opinnäytetyö. Radiografian ja sädehoidon tutkinto-ohjelma. Oulun ammattikorkeakoulu.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202001091127>. Viitattu 6.4.2022.

Punakivi, Eeva, Henner, Anja & Holmström, Anneli 2021. Röntgenhoitajien työhyvinvointi ja työn
kuormittavuus. Artikkelit. Oamk Journal Oulun ammattikorkeakoulun julkaisuja.
<https://oamk.fi/oamkjournal/2021/rontgenhoitajien-tyohyvinvointi-ja-tyon-kuormittavuus/>. Viitattu
6.4.2022.

Puusa, Anu 2020a. Haastattelutyypit ja niiden metodiset ominaisuudet. Teoksessa Anu Puusa &
Pauli Juuti (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. E-kirja. Helsinki: Gaudeamus
Oy. Viitattu 23.11.2023.

Puusa, Anu 2020b. Näkökulmia laadullisen aineiston analysointiin. Teoksessa Anu Puusa & Pauli
Juuti (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. E-kirja. Helsinki: Gaudeamus Oy.
Viitattu 23.11.2023.

Ranta, Juha & Kuula-Luumi, Arja 2017. Haastattelun keruun ja käsittelyn ABC. Teoksessa Matti Hy-
värinen, Pirjo Nikander, Johanna Ruusu-
vuori & Anna Liisa Aho (toim.) Tutkimushaastattelun käsi-
kirja. E-kirja. Tampere: Vastapaino. Viitattu 9.5.2023.

Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo 2017. Haastatteluaineiston litterointi. Teoksessa Matti Hyväri-
nen, Pirjo Nikander, Johanna Ruusu-
vuori & Anna Liisa Aho (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. E-
kirja. Tampere: Vastapaino. Viitattu 9.5.2023.

Soini, Helena, Saloekkilä, Pirkko, Kupiainen, Marketta, Leino-Kilpi, Helena, Löyttyniemi, Eliisa, Riila,
Mari & Häggman-Laitila, Arja 2021. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten geneerinen osaami-
nen – kyselytutkimus sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Hallinnon tutkimus 40 (5), 339–353.
<https://doi.org/10.37450/ht.101945>. Viitattu 22.1.2024.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuus-
strategia 2017–2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3963-9>. Viitattu 12.12.2023.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2022. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunni-
telma 2022–2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8464-6>. Viitattu 12.12.2023.

Suomen Potilasturvallisuusyhdistys 2015. Potilasturvallisuus- ja riskien hallinta – opas sosiaali- ja
terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle. [https://spty.fi/wp-content/uploads/2015/08/RH-
opas_nettiin_korjattu.pdf-02112015.pdf](https://spty.fi/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas_nettiin_korjattu.pdf-02112015.pdf). Viitattu 18.4.2022.

Sydänmaalakka, Pentti 2002. Älykäs organisaatio – tiedon, osaamisen ja suorituksen johtaminen.
Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Viitattu 24.4.2024.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022. Palliatiivisen ja saattohoidon kansallinen laatusuositus.
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf?s
equence=4&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf?squence=4&isAllowed=y). Viitattu 12.12.2023.

Tietosuojalaki 1050/2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>. Viitattu 3.2.2023.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. E-kirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Viitattu 15.1.2024.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf. Viitattu 4.4.2022.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelemisen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023, 1. painos. Helsinki. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf. Viitattu 23.5.2023.

Työturvallisuuskeskus 2022. Työelämä ja työt muuttuvat-yhteisöjen ja yksilöiden työhyvinvointi korostuu. <https://ttk.fi/julkaisu/tyoelama-ja-tyot-muuttuvat-yhteisöjen-ja-yksilöiden-työhyvinvointi-korostuu/>. Viitattu 19.4.2024.

Työturvallisuuslaki 738/2002. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>. Viitattu 3.2.2023.

Ursin, Jani & Palonen, Maarit 2021. Johdanto. Teoksessa Jani Ursin, Heidi Hyytinen & Kaisa Silvennoinen (toim.) Korkeakouluopiskelijoiden geneeristen taitojen arviointi: Kappas! -hankkeen tuloksia. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2021:6. Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-263-892-2>. Viitattu 11.12.2023.

Valtonen, Anu & Viitanen, Meiju 2020. Ryhmäkeskustelut laadullisena tutkimusmetodina. Teoksessa Anu Puusa & Pauli Juuti (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. E-kirja. Helsinki: Gaudeamus. Viitattu 23.11.2023.

Walta, Leena 2012. Potilaan hoitaminen diagnostisessa radiografiassa ja sen kuormittavuus röntgenhoitajan arvioimana – tavoitteena inhimillinen ja turvallinen kuvantamistapahtuma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/76839/AnnalesC337Walta.pdf?sequence=1>. Viitattu 6.4.2022.

Yrttiaho, Tiia 2018. Röntgenhoitajien työperäiset psykososiaaliset kuormitustekijät: kirjallisuuskatsaus. Kandidaattityö. Hoitotieteen ja Terveystieteiden tutkimusyksikkö. Oulun yliopisto. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:oulu-201806132558>. Viitattu 3.2.2023.

LIITE 1: SÄHKÖPOSTI HOITOHENKILÖSTÖLLE REKRYTOINTIA VARTEN

Hei,

Opiskelen Savonia-ammattikorkeakoulussa Bioanalytiikan kliininen asiantuntija ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Opinnäytetyöhöni liittyvän tutkimuksen tarkoitus on selvittää sairaalafysiologian hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitoisuusluokituksen käytöstä osaamistarpeiden arvioinnissa. Tutkimuksen tavoitteena on edistää hoitoisuusluokittelun suunnitelmallista käyttöä hoitohenkilökunnan osaamistarpeiden arvioinnissa ja toiminnan kehittämisessä sairaalafysiologian yksikössä Sairaala Novassa Jyväskylässä.

Sinulla on nyt mahdollisuus osallistua haastattelututkimukseen ja kertoa omista näkemyksistäsi hoitoisuusluokituksen käytöstä ja vaikuttaa hoitajien osaamisen arviointiin ja kehittämiseen omassa työyksikössäsi. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja mahdollisesta kieltäytymisestä ei synny kielteisiä seuraamuksia. Haastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna 3–4 henkilön ryhmissä. Haastatteluun varataan aikaa 45 minuuttia ja se toteutetaan työaikana Sairaala Novan tiloissa. Haastattelutilanne on mahdollista keskeyttää niin halutessaan ja myös haastattelukysymyksiin voi halutessaan jättää vastaamatta. Haastattelu äänitetään ja äänitällemme litteroidaan tutkimusaineiston analysointia varten. Suorat henkilötiedot eivät päädy aineistoon ja mahdolliset epäsuorat henkilötiedot poistetaan litteroidusta aineistosta. Anonyymisoidut litteraatit ovat tutkijan ja tarvittaessa opinnäytetyön ohjaajan käytettävissä. Tutkimuksen oikeellisuuden tarkastamisen jälkeen tutkimusaineisto ja rekrytointivaiheessa saadut sähköpostit tuhoetaan Keski-Suomen hyvinvointialueen edellyttämällä tavalla. Tutkimuksessa noudatetaan tietosuojalainsäädäntöä ja hyvää tieteellistä käytäntöä. Liitteenä tietosuojailmoitus.

Pyydän sinua vastamaan tähän sähköpostiin 29.9.2023 mennessä:

- Haluan osallistua haastattelututkimukseen.
- En halua osallistua haastattelututkimukseen.
- Ehkä, haluan vielä lisätietoa.

Ystävällisin terveisin,
Auli Väisänen
Bioanalytikko
Kliininen asiantuntija YAMK-opiskelija, Savonia
TYBR21SY
Auli.Vaisanen@edu.savonia.fi
p. 040 5842761

LIITE 2: HAASTATELURUNKO

Haastattelun tallentaminen puhelimella ja tietokoneella

Ryhmä A, jäsen 1,2,3...

Haastattelun aikana veden tarjoaminen (pahvimukeista hälyn minimoimiseksi)

Haastattelun aluksi:

Olen kiinnostunut hoitoisuusluokituksesta ja siitä, miten te hoitajat olette kokeneet sen käytön sairaalafysiologian yksikössä. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelun voi myöskin jättää kesken ja kysymyksiin on mahdollisuus olla vastaamatta. Haastattelujen litteraateista poistetaan tunnistetiedot, kuten teidän nimitiedot. Haastattelut ovat luottamuksellisia. Onko teillä kysymyksiä haastatteluun tai tutkimukseen liittyen?

Pyydän teiltä jokaiselta yksitellen suostumusta haastatteluun osallistumisesta ja haastattelun tallentamisesta.

Äänityksen aloittaminen puhelimella ja tietokoneen Teams-tallennus ja litterointiohjelmalla.

Suostutko haastatteluun vapaaehtoisesti ja voiko haastattelussa kerättyä äänitallennetta käyttää tutkimusaineistona?

- 1. Voisitte aluksi kertoa vapaasti omin sanoin, millaisia kokemuksia teillä itsellänne on ollut hoitoisuusluokituksen käytöstä.*
- 2. Millaisena olette kokeneet hoitoisuusluokituksen valinnan?*
- 3. Voisitteko kertoa jonkin esimerkin, millaisessa tutkimustilanteessa olette valinneet hoitoisuusluokan 1? Milloin hoitoisuusluokan 2? Milloin hoitoisuusluokan 3? Milloin hoitoisuusluokan 4?*
- 4. Voisitteko kertoa jonkin esimerkin, millaisessa tilanteessa olette kokeneet valinnan helpoksi ja milloin vaikeaksi?*

Haastattelun aikana voi tarvittaessa tiivistää ja tarkentaa kerrottua,

ymmärsinkö oikein ...?

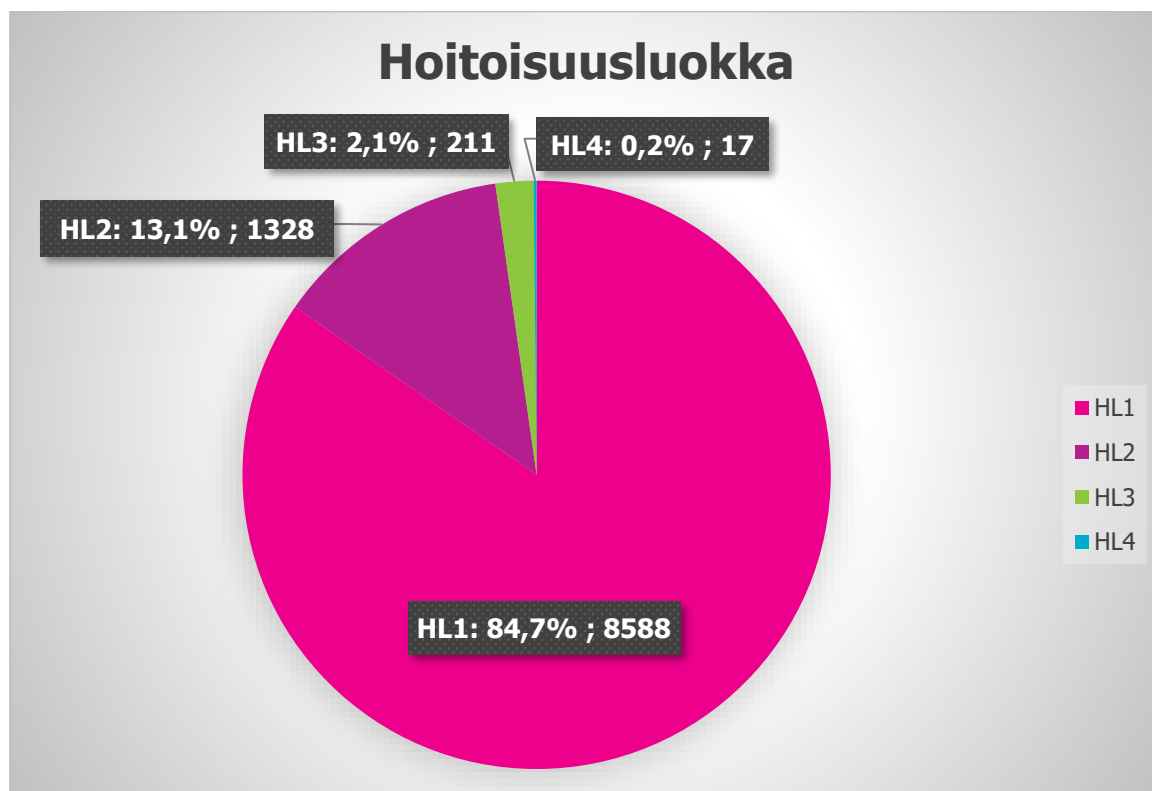
tarkoititko sitä, että...?

Lisäkysymyksiä haastateltavien vastausten perusteella, jotka liittyvät muun muassa osaamiseen, hoitoisuusluokan valintakriteereihin, kehittämiskohteisiin.

Haastattelun loppuksi:

Haastattelukysymykset päättyivät tähän. Haluaisitteko vielä lisätä jotakin tai haluaisitteko vielä kysyä jotain?

LIITE 3: SAIRAALAFYSIOLOGIA YKSIKÖN HOITOISUUSLUOKITUSTIETOJA VUONNA 2023 (N=10 144)



LIITE 4: TIETOSUOJAILMOITUS



**OPINNÄYTETYÖHÖN LIITETTÄVÄ
TIETOSUOJASELOSTE/-ILMOITUS
EU:n yleinen tietosuoja-asetus
13 ja 14 artiklat
Laatimispäivä: [6.6.2023]**

Tietoa tutkimukseen osallistuvalla

Olet osallistumassa Savonia-ammattikorkeakoulussa tehtävään opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen. Tässä selosteessa kuvataan, miten henkilötietojasi käsitellään tutkimuksessa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Sinuun ei kohdistu mitään negatiivista seuraamusta, jos et osallistu tutkimukseen tai jos keskeytät osallistumisesi tutkimukseen. Jos keskeytät osallistumisesi tutkimukseen, ennen keskeytystä kerättyä aineistoa voidaan kuitenkin käyttää tutkimuksessa. Tämän selosteen kohdassa 14 kerrotaan tarkemmin, mitä oikeuksia sinulla on ja miten voit vaikuttaa tietojesi käsittelyyn.

1. Tutkimuksen rekisterinpitäjä

Nimi: Auli Väisänen
Osoite: [REDACTED]
Puhelinnumero: [REDACTED]
Sähköpostiosoite: [REDACTED]

2. Kuvaus tutkimushankkeesta ja henkilötietojen käsittelyn tarkoitus

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitoisuusluokituksen käytöstä osaamistarpeiden arvioinnissa Sairaala-fysiologian yksikössä. Tutkimusaineisto kerätään haastattelemalla Sairaala-fysiologian hoitohenkilöstöä kolmen tai neljän hengen ryhmässä. Haastattelut nauhoitetaan ja äänitallenteet litteroidaan analysointia varten.

3. Tutkimuksen suorittajat

Auli Väisänen

4. Tutkimuksen nimi ja tutkimuksen kestoaika

Tutkimuksen nimi:
Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen hoitoisuusluokitusjärjestelmää hyödyntäen

Henkilötietojen käsittelyn kesto:
Tutkimuksen haastattelulissa kerätään äänitallenteet, joista arkistoidaan tutkimuksen oikeellisuuden tarkastamisen ja tutkimuksen päättymisen jälkeen haastattelujen litteraatit.

5. Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste

Henkilötietoja käsitellään yleisen tietosuoja-asetuksen 6 artiklan 1 kohdan mukaisella perusteella.
Henkilötietojen käsittelyperusta tässä tutkimuksessa on

- tutkittavan suostumus
 tieteellinen tai historiallinen tutkimus tai tilastointi

6. Mitä henkilötietoja tutkimusaineisto sisältää

Tutkimukseen osallistuvilta kerätään ja tallennetaan haastattelun äänitallenne. Haastatteluun osallistujat merkitään anonymisti, kuten ryhmä 1 jäsen A.

7. Arkaluonteiset henkilötiedot

Tutkimuksessa ei käsitellä arkaluonteisia henkilötietoja.

8. Mistä lähteistä henkilötietoja kerätään

Tallennettavat tiedot saadaan äänittämällä tutkimukseen osallistuvien haastattelut.

9. Tietojen siirto tai luovuttaminen edelleen

Henkilötietoja ei siirretä eikä luovuteta edelleen.

10. Tietojen siirto tai luovuttaminen EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle

Henkilötietoja ei siirretä eikä luovuteta edelleen.

11. Henkilötietojen suojauksen periaatteet

- Tiedot ovat salassa pidettäviä.

Manuaalisen aineiston suojaaminen: [REDACTED]

- Tietojärjestelmissä käsiteltävät tiedot:
 käyttöjätunnus salasana käytön rekisteröinti kulunvalvonta
 muu, mikä: tutkimukseen osallistujat merkitään anonymisti, kuten ryhmä 1 jäsen A.

Suorien tunnistetietojen käsittely:

- Suorat tunnistetiedot poistetaan analysointivaiheessa
 Aineisto analysoidaan suorien tunnistetiedoin, koska (peruste suorien tunnistetietojen säilyttämiselle):

12. Henkilötietojen käsittely tutkimuksen päättymisen jälkeen

- Tutkimusrekisteri hävitetään
 Tutkimusrekisteri arkistoidaan:
 ilman tunnistetietoja tunnistetiedoin

Mihin aineisto arkistoidaan ja miten pitkäksi aikaa:
Rekisterinpitäjälle tutkimuksen oikeellisuuden tarkistamiseksi ja säilytettäväksi 5 vuodeksi.

13. Savonia-ammattikorkeakoulun tietosuojavastaavan yhteystiedot

Savonia-ammattikorkeakoulun tietosuojavastaava on hallinnon suunnittelija Mervi Hätinen. Häneen saa yhteyden sähköpostiosoitteesta tietosuojavastaava@savonia.fi

14. Mitä oikeuksia sinulla on ja oikeuksista poikkeaminen

Yhteyshenkilö tutkittavan oikeuksiin liittyvissä asioissa on tämän ilmoituksen kohdassa 1 mainittu henkilö.

Suostumuksen peruuttaminen (tietosuoja-asetuksen 7 artikla)

Sinulla on oikeus peruuttaa antamasi suostumus, mikäli henkilötietojen käsittely perustuu suostumukseen. Suostumuksen peruuttaminen ei vaikuta suostumuksen perusteella ennen sen peruuttamista suoritettujen käsittelyjen lainmukaisuuteen.

Oikeus saada pääsy tietoihin (tietosuoja-asetuksen 15 artikla)

Sinulla on oikeus saada tieto siitä, käsitelläänkö henkilötietoja tutkimuksessa ja mitä henkilötietoja tutkimuksessa käsitellään. Voit myös halutessasi pyytää jaijennöksen käsiteltävistä henkilöiedoista.

Oikeus tietojen oikaremiseen (tietosuoja-asetuksen 16 artikla)

Jos käsiteltävissä henkilötiedoissasi on epätarkkuuksia tai virheitä, sinulla on oikeus pyytää niiden oikaisua tai täydennystä.

Oikeus tietojen poistamiseen (tietosuoja-asetuksen 17 artikla)

Sinulla on oikeus vaatia henkilötietojesi poistamista seuraavissa tapauksissa:

- henkilötietoja ei enää tarvita niihin tarkoituksiin, joita varten ne kerättiin tai joita varten niitä muutoin käsiteltiin
- peruutat suostumuksen, johon käsittely on perustunut, eikä käsittelyyn ole muuta laillista perustetta
- vastustat käsittelyä (kuvas vastustamisoikeudesta on alempana) eikä käsittelyyn ole olemassa perusteltua syytä
- henkilötietoja on käsitelty lainvastaisesti; tai
- henkilötiedot on poistettava unionin oikeuteen tai jäsenvaltion lainsäädäntöön perustuvan rekisterinpitäjään sovellettavan lakisääteisen velvoitteen noudattamiseksi.

Oikeutta tietojen poistamiseen ei kuitenkaan ole, jos tietojen poistaminen estää tai vaikeuttaa suuresti käsittelyn tarkoituksen toteutumista tieteellisessä tutkimuksessa.

Oikeus käsittelyn rajoittamiseen (tietosuoja-asetuksen 18 artikla)

Sinulla on oikeus henkilötietojesi käsittelyn rajoittamiseen, jos kyseessä on jokin seuraavista olosuhteista:

- kiistät henkilötietojen paikkansapitävyyden, jolloin käsittelyä rajoitetaan ajaksi, jonka kuluessa tutkija voi varmistaa niiden paikkansapitävyyden
- käsittely on lainvastainen ja vastustat henkilötietojen poistamista ja vaadit sen sijaan niiden käytön rajoittamista
- tutkija ei enää tarvitse kyseisiä henkilötietoja käsittelyn tarkoituksiin, mutta sinä tarvitset niitä oikeudellisen vaateen laatimiseksi, esittämiseksi tai puolustamiseksi
- olet vastustanut henkilötietojen käsittelyä (ks. tarkemmin alla) odottaessa sen todentamista, syrjäyttävätkö rekisterinpitäjän oikeudet perusteet rekisteröidyn perusteet.

Oikeus siirtää tiedot järjestelmästä toiseen (tietosuoja-asetuksen 20 artikla)

Sinulla on oikeus saada tutkijalle toimittamasi henkilötiedot jäseneltyssä, yleisesti käytetyssä ja koneellisesti luettavassa muodossa, ja oikeus siirtää kyseiset tiedot toiselle rekisterinpitäjälle, jos käsittelyn oikeusperuste on suostumus tai sopimus, ja käsittely suoritetaan automaattisesti.

Kun käytät oikeuttasi siirtää tiedot järjestelmästä toiseen, sinulla on oikeus saada henkilötiedot siirrettyä suoraan rekisterinpitäjältä toiselle, jos se on teknisesti mahdollista.

Vastustamisoikeus (tietosuoja-asetuksen 21 artikla)

Sinulla on oikeus vastustaa henkilötietojesi käsittelyä, jos käsittely perustuu yleiseen etuun tai oikeutettuun etuun. Tällöin tutkija ei voi käsitellä henkilötietoja, paitsi jos se voi osoittaa, että käsittelyyn on olemassa huomattavan tärkeä ja perusteltu syy, joka syrjäyttää rekisteröidyn edut, oikeudet ja vapaudet tai jos se on tarpeen oikeusvaateen laatimiseksi, esittämiseksi tai

puolustamiseksi. Tutkija voi jatkaa henkilötietojesi käsittelyä myös silloin, kun sen on tarpeellista yleistä etua koskevan tehtävän suorittamiseksi.

Oikeuksista poikkeaminen

Tässä kohdassa kuvatuista oikeuksista saatetaan tietyissä yksittäistapauksissa poiketa tietosuoja-asetuksessa ja Suomen tietosuojalainsäädetyillä perusteilla siltä osin, kuin oikeudet estävät tieteellisen tai historiallisen tutkimustarkoituksen tai tilastollisen tarkoituksen saavuttamisen tai vaikeuttavat sitä suuresti. Tarvetta poiketa oikeuksista arvioidaan aina tapauskohtaisesti.

Valitusoikeus

Sinulla on oikeus tehdä valitus tietosuojavaikuttetun toimistoon, mikäli katsot, että henkilötietojesi käsittelyssä on rikottu voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä.

Yhteystiedot:

Tietosuojavaikuttetun toimisto
 Käyntiosoite: Ratapihantie 9, 6. krs, 00520 Helsinki
 Postiosoite: PL 800, 00521 Helsinki
 Puhde: 029 56 66700
 Faksi: 029 56 66735
 Sähköposti: tietosuoja(at)jom.fi