



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

HOITOISUUSLUOKITUSTIEDON KÄYTTÖ HENKILÖSTÖRESURSSOINNIN TUKENA

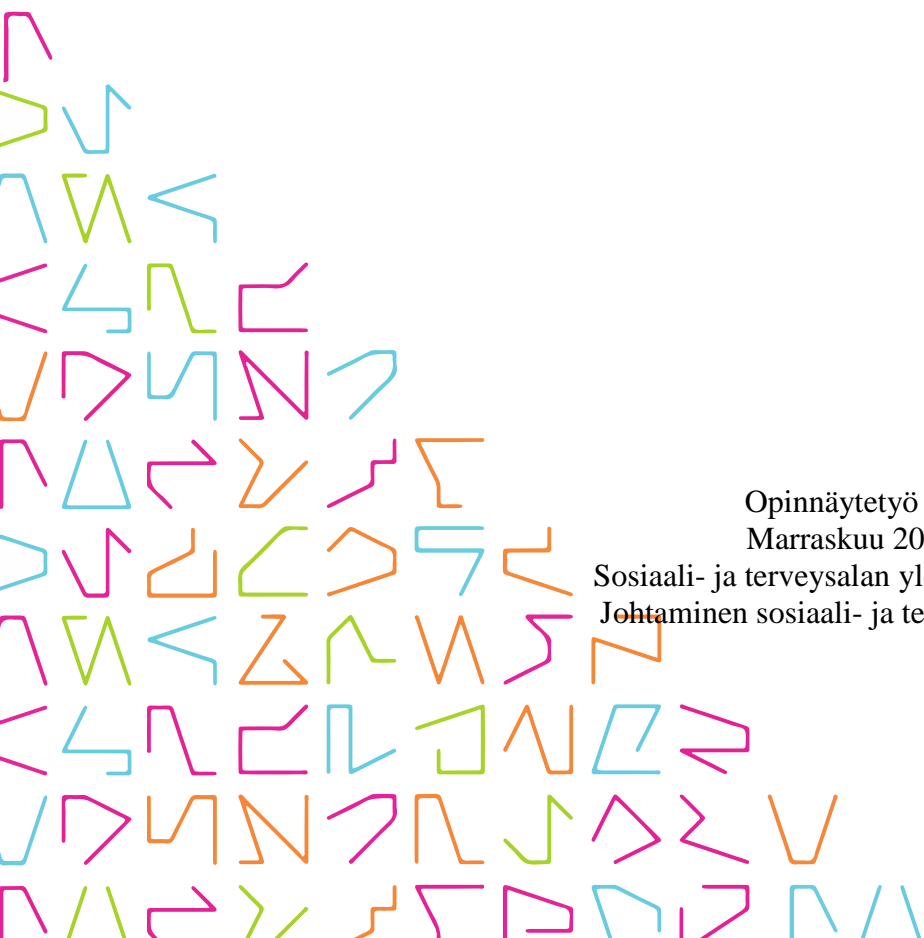
Röntgenhoitajien näkemyksiä hoitoisuusluokittelun käytöstä ja hoitoisuustiedon hyödyntämisestä henkilöstöresursoinnin tukena

Terhi Anttinen

Saija Nuotiomaa

Opinnäytetyö
Marraskuu 2018

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK
Johtaminen sosiaali- ja terveysalalla



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi AMK
Johtaminen sosiaali- ja terveystieteillä

TERHI ANTTINEN & SAIJA NUOTIOMAA:

Hoitoisuusluokituksen käyttö henkilöstöresursoinnin tukena.

Röntgenhoitajien näkemyksiä hoitoisuusluokittelun käytöstä ja hoitoisuustiedon hyödyntämisestä henkilöstöresursoinnin tukena

Opinnäytetyö 59 sivua, joista liitteitä 7 sivua
Marraskuu 2018

Oikein mitoitettu ja ammattitaitoinen henkilökunta on oleellinen osa henkilöstöresursointia. Taloudelliset paineet ja väestön ikääntyminen tuovat terveydenhuoltoon haasteita, terveydenhuollon korkealaatuiset palvelut tulee pystyä tarjoamaan kustannustehokkaasti asiakkaille. Yksi työkalu tehokkaaseen henkilöstöresursointiin on hoitoisuusluokitusjärjestelmä, joita on kehitetty 1960-luvulta lähtien.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää röntgenhoitajien kokemuksia hoitoisuusluokituksen käytöstä käytännön työssä ja kuvata hoitoisuusluokituksesta kerättävän tiedon käyttöä henkilöstöresursoinnin tukena henkilöstön näkökulmasta. Tavoitteena on opinnäytetyöstä saatavan tiedon perusteella vahvistaa hoitoisuusluokitusjärjestelmien luotettavaa käyttöä.

Tutkimus toteutettiin harkinnanvaraisena otostutkimuksena. Tutkimuksen kohdejoukko olivat yhden sairaanhoitopiirin kuvantamisen röntgenhoitajat (N=70). Aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella kesä – heinäkuun aikana 2018, vastausprosentiksi muodostui 41 %. Röntgenhoitajat kuvasivat käyttävänsä hoitoisuusluokitusta säännöllisesti ja sovitujen kriteerien mukaisesti. Hoitoisuusluokituksista saatuja tuloksia käsiteltiin yksiköissä harvoin tai ei ollenkaan. Röntgenhoitajat arvioivat, ettei hoitoisuusluokituksesta saatavia tietoja hyödynnetty henkilöstöresursoinnissa tai niitä hyödynnettiin vähän.

Röntgenhoitajien suhtautuminen hoitoisuusluokitusmittarin käyttöön oli pääosin positiivista. Käsitys hoitoisuusluokitustiedon hyödyntämisestä oli vähäistä, koska esimiehet eivät käsitelleet hoitoisuusluokitustietoja yksiköissä tai niitä käsiteltiin harvoin. Henkilöstö koki, ettei tuloksilla ollut vaikutusta henkilöstöresursointiin.

Jotta henkilöstö motivoituu hoitoisuusluokituksen luotettavaan käyttöön ja ymmärtää miten tuloksia hyödynnetään, tarvitaan tiedon jalkauttamista esimiesten puolelta. Riittävän tiedon jalkauttamisen ja jakamisen seurauksena tuotettu hoitoisuusluokitustieto on luotettavaa, jolloin sitä voidaan esimiestasolla hyödyntää henkilöstöresursoinnin tukena. Jatkotutkimusaiheena kuvantamisen esimiesten käsityksiä hoitoisuustiedon hyödyntämisestä henkilöstöresursoinnissa olisi mielenkiintoista selvittää.

Asiasanat: hoitoisuus, hoitoisuusluokitus, henkilöstöresursointi, henkilöstövoimavarojen johtaminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree in Management of Health Care and Social Services

ANTTINEN, TERHI & NUOTIOMAA, SAIJA:
Radiographers' Opinions on the Use of Patient Classifications and Utilization of Care Intensity Information as a Support of Human Resource Management

Master's thesis 59 pages, appendices 7 pages
November 2018

The purpose was to collect the radiographers' experiences of the use of patient classification system in their daily routine and to describe how the staff sees the patient classification system being used as a tool for personnel management. The aim of was to promote the reliable utilization of the patient classification system.

The study was conducted as a quantitative purposive sample survey. The target group was radiographers of one healthcare district (N=70). The data were collected through an online survey with the response rate of 41 % (n=29). The data were analyzed through the statistics program SPSS.

As a result, radiographers described mainly positive attitude towards patient classification and classifies patients according to instructions. Radiographers saw that provided data was being used as a tool for the human resource management rarely or never. The understanding of how the data derived from the classification system could be utilized was poor.

Overall, the study suggests that when the staff is adequately instructed in the use of the system and kept informed of the results, provided data can be used as a reliable source for human resource management. Further studies could give more information on the use of patient classification in an x-ray department.

Key words: patient classification, human resources, human resources management.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1	Hoitoisuus	8
2.1.1	Hoitoisuusluokitustietojen historiaa.....	8
2.1.2	Hoitoisuusluokitusjärjestelmä	9
2.1.3	Potilaan hoitoisuus kuvantamisessa	10
2.1.4	Toiminnanohjausjärjestelmä RADU	12
2.1.5	Tutkimustietoa hoitoisuusluokitustietojen hyödyntämisestä	13
2.2	Henkilöstöresursointi ja - johtaminen.....	15
2.2.1	Henkilöstöresursointi hoitotyössä	15
2.2.2	Henkilöstöjohtaminen hoitotyössä.....	17
2.3	Tutkimuksen lähtökohtien yhteenveto.....	20
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA TAVOITE	22
4	OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS	23
4.1	Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen toteutus	23
4.1.1	Kyselylomakkeen laatiminen	24
4.1.2	Tutkimusaineisto ja aineiston kerääminen	25
4.2	Aineiston analyysi.....	25
5	TULOKSET	28
5.1	Vastaajien taustatiedot	28
5.2	Hoitoisuusluokittelun käyttäminen	29
5.3	Hoitoisuusluokitus ja johtaminen	32
5.3.1	Perehdytyskokemukset.....	32
5.3.2	Hoitoisuusluokitus ja johtaminen.....	34
5.4	Yhteenveto tutkimustuloksista.....	37
6	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	39
6.1	Tulosten tarkastelu	39
6.1.1	Käyttökokemukset hoitoisuusluokituksesta.....	39
6.1.2	Hoitoisuustiedot ja henkilöstöresursointi.....	41
6.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	42
6.2.1	Eettisyys	42
6.2.2	Luotettavuus	43
6.2.3	Jatkotutkimusaiheet.....	44
6.3	Kehittämisehdotukset.....	45
	LÄHTEET.....	46

LIITTEET	52
Liite 1. Kyselylomake	52
Liite 2. Kirjallisuuskatsaus	55
Liite 3. Tutkimuskysymysmatriisi.....	59

1 JOHDANTO

Terveyspalvelut rahoitetaan pääsääntöisesti julkisista varoista. Vuonna 2016 lähes 74% terveydenhuollon menoista katettiin verovaroin. (Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2016, 1) Verovaroin tuotettujen julkisten terveydenhuoltopalveluiden resurssit ovat väistämättä rajalliset (Stenvall & Virtanen 2012, 58). Taloudelliset haasteet ja kiristynyt kilpailu lisäävät organisaation paineita. Samalla, kun toimintaa pitää tehostaa kustannuksia karsimalla, täytyy kansalaisille taata laadukas ja korkeatasoinen hoito. (Fagerström, Lønning & Andersen, M H. 2014, 30; Juuti & Vuorela 2015, 13.)

Laadukkaat palvelut ovat sujuvan yhteistyön ja hyvän johtamisen tulos. Hyvä johtaminen mahdollistaa potilaiden oikea-aikaisen hoidon ja henkilöstön optimaalisen työmäärän. (Torppa 2011, 119-121.) Väestön ikääntyminen ja taloudellisten resurssien rajallisuus edellyttävät käytettävissä olevien voimavarojen optimaalista hyödyntämistä. Koska riittävän ja ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan rekrytointi ja sitouttaminen työhön on haasteellista, on oleellista varmistaa, että resurssit on kohdennettu oikein. (Fagerström ym. 2014, 30.) Oikein mitoitettu ja osaava henkilöstö onkin keskeinen tekijä suunniteltaessa henkilöstöresursseja. Tähän suunnittelutyöhön tarvitaan resurssitarpeen arviointia, luotettavaa mittaamista ja työmäärän seurantaa, suhteessa potilaiden hoidon tarpeisiin. (Marttila 2011, 8.)

Kansainvälisissä tutkimuksissa on pystytty osoittamaan, että oikealla henkilöstöresurssoinnilla voidaan vähentää hoidoista aiheutuvia komplikaatioita, kuten painehaavaumia, kaatumisia ja sairaalakuolleisuutta (Pitkäaho ym. 2016, 567; Min & Scott 2016, 446; Driscoll ym. 2017, 19-29). Hoitohenkilökunnan määrällä ja hoidonlaadun mittareilla, esimerkiksi potilasturvallisuudella, kuolleisuudella sekä työympäristöllä ja työtyytyväisyydellä on selkeä yhteys. Hoitoisuusluokitusmittarit ovat yksi tärkeä työkalu tässä arvioinnissa. (Fagerström ym. 2014, 30-31.) Optimaalinen hoitajamitoitus on haasteellinen kysymys, johon ei ole olemassa kaikille sopivaa ratkaisua. Potilaiden hoidon tarve on moniulotteinen asia. (Driscoll ym. 2017, 7; Klaus ym. 2012, 925-926, 931; Levenstam & Bergbom 2011, 260-262.)

Hoitoisuusluokitustieto on yksi työkalu hoitotyön johtamisen apuna. Sen avulla voidaan mitata hoitotyön määrää ja kohdentaa henkilöstöresursseja asianmukaisesti. Hoitotyön

esimiesten tulisi seurata työn kuormittavuutta ja suunnitella resurssit riittäviksi suhteessa hoitotyön vaatimukseen. (Palonen, Aho & Kaunonen 2012, 27.) Osa hoitotyön johtajista ei kuitenkaan koe hoitoisuustietoja riittävän luotettavana informaationa hoitohenkilöstön työmäärästä tai potilaiden hoidon tarpeesta. Jotta näitä tietoja voitaisiin hyödyntää, niiden luotettavuuteen tulee kiinnittää enemmän huomiota niin hoitaja-, esimies- kuin ylemmän johdon tasolla. (Marttila 2011, 83–84.)

Hoitoisuusluokitustiedon hyödyntäminen on kiinnostava ja ajankohtainen aihe terveydenhuollossa tapahtuvien suurten muutosten takia. Väestö ikääntyy ja sen seurauksena terveydenhuollon palvelujen tarve kasvaa. Palvelujen kysynnän kasvun myötä joudutaan miettimään ratkaisuja käytettävissä olevien resurssien mahdollisimman tehokkaaseen hyödyntämiseen. (Willberg & Valtonen 2007, 11.)

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat hoitoisuus, hoitoisuusluokitus, henkilöstöresurssointi ja henkilöstövoimavarojen johtaminen. Tässä työssä tarkastellaan kuvantamisen yksikössä käytössä olevaa toiminnanohjausjärjestelmä RADU:n -hoitoisuusluokitusta. Yhteistyötahona tässä opinnäytetyössä on yhden sairaanhoitopiirin kuvantamisen yksikkö.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää röntgenhoitajien kokemuksia hoitoisuusluokitusten käytöstä sekä kuvata hoitoisuusluokituksista kerättävän tiedon käyttöä henkilöstöresursoinnin tukena henkilöstön näkökulmasta.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Hoitoisuus

2.1.1 Hoitoisuusluokitustietojen historiaa

Hoitoisuusluokitusta on käytetty jo Florence Nightingalen ajoista (1800-luvulta) lähtien, jolloin potilaita luokiteltiin ns. intuitiivisen luokittelun mukaan. Tällöin eniten hoitoa tarvitsevat potilaat sijoitettiin lähimmäksi hoitajien työtilaa. (Giovannetti 1984; Barr 1973, Partasen 2002, 23 mukaan.) Varsinaista potilaiden ryhmittelyä tai luokittelua on kuvattu 1940-luvulta lähtien Yhdysvalloissa tehdyissä tutkimuksissa. Näissä mainittiin, että potilaiden lääketieteellinen vaiva ja hoitotyön tarve eivät välttämättä vastaa toisiaan. 1950-luvulla tehdyissä tutkimuksissa todettiin myös, että kriittisessä tilassa olevien potilaiden hoitajina tulisi toimia kokeneimmat ja ammattitaitoisimmat hoitajat. (Giovannetti 1984, 128, Partasen 2002, 23 mukaan.)

1960-luvulla John Hopkins Operation Group kehitti sisätauti-kirurgisten potilaiden luokitteluohjelmaa, jota pidetään edelleen hoitoisuusluokitusten ensimmäisenä muotona. Sitä pidetään perustana myöhemmin kehitetyille hoitoisuusluokituksille. Luokittelu perustui potilaiden hoidon havainnoimiseen ja siihen valitut muuttujat koskivat hoitotyötä esimerkiksi liikkumisen, näkökyvyn tai erityksen osa-alueilla. Robert Connor, joka toimi pääasiallisena kehittäjänä osoitti, että potilaiden tarvitsema hoitotyön määrä on erilainen. Näiden ensimmäisten tutkimusten pohjalta pystyttiin myös osoittamaan, että määrittelemällä potilaille hoitoisuusluokat, voitiin myös arvioida tarvittava hoitotyön määrä. Hoitotyön määrä vaihtelee työvuorojen, päivien ja osastojen välillä. Osaston hoitotyön kokonaismäärään vaikuttaa huomattavasti hoidettavien potilaiden hoitoisuus. (Giovannetti 1984; McHugh & Dwyer 1992, Partasen 2002, 23 mukaan.)

Hoitoisuusluokittelun ensisijaisena tarkoituksena on ollut kyetä vastaamaan potilaiden moninaiseen hoidon tarpeeseen tuomalla potilaiden hoitoisuus näkyväksi. Varhaisessa vaiheessa hoitoisuustiedon huomattiin myös helpottavan terveydenhuollon menojen kontrollointia ja henkilöstöressurssien suunnittelua. (Giovannetti, 1978, 3.) Hoitoisuusluokituksista saatavaa tietoa käytettiin ensin hallinnollisiin tarpeisiin, kuten henkilöstömitoituksen arviointiin. Tämä on edelleen tärkeä osa hoitoisuusluokitustietojen käyttöä,

mutta tietoja käytetään ennen kaikkea parantamaan potilaiden hoidon laatua, henkilökunnan työtyytyväisyyttä ja sitä kautta henkilöstöresurssien riittävyyttä. (Partanen 2002, 25.)

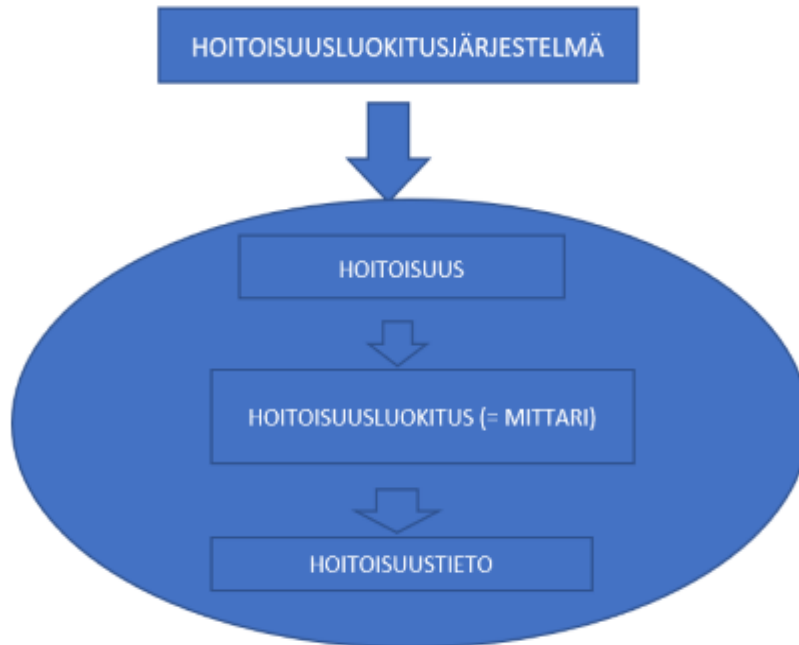
2.1.2 Hoitoisuusluokitusjärjestelmä

Hoitoisuusluokitusjärjestelmä muodostuu hoitoisuudesta, hoitotyön määrittelystä hoitoisuusluokittain sekä henkilöstömitoitusmenetelmästä. Hoitoisuusluokitusjärjestelmästä saadaan tietoa optimaalisten henkilöstöresurssien määrittelyyn suhteessa potilaiden hoidon tarpeisiin. (Partanen 2002, 22.) Keskeistä hoitoisuusluokitusjärjestelmälle on, että se tuottaa yksinkertaisesti, objektiivisesti ja luotettavasti tietoa tehdystä hoitotyöstä. Luotettavan tiedon tuottaminen hoitoisuusluokitusjärjestelmään tukee tämän tiedon käyttämistä esimerkiksi henkilöstöresursoinnissa tai kustannusten määrittelyssä. (Kaustinen 2011, 129.)

Hoitoisuudesta on käsitteenä olemassa useita määritelmiä, riippuen siitä missä yhteydessä termiä käytetään. Esimerkiksi määritelmät kuntoisuus, hoidon kuormittavuus tai raskas-hoitoisuus voivat kuvata hoitoisuutta. (Kaustinen, 2011, 24.) Yleisen suomalaisen asiasanaston YSA:n mukaan hoitoisuus tarkoittaa arviota potilaan määrällisestä ja laadullisesta riippuvuudesta hoitohenkilökunnasta välittömän hoidon aikana (YSA 2018). Myös vakioitu työn kuormittavuuden tai työmäärän arvo on potilaan hoitoisuutta kuvaava käsite (Fagerholm 2014, 10). Partanen (2002) kuvaa hoitoisuutta potilasryhmien tarvitseman hoitotyön määrän ja vaativuuden määrittelyksi, joka tehdään ensisijaisesti henkilöstömäärän ja kustannusten selvittämiseksi (Partanen 2002, 21).

Hoitoisuusluokitus määritellään Hoidokki- erikoissanastossa potilaan yksilölliset tarpeet ja hoitotoimenpiteet määritteleväksi mittariksi, joka mittaa kuinka paljon hoitohenkilökuntaa tarvitaan tietyssä ajanjaksona, jotta potilaiden hoidon tarpeisiin pystytään vastaamaan (Hoidokki 15.3.18). Hoitoisuusluokituksen (=mittari) avulla arvioidaan potilaiden hoitoisuus. Potilaat pystytään sijoittamaan hoidon tarpeen samanlaisuutta kuvaaviin luokkiin tiettyjen ominaisuuksien perusteella tietyssä aikana, esimerkiksi työvuoron tai tutkimuksen aikana. Hoitoisuusluokitus kuvaa hoitohenkilöstön arviota potilaan riippuvuudesta hoitohenkilökuntaan, mutta sen avulla todennetaan myös potilaan saama välitön tai välillinen hoitotyö. (Partanen 2002, 21–22.) Lisäksi tarkoituksena on ollut sovittaa yhteen henkilökuntaresurssit ja potilaan tarvitseman hoidon vaativuus (Perroca & Ek 2007, 427).

Hoitoisuusluokitustietoja voidaan käyttää myös hoitotyön kustannuksien selvittämiseksi, koska tehty hoitotyö ja siihen liittyvät kustannukset ovat osa hoitajakson kustannuksia (Ollikainen 2006, 27). Käsitteiden suhteet toisiinsa on esitetty kuviossa (kuvio 1).



KUVIO 1. Käsitteiden suhde toisiinsa

Suomessa on yleisesti käytössä RAFAELA™- hoitoisuusluokitusjärjestelmä sairaanhoitossa (Fagerström ym. 2014, 31). Kuvantamisessa käytetään erilaisia hoitoisuutta kuvaavia järjestelmiä, esimerkiksi Oulu-hoitoisuusluokitukseen perustuva malli Seinäjoella tai Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä käytössä oleva, kuuteen eri arviointiperusteeseen pohjautuva malli. (Haapa-aho 2015, 19; Seiko-Vänttinen 2017.) Tutkimuksen kohteena olevassa kuvantamisessa käytetään toiminnanohjausjärjestelmä RADU:n hoitoisuusluokitusta.

2.1.3 Potilaan hoitoisuus kuvantamisessa

Röntgenhoitaja vastaa työssään lähetteen mukaisista lääketieteellisistä kuvantamistutkimuksista, mahdollisista toimenpiteistä ja, sädehoidossa toimiessaan, hoitojen antamisesta. Röntgenhoitajan työ on melko itsenäistä, mutta toimiminen moniammatillisissa tii-

meissä on myös osa röntgenhoitajan työtä. Röntgenhoitajan työssä tapahtuvat potilaskontaktit ovat usein lyhytaikaisia. Luottamuksellinen hoitosuhde potilaan kanssa luodaan nopeasti ja se vaatii röntgenhoitajalta muun muassa kykyä asettua potilaan asemaan. (Suomen Röntgenhoitajaliitto 2018.) Valtonen (2000) tutki röntgenhoitajan työn ydintehtävää ja laadukasta työsuoritusta. Röntgenhoitajan ydintyön perusosat ovat potilas ja kuvantamismenetelmät sekä – laitteet. Jotta tuloksena saadaan laadultaan hyvä kuva turvallisesti, potilaan vointi huomioiden, nämä perusosat on hallittava. Erikoissairaanhoidossa röntgenhoitajan työssä tulee pystyä valitsemaan sopivat kuvantamislaitteistot, kirjattava tiedot potilaan tietoihin, osattava suunnitella anatomisesti erilaisille potilaille turvallinen kuvantamistapa sekä huolehdittava potilasturvallisuudesta. (Valtonen 2000, 53.)

Kuvantaminen on tärkeä osa potilaan hoitoa. Vaikka diagnostinen radiografia on erilaista hoitotyötä kuin esimerkiksi vuodeosastolla suoritettava, hoitotyö on potilaan hoidon lähtökohtana kuvantamisessakin. Kuitenkin radiografian hoitotyöhön vaikuttaa käytettävä kuvantamismenetelmä ja työn luonne asiakaspalvelutyönä. (Walta 2012, 93.) Hoitoisuudella voidaan tarkoittaa esimerkiksi potilaan riippuvuutta röntgenhoitajan työpanoksesta tutkimuksen kuluessa. Hoitoisuusluokituksella kuvataan silloin potilaan tutkimukseen tai toimenpiteeseen liittyvän hoidon tarvetta eri työpisteissä. Kuvantamistapahtumaan liittyvä päätöksenteko edellyttää röntgenhoitajan saamaa monipuolista tietoa potilaasta, vaikka kuvantamistapahtumalle varattu aika on usein rajallinen ja sen aikana pyritään lähinnä varmistamaan välttämätön turvallisuus. (Walta 2012, 86.) Esimerkiksi Varsinais-Suomen kuvantamiskeskuksessa käytettävä kuvantamisen hoitoisuusluokitus koostuu kuudesta eri arviointitekijästä: tutkimuksen tai toimenpiteen suunnittelusta, tutkimustyyppistä, yleisilasta tai sairauksista, ohjauksesta, kontakti- ja toimintakyvystä sekä pukeutumisesta ja erityksestä. (Seiko-Vänttinen, 2017.)

Seinäjoen keskussairaalan radiologian yksikössä hoitoisuusluokitusjärjestelmä perustuu Oulu-hoitoisuusluokka (OPC)-malliin, jonka pohjalta on rakennettu kuvantamiseen soveltuva versio ja kriteerit. Tässä mittarissa painottuvat potilaan fyysiset perustarpeet ja niiden vaatiman hoidon mittaaminen. OPC-mittari on jaettu myös kuuteen osa-alueeseen: hoidon suunnitteluun ja koordinointiin, hengittämiseen, verenkiertoon ja sairauden oireisiin, ravitsemukseen ja lääkehoitoon, hygieniaan ja eritystoimintaan, aktiviteettiin, toiminnallisuuteen, nukkumiseen ja lepoon ja hoidon, jatkohoidon, ohjauksen ja emotionaalisen tuen tarpeeseen. (Haapa-aho 2015, 19.)

2.1.4 Toiminnanohjausjärjestelmä RADU

Tutkimuksen kohteena olevassa sairaanhoitopiirin kuvantamisessa otettiin käyttöön toiminnanohjausjärjestelmä RADU 1980–1990-luvun vaihteessa. RADU:a kehiteltiin alun perin yhteistyössä Satakunnan keskussairaalan ja HYKS:in röntgenin kanssa ja siihen liitetyen kehitettiin oma hoitoisuusluokitus kuvantamisen tarpeiden pohjalta. Satakunnan keskussairaalan röntgen ja HYKS:in röntgen käyttivät kuitenkin hoitoisuusluokitusta eri tyyppisesti, eivätkä hoitoisuustiedot esimerkiksi näiden sairaaloiden välillä olleet vertailukelpoisia. (SataDiag KKUV 2018; Wood 2018.)

RADU:ssa oleva hoitoisuusluokitus perustuu kuvantamistutkimukseen kuluvaan kokonaisuuteen. Kuvantamistutkimuksen kokonaisuuteen lasketaan tutkimuksen valmisteluun kuluva aika, potilaan ohjaukseen kuluva aika ennen ja jälkeen tutkimuksen sekä potilaan voinnista johtuvat asiat, kuten avun tarve. Lisäksi kuvan käsittelyyn ja hyväksymiseen kuluva aika ja mahdolliset laitteiston toimintahäiriöiden aiheuttamat keskeytykset ja viiveet vaikuttavat hoitoisuusluokituksen valintaan. Hoitoisuusluokitus on viisiportainen (taulukko 1). Hoitoisuusluokitustietoja on pyritty hyödyntämään esimerkiksi keräämällä niiden avulla informaatiota röntgentutkimuksiin kuluva ajasta eri tutkimushuoneissa ja eri yksiköissä. Hoitoisuustietoja on hyödynnetty henkilöstöresursoinnin muutoksia pohdittaessa. Informaation avulla voidaan myös vertailla vuosittaisia muutoksia potilaiden hoitoisuudessa. (SataDiag KKUV 2018; Wood 2018.)

TAULUKKO 1. Radun viisiportainen hoitoisuusluokitus (SataDiag KKUV 2018)

HOITOISUUSLUOKKA	AIKA
A	< 15 MIN
B	15–45 MIN
C	YLI 45 MIN – 2 T
D	YLI 2 T – 4 T
E	YLI 4 T

2.1.5 Tutkimustietoa hoitoisuusluokitustietojen hyödyntämisestä

Sekä kansainvälisissä että kotimaisissa tutkimuksissa tulee esiin hoitoisuusluokitustietojen hyödyllisyys henkilöstöresursoinnin ja –johtamisen tukena. Tutkittua tietoa aiheesta etsittiin kirjallisuuskatsauksessa, joka tehtiin keväällä 2018. Kirjallisuuskatsauksessa etsittiin aiheeseen liittyvää kotimaista ja kansainvälistä tutkimustietoa. Valintaprosessin kautta päädyttiin valitsemaan kahdeksan alkuperäistutkimusta, jotka koottiin taulukkoon (Liite 3). Kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista nousi esiin hoitoisuusluokitus-tiedon monipuolinen käyttö henkilöstöresursoinnin tukena. Sitä käytettiin muun muassa henkilöstöresursoinnin suunnittelussa ja organisoinnissa. Hoitoisuusluokituksesta saatu tieto tuo hyvin esiin hoitotyön monitahoisuuden ja vaativuuden.

Tuna ym. (2015) totesivat tutkimuksessaan, että yhdistämällä hoitoisuusluokitustiedot ja henkilöstöresursoinnin suunnittelutiedot saadaan tunnusluvut optimaaliselle henkilöstömäärälle. Tuomalla nämä tunnusluvut käytäntöön ja suunnittelemalla poliklinikoiden ajanvaraustoiminta uudelleen hoitoisuusluokitustietoihin pohjautuen, pystytään resursoimaan henkilöstömäärä oikein. Oikein mitoitettu henkilöstö, työnkuvan sujuvuus ja resurssien optimaalinen käyttö lisäävät työtyytyväisyyttä. Tällöin myös työuupumus ja stressi vähenevät, jolloin pystytään tuottamaan laadukasta hoitoa. (Tuna, Turkman & Yildirir 2015, 115-120.)

Van Oostven ym. (2015) totesivat, että hoitohenkilöstön määrä ja tehottomat prosessit vaikuttavat hoidon laatuun. Henkilöstön sijoittelu resurssitarpeiden mukaan koetaan organisaatioissa kriittiseksi alueeksi. Myös hoitohenkilöstö kokee vaikutusmahdollisuudet esimerkiksi henkilöstömäärään vaatimattomaksi, mikä osaltaan lisää työtytymättömyyttä ja hoidon laadun heikkenemistä. Tutkimuksen mukaan objektiiviset tutkimukset hoitoisuuden tasosta ja oikeasta henkilöstömäärästä lisääisivät keskustelua henkilöstöresursoinnista. Organisaatiotasolla tarvitaan keskustelua siitä, kuinka siirrytään ammatilliseen toimintaan perustuvaan malliin. Siirryttäessä tällaiseen malliin pystytään luomaan hoitohenkilöstöä voimaannuttava työympäristö sekä parantamaan hoidon laatua. (Van Oostven, Mathijssen & Vermeulen 2015, 1300–1309.)

Hoitoisuusluokitustietoja käytetään työnkulun suunnitteluun ja henkilöstösuunnittelun tarpeisiin Perroca ym. (2007) mukaan. Taloudelliseen suunnitteluun tietoja vastaavasti käytetään vähemmän. Hoitoisuusluokitustietoja hyödynnetään erityisesti osastotasolla,

osastonhoitajien toimesta. Hoitoisuusjärjestelmän kyky mitata annetun hoidon laatua ja hoitotoimenpiteisiin käytettyä aikaa koettiin kuitenkin yleisesti vaatimattomaksi. Hoitoisuusluokitustietoja ei tutkimuksen mukaan myöskään käytetä riittävästi henkilöstön tarvetta arvioitaessa. (Perroca ym. 2007, 472–480.) Myös Fagerström ym. (2014) esittää, että useimmilla hoitoisuusluokitusjärjestelmillä on ongelmana se, että niitä ei ole tieteellisesti riittävästi testattu. Hoitoisuusluokitusjärjestelmät voivat olla aikaa vieviä käyttäen, sairaalan tietojärjestelmät eivät tue kerätyn tiedon käyttöä tilastoinnissa, johtavat hoitajat eivät käytä kerättyä hoitoisuustietoa henkilöstöresursoinnissa ja eri hoitoisuusluokitusjärjestelmiä voi olla vaikea verrata keskenään. (Fagerström ym. 2014, 31.)

Hoitoisuusluokitusjärjestelmän mukauttaminen yksikön tarpeisiin sekä sen ohjattu käyttöönotto lisäävät hoitohenkilöstön sitoutumista työpaikkaan sekä tyytyväisyyttä työolosuhteisiin. Tätä kautta myös potilaiden hoitoajat lyhenevät ja potilastyytyväisyys lisääntyy. Hoitoisuusluokitustietojen ja hoitohenkilöstön resurssitietojen yhdistäminen ja hyödyntäminen lisäävät henkilöstön tyytyväisyyttä ja sitoutumista organisaatioon. (Carter & Burnette 2011, 249–254; Fagerström ym. 2014, 36; Fagerholm 2014, 99-101,106.)

Eri sairaalat keräävät tietoa henkilöstöresursoinnista ja potilasmääristä erilaisilla mittareilla, jotka eivät välttämättä ole yhtenäisiä. Käytetyt mittarit kuvaavat potilaiden hoitoisuutta eri näkökulmista, eivätkä ole keskenään vertailukelpoisia. (Choi & Staggs 2014, 1345.) Käytetyt mittarit jakautuvat usein kahteen pääryhmään, joista toinen perustuu hoitajien arvioon potilaan hoitoisuudesta. Toinen ryhmä kerää hallinnollista tietoa, esimerkiksi potilas – hoitajasuhteesta. (Min & Scott 2016, 439-441.) Kartoitettaessa potilaiden yksilöllisiä tarpeita ja yksiköiden osaamista voidaan hoitoisuusluokitustietoja hyödyntää. Monesti näiden tietojen rinnalla käytetään muita mittareita, esimerkiksi potilaiden määrää vuorokaudessa. (Fagerström ym. 2014, 30-36; Perroca ym. 2007, 472–480; Fagerholm 2014, 93.)

Hoitoisuusluokitustietojen luotettavuutta kohtaan on tutkimuksissa esitetty kritiikkiä. Kirjattu tieto perustuu aina hoitajan subjektiiviseen näkemykseen ja esimerkiksi hoitajan kokeneisuudella hoitotyöstä on vaikutusta hoitoisuustiedon kirjaamiseen. Vaikka järjestelmiä on yritetty kehittää standardoiduiksi, kirjaaminen perustuu kirjaajan kokemukseen ja perehtyneisyyteen. (Fagerström ym. 2014, 30–36; Van Oostven ym. 2015, 1300–1309;

Perroca ym. 2007 472–480; Marttila 2011, 13.) Tämän vuoksi tarvitaan jatkuvaa keskustelua mittarin käytön yhtenäisyydestä ja kriteereistä. Luotettavuutta tulisi mitata myös muilla menetelmillä. (Palonen ym. 2010, 29; Perroca & Ek 2007, 479.)

Luotettavuuden varmistamiseksi tarvitaan varsinkin lähiesimiehiltä aktiivisuutta ja säännöllistä koulutusta henkilöstön kanssa. Johdon ja lähiesimiesten aktiivisuus ja koulutusmyönteisyys ovat avainasemassa henkilöstön asennoitumisessa hoitoisuusluokitusten käyttöön päivittäisessä työssään. Henkilöstön motivoituminen hoitoisuusluokitusten huolelliseen kirjaamiseen ja järjestelmän käyttöön on korkeampi silloin, kun esimies tukee ja kannustaa järjestelmän käyttöön. Henkilöstön motivoitumiseen vaikuttaa myös hoitoisuusluokitus tietojen säännöllinen esiintuominen ja sen käyttötarkoituksen selvittäminen. (Carter & Burnette 2011, 249–254; Fagerström ym. 2014, 30–36; Perroca ym. 2007, 472–480.)

2.2 Henkilöstöresursointi ja -johtaminen

2.2.1 Henkilöstöresursointi hoitotyössä

Henkilöstöresursoinnilla tarkoitetaan niitä toimenpiteitä, joilla määritellään yksikköön sekä lukumäärältään että osaamistasoltaan riittävä henkilöstömäärä. Sen avulla mahdollistetaan laatuvaatimusten mukainen hoito tietyille potilasryhmälle siten, että hoitotyö on inhimillisesti vaikuttavinta ja henkilökunnan työtyytyväisyys toteutuu. (Partanen 2002, 42-43.) Onnistunut henkilöstösuunnittelu ja -resursointi on yritysten ja liikelaitosten toiminnan perusosa. Varsinkin julkisella puolella toiminta suunnitellaan käytettävissä olevien taloudellisten ja henkisten voimavarojen pohjalta, yksityisellä puolella talousarviot pohjautuvat enemmän erilaisista ennusteista kerättyyn tietoon. Julkisen toiminnan suunnittelua ei määritellä kysynnän pohjalta, mutta tehtyihin suunnitelmiin perustuen määritellään henkilöstön tarve. (Kauhanen 2009, 62.)

Organisaatio tarvitsee toimiakseen henkilöstöä. Organisaation tehokkuus ja kyky tuottaa riittävästi laadukkaita palveluja perustuu oikein mitoitettuun ja osaavaan henkilöstöön. Onnistunut henkilöstösuunnittelu ja -resursointi pohjautuu puolestaan organisaation stra-

tegiaan ja organisaation sisäiseen ja ulkoiseen ympäristöön. Henkilöstöresursoinnin tavoite on taata riittävä ja asiantunteva henkilöstö nykyhetkessä ja tulevaisuudessa. (Kauhanen 2009, 63.)

Henkilöstösuunnittelu ja -resursointi sisältää sekä määrällistä että laadullista suunnittelua. Työvoiman tarvetta voidaan ennustaa organisaation strategisen suunnittelun pohjalta, mutta näitä strategisia suunnitelmia voidaan joutua nopealla aikataululla muokkaamaan. Tällöin myös henkilöstöä koskevia suunnitelmia ja resursointia tulisi pystyä joustavasti muuttamaan tilanteen vaatimalla tavalla. (Kauhanen 2009, 64.) Henkilöstöresursoinnin suunnittelua vaikeuttaa henkilöstön työpanoksen tasapuolinen tulkitseminen. Erilaiset työnkulun analysoinnit ja niistä nousevat tunnusluvut auttavat tässä suunnittelussa ja sen luotettavuudessa. (Rothwell & Kazanas 2003, 106.)

Riittävä ja osaava henkilöstö hoitotyössä takaa sekä määrällisesti että laadullisesti asianmukaiset hoitotyön palvelut. Terveystieteissä määritellään, että terveydenhuollon ammattihenkilöitä on oltava riittävästi eri tehtävissä niin, että pystytään vastaamaan näiden palveluiden tarpeeseen (Terveystietolaki 2010). Palvelut pyritään tuottamaan kustannustehokkaasti ja mahdollisimman suurelle potilasmäärälle. Henkilöstömitoitus tulee kuitenkin laskea niin, että taataan myös hoitotyön kehittyminen ja sen myötä saadaan houkutelua alalle uusia motivoituneita työntekijöitä. Henkilöstöresursoinnin perustana käytetään esimerkiksi henkilöstömitoituksen suhdetta potilasmäärään työvuoroittain, työvuorosuunnittelun aikajaksoissa tai vuosittain. (Pitkäaho 2011, 28.)

Resursoinnin riittävyttä voidaan arvioida tunnusluvuilla, jotka voidaan jakaa organisaatiolähtöisiin tunnuslukuihin, potilaslähtöisiin tunnuslukuihin ja hoitohenkilöstöä kuvaaviin tunnuslukuihin. Organisaatiolähtöisissä tunnusluvuissa tarkastellaan hoitotyön määrää muun muassa potilas - hoitaja -suhdeluvulla tai hoitotyön tunneilla/potilaspäivä. Potilaslähtöisissä tunnusluvuissa arvioidaan muun muassa potilaiden hoidon intensiteettiä hoitoisuusluokitusten avulla, potilaiden hoitokokemuksia sekä hoitokomplikaatioita. Hoitohenkilöstöä kuvaavia tunnuslukuja ovat muun muassa asiantuntijuus, ajankäyttö ja työhyvinvointi. (Pitkäaho ym. 2016, 573-574; Pitkäaho ym. 2014, 460; Min & Scott 2015, 440-441.) Optimaalinen henkilöstöresursointi on monimutkainen asia, jota on tutkittu vuosikymmenten ajan ilman yhtenäistä konsensusa asiasta (Spetz 2004, 14-15). Tarkoituksenmukaisen hoitajamäärän on todettu olevan yhteydessä hoidon tuloksiin ja hoitotyön laatuun parempina hoitotuloksina (Spetz 2004, 14; Choi & Staggs 2014, 1345).

2.2.2 Henkilöstöjohtaminen hoitotyössä

2000-luvulla työelämä on ollut suuressa murroksessa ja organisaatioissa tapahtuu jatkuvasti suuria muutoksia. Esimiestyössä tarvitaan työn entistä tarkempaa organisointia sekä perustehtävään keskittyvää johtamista. (Suutarinen 2010, 11.)

Työolobarometrin 2016 mukaan henkilöstömäärä julkisella sektorilla on laskenut vuodesta 2012 alkaen. Samalla vain noin 40 % kunta-alan työntekijöistä kokee voivansa vaikuttaa oman työnsä tekemiseen. (Työolobarometri 2016, 56-61) Julkiset palvelut, jotka tuotetaan verovarolla, ovat resursseiltaan rajallisia. Jatkuva resurssien lisääminen ei ole enää mahdollista, mutta nyt käytössä olevien resurssien oikein kohdentamiseen tulee panostaa. (Stenvall & Virtanen 2012, 58.) WHO:n terveydenhuollon vuosiraportin 2010 mukaan maailmassa, kuten myös Suomessa, arvioilta 20-40% terveydenhuollon resursseista menee hukkaan. Tätä hukkaa vähentämällä terveyspalvelujen laatua on mahdollista parantaa kuluja lisäämättä. (WHO 2010, 9.) Resursseja voitaisiin käyttää hyödyllisemmin muun muassa panostamalla johtamiseen ja valitsemalla tarkemmin oikeat hoitotavat (Torppa 2011, 116).

Nämä muutokset heijastuvat työn sisältöön. Työn kuormittavuus painottuu enemmän henkiseksi kuormittavuudeksi fyysisen kuormittavuuden sijaan. Muutokset tuovat haasteen johtamiselle. Samanaikaisesti, kun työn tehokkuusvaatimukset kasvavat, siirtyy painopiste henkilöstön jaksamiseen ja osaamiseen. (Juuti 2010, 50–51.) Hyvinvoiva henkilöstö on organisaation voimavara. Työuupumuksen lisääntyminen on seurausta työelämän nopeista muutoksista ja siitä, etteivät työtavat ole muuttuneet yhtä nopeasti. (Juuti 2010, 50–51.) Henkilöstöjohtamiseen kohdistuu jatkuvasti enemmän paineita, ja sen onnistumista on haasteellista mitata. Johtamisen onnistumisen mittareina voidaan esimerkiksi pitää työntekijöiden vaihtuvuutta, sairauspoissaoloja, työtyytyväisyyttä ja motivaatiota. Näistä kahteen ensimmäiseen vaikuttavat muun muassa henkilöstön ikärakenne ja yleinen työmarkkinatilanne (kuvio 2.). (Kauhanen 2009, 221.)



KUVIO 2. Onnistuneen henkilöstöjohtamisen mittareita (Kauhanen 2009, muokattu)

Terveydenhuoltoalalla ammattikunnat ovat perinteisesti vahvoja ja itsenäisiä, mutta taloudellisten resurssien vähentyessä ja tehokkuusvaatimusten kasvaessa, uudenlaiset toimintatavat ja niiden kehittäminen ovat nousseet ajankohtaisiksi (Stenvall & Virtanen 2012, 34). Työntekijöiden perehdyttäminen on tärkeä osa hyvää henkilöstöjohtamista. Perehdyttämistä ei liitetä ainoastaan työsuhteen alkuun, vaan perehdyttämistä tarvitaan myös silloin, kun työntekijälle tulee uusia työtehtäviä vanhassa työpaikassa. (Kupias & Peltola 2009, 15–18.) Työlainsäädäntö velvoittaa työnantajan huolehtimaan siitä, että työntekijän on mahdollista selviytyä työtehtävistään myös silloin, kun työtehtäviä muutetaan tai kehitetään (Työsopimuslaki 2.luku 1§). Perehdyttämisen malleja on useita ja perehdyttäminen tulisikin nähdä osana muuta henkilöstön kehittämistä. Perehdyttämiseen voi osallistua koko työyksikön henkilökunta tai nimetyt perehdyttäjät, päävastuu perehdyttämisestä on yksikön esimiehellä. (Kupias & Peltola 2009, 51–53.)

Tämän päivän hyvä johtaminen rakentuu vuorovaikutuksessa ja on prosessi työntekijöiden ja esimiehen välillä (Syvänen ym. 2012, 20–26). Hyvä johtajuus on osallistavaa, kannustavaa ja avointa keskittyen samalla työhön (Aura 2017, 7). Työn tulokset saavutetaan ihmisten avulla ja johtaminen voidaan nähdä välineenä tavoitteiden toteuttamiseksi (Aura 2017, 9). Keskeistä on panostaa ihmisten johtamiseen, henkilöstön osallistamiseen sekä

viestintään (Forma 2017, 15). Nykyisin johtamisessa painotetaan johtamisen tilannesidonnaisuutta, joten kriteerit hyvälle johtamiselle voivat vaihdella tilanteesta riippuen. Johtaminen nähdäänkin vuorovaikutuksena henkilöiden välillä ja vastavuoroisena prosessina esimiehen ja alaisten välillä. (Syvänen ym. 2012, 20.)

Pitkälle eriytynyt asiantuntijuus on tyypillistä terveystieteiden organisaatioille. Johtamiselle tämä luo omat haasteensa. Asiantuntijoiden johtaminen monimuotoisessa ympäristössä vaatii avointa, luottamuksellista ja valmentavaa otetta johtamiseen. Asiantuntijoiden johtamisessa tarvitaan monipuolista yhteistoimintaa. Paras asiantuntijuus on yleensä perustyössä, sieltä nousevat yleensä myös parhaat kehitysideat, joihin esimiehen tulisi tarttua. (Kanse 2011, 126-129.) Laadukas potilashoito on sujuvan yhteistyön ja hyvän johtamisen tulos. Henkilöstöjohtamiseen panostamalla mahdollistetaan riittävä henkilöstöresurssointi, jolloin henkilökunnan työmäärä pysyy kohtuullisena ja mahdollistetaan potilaiden oikea-aikainen hoito. (Torppa 2011, 116.)

Tutkimusten mukaan henkilöstöresursseja hoitotyössä arvioidaan usein hoitoisuustiedon perusteella. Yksiköissä, joissa käytetään RAFAELA-mittaria, henkilöstöresurssin suunnittelu on systemaattista (Fagerström, Lönning & Andersen 2014, 30-36). Harrold ym. totesivat tutkimuksessaan, että potilaan hoitoon perustuvan hoitoisuusindeksin arvioitiin olevan avuksi henkilöstön työmäärää arvioitaessa sekä strategisessa suunnittelussa (Harrold ym. 2013, 135–140). Perroca & Ek:in mukaan (2007) hoitoisuustietoa hyödynnetään henkilöstömäärän arvioinnissa, dokumentoinnissa ja kulujen arvioinnissa silloin, kun hoitoisuustiedosta keskustellaan myös yksikössä henkilökunnan kanssa. Myös tulosten esittely sairaalan johdolle edesauttaa hoitoisuustiedon hyödyntämistä. Sairaalan sisällä hoitoisuustiedon hyödyntämisessä voi olla suuria eroja. (Perroca & Ek 2007, 427–480.) Tässä tutkimuksessa kohteena olevan hoitoisuusluokituksen, Radua, ja sen avulla kerättävää informaatiota on hyödynnetty henkilöstöresursoinnin tukena esimerkiksi tilanteessa, jossa yksikön johto esitti päivystysajan miehitystä vähennettäväksi. Hoitoisuustiedoilla pystyttiin osoittamaan, että päivystysaikainen kuvantaminen on vaativaa potilaiden tilanteesta johtuen, eikä henkilöstöresurssien vähentämiselle ole perusteita. (Wood 2018.)

Hoitoisuustietoja on hyödynnetty työn uudelleenorganisoinnissa muun muassa tehtäväsiirtoin ja perustettaessa hoitajavastaanottoja poliklinikkatyössä. Lisäresurssin tarvetta on perusteltu hoitoisuustiedoilla. (Pusa 2007, 77-78; Fagerholm 2014, 67.) Hoitoisuustiedon perusteella henkilöstöresurssia on siirretty matalan kuormituksen yksiköstä korkeamman

kuormituksen yksikköön. Hoitoisuustiedolla on ollut merkitystä uusien vakanssien tarpeen perustelussa. (Pusa 2007, 77-78.; Fagerholm 2014, 83.)

Hoitoisuusluokitusmittareita/järjestelmiä on käytössä erilaisia maailmanlaajuisesti. Kaikilla mittareilla on sama tarkoitus, arvioida systemaattisesti potilaiden hoitoisuutta ja hoitotyön vaatimaa aikaa sekä tehdä hoitotyö näkyväksi. Mittarin tuottaman hoitoisuustiedon perusteella voidaan arvioida tarvittavan henkilöstöresurssin määrää. (Levenstam & Bergbom 2011, 260–261; Perroca & Ek 2007, 472.)

Tarkoituksenmukainen henkilöstömitoitus mahdollistaa potilaan laadukkaan hoidon ja seurannan. Tämän on todettu ehkäisevän hoidon komplikaatioita ja lyhentävän hoitoaikoja. Henkilöstömitoituksella on todettu olevan yhteys sairaalakuolleisuuteen eli riittävä henkilöstömitoitus vähentää sairaalakuolleisuutta. (Pitkäaho ym. 2016, 527.) Käsitys riittävästä hoitohenkilökunnan määrästä on kyseenalainen aihe, koska kaikille sopivaa ja samanlaista mitoitusta ei ole olemassa (Driscoll ym. 2017, 7). Hoitotyön ominaispiirteenä on monitahoinen vuorovaikutussuhde potilaan kanssa. Sen avulla kartoitetaan potilaan ongelmat, suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan hoitotyö. (Eriksson ym. 2007, 82.)

Kun henkilöstömitoitukseen ja sitä kautta työolosuhteisiin on pystytty vaikuttamaan muun muassa hoitoisuusluokitustiedon kautta, hoitajat ovat kokeneet olevansa tyytyväisempiä ja sitoutuneempia työpaikkaansa (Carter & Burnette 2011, 249-254). Hoitoisuusluokitustiedon käyttäminen ja sen säännöllinen raportointi ja esiintuominen koetaan henkilöstön puolelta lisäävän oman työn arvotusta (Perroca & Ek 2007, 472).

2.3 Tutkimuksen lähtökohtien yhteenveto

Koska terveydenhuollon käytettävissä olevat resurssit tulee saada yhä tehokkaammin käyttöön, tarvitaan erilaisia tunnuslukuja ja tilastoja henkilöstöjohtamisen ja -resursoinnin tueksi. Hoitoisuusluokitustiedot antavat sekä sairaalan johdolle, että lähiesimiehille työkaluja henkilöstöresursoinnin tueksi. Tutkimusten mukaan hoitoisuusluokitustietoja voidaan käyttää henkilöstöresursoinnin suunnittelussa, organisoinnissa ja arvioinnissa. Sellaisissa yksiköissä, joissa sairaalan johto ja lähiesimiehet käyvät säännöllisesti läpi tilastoja ja jalkauttavat niitä käytäntöön, myös työtyytyväisyys henkilöstön kesken on lisääntynyt.

Hoitoisuusluokitustiedon käyttö henkilöstön päivittäisessä työssä on tutkimusten perusteella selkeästi verrannollinen johdon aktiivisuuteen ja koulutusmyönteisyyteen hoitoisuusluokitusten osalta. Kun henkilöstö perehdytetään hyvin aiheeseen ja tuotetun hoitoisuustiedon käyttötarkoitus tuodaan esiin, henkilöstö motivoituu oikean tiedon tuottamiseen. Jos kirjatut hoitoisuustiedot eivät ole luotettavia, henkilöstöresursointiin liittyviä päätöksiä ei voida tehdä niiden tietojen pohjalta.

Kuvantamisen hoitoisuustietojen käyttöön liittyvää aikaisempaa tutkimustietoa on niukasti saatavilla. Tässä opinnäytetyössä tarkastelemme röntgenhoitajien kokemuksia hoitoisuustiedon käytöstä sekä sen käyttötarkoituksesta. Selvitämme myös, kuinka hoitoisuusluokitustietoa käytetään henkilöstöresursoinnin tukena, henkilöstön näkökulmasta.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää röntgenhoitajien kokemuksia hoitoisuusluokitusten käytöstä sekä kuvata hoitoisuusluokituksista kerättävän tiedon käyttöä henkilöstöresursoinnin tukena henkilöstön näkökulmasta.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat:

Miten röntgenhoitajat kokevat hoitoisuusluokituksen käytön käytännön työssä?

Miten hoitoisuusluokituksista kerättävää hoitoisuustietoa käytetään henkilöstövoimavarojen johtamisessa henkilöstöresursoinnin tukena?

Tavoitteena on opinnäytetyöstä saatavan tiedon perusteella vahvistaa hoitoisuusluokitusjärjestelmien luotettavaa käyttöä käytännön työssä.

4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen toteutus

Tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on ongelman ratkaisu, jonka avulla selvitetään tutkimuskohteen toimintatapoja ja lainalaisuuksia. Empiirinen eli havainnoiva tutkimus perustuu teoreettisen tutkimuksen perusteella kehitettyihin malleihin. Empiirisen tutkimuksen avulla voidaan muun muassa selvittää, toteutuuko jokin teoriasta johdettu hypoteesi käytännössä. Empiiriset tutkimusmenetelmät jakautuvat kvantitatiivisiin ja kvalitatiivisiin menetelmiin. (Heikkilä 2014a, 12.)

Tutkimusmenetelmää valittaessa tulee huomioida menetelmän sopivuus tutkimusongelmaan. Kvantitatiiviselle tutkimukselle ominaisia piirteitä ovat perusjoukon ja otoksen tarkka määrittely, käsitteiden muuttaminen mitattaviksi muuttujiksi, tilastollisten menetelmien käyttö, muuttujien välisten yhteyksien tarkastelu ja johtopäätösten perustuminen aikaisempiin tutkimuksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 62.) Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä nojaa deduktiiviseen näkemykseen, jolloin tutkimuksen taustalla on teoreettinen viitekehys. Tutkittavasta aiheesta löytyy aikaisempaa tutkimustietoa, jonka pohjalta tutkijat lähestyvät omaa aihettaan. (Keaton 2001, 41.)

Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käytetään, kun tarvitaan suuremmasta otoksesta aineistoja ja tilastollisia yleistettävyyksiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54). Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä korostaa myös syiden ja seurauksien lakeja, ja menetelmää käytetään paljon sosiaali- ja yhteiskuntatieteiden alalla (Hirsjärvi, Remes & Sajaavaara 2014, 139).

Tässä tutkimuksessa käytetään kyselytutkimuksen menetelmää. Kyselytutkimus soveltuu aineiston keräämiseen, kun tutkittavien joukko on suuri ja he sijaitsevat hajallaan toisistaan (Vilka 2007, 28). Kyselytutkimuksen avulla pystytään selvittämään useita asioita kerralla, samalla se säästää aikaa ja kustannuksia. Kyselylomakkeella kerätty aineisto saadaan tallennettavaan ja analysoitavaan muotoon helposti (Hirsjärvi ym.2014, 195). Menetelmäksi kyselytutkimus soveltuu, kun halutaan selvittää vastaajien mielipiteitä tai asenteita tutkittavasta ilmiöstä (Keaton, 2001, 169).

4.1.1 Kyselylomakkeen laatiminen

Kyselytutkimus voidaan toteuttaa valmiin kyselylomakkeen avulla tai vaihtoehtoisesti kyselylomakkeen voi tehdä itse. Valmiin kyselylomakkeen käyttämisen etuna on, että sen toimivuus on yleensä testattu. Haasteena on, ettei valmis kyselylomake välttämättä anna vastausta oman tutkimuksen tutkimuskysymyksiin tai ei sovellu omaan kohderyhmään tai kontekstiin. Jos valmista kyselylomaketta ei ole hyödynnettävissä, tulee kyselylomake laatia itse. (Keaton 2001, 169-173.)

Tähän tutkimukseen laadittiin oma kyselylomake (Liite 1) aikaisempien hoitoisuusluokituksiin liittyvien tutkimusten ja kyselyiden pohjalta. Kyselylomake laadittiin, koska aikaisemmat kyselylomakkeet eivät sellaisenaan vastanneet tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiin. Olemassa olevista kyselylomakkeista saatiin tukea oman kyselylomakkeen laatimiseen.

Kyselylomakkeen tekemisessä tulee huomioida, että kysymykset nousevat teoreettisesta viitekehystä ja vastaavat tutkimuskysymyksiin. Hyvässä kyselylomakkeessa kysymykset ovat selkeitä ja yksiselitteisiä ja kysytään vain tutkimuksen kannalta oleellisia asioita. Vastausvaihtoehtojen tulee olla kattavia ja toisensa poissulkevia. Jokaisen vastaajan tulee pystyä valitsemaan itselleen sopivin vastausvaihtoehto. Kyselylomake on hyvä testata etukäteen, jotta mahdolliset epäselvyydet voidaan eliminoida. (Keaton 2001, 172-180; Heikkilä 2014a, 45-47.) Kyselylomakkeen laatiminen vaatii tutkijalta aikaa ja huolellista perehtymistä aikaisempaan tietoon (Hirsjärvi ym. 2014, 195).

Kyselylomakkeen kysymykset pohjautuvat tutkimuksen teoreettiseen viitekehukseen hoitoisuusluokituksen hyödyntämisestä ja johtamisesta. Kyselylomake sisälsi kolme osaluetta: vastaajien taustatiedot (kysymysosio 1), vastaajien näkemykset hoitoisuusluokitusmittarin käytöstä (kysymysosio 2) sekä vastaajien näkemykset hoitoisuusluokitustiedon hyödyntämisestä henkilöstövoimavarojen johtamisen tukena (kysymysosio 3). Tutkimuskysymysmatriisi on esitetty liitteessä 3.

Ennen varsinaista aineistonkeräystä kyselylomake testattiin seitsemällä henkilöllä, jotka eivät kuuluneet tutkimuksen varsinaiseen kohderyhmään. Esitestauksesta saadun palaut-

teen perusteella kyselylomaketta muokattiin sekä tekniseltä toteutukseltaan että sisällöltään vastaamaan kattavammin tutkimuskysymyksiin. Muokkauksen jälkeen kyselylomake tarkastettiin ennen lopullista hyväksymistä.

4.1.2 Tutkimusaineisto ja aineiston kerääminen

Tutkimuksen toteutustapana oli harkinnanvaraisen näytteen tutkiminen. Tällöin tutkijat valitsevat tutkimuskohteena olevat yksilöt parhaaksi katsomallaan tavalla, oman harkintansa mukaan eikä valintaa tehdä satunnaislukujen pohjalta. Tällainen näyte sopii pienimuotoisiin tutkimuksiin, joissa ei ole tavoitteena tulosten yleistäminen suurempaan perusjoukkoon. (Tilastokeskus n.d.) Tässä tutkimuksessa tutkimusnäytteen muodostivat yhden sairaanhoitopiirin kuvantamisen röntgenhoitajat (N=70).

Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä, esitestatulla kyselylomakkeella kesä - heinäkuun vaihteessa 2018. Kyselylomake lähetettiin vastaajille sähköpostilinkkinä lähiesimiesten kautta. Alkuperäisen suunnitelman mukaan vastausaikaa oli kaksi viikkoa, mutta vastausaikaa jatkettiin kahdella viikolla ajankohtaan osuneen lomakauden vuoksi. Vastaajille lähetettiin muistutusviesti lähiesimiehen kautta kerran neljän viikon aikana.

4.2 Aineiston analyysi

Määräaikaan mennessä kyselylomakkeita palautui 29 kappaletta. Palautuneet kyselylomakkeet tarkastettiin puuttuvien tai virheellisten tietojen osalta. Virheellisiä tietoja ei havaittu. Puuttuvia tietoja ei suljettujen kysymysten osalta ollut. Avoimiin kysymyksiin saatiin vain muutamia vastauksia. Kaikki kyselylomakkeet hyväksyttiin mukaan aineistoon, koska avoimilla kysymyksillä haettiin vain lisätietoa edeltävään suljettuun kysymykseen. Aineiston kokonaismääräksi muodostui 29 (n=29) ja vastausprosentiksi 41.

Vastausten tarkistamisen jälkeen aineisto siirrettiin IBM SPSS Statistic 24 tilasto-ohjelmaan. Aineiston muuttujat nimettiin ja osa muuttujista luokiteltiin uudestaan. Muuttujien uudelleenluokittelun tarkoituksena on tiivistää aineistosta saatavaa informaatiota. Yhtä oikeaa tapaa uudelleenluokittelulle ei ole ja tutkijan täytyy päättää itse, mikä on järkevä

tapa uudelleen luokittelulle. (Metsämuuronen 2009, 346; Heikkilä 2014a, 129.) Muuttujien uudelleen luokittelussa on hyvä huomioida, että muodostettavien luokkien frekvenssit ovat riittävän suuria aineiston käsittelyä ajatellen. Samalla liikaa yksinkertaistamista tulisi välttää. (Valtari 2004.)

Tässä tutkimuksessa uudelleen luokittelulla pyrittiin saamaan jokaiseen uuteen luokkaan riittävästi havaintoja. Ikä ja työkokemusvuodet luokiteltiin kolmeluokkaisiksi muuttujiksi. Analyysissa työkokemusvuosia käytettiin sekä jatkuvana että luokiteltuna muuttujana. Likert-asteikolliset viisiportaiset muuttujat luokiteltiin kolmiportaisiksi muuttujiksi yhdistämällä ääripäiden vastaukset. Uudelleen luokittelulla kuhunkin luokkaan saatiin enemmän vastauksia, mutta aineiston pienen koon vuoksi luokkien frekvenssit jäivät pieniksi.

Kyselylomakkeen osiossa kaksi, ”Hoitoisuusluokittelun käyttäminen”, kysyttiin vastaajien mielipiteitä hoitoisuusluokituksen käytöstä käytännön työssä viiden väittämän muodossa. Väittämistä muodostettiin summamuuttuja kuvaamaan vastaajien käsitystä. Summamuuttujalle annettiin nimi *Käyttökokemukset hoitoisuusluokittelusta*.

Kyselylomakkeen osiossa neljä, ”Hoitoisuusluokitus ja johtaminen”, kysyttiin vastaajien mielipiteitä hoitoisuustiedon hyödyntämisestä johtamisen tukena kahdeksan väittämän muodossa. Väittämistä muodostettiin summamuuttuja kuvaamaan vastaajien käsitystä. Summamuuttujalle annettiin nimi *Hoitoisuustiedon hyödyntäminen*.

Summamuuttujien reliabiliteetti testattiin Cronbach’n alpha -kertoimella. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin sisäistä johdonmukaisuutta eli kykyä tuottaa johdonmukaisia tuloksia jokaisella mittauskerralla (Heikkilä 2014a, 178). Reliabiliteetin määrittelyssä Cronbach’n alpha on yleisesti käytetty tunnusluku. Cronbach’n alpha määrittellään muuttujien välisistä korrelaatioista. (KvantiMotv 2008; Heikkilä 2014a, 178.)

Molempien osioiden summamuuttujan Cronbach’n alpha- kerroin muodostui riittäväksi, > 0.7 , eikä yksittäisten kysymysten poisjättäminen olisi merkittävästi vaikuttanut Cronbach’n alpha- kertoimeen (taulukko 2). Yksiselitteistä raja-arvoa Cronbach’n alpha - kertoimelle ei ole, mutta yleisesti suositellaan, että kertoimen tulisi olla > 0.7 . Tällä raja-arvolla mittaria voidaan pitää luotettavana. (Heikkilä 2014a, 178.)

TAULUKKO 2. Summamuuttujien Cronbach'n alpha -kertoimet

Summamuuttuja	Cronbach'n alpha
Käyttökokemukset hoitoisuusluokittelusta	0.774
Hoitoisuustiedon hyödyntäminen	0.883

Aineisto kuvattiin jokaisen muuttujan osalta frekvenssi- tai prosenttiosuuksina. Iän ja työkokemuksen yhteyttä sekä hoitoisuusluokituksen käyttökokemukseen, että kokemukseen hoitoisuusluokituksen hyödyntämisestä johtamisen tukena tutkittiin Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla.

Ryhmien välisiä eroja kuvattiin vertaamalla ikää, työkokemusta ja perehdyttämistä summamuuttujiin. Ryhmien välisessä vertailussa käytettiin Mann-Whitneyn U -testiä ja Kruskall-Wallis H -testiä. Molemmat testit ovat ei-parametrisia testejä ja soveltuvat hyvin pienille aineistoille (Metsämuuronen 2002, 61; Heikkilä, 2014b, 10).

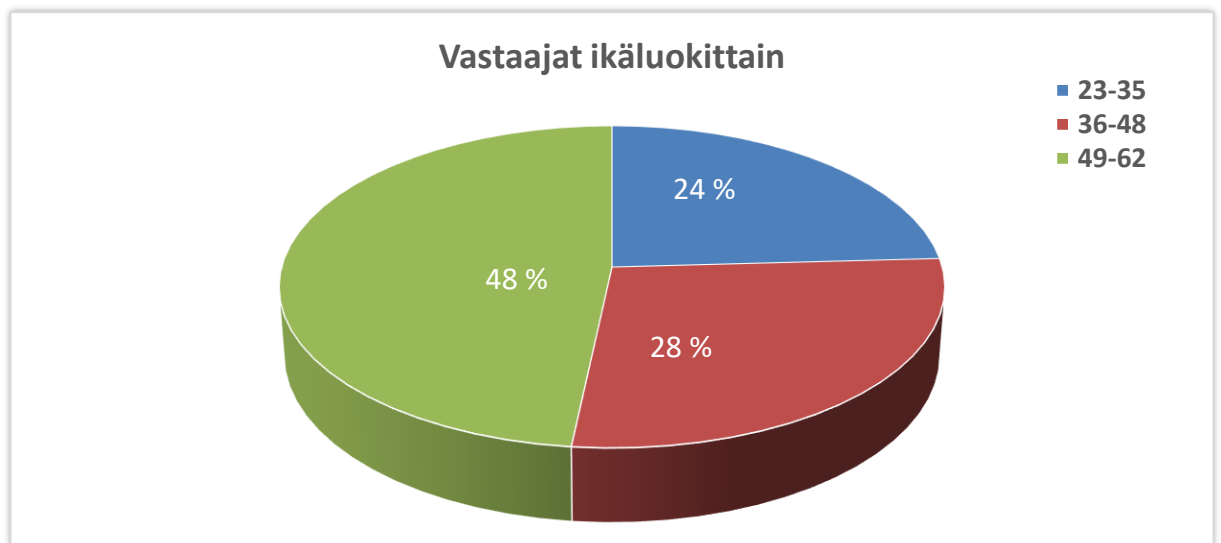
Mann-Whitneyn U -testi on kahden riippumattoman muuttujan testi, jonka avulla vertaillaan muuttujien arvoja ryhmittelymuuttujan määräämässä kahdessa ryhmässä. Kruskall-Wallis H -testi on puolestaan usean riippumattoman otoksen testi, jossa vertaillaan muuttujan arvoja useamman kuin kaksiluokkaisen ryhmittelymuuttujan ryhmissä. (KvanttiMotv 2014.) Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla voidaan osoittaa kahden muuttujan välistä lineaarista riippuvuutta. Korrelaatiokertoimen (r) arvo vaihtelee $-1:n$ ja $+1:n$ välillä siten, että mitä lähempänä $1:tä$ arvo on, sitä voimakkaampi on muuttujien välinen korrelaatio. (Heikkilä 2014b,10-12.) Testien merkitsevyyttä ilmaistaan p -arvolla. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin p -arvoa $< 0,05$. (Heikkilä 2014a, 185.) Tuloksissa tähdellä on merkitty tilastollisesti merkittävät tulokset. Tuloksissa Mann-Whitneyn U -testin ja Kruskall-Wallis H- testien p -arvot vaihtelivat $1,00-0,041$ välillä. Pearsonin korrelaatiotesteissä p -arvot vaihtelivat $0,04- 0,08$ välillä.

Avoimissa kysymyksissä oli vain muutamia vastauksia. Näistä saatiin osaan kysymyksistä lisätietoa. Osa avoimista kysymyksistä oli ymmärretty eri tavalla kuin tutkijat olivat tarkoittaneet, joten näitä ei pystytty hyödyntämään. Varsinaista sisällönanalyysiä avoimista vastauksista ei tehty, koska vastauksia oli niin vähän.

5 TULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastanneista röntgenhoitajista lähes 90 prosenttia oli naisia, vastaajat olivat iältään keskimäärin 45 vuotiaita (kh=12). Ikäluokkaan 49–62 vuotta kuului 48 prosenttia vastanneista. Suurin osa vastanneista oli 36 vuotta tai sitä vanhempia (kuvio 3).



KUVIO 3. Vastaajat ikäluokittain.

Vastaajien työkokemusvuodet vaihtelivat 0-41 vuoden välillä, keskimäärin vastaajat olivat työskennelleet 21 vuotta (kh=12). Noin kolmannes (31 %) vastaajista oli työskennellyt röntgenhoitajana 13 vuotta tai vähemmän (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Vastaajien työkokemus

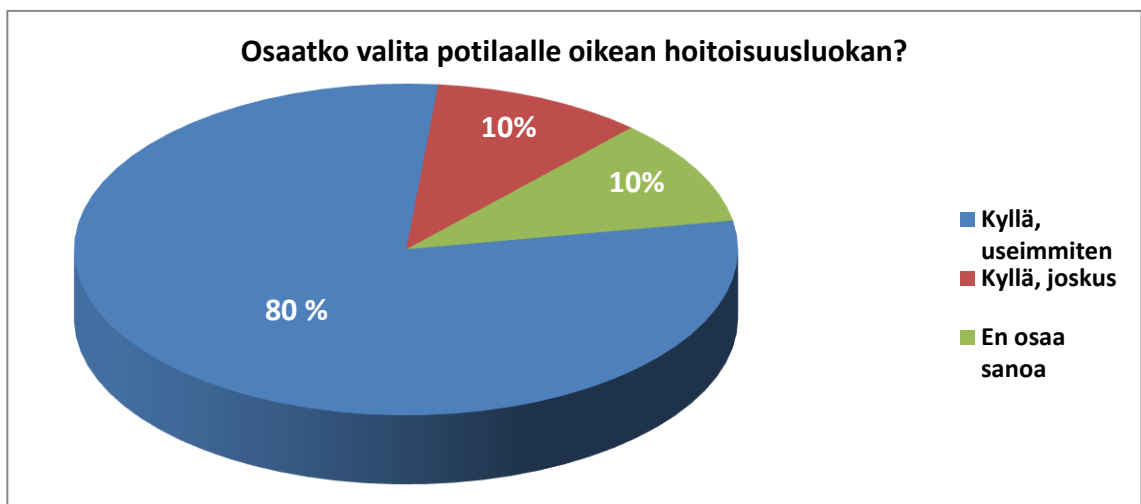
Työkokemus luokiteltuna	Vastaajien lukumäärä	Prosentteina
0-13 vuotta	9	31
14-27 vuotta	10	34
28-41 vuotta	10	35
Yhteensä	29	100

10% vastaajista toimi yksikössään tiiminvetäjänä ja hoitoisuusluokitusten parissa vastuuhoitajana

5.2 Hoitoisuusluokittelun käyttäminen

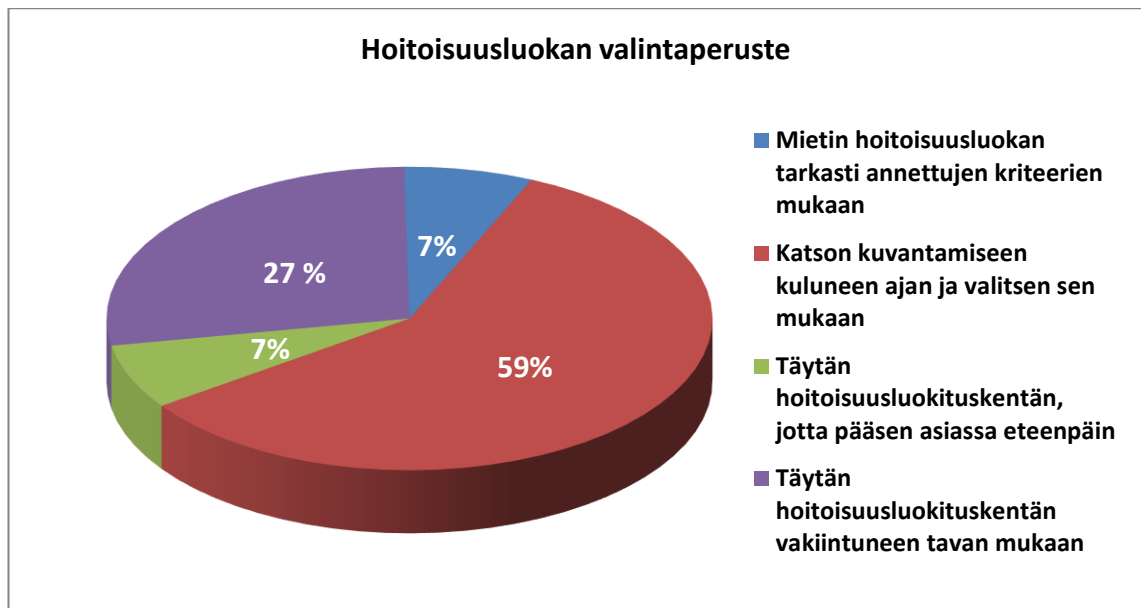
Kaikki vastanneet tiesivät, että kuvantamisen hoitoisuusluokitusjärjestelmänä on RADU ja vastasivat kirjaavansa hoitoisuusluokitustiedon potilaan kuvantamistietoihin säännöllisesti.

Suurin osa vastaajista (90 %) arvioi osaavansa valita potilaalle oikean hoitoisuusluokan useimmiten tai joskus (kuvio 4).



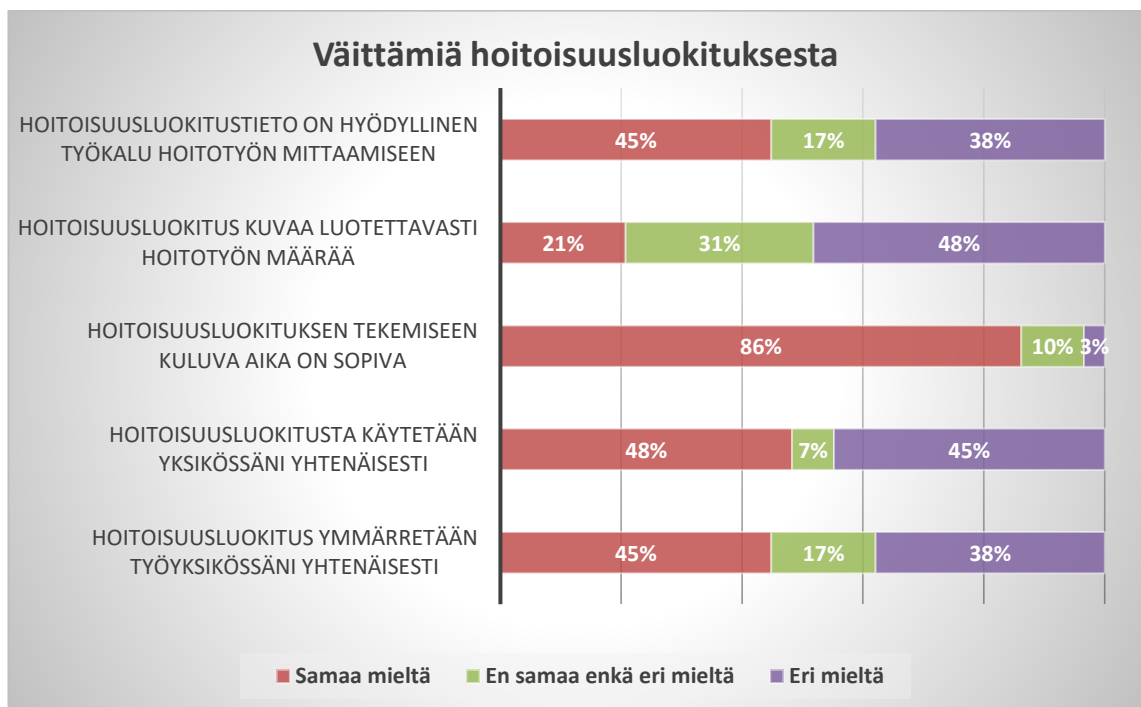
KUVIO 4. Hoitoisuusluokan valinta

Hieman yli puolet vastaajista (59 %) ilmoitti valitsevansa potilaan hoitoisuusluokan kuvantamiseen kuluneen ajan mukaan. Hieman alle kolmasosa (27 %) valitsi hoitoisuusluokan vakiintuneen tavan mukaan (kuvio 5).



KUVIO 5. Hoitoisuusluokan valintaperuste

Hoitoisuusluokitustieto koettiin yleisimmin hyödylliseksi työkaluksi hoitotyön mittaamiseen ja sen tekemiseen kuluva aika koettiin sopivaksi. Noin puolet (48 %) oli sitä mieltä, että hoitoisuusluokituksen käyttö on yksikössä yhtenäistä ja se myös yleisimmin ymmärrettiin työyksikössä yhtenäisesti. Vain viidesosa vastaajista (21 %) koki hoitoisuusluokituksen kuvaavan luotettavasti hoitotyön määrää. (Kuvio 6.)



KUVIO 6. Vastaajien käyttökokemukset hoitoisuusluokan käytöstä.

Vastaajat arvioivat käyttökokemukset hoitoisuusluokittelusta keskimäärin positiiviseksi ($ka = 2$, $kh = 0.5$) (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Vastaajien käyttökokemukset hoitoisuusluokittelusta

Käyttökokemukset hoitoisuusluokittelusta	(n= 29)
keskiarvo	2.14
keskihajonta	0.5
minimi	1
maksimi	3
vaihteluväli	2
vinous	-0.12
huipukkuus	-0.48
Asteikko 1= negatiivinen näkemys käytettävyydestä, 3= positiivinen näkemys käytettävyydestä.	

Pearsonin korrelaatiokertoimella tarkasteltuna ikä ja työkokemus eivät lisänneet positiivista näkemystä ($r = 0.33$ ja $r = 0.28$) hoitoisuusluokituksen käytettävyydestä. Ryhmien välisessä vertailussa alle 48-vuotiaiden röntgenhoitajien näkemykset hoitoisuusluokituksen käytettävyydestä olivat positiivisempia ($ka=2.0$, $kh= 0.6$) kuin 49-vuotiailla ja sitä vanhemmilla röntgenhoitajilla ($ka=1.8$, $kh=0.6$). (Taulukko 5.)

Pidempi työkokemus (yli 28 vuotta) vaikutti positiivisesti näkemykseen hoitoisuusluokituksen käytettävyydestä ($ka=2.5$, $kh= 0.5$). Kollegalta perehdytyksen saaneilla röntgenhoitajilla näkemys hoitoisuusluokituksen käytettävyydestä oli hivenen positiivisempi ($ka=2.3$, $kh=0.5$) kuin osastonhoitajalta perehdytyksen saaneilla röntgenhoitajilla ($ka= 2.2$, $kh= 0.7$). Tilastollista merkitsevyyttä ei ryhmien välisessä vertailussa havaittu. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Röntgenhoitajien (n=29) kokemukset hoitoisuusluokituksen käytöstä, Cronbach'n alpha =0.74

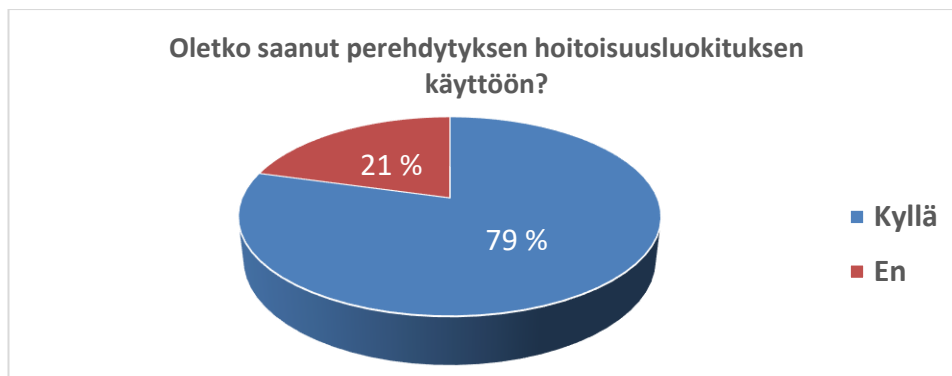
Käyttökokemukset hoitoisuusluokituksista ryhmittäin				
	Ka (kh)	p	Korrelaatiokerroin (r)	p
ikä		0.9	0.33	0.08
23-35 v.	2.0 (0.6)			
36-48 v.	2.0 (0.5)			
49-65 v.	1.8 (0.6)			
Työkokemus		0.09	0.28	0.14
0-13 v.	2.0 (0.6)			
14-27 v.	1.9 (0.5)			
28-41 v.	2.5 (0.5)			
Perehdytys		0.5		
osastonhoitaja	2.2 (0.7)			
kollega	2.3 (0.5)			

Asteikko 1= negatiivinen näkemys käytettävyydestä, 3= positiivinen näkemys käytettävyydestä. Tilastollisena testinä Kruskall Wallisin H ja Pearsonin korrelaatiokerroin

5.3 Hoitoisuusluokitus ja johtaminen

5.3.1 Perehdytyskokemukset

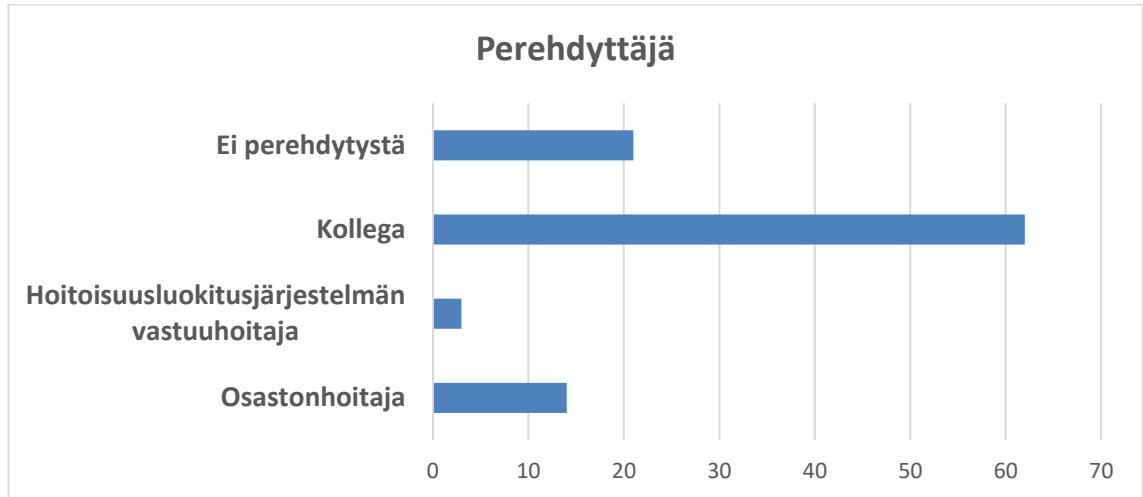
Valtaosa vastaajista (79 %) oli saanut perehdytyksen hoitoisuusluokituksen käyttöön. Viidesosa (21 %) ei ollut saanut perehdytystä hoitoisuusluokituksen käyttöön (kuvio 7). Perehdytyksen saaneille esitettiin jatkokeskusteluita perehdytyksen toteutumisesta.



KUVIO 7. Perehdytys

Perehdytyksen saaneista vastaajista kaikki kokivat saaneensa vähintään jonkin verran tietoa hoitoisuusjärjestelmän käytöstä.

Suurimmalla osalla (62 %) vastaajista perehdytys oli toteutunut kollegan toimesta, työskentelyn ohessa (kuvio 8).



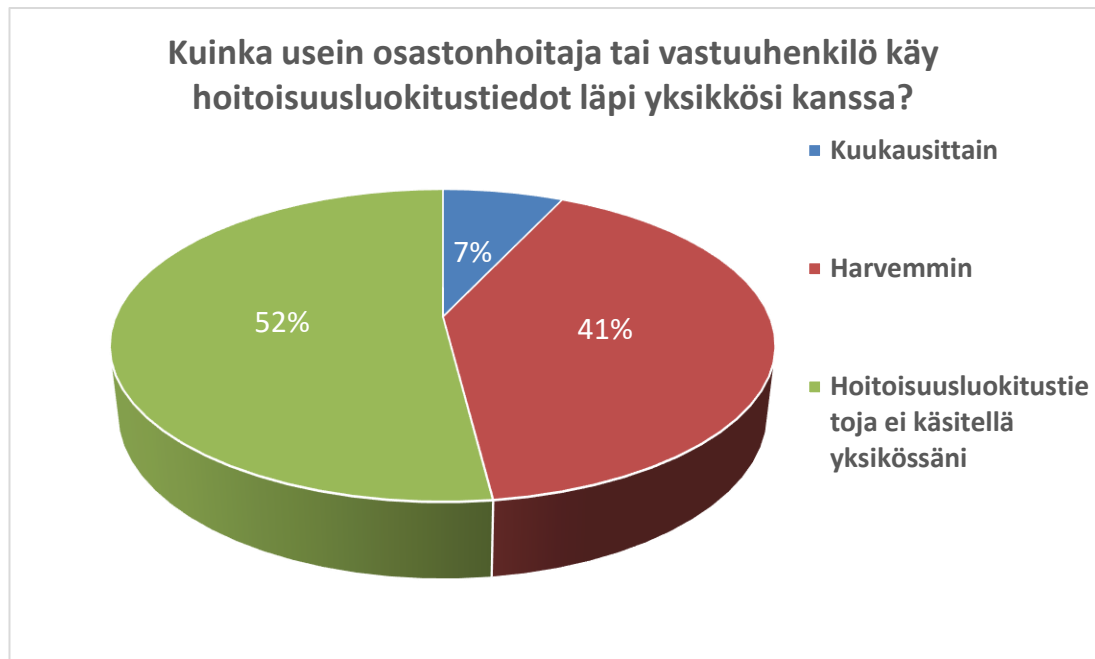
KUVIO 8. Perehdyttäjä

Hoitoisuusluokituksen käyttötarkoituksen arvioi tietävänsä hyvin lähes puolet (41 %) vastaajista. Toisaalta reilu kolmasosa vastaajista (35 %) ei osannut sanoa, mikä hoitoisuusluokituksen käyttötarkoitus on. Vajaa neljännes (24 %) ei kokenut tietävänsä hoitoisuusluokituksen käyttötarkoitusta.

Niistä vastaajista, jotka arvioivat tietävänsä hyvin hoitoisuusluokituksen käyttötarkoituksen, viidennes (20 %) oli saanut perehdytyksen osastonhoitajalta ja suurin osa (80 %) oli saanut perehdytyksen kollegalta. Vastaajat, jotka arvioivat tuntevänsä hoitoisuusluokituksen huonosti, olivat kaikki (100 %) kollegalta perehdytyksen saaneita. Niistä vastaajista, jotka eivät tieneet hoitoisuusluokituksen käyttötarkoitusta, neljäsosa (25 %) oli osastonhoitajan perehdyttämiä ja yli puolet (63 %) kollegan perehdyttämiä. Kruskall-Wallis H-testin analyysin perusteella tilastollista yhteyttä ($p=0,741$) perehdyttäjän ja hoitoisuusluokituksen käyttötarkoituksen tiedon välillä ei havaittu.

5.3.2 Hoitoisuusluokitus ja johtaminen

Vastaajien mukaan hoitoisuusluokitustietoja käsitellään työyksikössä harvoin tai niitä ei käsitellä ollenkaan. Yli puolet vastaajista (52 %) ilmoitti, ettei hoitoisuusluokitustietoja käsitellä työyksikössä. 7 % vastaajista ilmoitti, että hoitoisuusluokitustietoja käsitellään yksikössä kuukausittain. Loput (41 %) ilmoitti, että hoitoisuusluokitustietoja käsitellään yksikössä harvemmin kuin kuukausittain. (Kuvio 9.)



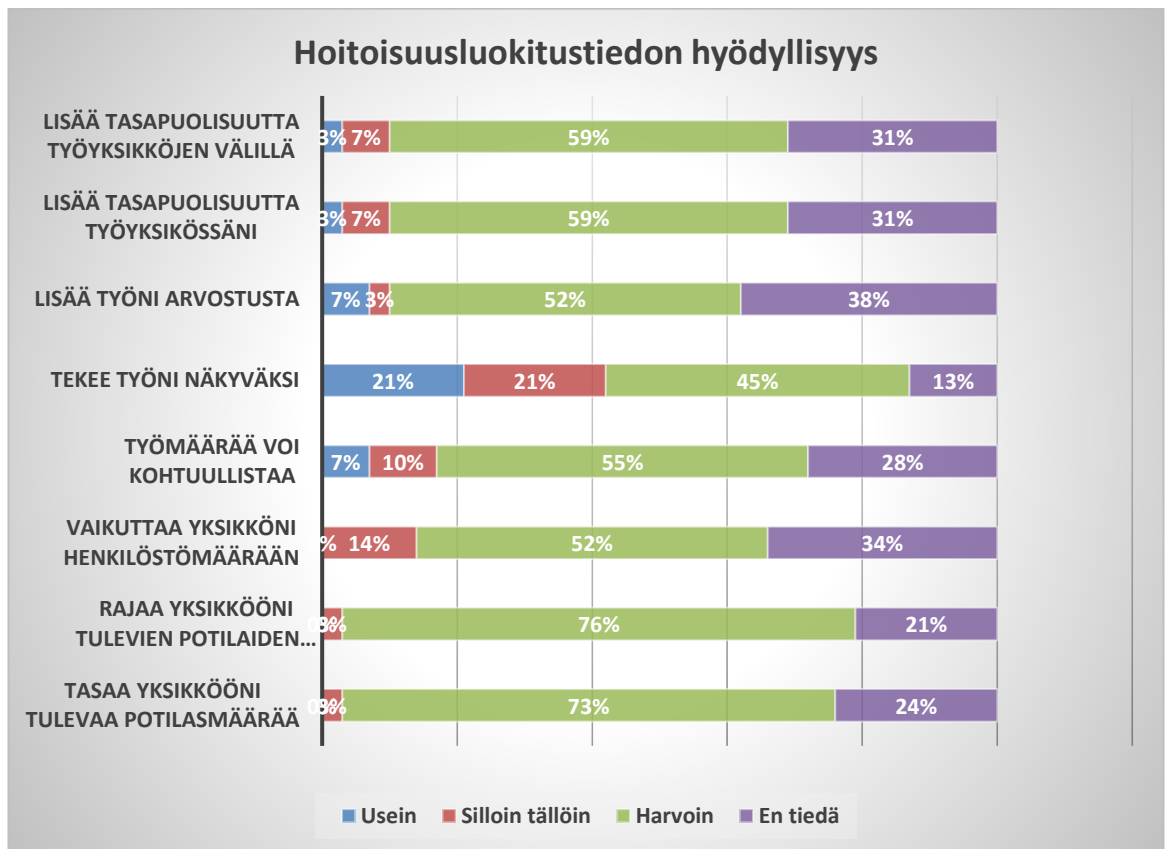
KUVIO 9. Hoitoisuustietojen käsittely yksikössä.

Suurin osa (73 %) vastaajista ilmoitti, etteivät he tiedä mitä tietoja osastonhoitaja käyttää työn kuormittavuuden arvioinnissa. 27% arvioi, että osastonhoitaja käyttää hoitoisuusluokitustietoja tai jotain muuta tietoa arvioinnissa. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Vastaajien arviot osastonhoitajan käyttämistä tiedoista työn kuormittavuuden arvioinnissa

	n	%
Hoitoisuusluokitustietoa	6	18
Jotain muuta tietoa	3	9
En tiedä	24	73
Yhteensä	33	100

Hoitoisuusluokitustieto lisäsi tasapuolisuutta työyksiköiden välillä tai työyksikössä harvoin vastaajista 59%:n mielestä. Oman työn arvostusta hoitoisuusluokitustieto lisäsi harvoin vastaajista 52%:n mielestä. Vajaa puolet vastaajista (42%) koki, että hoitoisuusluokitustieto teki työn näkyväksi usein tai silloin tällöin, vajaa puolet (45%) koki tiedolla olevan vaikutusta työn näkyvyyden osalta harvoin. Työmäärää voi kohtuullistaa hoitoisuusluokitustiedon avulla harvoin 55%:n mielestä ja hoitoisuusluokitustieto vaikutti henkilöstömäärään harvoin 52%:n prosentin mielestä. Tiedon vaikutuksesta potilaiden määrän rajaamiseen tai tasaamiseen yksikössä hoitoisuusluokitustiedolla oli vaikutusta harvoin yli 70%:n mielestä. (Kuvio 10.)



KUVIO 10. Hoitoisuusluokitustiedon hyödyntäminen

Vastaajat kokivat, että hoitoisuusluokitusta ei hyödynnetty tai sitä hyödynnettiin niukasti johtamisen tukena ($k_a= 1$, $k_h= 0.5$) (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Hoitoisuusluokituksen hyödyntäminen johtamisen tukena

HOITOISUUSLUOKITUKSEN HYÖDYNTÄMI- NEN JOHTAMISEN TUKENA	n= 29
keskiarvo	0.9
keskihajonta	0.5
minimi	0
maksimi	2
vaihteluväli	2
vinous	0.4
huipukkuus	1
Asteikko 0= ei hyödynnetä, 3= hyödynnetään paljon	

Pearsonin korrelaatiokertoimella tarkasteltuna vastaajien ikä ($r=0.37$) tai työkokemus ($r=0.36$) eivät lisänneet kokemusta hoitoisuusluokituksen käytöstä päivittäisjohtamisen tukena. Iän ja päivittäisjohtamisen välinen korrelaatio oli tilastollisesti merkitsevä ($p= 0.04$). Ryhmien välisissä vertailuissa iältään vanhimmat ja eniten työkokemusta omaavat vastaajat arvioivat hoitoisuusluokituksen hyödyntämisen hiukan muita positiivisemmaksi.

Vastaajat, jotka arvioivat tuntevansa hoitoisuusluokituksen käyttötarkoituksen huonosti, arvioivat hoitoisuusluokituksen hyödyntämisen johtamisen tukena positiivisemmaksi ($k_a= 1.1$ ja $k_h= 0.22$) kuin hoitoisuusluokituksen käyttötarkoituksen hyvin tuntevat ($k_a=0.84$ ja $k_h=0.46$) (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Röntgenhoitajien näkemykset hoitoisuusluokituksen hyödyntämisestä johtamisen tukena. Cronbach'n alpha= 0.83

Näkemykset hoitoisuusluokituksen hyödyntämisestä johtamisen tukena ryhmittäin				
	Ka (kh)	p	Korrelaatiokerroin (r)	p
Ikä		0.07	0.37	0.04*
23-35 v.	0.63 (0.4)			
36-48 v.	1.0 (0.3)			
49-65 v.	1.2 (0.3)			
Työkokemus		0.2	0.36	0.05
0-13 v.	0.7 (0.4)			
14-27 v.	1.0 (0.3)			
28-41 v.	1.1 (0.6)			
Perehdytys		0.6		
osastonhoitaja	0.7 (0.3)			
kollega	0.9 (0.5)			
Asteikko 0=ei hyödynnetä, 3=hyödynnetään paljon, tilastollisena testinä Kruskal-Wallis H ja *Pearsonin korrelaatiokerroin				

5.4 Yhteenveto tutkimustuloksista

Hoitoisuusluokitusmittari RADU oli vastaajien keskuudessa tunnettu ja sen käyttö oli säännöllistä. Hoitoisuusluokituksen tekemiseen käytetty aika koettiin sopivana. RADUn käyttö koettiin keskimäärin positiivisena. Suurin osa vastaajista oli perehdytetty hoitoisuusluokituksen käyttöön, joko osastonhoitajan toimesta tai suurimmalla osalla kollegan toimesta. He myös valitsivat hoitoisuusluokituksen annettujen kriteereiden tai kuvantamiseen kuluneen ajan mukaan. Kollegalta perehdytyksen saaneista 75 % valitsi hoitoisuusluokituksen kriteereiden tai kuluneen ajan mukaan, mutta lähes 30 % valitsi hoitoisuusluokituksen vakiintuneen tavan mukaan tai kriteerejä miettimättä.

Hoitoisuusluokitustietoja käsiteltiin yksikössä harvoin tai ei ollenkaan, vain 7 % vastaajista ilmoitti, että niitä käydään läpi kuukausittain. Henkilöstö ei myöskään tiennyt, minkä tietojen perusteella osastonhoitaja arvioi työn kuormittavuutta. Hoitoisuusluokitustiedon nähtiin harvoin vaikuttavan osaston työmäärään, henkilöstömäärään, tasapuolisuuteen, työn kohtuullistamiseen tai arvostuksen lisäämiseen. Työyksikköjen välillä tapahtuvaan tasapuolisuuden lisäämiseen hoitoisuusluokitustiedolla ei nähty olevan vaikutusta. Hoitoisuusluokituksen kirjaamiseen ei ollut vaikutusta sillä, käytiinkö hoitoisuusluokitustietoa yksikössä läpi.

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää röntgenhoitajien kokemuksia hoitoisuusluokitusten käytöstä sekä kuvata hoitoisuusluokituksista kerättävän tiedon käyttöä henkilöstöresurssin tukena henkilöstön näkökulmasta. Opinnäytetyön perusjoukon oli tarkoitus muodostua alkuperäisen suunnitelman mukaan suhteellisen suureksi (N~300). Tutkimuksen kohteena oli tarkoitus olla sekä somaattisten vuodeosastojen sairaanhoitajia että kuvantamisen röntgenhoitajia. Tutkittavasta aiheesta löytyi aikaisempia tutkimuksia, joten tutkimusmetodiksi valikoitui kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena ja kohderyhmäksi muotoutui erään sairaanhoitopiirin kuvantamisen röntgenhoitajat.

Tutkimus suunniteltiin kattamaan sekä kuvantamisen että konservatiivisen tulosalueen henkilökunta, mutta koska tutkimuslupa myönnettiin vain kuvantamisen yksikköön, muodostui perusjoukko alkuperäistä suunnitelmaa pienemmäksi (N=70). Tutkimus päätettiin kuitenkin toteuttaa alkuperäisen suunnitelman mukaan, tutkijoiden mielenkiinnon, tehdyn pohjatyön ja aiheen ajankohtaisuuden vuoksi. Vaikka otos (n=29) on pieni, voidaan vastausprosenttia pitää riittävänä (41%). Tutkimus toteutettiin harkinnanvaraisena näytteenä, jossa kohdejoukkona olivat erään sairaanhoitopiirin kuvantamisen röntgenhoitajat. Aineiston pienen koon ja näytteen harkinnanvaraisuuden vuoksi tulosten yleistämisessä tulee olla varovainen. Tulokset ovat luotettavia omassa kohderyhmässään.

6.1.1 Käyttökokemukset hoitoisuusluokituksista

Tämän tutkimuksen vastaajajoukko muodostui pääosin pitkän työkokemuksen omaavista röntgenhoitajista. Hoitoisuusluokitusjärjestelmä on ollut yksikössä käytössä kymmeniä vuosia, joten vastaajat tuntevat sen hyvin. Koska hoitoisuusluokituskenttä on pakollinen kenttä kirjattaessa RADU:un potilaan kuvantamistietoja, se luonnollisesti myös täytetään jokaisen potilaan kohdalla. Hoitoisuusluokituksen valintaperusteet ovat yleisesti hyvin tiedossa, mutta toisaalta hoitoisuusluokituksen valintaan vaikuttavat myös totutut tavat ja tarve

päästä nopeasti asiassa eteenpäin. Riittävän perehdytyksen ja käyttötarkoituksen esiintuomisella motivoituminen hoitoisuusluokituksen käyttöön sovittujen kriteerien mukaan saadaan paremmaksi (Fagerström ym. 2014, 35). Hoitoisuusluokituksia käytetään kyllä yleisesti, mutta niiden käytön oikeellisuudesta on saatavilla niukasti tietoa (Perroca & Ek 2007, 478). Tärkeimpiä tekijöitä hoitoisuustietojen luotettavaan kirjaamiseen on hoitohenkilöstön sitoutuminen käytettävissä olevan järjestelmän päivittäiseen käyttöön hoitoisuustietoja kirjattaessa (Fagerström ym. 2014, 36).

Tämän tutkimuksen mukaan hoitoisuusluokituksen tekemiseen ja kirjaamiseen kuluva aika on sopiva, eikä siis vie aikaa varsinaiselta kuvaamiseen kuluvalta ajalta. Hoitoisuusluokitukseen liittyvät käyttökokemukset koetaan röntgenhoitajien keskuudessa positiiviseksi. Mielenkiintoista on, että iältään nuorempien mielestä hoitoisuusluokituksen käyttö on jonkin verran positiivisempi kokemus kuin vanhempien vastaajien mielestä mutta pitkän työkokemuksen omaavat röntgenhoitajat kokevat hoitoisuusluokituksen käytön positiivisena. Työkokemuksen lisääntyessä koetaan siis hoitoisuusluokitus-tiedon yhtenäisenä ja pitkä työkokemus myös lisää kokemusta hoitoisuusluokitus-tiedon yhtenäisestä ymmärryksestä. Tulos saa tukea kirjallisuudesta, työkokemuksella on vaikutusta hoitoisuusluokitus-tiedon käyttöön ja siihen suhtautumiseen. Pitkä työkokemus antaa erilaista näkökulmaa hoitoisuuteen ja sen kirjaamiseen. (Kaustinen 2011, 97; Triplett ym. 2017, 428.)

Hoitoisuusluokituksen käyttöön perehdytetään tämän tutkimuksen mukaan suurin osa röntgenhoitajista. Osan perehdyttää osastonhoitaja, mutta lähinnä perehdytys tapahtuu käytännön työn ohessa, kollegan toimesta. Vaikka tutkimustiedon mukaan hoitoisuusluokituksen tuominen käytäntöön lähiesimiehen ja organisaation johdon kautta parantaa henkilöstön motivoitumista hoitoisuusluokituksen oikeaan käyttötapaan, tässä tutkimuksessa nousi esiin kollegan antaman perehdytyksen rooli. Röntgenhoitajat, jotka kollega perehdytti hoitoisuusluokituksen käyttöön, kokivat käytön hivenen positiivisempänä kuin osastonhoitajalta perehdytyksen saaneet röntgenhoitajat. Kuitenkin esimerkiksi Fagerström (2014) toteaa, että keskeinen seikka motivaation kannalta on se, että henkilöstö tietää johdon tukevan hoitoisuusluokituksen käyttöä. (Fagerström ym. 2014, 35.) Hoitoisuusluokituksesta myös tarvitaan jatkuvaa keskustelua, jotta organisaatiossa ja yksikössä vallitsee yhtenäinen näkemys siitä. Hoitoisuusluokituksen säännöllisellä esiintuomisella ja käyttötarkoituksen selvittämisellä motivoidaan henkilöstöä myös sen oikeaan käyttöön. (Perroca & Ek 2007, 478.)

6.1.2 Hoitoisuustiedot ja henkilöstöresursointi

Tietoisuus hoitoisuustiedon käytöstä tai sen hyödyllisyydestä ja vaikuttavuudesta oman työn vaativuuteen on tärkeä seikka, kun haetaan motivaatiota hoitoisuusluokitustiedon oikeaan käyttöön käytännön työssä. Carter ym. (2011) totesivat tutkimuksessaan, että hoitajien työtyytyväisyys ja sitä kautta esimerkiksi sitoutuminen työpaikkaan kasvoivat, kun hoitoisuusluokitustietojen kautta pystyttiin vaikuttamaan työolosuhteisiin (Carter & Burnette 2011, 249-254). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan työyksikössä tieto hoitoisuustiedon hyödyntämisestä on vähäistä, eikä hoitoisuustiedolla nähdä juurikaan olevan vaikutusta esimerkiksi työmäärään tai töiden tasapuoliseen jakautumiseen eri yksiköiden välillä. Vaikka vastausten mukaan työyksikössä on hoitoisuusluokituksen vastuuhenkilö, hänen roolinsa tiedon jalkauttamisessa ei noussut merkittävään asemaan.

Äällä tai työkokemuksella ei tämän tutkimuksen mukaan ole merkitystä siihen, kuinka positiivisena hoitoisuusluokitustietojen hyödyntäminen koetaan. Sen sijaan silloin, kun hoitoisuusluokitustiedon käyttötarkoitus on hyvin selvillä, koetaan tämän tiedon käyttö henkilöstöresursoinnin tukena negatiivisempänä kuin siinä ryhmässä, jossa käyttötarkoitus ei ole niin hyvin selvillä. Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että ne vastaajat, jotka eivät ole saaneet riittävästi tietoa ja perehdytystä hoitoisuusluokituksen käytöstä, arvelevat, että kerättyä tietoa käytetään laajemmin osaston resursointikysymyksiin vastattaessa.

Tämän tutkimuksen mukaan hoitoisuusluokitustietoja käsitellään yksikössä harvoin tai ei ollenkaan, mutta sovittuja kriteerejä kuitenkin noudatetaan pääsääntöisesti hoitoisuusluokkaa valittaessa. Tämän perusteella hoitoisuusluokitustiedon läpikäymisellä yhteisesti ei ole vaikutusta oikeiden kriteerien käyttämiseen kirjattaessa hoitoisuustietoja käytännön työssä. Toisaalta näkemykset hoitoisuusluokituksen yhtenäisestä ymmärtämisestä ja yhtenäisestä käytöstä eivät ole yksimielisiä. Ymmärretäänkö kriteereitä kuitenkaan riittävän yhtenäisesti ja osataanko niitä käyttää niin, että tuotettu hoitoisuustieto on luotettavaa? Kirjallisuuden mukaan hoitoisuustietojen säännöllinen käsitteleminen työyhteisössä lisää yhtenäistä ymmärrystä hoitoisuusluokitteluun. Tätä kautta myös hoitoisuustieto on luotettavaa ja yhtenäistä ja sitä voidaan käyttää perusteluna esimerkiksi henkilöstöratkaisuissa. (Palonen ym. 2012,29; Fagerstöm ym. 2014, 35.)

Perehdytyksellä ja perehdyttäjällä ei tämän tutkimuksen mukaan ole merkitystä hoitoisuusluokituksen yhtenäiseen ymmärrykseen. Tarkasteltaessa erilaisia väittämiä esimerkiksi hoitoisuusluokituksen yhtenäisestä käytöstä, ymmärryksestä, hyödyllisyydestä hoitotyön mittaamisessa suhteessa perehdytykseen ja perehdyttäjään, nousee vastauksissa yleisesti esiin, että näiden vaikutus on vähäinen. Tulos ei saa tukea kirjallisuudesta eikä aikaisemmista tutkimustiedoista. Kupias & Peltola (2009) toteavat, että perehdyttäminen on osa hyvää henkilöstöjohtamista ja se tulee nähdä osana henkilöstön kehittämistä (Kupias & Peltola 2009, 51-53). Kirjatun hoitoisuustiedon luotettavuuteen on tutkimusten mukaan henkilöstön säännöllisellä koulutuksella ja perehdytyksellä merkitys. Tässä juuri lähesimpien ja johdon rooli korostuu perehdytyksen suunnittelussa ja toteutuksessa. (Fagerström ym. 2004, 30-36; Perroca ym. 2007, 472-480.) Toisaalta perehdytyksen sisältöä ei tämän tutkimuksen puitteissa selvitetty. Onko perehdytys koskenut vain RADU:n hoitoisuusluokitusmittarin käyttöä, eikä hoitoisuustiedon käyttöä ja hyödyntämistä ole käsitelty ollenkaan perehdytyksessä? Tulosten perusteella voisi näin olettaa, koska vastaajat arvoivat tietämyksensä hoitoisuustiedon hyödyntämisestä heikoksi.

6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

6.2.1 Eettisyys

Hyvän tutkimuskäytännön mukaan tutkimukseen osallistuneita vastaajia tulee tiedottaa kirjallisesti tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta (Mäkinen 2006, 18, 23). Osallistujille lähetettiin saatekirje esimiehen kautta. Saatekirjeen ohessa osallistujat saivat linkin kyselylomakkeeseen, jotta vastaajien anonymiteetti säilyi (Mäkinen 2006, 92-93). Kyselylomakkeeseen vastaamista voidaan pitää suostumuksena tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuslupa haettiin kahden eri sairaanhoitopiirin yksikköön, lupa myönnettiin vain toisen sairaanhoitopiirin kuvantamisen yksikköön. Oletettua pienempi vastaajien määrä aiheutti pohdintaa tulosten esittämisessä. Vastaajien anonymiteetin tulee säilyä tutkimusprosessin ajan. Pienen vastaajamäärän vuoksi vastauksia raportoitaessa on varmistuttava, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa. Tämän varmistamiseksi pyrittiin vastaukset luokittelemaan isompiin luokkiin, jolloin yksittäisiä vastaajia ei voida tunnistaa.

Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena. Kyselytutkimuksessa tulee huomioida erityisesti kysymysten asettelu. Kysymysten tulisi olla yksiselitteisiä, eikä kysymyksillä saa johdatella vastaajia. Kyselylomake olisi hyvä esitellä kriittisillä vastaajilla, jotta edellä mainituilta ongelmilta vältyttäisiin. (Mäkinen 2006, 93). Kyselylomake esiteltiin ohjeistuksen mukaan ja kyselylomakkeeseen tehtiin muutoksia saadun palautteen perusteella. Suljetut kysymykset olivat yksiselitteisiä, eikä niillä johdateltu vastaajia. Siltä osin kyselylomake oli eettisesti kestävä. Avoimet kysymykset, joilla haettiin lisäinformaatiota, osoittautuvat kysymyksen asettelultaan haasteellisiksi ja vastaukset jäivät niiden osalta suurelta osin puutteellisiksi tai kysymyksiä ei oltu ymmärretty oikein. Näiltä osin kysymyksen asettelu ei ollut onnistunut, eikä vastauksia pystytty juurikaan hyödyntämään.

6.2.2 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta mitataan validiteetilla ja reliabiliteetilla. Tutkimuksen validiteetilla ilmaistaan, mittaako tutkimus sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Reliabiliteetilla puolestaan tarkoitetaan tutkimuksessa käytetyn mittarin sisäistä johdonmukaisuutta, eli mittari mittaa aina samaa asiaa. (KvantiMotv 2008; Heikkilä 2014a, 27-28.)

Tutkimuksen validiteettia arvioidessa tulee huomioida, kuinka hyvin tutkimuskysymyksiin on saatu vastaus. Validiteettia arvioidessa tulee tarkastella, kuinka hyvin tutkimuksen keskeiset käsitteet on määritelty. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tulee arvioida, kuinka hyvin käsitteet on operationalisoitu mitattavaan muotoon. Validiteettia tarkastellaan myös tutkimusasetelman ja otoksen perusteella. Jos tutkimusasetelma on epäonnistunut tai tutkimuksen otos on pieni, heikkenee tutkimuksen validiteetti. (KvantiMotv 2008, Heikkilä 2014a, 27-28.)

Tässä opinnäytetyössä asetettuihin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaus tutkimusta varten laaditulla kyselylomakkeella, joten tutkimusasetelmaa ja keskeisten käsitteiden operationalisoimista voidaan pitää onnistuneena. Kyselyssä olleet avoimet kysymykset osoittautuivat monitulkintaisiksi, joten luotettavia vastauksia ei niiden osalta saatu. Tutkimuksen otos jäi huomattavasti suunniteltua pienemmäksi, tämä heikentää omalta osaltaan tutkimuksen validiteettia. Kokonaisuudessaan tutkimusta voidaan pitää kohtuullisen validina. Validiteettia heikentävät pieni otos ja avointen kysymysten monitulkintaisuus.

Kvantitatiivisen tutkimuksen reliabiliteettia arvioidessa arvioidaan käytetyn mittarin sisäistä johdonmukaisuutta. Reliaabeliin mittariin eivät vaikuta olosuhteet eivätkä satunnaisvirheet, vaan tulokset ovat tarkkoja. Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta voidaan testata Cronbach'n alpha -kertoimella, jossa huomioidaan muuttujien väliset korrelaatiot ja väittämien lukumäärä. Mitä suurempi Cronbach'n alpha -arvo on, sitä yhtenäisempänä voidaan mittarin sisäistä johdonmukaisuutta pitää. (KvantiMotv 2008; Heikkilä 2014a.178.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen hoitoisuusluokituksen käytettävyyttä ja hyödyntämistä mittaavat summamuuttujat testattiin Cronbach'n alpha -kertoimella. Molemmat osiot saivat testissä suuremman arvon kuin 0.7, jota yleisesti pidetään hyväksyttävänä raja-arvona. Näin ollen mittaria voidaan pitää sisäisesti johdonmukaisena, mikä lisää tutkimuksen reliabiliteettia.

Kokonaisuutena tarkasteltuna tätä tutkimusta voidaan pitää kohtuullisen luotettavana. Kyselyn avulla saatiin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja käytetty kysely osoitautui sisäisesti johdonmukaiseksi. Tutkimuksen otoskoko jäi pieneksi, mikä heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Saatuja tuloksia ei voi yleistää tutkimuksen kohderyhmän ulkopuolelle, esimerkiksi toisen sairaanhoitopiirin vastaavaan kuvantamisen yksikköön. Tuloksia voidaan pitää oikeina vain omassa kohderyhmässään.

6.2.3 Jatkotutkimusaiheet

Koska kuvantamisyksiköt eivät ole varsinaisesti hoitavia yksiköitä, vaikka ovatkin tärkeä osa potilaan hoitoketjua, on hyvä keskustella siitä, mitä kuvantamisyksiköissä olisi järkevää mitata. Onko tärkein mitattava asia tutkimukseen kuluva aika, potilaan hoitoisuus vai tutkimusmäärät? Jotta löydetään luotettavat ja keskenään vertailtavat tunnusluvut, tarvitaan oikea mittaristo, jonka käyttö on henkilöstölle mahdollisimman vaivatonta käytännön työn ohella. Tutkimustietoa röntgenhoitajien näkemyksistä hoitoisuusluokituksen käytöstä ja hoitoisuustiedon hyödyntämisestä löytyy niukasti. Vaikka tämä tutkimus avasi aihetta jonkin verran, aihetta voisi jatkossa selvittää laajemmin. Kuvantamisen hoitoisuusluokituksista ja hyödyntämisestä esimerkiksi kuvantamisen esimiesten taholta olisi

mielenkiintoista saada lisää tietoa. Tutkimustietoa hoitoisuusluokituksista sairaanhoi-
dossa löytyy enemmän myös kansainvälisesti, mutta hoitohenkilöstön näkemyksiä hoi-
toisuusluokituksen käytöstä olisi jatkotutkimusaiheena kiinnostava selvittää.

6.3 Kehittämisehdotukset

Röntgenhoitajat suhtautuivat hoitoisuusluokitusmittarin käyttöön positiivisesti, joskaan
sillä ei nähty olevan vaikutusta työn organisointiin tai työmäärän kohtuullistamiseen. Pe-
rehdytysvastuun siirtäminen joko hoitoisuusluokitusjärjestelmän vastuuhoidajalle tai
osastonhoitajalle lisäisi röntgenhoitajien tietoa hoitoisuusluokituksen oikeasta valinnasta.
Myös röntgenhoitajien tieto hoitoisuusluokitustiedon hyödyntämisestä paransi hyvän pe-
rehdytyksen myötä, jolloin motivaatio tiedon täyttämiseen sovittujen kriteerien myötä
kasvaisi. Tällöin tuotettu hoitoisuustieto olisi luotettavaa ja vertailukelpoista eri yksiköi-
den välillä ja esimiestasolla tietoa voisi käyttää henkilöstöresursointiin liittyvien kysy-
mysten ratkaisuisissa ja etsittäessä eri yksiköiden välille vertailtavia tunnuslukuja. Tätä
kautta myös röntgenhoitajien tietoisuus kerätyn tiedon vaikutuksista esimerkiksi työmää-
rän kohtuullistamiseen lisääntyisi.

LÄHTEET

- Aura, O. 2017. Henkilöstötuottavuuden merkitys kunnan toiminnan tukijana. Julkaisussa Henkilöstötuottavuuden johtaminen kunnissa. KT Kuntatyönantajat. Hämeen kirjapaino. 7-9.
- Carter, K.F & Burnette, H.D. 2011. Creating Patient-Nurse-Synergy on a Medical-Surgical Unit. *Medsburg Nursing* 20(3), 249-254.
- Choi, J.& Staggs, V.S. 2014. Comparability of nurse staffing measures in examining the relationship between RN staffing and unit-acquired pressure ulcers: A unit-level descriptive, correlational study. *International Journal of Nursing Studies*, 51,2014.
- Driscoll, A., Grant, M.J., Carroll, D., Dalton, S., Deaton, C., Jones, I., Lehwaldt, D., McKee, G., Munyombwe, T. & Astin, F. 2017. The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist unit: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2018, Vol 17 (1), 6-17.
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M. & Aisbett, K. 2009. Nursing Staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *SciVerse ScienceDirect, Applied Nursing Research* 24. Luettu 2.3.2018. https://ac-els-cdn-com.helios.uta.fi/S0897189709001311/1-s2.0-S0897189709001311-main.pdf?_tid=2d7ce8da-3ddb-4a1b-9d95-4f63b84243cb&ac-dnat=1520008402_f725c929a07c23d49af5f04f928317dc
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U.Å., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K.& Åsted-Kurki., P. 2007. 1. painos. *Hoitotiede*. Helsinki: WSOY.
- Fagerholm, N. 2014. Sairaaloiden somaattisten poliklinikoiden hoitotyön henkilöstömitoitus – tunnusluku- ja asiantuntijaperusteinen mallinnus. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Fagerström, L, Lønning, K.& Andersen, M H. 2014, The RAFAELA system: a workforce planning tool for nurse staffing and human resource management. *Nursing management* 2014, 21(2) 30-36.
- Forma, P. 2017. Kunta-alan työhyvinvoinnin kehitysnäkymät. Julkaisussa Henkilöstötuottavuuden johtaminen kunnissa. Hämeen kirjapaino. 13-15.
- Giovanetti, P. 1978. Patient Classification system in Nursing: A Descriptiponal Analysis. Monograph, John Hopkins University, Baltimore, Maryland
- Haapa-aho, J. 2015. Työn fyysinen kuormitus hoitoisuusluokitustulosten mukaan – virka-aikaiset natiiviröntgentutkimukset. TAMK. YAMK opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma.
- Harrold, J., Byhoff, E., Harris, P., Szolarova, R., Bender, L., Craig, T. & Casarett, D. 2013. All Hospice Patient Are Not Equal: Development of a Visit-Based Acuity Index. *Journal of Palliative Medicine* 17 (2), 133-140.

Heikkilä, T. 2014.a. Tilastollinen tutkimus. 9. Uudistettu painos Porvoo: Edita Publishing OY

Heikkilä, T. 2014.b. Muuttujien väliset riippuvuudet –esimerkkejä. Luettu 30.9.2018. www.tilastollinentutkimus.fi/5.SPSS/Riippuvuudet.pdf

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. 19. painos. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Kirjayhtymä Oy

Hoidokki, hoitotyön erikoissanasto. Luettu 16.3.2018.

http://www.hoidokki.fi/index.php?MITform=sanat_puu&kieli=fin&eshaku=hoitoisuusluokitus

Hyypä, E., Latva-Mäenpää, S., Manninen, K., Myllymäki, L., Salo, H. & Vallejo Medina, A. 1997. Sisätauti-kirurgisen hoitotyön perusteet. Porvoo: WSOY.

Junttila, J., Koivu, A., Fagerstöm, L., Haatainen, K. & Nykänen, P. 2016. Hospital mortality and optimality of nursing workload: A study on the predictive validity of the RAFAELA Nursing Intensity and Staffing system. International Journal of Nursing Studies. Volume 60. Luettu 2.3.2018. https://www.sciencedirect.com/helios.uta.fi/science/article/pii/S0020748916000912?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb&ccp=y

Juuti, P. 2010. Työhyvinvoinnin strategia- mitä sillä tarkoitetaan? Teoksessa Suutari- nen, M. & Vesterinen P-L. (toim.) Työhyvinvoinnin johtaminen. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Juuti, P. & Vuorela, A. 2015. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. Jyväskylä: PS-kustannus

Kananen, J. 2008. Kvantti – Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. 3.uudistettu painos. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kanste, O. 2011. Asiantuntijoiden johtamisen haasteet ja mahdollisuudet hoitotyössä. Teoksessa Ranta, I. (toim.) sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Edita prima. 126-138.

Kauhanen, J. 2010. 10.painos. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kaustinen, T. 2011. Oulu-hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1134. Väitöskirja.

Keaton, J. 2001. Communication research: asking questions, finding answers. McGraw-Hill.

Klaus, S., Dunton, N., Gajewski, B. & Potter, C. 2012. Reliability of the nursing care hour measure: A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies* 50(2013) 924-932

Kupias, P. & Peltola R. 2009. *Perehdyttämisen pelikentällä*. Tampere, Juvenes print.

KvantiMOTV. 2008. Mittaaminen: mittarin luotettavuus. Luettu 13.10.2018.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>

Levenstam, A-K. & Bergbom, I. 2011. The Zepira index: one method for comparing units in terms of nursing care. *Journal of Nursing Management*. 2011, 19. 260-268.

Lillehøll, B., Lonning, K. & Andersen, H. 2017. Exploring nurse managers' perception of using RAFAELA system as a management tool in a Norwegian hospital setting. *Nursing Open* 2018. Luettu 2.2.18.
<http://europepmc.org/articles/PMC5762709>,

Marttila, L. 2011. Hoitoisuustietojen hyödyntäminen johtamisessa – sähköinen kysely hoitotyön johtajille. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Hoitotyön johtaminen. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Min, A. & Scott, L. 2016. Evaluating nursing hours per patient day as a nurse staffing measure. *Journal of Nursing Management*, 2016, 24, 439–448.

Metsämuuronen, J. 2009. Spss aloittelevan tutkijan käytössä. International Methelp Ky. E-kirja.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä.4.laitos, 1.painos Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Mäki, T., Liedepohja, A-M. & Parikka, U-M. 2014. Johtamisen kulmakivet. Kertomuksia esimiestyöstä sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC, Vaajakoski, Gummerus Kirjapaino Oy.

Ollikainen, L. 2006. Erikoissairaanhoidon kuntalaskutus – Hoitoisuusluokitus hoidon kustannusten määrittelyyn täydentäjä. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja – talouden laitos. Hallintokeskus. Radiologian klinikka. Lisensiaattityö.

Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Palonen, M., Aho, A. L. & Kaunonen, M. 2012. Hoitoisuusluokitusjärjestelmät johtamisen työvälineenä, artikkeli, *Premissi*3/2012. Vol.7

Perroca, M. & Ek, A-C. 2007, Utilization of patient classification systems in Swedish hospitals and degree of satisfaction among nurse staff. Artikkeli. *Journal of Nursing Management*, 2007, 15. 472-480.

Pitkäaho, T. 2011. Hoitotyön henkilöstömitoitus ja tulos kompleksisessä erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä. Nurse staffing and nursing outcome in complex acute

health care system. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Pitkäaho, T., Partanen, P., Miettinen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2014. Non-linear relationship between nurse staffing and patients' length of stay in acute care units: Bayesian dependence modelling. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 71 (2). 458-473.

Pitkäaho, T., Partanen, P., Miettinen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. 2016. The relationship between nurse staffing and length of stay in acute-care: a one-year time-series data, *Journal of Nurse Management*. Vol. 24, 571-579

Pusa, A-K. 2007. The Right Nurse in the Right Place, Nursing Productivity and Utilisation of the RAFAELA Patient Classification System in Nursing Management. Doctoral Dissertation. Department of Health Policy and Management. University of Kuopio.

Rothwell, W.J. & Kazanas, H.C. 2003. Planning and Managing Human Resources. Strategic Planning for Human Resources Management. 2nd Edition. Amherst, Massachusetts: HRD Press.

SataDiag, KKUV verkkotiedostot. 2018. Luettu 15.7.2018.

Seiko-Vänttinen, V. 2017. Miten käytännössä hyödynämme hoitoisuusluokitusta? Luentomuistiinpanot. Radiografiapäivät 2017. Turku.

Spetz, J. 2004. Public Policy and Nurse Staffing. *JONA*, Vol. 35 (1). 14-16.

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveystieteiden uudistaminen: Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Suomen Röntgenhoitajaliitto. 2018. Luettu 13.5.2018.

<https://www.sorf.fi/index.php?k=8366> .

Suutarinen, M. 2010. Työhyvinvoinnin organisointi. Teoksessa Suutarinen, M & Vestereinen P-L. (toim.). Työhyvinvoinnin johtaminen Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Syvänen, S., Kasvio, A., Loppela, K., Lundell, S., Tappura, S. & Tikkamäki, K. 2012. Dialoginen johtaminen innovatiivisuuden tekijänä. Työterveyslaitos. Helsinki. Luettu 7.8.2018.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114647/Dialoginen_johtaminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Terveystieteiden laitos 30.12.2010/1326. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P4>

Terveystieteiden laitos 2016. Tilastoraportti 20/2018. luettu 23.10.2018 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136604/Tr20_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Tilastokeskus.N, d, Tietoa tilastoista. Luettu 22.10.2018.

http://www.stat.fi/meta/kas/hark_var_nayte.html

- Torppa, K. 2011. Asiantuntijoiden johtaminen terveydenhuollossa. Teoksessa Ranta I. (toim.) Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Edita prima. 115-125.
- Triplett, P., Dearholt, S., Cooper, M, Herzke, J., Johnson, E., Parks, J., Sullivan, P., Taylor, K.F & Rohde, J. 2017. The Milieu Manager: A Nursing Staffing Strategy to Reduce Observer Use in the Acute Psychiatric Inpatient Setting. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. Vol. 23 (6) 422 – 430.
- Tuna, R., Baykal, RN, Turkmen, E. & Yildirim, A. 2015. Planning for the Size of the Nursing Staff at an Outpatient Chemotherapy Unit. Clinical Journal of Oncology Nursing 19 (6).
- Työolobarometri 2016. Luettu 8.9.2018. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80549/TEMrap_34_2017_verkkojulkaisu.pdf.
- Työsopimuslaki 26.1.2001/55. Luettu 5.9.2018. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010055?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=tyolain%2A>
- Valtari, M. 2004. Spss-opas, perusteet. Helsinki. Valtiotieteellinen tiedekunnan TVT. Luettu 13.10.2018. http://groups.jyu.fi/sporticus/lahteet/LAHDE23_spss.pdf
- Valtonen, M. 2000. Radiografian asiantuntijuus- röntgenhoitajan työ ja siinä tarvittava osaaminen. Oulun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta ja lääketieteellinen tiedekunta Väitöskirja.
- Van Oostven, C.J., Mathijssen, E. & Vermeulen, H. 2015. Nurse staffing issue are just the tip of the iceberg: A qualitative study about nurses' perceptions of nurse staffing. International Journal of Nursing studies. 52 (2015), 1300-1309.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Walta, L. 2012. Potilaan hoitaminen diagnostisessa radiografiassa ja sen kuormittavuus röntgenhoitajan arvioimana – tavoitteena inhimillinen ja turvallinen kuvantamistapah-tuma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja 337. Turku
- WHO. 2010. The world health report- Health systems financing: the path to universal coverage.
- Willberg, M & Valtonen, H. 2007. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007: 36. Yliopistopaino. Helsinki. Luettu 30.8.2018. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74080/Selv200736.pdf?sequence=1>
- Wood, P. Suomen röntgenhoitajaliitto toiminnanjohtaja. 2018. Opinnäytetyö hoitoisuusluokituksesta. Sähköpostiviesti. paivi.wood@sorf.fi. Luettu 17.9.2018.
- YSA-Yleinen suomalainen asiasanasto (2018). Luettu 17.3.2018.

<http://finto.fi/ysa/fi/page/Y111252>

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

1. TAUSTAKYSYMYKSET 1(3)
 1. Mikä on sukupuolesi? Nainen/ Mies / Muu
 2. Kuinka vanha olet? _____ vuotta.
 3. Mikä on työtehtäväsi? sairaanhoitaja/röntgenhoitaja/ lähihoitaja/perushoitaja/
muu
 4. Missä yksikössä työskentelet? Kuvantaminen (KKUV/RKUV/MKUV), RS1,
RS2, GAS1, GAS2, GAS3, KIR1, UROV, KEI1, KEI2, SIRE, SPÄI
 5. Kuinka kauan olet työskennellyt hoitajana? _____ vuotta.
 6. Toimitko osastollasi hoitoisuusluokitusten parissa vastuuhoidtajana? Kyllä/Ei
 7. Toimitko osastollasi tiiminvetäjänä? Kyllä/ei

2. HOITOISUUSLUOKITTELUN KÄYTTÄMINEN
 8. Mikä hoitoisuusluokitusjärjestelmä osastollasi on käytössä? RADU/ RAFAELA/
en tiedä
 9. Kirjaatko hoitoisuusluokitustiedon säännöllisesti potilaan hoito/kuvantamistietoi-
hin? Kyllä, säännöllisesti/ Kyllä, silloin tällöin/ En koskaan
 10. Osaatko valita potilaalle oikean hoitoisuusluokan? Kyllä, useimmiten/ Kyllä, jos-
kus/ En koskaan / En osaa sanoa
 11. Millä perusteella valitset hoitoisuusluokan potilaalle? Mietin hoitoisuusluokan
tarkasti annettujen kriteerien perusteella/ Katson hoitoon/kuvantamiseen kulu-
neen ajan ja valitsen sen perusteella/Täytän hoitoisuusluokitustiedon vakiintuneen
käytännön perusteella/Täytän hoitoisuusluokituskentän kriteerejä miettimättä,
jotta pääsen asiassa eteenpäin.
 12. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä? Täysin samaa mieltä/Samaa mieltä/ en
samaa enkä eri mieltä/ eri mieltä/ Täysin eri mieltä.
 - a. Hoitoisuusluokitus ymmärretään yksikössäni yhtenäisesti.
 - b. Hoitoisuusluokitusta käytetään yksikössäni yhtenäisesti.
 - c. Hoitoisuusluokitukseen kuluva aika on sopiva.
 - d. Hoitoisuusluokitus kuvaa luotettavasti hoitotyön määrää.

(jatkuu)

2(3)

- e. Hoitoisuusluokitustieto on hyödyllinen työkalu hoitotyön mittaamiseen
13. Kuinka hyvin tiedät hoitoisuusluokitustiedon käyttötarkoituksen? Erittäin hyvin/
Hyvin/ en hyvin enkä huonosti/ huonosti/ erittäin huonosti.
14. Miten hoitoisuusluokitustietoa hyödynnetään yksikössäsi?
-

3. PEREHDYTYKSEN KÄYTTÖ

15. Oletko saanut perehdytyksen hoitoisuusluokituksen käyttöön? Kyllä/ En
- PEREHDYTYSKOKEMUKSET**
16. Kuka antoi sinulle perehdytyksen? osastonhoitaja/hoitoisuusluokitusjärjestelmän
vastuuhoitaja/ kollega
17. Kuinka perehdytys toteutettiin? työskentelyn yhteydessä/ erillisessä perehdytyk-
sessä/ muulla tavalla.
18. Jos vastasit ”muulla tavalla” kerro miten?
-

19. Saitko riittävästi tietoa hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytöstä? kyllä, sain riittä-
västi tietoa/ kyllä, sain jonkin verran tietoa/ en saanut riittävästi tietoa.
20. Jos vastasit ”en saanut riittävästi tietoa, millaista tietoa olisit kaivannut lisää?”
-

4. HOITOISUUSLUOKITUS JA JOHTAMINEN

21. Kuinka usein esimies tai vastuhenkilö käy hoitoisuusluokitustiedot läpi yhdessä
työyksikkösi kanssa? Päivittäin/ viikoittain/ kuukausittain/ harvemmin/ hoitoi-
suustietoja ei käsitellä yksikössäni.
22. Mitä tietoja osastonhoitaja käyttää työ kuormittavuuden arvioinnissa? (Voit valita
useamman vaihtoehdon) Hoitoisuusluokitusta/ jotain muuta tietoa/ ei mitään/ en
tiedä.
23. Jos vastasit ”jotain muuta tietoa”, kerro mitä?
-
24. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä? Erittäin usein/ Usein/ silloin tällöin/ har-
voin/erittäin harvoin/ en tiedä
- Hoitoisuusluokitustieto tasaa yksikkööni tulevaa potilasmäärää.
 - Hoitoisuusluokitustieto rajoittaa yksikkööni tulevien potilaiden määrää.
 - Hoitoisuusluokitustieto vaikuttaa yksikköni henkilöstömäärään. (jatkuu)

3(3)

- d. Hoitoisuusluokitustiedon avulla työmäärää voi kohtuullistaa.
- e. Hoitoisuusluokitustieto tekee työni näkyväksi.
- f. Hoitoisuusluokitustieto lisää työni arvostusta.
- g. Hoitoisuusluokitustieto lisää tasapuolisuutta työyksikössäni.
- h. Hoitoisuusluokitustieto lisää tasapuolisuutta työyksiköiden välillä

Liite 2. Kirjallisuuskatsaus

1(4)

Tekijät, julkaisuvuosi, julkaisukanava julkaisumaa	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
Harrold, J., Byhoff, E., Harris, P., Szolarova, R., Bender, L., Craig, T., Casarett, D.2013 Journal of palliative medicine Yhdysvallat	Tunnistaa ne potilaiden ominaisuudet, jotka liittyvät terminaalihoitossa kotisairaanhoidon käyntikertojen määrään. Määrittää, onko mahdollista ennustaa kotikäyntien määrää ja laatua ensimmäisten terminaali-vaiheen kotihoidon viikon aikana.	Sähköisen terveystietojärjestelmän (EHR) kirjaamiseen perustuva retrospektiivinen tutkimus Terminaalihoitoon ohjelmat Yhdysvalloissa (n=7), potilaat, joiden hoito välillä 1.10.2008-31.5.2011 (n=35 232) Aineiston analyysi tilastollisella menetelmällä	Vaikutusten regressiomallissa tunnistettiin 14 toisistaan riippumatonta tekijää, jotka vaikuttivat käyntimäärien ennustettavuuteen. Näihin tekijöihin perustuva hoitoisuusindeksi voisi auttaa hoitokoteja arvioimaan potilaiden tarpeita ja henkilöstön työmäärää. Se auttaisi myös strategisessa suunnittelussa.
Carter, K.F., & Burnette, H.D. 2011 MEDSURG Nursing, Yhdysvallat	Demonstroidaan Synergy Model-järjestelmän käyttöä ja analysoidaan potilaiden sekä henkilökunnan tyytyväisyyttä.	146-paikkainen yksikkö, jossa on 16-paikkainen ensiapuyksikkö. 36-paikkainen yksikkö, jossa sekä aikuis- että lapsipotilaita. Näillä erilaisia lääketieteellisiä ja kirurgisia diagnooseja, dialyysipotilaita. Kerätystä tiedosta analysoidaan kolme aluetta, joihin vaikuttavat potilaat, hoitajat ja järjestelmä.	Hoitajat olivat tyytyväisempiä työolosuhteisiin, kokivat sitoutumisen työpaikkaan lisääntyneen. Tulokset potilaiden osalta paranivat, potilastyytyväisyys lisääntyi, komplikaatioiden määrä pieneni.

(jatkuu)

<p>Fagerström, L., Lönning, K & Andersen, M.H. 2014 Nursing Management Suomi</p>	<p>Kuvata RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttö ja hyödyt johtamisen tukena.</p>		<p>Yksiköissä, joissa RAFAELA-järjestelmä on käytössä, henkilöstöresurssisuunnittelu on systemaattista. Potilasvirtaan on pystytty vaikuttamaan, hoitohenkilökunnan työmäärä on kohtuullistunut. Jotta hoitohenkilökunta motivoituu järjestelmän käyttöön, tarvitsevat he tukea esimiehiltä.</p>
<p>Tuna, R. Baykal, RN. Turkmen, E. Yildirim, A. 2015 Clinical Journal of Oncology Nursing Turkki</p>	<p>Selvittää Magnuson Model-hoitoisuusluokitusjärjestelmä avulla kuinka paljon hoitohenkilökuntaa tarvitaan syöpöpoli-klinikalla. Eroavatko olemassa olevat suositukset hoitohenkilökunnan määrästä hoitoisuusluokitusjärjestelmästä saatavaan suositukseen verrattuna.</p>	<p>Ajanvarauksella toimiva syöpälääkehoitoja antava poliklinikka yliopistollisessa sairaalassa. Tiedot kerättiin viiden viikon aikana 4/2013-5/2013 havainnoimalla strukturoidun havainnointilomakkeen avulla, tuolloin hoidettiin 1795 potilasta. Hoitohenkilökunnan määrä n=5 ja työkokemusta oli keskimäärin 8,25 vuotta. Lisäksi kerättiin hoitoisuusluokitustiedot samalta ajalta. Aineiston käsittely tilastollisella menetelmällä SPSS-ohjelmalla</p>	<p>Magnuson Model -hoitoisuusluokitusjärjestelmän mukaan yksikköön tarvitaan 17,5 henkilön työpanos. Korkea työmäärä lisäsi hoitajien tyytymättömyyttä työhön sekä inhimillisiä virheitä mm. lääkehoidossa. Hoitoisuusluokituksesta saadun tiedon perusteella potilaiden hoitoaikoja alettiin varaan annettavan hoidon vaativuuden mukaan aikaisemmin perustuvan ajanvarauksen sijaan. Tällöin yhdelle päivälle tuli sekä kevyempiä että vaativimpia hoitoja. Tämä vähensi virheiden määrää, tasasi hoitajien työmäärää sekä lisäsi työtyytyväisyyttä.</p>
<p>Van Oostven, C.J. Mathijssen, E. Vermeulen, H. 2015 International Journal of Nursing Studies Alankomaat</p>	<p>Saada syvälinen käsitys Alankomaiden sairaanhoitajien käsityksistä tämän hetkisestä henkilöstöjohtamisen tasosta ja hoitoisuusluokitusmittarien käytöstä</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Aineisto on kerätty yliopistosairaalan viiden erikoisalan vuodeosastojen henkilökunnalta. Sairaanhoitajilta (n= 20), osastonhoitajilta (n= 20) ja ylihoitajilta. (n=3). Sairaanhoitajille tehtiin ryhmähaastattelut, neljä ryhmää. Osastonhoitajille ja ylihoitajille yksilöhaastattelut.</p>	<p>Potilas-hoitaja suhde ja hoitoisuusluokitus ovat olemassa olevia mittareita Alankomaiden sairaaloissa, mutta niiden käytöstä on puutteellisia tietoja. Hoitoisuusmittareita ei käytetty johtamisen välineenä. Johtamiskysymyksen taustalla oli isompia kysymyksiä: hoitajien toiminta, asiantuntijuus ja autonomia. Näissä työntekijöillä ja johdolla oli erilaiset käsitykset. Hoitotyö on hyvin moniulotteista ja sen näkyväksi tekeminen on haasteellista. Osastonhoitajien yksilöhaastattelut.</p>

		Tutkimusmenetelmänä kuvaileva fenomenologinen lähestymistapa	tajat ovat koitteet tehdä omia luokitusmittareitaan saadakseen hoitotyön näkyväksi, nämä mittarit eivät ole luotettavia, eivätkä sen vuoksi käyttökelpoisia. Lisäksi sairaalassa on edelleen jäykkä lääkärivetoinen hierarkia. Sairaanhoidajat kokevat, etteivät he tule kuuliksi päätöksenteossa. Hoitohenkilökunnalla olisi halukkuutta ottaa hoitoisuusluokitusmittarit käyttöön, jotta hoitotyö tulisi näkyväksi ja sitä kautta hoitohenkilökunta pääsisi mukaan päätöksen tekoon. Ylempi johto haluaa aitoa keskustelua ja näyttöön perustuvaa tietoa.
Perroca, M G. Ek, A-C. 2007 Journal of Nursing Management Ruotsi	Selvittää hoitoisuusluokitusjärjestelmien käyttöä ruotsalaisissa sairaaloissa, hoitohenkilökunnan tyytyväisyyttä järjestelmiin	Määrällinen tutkimus. Aineisto kerättiin esitettävällä strukturoidulla kyselylomakkeella postikyselyynä. (n=18)	Hoitoisuusluokitus tieto kerättiin sähköisen järjestelmän kautta. Tuloksista keskusteltiin osastotunneilla sekä esiteltiin sairaalan ylemmälle johdolle sekä poliitikoille. Tärkeimmät käyttökohteet tuloksille olivat työmäärän arviointi, henkilökunnan määrän arviointi, dokumentointi ja kulujen arviointi. Osassa yksiköistä ei tietoa käytetty mitenkään. Hoitoisuusluokitukseen oltiin tyytyväisiä, Osastonhoitajan positiivinen asenne hoitoisuusluokitusta kohtaan vaikutti mittarin käyttöä lisäävästi, tyytyväisyys työmäärään ja resurssien jakamiseen mittarin perusteella lisääntyi.
Fagerholm, N. 2014 Itä-Suomen yliopisto, Kuopio Suomi	Tarkoituksena nimetä ja kuvata polikliinisen hoidon kuormittavuuden tunnuslukuja sekä selvittää esimiesten näkemyksiä tunnuslukujen käytettävyydestä	Rekisteriaineisto vuosilta 2007-2010 Rafaela-hoitoisuusjärjestelmän valtakunnallisesta vertailuaineistosta, jossa mukana 9 sairaalan 192 poliklinikan asiakaskäynnit (n=1669905) ja hoitajien henkilötyövuositiedot (n=1448). Nämä analysoitiin tilastollisesti. Lisäksi kaksi Delphi-kierrosta esi-	Molempien aineistojen perusteella tärkeimmiksi hoitotyön tunnusluvuiksi nousivat asiakaskäyntien määrä/ päivä, kk, vuosi. Hoitoisuus/hoitaja ja optimaalinen hoitoisuuden taso. Nykyisin käytettävä henkilömitoitus on vanhanaikainen, koska polikliinisen hoidon työnkuva on vuosien saatossa muuttunut oleellisesti. Polikliinisesti hoidetaan yhä useampaa potilasryhmää sekä enenevässä määrin myös moniongelmaisia potilaita. Polikliinisen hoidon yksi erityispiirre on käytettävissä olevan ajan rajallisuus. Esimiehet ovat hyödynneet hoitoisuus tietoja työn organisoinnissa.

4(4)

		miehille (oh ja yh) teema-haastatteluin, analyysi sisällön analyysillä.	Mm. tehtävänsiirtoin ja hoitajavastaanottoja perustamalla. Lisäresurssia on myös saatu, mutta sitä kaivataan lisää.
Pusa, A-K. 2007 Itä-Suomen yliopisto, Kuopio. Suomi	Selvittää voidaanko RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmää käyttää henkilöstöresursoinnin tukena. Selvittää kuinka hoitotyön johtajat käyttävät RAFAELA-järjestelmää henkilöstöjohtamisen tukena.	Kvantitatiivinen tutkimus. Kyselylomake neljän keskussairaalan osastonhoitajille (n= 63) talvella 2004-2005. Tilastollinen analyysi	RAFAELA-järjestelmää hyödynnetään johtamisen tukena vaihtelevasti, suurin osa vastajista käyttää tuloksia kuukausittain. Henkilöstöjohtamisessa tuloksia on hyödynnetty organisoimalla töitä uudelleen. Henkilöstön liikkumisena matalan kuormituksen yksiköstä korkeamman kuormituksen yksikköön, pitkän tähtäimen resurssisuunnittelussa sekä uusien vakanssien perusteluissa.

Liite 3. Tutkimuskysymysmatriisi

TUTKIMUSONGELMA	TUTKIMUSONGELMAAN VASTAAVAT MUUTTUJAT
Vastaajan taustatiedot	Kysymysosio 1.
Miten hoitohenkilökunta kokee hoitoisuustiedon käytön perustehtävässä?	Kysymysosio 2.
Miten hoitoisuusluokituksista kerättävää hoitoisuustietoa käytetään henkilöstövoimavarojen johtamisessa henkilöstöresursoinnin tukena?	Kysymysosio 3. ja 4.

