

FYSIOTERAPEUTTIEN HENKILÖSTÖMITOITUS
- KANADAN TERAPIAHENKILÖSTÖMITOITUSMALLIN
KEINOIN

Elina Harjunmaa

Opinnäytetyö
Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Fysioterapeutti (YAMK)

2014

LAPIN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveys- ja liikunta-ala

Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

**FYSIOTERAPEUTTIEN HENKILÖSTÖMITOITUS
– KANADAN TERAPIAHENKILÖSTÖMITOITUSMALLIN
KEINAIN**

2014

Toimeksiantaja Kuopion yliopistollinen sairaala

Elina Harjunmaa

Hyväksytty 16.5.2014

Terveys- ja liikunta-ala
Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Tekijä	Elina Harjunmaa	Vuosi	2014
Toimeksiantaja	Kuopion yliopistollinen sairaala		
Työn nimi	Fysioterapeuttien henkilöstömitoitus – Kanadan terapiahenkilöstömitoitusmallin keinoin		
Sivu- ja liitemäärä	44 + 4		

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kerätä tietoa Kanadan terapiahenkilöstön mitoitussmallin käyttökelpoisuudesta fysioterapeuttien henkilöstömitoituksen arvioinnin välineenä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten Kanadan terapiahenkilöstön mitoitussmallilla toteutetun tutkimuksen avulla saatua tietoa voidaan hyödyntää vuodeosastoilla toimivien fysioterapeuttien henkilöstömitoituksen suunnittelun ja seurannan näkökulmasta suomalaisessa erikoissairaanhoidon fysioterapiayksikössä.

Tutkimustehtävinä oli selvittää, miten Kanadan terapiahenkilöstön mitoitussmalli soveltuu fysioterapeuttien henkilöstömitoituksen arvioinnin työkaluksi suomalaisessa erikoissairaanhoidon fysioterapiayksikössä ja millaisia kokemuksia erikoissairaanhoidon fysioterapeuteilla oli Kanadan terapiahenkilöstön mitoitussmallin käytöstä. Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla teemahaastattelumenetelmällä tammikuussa 2013 ja haastatteluun osallistui kaksi fysioterapeuttia sekä osastonhoitaja. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä.

Haastateltavat pitivät kanadalaisten kehittämää terapiahenkilöstön mitoitussmallia soveltuvin osin käyttökelpoisena työkaluna vuodeosastolla toimivien fysioterapeuttien henkilöstömitoituksen kartoittamiseen. Haastateltavien mielestä työkalua on helppo käyttää, mutta puutteena työkalulle nähtiin työparityöskentelyn huomiotta jättäminen.

Tämä tutkimus ei anna suoraa vastausta siihen, onko Kanadalaisten kehittämä terapiahenkilöstön mitoitussmalli sellaisenaan soveltuva mittaamaan optimaalista fysioterapeuttien henkilöstömitoitusta suomalaisessa toimintaympäristössä. Kuitenkin tutkimustulokset antavat viitteitä siitä, että se tuo hyvin esille henkilöstömitoitustiloihin liittyviä osatekijöitä, kuten työn kuormittavuutta, potilasprofiileita sekä työntekijöiden ajankäyttöä.

Avainsanat: Kanadan terapiahenkilöstömitoitussmalli, henkilöstömitoituksen arviointimenetelmät terveydenhuoltoalalla

School of Health Care and Sports
Master's Degree in Health Promotion

Author	Elina Harjunmaa	Year	2014
Commissioned by	Kuopio University Hospital		
Subject of thesis	Physiotherapy Staffing – Using the Caseload Management Planning Tool		
Number of pages	44 + 4		

The aim of this research was to gather information about Caseload Management Planning Tool (CMPT) and its utility to assess physiotherapy staffing. The purpose of this research was to clarify how the information, which was collected through CMPT, about staffing can be exploited when planning and tracking physiotherapy staffing in a Finnish specialized medical care unit.

The research tasks were the following: how suitable a tool was the Caseload Management Planning Tool when planning and assessing physiotherapy staffing in a Finnish physiotherapy unit and what kind of experiences did physiotherapists have about the use of the CMPT. The research data was collected in January 2013 using theme interviews. In the research two physiotherapists and one head physiotherapist were interviewed. The data was analyzed by using content analysis.

The informants considered the Caseload Management Planning Tool partly suitable for planning the physiotherapy staffing. The informants said that the CMPT was easy to use, but they thought that the fact that it omits pairwork is a shortcoming.

This research does not give a straight answer to the potential suitability of the Caseload Management Planning Tool for measuring the physiotherapy staffing in a Finnish environment. However, the results imply that this tool gives some information about workload, complexity of patients, and the employers' time management.

Key words Caseload Management Planning Tool,
assessment methods of staffing in healthcare

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 HENKILÖSTÖMITOITUS	4
2.1 HENKILÖSTÖMITOITUKSEN MÄÄRITTELYÄ	4
2.2 FYSIOTERAPEUTTIIEN HENKILÖSTÖMITOITUS	7
2.3 HENKILÖSTÖMITOITUKSEN TYÖVOIMAPOLIITTINEN NÄKÖKULMA	8
3 HENKILÖSTÖMITOITUKSEN ARVIOINTIMENETELMÄT TERVEYDENHUOLTOALALLA	10
3.1 HENKILÖSTÖMITOITUKSEN ARVIOINTIMENETELMISTÄ	10
3.2 ERILAISIA HENKILÖSTÖMITOITUKSEN ARVIOINTIMENETELMIÄ	10
3.3 YHTEENVETO TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDISTA	14
4 KANADAN TERAPIAHENKILÖSTÖMITOITUSMALLI	16
4.1 KANADAN TERAPIAHENKILÖSTÖMITOITUSMALLIN TAUSTAA	16
4.2 KANADAN TERAPIAHENKILÖSTÖMITOITUSMALLI KÄYTÄNNÖSSÄ	20
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	22
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	23
6.1 TUTKIMUSMETODI	23
6.2 AINEISTON KERUU	24
6.3 AINEISTON ANALYYSI	25
7 TUTKIMUSTULOKSET	28
7.1 KANADAN TERAPIAHENKILÖSTÖMITOITUSMALLIN SOVELTUVUUS FYSIOTERAPEUTTIIEN HENKILÖSTÖMITOITUKSEN ARVIOINNIN TYÖKALUNA	28
7.2 FYSIOTERAPEUTTIIEN KOKEMUKSET KANADAN TERAPIAHENKILÖSTÖN MITOITUSMALLISTA	30
8 POHDINTA	31
8.1 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTAA	31
<i>8.1.1 Kanadan terapiahenkilöstömitoitusmallin soveltuvuus</i>	31
<i>8.1.2 Fysioterapeuttien kokemukset Kanadan terapiahenkilöstömitoitusmallista</i>	33
<i>8.1.3 Yhteenveto</i>	34
8.2 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	34
8.3 TUTKIMUKSEN EETTISYYS	36
8.4 JATKOTUTKIMUSHAASTEET	37
LÄHTEET	39
LIITTEET	45

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen, väestön ikääntymisen sekä työntekijäresurssien vähenemisen yleistymisen ovat avaintekijöitä tarkasteltaessa fysioterapiahenkilöstön mitoitustarvetta. Henkilöstömitoitus on merkittävä suunnannäyttävä terveydenhuollon esimiehille, erityisesti kohdennettaessa henkilöstövoimavaroja mahdollisimman järkevästi. Lähivuosina henkilöstömitoituksen rakenteen suunnittelussa tulevat olemaan entistä oleellisempia tekijöitä työvoiman kysyntä ja tarjonta henkilöstön vaihtuvuuden ja eläköitymisen lisäksi. (Kivelä–Anttila–Kukkola 2011, 27; Ruontimo 2012, 9.)

Sosiaali- ja terveydenhuollolle on asetettu odotuksia, että sen tulisi olla tuottavaa eli tuottaa annetuilla resursseilla runsaasti palveluja. Toisaalta tuotetuilla palveluilla pitäisi saada aikaan myönteisiä hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia, toisin sanoen edellä mainitun tuottavuuden lisäksi terveydenhuollon palvelujen tulisi olla myös vaikuttavia. Kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuuden edistämistä tukee palveluiden organisointi sekä palvelutuotannon järjestäminen siten, että samalla henkilöstöresurssimäärällä saadaan aikaan enemmän tuotantoa tai sama palvelutuotanto saadaan tuotettua entistä pienemmällä resurssimäärällä (Valtonen 2011, 74). Myös Terveydenhuoltolaissa (THL 1326/2010) painotetaan terveydenhuollon henkilöstömäärän ja -rakenteen merkitystä palveluiden laadun ja turvallisuuden varmistamiseksi sekä väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Terveydenhuollon henkilöstömitoituksen suora yhteys tuotettujen palvelujen hyvään laatuun sekä väestön terveydentilaan on siis ilmeinen. Hyvän hoidon turvaaminen edellyttää riittävää määrää osaavaa henkilökuntaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012). Kun huomioidaan yhteiskunnan vastuu tarvittavien palveluiden tuottamisesta vähenevillä voimavaroilla, on asianmukaisen henkilöstömitoituksen suunnittelun ja toteutuksen huomioiminen entistä perustellumpaa.

Globaalisti tarkasteltuna oikein kohdennetulla henkilöstömitoituksella voidaan taata terveydenhuollon palvelujen säilyminen kaikkialla maailmassa. Kansainvälisestä näkökulmasta katsottuna terveydenhuollon henkilöstömitoituksen voidaan todeta vaikuttavan epäsuorasti myös kansallisiin terveydenhuollon budjetteihin. (EACH 2012a, 2.)

Tutkimusaiheeni nousi esiin työpaikkani ylihoitajan ehdotuksesta selvittää kanadalaisten kehittämää henkilöstömitoitustmallia ja sen soveltuvuutta käytäntöön suomalaisessa fysioterapiatyöyhteisössä. Suomessa on tähän mennessä tehty henkilöstömitoitukseen liittyviä tutkimuksia hoitotyön puolelta, joten aikaisempaa näyttöä fysioterapeuttien henkilöstömitoituksesta on hyvin niukalti ja tämäkin siis kansainvälisellä tasolla. Suomen fysioterapeuttiliiton hallinnoimana toimii tällä hetkellä valtakunnallinen Mitoitustyöryhmä, joka on alustavasti tehnyt selvitystyötä fysioterapeuttien henkilöstömitoituksen toteuttamisesta Suomessa.

VeTe-hankkeen (Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009–2011) yhtenä tavoitteena oli tuottaa valtakunnallisesti yhteneviin tunnuslukuihin perustuvaa tietoa hoitotyön henkilöstövoimavaroja koskevien päätösten perustaksi. Muuttuva sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö edellyttää hyvää johtamista ja toimenpiteitä sekä tietopohjan kehittämistä. Näillä turvataan tarkoituksenmukainen henkilöstörakenne ja henkilöstön jaksaminen muutoksessa. (VeTe 2011.) Opinnäytetyöni on osa ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon Terveyden edistämisen koulutusohjelmaa. Fysioterapeuttien henkilöstömitoituksen tarkastelu linkittyy opintoihini esimiestyön opintojen kautta. Mielestäni juuri henkilöstöjohtamisen näkökulmasta tarkasteltuna on olennaista ymmärtää henkilöstön määrällistä ja laadullista suunnittelua sekä arviointia suhteessa potilaiden kuntoutustarpeeseen. Myös henkilöstön työhyvinvoinnin, motivoinnin ja osaamisen turvaaminen ovat esimiestyöltä vaadittavia tekijöitä, jotka mielestäni ovat olennainen osa myös henkilöstömitoituksen hallintaa. VeTe-hankkeen (2009–2011) mukaan näyttöön perustuvalla johtamisella voidaan taata terveydenhuollon jatkuva kehittyminen.

Sosiaali- ja terveysministeriö on todennut Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen johtamiseen liittyvässä strategisessa linjauksessaan (STM 2008), että kaiken johtamisen tavoitteena on, että työyksiköt, organisaatiot ja kunnat voivat saavuttaa toiminnalle asetetut määrälliset ja laadulliset tavoitteet. Johtamisella vaikutetaan paitsi henkilöstön määrään ja osaamiseen myös henkilöstön työhyvinvointiin ja työturvallisuuteen. Näillä kaikilla on yhteys palvelujen laatuun ja vaikuttavuuteen. Johtamistehtävä edellyttää valmiuksia niin strategiseen kuin osaamisen johtamiseen sekä taloushallintoon.

Tässä tutkimuksessa on tarkoitus selvittää, miten kanadalaisten fysio-, toiminta- ja puheterapeuttiliittojen kehittämän terapeuttien henkilöstömitoitustmallin avulla saatua tietoa voidaan hyödyntää fysioterapeuttien asianmukaisen henkilöstömitoituksen suunnitteluun, toteuttamiseen sekä seurantaan suomalaisessa erikoissairaanhoidon yksikössä. Tutkimuksessa pyrin selvittämään vuodeosastoilla toimivien fysioterapeuttien kokemusten pohjalta, miten käyttökelpoinen väline henkilöstömitoitustmallin työkalu on fysioterapeuttien henkilöstömitoituksen arvioinnin välineenä.

Fysioterapeuttien henkilöstömitoitust valikoitui tämän tutkimuksen aiheeksi, koska se voi tarjota hyviä näkökulmia terveydenhuoltoalan ajankohtaisten haasteiden kohtaamiseen ja fysioterapian esimiehillä on selkeästi kiinnostusta sen sisältöä kohtaan.

2 HENKILÖSTÖMITOITUS

2.2 Henkilöstömitoituksen määrittelyä

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilöstömitoitukselle ei ole olemassa yhtä selkeää määritelmää, vaan sitä on määritelty toisistaan eroavien sisältöjen, arviointitapojen ja painotustekijöiden mukaan. Jotta terveydenhuollon ammattilaiset saadaan jatkossakin pysymään alalla ja uusia työntekijöitä saadaan koulutettua lisää, tulee henkilöstömitoituksen omalta osaltaan edistää terveydenhuollon toiminnan edistymistä. Partanen (2002, 42–43) ja Pitkäaho (2011, 28) käyttävät väitöskirjatutkimuksissaan henkilöstömitoituksesta seuraavanlaista määritelmää; henkilöstömitoitus on määrällisesti ja laadullisesti asianmukaisten hoitotyön palveluiden tuottamista riittävät tiedot ja taidot omaavien työntekijöiden toimesta, suurimmalle mahdolliselle määrälle potilaita kustannustehokkaimmalla ja inhimillisesti vaikuttavimmalla tavalla. Myös Kauhanen (2009, 64) jaottelee henkilöstömitoituksen sekä määrälliseen että laadulliseen resurssien suunnitteluun. Hän kuitenkin korostaa, että käytännössä henkilöstön määrä ja laatu liittyvät kiinteästi toisiinsa. Määrä ei korvaa laatua, mutta laatu voi parhaimmillaan korvata määrän.

Kauhanen (2009, 62) ja Kukkola (2011) ovat todenneet, että henkilöstömitoitusta suunniteltaessa työvoiman kysyntää ja tarjontaa tulee tarkastella koko organisaation näkökulmasta. On siis oltava selvillä, kuinka paljon ja millaisia virkoja missäkin työyksikössä tarvitaan. Henkilöstötarpeen arvioinnissa on huomioitava työyksikön toiminnan luonne ja tavoitteet, potilaiden hoidon tarve sekä lukumäärä ja hoitoisuus, henkilöstön pysyvyys, poissaolot ja käytetyt työaikamuodot. Tämän lisäksi huomionarvoista on, että henkilöstömitoituksen suunnittelussa ja arvioinnissa tulee huomioida henkilöstö- ja potilasmäärien lisäksi henkilöstön koulutus ja työkokemus, mahdollisen vuokrahenkilöstön käyttö sekä organisaatioon ja johtamiseen liittyvät tekijät. Tavoitteena on sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä se, että tarkoituksenmukaisilla kustannuksilla katettuna on sopiva määrä oikeanlaista henkilöstöä oikeassa paikassa. (Kivelä–Anttila–Kukkola 2011, 27; Spilsbury–Hewitt–Stirk–Bowman 2011, 748; Pitkäaho 2011, 31; Voutilainen–Peiponen–Noro–Kauppinen 2006, 34.)

Sosiaali- ja terveysministeriö puolestaan on määritellyt henkilöstömitoitusta potilaslähtöisesti. Sen mukaan suunnittelun keskiössä on oltava potilaan fyy-

sinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä hoitoisuus. Ministeriö korostaa myös potilaiden oikeuksien ja toiminnalle asetettujen laatu- ja vaikuttavuusvaatimusten huomioimista. Haasteena henkilöstömitoitukselle ministeriössä nähdään saumattomien hoito- ja palvelukokonaisuuksien jatkuvuuden turvaaminen sekä henkilöstön vaihtuvuuden minimoiminen. (Ruontimo 2012, 12; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Tervo-Heikkinen (2008, 60) toteaa väitöskirjassaan, että riippuen siitä, tarkastellaanko henkilöstömitoituksen riittävyttä hoitotyötä tekevän henkilön, hoitotyön johtajan, taloustieteilijän vai potilaan näkökulmasta, ilmiöön vaikuttavien tekijöiden painotus muuttuu. Castle ja Anderson (2011, 546) sekä Fagerström (2009, 423) tuovat tutkimuksissaan ilmi, että oikein kohdennetulla henkilöstömitoituksella on merkitystä hoidon laadun kohentumiseen, mutta myös hoitokustannusten pienenemiseen. Toisaalta henkilöstön ylikuormituksen on todettu olevan yhteydessä ammatillisiin terveysongelmiin ja sairauslomiin. Henkilöstöresurssit, joilla saavutetaan hoitotyön laatu, turvallisuus, hallitaan työvoimakustannukset ja saavutetaan henkilöstön tyytyväisyys, on kompleksinen kokonaisuus (Crist-Grundman–Mulrooney 2011, 200). Tämän tasapainoilun välillä terveydenhuollon esimiehillä onkin vaativa tehtävä pitää yllä hyvälle hoidolle asetettuja eettisiä lähtökohtia ja ympäristön asettamia vaatimuksia henkilöstömitoitusta suunnitellessaan. Lisäksi esimiehen tulee hallita näyttöön perustuvan terveydenhuollon johtamistaitoja, jotta koko terveydenhuollon tehokkuus paranee. Oman lisänsä terveydenhuollon organisaatioiden henkilöstömitoitusten määrittämiselle tuovat liiketoiminnallisten tulosten tavoittelemisen hoitoprosessien tuottamisen ohella. (Fagerström 2009, 416.)

Henkilöstömitoituksen määrittämiselle on siis olemassa useita näkökulmia, kuten esimerkiksi työn jakaantuminen kohtuudenmukaisesti työntekijöiden kesken, resurssien kohdentaminen annettujen puitteiden mukaisesti sekä kulujen hallinta ja työvoiman tehokkuuden osoittaminen. Henkilöstömitoituksen kuvaamisessa käytettyjä tunnuslukuja ovat esimerkiksi henkilöstön ja potilaiden väliset laskennalliset suhdeluvut, henkilöstön työtunnit hoitopäivää kohti, henkilöstön sairauspoissaolot tunteina sekä potilaiden määrä yhtä työntekijää kohti. Optimaalisessa henkilöstömitoituksessa määrä ja laatu, käytettävissä olevat voimavarat sekä henkilöstön osaaminen ovat oikeassa

suhteessa potilaiden yksilöllisiin hoidon tarpeisiin ja hoitotoimintoihin nähden. Henkilöstömitoituksen optimaalisuus onkin oleellinen tekijä rajallisten resursien taloudellisessa ja oikeudenmukaisessa kohdentamisessa. (Human Capital Alliance 2006, 16; Kaustinen 2011, 33; Kukkola 2011; Pitkäaho 2011, 31; Salin—Stenberg—Aalto 2011, 259; Voutilainen ym. 2006, 34.)

Henkilöstövoimavarojen määrittäminen edellyttää vankkoja perusteluja eli huolellista organisaation nykytilan analyysiä sekä lyhyen ja pitkän aikavälin suunnitelmia. Näitä päätöksiä tukemaan tarvitaan näyttöä olemassa olevista henkilöstöresursseista suhteessa potilaiden hoidon tarpeisiin, hoidon tuloksista sekä valtakunnallisista vertailuluvuista. Henkilöstömitoituksella tiedetään olevan merkitystä vain silloin, kun sen yhteys saavutettuihin hoitotyön potilas-, henkilöstö- ja organisaatiotuloksiin voidaan osoittaa. Henkilöstömitoituksen kannalta on tärkeää tietää, mihin henkilöstön työaikaä käytetään. Työtoiminnot voidaan terveydenhuollossa jakaa välittömään ja välilliseen työhön. Välittömällä työajalla tarkoitetaan työaikaä, jonka työntekijä käyttää oman yksikkönsä tuotteen tuottamiseen, esimerkiksi potilaan hoitamiseen. Välitön työaika on siis laskutettavaa työaikaä. Välilliseen työaikaan kuuluvat kaikki muu kuin välitön työaika, joita ovat esimerkiksi hallintotyö, suunnittelutyö, koulutus ja kokoukset. (Kivistö 2003, 193; Pitkäaho 2011, 38; Pitkäaho – Partanen – Vehviläinen-Julkunen – Miettinen 2012, 37; Voutilainen ym. 2006, 36–37.)

Partanen (2002) on tutkinut väitöskirjassaan hoitotyön henkilöstömitoituksen arviointia ja suunnittelua erikoissairaanhoidossa. Tutkimusaineisto koostui sairaanhoitajien ja perushoitajien ajankäytön seurannasta, työvuoron henkilöstömitoituksen riittävydestä sekä hoitohenkilöstön että osastonhoitajan näkökulmasta, hoitotyön laadusta niin henkilökunnan kuin potilaidenkin arvioimana sekä potilaiden hoitoisuusluokitustiedoista. Keskeisimmät tutkimustulokset osoittivat, että sairaanhoitajien ja perushoitajien työajasta suurin osa (76 %) kului potilaisiin liittyvään välittömään ja välilliseen hoitotyöhön, hoitoisuusluokituksen mukaan hoitotyön määrä lisääntyi lineaarisesti siirryttäessä kevyemmistä hoitoisuusluokituksista raskaampiin ja lisäksi riittämätön henkilöstömitoitus vaikutti hoitotyön laatuun heikentäen laatutasoa noin 17 %.

Hoitotyön henkilöstömitoitusta ja siihen liittyviä tietojärjestelmäperusteisia tunnuslukuja on tutkinut muun muassa Taina Pitkäaho (2011). Väitöskirjassa on kuvattu ja selitetty hoitotyön henkilöstömitoitusta sekä tietojärjestelmäperusteisia tunnuslukuja. Tämän tutkimuksen mukaan tarkasti määritelty henkilöstömitoitus ei-kompleksisessa toimintaympäristössä takaa haluttujen tavoitteiden saavuttamista, henkilöstömitoituksella on merkitystä vain, jos voidaan osoittaa, mitä arvoa se on tuottanut potilaille, henkilöstölle sekä organisaatiolle ja terveystalvujärjestelmän moniammatillisen johtajiston tulee saada tunnuslukutiedot helposti tietojärjestelmistä reaaliaikaiseen ja pitkän aikavälin suunnitteluun sekä tulevaisuuden trendien ennustamiseen.

EAHC (Terveys- ja kuluttaja-asioiden toimeenpanovirasto) pitää niin kansallisen kuin kansainvälisenkin terveydenhuoltoalan henkilöstömitoituksen suunnittelussa yhtenä merkittävänä osatekijänä oikeanlaisen ja kattavan tietojärjestelmän hyväksikäyttöä, jotta työntekijöitä olisi terveydenhuoltoalalla oikea määrä ja he jakautuisivat tasapuolisesti. EAHC:n mukaan tarpeellisten tietojen saatavuus tietojärjestelmistä pysyy niukkana, elleivät eri maiden hallitukset reagoi asiaan ja kohdenna lisää resursseja henkilöstömitoituksen suunnitteluun (EAHC 2012b, 25).

Tässä tutkimuksessa henkilöstömitoituksella tarkoitetaan erikoissairaanhoidon palveluyksikössä työskentelevien fysioterapeuttien tarkoituksenmukaisen työpanoksen selvittämistä vuodeosastoilla suhteessa potilaiden fysioterapian vaativuuteen.

2.2 Fysioterapeuttien henkilöstömitoitus

Kansainvälisellä tasolla fysioterapeuttien henkilöstömitoituksesta ei ole olemassa selkeitä lainsäädännöllisiä suosituksia. Tämänhetkinen tilanne on se, että fysioterapeuttien määrästä sekä fysioterapiapalveluiden tuottamisesta on tehty fysioterapeuttijärjestöjen toimesta erilaisia linjauksia ainoastaan Englannissa, Kanadassa sekä Australiassa. Näitä linjauksia ovat esimerkiksi mitoitus erikoisaloittain potilaspaikkojen mukaan tai keskimääräinen välittömän työn tuntiosuus suhteessa yksittäiseen sairaalapotilaaseen. Australialainen Adams (2004) on kehittänyt oman mallin fysioterapeuttien henkilöstömäärän suunnitteluun haja-asutusalueiden peruspalvelujen osalta, joka perustuu fy-

sioterapeuttien ja asukkaiden suhdelukuun. (Adams 2004, 1-2; Kukka 2011, 10, 24.)

Suomessa ei tähän mennessä ole laadittu fysioterapiapalveluiden henkilöstön mitoitus suosituksia tai sitä ohjaavaa lainsäädäntöä. Tiedusteltuani sähköpostitse Mitoitustyöryhmän jäseniltä (HUS, Hki tk, TYKS, KYS) perusteita tämänhetkisen fysioterapeuttiresurssien määrittämiselle heidän toimialueillaan, pääasiallisin vastaus oli, että fysioterapeuttiresursseja on tarkasteltu lähinnä tilastojen perusteella, mutta tälle ei ole mitään systemaattista perustetta. Esimiehillä on kuitenkin selkeä toive, että fysioterapiahenkilöstön rakenteesta ja fysioterapiapalveluista saataisiin valtakunnallinen suositus. Tämä on erikoisalalle haastavaa, koska niin toimintaympäristöt, työn luonne kuin potilaiden yksilölliset tarpeet vaihtelevat huomattavasti.

2.3 Henkilöstömitoituksen työvoimapolitiittinen näkökulma

Suomessa kunta- ja palvelurakennemuutos edellyttää sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämistä sekä tehostamista. Terveystieteiden henkilöstön saatavuuden ja riittävyyden turvaamiseksi on kehitettävä menetelmiä optimaalisen henkilöstömitoituksen sekä rakenteen suunnittelua ja seuranta varten. Tehyn (Sosiaali- ja terveysalan ammattijärjestö) mukaan oikeanlaisen henkilöstömitoituksen varmistamiseksi on luotava valtakunnalliset vähimmäisnormit eri toiminnoissa tarvittavasta terveydenhuollon henkilöstön määrästä sekä koulutustasosta. Normien valvonnan tulee olla koko maassa yhtäläistä sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. (Honkalampi 2008, 17; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstörakenteen kehittämistä ohjaavat lainsäädäntö, suositukset sekä sosiaali- ja terveyspoliittiset linjaukset. Henkilöstömitoitus perustuu terveydenhuollossa epäsuorasti lainsäädäntöön, joka pohjautuu lähinnä palveluiden sisältöön, laajuuteen ja laatuun. Sosiaali- ja terveyspalveluiden laatuun liittyen on tehty suosituksia, jotka sivuavat henkilöstön rakenteen arviointia kansallisesti ja kansainvälisesti. Tällaisia Suomessa julkaistuja laatusuosituksia ovat esimerkiksi Ikäihmisten palvelujen laatusuositus ja Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Vuonna 2013 valmistuneessa Vanhuspalvelulaissa on maininta henkilöstömäärästä ja henkilöstön koulutustasosta tuotettavien sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun takaami-

seksi. Laadukkaan palvelun tuottamisen vastuu tulee esiin myös Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 tärkeimmistä painotuksista. Neljäs päästrategia perustuu toimenpidelinjaukseen, jossa tavoitteena on varmistaa toimivat palvelut. Jotta kyseisen päästrategian tavoitteeseen päästäisiin on sosiaali- ja terveyspalvelujen käytännön toiminnassa huomioitava muun muassa työvoiman riittävyys ja osaamisen varmistaminen. (Kukka 2011, 10; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelman (KASTE 2012–2015) neljännessä osahankkeessa yhtenä tavoitteena on vahvistaa johtamista, jolla edistettäisiin henkilöstön riittävyyttä ja kehitettäisiin sen osaamista. KASTE-ohjelman toimenpide-ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon alalle on se, että kehitetään suunnittelun, mitoittamisen ja seurannan työkaluja henkilöstövoimavarojen hallintaan, henkilöstön koulutustarpeiden valtakunnalliseen ja alueelliseen ennakointiin sekä osaamisen arviointiin ja kehittämiseen.

3 HENKILÖSTÖMITOITUKSEN ARVIINTIMENETELMÄT TERVEYDENHUOLTOALALLA

3.1 Henkilöstömitoituksen arviointimenetelmistä

Henkilöstömitoituksen arviointimenetelmät ovat virallisia mekanismeja tai systemaattisia menettelytapoja, joita käytetään määrittäessä hoitotyössä tarvittavan henkilöstön lukumäärää ja koulutustasoa sekä tietyille potilasjoukoille määritetyjä laatuvaatimuksia täyttäviä hoitotyön palveluita. Pätevään henkilöstömitoituksen arviointimenetelmään sisältyy riittävästi asiaankuuluvia muuttujia, joilla tuotetaan luotettavat tulokset, muuttujia mitataan luotettavasti ja mittausmenetelmät ovat yksinkertaisia sekä nopeita käyttää. Hyvälle arviointimenetelmälle on ominaista myös se, että arviointimenetelmillä kerättyä perustietoa voidaan hyödyntää benchmarkingissa ja toisaalta arviointimenetelmän tulisi säilyä toimivana myös mahdollisissa palvelujärjestelmien muutoksissa. Henkilöstömitoituksen arviointimenetelmän tulee sisältää integroitu potilaiden luokitusprosessi, henkilöstön määrä ja koulutustason määrittäminen, henkilöstön kohdentaminen eri yksiköihin sekä tuotettujen palveluiden seuranta ja arviointi. (Partanen 2002, 46, 48.)

Henkilöstömitoituksen arviointimenetelmillä ei ole mahdollista huomioida palveluketjuun liittyvien prosessien sisäisiä tilannekohtaisia vaihteluita, jotka vaativat työntekijältä yleensä nopeaa päätöksentekoa. Onkin siis oleellista, että arviointimenetelmä ei ole liian suppea, jolloin vältytään henkilöstön yli- tai aliresursoinnilta ja sen myötä terveydenhuoltoalan palvelujen kehittymisen hidastumiselta. (Kukka 2011, 12.)

Koska suoranaista fysioterapeuttien henkilöstömitoitusta ja sen arviointimenetelmiä koskevaa kirjallisuutta ja julkaisuja ei löydy, peilaan terapiahenkilöstötarpeen arviointia yleisellä tasolla terveydenhuoltoalalla käytössä oleviin arviointimenetelmiin.

3.2 Erilaisia henkilöstömitoituksen arviointimenetelmiä

Terveydenhuoltoalan erilaiset henkilöstömitoituksen arviointimenetelmät on pelkistetty neljään kategoriaan yleisen käytännön mukaisesti. Eri metodologioiden lähestymistavat on listattu karkeasti aineiston vaatimuksiin pohjautuen. Arviointimenetelmiä voidaan hyödyntää esimerkiksi keskimääräisen, yksittä-

sen työtehtävän suorittamiseen vaadittavan ajan tai työtunneista aiheutuvien henkilöstökustannusten arvioinnissa. (Human Capital Alliance 2006, 17; Kukka 2011, 12).

Suhdelukuun perustuvassa menetelmässä käytetään lähestymistapana työntekijöiden sekä potilaiden tai potilaspaikkojen suhdetta. Tätä menetelmää pidetään yksinkertaisena käyttää ja soveltaa henkilöstömäärän arviointiin. Toisaalta menetelmästä on todettu, että se on liian pelkistetty ja joustamaton määrittämään työvoiman vaatimuksia kompleksisten potilaiden kohdalla moninaisissa ympäristöissä. Sen on todettu toimivan parhaiten vakaisissa toimintaolosuhteissa, kuten hoitokodeissa. (Burnett–Klaiman 2009, 16, 20; Human Capital Alliance 2006, 18.)

Vuonna 1999 on USA:ssa ensimmäisen kerran tehty lakiehdotus, jossa on määriteltynä sairaaloissa työskentelevän hoitohenkilökunnan vähimmäismäärä suhteessa potilasmäärään, erityisesti akuutti- ja erikoissairaloissa. Tähän lakiehdotukseen on tehty muutosehdotuksia ja lopullisessa muodossaan se on pantu täytäntöön tammikuussa 2004. Myös Australiassa Victorian julkisiin sairaaloihin on annettu suositus hoitohenkilökunnan suhteesta potilaspaikkoihin nähden. Suhdelukuihin perustuvan menetelmän kannattajat toteavat, että mitä enemmän hoitajia on työvuorossa, sitä parempia ovat hoidon tulokset ja toisaalta myös työilmapiirillä on yhteys potilaiden hoidon laatuun. Työntekijäjärjestöt puolestaan ovat moittineet suhdelukuperustaista arviointitapaa joustamattomaksi ja henkilöstökuluja nostavaksi menetelmäksi. (Buchan 2005, 239; Spetz 2004, 571, 574, 577.)

Toimintatapaan perustuvan menetelmän juuret ovat teollisuuden puolella. Arviointimenetelmänä se tarkastelee palvelun tuottajan tarjoamia palveluita aikana, joka määritellään muun muassa suoritettavien työtehtävien ja näihin liittyvien henkilöstölle asetettujen osaamisvaatimusten pohjalta. Tässä menetelmässä ensimmäinen vaihe tehokkaalle henkilöstömäärän arvioinnille on terveydenhuollon ammattilaisten päivittäisten työtehtävien vankka ymmärrys. Työkäytäntöjen analysointi auttaa kehittämään keskiarvoja tai normeja välittömälle ja välilliselle työlle erilaisten potilasryhmien kohdalla sekä arvioimaan henkilöstön henkilökohtaisia ja ammatillisia tehtäviä. Toimintatapaan perustuvan arviointimenetelmän käytön heikkoutena pidetään sen kustannus- sekä

aikavaatimuksia. Tämän menetelmän on todettu soveltuvan parhaiten olosuhteisiin, joissa työtehtävät ovat suhteellisen rutiininomaisia, kuten esimerkiksi akuutilla psykiatrian osastolla. (Burnett–Klaiman 2009, 16, 20; Human Capital Alliance 2006, 18; Schoo–Boyce–Ridoutt–Santos 2008, 554.)

Australialaiset Walker, Donoghue sekä Mitten-Lewis (2007) raportoivat toimintatapaan perustuvaan menetelmään pohjautuen hoitotyöntekijöiden toiminnosta työaikanaan. Tutkimushenkilöt olivat erikoissairaanhoidajia, sairaanhoidajia, lähihoitajia, hoitoapulaisia sekä laitoshuoltajia. Tarkasteltavat työtoiminnot oli jaettu neljään ryhmään eli välittömään ja välilliseen työhön, osastokohtaiseen toimintaan sekä henkilökohtaisiin toimintoihin. Kahden vuoden kuluttua toteutetun seurannan myötä todettiin, että hoitotyön muodon muuttaminen potilaiden jakamisesta hoitajien kesken tiimityötapaan vaikutti kokonaisuudessaan siihen, että välillinen työ sekä osastokohtainen toiminta vähenivät ja välitön työ sekä henkilökohtaisiin toimintoihin käytetty aika lisääntyivät kaikkien hoitotyöntekijöiden keskuudessa parin prosentin verran. Tutkijat totesivat tiimityötavan vaikuttavan potilaiden hoitoaikaan positiivisesti. (Walker–Donohue–Mitten-Lewis 2007, 99.)

Hoidon luokitteluun perustuva menetelmä kuvaa potilaan tarpeita ja kompleksisuutta eli painotus ja työajan jaottelu potilasta kohden luokitellaan olemassa olevan työvoiman mukaisesti. Tässä metodissa potilasmäärän hallinta sovitetaan määritettyihin potilaan hoitoisuusluokituksiin optimaalisen henkilöstömäärän määrittelemiseksi. Tämän menetelmän on todettu soveltuvan parhaiten esimerkiksi leikkausosastoille, joissa on nopea potilaskierto. (Burnett–Klaiman 2009, 17, 21; Human Capital Alliance 2006, 18.)

Suomalaisten kehittämä RAFAELA -potilaiden luokittelusysteemi edustaa hoidon luokitteluun perustuvaa arviointimenetelmää. RAFAELA-järjestelmä muodostuu kolmesta osiosta: OPC:stä (Oulu Patient Classification) eli potilaiden luokittelusta, hoitajaresursseista sekä PAONCIL:sta (Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level) eli hoitajaresurssien suhteesta potilaiden hoidon tarpeeseen ja hoitotyön vaativuuteen. Sen perustavoitteena on vertailla yhteyttä luokitellun hoitoisuuden ja hoitajien arvioiman mahdollisuuden välillä tyydyttää potilaiden hoidon tarvetta (Partanen 2002, 34). RAFAELAN reliabiliteettia ja käytettävyyttä on arvioitu suomalaisissa

sairaaloissa ja sen on todettu olevan luotettava työkalu henkilöstön suunnitteluun, budjetointiin sekä kustannusten laskemiseen. (Rainio–Ohinmaa 2004, 676–681.) Rainio ja Ohinmaa (2004) ovat tutkimuksessaan selvittäneet RAFAELA-järjestelmän soveltuvuutta hoitohenkilöstön resurssien hallintaan. Tutkimustulokset kertovat muun muassa sen, että RAFAELA soveltuu hoitotyön intensiteetin ja hoitajien lukumäärän suhteen mittaamiseen erilaisilla osastoilla, se osoittaa osastojen välisiä eroja resurssitarpeissa ja lisäksi se kertoo osaston resurssikustannusten kulloisistakin säästöistä tai kuluista. Tämän pohjalta hoitohenkilöstön resurssien oikea kohdentaminen ja hoitotyön laadun takaaminen vaikuttavat niin terveydenhuollon tuottavuuteen kuin kustannusten hallintaan.

Diagnoosipohjainen tai tapauskohtainen menetelmä määrittelee työmäärää potilaan kliinisen diagnoosiryhmän mukaisesti. Tästä menetelmästä on todettu, että työvoiman käytettävissä olevan työntekijän käytön vaatimukset verrattuna eri diagnoosikategorioihin saattaa olla kiistanalaista. (Burnett–Klaiman 2009, 18; Human Capital Alliance 2006, 18.)

Liz Mitchell (2008, 119–126) on tutkinut ICF-luokituksen käyttöä skotlantilaisten fysioterapiatapauksien kuvaamisessa kansallisen tilastotiedon valossa. Hän toteaa, että vuonna 2005 vain harva skotlantilainen fysioterapeutti käytti ICF-luokitusta tai oli edes tietoinen sen olemassaolosta. Hän käytti tutkimuksessaan ylätasoa ICF-koodistoa yhden päivän aikana kerätyn web-pohjaisen kyselyn lähtökohdaksi ja tämän perusteella totesi, että fysioterapeutit osaavat käyttää ylätasoa luokkiin perustuvaa ICF-koodistoa, mutta eivät hallitse varsinaisen ICF-luokituksen käyttöä. Tämä kuitenkin riittää tuottamaan kansallista tilastotietoa fysioterapiatapauksista ja maailmanlaajuisestikin selvittämään fysioterapian trendejä.

Schoo ym. (2008) ovat selvittäneet, kuinka arviointimenetelmät määrittävät kuntoutusalan ammattilaisten työmääriä ja henkilöstömitoitusta. Tutkimus osoitti, että eri arviointimenetelmillä suoritettavat selvitykset tuottavat hyvinkin erilaisia tuloksia henkilöstömitoituksesta. Arviointimenetelmän valinnassa tulisi huomioida sen käytön yksinkertaisuus eli valitulla menetelmällä tulee olla mahdollista hyödyntää olemassa olevia tilastoja, sen tulee olla teknisesti hyväksyttävä eli menetelmä huomioi tehtävän resursointiin liittyviä tekijöitä,

sen on oltava helppotajuinen eli esimerkiksi poliittiset päättäjät ymmärtävät terveydenhuoltoalan arviointimenetelmien tuloksia ja lisäksi sen tulee olla joustava eli arviointimenetelmän on oltava muunneltavissa esimerkiksi hoitoketjujen muuttuessa. Tutkijat totesivat, että toimintatapaan perustuva arviointimenetelmä on laajimmin käytetty menetelmä terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. (Schoo ym. 2008, 549, 553.)

Edellä mainittuja henkilöstömitoituksen arviointimenetelmiä on myös käytetty seuraavassa osiossa esitellyn Kanadan terapiahenkilöstömitoitusmallin kehittämisen pohjana.

3.3 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Kansallisesti fysioterapeuttien henkilöstömitoituksesta ei ole tehty tieteellistä tutkimusta. Tutkimustietoa tarvitaan fysioterapiahenkilöstön määrän ja rakenteen, fysioterapian laadun sekä myös työhyvinvoinnin yhteyksien selvittämiseksi, koska väestö ikääntyy, terveydenhuollon palvelujen tarve kasvaa ja fysioterapeuttien eläköityminen lisäävät palveluita tuottavan henkilöstön tarvetta. Mikäli fysioterapeuttien henkilöstömitoitukselle saataisiin yhteneväiset raamit, tältä osin pystyttäisiin vastaamaan Kaste-hankkeen 2012–2015 tavoitteeseen eli edistettäisiin sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön riittävyttä ja kehitettäisiin sen osaamista. Henkilöstövoimavarojen johtamisen ja henkilöstöressurssien suunnittelun tulee perustua tutkittuun näyttöön, jotta fysioterapian resurssien kohdentaminen niin potilaiden tarpeiden kuin fysioterapia-toiminnan kannalta on järkevää.

Henkilöstömitoitus ei ole pelkkä irrallinen lukuarvo ja fysioterapeuteille yhteisen henkilöstömitoitusstandardin luominen on haasteellista johtuen esimerkiksi toimintaympäristöjen erilaisuudesta ja potilaan kuntoutuksen tarpeesta. Hoitotyön henkilöstömitoituksen arviointiin on käytettävissä erilaisia arviointimenetelmiä. Eri menetelmiä hyödyntämällä on mahdollista suunnitella hoitotyössä tarvittavien henkilöiden määrä ja koulutustaso, jolla voidaan tuottaa laadukkaat hoitotyön palvelut tietyille potilasmäärälle. Mielestäni hoitotyön arviointimenetelmiä on soveltuvin osin mahdollista käyttää myös fysioterapeuttien henkilöstömitoitusta arvioitaessa. Menetelmän valinnassa on otettava huomioon muun muassa toimintaympäristö, potilaiden määrä sekä potilaan kuntoutuksen tarve. Yleisesti terapiatyöhön soveltuvimpana menetelmä-

nä pidetään toimintatapaan perustuvaa arviointimenetelmää. Mielestäni hoidon luokitteluun perustuva menetelmä voisi puolestaan toimia sovellettuna esimerkiksi vuodeosastoilla toimivien fysioterapeuttien kohdalla ja erityisesti niillä osastoilla, joilla on nopea potilaskierto.

4 KANADAN TERAPIAHENKILÖSTÖMITOITUSMALLI

4.1 Kanadan terapiahenkilöstömitoitussmallin taustaa

Kanadan toimintaterapeutti-, fysioterapeutti- ja puheterapeuttiliitot ovat vastanneet lisääntyviin vaatimuksiin tuottamistaan palveluista, työntekijöiden rekrytoinnista ja palvelutasojensa säilyttämisestä kehittämällä terapiahenkilöstötarpeen arviointimallin (tässä työssä nimitetty *Kanadan terapiahenkilöstön mitoitussmalli*) yhteistyössä Kanadan terveysministeriön kanssa. Kaksi-vuotisen kehittämissuorituksen (2009–2011) johtamisesta vastasi erikseen nimetty ohjauslautakunta ja sen tehtäviin kuului näyttöön perustuvan synteessin luominen taustamateriaalista, palautteen kerääminen online-tutkimuksesta, mitoitussmallin pilottikäytön selvittäminen sekä kolmesta ammattikunnasta koostuvan ohjausryhmän työskentelyn valvonta. (CAOT 2011b; CAOT 2012.)

Kanadan terapiahenkilöstön mitoitussmallin tarkoituksena on toimia näyttöön perustuvana sekä strukturoituihin näkökohtiin pohjautuvana menetelmänä, joka on suunniteltu tukemaan yksittäisiä ammattiryhmiä, organisaatioita, terveydenhuollon viranomaisia sekä päätöksentekijöitä määrittämään tarkoituksenmukaista henkilöstömitoitusta monimuotoisissa palvelukonteksteissa. Yksi tärkeimmistä lähtökohdista on myös ollut tuottaa ohjeita, joilla hyödynnetään niukkoja henkilöstövoimavaroja kustannustehokkaasti. (CAOT, 2012.)

Kanadalaiset terapeuttijärjestöt ovat kiinnittäneet huomiota siihen, että globaalien budjettien tasaisesti pienentyessä on terveydenhuoltoalan ammattikuntien työvoiman suunnittelutarpeissa asiakkaiden ja väestön terveys- tarpeet huomioitu niukalti. Nykyistä tilannetta tai olemassa olevia lukuja kustannuksista on käytetty pääasiallisina standardeina huolimatta terapeuttien raportoimista lisääntyneiden kompleksisten terveysongelmaisten potilaiden määristä. Tämä tilanne johtaa vähitellen terapeuttien rekrytoinnin ja henkilöstön työssä pysymisen ongelmiin sekä potilaiden kokemien jonotusaikojen pidentymiseen ja hoitoon pääsyn viivästymisiin. (CAOT, 2012.)

Kanadan terapiahenkilöstön mitoitussmallin päätehtävänä on edesauttaa terveydenhuoltoalan ammattilaisten asiantuntemuksen kehittymistä. Henkilöstövoimavarojen hallinnan ensisijaisena tehtävänä on helpottaa rekrytointia, hillitä työntekijöiden poistumaa alalta, tukea ammattitaitoisen henkilöstön jak-

samista työssään ja nopeuttaa potilaiden hoitoon pääsyä. (Burnett–Klaiman 2009, 4; CAOT 2012.)

Kanadan fysioterapeuttiliitto on vuonna 2006 antanut lausunnon henkilöstötarpeen arvioinnin ja hallinnan linjauksesta, joka peilaa fysioterapiapalveluiden monimuotoisuutta, potilasmateriaalin moninaisuutta sekä palvelujen tuotantotapojen vaihtelevuutta. Tämän mukaan henkilöstötarpeen arvioinnin suosituksia pitäisi soveltaa erityisesti yksityisten fysioterapeuttien tarjoamiin palveluihin ja tätä kautta turvata palvelujen käyttäjille vastuullista sekä avointa fysioterapiaa. Konteksti Kanadan terapiahenkilöstön mitoitusmallin käyttöön perustuu laajaan terveyden määritelmään, jonka WHO on vuonna 1948 määritellyt seuraavasti; Terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, ei vain taudin tai vaivan puute. Tämä termi soveltuu mihin tahansa terveydenhuollon tai sosiaalisen ympäristön yhteyksiin, kuten sairaaloihin ja kouluihin. Koska Kanadan terapiahenkilöstön mitoitusmalli tukee terveyteen perustuvaa toimintaa toisin kuin taudin poissaoloa, se on ihanteellinen työkalu kuntoutuksen ammattilaisille. (Burnett–Klaiman 2009, 12; CAOT 2012.)

Kanadan terapiahenkilöstön mitoitusmallin suunnittelua koordinoivan työryhmän suorittaman kirjallisuuskatsauksen pohjalta on tehty yhteenveto, jossa todetaan, että henkilöstötarpeen hallinnassa on huomioitava potilaiden ominaisuudet (diagnoosi, vaativuus, kompleksisuus, väestön terveystarpeet ja potilaiden väestötiedot), terapeutin ominaisuudet (kokemus ja työtehtävät), organisaation ominaisuudet (tarjotut palvelut, organisaation tyyppi ja koko sekä saatavilla olevat resurssit), hoidon ominaisuudet (suunnitelma ja toistuvuus, arviointi ja hoidon suunnitelma) sekä potilaan lopputulos (potilastyytyväisyys). (Burnett–Klaiman 2009, 14–15.)

Kanadan terapiahenkilöstön mitoitusmallin pohjaksi on valittu neljä henkilöstötarpeen arviointimenetelmää, koska niiden on todettu kuvaavan kehitettyjen menetelmien moninaisuutta ja lähestymistavat ovat hyvin sovellettavissa Kanadan kontekstiin. Nämä on esitelty tarkemmin luvussa 3.2 ja ovat siis suhdelukuun, toimintatapaan, hoidon luokitteluun sekä diagnoosipohjaiseen menetelmään perustuvat metodologiat. Kokonaisuudessaan Kanadan terapiahenkilöstön mitoitusmallista on pyritty kehittämään helposti sovellettavissa

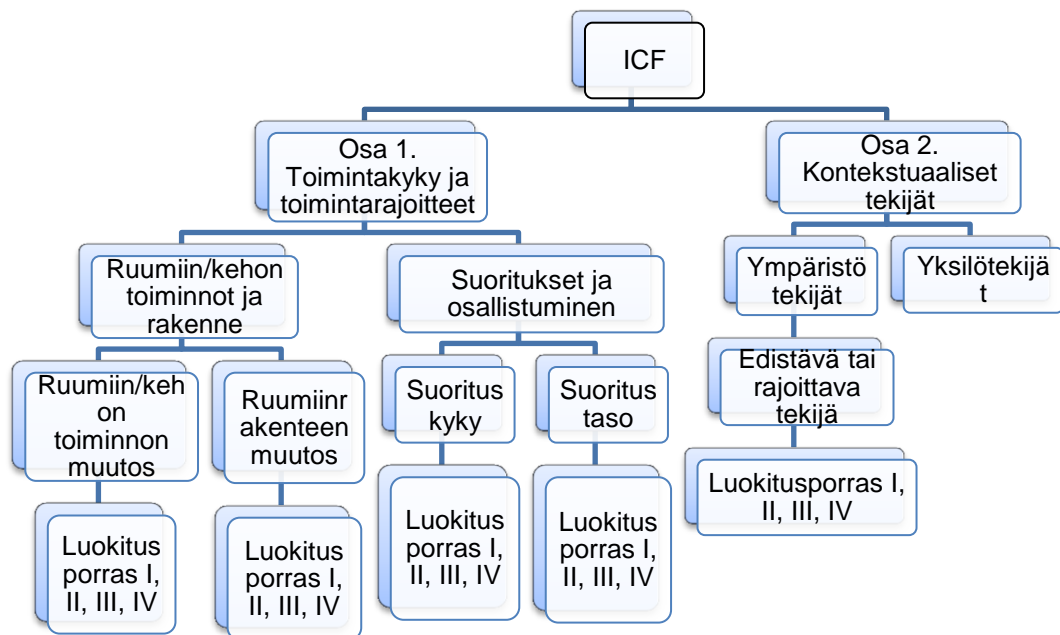
oleva sekä joustava käyttää moninaisissa palveluympäristöissä. Kanadan terapiahenkilöstön mitoitusmalliin kuuluu 1) potilasryhmien luokittelu ICF:n mukaisesti, 2) potilasryhmäkohtaisten interventioiden arviointi, 3) arvio interventioon käytettävästä ajasta, 4) määrittäminen käytettävissä olevasta henkilöstöresurssista ajassa, 5) yhteensovitus potilasryhmäkohtaisten interventioiden aikavaatimuksista ja käytettävissä olevista ajassa mitatuista henkilöstöresursseista, 6) prosessin ja tiedonkeruun arviointi sekä 7) tulosten ja kokemusten jakaminen. (Burnett–Klaiman 2009, 4, 16–22.)

Kanadan terapiahenkilöstön mitoitusmallin työryhmä on esittänyt, että terapiahenkilöstötarpeen arviointityökalun tulisi: 1) olla joustava ja mukautuvainen tilannevaihteluihin, 2) ottaa huomioon kompleksisen potilaskohtaisen palvelutarpeen, 3) kuvata palveluita väestön terveyden näkökulmasta, 4) ottaa huomioon palvelun tuottajalta vaadittavan osaamistason sekä kokemuksen, 5) olla yksinkertainen käyttää, 6) sisältää lähestymistavan eri ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä palvelun tuottamisessa, 7) sisältää luokittelujärjestelmän potilaan toimintakykyisyyden ja palvelutarpeen arviointiin, esimerkiksi ICF, 8) pohjautua näyttöön perustuviin toimintatapoihin ja hyviin käytäntöihin sekä 9) huomioida organisaation resurssit ja palvelujen tuottamistavat (Burnett–Klaiman 2009, 31).

Koska Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus eli **ICF-luokitus** (International Classification of Functioning, Disability and Health) on olennainen osa Kanadan terapiahenkilöstön mitoitusmallia, avaan käsitettä tässä kohdassa.

ICF-luokitus on tullut voimaan vuonna 2001, jolloin WHO:n yleiskokous hyväksyi sen korvaamaan aiemman luokituksen (ICIDH eli Vaurioiden, toiminnanvajavuuksien ja haittojen kansainvälisen luokituksen). ICF-luokitus on kansainvälinen standardi, joka kuvaa väestön toimintaedellytyksiä eli niin toimintakykyä kuin toimintarajoitteitakin sekä lääketieteellisen terveydentilan profiileja. Se ei kuitenkaan ota millään tavalla kantaa etiologiaan. ICF kuvaa biopsykososiaalisesti ihmisen toimintakykyä. Luokituksella saadaan kerättyä tietoa väestön terveydestä kansainvälisellä tasolla ja sitä on mahdollista hyödyntää niin terveydenhuoltojärjestelmien toiminnan arvioinnissa kuin toimintaohjelmien luomisessakin. (STAKES 2004, 3-4, 6, 21.)

ICF-luokituksen tavoitteena on toiminnallisen terveydentilan nimissä tieteellisesti tutkia sitä ja sen vaikutuksia, luoda yhteinen kieli parantamaan käyttäjäryhmien (terveydenhuollon ammattilaiset, tutkijat, päättäjät ym.) välistä viestintää, mahdollistaa tietojen vertaaminen eri maiden ja eri palveluiden välillä sekä tarjota järjestelmällinen koodausmenetelmä terveydenhuollon tietojärjestelmiä varten. Luokitus siis mahdollistaa minkä tahansa lääketieteellisen terveydentilan yhteydessä yksilön toiminnallisen terveydentilan kuvaamisen, johon on yhdistetty myös ympäristötekijät. ICF on ideaali moniammatilliseen toimintaan. Se muodostuu kahdesta osasta, joista ensimmäinen osa sisältää toimintakykyyn ja toimintarajoitteisiin liittyviä tekijöitä ja toinen osa kontekstuaalisia tekijöitä. Osa 1 jakaantuu kahteen eri osa-alueeseen eli ruumiin/kehon luokituksiin ja suoritusten/osallistumisen luokituksiin. Osa 2 puolestaan sisältää ympäristötekijöiden ja yksilötekijöiden osa-alueiden luokitukset. ICF-luokituksen rakenne käy ilmi kuviosta 1. (STAKES 2004, 5-9.)



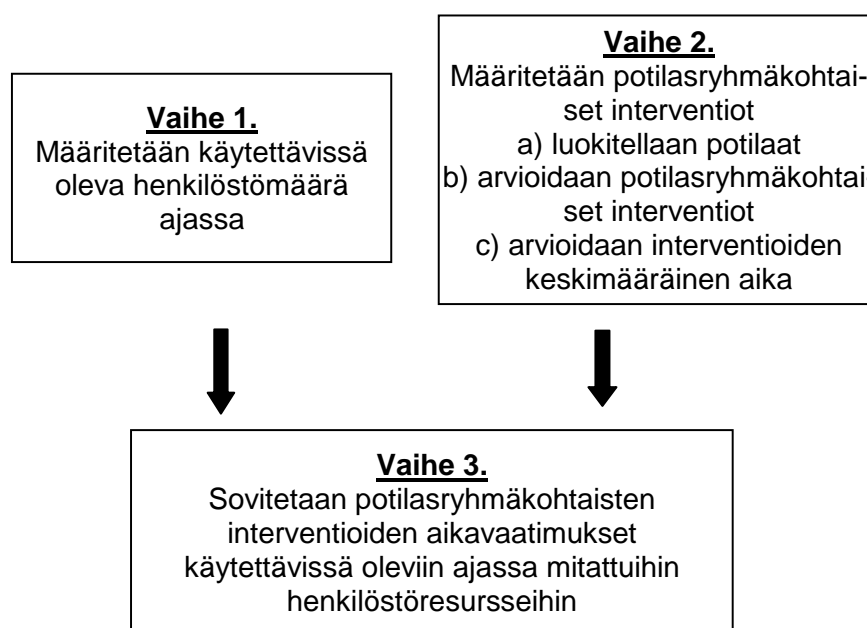
Kuvio 1. ICF-luokituksen rakenne (STAKES 2004, 211).

ICF ei ole mittari vaan käsitteellinen runko, jonka avulla määritellään yksilön toimintakykyä. Se ei luokittele ihmisiä millään tavalla. ICF-luokitusta käytetään demonstroimaan terveysongelmien kompleksisuutta ja kuntoutuksessa sitä hyödynnetään jäsentämään potilaan ongelmia, kuvaamaan itse kuntoutusta sekä saavutettujen tulosten tarkastelemiseen. Luokitus sisältää terveyden lääketieteellisen ja sosiaalisen näkökulman käsittäen niin yhteiskunnalli-

sen- kuin ympäristökontekstinkin. Nämä aspektit ovat suhteellisen relevantteja kuntoutuksen piirissä olevien henkilöiden osalta, koska monasti heillä on useita terveydellisiä ja elämäntyyliin liittyviä rajoituksia. ICF:n käyttöön liittyen ero aktiivisuuden ja osallisuuden välillä on jokseenkin epäselvä ja vapaa muuttuville tulkinnoille. (Mitchell 2008, 119; NARI 2004, 28.)

4.2 Kanadan terapiahenkilöstömitoitusmalli käytännössä

Kanadan terapiahenkilöstön mitoitusmalli ohjaa käyttäjiään strukturoidun prosessin kautta määrittämään joko potilaiden määrän, jonka yksittäinen terapeutti pystyy hoitamaan tehokkaasti tai toisaalta terapeuttien määrän, joka tarvitaan hoitamaan tietyt suoritteet. Työkalu koostuu kolmivaiheisesta prosessista (Kuvio 2), jossa sovitaan potilasryhmäkohtaiset interventioiden aikavaatimukset käytettävissä oleviin ajassa mitattuihin henkilöstöresursseihin. (CAOT, 2011a.) Prosessin läpivieminen on avattu tarkemmin liitteessä 1 esimerkkeineen. Liite on suomentamani versio alkuperäisestä kanadalaisten luomasta Excel-pohjaisesta lomakkeesta.



Kuvio 2. Mukailtu käännös Canadian Association of Occupational Therapist 2011 – raportin mukaan (CAOT 2011a).

Työkalu on tarkoitettu käytettäväksi ensisijaisesti esimiehille, jotka suunnittelevat ja kohdentavat henkilöstöresursseja. Kliinikot voivat käyttää työkalua testatakseen ja reflektoidakseen potilasmäärien ja käytännön hallintaa sekä

yhteistyössä johtajien kanssa keskustellessaan strategioista, kuinka työ-
määrän intensiteettiä tulisi kohdentaa. Työkalu soveltuu Kanadan terveyden-
huollon henkilöstölle, jotka työskentelevät niin yksilö- kuin ryhmäterapian pa-
rissa. Se antaa keskiarvon objektiivisesta ja näyttöön perustuvasta tiedosta,
joka viestii interventioajan ja potilaiden tulosten suhteesta. Kliinikoita ja johta-
jia on vahvasti rohkaistu käyttämään työkalua ja jakamaan kokemuksiaan
siitä. Tämä takaisi sen, että sen merkityksellisyys, tarkoituksenmukaisuus ja
käytettävyys mahdollistavat sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamien palvelu-
jen korkean laadun sekä vakaan hoidon Kanadan kansalaisille. (CAOT
2011b.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyöni tavoitteena on kerätä tietoa Kanadan terapiahenkilöstön mitoitusmallin käyttökelpoisuudesta fysioterapian henkilöstömitoituksen arvioinnin välineenä.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää, miten Kanadan terapiahenkilöstön mitoitusmallilla toteutetun pilottitutkimuksen avulla saatua tietoa voidaan hyödyntää vuodeosastoilla toimivien fysioterapeuttien henkilöstömitoituksen suunnittelun ja seurannan näkökulmasta suomalaisessa erikoissairaanhoidon fysioterapiayksikössä. Aikaisemmat tutkimukset kohdentuvat hoitohenkilöstön mitoituksiin, joten tämän tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää ammattikuntaamme koskevien resurssien oikeanlaisessa suunnittelussa ja kohdentamisessa erilaisissa työyksiköissä.

Tutkimustehtävät:

1. Miten Kanadan terapiahenkilöstön mitoitusmalli soveltuu fysioterapeuttien henkilöstömitoituksen suunnittelun ja arvioinnin työkaluksi suomalaisessa erikoissairaanhoidon fysioterapiayksikössä?
2. Millaisia kokemuksia erikoissairaanhoidon vuodeosastojen fysioterapeuteilla on Kanadan terapiahenkilöstön mitoitusmallin käytöstä?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmetodi

Tämän tutkimuksen tieteellinen lähestymistapa on laadullinen. Laadullisesta tutkimuksesta on todettu, että sillä pyritään kuvaamaan jotain todellista ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. Tavoitteena laadullisessa tutkimuksessa on merkitysten korostaminen ja arvoituksen ratkaiseminen. (Alasuutari 2011, 53; Hirsjärvi–Remes–Sajavaara 2002, 152; Kiviniemi 2010, 70; Kylmä–Juvakka 2007, 28; Tuomi–Sarajärvi 2009, 70, 87.) Valitsin laadullisen tutkimusmenetelmän, koska kuvaan tutkimuksessani Kanadan terapiahenkilöstön mitoitussmallia. Kyseinen malli on Suomessa tällä hetkellä kohtuu tuntematon fysioterapeuttien henkilöstömitoituksen määrittämisen väline. Laadullisen tutkimuksen tavoitetilan saavuttamiseksi olen pyrkinyt nivomaan aineiston keruun sekä analysoinnin mahdollisimman kiinteästi toisiinsa tutkimuksen edetessä.

Tapausten käsitteleminen kuuluu kaikkiin empiirisiin tutkimuksiin. (Kvali-MOTV 2012; Laine–Bamberg–Jokinen 2007, 9-10, 31; Leino 2007, 214,218; Saarela-Kinnunen–Eskola 2001, 159, 163; Woodside 2010,1.) Tämän tutkimuksen tutkimussuuntaus on tapaustutkimus. Tapaustutkimuksessa tarkastellaan yleensä vain yhtä tiettyä tapausta tai pientä joukkoa tapauksia. Ominaista on, että se lisää tutkittavana olevan ilmiön ymmärrystä ja lisäksi tapaustutkimuksen avulla voidaan laajentaa aiempia ilmiöitä (Laine ym. 2007, 9, 19). Tutkimuksessani pyrin kuvaamaan kanadalaisten kehittämää terapiahenkilöstömitoitussmallia, jotta sen kokonaisvaltainen ymmärtäminen ja soveltaminen käytäntöön onnistuisivat esimerkiksi esimiesten toimesta sujuvammin suomalaisissa fysioterapiayksiköissä.

Tutkijan ammattitaidosta kertoo teorian ja empirian yhteyksien hahmottaminen, joka on erityisen olennaista tapaustutkimuksen toteutuksessa. Teorian määrittely ohjaa tapausten valintaa, kun taas empiirinen konteksti on osa tutkimuskohdetta. (Laine–Peltonen 2007, 107; Saarela-Kinnunen–Eskola 2001, 168; Woodside 2010, 11.) Tutkimuksessani pyrin löytämään teorian ja empirian yhteyden sekä tutkimukseen liittyvän teorian testaamisen, jotta tutkimus olisi kokonaisuudessaan laadukas. Tosin hienoista haparointia koin tutkimus-

ta tehdessäni näiden yhteyksien hahmottamisessa. Tämä mielestäni viestii vähäisestä kokemuksestani tutkimuksen tekijänä.

6.2 Aineiston keruu

Eskolan ym. (2008, 60) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tutkija joutuu jo aineistoa kootessaan pohtimaan aineiston määrän lisäksi aineiston teoreettista merkitystä tutkimusongelman suhteen. Aineiston keruuta tulee myös tarvittaessa mukauttaa tutkimusprosessin aikana tapahtuvien muutosten mukaisesti esimerkiksi tutkimustehtävien osalta. Tapaustutkimuksessa on huomioitavaa, että tutkimustehtävät määrittävät aineiston hankintaa. (Häikiö-Niemenmaa 2007, 50; Kiviniemi 2010, 76; KvaliMOTV 2012).

Yksi laadullisen tutkimuksen yleisimmistä aineistonkeruumenetelmistä on haastattelu. Teemahaastattelu etenee etukäteen valittujen keskeisten teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten kautta. Nämä etukäteen valitut teemat nousevat esiin tutkimuksen viitekehuksesta. Tutkimusaineistoni hankkimiseen käytin puolistrukturoitua teemahaastattelua (liite 3). Perusteena tämän metodin käytölle oli pyrkimys löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin peilaten. (Tuomi–Sarajärvi 2009, 75–77.) Haastattelun valintaa puolsi se, että se on menetelmänä joustava ja haastatteleamalla saisin mahdollisimman monipuolista tietoa tutkimastani aiheesta. Haastattelutilanteessa kysymyksiä voidaan toistaa ja ne voidaan esittää haastattelijan parhaaksi katsomassa järjestyksessä. Onnistuneen haastattelun edellytyksenä voidaan pitää myös sitä, että haastattelu on etukäteen suunniteltu. (Eskola–Suoranta 2008, 85; Hirsjärvi ym. 2002, 191; Kylmä-Juvakka 2007, 79).

Koska sovin haastateltavieni kanssa haastatteluajankohdasta ja -aiheesta etukäteen, koen, että haastattelun eettisen näkökulman huomioiminen toteutui tältä osin asianmukaisesti. Haastattelin tutkimustani varten Fysiatrian osastonhoitajaa sekä kahta palveluyksikön eli vuodeosastojen puolella toimivaa fysioterapeuttia. Toinen fysioterapeuteista toimi neurokirurgian vuodeosastolla ja toinen sisätautien sekä syöpätautien vuodeosastolla. Haastateltavat valikoituivat tutkimukseen vapaaehtoisuuden pohjalta. Vapaaehtoisuutta pidetäänkin Hirsjärven ym. (2002) mukaan ihanteellisena tutkimukseen

osallistumisen kriteerinä. Tunnen haastateltavat entuudestaan, koska työskentelen heidän kanssaan samassa työyhteisössä.

Tutkimushaastattelun suoritin ryhmähaastatteluna henkilökohtaisessa tapaamisessa haastateltavien työpaikalla tammikuussa 2013. Fysioterapeutit olivat täyttäneet tammikuussa 2013 yhden työviikon ajan oman työnsä ohella Kanadan henkilöstömitoitukseen liittyvää lomaketta ICF:n osalta ammattilaisen näkökulmasta (Liite 1, vaiheet 2A(b) ja 2A(c)). Heillä oli käytössään sekä englanninkielinen että suomentamani Excel-pohjainen lomake ja ensisijaisesti heidät oli ohjeistettu täyttämään suomennettua versiota. Nauhoitin tutkimushaastattelun digitaalisella Olympus WS-100 – nauhurilla ja haastattelutilanne kesti kokonaisuudessaan 29 minuuttia. Haastattelun jälkeen kuuntelin keräämäni haastatteludatan useaan otteeseen ja litteroin sen sana sanalta. Tämä tapahtui myös tammikuussa 2013 eli välittömästi haastattelun jälkeen. Vilkan (2005,116) mukaan litteroinnin tarkkuudessa on kysymys tutkimuksen luottamuksellisuudesta. Tutkimukseni luotettavuuden lisäämiseksi litteroin haastattelun sanatarkasti. Litteroitua tekstiä kertyi kaikkiaan yhdeksän A4 – sivullista.

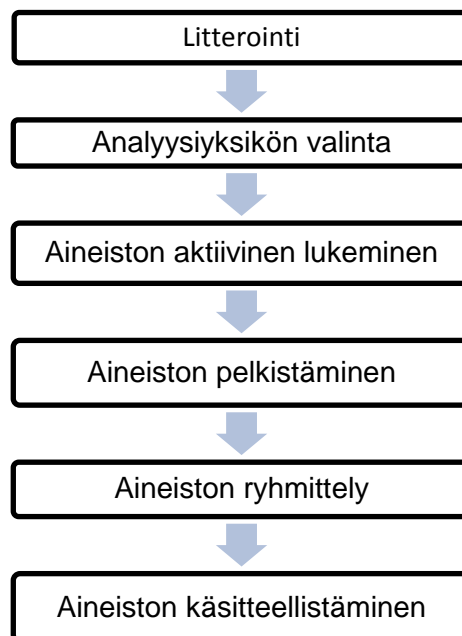
6.3 Aineiston analyysi

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 108) ovat todenneet, että laadullisessa aineistossa analyysiä tehdään tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. Aineiston selkeyttäminen, yksittäisten ilmiöiden merkitysten tulkitseminen sekä uuden tiedon luominen tutkittavasta asiasta ovat pääasialliset tavoitteet laadullisen aineiston analyysille (Eskola–Suoranta 2008, 137; Kurunmäki 2007, 87; Kylmä–Juvakka 2007, 112).

Käsittelin keräämäni tutkimusaineiston sisällönanalyysimenetelmällä. Sisällönanalyysin tavoitteena on saada tutkittavasta aineistosta kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Tuomi–Sarajärvi 2009, 103; Vilka 2005, 140). Tapaustutkimuksen aineistoanalyysin ominaispiirteenä pidetään aineistolähtöistä eli induktiivista analyysiä, joka ryhmitellään pääsääntöisesti kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen informaatio pois, toisessa vaiheessa aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi ja kolmannessa vaiheessa luodaan tiivistetty kuvaus tutkimuk-

sen kohteena olevasta ilmiöstä. (Kylmä–Juvakka 2007, 113; Saarela-Kinnunen – Eskola 2001, 159; Tuomi–Sarajärvi 2009, 108–109.)

Tässä tutkimuksessa käytin siis induktiivisen sisällönanalyysin menetelmää aineiston analysoinnissa (Kuvio 3). Ennen analyysin aloittamista sisällönanalyysissä tulee määrittää analyysiyksikkö. Aineiston laatu ja tutkimustehtävät määrittävät analyysiyksikön, joka voi esimerkiksi olla yksittäinen sana tai lauseen osa. (Kyngäs–Vanhanen 1999, 5; Latvala–Vanhanen-Nuutinen 2001, 25; Tuomi–Sarajärvi 2009, 110.) Litteroitua tekstiä lukiessani päädyin siihen, että tässä tutkimuksessa tarkoituksenmukaisena analyysiyksikkönä toimii lauseen osa.



Kuvio 3. Analyysiprosessi. (Mukaillen Tuomi–Sarajärvi 2009, 109.)

Analysointini alkoi haastatteluaineiston kuuntelulla ja litteroidun materiaalin reflektiivisellä lukemisella useaan kertaan, jonka päämääränä oli saada aineisto järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. Tämän jälkeen aloitin aineiston pelkistämisen eli redusoinnin. Redusointivaiheessa tavoitteena on tiivistää merkitykselliset ilmaisut niin, että niiden olennainen sisältö säilyy (Kylmä–Juvakka 2007, 117; Latvala–Vanhanen-Nuutinen 2001, 28; Tuomi–Sarajärvi 2009, 109). Seuraavaksi ryhmittelin eli klusteroin aineiston etsimällä siitä samankaltaisuuksia kuvaavia ilmauksia ja ryhmittelin nämä ilmaukset alaluokiksi. Kylmä ja Juvakka (2007, 118) toteavat, että ryhmittelyssä tulee koko ajan arvioida, miten pitkälle aineistoa kannattaa ryhmitellä, jotta tulosten informaatio

tioarvo ei vähene. Koen pystyneeni rajaamaan ryhmittelyyn kohtuullisesti ja näin ollen saadut arviot tuloksista pysyivät riittävän informatiivisina. Kolmannessa vaiheessa suoritin aineiston käsitteellistämisen eli abstrahoinnin. Tälle vaiheelle ominaista on luokitusten yhdisteleminen eli yläluokkien muodostaminen (Latvala–Vanhanen-Nuutinen 2001, 29; Tuomi–Sarajärvi 2009, 111).

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Kanadan terapiahenkilöstömitoitusmallin soveltuvuus fysioterapeuttien henkilöstömitoituksen arvioinnin työkaluna

Haastateltavien käsitykset kanadalaisen terapiahenkilöstön mitoituksmallin soveltumisesta fysioterapeuttien henkilöstömitoituksen kartoittamiseen perustuivat heidän kokemuksiinsa viikon mittaisesta mittarin käytöstä. Heidän mielestään kanadalaisten laatima työkalu on soveltuvuin osin käyttökelpoinen vuodeosastoilla toimivien fysioterapeuttien henkilöstömitoitusta kartoitettaessa.

”...siinä on just ne olennaiset asiat...”

”...se on varmaankin suuntaa antava...”

”...ei se oo niinkö, et sitä vois mustavalkoisesti tai läpät silmillä lukkee...”

”...antaa kuitenkin niinku sitä ajattelemisen aihetta jokkaiselle, et täytyy niinku arvioida omaa työtään...”

Haastateltavien mielestä henkilöstömitoituksen työkalulla saadaan arvioitua työajan käyttöä, mutta toisaalta tämä käy ilmi myös työpäivän tilastoinneista. Myös työntekijöiden erilaisten toimintatapojen huomattiin vaikuttavan potilastyöhön käytettyyn työaikaan.

”...kuvastaa, mitä sitä on päivän aikaan tehty...”

”...kuka käyttää potilaaseen enemmän aikaa ja toinen käyttää samantyyppiseen potilaaseen vähemmän aikaa...”

”...välitön työ siihen potilaaseen, niin toisella kestää huomattavasti kauemmin...”

Haastateltavat kokivat myös kuormittuneisuuden tulevan ilmi, kun he täyttivät henkilöstömitoituksen arviointiin suunniteltua lomaketta. He pitivät hyvänä, että kuormittuneisuutta on mahdollista selvittää muutoinkin kuin pelkästään ajallisesti. Yksikin vaativampi potilas muiden joukossa lisää kuormittuneisuutta. Samoin se, että kuormitus voi vaihdella päivittäin akuuttisairaalan osastotyössä hyvinkin paljon.

”...päivät ja viikot on erilaisia...”

”...joku vaativa potilas, jonakin päivänä sää pystyt tekkeen vaikka pari terapiakertaa ja menee ajallisesti enemmän, mut seuraavana päivänä se voi olla ihan kuitti ja poikki...”

”...mikä se on ollu se kuormittuneisuus muutenkin kuin ajallisesti...”

”...yks viikko ei sinällään kerro mittään siitä kokonaiskuormituksesta, että varsinkaan näillä meiän osastoilla, ku se kuormitus niin vaihtelee...”

”...ku ne voi olla ihan eri tason potilaita”...

”...ykköstason potilas vaikka neurologisella puolella tai ykköstason potilas kirurgisella puolella...”

”...koska sen tason potilas vie keskimäärin näin ja näin paljon potilasaikaa...”

Haastateltavien käyttökokemusten perusteella heidän mielestään henkilöstömitoitussmallin työkaluun olisi hyvä määrittää erikoisalakohtaiset kriteerit sekä kohdennetut ICF-koodit kullekin osastolle. Tämä takaisi sen, että työkalun käyttö olisi entistä sujuvampaa esimerkiksi määriteltäessä potilaiden vaativuutta vaativuusasteikolla sekä rajaisi ICF-koodeja vähäisemmäksi.

”...kattoo vain niitä tiettyjä kriteeristöjä...”

”...jaotella se, että mikä potilas mihinkä kategoriaan...”

”...poimia jo etukäteen semmosia, mitä olettaa, että tietyllä osastolla tarvii...”

”...ettei aina lävähä ne kaikkii siihen ja missä nyt olikaan ne minun koodit...”

Eräs merkittävä haastateltavien tekemä huomio oli se, että työkalusta puuttuu kokonaan kohta, johon voisi merkitä työparityöskentelynä hoidetut potilastilanteet. Varsinkin akuuttisairaalan vuodeosastoilla vaativien potilaiden alkuvaiheen kuntoutukseen vaaditaan kahden, joskus jopa useamman fysioterapeutin työpanos. Tämä lisäisi osaltaan potilaan vaativuusasteikon paikkansapitävyyttä.

”...paljon noita just johon kahestaan mennään...”

”... lisäksi se, että tarviiko siihen toista terapeuttia mukkaan...”

7.2 Fysioterapeuttien kokemukset Kanadan terapiahenkilöstön mitoitustumallista

Fysioterapeuttien subjektiivisten kokemusten huomioimista korostettiin. Työyhteisön työntekijät kokevat asioita eri tavalla ja toimintatapoja on juuri niin monta kuin on työntekijöitäkin. Erityistä huomiota haastateltavat kiinnittivät kiireen kokemiseen.

”...toisilla on kiire, jos on viisi potilasta ja toisilla on kiire jos on viisitoista...”

”...se yksilö sitä täyttää, että miten se ne asiat kokee juurikin esim. se potilaan hoidon vaativuus...”

”...se vaativuusasteikkokin, niin senhän jokin kokkee sen vähän eri tavalla...”

Haastateltavat eivät kokeneet työkalun käyttöä ja Excel-pohjaisen lomakkeen täyttämistä kovinkaan vaativana. Heidän mielestään lomakkeen täyttäminen oli helpompaa, mitä enemmän sitä teki. Samoin lomakkeen täyttämiseen käytetty työaika väheni, mitä tutummaksi työkalun käyttäminen tuli. Epäilyksen työkalun käytön sujuvuudelle haastateltavat esittivät ikääntyneempien työntekijöiden osalta, jotka eivät ole niin tottuneita tietokoneen ja tietojärjestelmien käyttäjiä.

”...alkuun vei enemmän aikaa...”

”...alkuun ku ei muistanu niitä koodeja, piti aina plärätä se koodisivu...”

”...näkisin, että sen oppis ihan kaikki tekemään...”

”...omaehtoisella opiskelullahan ne kyllä tulee silleen mieleen...”

”...tottunu vähän käyttämään noita ohjelmia ja tietokoneen kanssa pelailemaan...”

8 POHDINTA

8.1 Tutkimustulosten pohdintaa

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää miten Kanadan terapiahenkilöstön mitoitusmallia voidaan hyödyntää fysioterapeuttien henkilöstömitoituksen suunnittelussa ja seurannassa suomalaisessa fysioterapiayksikössä. Tämän tutkimuksen tuottama tieto on uutta tietoa Kanadan terapiahenkilöstön mitoitusmallin soveltuvuudesta sekä fysioterapeuttien kokemuksista mitoitusmallin käytöstä suomalaisessa kontekstissa. Fysioterapeuttien henkilöstömitoitukseen on ilmennyt selkeä tarve erityisesti julkisen sektorin puolella ja saatujen tutkimustulosten pohjalta onkin mahdollista lähteä kehittämään suomalaiseen toimintaympäristöön soveltuvaa fysioterapiahenkilöstön mitoitusmallia.

8.1.1 Kanadan terapiahenkilöstömitoitusmallin soveltuvuus

Tutkimustuloksista käy ilmi, että haastateltavat kokivat Kanadan terapiahenkilöstön mitoitusmallin osittain soveltuvaksi suomalaiseen työympäristöön. Heidän mielestään olennaiset osa-alueet, kuten oman työn arviointi ja työajan käyttö tulevat esiin kyseisellä henkilöstömitoitusmallilla. Pitkäaho (2011, 31) on todennut väitöskirjassaan, että henkilöstömitoitus muodostuu erilaiseksi riippuen toimintaympäristöstä, potilaiden hoidon tarpeesta ja henkilöstön osaamisesta. Koska fysioterapeutin työ on hyvin moniulotteista, on myös henkilöstömitoitukseen kohdistuvat vaateet mielestäni kompleksisia.

Henkilöstömitoitukseen liittyvä työn kuormittavuus käy haastateltavien mielestä ilmi kanadalaisten henkilöstömitoitusmallista. Lindström ym. (2005, 5) ovat määritelleet työkuormituksen tarkoittamaan kaikenlaisia työolosuhteisiin, työn sisältöön, työjärjestelyihin ja työssä tapahtuvaan vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat työtä tekevään ihmiseen. Kuormitustekijät voidaan luokitella yleisesti työhön ja työympäristöön, organisaation toimintakäytäntöihin sekä vuorovaikutukseen liittyviin tekijöihin. Akuuttisairaalan fysioterapeutin työpäivän sujuvuuteen vaikuttavia tekijöitä on useita ja monentahoisia, joten kuormittavuuden sietokyky on olennainen ominaisuus akuuttisairaalassa työskentelevälle.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen (2010b:17) mukaan työkuormituksen hallitseminen edellyttää, että kuormitusta arvioidaan säännöllisesti ja, että kuormitusta on mahdollista säätää työtä ja työoloja kehittämällä sekä ennalta ehkäisevästi että korjaavin toimenpitein. Jotta tämä onnistuisi mahdollisimman matalalla kynnyksellä työn arjessa, tarvitaan kaikille työpaikan toimijoille riittävästi ymmärrystä työkuormituksesta sekä osaamista arviointiin ja työn kehittämiseen liittyen. Kaikkein keskeisin vaatimus on kuitenkin toimiva yhteistyö työpaikalla. Myös työturvallisuuslaki (TTL 738/2002) nojaa vahvasti yhteistoimintaan. Työturvallisuuslakiin on kirjattu työnantajan velvollisuudeksi huolehtia siitä, että työ ei aiheuta haittaa työntekijän fyysiselle tai psyykkiselle terveydelle. Työpaikoilla tarvitaan ymmärrystä ja taitoja, joiden avulla voidaan noudattaa työturvallisuuslakia ja säädellä työkuormitusta entistä paremmin osana jokapäiväistä työskentelyä ja sen johtamista. Henkilöstömitoituksen suunniteluun tämä antaa mielestäni esimiehille haasteen, sillä säädettyjen lakien vaatimukset ja yhteistoiminnan huomioiminen moninaisen työyhteisön keskuudessa ei välttämättä ole helppoa.

Työparityössä on pohjimmiltaan kyse työntekijän arvoista, asenteista, tavasta sekä tyylistä tehdä ja toimia (Seinä–Helander 2007, 7- 8). Haastateltavat kertoivat, että fysioterapeutit tekevät vuodeosastoilla varsin paljon työparityötä. Työparityöskentelyä pidetään yhtenä keskeisenä tulevaisuuden toimintamuotona sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kyseisin työtoimintamuodon on katsottu olevan laadukkaampaa paitsi potilastyön kannalta myös tehokasta työntekijöiden oppimisen ja työssä jaksamisen näkökulmasta. Työparityöskentelyssä ei ole kyse vain työtehtävien uudeltaisesta jakamisesta, vaan työtehtävien käsittelystä kollegiaalisesti. (Seinä–Helander 2007, 27). Monesti erikoissairaanhoidossa potilaat ovat alkuvaiheessa erittäin huonokuntoisia ja heidän fysioterapian toteuttamiseen voidaan tarvita kaksi fysioterapeuttia tai fysioterapeutti-toimintaterapeutti työparia jo pelkästään työn fyysisen rasittavuuden nimissä. Työparityöskentelyn huomioiminen tulisikin nousta uuteen valoon myös henkilöstömitoituksen osalta sen positiivisten kokonaisvaikutusten vuoksi.

Tärkeää olisi ollut, että tutkimuksella olisi saatu kerättyä myös esimiesten kokemuksia työkalun käytöstä. Tällöin arvio kanadalaisten kehittämästä tera-

piahenkilöstön mitoitusmallin soveltuvuudesta olisi ollut entistä laajempi ja laadukkaampi. Esimiestason osallistumisella olisi saatu selkeitä numeerisia tuloksia henkilöstömitoituksesta, joita olisi voitu verrata kanadalaisten esittämiin suosituksiin.

8.1.2 Fysioterapeuttien kokemukset Kanadan terapiahenkilöstömitoitustal- ta

Tärkeimpänä seikkana terapiahenkilöstömitoitustal-
ta käytön kokemuksista haastateltavat toivat esiin työntekijöiden subjektiiviset kokemukset. Erityisesti haastateltavat nostivat esiin empiirisen käsityksen kiireen kokemisesta. Noora Järnefelt (2002, 36) toteaa Tilastokeskukselle tuottamassa raportissaan, että kiireen tunnun lisääntyminen työyhteisöissä voi olla peräisin esimerkiksi työn luonteen muuttumisesta sekä työn vaatavuuden lisääntymisestä. Toisaalta kiireen tuntu voi olla myös täysin itse aiheutettua eli esimerkiksi huonosta työn organisoinnista tai korkeasta työmoraalista johtuvaa tai jopa siitä, että kiire ei ole todellista, vaan pelkkää puhetta. Subjektiivisten kokemusten huomioiminen onkin moniulotteinen tekijä, joka aiheuttaa esimiestasolle lisähaasteita ja jota oletettavasti on haasteellinen täysin ohittaa henkilöstömitoitustal-
suunnittelussa.

Koska haastateltavat olivat nuoria ja tottuneita tietotekniikan käyttäjiä, eivät he kokeneet Excel-pohjaisen lomakkeen täyttämistä ylitsepääsemättömänä. Tiedetään, että työvälineiden kehittyminen teknisempään suuntaan vaikuttaa osaltaan myös kiireen kokemiseen (Järnefelt 2002, 43). Koska haastateltavat kokivat lomakkeen täyttämisen helppona, eivät he raportoineet kuormittuneensa sen käytöstä tutkimuksen aikana. Marketta Vepsäläinen (2013, 48) on todennut väitöskirjatutkimuksessaan, että vanhemmilla ihmisillä oli enemmän pelkoja tietotekniikkaa kohtaan kuin nuoremmilla. Toinen huomionarvoinen tekijä on se, että varhaisella tietokoneiden käytöllä tiedetään olevan suotuisia vaikutuksia siihen, että tietotekniikkaa kohtaan muodostuu pienempi pelko ja suurempi valmius käyttää tietokoneita. Tämä epäkohta tulee varmasti poistumaan vähitellen, kun uusien työntekijöiden tietotekniset taidot ovat vahvoja jo alun perin. Se, että lomaketta on helppo täyttää ja täyttämisen on entistä sujuvampaa muutaman kerran jälkeen, edesauttaa myös

sitä, että sen käyttämiseen kulunut aika ei juurikaan vaikuta työntekijöiden työajan käyttöön.

8.1.3 Yhteenveto

Tämä tutkimus ei anna suoraa vastausta siihen, onko kanadalaisten kehittämä henkilöstömitoitusmalli sellaisenaan soveltuva mittaamaan optimaalista fysioterapeuttien henkilöstömitoitusta suomalaisessa toimintaympäristössä. Kuitenkin tutkimustulokset antavat viitteitä siitä, että se tuo hyvin esille henkilöstömitoituslukuihin liittyviä osatekijöitä, kuten työn kuormittavuutta, potilasprofiileita sekä työntekijöiden ajankäyttöä.

Jatkossa olisi erittäin mielenkiintoista työstää henkilöstömitoitusmallia yhteistyössä esimerkiksi Suomen Fysioterapeuttiliiton Mitoitustyöryhmän kanssa suomalaiseen työympäristöön soveltuvaksi. Tämän pohjalta fysioterapeuttien henkilöstömitoitukselle saataisiin luotua yhteneväiset valtakunnalliset linjaukset ohjaamaan fysioterapeuttien henkilöstömitoitusta.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen toteuttaminen ja tutkimuksen luotettavuus eivät ole toisistaan erillisiä tapahtumia laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa. Luotettavuutta ja tutkimustulosten arviointia kohentavat tutkimuksen toteuttamisen tarkka kuvaus. (Hirsjärvi ym. 2002, 214; Tuomi—Sarajärvi 2009, 140.) Tähän olen pyrkinyt raportoimalla mahdollisimman tarkasti tutkimukseni etenemisen sekä kuvaamalla sen tekemiseen liittyvät prosessin vaiheet. Tutkimuksen tuottaman tiedon totuudenmukaisuutta selvitetään tutkimuksen luotettavuutta arvioimalla. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on aiheellista tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. Myös aineiston ja tulosten välisen yhteyden osoittaminen on tärkeää. (Kylmä—Juvakka 2007, 127; Latvala—Vanhanen-Nuutinen 2001, 36; Tuomi—Sarajärvi 2009, 141; Vilka 2005, 158.) Tähän olen pyrkinyt kuvaamalla ja pelkistämällä aineistoani mahdollisimman luotettavasti. Lisäksi tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulisi ottaa huomioon tutkijan puolueettomuusnäkökulma (Tuomi—Sarajärvi 2009, 136). Pysin huomioimaan puolueettomuutta muun muassa sillä, että en johdatellut haastateltavia ennakoajatusteni suuntaan

vaan annoin heidän vastata haastattelukysymyksiin omien kokemustensa perusteella.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys sekä siirrettävyys. *Uskottavuus* kuvaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta. Tutkimuksen tekijä voi lisätä tutkimuksen uskottavuutta olemalla riittävän pitkän ajan tutkittavan ilmiön kanssa tekemisissä. Tutkimuksen *vahvistettavuus* selittyy sillä, että toisen tutkijan on mahdollista seurata tutkimusprosessin kulkua pääpiirteissään. Toisaalta on mahdollista, että toinen tutkija päätyy saman aineiston pohjalta erilaiseen tulkintaan. (Kylmä–Juvakka 2007, 127–129.) Tutkimukseni uskottavuutta olen pyrkinyt vahvistamaan sillä, että raporttia kirjoittaessani pohdin vielä tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden ajatusten vastaavuutta saamiini tutkimustuloksiin. Olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimusraportissani kaikki tutkimuksen tekemiseen liittyvät vaiheet mahdollisimman tarkasti juuri luotettavuuden takaamiseksi, huomioimalla erityisesti vahvistettavuuden näkökulman.

Refleksiivisyyteen liittyy tutkijan tietoisuus omasta osuudestaan koko tutkimusprosessiin. Tutkimustulosten *siirrettävyydestä* on kyse, kun halutaan varmistua siitä, että tutkimuksen lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä vastaaviin asetelmiin. (Kylmä–Juvakka 2007, 129.) Koen, että olen tutkijana varsin kokematon. Tästä on varmasti ollut sekä hyötyä että haittaa, sillä omat valintani tutkimusaineiston ja koko prosessin suhteen ovat olleet kohtuullisen suppeat ja tämän vuoksi uskon, että olen pysynyt niin sanotusti hyvin ruodussa. Tutkimusraportistani käy ilmi kuvaus tutkimukseen osallistuneista henkilöistä sekä tutkimusympäristöstä, joten raportin lukijalle jää arvioitavaksi, kuinka saadut tulokset olisivat siirrettävissä heidän omiin prosesseihin tai organisaatioihin. Huomioitavaa kuitenkin on, että tutkimustulokset ovat saatu hyvin pienellä otoksella aikaiseksi ja toimivat täten suuremmissa mittasuhteissa suuntaa antavina.

Tutkimukseni luotettavuutta lisää mielestäni ajantasaisen lähdemateriaalin käyttäminen. Kotimaista sekä kansainvälistä lähdemateriaalia löytyi hyvin terveydenhuollon henkilöstömitoituksesta, mutta Kanadan terapiahenkilöstön mitoitustmallia koskevia tieteellisiä julkaisuja ei löytynyt. Näitä haettiin Pub-

Medistä, Scopuksesta, Cinahlista sekä Pedrosta syksyllä 2012 ja hakusanoina näissä tietokannoissa käytettiin: terapiahenkilöstön tarpeen arviointi, case-load management planning tool sekä fysioterapia, physiotherapy. Haut suoritettiin Itä-Suomen yliopiston Nelliportaalin tietokannoista. Koska kanadalaisen fysioterapeutti-, toimintaterapeutti- ja puheterapeuttiliittojen laatima Kanadan terapiahenkilöstön mitoitusmalliin liittyvä työkalu on kehitetty vuonna 2009, ei tähän liittyviä tutkimuksia ole vielä julkaistu.

Tutkimukseni luotettavuutta pohtiessa mieleeni nousi kysymys myös siitä, olenko tehnyt lähdemateriaalin käännöstyön riittävän tarkasti ja olenko varmasti ymmärtänyt asian oikein. Tässä tutkimuksessa käytetyt lomakkeet olen siis itse käänttänyt suomeksi. Käännöstyö vei yllättävän paljon aikaa, mutta toisaalta se kasvatti henkilöstömitoitukseen liittyvää sanavarastoani huomasti.

8.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyyttä voidaan pitää kahdensuuntaisena eli toisaalta tutkimuksen tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin ja toisaalta eettiset näkökulmat vaikuttavat tutkijan tekemiin ratkaisuihin. Toisin sanoen tutkijan etiikkaa koetellaan useita kertoja tutkimusprosessin aikana tehtyjen päätösten kautta. Tutkijan ammattitaito eli ammattietiikka on koetuksella eettisten ongelmien tunnistamisessa ja niiden välttämässä. (Eskola–Suoranta 2008, 52, 59, 208; Kylmä–Juvakka 2007, 137; Tuomi–Sarajärvi 2009, 125). En kohdannut tutkimukseni tekemisen aikana tutkimuseettisiä ongelmia, vaan toimin hyvään tieteelliseen käytäntöön pohjautuen. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) on esittänyt, että tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä tuloksiltaan uskottava vain, mikäli tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että koko tutkimusprosessin ajan noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimuksessani olen noudattanut tätä lähtökohtaa alusta loppuun asti. Olen toiminut rehellisesti tutkimustuloksia esittäessäni ja arvioidessani sekä muutoinkin ollut huolellinen ja tarkka käydessäni läpi tutkimuksen eri vaiheita. Tässä tutkimuksessa esitän vain tämän tutkimuksen aineiston pohjalta syntyneitä tuloksia ja johtopäätöksiä. Toinen tärkeä seikka hyvän tieteellisen käytännön noudattamisessa on se, että tutkija

kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää työtä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimusraportissani olen pyrkinyt viittaamaan alkuperäisiin lähteisiin asianmukaisella tavalla.

Lisäksi Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) korostaa sitä, että tutkimustulosten vastuullista julkistamista sekä aineistojen säilyttämiseen liittyviä teki-
jöitä on hyvä ottaa huomioon jo ennen tutkimuksen aloittamista. Tutkimuksen toimeksiantajan kanssa on suullisesti sovittu, että heillä on mahdollista hyödyntää tutkimuksessani saatuja tuloksia oman toimintansa suunnittelussa, seurannassa ja kehittämisessä. Tämän tutkimuksen tekoon käytetty aineisto ja haastattelut hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. Tällä taataan, että tutkimusmateriaalia ei voida hyödyntää muiden tutkimusten tekemisessä. Lopullinen versio tutkimusraportista tullaan tallentamaan ammattikorkeakoulujen sähköiseen julkaisuarkistoon, Theseukseen.

8.4 Jatkotutkimushaasteet

Tämän tutkimuksen tulokset ovat työntekijälähtöisiä ja jatkotutkimusta tarvitaan myös esimiesten kokemuksista työkalun käytöstä. Tämä antaisi laajempaa ymmärrystä kanadalaisten kehittämän mitoitusmallin soveltuvuudesta käytäntöön suomalaisessa fysioterapiayhteisössä. Lisäksi jatkotutkimuksella saataisiin selkeitä numeerisia lukuja henkilöstömitoitukselle Suomessa ja niiden vertaaminen kanadalaisten antamiin viitearvoihin lisäisi aiheen luotettavuutta.

Edellisen lisäksi tässä tutkimuksessa esitetyn terapiahenkilöstön mitoitusmallin testaaminen on tarpeen laajemmalla aineistolla, jotta siitä voitaisiin muokata suomalaiseen toimintaympäristöön sopiva työkalu ja mahdollisten viitearvojen luominen olisi luotettavampaa.

Kanadalaisten kehittämää terapiahenkilöstömitoitusmallia olisi hyvä testata myös perusterveydenhuollon puolella. Laajempi tutkimus mahdollistaisi työkalun edelleen kehittämistä ja soveltamista valtakunnan tasolla fysioterapeuttien henkilöstömitoitukseen.

Koska kanadalaisten suunnittelema henkilöstömitoitussmalli on suunnattu myös toiminta- ja puheterapeuteille, olisi mielenkiintoista saada selville, kuinka kyseinen työkalu soveltuu heidän toimialueilleen.

LÄHTEET

- Adams, R. 2004. Progress in the development of recommended staffing levels for rural physiotherapy services. The National SARRAH Conference, Waking together – side by side.
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Buchan, J. 2005. A certain ratio? The policy implications of minimum staffing ratios in nursing. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2005:10(4), 239–244.
- Burnett, D. - Klaiman, D. 2009. The Development of an Interprofessional Caseload Management Planning Tool in Occupational Therapy, Physiotherapy and Speech-Language Pathology in Canada. Background Document. Osoitteessa: www.caot.ca/pdfs/CMPT_Background_Paper_Feb_2010.pdf. 17.10.2012.
- CAOT 2011a. Caseload Management Planning tool – Executive Summary. Osoitteessa: www.caot.ca/pdfs/EXAM/ExecutiveSummary.pdf. 31.10.2012.
- 2011b. CAOT, CPA, CASLPA. Caseload Management Planning Tool. In *Occupational Therapy, Physiotherapy and Speech-Language Pathology in Canada*. Osoitteessa: http://www.physiotherapy.ca/getmedia/69e3c7c5-132c-4a8d-89c7-c00b9b793759/CMPT_EN.pdf.aspx. 31.10.2012.
- CAOT 2012. Canadian Association of Occupational Therapist. Interprofessional Caseload Management Tool Project. Osoitteessa: <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=2331>. 17.10.2012.
- Castle, N. – Anderson, R. 2011. Caregiver Staffing in Nursing Homes and Their Influence on Quality of Care. Using Dynamic Panel Estimation Methods. *Medical Care* 2011:49(6), 545–552.
- Crist-Grundman, D. – Mulrooney, G. 2011. Effective Workforce Management Starts With Leveraging Technology, While Staffing Optimization Requires True Collaboration. *Nursing Economics* 2011:29(4), 195–200.
- EACH 2012a. Executive Agency for Health and Consumers. A Feasibility Study on EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends. 4/2012. Osoitteessa: http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/health_workforce_study_2012_exec_sum_en.pdf. 5.2.2013.
- 2012b. EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility

Study. Revised final report. 5/2012. Osoitteessa: http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/health_workforce_study_2012_report_en.pdf. 5.2.2013.

- Eskola, J. - Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Hirsjärvi, S. - Remes, P. - Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Honkalampi, T. 2008. Tehyläiset terveyden edistäjinä. Tehyn linjauksia sosiaali- ja terveyspalveluista. Tehyn julkaisusarja F: 2/2008. Osoitteessa: http://www.tehy.fi/@Bin/45413/Tehyla_iset+Terveyden+edista_jina_.pdf. 21.2.2013.
- Human Capital Alliance. 2006. Workload Capacity Measures for Use in Allied Health Workforce Planning – Final Report. Department of Human Services Victoria. Osoitteessa: http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fcitebase.ist.psu.edu%2Fviewdoc%2Fdownload%3Bsessionid%3D14DEFEB5F67A762BC6DF6F10640657FC%3Fdoi%3D10.1.1.137.4017%26rep%3Drep1%26type%3Dpdf&ei=egQVUbShEcSj4gTs4oCICg&usg=AFQjCNFW6MtbW2qN_SvWQhyCfpCkfk7t4w&bvm=bv.42080656,d.bGE. 7.2.2013.
- Häikiö, L. - Niemenmaa, V. 2007. Valinnan paikat. – Teoksessa Tapaustutkimuksen taito (toim. M. Laine, J. Bamberg ja P. Jokinen), 41–56. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Järnefelt, N. 2002. Työkiireen syiden jäljillä. – Teoksessa Työhulluja vai hulluja töitä? Tutkimus kiirekokemuksista työpaikoilla (toim. N. Järnefelt ja A-M. Lehto), 17-55. Helsinki: Hakapaino Oy.
- KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. STM julkaisuja 2012:1. Osoitteessa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf. 28.11.2012.
- Kauhanen, J. 2009. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kiviniemi, K. 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. – Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin (toim. J. Aaltola ja R. Valli), 70–85. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kivistö, A. 2003. Talousohjaus ja tuotteistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 5.

- Kivelä, N. – Anttila, S. – Kukkola, S. 2011. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen ja sen hyödyntäminen hoitotyön henkilöstösuunnittelussa. *Premissi* 1/2011, 26–33.
- Kukka, A. 2011. Terapiahenkilöstötarpeen arviointi kansainvälisten kokemusten valossa. Suomen fysioterapeutit. Raportti 2011.
- Kukkola, S. 2011. Henkilöstötarpeen arviointi perusterveydenhuollossa. Osoitteessa:
http://www.vete.fi/Seminaariluennot/HH_Henkilostotarpeen_arviointi_perusterveydenhuollossa.pdf. 5.1.2014.
- Kurunmäki, K. 2007. Vertailu. – Teoksessa *Tapaustutkimuksen taito* (toim. M. Laine, J. Bamberg ja P. Jokinen), 74–92. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- KvaliMOTV 2012. Osoitteessa:
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>. 6.1.2013.
- Kylmä, J. - Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H. – Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1/99, 3-12.
- Laine, M. - Bamberg, J. - Jokinen, P. 2007. *Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria*. – Teoksessa *Tapaustutkimuksen taito* (toim. M. Laine, J. Bamberg ja P. Jokinen), 9-38. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Laine, M. - Peltonen, L. 2007. Ikkuna muutokseen. – Teoksessa *Tapaustutkimuksen taito* (toim. M. Laine, J. Bamberg ja P. Jokinen), 93–108. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Latvala, E. – Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. – Teoksessa *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä* (toim. S. Janhonen ja M. Nikkonen), 21–43. Juva: WS Bookwell Oy.
- Leino, H. Yleinen ongelma, yksi tapaus. 2007. – Teoksessa *Tapaustutkimuksen taito* (toim. M. Laine, J. Bamberg ja P. Jokinen), 214–227. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Lindström, K. – Elo, A-L. – Hopsu, L. – Kandolin, I. – Ketola, R. – Lehtelä, J. – Leppänen, A. – Mukala, K. – Rasa, P-L. – Sallinen, M. 2005. *Työkuormituksen arviointimenetelmä TIKKA*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mitchell, L. 2008. Can the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) provide high-level descriptions of Scottish physiotherapy. *Advances in Physiotherapy*. 2008:10, 119–126.
- NARI 2004. National Ageing Research Institute. Evaluation of home-based

rehabilitation in Victoria. Final Report. Osoitteessa: http://www.mednwh.unimelb.edu.au/nari_research/pdf_docs/reith/Home_Rehab_Evaluation_Final_Report.pdf. 11.2.2013.

- Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Pitkäaho, T. 2011. Hoitotyön henkilöstömitoitus ja tulos kompleksisessa erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä. Itä-Suomen yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Pitkäaho, T. – Partanen, P. – Vehviläinen-Julkunen, K. – Miettinen, M. 2012. Erikoissairaanhoidon tietojärjestelmien ja rekisterien hyödyntäminen hoitotyön henkilöstövoimavarojen suunnittelussa. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*. 4/2012, 37–43.
- Rainio, A-K. – Ohinmaa, E. 2004. Assessment of nursing management and utilization of nursing resources with the RAFAELA patient classification system – case study from the general wards of one central hospital. *Journal of Clinical Nursing* 14/2004, 674–684.
- Ruontimo, T. 2012. Henkilöstömitoituksen hallittu tulevaisuus. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt lukujen takana. Tehyn julkaisusarja 2/12 B selvityksiä. Osoitteessa: http://www.tehy.fi/@Bin/22718216/Henkil%C3%B6st%C3%B6mitoitus_net.pdf. 23.11.2012.
- Saarela-Kinnunen, M. - Eskola, J. 2001. Tapaus ja tutkimus = tapaustutkimus?. – Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle (toim. J. Aaltola ja R. Valli), 158-169. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Salin, S. – Stenberg, P. – Aalto, P. 2011. Akuuttisairaalan hoitotyön henkilöstöhallinnassa käytetyt tunnusluvut: systeeminen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 2011:23(4), 258–272.
- Schoo, A. – Boyce, R. – Ridoutt, L. – Santos, T. 2008. Workload capacity measures for estimated allied health staffing requirements. *Australian Health Review* 2008:32(3), 548–558.
- Seinä, S. – Helander, J. 2007. Tiimeistä työpäreiksi: toiselta oppiminen ja ammatillinen kehittyminen. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hämeenlinna: Saarijärven Offset.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Osoitteessa: <http://pre20090115.stm.fi/hm1157622687947/passthru.pdf>. 4.12.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. STM julkaisu 2008:3. Osoitteessa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&n

ame=DLFE3672.pdf&title=lkaihmistien_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf. 4.12.2012.

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. STM selvityksiä 2009:9. Osoitteessa: www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7533.pdf. 14.3.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. STM selvityksiä 2010:28. Osoitteessa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-14929.pdf. 5.1.2014
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b. Puheenvuoroja työn kuormittavuudesta. Työhyvinvointifoorumi. STM selvityksiä 2010:17. Osoitteessa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-13209.pdf. 26.4.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen saannin turvaaminen (ns. vanhuspalvelulaki). Osoitteessa: http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_tervedenhuolto/ikaantyneet. 30.11.2012.
- Spetz, J. 2004. California's Minimum Nurse-to-Patient Ratios. The First Few Months. *Journal of Nursing Administration* 2004:34(12), 571–578.
- Spilsbury, K. – Hewitt, C. – Stirk, L. – Bowman, C. 2011. The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 2011:48, 732–750.
- STAKES 2004. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. WHO. STAKES Ohjeita ja luokituksia 2004:4.
- Tervo-Heikkinen, T. 2008. Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa. *Nursing Effectiveness in Specialized Care Hospital*. Kuopion yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- THL 1326/2010. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010.
- TTL 738/2002. Työturvallisuuslaki 23.8.2002.
- Tuomi, J. - Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Osoitteessa: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>. 13.11.2013.

- Valtonen, H. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon talous. – Teoksessa Sosiaali- ja terveysjohtaminen (toim. S. Rissanen ja J. Lammintakanen), 59-78. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Vepsäläinen, M. 2013. Pelätty, vihattu vai rakastettu tietotekniikka elinikäisessä työ- ja oppimisympäristössä. Tietotekniikan merkitys työn ja työympäristön hallinnassa. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C-osa. Osoitteessa: <http://doria17-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/93772/diss2013Vepsalainen.pdf?sequence=2>. 26.4.2014.
- VeTe 2011. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009–2011. Osoitteessa: <http://www.vete.fi/vetehh.html>. 14.3.2014.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Voutilainen, P. – Peiponen, A. – Noro, A. – Kauppinen, S. 2006. Henkilöstömitoitusten määrittely ja kehittäminen hoitotyön johtajien haasteena ikääntyneiden palveluasumisessa ja pitkäaikaista laitoshoidoa tarjoavissa yksiköissä. *Premissi* 1/2006, 33–38.
- Walker, K. – Donoghue, J. – Mitten-Lewis, S. 2007. Measuring the impact of a team model of nursing practice using work sampling. *Australian Health Review*. 31/2007:1, 98–107.
- Woodside, A.G. 2010. *Case Study Research: Theory-Method-Practice*. UK: Emerald Group Publishing Limited.
- Hakala, J. T. 2004. *Opinnäytetyöopas ammattikorkeakouluille*. 2. painos. Helsinki: Gaudamus.

LIITTEET

Kanadan terapiahenkilöstömitoitusmallin työkalu	Liite 1
Esimerkki potilasmäärien laskukaavasta	Liite 2
Haastattelukysymyksiä	Liite 3
Opinnäytetyösopimus	Liite 4

KANADAN TERAPIAHENKILÖSTÖMITOITUSMALLIN TYÖKALU

(Suomennettu versio Excel-pohjaisesta lomakkeesta)

Liite 1

Yleiset ohjeet:
1. Syötä tai poista tietoa vain sinisellä merkittyihin soluihin.
2. Älä lisää tekstiä siirtääksesi, lisätäksesi tai poistaaksesi jotain tyhjää riviä, saraketta tai solua. Monet tyhjet solut sisältävät piilotettua tietoa, jota tarvitaan täydentämään monimutkaisia laskutoimituksia myöhemmissä vaiheissa. Mikäli vahingossa poistat, siirrät tai ylikirjoitat jonkun kaavan, kaikki monimutkaiset laskutoimitukset saattavat vaarantua.
3. Työkirja on suunniteltu 50 terapeutin ja 500 potilaan tietojen laskemiseen. Kaavat on laskettu tälle maksimimäärälle. Älä lisää tai poista yhtään riviä, koska silloin tietoja ei voi sisällyttää myöhempiin laskelmiin.
4. Mikäli kohtaat vaikeuksia työkirjan käytössä, ota yhteyttä Kanadan fysioterapeuttiliittoon.
<i>Copyright 2012 by Canadian Physiotherapy Association - All Rights Reserved This program may be distributed and shared with attribution. It may not be altered, adapted or adjusted in whole or in part without the written consent of the Canadian Physiotherapy Association.</i>

HENKILÖSTÖMITOITUSMALLIN TYÖKALU © CPA						
Vaihe 1: Määritä käytettävissä oleva henkilöstöresurssi ajassa						
Ohjeet						
Tämän taulukon tarkoitus on auttaa määrittämään terapeuttien käytettävissä olevan kokonaistuntimäärän potilastyöhön osastollasi neljän viikon ajalta. Useat tämän lomakkeen osat on asetettu laskettaviksi automaattisesti perustuen vastauksiin, jotka annat kohdissa A, B ja C. Tässä lomakkeessa laskukaavat perustuvat vajaisiin kuukausitunteihin.						
Vihje: Sinun pitää antaa arvot/teksti vain soluihin, jotka ovat merkitty sinisellä. Kaikki muut solut lasketaan automaattisesti.						
Miehitysjajan mukaan kaikkien terapeuttien käytettävissä oleva kokonaisaika (tunteina) välittömästä ja välillisestä potilastyöstä kuukausina ilmoitettuna:						0
Laskettavaksi:						
A	Ilmaise henkilökuntasi standardi loman/sairasloman osuus. Vihje: Mikäli kiintiöinti ei ole tiedossa, käytä 10 % nyrkkisääntöä.					10 %
B	Ilmaise henkilökuntasi keskim. välillinen työaika (kokoukset, tutkimus, ym.). Vihje: Mikäli kiintiöinti ei ole tiedossa, käytä 20 % nyrkkisääntöä.					20 %
C	Ilmaise terapeuttien nimet ja keskimääräiset ennalta sovitut tunnit/terapeutti. Vihje: Muut solut lasketaan automaattisesti A- ja B-kohdissa ilmoittamiesi tulosten perusteella.					
	Terapeutin nimi	Kokonais tunnit/ kk	Loma/sairasloma-aika (A)	Jäljelle jäävä työaika	Välillinen työaika (B)	Välitön työaika
1		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00...

Vaihe 2C: Määritä potilaiden interventioiden keskimääräinen aika							
Ohjeet: Tämä lomake on kehitetty määrittämään keskimääräinen potilastilanteisiin käytetty aika osastollasi jokaisella kompleksisuusasteikolla tyypillisen neljän viikon seurantajakson aikana. Jotkut lomakkeen osat on määritetty automaattisesti laskettaviksi, perustuen antamiisi vastauksiin. Esitä tässä lomakkeessa jokaisesta vaiheiden 2A ja B asiakaasta intervention kokonaisaika/tapaaminen, tapaamisten kokonaismäärä/vko sekä interventioon vaaditut viikot kuluneelta kuukaudelta.							
Vihje: Sinun tulee antaa arvot/teksti vain sinisellä merkittyihin soluihin. Kaikki muut solut lasketaan automaattisesti.							
Alla esittämiesi arvioiden mukaan, keskimääräinen kokonaisinterventioaika yksittäisen potilaan kompleksisuus-tasolla on:							
	Taso 1	Taso 2	Taso 3	Taso 4	Taso 5		
Keskimääräinen interventioaika/potilas (minuutteina)	0	0	0	0	0		
Keskimääräinen terapiatilanteiden määrä (kuukausittain)	0	0	0	0	0		
Esittämiesi arvioiden mukaan, jokainen potilaan kompleksisuustaso kuvailee %-osuutta kokonaispotilasmäärästä osastollasi:							
%-osuus kokonaiskuormituksesta (hoitoaikana)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %		
	0	0	0	0	0		
Laskettavaa:							
A							
Ilmaise jokaisen 2A kohdan potilaan interventioon käytetty aika minuutteina (välitön ja välillinen työ) (solu E), seuraavaksi terapioiden kokonaismäärä/viikko (solu F) ja interventioon käytettyjen viikkojen arvioitu kokonaismäärä (max. 4 vk) (solu G).							
Potilastunniste	Kokonais-interventio luokitus	Keskimääräinen interventioaika				%-osuus kokonaiskuormituksesta	
		Min/terapia	Terapiat/vko	Viikkojen määrä	Kokonais-aika (min)		
	0	0	0	0	0	0,00 %	
	0	0	0	0	0	0,00 %	
Vaihe 3: Sovita potilasryhmäkohtaisten interventioiden aikavaatimukset käytettävissä oleviin ajassa mitattuihin henkilöstöresursseihin							
Ohjeet: Tämän lomakkeen tarkoitus on auttaa sinua muodostamaan tarkoituksenmukainen potilasmäärän yhdistelmä jokaiselle työntekijälle tasapainottaaksesi osastollasi käytettävissä olevat terapian kokonaistuntimäärät potilasmäärien tarpeisiin tyypillisen neljän viikon seurantajakson aikana. Jotkut tämän lomakkeen osat on asetettu laskettavaksi automaattisesti perustuen antamiisi vastauksiin.							
Vihje: Sinun tulee antaa arvot/teksti vain sinisellä merkittyihin soluihin. Kaikki muut solut lasketaan automaattisesti.							
Laskettavaksi:							
A							
Aloita merkitsemällä mahdolliset erot käytettävissä olevien työntekijöiden työajan ja vaadittujen terapia-aikojen välillä. Iso positiivinen tai negatiivinen deviaatio nolasta (0) osoittaa kokonaistuntien määrää, jotka eivät ole yhteneväisiä potilasmäärien ja käytettävissä olevien henkilöstöresurssien kanssa. Tällaisessa tilanteessa harkitse työntekijöiden uudelleensijoittamista osaston tarpeiden mukaisesti.							
Vihje: <i>Positiivinen kokonaisluku tässä laatikossa tarkoittaa ylimääräistä henkilöstöresurssia suhteessa ennakoituun potilasmäärään ja negatiivinen kokonaisluku tarkoittaa, että ennakoitu potilasmäärä ylittää käytettävissä olevat henkilöstöresurssit.</i>							

Vaiheissa 1 ja 2B tuottamasi tiedon mukaan osastosi käytettävissä oleva henkilökunnan työajan (h/kk) yli- tai alijäämä potilastyöstä on:							0	
B Huomioi osastosi kokonaispotilasmäärä ja...								
			Taso 1 potilaat	Taso 2 potilaat	Taso 3 potilaat	Taso 4 potilaat	Taso 5 potilaat	Yhteensä
Käytetty aika (tunteina)			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ennakoitu potilasmäärä			0	0	0	0	0	0
C								
<p>...jokaisen työntekijän kohdalla aloita sijoittamalla tarkoituksenmukainen potilasmäärien yhdistelmä soluista E-I. <i>Vihje: Huomioi käytettävissä olevien jäljelle jäävien tapausten määrä siirroissa (yläpuolella) varmistaaksesi, että yksittäiset potilasmäärät eivät ylitä ennakoituja osaston tarpeita.</i></p>								
	Työn tekijä	Käytettävissä oleva kokonaisaika	Potilaiden jakaminen					Jäljelle jäävä käytettävissä oleva aika
			Taso 1 potilaat	Taso 2 potilaat	Taso 3 potilaat	Taso 4 potilaat	Taso 5 potilaat	
1		0,00	0	0	0	0	0	0,00
2		0,00	0	0	0	0	0	0,00

Potilaan interventioasteikko	
Taso	Kuvaus
1	YKSINKERTAINEN (nopea); asiakkaan palvelutarve on nopeasti arvioitavissa, jatkotoimenpiteet ovat yksinkertaisia ja asiakas ei vaadi muiden ammattiryhmien osallistumista asiakkaan kokonaishoitoon tai jatkohoitoa muissa toimipisteissä.
2	YKSINKERTAINEN (pitkä); vaikka asiakkaan palvelutarpeen arviointi ja hoidon järjestäminen on selkeää, potilaan kokonaishoito vaatii toteutuakseen pidemmän ajan.
3	KESKINKERTAINEN; asiakkaan palvelutarpeen arviointi sisältää useita aikaa vieviä ongelmia, joiden hoitamiseen tarvitaan useampien ammattiryhmien edustajia/toimipisteitä. Interventioita arvioidaan ajan myötä ja säädetään sen mukaan.
4	MONIMUTKAINEN; asiakkaan palvelutarvekokonaisuus ei ole heti määriteltävissä. Interventiot ovat pitkiä ja vaikeita esim. johtuen asiakkaan kulttuuritaustasta tai yksilöllisestä elämäntilanteesta. Lisäksi interventiot vaativat useiden ammattiryhmien yhteistyötä hoidon eri vaiheissa.
5	ERITTÄIN MONIMUTKAINEN; asiakkaan alkuperäinen tilanne on epävakaa ja muuttuu hoidon aikana sisältäen useita kehon järjestelmiä ja edellyttää intensiivisiä interventioita laajennetun ajanjakson aikana. Ongelmat ovat erittäin monimuotoisia ja vaatii useiden ammattiryhmien koordinoitua, joka saattaa muuttua asiakkaan tilanteen mukaisesti.

VAIHE 1. Määritä käytettävissä oleva henkilöstöresurssi ajassa

Tarkoitus: määrittää käytettävissä oleva terapeuttien/suoritusten kokonaisaika suhteessa potilashoitotoimintaan.

Menetelmä:

- 1) määritä jokaisen kokoaikaisen terapeutin työtunnit tietyltä ajanjaksolta (esim. 4 viikkoa)
 - Esimerkki: Yhden kuukauden aikana yksi kokoaikainen terapeutti työskentelee 35h/vko ja neljän viikon aikana siis 140h.
- 2) vähennä ajasta lomien ja/tai sairauslomien prosenttiosuus, joka voi vaihdella tilastojen mukaan (Williams 1987 esittää 10 %)
 - Esimerkki: Kokonaistyöaika 140h x 10 % = 14h loma/sairasloma-aikaa/kk eli kokonaistyöaika/ kokoaikainen terapeutti: 140h-14h = 126h
- 3) vähennä jäljellä olevasta ajasta välillinen työaika (kirjallisuuden mukaan 20–30%). Tämä luku kertoo käytettävissä olevaa terapeutin työaika potilastyöhön (välitön ja välillinen) = 70 % kokonaistyöajasta.
 - Esimerkki: 126h kokonaistyöaika – 20 % (25h) = 101h/ kokoaikaisen terapeutin välillinen ja välitön työaika/kk.
- 4) Laske todellinen potilashoitoon käytettävissä oleva henkilöstöresurssi ajassa lisäämällä potilashoitoon käytetty aika terapeuttikohtaisesti, joka saadaan yksitellen lasketuista vaiheista 1-3.
 - Esimerkki: 5 kokoaikaista terapeuttia x 101 tunnin työaika = 505h/kk käytettävissä olevaa työaika.

Esimerkkitaulukko

<i>Terapeutti</i>	<i>1. Kokonaistunnit/viikko</i>	<i>2. Loma/sairasloma-aika (10 %)</i>	<i>3. Jäljelle jäävä työaika</i>	<i>4. Välillinen työaika (20 %)</i>	<i>5. Käytettävissä oleva asiakastyöaika</i>
1	35h/vko x 4 = 140h	10 % x 140h = 14h	140h – 14h = 126h	20 % x 126h = 25h	126h – 25h = 101h
2 (puolikas)	20h/vko x 4 = 80h	10 % x 80h= 8h	80h – 8h = 72h	20 % x 72h = 14h	72h - 14h 58h
3...					
Käytettävissä oleva kokonaistyöaika (terapeutti 1+2+3...)					tuntia

VAIHE 2. Määritä potilasryhmäkohtaisen intervention keskimääräinen aika

Vaihe 2a. Luokittele potilaat

Tarkoitus: Luokitella saman diagnoosiluokan potilaat vertailutarkoituksessa standardoidun systeemin mukaisesti sekä henkilöstöresurssivaatimukset.

Vaihetta 2a on käytetty globaaliin raportointiin ja benchmarkingiin. Benchmarking tuottaa ulkopuolisen standardin henkilöstöresurssien suunnitteluun ja arviointiin. On hyvin suositeltavaa käyttää WHO:n ICF-luokitusta, koska se tukee vaadittujen interventioaikojen sekä henkilöstöresurssien vertailua benchmarkingin yhteydessä.

Menetelmä:

- 1) arvioi ICF -luokitus. Käytä liiton nettisivujen ilmaisia tutoriaaleja ICF:stä.
- 2) käytä osioita, jotka ovat relevantteja suhteessa potilaskuntaasi, täytä ICF potilaille, jotka ovat tyypillisiä palvelunkäyttäjiä.
- 3) Täytä ICF -lomake, joka antaa yleiskuvan tai määritelmän potilaskunnastasi.

Potilaiden luokittelu ICF:n mukaan antaa käytännöllisen luettelon interventioiden kompleksisuudesta sekä palveluihin käytetystä ajasta.

Vaihe 2a. Luokittele potilaat (esimerkki)						
ICF luokitukset						
Potilaat	Osa 1a Kehon toimintojen häiriöt	Osa 1 b Ruumiin rakenteen häiriöt		Osa 2 Suoritusten ja osallistumisen rajoitteet		Osa 3 Ympäristö- tekijät
		Ensimmäinen tarkenne	Toinen tarkenne	Ensimmäinen tarkenne	Toinen tarkenne	
Potilas A	B440 -1 B710 -2 B730 -2	S430 -2 S750 -2 S760 -1	S430 -7 S750 -6 S760 -6	D430 -1 D450 -2	D430 -1 D450 -2	E120 – 0 estettä, fasilitaattoria
Potilas B	B440 -0 B710 -3 B730 -3	S430 -0 S750 -3 S760 -3	S430 -0 S750 -7 S760 -6	D430 -2 D450 -2	D430 -2 D450 -2	E120 -1 este, 1 fasilitaattoria
Potilas C	B440 -3 B710 -4 B730 -4	S430 -3 S750 -4 S760 -4	S430 -5 S750 -6 S760 -7	D430 -3 D450 -3	D430 -3 D450 -3	E120 -3 estettä, 3 fasilitaattoria

Yhdistelmäesimerkki potilaiden lomakkeista:

Vaihe 2a. Luokittele potilaat						
Potilaiden määrä	Osa 1a Kehon toimintojen häiriöt	Osa 1 b Ruumiin rakenteen häiriöt		Osa 2 Suoritusten ja osallistumisen rajoitteet		Osa 3 Ympäristö- tekijät
		Ensimmäinen tarkenne	Toinen tarkenne	Ensimmäinen tarkenne	Toinen tarkenne	
3	B440: 0-3 B710: 2-4 B730: 2-4	S430: 0-3 S750: 2-4 S760: 1-4	S430:0-7 S750: 6-7 S760: 6-7	D430:1-3 D450:2-3	D430:1-3 D450:2-3	E120: Esteet 0-3 Fasilitaattorit 0-3

VAIHE 2b. Arvioi potilasryhmäkohtaisesti keskimääräinen kompleksinen palvelutarve.

Interventiot viittaavat potilaisiin liittyviin suoriin ja epäsuoriin toimintoihin. Potilaiden ryhmittely tällä tavalla helpottaa henkilöstömäärän jaottelua työkokemuksen tai vastuutehtävien mukaan. Esimerkiksi potilailla voi olla monipuolisia kompleksisia ongelmia, jolloin helpompia tapauksia ohjataan juniorityöntekijöille tai kompleksisempia tapauksia työntekijöille, joilla on erityisosaamista.

Tarkoitus: Arvioida potilaiden hoidon intensiteetti ja kompleksisuus, joita ovat:

- interventioon käytettävä aika
- interventioiden määrä
- ajanjaksot, jonka aikana palvelut tuotetaan

Menetelmä:

- 1) arvioi interventioiden kategoriat eli taso ja kompleksisuus, joka vaaditaan jokaisen potilaan tai potilasryhmän palveluiden tuottamiseen (valittu palvelutyyppi, erityistehtävissä vain tasot 1-3 on hyväksyttäviä, yleisissä tehtävissä kaikki viisi tasoa on käytettävissä).

Suosittelavaa on käyttää seuraavaa potilaan interventioasteikkoa:

Taso 1 – Yksinkertainen (nopea); potilaan palvelutarve on nopeasti arvioitavissa, jatkotoimenpiteet ovat yksinkertaisia eikä vaadi muiden ammattiryhmien osallistumista potilaan kokonaishoitoon tai jatkohoitoa muissa toimipisteissä.

Taso 2 – Yksinkertainen (pitkä); vaikka potilaan palvelutarpeen arviointi ja hoidon järjestäminen on selkeää, potilaan kokonaishoito vaatii toteutuakseen pidemmän ajan.

Taso 3 – Keskinkertainen; potilaan palvelutarpeen arviointi sisältää useita aikaa vieviä ongelmia, joiden hoitamiseen tarvitaan useampien ammattiryhmien edustajia/toimipisteitä. Interventioita arvioidaan ajan myötä ja säädetään sen mukaan.

Taso 4 – Monimutkainen; potilaan palvelutarvekokonaisuus ei ole heti määriteltävissä. Interventiot ovat pitkiä ja vaikeita esim. johtuen potilaan kulttuuritaustasta tai yksilöllisestä elämäntilanteesta. Lisäksi interventiot vaativat useiden ammattiryhmien yhteistyötä hoidon eri vaiheissa.

Taso 5 – Erittäin monimutkainen; potilaan alkuperäinen tilanne on epävaka ja muuttuu hoidon aikana sisältäen useita kehon järjestelmiä ja edellyttää intensiivisiä interventioita laajennetun ajanjakson aikana. Ongelmat ovat erittäin monimuotoisia ja vaativat useiden ammattiryhmien koordinoitua, joka saattaa muuttua potilaan tilanteen mukaisesti.

Esimerkki:

Vaihe 2a. Luokittele potilaat						Vaihe 2b.	
ICF koodit						Arvioitu intervention kompleksisuus	
Potilaat	Osa 1a Kehon toimintojen häiriöt	Osa 1 b Ruumiin rakenteen häiriöt		Osa 2 Suoritusten ja osallistumisen rajoitteet		Osa 3 Ympäristötekijät	Interventiotaso
Potilas A	B440 -1 B710 -2 B730 -2	S430 -2 S750 -2 S760 -1	S430 -7 S750 -6 S760 -6	D430 -1 D450 -2	D430 -1 D450 -2	E120 – 0 estettä, fasilit.	1
Potilas B	B440 -0 B710 -3 B730 -3	S430 -0 S750 -3 S760 -3	S430 -0 S750 -7 S760 -6	D430 -2 D450 -2	D430 -2 D450 -2	E120 – 1 este, 1 fasilit.	3
Potilas C	B440 -3 B710 -4 B730 -4	S430 -3 S750 -4 S760 -4	S430 -5 S750 -6 S760 -7	D430 -3 D450 -3	D430 -3 D450 -3	E120 – 3estettä, 3 fasilit.	4

Yhdistelmäesimerkki potilaan lomakkeista

Vaihe 2a. Luokittele potilaat						Vaihe 2b	
ICF						Arvioitu intervention kompleksisuus	
Potilaiden määrä	Osa 1a Kehon toimintojen häiriöt	Osa 1 b Ruumiin rakenteen häiriöt		Osa 2 Suoritusten ja osallistumisen rajoitteet		Osa 3 Ympäristötekijät	Interventiotason vaihtelut
		Ensimmäisen tarkenne	Toinen tarkenne	Ensimmäisen tarkenne	Toinen tarkenne		
3	B440: 0-3 B710: 2-4 B730: 2-4	S430: 0-3 S750: 2-4 S760: 1-4	S430: 0-7 S750: 6-7 S760: 6-7	D430: 1-3 D450: 2-3	D430: 1-3 D450: 2-3	E120: Esteet 0-3 Fasilitaattorit 0-3	1–4

VAIHE 2c. Arvioi interventioiden keskimääräinen aika

Tarkoitus: Arvioida kokonaisaikaa, joka vaaditaan potilaan hoitoon sisäänkirjautumisesta kotiuttamiseen jokaisen potilaan intervention kompleksisuustasolla.

Menetelmä:

- 1) analysoi tietoja taaksepäin ja käytä ammatillisia päätöksiä arvioidaksesi jokaisen potilasryhmän interventioaikaa. Keskustele muiden ammattiryhmien edustajien kanssa, todenna kliinisiä polkuja myös palaute kokeneilta ammatinharjoittajilta voi vaikuttaa laskelmiin. Vaikka retrospektiivinen tieto voi kuvastaa ainoastaan ammattiryhmien käytettävissä olevaa aikaa eikä parasta käytäntöä, se tuottaa käyttökelpoisen mittarin lähtökohtien todentamiseen.
- 2) Arvioi jokaisen potilaan interventioasteikon tasoa suhteessa hoitoaikaan tiettyinä ajanjaksona (esim. 4 viikkoa). Potilaat, jotka eivät kotiudu tietyn ajan kuluessa, integroidaan seuraavaan seurantajaksoon.
- 3) Analysoi ja käytä retrospektiivistä tietoa, laske jokaisen tason potilasryhmät helpottaaksesi potilasmäärän tulkintaa ja mallinnusta.

Esimerkkilaskelma:

	Potilaan interventiotaso	Intervention kuvaus	Keskimääräinen aika arvio / kk (välitön/välillinen)	Potilasmäärän % -osuus tällä tasolla
1	Yksinkertainen (nopea)	Potilaan palvelutarve on nopeasti arvioitavissa, jatkotoimenpiteet ovat yksinkertaisia eikä vaadi muiden ammattiryhmien osallistumista potilaan kokonaishoitoon tai jatkohoitoa muissa toimipisteissä.	30min kahdesti viikossa, kahden viikon kokonaisaika 120min	30,00 %
2	Yksinkertainen (pitkä)	Vaikka potilaan palvelutarpeen arviointi ja hoidon järjestäminen on selkeää, potilaan kokonaishoito vaatii toteutuakseen pidemmän ajan.	45min kerran viikossa, neljän viikon kokonaisaika 180min	30,00 %
3	Keskinkertainen	Potilaan palvelutarpeen arviointi sisältää useita aikaa vieviä ongelmia, joiden hoitamiseen tarvitaan useampien ammattiryhmien edustajia/toimipisteitä. Interventioita arvioidaan ajan myötä ja säädetään sen mukaan.	45min kahdesti viikossa, kolmen viikon kokonaisaika 270min	30,00 %
4	Monimutkainen	Potilaan palvelutarvekokonaisuus ei ole heti määriteltävissä. Interventiot ovat pitkiä ja vaikeita esim. johtuen potilaan kulttuuritautasta tai yksilöllisestä elämäntilanteesta. Lisäksi interventiot vaativat useiden ammattiryhmien yhteistyötä hoidon eri vaiheissa.	45min kolmesti viikossa, kolmen viikon kokonaisaika 405min	5,00 %
5	Erittäin monimutkainen	Potilaan alkuperäinen tilanne on epävakaata ja muuttuu hoidon aikana sisältäen useita kehon järjestelmiä ja edellyttää intensiivisiä interventioita laajennetun ajanjakson aikana. Ongelmat ovat erittäin monimuotoisia ja vaatii useiden ammattiryhmien koordinoitua, joka saattaa muuttua potilaan tilanteen mukaisesti.	45min neljästi viikossa, neljän viikon kokonaisaika 720min	5,00 %

Esimerkkilomake

Vaihe 2a. Luokittele potilaat						Vaihe 2b.	Vaihe 2c.				
ICF koodit						Arvioitu interventi on kompleks isuus	Arvioitu interventioaika				
Potilaat	Osa 1a Kehon toimi n tojen häiriöt	Osa 1 b Ruumiin rakenteen häiriöt		Osa 2 Suoritusten ja osallistumise n rajoitteet		Osa 3 Ympäri s tötekijät	Interventi o taso	Aika/ tapaa minen	Tapaa m isia / vko	Viikkomää rä	4 viikon koko naisai ka
Potilas A	B440 -1 B710 -2 B730 -2	S430 -2 S750 -2 S760 -1	S430 -7 S750 -6 S760 -6	D430 -1 D450 -2	D430 -1 D450 -2	E120 -0 estet- tä, fasilit.	1	30 min	2	2	120 min
Potilas B	B440 -0 B710 -3 B730 -3	S430 -0 S750 -3 S760 3	S430 -0 S750 -7 S760 -6	D430 -2 D450 -2	D430 -2 D450 -2	E120 -1 este, 1 fasilit.	3	45 min	2	3	270 min
Potilas C	B440 -3 B710 -4 B730 -4	S430 -3 S750 -4 S760 -4	S430 -5 S750 -6 S760 -7	D430 -3 D450 -3	D430 -3 D450 -3	E120 -3 estet- tä, 3 fasilit.	4	45 min	3	3	405 min

Yhdistelmäesimerkki potilaan lomakkeista:

Vaihe 2a. Luokittele potilaat						Vaihe 2b.	Vaihe 2c.					
ICF koodit						Arvioitu interventio n kompleksis uus	Arvioitu interventioaika					
Potilas määrä	Osa 1a Kehon toimi n tojen häiriöt	Osa 1 b Ruumiin rakenteen häiriöt		Osa 2 Suoritusten ja osallistumise n rajoitteet		Osa 3 Ympäri s tötekijät	Interven tiotaso jen vaihtelu	Aika/ tapaa minen	Tapaa misi a / vko	Viikkomää rä	4 viikon kokon ais aika	Potilaid en %- osuus / taso
3	B440: 0-3 B710: 2-4 B730: 0-2-4	S430: 0-3 S750: 2-4 S760: 1-4	S430: 0-7 S750: 6-7 S760: 6-7	D430: 1-3 D450: 2-3	D430: 0: D450: 1-3 D450: 0: 2-3	E120 0-3 estet- tä, 0-3 fasilit.	1-4	30 - 45 min	2 - 3	2- 3	120 - 405 min	L1 33 % L2 0 % L3 33 % L4 33 % L5 0 %

VAIHE 3. Sovita potilasryhmäkohtaisten interventioiden aikavaatimukset käytettävissä oleviin ajassa mitattuihin henkilöstöresursseihin.

Tarkoitus: Sovittaa käytettävissä oleva henkilöstöresurssi ajassa potilasryhmäkohtaisten interventioiden aikavaatimuksiin, jolla määritetään hallittavat potilas/työmäärät.

Menetelmä: Jokaiselle terapeutille:

- 1) muunna vaiheessa 1 laskettu terapiaan käytettävissä oleva aika minuuteiksi
- 2) valitse potilaan interventiotaso ja määritä tämän tason potilaiden kokonaisaika. Kerro arvioitu potilasmäärä vaiheessa 2c saadulla arvioidulla interventioajalla
- 3) vähennä potilaisiin liittyvä kokonaisinterventioaika terapeuttien käytettävissä olevasta ajasta
- 4) toista yläpuolella olevat vaiheet jokaisen jäljellä olevan asiakasinterventiotason osalta.

Tämän prosessin loppuunsaattamisessa terapeuttien työaika valittuna ajanjaksona (4 viikkoa) jaetaan jokaisen potilaan kohdalla jokaisella tasolla. Numerot saattavat vaatia mukauttamista ja hienosäätöä kokonaispotilasmäärän määrittämiseksi jokaisella tasolla, joka voidaan suorittaa käytettävissä olevan ajan mukaan. Jokainen poikkeama käytettävissä olevan interventioajan ja potilaiden suhteen korostaa tarvetta osoittaa potilaan interventiotarpeen ja saatavilla olevan ammattiryhmien ajan käyttöä.

Esimerkki potilasmäärän hallinnasta:

24:n potilaan sovittaminen yhdelle kokoaikaiselle terapeutille:

Taso 1 – 7 potilasta

Taso 2 – 7 potilasta

Taso 3 – 6 potilasta

Taso 4 – 2 potilasta

Taso 5 – 2 potilasta

Yksittäisen terapeutin potilasmäärän esimerkkilaskelma:

Terapeutti 1
<i>1. Potilastyöhön käytettävissä oleva aika vaiheesta 1</i>
101h/6060min
<i>2. Tason 5 potilaat</i>
Yhden potilaan interventioaika neljältä viikolta = 720min (Vaihe 2 – 45min x 4h/vko neljän viikon ajalta = 720min) Arvioitu potilasmäärä = 2 Tason 1 potilaaseen käytetty kokonaisaika = 2x720 = 1440min Jäljelle jäävä työaika = 6060-1440 = 4620min Tasojen 1, 2, 3 ja 4 kesken jaettava aika = 4620min
<i>3. Tason 4 potilaat</i>
Käytettävissä oleva työaika = 4620min Arvioitu potilasmäärä = 2 Tason 4 potilaaseen käytetty kokonaisaika = 2x405min = 810min Jäljelle jäävä työaika = 4620-810 = 3810min Tasojen 1, 2 ja 3 kesken jaettava aika = 3810min
<i>4. Tason 3 potilaat</i>
Käytettävissä oleva työaika = 3810min Arvioitu potilasmäärä = 6 Tason 3 potilaaseen käytetty kokonaisaika = 6x270 = 1620min Jäljelle jäävä työaika = 3810-1620 = 2190min Tasojen 1 ja 2 kesken jaettava aika = 2190min
<i>5. Tason 2 potilaat</i>
Käytettävissä oleva työaika = 2190min Arvioitu potilasmäärä = 7 Tason 2 potilaaseen käytetty kokonaisaika = 7x180 = 1260min Jäljelle jäävä työaika = 2190-1260 = 930min Tason 1 kesken jaettava aika = 930min
<i>6. Tason 1 potilaat</i>
Käytettävissä oleva työaika = 960min Tason 1 potilaaseen käytetty aika 120min/potilas Tason 1 potilaiden määrä, joka pystytään hallitsemaan 930min:ssa = 930:120 = 7.6 potilasta 7.6 pyöristetään seitsemään, jolloin sallitaan joustavuutta aikatauluihin.
<i>7. Olemassa olevien potilaiden määrä ja heidän interventioprofilit, jotka eivät saaneet terapiaa</i>

Yhdistelmä kaikkien terapeuttien potilasmäärästä:

<i>Terapeutti</i>	<i>Tason 5 potilaat</i>	<i>Tason 4 potilaat</i>	<i>Tason 3 potilaat</i>	<i>Tason 2 potilaat</i>	<i>Tason 1 potilaat</i>	<i>Potilaiden kokonaismäärä, jolla hallitaan palvelut</i>
1	2	2	6	7	7	
2						
3...						
Yhteensä						

- kuvaako käyttämänne mittari henkilöstömitoitustoiminnan osioita? (työtyytyväisyys, henkilöstön lukumäärä ja osaaminen, työn laatu...)
- onko osa-alueita, joita ei mielestänne kysytty mittarissa?
- kuvautuuko normaali työpäivänne mittarin avulla?
- onko mittarin täyttämiseen käytetty aika työn mitoituksen kannalta mielestänne hyödyllistä / hyödytöntä?
- kuinka koette itseraportointimenetelmän käytännössä?
- toimiiko mittari mielestänne henkilöstömitoituksen arvioinnin välineenä?

- miten kuvailisitte mittarin käyttöä?
- kuinka paljon aikaa mittarin täyttäminen vei?
- millaisia hyviä kokemuksia mittarin käytöstä koet työnmitoitusta ajatellen?
- millaisia huonoja kokemuksia mittarin käytöstä koet työnmitoitusta ajatellen?
- kuvaavatko potilasinterventio- ja ICF-luokitus henkilöstön ammattitaitoa?
- onko mittarin täyttäminen avartanut omaa näkemystäsi työajan käytöstä?
- onko mittarin täyttäminen herättänyt ”uhkatiloja” omaa työtä kohtaan? (→ työajan lisääntyminen/vähentyminen tulosten perusteella)
- onko jotain muuta mitä haluaisit sanoa mittarin käytöstä/henkilöstömitoituksesta?

Opinnäytetyösopimus

Liite 4

RAMK – ylempi ammattikorkeakoulututkinto • Opinnäytetyöopas 2008–2010

Liite 1 Opinnäytetyösopimus
Opinnäytetyön aihe

Opiskelijan etu- ja sukunimi <i>Elina Haajurmaa</i>	Opiskelijanumero <i>R1200174</i>	Puhelin <i>044 218 6856</i>
Osoite <i>Haapaniementie 22A 17, 70100 Kuopio</i>	Sähköposti <i>elina.haajurmaa@edu.ramk.fi</i>	
Koulutusohjelma ja suuntautumisvaihtoehto <i>Terveyden edistämisen koulutusohjelma</i>		
Yrityksen/työyhteisön nimi <i>Kuopion yliopistollinen sairaala / Kuntoutuksen palveluyksikkö</i>		
Nimi <i>Annmaria Kainulainen</i>	Osoite <i>Puijonlaaksontie 2, 70210 Kuopio</i>	
Puhelin <i>044 717 8637</i>	Sähköposti <i>annmaria.kainulainen@kuh.fi</i>	
Opinnäytetyöstä aiheutuvien kustannusten korvaaminen opinnäytetyön tekijälle (mitä, miten): <i>KYS korvaa mahdolliset materiaalikulut.</i>		
Mahdollinen korvaus RAMKille (mitä, miten): <i>-</i>		
Opinnäytetyön tavoite ja tavoiteltava hyöty: <i>Etymassa olevien ft-resurssien mahdollisimman optimaalinen kohdentaminen tarkentuisi.</i>		
Nimi <i>Kaisa Turpeenniemi</i>	Osoite <i>Torokatu 35, 96400 Rovaniemi</i>	
Puhelin <i>020 798 5640</i>	Sähköposti <i>kaisa.turpeenniemi@ramk.fi</i>	
Opinnäytetyöt ovat julkisia. Jos työ sisältää toimeksiantajan kannalta luottamuksellista tietoa, nämä sijoitetaan varsinaisesta työstä erilliseen tausta-aineistoon. Tämä tausta-aineisto jää toimeksiantajalle. Tausta-aineistoa säilytetään RAMK:n koulutusohjelmassa 6 kk opinnäytetyön arvioinnista, minkä jälkeen se tuhoetaan, ellei toimeksiantajan kanssa ole muuta sovittu. Tekijänoikeuksista on sovittava kirjallisesti erikseen.		
Kyllä <input type="checkbox"/> opinnäytetyö sisältää luottamuksellista tietoa		
Opinnäytetyön toimeksiantajana pyydän, että seuraavassa perusteltu ja tarkennettu opinnäytetyön tausta-aineisto käsitellään luottamuksellisenä, eikä sitä julkaista valmiissa opinnäytetyössä.		
Paikka ja aika <i>Kuopio 4.5.2012</i>		
Työn toimeksiantajan edustaja <i>Annmaria Kainulainen</i> <i>ylilääkäri</i> <i>KYS / Kuntoutuksen palveluyksikkö</i>	Opiskelija <i>Elina Haajurmaa</i>	RAMK:n koulutusohjelman edustaja / ohjaava opettaja <i>Kaisa Turpeenniemi</i> <i>tuopelle FI, KL, THM</i>