

Opinnäytetyö YAMK

Ylempi AMK

Kliininen asiantuntija

2011

Heidi Zadraks

SALON ALUESAIRAALAN  
SISÄTAUTIEN YKSIKÖN  
HOITOHENKILÖKUNNAN  
KOULUTTAMINEN RAFAELA™  
– HOITOISUUSLUOKITUKSEN  
KÄYTTÖÖNOTTOON



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Terveysala | Kliininen asiantuntija

Syksy 2011 | 47

Heidi Zadraks

## SALON ALUESAIRAALAN HOITOHENKILÖKUNNAN KOULUTTAMINEN RAFAELA™ – HOITOISUUSLUOKITUKSEN KÄYTTÖÖNOTTOON

Projektin tavoitteena oli luoda toimiva koulutusmalli hoitohenkilökunnan kouluttamiseen RAFAELA™ –hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottoon. Mallin avulla koulutettiin ja ohjattiin Salon aluesairaalan sisätautien yksikön hoitohenkilökunta tekemään hoitoisuusluokitusta siten, että RAFAELA™ –hoitoisuusluokitus voitaisiin ottaa käyttöön sairaanhoitopiirin suunnitteleman aikataulun mukaan. Hoitoisuusluokituksen käyttöönotto perustuu Varsinais – Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön toimintasuunnitelmaan vuosille 2010 - 2015. Suunnitelman mukaan yksi hoitotyön osatavoite on oikean tuotantomallin luominen, joka edellyttää henkilökunnan voimavarojen oikein kohdentamista. RAFAELA™ –hoitoisuusluokitus on Suomen kuntaliiton omistama ja FCG Finnish Consulting Group OY:n hallinnoima hoitoisuusluokitusjärjestelmä. Järjestelmä on laajasti käytössä Suomessa.

Kehittämisprojekti toteutui keväältä 2010 – syksyyn 2011. Se piti sisällään henkilökunnan kouluttamisen OPCq –mittariin ja rajaantui rinnakkaisluokituksen tekemiseen keväällä 2011. Kehittämisprojektin alussa toteutettiin minirinnakkaisluokittelu, jota hyödynnettiin koulutusten suunnittelussa. Projekti aikana havainnoitiin henkilökunnan oppimista. Rinnakkaisluokittelua käytettiin projektin onnistumisen arvioinnissa. Koulutusten jälkeen kerättiin koulutuspalaute, jonka analysoinnin avulla arvioitiin koulutuksen onnistumista.

Kehittämisprojektin avulla saatiin kehitettyä toimiva koulutusmalli hoitoisuusluokituksen käyttöönottoon, jota pystytään soveltamaan muihin hoitotyön osa-alueisiin Salon aluesairaalan muissakin yksiköissä.

ASIASANAT: RAFAELA™, hoitoisuusluokitus, henkilökunnan kouluttaminen

MASTER'S THESIS | ABSTRACT  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Health Care | Master of Health Care

Autumn 2011| 47

Heidi Zadraks

## RAFAELA™ – PATIENT CLASSIFICATION SYSTEM'S TRAINING FOR SALO REGIONAL HOSPITAL STAFF NURSE'S IN INTERNAL MEDICINE

The project goal was to create a training model for training of nursing staff using the RAFAELA™ - patient classification system in the Salo Regional Hospital department of internal medicine ward. The introduction of patient classifications based on the Hospital District of Southwest – Finland care plan for 2010 -2015. According to one nursing care plan for specific objectives is the correct model for the production, which requires a proper allocation of staff resources. RAFAELA™ - patient classification is owned by the Association of Suomen Kuntaliitto. FCG FinnishConsulting Group's managed this system. The system is widely used in Finland.

The development project was completed during the period from the spring 2010 to autumn 2011. The development project was to involve staff training and limited on a parallel classification to make in the spring of 2011. The development project was carried out at the beginning of little parallel classification, which was utilized in the design of training. Project staff were observed during the learning process. A parallel classification used in evaluating the success of the project. Training after the training feedback was gathered, the analysis was used to assess training success.

The development project was developed through functional training model for the introduction of patient classifications.

KEYWORDS: RAFAELA™, patient classification, a staff training

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2. HOITOISUUSLUOKITUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>7</b>
2.1 Hoitoisuusluokitus	7
2.2 RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmä	8
2.3 RAFAELA™ – hoitoisuusluokittelu	10
<b>3. KEHITTÄMISPROJEKTIN VAIHEET JA ORGANISAATIO</b>	<b>12</b>
3.1 Vaiheet	12
3.2 Organisaation kuvaus	15
<b>4. KEHITTÄMISPROJEKTIN TAVOITE JA TARKOITUS</b>	<b>17</b>
<b>5. KEHITTÄMISPROJEKTIN TAUSTA</b>	<b>17</b>
5.1 Kehittämisympäristön kuvaus	17
5.2. Hoitoisuusluokittelu Salon aluesairaalan sisätautien yksikössä	17
<b>6. HOITOISUUSLUOKITUSKOULUTUS</b>	<b>18</b>
6.1 Koulutusten suunnittelu	18
6.2 Konstruktivistinen oppimiskäsitys	21
6.3 Havainnointi	22
6.4 Ensimmäinen koulutuskerta	23
6.5 Toinen koulutuskerta	25
6.6 Kolmas koulutuskerta	27
6.7 Hoitoisuusluokitusten harjoittelu	28
6.8. Rinnakkaisluokittelu	28
6.9 Koulutusten yhteenveto	29
6.10 Havainnointien yhteenveto	31
<b>7. KOULUTUSMALLI</b>	<b>33</b>
<b>8. LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS</b>	<b>36</b>
<b>9. POHDINTA</b>	<b>38</b>
<b>10. JATKOKEHITTÄMISAIHEITA</b>	<b>41</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>44</b>
<b>LIITE 1.</b>	<b>47</b>

# 1 JOHDANTO

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin vuosien 2010–2015 hoitotyön toimintaohjelmassa yksi osatavoite on hoidon oikean tuotantomallin luominen. Sairaanhoitopiirin tavoitteena on henkilökunnan voimavarojen oikein kohdentaminen, potilaiden hoitoisuuden ja terveystarpeiden seuranta, hoitohenkilökunnan osaamisen hallinta sekä henkilökunnan riittävyys. Hoitotyön tehtäviä ja työnjakoa uudistetaan toiminnan edellyttämällä tavalla. Yksi keino toteuttaa hoitotyön tuotannon oikein kohdentamista on hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotto.

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) mukaan jokaisella potilaalla on oikeus hyvään hoitoon. Potilaiden hyvän ja optimaalisen hoidon kehittämisessä ja seurannassa hyvänä välineenä toimii hoitoisuusluokitusjärjestelmä. Sen avulla voidaan määritellä potilaiden hoitoisuutta ja terveystarpeita, suunnitella henkilökunnan voimavarojen ja resurssien oikein kohdistumista. (Luhtasela 2006; VSSHP 2010.)

Salon aluesairaala osana sairaanhoitopiiriä ottaa käyttöön yksiköittäin RAFAELA<sup>TM</sup> -hoitoisuusluokituksen. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän omistaa Suomen Kuntaliitto ja hallinnoijana toimii FCG Finnish Consulting Group OY (jatkossa mainitaan FCG). FCG järjesti ensimmäiset aluesairaalan hoitoisuusluokituksista vastaavien hoitajien koulutukset syksyllä 2009. Vastuuhoitajat kouluttavat oman yksikkönsä henkilökunnan ja toimivat hoitoisuusluokituksesta vastaavina hoitajina omissa yksiköissään. Tämän kehittämisprojektin projektipäällikkö toimii Salon aluesairaalan sisätautien yksikön hoitoisuusluokitusten vastuuhoitajana. Henkilökunnan koulutukset sekä tiedot hoitoisuusluokitusjärjestelmästä perustuvat FCG:n toimittamaan koulutusmateriaaliin.

Hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttö ja optimaalisen hoitoisuuden mittaaminen tulevat olemaan merkittävä seurantaväline hoidon tuotantoa ja laatua sairaanhoitopiirissä mitattaessa. Yhtenäinen hoitoisuusluokitusohjelma

mahdollistaa myös sairaanhoitopiirin yksiköiden välisen vertailun esimerkiksi hoitohenkilöstön resursoinnissa sekä yksiköiden kuormittavuuksissa. Hoitoisuusluokituksesta saadun tiedon avulla voidaan verrata henkilöstökuluja, henkilöstörakennetta sekä hoitotyön järjestämistä. Vuosittain järjestelmästä saadaan raportti, josta saatavaa tietoa voidaan hyödyntää benchmarking -ajatuksella yksiköiden tarkastelussa. Tämän avulla voidaan tarkastella esimerkiksi henkilökuntaresurssien oikein kohdentumista. Mittarista saatu tieto on hyödynnettävissä perusteltaessa henkilöstöresurssien lisäämistä esimerkiksi osaston potilaskuormituksen vuoksi. Raporttien tuottaman tiedon avulla voidaan yhtenäistää toimivia hoitokäytäntöjä eri yksiköiden välillä. (Fagerström ym. 2003; Perälä 2007; VSSHP, 2010.)

Hoitoisuusluokitusjärjestelmästä saadun tiedon avulla voidaan kehittää laadukasta potilashoitoa. Tarkastelemalla yksiköittäin luokitteluissa korostuvia hoitotyön osa-alueita, jotka saadaan luokittelujen avulla esille, voidaan ottaa ne huomioon suunniteltaessa näihin osa-alueisiin liittyviä koulutuksia hoitohenkilökunnalle. Tällöin henkilökunta saa lisäkoulutusta osaamisensa tueksi. Hyvän, laadukkaan potilaslähtöisen hoitotyön taustalla on osaava henkilökunta. (Luhtasela 2006; FCG 2010.)

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli luoda toimiva koulutusmalli RAFAELA<sup>TM</sup> –hoitoisuusluokituksen käytön kouluttamiseen sekä järjestelmän käyttöönottoon Salon aluesairaalan sisätautien yksikössä. Koulutusmallia voidaan hyödyntää muissa aluesairaalan yksiköissä hoitotyöhön liittyvien aihealueiden kouluttamisessa.

## 2. HOITOISUUSLUOKITUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Hoitoisuusluokitus

Hoitoisuusluokituksella tarkoitetaan prosessia, jonka avulla saadaan määriteltyä potilaiden hoidon tarve ja hoitoon liittyvät toiminnot. Sen avulla saadaan myös tietoa hoitohenkilökunnan resurssitarpeesta. Hoitoisuusluokitus on potilaan luona toteutetun välittömän ja toteutumattoman välillisen hoitotyön arviota. Sen avulla saadaan hoitajien tekemä ns. näkymätön työ näkyväksi. Tiedon avulla voidaan määrittellä potilaiden hyvän hoidon toteutumiseen tarvittava hoitajien oikein kohdennettu määrä sekä hyödyntää tietoa johtamisen apuvälineenä. (DeGroot 1994; Fagerström ym. 2003; Kanerva 2003; Luhtasela 2006.)

Hoitoisuusluokitus tuli osaksi hoitotyötä 1940–1950 -luvuilla Yhdysvalloissa. Ensimmäinen varsinainen potilaiden hoitoisuusluokittelussa käytetty mittari oli John Hopkins Operations Groupin luokitteluohjelma 1960–luvulla Yhdysvalloissa Baltimoressa. Mittarin kehittäjänä toimi Robert Connor. Mittarin avulla luokiteltiin lähinnä sisätauti-kirurgisia -potilaita. Connorin kehittämä luokitusmenetelmä on toiminut maailmanlaajuisesti pohjana hoitoisuusluokitusten kehittymiselle. Mittarin avulla saatiin viitteet siitä, että hoitotyön kokonaismäärään osastoilla vaikutti eniten raskaimpaan hoitoisuusluokkaan sijoittuvien potilaiden lukumäärä. (Partanen 2002; Lämsä 2007.)

Suomessa hoitoisuusluokituksen ensiaskeleet otettiin 1960–1970 -luvulta lähtien. Alkuvuosina Suomessa hoitoisuusluokituksia tehtiin ns. Helsingin Yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) mallin mukaan. HYKS toimi hoitoisuusluokituksen kehittämisessä merkittävässä asemassa oltuaan yksi neljästä kehittäjä sairaalasta ja suurimpana yksikkönä keskeisimmässä asemassa. HYKS:ssä oli luotu menetelmä, jonka avulla potilaiden hoitosuutta luokiteltiin. Menetelmää käytettiin 1990-luvulle saakka, jolloin sen käyttö

lopetettiin. Mittarin tuottamaa tietoa ei pystytty hyödyntämään luotettavasti vertailtaessa eri osastoja. (Fagerström & Rauhala 2003; Luhtasela 2006.)

Varsinainen suuri askel hoitoisuusluokituksen kehittämiseen lähti Vaasan sairaanhoitopiiristä 1980-luvun lopulla. Siellä pohdittiin hoitoisuusluokitusta potilaan hoitoisuuden sekä hoitotyön periaatteiden ja filosofian mukaan. Siellä oli tunnistettu tarve luoda mittari, jonka avulla voitaisiin mitata ja tarkastella potilaiden hoitoisuutta Vaasan Keskussairaalassa. Hoitoisuusluokitusprojekti käynnistettiin syksyllä 1991. (Rainio & Ohinmaa 2004.)

Hoitoisuusluokituksen kehittäminen jatkui Oulussa 1991–1993, jolloin kehittämisessä otettiin huomioon luokituksesta saadun tiedon hyödyntäminen kustannuslaskennassa sekä henkilöstösuunnittelussa. Vaasa ja Oulu yhdistivät tietotaitonsa ja aloittivat yhteistyön hoitoisuusluokitusmittarin jatkokehittämisessä. Oulu–hoitoisuusluokitusmittarin käyttöä testattiin vuonna 1994 Vaasan keskussairaalassa Vaasan yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan kanssa. Yhteistyön tuloksena otettiin käyttöön käsite kokonaihoitoisuusluku/vuorokausi. Tällä tavoin mittarista saatua tietoa voitiin käyttää hallinnollisesti ja hoitotyön kehittämiseksi. (Rainio 1998.)

Hoitoisuusluokituksen kehittämiseen vaikutti merkittävästi lama 1990-luvulla. Talouden kiristymisen myötä terveydenhuoltoon kohdistettuihin säästötoimenpiteisiin alettiin kiinnittää huomiota koko maassa. Terveydenhuollossa hoitohenkilökunta muodostaa suurimman menoerän sairaaloiden budjetissa. Hoitajia tarvitaan paljon, jotta potilaat saadaan hoidettua. Laman myötä kustannustehokkuus nousi ajankohtaiseksi. Hoitoisuusluokitusmittarin avulla saatua tietoa hoitotyön hinnasta alettiin hyödyntää entistä tehokkaammin terveydenhuollon johtamisen apuvälineenä sekä hoidon laatua alettiin arvioida uudelleen. (Fagerström & Rauhala 2001.)

## 2.2 RAFAELA<sup>TM</sup> -hoitoisuusluokitusjärjestelmä

RAFAELA<sup>TM</sup> -hoitoisuusluokitusjärjestelmä kehitettiin vuosina 2000–2002 Suomen Kuntaliiton käynnistämässä Finnhoitoisuus–projektissa. Projektin



tarkoituksena oli tuottaa toimiva hoitoisuusluokitusjärjestelmä somaattisille vuodeosastoille. Projektiin osallistui 14 erikoissairaanhoidon organisaatiota ja 86 osastoa. Projektin jälkeen Suomen Kuntaliitto osti RAFAELA<sup>TM</sup> –hoitoisuusluokitusjärjestelmän vuonna 2003 ja sopi hallinnoinnista Qualisan OY:n kanssa. Hallinta myytiin FCG Efekolle, nykyiselle FCG Finnish Consulting Group OY:lle vuonna 2007. (Nukari 2008.)

RAFAELA<sup>TM</sup> –hoitoisuusluokitusjärjestelmä on syntynyt Oulun ja Vaasan kehitystyön seurauksena. Se pohjautuu Roperin, Loganin ja Tierneyn elämisen toimintojen malliin, joihin perustuen on laadittu kuusiosainen luokittelu. Elämisen toimintoja ovat turvallisen ympäristön ylläpitäminen, viestiminen, hengittäminen, syöminen ja juominen, erittäminen, henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehtiminen, kehon lämmöstä huolehtiminen, liikkuminen, työskenteleminen ja harrastaminen sekä leikkiminen, sukupuolisuuden ilmaiseminen, nukkuminen ja kuoleminen (Roper, Logan & Tierney 1992, Luhtasela 2006.)

RAFAELA<sup>TM</sup> -järjestelmän avulla saadaan tietoa hoitotyöhön käytetyistä hoitajaresursseista ja toteutuneesta hoitotyön määrästä sekä saadaan laskettua hoitajan keskimääräisen työn määrä jokaiselta päivältä. Saadun tiedon avulla hoitotyön resurssi voidaan kohdentaa oikeaan aikaan oikeaan paikkaan potilaiden tarpeiden mukaisesti. Lisäksi tietoa voidaan hyödyntää hoitohenkilökunnan resursoinnin suunnittelussa, jotta kohtuutonta henkilökunnan alimitoitusta tai ylikuormitusta ei saataisi aikaan. (Fagerström & Rauhala 2002; Pusa 2007; Kanerva 2010.)

Oikein kohdennetut resurssit tuottavat laadukasta hoitoa sekä hoitohenkilökunta jaksaa tehdä työnsä hyvin. Tämä on osoitettu myös tutkimalla konkreettisesti työn kuormittavuuden vaikutuksia. Vuonna 2004 toteutettiin tutkimus hoitohenkilökunnan sairaslomien lisääntymisestä verrattuna työn määrään. Työterveyslaitoksella kerättiin tietoja sairaalahenkilöstöä hyvinvointi – seurantatutkimuksessa sairaaloiden henkilökunnan sairaslomista sekä työhyvinvoinnista. Tutkimus toteutettiin yhdistämällä tämä tieto RAFAELA<sup>TM</sup> –hoitoisuusluokituksesta saatuihin tietoihin hoitajien työn määrästä.

Tutkimuksessa verrattiin keskimääräistä työn määrää suhteessa kuormittavuuteen ja sairauslomiin. Hoitotyön määrää tarkasteltiin vertailtaessa hoitoisuusluokitusmittarista saatua tietoa keskimääräisestä hoitoisuudesta suhteessa optimaaliseen hoitoisuuteen. Tutkimus osoitti selvästi, että ylittäessään hoitoisuuden optimaalisen tason, hoitajien sairauslomat kasvoivat jyrkästi. Sairaslomista sekä lyhyet, itse ilmoitetut sairauslomat että pidempiaikaiset, lääkärintodistuksella osoitetut sairauslomat kasvoivat. Tutkimuksesta rajattiin pois lyhyet, lapsen sairastumista koskevat sairauslomat, joiden vuoksi henkilökunta oli ollut poissa. Hoitajan jääminen sairauslomalle aiheutti myös kuormitusta toisille työntekijöille osastoilla, sillä hoitajaa sijaistamaan tullut henkilö saattoi olla kokematon hoitaja, joka taas lisäsi toisten hoitajien työpanosta. Kiire ja kuormittava hoitotyö ovat todetut tutkimuksissa myös lisäävän selkeästi erilaisten virheiden lisääntymistä hoitotyössä, huonontavan potilaiden hoidon laatua sekä jopa pitkittävän potilaiden hoitoaikoja. (Rauhala 2005.)

RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmä on otettu melko laajasti käyttöön Suomessa. Järjestelmää käytetään sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmää on otettu käyttöön myös yksityissektorilla. Ulkomailla RAFAELA™ -järjestelmää on otettu käyttöön kesän 2010 aikana Norjassa Oslo Universitets Sykehusissa sekä Islannissa Landspítali University Hospitalissa. Järjestelmää on kehitetty sekä testattu kansallisesti seitsemän eri sairaalan aineistoilla Suomen Kuntaliiton Finnhoitoisuus -hankkeessa vuosina 2000–2001. Järjestelmää käytettiin benchmarking-arviointiin suomalaisen hoitotyön tilanteesta (Kanerva 2004; Nukari 2008; Kanerva 2010; Rafaela -ohjeistot 2011.)

### 2.3 RAFAELA™ – hoitoisuusluokittelu

RAFAELA™ -hoitoisuusluokittelu toteutetaan konkreettisesti luokittelemalla kerran vuorokaudessa potilaat iltapäivällä klo 15.00. Luokiteltaessa potilaat arvioidaan 24 tuntia luokitteluajasta taaksepäin käsittäen tehdyn aamuvuoron,

yövuoron sekä edellisen päivän iltavuoron. Osa hoitoisuusluokituksista perustuu kirjaamiseen. Luokituksen tekee potilasta hoitanut hoitaja.

RAFAELA<sup>TM</sup> – hoitoisuusluokittelujärjestelmä koostuu kolmesta eri mittarista. Ensimmäinen hoitoisuusluokitusjärjestelmän mittareista on Oulu Patient Classification (OPCq), joka on Oulun kehittämistyön tulos. Mittari sisältää potilaiden hoidon tarvealueet kuudelta osa-alueelta: 1) hoidon suunnittelu ja koordinointi, 2) hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet, 3) ravinto ja lääkehoito, 4) hygienia ja eritystoiminta, 5) aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo, 6) hoidon/jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki. Osa-alueet jakautuvat neljään eri tasoon eli A = 1 piste; B = 2 pistettä; C = 3 pistettä ja D = 4 pistettä. Hoitaja valitsee jokaiseen yllä olevaan kuuteen kohtaan arvionsa mukaan A, B, C tai D –vaihtoehdon. Näiden valintojen mukaan potilas saa kokonaispistemäärän. Kokonaispistemäärän mukaan saadaan potilaan hoitoisuusluokka. Hoitoisuusluokkia on viisi, vähimmäishoitoisuudesta intensiiviseen hoitoisuuteen, joihin potilas saamiensa pisteiden mukaan sijoittuu. (Rainio 1998; Kanerva 2010.)

Toinen hoitoisuusluokitusjärjestelmän mittari määrittää hoitajavoimavarojen kohdentumisen. Potilaiden hoitotyöhön osallistuneiden hoitajien määrä tallennetaan kerran vuorokaudessa. Yhdistämällä OPCq –mittari sekä hoitajaresurssit, saadaan tuloksena laskettua hoitoisuus/hoitaja RAFAELA<sup>TM</sup> – hoitoisuusluokittelujärjestelmään. (Kanerva 2004).

Kolmannen hoitoisuusluokitusjärjestelmän mittarin, PAONCIL –mittarin (Professional Assessment of Nursing Care Intensity) avulla saadaan määriteltyä optimaalisen hoitoisuuden/hoitaja taso. PAONCIL –mittarin kehittämistyö tapahtui pääosin Vaasassa. Pelkästään OPCq –mittari ja hoitajamäärän syöttäminen järjestelmään eivät tuota optimaalisen hoitoisuuden tulosta. PAONCIL –mittarin avulla hoitajat arvioivat kahden kuukauden aikana 7 – luokkaisella mittarilla hoitotyön kuormittavuutta. Jokainen yksikkö on ennen PAONCIL –mittarin käyttöönottoa määritellyt oman yksikkönsä optimaalisen hoitoisuuden tason. Sillä tarkoitetaan tilannetta, jolloin yksikön hoitaja pystyy suoriutumaan työstään siten, ettei yksikölle määritelty hyvän hoidon taso kärsi.

Mittarin asteikolla saatu tulos asettuu janan joko plus tai miinus -puolelle. Jos hoitoisuus sijoittuu plus -tasolle, sitä enemmän hoitajat joutuvat priorisoimaan tekemäänsä työtä. Hoitoisuuden sijoittuminen miinus -tasolle kuvaa tilannetta, jolloin hoitaja suoriutuu työstään siten, että hänelle jää ”tyhjää” aika ollessaan työvuorossa. (Kanerva 2004.)

Rauhala (2008) on tehnyt tutkimuksen RAFAELA<sup>TM</sup> – hoitoisuusluokitusmittarin validiteetista eli siitä, miten hyvin hoitoisuusluokittelussa käytetty RAFAELA<sup>TM</sup> -hoitoisuusluokitus mittaa hoitoisuutta erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla käytössä olevana mittarina. Rauhala toteutti tutkimuksen OPCq – sekä PAONCIL –mittareita tarkastelemalla. Tulosten mukaan RAFAELA<sup>TM</sup> –hoitoisuusluokitusjärjestelmän OPCq -mittaria voidaan pitää monipuolisesti valikoituna mittarina. Myös koko RAFAELA<sup>TM</sup> – järjestelmä on riittävän validi somaattisten vuodeosastojen käyttöön. (Rauhala, 2008.)

### **3. KEHITTÄMISPROJEKTIN VAIHEET JA ORGANISAATIO**

#### **3.1 Vaiheet**

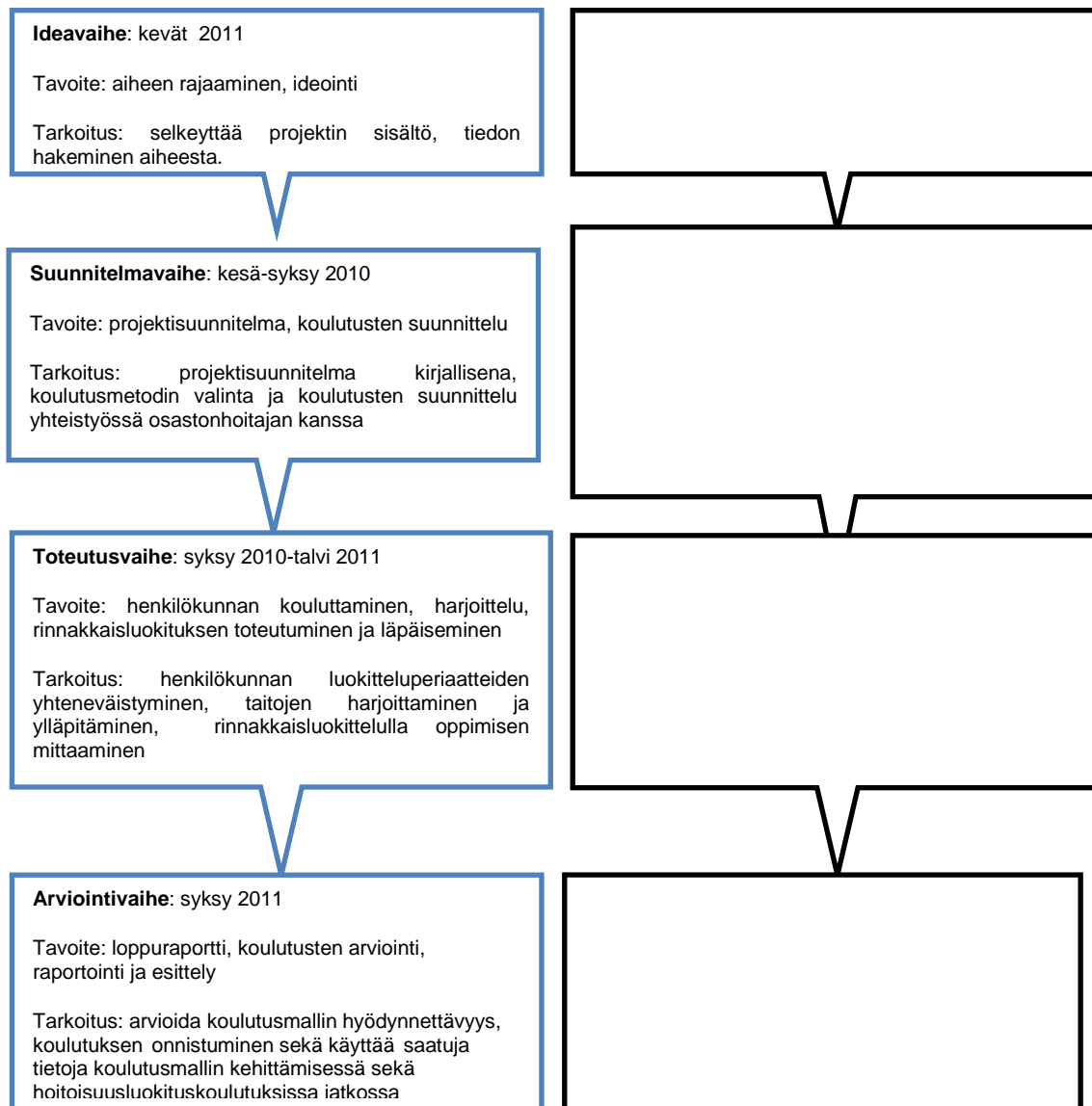
Kehittämiprojekti käynnistyi Salon aluesairaalan sisätautien yksikössä maaliskuun alussa 2010. Idea kehittämiprojektille tuli johtavalta ylihoitajalta sekä sisätautien yksikön osastonhoitajalta. Salon aluesairaalassa hoitoisuusluokitusta oli tehty vuodesta 2005 alkaen, jolloin henkilökunta oli edellisen kerran koulutettu hoitoisuusluokituksen käyttöön. Hoitoisuusluokitusmittarin sisältö oli tarkentunut kuluneiden vuosien aikana, eikä aiemmat muistisäännöt ja opitut periaatteet enää kaikilta osin pitäneet paikkaansa. Lisäksi sairaanhoitopiirin hoitotyön toimintasuunnitelman mukaisesti kaikki sairaanhoitopiirin yksiköt ottavat käyttöön RAFAELA<sup>TM</sup> –hoitoisuusluokitusjärjestelmän virallisesti, minkä vuoksi sairaanhoitopiirin

yksiköiden hoitoisuusluokituksen vastuuhenkilöt koulutettiin hallinnoijan toimesta. Sisätautien yksikön hoitohenkilökunnan kouluttaminen järjestelmän käyttöön oli siis ajankohtaista. Kehittämiprojektia ennen projektipäällikkö on osallistunut FCG:n järjestämiin koulutuksiin ja toimii sisätautien yksikön toisena hoitoisuusluokituksesta vastaavana hoitajana.

Lupa kehittämissuorituksen tekemiseen saatiin kirjallisena Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin asiantuntijaryhmältä keväällä 2010. Asiantuntijaryhmän lupaa tarvittiin henkilökunnan havainnointiin kehittämissuorituksen aikana sekä opinnäytetyön tekemiseen sisätautien yksikön hoitoisuusluokituskoulutuksesta. Lupa käyttää RAFAELA<sup>TM</sup> –hoitoisuusluokituskoulutuksen materiaaleja haettiin FCG:ltä. Hallinnoijan edustajalta saatiin lupa sähköpostitse keväällä 2010.

Kehittämissuoritus käynnistyi virallisesti ideavaiheella (kuviokuva 1). Ennen suorituksen aloittamista sisätautien yksikössä oli hoitoisuusluokituskoulutuksia pidetty jo kerran sekä toteutettu minirinnakkaisluokittelu. Hoitoisuusluokituskoulutukset olivat aloitettu yksikössä vastuuhoidajien koulutusten jälkeen. Aiheen siirtyminen opinnäytetyön kehittämissuoritukseksi varmistui projektipäällikön opinnäytetyöaiheen valikoitumisen myötä. Projektipäällikkö toimii sisätautien yksikössä hoitoisuusluokitusten vastuuhoidajana. Ideavaiheessa rajattiin aihe ja valittiin koulutettavaksi vuodeosaston sekä valvonnan henkilökunta. Ideavaiheen aikana tehtiin aiheeseen liittyvä tietoperustan hakeminen. Ideavaihe esitettiin ohjausryhmälle toukokuussa 2010. Luvat hallinnoijalta sekä sairaanhoitopiiriltä haettiin keväällä 2010.

Kuvio 1. Projektin vaiheet



Suunnitelmavaiheessa (kuvio 1) työstettiin projektisuunnitelma sekä tehtiin koulutussuunnitelmat koulutuserroilla 2. ja 3. Suunnitelmavaiheen tarkoituksena oli luoda koulutussuunnitelma jäljellä oleviin koulutuksiin ja valita niihin toimiva koulutusmetodi. Lisäksi suunnitelmavaiheen aikana suunniteltiin rinnakkaisluokittelun ajankohta. Projektisuunnitelma esitettiin Turun

ammattikorkeakoulun projektiseminaarissa sekä Salon aluesairaalassa ohjausryhmälle syyskuussa 2010.

Toteutusvaiheessa toteutettiin henkilökunnan koulutukset syyskuussa sekä marraskuussa 2010. Ohjausryhmä kokoontui marraskuun lopussa 2010, jolloin sitä informoitiin projektin kulusta sekä suunnitelmasta toteuttaa rinnakkaisluokittelu helmi-maaliskuussa 2011. Rinnakkaisluokittelu toteutettiin suunniteltuna ajankohtana hallinnoijan ohjeen mukaan. Ohjausryhmä kokoontui rinnakkaisluokittelun jälkeen huhtikuussa 2011 kuulemaan rinnakkaisluokittelun tulokset.

Arviointivaiheessa tuotettiin projektin loppuraportti syksyllä 2011. Loppuraportissa on arvioitu projektin kulkua, toteutusta, havainnointia sekä kehittämiskohteita. Loppuraportti julkaistaan Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä joulukuussa 2011. Loppuraportti esitetään myös Salon aluesairaalassa marraskuussa 2011.

### 3.2 Organisaation kuvaus

Projektiorganisaatio koostui ohjausryhmästä ja projektiryhmästä. Ohjausryhmä on projektin ylin valvoja ja ulkoinen ohjaaja päätösten tasolla. Ohjausryhmän tehtäviin kuuluvat projektipäällikön laatiman projektisuunnitelman tarkastaminen ja hyväksyminen, lopputuloksen hyväksyminen sekä projektipäällikön tukeminen ongelmien ratkaisemisessa. (Silfverberg 2006.)

Projektilla on oltava projektipäällikkö, jonka tehtävänä on vastata projektin sisäisestä johtamisesta, laatia ja hyväksyttää projektisuunnitelma, vastata työsuunnitelmista sekä projektisuunnitelman toteuttamisesta. Projektipäällikkö seuraa projektin edistymistä ja raportoi etenemisestä säännöllisesti sovitulla tavalla ohjausryhmälle, tekee ohjausryhmälle tarvittaessa ehdotukset suunnitelman muuttamisesta, toimii projektihenkilöstön esimiehenä, vastaa viestinnästä ja laatii viestintäsuunnitelman sekä vastaa projektin päättämisestä ja raportoinnista. (Silfverberg 2006.)

Kehittämiprojektin ohjausryhmään kuuluivat johtava ylihoitaja, ylihoitaja, sisätautien yksikön osastonhoitaja, sisätautien yksikön apulaisosastonhoitaja, vs.apulaisosastonhoitaja ja hoitoisuusluokitusvastaava hoitaja, kirurgian yksikön osastonhoitaja ja ohjaava opettaja. Henkilöt valikoituivat ohjausryhmään oman roolinsa mukaan. Johtava ylihoitaja toimii koko organisaation ja ylihoitaja sisätautien yksikön organisaation asiantuntijana. Sisätautien yksikön osastonhoitaja yksikön esimiehenä sekä kehittämishankkeen projektipäällikön mentorina ja vs.apulaisosastonhoitaja toimii sisätautien yksikön toisena hoitoisuusluokitusvastaavana hoitajana sekä kirjaamisvastaavana. Aluesairaalan hoitoisuusluokituksesta vastaava hoitaja sekä kirurgian yksikön osastonhoitaja toimivat molemmat Salon aluesairaalan hoitoisuusluokituksesta vastaavina hoitajina.

Projektiryhmän tehtäviin kuuluu vastata osaltaan projektin onnistumisesta. Jokaisella projektiryhmän jäsenellä on tehtäväkohtainen vastuu. Projektihenkilöstö sitoutuu projektisuunnitelman toteuttamiseen oman tehtävänsä kautta. Projektipäällikkö ohjaa projektiryhmää (Silfverberg 2006.) Projektiryhmään kuuluivat sisätautien yksikön osastonhoitaja, sisätautien yksikön apulaisosastonhoitaja, sisätautien yksikön toinen apulaisosastonhoitaja ja hoitoisuusluokitusvastaava, valvontayksikön vastaava sairaanhoitaja ja hoitaja. Projektipäällikkönä toimi kehittämiprojektissa opinnäytetyön tekijä.

Projektiryhmä valikoitui sisätautien yksikön keskeisimmistä henkilöistä. Valvontayksikön vastaava hoitaja sekä sairaanhoitaja osallistuivat valvonnan asiantuntijoina projektiryhmään.



## 4. KEHITTÄMISPROJEKTIN TAVOITE JA TARKOITUS

Projektin tavoitteena oli luoda toimiva koulutusmalli hoitohenkilökunnan kouluttamiseen RAFAELA™ –hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottoon. Mallin avulla koulutettiin ja ohjattiin Salon aluesairaalan sisätautien yksikön hoitohenkilökunta tekemään hoitoisuusluokitusta siten, että RAFAELA™ –hoitoisuusluokitus voitaisiin ottaa käyttöön sairaanhoitopiirin suunnitteleman aikataulun mukaan.

## 5. KEHITTÄMISPROJEKTIN TAUSTA

### 5.1 Kehittämisympäristön kuvaus

Salon aluesairaalan sisätautien yksikköön kuuluvat valvontayksikkö, vuodeosasto, dialyysiyksikkö, sydänlaboratorion toiminta sekä sisätautien ajanvarauspoliklinikka. Vuodeosastolla on 51 potilaspaikkaa. Osaston henkilökuntaan kuuluvat osastonhoitaja, kaksi apulaisosastonhoitajaa, sairaanhoitajia, perus- ja lähihoitajia, laitoshuoltajia, osaston ylilääkäri, neljä osastonlääkäriä ja kuusi erikoistuvaa lääkäriä. Hoitajia osaston henkilökunnasta on noin 60. Osastolla hoidetaan kaikki sisätauteihin kuuluvat aikuispotilaat. Potilaista 80–85 % tulee päivystyksenä osastolle ja loput luvatulle paikalle esimerkiksi suolistotutkimuksiin, diabeteksen tasapainotukseen tai lääkeinfuusiota saamaan. Osasto on päivystävä vuodeosasto, johon potilaita voi tulla mihin vuorokauden aikaan tahansa.

### 5.2. Hoitoisuusluokittelu Salon aluesairaalan sisätautien yksikössä

Salon aluesairaalan sisätautien yksikössä on hoitoisuusluokitusta tehty vuodesta 2005 alkaen. Hoitoisuusluokitus on pohjautunut OPCq –mittariin. Hoitoisuusluokittelusta vastaava hoitaja oli luonut luokittelupohjan aluksi paperiselle lomakkeelle. Myöhemmin hän laati pohjan Excel-

taulukkolaskentaohjelmaan. Luokittelupohjat sisälsivät samat kuusi kohtaa kuin nykyinenkin OPCq –mittari sekä vastasivat sisällöltään RAFAELA<sup>TM</sup> –hoitoisuusluokituksen mittaristoa. Hoitoisuusluokitus siirryttiin tekemään sisätautien yksikössä potilaiden sähköiseen hoitokertomukseen hoitopäivään Miranda–käyttöjärjestelmän päivittyessä rakenteisen kirjaamisen muotoon keväällä 2010.

Hoitoisuusluokituksista ei saada vielä tietoa sähköisesti, koska sairaanhoitopiirin tietotekniset järjestelmät eivät ole valmiita hoitoisuusluokituksen täydelliseen käyttöönottoon. Sairaanhoitopiirissä tällä hetkellä osa yksiköistä toteuttaa luokittelua MUSTI–käyttöjärjestelmän kautta. Salon aluesairaalan Miranda–järjestelmään tulevat päivitykset vuoden 2011 lopulla ja vuonna 2012.

## **6. HOITOISUUSLUOKITUSKOULUTUS**

### **6.1 Koulutusten suunnittelu**

Organisaation oppiminen kuvaa sitä, millaisia taitoja ja prosesseja se käyttää uuden tiedon tuottamiseen ja jalostamiseen (Ojala 1999). Koulutuksen avulla pyritään muuttamaan yhteisön käytäntöjä ja ratkaisemaan yhteiskunnan ja sen jäsenten ajankohtaisia ongelmia. Koulutus on prosessi, jota voidaan jäsentää monella tavalla ja monella eri tasolla. Kaikkien koulutusprosessien lähtökohtana on aina tavoite, joka on pyrittävä määrittelemään mahdollisimman tarkasti. Sisällön ja tavoitteen määrittely määrää pitkälle sen millä tavoin koulutusprosessissa edetään. (Kansanen 2003; Metsämuuronen 2007.)

Työpaikkakoulutuksessa huomioon otettavia asioita ovat käytännön mahdollisuuksien arvioiminen eli henkilöstöresurssit, kustannukset, ajankäyttö ja tekniset resurssit (tilat, laitteet, välineet). Henkilöstön sitouttaminen

koulutuksiin on tärkeä osa-alue, ja tällä on merkittävä rooli positiivisen lopputuloksen kannalta. Motivointi osana koulutusmenetelmään on erittäin tärkeä asia. (Hakkarainen & Kangas 1999; Metsämuuronen 2007.)

Tässä kehittämistehtävässä hoitoisuusluokituskoulutuksissa päävastuu oli projektipäälliköllä. Mukana koulutuksissa oli toinen sisätautien yksikön hoitoisuusluokitusvastaava hoitaja, joka toimi myös osallisena projekti- ja ohjausryhmässä. Aluksi henkilökunnan osaamista oli mitattu tekemällä minirinnakkaisluokittelu. Se oli toteutettu maaliskuun 2010 alussa, ennen kehittämisprojektin alkua. Sillä mitattiin osaamista ja luokittelun yhteneväisyyttä luokittelemalla 20 osaston potilasta kahden hoitajan toimesta, toisistaan tietämättä. He olivat molemmat hoitaneet luokittelemiaan potilaita. Luokitteluja verrattiin keskenään. Niissä oli melkoisesti hajontaa, ja yhteneväisyysprosentti 20 potilaan otoksesta oli 9 % / 100 %. Hoitajien luokitteluperiaatteiden voi siis todeta olleen melko eriävät.

Hoitoisuusluokituskoulutusten siirryttyä kehittämisprojektiksi, jatkokoulutuksiin haluttiin löytää tehokkain mahdollinen koulutusmuoto. Koulutusten suunnittelu toteutettiin yhdessä mentorin, toisen hoitoisuusluokitusvastaavan hoitajan sekä ohjaavan opettajan tuella. Koulutusten suunnittelussa otettiin huomioon henkilökuntamäärä. Osastonhoitajan kanssa suunniteltiin konkreettisesti ajallisesti koulutukset. Osastonhoitaja yksikön esimiehenä vastasi yksikön työvuorojen suunnittelusta sekä sijaishankinnasta. Koulutusten tieto hyvissä ajoin mahdollisesti osastonhoitajalle isojen ryhmien koulutusiltapäivien toteutuksen suunnittelun työvuoroihin sekä tarvittaessa mahdollisten sijaisten hankinnan osastolle työvuoroihin koulutusten ajaksi.

Ison yksikön henkilökunnan koulutukset päätettiin yhdessä osastonhoitajan sekä toisen hoitoisuusluokituksesta vastaavan hoitajan kanssa toteuttaa ryhmäkoulutuksena syksyn 2010 aikana kahdella kerralla. Kahteen koulutuskertaan suunniteltiin henkilökunnan sijoittuminen siten, että molemmat koulutuskerrat olisivat samansisältöiset ja henkilökuntamäärä jaettuna kahteen ryhmään mahdollistaisi sen, että kaikki pääsisivät osallistumaan koulutukseen.

Hoitoisuusluokitusta oli tehty osastolla vuodesta 2005 alkaen. Aiempi mittari oli sovellettu RAFAELA™ – hoitoisuusluokitusmittarista aluesairaalaan sopivaksi. Vuosien aikana RAFAELA™ – hoitoisuusluokitusmittarin sisältö oli tarkentunut uusien luokitteluohjeiden myötä. Koulutuksen suunnittelussa otettiin huomioon se, että henkilökunnalla oli aiheesta jo pohjatietoa. Koulutukset oli suunniteltava siten, että pohjalla oleva vanha tieto päivitetäisiin uudeksi oikeanlaisella menetelmällä. Ohjauksessa koulutusten teoreettisena pohjana päädyttiin käyttämään konstruktivistista oppimiskäsitystä, joka tarkentui sosiaalisesti konstruktivismiksi ohjausryhmän tapaamisessa. Konstruktivistista oppimiskäsitystä on käsitelty kohdassa 6.2. tarkemmin.

Koulutusten toteutuksen avainroolissa oli kouluttajan ohella sisätautien yksikön osastonhoitaja. Hän yksikön esimiehenä vastaa työvuorojen suunnittelusta sekä hallinnoi osaston toimintaa. Hänen kanssa sovittiin henkilökunnan koulutusten määrä ja ajoittuminen vuoden ajalle maaliskuussa 2010. Projektipäällikkö varasi koulutustilan ensimmäiseen koulutuskertaan. Osastonhoitaja suunnitteli työvuoroihin henkilökunnalle koulutusiltapäivän valitulle päivälle. Osastonhoitaja varasi koulutuskerroille 2. ja 3. aluesairaalan auditorion koulutuspaikaksi.

Kaikki hoitotyössä olevat hoitajat olivat velvollisia tekemään hoitoisuusluokitusta osana potilaan hoitotyötä sekä hoitajan toimenkuvaa, siksi kaikkien hoitajien kouluttaminen oli tärkeää. Lisäksi hoitajien motivoimisen merkitys koulutuksissa korostui oikean, motivoivan oppimismenetelmän valinnassa. Kehittämiprojektissa motivointi oli yksi tärkeä osa-alue. Vanha tuttu aihe, joka olisi sisäistettävä uudelleen, olisi onnistuttava kouluttamaan siten, että henkilökunnan mielenkiinto aiheeseen syntyisi ja pysyisi yllä. Hoitoisuusluokitus aiheena koettiin jo rutiiniksi ja tutuksi aihealueeksi, joka jo osattiin. Konstruktivistisessa oppimiskäsityksessä merkittäviä asioita motivoinnin kannalta ovat oppijoiden oman oppimistilanteen tulkinta ja siihen vaikuttavien kokemusten merkityksellisyys sekä sosiaalisen vuorovaikutustilanteen ehdot. Motivaatiotutkimuksissa Tynjälän (2004) mukaan oli kiinnitetty huomiota juuri mielekkäitä oppimistehtäviä tarjoaviin ja oppijoita aktivoiviin tekijöihin. Näiden avulla oppijoiden motivaatio opittavaa asiaa kohtaan kasvoi tai pysyi yllä.

Tehtävien kautta oppimisessa oppimistehtävien tulisi olla mielekkäitä, vaihtelevia ja monipuolisia sekä merkityksellisiä oppijan kannalta. (Tynjälä 2004.) Hoitoisuusluokituksen tekeminen oikeilla potilastapauksilla olisi sitä, jota hoitajat hoitoisuusluokituksen suhteen konkreettisesti tekevät. Näin harjoitteet koskettaisivat oikeaa realistista toimintaa.

Ideavaiheessa motivointi oli otettava huomioon tietoperustan hakemisessa, jotta työn taustalle saataisiin riittävä ja luotettava näyttö. Konkreettisen näytön avulla luotaisiin hoitajille näyttöä siitä, että hoitoisuusluokituksen tekeminen tuottaa merkittävää tietoa hoitotyön kehittämistä ajatellen ja siitä saatavaa tietoa voitaisiin hyödyntää yksikön hyväksi.

## 6.2 Konstruktivistinen oppimiskäsitys

Ymmärtäminen on oppimisen keskeinen käsite. Kun opittava asia ymmärretään, se näkyy oppijan toiminnassa siten, että hän pystyy perustelemaan valintansa sekä pystyy soveltamaan sen mielekkäästi käyttöön eri tilanteissa. Ymmärtäminen on aina riippuvainen laajemmasta kontekstista, jonka avulla asiat ymmärretään. Näitä konteksteja voivat olla esimerkiksi käsite, tapahtuma, tai teko. Tämän seurauksena myös kouluttajan on ymmärrettävä se konteksti ja käsitysten järjestelmä, jonka avulla oppija tekee tulkintansa asiasta. (Rauste-Von Wright, Von Wright & Soini 2003.)

Konstruktivismi oppimiskäsityksen perustana ei ole vain yksi tietty teoria, vaan sillä on useita eri suuntauksia. Näitä suuntauksia yhdistää ajatus siitä, että tieto ei voi olla tietäjästä riippumatonta objektiivista heijastumaa maailmasta, vaan se on aina yksilön tai yhteisön itsensä rakentamaa. Oppiminen ei ole pelkästään tiedon passiivista vastaanottamista vaan oppijan aktiivista kognitiivista toimintaa, jossa oppija tulkitsee havaintojaan ja uutta tietoa aiemman tietonsa ja kokemustensa pohjalta. Oppija rakentaa kuvaansa maailmasta ja sen ilmiöistä jatkuvasti niin sanotusti päivittämällä vanhaa tietoa uudeksi. Oppijan havainnointiin ja tiedon sisäistämiseen vaikuttavat keskeisesti hänen aiemmat tietonsa ja uskomuksensa opittavasta asiasta. (Tynjälä 1999.)

Sosiokonstruktivismiin avulla oppimista tarkastellaan sosiaalisena ilmiönä. Ryhmätoiminnassa tarkastellaan ryhmän tai yhteisön oppimista. (Tynjälä 1999.) Sen mukaan tietoa ei voida sellaisenaan siirtää oppijalle, vaan se on oppijan ja häntä ympäröivän yhteisön yhdessä rakentamaa tietoa. Tiedon muokkaaminen tapahtuu sosiaalisen toiminnan kautta. (Eteläpelto & Tynjälä 1999.)

Kehittämiprojektin viitekehyksenä sosiokonstruktivistinen oppimiskäsitys tuki koulutusten suunnittelua sisätautien yksikköön. Henkilökunnalla oli jo tietoa hoitoisuusluokituksesta, joka oli päivitettävä koulutusten avulla uusien luokitteluohjeiden mukaiseksi sekä kerrattava hoitoisuusluokituksen perusteita. Vanha tieto oli siis päivitettävä uudeksi mahdollisimman tehokkain menetelmin. Koulutukset päätettiin toteuttaa konkreettisesti yhteistoiminnallisen oppimisen avulla ryhmätöiden kautta. Ryhmätöyö valikoitui metodiksi jo senkin perusteella, että osastolla oli optimaalinen mahdollisuus toteuttaa koulutukset kahtena eri kertana syksyn 2010 aikana, jolloin työvuorollisesti osastonhoitaja pystyi toteuttamaan koulutuksiin osallistumisen parhaiten. Hän järjesti henkilökunnalle koulutuspäivät ja vuorotteli kahden koulutuksiin osallistuvan henkilökuntaryhmän työvuorot siten, että kaikki hoitajat pääsisivät osallistumaan koulutuksiin sekä yksikön toiminta jatkuisi sujuvasti riittävän henkilökuntamäärän ollessa töissä. Yhteistoiminnallisen oppimisen avulla hoitoisuusluokituksen tekemisen periaatteet muodostuivat mahdollisimman yhteneväisiksi hoitajien kesken. Yhteistoiminnallisuus perustuu juuri tähän ajattelutapaan tiedon oppimisesta (Tynjälä 1999). Koulutustilanteessa tehtävien purkaminen edellyttäisi jokaisen osallistumista toimintaan sekä aktiivista keskustelua valintojen perusteeksi. Konkreettisen tekemisen kautta osoitetaan luokittelujen perusteet käytännössä ja hoitajien on helppo oppia ajattelemaan käytössä olevan OPCq – mittarin periaatteita.

### 6.3 Havainnointi

Kehittämiprojektin aikana haavainnoitiin hoitohenkilökunnan asenteita, kommentteja ja reagoitteja hoitoisuusluokitukseen liittyen. Havainnointia oli tarkoitus käyttää yhtenä menetelmänä hoitoisuusluokituskoulutuksen

onnistumisen arviointina yhdessä rinnakkaisluokittelutuloksen kanssa. Havainnoinnilla haluttiin saada lisätietoa henkilökunnan koulutusprosessin arviointiin. Kehittämiprojektin aikana esille nousseita kommentteja voitiin hyödyntää koulutusten suunnittelussa. Mikäli kommentteissa nousisi esille selkeästi asioita, niitä voitaisiin avata lisää koulutuksessa. Näitä olisivat esimerkiksi johonkin hoitoisuusluokitusmittarin osa-alueeseen liittyvät epäkohdat ja esille tulevat tiedon puutteet.

Havainnoinnilla tarkoitetaan tutkittavan kohteen tarkkailemista tietyllä aikavälillä. Havainnoinnin objektiivisuuden tai subjektiivisuuden asteen määrittää tutkimisstrategia ja tutkimuskohde. Havainnointi voidaan jakaa neljään eri osa-alueeseen: havainnointiin ilman osallistumista, havainnoija on osallistujana, osallistuja on havainnoijana ja havainnoija on täydellinen osallistuja. (Metsämuuronen 2007). Kehittämiprojektissa havainnoijana oli projektipäällikkö, joka toimi kouluttajana sekä yhtenä sisätautien yksikön hoitajista. Havainnointimenetelmänä oli osallistuva havainnointi.

#### 6.4 Ensimmäinen koulutuskerta

Ensimmäinen koulutuskerta (liite 1) toteutettiin Salon aluesairaalan kokoustila 2:ssa maaliskuussa 2010. Koulutuskerta otettiin mukaan osaksi kehittämiprojektia, koska se sisälsi OPCq –mittarin koulutuksen teoriaperustan. Tämä perusta loi pohjaa kahdelle seuraavalle koulutuskerralle. Ensimmäistä koulutuskertaa ennen toteutettu minirinnkkaisluokittelu otettiin mukaan kehittämiprojektiin, koska siitä saatavaa tietoa hoitajien luokittelun yhteneväisyydestä voitiin käyttää koulutusten suunnittelussa. Ensimmäinen koulutuskerta sijoittui ajallisesti kehittämiprojektin ideavaiheeseen.

Ensimmäisen koulutuskerran tavoitteena oli kerrata hoitoisuusluokituksen periaatteita, hoitoisuusluokitusmittarin sisältöä ja käydä läpi OPCq – mittari kohta kohdalta. Koulutuskerta kesti kolme tuntia. Sen lopuksi luokiteltiin koemielessä kaksi potilastapausta. Henkilökunta sai esittää vapaasti hoitoisuusluokitukseen liittyviä kysymyksiä ja ongelmakohtia. Lopuksi keskusteltiin hoitoisuusluokituksen hankalista kohdista.

Hoitohenkilökunta oli oppinut aiemmin käyttämään tiettyjä muistisääntöjä luokitusta tehdessään. Esimerkiksi suonensisäinen antibioottihoito oli nostanut automaattisesti potilaan hoitoisuusluokan luokkaan C lääkehoidon osalta. Vuosien aikana mittarin sisältö oli tarkentunut. Hallinnoijan ohjeen mukaan oli tullut käyttöön esimerkiksi erilaisia luokkakohtaisia apusanoja. Apusanoja käyttö kirjaamisessa helpottaisi hoitoisuusluokituksen tekijää, mikäli osa luokittelusta jouduttaisiin tekemään katsomalla edellisten vuorojen kirjaamia potilaan hoitopäivästä. Teoriakoulutuskerran lopuksi luokiteltiin kaksi potilastapausta harjoituksena koko ryhmän kanssa. Siinä huomattiin henkilökunnan mielipiteissä luokituksen tekemisessä hyvin paljon hajontaa.

Ensimmäisen koulutuskerran jälkeen henkilökunta ei kokenut vielä oppineensa paljon uutta, eikä hoitoisuusluokituksen sisällön muuttuneen muuksi. Nuoremmat hoitajat olivat oppineet uusia asioita, koska osastolle viimeisten vuosien aikana tulleet olivat saaneet perehdytyksen hoitoisuusluokitukseen työn ohessa vanhemmalta kollegalta. Moni hoitaja totesi hoitoisuusluokituksen olevan pakollinen osa hoitajan aamuvuoron työtä, mutta luokittelun syvin merkitys ja se mitä sillä haettiin, ei ollut heidän tiedossaan. Henkilökunnan suhtautuminen oli melko kielteistä hoitoisuusluokitusta kohtaan ennen koulutuksia. Hoitajat kommentoivat hoitoisuusluokitusta turhaksi, koska heidän mielestään konkreettista hyötyä hoitoisuusluokituksesta ei oltu saatu. Osa vanhemmista hoitajista muisti, että alkuvuosina hoitoisuusluokituksen tekemisen perusteella oli puhuttu lisähenkilökunnan saamisesta osastolle, koska pystyttäisiin konkreettisesti näkemään, että osaston työ on raskasta, ja osaston potilasaine on raskashoitoista. Hoitajien mukaan osastolla työskentely oli mennyt vuosien aikana vain kiireellisemmäksi, eikä toivottua helpotusta työn tekemiseen ollut saatu hoitoisuusluokituksista huolimatta. Kaksi hoitajaa kommentoi kaipaavansa konkreettisesti tietoa, mitä yksikön johto hoitoisuusluokituksesta oli saanut ja mihin heidän tekemiään luokittelutietoja tarvittiin. Hoitoisuusluokitus koettiin pelkästään yksikön johdolle potilashoitoisuuden seurannan välineeksi. Tieto tulevista hoitoisuusluokituskoulutuksista koettiin yleisesti turhana. Hoitajat kommentoivat myös hallitsevansa luokittelun. He eivät pitäneet sitä vaikeana ja



kyseenalaistivat hoitoisuusluokituksen lisäkoulutuksen tämänkin vuoksi. Hoitajien esille tuomat asiat otettiin huomioon seuraavissa koulutuksissa teorioiden kertaamisessa. Puutteisiin tiedoista hoitoisuusluokituksen hyödyistä pyrittiin vastaamaan perusteellisemmin sekä tuotiin esille toive osastonhoitajalle ottaa hoitoisuusluokitus uusien hoitajien perehdytyksessä huomioon hoitoisuusluokitusvastaavien hoitajien toimesta.

## 6.5 Toinen koulutuskerta

Sisätautien yksikön toinen koulutuskerta (liite 2) toteutettiin syyskuussa 2010 Salon aluesairaalan auditoriossa. Koulutuksen tavoitteena oli kerrata teoriaa lyhyesti sekä ryhmätöiden kautta konkreettisesti harjoitella potilasluokittelujen tekemistä ja oppia tekemisen kautta sekä havainnollistaa konkretian kautta, ettei hoitoisuusluokittelu ollutkaan yksinkertaista ja helppoa. Ajallisesti koulutukseen oli varattu aikaa kolme tuntia. Koulutukseen osallistui 25 hoitajaa. Koulutuksen aluksi kerrattiin hoitoisuusluokituksen teoriaperusta. Teoriaosuuteen ei käytetty ajallisesti paljon aikaa, koska ensimmäisen koulutuskerran sisältö oli pääosin teoriaa.

Koulutukseen osallistujat jaettiin viiteen pienryhmään. Heidät jaettiin niin, että yksi ryhmä koostui valvonnan hoitajista, loput vuodeosaston hoitajista. Vuodeosaston jokaiseen ryhmään otettiin perus- tai lähihoitaja mukaan, jotta saatiin jokaiseen ryhmään molempien ammattikuntien edustaja. Ryhmille annettiin tehtäväksi luokitella kolme potilastapausta. Ne oli valikoitu osaston oikeista potilaista. Heidän hoitopäivänsä oli tulostettu paperille, joista oli poistettu potilaiden henkilötiedot sekä kirjaajien tiedot. Ryhmät saivat aikaa 15 minuuttia/potilastapaus. Luokittelujen jälkeen purettiin potilastapaukset käymällä luokittelu kohta kohdalta läpi. Jokainen ryhmä sai sanoa, mihin luokkaan se oli sijoittanut potilaan ja miksi. Lopuksi käytiin läpi myös se, millaisena potilashoitokertomukseen oli hoitoisuusluokitus tehty.

Ryhmätöiden aikana heräsi runsasta keskustelua. Hoitajat huomasivat konkreettisen yhteistoiminnallisen tekemisen kautta, ettei hoitoisuusluokituksen tekeminen ollutkaan helppoa. Keskustelemalla eri luokitusten sisällöistä

hoitajat huomasivat monia asioita, jotka vaikuttivat luokituksen tekemiseen. Esimerkiksi eristyspotilaan hoidossa kiinnitettiin huomio siihen, mihin kaikkiin luokkiin eristyksen vaatimat toimenpiteet vaikuttivat ja nostivat luokkaa korkeammaksi. Hoitajat keskustelivat, mitä kaikkea he tekevät enemmän eristyspotilaan hoidossa kuin tavallisen potilaan hoidossa.

Koulutuksen lopuksi hoitajilta kerättiin palaute koulutuksesta. Hoitajille asetettiin yksi kysymys: "Mitä opit tänään?", johon he saivat vapaasti kirjoittamalla vastata. Lisäksi hoitajia pyydettiin vapaasti antamaan palautetta koulutuksesta. Koulutuspalautteet kerättiin nimettöminä.

Koulutuspalautteista tuli selkeästi esille se, että hoitajat olivat huomanneet konkreettisesti, ettei luokittelu ollutkaan helppoa. Hoitoisuusluokitus oli ennen koulutuskertoja todettu olevan jo se "vanha tuttu juttu". Hoitajat toivat selkeästi esille sen, etteivät he olleet ymmärtäneet, miksi hoitoisuusluokituksen tekemiseen piti kouluttaa, koska sitä oli jo vuosia tehty. He kokivat osaavansa luokitella potilaat, mutta he eivät välttämättä ymmärtäneet, mihin hoitoisuusluokituksesta saatua tietoa konkreettisesti hyödynnettiin. Koulutuskerran ryhmätöiden kautta mittarin sisältö alkoi avautua heille. Hoitajat huomasivat, että mittarin sisällöllä on syvempi tarkoitus. Moni hoitaja kommentoi, etteivät olleet ymmärtäneet esimerkiksi mittarin kohtaa ohjaaminen ja emotionaalinen tuki eli mitä kaikkea se voi pitää sisällään ja millaisia asioita siinä pitäisi arvioida ja mitä ottaa huomioon. Konkreettinen koulutuksessa käytetty osallistava toiminta ryhmätöiden muodossa koettiin yllätyksenä. Hoitajat olivat valmistautuneet luentoihin, ja osa tuli koulutustilaisuuteen mukanaan lehtiö ja kynä. Koulutuspalautteessa tuotiin esille selkeästi, että osallistava toiminta ja konkreettisen tekemisen kautta oppiminen oli koettu erittäin hyödylliseksi ja opettavaiseksi. Hoitajat olivat kommentoineet potilastapausten olleen hyvin valittuja, monipuolisia ja tyypillisiä osaston potilasryhmiin kuuluvia.

## 6.6 Kolmas koulutuskerta

Kolmas koulutuskerta (liite 2) oli sisällöllisesti samanlainen kuin toinen koulutuskerta. Kolmas koulutuskerta pidettiin marraskuussa 2010 Salon aluesairaalan auditoriossa. Koulutuksen tavoitteena oli tässäkin koulutuksessa kerrata teoriaa lyhyesti sekä ryhmätöiden kautta konkreettisesti harjoitella potilasluokittelujen tekemistä ja oppia tekemisen kautta sekä havainnollistaa konkretian kautta, ettei hoitoisuusluokittelu ollutkaan yksinkertaista ja helppoa. Tavoite oli sama, koska tässä ryhmässä olivat ne hoitajat, jotka eivät olleet toisessa koulutuskerrassa. Koulutukseen osallistui 21 hoitajaa. Koulutus aloitettiin kertaamalla lyhyesti teoriaa. Sen jälkeen hoitajat jaettiin pienryhmiin. Ryhmiä saatiin neljä. Hoitajat luokittelivat jälleen kolme potilastapausta osaston potilaista. Toisen ja kolmannen koulutuskerran potilastapaukset olivat erilaiset, samoja potilastapauksia ei käytetty.

Luokitteluista heräsi paljon keskustelua ja ajatuksia. Esille nousi perus- ja lähihoitajien eriävä näkemys sairaanhoitajan näkemyksestä potilaan hoitotyössä. Keskustelua herätti hoitoisuusluokituksen tekeminen konkreettisesti. Hoitajat pohtivat, voisiko toinen hoitajista tehdä oman arvionsa koneelle ja solun vastaavana sairaanhoitajana oleva hoitaja tarkistaisi ja tarvittaessa muokkaisi hoitoisuusluokituksen ennen lopullista tallentamista.

Kolmannen koulutuskerran jälkeen hoitajilta kerättiin nimettöminä samoilla kysymyksillä palaute kuin toisen koulutuskerran jälkeen. Palaute oli melko yhteneväinen. Kaksi hoitajista epäili, onko mahdollista koskaan saavuttaakaan riittävää yhdenmukaisuutta luokitteluissa, koska jokainen hoitaja katsoo asiaa kuitenkin omalta kannaltaan. Palautteissa tuotiin esille selkeästi se, että koulutusten kautta oli saatu paljon tietoa. OPCq –mittari oli avautunut ja hoitoisuusluokituksen merkitys oli ymmärretty. Ryhmätöitä koettiin kolmannenkin koulutuskerran palautteissa hyväksi oppimistavaksi.

## 6.7 Hoitoisuusluokitusten harjoittelu

Hoitoisuusluokituskoulutusten jälkeen oli suunniteltu toteutettavaksi potilastapauksilla luokittelua osaston henkilökunnan aamukahvihetkellä klo 8.00 - 8.30 keskiviikkoaamuisin. Harjoituskertoja suunniteltiin toteutettavaksi kaikkiaan seitsemän ajalla marras-joulukuu 2010 – helmikuu 2011. Harjoituskertoja toteutui vain kaksi. Näiden estymiseen vaikutti hoitoisuusluokitusvastaavien poissaolot töistä sairastumisten sekä poikkeavien työvuorojen vuoksi, jolloin keskiviikkoisin kumpikaan hoitaja ei ollut paikalla osastolla.

## 6.8. Rinnakkaisluokittelu

Rinnakkaisluokituksessa tavoitteena oli saavuttaa 70 %:n yhteneväisyys lopputuloksessa. Tavoite perustuu RAFAELA<sup>TM</sup> – hoitoisuusluokitusjärjestelmän ohjeisiin. Se toteutui ajalla 7.2.–27.3.2011. Se toteutettiin vuodeosastolla ja valvontayksikössä suunnitelman mukaan. Potilasmääräksi otettiin 136 potilasta sattumanvaraisesti. Hallinnoijan ohjeen mukaan rinnakkaisluokittelu sai kestää kerrallaan enintään kaksi kuukautta. Valvontayksikkö luokitteli potilasmäärästä 20 potilasta ja loput 116 potilasta luokitteli vuodeosasto. Rinnakkaisluokittelu kiersi viikoittain vuodeosastolla solusta soluun. Vuodeosasto on jaettu kolmeen eri soluun, joissa hoitajat työskentelevät vuoroittain 2-3 hoitajan ryhminä. Soluissa on potilaspaikkoja 11–15. Rinnakkaisluokittelu toteutettiin kahden saman solun hoitajan tekemänä, toisistaan tietämättä. Konkreettisesti se toteutettiin täyttämällä paperinen lomake, joka täytettyä pudotettiin suljettuun laatikkoon.

Rinnakkaisluokittelun kulkua seurattiin luokittelun aikana viikoittain. Jokaisen viikon jälkeen rinnakkaisluokittelulomakkeet analysoitiin ja laskettiin tulokset. Rinnakkaisluokittelun kulusta tiedotettiin luokittelun aikana osastokokouksissa tiistai-aamuisin. Lisäksi henkilökunnan kanssa keskusteltiin rinnakkaisluokittelun aikana heränneistä kysymyksistä.

Konkreettisesti luokittelu toteutettiin kirjaamalla luokittelu erillisille lomakkeille. Lomakkeen pohja saatiin hallinnoijan materiaaleista. Lomakkeet arkistoitiin kansioon. Tulokset laskettiin kahden hoitoisuusluokituksesta vastaavan hoitajan toimesta yhteen viikoittain sekä lopuksi laskettiin yhteisprosenttimäärä koko luokittelusta.

Rinnakkaisluokittelun ensimmäisen viikon yhteneväisyys prosentti oli vain 14 %. Asia otettiin esille henkilökunnan kanssa tiistaiamun osastotunnilla. Hoitajat olivat ymmärtäneet ohjeet siten, etteivät he saaneet keskustella hoitamistaan potilaista mitään luokitusta tehdessä. Tämä osaltaan aiheutti vähäisen yhteneväisyyden siksi, etteivät potilasta hoitaneet hoitajat tieneet kaikkea, mitä potilaan hoitamiseksi oli tehty. Toinen hoitaja oli saattanut tehdä paljonkin potilaan hoitamiseksi, josta taas toinen hoitaja ei tiennyt mitään ja oli ajatellut potilaan selviävän vähemmällä hoidolla.

Rinnakkaisluokittelussa saavutettiin kokonaistuloksena 65,5 %:n yhteneväisyys. Tavoite jäi 4,5 % päähän. Suurin hajonta tapahtui kahden ensimmäisen luokan kesken. Näiden välissä pistejako on hyvin pieni. Yhdenkin eroavan luokittelun seurauksena potilaan lopullinen luokka saattaa olla toisella hoitajalla I ja toisella II. Osaston puolella löytyi luokitteluista muutama yksittäinen suuri heitto hoitajien kesken. Toinen hoitaja oli saattanut laittaa tietyn kohdan A:ksi, toinen D:ksi. Konkreettisesti tämä tarkoitti sitä, että toinen hoitaja luokitteli potilaan omatoimiseksi ja toinen täysin autettavaksi, intensiivistä hoitoa vaativaksi potilaaksi korkeimman luokituksen mukaan. Yksittäisiä näin suuria eroavaisuuksia oli vuodeosaston luokitteluissa kolme kappaletta.

## 6.9 Koulutusten yhteenveto

Hoitoisuusluokituksen tekemiseen oli liittynyt vuosien takaa monia muistisääntöjä, joiden mukaan luokittelua on tehty. Henkilökunnan kouluttamisessa oli otettava huomioon luokittelun uudistuneet periaatteet.

Koulutuksessa oli kyseessä henkilökunnan uudelleen kouluttaminen ja tietojen päivittäminen. Sosiokonstruktivismi korostaa sosiaalisen toiminnan merkitystä

oppimisessa sekä oman tekemisen kautta oppimisessa. Tämä oppimiskäsitys ohjasi valitsemaan henkilökunnan koulutuksiin sopivan koulutusmallin. Ryhmätyö synnytti paljon keskusteluja, havaintoja ja oppimiskokemusten jakamista. Hoitajat olivat kaikki ikään kuin samalla viivalla. Kenenkään osaamista ei arvioitu eikä arvosteltu, vaan he saivat oppia konkreettisen tekemisen kautta. Ensimmäinen koulutuskerta oli lähinnä luennonomainen teoriaosuuden kertaaminen.

Ryhmätyötapa konkreettisen oppimisen mallina toimi hyvin koulutuksissa. Henkilökunta sai pohtia tapauksia pienryhmissä ja konkreettisesti oman tekemisen kautta oppimalla asiat avautuivat uudella tavalla. Ryhmässä keskustelemalla jaettiin näkemyksiä ja opittiin myös toisilta. Kenenkään ei tarvinnut tehdä tehtävää yksin, vaan tehtävät tehtiin yhdessä. Lopussa ryhmien luokitteluja vertaamalla saatiin yleinen keskustelu heräämään vilkkaanakin ja keskustelua olisi virinnyt vielä pitkään. Osastolla koulutusten jälkeenkin hoitajat keskustelivat hoitoisuusluokituskoulutuksen ryhmätöiden potilastapauksista oppimista asioista.

Ryhmätöiden kautta huomattiin konkreettisesti myös kirjaamisen merkitys. Hoitoisuusluokitusta joudutaan usein tekemään aamuvuorossa siten, että luokitteleva hoitaja ei ole ollut itse edellisenä iltavuorona töissä. Hoitaja joutuu katsomaan kirjaamiset kahdelta edeltäneeltä vuorolta ja ottamaan huomioon hoitoisuusluokitteluun vaikuttavia asioita. Puutteellinen kirjaaminen tuli ryhmätöiden kautta selvästi esille. Ryhmätöiden tekemisessä lisäksi hoitajilla oli kyky lukea ns. rivien välistä, mitä tietyn ryhmän potilaiden hoitoon kuuluu, mutta asioita ei kuitenkaan ollut kirjattu potilaiden hoitopäivään. Kirjaamista käytiin lyhyesti läpi hoitoisuusluokituskoulutusten yhteydessä, ja korostettiin henkilökunnalle OPCq –mittarin apusanojen merkitystä kirjaamisessa. Tällöin myös kirjaamisen perusteella luokitteleminen helpottuisi apusanojen avulla. Myös siihen, mitä kirjataan ja mihin, kiinnitettiin huomiota.

Koulutusten jälkeen hoitohenkilökunnan asenteissa näkyi myönteinen muutos. Koulutuksissa oli myös korostettu hoitoisuusluokituksen avulla hoitotyön näkyväksi tekemistä, mikä tuli myöhemmin näkyviin myös henkilökunnan

toiminnassa ja kommenteissa. Ryhmätöiden kautta henkilökunta huomasi konkreettisesti, ettei luokittelu ollutkaan niin helppoa.

#### 6.10 Havainnointien yhteenveto

Kehittämiprojektin aikana havainnoitiin henkilökunnan suhtautumista hoitoisuusluokitukseen, kuunneltiin kommentointeja aiheeseen liittyen sekä havainnoitiin koulutusten aikana heidän kommenttejaan ja reaktioitaan. Havainnot havainnoija kirjasi ylös projektipäiväkirjaan, jota pidettiin yllä koko kehittämiprojektin aikana.

Kehittämiprojektin alkamisen aikaan keväällä 2010 ennen ensimmäistä koulutuskertaa henkilökunta suhtautui hoitoisuusluokitukseen melko kielteisesti. Se koettiin samaksi vanhaksi aihealueeksi, jota oli jo vuosia tehty ja joka koettiin osattavan. Hoitajilla oli ollut luokittelun tukena mittarin sisältömalli, ja vuodesta 2005 vuoteen 2010 oli tehty samalla tavalla hoitoisuusluokitusta. Erilaiset muistisäännöt, joita oli hoitoisuusluokitusta aloitettaessa tekemään opeteltu, olivat juurtuneet henkilökunnan käyttöön tiukasti. Hoitoisuusluokittelun perehdyttäminen kulki osana uuden työntekijän perehdyttämistä hoitajalta toiselle. Uudet hoitajat suhtautuivat selkeästi myönteisemmin hoitoisuusluokitukseen, kuin osastolla jo pidempään olleet hoitajat. Tämä voisi kuvata sitä, ettei heillä ollut aikaisempaa tietoa hoitoisuusluokituksesta eikä opittuja odotuksia ja muistisääntöjä hoitoisuuteen liittyen. Uudet hoitajat kaipasivat eniten konkreettisesti perusteita hoitoisuusluokittelun tekemiseen. Vaikka hoitoisuusluokittelu koettiin rutiininomaiseksi, tutuksi toiminnaksi, silti hoitoisuusluokituksen perusteita ja käyttötarkoituksia ei osattu välttämättä tuoda esille. Hoitajien reaktioihin osaltaan oli vaikuttamassa se, ettei konkreettista tietoa hoitoisuusluokituksesta saaduista tuloksista ollut heille tuotu ja hoitoisuusluokitus koettiin pääosin yksikön johdon välineeksi tarkkailla potilaiden hoitoisuutta.

Ensimmäinen koulutuskerta ei tuonut juurikaan muutosta hoitajien asenteisiin. Luennonomainen koulutus osalla työpäivän jälkeen koettiin raskaaksi ja teoriapitoiseksi. Vanhan tutuksi koetun tavan tehdä hoitoisuusluokitusta

muuntaminen uusiin periaatteisiin ei avautunut pelkästään luennon perusteella. Hoitajien kommentit olivat hyvin hämmentyneitä koulutusten jälkeen. Suurimmalle osalle ensimmäinen koulutuskerta oli jättänyt sekavan mielikuvan. Vanhojen, opittujen muistisääntöjen kumoaminen ei onnistunut ensimmäisellä kerralla, ja uudelleen OPCq – mittarin sisäistäminen tuntui monimutkaiselle.

Toinen ja kolmas koulutuskerta sisälsivät teorian kevyen kertaamisen mutta koostuivat suurimmaksi osaksi konkreettisesta tekemisestä ja sitä kautta oppimisesta. Henkilökunta oli varautunut luentoihin, muutamat tulivat koulutuksiin lehtiöt ja kynät mukanaan. Kommentit koulutuksiin liittyen olivat edelleen melko kielteisiä. Ryhmätyöt olivat myönteinen yllätys henkilökunnalle. Niihin tartuttiin positiivisesti ja oikeilla potilastapauksilla luokittelu koettiin antoisaksi. Oikean tekemisen kautta hoitoisuusluokitusmittari alkoi vähän kerrassaan avautua ja synnytti paljon keskustelua luokitteluperiaatteista hoitajien kesken. Koulutusten jälkeen hoitajien asenteissa oli jo näkyvissä muutos myönteisempään. Ryhmissä muutama hoitaja ilmaisi oppineensa toteamalla ääneen, että ymmärsi hän käsiteltävän kohdan. Tämä synnytti myös muissa hoitajissa myönteistä kommentointia.

Rinnakkaisluokittelun ja viimeisen koulutuskerran välissä oli kolme kuukautta aikaa. Tällä ajalla oli tarkoitus harjoittaa koulutuksissa opittuja taitoja aamukahvihetkellä. Harjoituskertojen puuttuminen ja aiheen jääminen unohduksiin toivat takaisin kielteisen ilmapiirin hoitoisuusluokitukseen liittyen. Koulutuskertojen järjestäminen siten, että osaston jokainen hoitaja pystyy osallistumaan koulutuksiin, oli haasteellista. Osastonhoitaja suunnitteli ennalta työvuorot huomioiden hoitajien osallistumisen koulutuskerroille. Henkilökunnan äkilliset poissaolot ja sairauslomat aiheuttivat muutoksia työvuoroihin, jotka vaikuttivat etenkin sijaisten koulutuksiin osallistumisessa.

Rinnakkaisluokittelu koettiin alkuun hieman vaikeahkona, ja asenteissa oli näkyvissä ajatus siitä, ettei näin iso yksikkö voisi päästä lähellekään tavoitetta. Ensimmäisen viikon aikana hoitajille oli osin puutteellisen ohjeistuksen vuoksi jäänyt kuva, ettei rinnakkaisluokittelua tehtäessä saanut puhua mitään potilaiden luokitteluun liittyvistä tai siihen vaikuttavista asioista. Ensimmäisen



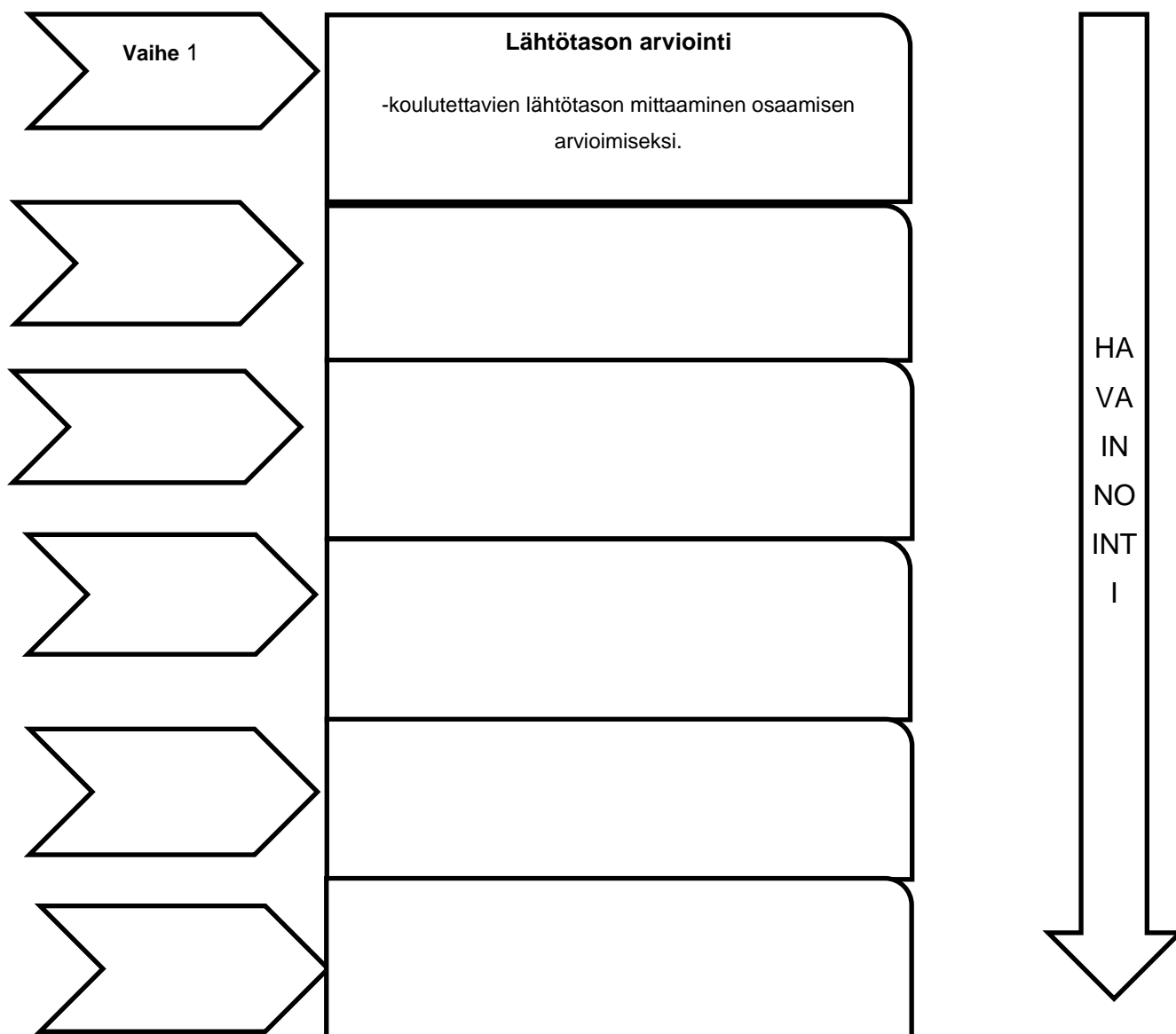
viikon luokittelutulosten yhteneväisyys jäikin hyvin alhaiseksi. Hoitajia informoitiin uudelleen keskustelun merkityksestä. Kummankin luokittelua tekevän hoitajan oli hyvä tietää, mitä potilaiden hoitamiseksi oli tehty. Rinnakkaisluokittelu koettiin osin rasittavana tekijänä kiireisten päivien lomassa, ja kahtena päivänä rinnakkaisluokittelu oli toteuttamatta, vaikka koneelle kyseiset päivät olivat tehty. Muutama hoitaja kommentoi rinnakkaisluokittelun olevan hyödytön ja aikaa vievä toimenpide.

Rinnakkaisluokittelun tulos jäi hyvin pienen prosentuaalisen määrän päähän vaaditusta tasosta. Tulosten julkistamisen myötä henkilökunta vaikutti kommenttien perusteella yllättyneeltä niinkin lähelle pääsemistä vaadittua tulosta. Tulosta harmiteltiin. Samalla hoitajien kommentteista tuli esille myönteisyys siitä, että he kokivat kuitenkin osaavan luokilla potilaita jo uusien periaatteiden mukaan. Myös hoitoisuusluokituksen tekemisen periaatteille nähtiin jo syvempi ja laajempi merkitys. Asenne jatkokoulutuksiin oli paljon myönteisempi kuin aloitettaessa kehittämisprojektia ja koulutuksia keväällä 2010.

## **7. KOULUTUSMALLI**

Kehittämisprojektissa luotu koulutusmalli (kuvio 2) on hyödynnettävissä Salon aluesairaalan muissakin yksiköissä henkilökunnan kouluttamisessa. Koulutusmallin pohjaa voidaan soveltaa myös muihin aihealueisiin. Se on luotu ajatellen osaston kouluttamista, jolloin koulutettavia henkilöitä on useita. Koulutusmalli on rakennettu ottamalla kohdassa 6. esitetyt kohdat huomioon ryhmän kouluttamisessa. Koulutusmallin perustana on uuden tiedon päivittäminen yhteistoiminnallisen oppimisen avulla.

Kuvio 2. Koulutusmalli.



Taustatiedoksi koulutukseen haetaan lähtötason arvioinnissa koulutettavan ryhmän osaamisen arviointi. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi hoitoisuusluokituksen kyseessä ollessa rinnakkaisluokittelun menetelmin käyttämällä pienempää potilasotosta (esimerkiksi tässä projektissa 20 potilasta). Lähtötason arvioinnissa voi käyttää myös koulutettavalle henkilökunnalle suunnattua kyselyä tai kirjallista testiä. Koulutuksia suunniteltaessa koulutettavan henkilökunnan taustatiedon arvioiminen on myös

avainasemassa. Päivitettyä vanhaa tietoa uuteen ja tiedon pohjautuessa uuteen, aiempien koulutusten huomioon ottaminen ja tilanteen arvioiminen luovat pohjaa uudelle koulutukselle.

Lähtötason arvioinnista satua tietoa hyödynnetään koulutuksen sisällön suunnittelussa. Henkilökunnan koosta riippuen valitaan riittävät koulutuskerrat, jotta kaikkien osallistuminen mahdollistuu. Yksikön esimiehellä on merkittävä rooli työvuorojen suunnittelun, sekä yksikön koko koulutusten suunnittelun ja hallinnoimisen suhteen. Esimiehen kanssa yhteistyössä sovitaan koulutusten ajankohta. Koulutuspaikkojen varaamisesta sovitaan, kuka varaa ja milloin. Koulutuspaikat on hyvä varata suunnitteluvaiheessa, jotta paikat ovat varmistettu ja esimies voi suunnitella koulutuskerrat.

Koulutuskerroilla koulutetaan henkilökunta suunnitelman mukaisesti. Koulutuskertoja voi olla useita, jos henkilökuntamäärä on suuri, jolloin toiminnan organisoiminen on rationaalista sekä yksikön että työntekijöiden kannalta. Koulutettavien ryhmän koko on optimaalinen harjoitteiden tekemisen kannalta enimmillään 30 henkilöä / kerta. 30 henkilön ryhmän voi jakaa viiden henkilön ryhmiksi, jolloin ryhmätöiden teko on mielekästä ja kokonaisryhmämäärä ei mene liian suureksi.

Koulutusten jälkeen kerätään henkilökunnalta koulutuspalautte, jota hyödynnetään jatkossa koulutusten suunnittelussa. Koulutuspalautteessa on hyvä olla yksi määritelty kysymys liittyen henkilökunnan oppimiseen koulutuksen aikana. Kysymys voi liittyä esimerkiksi siihen, mitä henkilö on kokenut oppineensa koulutuksesta. Toisena kysymyksenä voi antaa henkilökunnalle vapaan tilaisuuden kommentoida koulutusta ja aihealuetta.

Koulutusten jälkeen seuraa harjoitteluvaihe, jossa optimaalista olisi järjestää harjoituskertoja niin, että yli puolet henkilökunnasta vähintään pystyisi osallistumaan harjoituksiin. Harjoituksia voi toteuttaa viikoittain tietynä kellonaikana, jolloin koulutettavan yksikön henkilökunta olisi parhaiten tavoitettavissa. Tarkoituksena harjoitteilla on ylläpitää opittuja taitoja. Havainnointi kulkee luontevana osana toimintaa koulutuksen aikana, jolloin sen

avulla saatavaa tietoa voidaan hyödyntää osana jatkokoulutuksen kehittämistä tai osana koulutuksen onnistumisen arvioinnissa tarkkailemalla koulutettavien asenteiden muutoksia.

Harjoitusvaiheen jälkeen seuraa testausvaihe, jolla mitataan oppiminen. Hoitoisuusluokituskoulutuksessa rinnakkaisluokittelu toimii hyvänä mittarina osaamisen arviointina. Rinnakkaisluokittelussa on riittävän laaja otos potilaita luokiteltavana, joka antaa kuvaa henkilökunnan luokitteluperiaatteiden yhteneväisyyden tasosta. Tarpeeksi suuri määrä luokiteltavia potilaita mahdollistaa myös sen, että mahdollisimman moni hoitaja pääsee tekemään luokittelua. Hallinnoijan ohjeen mukaan esimerkiksi hoitoisuusluokituksen rinnakkaisluokituksessa suositeltava potilasmäärä on 100 – 150 potilasta.

Testausvaiheen jälkeen tehdään yhteenveto koulutuksesta ja palautteista. Arviointi siitä, onko valittu menetelmä ja aihe sisältö ollut optimaalinen, on hyvä tehdä. Loppuyhteenvetoa sekä koulutuspalautteita voi käyttää hyödykseen jatkokoulutusten suunnittelussa.

## **8. LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS**

Kehittämiprojektin toteutuksessa luotettavuus ja eettisyys on pyritty huomioimaan koko projektin aikana osana toimintaa. Eettisesti hyvä tutkimus ja kehittämistehtävä edellyttävät sitä, että se on toteutettu hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009.)

Kehittämiprojektin havainnoija toimi kouluttajana ja osallistujana koulutuksiin sekä toteutti havainnointia ollessaan hoitotyössä osaston hoitajana työvuorossa. Havainnoijan on muistettava oma roolinsa ja se, että hän voi omalla toiminnallaan vaikuttaa kohteeseen (Vilka 2006). Eettisyys ja luotettavuus kulkivat mukana havainnointia siten, että hoitajien kommentteja ei johdateltu, ei alustettu aihetta tai aiheutettu teennäisesti tilannetta, jossa hoitajat

joutuisivat kommentoimaan aihetta. Hoitohenkilökunnan kommentit olivat spontaaneja, johdattelemattomia lausahduksia työn keskellä. Hoitajien kommentit sekä koulutuspalautteet pyrittiin analysoimaan siten, ettei niiden tuloksista voitaisi yksilöidä ketään hoitajaa. Havainnoinnista ei tiedotettu henkilökuntaa ennen kehittämisprojektin alkua, koska sillä olisi ollut suuri vaikuttavuus hoitohenkilökunnan käyttäytymiseen havainnoijan läsnä ollessa sekä tieto havainnoinnista olisi vääristänyt havainnoinnin tulosta. Havainnoija pyrki pitämään roolinsa myös koulutusilanteissa neutraalina, jotta hoitajien oppiminen onnistuisi ilman tarkkailun painetta.

Koulutukset pyrittiin luomaan rakentavasti, kannustavasti ja osallistavan toiminnan avulla. Hoitohenkilökunnalta kyseltiin hoitoisuusluokituksen periaatteisiin liittyviä tarkoituksia, mutta pyrittiin keräämään kommentit siten, ettei kukaan kokisi oman osaamisensa joutuvan arvosteltavaksi ja osallistajat uskaltaisivat tuoda näkemyksiään rohkeasti esille. Koulutuksissa syntyi hyvin keskustelua ja jokainen osallistuja osallistui keskusteluihin aktiivisesti. Potilaiden hoitopäivien ottaminen esimerkiksi tietojärjestelmästä toteutettiin siten, että potilaiden henkilötiedot poistettiin sekä hoitopäiviin kirjanneiden hoitajien nimet poistettiin. Tällöin estettiin kenenkään hoitajan osaamisen joutumista silmätikuksi koulutuksissa. Koulutukset pyrittiin toteuttamaan siten, ettei kenenkään osaamista arvosteltaisi. Myös yksikkötasolla tiedotettaessa rinnakkaisluokituksen tuloksista tulokset pyrittiin esittämään myönteisessä valossa, joka tukisi hoitohenkilökunnassa virinnyttä myönteistä muutosta jatkossakin.

Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu myös kehittämisprojektin aiheenmukaisten lupien pyytäminen hoitoisuusluokituksen hallinnoijalta sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Molempia yksiköitä on informoitu alusta saakka aiheen tekemisestä ja pyydetty luvat asianmukaisesti. Kehittämisprojektin raportin tarkastaa FCG Finnish Consulting Group ennen sen julkaisemista.

## 9. POHDINTA

Hoitoisuusluokituksen kouluttaminen oli ajankohtaista, sillä edellinen hoitoisuusluokitukseen liittyvä koulutus oli ollut vuonna 2005. Aihe oli ajankohtainen sekä erittäin haastava. Projektipäällikön oma rooli työyhteisön hoitoisuusluokitusvastaavana tuki myös opintojen näkökulmasta projektin toteuttamista sekä antoi kasvun mahdollisuuden asiantuntijan rooliin.

Koulutuksen rakentaminen isoon yksikköön oli hyvin haastavaa. Hoitoisuusluokitus koetaan yleensä vähemmän tärkeänä asiana henkilökunnan näkökulmasta. Se koettiin lähinnä hallinnolliseksi välineeksi, joka ei koskettanut konkreettisesti hoitotyön tekijää. Samanlainen havainto todettiin myös Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Siellä psykiatrian tulosyksiköt ottivat käyttöön RAFAELA<sup>TM</sup> –hoitoisuusluokituksen PPCq – mittarin (Pitkäniemi Patient Classification, kehitetty psykiatristen potilaiden hoitoisuutta mittaamaan). Mittarin käyttöönotto oli herättänyt aluksi melko paljon vastustusta. Hoitoisuusluokituksesta saatavaa hyötyä oli vaikea hahmottaa ja sitä oli kyseenalaistettu. Hoitajilla oli ollut huoli potilastyön osuuden jäämisestä taka-alalle hoitotyössä. Käyttöönottoprosessiin tarvittavan ajan ja työmäärän koettiin olevan pois potilailta. Hoitajilla oli myös pelko, että hoitoisuusluokituksesta saadun tiedon avulla hoitohenkilökunnan resurssointiin kiinnitettäisiin huomiota ja vähennettäisiin hoitohenkilökuntaa. (Ala-Nikkola, Mönkäre, Rajala 2005.)

Kehittämiprojektissa henkilökunnan epäuskoiseen suhtautumiseen hoitoisuusluokituksen hyödyistä vaikutti se, että hoitoisuusluokitusta aloitettaessa tekemään yksikössä heille oli jäänyt kuva, että järjestelmästä saatavan tiedon perusteella pystyttäisiin huomaamaan, kuinka raskashoitaisia potilaita yksikössä on ja osastolle saataisiin lisää hoitajia tämän tiedon perusteella helpottamaan hoitotyön kuormittavuutta. Hoitoisuusluokituksesta konkreettisen tiedon puute näkyi selkeästi henkilökunnan asenteissa. Monella oli aluksi vaikea määritellä, miksi hoitoisuusluokitus oli tarpeellinen. Hoitajat kaipasivat tietoa, jota saadaan hoitoisuusluokituksesta, koska he ovat luokittelua konkreettisesti tekevät henkilöt.

Koulutukseen haastetta toi myös erilaisten, aiemmin opittujen muistisääntöjen kumoaminen. Hoitoisuusluokitusta käyttöönotettaessa oli opeteltu tiettyjä muistisääntöjä hoitoisuusluokituksen tekemiseen. Hoitoisuusluokituksen tekemisen perusteet ja mittarin sisältö olivat vuosien aikana tarkentuneet. Luokituksen tekemiseen oli mittariin otettu käyttöön apusanoja, joiden käyttöä kirjaamisessa voisi hyödyntää enemmän. Tämän avulla voisi kirjaamisen perusteella luokitella potilaita helpommin, jollei luokitteleva hoitaja ole ollut itse aiemmissa työvuoroissa ja ei tunne potilasta. Vanhat muistisäännöt istuivat tiukasti henkilökunnan mielissä, ja tätä tietoa oli myös siirretty kollegan perehdytyksessä hoitajalta toiselle vuosien aikana.

Hoitoisuusluokitusten merkitys tulee tänä päivänä korostumaan entisestään. Hoitoisuusluokitusmittarin avulla saadaan hyvää tietoa hoitotyön kohdentumisista eri osa-alueille. Myös resursoinnin kannalta voidaan tarkastella hoitotyön resurssien oikein kohdentamista. Hyvä, laadukas hoito on jokaisen potilaan oikeus. Potilasmäärät eivät tule vähenemään, vaan hoidettavia riittää tulevina vuosina.

Projekti on ollut haasteellinen ja iso työ olla toteuttamassa. Projektiorganisaation toiminta oli sujuvaa. Ohjausryhmä koostui keskeisistä asiantuntijoista ja toimi erinomaisesti projektipäällikön tukena. Projektiryhmän hyödyntäminen varsinaisessa projektin toteutuksessa jäi hyvin vähäiseksi. Projektiryhmää voitaneen käyttää myöhemmin hoitoisuusluokituksen kehittämiseen liittyvissä tehtävissä, kuten esimerkiksi optimaalisen hoitoisuuden määrittämisessä yksikköön.

Rinnakkaisluokituksessa jäätiin vain 4,5 %:n päähän tavoitteesta, mitä voitaneen pitää hyvänä saavutuksena, kun kyseessä on 60 hoitajan yksikkö. Hoitoisuusluokituksen tekemisessä oli alkuun hyvin paljon eroavaisuutta, ja hoitajien näkemys luokittelusta oli hyvin erilainen. Koulutusten myötä henkilökunnan suhtautuminen hoitoisuusluokitusta kohtaan muuttui myönteisemmäksi. Melko suuri yhteneväisyys rinnakkaisluokituksessa kertoo osaltaan sitä, että valittu menetelmä koulutuksena on ollut onnistunut.

Kehittämisprojektin eettisyyttä voi tarkastella havainnoijan keskeisen roolin näkökulmasta. Havainnoija toimi projektipäällikkönä sekä hoitoisuusluokituskoulutusten kouluttajana. Osallistuvan havainnoinnin eettisiin ongelma-kohtiin kuuluu havainnoijan osallistuminen kohteen toimintaan. Havainnoijan on muistettava oma roolinsa ja se, että hän voi omalla toiminnallaan vaikuttaa kohteeseen (Vilkkä 2006). Havainnoija on pyrkinyt havainnoimaan henkilökuntaa olemalla vaikuttamatta heidän ajatteluunsa. Henkilökunnan kritisoidessa hoitoisuusluokituksen tärkeyttä ja asettamalla kysymyksiä aiheen tärkeydestä, havainnoija pyrki vastaamaan realistisesti heille näyttöön perustuen, perustellen hoitoisuusluokituksen järjestelmän käytön tärkeyttä sekä tuomalla konkreettisia esimerkkejä heille.

Kirjallisuuden perusteella hoitoisuusluokituksen kehittymisestä sai hyvän kuvan. Hoitoisuusluokituksen juuret ulottuvat jo vuosikymmenien taakse. Hoitoisuuden mittaamisella on ollut tärkeä rooli pitkään. Hoitoisuusluokituksessa käytettävän mittarin on kuitenkin oltava riittävän validi toimiakseen luotettavana mittarina antamaan haluttuja tietoja. Artikkelit tutkimuksesta sairauslomien lisääntymisestä verrattuna hoitotyön kuormittavuuteen toi syvyyttä ja lisää näyttöä hoitoisuusluokituksen hyödyistä ja tiedosta, jota siitä saadaan. Lisäksi hoitajille koulutuksissa pyrittiin korostamaan mittarin käyttöä oman näkymättömän hoitotyön esille saamiseksi, jotta potilaan hyväksi tehty kokonaisvaltainen hoitotyö saataisiin näkyväksi. Lisää tukea tälle tulee antamaan konkreettisesti tulosten saaminen mitattavaan muotoon, joka mahdollistuu sitten, kun sairaanhoitopiiri saa tarvittavat tietojärjestelmät käyttöön.



## 10. JATKOKEHITTÄMISAIHEITA

Hoitoisuusluokitus on hyvä apuväline hoitotyön kehittämisessä. Ennen kaikkea tiedottamisella on suuri merkitys etenkin hoitajien motivaation ylläpitämisen kannalta. Konkreettisesti osoittamalla järjestelmästä saatuja tietoja ja niiden hyödynnettävyyttä yksikön kannalta, luodaan perusta luokittelun tekemiselle ja näyttö järjestelmän hyödyistä. Tietojärjestelmäasioiden ratkettua osaston johto voi ottaa säännöllisen raportoinnin käyttöön. Tämä osoittaa henkilökunnalle konkreettisesti heidän tekemänsä luokittelutiedon tärkeyttä.

Rinnakkaisluokitus jäi hieman alle tavoitteen. Rinnakkaisluokittelun jäämiseen alle tavoitteeseen saattoi vaikuttaa hoitohenkilökunnan rinnakkaisluokittelun tekemisen väärinymmärtäminen alkuun. Hoitajat tekivät luokittelua keskustelematta potilaan hoidosta keskenään. Ensimmäisen viikon alhainen yhteneväisyys saattoi olla ratkaiseva osuus luokittelujen eroavaisuudessa kokonaismäärästä. Hoitohenkilökunnalle tiedottaminen tulee olla selkeää ja konkreettisesti havainnollistettua, jotta virheellisiä käsityksiä ei pääse syntymään.

Osastolla uusi rinnakkaisluokittelu toteutetaan vuoden 2011 lopulla. Koulutuksen suunnittelussa hyödynnetään tästä kehittämisprojektista saatuja tietoja sekä keskitytään kouluttamaan henkilökuntaa siten, että pienet, eroja tuottaneet seikat saataisiin yhdenmukaiseksi. Rinnakkaisluokituksen tulosten arvioinnin perusteella henkilökunnalle on tarpeen avata perusteellisemmin OPCq – mittarin sisältöä ja koulutusmenetelmänä parhaimman oppimisen kannalta on järkevää käyttää edelleen ryhmätyömallia. Kehittämisprojektista saatujen tietojen avulla pyritään ylläpitämään laadittua koulutusmallia soveltamalla aihealuetta sen perusrunkoon. Myös pysyvä käytäntömalli pyritään saamaan rinnakkaisluokittelun toteutukseen jatkossa hyödyntäen muiden aluesairaalan yksiköiden kokemuksia ja menetelmiä rinnakkaisluokittelun konkreettisen toteutuksen suhteen. Benchmarking –toiminta aluesairaalan yksiköiden välillä mahdollistaa hyvien hoitokäytänteiden hyödyntämisen myös muissa yksiköissä, jolloin tietoa toimivista toimintamalleista voidaan hyödyntää

laajemminkin. Lisäksi tämä luo lisää yhteistyötä yksiköiden välisessä toiminnassa.

Jatkossa osastolla RAFAELA<sup>TM</sup> –hoitoisuusluokitusjärjestelmä laajenee PAONCIL – mittarin käyttöön. Tämä edellyttää ensin rinnakkaisluokituksen läpäisemistä. Jatkossa vuosittain tullaan tekemään rinnakkaisluokitusta hoitoisuusluokituksen yhteneväisyyden mittaamiseksi. Tämä on osaltaan hoitoisuusluokituksen laadunvarmistusta. PAONCIL – mittarin myötä henkilökuntaa joudutaan kouluttamaan lisää hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön. Heidän roolinsa konkreettisen luokitustyön toteuttajana laajenee edelleen, mikä edellyttää motivoinnin ylläpitämistä. Konkreettisen tiedon ja hoitoisuusluokituksesta saatavan hoitotyön kehittämisen hyödyn esilletuominen on entistäkin tärkeämpää.

Perehdytyksessä hoitoisuusluokittelun tekemiseen ohjaaminen olisi hyvä ottaa huomioon siten, että uuden työntekijän perehdyttäminen toteutuisi hoitoisuusluokitusvastaavien hoitajien toimesta. Tällöin perehdytys järjestelmän käyttöön olisi vastuuhenkilöltä tulevaa tietoa ja estäisi virheellisten, hoitajalta toiselle kulkevan puhetiedon ja muistisääntöjen jatkumon. Lisäksi perehdytystieto olisi yhteneväinen.

Koulutuksissa pyrittiin kouluttamaan kaikki yksikön hoitajat, mutta todellisuudessa osaston henkilökunnasta 2/3 osallistui koulutuksiin. Henkilökunnan tarkka suunnittelu koulutuksiin takaa jokaisen osallistumisen. Osaston sairauslomat ja henkilökunnan vaihtuvuus aiheuttivat työvuoromuutoksia, joiden vuoksi koulutuksiin osallistujien määrät vaihtelivat suunnitellusta. Pelkkä kollegan perehdyttäminen työn ohessa ei avaa uudelle työntekijälle hoitoisuusluokituksen syvempää merkitystä.

Projektiryhmän osuus jäi melko pieneksi projektissa, joten osaston optimaalisen hoitoisuuden määrittämisen yksikköön voisi toteuttaa projektiryhmän kautta. Projektiryhmä koostuu monipuolisesti osaston ja valvonnan henkilökunnasta. Osastolla hyvän hoidon kriteerit oli määritelty vuonna 2005 koulutusiltapäivän aikana. Myöhemmin kriteerit oli päivitetty ja tarkistettu vuonna 2008. Myös

valvontayksikön erillinen koulutus yksikön omassa koulutusiltapäivässä on suunniteltu toteutettavaksi marraskuussa 2011.

Hoitoisuusluokituksessa saatua tietoa olisi pyrittävä hyödyntämään mahdollisimman hyvin. Henkilökunnan riittävyttä voisi seurata vuosittaisista trendeistä esimerkiksi ennakoitaessa hoitajien tarvetta. Infektioiden aiheuttamat kuormitukset näkyvät syksyisin ja keväisin hoidon raskauden korostumisena. Näitä trendejä seuraten osaston johto voisi varautua rekrytoimaan sijaisia jo ennakkoon. Myös henkilökunnan sairauspoissaolot kasvavat näinä kausina. Luokittelujen painottuminen tietyille osa-alueille voitaisiin ottaa huomioon osaston koulutuksia suunniteltaessa.

Koulutusmalli, joka projektissa syntyi, on sovellettavissa hoitotyön osa-alueiden kouluttamiseen vuodeosastoilla Salon aluesairaalassa. Koulutusmallin ja jatkokouluttamisen kannalta koulutuspalautteiden ja loppuarvioinnin rooli on merkittävä. Palautteet ja arviointi tuovat tärkeää tietoa jatkokoulutuksen sisältöön, auttaa arvioimaan käytettyä menetelmää sekä kehittämään tarvittaessa mallia vielä lisää.

## LÄHTEET

Ala-Nikkola T., Mönkäre R. & Rajala T. 2005.PPC-hoitoisuusluokitusmittarin käyttöönotto - Kokemuksia ja johtopäätöksiä. Sairaanhoidajalehti 9/ 2005. Löytyy sähköisesti Sairanhoidaja – lehden arkistosta sivulta [www.sairanhoidajaliitto.fi](http://www.sairanhoidajaliitto.fi).

DeGroot, HA. 1994. Patient Classification systems and staffing. Part 1. Problems and Promise. Journal of Nursing Administration 9/1994 s.43-51.

Eteläpelto, A. & Tynjälä, P. 1999. Oppiminen ja asiantuntijuus. 1-2. painos. Vantaa. WSOY.

Fagerström, L. 2003. Professional assessment of optimal nursing care intensity level: a new method of assessing personnel resources for nursing care. Journal of Clinical Nursing 4/8. s.327 – 484.

Fagerström, L. & Rauhala, A. 2001. Finnhoitoisuus -hoitotyön benchmarking. Pilottiprojektin raportti vuodelta 2000. Suomen kuntaliiton julkaisuja; Helsinki.

Fagerström, L. & Rauhala, A. 2003. Finnhoitoisuus – hoitotyön Benchmarking. projektin loppuraportti 2000-2002. Helsinki. Suomen kuntaliitto.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15, uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Kanerva A. 2003. Hoitoisuusluokituksen reliabiliteetin varmistaminen HYKS, Jorvin sairaalassa. HYKS julkaisuja, sarja A 01/2003. s 10-12. Luettu 30.8.2011.

Kanerva A. 2010. Tehokkuutta hoitotyön resurssien optimaalisella käytöllä. Sairaalaviesti 3/2010, s. 8-9. Luettu 30.8.2011.

Kansanen P. 2003. Opetuksen käsitemaailma. S. 29-33. Jyväskylä. PS-kustannus.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992 / 785.

Luhtasela, L. 2006. Hoitoisuuden vaikutus hoitotyöhön Rafaela -järjestelmän avulla tarkasteltuna. Pro Gradu.Tampereen yliopisto;. Tampere.

Lämsä R. 2007. Näkymättömyydestä näyttämölle: hoitotyön toimijat hoitoisuusluokituksissa. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 44, s. 8-19.

Nukari T. 2008. RAFAELA<sup>TM</sup> –hoitoisuusluokituksen viisivuotinen taival. S.14-15. Sairaalaviesti 3/2008. Luettavissa sähköisesti sivulla [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net).

- Metsämuuronen J. 2008. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteessä. s. 236-237. Helsinki. Gummerrus Kirjapaino OY.
- Otala, L.1999. Osaajana opintieellä. Opas elinikäisen oppimisen matkalle. s. 12-15. Helsinki. WSOY.
- Partanen P. 2003. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kuopio.
- Perälä M-L., Junntila K & Toljamo M. 2007. Benchmarking –raporttien kehittäminen hoitotyöhön. Stakesin julkaisuja.
- Pusa, A-K. 2007. The right nurse in the right place. Nursing productivity and utilisation of the RAFAELA™ patient classification system in 40 nursing management. Kuopion yliopisto. Väitöskirja. Kuopio.
- Rafaela-ohjeistot. FCG Finnish Consulting Group OY 2009-2010. Helsinki. [www.rafaela.fi](http://www.rafaela.fi).
- Rainio A-K. & Ohinmaa A. 2004. henkilöstövoimavarojen käytön arviointi RAFAELA – hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla. Terveystaloustiede. Stakes, Aiheita 3/ 2004.
- Rainio A-K. & Ohinmaa A. 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. s. 674 – 684 Journal of Clinical nursing, 14/2004.
- Rainio A-K. 1998. Hoitoisuusluokituksen käyttöönotto. kokemuksia Vaasan keskussairaalaista. s. 71. Sairaanhoitaja-lehti 3/1998.
- Rauhala A. 2008. The validity and feasibility of measurement tools for human resources tools in nursing. Case of the RAFAELA system. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kuopio.
- Rauhala A. 2007. Suuri työmäärä lisää jyrkästi sairaslomia. Sairaanhoitaja –lehti 5/2007. Ladattavissa sähköisesti: <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>
- Rauste-Von Wright, M., Von Wright J. & Soini T. 2003. Oppiminen ja koulutus. s.17-21, 51-56. Juva. WSOY.
- Roper N, Logan W, Tierney A. 1992. Hoitotyön perusteet. Helsinki. WSOY.
- Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Ladattavissa sähköisesti: <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>.
- Tynjälä P. 2007. Oppiminen tiedon rakentamisena. s. 37,55, 72, 156-157, 176. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita. Tampere. Tammer-paino.

Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri. Hoitotyön toimintaohjelma vuosille 2010-2015. Varsinais – Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja 2010. Turku.

Vilka H. 2006. Tutki ja Havainnoi. Helsinki.Tammi.

## LIITE 1.

Sisätautien yksikön koulutuspäivä 25.3.2010.

Salon aluesairaala, Kokoustila 2.

- 13.00 Koulutuksen avaus, osastonhoitaja
- 13.05 alustus aiheeseen, hoitoisuusluokitusvastaava hoitaja
- 13.10 Mitä on hoitoisuusluokitus? Perusteet, Power Point –esitys /  
Projektipäällikkö
- 13.40 OPCq –mittari. Power Point –esitys.
- 14.15 KAHVITAUKO
- 14.30 Kaksi potilasluokitusta. Luokittelu yhteistyössä koko ryhmän  
kanssa, kohta kohdalta. Keskustelua. Pohdintaa.
- 15.30 Koulutuspäivän yhteenveto, keskustelua aiheesta.
- 15.45 Koulutus päättyy.

**LIITE 2.****KOULUTUSILTAPÄIVÄ 30.9. ja 18.11.2010, koulutuskerrat 2 ja 3.****Salon aluesairaala, sisätautien yksikkö.****Koulutuspaikka: aluesairaalan auditorio.**

- klo 13 Osastonhoitajan avaus päivään
- klo 13.05 Mitä on hoitoisuusluokittelu? Ajatuksia osallistujilta. .Vedetään yhteen paperille -> alustuksena seuraavaan aiheeseen
- 13.10 Mitä on hoitoisuusluokittelu; diojen läpikäynti . Teorian, perusteiden ja konkreettisten, näyttöön perustuvien hyötyjen kertaus
- 13.30 jako viiteen, ryhmiin siirtyminen ja ohjeistaminen. Luokitellaan yksi potilas.
- 13.45 Potilastapauksen purkaminen
- 14.00 KAHVITAUKO
- 14.20 potilastapaussuokittelut: luokitellaan 2 ( -3) potilastapausta
- 14.50 Potilastapausten purkua
- 15.30 aikaa keskustelulle/ voidaan ottaa vielä yksi tapaus
- 15.45 palaute osallistujilta
- 16.00 Koulutus päättyy.



•

•

