

Päivikki Makkonen

**NEUROLOGISEN POTILAAN HOITOISUUDEN ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN
YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ**

POLIHOLq-mittarin käyttöttestaus

NEUROLOGISEN POTILAAN HOITOISUUDEN ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ

POLIHOIq-mittarin käyttöttestaus

Päivikki Makkonen
Opinnäytetyö YAMK
Kevät 2017
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja
johtaminen, Sairaanhoidaja YAMK
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, Sairaanhoidaja YAMK

Tekijä: Päivikki Makkonen

Opinnäytetyön nimi: Neurologisen potilaan hoitoisuuden arvioinnin kehittäminen yhteispäivystyksessä – POLIHOIq-mittarin käyttöttestaus

Työn ohjaajat: Pirkko Sandelin & Kaisa Koivisto

Kevät 2017

Sivumäärä: 61+6

Oulun yliopistollisen sairaalan poliklinikoilla on käytössä POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittari, joka on osa Suomen Kuntaliiton omistamaa RAFAELA®-järjestelmää. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla tuotetaan tietoa muun muassa potilaiden yksilöllisen hoidon tarpeesta, hoitotyön resursoinnista, hoitohenkilöstön kustannuksista ja hoitohenkilöstön työn tuottavuudesta. Oulun seudun yhteispäivystyksen osastonhoitajan mukaan on olemassa sellainen käsitys, ettei POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittari mittaa luotettavasti päivystyspotilaiden hoitoisuuksia, eikä sitä näin ollen voida hyödyntää henkilöstöjohtamisessa tai hoitotyön resurssien arvioinnissa halutulla tavalla.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittarin käytöstä neurologisten potilaiden hoitoisuuden arvioinnissa Oulun seudun yhteispäivystyksessä. Tavoitteena oli tuottaa kokemuksellista arviointitietoa POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittarin soveltuvuudesta neurologisten päivystyspotilaiden hoitoisuuden mittaamiseen, sekä taustamateriaalia POLIHOIq-mittarin kehittämistyöhön päivystyspoliklinikkatyön näkökulmasta arviointuna.

Tutkimus on laadullinen ja siinä sovelletaan toimintatutkimuksen periaatteita. Kahdeksasta yhteispäivystyksen sairaanhoitajasta muodostettiin tutkimuksen pilottiryhmä. Heidät perehdytettiin osallistavien menetelmien POLIHOIq-mittarin käyttöön, jonka jälkeen he testasivat mittaria kolmen viikon ajan luokitellen kaikkien hoitamiensa neurologisten päivystyspotilaiden hoitoisuuden mittarin avulla. Tämän jälkeen sairaanhoitajat kertoivat pienryhmähaastatteluissa kokemuksiaan POLIHOIq-mittarin soveltuvuudesta neurologisten päivystyspotilaiden hoitoisuuden arviointiin. Haastattelumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua.

Sairaanhoitajien kokemusten mukaan POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittaria on yksinkertaistettava. POLIHOIq-mittarin vaativuustasojen erojen määrittelyjen ja mittarissa olevien erityistilanteiden luokitteluun liittyviä epäloogisuuksia on selkeytettävä. POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittari soveltuu sairaanhoitajien kokemusten mukaan neurologisten potilaiden hoitoisuuden arvioon sekä muiden erikoisaloiden potilaiden hoitoisuuksien luokitteluun yhteispäivystyksessä. Hoitoisuusluokitusmittarin käyttöönotto edellyttää kuitenkin sen päivittämistä ja selkiyttämistä, sekä hoitohenkilöstön hyvää ja säännöllistä perehdyttämistä sen käyttöön. Tämä tutkimus tuotti kokemuksellista arviointitietoa POLIHOIq-mittarin soveltuvuudesta neurologisten potilaiden hoitoisuuden arviointiin ja sen sovellettavuuden kehittämiseksi päivystyspoliklinikan hoitotyöhön. Tuloksia voidaan hyödyntää POLIHOIq-mittarin kehittämistyössä. Tutkimuksen tulosten pohjalta Oulun seudun yhteispäivystyksessä voidaan aloittaa keskustelut hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön otosta.

Asiasanat: hoitoisuus, hoitoisuusluokitus, yhteispäivystys, päivystyspoliklinikkatyö, päivystyspotilaan hoitoisuus.

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Master`s degree, Development and Management of Health and Social Care

Author: Päivikki Makkonen

Title of thesis: Development of neurological patient acuity in emergency unit – testing results of POLIHOIq-system

Supervisors: Pirkko Sandelin & Kaisa Koivisto

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2017 Number of pages: 61+6

Most parts of Oulu University Hospital outpatient clinic`s use POLIHOIq -Classification System. It is part of RAFAELA®-system and owned by The Association of Finnish Local and Regional Authorities. With the help of system, you can get information about individualistic need of care, nursing resources, nursing staff costs, productivity of nursing and contents of nursing in single unit and whole organization. According to manager of Emergency Unit there`s a supposition that POLIHOIq-system doesn`t give reliable information about care in Emergency patients and can`t be used in Emergency Unit for example calculating the nursing resources. The purpose of this study was to describe how nurses experienced POLIHOIq-classification system when they used it with neurological patients.

This is a qualitative study with the applied activity analysis method. Eight nurses were in the pilot group and they were inducted the system with participation method. After introduction nurses tested system for three weeks with all neurological patients they took care of. After three weeks, all nurses were interviewed and asked what were their experiences about using the system. As an interviewed method was used theme interview.

Nurses told that POLIHOIq -system needs to be simpler to use. They also thought, that you need to clarify definitions how demanding nursing is with each patient. According to their experiences POLIHOIq-system is useful also in different areas of specialities in Emergency Unit. Initialization of POLIHOIq-system requires updating and clarifying it but also good and regular education of nursing staff to use it.

Results of this study can be used in polishing POLIHOIq-system. Based on this study`s results, they can start conversation in Emergency Unit about initialization the POLIHOIq-system. Results can also be used in developing POLIHOIq-system.

Keywords: patient acuity, patient classification system, emergency unit, emergency unit work, acuity of emergency patient

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	NEUROLOGISEN PÄIVYSTYSPOTILAAN HOITOISUUDEN ARVIOINTI	7
2.1	Hoitotyö päivystyspoliklinikalla	7
2.2	Neurologisen potilaan hoitotyö Oulun seudun yhteispäivystyksessä	7
2.3	Potilaan hoitoisuuden luokittelu ja mittausmenetelmät	9
2.4	Hoitoisuusluokitus Oulun yliopistollisessa sairaalassa	15
2.5	POLIHOLq- mittarin periaatteet ja käyttö	16
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT	18
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	19
4.1	Tutkimusmenetelmä	19
4.2	Tutkimukseen osallistujat ja aineistonkeruun vaiheet	22
4.2.1	Pilottiryhmän perehdytys POLIHOLq-mittarin käyttöön - ensimmäinen vaihe	22
4.2.2	POLIHOLq-mittarin pilotointi – toinen vaihe	23
4.2.3	Pilottiryhmän kokemusten ja kehittämis ehdotusten koonti – kolmas vaihe	24
4.3	Tutkimusaineistojen käsittely ja analysointi	25
4.3.1	Määrälliset menetelmät	25
4.3.2	Laadulliset menetelmät	27
5	TULOKSET	30
5.1	Sairaanhoitajien kokemukset perehdytyksestä	30
5.2	POLIHOLq-mittarin pilotointi	33
5.3	Sairaanhoitajien kokemukset POLIHOLq-mittarin käytöstä	37
5.3.1	POLIHOLq-mittarin ominaisuudet	38
5.3.2	Potilaan hoidon kirjaamisen merkitys	39
5.3.3	Päivystyspoliklinikan toiminnan luonne	41
5.4	Kehittämis ehdotuksia POLIHOLq-mittarin edelleen kehittämiseksi	42
6	KESKEISTEN TULOSTEN TARKASTELU.....	43
6.1	Pilottiryhmän sairaanhoitajien kokemukset perehdytyksestään POLIHOLq-mittarin käyttöön.....	43
6.2	Sairaanhoitajien kokemukset POLIHOLq-mittarin soveltuvuudesta neurologisen päivystyspotilaan hoitoisuuden arviointiin	44

6.3	Sairaanhoitajien arvio mittarin sovellettavuudesta muiden erikoisalojen käyttöön....	46
6.4	Sairaanhoitajien ehdotukset POLIHOLq-mittarin edelleen kehittämiseksi	47
7	POHDINTA	49
7.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	50
7.2	Tutkimuksen eettisyys	52
7.3	Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet	53
	LÄHTEET.....	56
	LIITTEET.....	62

1 JOHDANTO

Suomen sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmä on suuren muutoksen edessä Sote -uudistuksen myötä. Sairaalaverkkoa ja yhteispäivystystalvveluita tullaan uudistamaan voimaantulevan reformiministeriryhmän linjauksen mukaisesti. Uudistuksen tavoitteena on varmistaa talvvelujen yhdenvertainen saatavuus, riittävä osaaminen hoitavassa yksikössä, asiakas- ja potilasturvallisuus sekä hillitä kustannusten kasvua. Lisäksi tavoitteena on asiakkaiden pääseminen nykyistä helpommin kiireelliseen hoitoon. (STM 2016, viitattu 5.4.2016.) Henkilöstön saatavuus ja pysyvyys ovat keskeinen edellytys väestön tarpeita vastaavalle sosiaali- ja terveystalvvelutarjonnalle. Tämä edellyttää henkilöstön hyvinvoinnista huolehtimista ja monialaisen toimintakulttuurin kehittämistä sekä nykyistä parempaa tietoa henkilöstön riittävydestä ja osaamisesta. Terveystalvveluun talvvelujen laadun ja tuloksellisuuden kannalta oikea henkilöstömitoitustalvvelu on oleellinen tekijä. (Partanen, 2002, 17; STM 2011, 30.)

Potilaiden määrään perustuva henkilöstömitoitustalvvelu ei huomioi potilaiden tarvitsemää hoitotyötä ja todellista hoitotyön kuormittavuutta (O'Brien & Bengertalvvelu 2007, 2081). Hoitotyön henkilöstömitoitustalvvelu koskevat päätökset ovat monitahoisia, niihin vaikuttavat lukuisat tekijät, yhtenä niistä potilaiden hoitoisuus. Hoitoisuudella tarkoitetaan potilasryhmien tarvitseman hoitotyön määrän ja vaativuuden määrittelyä erityisesti henkilöstön mitoittamiseksi ja myös kustannusten selvittämiseksi. (Partanen, 2002, 17.)

Oulun seudun yhteispäivystyksessä (Osyp) potilaiden hoitoisuus arvioidaan mututalvvelu-tuntumalla, virallista hoitoisuusluokitusmittaria tai -järjestelmää ei ole käytössä. Tarvittavat henkilöstöressurit on määriteltä vanhojen mallien mukaan ja ne perustuvat potilaiden käyntimääriin. Tällä hetkellä henkilöstöressurssien laskentaa ohjaa vuosina 2013-2014 toteutettu hanke hoitohenkilöstön mitoittalvvelusta (vrt. Liljamo, Lavander & Kejonen 2015) (Kivirinta, sähköposti 17.2.2017).

Hoitohenkilökunnalla on keskeinen rooli päivystystalvvelu-poliklinikkatalvvelujen tuottamisessa. Tämän vuoksi on päivystystalvvelu-poliklinikan hoitotyön resurssien arvioinnin perustuttava sen toiminnan erityispiirteisiin (vrt. Ukkola 2007,1). Oulun seudun yhteispäivystyksen osastonhoitajan mukaan on olemassa sellainen käsitys, ettei Oulun yliopistollisen sairaalan (Oys) poliklinikoilla käytössä oleva POLIHOLq-hoitoisuusluokitusmittari mittaa luotettavasti päivystystalvvelu-potilaiden hoitoisuuksia, eikä sitä näin ollen voida hyödyntää henkilöstöjohtamisessa tai hoitotyön resurssien arvioinnissa halutulla

tavalla (Vähäkangas, keskustelu 15.5.2015). Tutkijan oma käsitys mittarin soveltuvuudesta päivystyspotilaan hoitoisuuden arviointiin vastasi osastonhoitajan näkemystä ja hänen kanssaan käytiin keskustelu tutkimuksen aiheesta. Osastonhoitajan ehdottamana tutkimuksen aiheena oli testata RAFAELA®-hoitoisuusluokitusjärjestelmään kuuluvan POLIHOIq-mittarin käyttöä yhteispäivystyksessä, jotta voitaisiin arvioida sen soveltuvuutta päivystyspotilaan hoitoisuuden arviointiin.

Tämän tutkimuksen toimeksiantajana toimi FCG (Finnish Consulting Group) Konsultointi Oy. RAFAELA®-järjestelmän omistaa Suomen Kuntaliitto, FCG:llä on järjestelmän käytön ja käyttöoikeuksien myöntämisen yksinoikeus. RAFAELA®-hoitoisuusluokitusjärjestelmän ylläpitäjiltä saadun tiedon mukaan tiedossa on yksiköitä, jotka ovat luopuneet POLIHOIq-mittarin käytöstä sen vuoksi, ettei sillä voida luokitella hoidettavien potilaiden hoitoisuutta eikä arvioida siellä tehtävää hoitotyötä. POLIHOIq-mittarin on joltain osin todettu sisältävän vanhentunutta käsitteistöä ja tarve mittarin päivittämiseksi on tiedostettu. (Pulkinen, sähköpostiviesti 10.11.2015.) Mittarin kehittämistyötä varten laadittiin sopimus FCG:n kanssa POLIHOIq-mittarin käyttöttestauksesta yhteispäivystyksessä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittarin käytöstä neurologisten potilaiden hoitoisuuden arvioinnissa Oulun seudun yhteispäivystyksessä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa kokemuksellista arviointitietoa POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittarin soveltuvuudesta neurologisten päivystyspotilaiden hoitoisuuden mittaamiseen, sekä taustamateriaalia POLIHOIq-mittarin kehittämistyöhön päivystyspoliklinikkatyön näkökulmasta arvioituna.

Tutkimuksen rajaus tehtiin tarkoituksella koskemaan neurologisia potilaita. Koska potilaiden hoitoisuusluokittelu on sairaanhoitajille asiana uusi, päädyttiin toimeksiantajan kanssa siihen, että oli järkevää kohdentaa pilotointi yhdelle erikoisalalle. Kun keskitytään vain yhden erikoisalan potilaiden hoitoon, on perehdyttävien sairaanhoitajien helpompaa opetella mittarin käyttöä ja arvioida eri osa-alueiden toteutumista potilaan hoidossa.

2 NEUROLOGISEN PÄIVYSTYSPOTILAAN HOITOISUUDEN ARVIOINTI

2.1 Hoitotyö päivystyspoliklinikalla

Päivystyspoliklinikka on dynaaminen toimintaympäristö, jossa hoidetaan lukuisia potilaita vuorokaudessa. Päivystyspoliklinikalle tulevien potilaiden kliininen kunto ja hoitotyön tarpeet vaihtelevat huomattavasti. Siinä missä yksi potilas on omatoiminen, voi samalla diagnoosilla tuleva toinen potilas olla täysin riippuvainen hoitajan avusta. Ensisijaisesti päivystyspoliklinikalla hoidetaan äkillisesti ja vakavasti sairastuneita tai loukkaantuneita potilaita. Päivystyspoliklinikka toimii myös sääntuloväylänä potilaille, jotka eivät vaadi varsinaista hätäensiapua mutta, jotka tarvitsevat sairaalahoitoa. (Paavola 2007, 9; Williams & Crouch 2006, 162.)

Päivystyspoliklinikan hoitotyölle on tyypillistä ennakoimattomuus, vaihtelevuus, hoitokontaktien lyhyys ja perusteellinen ja tiivis paneutuminen huonokuntoisen potilaan hoitotyöhön. Toiminta edellyttää jatkuvasti korkeaa valmiustasoa (Hietanen, Pitkänen & Vilmi 1995, 11). Hoitotyö päivystyspoliklinikalla on vaativaa ja monipuolista ja edellyttää tekijältään kykyä nopeisiin päätöksiin ja potilaiden tarpeiden priorisointiin.

2.2 Neurologisen potilaan hoitotyö Oulun seudun yhteispäivystyksessä

Neurologian erikoisalaan kuuluu hermoston eli aivojen, selkäytimen ja ääreishermoston sekä lihas-sairauksien tutkiminen, hoito ja kuntoutus. Neurologiset oireet ja sairaudet ovat yleisiä. Niitä tutkitaan ja hoidetaan kaikkialla terveydenhuollossa: niin terveyskeskuksessa, työterveyshuollossa, alue- ja keskussairaaloissa kuin yliopistosairaalassakin. Neurologian erikoisalan hoitoon tullaan kahta reittiä: kiireellisissä hätätilanteissa ensihoidon tekemän arvion perusteella ambulanssilla ja vähemmän kiireellisissä ja kiireettömissä tilanteissa hoitavan lääkärin tekemällä läheteellä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, viitattu 4.5.2017.)

Tavallisia neurologisia oireita ovat päänsärky, lihasheikkous, kömpelyys, huimaus, vapina ja tunnottomuus. Neurologiset sairaudet voivat aiheuttaa myös havaintokyvyn, loogisen ajattelun, pu-

heen tuottamisen tai ymmärtämisen sekä asioiden tunnistamisen ja muistin häiriöitä. Myös koh-
taukselliset oireet, kuten tietyt näköhäiriöt ja tajuttomuus-kouristuskohtaukset, kuuluvat neurologis-
ten oireiden kirjoon. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, viitattu 4.5.2017.)

Merkittävä neurologiaan kuuluva sairausryhmä on aivoverenkiertohäiriöt eli aivoinfarkti ja aivove-
renvuoto. Nämä sairaudet kuuluvat laajempaan sydän- ja verisuonisairauksien ryhmään, joille suo-
malaisilla on suurentunut perinnöllinen ja elintapoihin liittyvä alttius. Aivoverenkiertohäiriöt aiheut-
tavat usein pysyviä, toimintakykyä rajoittavia oireita, kuten halvauksia ja puhekyvyttömyyttä. Siksi
niiden tehokas ehkäisy, ensihoito ja kuntoutus ovat ensiarvoisen tärkeitä. Muita varsin yleisiä, pit-
käaikaisia neurologian alaan kuuluvia sairauksia ovat mm. migreeni ja epilepsia. Tavallisin neuro-
loginen autoimmuunisairaus on multipple skleroosi eli MS-tauti. Ikääntymisen myötä yleistyvät lii-
kehäiriösairaudet kuten Parkinsonin tauti ja muistisairaudet kuten Alzheimerin tauti. Pitkäaikaista
neurologista haittaa aiheuttavat erilaisten vakavien aivovammojen jälkitilat. Lisäksi neurologian eri-
koisalaan kuuluu koko joukko harvinaisempia tautiryhmiä, mm. perinnöllisiä lihastauteja ja erilaisia
autoimmuunisairauksia ja rappeumasairauksia. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, viitattu
4.5.2017.)

Oulun seudun yhteispäivystyksessä toimii virka-aikana sisätautien-, kirurgian- ja neurologian päi-
vystys. Muu toiminta tapahtuu klo 16 saakka erikoisalojen omilla poliklinikoilla jonka jälkeen päi-
vystystoiminta siirtyy yhteispäivystyksen tiloihin. Neurologian päivystyksessä hoidetaan yli 16- vuo-
tiaita potilaita. Lapset, joilla on neurologisia oireita, hoidetaan lasten ja nuorten päivystyspolikli-
nilla.

Sairaanhoitajat kiertävät eri tiimejä työvuorokohtaisesti. Henkilöstömitoitus on kohdistettu niin, että
pääpaino on illassa ja alkuyössä, jolloin potilaita on yleensä eniten yhteispäivystyksessä. (Yhteis-
päivystyksen perehdytyskäsikirja 2014, 20.) Päivystystyön luonteenomaisesti potilasmäärät ja hoi-
toisuus ovat ennalta arvaamattomissa. Työvuorossa oleva vuorovastaava kerää hoitotiimien tiimi-
vastaavilta arvion työllistävistä potilaista ja työvuoron kuormittavuudesta asteikolla normaalia-rau-
hallista-kiirettä. Niin sanotut ”isotöiset” potilaat ja tulleet ennakoilmoitukset kriittisesti sairaista po-
tilaista merkitään myös vuorovastaavan raporttiin. Potilaiden tarvitsemaa yksilöllistä hoitotyötä ei
raportoida.

Yhteispäivystyksessä hoidettavien neurologisten potilaiden sairaudet ovat hyvin moninaisia ja useista eri syistä johtuvia. Yhteispäivystyksessä neurologin arvioon tulevat potilaat, joilla on mahdollisesti jokin aivoverenkierronhäiriö, epilepsia tai päänsärky, jonka hoito edellyttää erikoissairaanhoitoa sekä tajuttomat potilaan, joilla epäillään jotain neurologista syytä. Päivystävä neurologi arvioi myös MS-potilaiden ja Parkinson potilaiden ja akuuttien huimauspotilaiden (ei korvaperäiset) terveydentilan. Näiden potilaiden hoidosta vastaa neurologiaan erikoistunut tai erikoistumassa oleva lääkäri yhdessä 1-2 sairaanhoitajan kanssa. (Yhteispäivystyksen perehdytyskäsikirja 2014, 20.) Neurologisen potilaan hoitaminen vaatii nopeaa ja järjestelmällistä työskentelyä. Hoitajan ja lääkärin kerätessä tietoa hoitosuunnitelmaa varten potilasta on samaan aikaan hoidettava.

Vuonna 2015 neurologian päivystykseen kirjattiin 5284 potilaskäyntiä, eli keskimäärin 14 potilaskäyntiä joka vuorokautta kohden (Marin-Pekkala, keskustelu 15.4.2016). Neurologian tiimissä henkilöstömäärä vaihtelee eri vuorokaudenaikoina. Aamu- ja iltavuorossa toimii noin kaksi sairaanhoitajaa, yövuoroon jää yksi hoitaja. Kaikki potilaat haastatellaan heidän tullessa päivystyspoliklinikalle. Haastatteluun kuuluu hoitavan hoitajan arvio potilaan tilasta, perussairauksien ja niihin liittyvien lääkitysten tarkistus, sekä vitaalielintoimintojen mittaukset (verenpaine, pulssi, lämpö, ekg, verenokeri). Lisäksi hoitajan työnkuvaan kuuluu potilaille tarkoituksen mukaisten laboratoriotutkimusten, sekä lääkärin määräämien röntgenkuvantamisten ohjelmointi ja tilaus.

2.3 Potilaan hoitoisuuden luokittelu ja mittausmenetelmät

Hoitoisuus-käsitteestä ei ole ollut olemassa yhtä hyväksyttyä määritelmää vaan se on määritelty kussakin yhteydessä ja kunakin aikakautena monin eri tavoin. Hoitoisuus-käsitteestä on käytetty ilmaisuja riippuvuus, kuntoisuus, hoidettavuus, koettu hoitoisuus, hoidon raskaus, hoidon kuormittavuus, helppohoitoinen, raskashoitoinen, vaikeahoitoinen, vaativa ja sairauden vaikeusaste -käsitteitä. (Kaustinen 2011, 24.) Partasen (2002, 17) mukaan hoitoisuudella tarkoitetaan potilasryhmien tarvitseman hoitotyön määrän ja vaativuuden määrittelyä erityisesti henkilöstön mitoittamiseksi ja myös kustannusten selvittämiseksi. Määrittämisen lähtökohtana on potilaan hoidollinen tilanne, joka muodostuu potilaan hoidon tarpeesta ja sitä vastaavasta hoitamisesta. Pulkkinen (2000,12) mukaan hoitoisuus on hoitotyössä henkilöstön työtä kuvaava tunnusluku, joka ilmaisee potilaan hoidon tarpeeseen perustuvan hoitamisen vaativuuden asteen. Potilaiden hoitoisuuden

arviointi on osa hoitoprosessia ja arviointi tapahtuu hoitoisuusluokituksen/ hoitoisuusluokitusmittarin avulla. Arvioinnin tekee hoitaja asiantuntijuuteensa, haastatteluun ja havainnointiin perustuen. (Partanen 2002, 21.)

Hoitoisuusluokituksella tarkoitetaan potilaiden ryhmittelyä tai luokittelua heidän tarvitsemansa hoitotyön määrän mukaan, potilaiden hoitoisuuden mittaamista ja arviointia. Luokituksen avulla määritetään, kuinka paljon hoitohenkilökuntaa tarvitaan, jotta voidaan vastata potilaiden yksilölliseen hoidon tarpeeseen tietyssä ajanjaksona. Hoitoisuusluokitus on hoitavan hoitajan arvio toteutuneesta potilaan yksilöllisestä välittömästä ja välillisestä hoidosta tietyssä ajanjaksona. Ajanjakso on yleensä työvuoro tai vuorokausi. (Partanen 2002, 21; Fagerström & Rauhala 2003, 11.)

Hoitoisuusluokitusjärjestelmä on kolmen asian yhdistelmä: hoitoisuusluokitusmittari, hoitotyön ajan määräytyminen hoitoisuusluokkaan ja henkilöstömitoitusmenetelmä. Hoitoisuusluokituksen ja hoitoisuusluokitusmittarin nähdään käsitteinä tarkoittavan samaa. Ne ovat mittareita, joiden avulla ryhmitellään potilaiden hoidon tarvetta tai potilaiden saamia hoitotyön palveluja. Hoitoisuusluokitusmittarit kuvaavat potilaan hoidon tarvetta ja annettua hoitoa ja ovat osa terveydenhuollon arviointia sekä maailmanlaajuisesti että kansallisesti. Mittarin avulla potilaat sijoitetaan tiettyjen ominaisuuksien perusteella hoidon tarpeen samanlaisuutta kuvaaviin luokkiin. Hoitotyön ajan määrittämisellä pyritään sovittamaan yhteen potilaiden hoidon tarpeet ja siinä tarvittavat hoitotyön voimavarat. (Partanen 2002, 17, 22; Fagerholm 2014, 10.)

Hoitoisuusluokituksia on kehitetty terveydenhuollossa vuosikymmenten ajan useita eri käyttötarkoituksia varten. Luokittelua on tehty muun muassa sukupuolen, iän, veriryhmän, sairauden, vamman, ongelman, toimenpiteen, voimavarojen tai diagnoosin perusteella. Myös luokkien määrä on voinut vaihdella. Florence Nightingale luokitteli aikanaan mahdollisesti osin intuition perustuen, kriittisimmin sairast potilaat lähimmäksi osaston kansliaa potilaan voinnin seurannan vuoksi. Potilaille yhteisiä hoitotoiminnan vaatimuksia oli tunnistettu hoitoisuusluokituksissa ensimmäisen kerran vuosina 1948–1949 siten, että potilaan sairauden aste ei välttämättä heijastanut hoitotoiminnan vaatimuksia hoitoisuutena. Nykymuotoinen kehitystyö käynnistyi 1960-luvulta alkaen Yhdysvalloissa Johns Hopkins sairaalassa. (Kaustinen 2011, 28.)

Suomessa hoitoisuusluokituksen kehittäminen alkoi 1960-luvun lopussa Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa. 1970-luvulla käytettiin useita erilaisia mittareita, mutta vasta 1990-luvun alussa hoitoisuusluokitukset nousivat laajempaan keskusteluun ja hoitotieteellisen tutkimukseen aluksi

sairaaloiden vuodeosastoilla. (Fagerholm 2014, 10.) Laajempaan käyttöön hoitoisuusluokitukset otettiin 1980-luvulla. (Paavola 2009, 11.) Nivalainen (2000) tutki pro-gradu tutkielmassaan hoitoisuusluokitusten käyttöä suomalaisten yliopisto-, keskus-, alue- ja yksityissairaaloiden leikkaus- ja anestesiaosastoilla. Tulosten mukaan kiinnostus hoitoisuusluokituksia kohtaan ja erilaisten hoitoisuusluokitusten kehittäminen, kokeileminen ja käyttö olivat selvästi aktivoituneet Suomessa 1990-luvun aikana.

Suomessa ensimmäiset hoitoisuusluokituksia koskevat tutkimukset julkaistiin 1960-luvun loppupuolella. Hoitoisuusluokituksista on kirjoitettu paljon etenkin 1980- ja 1990-luvuilla. Hoitoisuusluokituksen tarkoitus, valinta, kehittäminen ja arvioiminen hoitotyön henkilöstösuunnittelua ja kustannusten määrittämistä varten raportoitiin alan tutkimuksessa 1980- ja 1990-luvuilla. Useiden tutkimusten mukaan luotettava hoitoisuusluokitus on ollut keskeinen menetelmä optimaalisessa henkilöstömitoituksessa ja hoitotyön kustannusten selvittämisessä sekä hoitotyön laadunvarmistamisessa. Lisäksi hoitoisuustietoja on haluttu verrata ja saada hoitotyö näkyväksi hoitoisuusluokituksen avulla. 2000-luvulla hoitoisuutta on väitöstutkimuksissa tutkittu muun muassa hoidon tuottavuuden, hoitoisuusluokittelun luotettavuuden, hoitohenkilökunnan ajankäytön sekä hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödyntämisen ja johtamisen näkökulmista. (vrt.mm. Pusa 2007; Rauhala 2008; Kaustinen 2011 & Fagerholm 2014.)

Pusa (2007) tutki väitöskirjassaan hoitotyön tuottavuutta ja RAFAELA®-hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödyntämistä hoitotyön johtamisessa. Tutkimuksessa tarkasteltiin hoitoisuusluokituksen (OPC) antamia mahdollisuuksia hoitotyön kustannuslaskentaan ja hinnoitteluun, testattiin PAONCIL- menetelmää optimaalisesta voimavarojen kohdentamisesta sekä tutkittiin, miten tehokkaasti hoitotyön johtajat olivat käyttäneet hoitoisuusluokitusjärjestelmää. Tulosten mukaan hoitoisuusluokitusta voitiin hyödyntää sairaalapalveluiden hinnoittelussa vaikkakin sen hyödyntäminen hinnoittelussa oli vielä vähäistä. PAONCIL menetelmä todettiin mahdollistavan henkilöstövoimavarojen optimaalisen kohdentamisen potilaiden hoidon tarpeen mukaisesti ja se voi toimia vaihtoehtoisena menetelmänä tarkalle työajan mittaamiselle. RAFAELA hoitoisuusluokitusjärjestelmän antamat mahdollisuudet voisivat tutkimuksen mukaan olla aktiivisemmin johtajien käytössä. Tutkimuksen mukaan RAFAELA-järjestelmä mahdollistaa hoitotyön tuottavuuden tarkastelun ja jatkotutkimukset hoitotyön tuottavuuden vaikutuksista potilaiden hoidon laatuun ja hoitajien työhyvinvointiin.

Rauhala (2008) tutkimuksen päämääränä oli arvioida, oliko RAFAELA®-järjestelmä riittävän validi ja käyttökelpoinen, jotta sitä voidaan Suomen erikoissairaanhoidon osastoilla käyttää hoitajien henkilöstövoimavarojen mittausvälineenä. Yhtenä teoreettisena lähestymistapana tutkimuksessa käytettiin Inhimillisten voimavarojen johtamista (eng. Human resource management, HMR). Tutkimustulosten mukaan OPCq:ta voidaan pitää monipuolisesti validoituna hoitoisuusmittarina. Se mittaa riittävän luotettavasti HRM-luonteiseen käyttöön potilashoitoon liittyvää työmäärää erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Myös PAONCIL ja koko RAFAELA®-järjestelmä osoitettiin Rauhalan tutkimuksen mukaan valideiksi. Tutkimustulosten mukaan optimaalisen hoitoisuuden määrittäminen onnistui useimmilla osastoilla. OPCq- ja PAONCIL-mittarien osoitettiin mittaavan kutakuinkin samaa ilmiötä. Hoitajien lisääntynyt työkuormitus oli yhteydessä heidän sairauslomiensa merkittävään lisääntymiseen. Tuloksissa esitettiin, että liiallinen työkuormitus saattaa lisätä henkilöstön työterveydellisiä ongelmia merkittävästi. RAFAELA®-järjestelmän osoitettiin sisältävän monia piirteitä, jotka tukevat henkilöstövoimavaroihin perustuvaa hoitajien johtamista.

Kaustisen (2011) tutkimuksen tehtävänä oli kehittää hoitoisuusluokitus Oulun yliopistolliseen sairaalaan, arvioida hoitoisuusluokituksen luotettavuus hoitoisuuden mittaamiseen ja arvioida hoitoisuusluokitus hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Tutkimuksen lähtötilanteessa Oulu-hoitoisuusluokitus kattoi hoitotyön sisällön vuodeosastopotilaan hoidossa yliopistosairaalassa ja vastasi näkemystä hoitotyöstä. Tulosten perusteella näytti kuitenkin siltä, että luokitusta ei hyödynnetty työvuoroittain päivittäin osaamisen kohdentamisessa tai työkuormituksen ennakoimisessa. Oulu-hoitoisuusluokituksen käyttäminen toteutuneen hoitotyön luokittelussa oli ongelmallista, jos luokitus ei ottanut huomioon potilaan yksilöllisiä hoitotyön tarpeita. Olennaiseksi kysymykseksi nousi se, vastasiko toteutunut hoito potilaiden todellisia yksilöllisiä tarpeita. Jos toteutunut hoito oli vastannut potilaiden yksilöllisiä tarpeita, oli hoitoisuusluokitustietoja voitu käyttää myös henkilöstösuunnittelussa ja kustannusten selvittämisessä.

Palonen (2011) totesi tekemänsä kirjallisuuskatsauksen perusteella, että teoreettisella tasolla hoitoisuusluokitusmittarit ovat toimivia ja niillä saadaan arvokasta tietoa hoitotyön resursseista ja potilaan hoitoisuudesta, mutta on todettu, etteivät hoitotyön johtajat kuitenkaan hyödynnä järjestelmien tarjoamia mahdollisuuksia tehokkaasti esimerkiksi resurssien kohdentamiseen. Suomalaisten terveydenhuoltoyksiköiden henkilöstömitoitus on arvioitu riittämättömäksi ja tilanne on jatkunut samansuuntaisena jo vuosia, vaikka resurssivaje ja henkilöstöresurssien jakautuminen epätasaisesti on kiistatta pystytty osoittamaan hoitoisuusluokitusjärjestelmien avulla. Tämä saattaa vaikuttaa ne-

gatiivisesti hoitohenkilökunnan asenteisiin hoitoisuusluokittelua kohtaan. Mittareilla saatavan tiedon hyödyntäminen ja etenkin siitä tiedottaminen yksiköissä voisi lisätä motivaatiota hoitoisuusluokittelun tekoon.

Tätä tutkimusta varten tehdyn tiedonhaun perusteella voidaan todeta, että vuodeosastojen käytössä olevia hoitoisuusluokitusmittareita on tutkittu suhteellisen laajasti, kun taas poliklinikoiden osalta tutkimustietoa on saatavilla melko vähän. Varsinkin hoitajien näkökulmasta arvioitua tutkimustietoa poliklinikoiden käytössä olevista mittareista ja niiden soveltuvuudesta tai käytöstä ei juurikaan ole saatavilla. Johtamisen näkökulmasta löytyi poliklinikoille suunnattu Fagerholmin (2014) väitöskirja, jonka tarkoituksena oli nimetä ja kuvata poliklinikoiden hoitotyön henkilöstömitoituksen tunnusluvut ja arvioida niiden yhteyttä hoitotyön kuormittavuuteen. Tutkimuksessa selvitettiin hoitotyön johtajien näkemykset hoitotyön henkilöstömitoituksesta ja tuloksesta sekä tunnuslukujen käytettävyydestä, saatavuudesta ja tärkeydestä. Tavoitteena oli luoda tunnusluku- ja asiantuntija-perusteinen mallinnus hoitotyön henkilöstömitoituksesta polikliiniseen toimintaympäristöön. Yhteneväiset tunnusluvut mahdollistavat Fagerholmin mukaan poliklinikoiden välisen vertailun ja siten oikeudenmukaisen johtamisen poliklinikoiden jatkuvasti muuttuvassa, monimuotoisessa toimintaympäristössä.

Fagerholmin (2014) tutkimuksen perusteella muodostettiin hoitotyön henkilöstömitoituksen teoreettinen mallinnus 14 tunnusluvusta. Tunnusluvuiksi valikoituivat asiakaskäyntien lukumäärä vuodessa, potilaiden hoitoisuus suhteessa hoitajaresursseihin, optimaalisen hoitoisuuden arvo, hoitajien lukumäärä päivässä, hoitohenkilöstön vakanssien lukumäärä ja täyttöaste, hoitajien poissaolot suhteessa työpäiviin ja osastonsihteereiden osuus hoitohenkilöstöstä. Hoitotyön tulosta kuvaavia tunnuslukuja olivat hoitoisuuden toteutuminen suhteessa optimiin, potilastyytyväisyys, opiskelija- ja hoitajapalautteet, läheltä piti- ja vaaratapahtumailmoitukset, hoitotakuun ja talouden toteutuminen suhteessa budjettiin. Tutkimustuloksissa hoitotyön johtajat kuvasivat poliklinikan hoitotyön henkilöstömitoitusta historiallisena perinteenä. Tulevaisuuden haasteena hoitotyön johtajat näkivät mm. palvelujen asiakaslähtöisyyden, potilaiden hoitoisuuden lisääntymisen, työn merkityksen muuttumisen, tietojärjestelmien käytettävyyden ja taloustilanteen.

Potilaan hoitoisuutta ja erilaisia hoitoisuusluokitusmittareita on kansainvälisessäkin mittakaavassa tutkittu suhteellisen paljon. Williams ja Crouch (2006) tutkivat englanninkielisiä hoitoisuusluokitusmittareita ja vertailivat niiden käytettävyyttä ja luotettavuutta päivystyspoliklinikatyön näkökulmasta. Tutkimuksessaan he löysivät 12 päivystystyössä käytettävää hoitoisuusluokitusmittaria ja

tulivat siihen johtopäätökseen, että vain kolme mittaria täytti myös päivystystyön kriteerit. Näitä mittareita olivat Yhdysvalloissa käytössä oleva ED Patient Needs Matrix, tästä mittarista tuotettu Australiassa käytössä oleva Conner's Tool sekä Jones Dependency Tool, joka on kehitetty Yhdistyneissä Kuningaskunnissa (UK).

O'Brien ja Bengner (2007) tutkivat päivystyspotilaiden hoitoisuuksia käyttäen tutkimuksessaan Jones Dependency Tool (JDT) -mittaria. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten päivystyksessä oloaika vaikutti potilaiden hoitoisuuteen. Päivystyspotilaiden hoitoisuudet arvioitiin tulo- ja lähtötilanteessa, sekä joka neljäs ja kahdeksas tunti, jonka potilas vietti päivystyksessä. Tulosten mukaan kaikkien muiden potilaiden hoitoisuus hoitajaa kohden väheni sen mukaan, mitä kauemmin he päivystyksessä olivat, mutta vaatimman hoidon tasolla olleiden potilaiden kohdalla hoitoisuus vastaavasti lisääntyi. Tutkimuksen mukaan tämä tukee sitä seikkaa, ettei hoitajamitoitus voi perustua pelkästään potilasmääriin. Esimerkiksi yöaikaan päivystyksen hoitajamitoitusta pienennetään, koska potilasmäärät ovat pienemmät. Toisaalta yöaikaan tulevat potilaat ovat yleensä kriittisemmän hoidon tarpeessa ja näin ollen hoitoisuudeltaan vaativampia kuin päiväsaikaan hoidettavat potilaat.

Suomessa käytössä olevia hoitoisuusluokitusmittareita on 2000-luvulla tutkittu pro-gradu- ja opinäytteinä muun muassa osastonhoitajien, ylihoitajien ja hoitohenkilöstön näkökulmasta (Rompnanen 2012; Luhtasela 2006; Palonen 2011 & Aaltonen 2013). Tutkimuksissa on tutkittu muun muassa eri mittareiden luotettavuutta ja sovellettavuutta sekä RAFAELA®-järjestelmän käyttökokeuksia osastojen ja poliklinikoiden näkökulmasta. Tätä opinnäytetyötä varten tehdyssä tiedonhaussa löytyi yksi POLIHOIQ- hoitoisuusluokitusmittaria koskeva tutkimus, joka oli tehty päivystyspoliklinikatyön näkökulmasta. Paavolan (2007) Pro-gradu-tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan mielipiteitä POLIHOIQ-mittarin toimivuudesta päivystyspoliklinikalla, sen merkityksestä päivystyspoliklinikan hoitotyölle ja sen soveltuvuudesta päivystyspoliklinikan käyttöön. Tutkimustuloksissa POLIHOIQ-mittarin käyttöajalla oli monien kysymysten kohdalla merkitystä; mitä kauemmin vastaaja oli mittaria käyttänyt, sitä positiivisemmin hän siihen suhtautui. Tutkimustulosten mukaan yli vuoden POLIHOIQ- mittaria käyttäneistä 70 prosenttia katsoi sen soveltuvan päivystyspoliklinikan käyttöön. Samasta käyttäjäryhmästä 61 prosentin mielestä mittari kuvaa osittain tai täysin potilaan hoitoisuutta ja 72 prosentin mielestä mittarin avulla saadaan hoitajien tekemää näkymätöntä hoitotyötä näkyväksi.

2.4 Hoitoisuusluokitus Oulun yliopistollisessa sairaalassa

Oulun yliopistollisessa sairaalassa hoitoisuusluokituksen kehittämisellä on pitkät perinteet. Ensimmäistä prototyyppiluokitusta käytettiin ja kehitettiin jo 1970-luvulla. Vuosina 1991-1993 Oulun yliopistollinen sairaala ja Oulun yliopiston hoitotieteenlaitos kehittivät yhteistyössä ATK-pohjaisen hoitoisuusluokittelu ohjelman (OHL) vuodeosastojen käyttöön. Hoitoisuusluokitusmittarin kehittämisen alkuvaiheesta lähtien, noin kymmenen vuoden ajan OYS:ssa toimi niin sanottu hoitoisuusvalidointiryhmä, joka koostui lähinnä ylihoitajista ja hoitotyön asiantuntijoista. Syksyllä 2002 perustettiin hoitoisuusasiantuntijan toimi, jonka tehtäväksi tuli kehittää hoitoisuuslaskentaa yhdessä ATK-osaston kanssa, huolehtia koulutuksien järjestämisestä ja huolehtia optimaalisen hoitoisuuden käyttöönoton valmisteluista. (Jussila, Karvali, Lavander, Paloste, Parkkonen & Ryttilähti 2007, 10.)

Oulun yliopistollisessa sairaalassa on käytössä RAFAELA[®]-hoitoisuusluokitusjärjestelmä, joka on myös kansainvälisessä mittakaavassa yksi tutkituimmista järjestelmistä. RAFAELA[®]-järjestelmä on Suomen Kuntaliiton omistama järjestelmä, jonka avulla tuotetaan tietoa potilaiden yksilöllisen hoidon tarpeesta, hoitotyön resursoinnista, hoitohenkilöstön kustannuksista ja hoitohenkilöstön työn tuottavuudesta sekä yksiköiden ja organisaation hoitotyön sisällöstä. (Fagerholm 2014, 10; RAFAELA 2013, Viitattu 30.3.2016.) RAFAELA[®]-hoitoisuusluokitusmittareita ovat OPCq-mittari erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon somaattisille vuodeosastoille ja tehostettuun palveluasumiseen, PPCq-mittari psykiatrisille vuodeosastoille, POLIHOIq-mittari somaattisille poliklinikoille, päiväsaaraalaan ja itsenäisiin synnytyssaliyksiköihin, PERIHOIq-mittari leikkaus- ja/tai anestesiasaliyksiköille tai päiväkirurgisiin yksiköihin sekä SÄDEHOIq-mittari sädehoitoyksiköille. (RAFAELA 2013, Viitattu 30.3.2016.)

RAFAELA[®]-järjestelmän tiedon keruuseen kuuluu olennaisena osana myös hoitotyöhön käytettyjen resurssien kirjaus, jossa huomioidaan potilaiden hoitotyöhön osallistuneiden hoitajien työaika. Osaston kaikkien potilaiden yhteenlasketut hoitoisuusasteet vuorokauden aikana jaetaan kyseisen vuorokauden aikana työskennelleiden hoitajien kokonaislukumäärällä, näin syntyy tieto potilaan hoitoisuudesta/hoitaja. (FCG 2013, 2; Partanen 2002, 33.)

Jokaiselle yksikölle voidaan määritellä PAONCIL (The Professional Assessment of Nursing Care Intensity Level) -menetelmällä optimaalisen hoitoisuuden taso, joka perustuu hoitotyöntekijöiden ammatilliseen arvioon hoitotyön kuormittavuudesta ja hyvän hoitotyön laatutason toteutumisesta. Menetelmä ottaa huomioon sen, mitä potilas olisi tarvinnut tullaan hyvin hoidetuksi. Yksikön

optimaalisen hoitoisuuden taso yhdistettynä yksikön hoitoisuus/hoitaja -tietoon tuottaa tiedon yksikön optimaalisen resursoinnin tasosta. (RAFAELA, Viitattu 30.3.2016; Partanen 2002, 33.)

Vuonna 2001-2003 kehitettiin Oulussa poliklinikoiden hoitoisuusluokitusmittaria (POLIHOIq). Mittari haluttiin kehittää, koska poliklinikkatyö oli muuttunut entistä avohoitopainotteisemmaksi ja hoitotyö entistä vaativammaksi. Lisäksi oli tarve kehittää hoitotyön kirjaamista ja parantaa hoidon laatua. (Jussila ym. 2007,10; Ukkola 2007, 5) Päivystyspoliklinikka ei ollut mukana kehittämistyössä, joten päivystyspoliklinikkatyön näkökulmaa ei mittarin kehittämistyössä ole arvioitu, vaikka mittarin onkin oletettu toimivan päivystyspotilaan hoitoisuuden mittaamisessa.

2.5 POLIHOIq- mittarin periaatteet ja käyttö

POLIHOIq-mittari on OYS:n seitsemällä pilottiajanvarauspoliklinikalla poliklinikkapotilaiden hoitoisuuden arvioimiseksi kehitetty ja testattu hoitoisuusluokitusmittari. (Ukkola 2007, 4; Paavola 2009, 12.) POLIHOIq-hoitoisuusluokitus perustuu Suomen Kuntaliiton Finnhoitoisuus- projektissa vuosina 2000 – 2002 käytettyyn Oulu Patient Classification (OPC) -luokitukseen. (Ukkola 2007, 1; RAFAELA 2013,1; Fagerholm 2014, 15.)

Potilaan hoitoisuus luokitellaan kuudella eri hoitotyön osa-alueella, joita ovat 1) hoitotyön suunnittelu ja koordinointi, 2) terveydentila, 3) lääkehoito ja ravitsemus, 4) hygienia ja eritystoiminta, 5) liikkuminen, toiminnallisuus ja lepo sekä 6) jatkohoito ja emotionaalinen tuki. (Ukkola 2007, 12.) Seuraavaksi on kuvattu lyhyesti POLIHOIq-mittarin eri osa-alueiden sisältö.

Hoitotyön suunnittelun ja koordinoinnin osa-alue sisältää potilaan käyntiä edeltävän hoitajan tekemän ennakoivan työn. Poliklinikkakäynnin onnistuminen vaatii potilaan taustatietojen tuntemusta, tutkimusten ja toimenpiteiden suunnittelua. Ennakoiva työ vaikuttaa myös potilaan poliklinikkakäynnin onnistumisen kokemukseen. (Ukkola 2007, 11.)

Terveydentilan osa-alueella lähtökohtana on ajattelu, että poliklinikkapotilaan käynnin syynä ei välttämättä ole sairaus tai sairauden oireet, vaan käynnin syy voi olla potilaan kokema muutos terveydentilassa. Se voi olla fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen. Potilaan kokema muutos terveydentilassa vaatii erilaisia tutkimuksia ja toimenpiteitä. (Ukkola 2007, 12.)

Lääkehoidon ja ravitsemuksen osa-alueella hoitaja arvioi toteutunutta työpanosta liittyen potilaan ravitsemukseen ja lääkehoidon tarpeisiin ja niihin liittyvään ohjauksen seurantaan, auttamiseen ja tukemiseen. Auttamismenetelminä ovat esimerkiksi erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen ja mahdollisuuksien etsiminen. (Ukkola 2007, 12.)

Hygienian ja eritystoiminnan osa-alueella hoitaja arvioi toteutunutta työpanosta, joka liittyy potilaan peseytymiseen, pukeutumiseen, ihon tai haavan hoitoon ja eritystoimintaan liittyviin tarpeisiin. Osa-alueella hoitajan tärkeitä auttamismenetelmiä ovat muun muassa seuranta, auttaminen, ohjaus ja hoitovälineiden käytön opetus. (Ukkola 2007, 12.)

Liikkumisen, toiminnallisuuden ja levon osa-alueella hoitaja arvioi toteutunutta työpanosta, joka kohdistuu potilaan liikkumiseen, toiminnallisuuteen, leikkiin ja lepoon. Osa-alueen kohdalla arvioidaan myös potilaan työhön ja sosiaalisiin suhteisiin, uneen ja lepoon sekä potilaan hyvän olon tasoon liittyviä tekijöitä. Motivointi ja kannustaminen sekä moniammatillinen yhteistyö ovat osa-alueeseen määritetyt hoitajan auttamismenetelmät. (Ukkola 2007, 12.)

Jatkohoidon ja emotionaalisen tuen osa-alueella painotetaan jatkohoidon osuutta ja poliklinikakäynnin yhteenvedoa. Osa-alueen sisällön mukaan hoitaja arvioi toteutunutta hoitotyötä vastata potilaan/omaisen tarpeisiin jatkohoidon onnistumisen, hoitoon sitoutumisen ja sopeutumisen kannalta. Hän arvioi myös toteutunutta työpanosta, joka liittyy potilaan jatkohoidon suunnitteluun ja järjestämiseen, kotona selviytymiseen, potilaan tai omaisen emotionaalisen tukemiseen, sekä hoitoon ja uuteen elämäntilanteeseen sopeutumiseen. (Ukkola 2007, 12.)

Jokaisella hoidon osa-alueella on hoidon tarpeen kriteerit määritelty vaativuustasoihin A-D. Vaativuustasolla A potilaan hoidon tarve on vähäistä, kun taas vastaavasti vaativuustasolla D se on erittäin suuri, erittäin vaativaa. Vaativuustasoilla annetaan 1-4 pistettä ja yhteenlasketuista pisteistä koostuu 6-24 pistettä, jonka perusteella potilas sijoittuu johonkin hoitoisuusluokkaan yhdestä viiteen. Hoitoisuusluokkaan yksi kuuluu potilas, joka selviytyy omatoimisesti tai avun tai ohjauksen tarve on vähäistä. Hoitoisuusluokkaan viisi kuuluu potilas, joka on maksimaalisen hoidontarpeessa eli tarvitsee jatkuvaa tai erittäin vaativaa hoitoa, valvontaa tai ohjausta. (Paavola 2007, 22; Ukkola 2007, 12; RAFAELA 2013; Fagerholm 2014, 15.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittarin käytöstä neurologisten potilaiden hoitoisuuden arvioinnissa Oulun seudun yhteis-päivystyksessä. Tavoitteena on tuottaa kokemuksellista arviointitietoa POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittarin soveltuvuudesta neurologisten päivystyspotilaiden hoitoisuuden mittaamiseen, sekä taustamateriaalia POLIHOIq-mittarin kehittämistyöhön päivystyspoliklinikkatyön näkökulmasta arvioituna.

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen tehtävänä oli muodostaa POLIHOIq-mittarin pilottiryhmä yhteispäivystyksen sairaanhoitajista ja osallistavin menetelmin perehdyttää heidät POLIHOIq-mittarin käyttöön niin, että he osasivat luokitella kaikki hoitamansa neurologiset potilaat mittarin avulla oikeaan hoitoisuusluokkaan.

Tutkimuksen toisessa vaiheessa pilottiryhmä testasi POLIHOIq-mittaria kolmen viikon ajan arvioiden kaikkien hoitamiensa neurologisten päivystyspotilaiden hoitoisuuden mittarin avulla. Sairaanhoitajien tehtävänä oli myös kirjata pilotoinnin aikana esille tulevat mittarin käyttöön liittyvät havainnot, huomiot, kehittämissuhteet ja kokemukset erilliselle lomakkeelle.

Tutkimuksen kolmannessa vaiheessa sairaanhoitajat haastateltiin teemahaastattelulla tavoitteena saada tietoa mittarin soveltuvuudesta neurologisten päivystyspotilaiden hoitoisuuden arviointiin, muiden erikoisalojen potilaiden luokitteluun, sekä saada selville mahdollisia mittarin edelleen kehittämistarpeita. Tutkimuksen kolmannessa vaiheessa vastattiin seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- 1) Millaisia kokemuksia pilottiryhmän sairaanhoitajilla oli perehdytyksestään POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittarin käyttöön?
- 2) Miten sairaanhoitajat arvioivat POLIHOIq-mittarin sovellettavuuden neurologisen päivystyspotilaan hoitoisuuden arviointiin?
- 3) Millaiseksi pilottiryhmän sairaanhoitajat arvioivat mittarin sovellettavuuden muiden erikoisalojen käyttöön?
- 4) Minkälaisia ehdotuksia pilottiryhmän sairaanhoitajilla oli POLIHOIq-mittarin edelleen kehittämiseksi?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimukseen liittyvä tiedonhaku alkoi keväällä 2015 sen jälkeen, kun aiheen valinta oli suoritettu. Tutkimukseen liittyvän tiedonhaun tukena on ollut tämän tutkimuksen ajan lupa käyttää RAFAELA®:n virallista materiaalia. Lisäksi tiedonhaussa on käytetty sähköisiä tietokantoja hakemalla niistä aihetta käsittelevää kirjallisuutta ja tutkimuksia.

Tutkija lisäsi omaa asiantuntemustaan hoitoisuusluokittelusta osallistumalla organisaatiossa järjestettyihin RAFAELA®:n koulutustilaisuuksiin hoitotyöntekijän ominaisuudessa. Tämän lisäksi tutkija perehtyi POLIHOIq-mittarin käyttöön käytännön työssä haastattelemalla mittaria käyttäviä sairaanhoitajia ja osastonhoitajia Oysin poliklinikoilla. Tämä lisäsi hänen ymmärrystään POLIHOIq-mittarin käytöstä poliklinikoiden hoitotyössä sekä johtamisen apuvälineenä.

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmää valittaessa tutkijan täytyi pohtia, mikä menetelmä kuvaisi tätä tutkimusta parhaiten. Tässä tutkimuksessa sovellettiin toimintatutkimuksen periaatteita. Toimintatutkimuksessa kohteena on jokin tietty yhteisö mistä havainnot ja kokemukset poimitaan (Eskola & Suoranta 2000, 129). Toimintatutkimuksen tarkoituksena on kehittää uusia taitoja tai uutta lähestymistapaa johonkin tiettyyn asiaan sekä ratkaista ongelmia, joilla on suora yhteys johonkin käytännölliseen toimintaan. Se sopii hyvin tilanteisiin, missä toiminnan avulla pyritään muuttamaan jotakin ja samanaikaisesti lisäämään sekä ymmärrystä että tietoa muutosta kohtaan. (Virtuaali ammattikorkeakoulu, viitattu 7.4.2016.) Toimintatutkimuksessa korostuu käytännön ja teorian ja samalla toiminnan ja ajattelun välinen kiinteä vuorovaikutussuhde. Toimintatutkimukseen liittyy lisäksi aina omakohtaisia ja kokonaisvaltaisia kokemuksia sekä tutkittavana ja kehitettävänä olevasta ilmiöstä, että omasta toiminnasta, joten tutkimus mahdollistaa samalla osallistujien oppimisprosessin käynnistymisen. (Suojanen 2014, viitattu 23.4.2017.)

Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli se, ettei Osyypissä ole käytössä potilaiden hoitoisuusluokitusjärjestelmää. Tavoitteena on tuottaa kokemuksellista arviointitietoa POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittarin soveltuvuudesta neurologisten päivystyspotilaiden hoitoisuuden mittaamiseen Oulun seudun yhteispäivystyksessä hoitotyön ammattilaisten avulla. Pilotoimalla POLIHOIq-mittaria tämän

tutkimuksen toteuttamiseen osallistuva henkilökunta sai valmiuksia hoitoisuusluokitusmittarin käyttöön ja kehitti osaamistaan potilaiden hoitoisuuden luokittelussa. Heiltä saatu kokemuksellinen arviointitieto puolestaan tuo taustamateriaalia POLIHOIq-mittarin kehittämistyöhön päivystystyön näkökulmasta arvioituna. Toimintatutkimukseen kuuluu aina jonkinasteinen kokemusten systemaattinen kerääminen, analysoiminen ja raportoiminen (Suojanen 2014, viitattu 22.2.2017).

Toimintatutkimus on enemmän kuin perinteinen laadullinen tutkimus Toimintatutkimuksessa pyritään ongelman ratkaisuun ja sitä kautta muutokseen. Toimintatutkimuksen voi parhaimmillaan nähdä tutkimuksena, jossa tutkimukselle arvokasta tietoa saadaan vapauttamalla ihminen toimimaan. Tässä tapauksessa vastuu toiminnasta on osallistuvalla pilottiryhmällä, ei yksittäisellä tutkijalla. (Eskola & Suoranta 2000, 130; Kananen 2009, 22-23.)

Suojanen (2014, viitattu 22.2.2017) käyttää nimitystä toimintatutkimus kaikesta sellaisesta tutkimuksesta, jossa on tarkoituksena yhteistyönä kehittää jotain sosiaalista kohdetta, ryhmän toimintaa, tiettyä hanketta tai tuotetta. Tässä tutkimuksena tuotteena voidaan nähdä POLIHOIq-mittari. Toimintatutkimus etenee Suojasen (2014) mukaan sykleinä; suunnittelu-toiminta-havainnointi-reflektointi:

Suunnitteluvaiheessa (vrt. Aineiston keruun ensimmäinen vaihe) tutkija orientoituu yhteistyössä osallistujien kanssa tutkittavaan toimintaan. Suunnitelmaa täsmennettäessä pohditaan uudelleen kehittämishankkeen teoreettisia lähtökohtia ja syvennetään nykyisiin ajattelu- ja toimintamalleihin liittyvää itseymmärrystä. Toimintasuunnitelmassa täsmennetään myös tutkimuksen tavoitteet. Suunnitteluvaiheessa mietitään myös tutkimuksen työnjako sellaiseksi, että kaikkien asiantuntemus ja osaaminen saadaan hyödynnetyksi yhteiseksi parhaaksi. Erityistä huomiota kiinnitetään siihen, että kaikki osallistujat voivat tuntea itsensä valtaistetuiksi (empowered). Työnjakoa suunniteltaessa on kuitenkin muistettava, että toimijoiden on vapaaehtoisesti sitouduttava työhön. Koska kehittämishanke on samalla tutkimusta, suunnitellaan heti alussa myös toiminnan havainnointi- ja reflektointitavat. Alustava suunnitelma tehdään myös siitä, miten tutkimus raportoidaan ja miten tutkimustuloksia hyödynnetään toiminnan kehittämisessä. Toimintatutkimuksen tulosten ja luotettavuuden arvioimiseksi havainnointi- ja reflektointivaiheiden suunnittelu on välttämätöntä. (Suojanen 2014, viitattu 22.2.2017.)

Toimintavaihe (vrt. Aineiston keruun toinen vaihe) pyritään toteuttamaan tavoitteiden ja laaditun suunnitelman mukaan. Toiminnassa haetaan uusia ratkaisuja ja pyritään kokeilevuuteen ja joustavuuteen, jossa yhteistoiminnallisuus on tärkeänä piirteenä mukana. Toimintatutkimuksen luonteeseen kuuluu kuitenkin, että suunnitelmaa pystytään muuttamaan toiminnan aikana, mikäli saatu palaute sitä edellyttää, sillä monet asiat ovat voineet jo toiminnan alkaessa muuttua siitä, mitä ne suunnitteluvaiheessa olivat. Toimintaa havainnoidaan ja reflektoidaan jatkuvasti. (Suojanen 2014, viitattu 22.2.2017.)

Havainnointi (vrt. Aineiston keruun toinen ja kolmas vaihe) on se vaihe toimintatutkimuksessa, joka erottaa sen selvimmin käytännön työtoiminnasta. Havainnoimalla tutkimuksen eri vaiheita kerätään tietoa myöhemmin suoritettavaa toiminnan analysointia ja reflektointia varten. Tosin toimintatutkimuksen luonteisessa tutkimuksessa analysointia ja tulosten tulkintaa tapahtuu koko prosessin ajan, mutta lopullinen tutkimuksen arviointi tapahtuu tietenkin vasta toiminnan loppuvaiheessa. Toimintatutkijan pitää kuitenkin olla käytännöllinen ja ratkaista mistä vaiheista on oleellista kerätä aineistoa. Luonnollisessa toimintaympäristössä tapahtuu niin paljon, että ei ole mahdollista eikä tarpeellistakaan dokumentoida tarkasti kaikkea toimintaa. Silloin kun kaikki osallistujat ovat mukana myös havainnoinnin suunnittelussa ja tietojen keräämisessä, on mahdollista yhdessä pohtia toiminnan merkitykselle kriittisiä vaiheita, ja huolehtia ainakin niiden huolellisesta dokumentoinnista. (Suojanen 2014, viitattu 22.2.2017.)

Toimintatutkimukseen kuuluu toiminnan jatkuva **reflektointi** (vrt. Tutkimusaineistojen käsittely ja analysointi). Tutkijan tehtävänä on kerätyn aineiston analysoiminen ja tulkitseminen, jotta hän pystyy runsaasta tiedosta kokoamaan selkeän kokonaisuuden. Alustavaa tulosten analyysiä tapahtuu toimintatutkimuksessa koko prosessin ajan, ja tutkimuksen aikana saatu tieto vaikuttaa jo toimintavaiheeseen. Lopullinen analysointi tehdään loogisen päättelyn ja tulkinnan avulla, ja tulokset luokitellaan kootusta aineistosta lähtien, kuten tavallista kvalitatiivisessa sisällönanalyysissä. Reflektoidalla todetaan, miten toimintatutkimus on onnistunut kehittämään sekä tutkittavaa kohdetta että itse osallistujia. Reflektoinnin tuotoksena syntyy uusi suunnitelma siitä, miten toimintaa pitäisi jatkossa kehittää. (Suojanen 2014, viitattu 22.2.2017.)

4.2 Tutkimukseen osallistujat ja aineistonkeruun vaiheet

Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. Aineiston koolla ei ole väliä, vaan tärkeämpää on kattava kuvaus osallistujien kokemuksista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 155; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.) Tämän tutkimuksen pilottiryhmään pyydettiin henkilökohtaisesti yhtätoista neurologisen potilaan hoitoprosessista vastaavaa sekä kokenutta päivystyspoliklinikkatyön hallitsevaa sairaanhoitajaa. Kahden sairaanhoitajan kohdalla osallistumisesta jouduttiin lupaamaan työvuorosuunnittelun hankaluuden vuoksi, yksi sairaanhoitaja kieltäytyi opinnäytetyöhön osallistumisesta.

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkimukseen osallistuvat hoitajat tuntevat tutkittavan ilmiön ja näin ollen osallistujat valitaan harkiten ja tieto kerätään ihmisiltä luonnollisissa olosuhteissa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 88; Hirsjärvi ym. 2008, 174.) Tutkimuksen pilottiryhmään pyydettiin kokeneita sairaanhoitajia, joilla oli pitkä kokemus neurologisen potilaan hoidosta. He olivat kokeneita päivystystyön ammattilaisia, joilta saatiin luotettavaa arviointitietoa, jota voidaan soveltaa myös muiden erikoisalojen päivystyspotilaiden hoitoisuuksia arvioitaessa.

4.2.1 Pilottiryhmän perehdytys POLIHOLq-mittarin käyttöön - ensimmäinen vaihe

Yhteistyötahojen kanssa oli katsottu, että pilottiryhmän perehdyttämiseksi POLIHOLq-mittarin käyttöön ei tämän pilotoinnin vuoksi ole syytä järjestää virallista RAFAELA[®]:n hoitoisuusluokituskoulutusta vaan riittää, että sairaanhoitajille järjestetään riittävän laaja perehdytys aiheeseen. Erikoisuunnittelija Pia Liljamo lupautui valvomaan perehdytyksen suunnittelua ja toteutusta sekä osallistumaan pilottiryhmän perehdytyksiin hoitoisuusluokittelun asiantuntijan roolissa. Ennen perehdytysten alkua sairaanhoitajille lähetettiin sähköpostiin info-kirje toimintatutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä alustavasta aikataulusta.

Jokainen sairaanhoitaja osallistui kahteen hoitoisuusluokittelua käsittelevään perehdytyskoulutukseen. Perehdytykset toteutettiin huhti- toukokuussa 2016 ja ne kestivät 1,5-2 tuntiin. Tavoitteena oli osallistavien menetelmin perehdyttää pilottiryhmän sairaanhoitajat POLIHOLq-mittaria ja sen käyttöä käsittelevään teoriatietoon ja harjoitella mittarin käyttöä potilastapausten avulla siten, että sairaanhoitajat osasivat arvioida mittaria käyttäen neurologisten päivystyspotilaiden hoitoisuudet ja sijoittaa heidät oikeaan hoitoisuusluokkaan.

Pilottiryhmän perehdytyspaikaksi valittiin yhteispäivystyksen koulutustila. Perehdyttäjänä toimi tutkija yhdessä kahden Oulun yliopistollisen sairaalan hoitoisuusvastaavan kanssa, joilla oli pitkä kokemus POLIHOIq-mittarin käytöstä ja kehittämistyöstä. Ensimmäisellä jaksolla perehdyttiin koko pilottiryhmän kanssa POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittarin perusasioihin, kuten määritelmään, tarkoitukseen, tavoitteisiin, periaatteisiin, mittariin ja sen hoitoisuusluokitukseen eli sisältöön. Perehdytysmateriaalina käytettiin RAFAELA[®]:n virallista koulutusmateriaalia, jonka käyttöön oli haettu lupa FCG Konsultointi Oy:ltä. Perehdytyksen aikana kuultiin myös erikoissuunnittelija Pia Liljamon luento hoitoisuusluokituksen hyödynnettävyydestä. Luennon tavoitteena oli motivoida pilottiryhmää mittarin käyttöön. Toiminnan tai työyhteisön kehittämisen edellytyksenä on se, että vanhoja käytäntöjä kyseenalaistetaan. Jos osallistujilla ei ole muutoshalukkuutta eikä tutkija pysty sitä herättämään, on lähtötilanne kriittisen toimintatutkimuksen periaatteiden kannalta vaikea. Optimistinen tutkija saa muutkin ymmärtämään toiminnan kehittämistarpeen ja osallistumaan muutosprosessiin. Kehittämisinto on kuitenkin saatava syntyään yleishahmotelmavaiheessa, ennen varsinaisen toimintatutkimuksen alkua. (Suojaanen 2014, viitattu 22.2.2017.)

Työvuorosuunnittelun vuoksi pilottiryhmä jouduttiin jakamaan pienempiin ryhmiin toisen perehdytyksen mahdollistamiseksi. Toisella perehdytysjaksolla syvennyttiin hoitoisuusluokitusmittarin osa-alueisiin ja mittarin käyttöä harjoiteltiin hoitotilanne esimerkkien sekä kirjattujen potilastietojen avulla. Perehdytyksen lopuksi sairaanhoitajat antoivat tutkijalle kirjallisen palautteen perehdytyksen onnistumisesta ja arvioivat valmiuttaan POLIHOIq- hoitoisuusluokitusmittarin käyttöön (liite 1). Perehdytyksestä saadun palautteen tarkoituksena oli varmistaa, että perehdytys oli osaltaan onnistunut ja pilottiryhmän jäsenten ymmärrys POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittarin käyttöä kohtaan oli riittävä pilotoinnin onnistumisen kannalta.

4.2.2 POLIHOIq-mittarin pilotointi – toinen vaihe

Tutkimuksen toisessa vaiheessa, toukokuussa 2016, sairaanhoitajat testasivat POLIHOIq-mittaria kolmen viikon ajan arvioiden kaikkien hoitamiensa Oulun seudun yhteispäivystykseen tulleiden neurologisten päivystyspotilaiden hoitoisuuden ja hoitoisuusluokituksen mittarin avulla. Tiedot kerättiin erilliselle luokittelulomakkeelle, joka sisälsi POLIHOIq-mittarin hoitotyön osa-alueet ja vaativuustasot (liite 2). Lomakkeelle kirjattiin myös luokiteltujen potilaiden tulosyyt, ikä, sukupuoli sekä tulo- ja poistumisaika, sekä pilotoinnin aikana esille tulleita mittarin käyttöön liittyviä havaintoja, huomioita, kehittämis ehdotuksia ja kokemuksia. Luokittelulomake suunniteltiin yhteistyössä yhteistyötahojen

edustajien kanssa, jotta sillä saataisiin kerättyä luokittelutietoja ja pilottiryhmän kokemuksia mahdollisimman kattavasti luotettavaa analyysiä varten. Luokittelujen tarkoituksena oli antaa sairaanhoitajille POLIHOIq-mittarin käyttöön liittyviä kokemuksia, jotta he voivat arvioida sen soveltuvuuden neurologisten päivystyspotilaiden hoitoisuuden arviointiin.

Hoitoisuusluokittelu tehtiin kahdesti vuorokaudessa kello 7-22 (päivä) ja kello 22-07 (yö) välisiltä ajoilta potilaan poistuessa vastaanotolta. Potilaat, joiden hoito oli vielä kesken, päivävuoron luokitus tehtiin kello 21-22 välillä ja yövuoron luokitus kello 06-07 välillä. Neurologian päivystyspotilaiden vastaanottohuoneeseen oli jätetty pilottiryhmää varten kansio, joka sisälsi POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittarin, ohjeet erityiskysymysten osalta, ohjeet luokittelurytmistä, luokittelulomakkeita sekä tutkijan yhteystiedot mahdollisia kysymyksiä tai ongelmatilanteita varten. Luokittelulomakkeet kerättiin kansiossa olevaan kuoreen, jonka tutkija säännöllisin väliajoin tyhjensi ja katsoi, että tyhjiä lomakkeita oli sairaanhoitajien saatavilla. Tavoitteena oli luokitella vähintään 50 potilasta pilottijakson aikana.

4.2.3 Pilottiryhmän kokemusten ja kehittämisehdotusten koonti – kolmas vaihe

Koska tällä tutkimuksella on ensisijaisesti haluttu kerätä kokemuksellista arviointitietoa POLIHOIq-mittarin soveltuvuudesta päivystyspotilaan hoitoisuuden arvioon, on ollut perusteltua kysyä sitä sairaanhoitajilta itseltään. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 74; Eskola & Suoranta 2014, 212.) Tutkimuksen kolmannessa vaiheessa sairaanhoitajat haastateltiin. Haastattelut toteutettiin kahdella haastattelukerralla kesäkuussa 2016, koska kaikkia sairaanhoitajia ei saatu yhdellä kertaa paikalle. Ensimmäisessä ryhmässä haastateltavia oli neljä ja toisessa kolme, yhden sairaanhoitajan estyttyä työvuorosunnittelun vuoksi osallistumasta haastatteluun. Haastattelun etu on ennen kaikkea joustavuus. Haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, selventää ilmausten sanamuotoa ja käydä keskustelua haastateltavien kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 75.)

Haastattelumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, joka lienee yleisimmin käytetty tutkimushaastattelun muoto. Teemahaastattelussa tutkimuskysymyksistä poimitaan keskeiset aiheet tai teemat, joita tutkimushaastattelussa olisi välttämätöntä käsitellä tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi. (Vilka 2015, 124-125; Tuomi & Sarajärvi 2012, 75.) Haastattelulomake (liite 3) suunniteltiin yhteistyötahojen kanssa vastaamaan tutkimuskysymyksiin ja arvioimaan POLIHOIq-mittarin

käyttöä mahdollisimman laajasti. Teemahaastattelussa kysymysten muotoilussa auttaa kohderyhmän tuntemus. Tutkimuskysymyksiä muotoillessa tulisi aina välttää kysymyksiä, joihin haastateltava voi vastata *kyllä* tai *ei*. Kysymysten muotoilulla saadaan kartoitettua laajemmin haastateltavien käsityksiä ja kokemuksia. (Vilkkä 2015, 128.) On makukysymys pitääkö kaikille haastateltaville, tässä tapauksessa pienryhmille, esittää kaikki suunnitellut kysymykset, pitääkö kysymykset esittää samassa järjestyksessä ja niin edelleen. Tässä tutkimuksessa päädyttiin molemmissa haastatteluisissa esittämään samat kysymykset samassa järjestyksessä, koska haluttiin haastattelujen olevan sisällöltään yhdenmukaiset.

Haastattelutilanteet kestivät noin tunnin. Aineiston keräämisen apuvälineenä käytettiin äänittämistä. Tästä ei ollut tiedotettu haastatteluun osallistujille etukäteen. Aineiston taltioinnin kannalta äänittäminen oli kuitenkin luotettavin keino säilyttää haastatteluiden sisältö alkuperäisessä muodossaan analysointiin saakka. Tämä perustelu esitettiin haastateltaville haastattelujen alussa. Äänittämisestä olisi tarvittaessa luovuttu haastateltavien siitä kieltäytyessä, jolloin aineisto olisi taltioitu muistiinpanoilla. (Vilkkä 2015, 125.)

4.3 Tutkimusaineistojen käsittely ja analysointi

Tutkimusaineisto koostui sairaanhoitajien antamasta perehdytyspalautteesta, luokittelulomakkeista ja nauhoitetusta haastattelumateriaalista. Aineistojen käsittelyssä on käytetty sekä, määrällisiä, että laadullisia aineiston analyysimenetelmiä. Vaikka kyseessä on ensisijaisesti laadullinen tutkimus, jossa halutaan kuvata sairaanhoitajien kokemuksia, on tutkimuksen luotettavuuden kannalta ollut tärkeää kuvata tutkittava ilmiötä myös määrällisesti (Sormunen, Saaranen, Tossavainen & Turunen 2013, 314; Vilkkä 2015, 55). Tällä tavoin on voitu kuvata pilottiryhmän sairaanhoitajien perehdytyksen taso, sekä luokiteltujen potilaiden hoitoisuuden arviointiin liittyviä seikkoja.

4.3.1 Määrälliset menetelmät

Menetelmänä määrällinen tutkimus antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista eli se hyödyntää määrien jakautumia, muutoksia ja eroja. Muuttujat ovat mitattavia ominaisuuksia esimerkiksi toimintaa tai henkilöä koskevia asioita, ikä, ammatti, mielipide, joista määrällisessä tutki-

muksessa halutaan tietoa. Määristä ja muutoksista saadaan tietoa mittarin avulla. Tässä tutkimuksessa mittareita olivat perehdytyspalautelomake ja luokittelulomake. Tutkittava ilmiö hajotetaan mitattaviksi osioiksi esimerkiksi kyselylomakkeessa kysymyksiksi. (Vilka 2007, 13, 14.)

Tutkittava aineisto on saatava analysoitavaan muotoon, jotta se voidaan käsitellä. Määrällisessä tutkimuksessa on kolme aineiston käsittelyn vaihetta. Vaiheet ovat lomakkeiden tarkistus, aineiston muuttaminen numeraaliseen muotoon ja tallennetun aineiston tarkistus. Tutkija tarkistaa lomakkeiden tiedot, arvioi vastausten laadun ja poistaa asiattomasti tai puutteellisesti täytetyt lomakkeet. Lomakkeet käydään vielä läpi jokainen kysymys kerrallaan arvioiden puutteet ja virheet. Aineiston tarkistuksen tärkein asia on arvioida tutkimuksen kato. Kato tarkoittaa puuttuvien tietojen määrää. Puuttuvat tiedot voivat koskea havaintoyksiköiden tai havaintoyksiköiden muuttujien tietoa. Määrällisessä tutkimuksessa kadon laatu pitää aina arvioida. (Vilka 2007, 105, 106, 107.)

Vastatut lomakkeet numeroidaan juoksevilla numerolla, jotta voidaan tarkistaa tietoja myöhemminkin halutulta lomakkeelta. Tämän jälkeen kaikki tiedot kirjataan ja tallennetaan taulukkoon. Taulukkoa, johon muuttujia koskevat havainnot syötetään, kutsutaan havaintomatriisiksi, jolloin jokaisen vastaajan (=havaintoyksikkö) antamat vastaukset (=muuttujien arvot) tulevat numeroina omalle rivilleen. Näin havaintomatriisin tiedot päästään analysoimaan tilastollisesti erilaisilla tilasto ohjelmilla. (Vilka 2007, 111.)

Aineistojen analyysi aloitettiin numeroimalla ja tarkastamalla sairaanhoitajien palautelomakkeet sekä luokittelulomakkeet. Aineisto käsiteltiin Excel 2016 taulukkolaskentaohjelman avulla. Palaute-lomake (liite 1) koostui kahdeksasta kysymyksestä, jotka sisälsivät myös mahdollisuuden perustella vastausta. Palautelomakkeen vastausvaihtoehdot olivat: Täysin erimieltä, osittain erimieltä, en osaa sanoa, osittain samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Analysointivaiheessa vastausvaihtoehdoille annettiin arvot 1=Täysin erimieltä, 2=osittain erimieltä, 3=en osaa sanoa, 4=osittain samaa mieltä ja 5= täysin samaa mieltä. Palautelomakkeista katsottiin vastausten jakautuminen eri vastausvaihtoehtojen kesken. Vastausten perusteluja on esitetty tutkimuksen tuloksissa suorina lainauksina.

Luokittelulomakkeista luokiteltujen potilaiden tulokset jaettiin analysointia varten seitsemään eri luokkaan ensisijaisen tulostyypin tai oireen perusteella. Pääkipuiset, erilaisia näköhäiriöitä oireilevat ja kouristaneet potilaat jaettiin omiin luokkiinsa. Raajojen tai kasvojen turvotus tai puutumisoireiset

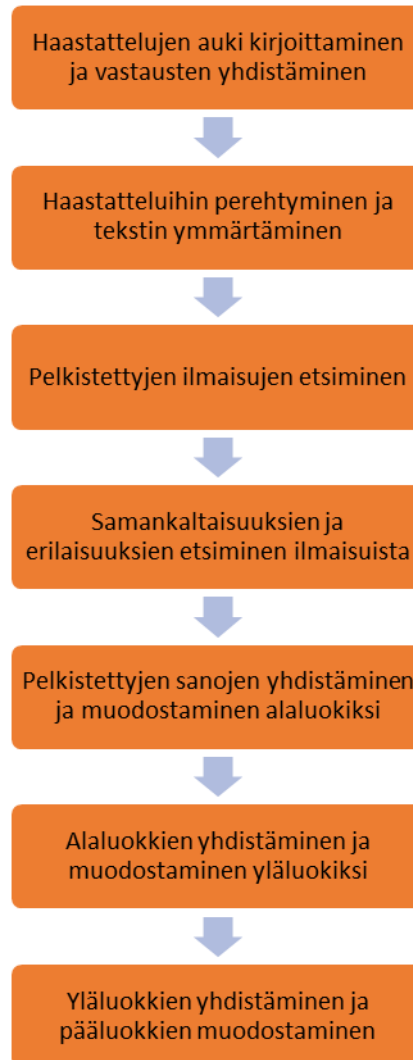
yhdistettiin samaan luokkaan ja erioireiset aivoverenkiertohäiriöt (AVH) sekä ohi menneet aivoverenkiertohäiriöt (TIA) jaettiin omiinsa. Kaikki perussairauksiin, kuten esimerkiksi MS-taudin pahenemiseen tai epilepsiaan liittyvät tulokset yhdistettiin ja luokka nimettiin nimikkeellä Muut. Luokiteltujen potilaiden tulostyistä, iästä, sukupuolesta sekä tulo- ja lähtöajoista laskettiin keskiarvot ja jakaumat. Potilaiden hoitoisuustiedoista laskettiin hoitotyön osa-alueiden vaativuustasojen jakaantuminen, lisäksi laskettiin hoitoisuusluokkajakaumien keskiarvot ja prosentit. Hoitajien kokemukset vaativuustasojen valinnan helppoudesta/vaikeudesta ja niiden jakautumisesta eri osa-alueiden kesken laskettiin lomakkeista manuaalisesti ja kirjattiin ylös. Tulokset esitellään kokonaan kuvioiden avulla, prosentein ja lukumäärin. Tarkoituksena on saada helposti ja nopeasti visuaalisesti käsitys siitä, mitä kukin asia pitää sisällään. Luokitteluun liittyvät kokemukset on kuvattu tutkimuksen tuloksissa suorina lainauksina.

4.3.2 Laadulliset menetelmät

Nauhoitettua pilottiryhmän sairaanhoitajien haastattelumateriaalia kertyi kahdesta haastattelu kerasta yhteensä 82 minuuttia 71 sekuntia. Haastattelumateriaali analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Haastattelumateriaalit auki kirjoitettiin Word 2016 ohjelmalla, jotta ne saataisiin yhdenmukaiseen muotoon aineiston analyysiä varten. Auki kirjoitusvaiheessa haastateltavien puheenvuorot erotettiin toisistaan ranskalaisin viivoin. Myös puhekieltä korjattiin kirjoitusvaiheessa, jotta materiaali olisi selkeämpi hahmottaa. Haastatteluissa käytettiin samoja kysymyksiä, joten auki kirjoitus vaiheessa kahdesta haastattelusta saadut vastaukset kohdistettiin kysymyslomakkeen mukaisesti saman kysymyksen alle, näin saatiin muodostettua yksi aineistokokonaisuus sisällön analysointia varten. Auki kirjoitettua haastattelumateriaalia kertyi yhdeksän sivua, kun käytettiin fonttikokoa 12 ja riviväliä 1.5.

Haastattelumateriaalista muodostettiin sisällönanalyysin avulla alaluokat, yläluokat ja niistä muodostuivat pääluokat. Auki kirjoitettu materiaali luettiin läpi useaan kertaan ja tekstistä esiin nousseita samaa asiaa tarkoittavia sanoja ja ilmaisuja merkittiin värikoodein. Näitä pelkistettyjä ilmauksia ryhmittelemällä muodostuivat materiaalin alaluokat. Aineiston analyysiä jatkettiin yhdistämällä alaluokat yläluokiksi samaa asiaa tarkoittavien ilmaisujen avulla. Yläluokista samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset yhdistettiin ja nimettiin sisältöä kuvaavalla nimikkeellä, näin muodostuivat aineiston pääluokat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Pääluokkia muodostui neljä; POLIHOLq-mittarin ominaisuudet, Päivystyspoliklinikan toiminnan luonne, Neurologisen potilaan hoito päivystyspoliklinikalla

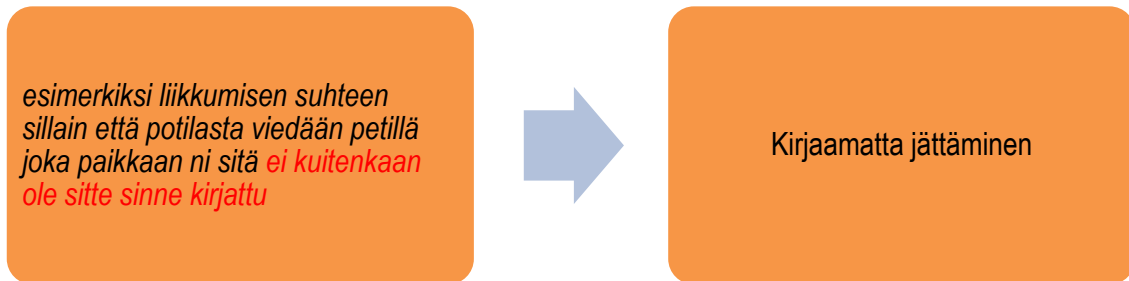
ja Potilaan hoidon kirjaamisen merkitys. Näistä kaksi yhdistettiin, jolloin saatiin muodostettua kolme pääluokkaa, joiden mukaan tulokset esitetään. Alla olevassa kuviossa (Kuvio 1) on kuvattu haastattelumateriaalin sisällönanalyysin eteneminen.



KUVIO 1. Haastattelumateriaalin sisällönanalyysin eteneminen

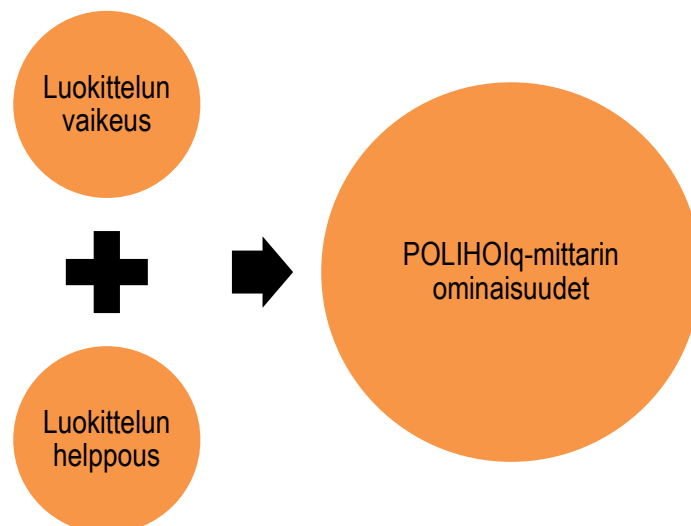
Pelkistämisessä auki kirjoitetusta haastattelumateriaalista karsitaan tutkimuksen kannalta turha informaatio pois. Tekstin pelkistäminen voi olla tiivistämistä tai tekstin osiin pilkkomista. Alkuperäisestä tekstistä nostetaan esille tutkimuksen kannalta oleellisin ilmaisu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Ryhmittelyssä tekstistä etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Samaa käsittelevät käsitteet ryhmitellään ja nimetään sisältöä kuvaavaksi luokaksi. Luokitteluna voi olla tutkittavan ilmiön käsitys, piirre tai ominaisuus. Käsitteiden ryhmittelystä käytetään nimitystä alaluokka. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.) Tämän toimintatutkimuksen haastatteluaineiston analysoinnin alussa auki kirjoitettu materiaali luettiin läpi useaan kertaan ja tekstistä esiin nousseita samaa asiaa tarkoittavia

sanoja ja ilmaisuja merkittiin värikoodein. Näitä pelkistettyjä ilmauksia ryhmittelemällä muodostuivat materiaalin alaluokat. Kuviossa 2 on esitetty esimerkin avulla alaluokkien muodostus.



KUVIO 2. Esimerkki haastatteluaineiston alaluokkien muodostuksesta

Sisällönanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan ja käsitteitä yhdistämällä saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin. Tutkija pyrkii aineistolähtöisen analyysin avulla ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan. Käsitteiden muodostamisen avulla erotellaan tutkimuksen kannalta oleellisin tieto. Käsitteellistämistä jatketaan niin kauan, kun se on aineiston näkökulmasta mahdollista. (Vilka 2015, 103, 139 – 140; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 – 113.) Kuviossa 3 on esitetty esimerkki pääluokkien muodostamisesta.



KUVIO 3. Esimerkki pääluokkien muodostamisesta

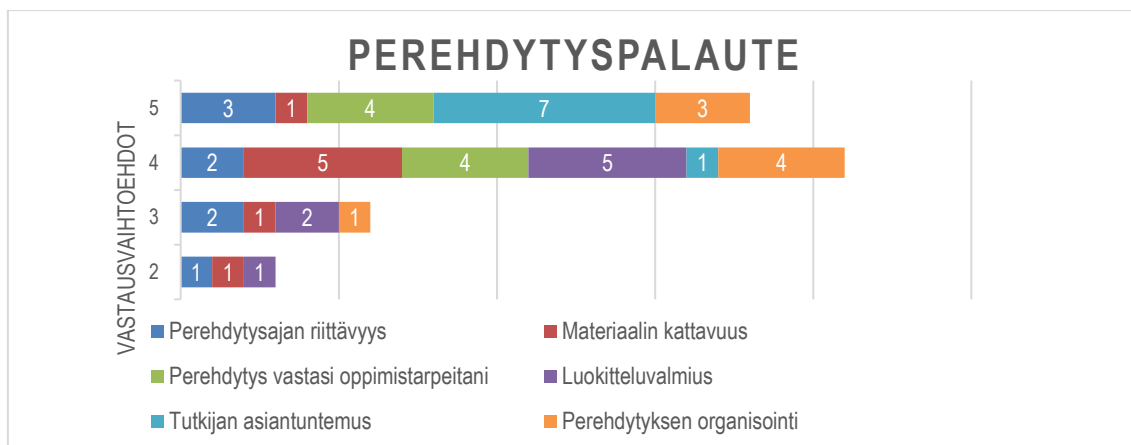
5 TULOKSET

Tässä kappaleessa kuvataan toimintatutkimuksen tulokset. Ensin kuvataan sairaanhoitajien kokemukset saamastaan perehdytyksestä POLIHOIq-mittarin käyttöön suorien lainausten ja kuvioiden avulla. Toisena kuvataan POLIHOIq-mittarin pilotointia havainnollistamalla luokiteltujen potilaiden profiilit, tulosityt, vaatavuustaso- sekä hoitoisuusluokkajakaumat kuvioiden avulla. Kolmantena kuvataan sanallisesti kirjoittamalla ja suorien lainausten avulla sairaanhoitajien kokemuksia POLIHOIq-mittarin käytöstä sisällönanalyysillä muodostettujen pääluokkien mukaan. Lopuksi kuvataan sanallisesti kirjoittamalla ja suorien lainausten avulla sairaanhoitajien antamat kehittämis ehdotukset POLIHOIq-mittarin kehittämiseksi.

5.1 Sairaanhoitajien kokemukset perehdytyksestä

Pilotoinnin luotettavuuden kannalta on tässä toimintatutkimuksessa ollut tärkeää arvioida sairaanhoitajien saaman POLIHOIq-mittarin käyttöön liittyvän perehdytyksen onnistuminen. Tämä arviointi tapahtui sairaanhoitajilta saatujen palautelomakkeiden avulla (liite 1). Palautelomake koostui kahdeksasta kysymyksestä, jotka sisälsivät myös mahdollisuuden perustella vastausta. Palautelomakkeen sisältämien kysymysten vastausvaihtoehdot olivat: Täysin erimieltä, osittain erimieltä, en osaa sanoa, osittain samaa mieltä ja täysin samaa mieltä.

Sairaanhoitajien kokemukset saamastaan perehdytyksestä on analysoitu määrällisin menetelmin laskemalla palautelomakkeista vastausten jakaantuminen eri vastausvaihtoehtojen kesken. Perehdytyksestä saatuja palautelomakkeita kertyi kahdeksan kappaletta. Annetut vastaukset jakaantuivat osittain erimieltä, en osaa sanoa, osittain samaa mieltä ja täysin samaa mieltä vastausvaihtoehtojen kesken. Kukaan vastaajista ei ollut ollut täysin erimieltä esitettyjen kysymysten kohdalla. Kuviossa 4 on kuvattu sairaanhoitajien antaman perehdytyspalautteen vastausten jakauma kuuden esitetyn kysymyksen kohdalla. Vastaukset kysymykseen perehdytyksen sisällöstä on kuvattu omana kappaleenaan. Sairaanhoitajien perehdytystä koskeneet toiveet on kuvattu tämän kappaleen lopussa suorina lainauksina.



KUVIO 4. Sairaanhoitajien oman oppimisen arvio ja palaute perehdytyksestä

Perehdytykseen käytetyn ajan riittävyyttä kysyttäessä yksi sairaanhoitaja oli osittain erimieltä siitä, että se oli ollut riittävä. Kaksi ei osannut sanoa riittikö perehdytykseen käytetty aika, kun taas kolme sairaanhoitajaa sen sijaan oli täysin samaa mieltä sen riittävyydestä.

Tällä toisella kerralla asia avautui huomattavasti paremmin. Nyt osaa hahmottaa luokat paremmin ja suhteuttaa neurologisiin potilaisiin.

En osaa vielä sanoa, epäilyttää osaanko luokitella oikein.

Viisi vastaajaa oli osittain samaa mieltä siitä, että perehdytysmateriaali oli ollut tarpeeksi kattavaa, yksi vastaaja oli asiasta osittain erimieltä.

Harjoituksia saa olla enemmän ja ne olisi hyvä tehdä koko pilottiryhmän kanssa

Suurin osa sairaanhoitajista koki osaavansa luokitella potilaat perehdytyksen jälkeen. Kaksi sairaanhoitajaa ei osannut arvioida luokitteluvalmiuttaan ja yksi oli asiasta osittain erimieltä.

Materiaali ja esimerkit hyvänä tukena onnistuu. Täysin omatoimisesti ei vielä

Ehkä, ehkä en. Toivon hyviä kirjauksia potilaan voinnista/hoidosta

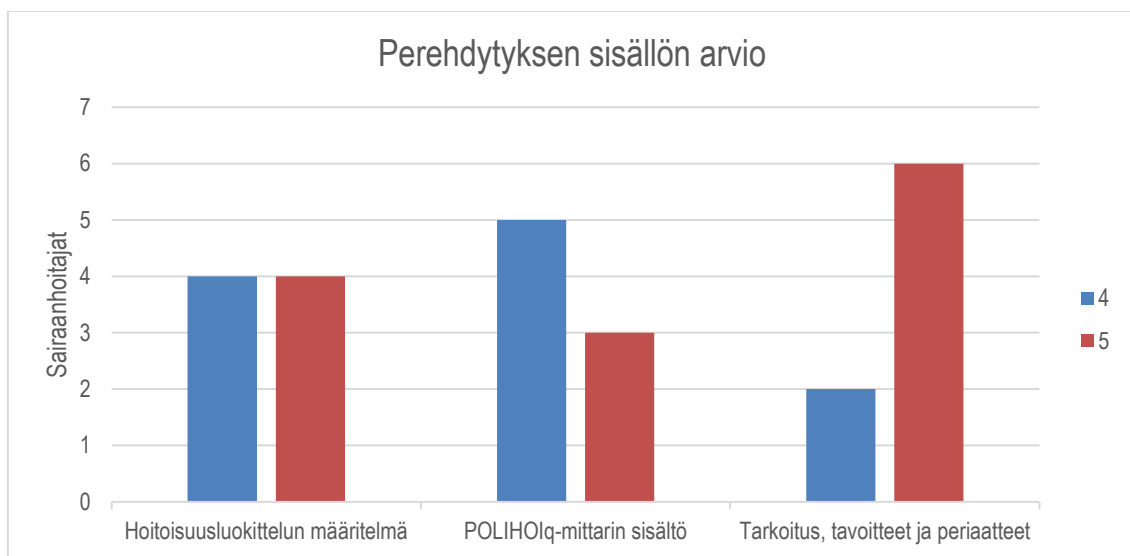
Kolme sairaanhoitajaa koki perehdytyksen vastanneen täysin oppimistarpeita. Neljä oli osittain samaa mieltä ja yksi ei osannut sanoa.

Lisätieto ei olisi pahaksi

Jää nähtäväksi, miten osaa soveltaa käytännössä

Neljä sairaanhoitajaa oli täysin samaa mieltä, että perehdytys oli hyvin organisoitu. Neljä oli asiasta osittain samaa mieltä. Perehdyttäjän asiantuntemusta kysyttäessä, oli seitsemän sairaanhoitajaa täysin samaa mieltä siitä, että perehdyttäjällä oli asiantuntemusta aiheesta. Yksi oli asiasta osittain samaa mieltä.

Kuviossa 5 on esitetty sairaanhoitajien arvio siitä, miten hyvin perehdytys sisälsi hoitoisuusluokittelun perusasiat, kuten määritelmän, tarkoituksen, tavoitteet ja periaatteet sekä POLIHOIq-mittarin sisällön. Sairaanhoitajien antama palaute jakaantui vastausvaihtoehtojen 4 (Osittain samaa mieltä) ja 5 (Täysin samaa mieltä), kesken.



KUVIO 5. Perehdytyksen sisällön arvio

Hoitoisuusluokittelun määritelmä oli sairaanhoitajien kokemuksen mukaan sisältynyt hyvin perehdytykseen. Neljä sairaanhoitajaa oli osittain samaa mieltä ja neljä vastaajaa oli täysin samaa mieltä asiasta. POLIHOIq-mittarin sisällön arviossa sairaanhoitajista viisi koki olevansa osittain samaa mieltä perehdytyksen riittävydestä ja kolme oli täysin samaa mieltä asiasta. Kuusi vastaajaa oli täysin samaa mieltä siitä, sisälsikö perehdytys oleelliset asiat hoitoisuusluokittelun tarkoituksesta, tavoitteesta ja periaatteista, kaksi vastaajaa oli asiasta osittain samaa mieltä. Vastausvaihtoehtojen valintaa ei lomakkeisiin oltu perusteltu.

Pilottiryhmän sairaanhoitajat saivat palautelomakkeissa kertoa, mitä olisivat toivoneet koulutuksen sisältävän. Tähän kohtaan oli kahdessa palautelomakkeessa vastattu.

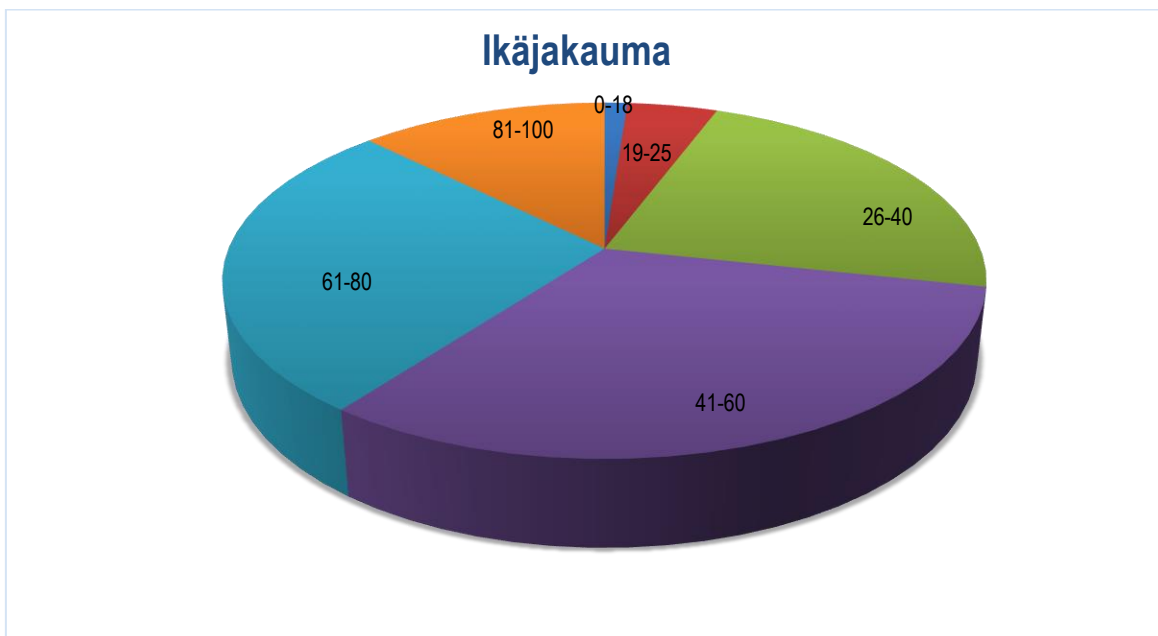
Lisää harjoituksia ja käytännön esimerkkejä

Auki kirjoitettuna meille, mitä toimenpiteitä mihinkin kohtaan luokitellaan

5.2 POLIHOIq-mittarin pilotointi

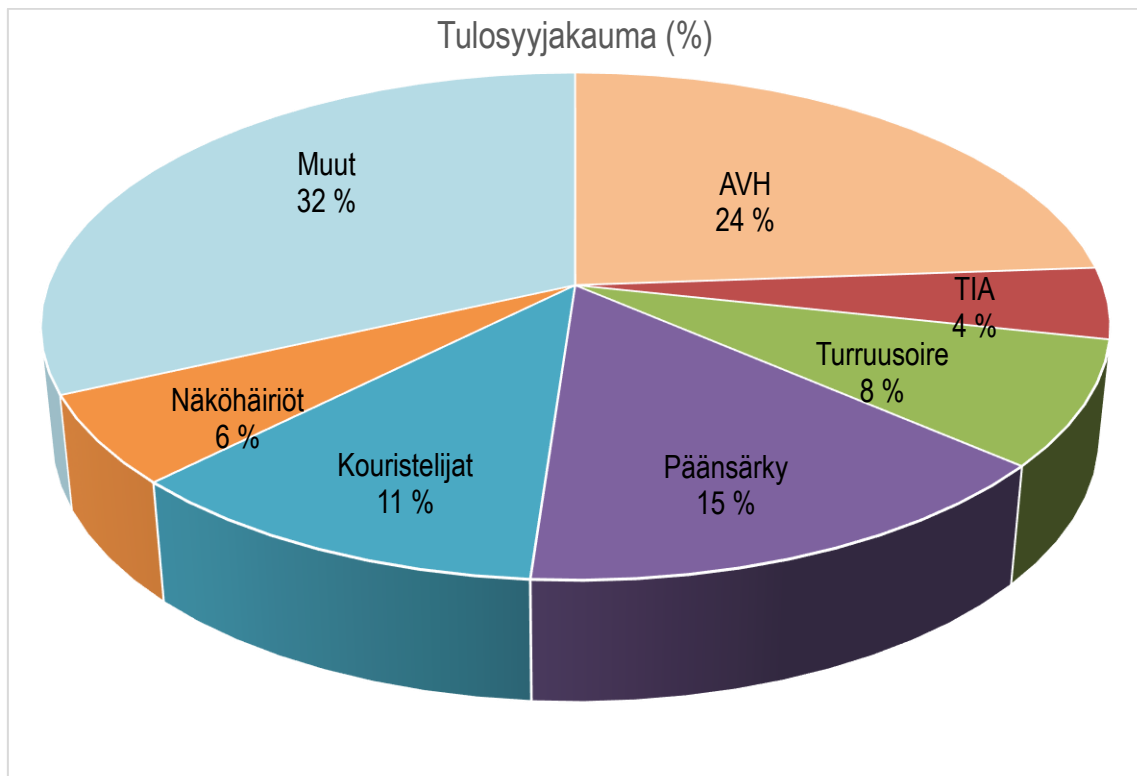
Tutkimuksen toisessa vaiheessa pilottiryhmä testasi POLIHOIq-mittaria kolmen viikon ajan arvioiden kaikkien hoitamiensa neurologisten päivystyspotilaiden hoitoisuuden mittarin avulla. Sairaanhoidajien tehtävänä oli kirjata luokittelulomakkeelle myös pilotoinnin aikana esille tulevat mittarin käyttöön liittyvät havainnot, huomiot, kehittämissuositukset ja kokemukset. POLIHOIq-mittarilla luokiteltuja potilaita kertyi pilotoinnin aikana 90, joista 88 kohdalla luokittelulomake hyväksyttiin mukaan tähän tutkimukseen. Kahdesta lomakkeesta puuttui potilasta koskevat merkinnät, joten ne hylättiin.

Pilotoinnin aikana luokitellusta, 88:sta potilaasta, 46 oli naisia ja 42 miehiä. Nuorin luokiteltu potilas oli 18 vuotta ja vanhin 94 -vuotias. Keski-ikä potilailla oli 57,5 vuotta. Kuviossa 6 on kuvattu luokiteltujen potilaiden ikäjakauma.



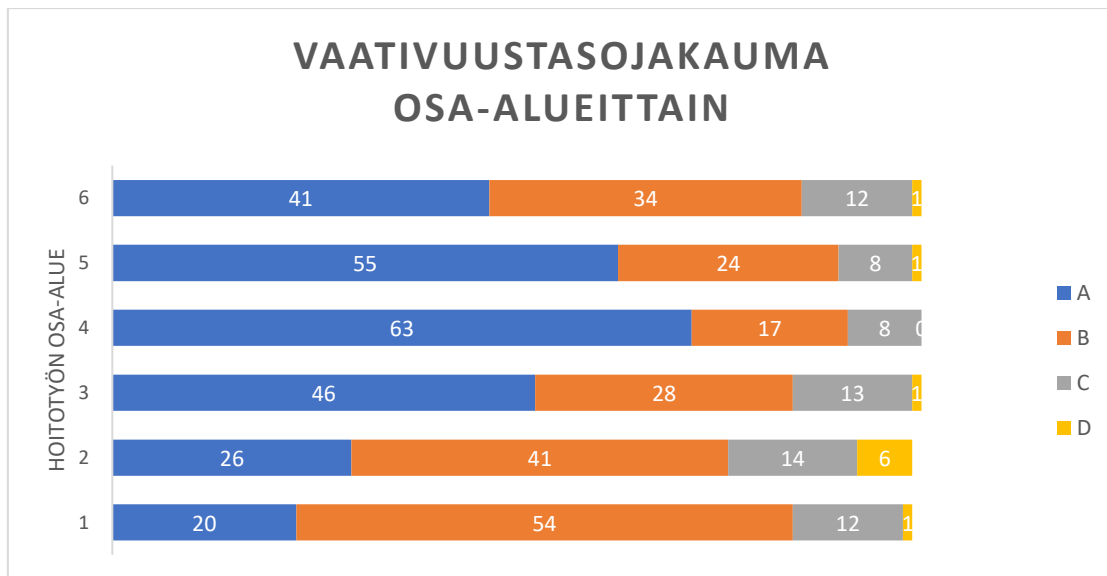
KUVIO 6. Neurologisten potilaiden ikäjakauma

Potilaista 14 saapui hoitoon ensihoidon ennakoilmoituksella. Neljä potilasta saapui jonkin toisen Oys:n erikoisalalan lääkärin lähettämänä konsultaatioon neurologille. Muut potilaat tulivat päivystykseen lääkärin läheteellä sairaalan ulkopuolelta. Yleisimmät päivystyksellistä arviota vaativat tulokset olivat erioireiset aivoverenkierron häiriöt (AVH) sekä muut neurologiset oireet, joihin tässä tutkimuksessa on aiemmin määritelty muun muassa sekavuus, kaatuilu tai perussairauteen kuten ms-tautiin liittyvät oireet tai niiden paheneminen. Kuviossa 7 on kuvattu potilaiden tulosyijakauma prosentteina.



KUVIO 7. Neurologisten potilaiden ensisijaiset oireet ja sairaalaan tulosyyt

Potilaiden hoitoisuus luokiteltiin POLIHOLq-mittarin sisältämällä kuudella eri osa-alueella, joita ovat 1) hoitotyön suunnittelu ja koordinointi, 2) terveydentila, 3) lääkehoito ja ravitsemus, 4) hygienia ja eristysoiminta, 5) liikkuminen, toiminnallisuus ja lepo sekä 6) jatkohoito ja emotionaalinen tuki. Jokaisella hoidon osa-alueella on hoidon tarpeen kriteerit määritelty vaativuustasoihin A-D. Vaativuustasolla A potilaan hoidon tarve on vähäistä tai hän selviytyy osa-alueella omatoimisesti. Vaativuustasolla B potilaan hoidon tarve on ajoittaista tai lyhyt aikaista. Vaativuustaso C kuvaa potilaan hoidon tarpeen olevan toistuvaa tai vaativaa ja tasolla D potilaan hoidontarve on jatkuvaa tai erittäin vaativaa. Kuviossa 8 kuvataan hoitotyön eri osa-alueiden vaativuustasojen jakautuminen luokiteltujen potilaiden (88 kpl) kesken.



KUVIO 8. Hoitotyön eri osa-alueiden vaativuustasojen jakauma

Hoitotyön suunnittelun ja koordinoinnin osa-alueella (1) oli 54:n luokitellun potilaan arvioitu tarvitsevan hoitosuunnitelman tarkastamista tai lyhyttä tulohaastattelua. Vain pientä tarkastamista hoitosuunnitelmaan oli tehty 20 potilaan kohdalla.

Terveydentilan (2) ajoittaista tai lyhytaikaista seurantaan terveydentilan tai toimenpiteen vuoksi oli arvioitu olevan 41:llä potilaalla. Kuuden potilaan kohdalla potilaan oli arvioitu tarvitsevan jatkuvaa seurantaan tai erittäin vaativaa auttamista, jolloin hoitoisuusluokka oli nostettu vaativuustasolle D.

Lääkehoidon ja ravitsemuksen osa-alueella (3) 46 potilasta oli arvioitu olleen omatoimisia. 28 potilasta oli tarvinnut ajoittaista auttamista. Yhden potilaan kohdalla potilaan oli arvioitu tarvitsevan jatkuvaa seurantaan tai erittäin vaativaa auttamista.

Hygieniaan ja eritystoimintaan (4) liittyvän avuntarpeen oli arvioitu luokiteltujen potilaiden osalta olleen kaikkein pienintä. 63 potilaan oli arvioitu olevan omatoimisia tällä osa-alueella. 17 potilasta oli tarvinnut ajoittaista auttamista ja 8 potilaan oli arvioitu tarvitsevan vaativampaa auttamista.

Liikkumiseen, toiminnallisuuteen ja lepoon (5) liittyvissä asioissa 55 potilaan oli arvioitu olevan omatoimisia. 24 potilasta oli tarvinnut ajoittaista tai lyhytaikaista auttamista, 8 potilasta oli ollut vaativamman auttamisen tarpeessa ja 1 potilas oli tarvinnut jatkuvaa seurantaan tai auttamista.

Jatkohoidon ja emotionaalisen tuen tarpeen (6) arvioitiin 41 potilaan kohdalla olleen vähäistä. 34 potilasta oli tarvinnut lyhytaikaista tai ajoittaista tukea ja ohjausta tällä osa-alueella. Yhden potilaan kohdalla jatkohoidon järjestäminen tai emotionaalisen tuen tarve oli arvioitu olleen erittäin vaativaa.

Luokittelulomakkeeseen hoitajan merkitsivät omat kokemuksensa vaativuustason valinnan helpoudesta/vaikeudesta ja siihen liittyvistä kehittämissuhteista. Kehittämissuhteita ei lomakkeisiin ollut merkitty. 22 lomakkeeseen ei myöskään ollut merkitty hoitajan kokemusta vaativuustason valinnan helpoudesta/vaikeudesta. 56 luokittelulomakkeen kohdalla vaativuustasojen valinta oli koettu helpoksi.

Vaativuustason valintaan liittyviä vaikeuksia oli hoitajien kokemusten mukaan ollut hoitotyön osa-alueilla 1, 2, 4 ja 5. Osa-alueet 1 ja 2 oli koettu vaikeaksi luokitella neljän potilaan kohdalla.

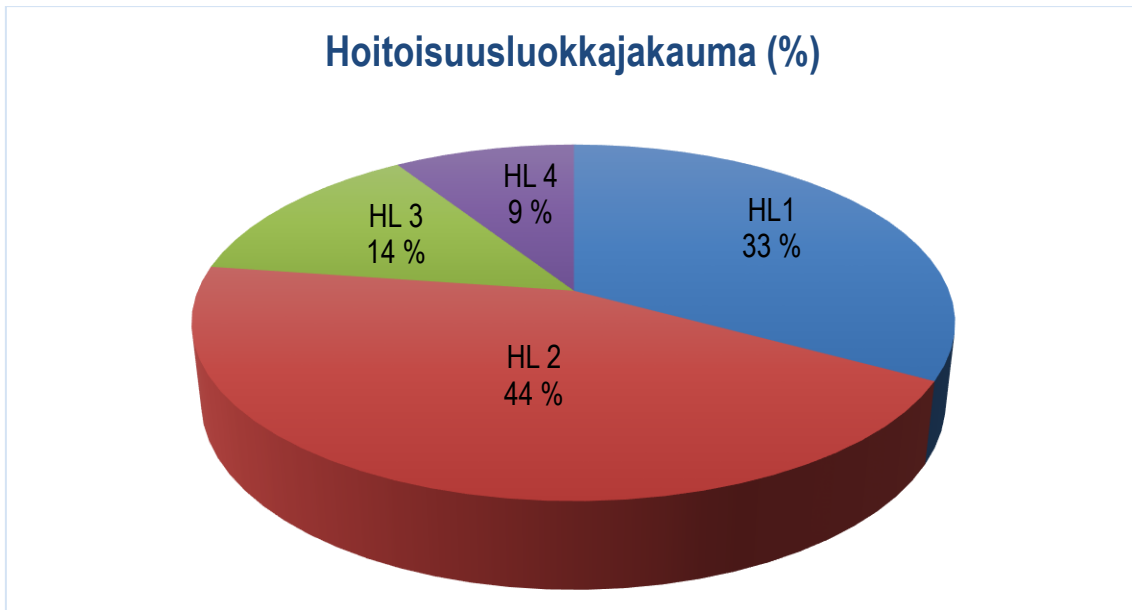
Ei ennakkoa, potilas suoraan luokulta elvytyshuoneeseen, ei ehdi suunnitella

Osa-alueella 4 vaativuustason valintaa oli vaikeuttanut kahden potilaan kohdalla hoitajan tiedon puute esimerkiksi likvor-näytteen vaiheiden luokittelusta ja missä osa-alueella mikäkin vaihe kuuluu luokitella. Sama ongelma oli tullut esiin myös katetrointiin liittyvissä asioissa.

Osa-alueella 5 oli kahden potilaan kohdalla vaativuustason valintaa vaikeuttanut kirjausten puuttuminen. Sama ongelma oli ollut kahden muun potilaan luokittelussa kaikilla osa-alueilla.

Ei hoitokirjauksia, en ole nähnyt kukaan potilasta, vaikea luokitella

Hoitotyön osa-alueilla vaativuustasoille (A, B, C, D) annetaan 1-4 pistettä ja yhteenlasketuista pisteistä koostuu 6-24 pistettä, jonka perusteella potilas sijoittuu johonkin hoitoisuusluokkaan I-V. Kuviossa 9 on esitetty tehtyjen hoitoisuusluokitusten jakauma, jonka mukaan 44 %:lla potilaista oli keskimääräisen hoidon tarve. 33 % potilaista sijoittui hoitoisuudeltaan luokkaan 1, eli hoidon tarve oli vähäistä. 14 %:lla potilaista oli keskimääräistä suurempi hoidontarve, kun taas 9 % potilaista tarvitsi luokittelijoiden mielestä vaativaa hoitoa. Yhtään potilaista ei ollut luokiteltu maksimaalista hoidon tarvetta vaativaksi.



KUVIO 9. Hoitoisuusluokan jakautuminen luokiteltujen potilaiden kesken

Tässä työssä aiemmin on esitelty luokiteltujen potilaiden tulosityakauma prosentteina (ks. KUVIO 7.) Tulosten mukaan lasketut hoitoisuusluokitusten keskiarvot olivat AVH-potilaiden kohdalla 2.2 ja luokkaan Muut kirjattujen potilaiden kohdalla keskiarvoksi saatiin 2.1. Ennakoilmoituksella hoitoon saapuneiden potilaiden hoitoisuusluokitusten keskiarvoksi saatiin 2.6. Hoitoisuusluokituslomakkeista ei selvinnyt vastasiko arvioidut hoitoisuusluokat hoitajan kokemusta potilaaseen kohdistuneesta hoitotyöstä.

Lyhimmillään päivystyspoliklinikka käynnin kesto oli ollut 54 minuuttia, pisimmillään käynnille oli kertynyt kesto 15 tuntia 57 minuuttia. Keskimääräinen päivystyspoliklinikka käynnin kesto oli 5 tuntia 30 minuuttia. Sairaala hoitoon tai terveyskeskuksen vuodeosastolle jatkohoitoon siirtyi 42 potilasta ja kotiutuneita oli 25. 21 potilaan kohdalla hoito oli jäänyt hoitoisuusjakson päättyessä kesken tai jatkohoitopaikkaa ei muusta syystä ollut lomakkeeseen kirjattu.

5.3 Sairaanhoidajien kokemukset POLIHOIq-mittarin käytöstä

Tutkimuksen kolmannessa vaiheessa sairaanhoidajat haastateltiin teemahaastattelulla tavoitteena saada tietoa mittarin soveltuvuudesta neurologisten päivystyspotilaiden hoitoisuuden arviointiin, muiden erikoisalojen potilaiden luokitteluun, sekä saada selville mahdollisia mittarin edelleen kehittämistarpeita.

Tässä toimintatutkimuksessa on ryhmähaastattelutilanteista nostettu esiin sellaiset vastaukset, jotka ovat tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteiden kannalta tärkeimmät ja jotka antavat vastauksen tutkimuskysymyksiin. Tulokset kuvataan sisällönanalyysissä muodostettujen pääluokkien mukaan, joiksi muodostuivat POLIHOIq-mittarin ominaisuudet, Potilaan hoidon kirjaamisen merkitys ja Päivystyspoliklinikan toiminnan luonne. Analyysin tueksi esitetään haastattelumateriaalista suoria lainauksia.

5.3.1 POLIHOIq-mittarin ominaisuudet

POLIHOIq-mittarin ominaisuudet -pääluokka muodostui sisällönanalyysissä kahdesta yläluokasta, jotka olivat Luokittelun vaikeus ja Luokittelun helppous. Luokittelua vaikeuttavina asioina sairaanhoitajat kokivat sen, että päivystystyön näkökulmasta mittarin sisällön kuvaus on niin laaja, että sieltä on hankala asioita löytää, jolloin aikaa menee mittarin ohjeen ”plaraamiseen.”

Mittari on niin laaja, että jos keventää ja aukaisee asioita olisi helpompi saada yksimielisyys hoitoisuuteen

Oli haasteellista plarata niitä kansioita, että missä kohdassa ne otetaan huomioon

Luokittelun vaikeuteen liittyi myös mittarin sisältämien erityistilanteiden osuus, joiden koettiin sekoittavan luokittelua. Sairaanhoitajista oli vaikea muistaa erityistilanteiden huomioiminen monella eri osa-alueella ja tähän he toivoivat selkeyttä.

Muistiko joka kerta huolehtia sieltä erityistilanteista, joka osa-alueella, vai huomioikosen katetroinnin vain yhteen osa-alueeseen. Kun aika kiireessä luokitellaan

Sama asia huomioidaan parissa, kolmessa kohtaa

Ei loogista

Sairaanhoitajat kokivat, että POLIHOIq-mittarin vaativuustasot kuvaavat hoitotyötä päivystyspoliklinikalla. Apusanat mittarissa koettiin helpottavan vaativuustason määrittelyä. Toisaalta tasot C ja D koettiin hankalaksi erotella. Pilottiryhmäläiset kokivat vaikeaksi määrittellä, milloin potilaan hoito on toistuvaa tai jatkuvaa.

C:n ja D:n välillä on semmoinen häilyvä raja. Kun jos potilas on monitoriseurannassa huoneen ulkopuolella ja käyt sitä katsomassa 15 minuutin välein, niin onko sen siten toistuvaa vai jatkuvaa seurantaa?

Toinen hoitaja voi olla aivan erimieltä samasta potilaasta

Pilotoinnin aikana hoitoisuusluokittelu tehtiin kahdesti vuorokaudessa kello 7-22 (päivä) ja kello 22-07 (yö) välisiltä ajoilta potilaan poistuessa vastaanotolta. Potilaat, joiden hoito oli vielä kesken, päivavuoron luokitus tehtiin kello 21-22 välillä ja yövuoron luokitus kello 06-07 välillä. Luokittelurytmi ja hoitoisuusjakson vaihto koettiin vaikeaksi toteuttaa. Sairaanhoidajat toivoivat, että luokittelu tehtäisiin siltä ajalta, kun potilas on päivystyksessä, jolloin vain päivystyskäynti kokonaisuudessaan arvioitaisiin. Perusteluna tälle oli se, että vuoron vaihtuessa päivystyksessä saattaa olla todella kiire, jolloin luokittelut jäävät joko tekemättä tai tehtäväksi seuraavalle työvuorolle. Koettiin, että kun potilaan kotiutuessa, joka tapauksessa tehdään muitakin merkintöjä atk:lle ja keskitytään potilaan jatkohoidon järjestämistä koskeviin asioihin, olisi potilaan saama hoito kokonaisuudessaan samalla helpompi luokitella.

Et ehdi just klo 20 luokittlemaan, niin sitten ne kymmenen potilasta jää luokiteltavaksi seuraavalle vuorolle

Minusta tuntuu, että se riittää, kun luokitellaan silloin kun potilas lähtee...että se on päivystyspoliklinikalla olo aika, kun luokitellaan

5.3.2 Potilaan hoidon kirjaamisen merkitys

Potilaan hoidon kirjaamisen merkitys -pääluokka muodostui sisällönanalyysissä kahdesta yläluokasta, jotka olivat Hyvän hoidon kriteerit ja Kirjaamisen puutteellisuus. Pohdintaa aiheutti niin sanotun hiljaisen tiedon luokittelu. Potilaan hoito vaatii usein erilaisia toimenpiteitä kuten kanyylin laitton ennen lääkitsemistä, selkäydinnestenäytteen ottoon liittyviä ennakkovalmisteluja ja jälkiseurantaa, näytteen ottoon valmistelua ja niin edelleen. Näitä vaiheita ja toimenpiteitä ei ole monestiakaan kirjattuna vaan ne tehdään, jotta potilaan hoito on mahdollista. Myös potilaan ohjauksen huomiointi koettiin vaikeaksi luokitella oikealle osa-alueelle. Päivystyksessä ohjataan potilaita jatkuvasti muun muassa röntgen tutkimuksiin siirtymisessä, näytteen annoissa, liikkumisissa, ruokailuun liittyvissä asioissa sekä odotusajoissa. Näitä asioita ei potilastietoihin kirjata mutta ovat oleellinen osa sairaanhoitajan työtä ja potilaan hoitopolkua yhteispäivystyksessä.

Itse tiedät mitä siellä tapahtuu, mutta sitä ei lue siellä niin voitko olettaa, että kaikki on tehty mitä siihen kuuluu, kun eihän se onnistu esimerkiksi likvorin ottaminen, jos ei tee niitä tiettyjä asioita

Vaativuustasojen valinnassa pohdintaa aiheutti se, mikä on päivystyspoliklinikkatyön niin sanottua normaalia toimintaa ja mikä voidaan luokitella vaativammaksi. Esimerkiksi kanyylin tai virtsatieteketrin laitto on päivystyksen henkilökunnalle joka päiväistä potilaan hoitoa, joka koetaan normaaliksi toiminnaksi, kun taas poliklinikalla tai osastolla tällainen osuu ehkä harvemmin kohdalle, jolloin se helposti luokitellaan vaativuudeltaan korkeammalle tasolle.

Vaatii hyvän hoidon kriteerien auki kirjoittamista. Mikä on meillä hyvää hoitoa ja mitä se sisältää

Keskustelua herätti potilaiden liikkuminen päivystyksessä, joka usein tapahtuu potilaan maatesa sängyllä, sairaanhoitajan kuljettaessa hänet esimerkiksi tietokonekuvaukseen. Tällaista tietoa ei usein kirjata lainkaan potilaan tietoihin ja näin ollen hoitajan työn huomiointi luokittelua tehdessä jää usein puutteelliseksi.

Kun me roijjataan potilaita petillä joka paikkaan. Ja se työllistää ihan kauheasti. Ja se on kaikilla erikoisaloilla aivan sama ongelma, että niitä käveleviä roijjataan petillä paikasta A paikkaan B

Ja se jää monesti merkkeamatta. Että tietoihin tulisi se, että minähän se siinä olen juossut, eikä se potilas

Sairaanhoitajat toivat useaan otteeseen esille sen, että asioita ei ole potilaiden tietoihin merkitty, jolloin niitä ei voitu huomioida luokittelussa. Toisen hoitajan kirjausten puute vaikeutti luokittelua tekevän hoitajan työtä.

Jos asioita ei ole kirjattu, toinen voi arvioida hankalaksi ja paperiin on kirjattu vain: "vointi hyvä". Vaatii kirjaamiselta luotettavuutta

Jos sinne vaan kirjattaisiin, että kuinka usein potilaan vointia ja sitä neurologista statusta on käyty arvioimassa. Niin kuin me esimerkiksi kouristelijaa seurataan, jos hän on siinä jälkiunessa, niin useasti käydään katsomassa. Mutta että ei sitä kyllä välttämättä kirjata

5.3.3 Päivystyspoliklinikan toiminnan luonne

Päivystyspoliklinikan toiminnan luonne -pääluokka muodostui sisällönanalyyssissä neljästä yläluokasta, jotka olivat Ajankäyttö luokittelussa, Päivystyspoliklinikkatyön luonne, Päivystyspoliklinikkatyön vaativuus ja Toimenpiteet päivystyspoliklinikalla. Päivystyspoliklinikan toiminnan luonteen ja hektisen työympäristön koettiin olevan syy potilastietojen kirjaamisen puutteellisuuteen. Nopeasti vaihtuvat tilanteet ja niihin puuttuminen aiheuttavat monesti sen, että potilaasta ei ehditä juuri mitään asioita kirjata esimerkiksi sen vuoksi, että potilas siirtyykin nopeasti tehohoitoon. Potilasta on kuitenkin hoitanut monesti suuri joukko ihmisiä ja työpanos on ollut merkittävä. Tämä ei kuitenkaan yksin riitä nostamaan potilaan kokonaishoitoisuutta maksimaalisen hoidon tasolle.

Jos sinä köpötät sen yhden potilaan kanssa siellä, niin onhan sinulla aikaa kirjata, mutta kun olet tiimissä ja on miljoona asiaa niin ei kerkeä niin hyvin kirjaamaan

Yksi kriittisesti sairas potilas saattaa sitoa usean henkilön työpanoksen usean tunnin ajaksi. Kuitenkin tehdyt toimenpiteet potilaalle ovat vaativuudeltaan helppoja ja päivystystyölle ominaisia eivätkä vaativuudeltaan nosta potilaan hoitoisuusluokkaa. Jatkohoitoon siirtyminen saattaa myös joskus viedä aikaa, jolloin tehokuntoista potilasta on yhden tai kahden hoitajan valvottava. Maksimaalisen hoidon tarpeen tasolle pääseminen luokittelussa on tällaisessakin tapauksessa sairaanhoitajien mielestä ajoittain hankalaa, jos muiden osa-alueiden vaativuustasoja ei voi luokitella kovin korkealle vähäisen hoidon tarpeen vuoksi. Tähän sairaanhoitajat toivoivat mittarilta mahdollisuutta huomioida potilaan hoitoon käytettyä aikaa sekä hoitajaresursseja.

Päivystyspotilaan hoitotyön näkökulmasta arvioituna sairaanhoitajat kokivat, että mittarista ei varsinaisesti puutu mitään osa-aluetta tai sisältöä, mutta he olivat sitä mieltä, ettei sillä saada mitattua sairaanhoitajan työmäärää työvuoron aikana. Päivystyspoliklinikalla työskentelevän sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu paljon sellaista työtä, jota ei voi kohdistaa yksittäiseen potilaaseen. On muun muassa paljon puhelimesta tapahtuvaa neuvontaa ja näytevastauksien antoa, omaisten neuvontaa, välinehuoltoa ja paikkojen järjestämistä.

Tämä mittari kuvaa juuri sen neurologisen Liisa potilaan hoitoa, mutta ei kuvaa neurologisen hoitajan työmäärää päivystyspoliklinikalla

5.4 Kehittämissuhteita POLIHOIq-mittarin edelleen kehittämiseksi

Haastattelun lopuksi sairaanhoitajat saivat esittää kehittämissuhteita POLIHOIq-mittarin edelleen kehittämiseksi. Sairaanhoitajat toivoivat jonkinlaista mahdollisuutta mitata potilaan hoitoon kohdistuvaa ajankäyttöä sekä käytettyjä hoitajaresursseja, koska sillä on päivystystyössä suuri merkitys. Sairaankuljetuksen tekemän ennako ilmoituksen jälkeen puhelun vastaanottanut hoitaja alkaa kerätä hoitotiimiä potilasta vastaanottamaan. Tämä saattaa viedä erittäin paljon aikaa, kun on saatava paikalle useita eri henkilöitä ja soitettava useaan eri numeroon. Samaan aikaan hoitotiimi alkaa yhdessä lääkärin kanssa jo suunnitella potilaan hoitoa. Sairaanhoitajat kokivat, ettei mittarilla saada kuvattua potilaan hoitoon käytettyjen hoitotyön resurssien laajuutta tarpeeksi kattavasti.

Sairaanhoitajat toivat mittaria koskevana kehittämissuhteena esille sellaisen mittariston kehittämisen, joka huomioisi enemmän sairaanhoitajan kokonaistyönkuvaa päivystyspoliklinikalla. He kokivat, että henkilöstömitoituksen kannalta olisi oleellista tilastoida kaikki se työ mitä neurologisen päivystyspotilaan hoitamiseen kuuluu.

Potilaan hoitoisuuden luokittelu tietyn ajanjakson (luokittelurytmi) ajalta koettiin hankalaksi toteuttaa päivystyspoliklinikalla. Sairaanhoitajat toivoivat, että potilaan hoitoisuusluokittelu tehtäisiin siltä ajalta, jonka potilas päivystyksessä viettää. Koska päivystyksessä ei ole tavanomaisia päivärutiineja (ruokailuaikoja, aamupesuja, lääkärin kiertoja tms.) ei potilaiden hoitoisuus muutu eri vuorokaudenaikoina. Osastotyössä eri työvuorojen rutiineilla on suurempi merkitys potilaiden hoitoisuuden kannalta.

6 KESKEISTEN TULOSTEN TARKASTELU

Tässä kappaleessa vastataan, keskeisten tutkimustulosten mukaan, asetettuihin tutkimuskysymyksiin, joita ovat: Millaisia kokemuksia pilottiryhmän sairaanhoitajilla on perehdyksestään POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittarin käyttöön? Miten sairaanhoitajat arvioivat POLIHOIq-mittarin sovellettavuuden neurologisen päivystyspotilaan hoitoisuuden arviointiin? Millaiseksi pilottiryhmän sairaanhoitajat arvioivat mittarin sovellettavuuden muiden erikoisalojen käyttöön? Minkälaisia ehdotuksia pilottiryhmän sairaanhoitajilla on POLIHOIq-mittarin edelleen kehittämiseksi? Tuloksia tarkastellaan aiempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen verraten.

6.1 Pilottiryhmän sairaanhoitajien kokemukset perehdyksestään POLIHOIq-mittarin käyttöön

Systemaattinen koulutus, järjestelmän ohjeenmukainen käyttö, keskustelu ja seuranta luovat perustan luotettavuudelle sekä yhdenmukaiselle mittarin käytölle (Rafaela 2016, 5. Viitattu 7.2.2017). POLIHOIq-mittari oli pilottiryhmän sairaanhoitajille uusi työväline. Alkutilanteessa osalle pilottiryhmään pyydettyistä sairaanhoitajista hoitoisuusluokittelu oli ennestään jollain lailla tuttua, osa ei ollut koskaan luokitellut potilaita hoitoisuusluokitusmittaria käyttäen. Kukaan sairaanhoitajista ei ollut kuitenkaan käynyt virallista koulutusta minkään hoitoisuusluokitusmittarin käyttöä varten. Tämän vuoksi oli erittäin tärkeää, että sairaanhoitajat saivat asianmukaisen perehdytyksen POLIHOIq-mittarin käyttöön.

Eri tutkimuksissa on tuotu esille, että hoitoisuusluokittelun luotettavuuteen ja mittarin käyttökokeuksiin vaikuttaa suuresti siihen saatu koulutus sekä mittarin kliininen käyttöaika (Luhtasela 2006, 19; Paavola 2007, 57 & Rajala 2013, 37). Paavolan (2007, 58) tutkimuksessa oli havaittavissa, että vähemmän aikaa POLIHOIq-mittaria käyttäneet suhtautuivat siihen negatiivisemmin. Tässä tutkimuksessa yhteistyötahojen kanssa oli laadittu perehdytyskoulutus tätä pilotointia varten. Pilottiryhmän perehdytyksessä pyrittiin luomaan positiivinen näkemys hoitoisuusluokittelulle ja motivoida sairaanhoitajat mittarin käyttöön.

Perehdytyksen jälkeen sairaanhoitajat kokivat ymmärtävänsä mittarin käytön ja osaavansa luokitella sillä potilaiden hoitoisuudet. Sairaanhoitajat toivoivat useampia harjoituskertoja mittarin käyttöön koko pilottiryhmän kesken, kaikki eivät kuitenkaan olleet varmoja olisiko lisäperehdytys tuonut enemmän varmuutta mittarin käyttöön. Sairaanhoitajien perehdytyksen katsottiin näin ollen olleen riittävä pilotoinnin toteuttamiseksi.

6.2 Sairaanhoitajien kokemukset POLIHOIq-mittarin soveltuvuudesta neurologisen päivystyspotilaan hoitoisuuden arviointiin

Päivystyspoliklinikan hoitotyö on luonteeltaan erilaista kuin vuodeosaston tai poliklinikan hoitotyö. Hoitokontaktit ovat lyhyitä, potilaista ei ole ennakko tietoja, ruuhka-ajat ja monipotilastilanteet ovat haasteellisia hoitotyön suunnittelun kannalta. Potilaille on myös paljon omaisia mukana, joka haastaa muun muassa toimenpiteiden suorittamiseen käytettävän tilan löytymistä, tilajärjestelyt vievät oman aikansa potilaiden hoidosta. Lisäksi hoitajien työ on nopeatempoisempaa kuin vuodeosastolla.

Mittarin sisältö koettiin päivystystyön näkökulmasta turhan laajaksi ja sairaanhoitajat toivoivat mittarin yksinkertaistamista, jotta sitä olisi hektisessä työympäristössä nopea ja selkeä käyttää. Myös Syrjälän (2010, 37) tutkimuksessa hoitoisuusluokitusjärjestelmän ohjeet koettiin epäselviksi. Ohjeisiin kaivattiin esimerkkejä, selkeitä vaihtoehtoja ja ohjeiden tarkentamista. Kaustisen (2011, 101) tutkimuksessa asiantuntijat arvioivat, että luokittelu on voinut olla subjektiivista, kun mittarin osa-alueella oli useita asioita. Asiantuntijoiden mukaan muun muassa ohjaus, neuvonta ja tukeminen sekä suunnittelu kuuluvat kaikkeen hoitoon, eikä niitä sen vuoksi voi erottaa omaksi osa-alueeksi. Paavolan (2007, 57) tutkimuksessa nousi esiin mittarin käyttöajan merkitys hoitajien kokemukseen mittarin selkeydestä. Vuoden mittaria käyttäneistä 83 prosenttia piti sitä selkeänä ja vastaavasti alle vuoden käyttäneistä 26 prosenttia. Tässä tutkimuksessa POLIHOIq-mittarin käyttöajalla saattoi olla merkitys hoitajien kokemuksiin mittarin selkeydestä.

POLIHOIq-mittari sisältää erityistilanteita, joissa tehty toimenpide huomioidaan usealla eri osa-alueella tai sairaanhoitajista epäloogiselta tuntuvaan osa-alueella. Tällaisia toimenpiteitä ovat muun muassa kanylointi ja virtsatiekatetrin laitto. POLIHOIq-ohjeen mukaan toimenpide luokitellaan eri osa-alueelle sen perusteella, minkä vuoksi tai mihin tarkoitukseen se on laitettu, esimerkiksi laite- taanko kanyyli potilaalle lääkkeen antoa, näytteenottoa tai toimenpidettä varten. (vrt. POLIHOIq-

ohje, 2013.) Mittarin sisältämien erityistilanteiden huomiointi luokittelussa koettiin turhan monimutkaiseksi, epäloogiseksi ja aikaa vieväksi. Myös Paavolan (2007, 59) tutkimuksessa hoitotyöntekijät jäivät kaipaamaan osastokohtaisia avainsanoja, esimerkkejä ja ohjeita esimerkiksi mihin kipsaus tai haavojen ompeleminen kuuluvat ja onko vaikea katetrointi hoitotoimenpide vai eritystoimintaa. Luokittelun täytyy hektisessä ympäristössä olla helppoa ja nopeaa, eikä käytettävä hoitoisuusluokittelumittari näin ollen voi sisältää vastaavanlaista epäloogisuutta, kuten sairaanhoitajat kokivat tällä hetkellä POLIHOLq-mittarissa olevan.

Vaativuustasojen koettiin riittävän ja mittarissa olevien apusanojen koettiin helpottavan vaativuustason valintaa. Vaativuustasot C ja D koettiin kuitenkin ajoittain hankalaksi erotella. Keskeinen virhetekijä voi olla puutteellinen potilaan hoidon tarpeen tuntemus, johon syyt puolestaan voivat olla moninaiset. Toisaalta potilaan hoidon tarve on voinut nopeasti muuttua. Kaustisen (2011, 85) tutkimuksessa vastaajat arvioivat mahdollisiksi virhelähteiksi muun muassa, että arviointi on ollut subjektiivista, samassa luokassa oli useita asioita tai vaikeus luokitella, jos toisessa asiassa on ollut itsenäinen mutta toisessa on tarvinnut apua. Virhelähteeksi arvioitiin se, että mittarin luokissa oli potilaan tarpeet ja myös auttamiskeinot, joilla tarve tyydytetään, mutta myös muun muassa omahoitajajärjestelyt. Suurimpana virhemahdollisuutena pidettiin kaikissa osioissa ilmenevää hoitoisuudeltaan vaikeimpien C ja D vaativuustasojen välistä epäselvyyttä, jonka seurauksena potilas voi tulla luokitelluksi väärin. Tutkimuksessa asiantuntijan antama arvio oli, että oli olemassa mahdollisuus luokitella potilas intensiivisemmän hoidon tarvitsijaksi kuin mitä hän todellisuudessa oli tai päinvastoin, johtuen osa-alueiden päällekkäisyydestä. Virheen hoitoisuusluokituksen tulkinnassa on voinut aiheuttaa tilanne, jossa hoitoisuusluokitusta ei ole ehditty tehdä silloin kun on ollut todella kiire.

C ja D vaativuustasot koettiin hankalaksi erotella myös Paavolan (2007, 46.) tutkimuksen tuloksissa. Hoitajat kokivat vaikeaksi vetää rajaa vaativuustasojen välille. Hoitajat ilmaisivat kaipaavansa selkeämpiä ohjeita tasojen A-D eroista, sillä tällä hetkellä heillä oli tunne, että luokittelu vaihtelee suuresti lomakkeen täyttäjistä riippuen.

Pilottijakson aikana tehtyjen hoitoisuusluokitusten mukaan 14 %:lla potilaista oli keskimääräistä suurempi hoidontarve, kun taas 9 % potilaista tarvitsi luokittelijoiden mielestä vaativaa hoitoa. Yhtään potilaista ei ollut luokiteltu maksimaalista hoidon tarvetta vaativaksi. Tulos on mielenkiintoinen ja voi johtua ensinnäkin siitä, ettei pilottijakson aikana luokitelluissa potilaissa ollut yhtään maksi-

maalisen hoidon tarpeessa olevaa potilasta mutta tulos voi sisältää myös virhelähteen luokittelussa. Kaustisen (2011, 101) mukaan vaihtuvat henkilökohtaiset tekijät, taipumus vastata tietyllä tavalla, mittarin puutteellinen selkeys, mittarin osioiden valinta, puutteellinen tai satunnainen koulutus tai muutokset tiedonkeruutavassa voivat lisätä virhemahdollisuutta. Virhettä hoitoisuusluokituksen tulkinnassa on voinut aiheuttaa tilanne, jossa hoitoisuusluokitusta ei ole ehditty tehdä kiireen vuoksi tai samaa potilasta on saattanut hoitaa useampi henkilö. Virheitä on voinut aiheuttaa se, että yksi on luokitellut potilaan hoitoisuuden mutta ei ole ottanut huomioon toisen työntekijän toteuttamaa hoitamista.

6.3 Sairaanhoidajien arvio mittarin sovellettavuudesta muiden erikoisalojen käyttöön

Pilottiryhmän sairaanhoidajilla oli pitkä kokemus päivystystyöstä ja eri erikoisalojen potilaiden hoidosta. Erikoissairaanhoidon päivystyksen osalta POLIHOIq-mittarin katsottiin olevan soveltuva potilaiden luokitteluun mutta perusterveydenhuollon puolella luokittelun ajateltiin olevan haasteellista muun muassa suuren potilasvirran vuoksi. Ongelmaksi ei niinkään koettu mittaria, vaan sitä, miten hoitaja kiireen keskellä ehtii kaikki potilaat luokittelemaan.

Sairaanhoidajat kaipasivat mittarin yksinkertaistamista. Fagerströmin ja Rauhalan (2003, 132) Finnhoitoisuus-projektin loppuraportissa todettiin kokemuksen osoittaneen, että mikäli hoitoisuusluokitusjärjestelmä on liian monimutkainen ja työläs, ei sen antamaa informaatiota käytetä hyväksi. Tällöin hoitohenkilökunnan motivaatio jatkaa järjestelmän käyttöä karisee pois. Sairaanhoidajat toivoivat myös vaatavuustasojen erojen tarkempaa määrittelyä sekä erityistilanteiden selkeyttämistä. Heidän kokemuksensa mukaan POLIHOIq-mittari on soveltuva kaikilta osin myös muiden erikoisalojen käyttöön yhteispäivystyksessä mutta käyttöönotto vaatii sekä mittarin päivittämistä ja selkiyttämistä, että hoitohenkilöstön kunnollista ja säännöllistä koulutusta sen käyttöön. Myös Kaustisen (2011, 101) tutkimuksessa asiantuntijat toivat mittarin kehittämisehdotuksena esiin käsitteiden määrittelyn ja käytettyjen ilmaisujen täsmentämisen, jolla mahdollisesti vähennettäisiin myös virhemahdollisuutta luokittelussa.

Tässä tutkimuksessa sairaanhoidajat olivat sitä mieltä, ettei POLIHOIq-mittarilla saada mitattua sairaanhoidajan työmäärää työvuoron aikana. Heidän kokemuksensa mukaan hoitoisuusluokitus kuvaa potilaan yksilöllistä hoitoa ja potilaaseen kohdistuneen hoitotyön mutta se ei anna kuvaa sairaanhoidajan todellisesta työmäärästä, jolla voisi olla merkitystä esimerkiksi resurssilaskennassa.

Pelkkä hoitoisuusluokittelu ei hoitajien mukaan riitä mittaamaan päivystyksessä tapahtuvaa potilastyötä ja kuvaamaan yksittäisen hoitajan työmäärää työvuoron aikana. Paavolan (2007, 52) tutkimuksen tulos on samansuuntainen tämän tutkimuksen tuloksen kanssa. Siinä hoitajat kokivat, ettei POLIHOIq-mittari kuvaa sairaanhoitajan tekemää työtä riittävän hyvin. Tuloksen tulkinnessa on huomioitava se, että tässä tutkimuksessa hoitoisuusluokittelu oli asiana sairaanhoitajille uusi. Tämä voi lisätä epätietoisuutta hoitoisuusluokittelun tarkoituksesta vaikkakin sitä asiaa on perehdytyksissä korostettu. Hoitoisuusluokittelulla on tarkoitus mitata potilaaseen kohdistunutta hoitotyötä, ei hoitohenkilökunnalle kuuluvia tehtäviä. Tarvitaan muitakin mittauksia, joita apuna käyttäen voidaan määritellä riittävät yksikön hoitajaresurssit. Hoitoisuusluokittelutietoja voidaan kuitenkin hyödyntää hoitotyön johtamisessa muun muassa henkilöstösuunnitteluun ja kustannuslaskentaan hoitotyön osalta (Saajanto & Ukkola, 2005,18).

6.4 Sairaanhoitajien ehdotukset POLIHOIq-mittarin edelleen kehittämiseksi

Sairaanhoitajat kokivat, ettei mittarilla saada kuvattua potilaan hoitoon käytettyjen resurssien laajuutta tarpeeksi kattavasti. Sairaanhoitajat toivoivat jonkinlaista mahdollisuutta mitata potilaan hoitoon kohdistuvaa ajankäyttöä sekä käytettyjä hoitajaresursseja, koska sillä on päivystystyössä suuri merkitys. Paavola (2007, 66) esitti omassa tutkimuksessaan ratkaisuksi tähän niin sanotun monihoitaja-kohdan kehittämisen osana POLIHOIq-mittaria. Tämä kohta otettaisiin käyttöön esimerkiksi monivammapotilasta hoidettaessa. Siinä määriteltäisiin erikseen, kuinka monta hoitajaa ja kuinka pitkäksi aikaa potilas työllisti. Paavolan mukaan tämä olisi oleellista, koska vaikeahoitaiset potilaat työllistävät monta hoitajaa pitkäksi aikaa ja jos hoitajien työpanos ei näy osaston kokonaishoitoisuudessa tilastot eivät pidä paikkaansa. Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien kokemukset ovat samansuuntaiset.

Sairaanhoitajat kokivat, että neurologisen päivystyspotilaan hoitamiseen kuuluu paljon sellaista työtä, mitä ei voida huomioida luokittelussa. He toivoivat sellaisen mittarin kehittämistä, mikä huomioisi enemmän sairaanhoitajan kokonaistyönkuvaa päivystyspoliklinikalla. He kokivat, että henkilöstöresursoinnin kannalta olisi oleellista tilastoida kaikki se työ mitä neurologisen päivystyspotilaan hoitamiseen kuuluu. POLIHOIq-mittaria kehittämällä ja kirjaamiskäytäntöjä muuttamalla saataisiin ehkä enemmän näkymätöntä hoitotyötä mitattavaksi. Tutkimustulokseen voi vaikuttaa myös se, että sairaanhoitajat eivät ehkä näin lyhyellä mittarin käyttökokemuksella osanneet luokitella kaikkia potilaan hoitoon liittyviä asioita.

Sairaanhoitajien toive oli, että hoitoisuusluokittelu tehtäisiin potilaan päivystyksessä olon ajalta. Luokittelurytmi koettiin hankalaksi toteuttaa. Koska päivystyksessä ei ole tavanomaisia päivärutiineja ei potilaiden hoitoisuus muutu eri vuorokaudenaikoina. Poliklinikoilla potilaiden päivittäisillä toiminnoilla ei ole samaa merkitystä kuin vuodeosastolla, vaan teknologiset vaatimukset kohdistuvat usein diagnoosin tekoon vaadittaviin testeihin ja tutkimuksiin sekä esimerkiksi pieniin kirurgisiin toimenpiteisiin sekä hoitoon (Fagerholm 2014, 12). Näin on myös päivystyspoliklinikalla. Osastotyössä eri työvuorojen rutiineilla on suurempi merkitys potilaiden hoitoisuuden kannalta. Päivystyspoliklinikan jokainen päivä on omanlaisensa ja potilasmäärät ja -laatu vaihtelevat suuresti. Tietty valmiustaso on päivystyksessä oltava jatkuvasti yllä. Toisin kuin vuodeosastolla, hoitotyöntekijöiden määrää ei voida täysin arvioida edellisen päivän potilasmäärän tai hoitoisuuslukujen perusteella. Hoitoisuusluokittelutietojen perusteella ei näin ollen voi liikutella hoitajia osastolta toiselle esimerkiksi päivystyspoliklinikan rauhallisimpina hetkinä. Tämä olisi päivystyspoliklinikan hoitajien jaksamisenkin kannalta epäinhimillistä, koska he joutuisivat työskentelemään jatkuvasti jaksamisensa ääri rajoilla. (Paavola 2007, 64.)

7 POHDINTA

Tämän toimintatutkimuksen tarkoituksena on ollut kuvata sairaanhoitajien kokemuksia POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittarin käytöstä neurologisten potilaiden hoitoisuuden arvioinnissa Oulun seudun yhteispäivystyksessä. Tavoitteena on ollut tuottaa kokemuksellista arviointitietoa POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittarin soveltuvuudesta neurologisten ja muiden erikoisalojen päivystyspotilaiden hoitoisuuden mittaamiseen, sekä taustamateriaalia POLIHOIq-mittarin kehittämistyöhön päivystyspoliklinikatyön näkökulmasta arvioituna. Toimintatutkimuksen avulla haluttiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin: Millaisia kokemuksia pilottiryhmän sairaanhoitajilla on perehdytyksestään POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittarin käyttöön? Miten sairaanhoitajat arvioivat POLIHOIq-mittarin sovellettavuuden neurologisen päivystyspotilaan hoitoisuuden arviointiin? Millaiseksi pilottiryhmän sairaanhoitajat arvioivat mittarin sovellettavuuden muiden erikoisalojen käyttöön? Minkälaisia ehdotuksia pilottiryhmän sairaanhoitajilla on POLIHOIq-mittarin edelleen kehittämiseksi?

Tämän tutkimuksen aihe on ollut ajankohtainen kahdesta syystä. Ensimmäkin Oulun seudun yhteispäivystyksestä on esitetty tarve testata POLIHOIq-mittarin toimivuutta neurologisten päivystyspotilaiden hoitoisuuden arvioinnissa, jotta päätös sen käyttöön otosta voidaan tehdä. Toiseksi RAFAELA®-järjestelmän ylläpitäjillä on ollut tiedossa POLIHOIq-mittarin päivittämiseen liittyvä tarve. Yhteistyötahon edustajien kanssa päädyttiin siihen, että POLIHOIq-mittarin soveltuvuutta yhteispäivystyksen käyttöön on tarkoituksen mukaista arvioida pilotoimalla mittaria käytännössä. Samalla rajattiin pilotointi koskemaan neurologisia päivystyspotilaita, koska ajateltiin sairaanhoitajien ymmärtävän hoitoisuusluokittelun periaatteet helpoiten yhden erikoisalan potilaiden luokittelun kautta. Samalla tutkijan tekemän tietoperustan laajuus pysyi maltillisena. Yhteistyötahojen tiivis mukanaolo tutkimuksen jokaisessa vaiheessa on lisännyt tutkimuksen luotettavuutta. Heiltä saatu tuki ja kannustus on auttanut tutkijaa pysymään oikealla tiellä tutkimuksen edetessä. Tutkijan asiantuntijuus hoitoisuusluokittelussa sekä ymmärrys tutkimus- ja kehittämistoiminnasta on kasvanut tämän tutkimuksen teon aikana.

Tässä tutkimuksessa sovellettiin toimintatutkimuksen periaatteita, noudattamatta kuitenkaan systemaattisesti toimintatutkimukselle tyypillistä syklistä etenemistä. Pilottiryhmän sairaanhoitajat osallistuivat tämän tutkimuksen toiminta-havainnointi- ja reflektointi vaiheisiin, mutta eivät olleet vaikuttamassa tutkimuksen suunnitelmaan, siihen tulleisiin muutoksiin tutkimuksen edetessä tai

tutkimustulosten käyttöönottoon. Tutkimustuloksia tullaan hyödyntämään POLIHOIq-mittarin kehittämistyössä, joten toimintatutkimus-määritelmän käyttö on ollut perusteltua. Jatkossa kehittämistyötä voidaan jatkaa myös Oulun seudun yhteispäivystyksessä ottamalla mittari uudelleen käyttöön, kun POLIHOIq-mittarin kehittämistyö on FCG:n osalta tehty ja tällöin voidaan arvioida kehittämistyön tuloksia.

Työyhteisön jäsenenä toimivan tutkijan on ollut helppo päästä tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien kanssa samalle aaltopituudelle, kun käytössä on ollut sama kieli ja työympäristö. Tutkijan tiivis kanssakäyminen tutkimuksen pilottiryhmän sairaanhoitajien, sekä yhteistyötahojen kanssa on mahdollistanut luotettavan tietojen keräämisen, tietojen tarkistamisen ja oikeiden tulkintojen tekemisen. (Eskola & Suoranta 2014, 212; Tuomi & Sarajärvi 2012, 138.) Tutkimuksen yhteistyötahon edustajana on tämän tutkimuksen aikana toimineet asiantuntijat Anne Rintala ja Satu Pulkkinen FCG konsultoinnista, henkilökohtaisena mentorina ja suunnannäyttäjänä erikoissuunnittelija Pia Liljamo OYS:sta sekä ohjaavana opettajana Pirkko Sandelin sekä Kaisa Koivisto Oulun ammattikorkeakoulusta.

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Eri menetelmien, niin määrällisten, kuin laadullisten, käyttö tämän tutkimuksen eri vaiheissa on ollut perusteltua. Vaikka kyseessä on ensisijaisesti laadullinen tutkimus, on pilotointiin liittyvää hoitoisuusluokittelua ja POLIHOIq-mittariin liittyvän perehdytyksen onnistumista arvioitu määrällisin menetelmin. Näin on varmistuttu siitä, että pilottiryhmän sairaanhoitajien saama perehdytys on onnistunut, jotta mittarin käyttöä voidaan luotettavasti arvioida neurologisen potilaan hoitoisuuden arvioinnissa. Tässä tutkimuksessa pilottiryhmän kokemukset perehdytyksen onnistumisesta ja saadut luokittelutiedot on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkkaan ja totuudenmukaisesti.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Määrällisen tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, tutkimukseen arviointiin liittyvä käsite on validius, joka tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Tässä tutkimuksessa käytettiin määrällisiä menetelmiä pilottiryhmän sairaanhoitajien palautelomakkeiden sekä luokittelulomakkeiden analysoinnissa. Niiden reliabelius ja validius on pyritty takaamaan sillä, että ne on suunniteltu yhteistyössä toimeksiantajien ja ohjaavien opettajien kanssa. Laadullisissa tutkimuksissa reliabelius ja validiteetti ovat

saaneet erilaisia tulkintoja. Termit saatetaan kytkeä määrälliseen tutkimukseen ja niiden käyttöä pyritään välttämään. Kuitenkin kaiken tutkimuksen luotettavuutta ja toistettavuutta tulisi jollakin tavoin arvioida, vaikka mainittuja termejä ei haluaisikaan käyttää. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 133; Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen voidaan sanoa olevan luotettava, kun tutkimuksen tutkimuskohde ja tutkittu materiaali ovat yhteensopivia eivätkä teoriamuodostukseen ole vaikuttaneet epäolennaiset tai satunnaistekijät (Vilka 2015, 196).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan luotettavuuskriteerien kautta. Kriteerien nimeämiseen on eri lähteissä käytetty eri termejä. (vrt. Willberg 2009 Viitattu 20.4.2017; Tuomi & Sarajärvi 2012, 138-139; Eskola & Suoranta 2014, 212; Kananen 2015, 113.) Tässä toimintatutkimuksessa luotettavuuskriteereinä on käytetty sen **Sovellettavuutta (Transferability)**: tutkimusaineiston rikas kuvailu, jonka avulla lukija voi päätellä, kuinka paljon löydöksiä voi soveltaa muihin tutkimuskohteisiin. Toimintatutkimuksessa käytetyt aikaisemmat tutkimukset tukevat tuloksia, joita on saatu sekä tarpeellisuutta, jonka vuoksi tutkimus on ollut ajankohtainen. **Totuudellisuus (Dedebendability)**: kuinka paljon löydökset vastaavat tutkimuskohteen todellista tilaa. Toimintatutkimuksessa on käytetty sovelletusti toimintatutkimuksen periaatteita, tutkimusaineiston analyysissa on käytetty määrällisiä menetelmiä pilotointiin osallistujien perehdytykseen sekä luokitteluun liittyvien aineistojen analysoinnissa sekä laadullisena menetelmänä haastatteluaineistossa aineistolähtöistä sisällönanalyysiä ja kuvailevaa lähestymistapaa. Eri tutkimusmenetelmien käyttö (vrt. triangulaatio) tässä toimintatutkimuksessa vahvistaa sen luotettavuutta. **Vahvistettavuus (Confirmability)**: saadut tulokset ovat saaneet tukea toisista tutkimuksista. **Uskottavuutta (Credibility)**: tutkijan omat ennako-odotukset ja johtopäätösten oikeellisuus, tutkijan subjektiivisuus ja objektiivisuus: tutkijan oma persoona on mukana tutkimuksessa, mutta hänen tulee säilyttää neutraali ote tutkimuksen löydöksiä kohtaan. (Willberg 2009 Viitattu 20.4.2017; Tuomi & Sarajärvi 2012, 138-139.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa minkäänlaisia yksiselitteisiä ohjeita, mutta luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää apuna seuraavanlaisia kysymyksiä: **Tutkimuksen kohde ja tarkoitus**: mitä olet tutkimassa ja miksi. **Omat sitoumuksesi tutkijana tässä tutkimuksessa**: miksi tämä tutkimus on sinusta tärkeä, mitä olet olettanut tutkimusta aloittaessasi, ovatko ajatuksesi muuttuneet. **Aineiston keruu**: miten aineiston keruu on tapahtunut toisaalta tekniikkana, aineiston keruuseen liittyneet erityispiirteet sekä mahdolliset ongelmat ja tutkijan mielestä muut merkitykselliset seikat. **Tutkimuksen tiedonantajat**: millä perusteella tutkimuksen tiedonantajat valittiin, miten heihin otettiin yhteyttä, montako henkilöä kaikkiaan tutkimuksessa oli. **Tutkija-**

tiedonantaja-suhde: arvioi, miten suhde toimi, lukivatko tiedonantajat tutkimuksen tulokset ennen niiden julkaisua, muuttivatko heidän kommenttinsa tuloksia; jos lukivat ja kommentoivat, perustelut sille, miksi näin meneteltiin. **Tutkimuksen kesto:** Millaisella aikataululla tutkimus on tehty. **Aineiston analyysi:** miten aineisto analysoitiin, miten tuloksiin ja johtopäätöksiin tultiin. **Tutkimuksen luotettavuus:** on arvioitava, miksi tutkimus on eettisesti korkeatasoinen, miksi tutkimusraportti on luotettava. **Tutkimuksen raportointi:** miten tutkimusaineisto on koottu ja analysoitu. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 140-141.)

Tässä tutkimuksessa jokainen tutkimuksen vaihe on kuvattu mahdollisimman tarkkaan. Jokainen laadullisella tutkimusmenetelmällä tehty tutkimus on kokonaisuutena ainutkertainen, joten tutkimusta ei voi käytännössä koskaan toistaa sellaisenaan. Muut tutkijat saattaisivat päätyä eri tuloksiin luokitellessaan ja tulkitessaan tutkimusaineistoa, vaikka luokittelu- ja tulkintasäännöt esitettäisiin yksityiskohtaisesti. Syynä tähän on, että kaikilla tutkijoilla ei ehkä ole samaa teoreettista perehtyneisyyttä, esiyymmärrystä, tutkittavaan aiheeseen kuin tutkimuksen tekijällä. (Vilka 2015, 196.) Toistettaessa tutkimus samanlaisena sen tuloksiin saattaa vaikuttaa myös taustatekijöissä tapahtuvat muutokset, kuten POLIHOIq-mittarin käyttöaika ja saadun koulutuksen laajuus.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusaiheen eettiseen pohdintaan kuuluu selkeyttä se, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Nämä eettiset kannanotot tulevat esiin tahtoen tai tahtomatta tutkimuksen julkilausutussa tarkoituksessa ja tutkimustehtävien muotoilussa. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 129.) Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkija osoittaa tehdyllä tutkimuksellaan tutkimusmenetelmien, tiedonhankinnan ja tutkimustulosten johdonmukaista hallintaa. Tutkimustulosten on täytettävä tieteelliselle tutkimukselle asetetut vaatimukset. Tutkimuksen on siten tuotettava uutta tietoa tai esitettävä, miten vanhaa tietoa voidaan hyödyntää ja yhdistellä uudella tavalla. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkijan on noudatettava rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä ja tutkimustulosten esittämisessä. Hyvä tieteellinen käytäntö myös edellyttää, että tutkijan on toimittava vilpittömästi ja rehellisesti toisia tutkijoita kohtaan. Tämä tarkoittaa, että tutkijan tulee kunnioittaa toisten tutkijoiden työtä saavutuksia. (Vilka 2015, 42; Tuomi & Sarajärvi 2012, 132.)

Tutkimukseen osallistujille tulee selvittää tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Tutkittavien suojaan kuuluu mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta ja keskeyttää mukana olonsa milloin tahansa tutkimuksen aikana. Tutkimukseen osallistuvien nimettömyys on taattava, vaikka lupa nimien julkaisemiseen olisikin, tätä ei kuitenkaan suositella. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 131.) Tähän toimintatutkimukseen osallistuvilta sairaanhoitajilta kysyttiin henkilökohtaisesti suostumus pilotointiryhmään osallistumisesta. Heille lähetettiin tiedote, jossa kerrottiin pilotoinnin tarkoitus, tavoitteet ja vaiheet sekä annettiin mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Samat asiat toistettiin myös ensimmäisen perehdytyksen avauksessa, jolloin kerrattiin myös pilottiryhmään osallistumisen vapaaehtoisuus. Pilotointiin osallistuneiden nimiä ei raportoida ja saadut asiakirjat käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksessa käytetyt suorat lainaukset on muotoiltu niin, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä ihmistä. Hoitoisuusluokitusmerkinnöistä tutkija tarkisti luokittelutiedot, kirjasi ne ylös mutta ei tallentanut potilaiden henkilötietoja. Havainnointilomakkeiden merkinnöistä ei voitu tunnistaa yksittäistä potilasta.

Tätä toimintatutkimusta varten tarvittavat sopimukset ja luvat hankittiin ja allekirjoitettiin ennen pilotoinnin alkua. Tutkimuksesta saaduista tutkimusmateriaaleista kerättiin vain tätä tutkimusta varten saatu tarpeellinen tieto ja kaikki materiaalit tullaan hävittämään tutkimuksen valmistuttua asianmukaisesti. Perehdytyksessä käytetty FCG:n koulutusmateriaali oli tutkijan ja pilotointiryhmän käytössä vain tämän tutkimuksen ajan. Sitä ei missään vaiheessa luovuteta kolmansille osapuolille ja tutkija varmisti pilotoinnin päätyttyä kaiken materiaalin hävittämistä yksiköstä. Toimeksiantaja on koko tutkimuksen ajan seurannut raportissa käytettyjen käsitteiden oikeellisuutta ja asianmukaista esittämistä. Raportista on poistettu toimeksiantajan pyynnöstä POLIHOIq-mittarin sisältöä koskevia osioita, jotka eivät ole julkistettavaa tietoa. POLIHOIq-mittarin sisältö on pyritty kuitenkin raportissa kuvaamaan niin, että se on lukijan ymmärrettävissä.

7.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet

Oulun seudun yhteispäivystyksen osastonhoitaja voisi hyödyntää hoitoisuusluokitteluista saatua tietoa muun muassa henkilöstön osaamisen arvioinnissa ja kehittämisessä sekä henkilöstön sijoitteluun ja resursointiin sekä yksiköiden väliseen vertailuun. Vertailua eri yksiköiden välillä on mahdollista tehdä, jos käytössä on sama mittari. Koska epäiltiin POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittarin olevan sopimaton päivystyspotilaiden hoitoisuuden arviointiin, oli tarkoituksenmukaista tätä asiaa

tällä tutkimuksella selvittää. Tämä tutkimus tuottaa kokemuksellista arviointitietoa POLIHOIq-mittarin kehittämiseksi sen soveltuvuudesta päivystyspoliklinikan hoitotyöhön. Sairaanhoidajilta on saatu arvokasta kokemustietoa mittarin käytöstä päivystystyön näkökulmasta arvioituna ja se tulee ehdottomasti ottaa huomioon POLIHOIq-mittarin kehittämistyössä.

Osastonhoitajat tarvitsevat tulevaisuudessa yhä enemmän hallinnollisia apuvälineitä muun muassa henkilöstön resursoinnin tueksi. Tutkimuksen tulosten pohjalta Oulun seudun yhteispäivystyksessä voidaan aloittaa keskustelut hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön otosta. Partanen (2002, 28) korostaa tutkimuksessaan, että jo hoitoisuusluokituksen valinta vaiheessa tulisi arvioida, missä määrin hoitoisuusluokitus vastaa organisaation hoitotyön näkemystä, miten hyvin sen osa-alueet kattavat hoitotyön alueen ja miten hyvin ne on käsitteellistetty. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat POLIHOIq-mittarin olevan soveltuva yhteispäivystyksen käyttöön, mutta sen käyttöönotto vaatii yhteispäivystyksen hyvän hoidon kriteerien tarkempaa määrittämistä sekä toisaalta myös mittarin selkiyttämistä ja päivitystä. Tätä keskustelua on syytä jatkaa koko yhteispäivystyksen henkilökunnan kesken.

Hoitotyön kirjaaminen on hoitoisuusluokittelun apuväline ja vaikuttaa olennaisesti luokittelun luotettavuuteen. Hyvä dokumentointi helpottaa hoitoisuusarviointia ja antaa luotettavamman luokittelun tuloksen. (Liljamo ym. 2012, 19.) Hoitotyön kirjaamisen tulee olla riittävän kuvaavaa ja kokonaisvaltaista, jotta sitä voidaan luotettavasti hyödyntää hoitoisuusluokitteluja tehtäessä. Päivystystyön luonteen vuoksi kirjaaminen jää kuitenkin usein suppeaksi. Myös Syrjälän (2010) tekemässä tutkimuksessa hoitajat olivat sitä mieltä, että kiireellä on osavaikutus hoitoisuusluokittelun luotettavuuteen, koska kiireisinä päivinä potilaisiin kohdistuvia tietoja ei ehditä kunnolla kirjaamaan. Tarvitaan uudenlaisia ja selkeitä kirjaamisalustoja, joihin päivystyksen hektisissäkin olosuhteissa on nopea ja helppo kirjata potilasta koskevat tiedot esimerkiksi erilaisia fraaseja apuna käyttäen. Olisi mielenkiintoista selvittää millaisia mahdollisuuksia nykypäivän teknologia tarjoaa kirjaamisen tueksi ja miten niitä voisi hyödyntää hoitoisuusluokitusjärjestelmissä.

Vastoin tutkimuksen tarkoitusta, tämä tutkimus tuotti myös tietoa sairaanhoitajien kirjaamiseen liittyvistä kokemuksista. Tämän tutkimuksen aikana sairaanhoitajat huomasivat, miten suuri merkitys kirjaamisella on luotettavan hoitoisuusluokittelun teossa. Potilasta hoitaneiden hoitajien kirjausten puute koettiin vaikeuttavan luokittelua tekevän hoitajan työtä. POLIHOIq-mittarin koettiin ohjaavan kirjaamista ja moni sairaanhoitaja oli kiinnittänytkin huomiota omaan kirjaamiseensa ja sen parantamiseen. Tämän tutkimuksen toteutusta edeltävästi, oli Oulun seudun yhteispäivystyksessä otettu

käyttöön uusi sähköinen hoitotyön kirjaamisjärjestelmä. Tällä saattaa olla merkittävä yhteys tässä opinnäytetyössä esille tulleisiin sairaanhoitajien kirjaamiskokemuksiin. Tätä tutkimustulosta voidaan hyödyntää kehitettäessä yhteispäivystyksen kirjaamiskäytäntöjä ja hoitajien perehdytystä.

Kontio (2013, 5) on väitöstutkimuksessaan yhdistänyt hoitotyön kirjaamisen ja hoitoisuusluokituksen. Tulosten mukaan hoitotyön sähköisen kirjaamisen ja edellisen päivän hoitoisuusluokitusten avulla pystyttiin ennustamaan seuraavan päivän hoitoisuutta, jolla voi olla merkitystä arvioitaessa henkilöstöresurssin määrää. Tulosten mukaan koneoppimisen menetelmin olisi mahdollista ennustaa potilaiden hoitoisuusluokitusta ja hyödyntää saatua hoitoisuusluokitusta henkilöstöresurssien hallinnassa. Pisteyttämällä hoitotyön toimintoja potilaan hoitoisuusluokitus voisi tapahtua automaattisesti. Esimerkiksi Pyykön, Laurilan, Ala-Kokon, Hentisen ja Janhosen artikkelissa (2001, 354) kuvataan, miten tehohoitotyön luokituksessa potilaan hoitoisuus määräytyy hoitotyön toimintojen mukaisesti. Olisi mielenkiintoista selvittää miten Osypissa käytössä olevaa sähköistä kirjaamisalustaa voitaisiin kehittää samalla tavalla hoitoisuusluokitusjärjestelmää tukevaksi.

LÄHTEET

Aaltonen, P. 2013. Hoitajien työaika ja hoitoisuusluokitus neurologian osastolla. Lapin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus kirjapaino Oy. 5. painos.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2014. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus kirjapaino Oy. 10. painos.

Fagerholm, N. 2014. Sairaaloiden somaattisten poliklinikoiden hoitotyön henkilöstömitoitus – tunnusluku- ja asiantuntijaperusteinen mallinnus. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja.

Fagerström, L. & Rauhala, A. 2003. Finnhoitoisuus- hoitotyön benchmarking. Projektin loppuraportti 2000-2002. Suomen kuntaliitto. Helsinki.

FCG-konsultointi. 2013. Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmä.

http://www.rafaela.fi/sites/default/files/Rafaela/KONS%20RAFAELA_esite-FINAL-20130911.pdf

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 4.5.2017

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/neurologia/Sivut/default.aspx>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

Hietanen, K., Pitkänen, M-R. & Vilmi, S. 1995. Hoitotyö päivystyspoliklinikalla. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Jussila, A-L., Karvali, M., Lavander, P., Paloste, R., Parkkonen, T. & Ryttilähti, M. 2007. Hoitoisuusluokitusmittari sädehoitotyöhön. SÄDEHOI-kehittämiprojektin loppuraportti. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. 2/2007.

Kananen, J. 2009. Toimintatutkimus yritysten kehittämisessä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Kaustinen, T. 2011. Oulu-hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyönlaatuvaatimusten näkökulmasta. Oulun yliopisto. Hoitotiede. Väitöskirja.

Kontio E. 2013. Information management for tactical decision-making in the cardiac of care process. University of Turku. Department of Nursing Science. Faculty of Medicine.

Kivirinta, M. 2017. Osastonhoitaja. Oulun seudun yhteispäivystys. Sähköpostiviesti. 17.2.2017.

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC- luokituskokonaisuuden käyttö- opas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet, Sarja 2/2012, Helsinki. Viitattu 1.3.2017. <http://www.julkari.fi/handle/10024/90804>.

Liljamo, P., Lavander, P. & Kejonen, P. 2015. Hoitohenkilöstön mitoitus Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä vuosina 2013-2014. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2015. Sisäinen lähde. Viitattu 23.3.2017.

Luhtasela, L. 2006. Hoitoisuuden vaikutus hoitotyöhön RAFAELA-järjestelmän avulla tarkasteltuna. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro-gradu.

Marin-Pekkala, E. 2016. Osastonhoitaja. Oulun seudun yhteispäivystys/Tarkkailuosasto. Keskustelu. 15.5.2016.

Nivalainen, J. 2000. Hoitoisuusluokitukset perioperatiivisessa hoitotyössä. Pro gradu. Tampereen yliopisto.

O'Brien, A. & Bengler, J. 2007. Patient dependency in emergency care: Do we have the nurses we need? *Journal of Clinical Nursing (J CLIN NURS)*, Nov2007; 16(11): 2081-2087.

Paavola, T. 2007. POLIHOIq-mittarin toimivuus ja merkitys päivystyspoliklinikan hoitotyölle. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro-gradu.

Paavola, T. 2009. POLIHOIq-mittarin toimivuus ja merkitys päivystyspoliklinikan hoitotyölle. *Poliklinikka* 1/2009, 11-13.

Palonen, M. 2011. Hoitoisuusluokitusjärjestelmät ja niiden hyödyntäminen johtamisen työvälineenä. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro-gradu.

Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 99. Väitöskirja.

POLIHOIq-ohje. 2013. RAFAELA®-hoitoisuusluokitusjärjestelmän ohjeisto. Versio 1.4. FCG Konsultointi. Sisäinen lähde. Viitattu 10.3.2016. <http://intranet/Ohjeet/Ohjeet%20henkilkunnalle/POLIHOIq-ohjeisto.pdf>.

Pulkkinen, M-L. 2000. Hoitoisuuden arviointi erikoissairaanhoidossa. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C. Turku

Pulkkinen, S. 2015. Erityisasiantuntija, tuotevastaava. Hyvinvointi ja ICT-palvelut. FCG Konsultointi Oy. Sähköpostiviesti 10.11.2015.

Pusa, A-K. 2007. The right nurse in the right place – Nursing productivity and utilisation of the RAFAELA classification system in nursing management. Kuopin yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet*. Kuopion yliopisto. Terveyshallinnon ja -talouden laitos. Väitöskirja.

Pyykkö, AK., Laurila, J., Ala-Kokko, TI., Hentinen, M. & Janhonen, SA. 2001. Intensive care nursing scoring system. Part 1: Classification of nursing diagnoses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(6), 345-356.

RAFAELA®-hoitoisuusluokitusjärjestelmän ohjeisto.2013. Versio 1.4. FCG Konsultointi. Sisäinen lähde. Viitattu 10.3.2016. <http://intranet/Ohjeet/Ohjeet%20henkikunnalle/POLIHOLq-ohjeisto.pdf>.

Rafaela. 2016. Käsikirja käyttäjälle: RAFAELA®-järjestelmän käyttöönotto, käytön yhtenäisyyden ylläpitäminen ja hyödyntäminen. Sisäinen lähde. Viitattu 7.2.2017.

Rajala, N. 2013. iPANA-tietojärjestelmä ja RAFAELA-hoitoisuusluokituksen käyttöönotto ja toimivuus hoitohenkilökunnan kokemana. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Rauhala, A. 2008. The validity and feasibility of measurement tools human resources management in nursing - Case of the RAFAELA System. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 159. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Väitöskirja.

Romppanen, M. 2012. Hoitoisuusluokitus päätöksenteon tukena: - RAFAELA-hoitoisuusluokituksen hyödyntäminen osastonhoitajan työssä. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Saajanto, P. & Ukkola, L. 2005. Uusi hoitotyön johtamisen väline käyttöön. Pohjanpiiri, 4/2005; 18-19.

Sormunen, M., Saaranen, T., Tossavainen, K. & Turunen, H. 2013. Monimenetelmätutkimus terveystieteissä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 2013:50, 312-321. Viitattu 25.3.2017. <file:///C:/Users/Tietokone/Downloads/41281-1-29501-1-10-20140323.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Viitattu 30.3.2016. <http://stm.fi/sotehenkilosto>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Viitattu 5.4.2016, <http://alueuudistus.fi/erikoissairaanhoido-ja-paivystys>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Viitattu 8.2.2017, <http://stm.fi/asiakas-potilastietojen-hallinta>.

Suojanen, U. 2014. Toimintatutkimus ammatillisen kehittymisen välineenä. Viitattu 20.3.2017. <https://metodix.fi/2014/05/19/suojanen-toimintatutkimus/>.

Syrjälä, J. 2010. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä RAFAELA hoitoisuusluokitusjärjestelmästä. Vaasan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Ukkola, L. 2007. POLIHOI. PPSHP:n kehittämisprojektin loppuraportti 2001-2004. Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Oulun yliopistollinen sairaala. Sisäinen lähde. Viitattu 2.3.2017.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Bookwell Oy. Juva

Virtuaali ammattikorkeakoulu. 2016. Viitattu 7.4.2016.
<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464158778/1194360111832/1194360447229.html>

Vähäkangas, V. 2015. Osastonhoitaja. Oulun seudun yhteispäivystys. Keskustelu. 15.5.2015.

Willberg, E. 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Kasvatustieteiden laitos. Viitattu 20.4.2017.
<https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen>.

Williams, S. & Crouch, R. 2006. Emergency department patient classification systems: A systematic review. Accident and Emergency Nursing (2006) 14, 160-170.

Yhteispäivystyksen perehdytyskäsikirja.2014. Sisäinen lähde. Tutkijalla hallussa.

Koulutuksen lopuksi arvioi valmiutesi POLIHOIq-hoitoisuusluokitusmittarin käyttöön sekä tutkijan asiantuntijuus kyseisestä aiheesta.

Vastaa rastittamalla mielipidettäsi lähinnä oleva vaihtoehto käyttämällä viisiportaista asteikkoa. Voit halutessasi perustella vastaustasi alla olevaan tilaan.

1. POLIHOIq-mittarin käyttöön varattu perehdyttämisaika oli riittävä?

Täysin erimieltä	Osittain erimieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

2. Perehdytysmateriaali oli tarpeeksi kattava?

Täysin erimieltä	Osittain erimieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

3. Perehdytyksessä käytiin läpi oleelliset asiat:

- *Hoitoisuusluokittelun määritelmä?*

Täysin erimieltä	Osittain erimieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

- *Hoitoisuusluokittelun tarkoitus, tavoitteet ja periaatteet?*

Täysin erimieltä	Osittain erimieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
------------------	--------------------	---------------	-----------------------	---------------------

- *POLIHOLq- mittarin sisältö?*

Täysin erimieltä	Osittain erimieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
------------------	--------------------	---------------	-----------------------	---------------------

4. Osaan luokitella neurologisen päivystyspotilaan hoitoisuuden POLIHOLq-mittarilla?

Täysin erimieltä	Osittain erimieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
------------------	--------------------	---------------	-----------------------	---------------------

5. POLIHOLq-mittarin perehdyttäminen vastasi oppimistarpeitani?

Täysin erimieltä	Osittain erimieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
------------------	--------------------	---------------	-----------------------	---------------------

6. Onko jotain mitä olisit toivonut perehdytyksen vielä sisältävän?

7. Perehdytys oli mielestäni hyvin suunniteltu/organisoitu?

Täysin erimieltä	Osittain erimieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
------------------	--------------------	---------------	-----------------------	---------------------

8. Perehdyttäjällä oli asiantuntemusta aiheesta?

Täysin erimieltä	Osittain erimieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
------------------	--------------------	---------------	-----------------------	---------------------

Lopuksi voit antaa vapaamuotoista palautetta tutkijalle perehdytykseen liittyvistä asioista

LUOKITTELULOMAKE

LIITE 2

HAVAINNOINTI-LOMAKE

POLIHOIQ-mittarin pilotointi 9.-29.5.2016

Tämä lomake täytetään jokaisen luokitellun potilaan kohdalla. Jos potilas luokitellaan kahteen kertaan, täytetään uusi lomake. Lomakkeet tulee tällöin liittää toisiinsa. Täytetty lomake palautetaan kansiossa olevaan, sille varattuun kuoreen.

LUOKITTELIJA	PVM/TYÖAIKA

Potilaan ikä	Sukupuoli	Tulosyy	Tulo- ja Lähtöaika

Hoitotyön osa-alue:	Valittu vaativuustaso: A/B/C/D	Vaativuustason valinta oli Helppo/Vaikea, perustelu H= helppo V= vaikea	Luokitteluun liittyvä havainto/huomio/kokemus	Kehittämisehdotus
1. Hoitotyön suunnittelu ja koordinaointi				
2. Terveystila				

3. Lääkehoito ja ravitseminen				
4. Hygienia ja eritystoiminta				
5. Liikkuminen, toiminnallisuus ja lepo				
6. Jatkohoito ja emotionaalinen tuki				

HOITOISUUSLUOKKA	HAVAINTO/HUOMIO/KOKEMUS/KEHITTÄMISEHDOTUS

1. Miten hyvin mielestänne hoitotyön eri osa-alueet (6 kpl) on sisällöllisesti määritelty?
2. Miten hyvin mittarin eri osa-alueet (6 kpl) mielestänne kattavat koko hoitotyön sisältöalueen neurologisen päivystyspotilaan hoidossa?
3. Miten selkeä mittari on sisällöltään?
4. Miten hyvin hoitotyön vaativuustasot kuvaavat hoitotyön vaativuutta päivystyspoliklinikkapotilaan hoidossa?
5. Miten hyvin mittari mielestänne kattaa koko hoitotyön sisältöalueen muiden erikoisalojen päivystyspotilaiden hoidossa?
6. Miten mittarin sisältö ja menetelmät mielestänne kuvaa hoitotyötä päivystyspoliklinikalla?
7. Onko mittarissa jotakin hoitotyön osa-aluetta, tai sisältöä mikä jää puuttumaan erityisesti päivystyspotilaan hoitotyön näkökulmasta?
8. Miten mittari mielestänne huomioi neurologisen päivystyspotilaan hoidon tarpeen vastaamiseksi tehdyt toimenpiteet?
9. Miten mittari mielestänne huomioi muiden erikoisalojen päivystyspotilaiden hoidon tarpeiden vastaamiseksi tehdyt toimenpiteet?
10. Miten käytännön läheinen mittari on kokonaisuudessaan?
11. Mitä virhelähteitä mittari mielestänne sisältää?
12. Mitä ehdotuksia haluaisitte tuoda esille päivystyspotilaan hoitoisuusluokituksen arvioimiseksi ja kehittämiseksi?