

OSASTONHOITAJIEN KOKEMUKSET  
VALMIUKSISTAAN RAFAELA HOITOI-  
SUUSLUOKITUSJÄRJESTELMÄN KÄY-  
TÖSSÄ JA SEN HYÖDYNTÄMISESSÄ  
PÄIJÄT-HÄMEEN KESKUSSAIRAALASSA

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Opinnäytetyö  
maaliskuu 2009  
Eija-Maarit Laajarinne  
Arja Salminen

Lahden ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma

LAAJARINNE EIJA-MAARIT & SALMINEN ARJA

Osastonhoitajien kokemukset  
valmiuksistaan RAFAELA-  
hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytöstä ja  
sen hyödyntämisestä Päijät-Hämeen kes-  
kussairaalassa

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 44 sivua, 7 liitesivua

Kevät 2009

---

## TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö käsittelee Päijät-Hämeen keskussairaalassa työskentelevien osastonhoitajien kokemuksia omista valmiuksistaan RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytöstä ja siitä saatavien tietojen hyödynnettävyydestä oman työnsä apuna. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää jatkossa osastonhoitajille suunnatun järjestelmäkoulutuksen kehittämisessä sekä johtamisen apuvälineenä.

Tutkimus on kvalitatiivinen ja se toteutettiin osastonhoitajille suunnatuilla avoimilla kysymyksillä WeBropol-järjestelmän kautta. Kohderyhmänä oli 13 sairaalan osastonhoitajaa. Tutkimustulokset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan osastonhoitajilla on tällä hetkellä melko hyvät valmiudet järjestelmän käyttöön ja siitä saatavien tietojen hyödyntämiseen. Osastonhoitajat kuvasivat vastauksissaan suurimmaksi puutteeksi tietojen hyödynnettävyyden vaikeuden raportoinnin mahdollistavan ohjelman puuttuessa. Osastonhoitajat pitävät järjestelmää tärkeänä apuvälineenä omalle työlleen ja tulevaisuudessa ovat halukkaita sen hyödyntämiseen. Tutkimustuloksista tuli lisäksi ilmi, että osa osastonhoitajista koki tähänastisen koulutuksen riittämättömäksi ja tietojen päivittäminen kottiinkin tärkeäksi.

Avainsanat: hoitoisuusluokitus, osastonhoitaja, RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmä

Lahti University of Applied Sciences  
Faculty of Social and Health Care  
Degree Programme in Nursing

LAAJARINNE, EIJA- MAARIT & SALMINEN, ARJA:

The Head nurses' experience of their preparedness in the use of RAFAELA-Patient Classification System. How to use the system in the centre hospital of Päijät-Häme region

Bachelor's Thesis

44 pages, 7 appendices

Spring 2009

ABSTRACT

---

This thesis deals with head nurses' own experience of their preparedness in the use of RAFAELA-Patient Classification System and how to use the program information as a help of their daily work in the hospital. The results of this research can be used in the future to develop the head nurses' program training and to use it as a utility in leading.

The research was qualitative. It was based on an open questionnaire which was sent to 13 head nurses through a WeBropol-system. The research results were analysed using an inductive content analyse.

The results showed that the head nurses were quite well prepared to use the system and the information they get out of it. The head nurses described in their answers that it was a great loss that it was quite difficult to try to make an understandable report out of the information because there was no programme for that job. The head nurses agreed that the programme was a very vital part of their job and they were willing to take more advantage of it in the future. The results of the questionnaire showed that some of the head nurses thought they had not had enough education on the programme. They also said it was vital to keep up with the regular education.

Keywords: patient classification, head nurse, RAFAELA-patient classification system

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA	3
2.1	Hoitotyö	3
2.2	Hoitoisuus ja hoitoisuusluokitus	5
2.3	Hoitotyön mittaaminen ja sen luotettavuus	7
2.4	Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmä hoitotyön mittaajana	8
2.4.1	OPC-mittari	10
2.4.2	PAONCIL-mittari	11
2.5	Hoitoisuusluokituksen hyödyt terveydenhuollossa	12
3	OSASTONHOITAJAN TEHTÄVÄT	16
3.1	Osastonhoitajan vastuu hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytöstä	19
4	HOITOISUUSLUOKITUSJÄRJESTELMÄN KÄYTTÖÖNOTTO PÄIJÄT-HÄMEEN KESKUSAIRAALASSA	19
4.1	Päijät-Hämeen keskussairaalassa annettu koulutus hoitoisuusluokituksen käyttöön	20
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT	22
6.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	22
6.2	Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusaineiston hankinta	23
6.3	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi analysoinnin menetelmänä	24
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	26
7.1	Miten osastonhoitajat kuvaavat hoitoisuusluokituksen merkityksen osana hoitotyötä	26
7.2	Millaisena osastonhoitajat kokevat omat valmiutensa hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön ja miten he hyödyntävät järjestelmästä saamiaan tietoja oman työnsä apuna?	28
7.3	Millaisiksi osastonhoitajat kokivat saamansa koulutuksen järjestelmän käyttöön ja siitä saatavien tietojen hyödyntämiseen.?	31

8	POHDINTA	32
8.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	32
8.2	Tutkimustulosten pohdinta	35
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	38
	LÄHTEET	40
	LIITTEET	45

## 1 JOHDANTO

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että potilaalla on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään, laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Hyvän ja laadukkaan hoitotyön lähtökohtana taas pidetään optimaalisia ja riittävästi resursoituja henkilöstövoimavaroja. Samaan aikaan kun hoitotieteelliset tutkimukset ovat yhä enemmän korostaneet potilaan oikeutta laadulliseen hyvään hoitoon, ovat hoitotyön johtajat pyrkineet sovittamaan rajalliset resurssit huomioiden taloudelliset vaatimukset ja toiminnan laadulliset tavoitteet suhteessa toisiinsa. (Fagerström & Rauhala 2003.)

Hoidontarvetta tai annettua hoitoa kuvaavat mittarit ovat yleistyneet terveydenhuollossa sekä maailmanlaajuisesti että kansallisesti. Luokittelun kehitystä on vauhdittanut tiukka taloudellinen tilanne ja sen myötä toteutettu resurssien vähentäminen. Aiemmat luokitukset ovat perustuneet yleensä lääketieteelliseen diagnoosiin jolloin ne ovat antaneet vain rajallisesti tietoa hoitaja-voimavarojen käytöstä. Hoitohenkilöstö on kuitenkin keskeinen palveluntuottaja ja kustannustekijä terveydenhuollon vuodeosastoilla jolloin hoitoisuusluokitusjärjestelmä on ainut tapa mitata henkilöstöresurssien tarvetta ja pyrkiä näin kohdentamaan henkilöstöresurssit oikeudenmukaisesti ja potilaslähtöisesti. (Rainio & Ohinmaa 2004.)

Hoitoisuusluokitus on hallinnollinen menetelmä, jonka avulla pyritään vastaamaan potilaiden muuttuviin hoidontarpeisiin ja saamaan aikaan sopiva henkilöstömiehitys. Tämän lisäksi hoitoisuusluokituksen avulla saadaan tarpeellista tietoa hoitotyön johtamiseen, suunnitteluun ja sen toteuttamiseen. RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmä on yksi suomalaisessa erikoissairaanhoidossa oleva luokitusjärjestelmä. RAFAELA -järjestelmä perustuu kolmenlaiseen tiedonkeruuseen. Päivittäin luokitellaan kaikki hoidetut potilaat OPC -luokituksella, joka perustuu Oulu Patient Classification -mittariin. OPC mittaa toteutettua hoitotyötä. Tiedonkeruuseen kuuluu olennaisena osana myös käytettyjen resurssien kirjaus.

Tuloksena syntyy tieto potilaiden hoitoisuudesta/ hoitaja/vuorokausi. (Luhtasela 2006.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata miten Päijät-Hämeen Keskussairaalassa työskentelevät osastonhoitajat kokevat hoitoisuusluokituksen merkityksen osana hoitotyötä, ja kuinka osastonhoitajat aikovat hyödyntää RAFAELA-hoitoisuusluokituksesta saamaansa tietoa oman työnsä apuna. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa miten osastonhoitajat kokevat saamansa koulutuksen riittävyden hoitoisuusluokituksen käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa uutta ja ajankohtaista tietoa jota voidaan hyödyntää hoitotyön johtamisessa sekä hoitoisuusluokituskoulutuksien suunnittelussa. Opinnäytetyön aiheen valintaan on oleellisesti vaikuttanut Päijät-Hämeen keskussairaalan oma toive tämän tyyppisen tutkimuksen tekemisestä, koska vastaavanlaista tutkimustietoa ei heillä ole.

## 2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA

### 2.1 Hoitotyö

Maailman Terveysjärjestön (WHO) mukaan hoitotyö ymmärretään sekä taidoksi että tiedonalaksi. Hoitotyössä toimiminen vaatii näin ollen oman tietoperustansa ja sille tyypillisten taitojen ymmärtämistä ja hallintaa. Lisäksi hoitotyössä tarvitaan myös humanistisista tieteistä, luonnontieteistä, sosiaalitieteestä johdettavan tiedon ja teknologian käyttöä. (Who:n EURO 1991, Ruoholinna-Jakosen 2004 mukaan.)

Hoitotyön tehtävänä yhteiskunnassa on myötävaikuttaa sellaisen tilanteen syntymiseen, että yksilöt, perheet ja ryhmät eri elin- ja työympäristöissä voivat itse vaikuttaa omiin fyysisiin, henkisiin ja sosiaalisiin voimavaroihinsa. Tämä merkitsee terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen sekä terveyden menetyksen ennaltaehkäisyyn liittyvän hoitotyön kehittämistä ja toteuttamista. (Who:n EURO 1991, Ruoholinna-Jakosen 2004 mukaan.)

WHO:n määritelmässä hoitotyön piiriin kuuluvat sairauden hoito ja kuntoutus sekä terveyteen, sairauteen, vammaisuuteen ja kuolemaan vaikuttavat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät ihmisen elämässä. Hoitotyötä tehdään yhteistyössä muiden terveydenhuollossa toimivien ammattiryhmien kanssa, joiden palvelut kohdistuvat yksilöihin, perheisiin ja ryhmiin elämänkulun kaikissa vaiheissa, hedelmöityksestä kuolemaan. Yksilön, perheen, ystävien, erilaisten ryhmien ja koko yhteisön aktiivinen mukanaolo kaikessa terveydenhoidossa taataan mahdollisuuksien mukaan ja tässä yhteydessä tuetaan ihmisten itseluottamusta ja itsemääräämisoikeutta. (Who:n EURO 1991, Ruoholinna-Jakosen 2004 mukaan.)

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa (1996) kuvataan hoitotyön tehtävä yhteiskunnassa seuraavasti: Hoitotyön tehtävä on yksilöiden, perheiden, ryhmien ja yhteisöjen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, sairastuneen ihmisen hoitaminen ja parantaminen, kärsimysten lievittäminen, kuntoutumisen edistäminen sekä kuolevan auttaminen. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 2009.)



Puolakan mukaan (1995) hoitotyö on yhteiskunnan laillistamaa ammatillista toimintaa, joka perustuu koulutuksessa hankittuihin terveyden- ja sairaanhoidon tietoihin ja taitoihin sekä omaksuttuun ammattietiikkaan. Hoitotyön toiminnan lähtökohdat liittyvät väestön terveystarpeisiin, terveydenhuollon eettisiin ja juridisiin perusteisiin. Hoitotyö on kulttuurisidonnaista ja siihen vaikuttavat paitsi ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät tarpeet, myös kulttuurin arvot ja inhimilliset resurssit.

*”Hoitotyössä pyritään korostamaan ihmisen omaa vastuuta, terveyttä tukevan ympäristön merkitystä sekä terveyttä edistävien työmenetelmien käyttöä. Terveys- ja voimavaralähtöisyys perustuvat potilaan terveiden elintoimintojen ja -tapojen sekä hänen psyykkisten ja sosioemotionaalisten voimavarojen tunnistamiseen. Potilasta autetaan käyttämään omia voimavarojaan sekä elämään sairauden tai vamman ja niiden aiheuttamien rajoitusten kanssa.”* (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2003.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2003 julkaisemassa hoitotyön toimintastrategiassa on määritelty seuraavat kohdat, jotka perustuvat terveydenhuollon eettisiin periaatteisiin, ohjelmiin sekä tutkimustietoon:

- *potilaan itsemääräämisoikeuden sekä omaan terveyteen ja sen hoitoon liittyvän vastuun ottamisen edistäminen,*
- *asiakaslähtöisten sekä hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden turvaavien toimintatapojen käyttäminen,*
- *hoitotyön vaikuttavuuden parantaminen,*
- *hoitotyössä toimivien osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen sekä hyvinvoinnista huolehtiminen sekä*
- *hoitotyössä toimivien ja moniammatillisen yhteistyön tehostaminen.*

Hoitotyö voi olla joko välitöntä tai välillistä. Välitön hoitotyö koskee niitä hoitotyön toimintoja, jotka tehdään potilaan luona potilaan ja / tai omaisten läsnä ollessa ja toiminta kohdistuu suoraan potilaaseen tai omaiseen. Välittömään hoitoon kuuluvat perussairaanhoito ja muut sairaanhoidolliset toimenpiteet, jotka tapahtuvat

potilaan välittömässä läheisyydessä. Välillinen hoito ei toteudu potilaan luona, mutta aina kuitenkin hänen hyväkseen. Potilaan hoitoon liittyviä toimenpiteitä ei suoriteta välittömässä vuorovaikutuksessa potilaaseen, vaan ne voivat tapahtua joko ennen tai jälkeen potilaan hoitamisen. ( Fagerström & Rauhala 2003.)

Käytännössä hoitotyön prosessiin kuuluu neljä vaihetta: potilaan tilanteen ja hoitotyön tarpeen arviointi, tavoitteiden asettaminen, hoitotyön toteutus ja hoitotyön arviointi. Painopisteenä tulisi erityisesti olla hoitotyön tulosten näkyväksi tekeminen ja niiden arviointi. Hoitotyön ammattilaiset pitävät tätä työn perustana, jonka käyttäminen myös helpottaa työtä. Lisäksi prosessi tehostaa tiedonsiirron mahdollisuutta ammattilaiselta toiselle. (Hopia & Koponen 2000, Aaltonen & Katajiston 2008 mukaan.)

## 2.2 Hoitoisuus ja hoitoisuusluokitus

**Hoitoisuudella** tarkoitetaan eri potilasryhmien tarvitseman hoidon määrän ja vaativuuden määrittelyä laadun arvioimiseksi, henkilöstön mitoittamiseksi sekä hoitotyön kustannusten selvittämiseksi. Hoitoisuuden arviointi on osa hoitoprosessia. Potilaan hoitoisuus kuvaa hoitajan arviota potilaan hoidon tarvetta vastaavasta hoitotyön panoksesta. (Partanen 2002.)

Partasen mukaan (2002) käsite hoitoisuus on tullut suomen kieleen ruotsinkielisestä termistä ”vårdtyngd”, joka merkitsee suoraan käännettynä hoidon aiheuttamaa kuormaa, raskautta (Kalkas, 1973.) Partanen (2002) kuvaa edelleen Giovan-  
tin (1984, 1988) määrittäneen hoitoisuus termille useita käsitteitä. Englannin kielessä käytetään hoitoisuudesta usein termejä, ”patient acuity”, ”intensity of care”, ”severity”, ”nurse dependency” ja ” patient dependency. Jokitalon & Loukialan (2008) tutkimuksessa hoitoisuuden käsitteellä kuvataan suomen kielessä hoidon tarvetta ja hoitamisen vaativuutta, mikä on osittain korvannut työmäärän arviointiin liittyvän käsitteen hoidon kuormitus (Pulkkinen 2000, Kalkas 1973).

Hoitoisuus on yksi kansallisesti määritellyistä hoitotyön ydintiedoista. Lähtökohtana hoitoisuuden määrittämiselle on potilaan hoidollinen tilanne, joka muodostuu potilaan hoidon tarpeesta ja sitä vastaavasta hoitamisesta. Hoitoisuus kuvaa hoitotyössä henkilöstön työtä ja ilmaisee potilaan hoidon tarpeeseen perustuvan hoitamisen vaativuuden asteen. Käytännössä hoitoisuus esitetään matemaattisena lukuna, joka osoittaa työpanoksen suuruuden, minkä yksittäinen potilas tarvitsee henkilökunnalta. (Luhtasela 2006.)

Potilaiden hoitoisuuden arviointi tehdään **hoitoisuusluokituksen** avulla. Hoitoisuusluokitus mittaa annettua hoitoa, ei suoraan potilaan hoidon tarvetta. Hoitoisuusluokituksia on käytetty Suomessa 1960-luvulta lähtien (Partanen 2002), mutta 1990-luvun lopulla niistä kiinnostuttiin uudestaan erityisesti siksi, että terveydenhuollossa syntyi kustannusten hallinta- ja toiminnan tehostamispaineita (Luhtasela 2006).

Fagerströmin ja Rauhalan (2003) mukaan, hoitoisuusluokituksen tarkoituksena on määrittää tarvittavan hoitohenkilökunnan määrä potilaiden hoidon tarpeeseen. Jokaisen potilaan kohdalla määritellään luokitus yksilöllisen hoidon tarpeen ja hoitotoimenpiteiden perusteella, jotka hoitohenkilökunta toteuttaa potilaalle tiettyinä ajanjaksona. Mittausajanjakso on yleensä yksi vuorokausi tai yksi työvuoro, jonka aikana hoitohenkilöstö on hoitanut potilasta. Luokitus on hoitajan arvio toteutuneesta välittömästä ja välillisestä hoitotyöstä.

Ojaniemen (2005) mukaan hoitoisuusluokitus on myös hallinnon menetelmä. Sen tarkoituksena on pystyä vastaamaan potilaiden hoidon tarpeessa tapahtuviin vaihteluihin ja näin saada aikaan sopiva henkilöstömiehitys kullekin osastolle. Hoitoisuusluokituksella pitää olla kyky vastata potilaan yksilöllisiin tarpeisiin sekä yhdenmu-kaistaa hoitajien näkemystä annettavasta hoidosta. Tutkimuksessa esitetään hoitoisuusluokituksen olevan hoitotyön malli, joka määrittelee hoitotyön resurssit potilaiden kunnon perusteella ja potilaita luokitellaan resurssitarpeiden mukaan. Hoitoisuusluokitus kuvaa hoitotyötä ja perustuu keskimääräiseen hoitoaikaan potilasryhmää kohden.

Hoitoisuusluokituksen avulla saatua tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön johtamisen eri tasoilla. Luokituksesta saatavien tietojen avulla pystytään suunnittelemaan hoitohenkilöstön oikeudenmukaista sijoittelua pidemmällä aikavälillä. Hoitohenkilökunta arvioi potilaan hoitoisuuden ja työkuormituksen, mikä antaa tietoa resurssien tasapainosta. Saatuja tietoja voidaan käyttää hyväksi edelleen myös hoitotyön kustannusrakennetta selvittäessä. Hoitotyön kustannusrakenteen selvittäminen ja hoitotyön hinnan määrittäminen mahdollistavat hoitohenkilökunnan työpanoksen muuttamisen näkyväksi. (Fagerström & Rauhala 2003; Rauhala ym. 1999; Rainio 1996; Jorvin sairaalan hoitoisuusluokituksen loppuraportin 2004 mukaan.)

### 2.3 Hoitotyön mittaaminen ja sen luotettavuus

Hoitotyön teoreettiset taustat toimivat tulosten määrittämisen ja mittaamisen perustana. Jotta hoitotyön tuloksia voidaan arvioida, edellyttää se tulosta mittaavien kriteerien asettamista etukäteen. Mittaamisen avulla jokaiselle mitattavalle asialle annetaan numeerinen arvo. Mittari toimii mittaamisen apuvälineenä joka voi olla joko hyvin tai vähemmän tarkasti ohjeistettu. Mittaaminen itsessään voi olla objektiivista (toisen tekemää) tai subjektiivista (perustuu itsearviointiin). Osa hoitotyön tuloksista ei ole mitattavissa objektiivisten valmiiden mittareiden avulla. Esimerkiksi potilaalla ja hänen omaisellaan esiintyy kokemuksia ja havaintoja, joiden kuvaamiseen tarvitaan heidän subjektiivisia ilmaisujaan ja terminologiaa. Hoitoisuuden mittaamisen katsotaankin olevan subjektiivista, koska mittaria joka ei olisi osittain subjektiivinen, on mahdotonta rakentaa ilman että samalla kavennettaisiin hoitotyön sisältöä. (Luhtasela 2006.)

Luhtasela esittää (2006) pro gradu-työssään hoitotyön mittaamisen ongelmaksi sopivien mittausmenetelmien puutteellisuuden. Hoitotyön mittaamisen vaikeutena on muun muassa käsitteiden muuntaminen mitattavaan muotoon niiden abstraktisuuden ja moniulotteisuuden vuoksi. Luhtaselan mielestä monet hoitotyön toiminnoista voidaan kuvata ja mitata ajallisesti, mutta tällöin jää saavuttamatta mittauksessa potilashoidon kokonaisuus sekä jokaisen potilaan yksilöllisyys. Hoitotyön

mittareiden tulee olla sisällöltään tarkoitukseen sopivia ja luotettavia, herkkiä ja käyttökelpoisia erilaisilla potilasryhmillä, joihin hoitotyön toiminnot liittyvät.

Kanervan (2004) mukaan, luotettavan mittarin on oltava sekä validi että reliaabeli. Validiteetilla tarkoitetaan miten hyvin eli tarkasti ja laajasti sekä täsmällisesti käytetty mittari mittaa sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä eli mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Mittaustulosten pysyminen edellyttää, että mittarit pysyvät samanlaisina. Hoitoisuutta kuvaavan mittarin luotettavuus edellyttää, että mittari on kehitetty hoitotyöhön ja sen avulla voidaan mitata hoitotyön eri ulottuvuuksia erilaisilla osastoilla. Hoitoisuusluokituksen tulee lisäksi perustua suomalaiseen hoitokulttuuriin sekä huomioida sen erityispiirteet, arvot ja arvostukset. Hoitoisuusluokitusmittarin tulee kattaa kaikki ne hoitotyön toiminnot, joilla potilaan hoidon tarpeeseen vastataan.

Kanerva (2004) jatkaa tutkimuksessaan edelleen, että mittarin validiteettia on vaikea parantaa jälkikäteen ja siksi se täytyykin tarkistaa mittaria tehdessä. Mittarin reliabiliteetin ylläpito on sen sijaan jatkuvaa toimintaa. On huolehdittava, että mittari ja sillä tehtävät mittaukset pysyvät samanlaisina myös ajan kuluessa. Käytännössä mittari reliabiliteetista on huolehdittava sekä osastojen sisällä että eri osastojen välillä.

#### 2.4 Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmä hoitotyön mittaajana

Rafaela -järjestelmä syntyi kahden vuoden mittaisen hoitoisuusluokitusprojektin tuloksena jonka käynnistäjänä toimi Suomen Kuntaliitto. Projektissa toimi mukana 14 sairaalan, yhteensä 86 somaattista vuodeosastoa. Hoitoisuusmittarina projektissa käytettiin Oulu Patient Classification (OPC) – mittaria. Optimaalinen hoitoisuus määriteltiin käyttäen Rafaela-järjestelmää, joka sisältää OPC:n lisäksi PAONCIL-mittarin (professionaalinen arviointi optimaalisesta hoitoisuustasosta) ja hoitajaresurssitiedoston. (Fagerström & Rauhala 2003.)

Rafaela-hoitoisuusluokituksen ensisijaisen tarkoituksena on luokituksesta saadun tiedon perusteella kyetä suunnittelemaan henkilöstötarve potilaiden alati muuttuvan hoidon tarpeen mukaan. Tämän kautta mahdollistetaan hoitajille realistiset mahdollisuudet laadulliseen hyvään hoitotyöhön. Järjestelmä on kehitetty hoitotieteellisestä lähtökohdasta mikä tarkoittaa että holistinen ihmisenäkemyks luonnehtii sekä järjestelmän rakennetta että OPC ja PAONCIL-ohjeiden sisältöä. (Fagerström & Rauhala 2003.)

Hoitoisuusluokituksen tavoitteiksi Rafaela-järjestelmässä on määritelty seuraavat kohdat:

- *huomioida kaikki potilaan yksilölliset hoitotarpeet, riippumatta lääketieteellisestä diagnoosista*
- *kohdentaa henkilöresurssit vastaamaan potilaiden hoitoisuutta ja hoidontarvetta*
- *onnistunut resurssien allokointi (kohdentaminen) hoitajien työkuormittavuuden mittaamisella ja seuraamisella*
- *antaa perusteluja hoitotyön johtajille ja päättäjille hoitotyön henkilöstösuunnittelua ja resursointia varten*
- *toimia hallinnollisena työkaluna sekä päivittäisessä että strategisessa henkilöstösuunnittelussa*
- *estää hoitajien loppuun palamista ja ylikuormitusta*
- *saada tietoja ja perusteluja budjetointia varten*
- *saada tietoja hoitotyön kustannuksista kustannuslaskentaa ja tuotteistusta varten*
- *kehittää hoitotyön laatua*
- *kehittää hoitotyön dokumentointia*
- *tehdä 'näkyväksi' hoitotyön näkyväksi'*
- *kehittää oman työn arviointia.*(Fagerström & Rauhala 2003.)

Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmän perusideana on vertailla yhteyttä kahden tekijän välillä: toisaalta potilaan hoitoisuus (OPC) ja toisaalta hoitajien arvioima

mahdollisuus tyydyttää potilaiden hoidon tarve (PAONCIL). Näitä mittareita käytämällä voidaan saada selville toleranssieroja, jotka vastaavat alle optimaalisen hoitoisuuden, yli optimaalisen hoitoisuuden ja optimaalisen hoitoisuuden alueen hoidon tarpeen tasoja. Optimaalisessa hoitoisuudessa nolla-aste osoittaa tilaa jolloin potilaiden hoidon tarve on tasapainossa käytettävissä oleviin henkilöstöresursseihin nähden ja hoitajilla on realistiset mahdollisuudet hyvän hoidon tarjoamiseen. (Fagerström & Rauhala 2003.)

Fagerström & Rauhala (2003) toteavat että ”hoitaminen on enemmän kuin yhteen lasketut hoitotoimenpiteet”. Tämä merkitsee sitä, että on teoreettisesti mahdotonta mitata hoitamista kokonaisuutena; mittaamiseen kuuluu aina tietty reduktio (pelkistys). Hallinnollisena menetelmänä hoitoisuusluokitus antaa kutienkin karkeahkon kuvan henkilöstöressurssien tarpeesta ja näin käytetty hoitoisuusluokitus on menetelmä, joka mahdollistaa hyvän hoidon. Finnhoitoisuus-projektin perusteella Rafaela-järjestelmää voidaan pitää riittävän toimivana ja käyttökelpoisena suomalaisen erikoissairaanhoidon.

#### 2.4.1 OPC-mittari

OPC-mittari (ensimmäinen perusversio) kehitettiin Suomessa Oulun yliopistollisessa sairaalassa vuosina 1991–1994. OPC-mittarin avulla voidaan muun muassa verrata hoitotyön tuottavuutta ja kustannuksia eri yksiköissä sekä eri potilasryhmiä keskenään. Nykyisellään OPC-mittari sisältää kuusi tarvealuetta niihin liittyvine hoitotoimenpiteineen:

1. *hoidon suunnittelu ja koordinointi*
2. *hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet*
3. *ravinto ja lääkehoito*
4. *hygienia ja eritystoiminta*
5. *aktiiviteetti/toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo*
6. *hoidon/jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki.*

(Onnela & Svenström 1998, Kanervan 2003 mukaan.)

Luokittelu voi vaihdella kullakin tarvealueella asteikolla A (= 1 piste), B (= 2 pistettä), C (= 3 pistettä), tai D (= 4 pistettä). Vaatimustason A potilas on hoitotyön osa-alueella omatoiminen tai lähes omatoiminen ja potilaan hoidon tarve on vähäinen. Tasolla B potilaan hoidon tarve on ajoittainen tai melko vaativa. C potilaan avuntarve on toistuvaa ja kokonaisvaltaista. D vaatimustason potilaalla avuntarve on jatkuvaa tai täysin kokonaisvaltaista. Potilaan saamat pisteet lasketaan yhteen ja luokitus päättyy neljään hoitoisuusluokkaan seuraavanlaisesti:

- Luokka I merkitsee vähäistä hoidon tarvetta (6–8 pistettä)
- Luokka II tarkoittaa keskimääräistä hoidon tarvetta (9–12 pistettä)
- Luokka III on osoitus keskimääräistä suuremmasta hoidon tarpeesta (13–15 pistettä)
- Luokka IV merkitsee suurta hoidon tarvetta (16–24 pistettä).

(Onnela & Svenström 1998, Kanervan 2003 mukaan.)

Käytännössä luokittelu tapahtuu osastoilla päivittäin, jossa hoitaja luokittelee atk-ohjelmaan edellisen vuorokauden aikana osastolla olleiden potilaiden hoitoisuuden (Fagerström & Rauhala 2003.) Saadut tulokset yhdistetään hoitajavoimavaramittariin, (ohjelma, johon tallennetaan kerran vuorokaudessa potilaiden hoitoon osallistuneiden hoitajien määrä) jolloin saadaan tietoa siitä, mikä on potilaiden hoitoisuus suhteessa hoitajamäärään eli hoitoisuus/ hoitaja. Saatu tieto ei kuitenkaan yksistään riitä kertomaan milloin hoitoisuus/hoitaja suhde on optimaalinen eli sillä tasolla, että hoitajat pystyvät vastaamaan laadukkaasti potilaiden hoidon tarpeeseen. Tähän tarkoitukseen on suunniteltu Paoncil-mittari. (Luhtasela 2006.)

#### 2.4.2 PAONCIL-mittari

Paoncil-mittari (Professional Assessment Of Optimal Nursing Care Intensity Level) on kehitetty OPC-mittarin mittarin rinnalle Vaasassa. Mittari on luotu käytettäväksi hoitotyön kustannusten laskentaan ja henkilöstösuunnitteluun. Paoncil-mittarin avulla voidaan hoitoisuusluokitusjärjestelmästä saatujen tulosten perusteella laskea



ja arvioida henkilöstötarvetta potilaiden hoitoisuuden mukaan. (Fagerström & Rauhala 2003.)

Käytännössä tutkittavan osaston hoitajat tekevät rutiininomaisten OPC- luokittelujen lisäksi noin 1-2 kuukauden ajan päivittäin kokonaisarvioinnin itse hoitamiensa potilaiden hoitoisuudesta ja hoidon toteutumisesta asteikolla -3 - +3. Arviointi tehdään tähän tarkoitukseen suunnitellulla lomakkeella johon on laadittu ohjeisto, jossa on esitelty kaikille mittarin seitsemälle kokonaislukutasolle oma kriteerinsä. Nolla-aste (0) kuvaa optimaalista hoitoisuustasoa. Lomakkeessa on lisäksi erillinen kohta, johon on mahdollisuus kuvata mahdollisesti hoitajan kokonaistyömäärään myötävaikuttaneita tekijöitä. Tällä on pyritty huomioimaan myös laatu- ja ohjeistuksessa. (Luhtasela 2006.) Tekijöiden oletetaan joko lisäävän tai helpottavan hoitajien kokonaistyökuormitusta. Tällaisia tekijöitä voivat olla esimerkiksi esimiehen työsuunnittelu, suunniteltu työlista, sijaistilanne, kokoukset, opiskelijat, yhteistyö eri ammattiryhmien välillä (lääkärit, muut ammattiryhmät, oma työryhmä) ja oma työkapasiteetti. Perusideana on, että potilaiden hoitoisuus yhdistettynä muihin edellä mainittuihin tekijöihin muodostavat hoitajien kokonaistyön kuormituksen. (Fagerström & Rauhala 2003.)

Asteikossa nolla (0) – aste kuvaa tilaa, jossa potilaiden hoidontarve on tasapainossa käytettävissä olevien henkilöstöresurssien kanssa ja että hoitajilla on realistinen mahdollisuus antaa hyvää hoitoa. Hoitoisuuden ollessa melko matala (-1), matala (-2) tai erittäin matala (-3), hoitaja kykenee täyttämään potilaiden hoidon tarpeet ja hänellä on aikaa antaa laadukasta hoitoa. Tämän lisäksi hän voi vastata potilaan myös ”toissijaisiin tarpeisiin”. Hoitoisuuden ollessa melko korkealla (+1) tai erittäin korkealla (+2), hoitaja joutuu priorisoimaan jo työtehtäviään jolloin myös virheiden riski kasvaa eikä potilaan ohjaukseen ja suunnitteluun jää aikaa. (Luhtasela 2006.)

## 2.5 Hoitoisuusluokituksen hyödyt terveydenhuollossa

Terveydenhuollon suurimman resurssin muodostaa henkilökunta. Tutkimusten mukaan tämän resurssin kohdentaminen on aiemmin tapahtunut lähinnä erilaisiin arvi-

oihin perustuen. Henkilökunnan kohdentamisen apuna on käytetty mm. potilaspaikkojen määrää ja keskimääräisiä kuormitusprosentteja. Tällöin on lähdetty ajatuksesta hoitoa tarvitsevien potilaiden olevan homogeeninen ryhmä, jossa kaikilla on samanlaiset tarpeet. Vaadittavan hoitotyön määrä vaihtelee kuitenkin huomattavasti eri potilailla, jolloin myös tarvittavan hoitotyön panoksen määrä muuttuu tilanteen mukaan. Resurssien oikeudenmukainen kohdentaminen edellyttää tietoa potilaiden hoitotyön tarpeista. Tässä henkilöstön oikea mitoittaminen on tärkeä hoitotyön johtamisen tavoite. Oikean mitoittamisen tarkoituksena on päästä tilanteeseen, missä kaikki potilaat saavat laadukasta hoitoa ja joustavalla sijoittelulla hoitohenkilökunta ei myöskään rasitu kohtuuttomasti. (Rauhala ym. 1999; Hirvonen 2000, Kanervan 2003 mukaan.)

Hoitoisuusluokituksen hyödyntämistä voidaan tarkastella useasta näkökulmasta. Osa hyödyistä on sovellettavissa nopeastikin käytännön työhön, osa hyödyistä saavutetaan vain systemaattisen, luotettavan ja kattavan luokittelun toteutuksella. Hyödynnettävyys on jaoteltavissa muun muassa päivittäisjohtamisen ja vuosisuunnittelun mukaan. Luokittelu toimii edelleen myös hoitoisuuden muutosten seurannan ja perehdyttämisen apuvälineenä. (Hoitoisuusluokituksen tietojärjestelmät 2001.)

**Päivittäisjohtamisessa** hoitoisuusluokituksesta ja kuormituksesta saatavaa tietoa voidaan käyttää päivittäisen henkilöstösuunnittelun apuna. Osastoilla kuormituksen vaihteluista johtuen saattaa tulla tilanteita, jolloin henkilöstön uudelleen sijoittamisella pystytään tasaamaan hoitoisuuden aiheuttamaa kuormittumista. Hoitoisuusluokitus antaa myös apuvälineitä yhteistyöhön muiden henkilöstöryhmien kanssa kuten lääkäreiden kanssa tehtävään arvioitiin osaston tilanteesta. Hoitoisuusluokittelua voidaan edelleen hyödyntää päivittäisjohtamisessa osastonhoitajan ja osastonlääkärin yhteisenä apuvälineenä arvioitaessa osaston toimintaa ja sen kehittämistä. (Hoitoisuusluokituksen tietojärjestelmät 2001.)

Hoitoisuusluokituksesta saatavaa tietoa voidaan käyttää **vuositasolla** resurssisuunnittelussa. Seurattaessa pitemmällä aikavälillä hoitoisuusindeksin kehitystä ja kuormituksen kehitystä vastuuyksiköissä, saadaan tietoa, jonka avulla voidaan suunnit-

tella henkilöstöresursointia muuttuneiden tilanteiden mukaan. Tämä antaa lisäksi arvokasta tietoa lisähenkilöstön tarpeesta. (Hoitoisuusluokituksen tietojärjestelmät 2001.)

Seurantajärjestelmän avulla pystytään tarkastelemaan osastojen **muuttunutta hoitoisuutta** tarkastelemalla hoitoisuusluokissa tapahtuvia muutoksia eri ajanjaksoina kuten päivystyksen vaikutuksesta osaston toimintaan. Nykyisellään osastolla toiminnan muutokset johtuvat yhä enenevässä määrin avohoitopotilaiden määrän kasvusta ja toisaalta taas potilasvaihdon nopeutumisesta. Nämä tekijät lisäävät entisestään hoitajien haastetta vastata potilaan kaikkiin tarpeisiin lyhyellä aikavälillä. Potilaiden muuttuneesta hoitoisuudesta saadaan tietoa tarkastelemalla hoitoisuustekijöissä mahdollisesti tapahtuvia muutoksia yksikössä tai hoitoisuus/hoitaja muuttumista. (Hoitoisuusluokituksen tietojärjestelmät 2001.)

**Perehdyttämisen** apuvälineenä hoitoisuusluokituksen käyttäminen edellyttää, että osasto on sopinut yhteiset periaatteet luokituksen käytöstä ja hoitoisuusluokituksen sisältö on yksimielisesti ymmärretty. Kun hoitotyö on kuvattu, se edesauttaa hoitotyön dokumentoinnin kehittymistä sekä edelleen hoitoyön kehittämistä. (Hoitoisuusluokituksen tietojärjestelmät 2001.)

Lonkila toteaa potilaan hoitajakson hinnan perustuneen aiemmin yleisemmin vain potilaan lääketieteelliseen diagnoosiin. Hoitoisuusluokituksen avulla on mahdollista tarkastella potilasryhmittäistä ja potilaskohtaista hoitoisuutta ja kustannuksia hoitajakson aikana. Hoitotyön osuus saadaan muusta vuodeosastohoidosta esiin kustannuksina ja työpanoksena. Hoitoisuusluokituksen avulla saatua tilastollista tietoa hoitoisuuden vaihteluista voidaan käyttää toiminnan suunnittelussa lyhyellä ja pitkällä aikavälillä, kuten henkilökunnan sijoittelulla ja potilasvirtojen ohjailussa. (Lonkila 2006, Hakalan 2008 mukaan.)

Saranto & Ikonen (2007, 187.) käyttävät ilmaisua ”Näkymätön näkyväksi” jolla he haluavat painottaa kirjaamisen tärkeyttä tehdystä työstä ja sen vaikutuksesta. Potilaan kannalta tärkeitä ovat kirjaamisella saadut tulokset, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen ja sen edistämiseen sekä luottamukselliseen hoitosuhteeseen ja sen

kehittämiseen. Hoitotyöntekijän kannalta kirjaamisen tulisi tuottaa tietoa tilastoihin ja sitä kautta talouden seurantaan, jolloin kirjattua tietoa voidaan hyödyntää potilasvaihtuvuuden seurannassa.

Lonkila toteaa tutkimuksessaan, että hoitoisuusluokituksen sisältö muodostaa kehityksen, joka auttaa hoitajaa hahmottamaan potilaan kokonaistilanteen. Luokituksen osa-alueet muodostavat hoidon suunnittelua, seuranta, ohjausta ja tukemista varten kokonaisuuden, jonka avulla päivittäistä tilannetta voidaan arvioida koko hoitajakson ajan. Tutkimuksen mukaan luokitus on tuonut myös lisää potilaslähtöistä ajattelua omaan työhön sekä jäsentyneempää ajankäyttöä. Hoitotyön dokumentointi tuo hoitotyön näkyväksi ja ohjaa hoitajia yhtenäiseen kirjaamiseen. (Lonkila 2006, Hakalan 2008 mukaan.)

Hoitoisuusluokituksen avulla voidaan varmistaa minimilaadun toteutuminen jokaisen potilaan kohdalla, kun voidaan muodostaa hoitamisesta kokonaiskuva ja tarkistaa eri osa-alueiden huomioiminen. Hoitoisuusluokituksen avulla myös hoitoon osallistuvat yksiköt ja päättäjät saavat tietoa osastojen tilanteesta. Se on tukemassa yhtenäisten työmenetelmien kehittämistä sekä yksikkökohtaisesti että eri yksiköiden välillä. Täten mahdollistetaan jatkuva laadun arviointi. (Lonkila 2006, Hakalan 2008 mukaan.)

Käsitystä tukee myös Pulkkinen (2000) tutkimustulos, että hoitoisuusluokituksen tuottama tieto lisää toiminnan vertailtavuutta eri palvelujen tuottajien kesken, kun luokituksen sisältö ja mittauskohteen ala ovat kaikkien tietoa tarvitsevien käytettävissä. Näin pystytään tunnistamaan hoitotyön kehittämiskohteet eri osa-alueilta saatavan tiedon avulla ja tietoa voidaan käyttää hyväksi hoitotyön vaikuttavuutta arvioitaessa ja laatua kehitettäessä. Hoitoisuusluokituksesta saatua tietoa voidaan käyttää toimintasuunnitelmien ja perehdytysohjelmien laatimiseen sekä tutkimusten ja selvitysten tekemiseen. Siitä on myös päätösten jälkikäteiseen perusteluun luottamushenkilölle. (Jokitalo & Loukiala 2008.)

### 3 OSASTONHOITAJAN TEHTÄVÄT

Hoitotyön johtamista pidetään suurelta osin ihmisten johtamisena (Ollila 2006). Narisen (2000) mukaan osastonhoitajan työ, organisaation lähijohtajana toimiminen, on samalla hoitotyön asiantuntijana toimimista lääketieteen rinnalla, työnjako-tehtäviä, hoitotyön kehittämistä ja osaamisen johtamista. Valtakunnalliset lait ja säädännöt sekä organisaation taloudelliset ja toiminnalliset resurssit ohjaavat osastonhoitajan toimintaa.

Erilaiset johtamistyön roolit, jotka esiintyvät usein rinnakkain, ovat osastonhoitajan arkipäivää. Osastonhoitajat kuvaavat johtamisen tietopohjana hiljaisen tiedon keskeistä osuutta, sen perusteena harvemmin on tutkimustieto tai osastonhoitajien johtamiskoulutus. Henkilöstön johtamista kuvaa neljä roolia, huolehtivan äidin, hallintohoitajan, rationaalisen toteuttajan sekä asiantuntijan ja kehittäjän roolit. (Viitanen & Lehto 2005, Rantalan 2006 mukaan.)

- **Huolehtivan äidin roolissa** osastonhoitaja ”hoitaa” henkilökuntaansa, tukee jaksamista sekä hyvinvointia: Osastonhoitaja aikaansaa ilmapiirin sekä synnyttää ja tukee alaistensa työmotivaatiota. Vahvimpana näyttäytyy tämä rooli.
- **Hallintohoitajana** osastonhoitaja koordinoi ja valvoo osaston toimintaa. Osastonhoitajan tehtävänä on turvata tarvittavat resurssit ja hoitaa hallinnolliset tehtävät kuten sijaisten palkkaamisen ja työvuorolistojen suunnittelun. Koko osaston toiminnan sujumisesta siis vastaa osastonhoitaja.
- **Rationaalisen toteuttajan roolissa** johtamistyö painottuu työn organisointiin sekä yksiköltä odotettujen palvelujen tuottamiseen. Tässä roolissa korostuvat tuloksellisuus ja tehokkuus.
- **Asiantuntijana ja kehittäjänä** osastonhoitaja järjestää henkilökunnan koulutuksen sekä turvaa voimavarat asiakaslähtöiselle ja yksilövastuiselle hoitotyölle. Osastonhoitaja ohjaa työntekijöitä asiantuntijatehtävissä. Kehittäminen kohdistuu myös työntekijöiden työnkuviin sekä osaston toiminnan uudelleenorganisointiin. (Viitanen & Lehto 2005, Rantalan 2006 mukaan.)

Viitanen ja Lehto (2005) toteavat hallinnonhoitajan orientaation nousevan vahvimaksi kehityssuunnaksi. Siinä tehtävässä osastonhoitaja toteuttaa ylemmältä taholta tulevia ohjeita ja määräyksiä, koordinoi ja valvoo osaston toimintaa sekä toimii välittäjänä ”hallinnon kielen” ja hoitajien todellisuuden ja tarpeiden välillä. Hoitotyön ja osaamisen kehittäminen sekä puhe potilaan hyvästä saattaa syrjäytyä. (Rantala 2006.)

Terveydenhuollon osastonhoitajan toiminnassa ei voi keskittyä ainoastaan johtamisen välineisiin tai ihmisten johtamiseen. Johtamisen ja samalla toiminnan onnistuminen ei ole riippuvaista johtajan henkilökohtaisista ominaisuuksista tai organisaatiosta, vaan hoitamisen perustehtävän selkeydestä.. ” Esimiestyö on astumassa uuteen aikakauteen, jossa huomio ei ole asemassa, eikä henkilössä, vaan työntekijässä, hänen mahdolluuksissaan ja esimiehen kyvyssä ottaa nämä voimavarat organisaation ja sen tehtävän mukaiseen käyttöön”. Osastonhoitajan on kyettävä ottamaan henkilöstö mukaan suunnitteluun, päätöksentekoon sekä arviointiin perinteisen toteuttamisen ja suorittamisen lisäksi. (Teleranta 1997; Suonsivu 2003, Kosken 2006 mukaan.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa (2003) on määritelty osastonhoitajien toimenkuvasta: Lähijohtajat vastaavat operatiivisesta johtamisesta, lyhyen ja pitkän ajan suoritustavoitteiden saavuttamisesta sekä ammattitoiminnan asianmukaisuudesta. Hoitotyön lähijohto (osastonhoitajat) keskittyvät palveluiden saatavuuden ja toimivuuden, kustannustehokkuuden sekä toiminnan asiakaskeskeisyyden parantamiseen, toiminnallisten prosessien kehittämiseen ja innovaatiotoiminnan, kuten hoitotyön kehittämisen ja tutkimuksen edellytysten luomiseen. Lähijohtajat tukevat henkilöstön hyvinvointia, jaksamista ja osaamista, havainnoivat niissä tapahtuvia muutoksia ja puuttuvat niihin tarvittaessa.

Sosiaali- ja terveysministeriön (2003) julkaisun mukaan hoitotyön johtaja turvaa hoitotyön toimintaedellytykset organisoimalla työn ja henkilöstörakenteen palveluiden saatavuuden ja toimivuuden edellyttämällä tavalla sekä vakinaistamalla määräaikaisia työntekijöitä. Hän kehittää tietojärjestelmien potilaita ja henkilöstöä koskevien tietojen sekä henkilöstön käyttöä koskevien erillisten tunnuslukujen yhdistä-

mistä niin, että henkilöstömitoituksen vaikuttavuus voidaan osoittaa. Hoitotyön johtaja seuraa hoitotyössä toimivien käyttöä yhtenäisin ja ajanmukaisin tunnusluvin sekä käyttää kriteerejä ja tasokuvauksia työnhakijoiden kompetenssin määrittämiseksi. Lisäksi hän mahdollistaa hoitotyössä toimivien osaamisen jatkuvan kehittymisen ja arvioinnin ottamalla käyttöön systemaattisen perehdyttämishjelman ja urakehitysmallin sekä huolehtimalla jatkuvasta täydennys- ja toimipaikkakoulutuksesta. Hoitotyön johtaja soveltaa osallistuvia johtamiskäytäntöjä esimerkiksi antamalla työntekijöille mahdollisuuksia osallistua työhönsä liittyvään päätöksentekoon ja työnuudistamiseen, varmistamalla työn riittävän autonomian sekä huolehtimalla osaamista ja motivaatiota lisäävän palautteen antamisesta ja tiedonkulun avoimuudesta sekä käyttää ja kehittää arviointi- ja palautejärjestelmiä hoitohenkilöstön määrän, rakenteen ja osaamisen arvioinnissa. Hoitotyön johtajan tulee huolehtia, että jokaisella hoitotyössä toimivalla on haasteellinen vastuualue, joka perustuu hänen osaamiseensa ja on organisaation tavoitteiden mukainen.

Narisen (2000), Ollilan (2006) & Kosken (2006) mukaan osastonhoitajan työn perustavoitteena on ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä perusterveyden tukeminen sairauden aikana. Tavoitteeseen pääsemiseksi osastonhoitajan on luotava edellytyksiä mahdollisimman hyvän hoitotyön toteutumiseksi. Hoitotyön johtamisen tarkoituksena on mahdollistaa hoitotyön perustehtävän ja päämäärän toteutuminen. Johtamisen välineenä osastonhoitaja voi käyttää substanssiosaamiseen liittyviä keinoja, kuten tietoa hoitotyön käytännöstä ja näyttöön perustuvasta hoitotyöstä, hallinnolliseen osaamiseen liittyviä keinoja, kuten suunnittelua, organisoimista ja arviointia sekä muutos- ja kehittämisosaamiseen liittyviä keinoja.

Narisen (2000) tutkimuksessa osastonhoitajan työn kuvataan olevan monipuolinen lähiesimiehen tehtävä, sisältäen henkilöstö- ja taloushallintoa, työnjohtotehtäviä sekä yhteistyö- ja kehittämistehtäviä, kliinisen työn kuitenkin viedessä lähes puolet työajasta.

### 3.1 Osastonhoitajan vastuu hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytöstä

Osastonhoitajan tehtävä hoitoisuusluokitusjärjestelmän ylläpitäjänä on tärkeä. samoin kuin osastonhoitaja on vastuussa osastollaan tehtävästä hoitotyöstä, hän on vastuussa myös osastonsa hoitoisuusluokituksesta sekä sen laadusta ja luotettavuudesta. Osastonhoitaja on merkittävä tiedonvälittäjä henkilökunnalle ja hänen välityksellään henkilökunta saa palautetta osaston hoitoisuusluokitustuloksista sekä sen tilastoista. Osastonhoitaja toimii myös osaston ja ylihoitajan välisenä tiedonvälittäjänä. (Kanerva, Alin, Aschan, Harinen, Konttinen & Lindqvist 2003.)

Hoitoisuusluokitusjärjestelmän luotettavuus ja sen ylläpito ovat järjestelmän käytökelpoisuuden edellytys. Luotettavuuden ylläpitämiseksi tarvitaan henkilökunnan jatkuvaa koulutusta ja luotettavuuden säännöllistä testaamista. Luotettavan mittaamisen edellytyksenä on myös henkilökunnan sitoutuminen käytössä olevaan järjestelmään sekä motivaatio tehdä luokituksia hyvin. Motivaation ylläpitämiseksi on tärkeää, että hoitoisuusluokituksella saadaan näkyviä tuloksia myös henkilöstön resursoinnissa sekä sijoittelussa. Osastonhoitajan tulee käyttää näkyvästi hoitoisuusluokituksesta saatavia tietoja, päätökset tulee perustella ja myös henkilökunnan on saatava tietää perustelut. Osastonhoitajan on ilmaistava selkeästi seuraavansa hoitoisuusluokittelujen tuloksia ja pidettävä jatkuvasti esillä luokittelun tärkeyttä ja merkitystä. (Kanerva ym. 2003.)

## 4 HOITOISUUSLUOKITUSJÄRJESTELMÄN KÄYTTÖÖNOTTO PÄIJÄT-HÄMEEN KESKUSAIRAALASSA

”RAFAELA-hoitoisuusluokituksen käyttöönotto Päijät-Hämeen keskussairaalassa” – projekti käynnistettiin vuonna 2002, jolloin käyttöön otettiin OPC-mittari. Samalla laadittiin myös kirjallinen ohje mittarin käyttöönotosta. Projektin päätavoitteena oli hoitoisuusluokituksen käyttöönotto ja henkilöstön perehdyttäminen järjestelmän käyttöön somaattisilla vuodeosastoilla. (Halme 2006.)

Vuoden 2004 lopussa hoitoisuusluokitusprojekti organisoitui uudelleen, kun hoitoisuusluokitus ja hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittäminen yhdistyivät Hoito-



hankkeeksi joka oli osa suurempaa ”Sähköisten potilasjärjestelmien yhteistyötä tukeva alueellinen hanke”. Tämän hankkeen päätavoitteena oli ottaa käyttöön Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmä kaikilla erikoisaloilla, myös poliklinikoilla. Tavoitteena oli lisäksi tuottaa tietoa henkilöstöressurssien kohdentamisesta oikein vastaamaan potilaiden hoidon tarvetta ja näin toimia hallinnollisena työkaluna päivittäisessä sekä strategisessa henkilöstösuunnittelussa. (Halme 2006.)

Hoitoisuusluokitusprojektin tavoitteet täyttyivät vuoden 2004 loppuun mennessä osittain. Tavoitteen mukaisesti hoitoisuusluokitus on ollut käytössä vuodesta 2004 lähtien kaikilla 13 somaattisella vuodeosastolla. Tavoitteena oli myös luokitella päivittäin kaikki potilaat OPC-luokituksella ja toteuttaa rinnakkaismittaukset 70 % yksimielisyydellä OPC-mittarin reliabiliteetin varmistamiseksi. Tältä osin tavoitteeseen päästiin vain osittain. Rinnakkaisluokitukset toteutettiin vain joillakin osastoilla ja näillä 70 % yksimielisyys saavutettiin vain osittain. Tavoitteista jäi toteutumatta kokonaan vaihe, jonka mukaan jokaiselle yksikölle oli tarkoitus määritellä PAONCIL-menetelmällä optimaalisen hoitoisuuden taso. Hoitoisuusluokitus Hoito-hankkeen osalta päättyi alkukesästä 2006. (Halme 2006.)

#### 4.1 Päijät-Hämeen keskussairaalassa annettu koulutus hoitoisuusluokituksen käyttöön

”RAFAELA-hoitoisuusluokituksen käyttöönotto Päijät-Hämeen keskussairaalassa”-projekti järjesti säännöllisiä kokouksia kerran kahdessa kuukaudessa ja tarvittaessa lisäkoulutusta henkilökunnalle. Projektin etenemisestä tiedotettiin Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin Sanatori henkilöstölehdessä sekä viikkotiedotteissa. Sairaalan solmiessa käyttöoikeussopimuksen Rafaela-järjestelmän käyttöön annettiin käyttökoulutusta seuraavasti:

- järjestelmän yleisesittelyyn tarpeen mukaan kaksi tuntia kerrallaan koko henkilökunta
- OPC-mittarin käyttökoulutus kolme tuntia neljällä eri kerralla jossa mukana oli myös case-harjoittelua

- PAONCIL- käyttökoulutus yhden kerran. (Halme 2006.)

Sairaalan siirtyessä Hoito-hankkeeseen järjestettiin hoitoisuusluokituskokouksia noin kerran kuukaudessa. Kokouksessa yksiköiden vastuuhenkilöt ja työryhmän jäsenet keskustelivat luokitukseen liittyvistä ongelmista, uusista asioista ja esittivät mahdollisia kehittämissideoita. Tarvittaessa kokouksissa harjoiteltiin luokitusta erilaisten caseien pohjalta. Hoitohenkilöstölle järjestettiin myös lisäkoulutusta etenkin rinnakkaisluokitukseen ja PAONCIL-mittamiseen. Tämän lisäksi yksilöiden vastuuhenkilöt sitoutettiin pitämään ylläpitokoulutusta yksiköissä ja uusille työntekijöille järjestettiin koulutusta kahdesti vuodessa. (Halme 2006.)

Vuoden 2008 alussa Rafaela-hoitoisuusluokituskoulutusta annettiin osastonhoitajille ja osastojen vastuuhenkilöille erillisinä koulutuksina. Näiden koulutuksien ensisijaisena tarkoituksena oli sitouttaa ja motivoittaa vastuuasemassa olevat henkilöt entistä intensiivisemmin ohjelman käyttöön. Koulutuksen toivottiin vaikuttavan edelleen osastoilla toimivan hoitohenkilökunnan sitoutumiseen hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytöstä. (Linnajärvi 2009.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata millaisena Päijät-Hämeen keskussairaalassa työskentelevät osastonhoitajat kokevat omat valmiutensa hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön ja siitä saatavien tietojen hyödyntämiseen. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on kuvata miten osastonhoitajat kokevat saamansa koulutuksen tukevan heitä hoitoisuusluokituksen käytössä ja luokittelusta saamien tietojen hyödyntämisessä. Opinnäytetyön ensisijaisena tavoitteena on tuottaa uutta ja ajankohtaista tietoa hoitotyöhön jota voidaan edelleen hyödyntää hoitotyön johtamisessa sekä osastonhoitajille suunnattujen hoitoisuusluokituskoulutuksien kehittämisessä ja suunnittelussa.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Miten osastonhoitajat kuvaavat hoitoisuusluokituksen merkityksen osana hoitotyötä?
2. Millaisena osastonhoitajat kokevat omat valmiutensa hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön ja miten he hyödyntävät järjestelmästä saamiaan tietoja oman työnsä apuna?
3. Millaisena osastonhoitajat kokevat saamansa koulutuksen järjestelmän käyttöön ja miten he toivoisivat koulutusta kehitettävän tulevaisuudessa.

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT

### 6.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen tutkimus on suosittu hoitotieteessä, koska sen perusluonne on inhimillistä toimintaa ymmärtävä ja sen tavoitteena on tuottaa käytännöllistä tietoa käytännön hoitotyöhön. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja sen lähtökohtana on todellisen elämän kuvantaminen. Tutkimuksen pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita eikä niinkään todentaa jo olemassa olevia toimintatapoja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152.)

Laadullisessa tutkimuksessa ihminen toimii tiedon keruun instrumenttina ja tieto kootaan luonnollisissa olosuhteissa. (Hirsjärvi ym. 2004, 155.) Tutkimuksessa tutkittavat valitaan harkinnanvaraisesti koska laadullisessa tutkimuksessa on nimenomaisesti tärkeää että ne ihmiset joilta tietoja kerätään tuntevat tutkittavaa ilmiötä tai heillä on siitä kokemusta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 88.) Laadullisessa tutkimuksessa aineiston koolla ei ole väliä. Tärkeämpää on pohtia, minkälaisella tutkimusaineistolla saadaan kattava kuvaus tutkittavasta ongelmasta. Tavoitteena on,

että aineisto toimii apuvälineenä asian tai ilmiön ymmärtämisessä ja mielekkään tulkinnan muodostamisessa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87; Vilka 2005, 126.)

Tässä opinnäytetyössä on käytetty laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Menetelmän valintaan on oleellisesti vaikuttanut se, että kvalitatiivisen tutkimuksen kautta työhön saadaan parhaiten kuvaavaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Valintaa tukee teorian tieto siitä, että kvalitatiivinen tutkimus on suositeltavaa juuri silloin, kun tutkimuksessa halutaan selvittää vain vähän tunnettua ilmiötä sekä löytää uusia näkökulmia asioihin. (Hirsjärvi ym. 2004, 129.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ihminen on tyypillinen tiedon keruun väline ja tutkittavat ovat suoraan syy-seuraussuhteessa tutkittavaan asiaan. Laadullisessa tutkimuksessa on tyypillistä keskittyä vain pieneen määrään tapauksia jolloin kohderyhmä on valittu tarkoituksenmukaisesti ja lähtökohtana on perehtyä ja analysoida saatua aineistoa perusteellisesti. Tämän tutkimuksen osalta keskitytään vain osastonhoitajien kokemuksiin essee vastausten kautta ja pyritään saamaan sitä kautta mahdollisimman monipuolista ja yksityiskohtaista tietoa asetettuihin tutkimustehtäviin. (Hirsjärvi ym. 2004, 129.)

## 6.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusaineiston hankinta

Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä oli Päijät-Hämeen keskussairaalan 13 somaattisen osaston osastonhoitajaa. Näiden osastojen osastonhoitajilla on ollut käytössä OPC-mittari vuodesta 2004. Tulevaisuudessa heille on tulossa käyttöön myös PAONCIL-järjestelmä. Kohderyhmän valintaan on vaikuttanut oleellisesti sairaalan oma toive osastonhoitajien kokemusten tutkimisesta hoitoisuusluokituksen käytöstä, koska aiempaa tietoa on vain vähän.

Opinnäytetyössä käytettiin aineiston hankinnassa avoimia kysymyksiä, jolla pyrittiin mahdollistamaan osastonhoitajien mahdollisuus ilmaista omin sanoin kokemuksiaan ja odotuksiaan. Kyselytutkimusta pidetään tehokkaana ja aikaa säästävänä tapana kerätä tietoa. Sen etuna on tutkijan kannalta nopeus ja vaivaton aineiston saanti.

Avoimissa kysymyksissä esitetään vain kysymys ja vastaukselle jätetään tyhjä tila. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 190.)

Mahdollisimman kattavan ja totuudenmukaisen tiedon saamiseksi tutkimuskysymykset (liite 1) lähetettiin kaikille 13 osaston osastonhoitajalle. Kohderyhmälle toimitettiin tutkimuskysymykset Webropolin kautta, joka on internetin välityksellä toimiva työkalu. Tähän sovellutukseen Päijät-Hämeen keskussairaala on ostanut käyttöoikeuden. Osastonhoitajat vastasivat vapaamuotoisesti essee vastauksina viitteen heille esitettyyn avoimeen kysymykseen. Määräajassa kysymyksiin vastasi seitsemän osastonhoitajaa.

### 6.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi analysoinnin menetelmänä

Tässä tutkimuksessa aineiston analysointiin on käytetty induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä sellaiseen muotoon, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistettävästi tai siten, että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. Analysoinnissa on olennaisinta että, aineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Sisällönanalyysin tavoitteena on selkeyttää hajanainen aineisto sellaiseksi, että sen perusteella voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110; Janhonen 2003, 23.)

Sisällönanalyysin tekoa ohjaavat käsitteet, jotka on havaittu jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa keskeisiksi, sekä myös tutkimuksen aihepiiriin liittyvät ennakkoletukset eli hypoteesit. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä ja tällä tavoin saadaan vastaukset tutkimustehtäviin. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, missä edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Johtopäätöksiä tehdessään tutkija pyrkii ymmärtämään, mitä asiat tutkittavalle merkitsevät. Tutkija pyrkii siis ymmärtämään tutkittavia heidän näkökulmastaan analyysin kaikissa vaiheissa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 115.)

Analyysin tekemiseksi ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä, vaan tiettyjä ohjeita analyysiprosessin etenemisestä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5) Sisällön analyysissä voidaan edetä kahdella tavalla, joko lähtien aineistosta (induktiivisesti) tai jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä (deduktiivisesti). Ennen analyysin aloittamista tutkijan on päätettävä analysoiko hän vain sen mikä on selvästi ilmaistu dokumentissa vai myös piilossa olevia viestejä, joiden analyysi sisältää yleensä tulkintaa. (Janhonen 2003, 24.)

Sisällön analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Analyysiyksikön määrittelyssä ratkaisevat aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Tavallisemmin käytetty analyysiyksikkö on aineiston yksikkö: sana tai sanayhdistelmä, mutta se voi myös olla lause, lausuma, ajatuskokonaisuus. Sanaa voidaan käytännössä pitää pienimpänä mahdollisena analyysiyksikkönä mutta usein analyysiyksiköksi soveltuu ajatuksellinen kokonaisuus, joka voi olla kokonainen virke tai lausuma jolla tarkoitetaan useammista sanoista koostuvaa ajatusta, eräänlaista ajatus-teemaa. Tämän jälkeen aineisto luetaan läpi useita kertoja. Aineiston tutustumisen jälkeen etenemistä säätelee se, ohjaako analyysia aineisto vai ennalta valitut kategoriat. (Janhonen 2003, 25 - 26.)

Tässä opinnäytetyössä osastonhoitajien kirjoittamat essee vastaukset kopioitiin sellaisenaan Webropol-ohjelman kautta Word-ohjelmaan analyysiä varten. Analyysi aloitettiin lukemalla vastaukset useaan kertaan läpi, jolloin tutkijoille syntyi kuva kokonaisuudesta ja samalla aineisto tuli tekijöille paremmin tutuksi. Tämän jälkeen analyysiyksiköksi valittiin lausuma, jonka jälkeen osastonhoitajien vastaukset luettiin uudelleen useaan kertaan läpi. Tällä muodostettiin pohjaa analyysin tekemiselle. Aineistosta alleviivattiin tutkimuskysymysten kannalta merkittäviä lausumia. Tässä vaiheessa meille heräsi kysymys siitä, olisiko aineisto riittävä, vaikka tietyt keskeiset teemat toistuivat näissä seitsemässä essee vastauksessa eikä näiden joukossa esiintynyt juurikaan näiden teemojen ulkopuolelle jääviä asioita. Samojen ilmiöiden toistuessa tulimme siihen päätökseen että aineisto alkoi toistaa itseään eikä siitä saatu enää mitään uutta tietoa tutkimusongelman kautta.

Toisessa vaiheessa lausumat koottiin yhteen ja pelkistettiin ne tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä hyväksi käyttäen termeiksi. Listoista etsittiin pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä, ja yhdistettiin samaa tarkoittavat ilmaisut samaan kategoriaan ryhmiksi. Nämä ryhmät nimettiin sen sisällön mukaan alakategorioiksi. Tämän jälkeen abstrahointia jatkettiin yhdistämällä samansisältöisiä alaluokkia yläluokiksi joiden tarkoituksena on Tuomen & Sarajärven (2002, 112) mukaan muodostaa teoreettisia ja kokoavia käsitteitä.

## 7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset ovat Päijät-Hämeen keskussairaalan seitsemän osastonhoitajan kokemuksia omista valmiuksistaan käyttää ja hyödyntää Rafaela-hoitaisuusluokitusjärjestelmää oman työnsä apuna.

### 7.1 Miten osastonhoitajat kuvaavat hoitoisuusluokituksen merkityksen osana hoitotyötä

Hoitoisuusluokituksen merkityksestä osana hoitotyötä osastonhoitajien vastauksista muodostettiin kaksi yläkategoriaa: **potilaan yksilöllisen hoidon parantuminen sekä hoitotyön näkyvyyden lisääntyminen**. (liite 2). Potilaan yksilöllisen hoidon parantuminen muodostettiin kahdesta alakategoriasta, **lisää hoidon arviointia ja parantaa hoidon laatua**, ja hoitotyön näkyvyyden lisääntyminen alakategorioista **tietojen hyödyntäminen** sekä **lisää näkyvyyttä**.

**Hoidon arvioinnin lisäämisessä** osastonhoitajat kuvasivat, luokittelun lisännen hoitotyön ammattilaisten omaa pohdintaa ja arviointia potilaan hoidon vaatimuksista, sekä omaa työtään suhteessa potilaiden hoidon vaatimuksiin. Osastonhoitajien mukaan hoitoisuusluokituksen arvioinnissa ja seurannassa on otettava huomioon potilaan hoidon ja oman työn lisäksi kaikkea potilaaseen liittyvää toimintaa, myös yhteistyökumppanit ja omaiset sekä potilaan jatkohoito. Hoitoisuusluokituksella potilaan hoitoisuuden yksilöllinen seuranta mahdollistuu ja näin myös yksilöllinen hoito parantuu. Osastonhoitajien toivat esille myös sen, että luokittelun kautta var-

sinaiseen osastolla tapahtuvaan hoitotyöhön on tullut enemmän kokonaisvaltaisen hoitotyön ominaispiirteitä.

*Hoitoisuusluokituksia pohtiessaan hoitotyön ammattilainen miettii ja arvioi kriittisesti potilaansa hoidon vaatimuksia.*

**Hoidon laadun paranemisessa** osastonhoitajat kuvasivat osastoilla tapahtuvassa varsinaisessa hoitotyössä näkemysten hoitokäytäntöjen yhtenäistämistä helpotuneen hoitoisuusluokituksen avulla. Tulosten mukaan hoitoisuusluokittelun käyttöönoton myötä myös hoitotyön kirjaaminen kuvattiin yhtenäistyneen ja parantuneen. Tutkimuksen tuloksissa tuotiin esille toive hoitoisuusluokituksen lisäämisestä jokaisen työvuoron lopussa. Tällä muutoksella poistettaisiin se, ettei yhden hoitajan, kuten tällä hetkellä, tarvitsisi ottaa kantaa toisen vuoron hoitajan tekemään työmäärään ja potilaan hoidon vaativuuteen eri osa-alueilla. Osastonhoitajien mielestä vuorokaudessa potilaan tilanteessa saattaa tapahtua paljonkin muutoksia jolloin parhaan ja yksityiskohtaisemman tiedon voi antaa vain vuorossa oleva hoitaja.

*-- Kirjaaminen on parantunut hoitoisuusluokituksen myötä.*

*-- Näkemys hoitoisuudesta on yhtenäistynyt*

**Tietojen hyödynnettävyydessä** osastonhoitajat kokivat hoitoisuusluokituksen lisäävän oman työn sekä hoitotyön suunnitelmallisuutta paremmaksi. Oman työnsä kannalta osastonhoitajat pitivät parhaimpana järjestelmän hyötynä oikean henkilöresurssoinnin mahdollistamisen osastoille jolla edelleen vältetään osastoilla tehtävän hoitotyön työmäärän ylikuormittuminen ja hoitohenkilökunnan uupuminen. Tietojen hyödynnettävyyden parantamiseksi osastoilla on hoitoisuusluokittelukohdian mukaan määriteltä hyvä hoidon kriteerit ja hoitotyön kannalta luotu uudet hoitosuunnitelma-avakkeet, jotka osastonhoitajien mukaan suoraan helpottavat kirjaamista ja asioiden jäsentelyä.

*-- ja pystytään suunnittelemaan hoitotyötä ja henkilöstön resursoimista.*

*-- hoitokäytäntöjä on yhtenäistetty*



Osastonhoitajien mielestä luokitusten teko ja keskustelu ovat tuoneet **lisää näkyvyyttä hoitotyöhön**. Hoitoisuusluokituksen merkitys on erittäin tärkeä silloin, kun sen antamaa tietoa voidaan hyödyntää ja sillä saadaan oma työ näkyväksi. Tutkimustuloksista selviää hoitoisuusluokituksen olevan tällä hetkellä paras tapa kirjata potilaan saamaa hoidon määrää, vaikkakin tieto tulee vasta jälkikäteen. Osastonhoitaja kuvasivatkin hoitoisuusluokituksen olevan ainoa mittari, jonka kautta kaikki tehty työ saadaan näkyväksi jonka kautta oman työn näkyvyys lisääntyy.

7.2 Millaisena osastonhoitajat kokevat omat valmiutensa hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön ja miten he hyödyntävät järjestelmästä saamiaan tietoja oman työnsä apuna?

Osastonhoitajien kokemuksista omista valmiuksistaan hoitoisuusluokituksen käytössä luotiin kaksi alakategoriaa **hyvät valmiudet** ja **osittaiset valmiudet** joista edelleen yksi yläkategoria **hyödyntämisen taidot olemassa**. Alakategoriasta **halu oppia** luotiin edelleen yläkategoria **opettelen vielä hyödyntämistä** (liite 3).

Tutkimustuloksissa osastonhoitajista lähes kaikki kokivat omaavansa **hyvät valmiudet** hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön. He kuvasivat hallitsevansa ja ymmärtävänsä luokittelun ja totesivat järjestelmän ja sen tuottaman tiedon olevan hyvin hallinnassa sekä ohjelman olevan helppokäyttöinen. Vastauksissa tuotiin esille myös hoitoisuusyhdyshenkilön ja kouluttajan roolit järjestelmän käyttöön joiden kautta omat valmiudet ohjelman käyttöön koettiin vahvoina.

*Mielestäni hallitsen ja ymmärrän luokittelun, resurssien kirjaamisen ym. Pidän osastolla tärkeänä ja kannusten henkilökuntaani siihen, että luokitukset tehdään ja huomioidaan resurssien kirjaamiseen liittyvät seikat.*

Osalla tutkimuskysymykseen vastanneilla osastonhoitajilla oli omasta mielestään **osittaiset valmiudet**. Näin vastanneet kokivat myös ohjelman käytön helpoksi. Tutkimuksessa ilmeni joidenkin osastonhoitajien luokittelun käytön tällä hetkellä olevan ainoastaan resurssien kirjaamista koneelle ja eräät kuvasivat katsovansa

tietoja vain satunnaisesti. Heikkouksina käytössä vastauksissa tuli esille muun muassa se, ettei muutama vastanneista luokitellut potilaita lainkaan tällä hetkellä. Lisäksi tutkimuksessa ilmeni, että eri luokitusasteiden sisäistämisen koettiin vaikeaksi. Heikkoutena koettiin tietojen hyödyntäminen jälkikäteen, ei niinkään ennakoivana järjestelmänä..

*Hoitoisuusjärjestelmää käytän jälkikäteen eli näen sen heikkoutena. Ennakoivana menetelmänä en ikävä kyllä ole vielä sitä työkaluksi löytänyt. Joskus katson luokitteluja / hoitajia päivittäin, mutta järjestelmä tuntuu jotenkin "kankealta".*

Yläkategoriasta **opettelen vielä hyödyntämistä**, muodostui alakategoria **halu oppia**. Tutkimus osoitti osastonhoitajien, jotka eivät vielä ole varmoja taidoistaan hoitoisuusluokittelujärjestelmän käytössä, uskovan tekniikan olevan opeteltavissa ja totesivat käytön luovan varmuutta. Tuloksista tuli ilmi kuitenkin se, että osastonhoitajat olivat halukkaita tulevaisuudessa hyödyntämään hoitoisuusluokitusta ja toivoivat järjestelmän muodostuvan päivittäiseksi työkaluksi oman työnsä avuksi.

Tietojen hyödyntämiseen osastonhoitajien oman työn apuna luotiin yläkategoriaksi **hoitotyön laadun paraneminen**, joka muodostui neljästä alakategoriasta: **henkilöstösuunnittelu, raportointi- ja tilastointi, hoitoisuuden seuranta ja hoitotyön kehittäminen** (liite 4).

**Henkilöstösuunnittelun** mahdollistuminen kuvattiin hoitoisuusluokitusjärjestelmän suurimmaksi avuksi osastonhoitajille oman työn avuksi. Luokitusjärjestelmän kautta osastonhoitajat näkivät mahdolliseksi riittävän ja osaavan henkilökunnan saamisen sekä sen oikean kohdentamisen ennakoivasti järjestelmän avulla.

*Voin silloin toivon mukaan ennakoida riittävän ja osaavan henkilökunnan saamiseen jokaiseen työvuoroon.*

*Henkilöstöressurssien kohdentaminen on ollut suurin mitä on tehty luokittelujen perusteella*

**Raportoinnin ja tilastoinnin** kannalta osastonhoitajat kuvasivat Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödyntämisen mahdollisuudet tällä hetkellä vähäisiksi optimaalisen hoidon tason puuttuessa järjestelmästä. Lisäksi tuloksissa tuotiin esille, ettei ohjelma kuvaa riittävästi osastolla olevaa potilasainesta. Myös ajanpuute koettiin esteeksi järjestelmän hyödyntämiselle. Suurimmaksi ongelmaksi osastonhoitajat kokivat kuitenkin sen, ettei järjestelmän hoitoisuusraportointiin ole tällä hetkellä työkaluja käytössä lainkaan. Tulevaisuutta ajatellen osastonhoitajat pystyivät kuitenkin kuvaamaan selkeästi miten he aikovat järjestelmää hyödyntää ennakoina työväliseen tilastotietojen ja raportoinnin mahdollistuttua. Hoitoisuustietoja ja kuukausitilastoja osastonhoitajat kuvasivat käyttävänsä osastojen yhteisissä palavereissa sekä jonkin verran myös henkilöstö resursoinnin hyödyntämisessä. Tilastoista osastonhoitajat kuvasivat saavansa myös tietoa osaston potilasaineesta ja työn kuormittavuudesta.

*Hyödyntäminen on vielä "lapsen kengissä", sillä tällä hetkellä emme saa mitään tilastoja.*

*Katson luokitellut potilaat ja resurssit ja aktivoin henkilökuntaa luokittelemaan. Oikeastaan käytän järjestelmää jälkikäteen, mutta tavoitteena on hyödyntää ennakoina järjestelmänä. Toivon voivani arvioida hoitaja / hoitoisuutta käyttäen järjestelmää hyväkseni. Voin silloin, toivon mukaan, ennakoida riittävän ja osaavan hoitohenkilökunnan jokaiseen työvuoroon*

Osastonhoitajat kuvasivat myös järjestelmän helpottavan jatkossa **hoitoisuuden seuranta**, jolloin osastonhoitajat pystyvät jatkossa hyödyntämään ohjelmaa hoitaja /hoitoisuuden seurannassa saaden samalla tietoa osaston kuormituksesta. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyötynä osastonhoitajat näkivät myös **hoitotyön kehittämisen** näkökulman osaston henkilökunnan kanssa käydyillä keskusteluilla, joissa mietitään ja pohditaan hoitoisuutta. Tuloksissa kuvattiin optimaalisen hoidon tason määrityksen tärkeyttä jolloin se mahdollistaa edelleen osastonhoitajille lisäapua omaan työhönsä.

7.3 Millaisiksi osastonhoitajat kokivat saamansa koulutuksen järjestelmän käyttöön ja siitä saatavien tietojen hyödyntämiseen.?

Kokemukseen koulutuksesta ja koulutuksen kehittämisestä tulevaisuudessa saaduista vastauksista muodostui yksi yläkategoria, **ammattillinen kehittyminen** joka muodostettiin kahdesta yläkategoriasta **koulutuksen laatu ja kehittymistä tukevat mallit** (liite 5).

**Koulutuksen laatu** muodostettiin kolmesta alakategoriaa, joissa osastonhoitajat kuvasivat koulutuksen riittävyttä itselleen. Osastonhoitajista osa oli saanut hoitoisuuluokitusjärjestelmäkoulutusta valtakunnantason koulutuksissa ja Rafaela- käyttäjäpäivillä sekä esimiehille suunnatussa koulutuksessa ja he kokivatkin saaneensa **riittävästi koulutusta**. Osastonhoitajat joille koulutus oli järjestetty Päijät-Hämeen keskussairaalan järjestämissä sisäisissä koulutustilaisuuksissa, kokivat **koulutuksen riittämättömäksi**. Tuloksissa ilmeni myös **Lisätiedon tarve**. Jatkossa myös koulutuksen sisältöä toivottiin mietittävän. Vastauksista ilmeni että osalla oli toivetta tietojen päivittämiseen ja perusteellisempaan tietoon jotta järjestelmästä saatujen tietojen hyödyntäminen tulisi itselle helpommaksi

*Tiedon päivittäminen on paikallaan.*

*Olen saanut riittävän koulutuksen.*

Toinen yläkategoria sisälsi koulutuksen **kehittämisen tukevia malleja**, joka muodostettiin kolmen alakategorian pohjalta, **vertaistuki, ammatillinen apu ja opetusideat**. Tässä vastauksessa osastonhoitajat toivoivat **vertaistukena** kollegojen eli osastonhoitajien yhteisiä tapaamisia ja tietojen ja kokemusten vaihtamista toistensa kanssa järjestelmän käytöstä. Lisäksi ehdotettiin yhteiskoulutusta kaikille osastonhoitajille. **Ammatilliseksi avuksi** osastonhoitajat toivoivat hoitoisuusyhdyshenkilön palkkaamista Päijät-Hämeen keskussairaalaan. Yhdyshenkilö toimisi samalla luokittelusta vastaavana henkilönä ja apuna osastonhoitajille hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytössä tulevaisuudessa. **Opetusideoina** osastonhoitajat mainitsivat koulutuksessa kaivattavan tapaus- eli ”case”-esimerkkejä, sekä yksikkökoh-

taisia konkreettisia harjoituksia järjestelmän hyödyntämiseen päivittäisenä työkaluna. Tämän kautta osastonhoitajat kuvasivat saavansa paremman hyödyn jatkossa osaston toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen.

*Tapaus esimerkkejä, ne valaisevat aina.*

*Olisi saatava luokittelusta vastaava henkilö taloon ja luokittelu järjestelmälliseksi.*

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kokonaisluotettavuuden muodostavat reliabiliteetti ja validiteetti yhdessä.. Tutkimuksen validilla tarkoitetaan mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin. Reliabiliteetilla puolestaan tarkoitetaan tutkimusten luotettavuutta, eli tulosten samana pysyvyyttä ja tarkkuutta. (Vilka 2005, 161) Nämä termit liitetään useasti myös kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimukseen ja siksi niiden käyttöä pyritäänkin välttämään laadullisessa tutkimuksessa. Kaiken tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulisi kuitenkin jollakin lailla arvioida vaikka mainittuja termejä ei haluttaisikaan käyttää. (Hirsjärvi ym. 2008, 227.) Janesickin mukaan (2000) ydinasioita laadullisessa tutkimuksessa ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Tällöin validius merkitsee kuvauksen ja siihen liittyvien selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta. (Hirsjärvi ym. 2008, 227.) Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuus koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita ja esimerkiksi aineiston tuottamisen olosuhteet tulisi kertoa selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2008, 227.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan omat luonteenpiirteet eivät saa vaikuttaa siihen mitä ja miten hän havainnoi ja käsittelee asioita. Kvalitatiivinen tutkimus on

kokonaisuudessaan ainutkertainen, eikä sitä koskaan voida toistaa täysin sellaisenaan. Jotta tutkimusta voidaan pitää luotettavana, on kvalitatiivisessa tutkimuksessa tärkeintä, että tutkimuskohde ja tutkittu aineisto sopivat yhteen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133.) Vilkan mukaan (2005, 158 – 159) tutkijan on aina kuvattava tutkimuksessaan, mitä, miten ja mistä perustelut hänen ratkaisuihinsa ovat syntyneet. Tutkijan tulee siis arvioida luotettavuuskysymystä jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla.

Tässä opinnäytetyössä on pyritty kuvaamaan koko tutkimusprosessi mahdollisimman tarkasti. Tutkimuksen teoreettinen osuus on rakennettu tutkimuskysymyksien pohjalle ja teoria-aineistona on käytetty mahdollisimman tuoreita lähteitä lisäämään luotettavuutta. Myös työn tarkoitus, tehtävät ja tavoite on pyritty kuvaamaan mahdollisimman yksiselitteisesti tutkimuskysymysten muodossa. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat sairaalan osastonhoitajat, joiden valmiuksia hoitoisuusluokituksen käyttöön ja siitä saatavien tietojen hyödyntämiseen haluttiin tutkittavan sairaalan omasta toiveesta. Tutkimuksessa mukana olleilla osastonhoitajilla on useamman vuoden kokemus osastonhoitajan työstä tässä sairaalassa ja Rafaela-järjestelmä on heille siten entuudestaan tuttu.

Tutkimuskysymykset lähetettiin kohderyhmälle Webropol-järjestelmän kautta avoimina kysymyksinä, joihin heidän toivottiin vastaavan esseetyyppisesti. Tällä tavoin pyrittiin saamaan mahdollisimman paljon aineistoa osastonhoitajien kokemuksista järjestelmän käytöstä ja siitä saatavien tietojen hyödynnettävyydestä oman työn apuna. Aineiston paljouden varmistamisen lisäksi avoimien kysymysten etuna pidetään myös sitä, että ne eivät ehdota vastauksia, vaan osoittavat, mitkä tekijät ovat vastaajista tärkeitä ja keskeisiä. Avointen kysymysten heikkoutena taas pidetään, ettei tutkijalla ole mahdollisuutta varmistaa vastausten rehellisyyttä eikä kysymyksiin vastaamisen huolellisuutta. Tutkijalle jää epäselväksi osittain myös se, millaisena vastaajat kokevat kysymysten asettelun selkeyden sekä kysymysten ymmärrettävyyden. (Hirsjärvi ym. 2008, 196.) Aineiston määrä ja vastausten selkeys suhteessa esitettyihin kysymyksiin antoivat kuitenkin kuvaa tässä tutkimuksessa siitä, että kysymykset olivat helposti ymmärrettäviä.

Tutkimustuloksissa aineisto on pelkistetty niin, ettei sen asiasisältö ole muuttunut. Tutkimustuloksiin on lisätty lisäksi suoria lainauksia aineistosta lisäämään sen luotettavuutta. Hirsjärven ym. (2008, 177) mukaan laadullisessa tutkimuksessa aineistosta ei tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. Tutkittaessa yksityistä tapausta kyllin tarkasti saadaan näkyviin se, mikä toistuu usein tarkasteltaessa ilmiötä yleisemmällä tasolla. Tässä opinnäytetyössä tutkimustulokset on pyritty esittämään siten, että niiden yhteys ja toistettavuus tulee näkyviin. Sisällönanalyysi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti kohta kohdalta lukijoille ja kategoriat on nähtävissä tämän työn liitteissä. Opinnäytetyön tulokset tullaan luovuttamaan ja esittelemään myöhemmin kohderyhmälle sairaalan toiveen mukaisesti. Tällä Facevalideetilla (tulosten esittäminen kohderyhmälle) lisätään omalta osaltaan opinnäytetyön luotettavuus näkökulmaa.

Tutkimuseettiset kysymykset koskevat tiedonhankintaa, tutkittavien suojaa ja tutkijoiden vastuuta tulosten soveltamisesta. Tutkimuseetiikan kannalta on tärkeää, että tutkimus ei vahingoita tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Tutkimuksen on myös oltava osallistujille vapaaehtoista. Tutkimuksesta saatavan hyödyn tulisi olla suurempi kuin haitan. (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1997, 26–27.) Krausen & Kiikkalan (1997) mukaan hoitotyön tutkimuksen pitää olla eettisesti sopusoinnussa sekä yleisen tutkimuseetiikan että myös hoitotyön ammattietiikan kanssa. Viime kädessä meidän, tutkijoiden, oma sisäinen moraalimme ohjailee tutkimuksen eettisiä ratkaisuja. Tutkija ei saa väärentää tuloksia, eikä myöskään jättää mitään oleellista tutkimustulosten ulkopuolelle. Kun laadullinen tutkimusaineisto kohdistuu ihmisten omiin kokemuksiin, tulee aineiston hankinnassa korostaa etenkin vastuullisuutta. Tutkimus ei saa loukata osallistujien ihmisoikeuksia ja siihen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista. (Aro & Tattari 2007.)

Tutkimusluvan saamiseksi viitekehys vietiin Päijät-Hämeen keskussairaalan vt. hallinnon ylihoitajalle. Hän yhdessä kahden muun ylihoitajan kanssa kävi läpi opinnäytetyön viitekehysten ja myönsi sen pohjalta tutkimusluvan työlle. (liite 6) Tutkimuskysymysten mukana osastonhoitajille lähetettiin saatekirje (liite 7) jossa kerrottiin tarkasti mihin tarkoitukseen kyselyä tullaan käyttämään. Kirjeessä korostettiin luottamuksellisuutta sekä vapaaehtoisuutta vastaamiseen.

Tutkijan ja tutkittavan suhde on tärkeä seikka tutkimuksen etiikan kannalta. Tutkittavilla on oikeus tietää, mihin vastauksia käytetään, mikäli he osallistuvat tutkimukseen. Laadullisessa aineistossa kohderyhmä on yleensä pieni, joten tutkittaville on taattava anonymiteetti. Tutkittavien tulee saada riittävästi tietoa itse tutkimuksesta, mutta tieto ei kuitenkaan saisi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimukseen suostumisen yhteydessä korostetaan anonymiteettiä sekä kieltäytymisen mahdollisuutta. (Paunonen ym. 199, 29 -30.)

Tutkimusaineisto purettiin Webropol-järjestelmästä ensimmäisen kerran siirtämällä se sellaisenaan Word-tekstinkäsittelyohjelmaan. Tässä vaiheessa tutkijat pystyvät näkemään kuka on vastannut kysymyksiin, mutta vastauksista ei voida tietää mikä niistä on kenenkin lähettäjä. Tämä sekä meidän vaitiolovelvollisuutemme takaavat yhdessä tutkimusaineiston salassa pysymisen. Vaikka tutkimustulosten esittämisen tukena käytetään suoria lainauksia, vastaajien henkilöllisyyttä ei niistä pysty tunnistamaan. Tutkimuksen tekijöiden on varmistettava, että vastaajien oikeudet toteutuvat. Vastaukset tuhoetaan asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. (Leino-Kilpi 2003, Aro & Tattarin 2007 mukaan.)

## 8.2 Tutkimustulosten pohdinta

Tässä opinnäytetyössä haluttiin selvittää miten osastonhoitajat kuvaavat hoitoisuusluokitusta osana hoitotyötä, millaiseksi he kokevat omat valmiutensa hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön ja siitä saatujen tietojen hyödyntämiseen. Lisäksi tutkimuksessa haluttiin selvittää millaisena osastonhoitajat kokevat saamansa koulutuksen riittävyyden järjestelmän käyttöön ja siitä saatavien tietojen hyödyntämiseen.

Osastonhoitajat kuvasivat hoitoisuusluokituksen merkitystä osana hoitotyötä melko hyvin. Vastauksista nousi esille monta hoitotyön kannalta tärkeää asiaa kuten potilaiden yksilöllisten hoitotarpeiden huomioiminen, henkilöstöressurssien oikea kohdentaminen, kirjaamisen kehittyminen sekä hoitotyön laadun kehittäminen. Vasta-



uksista jäi puuttumaan kokonaan se osa taloudellisuus näkökulmaa, jolloin luokitusjärjestelmästä saatujen tietojen hyödyntäminen näkyy budjetoinnissa, kustannuslaskennassa ja tuotteistuksessa.

Osastonhoitajat kokivat omat valmiutensa hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytöstä vahvoiksi. Lähes kaikki kuvasivat hallitsevansa itse luokittelun ja resurssien kirjaamisen koneelle. Tietojen hyödynnettävyydessä oli kuitenkin jo pelkästään käytännön ongelmia. Vastauksista ilmeni, että osastoilla ei ole lainkaan raporttien ulossaantimahdollisuuksia. Lisäksi lähes kaikilta osastoilta puuttuu kokonaan hoitoisuusmäärittelyt. Tämä jo itsessään hankaloittaa tietojen hyödynnettävyyttä osastonhoitajien oman työn apuna. Vastauksien perusteella selvisi kuitenkin, että osastonhoitajilla oli pääsääntöisesti teoreettinen tieto järjestelmän hyödynnettävyydestä. Tällä hetkellä osastonhoitajat kuitenkin käyttivät tietoja vain hoitoisuustietojen läpikäymiseen sekä kuukausitilastojen seurantaan.

Koulutuksen riittävydestä ja saamastaan koulutuksesta osastonhoitajat antoivat tyydyttävän arvosanan. Vastaajista vain osa on saanut mielestään riittävää koulutusta Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön ja tietojen hyödyntämiseen. Osa oli saanut vain käytön perusopetuksen talon omassa koulutuksessa. Vastauksista kävi ilmi, että ne joilla oli ollut vastuullisempi tehtävä koko sairaalan järjestelmän sisäänajosta, olivat saaneet huomattavasti pidemmälle vietyä koulutusta. Talon oma koulutus oli taas ollut melko vähäistä osin projektinvetäjien vaihtumisen ja osittain vetäjän puuttumisen takia kokonaan. Koulutuksen sisältöä kuvattiin puutteelliseksi. Osastonhoitajat toivoivat perusteellisempaa tietoa järjestelmän käytöstä ja tietojen hyödynnettävyydestä.

Tämän opinnäytetyön tulokset antavat samansuuntaisia tuloksia Pusan (2007) väitöksen kanssa jossa todetaan, että optimaalisen työtilanteen mittaaminen auttaa hoitotyön johtajia sijoittamaan ja siirtämään hoitajia tehokkaammin potilaiden hoidon tarpeen mukaisesti. Hoitajien onnistuneella sijoittamisella suhteessa potilaiden hoidon tarpeeseen näyttäisi Pusan mukaan olevan vaikutusta sekä hoitajien työhyvinvointiin, että potilaiden saaman hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen. Pusan väitöksessä todetaan edelleen, että hoitotyön tuottavuuden mittaamisella saadaan

selville, jos hoitajia on liian vähän tai liian paljon potilaiden hoidon tarpeisiin nähden.

Pusan (2007) tutkimusaineisto neljästä keskussairaalaista antaa viitteitä siitä, että luokitusjärjestelmästä saatavia mahdollisuuksia olisi voitu hyödyntää laajamittaisemmin hoitotyön johtamisessa. Väitöksessä hoitotyön johtajat kaipasivat parempia on-line raportteja, sekä lisäkoulutusta, jotta luokitusjärjestelmän hyödyntäminen olisi kattavampaa. Pusan tutkimustulokset ovat samansuuntaisia myös sen osalta, etteivät kaikki tutkimuksessa olleet hoitotyön johtajat olleet hyödyntäneet Rafaela-järjestelmän mahdollisuuksia täysimittaisesti. Järjestelmästä saatavasta tietoaineistosta on Pusan mukaan mahdollisuuksia laajempaan hyödyntämiseen strategisessa ja operatiivisessa johtamisessa.

Myös Ojaniemen (2005) tekemän pro gradu-työn tulokset tukevat tämän opinnäytetyön tuloksia. Tuloksissa nousee esille järjestelmän hyödyntämisen vähäisyys ja käytäntöjen vaihtelevuus. Ojaniemen tutkimuksessa haastateltiin teemahaastatteluun kolmen eri sairaalan kahtatoista johtavassa asemassa olevaa hoitotyön hallinnon edustajaa. Tutkimustulosten mukaan tutkimukseen osallistujat kaipasivat konkreettista näyttöä siitä, miten ja mihin järjestelmästä saatua tietoa voidaan hyödyntää. Tutkimustuloksissa tulee esille myös se, että hyödyntämisen tueksi tarvitaan koulutusta sekä selkeitä yhteisiä ohjeita siitä, miten hoitoisuusluokituksen avulla saatuja tietoja voidaan hoitotyön hallinnossa ja johtamisessa hyödyntää.

Ojaniemen (2005) tutkimustulokset ovat vastaavanlaisia myös siltä osin tämän työn kanssa, että johtajat kokevat hoitoisuusluokituksen positiivisena ja hyvänä asiana. Luokittelu on tuonut hoitotyötä elävämmäksi ja tarjonnut hoitotyön hallintoon ja hoitotyön johtajille työkalun arkipäiväisen toiminnan. Samat asiat korostuvat myös tämän työn vastauksissa. Ojaniemi toteaaakin hoitoisuusluokitustietojen hyödyntämisen vaativan tilastotieteellistä osaamista ja koulutusta, tietojärjestelmien kehittämistä, yhtenäistä luokituslinjaa, hoitoisuusluokituksen avulla saadun tiedon luotettavuutta, henkilökunnan jatkuvaa motivointia/palautteen antamista ja nimettyä hoitoisuusasiantuntijaa, joka hallitsee hoitoisuusluokituksen hyödyntämisen.

### 8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämä tutkimus on tuonut uutta ja kuvailevaa tietoa osastonhoitajien valmiuksista Rafaela- hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytöstä ja saatujen tietojen hyödyntämisestä Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Lisäksi tutkimustuloksista selviää osastonhoitajien kokemus saaduista koulutuksista ja niiden riittävydestä. Teoriaosuuden ja tutkimustulosten perusteella, mieleemme nousivat seuraavat kehittämistarpeet, joilla voidaan parantaa osastonhoitajien hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyötykäyttöä.

Vastauksista ja käymistämme keskusteluista sairaalassa ilmeni selkeä tarve hoitoisuusyhdys henkilön saamisesta taloon. Tämän henkilön tulisi olla mielestämme vakituisessa työsuhteessa yhdys henkilön tehtävään, jolla vältettäisiin vastaavan henkilön jatkuva vaihtuvuus. Kokopäiväisesti tehtävään palkatulla asiantuntijalla taattaisiin järjestelmän käytön kehittämistyö koulutuksineen sekä järjestelmän käytön laajentaminen koko sairaalaa käsittäväksi järjestelmäksi.

Tarvittaessa hoitoisuusyhdys henkilö voi koota rinnalleen työryhmän, joka kehittää hoitoisuusluokitusta edelleen sekä toimii samalla osastolta tulevan tarpeen tiedonvälittäjänä. Työryhmä koostuu esimerkiksi eri osastojen hoitotyöntekijöistä, alan asiantuntijoista, hoitoyön johtajista jne.

Tutkimustulosten mukaan sairaala on kouluttanut osastonhoitajia luokitusjärjestelmän käyttöön ja siitä saatavien tietojen hyödyntämiseen. Vastauksista ilmeni kuitenkin, että järjestelmän käytön lisäkoulutukselle on tarvetta. Palkatulla hoitoisuusyhdys henkilöllä voidaan mielestämme taata paremmin riittävä lisäkoulutuksen järjestäminen sekä osastonhoitajille että osastoille.

Tutkimustulosten mukaan keväällä 2009 tulevaan optimaalisen hoitoisuuden määrittelevää Paoncil- menetelmää odotellaan. Tällä saataisiin osastonhoitajille ja hoitotyöntekijöille konkreettisia ja ajan tasalla olevaa tietoa osastojen hoitoisuusastoista. Jatkossa kehittämistarpeissa on huomioitava mittarin saaminen melko nopeasti jokaiselle osastolle toimivaksi työkaluksi. Tulosten mukaan hoitohenkilökun-

nalta ja osalta osastonhoitajista on katoamassa luokittelu-motivaatio tulosten ulos-  
saamisen puuttumisen takia.

Omaa työtämme täydentäisi jatkotutkimus, sen jälkeen kun Paoncil-menetelmäkin  
on ollut toiminnassa jonkin aikaa. Tutkimuksessa voitaisiin selvittää, miten paljon  
nykyistä enemmän osastonhoitajat hyödyntävät hoitoisuusluokitusjärjestelmää  
oman työnsä apuna esimerkiksi budjetoinnissa ja resurssien kohdentamisessa.

## LÄHTEET

Aaltonen, P. & Katajisto, H. 2008. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia raportointi-käytännön muutoksesta erikois-sairaanhoidossa. Satakunnan ammattikorkeakoulu [viitattu 12.12.2008] Saatavissa:

[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/492/2008\\_samk\\_sote\\_aaltonen\\_paivi\\_katajisto\\_helena.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/492/2008_samk_sote_aaltonen_paivi_katajisto_helena.pdf?sequence=1)

Aro, H & Tattari, M. 2007. Omahoitajatyöparityöskentely omahoitajien kuvaamana Pitkäniemen sairaalan Eva-yksikössä. Hoitotyön koulutusohjelma, HAMK:n opinnäytetyöjulkaisuja 5/2007. [viitattu 15.3.2009]. Saatavissa:

[http://portal.hamk.fi/portal/page/portal/HAMKJulkisetDokumentit/Yleisopalvelut/Julkaisupalvelut-lut/Kirjat/kielet\\_kulttuuri\\_hyvinvointi/Omahoitajatyöparityöskentely\\_omahoitajien\\_kuvaamana.pdf](http://portal.hamk.fi/portal/page/portal/HAMKJulkisetDokumentit/Yleisopalvelut/Julkaisupalvelut-lut/Kirjat/kielet_kulttuuri_hyvinvointi/Omahoitajatyöparityöskentely_omahoitajien_kuvaamana.pdf)

Fagerström, L. & Rauhala, A. 2003. Finnhoitoisuus -hoitotyön benchmarking. Projektin loppuraportti. Suomen Kuntaliitto. [viitattu 21.1.2009]. Saatavissa:

[http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;29;60;498;499;21976;33356](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;60;498;499;21976;33356)

Hakala, T. 2008. Hoitoisuusluokituksen toteuttaminen psykiatrisessa sairaalassa – hoitajien arvioita. [viitattu 24.11.2008]. Saatavissa:

[https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/35965/jamk\\_1201523916\\_4.pdf?sequence=1](https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/35965/jamk_1201523916_4.pdf?sequence=1)

Halme, T. 2006. Rafaela-hoitoisuusluokituksen käyttöönotto Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Loppuraportti.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja Kirjoita. 10. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.- 14., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hoitoisuusluokituksen tietojärjestelmät –kehittämiprojektin loppuraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 9/2001. [viitattu 14.3.2009]. Saatavissa <http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=11091&lan=1>

Janhonen, S. & Nikkonen, M.(toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Jokitalo, S. & Loukiala, S. 2008. Hoitoisuusluokituksen kriteeristö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. [viitattu 15.11.2008]. Saatavissa: [https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/38402/jamk\\_1211537186\\_4.pdf?sequence=1](https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/38402/jamk_1211537186_4.pdf?sequence=1)

Jorvin sairaalan hoitoisuusluokituksen loppuraportti, 02/2004. [viitattu 14.3.2009]. Saatavissa: [www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,9165,9167,5497](http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,9165,9167,5497)

Kanerva, A. 2004. Hoitotyö erikoissairaanhoidossa Oulu Patient Classification -mittarilla ja suomalaisella hoitotyön minimitiedostolla kuvattuna. Hyks, Jorvin sairaalan julkaisu Sarja A 02/2004 [viitattu 14.3.2009]. Saatavissa: [www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,9165,9167,7438](http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,9165,9167,7438)

Kanerva, A. 2003. Hoitoisuusluokituksen reliabiliteetin varmistaminen HYKS, Jorvin sairaalassa. Hyks, Jorvin sairaala Julkaisu, Sarja A 01/2003 [viitattu 14.3.2009]. Saatavissa: [www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,868,878,3742](http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,868,878,3742)

Kanerva, A; Alin, T; Aschan, H; Harinen, M; Konttinen, R & Lindqvist, P. 2003. Jorvin sairaalan hoitoisuusluokitusprojekti, väliraportti II. Julkaisu, Sarja B 01/2003.[viitattu 15.11.2008]. Saatavissa: [www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,868,878,6244](http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,868,878,6244)

Koski, S. 2006. Osastonhoitajan toiminta laadun ja muutoksen johtajana ennen organisaatio-muutosta ja sen jälkeen. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotyön laitos. [viitattu 12.1.2009]. Saatavissa:

<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01332.pdf>

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11, 1/1999, 3-12.

Linnajärvi, U. 2009. Terveystieteiden kandidaatti, projektikoordinaattori. Päijät-Hämeen keskussairaala. Haastattelu 12.1.2009.

Luhtasela, L. 2006. Hoitoisuuden vaikutus hoitotyöhön Rafaela-järjestelmän avulla tarkasteltuna. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos [viitattu 19.11.2008]. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01331.pdf>

Narinen, A. 2000. Terveystieteiden osastonhoitajien työn sisältö tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon yksikkö. Väitöskirja. [viitattu 18.11.2008]. Saatavissa:

<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/narinen/terveyde.pdf>

Ojaniemi, K. 2005. Hoitoisuusluokituksen hallinnollinen hyödyntäminen. Vaasan yliopisto, Sosiaali- ja terveyshallinto. [viitattu 21.1.2009]. Saatavissa:

[www.tritonia.fi](http://www.tritonia.fi)

Ollila, S. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa palveluorganisaatioissa. 2006. Vaasan yliopisto, hallintotieteiden tiedekunta, sosiaali- ja terveyshallinnon ala. [viitattu 15.2.2009]. Saatavissa:

[www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_952-476-129-7.pdf](http://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_952-476-129-7.pdf)

Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa.

Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos, [viitattu 11.12.2008]. Väitöskirja. Saatavissa: <http://www.uku.fi/vaitokset/2002/isbn951-781-938-2.pdf>

Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki:WSOY.

Puolakka, A. 1995. Aidon huolenpidon kokemus hoitotyössä. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro Gradu -tutkielma.

Pusa, A-K. 2007. The Right Nurse in the Right Place - Nursing Productivity and Utilisation of the RAFAELA Patient Classification System in Nursing Management. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta Terveystieteiden tiedekunta. [viitattu 16.3.2009]. Saatavissa:

[http://granum.uta.fi/granum/kirjanTiedot.php?tuote\\_id=16680](http://granum.uta.fi/granum/kirjanTiedot.php?tuote_id=16680)

Rainio, A-K. & Ohinmaa, A. 2004. Henkilöstövoimavarojen käytön arviointi Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla. Terveystaloustiede 2004. Stakesin monistamo, Helsinki. [viitattu 21.1.2009]. Saatavissa:

<http://www.lepe.ee/vvfiles/c/c29e0e87895858ee6de8f2c7650f3131.pdf>

Rantala, S. 2006. Tietoverkot osastonhoitajan työvälineenä perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, terveyshallinnon ja -talouden laitos. [viitattu 15.12.2008]. Pro gradu-tutkielma. Saatavissa:

<http://www.uku.fi/tht/opinnaytteet/SinikkaRantalagradu.pdf>

Ruoholinna-Jakonen, T. 2004. Dokumentoinnista aitoon dialogiin

Tutkimus terveydenhuollon osastonhoitajien käsityksistä hyvästä hoitotyön johtamisesta. Tampereen yliopisto, kasvatustieteen tiedekunta. [viitattu 15.11.2008].

Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00453.pdf>

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. [viitattu 15.1.2009]. Saatavissa:

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)

Saranto, K. & Ikonen, H. 2007. Kirjaaminen hoidon laatutekijänä. Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A., Tanttu, K. & Soininen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen



kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007.

Sosiaali- ja terveysministeriö Helsinki 2003. [viitattu 21.1.2009]. Saatavissa:

<http://pre20090115.stm.fi/pr1074690827386/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18 Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite ja toimintaohjelma 2004 – 2007. Helsinki, 2003. Sosiaali- ja terveysministeriönjulkaisuja ISSN 1236-2050; 2003:18)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

## LIITTEET

LIITE 1 Tutkimuskysymykset

LIITE 2 Tutkimuskysymys 1 kategoriat

LIITE 3 Tutkimuskysymys 2 kategoriat

LIITE 4 Tutkimuskysymys 2 kategoriat

LIITE 5 Tutkimuskysymys 3 kategoriat

LIITE 6 Tutkimuslupa

LIITE 7 Saatekirje osastonhoitajille

## LIITE 1

Kuvaile mikä mielestäsi on hoitoisuusluokittelun merkitys osana hoitotyötä?

Kuvaile omia vahvuuksiasi/heikkouksiasi RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytössä?

Kerro, miten tällä hetkellä hyödynnät ja miten tulevaisuudessa aiot hyödyntää omat työsi apuna RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmästä saamiasi tietoja?

Minkälaista koulutusta olet saanut tähän mennessä RAFAELA-järjestelmän käyttöön?

Millaista RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmään annettavan koulutuksen tulisi mielestäsi olla, jotta se kehittäisi entisestään osastonhoitajan valmiuksia käyttää luokitusjärjestelmästä saamia tietoja hyödykseen?

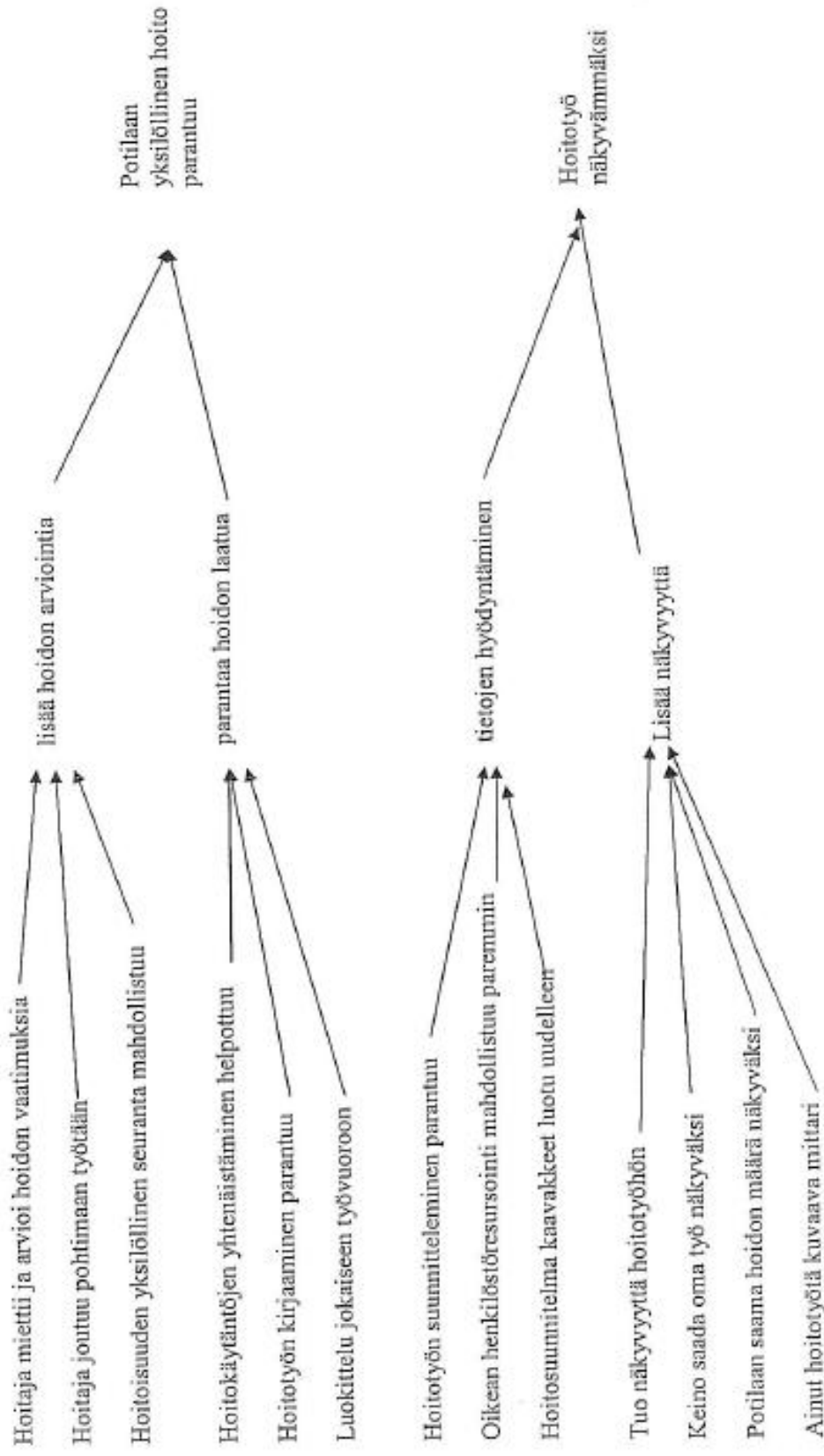
Miten osastonhoitajat kuvaavat hoitoisuusluokituksen merkityksen osana hoitotyötä?

LIIITE 2.

PELKISTETTY ILMAUS

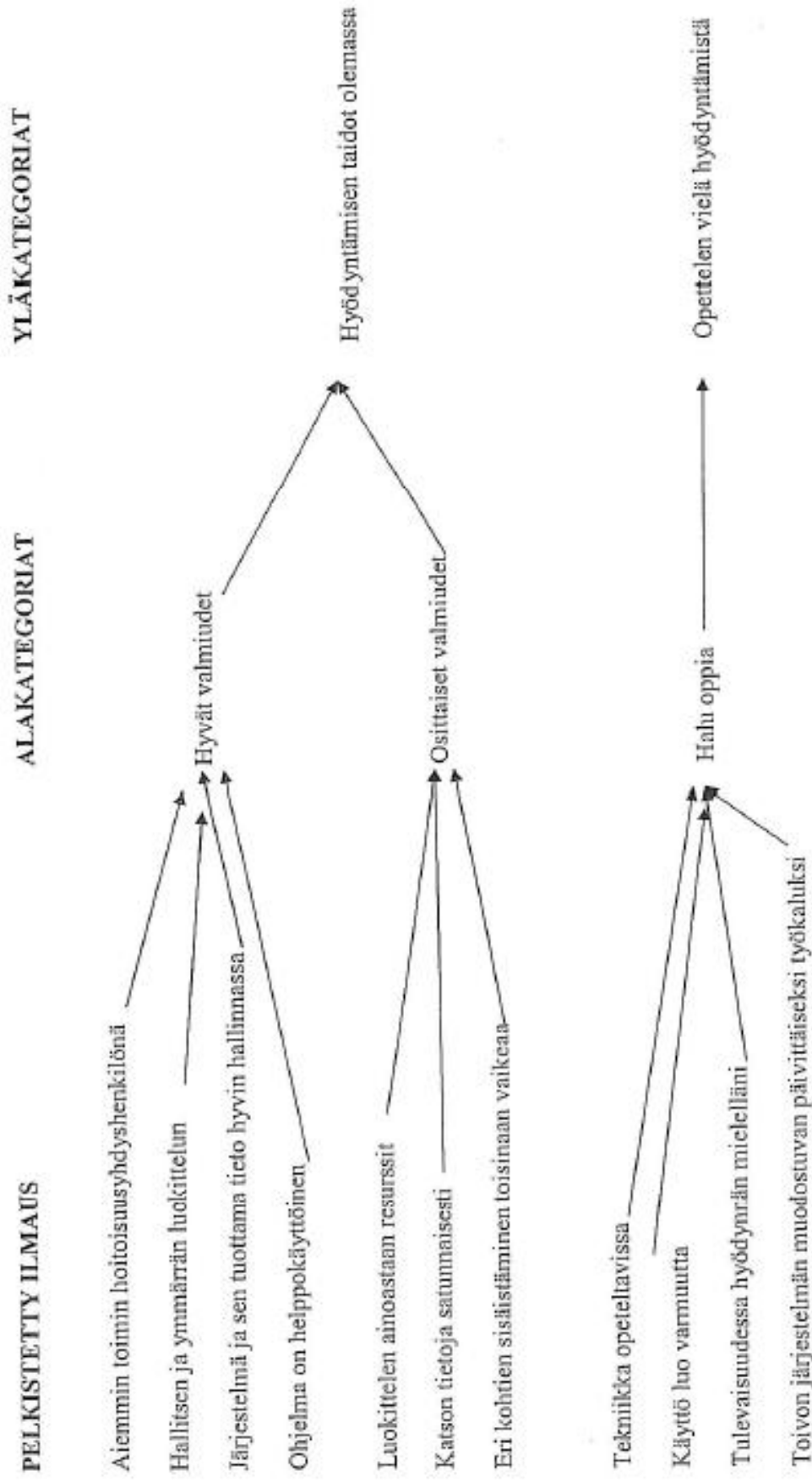
ALAKATEGORIAT

YLÄKATEGORIAT



Millaisina osastonhoitajat kokevat omat valmiutensa hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön ja miten he hyödyntävät järjestelmästä saamiaan tietoja oman työnsä apuna?

LIITE 3.



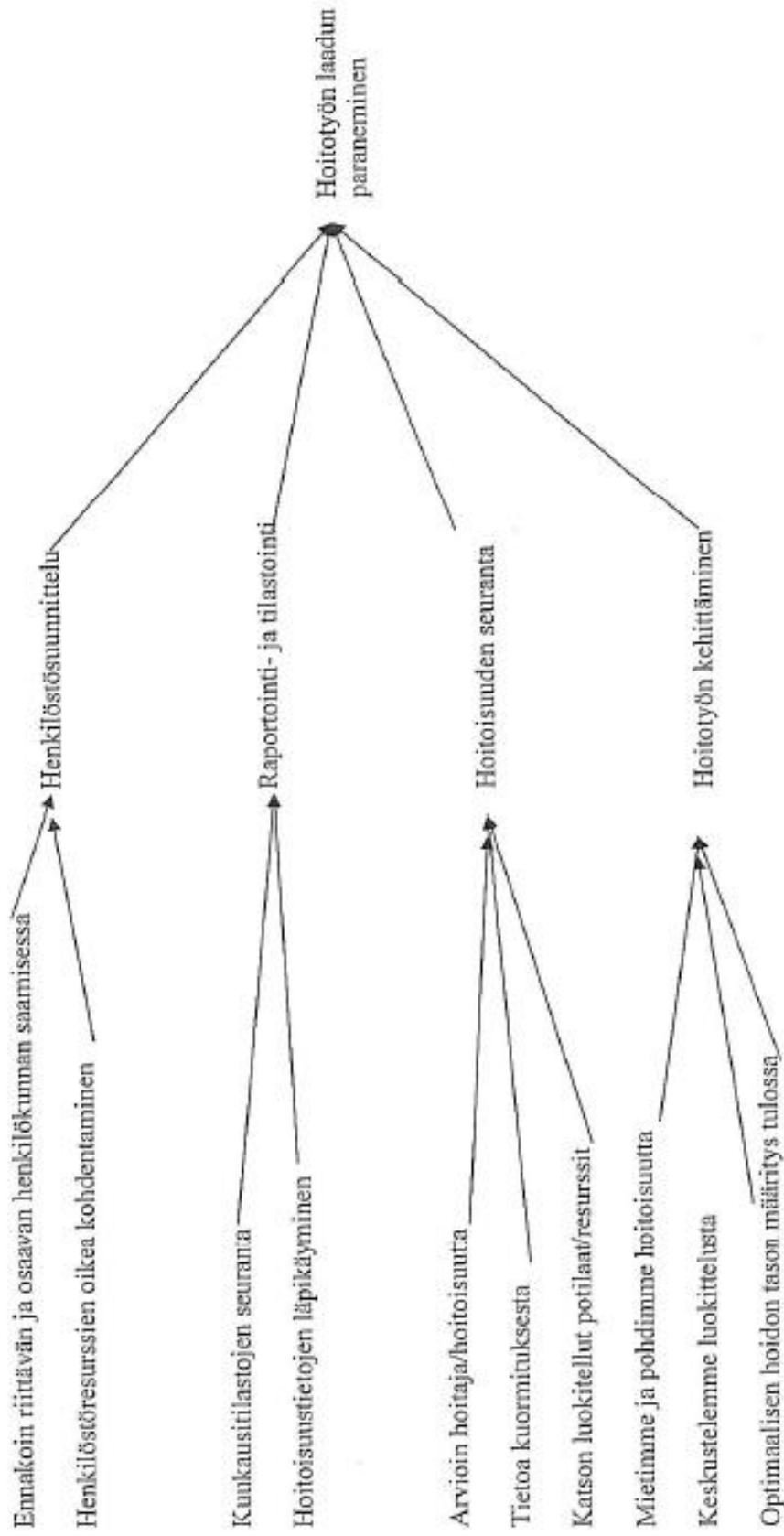
Millaisena osastonhoitajat kokevat omat valmiutensa hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön ja miten he hyödyntävät järjestelmästä saamiaan tietoja oman työnsä apuna?

LIITE 4.

PELKISTETTY ILMAUS

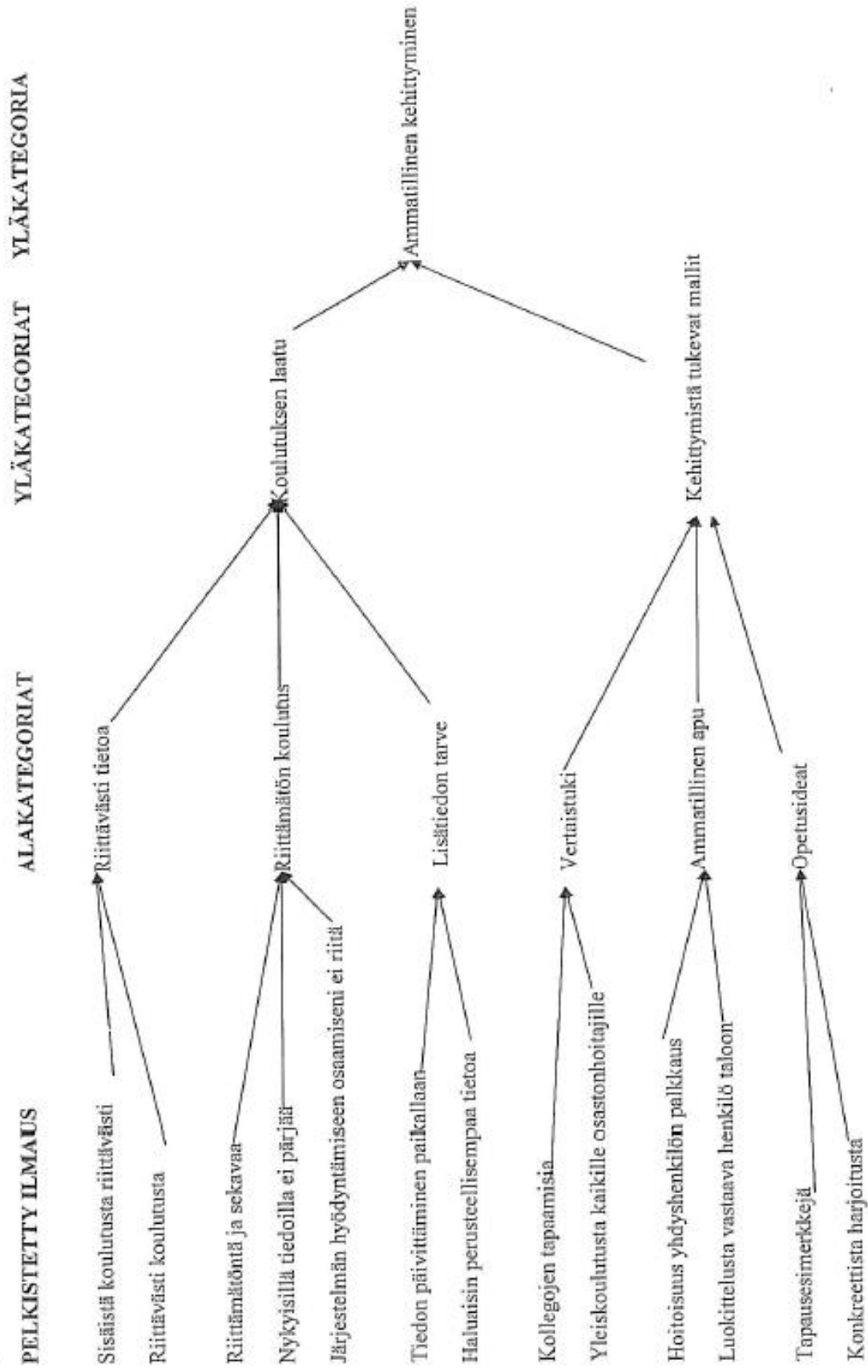
ALAKATEGORIA

YLÄKATEGORIA



LIITE 5.

Millaisena osastonhoitajat kokevat saamansa koulutuksen järjestelmän käyttöön ja miten he toivoisivat koulutusta kehitettävän tulevaisuudessa?





PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYDEKRUULLON KUNTAYHTYMÄ

HAKEMUS/LUPA

Opinnäyte- ja tutkimustyö

Päätös §

3/12009

1. HAKIJA TAI HAKIJAT	Nimi / nimet Laajarinne Eija-Maarit, Salminen Arja	
	Oppilaitos ja koulutusohjelma Lahden ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan laitos, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja AMK	
	Oppilaitoksen osoite Hoitajankatu 3, 15850 LAHTI	
	Ohjaajan nimi oppilaitoksessa Matleena Takaluoma	Puhelin 044 708 0389
	Opinnäyte- / tutkimustyön nimi osastonhoitajien valmiudet Rafaela-hoitotoisuusluokituksen hyödyntämiseen PHKS:ssa	
	Opinnäyte- / tutkimustyön arvioitu valmistumisajankohta huhtikuu 2009	
	Opinnäyte- / tutkimustyön tavoitteet, aineiston keruu ja kohderyhmä Tavoitteena on saada tietoa, minkälaiset valmiudet PHKS:n osastonhoitajilla on Rafaela-hoitotoisuusluokituksen käyttöön ja siitä saatavien tietojen hyödyntämiseen oman työnsä apuna. Työstä saatua tietoa voidaan käyttää johtamisen työvälineenä sekä koulutuksen suunnittelussa. Aineisto tullaan keräämään Webropol-työkalua hyväksikäyttäen, jonka kautta osastonhoitajat vastaavat kolmeen kysymykseen.	
	Osoite, puhelin ja sähköposti (ryhmästä yhden henkilön) Lähteenpellontie 14, 15270 KUKKILA 040 538 4848 eija-maarit.laajarinne@lpt.fi	
Pvm ja hakijan allekirjoitus (ryhmästä yhden henkilön) 16.7.2009 <i>Eija-Maarit Laajarinne</i>		
2. PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Lupa opinnäyte- / tutkimustyöhön myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Lupa edellyttää eettisen toimikunnan käsittelyn <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan, koska  <input type="checkbox"/> Lupa myönnetään seuraavin ehdoin  <input type="checkbox"/> Lupaa ei myönnetä	
	Sopimus opinnäyte- / tutkimustyön raportoinnista: <input checked="" type="checkbox"/> Raportti toimitetaan ylihoitajalle - <i>hallintoylihoitajalle</i> <input type="checkbox"/> Raportti toimitetaan julkaisusarjan toimituskunnalle <input type="checkbox"/> Raportista pidetään osastokokous/koulutus <input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä?	
	Kustannuksista vastaa: <input checked="" type="checkbox"/> Opiskelija/tutkija <input type="checkbox"/> PHSOTEY osallistuu kustannuksiin. Miten?	
	Yhdys henkilön/ohjaajan nimi PHSOTEY:ssä <i>Joh Tulla Järvinen (kir 61-62)</i>	Puhelin
	Luvan myöntäjä PHSOTEY:ssä <i>vs. hallintoylihoitaja</i>	Puhelin <i>044-7195535</i>
	Pvm ja allekirjoitus, nimenselvennys <i>15/1-09 Johannes Oksanen</i>	

Kopio myönnetystä luvasta lähetetään:  
-yksikön osastonhoitajalle / esimiehelle  
-kehittämispäälliköille (sisäisen postin osoite SHALL)



Hyvä osastonhoitaja!

Opiskelemme Lahden ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajan (AMK) tutkintoa. Teemme opinnäytetyötämme aiheesta osastonhoitajien valmiudet RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön ja sen hyödyntämiseen Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää miten Päijät-Hämeen keskussairaalassa työskentelevät osastonhoitajat käsittävät hoitoisuusluokituksen merkityksen osana hoitotyötä, ja kuinka osastonhoitajat aikovat hyödyntää RAFAELA-hoitoisuusluokituksesta saamaansa tietoa oman työnsä apuna. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa miten osastonhoitajat kokevat saamansa koulutuksen riittävyyden hoitoisuusluokituksen käyttöön.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa uutta ja ajankohtaista tietoa osastonhoitajille ja strategiselle johdolle RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön ja hoitoisuusluokituskoulutuksien suunnitteluun.

Olemme saaneet tutkimusluvan vs. Hallintoylihoitaja, THM Johanna Aitamurrolta. Opinnäytetyömme tulokset tullaan raportoimaan maaliskuussa 2009 ja tutkimus toimitetaan myös Päijät-Hämeen keskussairaalaan. Ohjaajana työllemme toimii hoitotyön lehtori Matleena Takaluoma.

Tutkimus toteutetaan osastonhoitajille esitetyillä avoimilla kysymyksillä Webropol-järjestelmän kautta. Kenenkään osallistujan nimeä tai muuta vastaavaa, josta henkilön voisi tunnistaa, ei mainita tutkimustuloksissa. Aineisto tullaan käsittelemään luottamuksellisesti, eivätkä sitä näe muut kuin opinnäytetyön tekijät ja ohjaava opettaja. Opinnäytetyöhömmme vastaaminen on vapaaehtoista. Osallistumisesi olisi kuitenkin tärkeää mahdollisimman kattavan ja oikean tiedon saamiseksi.

Yhteistyöterveisin: Arja Salminen ja Eija-Maarit Laajarinne