

**RAFAELA™-JÄRJESTELMÄN OPCq-MITTARIN KÄYTTÖ JA ARVIOINTI
KEHITYSVAMMAHUOLLOSSA**

Tuula Sutinen
Pro gradu -tutkielma
Hoitotiede
Hoitotyön johtaminen
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Marraskuu 2013

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	HOITOISUUDEN JA TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI KEHITYSVAMMAHUOLLOSSA	10
2.1	Kirjallisuuden hakeminen	10
2.2	Hoitoisuus, hoitoisuusluokitus ja hoitoisuusluokitusjärjestelmä	10
2.3	Hoitoisuuden ja toimintakyvyn mittareita	12
2.4	Hoitoisuuden ja toimintakyvyn mittaaminen kehitysvammahuollon laitoshoidossa.....	15
2.5	Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista.....	18
3	TUTKIMUSKYSYMYKSET	20
4	TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT	21
4.1	Tutkimusorganisaatio, yksiköt ja yksiköiden henkilöstö.....	21
4.2	Aineiston keruu.....	23
4.3	Hoitoisuusluokitus tutkimusorganisaatiossa.....	26
4.4	Aineistot ja niiden analysointi	27
5	TULOKSET	29
5.1	Asiakkaiden hoitoisuus koko organisaatiossa.....	29
5.2	Asiakkaiden hoitoisuus yksiköittäin	32
5.3	Teemahaastatteluun osallistuneiden taustatiedot	38
5.4	Henkilöstön arviot hoitoisuusmittarin soveltuvuudesta ja käytettävyydestä ...	39
5.4.1	OPCq-mittarin hoitotyön osa-alueiden soveltuvuus kehitysvammaisten asiakkaiden luokitteluun	39

5.4.2	OPCq-mittarikoulutuksen antamat valmiudet asiakkaan hoitoisuuden luokitteluun	41
5.4.3	Hoitoisuusluokituksen päivittäinen kirjaaminen	42
5.4.4	Mittarin kehittämisen tarve.....	43
6	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	45
6.1	Tulosten tarkastelu	45
6.1.1	Kehitysvammaisten asiakkaiden jakautuminen hoitoisuuden mukaan	45
6.1.2	Kehitysvammaisten jakautumien hoitoisuusluokituksen eri osa-alueissa	46
6.1.3	Henkilöstön kokemuksia OPCq-mittarin soveltuvuudesta ja käytettävyydestä kehitysvammaisten hoitoisuuden mittaamiseen.....	49
6.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	52
6.3	Tutkimuksen eettisyys	54
6.4	Johtopäätökset ja suositukset	57
6.5	Jatkotutkimushaasteet	58
	LÄHTEET	60
	LIITTEET	

Terveystieteiden tiedekunta

Hoitotieteen laitos

Hoitotiede

Hoitotyön johtaminen

Sutinen, Tuula

RAFAELA™-järjestelmän OPCq-mittarin käyttö ja arviointi kehitysvammahuollossa

Pro gradu -tutkielma, 70 sivua, 4 liitettä (6 sivua)

Tutkielman ohjaajat:

Yliopistonlehtori, TtT Pirjo Partanen ja professori, TtT Hannele Turunen

Marraskuu 2013

RAFAELA™-järjestelmään kuuluva OPCq-mittari (Oulu Patient Classification) on kehitetty erikoissairaanhoidon vuodeosastotoimintaan hoitoisuusluokitusmittariksi. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten kehitysvammaiset asiakkaat jakautuvat hoitoisuudeltaan eri hoitoisuusluokkiin OPCq-mittarin avulla luokiteltuna. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata hoitajien käyttökokemuksia hoitoisuusmittarin soveltuvuudesta kehitysvammaisten asiakkaiden hoitoisuuden mittaamisessa.

Tutkimus oli luonteeltaan menetelmätriangulaatio, jossa käytettiin määrällistä rekisteritutkimusaineistoa sekä laadullista teemahaastatteluaineistoa. Rekisteriaineisto koostui Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän kehitysvammayksiköiden hoitoisuustiedoista (n=9404) 1.7.–31.12.2012 väliseltä ajalta. Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 19.0-tilasto-ohjelmalla. Haastatteluaineisto koostui tutkittavan organisaation viiden yksikön henkilöstön teemahaastatteluista, jotka suoritettiin 26.9.–8.11.2012 välisenä aikana. Haastattelut tehtiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla focusryhmähaastattelun periaatteita mukailien.

OPCq-hoitoisuusluokituksen avulla mitattuna suurin osa asiakkaista sijoittui hoitoisuusluokkaan II (42,4 %) ja hoitoisuusluokkaan III (42,0 %) tutkittavalla ajanjaksolla. Hoitoisuusluokituksen osa-alueista Hoidon suunnittelu ja koordinointi sekä Hoidon/jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki nostivat hoitoisuuspisteitä ja sitä kautta hoitoisuusluokkaa. Haastatteluaineistosta saadun tuloksen mukaan OPCq-hoitoisuusluokitus ei suoraan sovellu kehitysvammaisten asiakkaiden luokitteluun, vaan kehitysvammaisten asiakkaiden luokitteluun tarvittaisiin oma hoitoisuusluokittelu, jossa huomioitaisiin enemmän kehitysvammaisen asiakkaan ohjaaminen sekä valvonta.

Jatkotutkimuksissa olisi hyvä selvittää optimaalista hoitoisuutta/hoitaja PAONCIL-mittarin (Professional Assessment of Nursing Care Intensity) avulla mitattuna. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää kehitysvammaisille asiakkaille kehitetyn mittarin soveltuvuutta hoitoisuuden mittaamiseen.

Avainsanat: hoitoisuus, hoitoisuusluokitus, OPCq-mittari, kehitysvammainen asiakas

Sutinen, Tuula

The Use and Evaluation of the OPCq Instrument of the RAFAELA™-System in Disabled Care

Master's thesis, 70 pages, 4 appendices (9 pages)

Supervisors:

University Lecturer Pirjo Partanen, PhD and Professor Hannele Turunen, PhD

November 2013

The Oulu Patient Classification (OPCq) instrument, part of the RAFAELA™ system, has been developed as an instrument for measuring patient acuity in the inpatient care of specialized nursing units. The purpose of this study was to find out how disabled patients were divided into different patient care classes based on their acuity as classified by the OPCq instrument. Moreover, the aim was to describe nurses' user experiences regarding the applicability of the instrument for measuring the nurse dependency of disabled persons.

This study used a method triangulation approach which utilized quantitative register data and qualitative theme interview material. The register data consisted of patient classification data (n=9404) collected from disabled patient units of the North Karelia Central Hospital and Honkalampi Centre between 1 July and 31 December 2012. The data were analysed with the SPSS for Windows 19.0 statistical program. The interview data consisted of theme interviews of the staff of five units of the researched organization that had been carried out between 26 September and 8 November 2012. The interviews had been conducted by using the semi-structured theme interview method in line with the principles of the focus group interview technique.

According to the OPCq patient classification instrument, most patients were placed in class II (42.4 %) and class III (42.0 %) based on their nurse dependency during the studied period of time. The different sections of patient classification included the following: the planning and coordination of care, training and guidance of care/follow-up treatment, and emotional support meant higher need for treatment and thus resulted in a higher classification number. Based on the results gained from the interview material, the OPCq patient classification is not directly applicable to classifying disabled patients. Instead, there should be a separate classification system for measuring patient acuity that would better notify the guidance and supervision needed by disabled hospital customers.

Further research should aim at explaining optimal nursing by utilizing measurements by the PAONCIL (Professional Assessment of Nursing Care Intensity) instrument. Furthermore, it would be interesting to explore the applicability of an instrument developed for disabled hospital customers in measuring their nurse dependency.

Key words: patient acuity, patient classification, the OPCq instrument, disabled hospital customers

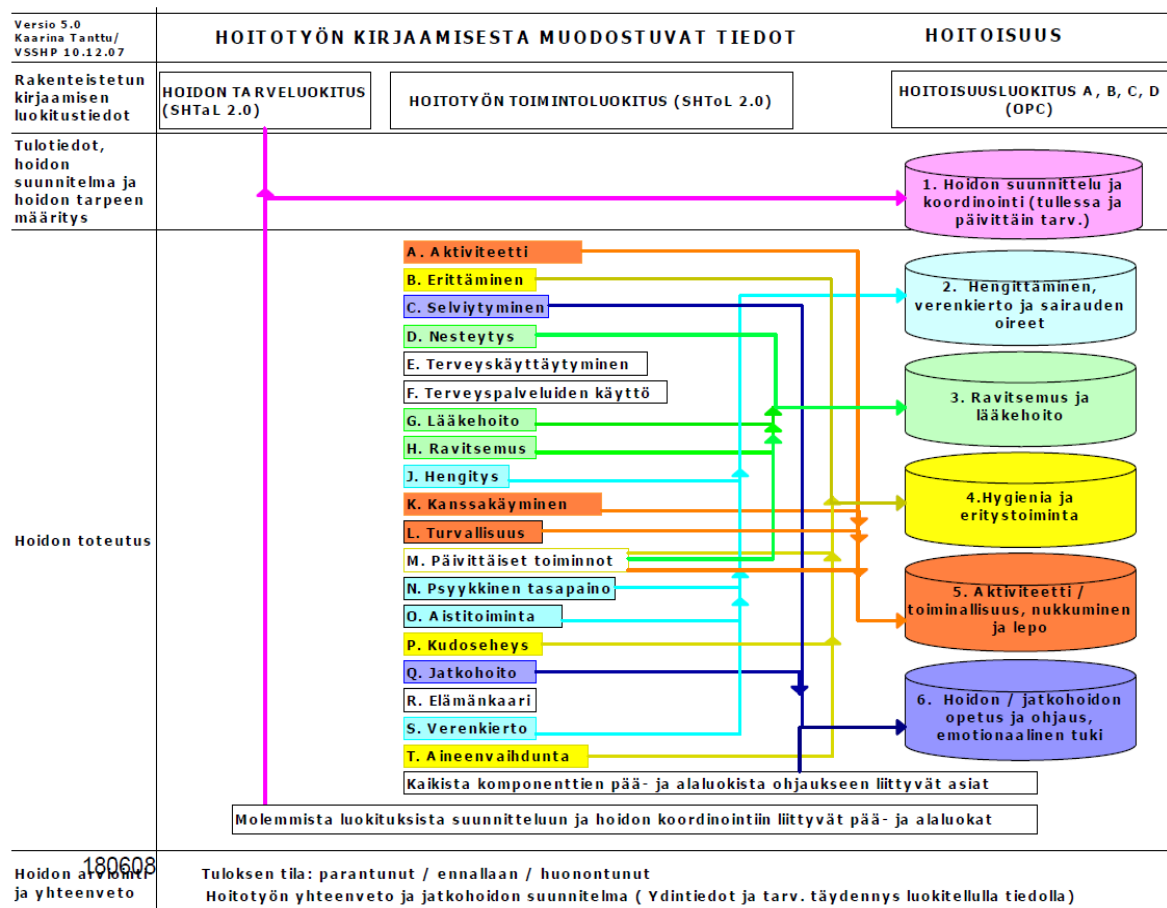
1 TAUSTA JA TARKOITUS

Terveystieteiden organisaatiot ovat verkostoitumassa. Verkostoitumisella voidaan tehostaa yhteistyötä, tiedonvaihtoa ja hoitoprosesseja. Tämän edellytyksenä ovat muun muassa valtakunnallisesti yhtenäiset tietosisällöt potilaskertomuksissa. Sähköinen kertomus antaa tehokkaampia työkaluja yhtenäisen tiedon hyödyntämiseen ja tuottamiseen. Tiedon hyödyntämiseksi eri järjestelmien on sitouduttava tuottamaan ja hyödyntämään yhteisesti sovittua kertomusrakennetta sekä sisältömäärityksiä. Yhteisten määritysten avulla pyritään helpottamaan hoitotyön kirjaamista. Tietojen esittäminen rakenteisessa muodossa ja niiden yhtenäinen käyttö helpottavat tiedon hyödyntämistä. Rakenteisessa muodossa kirjaaminen hyödyntää myös erilaisten koosteiden, tulosteiden ja raporttien muodostamista. Strukturoitu tieto auttaa myös tiedon hyödyntämistä kliinisessä tutkimuksessa, päätöksenteossa, laadun ja kustannusten arvioinnissa ja seurannassa. (Kansallinen terveystietokanta 2013.)

Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus sekä hoitotyön yhteenveto. Kirjaamisessa hyödynnetään hoitotyön ydintietoja ja FinCC-luokituskokonaisuutta, johon kuuluvat Suomalaisen hoidon tarveluokitus (SHTal), Suomalaisen hoitotyön toimintoluokitus (SHTol) sekä Suomalaisen hoidon tulosluokitus (SHTul). (Kansallinen terveystietokanta 2013.)

Hoitoisuusluokitusten merkitys on viime vuosina korostunut entisestään sähköisen kirjaamisen myötä. Rakenteisen mallin mukaan kirjaamisessa hoitoisuuden määrittäminen on keskeinen tekijä. Se kuvataan rakenteistetun mallin yhdeksi ydintiedoksi. Sähköinen kirjaaminen on jo otettu käyttöön useimmissa hoitolaitoksissa. Lähitulevaisuudessa hoitotyöntekijöiden on terveydenhuollossa otettava rakenteinen kirjaaminen käyttöön ja näin myös hoitoisuusluokitukset tulevat siihen kiinteästi mukaan. (Kela tiedottaa 2007.) Suomessa kirjataan tällä hetkellä muun muassa hoitotyön kansallisen kirjaamismallin mukaan, yliopistollisten sairaaloiden yhteisesti

kehittämän moniammatillisen hoitokertomuksen otsikkorakenteen mukaan sekä potilaiden hoitoisuuden arviointiin käytettävän mittarin osa-alueiden mukaisesti. HoiDok-hankkeen (Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke) aikana FinCC-luokituskokonaisuuteen kuuluva hoidon tarveluokitus (SHTaL) ja hoitotyön toimintoluokitus (SHToL) yhteen sovitettiin RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmään kuuluvan OPCq-hoitoisuusmittarin (Oulu Patient Classification) kanssa. Tämä yhteensovitus mahdollistaa hoitoisuuskoosteen kehittämisen potilastietojärjestelmiin. Yhteensovituksessa (mäppäyksessä) jokainen hoidon tarveluokituksen ja hoitotyön toimintoluokituksen pää- ja alaluokka ovat saaneet paikan jossain OPCq-mittarin kuudesta osa-alueesta. (Nykänen & Junttila 2012.) Kuviossa 5 on havainnollistettu, miten FinCC-luokituksen komponentit on yhteen sovitettu hoitoisuusluokituksen osa-alueiden sisälle.



Kuvio 5. FinCC-luokituksen ja OPC:n kokonaisuus (Tanttu 2008).

Hoitoisuusluokitus tarkoittaa potilaiden hoidon tarpeen mittaamista ja arviointia. Lisäksi se mittaa niitä toimintoja, joita hoitotyöntekijät tekevät vastatakseen näihin tarpeisiin tietyn ajanjakson aikana. Yleensä tämä ajanjakso on vuorokauden mittainen. (Partanen 2002; Fagerström & Rauhala 2003.) Hoitoisuusluokitusten ensisijaisena tarkoituksena on ohjata henkilöstön suunnittelua potilaiden hoidon tarpeista lähtien. Tavoitteena on kohdentaa henkilöstöresurssit vastaamaan potilaiden hoidontarvetta ja hoitoisuutta. (Fagerström & Rauhala 2003.) Hoitoisuusluokituksia tarvitaan tällä hetkellä muun muassa kustannusten tunnistamiseksi sekä hoitotyön potilaskohtaiseen hinnoitteluun. Hoitotyötä koskevaa tietoa ja henkilöstön määrää sekä laatua varten hoitoisuusluokitukset ovat keino tehdä hoitotyötä näkyväksi. (Partanen 2002.)

Hoitoisuusluokituksia on tehty eri puolilla maailmaa ja Suomessakin luokituksia löytyy sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon puolelta (Fagerström & Rauhala, 2003). Kehitysvammaisten erityishuollossa sitä vastoin hoitoisuusmittarit ja -luokitukset ovat vielä kehittelyvaiheessa. Erityishuollossa ei voida käyttää perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon suunniteltuja mittareita ilman luotettavaa arviointia. Joitakin kansainvälisiä hoitoisuusluokituksia on erityishuoltoon kuitenkin tehty. Tarve toimivan hoitoisuusmittarin kehittämiseen on olemassa, koska mittarin avulla pystytään selkeämmin kohdentamaan rajalliset henkilöstöresurssit oikeisiin paikkoihin.

Opinnäytetyöntekijän oma kiinnostus hoitoisuuden mittaamiseen erityishuollossa lähti pitkästä käytännön työkokemuksesta. Asiaa ei ole juurikaan tutkittu. Tutkijan oma kokemus asiaan oli, että vaikka hoitotyöntekijöitä olisikin riittävästi, aina he eivät ole oikeassa paikassa oikeaan aikaan. Ongelmana on kuitenkin se, että ei ole ollut keinoja osoittaa resurssien oikeaa sijoittumista asiakkaiden hoitoisuuteen nähden. Tavoitteena on, että hoitoisuusluokituksen avulla pystyttäisiin paremmin kohdentamaan resursseja. Se on myös keino osoittaa päättäjille, että henkilöstöä tarvitaan myös tulevaisuudessa takaamaan riittävän laadukas ja hyvä hoito kehitysvammaisille. RAFAELA™-järjestelmän OPCq-hoitoisuusmittaria on pienimuotoisesti käytetty Helsingin kaupungin vammaistyössä yhteistyöhankkeena FCG OY:n (Finnish Consulting Group Oy) kanssa

(Kanerva, Heikkilä, Hernesniemi, Himberg, Koivisto, Kosunen, Pohjanheimo-Vihavainen, Rontti, Ruotsala, Rähä & Welandar 2009). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata OPCq-mittarilla saatujen tietojen avulla kehitysvammaisten asiakkaiden hoitoisuutta Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän Honkalampi-keskuksen viidessä yksikössä. Lisäksi tarkoituksena on kuvata yksiköissä mittaria käyttävien hoitotyöntekijöiden käyttökokemuksia kehitysvammaisten asiakkaiden hoitoisuuden mittaamiseen OPCq-mittarilla.

2 HOITOISUUDEN JA TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI KEHITYSVAMMAHUOLLOSSA

2.1 Kirjallisuuden hakeminen

Tutkimusta varten haettiin kirjallisuutta vuosilta 2008–2013 hoitoisuusluokituksista ja niiden käytettävyydestä. Kirjallisuutta haettiin CINAHL-, PubMed-, Linda-, Medic - tietokannoista. Hakusanoina käytettiin: patient classification, intellectual disability, Rafaela classification system, potila*, hoitoisuus*, hoitoisuusluokitus. Näitä hakusanoja on käytetty erikseen ja yhdistellen eri tietokantoihin. Lisäksi kirjallisuutta haettiin manuaalisesti, jonka takia mukaan aineistoon otettiin myös FCG OY:n artikkeli RAFAELA™-hoitoisuusluokituksen käytöstä kehitysvammatyössä. Eri tutkimusten lähdeluetteloja käytettiin myös hyödyksi ja niitä käytettiin manuaaliseen hakuun. Yksittäisillä hakusanoilla hakutuloksena oli jopa tuhansia tutkimuksia. Yhdistelemällä hakusanoja osumien määrä väheni nolasta muutamaankymmeneen. Jos tutkimusten otsikko viittasi haettuihin sanoihin tai muuten tutkittavaan aiheeseen, tutustuttiin abstraktiin. Jos abstrakti osoitti tutkimuksen liittyvän tämän tutkimuksen aihepiiriin, luettiin artikkeli tai tutkimus tarkemmin.

2.2 Hoitoisuus, hoitoisuusluokitus ja hoitoisuusluokitusjärjestelmä

Käsitteestä hoitoisuus ei ole yhtä määritelmää, vaan sitä on kuvattu monin tavoin riippuen aikakaudesta ja yhteydestä. On käytetty erilaisia ilmaisuja, kuten riippuvuus, kuntoisuus, koettu hoitoisuus ja hoidettavuus. (Kaustinen 2011.) **Hoitoisuudella** tarkoitetaan eri potilasryhmien tarvitseman hoidon määrän ja vaativuuden määrittelyä henkilöstön mitoittamiseksi, hoitotyön kustannusten selvittämiseksi sekä laadun arvioimiseksi. Hoitoisuus kuvaa hoitajan arvioita potilaan hoidon tarvetta vastaavasta hoitotyön työpanoksesta. Hoitoisuutta arvioidaan hoitoisuusmittareiden avulla. Luokittelu tapahtuu potilaan yksilöllisestä välittömästä ja välillisestä toteutuneesta hoidosta joko työvuorokohtaisesti tai kerran vuorokaudessa. (Liljamo, Kaakinen &

Ensio 2008.) Englannin kielessä on hoitoisuudesta käytetty useita eri termejä, kuten ”patient acuity”, ”intensity of care”, ja ”patient dependency”. Suomen kieleen käsite ”hoitoisuus” on tullut ruotsinkielisestä termistä ”vårdtyngd”, joka merkitsee hoidon aiheuttamaa raskautta, kuormaa. (Partanen 2002.) Yleisen suomalaisen asiasanaston mukaan hoitoisuudella tarkoitetaan ”potilaan arvioitua määrällistä ja laadullista riippuvuutta hoitohenkilöstöstä välittömän hoidon aikana”. Rinnakkaisia termejä sanalle hoitoisuus ovat hoitopäätökset ja hoitotarve. (YSA – Yleinen suomalainen asiasanasto 2013.)

Hoitoisuusluokituksella (patient classification) tarkoitetaan potilaiden luokittelua tai ryhmittelyä heidän tarvitsemansa hoitotyön määrän mukaan. Yleensä luokittelujakso on joko työvuoron tai koko vuorokauden mittainen ajanjakso. Luokituksen avulla on tarkoitus kuvata hoitotyöntekijän arvioimaa potilaan riippuvuutta välittömästä hoitotyöstä. Luokitukset ovat indikaattoreita potilaiden tarvitsemasta hoitotyön ajasta ja määrästä. Englannin kielessä hoitoisuusluokituksella käytetään muun muassa nimitystä ”patient classification”. (Partanen 2002.) Luokituksella pyritään parantamaan hoitotyön laatua ja näin se voi toimia laadunvarmistuksen välineenä. Sen avulla voidaan mitata käytännön hoitotyötä, kun sillä mitataan ja arvioidaan päivittäin potilaan hoidon tarve sekä annettu hoito. Näin hoitoisuuden luokittelua tekevä hoitaja arvioi, onko potilaalle annettu hoito vastannut hänen tarpeitaan. (Kanerva 2004.) Hoitoisuusluokitus on määritelty prosessiksi potilaan yksilöllisten hoidon tarpeiden ja vaativuuden määrittämisessä hoidolle, potilasaineiston analysoimiseksi, hoitotyön budjetin suunnittelun perustaksi, kustannusten pohjaksi sekä laatutavoitteiden ylläpitämiseksi. Luokitus osoittaa potilaan toteutuneen hoitotyön määrän päivittäin ja hoitoyksiköittäin. (Kaustinen 2011.) Hoitoisuusluokituksessa hoitoisuutta osoittavien hierarkkisesti ryhmiteltyjen tunnuslukujen perusteella määräytyy potilaan hoitoisuusluokka (Pulkkinen 2000).

Hoitoisuusluokitusjärjestelmän (patient classification system) tarkoituksena on optimaalisten henkilöstöresurssien määrittäminen suhteessa potilaiden hoidon tarpeisiin

(Fagerström & Rauhala 2004). Hoitoisuusluokitusjärjestelmään kuuluu menetelmä, jonka avulla lasketaan ja arvioidaan henkilöstön tarvetta potilaiden hoitoisuuden mukaan (Fageström & Rauhala 2003).

2.3 Hoitoisuuden ja toimintakyvyn mittareita

Potilaiden hoidon tarpeen mittaamiseen on perusterveydenhuollon pitkäaikaisyksiköissä omat mittarit ja vastaavasti erikoissairaanhoidon lyhytaikaisessa hoidossa omat mittarit. Tulosten mukaan RAI-järjestelmän (Resident assessment instrument) mittaria käytetään perusterveydenhuollossa ja RAFAELA™-järjestelmän mittaria erikoissairaanhoidossa. (Sutinen 2009.)

Yhdysvalloissa 1980-luvun puolivälissä laadittu RAI-järjestelmä on suunniteltu työvälineeksi yksilöllisen hoitosuunnitelman laatimiseen, hoidon laadun ja tehokkuuden mittaamiseen, perustaksi maksujärjestelmään, rekisteritarkoituksiin sekä tutkimusvälineeksi vanhustenpalvelujen työntekijöille. Järjestelmän oikeudet omistaa kansainvälinen tutkijayhteisö interRAI. Suomessa RAI-järjestelmä otettiin käyttöön laitoshoidossa pilottihankkeena vuonna 2000. (Heikkilä, Finne-Soveri, Ripsaluoma, Parikka, Suojalehto & Noro 2008.) RAI-järjestelmän hierarkkinen toimintakykymittari kuvaa ADL-toimintoja (Activities of Daily Living), joissa otetaan huomioon liikkuminen osastolla, wc:n käyttö, henkilökohtainen hygienia sekä syöminen. Näiden neljän osa-alueen tarkoituksena on kuvata varhain ja keskivaiheilla heikkenevää toimintakykyä. Osa-alueiden pohjalta voidaan muodostaa hierarkkinen luokitus, joka kuvaa asiakkaiden fyysisen avun tarpeen ottaen huomioon missä vaiheessa asiakkaan fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen on. 7-portainen luokittelu (0-7) kuvaa täydestä itsenäisyydestä (luokka 0) täydelliseen avun tarpeeseen (luokka 7). (Laine, Rajala, Lahtinen, Noro, Finne-Soveri, Talvinko & Valvanne 2007.)

Vanhusten toimintakyvyn arviointiin on Suomessa käytössä myös RAVA-indeksi, jossa toimintakykyä ja avun tarvetta arvioidaan aistitoimintoja, puhekykyä, pidätyskykyä, liikkumista, pukeutumista, syömistä, hygieniahoidoa, mielialaa, käytösoireita ja muistia koskevilla kahdellatoista kysymyksellä. RAVA-indeksin arvo vaihtelee 1.29 ja 4.02 välillä. Vanhuksen saama suuri arvo viittaa hänen suureen avun tarpeeseensa. Joissakin kunnissa voidaan määrittellä raja-arvoja, joiden avulla voidaan arvioida vanhuksen tarkoituksenmukaista hoitopaikkaa. (Laine ym. 2007.)

Tässä tutkimuksessa käytetty mittari on RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän OPCq-mittari (Oulu Patient Classification), joka on suunniteltu vuodeosastotoimintaan. RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä on Suomessa laajasti käytössä erityisesti erikoissairaanhoidossa. Järjestelmää hallinnoi FCG Oy (Finnish Consulting Group Oy) ja sen omistaa Suomen Kuntaliitto (FCG Finnish Consulting Group 2013). Hoitoisuusluokitusjärjestelmä sisältää erilaisia mittareita eri hoitotyön toimintaympäristöjä varten. Vuodeosastotoimintaan on kehitetty OPCq-mittari, poliklinikkatoimintaan POLIHOIq-mittari, psykiatriaan PPCq-mittari sekä sädehoitoon SÄDEHOIq-mittari. Mittareiden avulla on tarkoitus määrittellä potilaan hoitotyön tarve ja sen perusteella annettu hoito. Järjestelmän tavoitteena on auttaa esimiestä suunnittelemaan ja kohdentamaan resurssit hoidon tarpeen mukaan. RAFAELA™-järjestelmä tarkoittaa menetelmää, jonka avulla saadaan tietoa hoitotyöhön käytettävästä hoitajaresurssista ja hoitajan keskimääräisestä työn määrästä kunakin päivänä. (Marttila 2011.)

RAFAELA™-järjestelmä on suunniteltu ja kehitetty erikoissairaanhoidon tarpeisiin, mutta sitä on käytetty myös esimerkiksi psykiatrisessa hoitotyössä (Rissanen ym. 2005). RAFAELA™-järjestelmän kehittäminen on ollut runsasta. Fageströmin ym. (2007) mukaan järjestelmä on kehitetty holistisen ihmiskäsityksen mukaisesti avuksi henkilöstöjohtamiseen. Hoitotyöntekijöiden tekemä työ sisältää suurelta osin potilaaseen kohdistuvaa hoitotyötä, mutta lisäksi kokonaistyömäärään sisältyy esimerkiksi töiden organisointia. Tutkimusten mukaan järjestelmän avulla hoitotyön

johtajat saavat runsaasti tietoa potilaiden hoitoisuudesta sekä siihen liittyvistä asioista. Tämä näkyvä tieto on erittäin tärkeää varsinkin taloudellisessa tilanteessa, jossa supistuksia tehdään maailmanlaajuisesti. Myös vähenevä hoitotyöntekijöiden määrä väestön ikääntymisen myötä asettaa haasteen hoitohenkilöstön kohdentamiseen. Hoitotyöntekijöiden resurssointi oikeisiin paikkoihin oikeaan aikaan on hoitotyön johtajien haasteellinen tehtävä. Tässä tilanteessa hoitoisuusjärjestelmät ja -luokitukset tuovat hyvän apuvälineen potilaiden hoitoisuuden osoittamiseen ja henkilöstön järkevään sijoittamiseen. (Partanen 2002; Pusa 2007; Rauhala 2007.)

OPCq-mittarin ensimmäinen perusversio (OPC) kehitettiin Suomessa Oulun yliopistollisessa sairaalassa vuosina 1991–1994 (Fagesrtöm & Rauhala 2003). Mittari on kehitetty erikoissairaanhoidon vuodeosastoille. Mittari sisältää kuusi hoitotyön osa-alueita:

1. hoidon suunnittelu ja koordinointi,
2. hengitys, verenkierto ja sairauden oireet
3. ravitsemus ja lääkehoito
4. hygienia ja eritystoiminta
5. aktiviteetti nukkuminen ja lepo
6. hoidon ja jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki.

Jokaisella hoitotyön osa-alueella on neljä hoidon vaativuustasoa:

- A = 1 piste, suhteellisen omatoiminen
- B = 2 pistettä, ajoittainen hoidon tarve
- C = 3 pistettä, toistuva hoidon tarve
- D = 4 pistettä, täysin tai lähes täysin autettava

Valittaessa kullekin osa-alueelle vaativuustasoa huomioidaan ne hoitotoiminnot, jotka on toteutettu potilaan hoidon tarpeiden tyydyttämiseksi. Jokainen vaativuustaso on pisteytetty, joiden perusteella potilaan hoitoisuusluokka lasketaan.

Hoitoisuusluokkien määritelmät:

- Luokka I: Vähimmäishoidon tarve (6–8 pistettä)
- Luokka II: Keskimääräinen hoidon tarve (9–12 pistettä)
- Luokka III: Keskimääräistä suurempi hoidon tarve (13–15 pistettä)
- Luokka IV: Maksimaalinen hoidon tarve (16–20 pistettä)
- Luokka V: Intensiivinen hoidon tarve (21–24 pistettä). (RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän ohjeisto 2009.)

2.4 Hoitoisuuden ja toimintakyvyn mittaaminen kehitysvammahuollon laitoshoidossa

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta säättää palvelujen antamisesta henkilölle, jonka henkinen toiminta ja kehitys on estynyt tai häiriintynyt joko synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vamman tai vian vuoksi. Tarkoituksena on edistää kehitysvammaisen henkilön suoriutumista päivittäisistä toiminnoista, sopeutumista yhteiskuntaan sekä turvata hoito ja muu huolenpito. Erityishuoltoon kuuluvia palveluksia ovat tutkimus ja terveydenhuolto, tarpeellinen ohjaus, kuntoutus sekä toiminnallinen valmennus, työtoiminta ja asumisen järjestäminen, apuvälineiden järjestäminen, yksilöllinen hoito ja huolenpito, läheisten ohjaus ja neuvonta, tiedotustoiminta sekä kehityshäiriöiden ehkäisy. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977.)

Vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista on säädetty lailla. Sen tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhteiskunnassa. Lisäksi tarkoituksena on ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä. Tämän lain nojalla järjestetään myös kehitysvammaisten palveluja siltä osin kuin ne ovat hänen palvelutarpeeseensa nähden riittäviä ja sopivia sekä hänen etunsa mukaisia. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987.)

Kehitysvammaisten asiakkaiden hoitoisuuden mittaamiseen ei ole Suomessa omia mittareita (Sutinen 2009). Kuitenkin FCG Oy on yhdessä Helsingin kaupungin vammaistyön kanssa kehittänyt RAFAELA™-järjestelmään kuuluvan kehitysvammaistyön luokituksen. Tämän luokituksen käytettävyydestä kehitysvammaistyöhän ei ole vielä tutkittua tietoa. (Kanerva 2013.) Toimintakyvyn arvioimiseen on nykyisin monipuolisia arviointi- ja diagnosointimenetelmiä sekä mittareita. Kun valitaan kehitysvammaisen henkilön toimintakyvyn arviointivälinettä, on huomioitava se, mihin tarkoitukseen arvioinnin tuloksia käytetään. Yksi kehitysvammaisten toimintakyvyn arviointiasteikoista on KETO, joka koostuu kolmestatoista toimintakyvyn osa-alueesta, joiden valinta on perustunut kehitysvammaisuuden määrittelyyn. Laatijoidensa mukaan asteikko soveltuu kehitysvammaisen henkilön yksilöllisen kuntoutuksen suunnitteluun ja tuloksellisuuden arviointiin sekä palvelujen kehittämisen apuvälineeksi. Kehitysvammaisten henkilöiden psykososiaalisten ongelmien arviointiin on kehitetty psykososiaalisen toimintakyvyn arviointiasteikko, PSYTO. Tämän avulla voidaan kartoittaa arvioitavan henkilön psyykkiset ja toiminnalliset voimavarat sekä niissä ilmenevät puutteet hänen omassa asuin- ja toimintaympäristössä. Tuloksia voidaan käyttää funktionaalisten vuorovaikutus- ja käyttäytymisongelmien ja mielenterveyden häiriöiden erottamiseen. (Kaski, Manninen & Pihko 2012.)

Kehitysvammaisten psyykkisten häiriöiden luokitteluun on pyritty soveltamaan jo 1980- ja 1990-luvuilla mielenterveyden häiriöiden yleisiä luokitusjärjestelmiä. Näistä

esimerkkinä on DSM III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), josta Matson, Kazdin ja Senatore ovat kehittäneet DSM-kriteereihin perustuvan arviointiasteikon PIMRAn (The Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults 1984). Vaikeimmin kehitysvammaisten psyykkisten ongelmien tunnistamiseen on kehitetty DASH (The Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped 1991). Näiden arviointimenetelmien toimivuudesta kokemukset ovat olleet positiivisia, mutta myös kritiikkiä on esitetty. (Seppälä 1997.)

Helsingin kaupungin vammaistyöllä ja FCG Oy:llä oli yhteistyöhanke, jonka tarkoituksena oli kehittää vammaistyöhön oma hoitoisuusmittari. Tarkoituksena tässä kehittämistyössä oli hyödyntää RAFAELATM-järjestelmää ja soveltaa vammaistyöhön RAFAELATM-järjestelmässä olevia mittareita. Hankkeen tavoitteena oli kehittää sovellus vammaistyöhön ja tämän myötä myös selvittää, tekevätkö vammaistyön ammattilaiset yksiköissä oikeita asioita sekä selvittää, mikä on vammaistyön perustehtävä. Yleisesti vammaistyössä on ollut käytössä asiakkaiden toimintakykyä mittaavia luokituksia. Hoitoisuusluokitusten avulla kuitenkin voidaan mitata asiakaskohtaisen välillisen ja välittömän työn määrää. Lisäksi henkilöstön työ jakaantuu esimerkiksi yksikkökohtaiseen välilliseen työhön sekä muuhun työhön ja henkilökohtaiseen aikaan. Tästä johtuen hankkeessa suoritettiin aikamittaus ennen varsinaisen hoitoisuusluokituksen aloittamista. Yhteistyöhankkeen tuloksista käy selville, että vammaistyössä tarvitaan järjestelmää, jonka avulla pystytään suunnittelemaan, toteuttamaan ja resursoimaan vammaistyötä paremmin. Tämän hankkeen perusteella on voitu todeta, että RAFAELATM-järjestelmä edelleen kehitettynä voisi olla väline myös vammaistyön johtamisessa. (Kanerva ym. 2009.) Tässä tutkimuksessa voidaan hyödyntää FCG Oy:n ja Helsingin kaupungin vammaistyön yhteistyöhankkeen tuloksia. OPCq-hoitoisuusmittarin käytettävyys kehitysvammahuollossa vaatii kuitenkin vielä lisätutkimusta.

Helsingin kaupungin ja FCG Oy:n yhteistyön tuloksena on kehitysvammahuoltoon vuoden 2013 alussa kehitetty uusi mittari. Mittarin rakenne ja peruslähtökohta on sama

kuin muissakin FCG Oy:n mittareissa, mutta mittari kuvaa kehitysvammaiseen asiakkaaseen kohdistuvaa työtä hoitotyön sijaan. Mittarin osa-alueet ja vaativuustasot ovat sisällöltään erilaiset verrattuna muihin FCG Oy:n hoitoisuusmittareihin. Tämä uusi kehitysvammahuoltoon sovellettu mittari on tarkoitettu käytettäväksi asumispalveluyksiköissä, laitospalveluyksiköissä käytetään edelleen OPCq- tai PPCq-mittareita. Mittarin luotettavuudesta kehitysvammahuoltoon ei vielä tällä hetkellä ole tutkittua tietoa saatavana, mutta aiheesta on valmisteilla väitöstutkimus. (Kanerva 2013.)

2.5 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Potilaan hoitoisuuden mittaamiseen on olemassa jo useita erilaisia mittareita ja luokituksia. Nämä mittarit ovat kehitelty sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidon, mutta kehitysvammaisten hoitoisuuden mittaamiseen ei varsinaisesti ole mittaria ollut olemassa. Tarvetta mittarille on myös kehitysvammatyössä. RAFAELATM-järjestelmän OPCq-mittaria on jonkin verran kokeiltu myös kehitysvammaisten hoitoisuuden mittaamiseen. Mittarin soveltuvuudesta kehitysvammaisten hoitoisuuden mittaamiseen ei ole juurikaan tutkittua tietoa. OPCq-mittarin käyttöä ja soveltuvuutta on tutkittu viime vuosina runsaasti esimerkiksi erikoissairaanhoidon vuodeosastotoiminnassa.

Kehitysvammaisen henkilön yksilöllisen kuntoutuksen arviointiin ja tukemiseen on kehitetty erilaisia henkilön toimintakykyä mittaavia mittareita. Näitä mittareita käytetäänkin henkilöiden palvelujen kehittämisen apuvälineenä. Lisäksi on olemassa mittari, jonka avulla voidaan selvittää henkilön psykososiaalista toimintakykyä. Kuitenkin myös kehitysvammaisten hoitoisuuden määrittäminen on viime vuosina nähty tarpeelliseksi ja tästä syystä FCG Oy on lähtenyt kehittämään mittarin myös tähän tarkoitukseen. Mittarin käyttö on kuitenkin vielä rajoittunut yhteen organisaatioon ja mittarin luotettavuudesta ei vielä ole tutkittua tietoa. Lisäksi kehitysvammahuoltoon

kehitetty mittari on tarkoitettu asumispalveluihin. Laitoshoidossa olevien asiakkaiden luokitteluun on tarkoitettu OPCq-mittari sekä PPCq-mittari.

3 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata RAFAELA™-hoitoisuusluokituksen OPCq-mittarilla saatujen tietojen avulla kehitysvammaisten asiakkaiden hoitoisuutta yhden kehitysvammalaitoksen viidessä yksikössä. Lisäksi tarkoituksena on kuvata OPCq-hoitoisuusmittarin käyttökokemuksia kehitysvammaisten hoitoisuuden mittaamisessa hoitajien kuvaamana. Tavoitteena on tuottaa tietoa sekä kehitysvammaisten asiakkaiden hoitoisuusluokkiin jakautumisesta OPCq-mittarilla luokiteltuna että hoitotyöntekijöiden kokemuksia mittarin käytöstä.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- 1) Miten kehitysvammaiset asiakkaat jakautuvat eri hoitoisuusluokkiin?
- 2) Miten henkilöstö (sairaanhoitajat, hoitajat ja ohjaajat) arvioi mittarin soveltuvuutta ja käytettävyyttä kehitysvammaisten asiakkaiden hoitoisuuden mittaamiseen?

4 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

4.1 Tutkimusorganisaatio, yksiköt ja yksiköiden henkilöstö

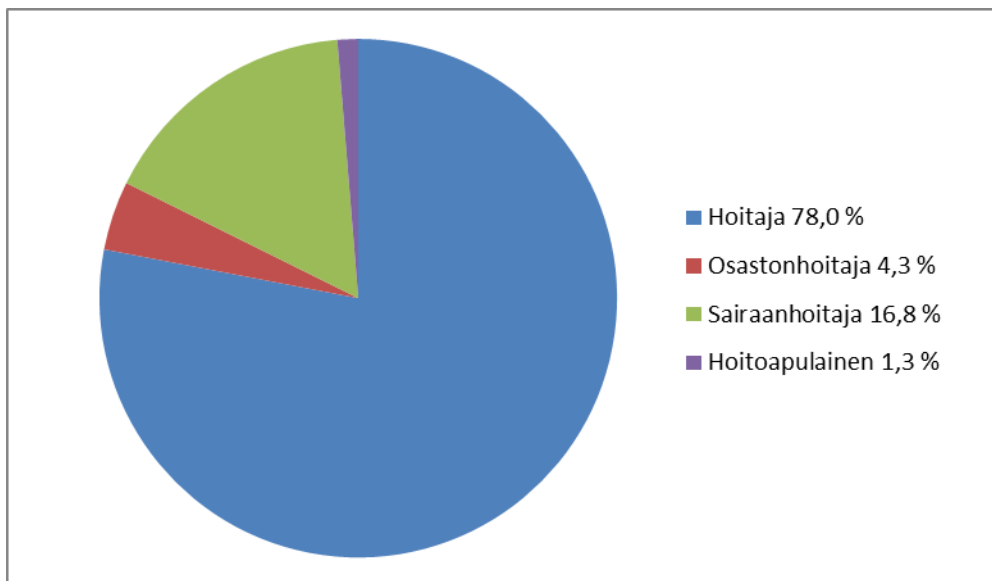
Tutkimus tehtiin Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymään kuuluvassa kehitysvammalaitoksessa, jossa tarjotaan asiantuntijapalveluja, asumispalveluja ja osastohoitoa alueen kehitysvammaisille asiakkaille. Asiantuntijapalveluihin kuuluu kehitysvammaneuvoila, päivätoiminta, kehitysvammaisten lasten koulu sekä perhehoito. Autettua, tuettua ja ohjattua asumispalvelua tarjottiin neljässä eri yksikössä noin 30 asiakkaalle ja osastohoitoa viidessä eri yksikössä noin 90 asiakkaalle. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013.)

Tutkimukseen osallistui Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymään kuuluvan kehitysvammalaitoksen viisi osastohoitoa tarjoavaa yksikköä. Yhdeksästäkymmenestä asukaspaikasta pitkäaikaisen asumisen paikkoja on 67 ja tilapäispaikkoja 23. Pitkäaikaisasiakkaalla tarkoitetaan asiakasta, joka on asunut laitoksessa yli 3 kuukautta. Tilapäisessä hoidossa oleva asiakas on laitousyksikössä lyhyellä hoitajaksolla. Osastojen toiminta jakaantuu seuraavasti. Kolmessa yksikössä järjestetään pitkäaikaisasumista kehitysvammaisille. Osastolla 5 on tilapäishoitoa sekä kuntoutusta liikuntavammaisille ja nuorille kehitysvammaisille. Lasten yksikössä (osasto 1) järjestetään sekä pitkäaikaista asumista että tilapäishoitoa ja kuntoutusjaksoja alueen kehitysvammaisille lapsille. Osasto 2 on suuntautunut nuorten ja aikuisten tilapäishoitoon ja kuntoutusjaksoihin. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013.)

Lisäksi pitkäaikaisasumista tarjoavat yksiköt poikkeavat toisistaan toiminnan suhteen. Osasto 3 tarjoaa ympärivuorokautista asumista ikääntyville liikuntavammaisille henkilöille. Tällä osastolla jokaiselle asukkaalle laaditaan palvelusuunnitelman mukaiset tavoitteet sekä viikko- ja päiväohjelma. Osasto 4 on tarkoitettu haasteellisesti

käyttäytyville ja autistisille kehitysvammaisille aikuisille, jotka tarvitsevat jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa ja ohjausta. Asiakkaiden haasteellisuudesta johtuen osasto on niin sanottu suljettu osasto. Toimintaa osastolla ohjaa asiakkaan yksilöllisyyden huomioiminen, mikä huomioidaan asiakkaan palvelusuunnitelmassa sekä viikko- ja päiväohjelmassa. Kolmas pitkäaikaishoitoa tarjoava osasto (os. 5) on tarkoitettu vaikeasti kehitysvammaisille nuorille ja aikuisille. Asiakkaiden vaikeavammaisuus ilmenee muun muassa liikunnan vajavuuksina, kommunikoinnin ja vuorovaikutuksen pulmina, aistivammoina sekä dementiana ja somaattisina sairauksina. Asiakkaiden vaikeahoitoisuudesta johtuen he tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa ja ohjausta sekä valvontaa. Kullakin osastolla on 12–23 asiakasta riippuen yksikön luonteesta. Haasteellisesti käyttäytyvien asiakkaiden osastolla on vähemmän asiakkaita kuin vaikea- ja monivammaisten osastoilla. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013.)

Tutkimukseen osallistuneen organisaation viidessä osastohoidon yksikössä on henkilökuntaa yhteensä 116. Jokaisen yksikön työryhmä on moniammatillinen, ja siihen kuuluu osastonhoitajia, sairaanhoitajia ja hoitajia. Suurin osa työntekijöistä on hoitajia (78,0 %). (Kuvio 1.) Hoitoisuusluokituksia tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä tekevät sekä sairaanhoitajat että hoitajat. Hoitajilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa toisen asteen tutkinnon suorittaneita henkilöitä, kuten vajaamielishoitajia, mielisairaanhoitajia, kehitysvammaistenhoitajia, lähihoitajia ja lastenhoitajia. Osastonhoitajat ja sairaanhoitajat ovat joko opistoasteisen tai ammattikorkeakouluasteisen (AMK) tutkinnon suorittaneita sairaanhoitajia. Osalla osastonhoitajista on myös opistoasteisen tutkinnon suorittamisen lisäksi erikoissairaanhoitajan pätevyys. Kehitysvammahuollossa työskentelee myös kehitysvammaisten ohjaajia, joiden koulutus on AMK-tutkinto (Ammattinetti 2013). Ohjaaja-koulutuksella on myös osa tähän tutkimukseen osallistuneista, mutta heidän ammattinimike osastohoidon yksiköissä on hoitaja. Näin ollen heitä ei eroteltu erilliseksi ammattiryhmäksi tässä tutkimuksessa.



Kuvio 1. Tutkimukseen osallistuvan organisaation henkilökuntarakenne (n=116) (%)

4.2 Aineiston keruu

Tutkimus on luonteeltaan menetelmätriangulaatio, jossa käytetään määrällistä rekisteritutkimusta sekä laadullista haastattelututkimusta. Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten aineistojen, teorioiden ja/tai menetelmien käyttöä samassa tutkimuksessa. Tämä voi olla perusteltua esimerkiksi siitä syystä, että yksittäisellä tutkimusmenetelmällä voi olla vaikea saada kattavaa kuvaa tutkittavasta kohteesta. Lisäksi useamman menetelmän käyttö mahdollistaa luotettavuusvirheiden korjaamisen, kun näkökulmia tulee enemmän usean tutkimusmenetelmän myötä. (Eskola & Suoranta 2008.)

Asiakkaiden hoitoisuustiedot on tutkimusorganisaation **rekisteriaineisto**. Aineisto on FCG Oy:n (Finnish Consulting Group Oy) hallinnoima ja se saatiin käyttöön tutkimukseen osallistuvan organisaation hoitoisuustiedoista aikaväliltä heinäkuu–joulukuu 2012. Hoitoisuustiedot kerättiin viidestä osastohoitoa tarjoavasta yksiköstä. Puolen vuoden aikavälillä kertyi 9404 hoitotyön luokittelutietoa noin 90 asiakkaalta. Aineisto käsitti yksikkötiedon, mittaritiedon, päivämäärän, hoitoisuuden

luokittelun osa-alueet 1–6, asiakkaan saaman hoitoisuuspisteen sekä sen mukaisen hoitoisuusluokan. Hoitoisuuden luokittelu perustui asiakkaasta kirjattuihin hoitotyön merkintöihin. Näitä kirjattuja hoitotyön merkintöjä luokittelun tekijä pystyi hyödyntämään luokittelua tehdessään. Kirjatut luokittelutiedot siirrettiin kerran vuorokaudessa RAFAELA™-järjestelmään.

Hoitoisuuden käyttäjäkokemukset koottiin teemahaastatteluilta, jotka tehtiin 26.9.–8.11.2012 välisenä aikana. **Haastatteluaineisto** kerättiin jokaisessa tutkimukseen osallistuvassa yksikössä tehdyllä teemahaastattelulla. Teemahaastatteluita pidettiin yksi kussakin tutkimukseen osallistuvassa yksikössä. Tutkimukseen osallistui viiden laitosisyksikön hoitoisuusluokituksia tekevää hoitohenkilöstöä. Teemahaastattelut oli järjestetty kussakin yksikössä ennalta sovittuna aikana. Käytännössä haastatteluun osallistui ne henkilöt, jotka olivat haastattelupäivänä työvuoressa. Kuitenkin haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkija korosti tätä vielä haastattelun alussa. Yhteensä teemahaastattelussa oli mukana 51 henkilöä viidestä eri yksiköstä.

Hoitoisuusluokitusta tekevää henkilöstöä haastateltiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla, jonka avulla selvitettiin henkilöstön näkemys hoitoisuusluokituksen soveltuvuudesta ja käytettävyydestä kehitysvammahuollossa. Puolistrukturoidussa teemahaastattelussa on oleellista, että haastattelussa on ennalta valmistellut teemat, joiden avulla haastattelu etenee (Hirsijärvi & Hurme 2001). Tässä tutkimuksessa teemahaastattelut tehtiin yksiköittäin osastotunnilla. Tutkija oli etukäteen sopinut yksiköiden esimiesten kanssa haastatteluista joko sähköpostitse tai puhelimitse. Sähköpostin mukana tutkija oli lähettänyt tutkimukseen liittyvän lomakkeen, jossa selvitettiin tutkimus sekä siihen liittyvä teemahaastattelu. Ennen haastattelua esimiehet olivat kertoneet haastattelupäivän yksikön työntekijöille ja jokaisella oli mahdollisuus joko osallistua ryhmähaastatteluun tai jäädä haastattelusta pois.

Jokainen haastatteluun osallistuva henkilö sai tiedotteen, jossa kerrottiin tutkimuksen ja siihen liittyvän haastattelun tarkoitus (Liite 1). Etukäteen sovittiin teemahaastattelun

pituudesta (noin yksi tunti) ja siihen osallistuminen oli vapaaehtoista kaikille osastolla hoitoisuusluokittelua tekeville työntekijöille. Teemahaastattelun alussa jokainen haastatteluun osallistuva täytti taustatietolomakkeen, jossa kysyttiin haastatteluun osallistuvan ikää, sukupuolta, koulutusta, työssäolovuosia sekä ammattinimikettä. Haastattelun tallentaminen jossakin muodossa on välttämätöntä ja usein ryhmäkeskustelu tallennetaan (Hirsijärvi & Hurme 2001). Teemahaastattelut tallennettiin tallennuslaitteen avulla. Tutkija itse johti ja ohjasi teemahaastattelua etukäteen valmisteltujen kysymysten avulla (Liite 2). Teemahaastattelu eteni suunniteltujen teemojen mukaan. Haastatteluteemoja olivat muun muassa hoitoisuusluokituksen käytettävyys ja sovellettavuus kehitysvammatyöhön. Lisäksi teemoina oli hoitoisuusluokitus-koulutuksen tuomat valmiudet mittarin käyttöön (esimerkiksi koulutuksen riittävyys ja asiasisällön ymmärrettävyys).

Tässä tutkimuksessa käytettiin focusryhmähaastattelun (Mäntyranta & Kaila 2008) periaatteita sovelletusti. Haastatteluryhmät olivat jollakin muotoa valikoituja ja homogeenisiä asian suhteen, jota tutkimuksessa tutkittiin. Ryhmien koko jokaisessa haastattelussa oli yleensä alle kymmenen henkeä. Kahden yksikön haastatteluissa oli vähän yli kymmenen osallistujaa. Näissäkin yksiköissä jokainen osallistuja pystyi osallistumaan haastattelun kulkuun. Jokaisessa ryhmähaastattelussa käytettiin ennalta suunniteltua haastattelurunkoa, jossa on neljä teema-aluetta. Näihin ennalta suunniteltuihin teemoihin liittyi myös tarkentavia kysymyksiä. Lisäksi jokaisessa haastattelussa nousi esille myös lisäkysymyksiä. Haastattelut pyrittiin kuitenkin pitämään mahdollisimman samanlaisina yksiköstä toiseen. Haastattelut tallennettiin, mutta niitä ei litteroitu sanasta sanaan vaan tallennusten purkaminen suoritettiin teemoittain ja aihealueittain. Kaikissa haastattelutilanteissa pystyttiin luomaan joustava ja aito keskustelutilanne, eikä tallennusvälineen käyttö haastatteluissa juurikaan vaikuttanut keskustelujen kulkuun.

Focusryhmähaastattelu (focus group interview/discussion) on luonteeltaan kvalitatiivinen ja sen tarkoituksena on saada vastauksia kysymyksiin miksi, kuinka,

mitä tai miten. Haastattelu on valikoidussa ryhmässä tapahtuva ja haastattelijan ohjaama keskustelu ennalta suunnitellun haastattelurungon pohjalta. Ryhmän koko on yleensä 4-10 henkeä ja sitä ohjaa yksi tai useampi haastattelija. Haastateltavien valinnassa ei ole tavoitteena tilastollinen edustavuus, vaan siinä pyritään saamaan koolle ryhmä, jotka pystyvät tuomaan tutkittavaan asiaan erilaisia näkökulmia. Ryhmä voidaan koota esimerkiksi vapaaehtoisesta henkilökunnasta, potilaista tai järjestön jäsenistä. Tärkeänä fokusryhmien muodostamisessa on pidetty homogeenisuutta, fokusoitumista. Tällä tarkoitetaan ryhmän kokoamista jonkin ennalta tiedettyjen asioiden suhteen homogeeniseksi. Haastattelijan ammattitaustalla, henkilökohtaisilla ominaisuuksilla ja ammattitaustalla voi olla suuri vaikutus aineiston laatuun ja haastattelujen onnistumiseen. Haastattelijalla tulisi olla kokemusta ryhmien vetämisestä. Lisäksi haastattelija ei voi olla riippuvuussuhteessa haastateltaviin. Focusryhmähaastattelussa pyritään saamaan mahdollisimman paljon keskustelua osallistujien kesken. Haastattelija laatii yleensä strukturoidun kysymysrunгон, jossa on 5-8 teemaa. Haastattelu yleensä tallennetaan ja tallennettu aineisto litteroidaan eli kirjoitetaan tekstiksi. (Mäntyranta & Kaila 2008.)

Kun haastatteluaineisto kerätään temahaastattelun menetelmällä, eikä tarkkaan sana sanasta purkamiseen ole syytä, voidaan aineisto purkaa teema-alueittain. Sanasta sanaan litteroiminen on mahdollista tehdä koko aineistosta tai se voidaan tehdä valikoiden esimerkiksi teema-alueista. (Hirsijärvi & Hurme 2001.) Tässä tutkimuksessa ei koettu tarkoituksen mukaiseksi lähteä litteroimaan haastatteluja sanasta sanaan, vaan haettiin aineistosta teemoittain tietoa hoitoisuusluokituksen käytettävyydestä.

4.3 Hoitoisuusluokitus tutkimusorganisaatiossa

Hoitoisuusluokitusmittarin käyttö oli aloitettu tutkittavassa organisaatiossa marraskuussa 2011. Käyttäjät kirjasivat hoitoisuustietoja potilastietojärjestelmään kehitysvammaisista asiakkaista kerran vuorokaudessa kirjattuja hoitotyön merkintöjä hyödyntäen. OPCq-mittarilla tehtävä luokittelu tehdään kerran vuorokaudessa ja

luokittelujakso alkaa klo 15 kestäen seuraavaan päivään klo 15. Potilastietojärjestelmässä on hyödynnetty FinCC-luokituksen ja OPCq-mittarin tietojen yhteensovittamista (cross-mapping), jolloin käyttäjä pystyy hoitoisuusluokituksia tehdessään tarkastelemaan kirjattuja hoitotyön merkintöjä luokittelunäkymästä. Käyttäjät kirjasivat työvuoronsa aikana FinCC-luokituksen mukaisesti hoitotyön merkintöjä asiakkaasta organisaation käytössä olevaan potilastietojärjestelmään. Näitä kirjattuja hoitotyön merkintöjä hyödynnettiin tehtäessä asiakkaasta hoitoisuuden luokittelua. Käyttäjä pystyi kirjaamaan myös hoitoisuuden luokittelun samassa potilastietojärjestelmässä, jolloin kirjatut hoitotyön merkinnät olivat hyödynnettävissä järjestelmään tehdyn yhteensovittamisen johdosta. Potilastietojärjestelmästä hoitoisuustiedot lähetettiin sähköisesti eteenpäin RAFAELA™-järjestelmään kerran vuorokaudessa. Alussa tämä lähettäminen tapahtui manuaalisesti, mutta tavoitteena oli automatisoida tiedon lähettäminen.

Käyttäjien saama OPCq-mittarikoulutus toteutui siten, että yksiköistä oli valittuna vastuuhenkilöt, jotka mittarin toimittaja FCG Oy:n kouluttaja koulutti. Tämän mittarikoulutuksen jälkeen vastuuhenkilöt kouluttivat yksikön muut mittarin käyttäjät vierikoulutuksena omissa yksiköissään. Lisäksi organisaatiossa oli järjestetty yleisiä koulutuksia, joihin hoitajilla oli mahdollisuus osallistua. Koulutus oli jaettu niin, että ensin vastuukäyttäjät koulutettiin mittarin käyttöön ja sen jälkeen organisaatiossa järjestettiin koulutusta käyttöliittymän tekniseen käyttöön.

4.4 Aineistot ja niiden analysointi

Tämän tutkimuksen rekisteriaineisto tallennettiin ensin Excel-tiedostoksi, jonka jälkeen aineisto tarkistettiin. Aineisto vietiin tämän jälkeen SPSS-tilastointiohjelmaan (SPSS versio 19) ja analysoitiin siellä tilastollisin menetelmin (Valtari 2004).

Tässä tutkimuksessa käytettiin 1.7.–31.12.2012 välisen ajan hoitoisuustietoja. Rekisteriaineistoksi saatiin puolen vuoden jaksolta 9404 hoitoisuuden luokittelumerkintää viidessä eri yksikössä. Yksi hoitoisuusluokittelumerkintä koski asiakkaan koko vuorokauden hoitoisuutta alkaen iltapäivällä klo 15 päättyen seuraavaan iltapäivään klo 15. Asiakkaan hoitoisuuden luokittelu tehtiin iltapäivisin ja tulos kirjattiin potilastietojärjestelmään, johon OPCq-mittari oli integroitu.

Excelissä rekisteriaineistoa muokattiin niin, että ylimääräinen saraketieto rinnakkaisluokittelusta poistettiin tietueesta, koska rinnakkaisluokittelua ei vielä tässä vaiheessa ollut tutkittavassa organisaatiossa tehty. Aineiston muuttujien kuvailussa käytettiin prosentti- ja keskiarvolukuja. Yksiköiden välisiä hoitoisuuspisteitä ja hoitoisuusluokkia kuvattiin prosentteina.

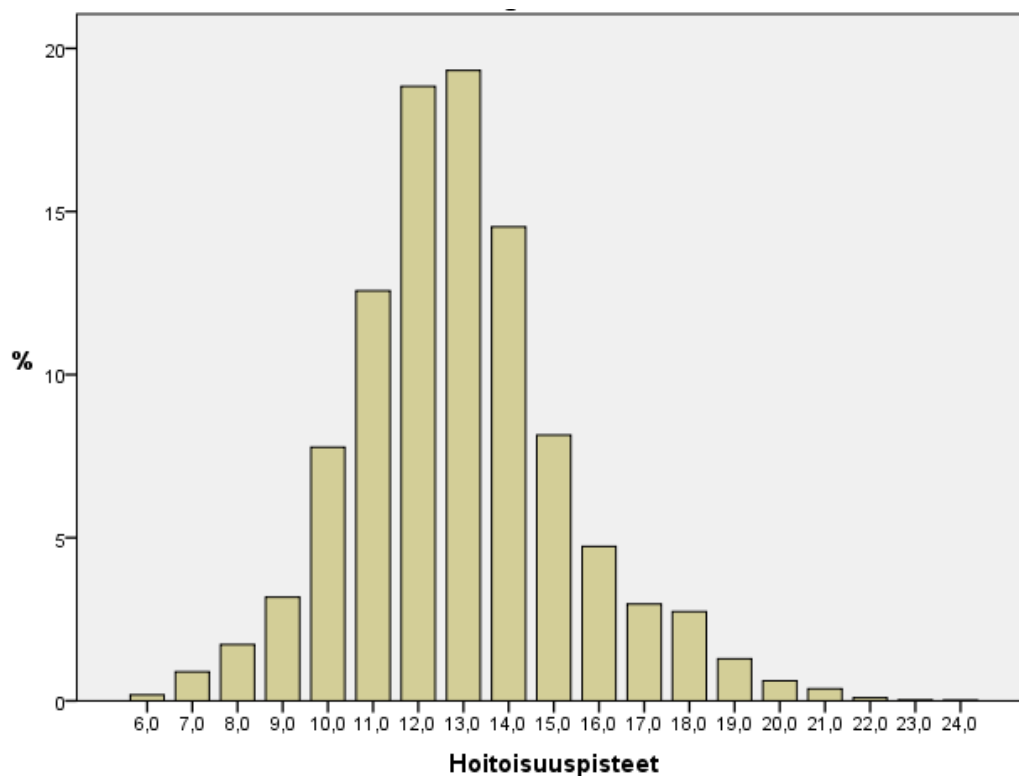
Tulosten kuvaamiseen käytettiin taulukoita ja kuvioita, jotka tehtiin sekä SPSS-ohjelmalla että Excel-ohjelmalla. Taulukoissa esitettiin tulosten määrä sekä prosenttijakauma. Kuvioissa kuvattiin muun muassa yksiköiden hoitoisuutta koko organisaatiota käsittävänä.

Haastatteluaineisto koostui viidestä teemahaastattelusta, joita tehtiin jokaisessa tutkimukseen osallistuvassa yksikössä kussakin yksi syys-marraskuun 2012 välisenä aikana. Henkilöstön teemahaastattelut analysoitiin sisällön analyysimenetelmällä. Tällä tarkoitetaan sitä, että tietoaineisto tiivistetään niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla yleistävästi ja lyhyesti tai että tutkittavien ilmiöiden suhteet saadaan selkeästi esille. Olennaista on, että haastatteluaineistosta saadaan eroteltua samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2001.) Aineistojen analyysissa saadaan vastaukset eri kysymyksiin ja näin ollen sekä rekisteriaineiston analyysi että teemahaastattelusta saadut tulokset ovat tärkeitä tässä tutkimuksessa.

5 TULOKSET

5.1 Asiakkaiden hoitoisuus koko organisaatiossa

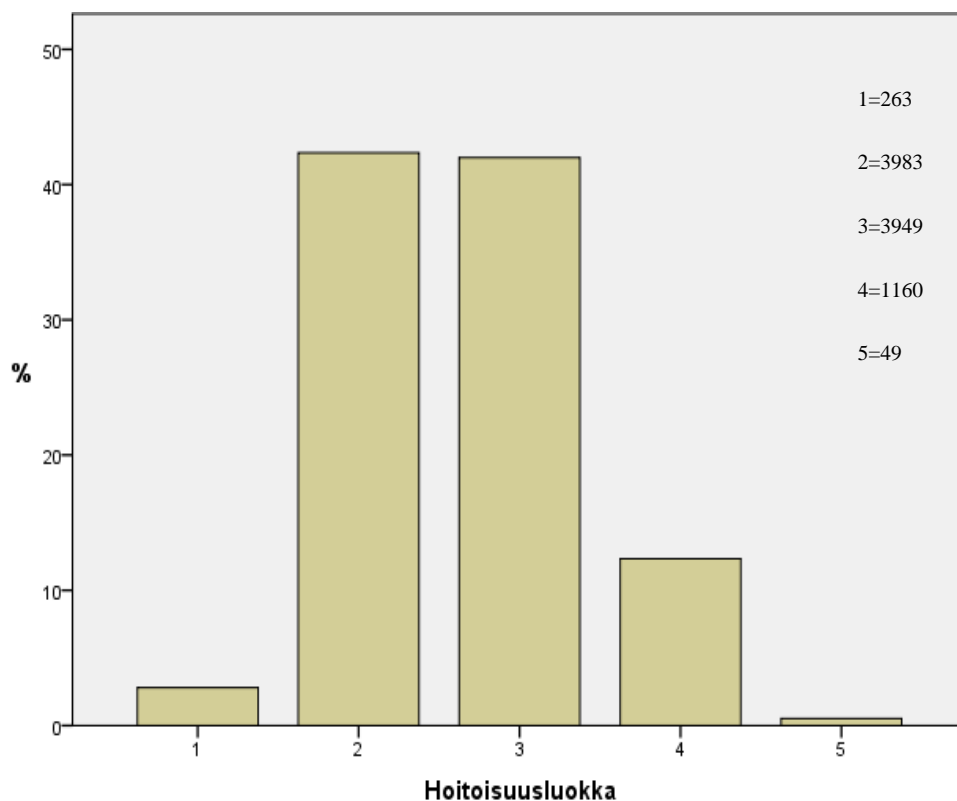
Tutkimukseen osallistuneiden osastojen kaikkien asiakkaiden hoitoisuus jakautui siten, että lähes kaksi kolmasosaa asiakkaista (65,2 %) sai hoitoisuuspisteillä arvioituna 11,0–14,0 pistettä. Tutkittavana ajankohtana asiakkaiden hoitoisuutta mitattaessa alle kymmenen pistettä sai vain 13,8 % ja yli viisitoista pistettä sai 20,9 % asiakkaiden luokitteluista. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Kehitysvammahuollon laitoshoidon asiakkaiden hoitoisuuspisteiden jakautuminen koko organisaatiossa 1.7.–31.12.2012 (n=9403), (%)

Kaikkien asiakkaiden hoidon tarve oli joko keskimääräinen tai keskimääräistä suurempi. Hoitoisuusluokkaan kaksi (HL II) sijoittui 3983 merkintää (42,4 %) ja hoitoisuusluokkaan kolme (HL III) sijoittui 3949 merkintää (42,0 %) tutkittavalla ajanjaksolla. Hoitoisuusluokka neljään (HL IV) sijoittui 12,3 % asiakkaisiin

kohdistuvista luokitteluista. HL IV:n kuvataan tarkoittavan maksimaalista hoidon tarvetta, joka tarkoittaa toistuvaa ympärivuorokautista hoitoa, valvontaa, tukea ja/tai ohjausta. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Kehitysvammahuollon laitoshoidon asiakkaiden hoitoisuusluokkiin (I-V) jakautuminen koko organisaatiossa 1.7.2012–31.12.2012 (n=9403), (%)

Organisaation tasolla hoitoisuusluokituksen eri osa-alueisiin jakautuminen vaihteli riippuen siitä, mistä osa-alueesta oli kysymys. **Hoidon suunnittelu ja koordinointi** oli arvioitu olevan vaativuustasolla A, jolloin hoitosuunnitelman arviointi ja tarkastaminen on helppoa, yksinkertaista tai vähäistä. Mittarin tuloksista suurin osa (87,4 %, n=8220) oli vaativuustasoa A. Vain 0,5 % (n=44) mittarin tuloksista oli vaativuustasoa D, jossa hoitosuunnitelman laatiminen, arviointi ja tarkastaminen oli erittäin vaikeaa.

Osa-alue **Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet** oli arvioitu niin, että suurin osa luokitteluista sijoittui vaativuustasolle B (49,5 %, n=4671), jolloin asiakkaan hoidon

tarve oli ajoittainen tai melko vaativa sekä vaativuustasolle C (33,3 %, n=3136), jolloin asiakkaan hoidon tarve oli toistuvaa.

Vaativuustasoon C kuului yli puolet (55,6 %, n=5224) tuloksista **Ravitsemus ja lääkehoito** – osiossa. Myös vaativuustasoon B sijoittui tuloksista yli kolmasosa (33,9 %, n=3192). Eli tämä osa-alue arvioitiin asiakkaiden hoidon tarpeessa toistuvaksi ja vaativaksi. Tämän osion vastauksista vain 2,8 % (n=261) arvioitiin vaativuustasolle A, jolloin asiakkaan hoidon tarve on vähäinen.

Hygienia ja eritystoiminta osa-alueella yli puolet (55,1 %, n=5186) tuloksista arvioitiin vaativuustasolle C, jolloin hoidon tarve oli toistuvaa ja vaativaa. Vaativuustasolle B tuli 24,1 % (n=2269) tuloksista, jolloin hoidon tarve oli ajoittaista tai melko vaativaa.

Osa-alue **Aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo** arvioitiin mittarilla mitattuna vaativuustasolle B (42,2 %, n=3972) ja vaativuustasolle C (42,6 %, n=4004). Näin ollen asiakkaan hoidon tarve nähtiin ajoittaiseksi tai melko vaativaksi sekä osittain toistuvaksi ja vaativaksi.

Hoidon/jatkohoidon opetus ja ohjaus sekä emotionaalinen tuki osa-alue arvioitiin niin, että asiakkaan hoidon tarve oli vähäistä eli vaativuustaso oli A. Suurin osa (82,5 %, n=7755) tuloksista tuli vaativuustasoon A. (Taulukko 1.)

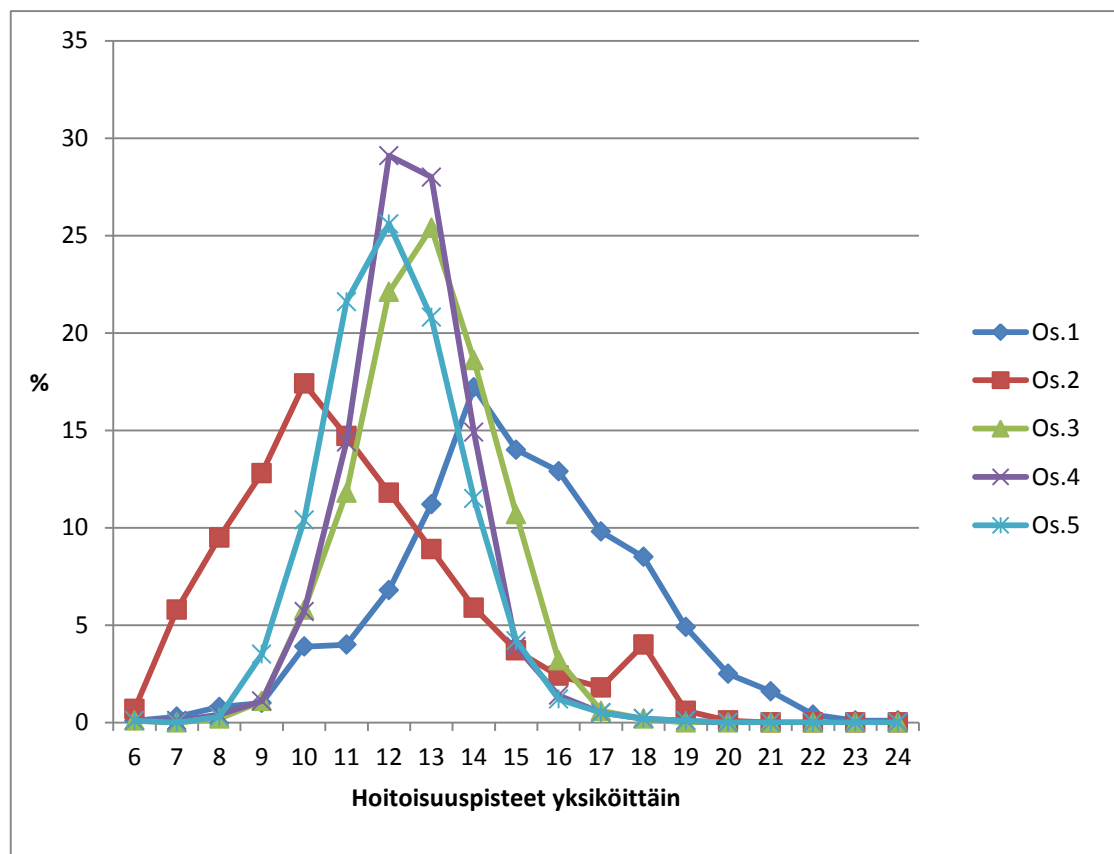
Taulukko 1. Koko kehitysvammahuollon organisaation hoitoisuuden jakautuminen eri osa-alueisiin 1.7.–31.12.2012 (n=9403) (n, %)

Osa-alue	Vaativuustaso A		Vaativuustaso B		Vaativuustaso C		Vaativuustaso D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hoidon suunnittelu ja koordinointi	8220	87,4	825	8,8	315	3,3	44	0,5
Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet	1002	10,7	4671	49,7	3136	33,3	595	6,3
Ravitseminen ja lääkehoito	261	2,8	3192	33,9	5224	55,6	727	7,7
Hygieniä ja erityistoiminta	405	4,3	2269	24,1	5186	55,1	1544	16,4
Aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo	289	3,1	3972	42,2	4004	42,6	1139	12,1
Hoidon/jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki	7755	82,5	1161	12,3	381	4,1	107	1,1

5.2 Asiakkaiden hoitoisuus yksiköittäin

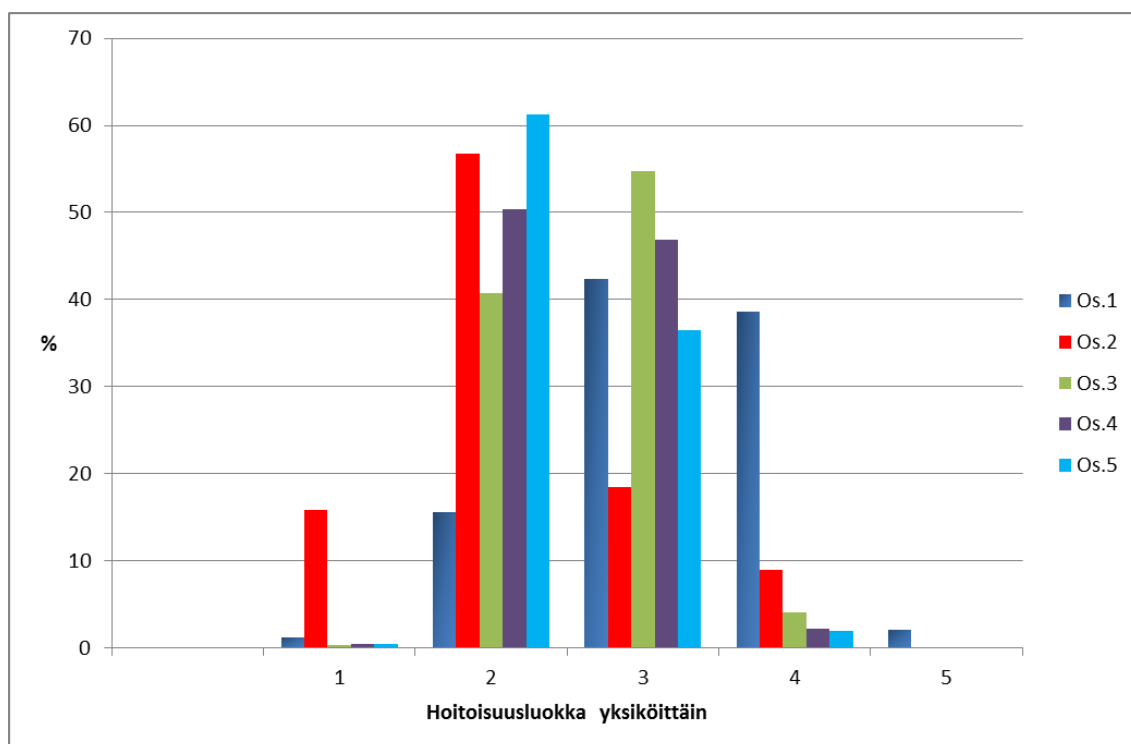
Kuviossa 3 on esitetty hoitoisuuspisteiden jakautuminen yksiköittäin. Haasteellisesti käyttäytyvien yksikössä (os.2) hoitoisuuspisteet olivat keskimäärin hiukan alhaisemmat kuin organisaation muissa yksiköissä. Esimerkiksi osastolla 2 yli puolet (56,7 %) hoitoisuuspisteistä sijoittui 9–12 pisteen välille. Osastolla 1 hoitoisuuspisteistä 55,3 % sijoittui pisteiden 13–16 välille. Näissä molemmissa yksiköissä asiakkaina oli lyhytaikaista kuntoutusta (alle 3 kk) saavia asiakkaita. Kuitenkin osastolla 1 oli myös pitkäaikaishoidossa olevia asiakkaita. Lisäksi molemmissa yksiköissä asiakkailla oli haasteellista käyttäytymistä. Pitkäaikaishoidon yksiköissä (os.3, os.4 ja os.5) hoitoisuuspisteiden jakautuminen oli melkoisen yhteneväistä. Jokaisessa näistä

yksiköistä suurin osa (83-90 %) hoitoisuuspisteistä jakautui välille 11-15 pistettä. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Kehitysvammahuollon laitoshoidon asiakkaiden hoitoisuuspisteiden jakautuminen yksiköittäin 1.7.–31.12.2013 (n=9403), (%)

Hoitoisuusluokkiin jakautumisessa ei ollut suuria eroja yksiköiden välillä. Jonkin verran luokkiin jakautumisessa näkyi yksikön luonne ja asiakkaiden vaikeahoitoisuus. Kuitenkin suurin osa luokitteluista tuli yksiköstä riippumatta hoitoisuusluokkiin II ja III (HL II ja HL III). (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Kehitysvammahuollon laitoshoidon asiakkaiden hoitoisuusluokkiin jakautuminen yksiköittäin 1.7.–31.12.2013 (n=9403), (%)

Osasto 1:n hoitoisuusluokkiin jakautuminen painoittui hoitoisuusluokkaan III ja hoitoisuusluokkaan IV (HL III 42,4 % ja HL IV 38,6 %). Tämä yksikkö oli ainoa, jossa luokittelutietoja tuli hoitoisuusluokkaan V (2,1 %). Osasto 2:n hoitoisuuspisteet painottuivat hoitoisuusluokkaan II (HL II), johon tuli yksikön luokituksista yli puolet (56,7 %). Hoitoisuusluokkaan II (HL II) ja hoitoisuusluokkaan III (HL III) sijoituivat suurin osa hoitoisuuspisteistä osastoilla 3, 4 ja 5. Näissä yksiköissä painoittui nämä kaksi hoitoisuusluokkaa, joihin luokitteluista tuli yli 90 %. Osasto 5:llä hoitoisuusluokkaan II (HL II) sijoittui yli 60 % luokitteluista, kun vastaavan tyyppisellä osastolla 3 tähän hoitoisuusluokkaan tuli noin 40 % luokitteluista. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Kehitysvammahuollon laitoshoidon asiakkaiden hoitoisuusluokkiin jakautuminen yksiköittäin 1.7.–31.12.2013 (n=9403), (%)

Hoitoisuusluokka	Os.1	Os.2	Os.3	Os.4	Os.5
	%	%	%	%	%
I	1,2	15,9	0,3	0,5	0,4
II	15,6	56,7	40,8	50,4	61,2
III	42,4	18,5	54,7	46,9	36,5
IV	38,6	8,9	4,1	2,2	2
V	2,1	0	0	0	0
Yhteensä	100	100	100	100	100

Yksiköiden välillä hoitoisuusluokituksen eri osa-alueisiin jakautuminen riippui sekä yksiköstä että osa-alueesta. Yksiköiden väliset vaihtelut hoidon vaativuustasossa eivät olleet merkittäviä, vaikkakin ne olivat havaittavissa. Osa-alue **Hoidon suunnittelu ja koordinointi** oli arvioitu olevan pääsääntöisesti vaativuustasolla A (hoidon tarve helppo, yksikertainen, vähäinen) tai B (hoidon tarve melko vaativa). Osasto 1:n arvioissa oli 66 % (n=1482) vaativuustasoa A ja 22 % (n=502) vaativuustasoa B. Vastaavat luvut neljässä muussa yksikössä olivat keskimäärin niin, että vaativuustasoa A oli yli 90 % ja vaativuustasoa B 2-6 %.

Kehitysvammaisten asiakkaiden hoitoisuus oli arvioitu osa-alueessa **Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet** vaativuustasoksi B (hoidon tarve ajoittainen, melko vaativa) ja vaativuustasoksi C (hoidon tarve toistuvaa), joihin kuului 75–90 % tuloksista. Yksiköiden väliset erot eivät olleet suuria. Kuitenkin osastolla 1 oli vaativuustasoon C arvioitu yli 40 % vastauksista samoin kuin osastolla 4. Yksikön luonteesta johtuen osastolla 1 oli arvioitu olevan yli 15 % vaativuustasoon D (kuvaava täysin tai lähes kokonaan autettavan asiakkaan hoidon tarvetta). Muissa yksiköissä vaativuustasoon D vain alle 10 % arvioinneista.

Osa-alue **Ravitsemus ja lääkehoito** oli neljän yksikön osalta suhteellisen saman suuntainen vaatimustasoltaan. Näissä neljässä yksikössä oli vaativuustasoon C (hoidon tarve toistuvaa) arvioitu yli puolet (56–75 %) luokitelluista tuloksista. Osastolla 2 arvioitiin vaativuustasoon B (hoidon tarve ajoittainen tai melko vaativa) yli puolet (58 %), kun taas vaativuustasoon C tuli noin neljäsosa (25 %) tuloksista. Samansuuntaisia tuloksia tuli osa-alueeseen **Hygienia ja eritystoiminta**. Neljässä yksikössä vaatimustaso C (hoidon tarve on toistuvaa) oli yli puolessa (56–65 %) luokitelluista tuloksista. Osastolla 2 painotus oli vaativuustasoon B (46 %), jossa hoidon tarve ajoittainen tai melko vaativa. Osastolla 1 (20 %) ja osastolla 3 (33 %) tuli vastauksia myös vaativuustasoon D (kuvaava täysin tai lähes kokonaan autettavan asiakkaan hoidon tarvetta).

Osa-alueen **Aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo** hoitoisuus on osastolla 1 vaativuustasoa C, jossa hoidon tarve toistuvaa (49 %) ja vaativuustasoa D, joka kuvaava täysin tai kokonaan autettavan asiakkaan hoidon tarvetta (37 %). Osastoilla 3, 4 ja 5 hoidon tarve ajoittaiseksi (vaativuustaso B, 44–56 %) tai toistuvaksi (vaativuustaso C, 40–44 %). Osastolla 2 yli puolet (54 %) tuloksista arvioitiin vaativuustasoon B.

Osastoilla 2-5 osa-alueen **Hoidon ja jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki** arvioitiin pääsääntöisesti olevan vaativuustasoa A (hoidon tarve vähäinen), joihin tuloksista tuli 90–96 %. Myös osastolla 1 oli tuloksista lähes puolet (45 %) vaativuustasoa A, mutta siellä myös 36 % tuloksista tuli vaativuustasoon B (hoidon tarve ajoittainen tai melko vaativa). (Taulukko 3.)

5.3 Teemahaastatteluun osallistuneiden taustatiedot

Yksiköiden teemahaastatteluihin osallistui 7–14 henkilöä kuhunkin haastatteluun. Osallistujamäärä vaihteli yksikön koon ja työvuorossa olevien työntekijöiden mukaan. Suuremmissa yksiköissä myös haastatteluun osallistuvia henkilöitä oli enemmän, pienemmissä yksiköissä haastatteluun osallistui vähemmän henkilöitä. Yhteensä teemahaastatteluihin osallistui 51 henkilöä. Yhden henkilön taustatietoja ei voitu ottaa mukaan, koska taustatietolomake oli puutteellisesti täytetty.

Teemahaastatteluun osallistuneista henkilöistä (n=50) naisia oli 44 (88 %) ja miehiä oli kuusi (12 %). Osallistuneista suurin osa oli hoitajia (68 %), sairaanhoitajia tai osastonhoitajia oli 24 % ja loput 8 % olivat hoitoapulaisia, ohjaajia tai henkilökohtaisia apulaisia. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden koulutus oli joko kouluasteen-, opistoasteen- tai ammattikorkeakoulututkinto (AMK). Haastatteluun osallistuneiden keski-ikä oli 42,5 vuotta ja ikäjakauma oli 23-vuotiaasta 62-vuotiaaseen. Nykyisissä tehtävissä haastatteluun osallistujat olivat olleet 0–37 vuoteen ja nykyisessä yksikössä 0-28 vuoteen. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Kehitysvammahuollon laitoshoidon työntekijöiden teemahaastatteluun osallistuneiden (n=50) taustatietoja. (n=50), (%)

Taustatiedot	n	%
Ammattinimike		
osastonhoitaja	3	6
sairaanhoitaja	8	16
hoitaja	34	68
ohjaaja	2	4
muu	3	6
Ikäjakauma		
20–30 vuotta	8	16
31–40 vuotta	15	30
41–50 vuotta	10	20
yli 51–vuotta	17	34
Koulutus		
kouluaste	21	42
opistoaste	20	40
ammattikorkeakoulu	9	18
Sukupuoli		
nainen	44	88
mies	6	12
Työskentely alalla		
0-4 vuotta	18	36
5-12 vuotta	13	26
yli 13 vuotta	19	38

5.4 Henkilöstön arviot hoitoisuusmittarin soveltuvuudesta ja käytettävyydestä

5.4.1 OPCq-mittarin hoitotyön osa-alueiden soveltuvuus kehitysvammaisten asiakkaiden luokitteluun

Suurimmassa osassa tutkimukseen osallistuvista yksiköistä hoidetaan pitkäaikaishoidossa olevia asiakkaita. Osa osa-alueista ei sovellu haastateltujen mukaan pitkäaikaishoidossa olevien asiakkaiden hoitoisuuden luokitteluun. Haastateltavat kokivat, että osa-alueet **hoidon suunnittelu ja koordinointi sekä hoidon ja jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki** soveltuvat huonosti pitkäaikaishoidossa olevien asiakkaiden hoitoisuuden luokitteluun. Kun hoidon suunnittelua tehdään pääsääntöisesti kolmen kuukauden välein tehtävän hoitoyhteenvedon yhteydessä, päivittäinen näiden osa-alueiden luokittelu laskee

luokittelijoiden mielestä asiakkaan hoitoisuutta. Päivittäin he kuitenkin suunnittelevat hoitoa, vaikka se luokittelussa näkyy helppohoitoisena.

Kehitysvammaisen asiakkaan **persoonallisuuden unohtaminen** tuli esille haastatteluissa. Mittarin osa-alueiden koettiin olevan teknisiä ja keskittyvän toimenpiteisiin ja temppeihin. Kuitenkin hoitoisuuden luokittelun myötä kirjaamiseen oli kiinnitetty enemmän huomiota ja asiakkaiden huomioita kirjataan luokittelun myötä päivittäin entistä tarkemmin. Välillä hoitajat kokivat kirjaamisen turhauttavaksi, kun kaikki pienetkin asiat tulisi olla kirjattuna, jotta ne tulisivat näkyviin luokittelussa.

”Kunhan nyt jotain kirjaa... kirjaaminen vie todella paljon aikaa, tuntuu hullulta kirjata joka risaus.”

Joissakin yksiköissä arvioitiin, että hoitoisuuden luokittelusta löytyi kaikki osa-alueet, mutta niiden **loogisuutta** ei koettu sopivaksi kehitysvammaisen asiakkaan hoitoisuuden luokittelussa.

”Kaikki osa-alueet löytyy, mutta jaottelu on väärä haasteellisesti käyttäytyvillä.”

Mittarin käytön tukemiseksi olevan **OPCq-ohjeen soveltuvuus** luokittelun apuvälineenä koettiin haasteelliseksi hyödyntää luokittelun tekemisessä. Joissakin yksiköissä tätä ohjeistusta käytettiin hoitoisuuden luokittelua kirjattaessa. Jotkut hoitajat kokivat kuitenkin, ettei tämä ohjeistus sopinut heidän yksikkönsä tarpeisiin tai siitä ei ollut mitään apua hoitoisuuden mittausta tehtäessä. Joku jopa kertoi tämän ohjeistuksen sotkevan luokittelun tekemistä.

”Osaston luonteen takia noilla apusanoilla ei käyttöä.”

”Kirjaamistavassa ei tule apusanoista apua. Vaikeusaste on osastolla saatava esim. kahden hoitajan avustamana, se ei tule apusanoilla esille.”

”Noi apusanat eivät kohtaa osaston luonnetta.”

5.4.2 OPCq-mittarikoulutuksen antamat valmiudet asiakkaan hoitoisuuden luokitteluun

Yksikön mittarin käyttöön koulutetut vastuhenkilöt kokivat saamansa koulutuksen hyväksi. Siellä käytiin läpi esimerkkien avulla luokittelun käyttöä, mutta koulutuksen linjan koettiin muuttuneen matkan aikana. Alussa ohjeistus ja koulutussisältö olivat tiukempia, mutta myöhemmin oheistusta löysennettiin. Haastatteluissa tuli esille, että vastuuhenkilöiden saaman koulutuksen jälkeen ohjeistus mittarin käyttöön muuttui.

”Vastuuhenkilökoulutuksen jälkeen koko juttu kääntyi pääläelleen. Alussa oli paljon A:ta ja B:tä, myöhemmin huomattiin, että osastolla olikin suurin osa C:tä ja D:tä.”

Haastateltavat kertoivat, että luokittelun **ohjeistuksen vaihtuvuus** aiheutti epävarmuutta luokitteluun. Tämä loi käyttäjille asenteen, että on ihan sama, miten luokitellaan. Osa haastatelluista toi esille, että vastuuhenkilöille oli jäänyt liian suuri haaste kouluttaa koko muu henkilöstö saamallaan koulutuksella.

”... ei tässä paljon oo kettää koulutettu...”

Jotkut hoitajat kokivat, että **vastuuhenkilöiden vastuullisuus** tuli käyttöönoton jälkeen esille. Vastuuhenkilöiden koettiin olevan hyviä ja perusteellisia kouluttajia.

Vastuuhenkilöt ovat järjestäneet muille koulutusta tarpeen ja tilanteiden mukaan. Myös yhdessä opettelu ja harjoittelu nähtiin tärkeäksi.

”Meillä ollut hyviä ja perusteellisia vastuuhenkilöitä.”

Eräässä yksikössä nähtiin parhaana koulutuksena organisaation **RAFAELA™-pääkäyttäjän koulutus** yksikössä oikeilla tilanteilla. Yksikön hoitajat keskustelivat silloin yhdessä tilanteista ja näin heille tuli yhtenäinen linjaus luokittelun tekemiseen.

”Koulutuksista paras, kun Xx tuli osastolle opastamaan. Porukalla nähtiin ja keskusteltiin tilanteesta. Tuli yhtenäisyyttä.”

Kirjallisista pikaohjeista tietokoneiden vieressä nähtiin olevan apua varsinkin alkuvaiheessa luokittelua tehtäessä. Osa on kuitenkin kokenut, etteivät kirjalliset ohjeet ole tuoneet selkeyttä luokittelun tekemiseen. Lukihäiriöisen on ollut vaikea hahmottaa kirjallisia ohjeita.

”Kirjalliset ohjeet auttavat joitakin, toisia ei. Riippuu ihmisestä.”

5.4.3 Hoitoisuusluokituksen päivittäinen kirjaaminen

Luokittelun tekeminen potilastietojärjestelmää hyväksi käyttäen koettiin teknisesti helpoksi. Se oli suurimman osan mielestä nopeaa ja vei vain vähän työaika. Osa kuitenkin koki, että luokituksen tekeminen riippui siitä, miten päivittäinen kirjaaminen oli tehty. Haasteelliseksi koettiin päivittäisen raportin kirjaaminen, johon luokittelu perustui. Päivittäinen asiakkaan hoitoon liittyvä kirjaaminen FinCC-luokituksen

mukaisesti vei hoitajien mukaan erittäin paljon aikaa. Kirjaaminen haluttiin kuitenkin yleensä tehdä kunnolla ja perusteellisesti, jotta hoitoisuuden luokittelusta tulisi totuuden mukainen.

”Mitä et ole kirjannut, sitä et ole tehnyt...”

”Mitä järkeä on kirjoittaa raportti, jotta saatais luokiteltua kunnolla...”

FinCC:n ja OPCq-mittarin yhteensovittaminen (cross-mapping) koettiin hyväksi. Silloin luokittelua tehtäessä nähtiin vain ne kirjaukset, mitkä liittyivät mihinkin mittarin osa-alueeseen.

”Hoitotyön merkintöjen ja mittarin mäppäyksestä on ollut apua.”

Käyttöliittymän helppous nähtiin myös hyvänä luokittelun tekemisessä. Joitakin visuaalisia muutoksia käyttäjät liittymään toivoivat, mutta tekninen toteutus koettiin hoitoisuuden luokittelussa helpoimmaksi.

”Käyttöliittymä helppo käyttää, hiton kätevä. Pitäisi avautua koko näytön kokoiseksi.”

5.4.4 Mittarin kehittämisen tarve

Haastatteluissa tuotiin esille, että kehitysvammaisille asiakkaille pitäisi olla oma mittari, joka olisi suunniteltu tälle kohderyhmälle. Selkeitä **kehitysehdotuksia** haastatteluissa tuli vain vähän. Kuitenkin esille tuli esimerkiksi se, että kehitysvammaisten hoitoisuuden luokittelussa tulisi ottaa enemmän huomioon valvonta, ohjaaminen ja

kommunikointi. Myös yhdessäolon huomioiminen osaksi hoitoisuutta nousi haastatteluissa esille. Lisäksi mittaria toivottiin yksinkertaistettavan ja selkiyttävän.

”Käännetään kehitysvammauolelle suomen kielelle. Esimerkiksi tappelut ja nahinat, sotkemiset jne. paremmin näkyville.”

”Pitäisi olla selkeämpi ja yksinkertaisempi.”

”Kaikki löytyy, jaottelu uusiksi. Valvonta pitäisi näkyä nykyistä enemmän ja paremmin.”

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata RAFAELA™-hoitoisuusluokituksen OPCq-mittarilla saatujen tietojen avulla kehitysvammaisten asiakkaiden hoitoisuutta yhden kehitysvammalaitoksen viidessä eri yksikössä. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata OPCq-hoitoisuusmittarin käyttökokemuksia kehitysvammaisten asiakkaiden hoitoisuuden mittaamisesta hoitajien kuvaamana. Tavoitteena oli tuottaa tietoa OPCq-mittarin soveltuvuudesta kehitysvammaisten asiakkaiden hoitoisuuden mittaamiseen sekä rekisteriaineiston että käyttäjien näkökulmasta.

6.1.1 Kehitysvammaisten asiakkaiden jakautuminen hoitoisuuden mukaan

Tämän tutkimuksen mukaan OPCq-mittarilla mitattuna kehitysvammaiset jakautuivat tutkittavassa organisaatiossa hoitoisuusluokkaan II tai hoitoisuusluokkaan III. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaiden hoitoisuuden tarve on keskimääräinen tai keskimääräistä suurempi. Tutkittavassa organisaatiossa tarjotaan ympärivuorokautista hoitoa ja ohjausta sekä pitkäaikaishoidossa oleville että lyhytaikaista kuntoutusta saaville kehitysvammaisille asiakkaille. Yllättävää tuloksissa oli se, että vain noin 12 % asiakkaista sijoittui tutkimusaikana hoitoisuusluokkaan IV (HL IV), jossa hoidon tarpeen katsotaan olevan toistuvaa, ympärivuorokautista hoitoa, valvontaa, tukea ja ohjausta. Kaikista tuloksista vain 0,5 % sijoittui hoitoisuusluokkaan V, joka kuvaa intensiivistä hoidon tarvetta ja kaikki näistä HL V:een sijoittuvat tulokset tulivat osasto 1:ltä. Tässä yksikössä asiakkaiden nähtiin olevan hoitoisuudeltaan hieman vaativampia kuin muissa yksiköissä. Yksikössä hoidetaan sekä lyhytaikaisessa kuntoutuksessa että pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevia asiakkaita.

Hoitoisuusluokkiin jakautumisessa yksiköiden välillä ei ollut merkittäviä eroja. Osastolla 1 oli hieman hoidollisempia asiakkaita kuin muissa yksiköissä. Tässä

yksikössä suurin osa asiakkaista oli hoitoisuusluokassa III tai hoitoisuusluokassa IV. Yksikössä hoidetaan sekä pitkäaikaishoidossa että lyhytaikaisessa hoidossa olevia asiakkaita. Tämä hoidon moninaisuus voi olla syynä siihen, että hoitoisuuspisteet ovat tässä yksikössä muita yksiköitä korkeammat. Osastoilla 3 ja 4 oli hoitoisuusluokkiin jakautuminen hyvin samanlaista eli siellä suurin osa mittarituloksista sijoittui hoitoisuusluokkaan II ja hoitoisuusluokkaan III. Osastolla 5 oli hoitoisuusluokkaan II tullut yli 60 % mittarituloksista, kun taasen osastolla 3 vastaavaan luokkaan tuli vain noin 40 % tuloksista. Nämä kaksi osastoa ovat kuitenkin luonteeltaan samanlaisia, joten eroavuus hoitoisuusluokkiin sijoittumisessa oli selkeä. Molemmat yksiköt tarjoavat pitkäaikaista asumista kehitysvammaisille. Osastolla 5 hoidetaan nuoria ja aikuisia vaikeavammaisia kehitysvammaisia ja osastolla 3 hoidetaan aikuisia ja ikääntyviä pitkäaikaishoidossa olevia kehitysvammaisia. Voidaankin miettiä, ovatko ikääntymisen tuomat haasteet syynä korkeampaan hoitoisuuteen osastolla 3.

Kanervan (2004) tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia potilaiden hoitoisuuden suhteen, vaikka kyseessä oli sairaalan vuodeosasto ja hoitoajat olivat huomattavasti lyhyempiä. Potilaiden hoitoisuuspisteiden keskiarvo sairaalan vuodeosastolla oli 12,74 pistettä ja suurin osa potilaista kuului hoitoisuusluokkaan II tai III.

6.1.2 Kehitysvammaisten jakautumien hoitoisuusluokituksen eri osa-alueissa

Koko organisaation hoitoisuusluokituksen eri osa-alueissa tuli selkeästi esille organisaatiossa annettavien palvelujen luonne. Kun kyseessä on pääsääntöisesti pitkäaikaishoitoa tarjoavia yksiköitä, arvioitiin Hoidon suunnittelu ja koordinointi – osa-alue vaativuustasoon A. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitosuunnitelman arviointi ja tarkastaminen on vähäistä, helppoa tai yksinkertaista. Pitkäaikaishoidossa oleville asiakkaille ei tarvitse hoitosuunnitelmaa päivittäin tehdä ja muutokset päivittäin tai jopa viikoittain ovat vähäisiä, mikä osaltaan selittää mittauksessa tulleen hoidon suunnittelu ja koordinointi – osa-alueeseen. Asiakkaan hoitosuunnitelmia ei tarkisteta päivittäin, jolloin hoitoisuusluokitusta tehtäessä tämä osa-alue tulee automaattisesti

vaativuustasolle A. Ottman-Salmisen (2006) tutkimuksessa vastasyntyneiden ja tehohoidossa olevien vauvojen hoitoisuudesta hoidon suunnittelu ja koordinointi painottui vaativuustasoon B ja C.

Yksiköiden välillä osa-alueessa Hoidon suunnittelu ja koordinointi näkyi pieniä eroja. Kaikissa yksiköissä pääosin arviointi tuli vaativuustasoon A, mutta osastolla 1 tuli myös vaativuustasoon B noin viidesosa arvioinneista. Muissa yksiköissä tulokset tulivat yli 90 %:lla vaativuustasoon A. Osastolla 1 hoidetaan sekä lyhytaikaista kuntoutusta saavia että pitkäaikaishoidossa olevia kehitysvammaisia asiakkaita. Lyhytaikaisessa kuntoutuksessa olevat asiakkaat todennäköisesti nostavat tuloksen vaativuustasoa tässä yksikössä.

Osa-alue Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet arvioitiin noin puolessa tuloksista koko organisaation tasolla vaativuustasoon B. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaan hoidon tarve oli joko ajoittainen tai melko vaativa. Myös vaativuustasoon C tuli noin kolmasosa kaikista tuloksista, jolloin asiakkaan hoidon tarve oli toistuvaa. Yksiköiden välille ei muodostunut suuria eroja, vaikkakin osastolla 1 ja osastolla 4 oli vaativuustasoon C arvioitu yli 40 % vastauksista. Osastolla 1 arvioitiin tähän osa-alueeseen myös vaativuustasoon D yli 15 % vastauksista, joka kuvaa hyvin osaston luonnetta asiakkaiden hoitoisuuden osalta. Vaativuustaso D kuvaa täysin tai lähes kokonaan autettavan asiakkaan hoidon tarvetta. Vastasyntyneiden hoitoisuutta kuvaavassa tutkimuksessa painottuu vaativuustaso B (65,1 %) ja vastaavasti teho- ja tarkkailuosastolla hivenen enemmän vaativuustaso C (48 %) kuin B (43,8 %) (Ottman-Salminen 2006).

Ravitsemus ja lääkehoito sekä hygienia ja eritystoiminta ovat osa-alueita, joita on perinteisesti pidetty korkeaa hoitoisuutta vaativina osa-alueina. Myös OPCq-mittarilla mitattuna näiden kahden osa-alueen vaativuustasoon C sijoittui yli puolet asiakkaista koko organisaation tasolla. Yksiköissä eroavaisuudet eivät olleet merkittäviä, vaikkakin osastolla 2 asiakkaista yli puolet sijoittui vaativuustasoon B, jossa hoidon tarve oli

ajoittainen tai melko vaativa. Osa-alueessa hygienia ja eritystoiminta näkyi jonkin verran vaihtelua, kun osaston 1 asiakkaista viidesosa ja osaston 3 asiakkaista yli kolmasosa oli vaativuudeltaan D-tasoa. Vaativuustaso D kuvaa täysin tai lähes kokonaan autettavan asiakkaan hoidon tarvetta. Vaikka tutkimusjoukko vastasyntyneitä koskevassa hoitoisuustutkimuksessa oli erilainen, on tässäkin osa-alueessa hyvin samansuuntaisia tuloksia. Ravitsemus ja lääkehoidon osa-alueella painottuu vaativuustasot B ja C. Myös hygienia ja eritystoiminta - osa-alueella painottuvat B- j C-vaativuustasot. (Ottman-Salminen 2006.)

Koko organisaation näkökulmasta katsottuna osa-alue Aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo on vaativuustasoa B tai vaativuustasoa C. Vain pieni osa tuloksista sijoittui vaativuustasoon D. Myös tällä osa-alueella korostui osaston 1 korkeampi hoitoisuus muihin yksiköihin verrattuna. Osastolta 1 tuloksista oli lähes 40 % vaativuustasoa D. Tässä osa-alueessa arvioitiin osastolla 2 yli puolet vastauksista vaativuustasoon B, joka tarkoittaa ajoittaista hoidon tarvetta. Nämä eroavuudet kokonaisarvioinnista ovat hyvin ymmärrettävissä, koska osasto 1 on luonteeltaan hoidollinen osasto, jossa asiakkaat tarvitsevat tälläkin osa-alueella runsaasti hoitoa ja ohjausta. Osaston 2 asiakkaat ovat huomattavasti omatoimisempia, eivätkä tarvitse niin paljon käsillä tehtävää hoitoa. Tämän yksikön asiakkaat tarvitsevat kuitenkin ohjausta ja opastusta, mutta tällä osa-alueella se ei tämän tutkimuksen tuloksissa käy esille. Ottman-Salmisen (2006) tutkimuksessa tällä osa-alueella painopiste on vaativuustasolla B (yli 60 %). Vaativuustasoon C tuli tuloksista noin 30 %.

Osa-alue Hoidon ja jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki oli Hoidon suunnittelun ja koordinointi – osa-alueen tapaan sellainen, että se arvioitiin koko organisaation näkökulmasta vaativuustasolle A, jolloin hoidon tarve oli vähäinen. Tähän tuloksista sijoittua yli 80 %. Yksikkötasolla ainoastaan osastolla 1 tuli tuloksista 36 % vaativuustasoon B. Muissa yksiköissä vaativuustasolle A tuli tuloksista yli 90 %. Myös tällä osa-alueella selittävänä tekijänä yhden yksikön eroavuuteen on se, että osastolla 1 on huomattavasti muita yksiköitä enemmän lyhytaikaisessa kuntoutuksessa olevia

asiakkaita. Vastasyntyneitä koskevassa hoitoisuustutkimuksessa hoidon opetus ja ohjaus painottui vaatavuustasoihin B ja C. Noin puolet vastasyntyneistä luokiteltiin vaatavuustasoon C ja vaatavuustasoon B luokiteltiin yli 40 %. (Ottman-Salminen 2006.) Tämän osa-alueen ero näiden kahden tutkimuksen välillä johtunee yksiköiden luonteesta; vastasyntyneiden yksiköiden luonne on lyhytaikainen, kun taas tässä tutkimuksessa olevat yksiköt tarjoavat pitkäaikaista laitoshoidoa.

Kanervan (2004) tutkimuksessa vuodeosastolla korostui lähes joka osa-alueella vaatavuustaso B, johon suurin osa potilaista eri osa-alueilla sijoittui. Vaikka hoitoisuusluokkiin jakautuminen oli samansuuntaista sekä Kanervan tutkimuksessa että tässä tutkimuksessa, tulivat suurimmat eroavuudet osa-alueissa Hoidon suunnittelu ja koordinointi sekä Hoidon/jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki. Kanervan tutkimuksessa suurin osa potilaista sijoittui vaatavuustasoihin B ja C näillä kahdella osa-alueella. Tässä tutkimuksessa suurin osa asiakkaista sijoittui vaatavuustasolle A näillä kahdella osa-alueella. Yksi selittävä tekijä tähän oli se, että suurin osa tutkittavan organisaation asiakkaista oli pitkäaikaishoidossa, jossa jatkohoito sekä hoidon suunnittelu eivät tule päivittäin esille kirjauksista.

6.1.3 Henkilöstön kokemuksia OPCq-mittarin soveltuvuudesta ja käytettävyydestä kehitysvammaisten hoitoisuuden mittaamiseen

Henkilöstön kokemuksia selvitettiin teemahaastattelulla, jotka suoritettiin jokaisessa yksikössä ennalta sovittuna päivänä. Osallistuminen haastatteluun oli vapaaehtoista. Yhden yksikön haastateltavat kokivat, että luokittelussa käytettävän OPCq-mittarin osa-alueet olivat selkeitä ja hyvin auki kirjattuja. Haasteena nähtiin se, millaisia asiakkaita luokitellaan. Asiakkaiden somaattiset tarpeet oli helppo luokitella. Ongelmaksi nähtiin haasteellisesti käyttäytyvien asiakkaiden luokittelu, jotka tarvitsivat jatkuvaa valvontaa ja ohjausta. Myös kaikissa muissa yksiköissä koettiin, että asiakkaiden valvontaa ja ohjausta ei pystynyt tuomaan luokittelussa selkeästi esille. Henkilöstö toi esille, että vaikka asiakas tarvitsee jatkuvaa valvontaa ja ohjausta, asiakkaan hoitoisuus OPCq-

mittarilla mitattuna ei noussut kovinkaan korkeaksi. Myöskään erityistarpeet kommunikoinnissa eivät nouse mittarilla luokiteltuna esille.

Henkilöstön mielestä osa-alueet hoidon suunnittelu ja koordinointi sekä hoidon ja jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki eivät sovellu pitkäaikaishoidossa olevien asiakkaiden hoitoisuuden luokitteluun. Hoidon suunnittelua pitkäaikaishoidossa oleville kehitysvammaisille tehdään noin kolmen kuukauden välein tehtävän hoitoyhteenvedon yhteydessä. Tarvittaessa asiakkaan hoitoa ja ohjausta suunnitellaan muutenkin, mutta ne eivät aina tule näkyviksi luokittelussa. Pitkäaikaishoidossa olevilla asiakkailla jatkohoitoon liittyvä osa-alue näyttäytyy käyttäjien mukaan aina helppohoitoisena, koska asiakas ei ole jatkohoidon tarpeessa ja luokittelu tulee tehdä sen mukaisesti.

Kaustisen (2011) mukaan asiantuntija-arvioinnissa arvioitiin hoitoisuusluokitus lähes yksimielisesti kattavaksi, konkreettiseksi ja selkeäksi. Myös luokituksen osa-alueiden tärkeys hoitotyössä arvioitiin samansuuntaisesti. Lisäksi asiantuntijat arvioivat luokitteluohjeita selkeiksi tai erittäin selkeiksi. Luokituksen käytön edellytyksenä pidettiin koulutusta mm. omahoitajatyöotteesta, hoitoisuuden arvioinnista ja luokituksen kehittämistä ohjanneista teoreettisista näkemyksistä.

Teemahaastatteluissa tutkimukseen osallistunut henkilöstö kertoi, että hoitoisuusluokittelun osa-alueet eivät täysin soveltuneet kehitysvammaisen asiakkaan hoitoisuuden mittaamiseen. Osa-alueiden loogisuus ei ollut kehitysvammaisten luokitteluun suunniteltu. Esimerkiksi haasteellisesti käyttäytyvien asiakkaiden luokitteluun jaottelu ei ollut henkilöstön mielestä sopiva. Lisäksi he kokivat, että OPCq-hoitoisuusluokituksen osa-alueet keskittyivät toimenpiteisiin ja temppeihin unohtaen kehitysvammaisen asiakkaan persoonallisuuden. Päivittäisen kirjaamisen merkitys hoitoisuusluokituksen myötä on haastatteluihin osallistuneiden mukaan korostunut. Kirjaamisen FinCC-luokituksen mukaisesti osa henkilöstöstä koki positiivisena, mutta joidenkin mielestä kaiken kirjaaminen lisäsi hoitajien työtä. FinCC-ohjekirjan mukaan

hoidon tarveluokituksen ja hoitotyön toimintoluokituksen avulla kirjattu suunnittelu ja toteutus hoitotyössä toimivat pohjana määritettäessä potilaan hoitoisuusluokka. Kirjaaminen tukee hoitoisuusluokituksen luotettavuutta ja tiedon hyödynnettävyyttä. Lisäksi potilaan tarpeista lähtevä kirjaaminen tuo sisältöä hoitoisuuden määrittymiseen. (Liljamo, Kaakinen, & Ensio 2008.)

Hoitoisuusluokitukseen annettu OPCq-ohjeistuksen soveltuvuus apuvälineeksi toi esille ristiriitaisia mielipiteitä. Osa haastatteluihin osallistuneista tunsivat saaneensa apua luokittelun tekemiseen ohjeistuksen avulla, mutta jotkut olivat sitä mieltä, että ohjeistus ja sen mukana tulleet apusanat vain sotkivat kirjaamista eivätkä soveltuneet kehitysvammaisten asiakkaan luokittelun tekemisen apuvälineeksi.

Ennen hoitoisuusluokittelun aloittamista oli organisaatiossa järjestetty koulutus vastuukäyttäjille. Tämän koulutuksen vastuukäyttäjät kokivat hyväksi. Esimerkkien avulla pidetty koulutus tuki luokittelun tekemistä omissa yksiköissä. Negatiivisena asiana vastuukäyttäjät kokivat, että saadun koulutuksen jälkeen ohjeistus luokittelun tekemiseen muuttui, mikä hieman aiheutti hämmennystä vastuukäyttäjissä ja se myös loi epävarmuutta vastuukäyttäjille opastaa ja ohjeistaa muuta henkilöstöä hoitoisuusluokittelun tekemisessä. Osa henkilöstöstä jopa kertoi, että asenne hoitoisuusluokkien tekemiseen muuttui välinpitämättömäksi. Kuitenkin henkilöstö olivat tyytyväisiä siihen, että vastuukäyttäjät antoivat ohjausta ja opastusta yksiköissä aina kun sitä tarvittiin. Lisäksi hyvänä asiana koettiin RAFAELA™-pääkäyttäjän antama opetus yksikössä sen jälkeen, kun luokittelua oli jo jonkin aikaa käytetty. Kirjallisten pikaohjeiden hyödynnettävyys nähtiin varsinkin käytön alussa tärkeäksi, vaikka osa koki apusanojen häiritsevän luokittelun tekemistä.

Varsinaisen hoitoisuuden luokittelun koettiin olevan yksinkertaista ja helppoa teknisesti. Potilastietojärjestelmän kautta tehtävä hoitoisuuden luokittelu oli haastatteluun osallistuneiden mielestä helppoa ja selkeää. Vaikka luokittelu tehdään päivittäin, sitä ei koettu aikaa vieväksi ja hankalaksi. Luokittelun tekeminen koettiin helpoksi, jos

päivittäinen kirjaaminen FinCC-luokituksen mukaiselle kirjaamisalustalle oli tehty hyvin ja perusteellisesti. Tällöin hoitoisuusluokittelun tekijä pystyi hyödyntämään vuorokauden aikana tehtyjä kirjauksia ja näin tekemään hoitoisuuden luokittelun kehitysvammaisesta asiakkaasta. Myös FinCC-luokituksen ja OPCq-mittarin yhteensovittaminen koettiin helpottavan luokittelun tekemistä. Liljamon ym. (2008) ohjeistuksessa todetaan, että hoitoisuuskoostenäkymää hyödyntäen hoitaja voi katsoa, mitä potilaan hoidon suunnittelua ja hoitotyön toteutusta kuvaavia pää- ja alaluokkia on valittu ja miten ne sijoittuvat hoitoisuusluokituksen osa-alueiden alle. Jos jostakin osa-alueeseen kuuluvasta asiasta ei löydy kirjausta, tietää hoitaja silloin, että potilaalla ei ole ollut tähän osa-alueeseen liittyviä hoidon tarpeita tai toimintoja. Näin ollen potilas on tältä osin ollut omatoiminen.

Henkilöstön mielestä kehitysvammaisille asiakkaille pitäisi olla oma hoitoisuuden luokitteluun suunniteltu mittari. OPCq-hoitoisuusluokituksen ei koettu olevan suoraan käytettävissä kehitysvammaisten asiakkaiden luokittelussa. Varsinaisia kehitysehdotuksia ei kuitenkaan haastattelussa tullut esille, vaikka keskusteluissa nousikin esille esimerkiksi kehitysvammaisen asiakkaan hoitoisuudessa valvonta, ohjaaminen ja kommunikointi. Lisäksi toivottiin, että hoitoisuuden luokittelussa huomioitaisiin yhdessäolo asiakkaan kanssa. Joidenkin mielestä kehitysvammaisen asiakkaan luokittelussa käytettävän mittarin tulisi olla yksinkertainen ja selkeä.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusjakson alkaessa organisaation yksiköissä oli mittaria käytetty noin kahdeksan kuukautta ja asiakkaiden hoitoisuuden luokittelu oli tuttua, mikä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Vielä tässä vaiheessa ei organisaatiossa ollut suoritettu yhtään rinnakkaisluokittelujaksoa, joten se jätettiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

Tämän tutkimuksen rekisteritietojen reliabiliteettia ja validiteettia lisää se, että tutkimuksessa käytettävä OPCq-mittari on laajasti käytössä hoitoisuuden mittaamisessa. Hoitoisuustietojen luotettavuutta lisää se, että henkilöstön koulutus mittarin käyttöön on ollut suunnitelmallista. Mittarin toimittaja koulutti RAFAELA™-vastuuhenkilöt, jotka sitten kouluttivat yksikön mittaria käyttävät henkilöt ns. vieriopetuksessa. Tämän tutkimuksen tuloksia on kuitenkin tarkoitus peilata aiemmin samantyyliisessä organisaatiossa tehtyyn tutkimukseen. RAFAELA™-järjestelmä on otettu tutkimukseen osallistuvan organisaation käyttöön vuoden 2011 loppupuolella. Järjestelmän hallinnoija järjesti RAFAELA™-hoitoisuusluokituskoulutukset henkilökunnalle sekä toimitti myös kirjalliset ohjeet luokittelua varten. Lisäksi RAFAELA™-järjestelmän hallinnoijalta on mahdollisuus saada jatkuvaa asiantuntijatukea. Tutkija on ollut mukana aktiivisesti näissä koulutuksissa ja seuraa myös koko projektin ajan sen kulkua ja sujumista. Projektin alkuvaiheessa organisaation yksiköiden esimiehet tai projektissa mukana olevat vastuuhenkilöt ovat käyneet FCG:n järjestämän koulutuksen RAFAELA™-järjestelmän käytöstä. Organisaatiossa on järjestetty henkilöstölle infotilaisuuksia, joissa on selvitetty projektin tarkoitusta ja tavoitteita. Lisäksi ennen mittarin käyttöä perehdytettiin henkilöstö mittarin käyttöön. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia tutkimus- ja mittaustapoja. Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mitattavien tulosten toistettavuutta. Sillä siis pyritään kykyyn antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Erilaisten tilastollisten menettelytapojen avulla arvioidaan mittareiden luotettavuutta. Validius tarkoittaa mittarin kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 2008.)

Tässä tutkimuksessa laadullinen aineisto hankittiin teemahaastattelulla ja se analysoitiin laadullisin menetelmin. Sen luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi uskottavuudella, vahvistettavuudella, refleksiivisyydellä sekä siirrettävyydellä (Kylmä & Juvakka 2007).

Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkijan on varmistettava tutkimustulosten vastaavuus tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta.

Uskottavuutta voidaan vahvistaa tutkimuksen tuloksista sen eri vaiheissa tutkimukseen osallistuvien kesken. Myös triangulaation käyttämisellä tutkimuksessa voidaan lisätä uskottavuutta. Vahvistettavuus edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista. Tutkimusprosessin tarkka raportointi lisää luotettavuutta. Refleksiivisyys tutkimuksessa edellyttää, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja näin hänen on arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa. Neljäntenä kriteerinä luotettavuuden arvioinnissa on siirrettävyys, jolla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka, 2007.)

Tässä tutkimuksessa uskottavuutta lisäsi se, että tutkija oli mukana hoitoisuusluokituksen käyttöönotossa ja koulutuksissa, joita tähän käyttöönottoon liittyi. Tutkija kävi keskusteluja tutkimukseen osallistuvien hoitoisuusluokitusta käyttävien henkilöiden kanssa mm. kokouksissa, joita organisaatiossa järjestettiin käyttöönoton alkuvaiheessa. Tutkija käytti teemahaastatteluissa apuna tallennusvälinettä sekä teki haastattelutilanteessa muistiinpanoja, mitkä lisäävät luotettavuutta. Refleksiivisyyttä tässä tutkimuksessa on arvioitu esimerkiksi sillä, miten tutkijan aikaisempi työskentely tutkittavassa organisaatiossa vaikutti haastatteluun osallistuviin henkilöihin. Tutkija itse arvioi, että hänen aikaisempi työskentely voisi vaikuttaa haastattelujen kulkuun sekä positiivisesti että negatiivisesti. Olettamuksena oli, että osa haastatteluun osallistuvista ei uskaltaisi puhua juuri mitään, kun tutkija oli tuttu henkilö. Toisaalta tutkija kuitenkin oletti, että osa haastateltavista taasen uskalsi osallistua keskusteluun rohkeammin, koska tutkija on entuudestaan tuttu. Tutkijan oma näkemys asiaa oli, ettei tutkijan tunteminen aiheuttanut haastatteluun osallistuville ongelmia kertoa kokemuksistaan mittarin käytöstä. Tunnelmat haastatteluissa olivat pääsääntöisesti leppoisia ja osallistujat uskalsivat tuoda rohkeasti esille mielipiteitään mittarin käytöstä.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tässä tutkimuksessa käytettiin yksiköistä nimityksiä Osasto 1 - Osasto 5 (Os. 1 – Os. 5). Yksiköiden oikeita nimiä ei tutkimuksessa haluttu käyttää. Näin pyrittiin takaamaan

yksiköiden anonymiteetti. Tutkimuslupa tutkimuksen tekemiseen haettiin organisaatiosta, johon tutkimus kohdistui (Liite 4.). Lupa kohdistui sekä mittaria käyttävän henkilöstön teemahaastatteluun että hoitoisuusaineistoon. Lisäksi tutkija haki hoitoisuusaineiston käyttö lupaa FCG Oy:ltä, joka hallinnoi käytettävää järjestelmää.

Laadullisen tutkimuksen eettisiä periaatteita painotetaan melko vähän laadullisen tutkimuksen oppaissa. Etiikan ja tutkimuksen yhteys on kahtalainen: eettisiin ratkaisuihin vaikuttavat tutkimuksen tulokset, mutta toisaalta tutkijan tekemiin ratkaisuihin vaikuttavat eettiset kannat. Aina laadullinen tutkimus ei ole laadukasta tutkimusta ja näin ollen tutkijan onkin huolehdittava siitä, että tutkimussuunnitelma on laadukas, tutkimusasetelma on sopiva ja raportointi hyvin tehty. Näistä johtuen eettisyys kiertyy muodollisesti tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteereihin. (Tuomi & Sarajärvi 2011.) Tässä tutkimuksessa tutkimussuunnitelma laadittiin huolella ja sitä muokattiin, kun se nähtiin tarpeelliseksi. Tutkimusasetelmaan ei tutkija pystynyt juurikaan vaikuttamaan, mutta laadullisen tutkimuksen teemahaastattelut tehtiin kaikki samaa mallia noudattaen. Jokaisessa haastattelussa tutkija pyrki pysymään sovitussa mallissa, jolloin asetelma oli kaikissa samanlainen.

Tässä tutkimuksessa teemahaastatteluun osallistuvat saivat haastattelusta tietoa etukäteen sekä suullisesti että kirjallisesti. Yksikön esimiehille oli teemahaastattelusta lähetetty tietoa sähköpostitse, lisäksi tutkija oli kaikkien yksiköiden esimiesten kanssa puhelimitse yhteydessä haastatteluun liittyen. Esimiehet tiedottivat teemahaastattelusta tutkimukseen osallistuville henkilöille yksiköiden palavereissa. Lisäksi tutkija oli lähettänyt kirjallisen tiedotteen teemahaastattelusta etukäteen yksiköihin, joiden henkilöstä tutkimukseen osallistui (Liite 1). Tiedotteessa oli kerrottu, mikä tutkimus on kyseessä ja miten teemahaastattelu oli tarkoitus toteuttaa. Lisäksi tiedotteessa korostettiin, että haastatteluun osallistuminen oli kaikille vapaaehtoista. Myös tietojen luottamuksellinen käsittely tuotiin esille tiedotteessa sekä se, että kaikki haastatteluun osallistuvat jäävät tutkimuksessa nimettömiksi. Teemahaastattelun alussa tutkija vielä kävi läpi haastatteluun osallistuvien henkilöiden kanssa tiedotteen ja varmisti sen, että

kaikki haastatteluun osallistuvat olivat ymmärtäneet sen sisällön. Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan muodostavat ihmisoikeudet. Tutkijan on selvitettävä osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit ymmärrettävästi. Lisäksi osallistujille on korostettava tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta ja sitä, että osallistuja voi milloin tahansa keskeyttää osallistumisensa ja oikeuden kieltää jälkikäteen itsen koskevan aineiston käyttö tutkimusaineistona. Tutkijan on tuotava myös osallistujille tiedoksi, mistä tutkimuksessa on kyse. Tutkittavien suojaan kuuluu osallistujien oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen. Eettisiin lähtökohtiin liittyy myös luottamuksellisuus eli tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja ei luovuteta ulkopuolisille, eikä tietoja käytetä muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Kaikkien osallistujien on jäätävä nimettömiksi, jos siitä ei tutkittavien kanssa muuta sovita. Lisäksi tutkijalta odotetaan vastuuntuntoa eli tutkijan on noudatettava lupaamiaan sopimuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2011.)

Tässä tutkimuksessa on noudatettu hyviä tieteellisiä käytäntöjä, joka luo uskottavuutta tutkimukseen. Tiedonhaun, tutkimus- ja arviointimenetelmien osalta tutkija on noudattanut rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkija on käyttänyt apuna muiden tutkijoiden tutkimustuloksia omassa työssään antaen aikaisemmille tutkimuksille niiden kuuluvan arvon. Tämä tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkijan noudattama hyvä tieteellinen käytäntö (”good scientific practice”) luo tutkimuksen uskottavuutta. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa se, että tutkija noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja: rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tallentamisessa, esittämisessä ja tutkimuksen arvioinnissa. Lisäksi tutkija soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkija ottaa myös huomioon muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla sekä antaa heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Lisäksi tulee olla määritelty ja kirjattu kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla

tutkimusryhmän asema, oikeudet, osuus tekijyydestä, vastuut ja velvollisuudet sekä tutkimustulosten omistajuutta ja aineistojen säilyttämistä koskevat kysymykset. Tutkimuksen suorittamisen kannalta merkitykselliset sidonnaisuudet ja rahoituslähteet ilmoitetaan tutkimukseen osallistuville ja myös raportoidaan tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös se, että noudatetaan hyvää hallintokäytäntöä ja henkilöstö- ja taloushallintoa. (Tuomi & Sarajärvi 2011.)

6.4 Johtopäätökset ja suositukset

Tämän tutkimuksen perusteella esitetään seuraavia päätelmiä ja suosituksia:

- 1. OPCq-hoitoisuusluokituksen käytön mahdollisuudet ja rajoitukset kehitysvammaisen asiakkaan hoitoisuuden luokittelussa.** Asiakkaat sijoittuivat pääosin hoitoisuusluokkiin 2 ja 3 osoittaen keskimääräistä tai keskimääräistä suurempaa hoidon tarvetta. OPCq-mittari on suunniteltu erikoissairaanhoidon vuodeosastotoimintaan. Toiminta erikoissairaanhoidossa on akuuttia ja lyhytaikaista. Tutkittavassa organisaatiossa kehitysvammaisten asiakkaiden hoitosuhteet ovat pitkiä, usein vuosienkin mittaisia. Hoitoisuusluokituksessa olevien osa-alueiden Hoidon suunnittelu ja koordinointi sekä Hoidon ja jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki tuottama tulos kuvaa lähes olematonta hoidon tarvetta, koska näihin osa-alueisiin ei jokaisen luokittelujakson aikana tule kirjausmerkintöjä. Nämä merkinnät kuitenkin vaikuttavat asiakkaan hoitoisuuspisteisiin ja luokkaan ja voivat antaa virheellisen kuvan asiakkaan hoitoisuudesta. Nämä rajoitukset on tärkeää huomioida päätelmissä asiakkaiden hoitoisuudesta.
- 2. Kehitysvammaisten asiakkaiden luokitteluun tarvitaan oma sovellus hoitoisuuden luokitteluun käytettävästä mittarista.** Henkilöstön kokemusten perusteella on tärkeää huomioida erityistarpeet, jotka liittyvät kehitysvammaisen asiakkaan arkeen. Luokittelussa tulee enemmän huomioida esimerkiksi haasteellisesti käyttäytyvän asiakkaan valvonta ja ohjaus, jotka pitää pystyä

myös tekemään näkyväksi luokittelussa. Lisäksi mittarissa tulee huomioida vuorovaikutuksen ja yhdessäolon merkitys hoitoisuuden luokittelussa.

- 3. Koulutus ja ohjaus on tärkeää huomioida hoitoisuusluokituksen käyttöönotossa.** Hoitoisuusluokituskoulutukset oli järjestetty hyvin tutkittavassa organisaatiossa. Vastuukäyttäjät kokivat saaneensa hyvä ja perusteellisen koulutuksen ennen luokituksen käyttöönottoa. Ainoana ongelmana käyttäjät kokivat muuttuneen ohjeistuksen, kun käyttöönotto alkoi. Syitä näihin muuttuneisiin ohjeistuksiin voi olla monia ja niiden selvittäminen myöhempiä käyttöönottoja ajatellen on tärkeää. Yksiköiden saama vierituki on tärkeää, kun luokituksen käyttöönotosta on kulunut jonkin aikaa. Tätä tukea käyttäjät olivat saaneetkin ja se koettiin hyväksi tavaksi käydä asiaa läpi.

6.5 Jatkotutkimushaasteet

Kehitysvammaisten asiakkaiden hoitoisuusluokittelu on vielä alkuvaiheessa ja luokitusten ja mittarien kehittämistä yhteistyössä organisaatioiden kanssa olisi syytä kehittää. Jatkotutkimuksia aiheesta voisi tehdä esimerkiksi siitä, millainen on optimaalinen hoitoisuus PAONCIL-mittarilla mitattuna. Lisäksi tutkimusta olisi hyvä tehdä siitä, miten kehitysvammaisille suunnitellun hoitoisuusluokituksen tulokset eroaisivat OPCq-hoitoisuusluokituksella tehtyyn. Tutkimuksessa voisi selvittää, tuleeko asiakkaiden hoitoisuuden tuloksiin merkittäviä eroja näillä kahdella eri mittarilla mitattuna.

Johtamisen näkökulmasta olisi mielenkiintoista tutkia sitä, miten saatuja hoitoisuustietoja ja mahdollisesti optimaalisen hoitoisuuden tuomaa tietoa voitaisiin hyödyntää henkilöstöressurssien johtamisessa. Tutkimuksen kohteena voisi olla hoitoisuustietojen hyödyntäminen johtamisen apuvälineenä. Tällainen tutkimus olisi ajankohtainen, koska hoitotyön johtajat joutuvat tälläkin hetkellä perustelemaan

työvoimaresurssitarpeet kiristyvässä taloudellisessa tilanteessa. Näin saataisiin näkymätön mutu-tuntuma näkyväksi tiedoksi myös kehitysvamma-alalla.

LÄHTEET

Ammattinetti 2013. Kehitysvammaisten ohjaaja.
http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/290_ammatti. Luettu 18.8.2013.

Björkgren M, Häkkinen U, Finne-Soveri H. & Fries B.E. 1999. Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. *Scandinavian Journal Public Health*, 27, 228–234.

Eskola J, Suoranta J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Fagerström L & Rauhala A. 2003. Finhoitoisuus – hoitotyön benchmarking. Projektin loppuraportti 2000–2002. Suomen kuntaliitto.

Fagerström L. & Rauhala A. 2007. Benchmarking in nursing care by The RAFAELA patient classification system – a possibility for nurse managers. *Journal of Nursing Management* 15, 683-692.

FCG Finnish Consulting Group. 2013. RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä. <http://rafaela.fi> Luettu 1.10.2013.

Heikkilä R, Finne-Soveri H, Ripsaluoma J, Parikka A, Suojalehto E & Noro A. 2008. Koukkuniemen vanhainkodin asiakasrakenne ja hoidon laatu RAI-järjestelmällä arvioituna 2006–2007. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Hirsijärvi S, Hurme H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.

Hirsijärvi S, Remes P, Sajavaara P. 2008. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Janhonen S, Nikkonen M. 2001. Laadulliset tutkimukset ihmistieteessä. WSOY. Helsinki.

Kanerva A. 2013. Sähköpostiviesti Kehitysvammahuollon mittarista Tuula Sutiselle. 25.3.2013. Julkaisematon lähde.

Kanerva A. 2004. Hoitotyö erikoissairaanhoidossa Oulu Patient Classification – mittarilla ja Suomalaisella hoitotyön minimitiedostolla kuvattuna. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Sarja A 02/2004. HYKS, Jorvin sairaala.

Kanerva A, Heikkilä E, Hernesniemi K, Himberg T, Koivisto M, Kosunen H, Pohjanheimo-Vihavainen E, Rontti M, Ruotsala H, Räihä K, Welander E. 2009. RAFAELA™-järjestelmän soveltaminen vammaistyöhön. Finnish Consulting Group.

Kansallinen terveystietokanta (Kanta). 2013. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala- ja toimintokohteisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0. http://www.kanta.fi/documents/10180/3441111/Ydintiedot_otsikot_nakymat_opas_uusi.pdf/d295681d-ec50-4e8d-9586-df69580e244e. Luettu 7.10.2013.

Kaski M, Manninen A, Pihko H. 2012. Kehitysvammaisuus. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kaustinen T. 2011. Oulu-hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulu.

Kela tiedottaa. 2007. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/020707123003HN?openDocument>. Luettu 9.2.2010

Kylmä J, Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prime Oy. Helsinki

Laine J, Rajala T, Lahtinen Y, Noro A, Finne-Soveri H, Talvinko T, Valvanne J. 2007. Selittääkö fyysinen toimintakyky asiakkaan saamaa hoitoaikaa vanhusten laitoshoidossa? RAVA-indeksin ja RAI-järjestelmän hierarkkisen toimintakykymittarin vertailu. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2007: 44 153-162.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>. Luettu 5.11.2012

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>. Luettu 5.11.2012

Liljamo P, Kaakinen P, Ensio A. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot – hanke 2007-2008. FinCC-luokituksen käyttöopas.

Marttila L. 2011. Hoitoisuustietojen hyödyntäminen johtamisessa. Sähköinen kysely hoitotyön johtajille. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Mäntyranta T, Kaila M. 2008. Focusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Duodecim. 2008;124:1507-13.

Nykänen P, Junttila K. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Raportti 40/2012. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Ottman-Salminen M. 2006. Vastasyntyneen hoitoisuus Kantahämeen keskussairaalassa OPCq-mittarilla mitattuna.

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

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2013. Kehitysvamma palvelut. Osastot, asuminen ja päivätoiminta. Osastot. www.pkssk.fi/osastot. Luettu 27.1.2013.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2013. Honkalampi-keskuksen tuotekuvaukset. www.pkssk.fi/tuotekuvaukset. Luettu 27.1.2013.

Pulkkinen M-L. 2000. Hoitoisuuden arviointi erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisusarja, sarja C, osa 163. Turun yliopisto. Turku

Pusa A-K. 2007. The Right Nurse in the Right Place Nursing Productivity and Utilisation of the RAFAELA Patient Classification System in Nursing Management. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 147.

RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän ohjeisto. 2009. OPCq. Versio 1.3, 30.11.2009. Finnish Consulting Group. Julkaisematon lähde. Ohjeistus käyttäjille.

Rauhala A, Fagerström L. 2004. Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. *Journal of Advanced Nursing*, 45(4), 351-359.

Rauhala A, Kivimäki M, Fagerström L, Elovainio M, Virtanen M, Vahtera J, Rainio A, Ojaniemi K & Kinnunen J. 2007. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. *Journal of Advanced Nursing*. 57, 286-295.

Rauhala A. 2008. The Validity and Feasibility of Measurement Tools for Human Resources Management in Nursing Case of the RAFAELA System. Doctoral dissertation. University of Kuopio. Department of Health Policy and Management.

Rissanen T, Toivanen T & Miettinen S. 2005. Mitä työajan seuranta tutkimus kertoo psykiatrisesta hoitotyöstä? *Tutkiva hoitotyö*, 3, 19-26.

Seppälä H. 1997. Vaikuttavat viestit. Opas kehitysvammaisten mielenterveyden ja käyttäytymisen arviointiin. Kehitysvammaliitto ry. Hakapaino Oy. Helsinki.

Sutinen T. 2009. Hoitoisuusluokitusten käyttö terveydenhuollossa. Kandidaatintutkielma. Kuopion Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Tanttu K. 2008. Hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke

(HoiDok) 5/2005 – 5/2008. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot hanke (HoiData) 9/2007 – 4/2009.

Tuomi J, Sarajärvi A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Valtari M. 2004. SPSS-opas. Perusteet. Helsingin yliopisto. Vatiotieteellinen tiedekunta. Tieto- ja viestintäteknikka.

YSA - Yleinen suomalainen asiasanasto. 2013. <http://vesa.lib.helsinki.fi/ysa/> Luettu 4.6.2013.

Liite 1.

Hyvä hoitaja/sairaanhoitaja

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä on käytössä RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä, jonka tavoitteena on toimia apuvälineenä asiakkaiden hoitoisuuden määrittämisessä. Tässä tutkimuksessa on tarkoitus selvittää RAFAELA™-hoitoisuusluokituksen käytön soveltuvuutta kehitysvammaisten hoitoisuuden mittaamiseen. Tutkimukseen on saatu tutkimuslupa PKSSK:lta. Hoitoisuustietojen käyttöä RAFAELA™-mittaria hallinnoivalta taholta (Finnish Consulting Group FCG).

Tutkimuksen aineisto on tarkoitus kerätä hoitoisuusluokituksen rekisteriaineistosta sekä haastatteleamalla hoitoisuusluokittelua tekeviä hoitajia viidessä yksikössä. Haastattelut tehdään ryhmähaastatteluina syksyn 2012 aikana erikseen sovittavina ajankohtina. Pyydän sinua osallistumaan haastatteluun, jossa tiedustellaan näkemyksiäsi hoitoisuusluokituksen soveltuvuuteen ja käytettävyyteen asiakkaiden hoitoisuuden mittaamiseen. Teemahaastatteluun voivat osallistua kaikki yksikössä hoitoisuusluokituksia tekevät työntekijät. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Teemahaastattelu kestää 1-1½ tuntia ja haastattelija johtaa haastattelua käyttäen apunaan ennalta sovittuja teemoja. Teemahaastattelu tallennetaan tallennuslaitteella ja siitä informoidaan osallistujia ennen haastattelun alkua. Saatu haastatteluaineisto tallennetaan ja raportoidaan siten, että haastatteluun osallistujien kommentit tulevat tutkimusaineistoksi nimettöminä eikä kommenttien esittäjiä voida tunnistaa. Mikäli haluat lisätietoa tutkimuksesta, voit olla yhteyksissä minuun (yhteystiedot alla).

Tämä tutkimus liittyy tutkijan terveystieteiden maisteriopintoihin Itä-Suomen yliopiston Hoitotieteen laitoksella. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat Itä-Suomen yliopistosta Hoitotieteen laitokselta yliopistonlehtori, TtT Pirjo Partanen ja professori, dosentti Hannele Turunen.

Ystävällisesti

Tuula Sutinen
Sh/TtM-opiskelija
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos

Liite 2. Kyselylomake hoitajille

Rafaela™-hoitoisuusluokituksen käyttö kehitysvammahuollossa – perustietojen kyselylomake

Teemahaastatteluun liittyvässä kirjallisessa kyselyssä tiedustellaan haastatteluun osallistuvien henkilöiden perustietoja.

Vastaa valitsemalla oikea vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan.

1. Sukupuoli

nainen ()

mies ()

2. Ikäni _____ vuotta

3. Ammattinimike

Osastonhoitaja ()

Sairaanhoitaja ()

Hoitaja ()

Ohjaaja ()

Hoitoapulainen ()

Muu, mikä _____ ()

4. Olen ollut nykyisessä tehtävässäni _____ vuotta

5. Olen työskennellyt nykyisessä yksikössäni _____ vuotta

6. Koulutukseni (korkein)

Kouluasteen tutkinto ()

Opistoasteen tutkinto ()

AMK tutkinto ()

Muu, mikä _____ ()

Liite 3. Teemahaastattelurunko

1. OPCq-mittarin hoitotyön osa-alueiden soveltuvuus kehitysvammaisten asiakkaiden luokitteluun:

- Hoidon suunnittelu ja koordinointi
- Hengitys, verenkierto ja sairauden oireet
- Ravitseminen ja lääkehoito
- Hygieniä ja eristystoiminta
- Aktiviteetti, nukkuminen ja lepo
- Hoidon ja jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki
- Kuinka selkeitä ja ymmärrettäviä ovat mittarissa käytettävät käsitteet?
- Onko mielestäsi osa-alueita, joita ei ole huomioitu ajatellen kehitysvammaisen elämää? Mitä osa-alueita ei ole huomioitu?
- Onko osa-alueita, jotka koet vieraaksi tai ylimääräiseksi luokittelussa? Mitä nämä osa-alueet ovat, miten koet ne vieraiksi?

2. Miten OPCq-mittarikoulutus antoi valmiuksia asiakkaan hoitoisuuden luokitteluun?

- Oliko koulutusta tarpeeksi, liian vähän, liikaa?
- Millainen mielestäsi saamasi koulutus oli?
- Miten saamasi ohjeet auttoivat ymmärtämään koulutuksen sisältöä?
- Oliko hoitoisuus-käsitteenä jo aiemmin selkeä?
- Miten koet, tulivatko käsitteet tutuiksi koulutuksen kautta?

3. Hoitoisuusluokituksen tekeminen päivittäin, mittarin käytettävyys

- Kuinka paljon luokituksen tekeminen vie päivässä työaikaa?
- Kuinka koet luokituksen tekemisen?
- Saatko tukea/ apua luokituksen tekemiseen sitä tarvitessasi?
- Millaiseksi koet käyttöliittymän, jonka kautta luokitus tehdään (liian ohjaava, ei tarpeeksi ohjaava, sekava, selkeä, helppo, vaikea)

4. Kehittäminen

- Miten haluaisit, että luokittelua kehitetään?

Liite 4. Tutkimuslupa organisaatiolta 1(2)

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Honkalammen alue Ylihoitaja sosiaalipalvelut Honkalammen alue	Päätöspöytäkirja Tutkimuslupapäätös 27.07.2012	1 (2) 3 §
--	--	------------------

Hoitotyön tutkimuslupapäätös/ Tuula Sutinen

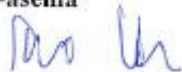
Selostus asiasta Itä-Suomen yliopiston opiskelija Tuula Sutinen hakee tutkimuslupaa pro graduun liittyvän tutkimuksen suorittamiseen. Tutkimuksen aiheena on Rafaela-hoitoisuusluokituksen käyttö kehitysvammahuollossa. Tutkimuksen kohteena on Honkalampi-keskuksen osastojen henkilökunta ja Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmän yksikkötason raporttiaineistot. Tietoa kerätään rekisteriaineistosta ja haastattelemalla. Yhteydenpito tapahtuu ylihoitajan ja osastonhoitajien kautta sähköpostilla ja puhelimitse.

Asiasta on täytetty hoitotyön tutkimuslupahakemus.

Päätös Myönnän tutkimusluvan Tuula Sutiselle.

Lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohta, johon päätös perustuu

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999, 23 § ja 28 §
Henkilötietolaki 523/1999, 14 §
Johtosääntö 12 §, 13a § tai 14 §

Allekirjoitus ja virka-asema


Sari Hietala
Ylihoitaja sosiaalipalvelut Honkalammen alue

Tiedoksianto Annettu postin kuljetettavaksi 30.7.2012
Tiedoksi Tuula Sutinen, opetuskoordinaattori/PKSSK
Tiedoksiantaja Anniina Hiltunen
Otto-oikeus Yhtymähallitus

2(2)

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Honkalammen alue	Päätöspöytäkirja Tutkimuslupapäätös	2 (2)
Ylihoitaja sosiaalipalvelut Honkalammen alue	27.07.2012	3 §

Muutoksenhaku

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kuntayhtymän jäsenkunta ja sen jäsen.

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Jäsenkunnan ja niiden jäsenten katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kun pöytäkirja on asetettu julkisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.

Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä. Lähettäjä on vastuussa siitä, että oikaisuvaatimus saapuu perille oikaisuvaatimusajan kuluessa.

Viranomaisen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite:
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän hallitus
Tikkamäentie 16
80210 JOENSUU

Päätöksen nähtävänäpito

Yksijäsenisen toimielimen (viranhaltijapäätökset) päätöspöytäkirjat ovat nähtävänä kuntayhtymän kirjaamossa (PKSSK, Tikkamäentie 16, Joensuu, talo 7, 7 kerros) kunkin kuukauden ensimmäisenä tiistaina.