

OPINNÄYTETYÖ

Päivi Aaltonen 2013

**Hoitajien työaika ja hoitoisuusluokitus
neurologian osastolla**



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA

ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU

TERVEYS-JA LIIKUNTA-ALA

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

**HOITAJIEN TYÖAIKA JA HOITOISUUSLUOKITUS
NEUROLOGIAN OSASTOLLA**

Päivi Aaltonen

2013

Toimeksiantaja Neurologian vuodeosasto

Ohjaaja Susanna Kantola

Hyväksytty _____ 2013 _____

Tekijä	Päivi Aaltonen	Vuosi	2013
Toimeksiantaja	Neurologian osasto/ osastonhoitaja Ulla Pitkänen		
Työn nimi	Hoitajien työaika ja hoitoisuusluokitus neurologian osastolla		
Sivu- ja liitemäärä	48 + 6		

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Lapin keskussairaalan neurologian vuodeosaston hoitajien työajan jakautumista potilaan välittömään ja välilliseen hoitotyöhön, osastokohtaiseen toimintaan sekä henkilökohtaiseen aikaan. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, miten hoitajien työaika jakautuu potilaiden hoitoisuuden kesken. Tutkimuksen tavoitteena oli tarkentaa hoitotyön toimintaa neurologisten potilaiden hoitotyössä ja saada selville nouseeko esiin erityisiä kohtia, joita voidaan työyhteisössä miettiä ja kehittää.

Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin hoitajien ajanhavainnoinnin avulla. Hoitajat havainnoivat työhön kuluvaa aikaa strukturoidulle seurantalomakkeella 10 min. välein, työvuoroittain 5 vrk:n ajalta. Lisäksi havainnoinnin ajalta kerättiin tieto potilaiden hoitoisuusluokituksesta, joka perustuu RAFAELA™-järjestelmän OPCq-luokitusmittariin. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla.

Ajanhavainnoinnin aineistossa (N= 38) vastausprosentti oli 97 %. Välittömän hoitotyön osuus oli 38 %, välillisen hoitotyön osuus 39 %, osastokohtainen toiminta 13 % ja henkilökohtaisen ajan osuus 10 %. Välittömässä hoitotyössä eniten aikaa vei lääkitys, voinnin tarkkailu ja hygienia. Välillisessä hoitotyössä kolmasosan työajasta vei kirjaaminen ja raportointi. Hoitoisuusluokitus aineistossa (N= 32) vastausprosentti oli 82 %. Selvästi eniten aikaa vaati hoitoisuusluokka neljä, jonka osuus välittömässä hoitotyössä oli 56 % ja välillisessä hoitotyössä 38 %.

Tämän opinnäytetyön tulosten avulla saatiin tietoa hoitajien työhön kuluneesta ajasta ja sen jakautumisesta hoitotyön toimintoihin. Lisäksi tietoa saatiin hoitajien ajankäytöstä eri hoitoisuusluokissa. Tuloksissa näkyy neurologisen hoitotyön luonne. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää työyhteisössä, kun arvioidaan ajankäyttöä ja sen jakautumista potilaiden hoitoisuuden kesken.

Avainsanat hoitoisuus, välitön hoito, välillinen hoito, hoitoisuusluokitus

Author	Päivi Aaltonen	Year	2013
Commissioned by	Neurology ward/ Head nurse Ulla Pitkänen		
Subject of thesis	Nurses` Working Time and The Patient Classification in A Neurology Ward		
Number of pages	48 + 6		

The aim of this thesis was to examine the nurses` work time in a neurology ward in the Lapland Central Hospital, in Rovaniemi, Finland. The aim was to find out about the nurses` time management in direct and indirect nursing care, ward and personal activities and how the time management of nurses was divided to each patient`s acuity.

The research material for this thesis was collected by using a quantitative research method. The time management material was collected during a period of five days by using self observation of the nurses. Information of each patient`s acuity was retrieved from the patient classification system based on the RAFAELA™-system of the OPCq-nursing classification measurement.

The time management material in the direct nursing care share was 38 %, the indirect nursing care share was 39 %, the ward activities share 13 % and the personal activities share 10 %. The medication, hygiene and patient observation took 15 % to 20 % of the nursing care time in direct nursing. In the indirect nursing care reporting and patient information required one third of the nursing time. The patient classification material in class four was the most time consuming in nursing. The direct nursing care share was 56 % and indirect nursing care share 38 %.

The results of this thesis gives information about the nurses`s time management in the different nursing activities and how the work time of the nurses is divided between different kinds of patients. These results can be used to improve the nurses`s time management and work time on each patient`s acuity.

Key words patient acuity, direct nursing, indirect nursing, patient classification

SISÄLLYS

KUVIOLUETTELO	1
1 JOHDANTO.....	2
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	4
2.1 KÄSITTEET HOITOISUUS, HOITOISUUSLUOKITUS JA HOITOISUUSLUOKITUSJÄRJESTELMÄ	4
2.2 HOITOISUUSLUOKITUKSEN KÄYTTÖ NEUROLOGIAN OSASTOLLA	6
2.3 HOITOISUUSLUOKITUSTEN HISTORIAA JA KÄYTTÖTARKOITUKSIA	8
2.4 OPCq-HOITOISUUSLUOKITUS JA RAFAELA™-JÄRJESTELMÄ.....	10
2.5 HOITOISUUSLUOKITUS JA HOITAJIEN AJANKÄYTTÖ	11
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	16
4 OPINNÄYTETYÖ MÄÄRÄLLISENÄ MENETELMÄNÄ.....	17
4.1 TUTKIMUSMENETELMÄ	17
4.2 TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄ JA AINEISTON KERUU	19
4.3 AINEISTON ANALYYSI.....	22
5 TUTKIMUSTULOKSET	24
5.1 VASTAAJIEN TAUSTATIEDOT JA TYÖAJANHAVAINNOINTI	24
5.2 HOITOTYÖN JAKAUTUMINEN PÄÄTOIMINTOLUOKKIIN	25
5.3 HOITOTYÖN JAKAUTUMINEN ALATOIMINTOLUOKKIIN	28
5.4 HOITOISUUSLUOKITUSAINEISTO	31
5.4.1 VÄLITÖN HOITOTYÖ JA HOITOISUUSLUOKAT	33
5.4.2 VÄLILLINEN HOITOTYÖ JA HOITOISUUSLUOKAT	36
6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	39
6.1 TULOSTEN TARKASTELUA	39
6.2 OMAN AMMATILLISEN KASVUN TARKASTELUA	40
6.3 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	42
6.4 JOHTOPÄÄTÖKSET	43
LÄHTEET	46
LIITTEET	49
Liite 1. Kyselylomake	
Liite 2. Tutkimuslupa-anomus	
Liite 3. RAFAELA™-sopimus	

KUVIOLUETTELO

KUVIO 1 HOITOTYÖN JAKAUTUMINEN PÄÄTOIMINTOLUOKKIIN	25
KUVIO 2 SAIRAAHOITAJIEN HOITOTYÖN JAKAUTUMINEN PÄÄTOIMINTOLUOKKIIN	26
KUVIO 3 PERUSHOITAJIEN HOITOTYÖN JAKAUTUMINEN PÄÄTOIMINTOLUOKKIIN	27
KUVIO 4 HOITOTYÖN JAKAUTUMINEN TYÖVUOROITTAIN	28
KUVIO 5 VÄLITÖMÄN HOITOTYÖN JAKAUTUMINEN ALATOIMINTOLUOKKIIN	29
KUVIO 6 VÄLILLISEN HOITOTYÖN JAKAUTUMINEN ALATOIMINTOLUOKKIIN	29
KUVIO 7 OSASTOKOHTAISEEN TOIMINTAAN KULUVA AIKA.....	30
KUVIO 8 HENKILÖKOHTAINEN AIKA.....	30
KUVIO 9 HAVAINTOJEN OSUUS HOITOISUUSLUOKITTAIN	31
KUVIO 10 HOITOISUUSLUOKAT JA TYÖVUOROT	32
KUVIO 11 HOITOTYÖN JAKAUTUMINEN HOITOISUUSLUOKITTAIN	33
KUVIO 12 VÄLITÖN HOITOTYÖ JA HL 2.....	34
KUVIO 13 VÄLITÖN HOITOTYÖ JA HL 3.....	34
KUVIO 14 VÄLITÖN HOITOTYÖ JA HL 4.....	35
KUVIO 15 VÄLITÖN HOITOTYÖ JA HL 5.....	36
KUVIO 16 VÄLILLINEN HOITOTYÖ JA HL 2	37
KUVIO 17VÄLILLINEN HOITOTYÖ JA HL 3	37
KUVIO 18 VÄLILLINEN HOITOTYÖ JA HL 4	38
KUVIO 19 VÄLILLINEN HOITOTYÖ HL 5	38

TAULUKKOLUETTELO

TAULUKKO 1 TYÖAJANKÄYTTÖSTÄ TEHTYJÄ TUTKIMUKSIA	13
TAULUKKO 2 VASTAAJIEN AMMATTI JA JAKAANTUMINEN TYÖVUOROIHIN	24

1 JOHDANTO

Henkilöstömitoitusten ja henkilöstön välisen työnjaon on todettu tarvitsevan uudelleen arviointia STM:n 2002 valtakunnallisessa terveydenhuoltoprojektin loppuraportissa. (Partanen 2002, 17.) Potilaiden hoitoisuus ja hoitohenkilökunnan tarpeellinen määrä puhuttaa aina. Riittävästä henkilöstömitoituksesta on käyty paljon keskusteluja erityisesti syksyn 2012 aikana eduskunnassa ja lehdistön sivuilla. Hoitotyön johtajat joutuvat perustelemaan jatkuvasti henkilöstön määrää ja laatua. Perusteluun tarvitaan tietoa mm. henkilöstön työajankäytöstä, työn kuormittavuudesta ja potilaiden hoidon tarpeesta. Potilaiden hoitoisuutta onkin pidetty yhtenä tärkeimpänä tekijänä arvioitaessa henkilöstötarvetta. (Partanen 2002, 17.) Laadukkaan palvelun tuottamisessa henkilöstön merkitys on kiistaton. Henkilöstömitoitus, joka huomioi määrän lisäksi henkilöstön koulutustason, eri ammattiryhmät ja potilaiden hoidon tarpeen, on tärkeä laadun rakenteellinen edellytys. (Ruontimo 2012, 8.)

Miten me hoitajina sitten käytämme aikaa hoitotyössä ja pystymmekö vastaamaan potilaiden hoidon tarpeisiin? Tämä kysymys tulee mieleen varsinkin silloin, kun työvuoro on ollut kiireinen ja potilaat hoidoltaan vaativia. Tunne riittämättömyydestä, hoitotyön näkymättömyydestä ja kyvystä vastata hoitotyön perustehtävään on ajatuksissa tuolloin.

Tässä opinnäytetyössä selvitetään, miten hoitajien työaika jakautuu hoitotyön toimintojen kesken ja miten potilaat ja annettu hoitotyö jakautuvat hoitoisuusluokittain. Opinnäytetyö kohdentuu Lapin keskussairaalan neurologian vuodeosastolle. Työn tarkoituksena on tarkentaa konkreettisemmin hoitajien työaika hoitotyön toiminnoissa ja hoitoisuudeltaan erilaisten potilaiden kanssa.

Opinnäytetyö on määrällinen tutkimus, jossa hoitajat seurasivat työhön käyttämänsä aikaa 5 vrk:n ajan jokaisessa työvuorossa 10 min. välein. Strukturoidulla ajanhavainnoinnin seurantalomakkeella hoitotyön toiminnot on jaettu päätoimintoluokittain välilliseen ja välittömään hoitotyöhön, osastokohtaiseen toimintaan sekä henkilökohtaiseen aikaan. Nämä toiminnot jakaantuivat pienempiin alaluokkiin. Samalta 5 vrk:n ajalta kerättiin potilaiden hoitoisuusluo-

kittelutieto. Neurologian vuodeosastolla potilaat luokitellaan hoitoisuuden mukaan kerran vrk:ssa, RAFAELA™- hoitoisuusluokitusjärjestelmän OPCq-mittarin avulla.

Työajankäytön tutkimuksia on tehty Suomessa 2000-luvulla sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidon puolella. Hoitajien työajan seuranta ajanhavainnointina on ollut yhtenä osa-alueena väitöskirjoissa Hoitotyön henkilöstön mitoittamiseksi erikoissairaanhoidossa ja Oulu-hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Noissa väitöskirjoissa välittömään hoitotyöhön kului 41 % -61 % ja välilliseen hoitotyöhön 16 % - 35 %. Potilaiden hoitoisuuden lisääntyessä välittömän hoitotyön määrä lisääntyi ja välillisen hoitotyön määrä laski. (Kaustinen 2011,92; Partanen 2002,111.)

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Käsitteet hoitoisuus, hoitoisuusluokitus ja hoitoisuusluokitusjärjestelmä

Hoitoisuus (patient acuity, intensity of care) on määritelty kunakin aikakautena ja kussakin yhteydessä monin eri tavoin. Erilaisia ilmaisuja on käytetty kuten riippuvuus, kuntoisuus, hoidettavuus, koettu hoitoisuus, hoidon raskaus, hoidon kuormittavuus, helppohoitoinen, raskashoitoinen, vaikeahoitoinen, vaativa ja sairauden vaikeusaste käsitteitä.(Kaustinen 2011,24.) Yleinen suomalainen asiasanasto määrittelee hoitoisuuden tarkoittavan potilaan arviointia määrällistä ja laadullista riippuvuutta hoitohenkilöstöstä välittömän hoidon aikana(ysa.) Hoitoisuudella tarkoitetaan potilasryhmien tarvitseman hoitotyön määrän ja vaativuuden määrittelyä erityisesti henkilöstön mitoittamiseksi ja myös kustannusten selvittämiseksi.(Partanen 2002,17.) Määrittämisen lähtökohtana on potilaan hoidollinen tilanne, joka muodostuu potilaan hoidon tarpeesta ja sitä vastaavasta hoitamisesta. Hoitoisuus on hoitotyössä henkilöstön työtä kuvaava tunnusluku, joka ilmaisee potilaan hoidon tarpeeseen perustuvan hoitamisen vaativuuden asteen (Pulkkinen 2000,12). Potilaiden hoitoisuuden arviointi on osa hoitoprosessia ja arviointi tapahtuu hoitoisuusluokituksen/ hoitoisuusluokitusmittarin avulla. Arvioinnin tekee hoitaja asiantuntijuuteensa, haastatteluun ja havainnointiin perustuen.(HoiData-hanke, 7; Onnela- Svenström 1998,14; Partanen 2002, 21.)

Hoitoisuusluokituksella tarkoitetaan potilaiden ryhmittelyä tai luokittelua heidän tarvitsemansa hoitotyön määrän mukaan, potilaiden hoitoisuuden mitaamista ja arviointia. Luokituksen avulla määritetään kuinka paljon hoitohenkilökuntaa tarvitaan, jotta voidaan vastata potilaiden yksilölliseen hoidon tarpeeseen tietynä ajanjaksona. Hoitoisuusluokitus on hoitavan hoitajan arvio toteutuneesta potilaan yksilöllisestä välittömästä ja välillisestä hoidosta tietynä ajanjaksona. Ajanjakso on yleensä työvuoro tai vuorokausi.(Partanen 2002, 21; Fagerström-Rauhala 2003,11; Rauhala ym. 1999, 3571.) Tällä hetkellä Suomessa erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa käytetään yleisesti jotakin hoitoisuusluokitusta. Laajin käyttäjäjoukko on OPCq-mittarilla ja RAFAELA-hoitoisuusjärjestelmällä. (Partanen 2002, 27; FCG 2012.)

Termi hoitoisuusluokitusjärjestelmä tarkoittaa kolmen asian yhdistelmää: hoitoisuusluokitusmittaria, hoitotyön ajan määrittystä kuhunkin hoitoisuusluokkaan ja usein myös henkilöstömitoitusmenetelmää. Hoitoisuusluokitusmittarit kuvaavat potilaan hoidon tarvetta ja annettua hoitoa ja ovat osa terveydenhuollon arviointia sekä maailmanlaajuisesti että kansallisesti. Mittarin avulla potilaat sijoitetaan tiettyjen ominaisuuksien perusteella hoidon tarpeen samanlaisuutta kuvaaviin luokkiin. Hoitotyön ajan määrittämisellä pyritään sovittamaan yhteen potilaiden hoidon tarpeet ja siinä tarvittavat hoitotyön voimavarat. (Herukka- Komulainen 2009, 12; Partanen 2002, 17, 22.)

Hoitotyön henkilöstömitoituksella (nurse staffing, staffing) tarkoitetaan määrällisesti ja laadullisesti asianmukaisten hoitotyön palvelujen tuottamista, riittävät tiedot ja taidot omaavien henkilöiden toimesta, suurimmalle mahdolliselle määrälle potilaita kustannustehokkaimmalla ja inhimillisesti vaikuttavimmalla tavalla. Henkilöstömitoituksessa otetaan kantaa hoidossa tarvittavan henkilöstön määrään ja koulutusasteeseen. (Tervo-Heikkinen 2008, 35,36; Partanen 2002, 42,43; Pitkäaho 2011, 28.) OECD:n 2000 julkaisun mukaan henkilöstömitoituksen tarkoitus on myös mahdollistaa hoitotyön edistyminen ja toiminta niin, että hoitotyön ammatteihin kouluttautuminen ja pysyminen alalla kiinnostaa. Henkilöstömitoitusta tarkastellaan työvuoroittain, työvuoro-suunnittelussa ja pitkällä aikavälillä vuosittain. (Pitkäaho 2011, 28.)

Välitön hoito on potilaisiin liittyvä hoitotyötä, joka toteutuu potilaan vierellä. Siihen kuuluvat perussairaanhoito ja muut sairaanhoidolliset toimenpiteet, jotka tapahtuvat välittömässä kosketuksessa potilaaseen tai hänen välittömässä läheisyydessään esimerkiksi kommunikointi, ohjaus, hygienia, voinnin tarkkailu ja hoitotoimenpiteet. **Välillinen hoito** on potilaisiin liittyvä hoitotyötä, joka ei toteudu potilaan luona. Hoitotyötä ei tehdä potilaan läsnä ollessa mutta hänen hyväkseen. Siihen kuuluvat potilaan hoitoon liittyvät toimenpiteet, joita ei suoriteta välittömässä vuorovaikutuksessa potilaaseen. Toimenpiteet voivat tapahtua joko ennen tai jälkeen potilaan hoitamisen esimerkiksi kirjaaminen, raportointi, lääkitysten ja toimenpiteiden valmistelu. (Partanen 2002,19; Fagerström-Rauhala 2003, 11.)

Ainoa tapa mitata hoitajien tekemää työtä on käyttää ja hyödyntää hoitoisuusluokitusjärjestelmistä saatua tietoa.(Pusa 2007, 33.) Hoitoisuusluokitusjärjestelmässä yhdistetään hoitoisuusluokitusmittari, hoitotyön ajan määrällistäminen kuhunkin hoitoisuusluokkaan ja henkilöstömitoitusten menetelmä. Suomessa erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa käytetään jotain hoitoisuusluokitusta. Laajimmin OPC-mittaria ja RAFAELA-hoitoisuusjärjestelmää.(Partanen 2002, 22, 27.) Lapin sairaanhoitopiiriin lisäksi RAFAELA™-käyttäjiä Suomessa on yhteensä 24 organisaatiota ja yli 800 yksikköä. Suomen ulkopuolella käyttäjiä ovat Norjassa Oslo Universtets-sykehus ja Islannissa Landspítali University Hospital.(FCG 2012, 38.)

2.2 Hoitoisuusluokituksen käyttö neurologian osastolla

Neurologian tulosityksikkö vastaa Lapin sairaanhoitopiiriin neurologian erikoissairaanhoidon palveluista. Neurologian toiminnallisen yksikön muodostavat vuodeosasto ja neurologian poliklinikka sekä omana erikoisalana kliininen neurofysiologia. Yksikössä hoidetaan ja tutkitaan potilaita, joilla on aivojen, selkäytimen, ääreishermoston tai lihasten alueen sairaus tai oireita. Neurologian vuodeosasto on 16-paikkainen osasto. Potilaat tulevat pääsääntöisesti päivystyspoliklinikan kautta, myös lähetteellä ja jatkohoitoon muualta. Hoitotyö on moniammatillista yhteistyötä, ja potilaat usein paljon hoitoa vaativia. Neurologian osastolla potilaiden hoitoisuus arvioidaan kerran vuorokaudessa aamuvuorossa vuoron päätteeksi. Potilaat luokitellaan RAFAELA™-järjestelmän OPCq-luokittelumittarin avulla hoitoisuuden mukaan.

RAFAELA™ järjestelmässä hoitoisuusluokituksen ensisijainen tarkoitus on kyetä luokituksesta saadun tiedon perusteella suunnittelemaan henkilöstötarve potilaiden muuttuvan hoidon tarpeen mukaan. Tavoitteena on hoitotyön laadun, oman työn arvioinnin ja hoitotyön dokumentoinnin kehittäminen ja ”näkyvämmän hoitotyön” näkyväksi saaminen. Lisäksi tavoitteena on huomioida kaikki potilaan yksilölliset hoidon tarpeet riippumatta lääketieteellisestä diagnoosista. (Fagerström-Rauhala 2003,12,13.) Kun pyritään analysoimaan hoitohenkilökunnan työmäärää, ei voida suoraan käyttää olemassa olevia lääketieteellisiä luokituksia. Hoitajien työmäärä voi vaihdella suuresti-

kin saman diagnoosin yhteydessä potilaasta riippuen. (Rauhala-Rainio-Fagerström-Nojonen1999, 3571.) Hoitoisuusluokitusten yleiset hyödyt on tuotu suhteellisen kattavasti esille useissa tutkimuksissa. Hoitoisuusluokitus on apuväline hoitotyön laadun varmistamisessa, henkilöstösuunnittelussa, potilasrakenteen analysoimisessa, hoitotyön budjetin suunnittelussa ja henkilöstötarpeen perustelemisessa sekä hoitotyön kustannusten ja hinnoittelun pohjana. (Kaustinen 2011, 16).

RAFAELA™- järjestelmän OPCq- hoitoisuusluokitusmittaria käytetään neurologian vuodeosastolla potilaiden hoitoisuuden luokittelussa. Henkilökunta on saanut koulutusta RAFAELA™- järjestelmästä ja OPCq- mittarin käytöstä FCG:n (Finnish Consulting Group) järjestämistä koulutuksista ja RAFAELA vastaavien osastotunneista. Alkuun luokituksia pohdittiin yhdessä työparin ja OPCq- ohjeen kanssa. Luokituksiin koettiin menevän aikaa ja päivittäinen luokitteluaktiivisuus oli vaihtelevaa. Potilaiden luokittelu aiheutti kuitenkin keskustelua ja pohdintaa mitä hoitoisuus tarkoittaa kunkin potilaan kohdalla. Nykyään potilaat luokitellaan päivittäin. OPCq-mittarikoulutuksen mukaan onnistunut luokittelu edellyttää mm. koulutusta, osastokohtaista keskustelua, harjoittelua ja luokitteluun kuluva aika harjaantumisen jälkeen on puolesta minuutista kahteen minuuttiin.(FCG 2008, 1.)

Neurologian osastolla potilaiden hoitoisuus arvioidaan kerran vuorokaudessa, aamuvuorossa vuoron päätteeksi. OPCq- mittari sisältää kuusi tarve- aluetta:

1. Hoidon suunnittelu ja koordinointi,
2. Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet,
3. Ravitsemus ja lääkehoito,
4. Hygienia ja eritystoiminta,
5. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo,
6. Hoidon ja jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki.

Jokainen tarve-alue jakaantuu vaativuustasoihin A, B, C ja D. Esim. vaativuustasoa A kuvaa apusana väliaikainen, vaativuustasoa B ajoittainen, vaativuustasoa C toistuva ja vaativuustasoa D jatkuva avun tarve. Vaativuustasot

pisteytetään kullakin osa-alueella. Pisteet lasketaan yhteen ja luokitus päättyy neljään hoitoisuusluokkaan. Luokka I merkitsee vähäistä hoidon tarvetta, luokka II keskimääräinen hoidon tarve, luokka III keskimääräistä suurempi hoidon tarve, luokka IV suuri hoidon tarve ja luokka V intensiivisen hoidon tarve. (Fagerström ym.2003; FCG 2008, 7; 13, Kaustinen 2011, 57.)

2.3 Hoitoisuusluokitusten historiaa ja käyttötarkoituksia

Florence Nightingale käytti aikoinaan potilaiden luokittelua hoitotyössä. Varhaista luokittelua hoitotyön tarpeen mukaan voidaan kutsua myös ns. intuitiiviseksi luokitteluksi. Tuolloin eniten hoitoa tarvitsevat potilaat sijoitettiin lähemmäksi hoitajien kansliaa. Vuonna 1954 on raportoitu akuutisti tai kriittisesti sairaan potilaan pitäisi olla lähes ainoastaan koulutettujen sairaanhoitajien hoidossa. (Partanen 2002, 23.)

Hoitoisuusluokituksia on kehitetty Yhdysvalloissa 1940-luvun lopulta lähtien. Johns Hopkinsin sairaalassa Robert Connorin kehittämä sisätauti-kirurgisten potilaiden luokitteluohjelma 1960-luvun alkupuolelta pidetään hoitoisuusluokitusten klassikkona ja perustana. Connorin ja tutkijatovereiden mukaan hoitotyön ongelmat liittyvät tietyille alueille kuten liikkuminen, tajunnan taso, näkökyky ja erityis. Luokittelua kehitettiin havainnoimalla potilaiden hoitamista.

He ovat ensimmäisinä osoittaneet kvantitatiivisesti, mikä oli kokemuksellisesti ja intuitiivisesti oli tiedetty jo vuosia: jotkut potilaat tarvitsevat enemmän hoitotyötä kuin toiset. Tärkeitä asioita paljastui, kuten: 1. potilaiden lukumäärä ei määritä hoitotyön määrää vaan potilaiden sijoittuminen eri hoitoisuusluokkiin, 2. hoitotyön työmäärä vaihtelee huomattavasti työvuorosta ja päivästä toiseen, 3. hoitotyön työmäärä vaihtelee osastosta toiseen, ja että 4. osastolla hoitotyön kokonaismäärään vaikuttaa eniten raskaimpiin hoitoisuusluokkiin kuuluvien potilaiden lukumäärä. (Partanen 2002, 23.)

Hoitoisuusluokitus heijastaa kunkin aikakauden käsitystä hyvästä hoidosta. Hyvän hoitamisen määrittely ei ole yksiselitteistä, näkökulman valinnasta on riippunut millainen hoito ja hoitaminen on missäkin yhteydessä määritelty hyväksi. Näkökulma on voinut olla mm. potilaan, läheisen, hoitohenkilökun-

nan tai sairaalan. Pohjan luokitukselle ovat muodostaneet olettamukset terveydestä, sairaudesta, hoitotyöstä ja potilaasta. Näin ollen on jouduttu pohtimaan sitä, millaiset arvot, periaatteet ja tietoperusta luokituksen taustalla on. Luokitusten kehittäminen on perustunut näkemykseen potilaasta, hoitotyön tarpeesta ja hoitotyöstä. (Kaustinen 2011, 21, 22.)

Hoitoisuusluokitusten päätarkoitukset alun perin ovat liittyneet hallinnollisiin tarpeisiin, henkilöstömitoitukseen, hoitamisessa tarvittavan virkamäärän selvittämiseen. Luokitusten avulla huolehditaan siitä, että jatkuvasti vaihtuva potilaiden hoidon tarve voidaan huomioida hoitohenkilöstön resursoinnissa ja voidaan käyttää apuna pitkän tähtäyksen henkilöstösuunnittelussa. Muina käyttötarkoituksina on talouteen liittyviä tarpeita kuten henkilöstökustannusten budjetointi, kustannuslaskenta, hinnoittelu ja tuottavuuden osoittaminen ja mittaaminen. (Partanen 2002, 25; Rauhala-Rainio-Fagerström-Nojonen 1999, 3571.) Hoitoisuusluokituksia pidetään tärkeänä ja pysyvänä osana hoitotyön raportointia ja yhtenä osana koko sairaalan tilastointijärjestelmää. (Partanen 2002, 26).

Hoitoisuusluokitusten merkitys hoitotyölle on varsin laaja. Se tarkoittaa sekä luokitusmittaria että luokitusprosessia. Hoitoisuusluokitus on tarkoitettu apuvälineeksi hoitotyön laadun varmistuksessa, henkilöstösuunnittelussa, potilasrakenteen analysoinnissa, hoitotyön budjetin suunnittelussa, henkilöstötarpeen perustelemisessa ja hoitotyön kustannusten ja hinnoittelun pohjana. Yleiset hyödyt on tuotu varsin kattavasti esille monissa tutkimuksissa. (Kaustinen 2011, 16.) Perustarkoituksena on tarjota metodi, jolla voidaan tunnistaa potilaan yksilöllinen hoidon tarve, joka voi vaihdella päivittäin. (Luhtasela 2006,12.) Hoitoisuusluokitukset ovat hoitotyön jäsentäjiä, potilashoidon välineitä, joilla näkymätön hoitotyö saadaan näkyväksi. (Fagerström ym. 2003, 12,13; Partanen 2002, 21.)

2.4 OPCq-hoitoisuusluokitus ja RAFAELA™-järjestelmä

Oulu-hoitoisuusluokitusmittari (OHL), josta käytetään myös nimeä OPC-mittari (OPC=Oulu Patient Classification) on kehitetty vuosina 1991- 1994 Oulun yliopistollisessa sairaalassa potilaiden hoidon tarpeen määrittämiseksi. Tämän yhtenäisen luokitusohjeen lähtökohtana on, että kaikilla erikoisaloilla voidaan käyttää samaa ohjetta potilaiden hoitoisuuden luokitteluun. Mittarin lähtökohtana oli kanadalainen HSSG-hoitoisuusluokitusmittari, jota edelleen Oulussa kehitettiin mm. Roper, Logan ja Tierney`n mallin pohjalta. OPC-mittaria kehitettiin edelleen Vaasan keskussairaalassa ja otettiin pilottiluonteisesti käyttöön vuonna 1994 sekä luotiin RAFAELA™-järjestelmä.(Fagerström-Rauhala 2003,10; Partanen 2002, 32- 33; Rauhala 2008, 37.)

Suomen Kuntaliiton Finnhoitoisuusprojektissa vuosina 2000- 2002 tehtiin vertailevaa tutkimusta suomalaisesta hoitotyöstä, hoitoisuusluokituksesta ja resursseista. OPC-hoitoisuusluokitus ja RAFAELA™-järjestelmä olivat jo levinneet lukuisiin Suomen sairaaloihin ja siksi nämä päätettiin ottaa tutkimuksen kohteeksi. Projekti sai nimekseen Finnhoitoisuus-hoitotyön benchmarking. Benchmarking on laadunhallinnan menetelmä ja keskeinen työväline tulevaisuuden hoitotyön johtamisessa. Menetelmänä parhaan työmetodin etsimistä, työ- tai toimintayksiköiden keskinäistä vertailua ja muilta samanlaisilta organisaatioilta oppimista, jotta päästäisiin yhä parempiin aikaansaannoksiin. Finnhoitoisuus projektin tavoitteena oli testata, kehittää ja standardoida OPC-luokitusmittaria sekä RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmää. OPCq-hoitoisuus perustuu Finnhoitoisuusprojektissa käytettyyn Oulu Patient Classification(OPC)-luokitukseen. (Fagerström-Rauhala 2003,10, 11; FGC 2008, 1, 4.)

RAFAELA™-järjestelmän omistaa Suomen Kuntaliitto ja käyttöä hallinnoi FCG Tietojohtaminen Oy.(FCG= Finnish Consulting Group) Käyttöoikeus järjestelmään syntyy sopimuksella. (FCG 2007,1). RAFAELA™-järjestelmä on kehitetty hoitotieteellisestä lähtökohdasta ja päätavoite on, että potilaiden tarpeet ovat tasapainossa henkilöstöresurssien kanssa. RAFAELA™-järjestelmä on valtakunnallisesti vertailtava hoitoisuusluokitusjärjestelmä,

jonka avulla kerätään systemaattisesti ja yhdenmukaisesti tietoa potilaiden hoitoisuudesta. Järjestelmä sisältää mittareita, joiden avulla voidaan määrittää kunkin potilaan toteutunut hoitotyön määrä. Hoitoisuusluokitusmittareita on kehitetty erilaisiin hoitotyön ympäristöihin. Erikoissairaanhoidon somaattisille osastoille ja perusterveydenhuoltoon käytettävä OPCq- mittari, somaattisilla poliklinikoilla käytettävä POLIHOIq- mittari, psykiatriassa PPCq- mittari ja sädehoitotyössä käytettävä SÄDEHOIq- mittari. RAFAELA™- järjestelmästä saadaan myös tieto hoitotyön hoitajaresursseista eli hoitajan keskimääräisestä työn määrästä päivää kohden. PAONCIL- mittarin avulla määritellään optimaalinen hoitoisuus. RAFAELA™- järjestelmän rakennetta ja OPC- ja PAONCIL- ohjeiden sisältöä luonnehtii holistinen ihmisenäkemyks. (Fagerström-Rauhala 2003, 12; FCG; HoiData- hanke 2009, 7; Partanen 2002, 33.) Tässä opinnäytetyössäni neurologian vuodeosaston potilaiden hoitoisuusluokittelutieto saadaan OPCq-hoitoisuusluokitusmittarista.

2.5 Hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö

Suomessa ensimmäinen henkilöstömitoitukseen liittyvä laajempi tutkimus oli Partanen hoitotieteen väitöskirjassa 2002. Partanen tutki hoitotyön henkilöstömitoitusta erikoissairaanhoidossa hoitohenkilökunnalta mm. työajan käytön avulla. Tutkimuksessa kuvattiin erikoissairaanhoidon ympäristössä sairaanhoitajien ja perushoitajien työajankäytön jakautumista hoitoisuudeltaan erilaisten potilaiden hoitamisessa. Työajankäytön aineiston perusteella henkilöstömitoitus oli riittämätöntä lähes joka toisessa työvuorossa. Useimmiten yhden hoitajan lisäys työvuoroon olisi ollut riittävä. (Tervo-Heikkinen 2008, 36,37; Partanen 2002, 64.)

Uusimpia tutkimuksia Oulu-hoitoisuusluokituksen luotettavuuden mittaamisesta ja mm. hoitohenkilökunnan ajankäytöstä on Teija Kaustisen väitöskirjassa vuodelta 2011. Yhtenä osa-alueena tutkimuksessa hoitohenkilökunta havainnoi hoitotyötä ja kirjasi omaa työtään koskevat havainnot lomakkeeseen. Lomakkeen toiminnot jakautuivat potilaan välittömään ja välilliseen hoitotyöhön, osaston muuhun toimintaan ja henkilökohtaisiin taukoihin. Suurimman osan työajasta hoitohenkilökunta käytti välittömään ja välilliseen hoito-

työhön. Eniten aikaa kului lääkehoidon ja fyysisen hoidon toteuttamiseen ja vähiten aikaa käytettiin potilaan psyykkiseen tukemiseen ja ohjaukseen. Hoitotyössä oli myös hetkiä, jolloin oli aikaa tehdä vain välttämättömin. Näin ollen ajatus kokonaisvaltaisen hoidon toteutumisesta jäi toteutumatta. Tuollaisina hetkinä hoitoisuusluokitus ei kerro mitään hoidon laadusta sen tuloksesta tai koko hoitoprosessista. Teija Kaustinen toteaa, että hoitohenkilökunnan määrän ja laadun pitäisi määräytyä potilaiden yksilöllisten tarpeiden mukaan eikä osaston sänkyluvun mukaan. (Kaustinen 2011, 87; Kaustinen 2012, 9.)

Työntekijöiden työajankäytön seuraamista voidaan suorittaa havainnoiden joko jatkuvana havainnointina tai säännöllisin välein kuten toimintolaskentatutkimuksissa. Jatkuva havainnointi antaa luotettavampia tuloksia mutta on kallista ja paljon aikaa vievää, koska se yleensä on suoritettu ulkopuolisen havainnoinnin kautta. Henkilökunnan tekemä ns. itse raportointi tai itsehavainnointi on toinen tapa kerätä tietoa. Itsehavainnoinnin ongelmia ovat mm. puutteellinen motivaatio, tarkan kirjaamisen epävarmuus erityisesti kiireisissä työtilanteissa, henkilökunnan vastustus ja koulutuksen suuritoisyys. Itsehavainnoinnin etuina on taasen taloudellisuus ja hoitajien hyvä oman työn tuntemus. (Partanen 2002, 49.)

Työajan seurannan tapa, jota käytän, perustuu toimintolaskentamenetelmään. Tällä menetelmällä tarkoitetaan työn mittaamisen ja analysoinnin menetelmää. Se on alkujaan kehitetty teollisuuden piirissä 1930-luvulla. Tuolloin menetelmän tavoitteena oli työn tuottavuuden arviointi ja parantaminen. Nykyään menetelmää käytetään yleisesti selvittämään sitä, kuinka henkilöstö käyttää työaikansa. Tieto työhön käytetystä ajasta on tärkeää, kun arvioidaan eri henkilöstöryhmien välistä tehtävänjakoa, tarkoituksenmukaisuutta, eri yksiköiden välistä vaihtelua ja hoitotyön tuottavuutta. Hoitotyön tutkimuksissa toimintolaskentamenetelmää on käytetty varsin runsaasti kansainvälisesti 1960-luvulta lähtien. Partasen väitöskirjatutkimuksesta käy ilmi, että suurin osa tutkimuksista oli tehty Yhdysvalloissa, 9 tutkimusta 14:sta, yksi Suomessa. Tavoitteet ovat liittyneet hoitotyön henkilöstön työajankäytön selvittämiseen (11/14). Yleisimmin ajankäyttöä oli selvitetty ulkopuolista havainnointia käyttäen (10/14). Hoitajien itsensä tekemänä havainnointi oli tehty neljässä tutkimuksessa, joissa kahdessa hälyttävien kellojen kanssa. Havainnoinnin

väli yhtä lukuun ottamatta oli 10- 15 minuuttia. Tietoa kerättiin yleensä 7-14 päivää. (Partanen 2002, 49- 54.)

Toimintolaskentamenetelmään liittyvä tiedonkeruu on ollut kaksiosaista. Yleensä on kaksi tutkimusta, joista ensin on selvitetty välittömään hoitotyöhön kuluva aika ja siinä käytetyt toiminnot eli havainnointia potilaan vierellä. Seuraavaksi on havainnoitu välilliseen hoitotyöhön menevää aikaa eli ei potilaan vierellä tapahtuvaa hoitotyötä. Havainnointia varten on täytynyt luoda työhön sopiva luokittelu ja yleisimmin on käytetty hoitotyön määrällistämistä neljään toimintoalueeseen: välitön- ja välillinen hoitotyö, osastokohtaiset toiminnot ja henkilökohtainen ajankäyttö. (Partanen 2001, 51.)

Nieminen on tarkastellut opinnäytetyössään Suomessa 2000-luvulla tehdyissä työajankäytön tutkimuksissa välillistä ja välitöntä hoitotyötä. Tutkimuksia on tehty vuodeosastotyyppisissä hoitopaikoissa ja erikoissairaanhoidon puolella. Taulukkoa on täydennetty Kaustisen väitöskirjalla, jossa nähdään miten hoitotyö on jakautunut välittömään ja välilliseen työhön. Tässä katsauksessa halusin kiinnittää huomiota työajankäyttöön, miten se jakaantuu välittömään ja välilliseen hoitotyöhön, osastokohtaiseen toimintaan ja henkilökohtaiseen aikaan.

TAULUKKO 1. Työajan käytöstä tehtyjä tutkimuksia.

Tutkija, vuosi ja tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
Heinonen, R.2009. Pro gradu-tutkielma. Hoitohenkilökunnan työnsisältö ja työajan käyttö terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tarkoituksena kuvailla yhden osaston hoitajien työn sisältöä ja työajan käyttöä.	Osaston henkilökunnan (N=21) työajan seuranta itse-raportointina viiden työvuoron ajalta.	Välitöntä hoitotyötä 53,3 %, välillistä hoitotyötä 35,6 %, taukoja 6,9 %. Aamu- ja iltavuoroissa painotuitivat välittömät fyysisen hoitotyön toiminnot ja yövuoroissa suoritettiin enemmän hoitamiseen liittymättömiä toimintoja.
Hakoma, M. 2008. Pro-gradu -tutkielma. Hoitotyön henkilöstön työajankäyttö ja hoitotyön laatu	Osaston henkilökunnan (N=15) työajanseuranta toimintolaskentamenetelmällä itse-raportointina kahden viikon	Välitöntä hoitotyötä 59 %, välillistä hoitotyötä 21 %, osastokohtaista työtä 13 %

<p>pitkäaikaissairaanhoidon vuodeosastolla. Tarkoituksena kuvata hoitohenkilöstön työajankäyttöä ja hoitotyön laatua.</p>	<p>ajalta. Hoitotyön laadun arvioinnin aineisto (N=147), jonka analysointi kuvailevin tilastollisin menetelmin.</p>	<p>ja henkilökohtaisen ajan osuus 7 % työajasta. Laadukkaimmaksi hoitotyön osaluokaksi arvioitiin lääkityksen hoitamisen, vitamiinien, elintoimintojen seurainnointi sekä ravitsemuksen hoito.</p>
<p>Eloranta, P.2007. Pro gradu-tutkielma. Hoitohenkilökunnan työn sisältö ja työajan käyttö vanhainkodissa. Tarkoituksena tuottaa kokonaiskuva yhden vanhainkodin hoitohenkilökunnan työstä</p>	<p>Osaston henkilökunnan työajanseuranta itseraportointina seitsemän työvuoron ajalta</p>	<p>Välitöntä hoitotyötä 50,3 %, välillistä hoitotyötä 17,2 % ja henkilökohtaisia toimintoja 11,2 %. Aamu- ja iltavuorojen väliset erot eivät olleet suuret. Yövuoroissa painottuivat enemmän osastoon liittyvät toiminnot.</p>
<p>Partanen, P. 2002 Väitöskirja. Hoitotyön henkilöstön mittaaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Tuottaa tietoa hoitotyön henkilöstömitoitusten arviointia ja suunnittelua varten erikoissairaanhoidon hoitoympäristössä</p>	<p>Viisi eri osa-aineistoa: hoitohenkilökunnan (N=92) työajankäytön seuranta toimintatietokannalla kahden viikon ajalta, henkilöstömitoitusten riittävyyttä ja laatua koskeva kysely (N=504+N=55), potilaiden arviot ILH-mittarilla(N=158) sekä hoitoisuusluokitustiedot hoitopäiviltä(N=1602)</p>	<p>Hoitajien työajasta 41 % oli välitöntä ja 35 % välillistä hoitotyötä, n. 16 % osastokohtaista työtä ja 8% henkilökohtaista aikaa. Henkilöstömitoitusten arviointia varten tuotettiin malli, joka koostuu kliinisistä, potilaiden hoitoa, henkilöstön käyttöä ja toimintaympäristöä kuvaavista tunnusluvuista.</p>
<p>Kaustinen, T. 2011. Väitöskirja. Oulu- hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Tarkoituksena kehittää hoitoisuusluokitus Oulun yliopistolliseen sairaalaan, arvioida hoitoisuusluokituksen luotettavuus hoitoisuuden mittaamiseen ja arvioida hoitoisuusluokitus hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta.</p>	<p>Aineiston keräys Oulun yliopistollisessa sairaalassa asiantuntija-arvioinneilla(N=36), rinnakkaisluokituksilla(N=8129), ajanhavainnoinneilla(N=17599), ryhmähaastattelulla(=8) ja kansainvälisellä kirjallisuuskatsauksella.</p>	<p>Keskeiset tulokset hoitohenkilökunnan ajankäyttöhavainnointi osuudesta tutkimuksessa: Potilaan välitön hoitotyö 61 % (N=10733), välillinen hoitotyö /osaston muut toiminnot 35 % (N=6140), henk.koht. Tauot 4 % (N=726). Välittömään hoitotyöhön käytetty aika vaihteli osastojen välillä(49 % - 79 %) ja välilliseen työhön/osaston muihin toimintoihin (27 % -</p>

		<p>47 %). Hoitohenkilökunta käytti eniten aikaa kaikilla tutkimuksessa mukana olleilla vuodeosastoilla(N=14) potilaan välittömässä hoitotyössä ”lääkehoito ja peseytyminen, pukeutuminen ja erityistoiminta osaluueeseen. Välillisessä hoitotyössä eniten havaintoja kertyi tietyn potilaan hoidon suunnitteluun ja vuoron vaihtoon liittyviin toimintoihin.</p>
--	--	--

(Nieminen 2011, 23.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää, miten hoitajien työaika jakautuu toiminnoittain eli miten potilaan välittömään ja välilliseen hoitoon menee aikaa, ja miten hoitajien työaika jakautuu potilaiden hoitoisuuteen nähden. Hoitajien ajankäyttöä tarkastellaan suhteessa potilaiden hoitoisuuteen. Tavoitteena tarkentaa ja kehittää hoitotyön toimintaa neurologisten potilaiden hoitotyössä ja selvittää nouseeko esiin erityisiä kohtia, joita voidaan työyhteisössä yhdessä miettiä ja kehittää eteenpäin.

Tavoitteena on myös tekijän oman tietoperustan syventyminen aiheesta ja oma ammatillinen kasvu. Tarkoituksena hyödyntää opinnäytetyön tuloksia ja tutkittua tietoa omassa työssä. Tässä opinnäytetyössä hoitajilla tarkoitetaan neurologian vuodeosaston vakituksissa toimessa olevia sairaan- ja perushoitajia sekä pitkäaikaisia sijaisia.

Tutkimusongelmat:

1. Miten hoitajien työaika jakautuu hoitotyön toiminnottain?
2. Miten potilaat ja annettu hoitotyö jakautuvat hoitoisuusluokittain?

Aineistona hoitajien ajanhavainnoinnin aineisto (työvuorokohtaiset seurantalomakkeet) ja potilaiden hoitoisuusluokitus aineisto ja työvuorokohtaiset seurantalomakkeet.

4 OPINNÄYTETYÖ MÄÄRÄLLISENÄ MENETELMÄNÄ

4.1 Tutkimusmenetelmä

Määrällisen tutkimuksen ominaispiirteet karkeasti kuvattuna ovat tiedon strukturointi, mittaaminen, tiedon esittäminen numeroin, tutkimuksen objektiivisuus ja vastaajien suuri lukumäärä. Menetelmänä määrällinen tutkimus antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista eli se hyödyntää määrien jakautumia, muutoksia ja eroja. Muuttujat ovat mitattavia ominaisuuksia esimerkiksi toimintaa tai henkilöä koskevia asioita, ikä, ammatti, mielipide, joista määrällisessä tutkimuksessa halutaan tietoa. Määristä ja muutoksista saadaan tietoa mittarin avulla. Mittari on väline, jolla saadaan tietoa tutkittavasta asiasta. Määrällisessä tutkimuksessa mittareita ovat kyselyhaastattelu - ja havainnointilomake. Tutkittava ilmiö hajotetaan mitattaviksi osioiksi esimerkiksi kyselylomakkeessa kysymyksiksi. (Vilkkä 2007,13,14; Ronkainen- Pehkonen- Lindblom- Yläne- Paavilainen 2011, 83, 84.)

Määrällisessä tutkimusmenetelmässä eli kvantitatiivisessa menetelmässä tietoa tarkastellaan numeerisesti. Tutkittavat asiat ja ominaisuudet käsitellään numeroiden avulla. Kysely- tai havainnointilomakkeen tiedot eivät sinällään kerro paljoa vaan ne tulkitaan ja selitetään sanallisesti. Kuvataan millä tavoin eri asiat liittyvät tai eroavat toistensa suhteen. Ilmiöiden tai henkilöiden tutkiminen määrällisesti mahdollistuu siten, että tutkittavat asiat operationalisoidaan ja strukturoidaan. Operationalisointi tarkoittaa teoreettisen käsitteen tai ilmiön muuttamista ymmärrettävään muotoon niin, että tutkittava ymmärtää asian arkiymmärryksellä. Strukturointi tarkoittaa tutkittavan asian suunnittelua ja vakiointia esimerkiksi lomakkeeseen kysymyksiksi tai vaihtoehdoiksi niin, että kysymykset ymmärretään ja kysytään kaikilta vastaajilta samalla tavalla. (Vilkkä 2007, 14,15; Ronkainen ym. 2011,84.)

Tutkimuksen objektiivisuus tarkoittaa tutkijan puolueettomuutta. Tutkija ei vaikuta tutkimustulokseen. Tuloksen on oltava tutkijasta riippumaton. Tarkasteltaessa tutkimuksen objektiivisuutta, tutkimusprosessin tavoitteena on mahdollisimman objektiivinen tutkimus, puolueeton tutkimusprosessi ja puolueettomat tutkimustulokset. Tutkimusprosessin ja tulosten puolueettomuutta

lisää tutkittavan ja tutkijan etäinen suhde ja tutkijan mahdollisimman vähäinen vaikutus saatuihin vastauksiin ja tutkimuksen tuloksiin. Tulosten on oltava tutkijasta riippumattomia. (Vilkkä 2007, 13,16.)

Määrälliselle aineistolle tyypillistä on vastaajien suuri määrä. Tilastollisia menetelmiä käytettäessä suositeltava havaintoyksiköiden määrä on 100. Mitä suurempi on otos, sitä paremmin otos edustaa perusjoukon keskimääräistä mielipidettä, asennetta tai kokemusta tutkittavasta asiasta. (Vilkkä 2007, 17).

Tutkimuksella on aina jokin tarkoitus tai tehtävä. Tarkoitus ohjaa tutkimusstrategisia valintoja. (Hirsjärvi- Remes- Sajavaara 2007, 133). Opinnäytetyöni tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen survey-tutkimus. Englanninkielinen termi survey tarkoittaa esimerkiksi sellaista kyselyn, haastattelun tai havainnoinnin muotoa, jossa aineisto kerätään standardoidusti ja jossa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietystä perusjoukosta. Standardoituus tarkoittaa sellaista kyselyn muotoa, että asiaa on kysyttävä täsmälleen samalla lailla kaikilta vastaajilta. (Hirsjärvi ym. 2007,188).

Määrällisen tutkimuksen tarkoituksena on joko selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa ihmisiä koskevia asioita ja ominaisuuksia. Tulosten kuvailu numeraalisesti, yleisten lainalaisuuksien löytyminen aineistosta ja tutkimusongelman asettaminen hypoteesina eli perusteltuna väitteenä. (Vilkkä 2007, 18,19, 24.) Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa keskeistä on mm. käsitteiden määrittely, johtopäätökset ja aiemmat teoriat, tutkittavien henkilöiden valinta; perusjoukon määrittely, johon tulosten tulee päteä, ja perusjoukosta otettu otos. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kaikki tieto on peräisin aistihavainnoista ja loogisesta päättelystä, joka perustuu havaintoihin. Havaintoaineiston on sovittava numeeriseen mittaamiseen. Survey-tutkimuksen aineisto käsitellään yleensä kvantitatiivisesti. Muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon ja aineisto muutetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Tehdään päätelmiä havaintoaineistosta tilastollisen analyysin pohjalta. Tulosten esittäminen mm. prosentein ja taulukoin. (Hirsjärvi ym. 2007, 135,136.)

Valitsin määrällisen tutkimusmenetelmän, koska opinnäytetyön aihe vaati tilastollisesti käsiteltävää tietoa, tutkimustulosten lukumääriä ja prosentteja. Aiheesta oli tehty laajoja tutkimuksia, joista löytyi teoriaa ja tuloksia. Tutkimuksen viitekehystä oli hyvä lähteä muodostamaan aiemmalta vankalta ja laajalta tutkimuspohjalta. Mielenkiintoa lisäsi opinnäytetyön kohdentuminen omaan työyhteisöön. Tältä pohjalta opinnäytetyön luotettavuuskysymykset kuitenkin aiheuttivat pohdintaa.

Tässä työssä kerään tietoa työajanhavainnoinnilla, joka perustuu toimintolaskentamenetelmään. Tapa on työn mittaamisen ja analysoinnin menetelmä, alkujaan kehitetty teollisuuden piiriin 1930-luvulla. Tavoitteena oli tuolloin työn tuottavuuden arviointi ja parantaminen. Menetelmä perustuu todennäköisyysteoriaan, jossa voidaan tehdä yleistyksiä työajankäytöstä yleensä, kun työaika mitataan havainnoimalla toimintoja. Toimintolaskentamenetelmässä toiminnot työssä jaetaan pienempiin osiin. Aikaisemmissa tutkimuksissa hoitotyöstä toiminnot on yleisimmin jaettu välittömään ja välilliseen toimintaan ja osastokohtaiseen toimintaan ja henkilökohtaiseen ajankäyttöön. Nämä ovat päätoimintoluokat, jotka sitten on määritelty yksityiskohtaisemmin ja tarkemmin erilaisiin toimintoihin. (Partanen 2002, 49- 51.)

4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Määrällisen aineiston hankinnassa täytyy suunnitella millä tavoin tutkimusaineiston kerää. Keräämistapoja ovat postikysely, internet kysely, lomakehaastattelu ja systemaattinen havainnointi. Kyselyssä kysymysten muoto on standardoitu eli vakioitu. Vakiointi tarkoittaa, että asioita kysytään samalla tavalla kaikilta vastaajilta. Kyselylomaketta käytetään, kun havaintoyksikkönä on henkilö ja häntä koskevat asiat esimerkiksi mielipiteet tai käyttäytyminen. Haastattelu toteutuu yleensä lomakkeella, jonka kysymykset on strukturoitu ja vakioitu ennalta. Haastattelulomake on hyvä informoida eli tutkija selostaa tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitteita. Systemaattisessa havainnoinnissa havainnot kerätään esimerkiksi eri aistein tai automaattisilla havainnointilaitteilla. Havainnoinnin kohteena voi olla henkilöiden käyttäytyminen, tapahtuma tai tilanne. Systemaattinen havainnointi toteutetaan yleensä strukturoidusti

niin, että havainnot kirjataan ennalta suunniteltuun lomakkeeseen. (Vilka 2007, 27, 28, 29.)

Opinnäytetyöni tarkoitus on selvittää srukturoidulla ajanhavainnoinnin seurantalomakkeella hoitajien työaikaa tietyltä ajalta työvuoroittain ja samalta ajalta potilaiden hoitoisuusluokittelu tiedon kerääminen. Miten hoitajien työhön kuuluva aika yleensä jakautuu toiminnoittain. Havainnointilomakkeen toiminnot jakautuvat päätoimintoluokkiin välittömään ja välilliseen hoitotyöhön, osastokohtaiseen toimintaan sekä henkilökohtaiseen aikaan. Päätoimintoluokat puolestaan jakautuvat tarkemmin eriteltyihin alatoimintoluokkiin esimerkiksi välittömässä hoitotyössä lääkitykseen, ravitsemukseen ja voinnin tarkkailuun. Miten ajankäyttö jakautuu päätoiminto- ja alatoimintoluokkatoimintojen kesken.

Lisäksi selvitin miten välitön ja välillinen hoitotyö jakautuu hoitoisuusluokittain ja miten hoitotyön toiminnot jakaantuvat eri hoitoisuusluokissa. Välittömän hoitotyön kaikissa alatoimintoluokissa, ja välillisen hoitotyön kuudessa ensimmäisessä alatoimintoluokassa hoitajat merkitsivät kunkin kyseessä olevan toimintoluokan kohdalle potilaan nimen, henkilötunnuksen tai huonepaikan. Näin pystyin yhdistämään toiminnon, potilaan ja potilaan hoitoisuusluokan kultakin työvuorolta. Potilaiden päivittäinen hoitoisuusluokitus tieto saatiin RAFAELA™-järjestelmästä halutulta ajalta.

Ajanhavainnoinnin aineisto hankittiin kokonaisotannan avulla. Kokonaisotanta tarkoittaa, että koko perusjoukko otetaan mukaan tutkimukseen. Varsinaisesti se ei ole otantamenetelmä mutta se kannattaa tehdä silloin, kun otoskooksi tulisi yli puolet perusjoukosta. Kokonaisotantaa käytetään tavallisesti pienissä tutkimusaineistoissa ja se kannattaa tehdä silloin, kun perusjoukko on pieni, havaintoyksiköiden määrä jää alle sadan. (Vilka 2007, 52.) Tieto potilaiden hoitoisuudesta saatiin keräämällä 21- 25.5.2012 välisen ajan hoidossa olleiden potilaiden hoitoisuusluokitus tieto. Tieto saatiin valmiina tulosteena RAFAELA™-järjestelmästä. Neurologian osastolla potilaat luokitellaan kerran vuorokaudessa, aamuvuorossa, vuoron päättyessä, hoitoisuuden mukaan. Hoitoisuutta luokiteltaessa huomioidaan tapahtumat klo 15 ja 15 välillä.

Opinnäytetyöni perusjoukkona oli neurologian vuodeosaston hoitohenkilökunta, vakituiset ja pitkäaikaiset sijaiset, jotka tuntevat neurologisen potilaan hoitotyötä. 16 hoitajaa 21- 25.5.2012 olevalta ajalta. Hoitohenkilökunnalla tarkoitan osaston sairaan- ja perushoitajia. Aineiston keräys tapahtui itse havainnoiden ajanhavainnoinnin lomakkeelle.(liite 1.) Tässä tapauksessa käytin hyväkseni neurologian vuodeosaston työvuorolistaa ajalta 21- 25.5. Työvuorolistan avulla ajanhavainnointi suunniteltiin ja ohjelmoitiin etukäteen valmiiksi jokaiselle työvuorolle niin, että vuoron alkaessa oli helppo tarkistaa kenen vuoro on halutessaan ajanhavainnointia tehdä.

Asianmukaiset luvat opinnäytetyölle haettiin Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymältä ja FCG Finnish Consulting Group Oy:ltä. Ensimmäisen osastotunnin aiheesta pidin jo keväällä 2011. Opinnäytetyö prosessi pitkittyi ja varsinaisesti työ alkoi uudestaan keväällä 2012. Kiireisen kevään johdosta osastotuntia ei nyt pidetty uudestaan. Laitoin hoitajille sähköpostitse ajanhavainnoinnin lomakkeen ja siihen liittyvän ohjeistuksen. Tämän jälkeen kävin pienissä ryhmissä läpi ohjeistusta ja ajanhavainnoinnin lomaketta niin, että kaikki hoitajat tulivat informoiduksi.

Ajanhavainnointi jakaantui aamuvuoroissa klo 7- 11 ja klo 11- 15, iltavuoroissa klo 13/14- 18 ja klo 18- 21 ja yövuoroissa klo 20.30- 02 ja klo 02-7.15. Jokaiselle vuorossa olevalle hoitajalle tuli näin ollen 3-5 tunnin havainnointijakso riippuen työvuorosta. Hoitajat seurasivat työaikaansa kännykän torkkuherätyksen avulla 10 minuutin välein. Hälytyksen soidessa he merkitsivät valmiille seurantalomakkeelle juuri sen toimintoluokan, jota sillä hetkellä olivat tekemässä. Ajanhavainnoinnin lomakkeeseen kirjattiin välittömän hoitotyön kaikissa alatoimintoluokissa ja välillisen hoitotyön kuudessa alatoimintoluokassa myös toimintoluokkaan liittyvä potilaan nimi.

4.3 Aineiston analyysi

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

Vastatut lomakkeet numeroidaan juoksevalla numerolla, jotta voidaan tarkistaa tietoja myöhemminkin halutulta lomakkeelta. Tämän jälkeen kaikki tiedot kirjataan ja tallennetaan taulukkoon. Taulukkoa, johon muuttujia koskevat havainnot syötetään, kutsutaan havaintomatriisiksi, jolloin jokaisen vastaajan (=havaintoyksikkö) antamat vastaukset (=muuttujien arvot) tulevat numeroina omalle rivilleen. Näin havaintomatriisin tiedot päästään analysoimaan tilastollisesti erilaisilla tilasto ohjelmilla. (Vilka 2007,111; Ronkainen ym. 2011,84.)

Kävin kerätyn aineiston ensin läpi manuaalisesti. Numeroin ajanhavainnoinnin lomakkeet, kävin läpi jokaisen lomakkeen ja täydensin tarvittaessa. Laskin manuaalisesti jokaisesta lomakkeesta välittömään ja välilliseen hoitotyöhön, osastokohtaiseen toimintaan ja henkilökohtaiseen aikaan käytetyn kokonaisajan. Laskin jokaisen lomakkeen havainnot, havaintoajat ja jokaiseen toimintoluokkaan kuluneen ajan. Selvitin kunkin potilaan hoitoisuusluokan lomakkeelle ja hoitoisuusluokkakohtaiset havainnot ja ajankäytön. Näiden valmisteluiden jälkeen pystyin syöttämään lomakkeiden tiedot havaintomatriisiin, SPSS- tilasto-ohjelmaan.

Jätin lomakkeita osastolle 39 joista 38:aan oli vastattu. Ajanhavainnoinnissa kaikissa 38 lomakkeessa ajanseuranta oli toteutettu kiitettävästi. Puuttuvien taustatietojen osalta pystyin täydentämään hoitajien tietoja vertaamalla päi-

vää ja työvuoroa. Hoitoisuusluokitustiedoissa lomakkeiden täydennyksen jälkeen kuusi lomaketta täytyi hylätä puuttuvien potilastietojen osalta. Hoitoisuusluokitustietoja tarkistettaessa pystyin täydentämään lomakkeita oikeilla tiedoilla. Esimerkiksi, jos potilaan nimi oli merkitty potilas huonepaikan mukaan, vertasin paikkaa ja vuoron huonetaulu listaa. Näin pystyin tunnistamaan potilaan hoitoisuusluokitustietoja varten. Käsittelin aineiston SPSS-tilasto ohjelmalla ja excel 2007 taulukkolaskennan avulla. Tulokset esittelen kokonaan kuvioiden avulla, prosentein ja lukumäärin. Tarkoituksena on saada helposti ja nopeasti visuaalisesti käsitys siitä, mitä kukin asia pitää sisäl-
lään.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot ja ajanhavainnointi

Hoitajien ajanhavainnoinnin aineisto kerättiin valmiilla lomakkeella. Seurantalomakkeen taustatietoina kysyttiin hoitajan ammattinimikettä, päivämäärää ja työvuoroa. (liite 1.) Neurologian osastolle jätettiin 39 ajanhavainnoinnin seurantalomaketta, joista 38:aan oli vastattu. Havainnointiin osallistui 16 hoitajaa, joista 12 oli sairaanhoitajaa ja 4 perushoitajaa 5 vrk:n ajalta. Havainnoinnin kerrat hoitajaa kohden vaihtelivat yhdestä viiteen kertaan. Koko seurannan ajalta vastanneista sairaanhoitajien osuus oli 29 ja perushoitajien osuus oli 9. Havainnoista aamuvuorojen osuus oli 17 havaintoa, iltavuorojen osuus 13 havaintoa ja yövuorojen osuus 8 havaintoa. (taulukko 2.)

Lomakkeissa hoitotyön toiminta oli jaettu päätoimintoluokkiin, välittömään ja välilliseen hoitotyöhön, osastokohtaiseen toimintaan sekä henkilökohtaiseen aikaan. Päätoimintoluokat puolestaan jakaantuivat alatoimintoluokkiin. Ajanhavainnoinnin lomakkeeseen oli liitettynä alatoimintoluokkien tarkka kuvaus. (liite 1.) Taustatietojen avulla saatiin laskettua kokonaisuudessaan havaintojen määrä, hoitotyöhön kulunut aika työvuorokohtaisesti, sairaan- ja perushoitajien työhön kulunut aika ja kuhunkin hoitoisuusluokkaan kulunut aika.

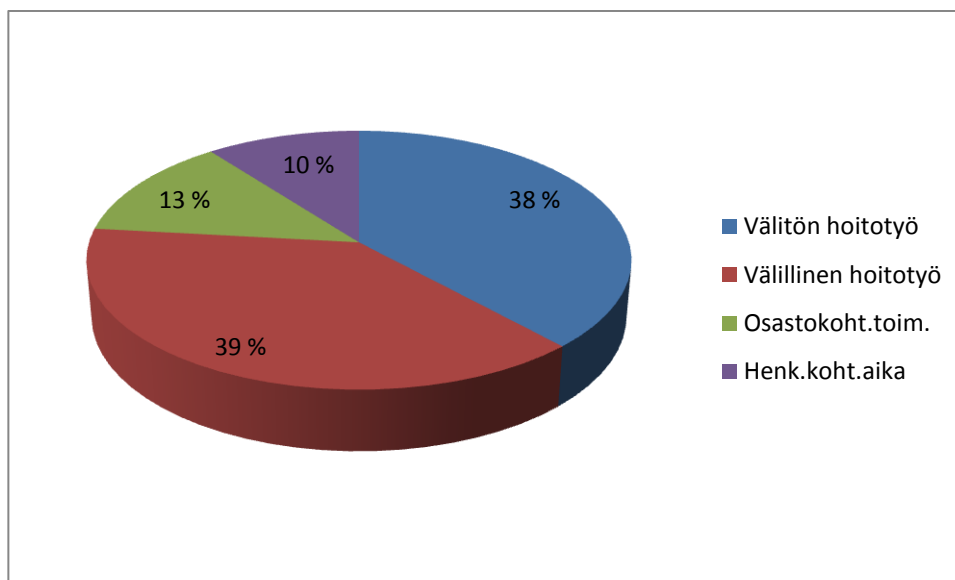
Taulukko 2. Vastaajien ammatti ja jakaantuminen työvuoroihin

		<i>ammatti</i>		
		<i>sairanhoitaja</i>	<i>perushoitaja</i>	<i>yht.</i>
<i>työvuoro</i>	<i>aamuvuoro</i>	13	4	17
	<i>iltavuoro</i>	11	2	13
	<i>yövuoro</i>	5	3	8
		<i>n=29</i>	<i>n=9</i>	<i>N=38</i>

5.2 Hoitotyön jakautuminen päätoimintoluokkiin

Ajanhavainnoinnin aineistossa (N=38) seuranta oli suoritettu erittäin kiitettävästi. Kaikissa seurantalomakkeissa oli ajan merkinnät koko havainnoinnin ajalta. Havainnoinnin kertoja kokonaisuudessaan kertyi 965 kertaa (N= 965) eli aikana 9650 minuuttia. Välittömän hoitotyön havaintoja kertyi 366 kertaa (N= 366) eli 3660 minuuttia ja välillisen hoitotyön havaintoja 376 kertaa (N= 376) eli 3760 minuuttia. Osastokohtaisen toiminnan havaintoja oli 123 kertaa (N= 123) eli 1230 minuuttia ja henkilökohtaisen ajan havaintoja oli 100 kertaa (N= 100) eli 1000 minuuttia.

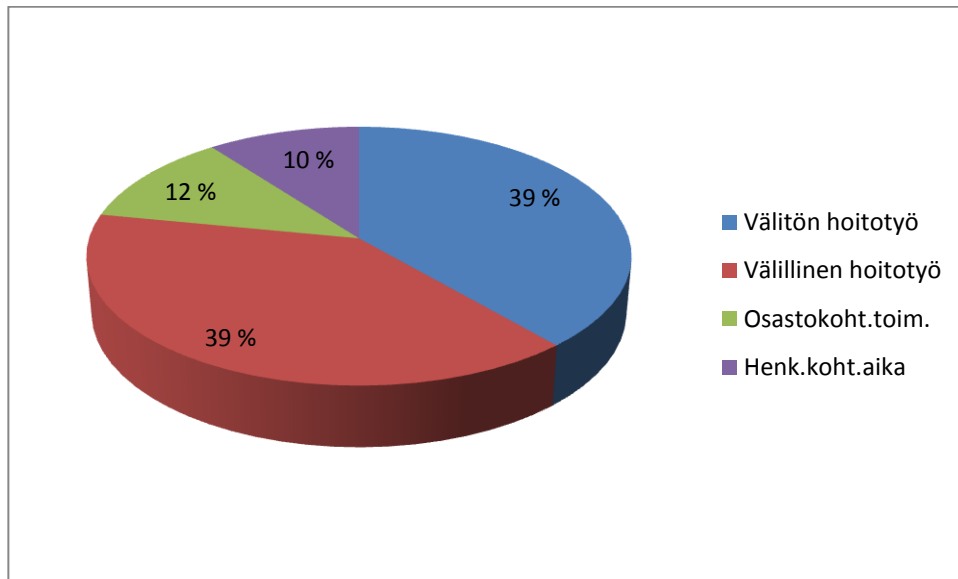
Ajankäytön jakautuminen päätoimintoluokissa sairaanhoitajien (n= 29) ja perushoitajien (n= 9) hoitotyössä 5 vrk:n havainnoinnin ajalta. Välitön (38 %) ja välillinen (39 %) hoitotyö veivät lähes 40 % hoitotyön ajasta. Osastokohtainen toiminta vei 13 % ja henkilökohtainen aika vei 10 % työhön kuluneesta ajasta. (kuvio 1.)



KUVIO 1. Hoitotyön jakautuminen päätoimintoluokkiin

Seuraavassa tarkastellaan ammattiryhmittäin hoitotyön jakautumista päätoimintoluokkiin. Kovin suuria eroja ei tullut esille. Sairaanhoitajilla hoitotyöhön kuluneesta ajasta päätoimintoluokissa välitön (39 %) ja välillinen (39 %) hoi-

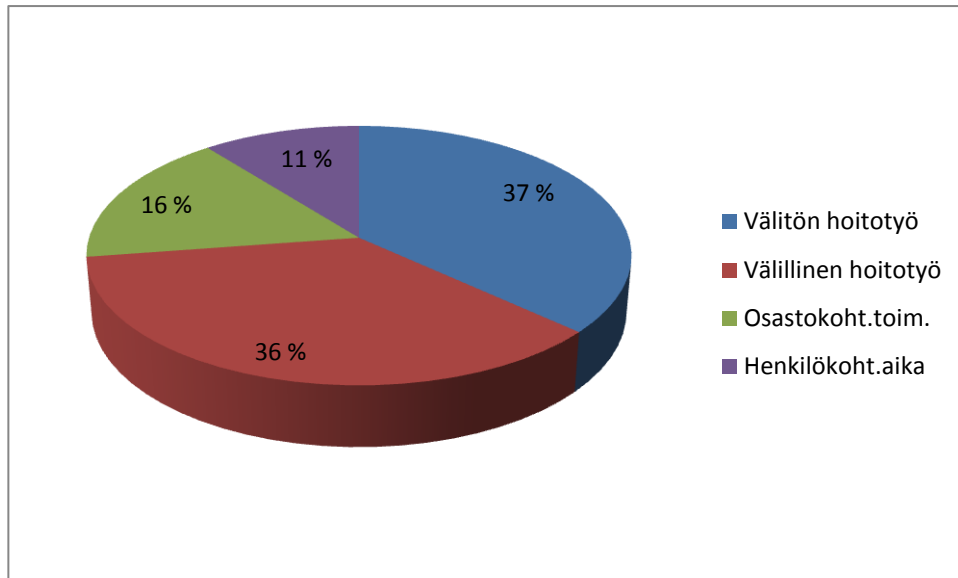
totyö veivät n. 40 % ajasta. Osastokohtaisen toiminta vei 12 % ja henkilökohtainen aika 10 % työhön kuluneesta ajasta. (kuvio 2.)



KUVIO 2. Sairaanhoitajien hoitotyön jakautuminen päätoimintoluokkiin

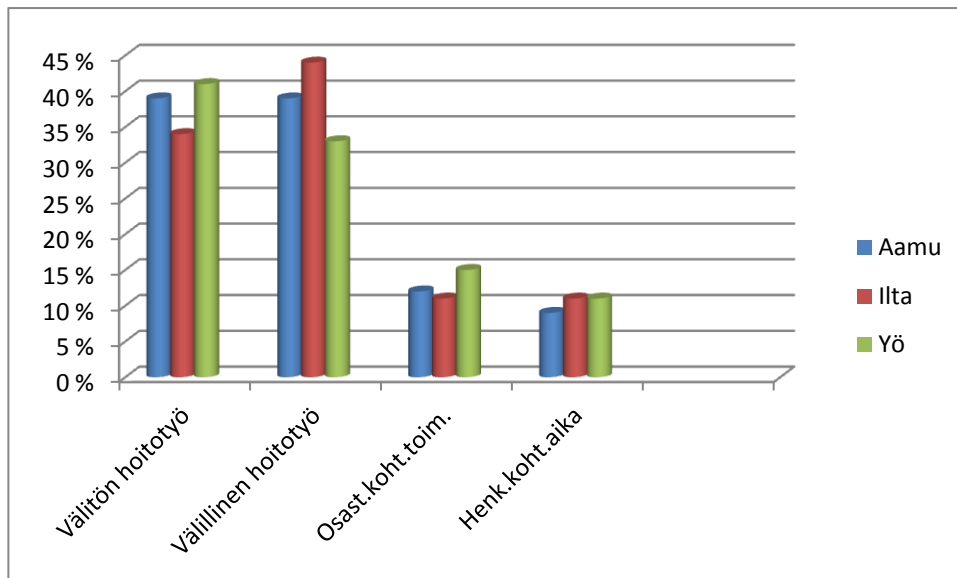
Perushoitajilla välittömään hoitotyöhön meni 37 % ja välilliseen hoitotyöhön 36 % työhön kuluneesta ajasta. Osastokohtaisen toiminnan osuus oli 16 % ja henkilökohtaisen ajan osuus 11 % työhön kuluneesta ajasta.(kuvio 3.)

Hoitotyöhön kuluneen ajan osuus oli lähes samanlaista kaikilla hoitajilla. Välittömän ja välillisen hoitotyön osuus sairaanhoitajilla oli lähes 40 % ja perushoitajilla reilut 35 %. Osastokohtaisessa toiminnassa sairaanhoitajien osuus oli 12 % ja perushoitajien osuus oli 16 %. Henkilökohtaiseen aikaan kului molemmilla ammattiryhmillä n. 10 %.



KUVIO 3. Perushoitajien hoitotyön jakautuminen päätoimintoluokkiin

Päätoimintoluokissa hoitotyön jakautumisessa työvuoroittain nähtiin tarkemmin miten hoitotyö painottui. Iltavuorossa välillisen hoitotyön osuus oli (44 %). Yövuorossa puolestaan välittömän hoitotyön osuus oli 41 % ja osastokohtaisen toiminnan osuus oli 15 %. Luvut kertovat työvuorojen luonteesta. Aamuvuorossa välittömän ja välillisen hoitotyön osuus oli 39 %. Osastokohtainen toiminta vei 13 % ja henkilökohtainen aika 9 % hoitotyön ajasta. Iltavuorossa välillisen hoitotyön osuus oli 44 % ja välitön hoitotyö oli 34 %, osastokohtainen toiminta ja henkilökohtainen aika vei 11 % ajasta. Yövuorossa välittömän hoitotyön osuus oli 41 %, välillisen hoitotyön osuus 33 %, osastokohtaiseen toimintaan kului 15 % ajasta ja henkilökohtainen aika vei 11 % ajasta. (kuvio 4.)

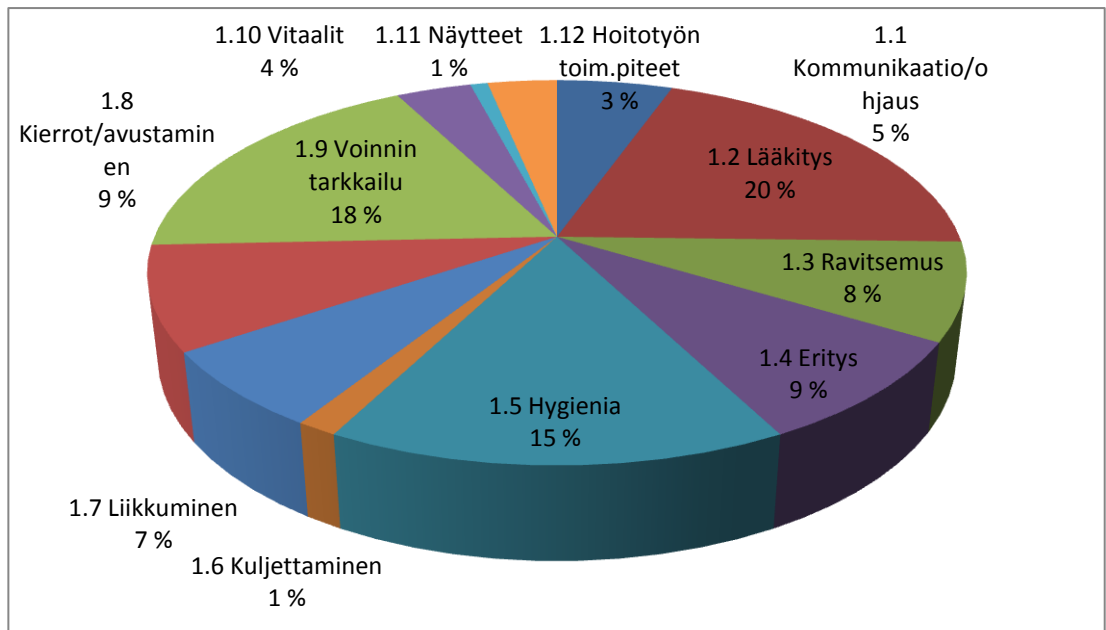


KUVIO 4. Hoitotyön jakautuminen työvuoroittain

5.3 Hoitotyön jakautuminen alatoimintoluokkiin

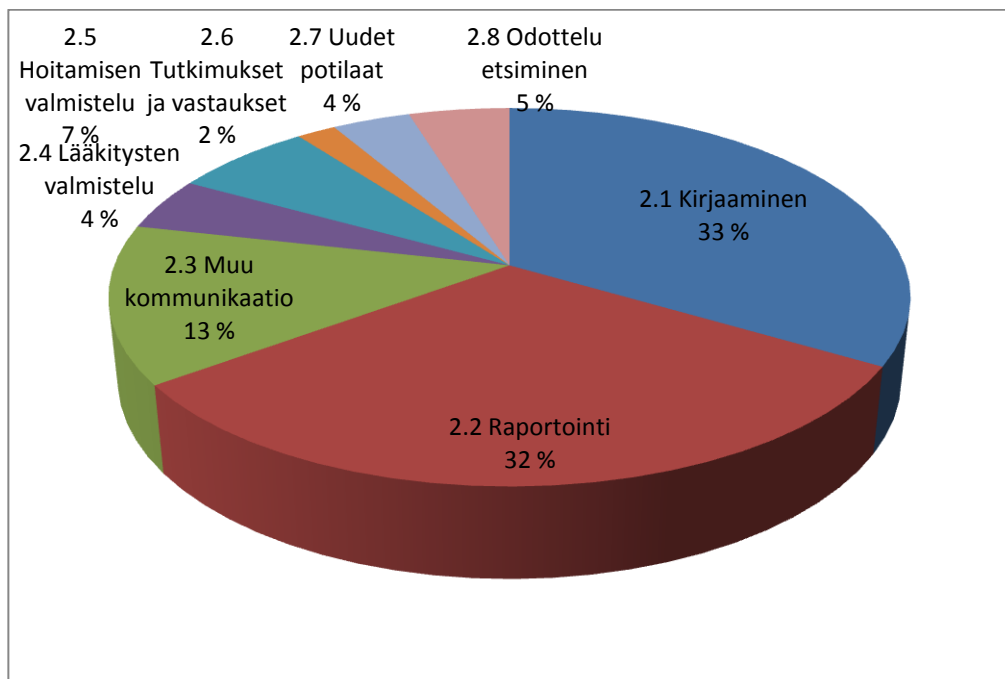
Seuraavissa kuvioissa tarkastellaan, kuinka hoitajien työhön käyttämä aika on jakautunut tarkemmin eriteltyihin alatoimintoluokkiin, välittömässä ja välillisessä hoitotyössä, osastokohtaisessa toiminnassa ja henkilökohtaisessa ajassa.

Välittömässä hoitotyössä lääkitys (20 %), voinnin tarkkailu (18 %) ja hygienia (15 %) veivät noin viidenneksen hoitotyöhön kuluneesta ajasta. Noin 10 % hoitotyön ajasta vei kierrot/avustaminen (9 %), erityis (9 %), ravitseminen (8 %) ja liikkuminen (7 %). Kommunikaatio/ ohjaus vei 5 % hoitotyön ajasta. Alle 5 % vei vitaalitoiminnot (4 %), hoitotyön toimenpiteet (3 %), näytteet ja kuljettaminen (1 %). (kuvio 5.)



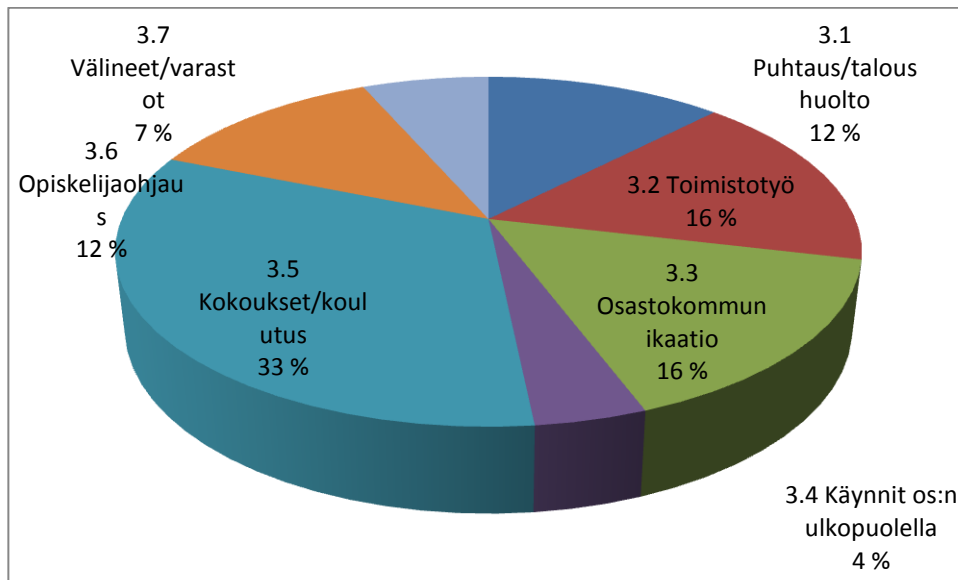
KUVIO 5. Välittömän hoitotyön jakautuminen alatoimintoluokkiin

Välillisessä hoitotyössä noin kolmanneksen hoitotyöhön kuluneesta ajasta vei kirjaaminen (33 %) ja raportointi (32 %). Vajaat 15 % vei muu kommunikaatio (13 %). Alle 10 % kului hoitamisen valmistelussa (7 %). Odottelu/etsiminen vei 5 % ajasta ja alle 5 % vei lääkitysten valmistelu (4 %), uudet potilaat (4 %) ja tutkimukset ja vastaukset (2 %). (kuvio 6.)



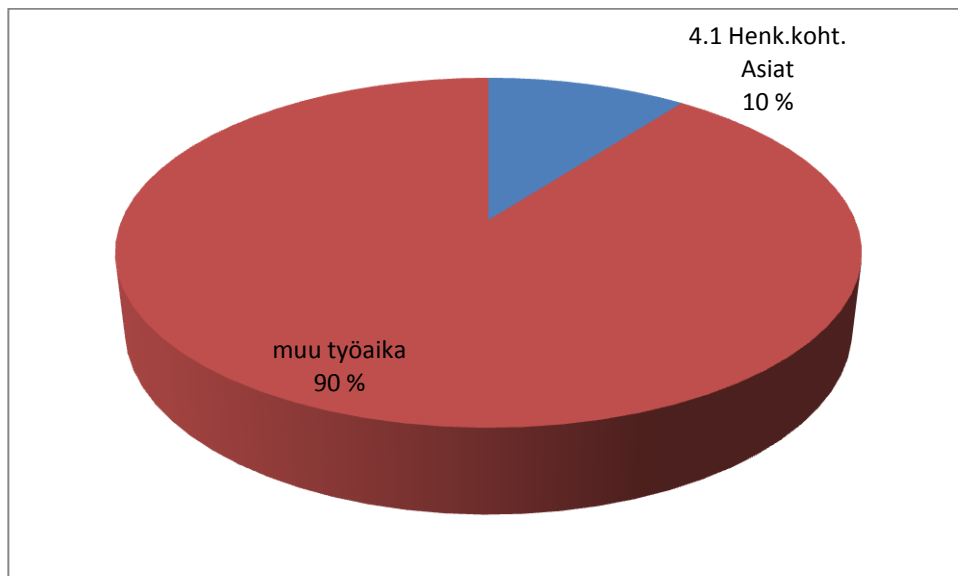
KUVIO 6. Välillisen hoitotyön jakautuminen alatoimintoluokkiin

Osastokohtaisessa toiminnassa kokoukset ja koulutus (33 %) kulutti kolmanneksen työhön menneestä ajasta. Reilut 15 % vei toimistotyö (16 %) ja osastokommunikaatio (16 %). Puhtaus/taloushuolto ja opiskelijaohjaus veivät molemmat 12 % työajasta ja alle 10 % vei välineet/varastot (7 %). (kuvio 7.)



KUVIO 7. Osastokohtaiseen toimintaan kuluva aika

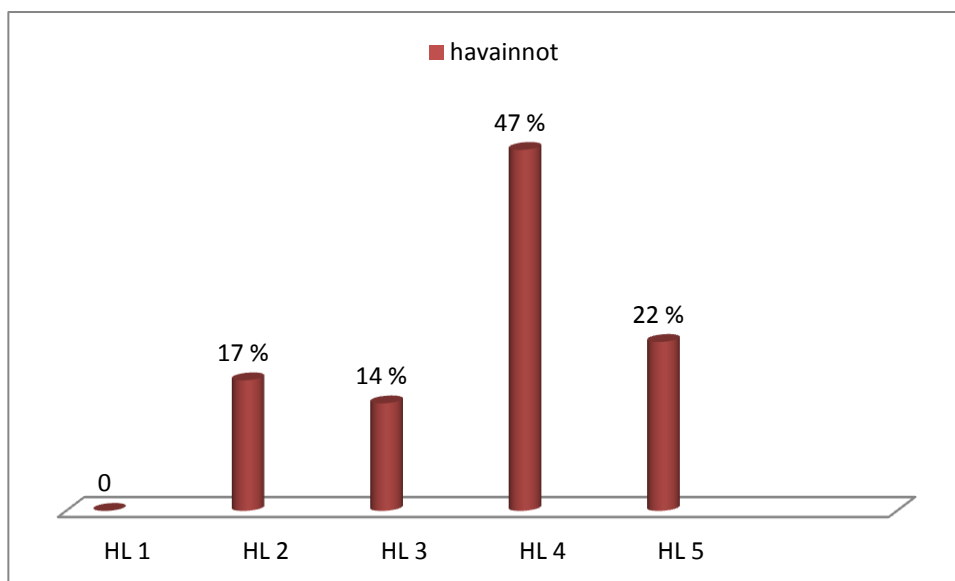
Henkilökohtaiset asiat ja tauot veivät noin 10 % työajasta. (kuvio 8.)



KUVIO 8. Henkilökohtainen aika

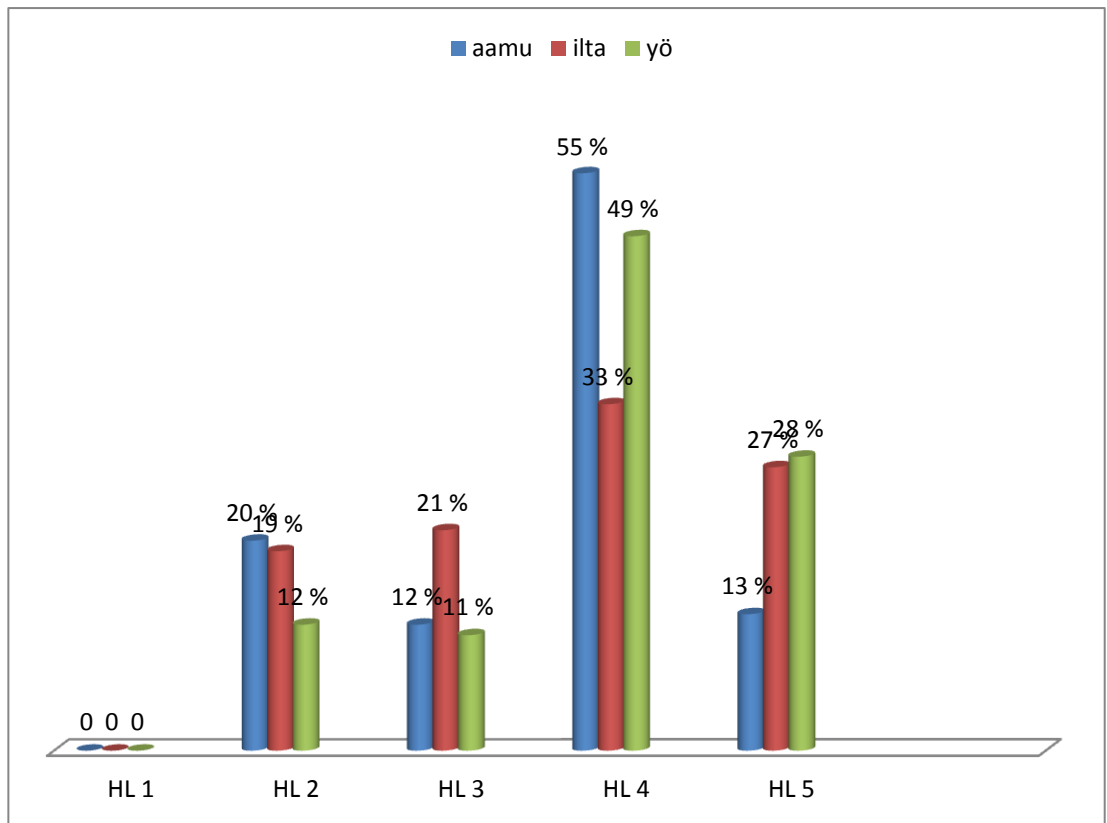
5.4 Hoitoisuusluokitusaineisto

Hoitoisuusluokitusaineistosta (N= 38) täytyi hylätä kuusi ajanseurannan lomaketta puuttuvien potilashenkilötietojen osalta. Hoitoisuusluokitusaineistoon hyväksyttiin 32 lomaketta. Kokonaishavainnot hoitoisuusluokitusaineistossa olivat 525 kertaa. Hoitoisuusluokka (HL) 1 ei sisältänyt havaintoja lainkaan. HL 2 sisälsi 90 havaintoa (n= 25), HL 3 sisälsi 74 havaintoa (n= 18), HL 4 sisälsi 249 havaintoa (n= 32) ja HL 5 sisälsi 113 havaintoa (n= 23). (kuvio 9)



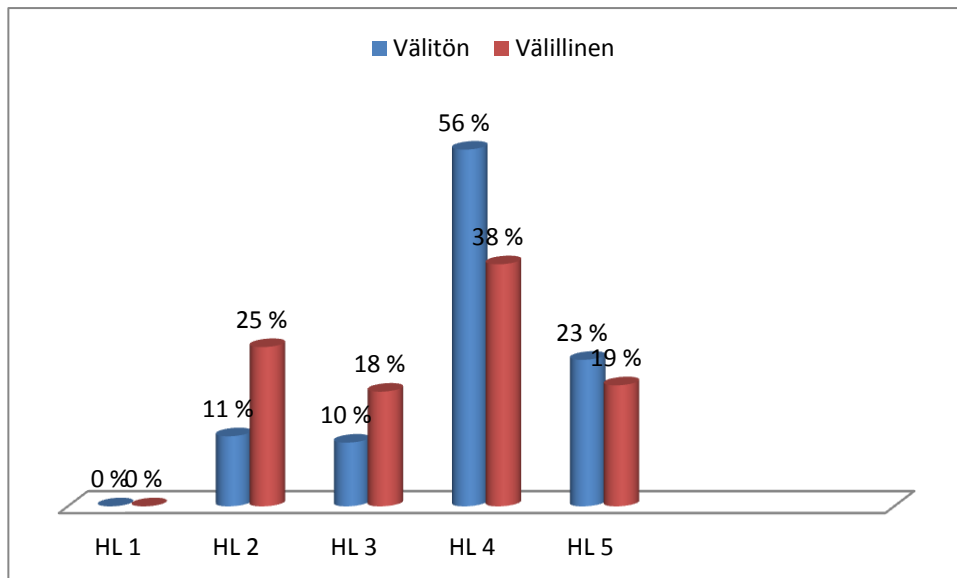
KUVIO 9. Havaintojen osuus hoitoisuusluokittain

Hoitotyön ajan havaintojen jakautuminen työvuoroittain eri hoitoisuusluokissa. Hoitoisuusluokka (HL) 1 ei sisällä havaintoja lainkaan. Aamuvuorossa HL 2 vei 20 % hoitotyöhön käytetystä ajasta. HL: t 3 (12 %) ja 5 (13 %) veivät vajaat 15 % ajasta ja HL 4 vei yli puolet (55 %) hoitotyöhön käytetystä ajasta aamuvuorojen aikana. Iltavuorossa HL: t 2 (19 %) ja 3 (21 %) veivät noin 20 % hoitotyöhön käytetystä ajasta. HL 4 (33 %) vei kolmanneksen ajasta ja HL 5 (27 %) vei alle 30 % ajasta. Yövuoroissa HL: t 2 (12 %) ja 3 (11 %) veivät 10 % ajasta. HL 4:n (49 %) osuus oli noin puolet hoitotyön ajasta ja hoitoisuusluokka 5 (28 %) vei lähes 30 % ajasta. (kuvio 10.)



KUVIO 10 Hoitoisuusluokat ja työvuorot

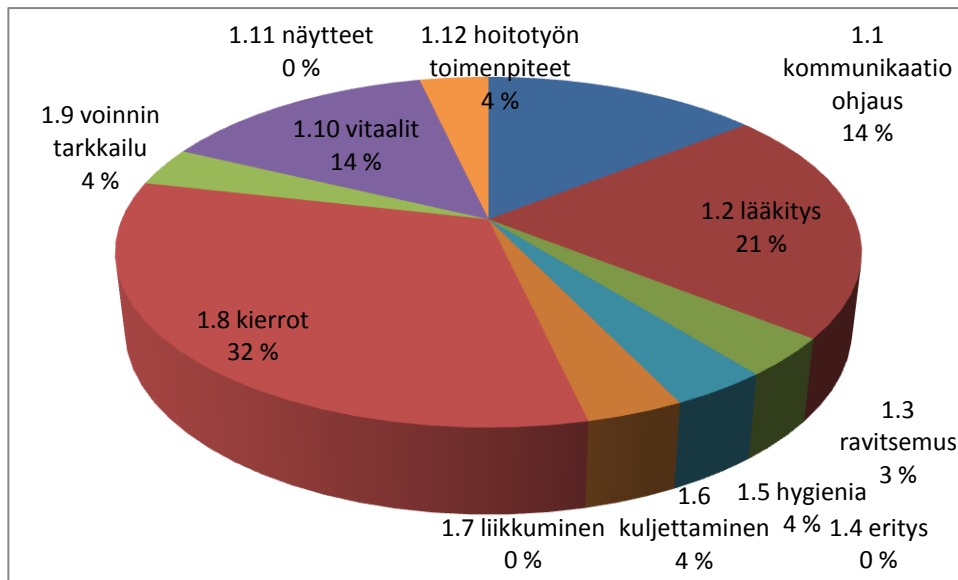
Välittömän ja välillisen hoitotyön jakautuminen hoitoisuusluokittain. Välittömässä hoitotyössä hoitoisuusluokkien 2 (11 %) ja 3 (10 %) osuus oli noin 10 %. HL 4:ssä (56 %) välittömän hoitotyön osuus oli lähes 60 % ja HL 5:ssä (23 %) välittömän hoitotyön osuus oli vajaa 25 %. Välillisessä hoitotyössä HL 2:n osuus oli 25 % ja HL 3:n (18 %) osuus oli 20 %. HL 4 (38 %) vei noin 40 % ja HL 5 (19 %) vei noin 20 % ajasta. (kuvio 11.)



KUVIO 11 Hoitotyön jakautuminen hoitoisuusluokittain

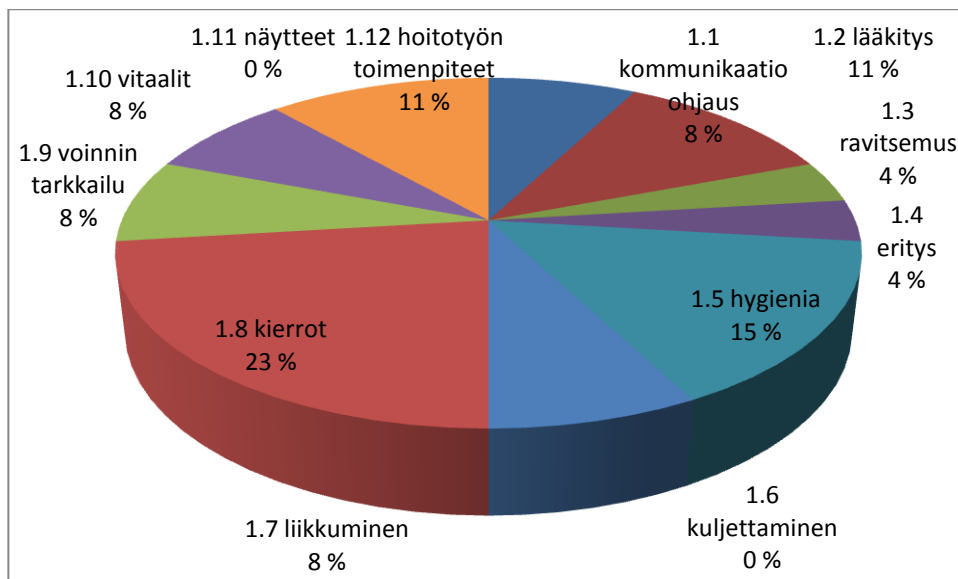
5.4.1 Välitön hoitotyö ja hoitoisuusluokat

Välittömään hoitotyöhön käytetyn ajan jakautuminen eri hoitoisuusluokissa nähdään konkreettisesti seuraavissa kuvioissa. Hoitoisuusluokka (HL) 1:n kohdalla ei ollut havaintoja lainkaan, joten ajanmerkintöjäkään ei ole. HL 2:n kohdalla hoitotyöhön käytetyssä ajassa kierrot/avustaminen vei kolmasosan (32 %) hoitotyöhön kuluneesta ajasta. Lääkitykseen kului 21 % ajasta, kommunikaatio/ohjaus ja vitaalielintoiminnot kummatkin veivät 14 % ajasta. Voinnin tarkkailu, hoitotyön toimenpiteet, hygienia ja kuljettaminen veivät 4 % ajasta ja ravitseminen vei 3 %. Ajanmerkintöjä ei ollut lainkaan toimintoluokissa näytteet, liikkuminen ja erityis.(kuvio 12.)



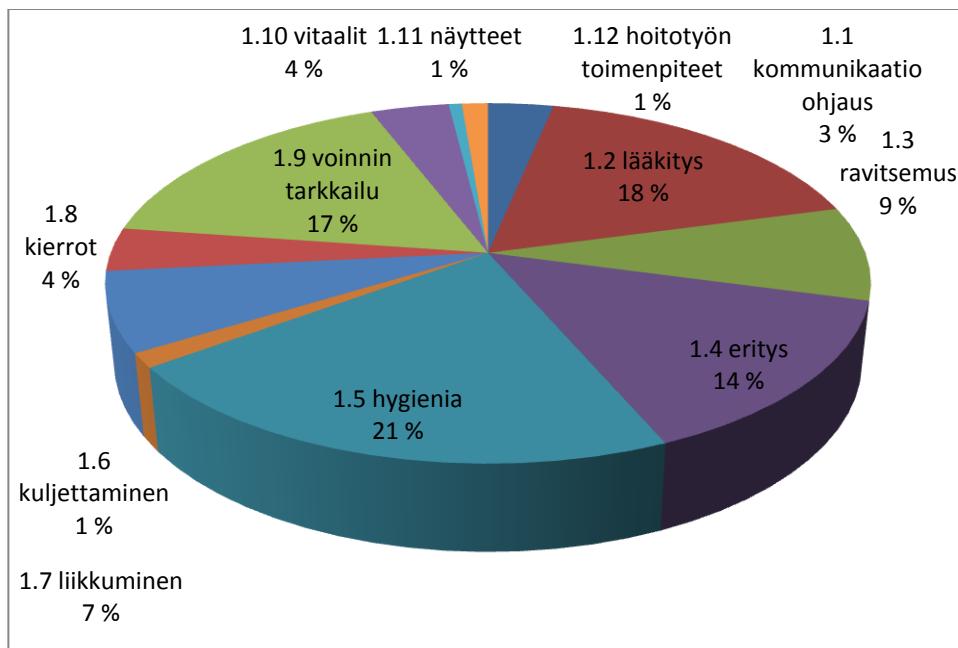
KUVIO 12 Välitön hoitotyö ja HL 2

Kierrot/avustaminen vei 23 % aikaa HL 3:n kohdalla. Hygienia vei 15 % ja lääkitys ja hoitotyön toimenpiteet molemmat veivät 11 % hoitotyön ajasta. Voinnin tarkkailu, vitamielintoiminnot ja kommunikaatio/ohjaus veivät 8 % ajasta. Ravitseminen ja erityis molemmat 4 % ajasta. Aikaa ei käytetty lainkaan kuljettamiseen ja näytteisiin tässä hoitoisuusluokassa.(kuvio 13.)



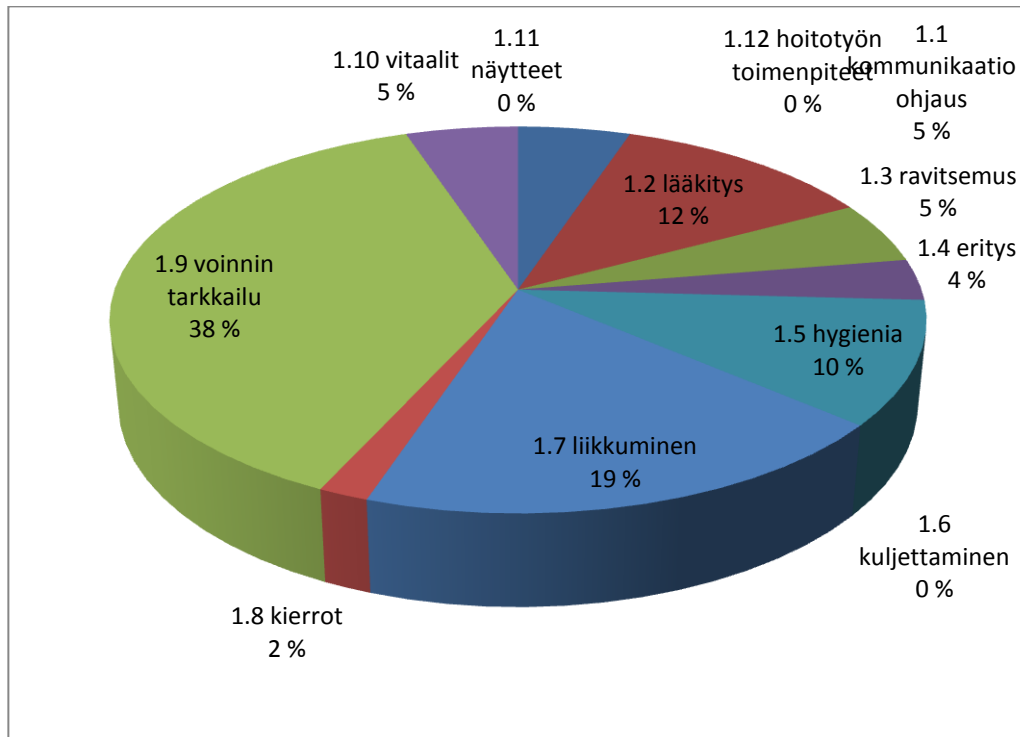
KUVIO 13 Välitön hoitotyö ja HL 3

HL 4 sisälsi ajanmerkintöjä jokaisessa toimintoluokassa. Tässä hoitoisuusluokassa korostui neljä toimintoluokkaa. Hoitotyöhön käytetyssä ajassa aikaa kului eniten hygieniaan 21 %, lääkitykseen 18 %, voinnin tarkkailuun 17 % ja erityykseen 14 %. Ravitseminen vei 9 % ja liikkuminen 7 % hoitotyön ajasta. Kierrot/avustaminen ja vitamiinien toiminnot kulutti 4 % ajasta ja kommunikatio/ohjaus 3 %. Näytteet, hoitotyön toimenpiteet ja kuljettaminen veivät 1 % hoitotyöhön kuluneesta ajasta. (kuvio 14.)



KUVIO 14 Välitön hoitotyö ja HL 4

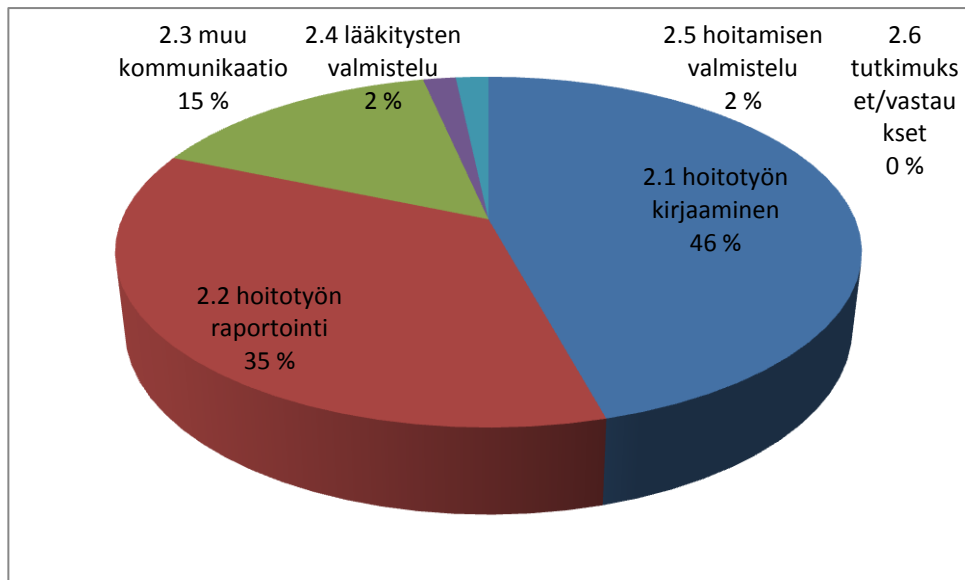
HL 5:ssä korostui selkeästi voinnin tarkkailu, johon kului 38 % hoitotyön ajasta. Liikkumisen osuus oli 19 % ja lääkitys 12 % ajasta. Hygieniaan meni 10 % ajasta. Ravitseminen, kommunikaatio/ohjaus ja vitamielintoiminnot kukin veivät 5 % ajasta. Eritys vei 4 % ja kierrot 2 % ajasta. Näytteiden, hoitotyön toimenpiteiden ja kuljettamisen kohdalla ei ajanmerkintöjä ollut lainkaan. (kuvio 15.)



KUVIO 15 Välitön hoitotyö ja HL 5

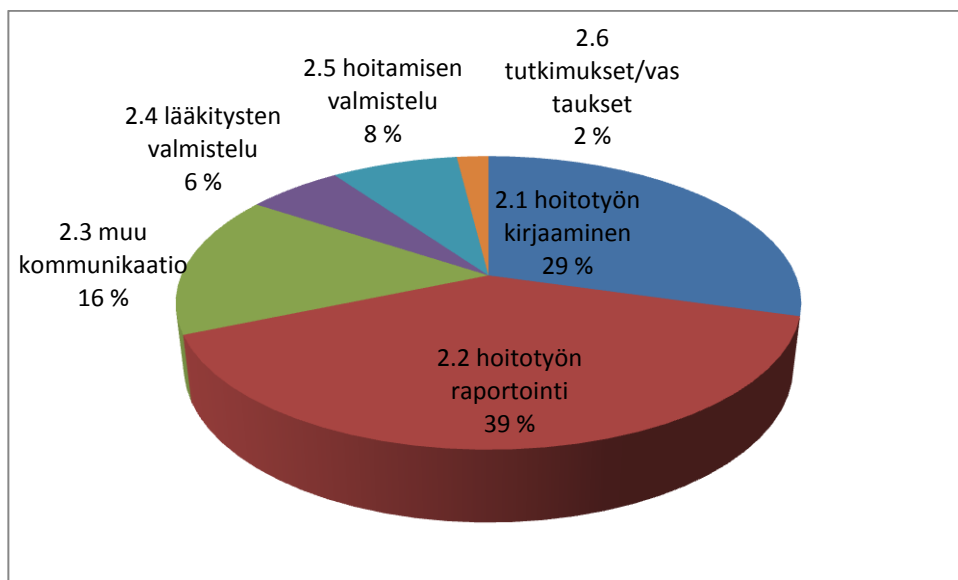
5.4.2 Välillinen hoitotyö ja hoitoisuusluokat

Välilliseen hoitotyöhön käytetyn ajan jakautuminen eri hoitoisuusluokissa (HL) nähdään seuraavissa kuvioissa. Hoitotyön kirjaaminen vei 46 % hoitotyön ajasta HL 2:n kohdalla. Raportointi vaati kolmasosan ajasta ja muu kommunikaatio vei 15 %. Lääkitysten ja hoitamisen valmistelu vei 2 % ajasta ja tutkimuksissa ja vastauksissa ei ajan merkintöjä ollut. (kuvio 16.)



KUVIO 16 Välillinen hoitotyö ja HL 2

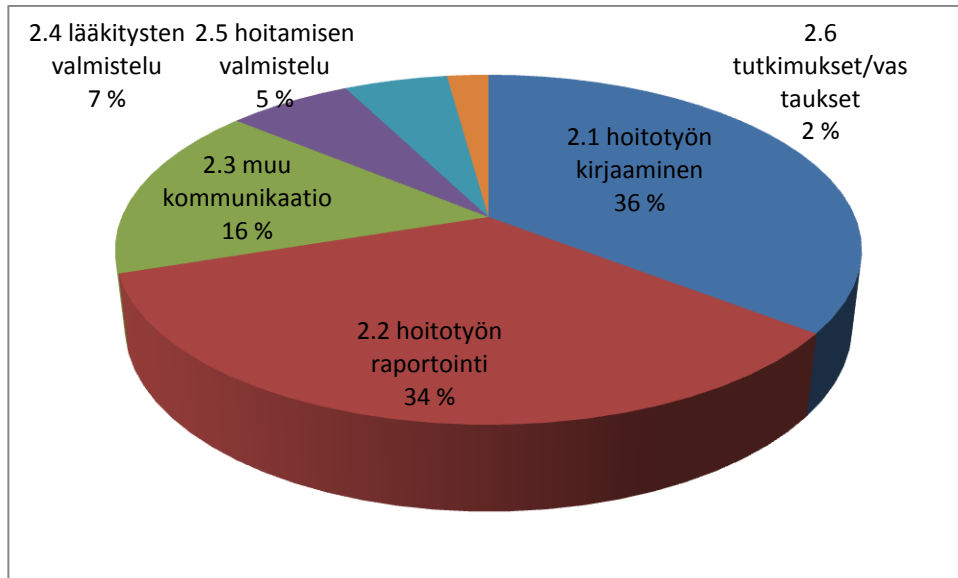
HL 3:n kohdalla raportointi vei lähes 40 % ajasta ja kirjaaminen 29 %. Muu kommunikaatio vei 16 % ajasta. Hoitamisen valmistelu vei 8 %, lääkitysten valmistelu 6 % ja tutkimukset ja vastaukset 2 % ajasta. (kuvio 17.)



KUVIO 17 Välillinen hoitotyö ja HL 3

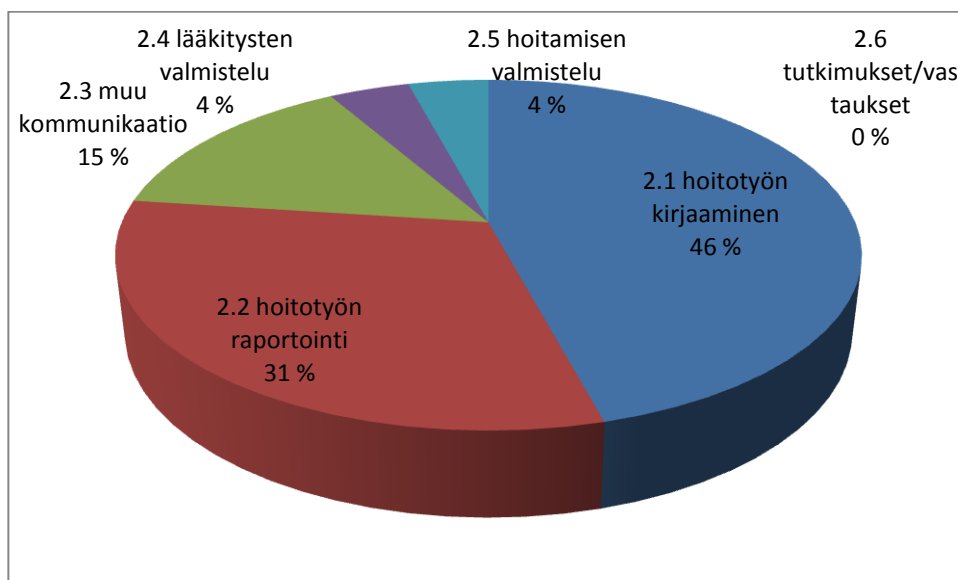
Hoitotyön kirjaaminen ja raportointi veivät reilun kolmanneksen hoitotyön ajasta HL 4:ssä. Muu kommunikaatio vei 16 % ajasta ja alle 10 % hoitotyön

ajasta meni lääkitysten ja hoitamisen valmisteluun ja tutkimuksiin ja vastauksiin. (kuvio 18.)



KUVIO 18 Välillinen hoitotyö ja HL 4

HL 5:n kohdalla hoitotyön kirjaaminen vei lähes puolet hoitotyön ajasta. Raportointi vei kolmanneksen ja muu kommunikaatio 15 % ajasta. Hoitamisen ja lääkitysten valmistelu vei 4 % ajasta. Tutkimusten ja vastausten kohdalla ei ajanmerkintöjä ollut. (kuvio 19.)



KUVIO 19 Välillinen hoitotyö ja HL 5

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tulosten tarkastelua

Hoitajien ajankäytön jakautumisessa päätoimintoluokkiin välittömään ja välilliseen hoitotyöhön eroa ei paljon ollut. Kokonaisuudessaan välillinen hoitotyö, työ joka liittyy potilaisiin mutta ei toteudu potilaan luona, vei vain hieman enemmän hoitotyön aikaa kuin välitön potilaan vierellä tapahtuva hoitotyö. Ammattiryhmittäin sairaanhoitajilla meni hieman enemmän aikaa välilliseen hoitotyöhön kuin perushoitajilla. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin aiemmin tehdyissä tutkimuksissa. Kun katsotaan Partasen ja Kaustisen (taulukko 1) väitöskirjoja hoitajien työhön käyttämässä ajassa, välittömään ja välilliseen työhön käytetty aika vaihteli osastojen välillä. Tässä tutkimuksessa erot välittömän ja välillisen työn osalta olivat pieniä. Osastokohtaisen toiminnan ja henkilökohtaisen ajan osalta eroa ei kovin ollut.

Välittömässä hoitotyössä eniten aikaa käytettiin lääkitykseen, voinnin tarkkailuun ja hygieniaan. Välillisessä hoitotyössä kirjaaminen ja raportointi veivät eniten aikaa. Osastokohtaisessa toiminnassa eniten aikaa vei kokoukset ja koulutus, osastokommunikaatio ja toimistotyö. Aamuvuorossa välittömän ja välillisen hoitotyön osuus oli samanlainen. Iltavuorossa välillinen hoitotyö vaati enemmän aikaa kuin välitön. Yövuorossa välitön hoitotyö vaati enemmän aikaa kuin välillinen. Näissä tuloksissa näkyy erityisesti iltavuoron luonne neurologisella osastolla. Iltavuorossa tulee usein paljon päivystyspotilaita ja siirtoja toisista hoitolaitoksista jatkohoitoon neurologian osastolle. Yövuorossa välitön hoito korostuu. Seurataan potilaiden vointia kaikin tavoin ja toimitaan voinnin mukaisesti.

Näissä tuloksissa välittömässä ja välillisessä hoitotyössä näkyy mielestäni neurologisen hoitotyön luonne. Välillisessä hoitotyössä nousi kaksi toimintoluokkaa ohi muiden. Kirjaaminen ja raportointi veivät molemmat kolmasosan hoitotyön ajasta. Tässä näkyy selkeästi näiden osa-alueiden tärkeä merkitys neurologisen potilaan hoitotyössä. Jotta voidaan seurata neurologisen potilaan vointia ja siinä tapahtuvia muutoksia, kirjaamista ja raportointia täytyy

tapahtua. Kirjaamisen ja raportoinnin perusteella voidaan myös luokitella potilas oikeaan hoitoisuusluokkaan.

Välittömässä hoitotyössä korostui lääkitys, voinnin tarkkailu ja hygienia. Neurologisen potilaan hoitotyö on jatkuvaa voinnin tarkkailua ja voinnissa tapahtuviin muutoksiin reagoimista. Lääkityksestä huolehtiminen korostuu, lääkkeet on huolehdittava oikealle potilaalle, oikeaan aikaan, oikealla tavalla ja niin että ne tulee varmasti otettua. Hygieniasta huolehtiminen korostuu myös. Potilaat ovat usein paljon apua tarvitsevia, ohjattavia ja myös kykenemättömiä huolehtimaan itsestään

Hoitoisuusluokitusaineistossa nähtiin havaintojen osalta hoitoisuusluokka neljän vieneen eniten huomiota. Partasen väitöskirjassa hoitoisuuden lisääntyessä ja hoitoisuusluokan kasvaessa välittömän hoitotyön määrä lisääntyi ja välillisen hoitotyön määrä laski. (Partanen 2002, 111.) Tässä opinnäytetyössä hoitoisuusluokka neljä oli vaativin potilasryhmä hoitotyössä havaintojen osalta, ajallisesti, työvuoroittain ja välittömän sekä välillisen hoitotyön osalta. Hoitoisuusluokat kahden ja kolmen osuus havaintojen osalta, ajallisesti, työvuoroittain, välittömän ja välillisen hoitotyön osalta, olivat lähes samanlaiset. Hoitoisuusluokka viisi oli toiseksi vaativin potilasryhmä.

6.2 Oman ammatillisen kasvun tarkastelua

Opinnäytetyöprosessi on ollut mielenkiintoinen, haastava ja pitkittynyt. Alkuun laaditut aikataulut ja suunnitelmat muuttuivat monta kertaa. Ohjaajat vaihtuivat myös osin tekijän aikataulun pitkittymisen vuoksi osin tekijästä riippumattomista syistä ja välillä olin ilman ohjaajaa. Tutkimusaiheen löytyminen, aiheeseen tutustuminen ja materiaalin hakeminen vaati aikaa ja perehtymistä. Kun lopulta selvisi mistä onkaan kyse, kiinnostus ja motivaatio heräsi työn tekemiseen. Määrällinen tutkimus vaatii tutkijalta pitkäjänteisyyttä etenkin prosessin alkuvaiheessa (Vilkkä 2007, 169).

Opinnäytetyön tekeminen on prosessi kirjaimellisesti. Se kulkee tietyn kaavan mukaan suunnitteluvaiheesta, valintojen ja päätösten teosta tutkimuson-

gelman asettamiseen, käsitteellistämisestä analyysin kautta tuloksiin ja raportointiin.(Vilka 2007,168.) Olen oppinut tätä prosessia ja tämän prosessin kautta kiinnostus hoitotyöstä tehtyihin tutkimuksiin on herännyt uudestaan. Ymmärrys tutkitun tiedon merkityksestä myös omassa työskentelyssä hoitotyössä on muuttunut. Näyttöön perustuvan hoitotyön merkitys on kasvanut. Tämän opinnäytetyöprosessin jälkeen koen omaavani edellytyksiä näyttöön perustuvaa toimintaan. Heikkilä ja Leskelä ovat opinnäytetyössään mukailleet näyttöön perustuvan hoitotyön toimintamallia. Edellytyksiä ovat esimerkiksi myönteinen asenne tutkimus- ja kehittämistoimintaan, tieteellisen tiedon merkityksen ymmärtäminen hoitotyön kehittämisessä ja oman asiantuntijuuden ylläpitämisessä. (Heikkilä-Leskelä 2011, 14.)

Näyttöön perustuva toiminta määritellään yleisesti parhaan, ajantasaisen tiedon arvioinniksi ja käytöksi yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä koskevassa päätöksenteossa ja hoitotyössä.(Ranta 2011, 37). Sairaanhoidajana minun pitää olla valmis perustelemaan toimintaani tarvittaessa kaikille, itselleni, työkavereille, potilaille, omaisille, opiskelijoille ja muille yhteistyötahoille. 15 vuoden aikana sairaanhoidajana toimiessani olen perustellut toimintaani erityisesti potilaille ja omaisille. Vaikka työ on erittäin arkipäivää itselleni, minun täytyy huomioida potilaan ja omaisen ehkä ainutkertainen tilanne sairaalassa. Potilaan tai omaisen huoli ja hätä sairastumisen jälkeen on suuri. Oikean tiedon antaminen, päätöksenteko hoidossa ja mahdollisesti väärrien käsitysten oikominen perustuu potilaalta tai omaiselta saatuun tietoon, toimintaympäristöön liittyvään tietoon ja siihen tutkittuun tietoon, johon sairaanhoidajan koulukseni perustuu. Ajan tasalla pysyäkseen tarvitsen alati uutta tutkimustietoa hoitotyöstä ja menetelmistä, jotta pystyn perustelemaan toimintaani.

Tätä opinnäytetyötä tehdessäni olen perehtynyt syvemmin hoitoisuusluokituksiin ja niiden laajempaan merkitykseen hoitotyössä. Ajankohtainen aihe on päivittäin toteuttaessani hoitotyötä. Ajatuksesta pystynkö vastaamaan potilaan hoidon tarpeisiin, miten aikaa käytän ja mikä potilaan hoitoisuus on, on kasvanut laajempi merkitys. Olen luokitelllessani osa suurempaa kokonaisuutta, jolla on merkitystä.

6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti muodostavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Kun otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä, tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, mittauksen tarkkuutta ja kykyä antaa ei-sattumavaraisia tuloksia. (Hirsjärvi ym.2007, 226; Vilkkä 2007,149; Ronkainen ym. 2011,130.) Reliabiliteettiin pyrin ajanhavainnoinnin lomakkeen pienryhmäohjauksella ja lomakkeen lähettämisestä sähköpostitse jokaiselle henkilökohtaisesti. Olin koko seurannan ajan työvuorossa, joten minulta oli myös mahdollisuus kysyä.

Validiteetti tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Teoreettiset käsitteet on pystytty muuttamaan arkikieleen ja nuo käsitteet on kyetty siirtämään lomakkeeseen eli mittariin. (Hirsjärvi ym. 2007, 226; Vilkkä 2007, 150.) Validiteettiä varmistin esitetauksella. Suoritin itse ajanhavainnointia kahdessa työvuorossa. Pehdyin myös tarkasti päätoiminto- ja alatoimintoluokkiin ja mietin mitä ne omassa työssä tarkoittavat. Validiteettiä lisää se, että ajanhavainnoinnin lomake on aiempia tutkimuksia varten kehitelty erikoissairaanhoidon asiantuntijaryhmissä testattu ja aiemmissa tutkimuksissa käytetty.

Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa tieteellisten toimintatapojen noudattamista eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja niiden esittämisessä sekä tutkimusten ja tutkimustulosten arvioinnissa. (Ronkainen ym. 2011, 152.) Opinnäytetyön ajanhavainnointia koskevassa saatekirjeessä hoitajille informoin tietojen luottamuksellisesta käsittelystä, ajanhavainnointilomakkeiden asianmukaisesta hävittämisestä ja osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Pidin osastotunnin ja pienryhmäohjaukset opinnäytetyön aiheesta ja työajan havainnoinnista neurologian osaston hoitajille.

Opinnäytetyön tekijän omaan työyhteisöön kohdistunut työ ja tekijän osallistuminen opinnäytetyön tekemisen ohella ajanhavainnointiin oli arveluttavaa.

Tämä aiheutti opinnäytetyön objektiivisuuden suhteen miettimistä. Olinhan osa työyhteisöä ja töissä kyseisenä seurannan aikana, joten päätin osallistua ajanhavainnointiin. Perustelin luotettavuutta ja osallistumista sillä, että ajanhavainnoinnin lomake oli strukturoitu, samanlainen kaikille ja tarkasti ohjeistettu toimintojen suhteen. Asioita kysyttiin kaikilta samalla lailla ja samalla kaavalla. Samalla pystyin myös ohjeistamaan työkavereita mikäli jotain kysyttävää oli.

Eettisesti kaikkein haastavin asia oli ajanhavainnointi. Kuinka paljon voi henkilökuntaa rasittaa ylimääräisesti oman työn ohella? Ajanhavainnoinnin tapa oli vaativa 10 min. välein tapahtuvaa kirjaamista, kun hälytys soi kiireisessä osastotyössä. Henkilökunnan, potilaiden ja omaisten informointi oli tärkeää. Informointia suoritin pitämällä osastotunnin ja pienryhmäohjaukset. Työajan havainnoinnin lomakkeen ohjeistuksineen laitoin sähköpostilla henkilökunnalle sekä tiedotteet potilaille ja omaisille olivat osaston seinällä seurantapäivien ajan. Hoitajat saivat myötäeläviä kommentteja potilailta ja heidän omaisiltaan. Ajanseuranta onnistui erittäin hyvin. Seuranta suoritettiin kaikissa työvuoroissa kiitettävästi. Mielestäni tämä aktiivisuus kertoo hyvästä työyhteisöstä, sitoutumisesta omaan työhön, halusta kehittää omaa työtä ja positiivisesta asenteesta. Kiitokset tästä kuuluvat työkavereille.

6.4 Johtopäätökset

Miten me hoitajina sitten käytimme aikaa hoitotyössä ja pystyimmekö vastaamaan potilaiden hoidon tarpeisiin. Hoitajien työhön käyttämä aika jakaantui varsin tasaisesti välittömään ja välilliseen hoitotyöhön. Hoitoisuusluokka neljä osoittautui vaatimimmaksi potilasryhmäksi hoitoisuudeltaan, havaintojen, ajankäytön, työvuorojen, välittömän ja välillisen hoitotyön osalta. Aiemmissä tutkimuksissa hoitoisuuden kasvaessa hoitoisuusluokkakin kasvoi. Välittömän ja välillisen hoitotyön tulokset olivat samansuuntaisia, kuin aiemmin tehdyt tutkimukset. Pystyimmekö vastaamaan potilaiden hoidon tarpeisiin ei tässä tutkimuksessa tullut esille.

Välittömässä hoitotyössä eniten aikaa käytettiin lääkitykseen, voinnin tarkkailuun ja hygieniaan. Neurologiset potilaat ovat usein paljon apua tarvitsevia sekä hygieniassa että lääkehoidon toteuttamisessa ja huolehtimisessa. Neurologinen hoitotyö akuuttihoitossa on hyvin paljon voinnin tarkkailua ja voinnissa tapahtuviin muutoksiin tarttumista. Muutokset voinnissa voivat olla rajuja ja yhtäkkiä, hienovaraisia voinnin hiipumisia tai eriskummallisia oireita, joihin täytyy reagoida. Tähän reagointiin tarvitaan neurologista osaamista, jonka vuoksi opinnäytetyön kohdejoukoksi rajattiin vakituiset ja pitkäaikaiset sijaiset, sairaan- ja perushoitajat.

Välillisen hoitotyön osalta kirjaaminen ja raportointi veivät eniten aikaa. Kirjaamisen merkitys, potilaan voinnin ja oireiden seuranta, joka näkyy myös kirjattuna. Pelkkä vitaaliarvojen mittaus ja merkintä ei kerro paljoa neurologisesta potilaasta. Tarvitaan tarkempaa kuvausta neurologisesta voinnista, oireista, orientaatiosta, toiminnallisuudesta, avun tarpeesta ja myös arvioita hoidon vaikuttavuudesta ja kuntoutumisesta. Kirjaamisen ohella raportointi vei aikaa ja sen merkitys neurologisen potilaan hoidossa on suuri edellä mainittujen asioiden vuoksi.

Opinnäytetyöprosessi pitkittyi alkuperäisistä suunnitelmista. Alkuajatuksista kuinka aikaa käytetään ja täydellisestä tietämättömyydestä ajanseurannan menetelmistä tai tutkimuksista kehittyi kiinnostava prosessi, joka lisäsi omaa tietoa paljon. Oma riittämättömyyden tunne hoitotyössä toisinaan sai tukea ja kannustusta tästä opinnäytetyöprosessista ja sen tuloksista. Tulokset näyttävät konkreettisesti, miten aikaa on käytetty ja miten hoitotyön toiminnot jakaantuvat.

Tulokset eivät ole mielestäni yleistettävissä. Tutkimusaineisto oli pieni ja seurannan aika lyhyt 5 vrk. Opinnäytetyö kohdentui tekijän omaan työyhteisöön ja tekijä osallistui itse ajanhavainnointiin. Nämä asiat vaikuttavat opinnäytetyön kokonaisluotettavuuteen, vaikka opinnäytetyössä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Samanlaista työajanseurannan tapaa on käytetty aiemmin tehdyissä pro - gradu tutkielmissa perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidon laajoissa väitöskirjatutkimuksissa ja työajanseurantalomakemietitty asiantuntijaryhmissä. Aiemmissä tutkimuksissa osastojen luonne on

vaikuttanut miten välittömään ja välilliseen hoitotyöhön menee aikaa. Partasen ja Kaustisen väitöskirjoissa välittömän ja välillisen työn osuus on vaihdellut osastojen kesken.

Tämän työn tuloksissa näkyy mielestäni mitä neurologinen hoitotyö on Lapin keskussairaalan neurologian vuodeosastolla. Tulokset eivät ole yleistettävissä mutta ovat luotettavat, antavat suuntaa ja käsityksen työyhteisön toiminnasta tietyltä ajalta hoitotyössä. Työyhteisössä tuloksia voidaan hyödyntää mietittäessä miten aikaa käytämme ja mikä hoitotyön sisältö on. Tulosten lisäksi opinnäytetyöstä löytyy tietoa hoitoisuusluokitusten laajemmasta merkityksestä.

Jatkotutkimusaiheena samanlaisen ajanseurannan voi toteuttaa pidempiaikaisena. Näin saadaan vielä luotettavampaa tietoa ajankäytöstä, kun saadaan myös viikonloput seurantaan. Ihanteellista olisi, jos seuranta voitaisiin toteuttaa ulkopuolisen havainnoijan avulla. Tämä tietenkin on kallista ja vaatii paljon resursseja. Ajankäyttöä ja potilaiden hoitoisuutta voitaisiin myös tutkia määrällisesti ja laadullisesti. Kuinka hoitajat kokevat ajankäytön riittävän kunakin potilaan kohdalla eri hoitoisuusluokissa. Näin saataisiin tietoa siitä, kuinka mielestämme pystymme vastaamaan potilaiden hoidon tarpeisiin.

1. Välittömässä hoitotyössä eniten aikaa käytettiin lääkitykseen, voinnin tarkkailuun ja hygieniaan
2. Välillisessä hoitotyössä kirjaaminen ja raportointi vaativat eniten aikaa.
3. Hoitoisuusluokka neljä oli vaativin potilasryhmä hoitoisuudeltaan, havaintojen, ajankäytön, työvuorojen, välittömän ja välillisen hoitotyön osalta.

LÄHTEET

- Fagerström, L.-Rauhala, A. 2003. Finnhoitoisuus-hoitotyön benchmarking. Projektin loppuraportti 2000- 2002. Suomen kuntaliitto. Helsinki.
- Finnish Consulting Group Oy. 2008. RAFAELA™-järjestelmän esittely. OPCq-hoitoisuusluokitus. Anne Kanerva.
- Finnish Consulting Group. FCG. 2012. RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä. Viitattu 20.1.2013. Osoitteessa: <http://www.rafaela.fi/?q=fi/rafaela%E2%84%A2-hoitoisuusluokitusj%C3%A4rjestelm%C3%A4>
- Finnish Consulting Group Oy. FCG tietojohdaminen. 2012. RAFAELA™-järjestelmäkoulutus. OPCq-hoitoisuusluokitus. Viitattu 7.12.2012. Osoitteessa: <http://www.rafaela.fi/sites/default/files/Rafaela/Muu%20materiaali/RAFAELA%E2%84%A2-%j%C3%A4rjestelm%C3%A4koulutus%20OPCq-FINAL-tiivistelm%C3%A4-20120809%20TJO.pdf>
- Heikkilä, M.- Leskelä, K. 2011. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen-opas siirtymävaiheen tueksi. Hoitotyön koulutusohjelma. Terveys- ja liikunta-ala. Rovaniemen ammattikorkeakoulu. Rovaniemi. Opin näytetyö. Viitattu: 7.12.2012. Osoitteessa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011060611047>
- Herukka, T.- Komulainen, A. 2009. "Hoitoisuutta mittaamaan" Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottosuunnitelma opas-projekti. Hoitotyön koulutusohjelma. Pohjoinen Diakonia ammattikorkeakoulu. Oulu. Opin näytetyö. Viitattu: 19.3.2012. Osoitteessa: http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Oulu2009/39a955_O
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Kaustinen, T. 2011. Oulu- hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Väitöskirja. Oulun yliopisto: lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos, hoitotiede: Oulun yliopistollinen sairaala. Viitattu: 1.6.2012 Osoitteessa: <http://urn.fi/urn:isbn:9789514296437>
- Kaustinen, T. 2011. Hoitoisuusluokitus kaipaa kehittämistä. Sairaanhoidaja 1/2012, 9.
- Luhtasela, L. 2006. Hoitoisuuden vaikutus hoitotyöhön Rafaela-järjestelmän avulla tarkasteltuna. Pro-Gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Viitattu: 25.11.2012. Osoitteessa: <http://tutkielmat.uta.fi./pdf/gradu01331.pdf>

- Nieminen, M. 2011. Hoitotyön henkilöstövoimavarojen käytön uudistaminen. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Oulu. Opinnäytetyö. Viitattu:1.6.2012. Osoitteessa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/36528/Nieminen_Minna.pdf?sequence=1
- Onnela, E.- Svenström, R.1998. Oulu-hoitoisuusluokituksen kehittäminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa 1995 -1997:loppuraportti. Pohjois - Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu.
- Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopio. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet.
- Pitkäaho, T. 2011. Hoitotyön henkilöstömitoitus ja tulos kompleksisessä erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä. Nurse staffing and nursing outcome in a complex acute healthcare system. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Kuopion yliopistollinen sairaala. Viitattu: 25.11.2012. Osoitteessa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0395-2/urn_isbn_978-952-61-0395-2.pdf
- Pulkkinen, M-L. 2000. Hoitoisuuden arviointi erikoissairaanhoidossa. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C. 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. Doctoral dissertation. Kuopio. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 159.
- Rauhala, A. 2008. The Validity and Feasibility of Measurement Tools for Human Resources Management in Nursing. Doctoral dissertation. Kuopio. Kuopion yliopisto. Kuopion julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 159.
- Rauhala, A. -Raunio, A-K.-Fagerström, L.-Nojonen, K. 1999. Hoitoisuusmittausten kehitystyön tuloksia ja käyttökokemuksia Vaasan Keskussairaalaista. Lääkärilehti.1999,54(29):3571-3576.Viitattu 1.6.2012. Osoitteessa: <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000011033>
- Ronkainen, S. -Pehkonen, L. -Lindblom-Ylänne, S. -Paavilainen, E.2011. Tutkimuksen voimasanat. 1.painos. Helsinki: WSOY.

Ruontimo, T.2012. Henkilöstömitoituksen hallittu tulevaisuus. Sosiaali-ja terveydenhuollon ammattihenkilöt lukujen takana. Tehyn julkaisusarja B:2/12. Tehy ry.Viitattu:20.11.2012. Osoitteessa: http://www.tehy.fi/@Bin/22718216/Henkil%C3%B6st%C3%B6mitoitus_netti.pdf

I

Tervo-Heikkinen, T. 2008. Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopio. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 162.

Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke.

HoiData - hanke. 9/2007-10/2009. Loppuraportti

.30.11.2009.Viitattu: 27.3.2012. Osoitteessa:

www.vsshp.fi/fi/dokumentit/22617/HoiData-loppuraportti-2007-2009-301109.pdf

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Hoitoisuusluokitus/aikatutkimus

Päiväys: _____/_____/2012

Työvuoro: aamu / ilta / yö

Ammattinimike: SH / PH, LH

49

Havainnointi alkoi klo: _____

Havainnointi aika: _____h _____min

TOIMINTOLUOKAT**1. Välitön hoitotyö**

- 1.1 Kommunikaatio/ohjaus
- 1.2 Lääkitys
- 1.3 Ravitseminen
- 1.4 Eritys
- 1.5 Hygienia
- 1.6 Kuljettaminen
- 1.7 Liikkuminen/asentohoito
- 1.8 Kierrot/avustaminen
- 1.9 Voiminnan tarkkailu
- 1.10 Vitaalilintoiminnot
- 1.11 Näytteet
- 1.12 Hoitotyön toimenpiteet

2. Välillinen hoitotyö

- 2.1 Hoitotyön kirjaaminen
- 2.2 Hoitotyön raportointi
- 2.3 Muu kommunikaatio
- 2.4 Lääkitysten, lääketiet. toimenpiteiden valmistelu
- 2.5 Hoitamisen valmistelu, loppuunsaattaminen
- 2.6 Tutkimukset, vastaukset
- 2.7 Uudet potilaat
- 2.8 Odottelu, etsiminen

3. Osastokohtainen toiminta

- 3.1 Puhtaus, taloushuolto
- 3.2 Toimistotyö
- 3.3 Osastokommunikaatio
- 3.4 Käynnit os. ulkopuolelle
- 3.5 Kokoukset, koulutus
- 3.6 Opiskelijaohjaus
- 3.7 Välineet, varastot

4. Henkilökohtainen aika

- 4.1 Henk.koht.asiat, tauot

AIKA**TOIMINTOLUOKKA****POTILAAN NIMI**

10 min.välein

merkitse esim. 1.2

merkitse toimintoluokissa 1.1-1.12 ja 2.1-2.6

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.
- 19.
- 20.
- 21.
- 22.
- 23.
- 24.
- 25.
- 26.

TOIMINTOLUOKAT

LIITE 1(1/2)

1. VÄLITÖN HOITOTYÖ, Hoitotyön toiminnot, jotka tehdään**potilaan ja/tai omaisen läsnäollessa**

1.1 Kommunikaatio/ohjaus: Potilaan/omaisen kanssa keskustelut. Potilasopetus ja -ohjaus, silloin kuin ei liity tietyn osa-alueen hoitamiseen. Hoitojen ja toimenpiteiden ohjaus. Tulohaas-

tattelut, osastoon orientoimiset, tukeminen. Hoitotyön suunnitelman tekeminen silloin, kun potilas mukana.

Vuoteen vierusraportointi. Potilaskutsuihin vastaaminen.(pot:n vierellä)

1.2 Lääkitys: lääkeyksien p.os/i.m/i.v/per.rec./ Kaikkien lääkitysten aloittaminen, lopettaminen,

lisäys.i.v-pussinvaihto,tip.nopeus säätö, lopetus. Lääkitysten tarkastaminen. Potilaan/omaisen

ohjaus lääkehoitoon liittyen lääkitysten antamisen yhteydessä.

1.3 Ravitsemus: ravitsemus suun/NML:n/stooman kautta tai suonensisäisesti. Ruokatarjottimen

vienti potilaalle ja poiskerääminen. Potilaan avustaminen ruokailussa,leivän voitelu,juottaminen etc. Nestelistamerkinnot.Potilaan tai omaisen

ohjaus ravitsemukseen liittyen ravitsemuksen

hoidon aikana.

1.4 Eritys: kaikkien potilaaseen liittyvien eritteiden käsittely potilaan läsnäollessa. Eritteiden määrän kirjaaminen

Alusastia,virtsapullot,kaarimaljat,dreenit, kestokatetrit asettaminen, poistaminen. Eritteiden määrän kirjaamisesta pot:n

läsnäollessa.Potilaan/omaisen ohjaus eritykseen liittyen erityksen hoidon aikana.

1.5 Hygienia: potilaan auttaminen hygienian hoidossa, osittain/täysin,suihkussa, lavuaarilla,vuoteessa. Parran ajaminen, hiusten-/kynsienhoito,

selän pyyhkiminen,vaippojen/ lakanoiden vaihtaminen. Käytössä

olevan potilasvuoteen sijaus, purkaminen/siistiminen kun potilas on vuoteessa tai huoneessa. Kuolleen potilaan käsittely. Potilaan ohjaushygieni-

an hoitoon liittyen hygienian hoidon aikana.

1.6 Potilaan siirtäminen/kuljettaminen(ei hoidollinen): potilaan saattaminen toiselle os:lle tai samalla os:lla

toiseen paikkaan. Hoitajan tekemät kuljetukset tutkimukseen, toimenpiteeseen(rtg,uä,eeg). Siirrot kävellen pyörätuolilla, sängyllä. HUOM! Pa-

lalu/menomatkat ilman potilasta kohtaan **2.5 Hoitamisen valmistelut, loppuunsaattamiset.**

1.7 Liikkuminen, asentoahoito(hoidollinen): potilaan kääntäminen/nostaminen/auttaminen siirtymään sängystä ylös/takaisin sänkyyn. Kävelys-

sä auttaminen/ohjaus, p-tuolilla wc:n vieni. Liikeharjoittelu, aktiivinen tai passiivinen, hengitysharjoitukset, yskittäminen. Liikkumi-

sen/asentohoidon apuvälineiden asettaminen/poistaminen.Potilaan/omaisen ohjaus liikkumiseen, asentohoitoon liittyen hoidon aikana.

1.8 Lääkärinkierroihin osallistuminen ja muu avustaminen: lääkärikierrot potilaan vierellä. Lääkärin tai muiden ei-hoitotyönammattiryhmien

avustaminen hoidoissa ja toimenpiteissä. (sairaala-apulainen, sos.tt,puheter.Ft).

1.9 Potilaan tilan/voinnin tarkkailu: rutiinitarkkailut ja valvontakierrot(esim.yöllä). Oireiden seuranta, esim.ahdistus, pel-

ko,tajunta/orientaatio,kipu, verenkierto,hikoilu,sidosten kunto. Potilaan ohjaus oman tilan tarkkailuun ja siitä raportointi tarkkailun aikana.

1.10 Vitaalielintoiminnot: RR,pulssi,hengitys,lämpö,neurologinen seuranta,mittaaminen ja ylösmerkitseminen potilaan läsnäollessa. Sydämen

toiminnan monitorointi, EKG, potilaalle/omaiselle kertominen mittauksista ja niihin liittyvistä asioista, ohjaus.

1.11 Näytteet: näytteiden ottaminen laboratoriotai osastoa varten. Esim.veri-,virtsa-,uloste-,yskösnäytteiden ottaminen ja niiden merkitseminen

potilaan läsnäollessa. Potilaan/omaisen ohjaus näytteisiin liittyen näytteenottamisen aikana.

1.12 Hoitotyön toimenpiteet: sidokset, kylmä-lämminpakkaukset, katetroinnit, nenämahaletkun laittami-

nen/poistaminen,peräruiskeet,antiemoliasukkien laitto/poisto, hapen antaminen, haavojen hoito, i.v-kanyylin laittaminen/poistaminen.Potilaan

ohjaus hoitojen, toimenpiteiden aikana.

2. VÄLILLINEN HOITOTYÖ, Toiminnot, jotka tehdään**osastopotilaiden välittömän hoitotyön valmistelua tai loppuunsaattamista varten.**

2.1 Hoitotyön kirjaaminen: hoitotyönsuunnitelmat, myös hoitotyönsuunnitelmiin liittyvät lääkärimääräykset, erilaisten tietojen kirjaaminen. Hoitoi-

suusluokituksen tekeminen. Potilaan kotiutumiseen, osastolta siirtymiseen liittyvä kirjaaminen

2.2 Hoitotyön suullinen raportointi: työvuorojen vaihtumisiin liittyvä tai muulloin tapahtuva suullinen tai pelkästään potilaspapereiden kautta tapah-

tuva raportointi hoitajien kesken.

LIITE 1(1/3)

2.3 Muu potilaisiin liittyvä kommunikaatio: potilaisiin ja potilaiden hoitoihin /tutkimuksiin liittyvä kommunikaatio lääkäreiden ja muiden jäsenten kanssa. Esim."paperikierrot" kun potilas ei läsnä. Puhelimessa tapahtuva kommunikaatio eri tahojen kanssa(omaiset, muut hoitopaikat) osastolla sisällä oleviin potilaisiin liittyen. Sisäisen puhelimen kautta potilaisiin yhteydenpito. Potilaspuheluiden välittäminen, potilaan hakeminen puhelimeen.

2.4 Lääkitysten ja toimenpiteiden valmistelu/loppuunsaattamiset: lääkitysten ja toimenpiteiden valmistelu ja loppuunsaattamiset. Lääkkeiden jako tarjottimelle, lääkekortin käsittely. Toimenpidevälineiden kokoaminen. Lääkitys- tai toimenpideohjeiden hakeminen, tutustuminen.

2.5 Hoitamisen valmistelu, loppuunsaattamiset: esim.pesu ja muiden välineiden hakeminen, poisvieminen ja siihen liittyvä työ. Käsien pesu. Paluu-tai menomatka potilassiirroissa(ilman potilasta.) Hoito ym.ohjeiden hakeminen, tutustuminen niihin. Osastolla olevien/lähtevien potilaiden omaisuuden käsittely. **HUOM.** kotiutuneiden potilaiden omaisuuden käsittely kohtaan **3.2**

2.6 Tutkimusten tilaaminen, vastausten tarkistaminen: lääkärin määräysten edellyttämät jatkotoimenpiteet, tutkimusten tilaaminen, vastausten tarkistaminen atk:n/puhelimen kautta.

2.7 Valmistelu uusia potilaita varten: päivystys-tai elektiivisen potilaan osastolle tuloon liittyvä valmistelu ennalta (ennenkuin potilas on tullut os:lle). Potilaspapereihin tutustuminen, huonesijoituksen suunnittelu, näytteiden oton valmistelu jne. **HUOM:** potilaspapereiden kokoaminen kohtaan 3.2 toimistotyö.

2.8 Odottelu, etsiminen: toiminnan, puhelun, informaation odottaminen. Esim. lääkärikierron alkamisen odottelu, toisen työntekijän, ohjauksen odottaminen ja työntekijän etsiminen.

3. OSASTOKOHTAINEN TOIMINTA, Osaston toiminnan ylläpitämiseen liittyvät toiminnot ja tehtävät.

3.1 Puhtaus, taloushuolto: lähteneiden potilaiden vuoteiden, vaatteiden käsittely/sijaus/huolto. Osaston siistiminen, roskakorien tyhjennys. Välineistön järjestely. Keittiön järjestely, ruoanjakelun valmistelu,ruokatilaukset, ruokakorttien käsittely.

3.2 Toimistotyö: perinteiset ns. sihteerin työt. Potilaspapereihin liittyvä järjestelytyö, labra- ym. vastausten käsittely. Osastolla olevien potilaiden papereihin liittyvä työ. Potilaskutsukirjeet.Lomakkeiden käsittely/monistus, kanslian potilastaulun ylläpito.Postitus.Postin/kukkatoimitusten jakelu. Lähteneiden potilaiden omaisuuden käsittely.

3.3 Osastoon liittyvä kommunikaatio: Työhön liittyvä kommunikaatio, joka ei liity osastopotilaisiin. Työhön liittyvät puhelinkeskustelut, sopimiset,tilaukset,lainaamiset. Eri tahojen(potilaat,omaiset,muut tahot)tiedusteluihin vastaaminen,jotka koskevat ei-sisällä olevia potilaita.(osastolta lähteneet/tulevat)

3.4 Käynnit osaston ulkopuolella: käynnit, viemässä/hakemassa tavaraa,potilaspapereita,verta,lääkkeitä.Huom, myös tiettyä potilasta varten tehtävät matkat.

3.5 Kokoukset,koulutukset, ohjaukset: yleinen osastoon liittyvä tiedonvälitys,neuvottelut,koulutus os:lla. Työvuorolistojen teko,tarkistus,muutoksista sopiminen. Ilmoitustaulujen(potilas,henkilökunta) ylläpito. Tiedotteisiin

/muuhun työhön liittyvään materiaaliin tutustuminen. Toisen työntekijän ohjaus.**HOX!** opiskelija ohjaus kohtaan 3.6. Tutkimuslomakkeiden käsittely/tutustuminen/täyttäminen.

3.6 Opiskelijaohjaus: opiskelijoiden ohjaus osaston toimintaan,potilashoitoon liittyen. Myös potilaan vierellä tehtävä ensisijaisesti opiskelijan ohjaukseen liittyvä työ. Opiskelija-arvioinnit,keskustelut opettajien, omien ohjaajien sopimiset jne.

3.7 Välineiden, varastojen tarkistus/täydennys: Os:lla tarvittavien varastojen tarkistaminen, tilaaminen ja täyttö. Varasto-,lääke-,väline-,tekstiilitilaukset. Erilaisten hoitovälineiden toimintavalmiuden tarkistukset,kalibroinnit. Ensiapuvalmiuden/toimenpiteissä tarvittavien välinetarjottimien tarkistus. Esim. tippa-katetrointikärry.

HOX! ruokatilaus kohtaan 3.1

4. HENKILÖKOHTAINEN AIKA, Henkilökohtaiset toiminnot, jotka eivät liity potilaisiin tai osastokohtaiseen työhön.

4.1 Henkilökohtaiset asiat,tauot: ruoka-,kahvitaurot.WC-käynnit,osaston ulkopuolella käynnit ilman työtehtäviä.Työhön liittymättömät keskustelut työtovereiden kanssa.Henkilökohtaiset asioiden hoitamiset,puhelut.

Muu: toiminnot joita ei osaa sijoittaa mihinkään edellä mainittuun. Kuvaa lyhyesti toiminta. Muista merkitä onko potilas läsnä,liittyköosastolla hoidettaviin potilaisiin vai onko yleisluontoista/osastokohtaista toimintaa.

LIITE 2

Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE / OPINNÄYTETYÖLLE

Neurologian vo. klinikka / tulosyksikkö		2771 tulosyksikkönumero	DIAARINRO: TUT 10/2011	
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet Aaltonen Päivi		Henkilötunnus	
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka Lapin sairaanhoitopiiri / RAMK		Nykyinen virka / toimi / opiskelija sairaanhoitaja, neurologia vo	
	Kotiosoite		Postinro ja -paikka	
	Puhelin toimeen	Puhelin kotiin	Sähköpostiosoite paivi.aaltonen@shp.fi	
Suoritettu tutkinto sis-kir.sairaanhoitaja		Suoritusvuosi 1996	Suorituspaikka Koillis-Lapin ammatillinen oppilaitos	
2. Tutkimusprojektiä tai tutkimusta koskevat tiedot	Tutkimusprojektin lyhyt nimi Miten luokiteltu tieto ja käytännön hoitotyö vastavat toisiinsa neurologian os. lk			
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> julkinen <input type="checkbox"/> ei-julkinen, sisältää salassapidettäviä osioita		Tutkimusaika Yks. jouluko maalio-toukokuussa 2011	
	Kaavanumerot		Alihakusana	
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja <input type="checkbox"/> rekisteritutkimus			
	Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija		Anoja osallistuu potilastyöhön <input checked="" type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
	<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija sairaanhoitaja päivitys RAMK Eawn. KOJUKIJA			
	Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päätutkija Eawn. KOJUKIJA			
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät <input type="checkbox"/> Apteekki <input type="checkbox"/> Laboratorio			
	Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitomus jokaiselta liitteenä)			
	Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite			
Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuista vuosittaisista suoranaista kustannuksista <input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys <input type="checkbox"/> Ei aiheuta, koska on ulkopuolinen rahoittaja mitään				
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain rahoittaja <input type="checkbox"/> Sopimuksen nro (kirjaamosta)				
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> Projektiin numero: (EVO: JYL-päätös §)				
Päivämäärä Anojen allekirjoitus ja nimen selvennys 14.2.2011 Päivi Aaltonen Päivi AALTONEN				
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat			
	<input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta	lähetyspäivä		vastaus saatu
Luvat	<input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen toimikunta			
	<input type="checkbox"/> ¹⁾ ETENE - ²⁾ TUKIJA <input type="checkbox"/> Fimea ³⁾ <input type="checkbox"/> Johtajayll./laitoksen joht./ STM/THL ⁴⁾ <input type="checkbox"/> VALVIRA ⁵⁾			
4. PÄÄTÖS Luvan myöntäjä täyttää!	Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta			
	Päätös <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä			
	Päätöksentekijä <input type="checkbox"/> tulosyksikön joht. / tulosalueen joht. / ylihoitaja <input checked="" type="checkbox"/> joht.yllilääkäri / hall.ylihoitaja <input type="checkbox"/> shp:n joht. / hallitus			
	Päivämäärä 26.2.2011		Allekirjoitus Päivi Aaltonen	
LOMAKKEEN SÄILYTYS - Tutkija (tutkimuksen ajan) - Päätäjä (arkistointi)				

¹⁾ ETENE= Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta²⁾ TUKIJA= Valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta³⁾ Fimealta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa. Apteekin tiedote 7.8.1.⁴⁾ Rekisteritutkimukset⁵⁾ Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote (luvat).Liitteet: Tutkimussuunnitelma
Rahoitussuunnitelma
Muita liitteitä kpl

LSHP (päivitetty 29.10.2010)

RAFAELA™ -JÄRJESTELMÄN TUTKIMUSLISENSSISOPIMUS

Sopimus Päivi Aaltosen ja FCG Finnish Consulting Group Oy:n välillä RAFAELA™ -järjestelmän käytöstä opinnäytetyössä.

Menetelmän oikeudet RAFAELA™ -järjestelmän omistaa Suomen Kuntaliitto, FCG:llä on järjestelmän käytön ja käyttöoikeuksien myöntämisen yksinoikeus.

Sopijaosapuolet **FCG Finnish Consulting Group Oy**
ja
Päivi Aaltonen

Hankkeen nimi Miten luokiteltu tieto ja käytännön hoitotyö kohtaavat / vastaavat toisiaan neurologian vuodeosastolla

Sopimuksen ehdot **HINTA**
Tutkielmaan (tutkimussuunnitelma, liite 1) liittyvä RAFAELA™ -järjestelmän ohjeistojen ja ohjeiden käyttö on maksutonta. Tarvittavat tietojärjestelmien käyttöön sekä tarvittavan tilastoaineiston hankintaan liittyvät kustannukset sovitaan erikseen tapauskohtaisesti.

AJANJAKSO

Sopimus koskee ajanjaksoa: 23.1.2012 – 31.12.2012

OIKEUDET

Tutkielman tekijällä on oikeus sopimuksen voimassaoloaikana:

- käyttää RAFAELA™ -järjestelmän ohjeistoa
- käyttää RAFAELA™ -järjestelmän avulla kerättyä tietoa.
- osallistua RAFAELA™ -koulutuksiin omassa organisaatiossaan
- oikeus julkaista kerättyjä tietoja annettujen ohjeiden mukaisesti.

VELVOLLISUUDET

Tutkielman tekijällä on velvollisuus:

- pidättäytyä luovuttamasta kolmannelle osapuolelle mitään RAFAELA™ -järjestelmän sisältämää osaa
- pidättäytyä muuntamasta mitään osaa RAFAELA™ -järjestelmästä
- käyttää aineistosta tai sen osasta termiä RAFAELA™ -tieto (sama koskee viittauksia muihin RAFAELA™ -järjestelmään liittyviin tutkimuksiin)
- hyväksyttää tutkielma FCG:llä ennen tutkielman hyväksymistä. FCG tarkistaa ainoastaan RAFAELA™ -järjestelmää koskevat tiedot eikä puutu tutkielman tuloksiin, johtopäätöksiin tms.
- ilmoittaa tutkielman hyväksymisestä, yleisarvosanasta ja mistä tutkielma löytyy sekä toimittaa yksi kappale FCG:lle.

FCG Finnish Consulting Group Oy

Osmontie 34, PL 950, 00601 Helsinki
Puh.010 409 2000, fax 010 409 2296, www.fcg.fi

Y-tunnus 1940671-3
Kotipaikka Helsinki

SOPIMUKSEN PÄÄTTYESSÄ

Sopimuksen päättyessä tutkielman tekijän tulee luopua kaikesta RAFAELA™ - järjestelmään kuuluvan aineiston käytöstä ja tuhota kaikki tutkimuksessa käytettävät RAFAELA™ -järjestelmän ohjeistojen kappaleet ja järjestelmään liittyvät ohjelmistot.

FCG:llä on oikeus muuttaa sopimuksen ehtoja ilmoittamalla siitä kuukautta ennen muutosten voimaantulusta.

Sopimus purkautuu välittömästi sopimusrikkomuksesta.

TUTKELMAN TEKIJÄN TIEDOT:

Nimi: Päivi Aaltonen
Nimike: Sairaanhoitaja
Osoite:
Puhelin:
Sähköposti: paivi.aaltonen@lshp.fi

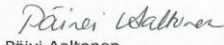
Tätä sopimusta on tehty kaksi samansisältöistä kappaletta: yksi tutkielman tekijälle ja yksi FCG:lle.

Helsingissä 17. päivänä tammikuuta 2012

FCG Finnish Consulting Group Oy


Anne Kanerva
toimialajohtaja

Tutkielman tekijä


Päivi Aaltonen