

Salla Lindblad-Palo

# Sairaanhoidajien työajankäytön jakautuminen akuutilla neurologisella vuodeosastolla

Aikaa potilaan vierellä?

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja YAMK

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen

Opinnäytetyö

17.12.2018

Tekijä(t) Otsikko  Sivumäärä Aika	Salla Lindblad-Palo Sairaanhoidajan työajankäytön jakautuminen akuutilla neurologisella vuodeosastolla – Aikaa potilaan vierellä? 61 sivua + 4 liitettä 17.12.2018
Tutkinto	Sairaanhoidaja (ylempi AMK)
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysala
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveysalan johtaminen
Ohjaaja(t)	TtT, Ly Kalam-Salminen TtM, Leila Nevalainen
<p>Samalla kun palvelutarve kasvaa väestön ikääntyessä, niin sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman tarve kasvaa lähivuosina. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia pitäisi kyetä hillitsemään ja samaan aikaan pyrkiä lisäämään alojen houkuttelevuutta. Terveydenhuollossa niukkojen resurssien hallinta onkin eräs johtamistyön keskeisistä tehtävistä. Kohdentamalla henkilöstövoimavarat tarkoituksenmukaisesti, voimme vaikuttaa palvelujen laatuun.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien työajankäytön jakautumista akuutilla neurologisella vuodeosastolla, sekä sitä, onko osastolla päivittäin hoidettavien potilaiden määrällä yhteyttä työajankäytön jakautumiseen päätoimintoluokittain. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajien työajankäytöstä, jotta sairaanhoitajaresurssit voitaisiin tulevaisuudessa kohdentaa mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti.</p> <p>Tutkimus perustuu toimintolaskenta menetelmään. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat osastolla vähintään kaksi vuotta työskennelleet sairaanhoitajat. Tutkimusaineisto kerättiin työvuoroittain kahden viikon aikana siten, että jokaisessa työvuorossa, tutkimuksen kohderyhmään kuuluvat täyttivät työajanseurantalomakkeen. Tutkimuksen aikana tutkimusyksikön osastonhoitaja keräsi tiedot työssä olevan hoitohenkilöstön (lähihoitajat ja sairaanhoitajat) määristä työvuoroittain sekä osastolla hoidettujen potilaiden määrät vuorokausittain. Lisäksi osastolla suoritettiin opinnäytetyön tekijän toimesta seurantalomakkeeseen perustuvaa rinnakkaishavainnointia.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat käyttävät työajastaan suurimman osan välittömään ja välilliseen hoitotyöhön (78,6%). Potilaan läsnä ollessa tehtävän hoitotyön osuus työajasta oli kuitenkin vain 38,2%. Suurin osa sairaanhoitajien työajasta kuluu toiminnoissa joissa potilas ei ole läsnä. Henkilökohtaisen ajan osuus työajasta oli kansainvälisesti verrattuna pieni (9%), mutta kansallisella tasolla samaa luokkaa, kuin aiemmin tehdyissä tutkimuksissa. Vertailtaessa keskenään ajanjaksoja, jolloin osastolla oli hoidettu paljon ja vähän potilaita, hoitotyön toimintojen jakautumisessa pääluokittain ei havaittu tilastollisesti merkittävää eroa. Tutkimustulosten perusteella osaston toiminnassa tulisi kiinnittää huomiota mm. normaali pituisten työvuorojen ja ylipitkien työvuorojen kuormittavuuserojen tasaamiseen sekä lääkehoidon osaamiseen.</p>	
Avainsanat	Toimintolaskenta, työajankäyttö, hoitotyön toiminnot, välitön hoitotyö, välillinen hoitotyö

Author(s) Title Number of Pages Date	Salla Lindblad-Palo Nurses' worktime distribution in an acute neurological ward – Time beside the patient? 61 pages + 4 appendices 17 Dec 2018
Degree	Master of health care
Degree Programme	Master's Degree in Health Care and Social Services
Specialisation option	Leadership in Health Care and Social Services
Instructor(s)	Ly Kalam-Salminen, Lecturer, PhD Leila Nevalainen, Head nurse, MHS
<p>As the need for services grows with aging population, so does the need for labor in social- and health care in coming years. The costs of social- and healthcare should be contained and at the same time strive to enhance the attractiveness of the mentioned sectors. One of the core tasks in healthcare management is to manage thin resources. By allocating the staff resources appropriately, we can affect the quality of services.</p> <p>The aim of this thesis was to represent the distribution of worktime of nurses in an acute neurological ward, and whether the number of patients treated daily connects with the distribution of worktime in main categories of activities. The aim of the study was to produce information of the worktime distribution of nurses, so that nursing resources could be allocated as appropriately as possible in the future.</p> <p>The study is based on work sampling method. The target group of the study were the nurses who had worked the minimum of two years at the ward. The material was collected by work shifts for two weeks so, that in each shift those in target group filled a worktime tracking form. During the study the staff nurse of the ward collected the data of the number of staff (practical nurses and nurses) in each shift and the daily numbers of patients treated. Also, tracking form-based collateral observing was conducted by the examiner.</p> <p>The results show that nurses use most of their work time in direct and indirect care (76,6%). However, only 38,2% of worktime was in patient's presence. Nurses used most of their worktime in activities, where the patient wasn't present. The amount of personal time was low in international comparison (9%), but in national context in the same level as in previous studies. When comparing periods of time, when the numbers of patients treated in the ward were either high or low, there weren't statistically significant difference in the distribution of worktime to the main categories of activities. Based on the results of the study, equalizing differences in work load distribution in normal and long shifts should be taken in to account, as well as in competences in medical treatment.</p>	
Keywords	Work sampling, distribution of worktime, nursing activities, direct care, indirect care

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Sairaanhoidajan työajankäytön määrittämien eri toimintoihin	2
2.1	Välitön hoitotyö	2
2.2	Välillinen hoitotyö	7
2.3	Osastokohtainen toiminta	9
2.4	Henkilökohtainen aika ja muu työ	10
3	Työajan toimintolaskenta	11
4	Aikaisempia tutkimuksia sairaanhoitajien työajankäytöstä	12
5	Hoitotyö akuutilla neurologisella vuodeosastolla	15
6	Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin akuutti neurologinen vuodeosasto	16
6.1	Akuutin neurologisen osaston toiminta	16
6.2	Hyvän hoidon kriteerit akuutilla neurologisella vuodeosastolla	19
7	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	21
8	Tutkimusaineisto- ja menetelmät	22
8.1	Tutkimuksen kohderyhmä	22
8.2	Tutkimusaineiston keruu	23
8.3	Seurantalomake ja sen luotettavuus	24
8.4	Tutkimusaineiston analyysi	26
9	Tutkimustulokset	27
9.1	Osastolla vallitsevat olosuhteet tutkimusjakson aikana	27
9.2	Sairaanhoidajien työajankäytön jakautuminen eri työvuoroissa akuutilla neurologisella vuodeosastolla	29
9.2.1	Välittömän hoitotyön toimintojen jakautuminen työvuoroittain	34
9.2.2	Välillisen hoitotyön toimintojen jakautuminen työvuoroittain	41
9.2.3	Osastokohtaisen toiminnan jakautuminen työvuoroittain	44
9.3	Seurantalomakkeiden avoimet vastaukset, eli ”muun työn” - osuus	46
9.4	Osastolla hoidettujen potilaiden määrän yhteys hoitoyön päätoimintoluokkiin käytettyyn aikaan	47
10	Pohdinta	49

10.1 Tulosten tarkastelu	49
10.2 Tutkimuksen eettisyys	51
10.3 Tutkimuksen luotettavuus	52
10.4 Johtopäätökset ja jatkokehittämisaiheet	55
Lähteet	59
Liitteet	
Liite 1. Osastonhoitajan ilmoittama henkilöstö- ja potilasmäärä päivittäin	
Liite 2. Työajanseurantalomake	
Liite 3. Saatekirje	
Liite 4. Työajanseurantalomake (Partanen 2002)	

## 1 Johdanto

Ihmiset elävät monista syistä yhä pidempään. Eläkeikäisten määrä kasvaa ja lasten sekä työikäisten määrä vähenee (Väestöennuste 2015-2065: 1-2). Jotta tulevaisuudessa kyettäisiin järjestämään asiakaslähtöisiä ja taloudellisesti kestäviä sosiaali- ja terveyspalveluita, vaatii se merkittäviä rakenteellisia ja toiminnallisia uudistuksia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012: 26).

Samalla, kun palvelutarve kasvaa väestön ikääntyessä, niin sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman tarve kasvaa lähivuosina. Työntekijöitä poistuu eläkkeelle kiihtyvällä tahdilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia pitäisi kyetä hillitsemään ja samaan aikaan pyrkiä lisäämään alojen houkuttelevuutta. Haasteena on alojen vetovoimaisuus, henkilöstön saatavuus ja jaksaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012: 30.)

Terveydenhuollossa vallitseva tila tuntuu olevan se, että rahalliset voimavarat eivät koskaan vaikuta olevan riittävät tarpeisiin ja odotuksiin nähden. Tätä epäsuhtaa voidaan korjata mm. lisäämällä voimavaroja, tehostamalla nykyisiä palveluratkaisuja sekä priorisoimalla. Sote- uudistus (sosiaali- ja terveydenhuollon eli sotepalveluiden uudistamiseen tähtäävä hanke) pyrkii omalta osaltaan vastaamaan tulevaisuuden haasteisiin. (Jämsén 2012: 4.)

Sairaanhoitajaliiton kyselyn mukaan vain joka kymmenes sairaanhoitaja kokee ehtiänsä tekemään työnsä laadukkaasti ja turvallisesti työajalla. Kyselystä selviää myös, että sairaanhoitajat tekevät työaikanaan omien töidensä lisäksi myös muille kuin sairaanhoitajille kuuluvia töitä. (Sairaanhoitajat 2018.) Terveydenhuollossa niukkojen resurssien hallinta onkin eräs johtamistyön keskeisistä tehtävistä. Kohdentamalla henkilöstövoimavarat tarkoituksenmukaisesti, voimme vaikuttaa palvelujen laatuun. (Knaste 2016.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien työajankäytön jakautumista akuutilla neurologisella vuodeosastolla, sekä sitä, onko osastolla päivittäin hoidettavien potilaiden määrällä yhteyttä työajankäytön jakautumiseen. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajien työajankäytöstä, jotta sairaanhoitajaresurssit voitaisiin tulevaisuudessa kohdentaa mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti.

## 2 Sairaanhoidajan työajankäytön määrittämien eri toimintoihin

Useissa aiemmissa tutkimuksissa sairaanhoidajan työ on jaettu ainakin kolmeen päätoimintoluokkaan, jotka ovat välitön hoitotyö, välillinen hoitotyö ja henkilökohtainen aika. Nämä kategoriat pitävät sisällään useita eri toimintoja, jotka vaihtelevat eri tutkimuksissa riippuen siitä, mihin tutkimuksen fokus on asetettu. Tässä tutkimuksessa hoitotyö on jaettu neljään päätoimintoluokkaan: välitön- ja välillinen hoitotyö, osastokohtainen toiminta ja henkilökohtainen aika. Tutkimus pitää sisällään myös muun työn osion, joka sisältää sellaisia työssä mahdollisesti esiintyviä toimintoja, joita tutkittava ei voi tai osaa sijoittaa neljään em. luokkaan.

### 2.1 Välitön hoitotyö

Välitön hoitotyö määritellään useissa tutkimuksissa (Partanen 2002; Furåker 2009; Lundgren – Segsten 2001) hoitotyön toiminnoiksi, jotka tehdään aina potilaan ja/tai omaisten läsnä ollessa, eli suorassa vuorovaikutuksessa. Näitä toimintoja ovat mm. potilaan tilan arviointi, avustaminen päivittäisissä toiminnoissa, hoidon suorittaminen, potilasohjaus sekä potilaan ja/tai potilaan omaisten kanssa kommunikointi.

Suomessa on käytössä FinCC luokitus (Finnish Care Classification). Se pitää sisällään Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) ja Suomalaisen hoidon tulosluokituksen (SHTuL). SHTaL ja SHToL muodostavat yhtenevän hierarkkisen rakenteen (komponentti-, pääluokka- ja alaluokkataso). (Liljamo – Kinnunen – Ensio 2012: 9.) Nämä luokitukset on otettu käyttöön vuonna 2008 valtakunnallisesti. Niillä on pyritty terveydenhuollon yksiköissä yhdenmukaistamaan hoitotyön dokumentoinnissa käytettävää termistöä. FinCC luokitusta on päivitetty käyttäjäpalautteen perusteella. Tässä tutkimuksessa välittömän hoitotyön toiminnot on luokiteltu FinCC luokituksen mukaan. Kolme toimintoa (yleinen tarkkailu ja valvontakierrokset, lääkärin kiertoihin osallistuminen ja potilaan siirtäminen sekä kuljettaminen) lisättiin välittömän hoitotyön osioon FinCC luokituksen ulkopuolelta.

Erittäminen on päivittäinen osa jokaisen ihmisen elämää ja välttämätöntä elimistön toiminnan jatkumiseksi. Erittämisen kautta elimistöstä poistuu ylimääräisiä aineita ja liiallista nestettä. (Rautavaara-Nurmi – Westergård – Henttonen – Ojala – Vuorinen 2015: 270.) FinCC:ssä erittäminen komponentti pitää sisällään ruuansulatuksen, virtsateiden toiminnan, mutta myös verenvuodon ja muun erittämisen osa-alueet. Komponentti pitää

sisällään toiminnot, joilla tuetaan ja autetaan potilaan ruuansulautuksessa sekä suoliston ja virtsateiden toiminnassa esiintyviä hoidon tarpeita. Erittämisen komponenttiin kuuluu myös potilaan pahoinvointiin ja oksentamiseen liittyvä hoito ja ohjaus sekä dialyysihoito sekä muu eritystoiminnan huomiointi. Dreenihoidon toteuttaminen alaluokka pitää sisällään kaikkien erilaisten dreerien ja kudosisimujen seurannan ja hoidon. (Liljamo ym. 2012: 40.)

Ihminen saa ravinnosta elimistöönsä tarvitsemat ravintoaineet kudosten rakentamiseen, elintoimintojen ylläpitoon ja liikuntaan. Ravintoaineet osallistuvat elimistössä aineenvaihduntaan eli metaboliaan. (Rautavaara-Nurmi ym. 2015: 244.) FinCC Ravitseminen komponentti pitää sisällään kaikki ravitsemukseen turvaamiseen liittyvät osatekijät. Ravitsemukseen liittyvillä hoitotyön toiminnoilla seurataan, turvataan ja huolehditaan potilaan ravitsemukseen liittyvistä osatekijöistä. Komponentti pitää sisällään mm. potilaan letkuruokinnan, painon kontrolloinnin, ruokailun seurannan ja suonensisäisen ravitsemuksen toteutuksen. Myös erilaiset ravinnon määrän rajoittamiseen liittyvät asiat sekä ravitsemukseen liittyvän ohjauksen toteutus kuuluvat tähän komponenttiin. (Liljamo ym. 2012: 44-45.)

Ihmisen aineenvaihdunnan tehtävänä on muokata ravintoaineita energiaksi ja rakennusaineiksi soluille. Aineenvaihdunta jaetaan kahteen osaan. Anabolinen osa on rakentava ja katabolinen osa on kudoksia purkava. Nämä vuorottelevat ruokailurytmin mukaan. (Rautavaara-Nurmi ym. 2015: 244.) FinCC aineenvaihdunta komponentti pitää sisällään endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyvät osatekijät. Tähän komponenttiin sisältyvät toiminnot, jotka liittyvät potilaan aineenvaihduntaan, hormonaalisiin häiriöihin ja immunologisiin muutoksiin. Esimerkkinä näistä toiminnoista ovat potilaan verensokerin sekä keltaisuuden tarkkailu ja hoito. (Liljamo ym. 2012: 47.)

Lääkehoidolla pyritään parantamaan ja lievittämään oireita, ylläpitämään potilaan työ- ja toimintakykyä ja pidentämään elämää. Lääkehoidon turvallinen ja tuloksellinen toteutus edellyttää lääkkeiden vaikutusten tuntemista, lääkehoidon tarpeen huolellista arviointia sekä jatkuvaa potilasohjausta. (Duodecim 2015.) FinCC lääkehoito komponentin alle kuuluvat lääkkeiden käytön ja lääkehoidon toteuttamisen osatekijät. Komponentti sisältää mm. lääkehoidon kirjallisen ohjauksen, lääkkeen antamisen ja lääkkeiden sivuvaikutusten seurannan. (Liljamo ym. 2012: 30.)



Hengittämisen avulla ihminen saa happea ja samalla elimistöstä poistuu hiilidioksidia. Hengityksestä vastaa hengityselinjärjestelmä, jossa keuhkot ottavat vastaan happea ja luovuttavat uloshengitysilmaan hiilidioksidia. (Rautavaara-Nurmi ym. 2015: 322.) FinCC luokituksen mukaan hengityksen komponentti pitää sisällään toiminnot, joilla seurataan potilaan hengitystä, hengityseritteiden määrää ja laatua, yskää ja ysköksiä. Komponentti sisältää myös toimintoja, joilla edistetään sekä ylläpidetään hengityksen ja keuhkojen toimintaa. Komponentti sisältää mm. PEF-seurannan, yskän seurannan, hapen antamisen, liman imemisen, trakeostomia-avanteen hoidon, hengitysilman kostuttamisen, intuboinnin ja hengitysharjoitusten toteuttamisen. (Liljamo ym. 2012: 45-46.)

Verenkierto on peruselintoiminto. Verenkierron avulla veressä olevat aineet siirtyvät nopeasti elimistön eri osiin. Verenkiertoelimistö koostuu sydäimestä ja verisuonista. (Rautavaara-Nurmi ym. 2015: 354.) FinCC luokituksen mukaan verenkierto sisältää hoitotyön toimintoja, joilla seurataan ja tuetaan eri elinten verenkiertoa mm. verenpaineen, sykkeen ja sydämen rytmin seuranta sekä ihon värin ja lämmön seuranta. Komponenttiin kuuluu myös verenkiertoa ylläpitävän asentohoidon toteuttaminen. Hoitotyön toiminnot ovat mm. verenpaineen, pulssin ja rytmin seuranta, ääreisverenkierron seuranta, ihon värin ja lämmön seuranta, verenkiertoa ylläpitävät apuvälineet ja lämpötilan ylläpitäminen tai sen alentaminen. (Liljamo ym. 2012: 46-47.)

Päivittäiset toiminnot ovat päivittäin toistuvia asioita, kuten esimerkiksi peseytyminen, pukeutuminen, syöminen ja wc:ssä käynti. Ihminen voi tarvita näissä toiminnoissa apua ajoittain tai pysyvästi. (Rautavaara-Nurmi ym. 2015: 188.) FinCC luokituksen mukaan tämä komponentti sisältää hoitotyön toiminnot, joilla autetaan potilasta selviytymään omatoimisesti päivittäisissä toiminnoissa. Komponenttiin sisältyy myös tarvittavat päivittäisten toimintojen apuvälineet sekä niiden käytön ohjaus. Hoitotyön toiminnot ovat mm. avustaminen peseytymisessä ja pukemisessa, suun tai hampaiden hoito ja ruokailussa avustaminen. (Liljamo ym. 2012: 48-49.)

Aistien avulla ihminen havainnoi maailmaa. Aisteja ovat kuulo-, näkö-, tunto-, haju- ja makuaiisti. Niiden avulla ihminen saa kuvan ympäristöstään. Aistitoiminnot saattavat muuttua erilaisten sairauksien tai vammojen myötä ja ihminen voi tarvita apua puuttuvan tai heikentyneen aistitoiminnon kompensoimiseksi. (Rautavaara-Nurmi ym. 2015: 72.) FinCC luokituksessa aisti- ja neurologiset toiminnot sisältää hoitotyön toiminnot, potilaan kuulo-, näkö-, tunto-, haju ja maku- sekä tasapainoaisteissa tapahtuvien muutoksien ja

häiriöiden huomioimiseen. Komponentti sisältää myös aistien toimintaa edistäviä auttamiskeinoja sekä ohjauksen, potilaan kivun seurannan ja hoidon, sekä kivunhoitoon liittyvän ohjauksen. Myös tajunnantason- sekä neurologisten oireiden seuranta ja ohjaus kuuluvat tähän komponenttiin. Hoitotyön toimintoja tässä komponentissa on mm. mekaanisen esteen poistaminen korvakäytävästä, kivun arviointi, pupillien seuranta, raaja-voimien ja –koordinaation seuraaminen, tuntehäiriöiden testaaminen ja epilepsiakoh- tausten seuranta. (Liljamo ym. 2012: 50-51.)

Nestetasapaino on elimistön kykyä säilyttää solunsisäiset ja solunulkoiset nestetilavuudet vakiona. Nestetasapainoa säätelevät erilaiset elimistön säätelymekanismit. Säätelykeinoja ovat mm. jano, nälkä, ruoansulatuskanavan imeytymis- ja säätelymekanismit sekä munuaisten toiminta. (Rautavaara-Nurmi ym. 2015: 306.) Nesteytyksen FinCC komponentti pitää sisällään toimintoja, joiden avulla seurataan potilaan nestetasapainoa, hoidetaan ja korjataan siinä esiintyviä muutoksia sekä annetaan ohjausta. Komponentti sisältää myös verivalmisteiden antamisen. Hoitotyön toimintoja tässä komponentissa on mm. turvotusten tarkkailu ja suonensisäinen nesteytys. (Liljamo ym. 2012: 41-42.)

Aktiviteetti sisältää FinCC luokituksen mukaan toimintoja, joilla tuetaan ja autetaan potilaan aktiviteettiin, toimintaan sekä uneen ja lepoon liittyviä hoidon tarpeita. Tähän komponenttiin kuuluu myös potilaan aktiviteetin rajoittaminen tarvittaessa. Hoitotyön toimintoja tässä luokassa ovat mm. liikeharjoituksista huolehtiminen ja toiminnallisuutta ylläpitävä asentohoito. (Liljamo ym. 2012: 39.)

Iho on ihmisen suurin sekä näkyvin elin ja se toiminta on monimutkaista. Iho muuttuu jatkuvasti ja sen miljardit solut uusiutuvat joka päivä. Iho toimii myös rajana ja suojana ulkomaailmaa vastaan ja se on hyvin altis ympäristön muutoksille ja vaikutuksille. Ihon rakenteessa on kolme kerrosta orvaskei, verinahka ja alimpana ihonalainen rasvakudos. (Rautavaara-Nurmi ym. 2015: 226-227.) FinnCC luokituksen mukaan kudoseheys komponentti sisältää potilaan ihon ja limakalvojen kunnon seurannan, ihon seurannan ja hoidon sekä ihon hoitoon liittyvän ohjauksen. Tähän komponenttiin sisältyy myös suun ja silmien hoito, erilaisten haavojen seuranta ja hoitomenetelmät sekä haavoihin liittyvä ohjaus. Hoitotyön toimintoja tässä komponentissa ovat mm. kanyylia ympäröivän ihon hoito, ihottuman rasvaus, haavasidoksen vaihto ja ompeleiden poisto. (Liljamo ym. 2012: 51-52.)

Psyykkinen tasapaino on kykyä ajatella ja hahmotta todellisuutta. Siihen voidaan sisällyttää tunteet ja ihmisten välinen kanssakäyminen. Psyykkiseen tasapainoon kuuluu kyky elää sopusoinnussa ihmisten kanssa ja kyky sovitella oman mielen ristiriitaisia pyrkimyksiä sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla. (Rautavaara-Nurmi ym. 2015: 422.) FinCC luokituksen mukaan tähän komponenttiin kuuluu hoitotyön toimintoja, joilla seurataan potilaan psyykkistä tilaa ja mielialaa sekä tunnistetaan mahdollisia käyttäytymisen ja havaintokyvyn häiriöitä. Komponentti sisältää myös toimintoja, joilla pyritään luomaan ja ylläpitämään hoitosuhdetta esim. omahoitajakeskustelujen avulla sekä autetaan saavuttamaan potilaan psyykkinen tasapaino. Tässä luokassa hoitotyön toimintoja ovat mm. havaintokyvyn häiriöiden tunnistaminen, mielialan seuranta, todellisuudentajun vahvistaminen, eristämisen toteuttaminen ja itsetuhoisen käyttäytymisen estäminen. (Liljamo ym. 2012: 49-50.)

Terveyskäyttäytyminen sisältää FinCC komponentin mukaan toimintoja, joilla seurataan potilaan elintapoja ja edistetään hoitoon sitoutumista. Terveys edistäminen ja siihen annettava ohjaus liittyy myös tähän komponenttiin. Hoitotyön toimintoja terveyden edistämiseksi ovat mm. hoitosopimuksen tekeminen, ravitsemustottumusten seuranta ja tupakoinnin seuranta. (Liljamo ym. 2012: 42.)

FinCC luokituksessa selviytymisellä tarkoitetaan yksilön ja perheen kykyä selviytyä terveyteen, sen muutokseen sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvistä tai niistä aiheutuvista ongelmista. Tähän komponenttiin kuuluu myös henkisen tuen antaminen, joka ilmenee myötätuntona, ystävällisyytenä, lohduttavina sanoina ja lämpiminä kädenpuristuksina. Hoitotyön toimintoja tässä komponentissa ovat mm. ajattelu- ja puhehäiriöiden tunnistaminen. (Liljamo ym. 2012: 41.)

FinCC luokituksen mukaan turvallisuuteen liittyy toimintoja, joiden avulla pyritään lisäämään ja huolehtimaan potilaan ulkoisesta turvallisuudesta. Tähän liittyy myös tarvittaessa potilaan liikkumisen ja yhteydenpidon rajoittaminen ja potilaan uhkaavan käyttäytymisen hallinta. Hoitotyön toimintoja tässä luokassa on mm. potilaan omaisuuden haltuotto tai tarkistus, potilaan liikkumisen rajoittaminen ja seuranta ja vierihoidon hoitaminen. (Liljamo ym. 2012: 48.)

Hoidon- ja jatkohoidon koordinoimisen tavoitteena on, että potilaan siirtyminen yksiköstä pois kotiin tai jatkohoitopaikkaan on turvallista ja tiedonkulku katkeamatonta. (Rautavaara-Nurmi ym. 2015: 438). FinCC luokituksessa tämä komponentti sisältää toimintoja,

joita käytetään, kun suunnitellaan, ohjataan, koordinoidaan ja toteutetaan potilaan hoitajakson aikaisia tai sen jälkeen tapahtuvia, terveys- ja asiantuntijapalveluita. Hoitotyön toimintoja tässä luokassa ovat mm. jatkohoitoon liittyvä ohjaus sekä tutkimukseen, toimenpiteeseen tai näytteenottoon liittyvä valmistaminen ja ohjaus. (Liljamo ym. 2012: 43)

Potilaan/potilaiden yleinen tarkkailu ja valvontakierrokset tarkoittavat yöllä sekä päivällä tehtäviä tarkastuskäyntejä, jolloin kierretään katsomassa potilaita ja kysymässä vointia. Lääkärinkiertoihin osallistuminen pitää sisällään lääkärikierrat potilaan vierellä, sekä lääkärin tai muiden ei-hoitotyön ammattiryhmien avustamisen hoidoissa ja toimenpiteissä. Potilaan siirtäminen/kuljettaminen tarkoittaa potilaan saattamista toiselle osastolle kuten esimerkiksi kuljetukset leikkaussaliin, dialyysiin, tutkimukseen yms. Paluumatkat ilman potilasta merkitään välillisen hoitotyön osioon.

## 2.2 Välillinen hoitotyö

Välillinen hoitotyö on potilaisiin liittyvää hoitotyötä, jota ei kuitenkaan tehdä potilaan läsnä ollessa. Välilliseen hoitotyöhön liittyviä toimintoja ovat hoitotyön dokumentointi, raportointi, lääkityksen ja toimenpiteiden valmistelu, tutkimukset ja niiden vastausten tarkastelu, uudet potilaat ja odottaminen/etsiminen. (Partanen 2002: 97,103.)

Hoitotyön kirjaaminen on systemaattista ja siinä kuvataan potilaan hoito hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaisesti. Potilaasta laaditaan aikajärjestyksessä etenevä potilaskertomus. (Rautavaara-Nurmi ym. 2015: 45.) Kansallinen hoitotyön systemaattinen kirjaamisen malli ohjaa hoitotyön kirjaamista. Mallissa kirjaaminen jäsennetään moniammatillisen hoitoprosessin mukaan seuraaviin vaiheisiin: tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Nämä prosessin vaiheet ovat rakenteisen kirjaamisen perusta. (Ahonen ym. 2016: 47.)

Hoitotyön kansallisesti määritellyt rakenteita ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Potilasdokumentointi koostuu myös keskeisistä tiedoista, joita ovat: henkilötiedot, riskitiedot, hoidon syy, lääkehoito, lääketieteellinen diagnoosi, tutkimukset, toimenpiteet, toimintakyky ja apuvälineet. (Ahonen ym. 2016: 47.)

Tulotilanteessa potilaan hoidon tarve määritellään ja potilaasta kerätään sekä analysoidaan tietoja. Näitä tietoja ovat esimerkiksi potilaan taustatiedot, tulosyy, toimintakyky ja

elämäntilanne. Hoidon suunnitteluun kuuluvat potilaan hoidon tarve, sen tavoitteet ja suunnitellut hoitotyön toiminnot. Hoidon toteutuksen kirjaamisessa käytetään aiemmin kuvattua hoitotyön toimintoluokitusta ja/tai vapaata tekstiä. Hoidon arvioinnissa kirjataan hoidon tulos ja hoitotyön yhteenveto pitää sisällään koosteen päivittäisistä hoitotyön merkinnöistä. (Ahonen ym. 2016: 47.)

Raportointi on keskeinen keino turvata potilaan hoidon jatkuvuus. Raportointi toteutetaan suullisesti ja/tai kirjallisesti ja sen pohjana ovat potilasasiakirjat ja hoitosuunnitelma. (Ahonen ym. 2016: 52.) Tässä opinnäytetyössä on kuvattu suullinen raportointimenetelmä, sillä se on käytössä tutkimuksen kohteena olevassa yksikössä. Suullisilla raporteilla tarkoitetaan suullisia tiedotustilaisuuksia eli raportteja. Nämä tilaisuudet tapahtuvat yleensä suljetuissa ja rauhallisissa tiloissa. (Ahonen ym. 2016: 52.)

Tutkimuksen kohteen olevassa yksikössä suullisia raportteja pidetään yleensä aamulla työvuoron vaihtuessa, lääkärin kierron jälkeen, päivällä työvuoron vaihtuessa ja illalla yövuoron saapuessa töihin. Suullisen raportin aikana hoitaja tiedottaa potilaan hoitoon ja vointiin liittyvistä asioista seuraavalle työvuorolle tai kollegoilleen esimerkiksi lääkärinkierron jälkeen. Raporttia vastaanottava hoitaja tekee saamastaan tiedosta muistiinpanoja, jotta he voivat turvata potilashoidon jatkuvuuden. (Ahonen ym. 2016: 52.)

Välillisessä hoitotyössä lääkehoito tarkoittaa kaikkia sellaisia potilaiden lääkehoitoon liittyviä toimintoja, joita ei tehdä potilaan läsnä ollessa. Näitä toimintoja ovat esimerkiksi erilaisten lääkeaineiden käyttökuntoon saattaminen, lääkkeiden jako potilaskohtaisiksi annoksiksi ja potilaan lääkehoidon suunnittelu. (Sulosaari – Leino-Kilpi 2013: 15).

Sairaalassa tehdään monia erilaisia tutkimuksia ja toimenpiteitä. Sairaanhoidajan työn yksi osa-alue on valmistaa ympäristö ja välineet toimenpiteen tekemistä varten. Toimenpiteen valmisteluun liittyy mm. valaistuksen riittävyden varmistaminen, toimenpidehuoneen siisteydestä huolehtiminen ja se, että hoitaja on valmistellut itsensä toimenpidettä varten. (Rautavaara-Nurmi ym. 2015: 118.)

Välillinen hoitotyö on myös valmistelua ja hoitamisen loppuun saattamista. On haettava esimerkiksi pesuvälineitä ja vietävä niitä pois. Potilaita on välillä kuljetettava eri paikkoihin ja paluumatkoja tehtävä ilman potilasta. Ajoittain on tutustuttava erilaisiin hoito-ohjeisiin ja käsiteltävä osastolla olevien potilaiden omaisuutta. (Partanen 2002: LIITE 1. 2.)

Hoitotyön yksi osa-alue on tutkimusten tilaaminen potilaille sekä niiden vastausten tarkistaminen. Uusia potilaita varten pitää tilata potilasvuoteet, suunnitella huonepaikkajakoa ja tutustua potilaiden tietoihin. Myös erilaisten näytteiden ottamiseen liittyy esivalmisteluja, jotka nekin kuuluvat välilliseen hoitotyöhön. Joskus välilliseen hoitotyöhön liittyy myös odottelua. Saatetaan etsiä kollegaa tai odottaa jonkin tutkimustuloksen valmistumista. Myös lääkäreiden jatkohoito-ohjeiden odottaminen kuuluu välilliseen hoitotyöhön. (Partanen 2002: LIITE 1. 2.)

### 2.3 Osastokohtainen toiminta

Osastokohtainen toiminta on sellaista, joka liittyy osaston toiminnan ylläpitämiseen. Joskus osastolla joudutaan sijaamaan potilaiden vuoteita, siistimään osastoa ja järjestelmään välineitä. Myös ruokahuoltoon liittyviä järjestelyjä tehdään ajoittain. Näitä ovat mm. ruoanjakelu, ruokatilauksen tekeminen ja ruokakorttien käsittely. Digitaalisen potilastietojärjestelmän myötä toimistotyö on vähentynyt, mutta potilastaulun ylläpitoa tehdään ja joskus joudutaan tulostamaan joitakin lomakkeita tai ohjeistuksia. (Partanen 2002: LIITE 1. 2.)

Osastolla tehtävään työhön liittyy myös kommunikaatiota, joka ei liity potilaiden hoitoon. Työhön liittyy erilaisia tilauksia ja välineiden lainauksesta huolehtimista. Joskus myös vastataan tiedusteluihin, jotka koskevat niitä potilaita, jotka eivät ole osastolla hoidossa. Osaston ulkopuoliset käynnit kuuluvat myös osastokohtaiseen toimintaan. Joskus joudutaan hakemaan lääkkeitä tai tavaraa. Osaston toimintaan liittyvät myös erilaiset kokoukset ja koulutukset. Työvuorolistoja joudutaan välillä tarkastamaan ja niiden muutoksista sopimaan. Osastolle tulee usein myös tiedotteita, joihin pitää tutustua. Toisia työntekijöitä täytyy ohjata.

Opiskelijoiden ohjaus on osaston päivittäistä toimintaa. Tähän luokkaan kuuluu myös potilaan vierellä tehtävä ensisijaisesti opiskelijan ohjaukseen liittyvä työ. Opiskelijaohjaukseen liittyy myös opiskelija-arviointien tekoa sekä pitämistä ja oppilaitoksen kanssa tehtävää yhteistyötä. Välineitä ja varastoja täytyy myös tarkistaa ja täyttää. Lääke-, varasto-, väline- ja tekstiilitilaukset kuuluvat myös osastokohtaiseen toimintaan. Erilaisten välineiden kuntoa ja toimintakykyä pitää tarkistaa sekä ylläpitää.

## 2.4 Henkilökohtainen aika ja muu työ

Tässä opinnäytetyössä henkilökohtainen aika tarkoittaa yksinkertaisesti kaikkia hoitajan työvuoronsa aikana työstään pitämiä taukoja mukaan lukien osaston ulkopuolella käynnit ilman työtehtäviä. Osastolla työskentelevät sairaanhoitajat kuuluvat KVTES:n (kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus) piiriin ja ovat työsuhteisia. Osaston sairaanhoitajat noudattavat jaksotyöaika. Työajasta on sovittu työehtosopimuksella ja se on kolmen viikon pituisena työaikajaksona enintään 116 tuntia 15 minuuttia. (Kuntatyönantajat. KVTES. Säännölliset työajat. 2018.) Jaksotyöajan mukaisen työvuoron pituus osastolla on keskimäärin 8 tuntia. Työpaikalla on myös paikallisesti sovittu niin sanotusta jaksotyöajasta poikkeavasta työajasta. Puhekielessä käytetään termiä ylipitkä työvuoro, joka tutkimuksen kohteena olevalla osastolla on enintään 13 tuntia 30 minuuttia. Käytännössä tämä tarkoittaa aamu- sekä iltavuoroa tehtynä peräkkäin. Näiden ylipitkien työvuorojen tekeminen perustuu vapaaehtoisuuteen.

KVTES:n mukaan työntekijälle on annettava päivittäinen lepotauko, jos hän työskentelee yli kuusi tuntia päivässä. Käytännössä lepotauko tarkoittaa ruokataukoa. Ruokataukoa ei saa sijoittaa aivan työvuoron alkuun eikä loppuun. Osastolla olevat sairaanhoitajat ruokailevat työajalla, kuten jaksotyössä on tyyppillistä. Tällöin ruokailu tapahtuu työpaikalla. Ruokataukoon ei tulisi KVTES:n mukaan kulua yli 20:tä minuuttia. (Kuntatyönantajat. KVTES. Lepoajat. 2018) Todellisuudessa tutkimuksen kohteena oleva sairaala on iso ja työpaikkaruokala sijaitsee pitkän matkan päässä. Tällöin ruokailuun jonotusruuhkineen kuluu helposti yli 20 minuuttia.

Jaksotyöajan mukaiseen työvuoroon kuuluu yksi kahvitauko, joka on kestoaltaan 10 minuuttia. Myöskään tätä taukoa ei saa sijoittaa välittömästi työvuoron alkuun tai loppuun, eikä sen aikana saa poistua työpaikalta. (Kuntatyönantajat. KVTES. Lepoajat. 2018.) Niin sanotuissa ylipitkissä työvuoroissa työntekijällä on oikeus pitää kaksi ruokataukoa sekä kaksi kahvitaukoa.

Tämän opinnäytetyön työajanseurantalomake sisältää myös ”muun työn” – osion. Tähän osioon voidaan lisätä kaikki sellainen toiminta, jota tutkimukseen osallistuva henkilö ei osannut sijoittaa mihinkään edellä mainituista luokista. Tässä luokassa on tärkeää muistaa huomioida, tehdäänkö toiminta potilaan luona vai ilman potilaan läsnäoloa.

### 3 Työajan toimintolaskenta

Tutkijoita on kautta aikojen kiinnostanut se, miten terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät työaikansa. Toimintolaskenta tekniikalla kerätään tietoa tietyllä aikavälillä. Tietoa voidaan kerätä esimerkiksi määrittelemällä mitä työntekijä on tekemässä neljä kertaa tunnissa. Joskus tietoa voidaan kerätä seuraamalla työntekijää toiminnassa valitussa ajankohdassa. Joissain tutkimuksissa työntekijät käyttävät lomakkeita raportoidakseen toimintonsa. Toisinaan tarkkailu tapahtuu ennalta sovittujen aikavälien mukaan ja toisinaan sattumanvaraisesti valittuna ajankohtana. Päätelmiä tehdään tyypillisesti siitä, kuinka paljon työaika on käytetty tiettyyn toimintoon. (Finkler – Knickman – Hendrickson – Lipkin, Jr. – Warren 1993: 578.)

Toimintolaskenta (engl. work sampling, activity sampling) - menetelmän kehitti brittiläinen tilastotieteilijä L.H.C. Tippett vuonna 1934. Menetelmässä sovelletaan tilastollista todennäköisyysteoriaa johtamisen ongelmiin. Menetelmä kehitettiin alun perin teollisuuden piirissä ja sillä pyrittiin työn tuottavuuden arviointiin ja parantamiseen (Partanen 2002: 49, 50.) Toimintolaskennassa organisaation tehtävät jaetaan toimintoihin. Toiminnot kerrotaan siitä, mitä työpaikalla tehdään. Toiminnot ovat erilaisia eri organisaatioissa ja ne toteutetaan eri tavoin. Siksi toimintoja ei voida yleistää. (Alhola 2016: 29, 27.)

Toimintolaskennassa toiminnot syntyvät ulkopuolisesta impulssista. Impulssi synnyttää useita perättäisiä toimintoja ja niistä muodostuu toimintoketju. Organisaatiossa kustannukset syntyvät nimenomaan toiminnoista. Niihin puuttamalla voidaan vähentää myös kustannuksia, jotka eivät tuota asiakkaalle lisäarvoa. Niukkojen resurssien tehokas käyttö edellyttää nimenomaan sitä, että suoritteet tuottavat lisäarvoa asiakkaalle. (Alhola 2016: 27-29.)

Toimintolaskentaa käytetään nykyään yleisesti, kun halutaan selvittää, mihin henkilöstö käyttää työaikansa (Partanen 2002: 50). Toimintolaskentaa käytettiin (Abdellah – Levine 1954) hoitohenkilöstön työajankäytön tutkimiseen ensimmäisen kerran 1950-luvulla. Tuolloin haluttiin selvittää, mihin koulutettujen sairaanhoitajien työaika kuluu. Samalla haluttiin kehittää sairaanhoitajien työnkuvaa, jotta he tekisivät mahdollisimman paljon koulutustaan vastaavaa työtä. (Abdellah – Levine 1954: 11.)

Abdellah ja Levine (1954) kirjoittivat artikkelissaan havainneensa, että hoitajien työstä voidaan tehdä luotettavaa kartoitusta säännöllisin välein eli intermittoivasti. Menetelmä



poikkeaa teollisuudessa käytetystä menetelmästä, jossa havainnot työstä ajoitetaan epäsäännöllisesti. Intermittoivasti (esim. 15 minuutin välein) tehtävä havainnointi perustuu siihen teoriaan, että havaittujen toimintojen määrä korreloi läheisesti sitä aikaa, joka toimintoon käytetään. (Abdellah – Levine 1954: 12.)

#### **4 Aikaisempia tutkimuksia sairaanhoitajien työajankäytöstä**

Väitöskirjassaan Partanen (2002: 64, 72, 76, 108) tutki sairaanhoitajien ja perushoitajien työajankäyttöä hoitoisuudeltaan erilaisten potilaiden hoitamisessa erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitotyön henkilöstömitoituksen arviointia ja suunnittelua varten. Sairaanhoitajien ja perushoitajien työajankäyttöä seurattiin kahden viikon ajan toimintolaskentamenetelmällä. Hoitajat raportoivat itse työtehtäviään 10 minuutin välein yleensä neljän tunnin havainnointijaksoissa. Hoitajat raportoivat työstään strukturoidulle lomakkeelle, jossa hoitotyö oli jaoteltu seuraaviin pääluokkiin; välitön hoitotyö, välillinen hoitotyö, osastokohtainen työ ja henkilökohtainen aika. Tutkimukseen osallistui 92 hoitajaa. Tulosten mukaan 41 % sairaanhoitajien ja perushoitajien työstä oli välitöntä hoitotyötä ja 35 % välillistä hoitotyötä. 16 % työajasta kului osastokohtaiseen työhön ja 8 % henkilökohtaiseen ajankäyttöön. Tutkimuksessa kerättiin aineistoa myös osastonhoitajilta ja potilailta sekä hyödynnettiin osastojen hoitoisuusluokitustietoja. Hoitohenkilökunnan työajankäyttö suhteutettiin eri hoitoisuusluokissa olevien potilaiden hoitamiseen käytettyyn aikaan. Tuloksista kävi ilmi, että hoitoisuusluokka I potilaiden hoitoon hoitajat käyttivät 0,67 tuntia, hoitoisuusluokka II potilaisiin 1,93 tuntia, hoitoisuusluokka III potilaisiin 3,89 tuntia ja hoitoisuusluokka IV potilaisiin 5,86 tuntia.

Furåker (2009: 269-272) on tutkinut Ruotsissa hoitajien työajankäyttöä. Tutkimuksessa vertailtiin sitä, miten erilaiset toiminnot jakautuivat kirurgisella, geriatrisella, sisätautisella ja psykiatrisella osastolla ja kuinka paljon työajasta kului välittömään hoitotyöhön. Tutkimusmetodina käytettiin hoitajien (30 hoitajaa) viiden työpäivän aikana kirjoittamia päiväkirjoja. Päiväkirjat pitivät sisällään työn sisällön, sen kuinka paljon aikaa yhteen toimintoon käytettiin ja sen, miten työ oli organisoitu. Tutkimuksessa hoitajien työaika oli jaettu perushoittoon (mm. hygienia, vuoteiden petaaminen, tulohaastattelut ja ruuan jako), erikoissairaanhoidtoon (mm. lääkkeiden antaminen potilaille, infuusioiden valmistaminen ja antaminen ja näytteidenotto) ja muihin toimintoihin (aika jolloin hoitajat eivät ole suoraan

kontaktissa potilaisiin). Tutkimustulosten mukaan hoitajat käyttivät päivittäin aikaa välittömään hoitotyöhön 38 % työajastaan.

Harrison ja Nixon (2002: 160-165) tutkivat Englannissa 7-paikkaisella teho-osastolla hoitajien työajankäyttöä ja sitä, kuinka paljon aikaa käytettiin kuhunkin hoitotyön toimintoon ja hoitotyön ulkopuolisiin toimintoihin. Tutkimuksessa verrattiin myös hoitotyön ulkopuolisiin toimintoihin käytettyä aikaa siihen, kuinka paljon tukitoiminnoista vastaavia työntekijöitä oli työvuorossa saatavilla. Tutkimuksessa hoitohenkilöstön työnkuvat analysoitiin ja purettiin toiminnoiksi. Syntyi kuusi pääkategoriaa; varsinainen hoitotyö, hoitotyön toimistotehtävät, potilaan tilan arviointi, työhön liittyvä ei suoraan potilashoittoon liittyvä aika, ei hoidolliset toiminnot ja oma aika. Tutkimus toteutettiin yhden viikon aikana kaikissa työvuoroissa ja vastaajina olivat sairaanhoitajat. Jokainen vuoro jaettiin viiden minuutin jaksoihin. Sairaanhoitajat saivat kukin oman lomakkeen jokaiseen vuoroon. Lomakkeeseen tuli merkitä viiden minuutin välein sen mukainen koodinumero, mitä toimintoa he olivat kulloinkin suorittamassa. Viikossa saatiin 135 täyttää lomaketta ja vastausprosentti oli 96,4. Tuloksista kävi ilmi, että 85 % työajasta kului neljään pääluokkaan; varsinaiseen hoitotyöhön 24 %, hoitotyön toimistotehtäviin 17 %, potilaan tilan arvioimiseen 38 % ja omaan aikaan 6 %. Tutkimuksesta kävi ilmi, että ei hoidollisiin tehtäviin hoitajat käyttivät työaikaansa vaihtelevasti 3-6 % työajastaan. Eniten ei hoidollisiin tehtäviin aikaa kului iltavuoroissa, jolloin tukitoiminnoista vastaavaa henkilökuntaa oli vähiten käytettävissä.

Lundgren ja Segsten (2001: 13-15) ovat tutkineet sitä, miten sairaanhoitajien työaika jakautuu eri toimintojen välillä, miten he organisoivat työtään osastolla ja ovatko nämä edellä mainitut asiat muuttuneet ajan saatossa. Tutkimus toteutettiin 22-paikkaisella sisätauti-kirurgisella vuodeosastolla isossa ylisopistolisessa sairaalassa Ruotsissa. Kaksi kertaa kahden vuoden sisällä ulkopuoliset tarkkailijat vierailivat osastolla 10 päivän ajan, jolloin sairaanhoitajien työtä tarkkailtiin. Joka päivä tarkkailtiin yhtä sairaanhoitajaa, jonka työstä tarkkailijat tekivät muistiinpanoja. Tutkimus poikkeaa aiemmin mainituista siinä, että tässä käytettiin kahdenlaista toimintoluokitusta. Ensimmäinen tehtiin tutkimusta varten ja sen kategoriat olivat; välitön hoitotyö, välillinen hoitotyö, lääkärin kierrot, huoltotyöt, vuororaportit, potilas- ja yleinen hallinto sekä oma aika. Toisena luokittelutapana käytettiin Minyard et al. (1986) tutkimuksen luokittelutapaa, jonka toiminnot jakautuvat seuraavasti; välitön hoitotyö, välillinen hoitotyö, yksikköriippuvaiset toiminnot ja oma aika. Tutkimustulosten mukaan työn organisoinnissa kahden vuoden aikana tapahtunut muutos pirstaloituneesta ja tehtävääorientoituneesta työtavasta organisoidumpaan ja potilaskeskeisempään työtapaan lisäsi merkittävästi välittömän hoitotyön osuutta työajasta. Lisäksi

välillinen hoitotyö, oma aika sekä huoltotyöt vähenivät ajan saatossa työtavan muutoksen myötä. Sama tendenssi pystyttiin osoittamaan myös Minyardin (1986) käyttämän toimintoluokittelun mukaan.

Antinaho, Kivinen, Turunen ja Partanen (2015; 1096-1097) ovat tutkineet sairaanhoitajien ja lähihoitajien työajankäyttöä kahdessa suomalaisessa aluesairaalassa nimenomaan lisäarvoa tuottavan potilashoidon näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin kuudella aikuisten vuodeosastolla (2 kirurgista osastoa, 2 sisätautiosastoa ja 2 psykiatrista osastoa). Tutkimusmetodina oli toimintolaskenta, jossa hoitajat raportoivat itse työajankäytöstään 10 minuutin välein strukturoidulle lomakkeelle. Tutkimus kesti kaksi kuukautta. Raportointi tehtiin aamuvuoroissa aina maanantaista perjantaihin. Yhteensä 11209 toimintoa raportoitiin. Tutkimuksessa toiminnot jaettiin aiempien tutkimusten perusteella kolmeen pääkategoriaan; lisäarvoa tuottava hoitotyö, tarvittavat toiminnot ja ei lisäarvoa tuottava hoitotyö. Lisäarvoa tuottava hoitotyö – kategoria sisälsi kolme alakategoriaa; välitön hoitotyö, välillinen hoitotyö ja potilasdokumentointi. Tarvittavat toiminnot kategoria sisälsi kaksi alakategoriaa, epäsuora työ ja yksikkökohtaiset toiminnot. Ei lisäarvoa tuottava hoitotyö koostui alakategorioista; oma aika ja sekalainen työ. Tutkimustulosten mukaan lisäarvoa tuottavaa hoitotyötä oli 71 % koko työajasta, josta välittömään hoitotyöhön käytettiin 38 %, välilliseen työhön 17 %, potilasdokumentointiin 17 %, osastokohtaisiin toimintoihin 10 % ja henkilökohtaiseen aikaa 7 % työajasta.

Tuorein suomalainen tutkimus hoitohenkilöstön työnjakoon liittyen on Lavanderin (2017: 7) väitöskirja. Tutkimus kuvailee ja analysoi sitä, millainen työnjako on välittömään potilashoittoon osallistuvan hoitohenkilökunnan välillä. Tutkimus kuvailee ja analysoi myös nimikesuojattujen ammattihenkilöiden ja laillistettujen ammattihenkilöiden työnjaon rajapintaa, sekä työnjaon kehittämisen haasteita ja esteitä. Tutkimus tehtiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Tutkimus oli kaksivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa tehtiin synteesi työnjakoon liittyvästä tutkimuksesta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Toisessa vaiheessa analysoitiin kyselylomakkeen avulla saatuja nimikesuojattujen ammattihenkilöiden (n = 121), laillistettujen ammattihenkilöiden (n = 472) sekä esimiesten (n = 67) tuottamia vastauksia. Sama lomake sisälsi myös avoimen kysymyksen, joiden vastaukset analysoitiin (n = 260). Tutkimusta varten kehitettiin oma mittari, jossa ei erityisesti lähdetty muodostamaan välittömän ja välillisen hoitotyön lomaketta. Haluttiin nimenomaan kuva nimikesuojattujen ja laillistettujen ammattihenkilöiden välisestä työn rajapinnasta. Kyselylomakkeessa välitöntä hoitotyötä mittasi 88 kysymystä ja välillistä hoitotyötä 40 kysymystä. Kaikki hoitajat nimikkeestä riippumatta käyttivät välittömään

potilashoittoon alle puolet työajasta. Kaikilla ammattiryhmillä oli paljon ei-hoidollisia tehtäviä.

## **5 Hoitotyö akuutilla neurologisella vuodeosastolla**

Neurologisen potilaan hoitamisessa korostuu potilaan tarkkailu ja voinnin muutoksiin reagoiminen. Usein neurologisissa sairauksissa on kyseessä äkillinen ja potilaan terveyttä sekä toimintakykyä uhkaava sairaus. Se voi vaikuttaa potilaan kognitiivisiin toimintoihin, tunne-elämään ja tajunnantasaan. (Salmenperä – Tuli – Virta 2002: 10.) Neurologisilla potilailla on hyvin vaihtelevasti oireita riippuen sairaudesta. Tavallisimpia neurologisen potilaan oireita ovat: päänsärky, huimaus, lihasheikkous, motoriset ongelmat, vapina, tuntuu puutokset, puheen tuoton vaikeus, hahmottamisen vaikeus ja toiminnan säätelyn vaikeus. Oireisto voi olla moninainen tai painottua yhteen ongelmaan (Ahonen ym. 2016: 345.)

Suuri neurologiaan kuuluva sairausryhmä on aivoverenkiertohäiriöt eli aivoinfarkti ja aivoverenvuoto. Suomalaisilla on suurentunut perinnöllinen ja elintapoihin liittyvä alttius näihin sairauksiin. Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat usein pysyviä haittoja, kuten esimerkiksi halvauksia ja puhekyvyttömyyttä. Näiden sairauksien ehkäisy, ensihoito ja kuntoutus ovat ensiarvoisen tärkeitä. (Neurohoitajan käsikirja 2016: 79.)

Varsin yleisiä neurologian alaan kuuluvia sairauksia ovat mm. migreeni ja epilepsia. Neurologisista autoimmuunisairauksista tavallisimpiin lukeutuu MS-tauti. Ikääntymisen myötä yleistyvät liikehäiriösairaudet ja muistisairaudet esim. Parkinsonin tauti ja Alzheimer. Aivovammat taas aiheuttavat pitkäaikaista neurologista haittaa. Neurologiaan kuuluu myös joukko harvinaisempia tautiryhmiä esim. perinnölliset lihastaudit, erilaiset autoimmuunisairaudet ja rappeumasairaudet. Näiden hoito neurologisella vuodeosastolla vaatii erityistä osaamista. (Neurohoitajan käsikirja 2016: 79.)

Akuutilla neurologisella vuodeosastolla hoidetaan tavallisimmin potilaita, joiden oireiden alkamisesta on vain muutamia päiviä tai jopa tunteja. Poikkeuksena tästä ovat pitkäaikaiset neurologiset sairaudet. Hoidon akuuttivaiheessa vuodeosastolla pidetään huolta potilaan peruselintoimintojen tarkkailusta, pyritään ehkäisemään sairauden eteneminen

ja hoidetaan mahdollisia komplikaatioita. Neurologisen potilaan hoito on kuntouttavaa akuuttihoitoa ja edellyttää moniammatillista yhteistyötä.

Kirjallisuudessa on kuvattu runsaasti nimenomaan aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoitoa AVH-yksikössä. Sen sijaan kirjallisuudessa on erittäin vähän tietoa löydettävissä akuutien neurologisten osastojen toiminnasta ja niissä tehtävästä hoitotyöstä. Myöskään neurologisen potilaan hoitotyön kirjaa ei ole uusittu vuosikausiin.

## **6 Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin akuutti neurologinen vuodeosasto**

Tutkimusympäristö on Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (myöhemmin HUS) akuutti neurologinen vuodeosasto. HUS kuntayhtymän muodostavat 24 kuntaa, jotka ovat: Askola, Espoo, Hanko, Helsinki, Hyvinkää, Inkoo, Järvenpää, Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi, Lapinjärvi, Lohja, Loviisa, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen, Porvoo, Raasepori, Sipoo, Siuntio, Tuusula, Vantaa ja Vihti. HUS:n tehtävänä on tuottaa jäsenkunnille ja niiden asukkaille erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon palveluja. HUS:n osana toimii yliopistosairaala HYKS, jonka tehtävänä on tuottaa hoitoa harvinaisia sairauksia ja muuten vaativaa hoitoa tarvitseville potilaille omaa sairaanhoitopiiriään laajemmin erityisvastuualueen (erva) väestölle ja joissakin tapauksissa koko maan väestölle. (HUS-tietoa.) Erikoissairaanhoidon on erikoislääkäreiden johtamaa ja siihen kuuluu sairauksien tutkiminen, hoito sekä sairauksia ehkäisevät ja kuntouttavat toiminnot.

### **6.1 Akuutin neurologisen osaston toiminta**

Tutkimusympäristö on akuutti neurologinen 27 - paikkainen vuodeosasto. Potilaista noin 85% tulee päivystyspoliklinikalta ja loput sovitusti jonopotilaina tai sairaala- sekä osastosiirtoina. Suurin sairausryhmä on aivoverenkiertohäiriöt. Osaston keskeisimpiin oire- ja sairausryhmiin kuuluvat myös epilepsia, MS - tauti, myasthenia gravis, lihastaudit, keskushermoston tulehdukset, ääreishermoston sairaudet, dementoivat sairaudet ja muisti-häiriöt, päänsärky, huimaus sekä kasvaimet.

Työ osastolla on kuntouttavaa akuuttihoitoa. Osasto toimii vuoden jokaisena päivänä ja kaikkina vuorokaudenaikoina. Osastolla toimii moniammatillinen tiimi. Potilaan hoitoon osallistuvat lääkärit, hoitohenkilökunta, fysioterapeutit, puheterapeutti, neuropsykologi, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja kaksi osastonsihtööriä. Osaston hoitohenkilöstö muodostuu sairaanhoitajista ja lähihoitajista. Suurin ryhmä on sairaanhoitajat (30kpl). Lähihoitajia on kuusi henkilöä. Osasto on jaettu neljään moduulin, joita tässä tutkimuksessa kutsumme nimillä 1, 2, 3 ja 4, ja joissa jokaisessa toimii oma tiimiinsä. Poikkeuksena tästä ovat yövuorot, joissa toimii kaksi tiimiä ja osasto on jaettu tällöin kahteen moduuliin.

Osastolla käytetyt työvuorokoodit ovat B, I, P, F ja Y. B – vuoro on aamuvuoro, joka sijoittuu välille klo. 7.15–15.30. I – vuoro on iltavuoro, joka sijoittuu välille klo. 13.00–20.45. P – vuoro on niin sanottu pitkä päivä klo. 8.00–20.00 ja F – vuoro on osaston pisin työvuoro sijoittuen välille klo. 7.15–20.45. Y – vuoro ajoittuu välille klo. 20.15 – 7.30. Työvuorot voivat vaihdella pituudeltaan edellä mainituista ajankohdista. Usein kysymyksessä voi olla esimerkiksi vuoron aloittaminen aiemmin esim. I – ja P – vuoroissa tai vuoron loppuminen aikaisemmin B – vuorossa. Ainoastaan Y – vuoro on osastolla poikkeuksetta sellainen, jonka ajankohtaan ei tehdä muutoksia.

Osaston esimiehenä toimii osastonhoitaja ja hänen työparinaan apulaisosastonhoitaja. Osastonhoitajan tehtävänä on toimia hoitohenkilökunnan esimiehenä vastaten työyksikönsä päivittäisestä johtamisesta ja prosessien kehittämisestä. Osastonhoitaja ei osallistu varsinaiseen potilastyöhön. Apulaisosastonhoitaja toimii osastonhoitajan työparina ja tarvittaessa toimii hänen sijaisenaan. Apulaisosastonhoitajan työstä 20–30% on potilastyötä vaihdellen viikoittain.

Osastolla toimii myös vastaava hoitaja, joka huolehtii mm. uusien potilaiden sijoittelusta osastolla. Osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan ollessa poissa, vastaava hoitaja huolehtii sairauspoissaolojen vastaanottamisesta ja pyrkii varmistamaan toimintaa kutsumalla tarvittaessa lisähenkilöstöresursseja. Vastaavan hoitajan rooli on myös toimia vetäjänä arkiaamuisin järjestettävässä ”taulukokouksessa”, jossa käsitellään kunkin päivän potilaspaikkatilannetta, käydään läpi mahdolliset kotiutujat ja jonosta tulevat potilaat sekä mahdolliset erityistilanteet. Vastaavan hoitajan rooli on moninainen ja siihen on olemassa HUS:ssa kuvaus vastuista ja tehtävistä.

Vastaava hoitaja on pyritty arki-aamuisin irrottamaan normaalista potilastyöstä ja hän vastaa myös osastolla vastaavan hoitajan puhelimeen tuleviin tiedusteluihin. Iltaisin ja viikonloppuisin vastaava hoitaja osallistuu normaaliin potilastyöhön ja hoitaa em. asioita potilastyön ohessa. Vastaavan hoitajan työnkuva osaston arki-aamuissa ei tutkimusjakson aikana ollut vielä kovin vakiintunut.

Osaston tavoiteltu optimaalinen hoitohenkilöstömäärä on arki-aamuissa 9 hoitajaa, arki-illoissa 8 hoitajaa ja yövuoroissa 4 hoitajaa. Viikonloppuisin aamuvuoroissa 8 hoitajaa, iltavuorossa 8 hoitajaa ja yövuorossa 4 hoitajaa. Tavoite on, että arki-aamuisin olisi 3 potilasta/hoitaja ja iltaisin sekä viikonloppuisin 4 potilasta/hoitaja. Yövuorossa osaston 1 sekä 2 moduulista vastaavalla tiimillä on maksimissaan 15 potilasta ja 3 sekä 4 moduulista vastaavalla tiimillä 12 potilasta.

Osaston toiminta on suunniteltu siten, että kunkin tiimin hoitaja vastaa kaikista oman tiiminsä potilaista. Osastolla työskennellään niin, että lähi- ja sairaanhoitajat tekevät lähtökohtaisesti samoja töitä. Sairaanhoitajilla on kuitenkin kokonaisvastuu potilaista työvuoronsa aikana ja he tekevät koulutuksensa perusteella sellaisia esim. lääkehoitoon ja päätöksentekoon liittyviä asioita, joita lähihoitajat eivät tee.

Osaston toiminta aamuvuoroissa painottuu siten, että silloin tehdään enemmän potilaiden hygienian ylläpitämiseksi tehtäviä toimintoja. Aamupäivisin sairaanhoitajat osallistuvat myös lääkärin kierrolle. Merkittävä osa sairaanhoitajan työtä aamuvuoroissa on lääkärin määräysten toteuttaminen, hoitotyön dokumentointi sekä suullinen raportointi. Sairaanhoitajat vastaavat myös potilaiden siirroista eri yksiköiden välillä.

Ilta- ja yövuoroissa painottuu potilaiden voinnin tarkkailu, tutkimusten vastausten tulkitseminen sekä jatkotoimenpiteiden tekeminen sekä uusien potilaiden vastaanottaminen. Yövuoroissa tarkkaillaan potilaiden uni- ja valverytmiä sekä seurataan vointia ja tehdään joitakin rutiininomaisia mittauksia, kuten verenpaineen ja verensokerin kontrollointi. Myös yö-aikaan otetaan vastaan potilaita.

Osaston siisteydestä ja ruokahuollosta vastaa pääsääntöisesti laitoshuolto. Laitoshuollon henkilöstö on paikalla aamu- ja ilta-aikaan. Osastolla on käytössä ns. täyttöpalvelu, jonka tehtävänä on huolehtia hoitotarvikkeiden ja potilasvaatteiden riittävydestä. Osastolla on myös farmaseutti, joka vastaa useammasta neurologian osastosta. Farmaseutti jakaa mm. arkisin potilaiden lääkkeitä annoskohtaisesti lääketarjottimelle. Viikonloppuisin

tämän työn tekevät sairaanhoitajat. Farmaseutti varmistaa lääkkeiden riittävyyden sekä tilaa jotkin erityiskalliit valmiina infuusioina tulevat lääkkeet. Päivittäisten infuusioina annettavien lääkkeiden valmistus kuuluu pääsääntöisesti sairaanhoitajille. Osastofarmaseutilta voi myös kysyä lääkkeisiin liittyviä ohjeita ja hän pitää yllä mm. osaston lääkevastaavuuskansiota.

## 6.2 Hyvän hoidon kriteerit akuutilla neurologisella vuodeosastolla

Tutkimuksen kohteena olevalla osastolla on määritelty hyvän hoidon kriteerit. Niiden avulla voi mm. kuvata sairaanhoitajan työtä kyseisessä yksikössä. Hyvän hoidon kriteerit määrittelevät myös sen, minkä tasoista hoitotyötä pidetään osastolla hyväksyttävänä.

Kriteerit ovat jaettu seuraaviin luokkiin:

- hoidon suunnittelu ja koordinointi
- hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet
- ravitseminen ja lääkehoito
- hygienia ja eritystoiminta
- aktiivisuus, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo
- hoidon ja jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki

Hyvän hoidon kriteerien pohjana on toiminut Rafaela hoitoisuusluokitusmittari. RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän omistaa Suomen Kuntaliitto. Järjestelmä tuottaa tietoa potilaiden hoidon tarpeesta, hoitotyön resursoinnista, hoitohenkilöstön kustannuksista, hoitohenkilöstön työn tuottavuudesta sekä yksiköiden ja organisaation hoitotyön sisällöstä. (Hoitoisuustieto hoitotyön johtamisen tukena.) Nämä hyvän hoidon kriteerit ovat tutkimusyksikön osastokokouksessa hoitohenkilöstön yhteistyöllä tehtyjä, eikä aineistolle löydy virallisia lähdetietoja.

Hoidon suunnittelu ja koordinointi tulisi osastolla olla sellaista, että kussakin työvuorossa henkilöstöresurssit ovat optimaaliset potilaiden hoitoisuuteen nähden ja henkilöstön ammatillinen osaaminen on riittävää. Sisäisen työnjaon tulisi olla selkää ja toimivaa ja työryhmät vastaavat osaston sen hetkisen potilasmäärän ja laadun tarpeita. Tiedonkulku osastolla on toimivaa eri ammattiryhmien välillä. Osastolla työskentelevillä on käytössään asianmukaisia hoitovälineitä sekä lääkkeitä. Hoitovälineiden ja laitteiden käytettävyydestä ja huollosta on selkeät ohjeet. Henkilökunta osaa käyttää laitteistoa. Osaston fyysiset tilat määrittävät sen, kuinka paljon potilaita osastolla on. Jokaiselle potilaalle teh-



dään tulovaiheessa kattava kirjallinen hoitosuunnitelma, jossa otetaan huomioon potilaan yksilölliset tarpeet. Suunnitelma tarkastetaan joka päivä ja päivitetään tarpeen mukaan.

Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet pitävät sisällään potilaan päivittäiseen hoitoon liittyviä asioita. Potilaan peruselintoimintoja ja sairauden oireita seurataan potilaan yksilöllisten tarpeiden vaatimalla tavalla. Tarkkailussa otetaan huomioon potilaan omat tuntemukset ja oireet. Hoitajat ovat tietoisia kunkin sairausryhmän erityisistä piirteistä ja osaavat toteuttaa hoitotyötä niiden mukaan. Potilaiden seurannassa painottuu sairauden oireiden tunnistaminen. Seurannan pohjalta perustetaan käsitys potilaan tilasta. Potilaan tarkkailua suoritetaan potilaskohtaisesti ja annettujen määräysten mukaan ja hoitajat tekevät jatkuvaa arviointia potilaan tilasta sekä tiedottavat siitä tilanteen edellyttämällä tavalla. Potilaan vointia arvioidaan myös kirjallisesti joka vuorossa.

Ravitseminen ja lääkehoito ovat osa osaston päivittäistä toimintaa. Niiden tarkoituksena on huolehtia siitä, että jokainen potilas saa riittävän ravitsemuksen ja nesteytyksen potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden. Lisäksi on varmistettava, että jokainen potilas saa oikean lääkkeen oikeaan aikaan. Hoitajan on tunnistettava potilaan erityistarpeet ja heidän on kyettävä valvomaan potilaan ravitsemuksen ja nesteytyksen onnistumista. Hoitajat arvioivat potilaan lääkityksen tarvetta, antaa määrätyt lääkkeet aseptiikkaa noudattaen ja seuraa lääkehoidon vaikutuksia. Hoitajien tulee tarvittaessa konsultoida lääkäriä, jotta ravitseminen ja lääkehoito onnistuvat. Kaikki em. toimintoihin liittyvät asiat kirjataan selkeästi.

Potilaiden hygieniasta ja erityksestä on huolehdittava. Hoitajat antavat tarvittaessa ohjausta, tukea ja apua näissä asioissa. Keskeinen tehtävä on arvioida potilaan avuntarve sekä pitää huolta riittävästä hygieniasta. Hoitotyö tähtää siihen, että potilaat kykenisivät huolehtimaan näistä asioista mahdollisimman oma-aloitteisesti. Hoitajat tunnistavat eri potilasryhmien erityispiirteet eritystoiminnassa ja osaavat toimia tilanteen edellyttämällä tavalla. Potilaiden yksilölliset avuntarpeet sekä erityksen toteutuminen kirjataan ylös.

Aktiviteetista, toiminnallisuudesta ja levosta huolehtiminen on osa hoitotyötä. Neurologisella osastolla painottuu omatoimisuuteen kannustava ohjaus aktiviteetin ja liikkumisen suhteen. Potilaan avun tarve sekä keinot liikkumisessa ja toiminnallisuudessa arvioidaan yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. Hoitajien tehtävänä on tarvittaessa avustaa potilaita perustoiminnoissa. Hoitajat kirjaavat säännöllisesti potilaan aktiviteetin, liikkumisen

ja levon kannalta oleelliset asiat ja tarkkailevat em. toimintojen onnistumista. Potilaiden tulee voida levätä riittävästi ja turvallisesti. Hoitajat myös pyrkivät ylläpitämään potilaiden realiteettien tasoa.

Potilaat sekä heidän omaisensa saavat riittävää ja yksilöllistä ohjausta, opetusta, neuvontaa ja tukea sairaudesta sekä sairaalahoidosta. Hoitajat myös huolehtivat siitä, että potilaan tiedot siirtyvät tarpeen vaatimalla tavalla jatkohoitopaikkaan. Ohjauksessa hyödynnetään tarvittaessa moniammatillista tiimiä. Hoitajien tehtävänä on tarvittaessa tukea emotionaalisesti sekä potilaita että omaisia.

## **7 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia suoriutuvien (vähintään 2 vuotta osastolla työskennelleet) sairaanhoitajien työajankäytön jakautumista akuutilla neurologisella vuodeosastolla kahden viikon ajan, viikon jokaisena päivänä ja kaikissa työvuoroissa. Tarkoituksena on myös selvittää osastolla päivittäin hoidettujen potilaiden määrän yhteyttä työajankäytön jakautumiseen päätoimintoluokittain. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajan työn toiminnoista neurologisen potilaan hoidossa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitajien työn sisällön kehittämisessä ja henkilöstöressurssien kohdentamisessa.

1. Miten sairaanhoitajien työajankäyttö jakautuu eri työvuoroissa akuutilla neurologisella vuodeosastolla?
2. Onko osastolla päivittäin hoidettujen potilaiden määrällä yhteyttä hoitotyön päätoimintoluokkiin käytetyn ajan jakautumiseen?

Opinnäytetyön tietoa voidaan hyödyntää osastolla hoitohenkilöstön työn kehittämisessä esimerkiksi johtamisen työvälineenä, arvioitaessa sairaanhoitajaresurssien tarkoituksenmukaista käyttöä osastotyössä ja lisäämään työtyytyväisyyttä.

## 8 Tutkimusaineisto- ja menetelmät

### 8.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksessa käytettiin satunnaisotantaa. Perusjoukon muodostivat kaikki tutkimusosaston sairaanhoitajat, jotka olivat olleet yksikössä töissä kaksi vuotta tai enemmän. Näitä sairaanhoitajia oli yhteensä 25, eli suurin osa osaston sairaanhoitajista on työskennellyt siellä vähintään kaksi vuotta. Tämä joukko muodosti otantakehikon. Kliinisen uramallin, niin sanotun AURA-mallin mukaan, suoriutuvan työntekijän taso saavutetaan noin 1-3 yksikössä työskennellyn vuoden jälkeen. Aika vaihtelee riippuen työntekijän taustasta. (Valovirta-Hästö 2017: 5.) Tutkimuksesta rajattiin pois lähihoitajat, sillä heitä työskentelee osastolla hyvin pieni määrä ja heidän tunnistamista aineistosta ei olisi voitu poissulkea.

Kahden vuoden työskentelykokemuksella kyseisellä osastolla pyrittiin varmistamaan se, että tutkimukseen osallistuvilla on kokemuksen perusteella selkeät toimintatavat, eikä päätöksentekoon, prosessien tunnistamiseen, tiedon hankintaan tms. asioihin kulu yhtä paljon työaikaa kuin perehtyvillä sairaanhoitajilla. Sairaanhoitajien lisäksi tutkimukseen osallistui tutkimusyksikön osastonhoitaja, joka täytti jokaiselta tutkimuspäivältä osaston olosuhteita kuvaavan lomakkeen (Liite 1). Lomakkeen tiedot kerättiin päivittäisen hallinnon atk-järjestelmästä.

Tutkittavat, osastonhoitajaa lukuun ottamatta, valikoituivat otokseen satunnaisesti periodivalinnan kautta. Periodi muodostui kahden viikon ajanjaksosta ja sen aikana tehdyistä työvuoroista. Tällöin jokaisella alkiolla oli yhtäläinen todennäköisyys tulla valituksi otokseen. Kaksi viikkoa valittiin tutkimuksen kestoksi sen vuoksi, että mahdollisimman monella perusjoukkoon kuuluvalla oli mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Ainoastaan ne perusjoukkoon kuuluvat, joilla oli kyseisenä ajankohtana vuosilomaa, tai jotka olivat muusta syystä pidemmän ajan poissa työstä, jäivät tutkimuksen ulkopuolelle. Kahden viikon ajanjakso valittiin myös sen vuoksi, että tutkimukseen tulisi mukaan erilaisia työvuoroja eri viikonpäivinä ja vuorokaudenaikoina sekä aineiston määrä olisi riittävä tutkimustulosten luotettavuuden kannalta.

## 8.2 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin työvuoroittain kahden viikon aikana 27.8–9.9.2018 siten, että jokaisessa työvuorossa, tutkimuksen kohderyhmään kuuluvat sairaanhoitajat täyttivät työajanseurantalomakkeen (Liite 2). Tutkimus päättyi 9.9 iltavuoroon. Työajanseurantalomaketta täytettiin rasti ruutuun menetelmällä. Tällöin hoitaja merkitsi lomakkeeseen rastin sen toiminnon kohdalle, jota hän oli pääsääntöisesti tehnyt viimeisen 10 minuutin aikana. Seurantalomakkeen täyttäjällä saattoi halutessaan täyttää lomaketta 10 minuutin välein tai pidemmällä aikavälillä. Toimintatavasta riippumatta työaika jaettiin kuitenkin 10 minuutin jaksoihin ja rasteja lomakkeessa piti olla yhtä monta kuin mitä 10 minuutin jaksoja työvuoroon mahtui. Työajanseurantalomakkeeseen oli kiinnitetty myös ns. apulomake, joka sisälsi lyhyen kuvauksen jokaisesta toiminnosta. Lisäksi lomakkeessa oli ”muu työ” – kohta, johon hoitaja sai vapaalla tekstillä kirjoittaa sellaisen toiminnon, jota hänen mielestään ei löytynyt työajanseurantalomakkeesta.

Tutkimusyksikön osastonhoitaja keräsi kultakin tutkimuspäivältä osastolla olleiden potilaiden kokonaismäärät, sekä hoitohenkilöstömäärät työvuoroittain. Kaavakkeessa oli myös kohta, johon saattoi kirjoittaa osastolla mahdollisesti esiintyviä poikkeustilanteita, kuten esim. työntekijän sairastuminen kesken työpäivän.

Tutkimuksen aikana opinnäytetyön tekijä oli tavoitettavissa puhelimitse ja sähköpostilla, mikäli lomakkeen täytössä ilmeni ongelmia tai tutkimuksesta ylipäättänsä heräsi jotain kysymyksiä. Osaston- ja apulaisosastonhoitajan kanssa tehtiin yhteistyötä tutkimuksen onnistumiseksi ja henkilöstön sitouttamiseksi. Tutkimusjoukkoon valikoituneille tehtiin myös saatekirje (Liite 3) tutkimuksesta tiedottamiseksi. Tutkimuksen tulokset kerättiin ilman yksilöityjä henkilötietoja ehdottoman luottamuksellisesti lukolliseen postilaatikkoon osaston kahvihuoneeseen. Ainoastaan opinnäytetyön tekijän toimesta tehdyssä rinnakkaishavainnoinnissa havainnoitava henkilö oli opinnäytetyön tekijän tiedossa.

Tutkimuksen ajankohta pyrittiin sijoittamaan siten, että se ei ollut päällekkäin osaston muiden aikaa vievien kehittämishankkeiden kanssa eikä osastolla ollut käynnissä esimerkiksi hoitotyön dokumentoinnin auditointia. Suurin osa tutkimuksen kohteena olleista henkilöistä oli pitänyt vuosilomaa juuri ennen tutkimusta.

### 8.3 Seurantalomake ja sen luotettavuus

Tutkimuksessa käytetty seurantalomake pohjautuu Partasen (2002) väitöskirjassaan käyttämään lomakkeeseen (Liite 4), jonka muokkaamiseen saatiin tutkijalta kirjallinen lupa. Tutkimuslomakkeen sisällön validiteettia pyrittiin varmistamaan muokkaamalla lomaketta vastaamaan tämän päivän hoitotyötä. Muokkauksessa otettiin huomioon akuutin neurologisen osaston monimuotoinen toimintaympäristö, sekä aikaisemmat kansainväliset tutkimukset.

Välittömän hoitotyön osuus on Partasen (2002) lomakkeeseen poiketen muokattu tässä tutkimuksessa FinCC luokituksen mukaisesti. Välittömän hoitotyön toiminnot ovat siten samat, kuin mitä FinCC luokituksessa. Tämä helpotti lomakkeen täyttämistä, sillä FinCC luokitus ohjaa myös osaston päivittäistä hoitotyön dokumentointia. Välittömän hoitotyön osioon lomakkeeseen lisättiin muutama toiminto myös FinCC luokituksen ulkopuolelta, jotta lomake kattaisi kaiken osastolla tapahtuvan toiminnan. Välillinen hoitotyö osio muokattiin vastaamaan nykypäivää, samoin kuin osastokohtainen toiminta, sekä henkilökohmainen aika. Seurantalomakkeesta poistettiin esimerkiksi papereiden käsittelyyn liittyviä toimintoja, sillä potilasdokumentointi tapahtuu nykyään digitaalisesti.

Tutkimuslomakkeen täyttöväliksi asetettiin 10 minuuttia. Artikkelissa (Finkler ym. 1993: 583), jossa verrataan keskenään toimintolaskentaperusteista ja ulkopuoliseen havainnointiin perustuvaa tutkimusmetodia terveydenhuollossa todetaan, että alle 15 minuutin aikaväliä esiintyy harvemmin. Sikäläkin tässä tutkimuksessa käytetty 10 minuutin väli edustaa tarkempaa mittausväliä, kuin useissa muissa tutkimuksissa. 10 minuutin väli oli sellainen, jonka sairaanhoitajat kokivat osastolla mahdolliseksi. Osastotunneilla 15 minuutin väli koettiin liian epätarkaksi. Mittausväli tuli kuitenkin asettaa siten, ettei se häirinyt normaalia työtä.

Työajanseurantalomakkeen validiteettia pyrittiin varmistamaan seurantalomakkeen testauksella ennen tutkimusaineiston keräämistä. Työajanseurantalomaketta testattiin kesällä 2018 siten, että työyksikössä tutkimusjoukkoon kuulumattomat sairaanhoitajat, epäpätevät sairaanhoitajat sekä opinnäytetyön tekijä kokeilivat, miten seurantalomake toimi käytännössä. Lomaketta täytettiin aamu- ja iltavuoroissa sekä ylipitkissä työvuoroissa.

Testauksesta saatu suullinen ja kirjallinen palaute koottiin yhteen ja työajanseurantalomaketta muokattiin vastaamaan paremmin osaston toimintaa. Testauksen perusteella tutkimuslomakkeeseen lisättiin muutama hoitotyön toiminto. Nämä toiminnot olivat sellaisia, joita esiintyi työssä päivittäin, mutta jotka puuttuivat lomakkeesta. Tutkimuksesta ja sen toteutuksesta pidettiin yhteensä neljä osastotuntia tutkimusyksikössä. Osastotunneilla esiin nousseet kysymykset koottiin ja niihin vastattiin. Vastaukset toimivat apuna tutkimuslomakkeen täytössä.

Sairaanhoitajien suorittaman omaseurannan lisäksi osastolla suoritettiin opinnäytetyön tekijän toimesta seurantalomakkeeseen perustuvaa rinnakkaishavainnointia seurantalomakkeen luotettavuuden varmistamiseksi. Havainnointi tehtiin kahtena eri viikoppäivänä aamuvuorojen aikana. Opinnäytetyön tekijä seurasi tuolloin keskimäärin kuusi tuntia tiiviisti yhtä tutkimusjoukkoon kuuluvaa sairaanhoitajaa ja täytti kaavaketta 10 minuutin välein siten, että samaan aikaan havainnoinnin kohteena oleva henkilö täytti omaa seurantalomakettaan. Havainnoitavat kaksi henkilöä valittiin satunnaisesti, arpomalla. Tavoitteena oli, että vertailussa päästään 80 % yhdenmukaisuuteen lomakkeen täytössä.

Seurantalomakkeen täytössä haastavinta oli sijoittaa toiminto tiettyyn toimintoluokkaan silloin, kun toimintoja tehtiin useita yhtä aikaa. Näissä tilanteissa yksimielisyyden saavuttaminen oli vaikeaa. Sairaanhoitaja, joka oli perehtynyt lomakkeeseen hyvin etukäteen, pystyi täyttämään lomaketta monipuolisemmin verrattuna sellaiseen sairaanhoitajaan, joka ei ollut tutustunut siihen etukäteen. Seurantalomakkeen validiteettia olisi voitu tarkastella perusteellisemmin tekemällä useampi vertailu opinnäytetyön tekijän ja tutkimuksen kohteena olevien sairaanhoitajien välillä.

Tutkimuksen toteutusta varten jaetut ajastimet palvelivat tarkoitustaan ja niitä oli helppo käyttää. Pääsääntöisesti tutkimuslomakkeen täyttämistä pidettiin mahdollisena ja toimintoluokkia pidettiin kattavina. Lomaketta kritisoiitiin siitä, että 10 minuutin täyttöväli koettiin ajoittain liian pitkäksi sekä välittömän hoitotyön toimintojen määrä liian laajaksi. Toisaalta tutkimuksen aikana esiintyi toimintoja, joiden kesto oli 10 minuuttia tai enemmän ja jotka voitiin sijoittaa toiminnan luonteen mukaisesti oikeaan kohtaan nimenomaan lomakkeen kattavuuden takia.

#### 8.4 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimuksen aineisto koostuu 83 seurantalomakkeesta ja neljästä rinnakkaishavainnointilomakkeesta. Tutkimuksen aikana oli yhteensä 126 työvuoroa, joissa tutkimuksen perusjoukkoon kuuluvat henkilöt olivat töissä. Kolme lomaketta hylättiin sillä perusteella, että niissä olevien rastien määrä poikkesi huomattavasti tehdyn työvuoron pituudesta. Kaksi lomaketta jouduttiin hylkäämään, koska niissä oli kyseessä pitkä työvuoro, jossa tutkittava oli ollut aamun aikana vastaavana hoitajana irrotettuna normaalista potilastyöstä, mutta illan aikana normaalisti potilastyössä. Näistä kahdesta lomakkeesta ei kyetty erottamaan toisistaan niitä toimintoja, joita tutkittava oli tehnyt aamu- ja iltavuoron aikana. Tällaista työvuoroa ajatellen opinnäytetyön tekijän olisi pitänyt tehdä oma lomake.

Analysoitavaksi otettiin näin ollen 78 vastauslomaketta ja tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 66 %. Aineistossa oli yhteensä 4799 kymmenen minuutin jaksoa, joka vastaa noin 800:aa työtuntia. Rinnakkaishavainnointilomakkeet analysoitiin muusta aineistosta erillään. Osastonhoitajan täyttämää lomakkeita osastolla vallitsevista olosuhteista oli yhteensä 14. Sen osalta vastausprosentti oli 100 %. Aineistossa on 18kpl B – vuoron, 11kpl I – vuoron, 9kpl P – vuoron, 19kpl F – vuoron, 15kpl Y – vuoron ja 6kpl vastaavan hoitajan vuoron lomaketta.

Vastauslomakkeiden taustamuuttujat olivat päivämäärä, moduuli, jossa työntekijä työskenteli, työvuoron kirjainkoodi sekä työvuoron aloitus- ja loppumisajankohta. Lomakkeeseen piti myös merkitä, onko työntekijä mahdollisesti vastaavana hoitaja ja irrotettuna normaalista potilastyöstä. Taustamuuttujat olivat pääosin täytetty ohjeiden mukaan. Yhdestä lomakkeesta puuttui työntekijän moduuli ja muutamasta lomakkeesta päivämäärä. Näitä puuttuvia tietoja ei pystytty täyttämään jälkikäteen. Moduulien puuttuminen ei vaikuttanut mitenkään tutkimusaineiston analysointiin. Lomakkeita, joista puuttui päivämäärä, ei voitu käyttää vertailtaessa keskenään hoitotyön toimintojen jakautumista pääluokittain ja osastolla olleiden potilaiden määriä.

Aineisto on analysoitu Microsoft Excel-ohjelmalla ensin päätoimintoluokittain välitön- ja välillinen hoitotyö, osastokohtainen toiminta ja henkilökohtainen aika. Sen jälkeen analysoitiin toimintojen jakauma päätoimintoluokittain, työvuoroittain. Lopuksi päätoimintoluokkien sisältämien toimintojen jakauma analysointiin työvuoroittain. Aineistosta lasket-

tiin ensin toimintojen lukumäärät, jonka jälkeen ne muutettiin prosenttiosuuksiksi. Ristiintaulukointi suoritettiin hoitotyön päätoimintoluokkien ja niiden ajanjaksojen kesken, jolloin oli hoidettu paljon sekä vähän potilaita. Ristiintaulukoinnin jälkeen laskettiin odotetut frekvenssit sekä vapausaste. Lopuksi tehtiin khiin neliötesti tilastollisen merkittävyyden tutkimiseksi.

## 9 Tutkimustulokset

Tutkimustulokset esitetään siten, että ensin käsitellään osastolla vallitsevat olosuhteet tutkimusjakson aikana. Sen jälkeen kuvataan sairaanhoitajien työajan toimintojen jakautuminen akuutilla neurologisella vuodeosastolla ja käydään läpi ”muun työn” - osioon tulleet vastaukset. Lopuksi vertaillaan potilasmäärältään erilaisia ajanjaksoja ja niiden työajan toimintojen jakautumista päätoimintoluokittain.

### 9.1 Osastolla vallitsevat olosuhteet tutkimusjakson aikana

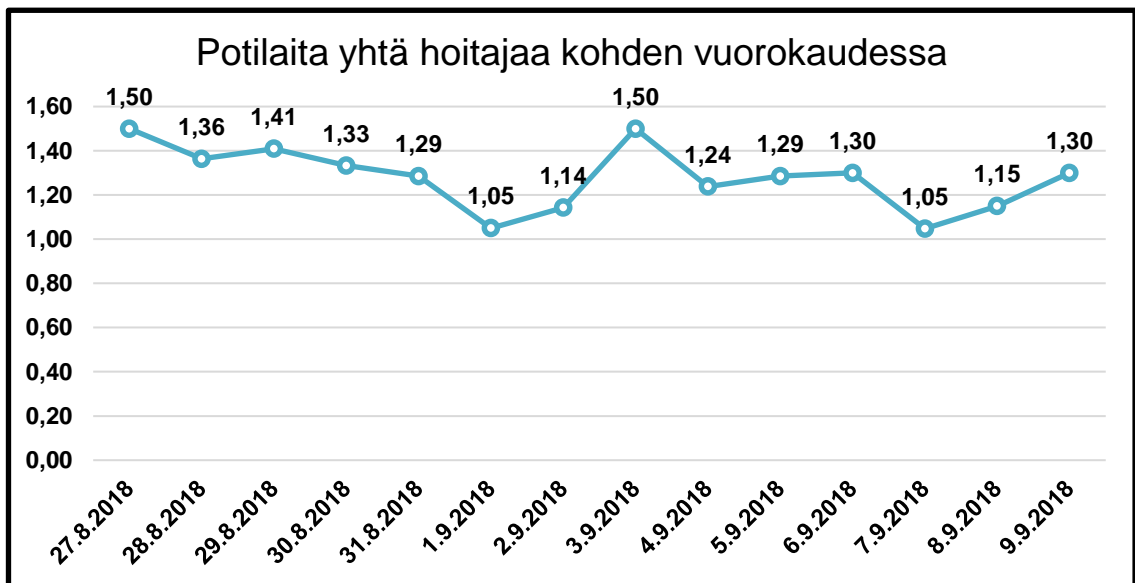
Tutkimusjakson jokaisena päivänä osastonhoitaja merkitsi lomakkeelle osastolla hoidettavana olleiden potilaiden määrän sekä hoitohenkilöstömäärän työvuoroittain. Potilasmääriin on laskettu aina kaikki yhden vuorokauden aikana osastolla olleet potilaat. Osastolla sovittu optimaalinen taso hoitohenkilöstömiehityksen osalta on arkena (aamuvuoro/iltavuoro/yövuoro) 9/8/4 työntekijää sekä arki-iltoina, että viikonloppuisin 8/8/4 työntekijää. Tutkimusjakson aikana 27.8 ja 3.9 aamuvuorojen aikana osaston hoitohenkilöstövahvuudesta puuttui yksi työntekijä. 6.9 iltavuorossa niin ikään henkilöstömiehitys oli vajaa yhdellä hoitotyöntekijällä, mutta sen katsottiin olevan hyväksyttävää osaston potilasmäärä huomioon ottaen. Kolmessa työvuorossa töissä oli yhden hoitotyöntekijän verran enemmän henkilöitä minimitavoitteeseen verrattuna. (taulukko 1)



Taulukko 1. Osastolla vallitsevat olosuhteet (potilasmäärä ja henkilöstömäärä eri työvuoroissa) tutkimusjakson aikana.

Päivämäärä	Potilasmäärä	Henkilöstömäärä työvuoroittain		
		Aamu	Ilta	Yö
27.8.2018	30	8	8	4
28.8.2018	30	9	9	4
29.8.2018	31	10	8	4
30.8.2018	28	9	8	4
31.8.2018	27	9	8	4
1.9.2018	21	8	8	4
2.9.2018	24	9	8	4
3.9.2018	30	8	8	4
4.9.2018	26	9	8	4
5.9.2018	27	9	8	4
6.9.2018	26	9	7	4
7.9.2018	22	9	8	4
8.9.2018	23	8	8	4
9.9.2018	26	8	8	4

Osaston potilasmäärä hoitajaa kohden vuorokaudessa vaihteli merkittävästi ollen enimmillään 1,50 potilasta per hoitaja ja alimmillaan 1,05 potilasta per hoitaja. Vuorokohtaisesti tätä lukua ei pysty aineistosta laskemaan. (kuvio 1)



Kuvio 1. Osaston potilasmäärä hoitajaa kohden vuorokaudessa tutkimusjaksolla.

Yhteenvedon voidaan todeta, että osastolla tutkimusjakson alkupuolella hoidettiin keskimäärin enemmän potilaita, kuin tutkimusjakson loppupuolella. Suurin potilasmäärä yhden vuorokauden aikana oli 31 ja pienin 21. Tällöin voidaan puhua merkittävästä vaihtelusta. Keskiluku potilasmäärien osalta oli 26,5. Potilasmäärän keskiarvo oli 26,5 ja vaihteluväli 4,5 potilasta. Tyypilliset olivat 26 ja 30 ja hajonta 10. Pienimmän ja suurimman

potilasmäärän välillä eroa oli 47 %. Hoitohenkilöstön osalta miehitys oli optimaalista suurimman osan ajasta poikkeuksena kaksi työvuoroa, jossa työtä tehtiin vajaamiehityksellä. Silloinkin kyseessä oli vain yhden hoitotyöntekijän puutos.

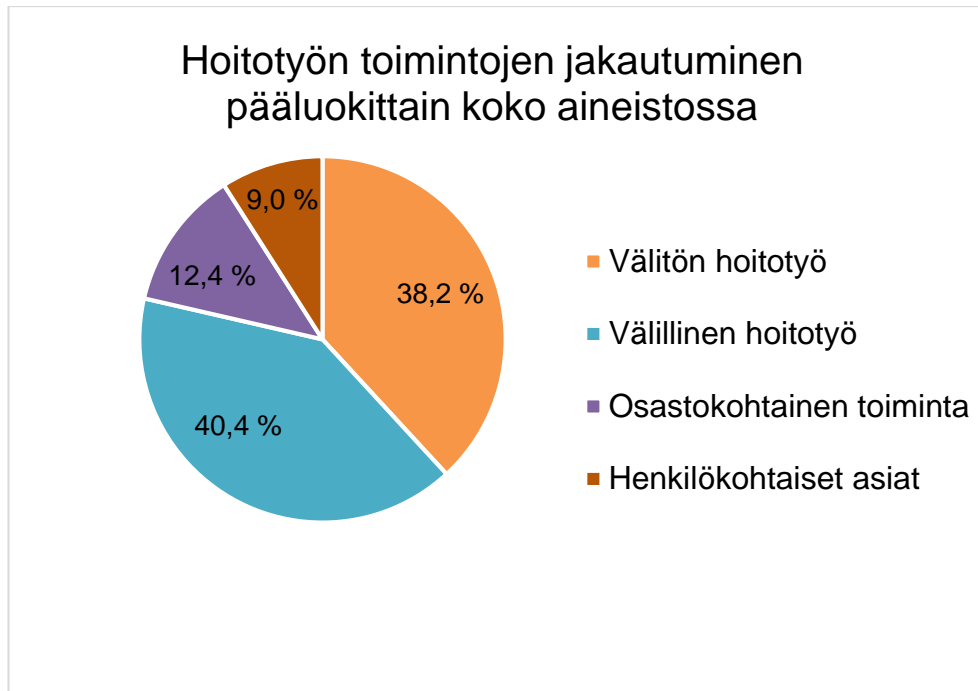
## 9.2 Sairaanhoidajien työajankäytön jakautuminen eri työvuoroissa akuutilla neurologisella vuodeosastolla

Tulosten luettavuuden helpottamiseksi alla olevassa taulukossa (taulukko 2) on esitetty kaikkien työvuorojen kirjainkoodit ja työvuoron pituus. Työvuoron pituus on aina viitteellinen ja se voi vaihdella. Asia on käsitelty aiemmin kappaleessa 6.

Taulukko 2. Tutkimusosaston työvuorokoodit ja työvuorojen viitteelliset kestot.

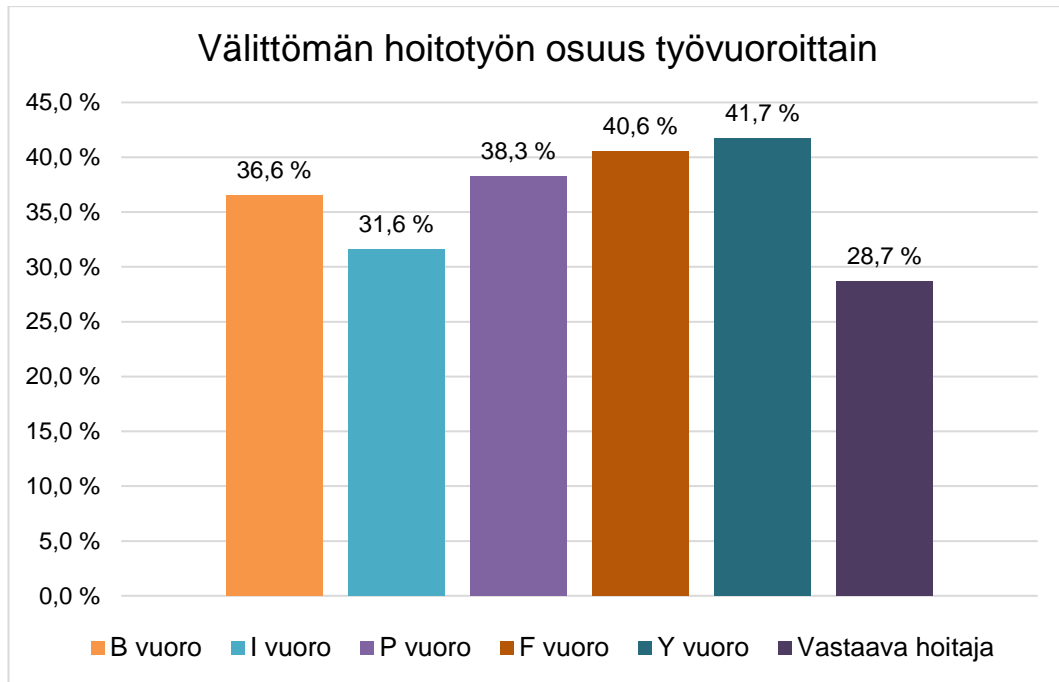
Työvuorokoodi	Työvuoron pituus
B	7.15-15.30
I	13.00-20.45
P	8.00-20.00
F	7.15-20.45
Y	20.15-7.30

Osastolla kaikkein eniten työaika kuluu välilliseen hoitotyöhön 40,4 %, kun verrataan kaikkia neljää päätoimintoluokkaa keskenään. Toiseksi eniten aikaa kuluu välittömään hoitotyöhön 38,2 %. Sairaanhoidajien työajasta suurin osa kuluu toiminnoissa, joita ei tehdä potilaan läsnä ollessa. (kuvio 2)



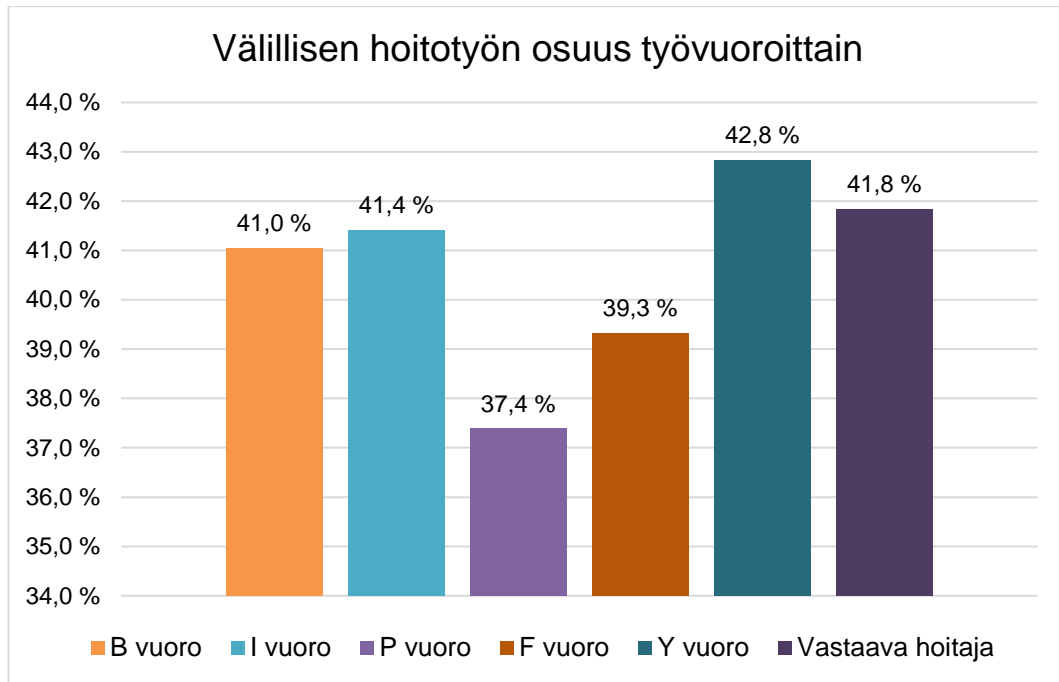
Kuvio 2. Hoitotyön toimintojen jakautuminen pääluokittain koko aineistossa

Työvuorojen välillä on havaittavissa eroja hoitotyön toimintojen jakautumisessa päätoimintoluokittain. Välitöntä hoitotyötä tehdään työvuoroissa keskimäärin 36,2 %. Y – vuoroissa tehdään eniten välitöntä hoitotyötä 41,7 %. Toiseksi eniten välitöntä hoitotyötä tehdään F – vuorossa 40,6 %. Osaston vastaava hoitaja, joka on irrotettuna potilastyöstä, tekee vähiten välitöntä hoitotyötä 28,7 %. Toiseksi vähiten välitöntä hoitotyötä tehdään I – vuorossa 31,6 %. (kuvio 3)



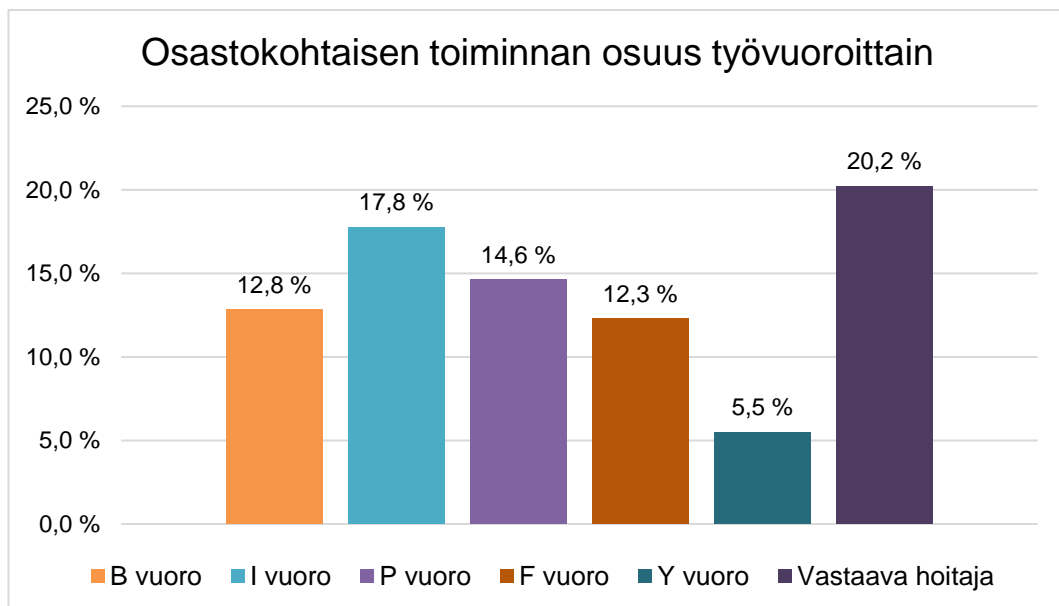
Kuvio 3. Välittömän hoitotyön osuus vertailtuna työvuoroittain

Välillisen hoitotyön osuus työvuoroissa oli keskimäärin 40,6 %. Välillistä hoitotyötä tehdään eniten Y – vuorossa 42,8 %. Toiseksi eniten välillistä hoitotyötä tekee vastaava hoitaja, joka on irrotettuna potilastyöstä 41,8 %. Vähiten välillistä hoitotyötä tehdään P – vuorossa 27,4 % ja F – vuorossa 39,3 %. Välillisen hoitotyön osuus jakaantui melko tasaisesti työvuorojen välillä. Poikkeuksena tästä ovat P – ja F – vuorossa, joissa välillisen hoitotyön osuus oli muita vuoroja pienempi. (kuvio 4)



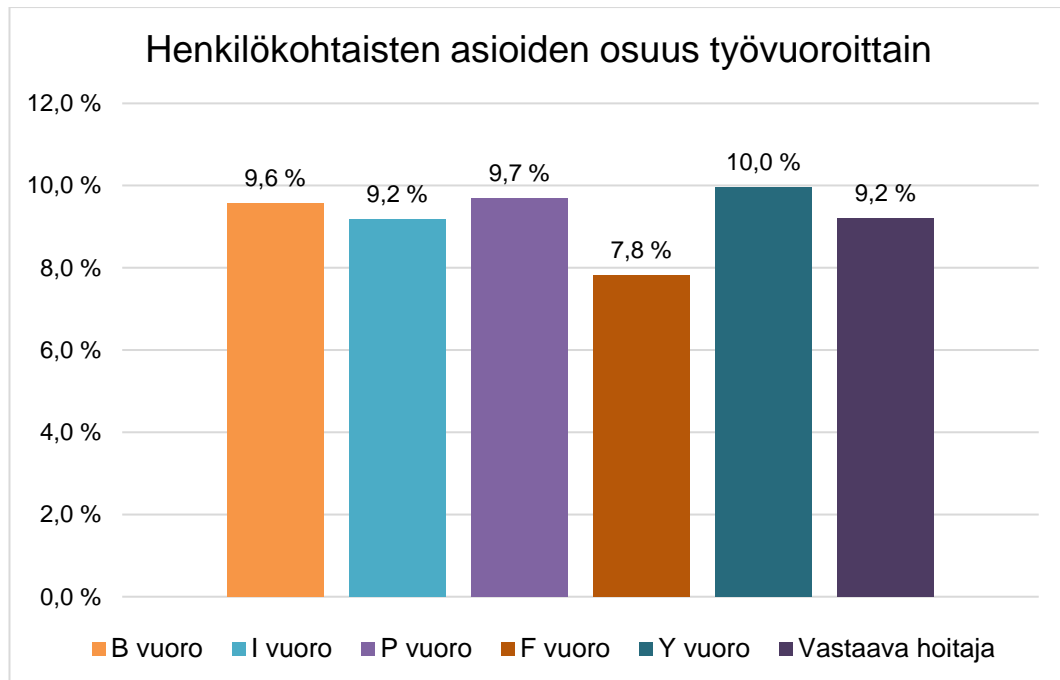
Kuvio 4. Välillisen hoitotyön osuus vertailtuna työvuoroittain

Verrattuna muihin päätoimintoluokkiin, osastokohtaisen toiminnan osuus työajasta vaihteli eniten työvuorojen välillä ollen keskimäärin 13,9 %. Eniten osastokohtaista toimintaa tekee vastaava hoitaja 20,2 % ja toiseksi eniten sitä tehdään I – vuorossa 17,8 %. Vähiten osastokohtaisia toimintoja tehdään Y – vuorossa 5,5 % ja F – vuorossa 12,8 %. (kuvio 5)



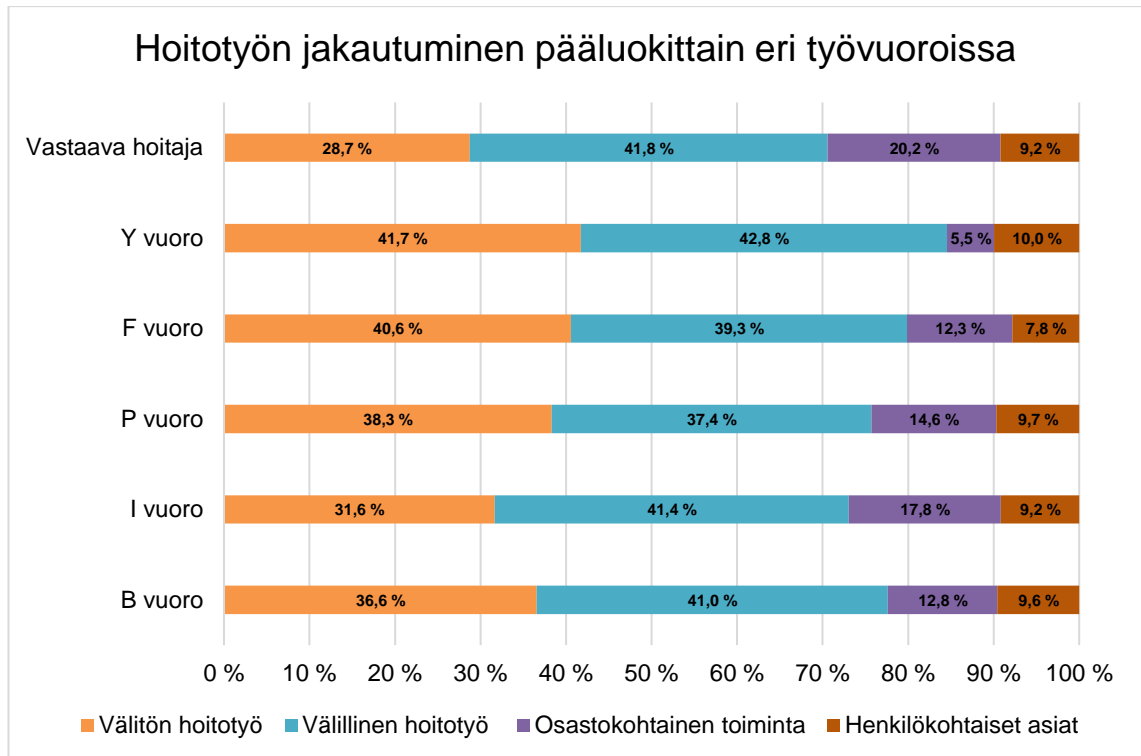
Kuvio 5. Osastokohtaisen toiminnan osuus vertailtuna työvuoroittain

Henkilökohtaisten asioiden osuus kaikissa työvuoroissa oli keskimäärin 9,2 %. Eniten henkilökohtaisia asioita esiintyi Y – vuorossa 10,0 % ja toiseksi eniten P – vuorossa 9,7 %. Vähiten henkilökohtaisia asioita esiintyi F – vuorossa 7,8 %. Henkilökohtaisten asioiden osuus vaihteli melko vähän eri työvuorojen kesken, poikkeuksena F – vuoro, jossa esiintyi selkeästi vähemmän henkilökohtaisia asioita. (kuvio 6)



Kuvio 6. Henkilökohtaisten asioiden osuus vertailtuna työvuoroittain

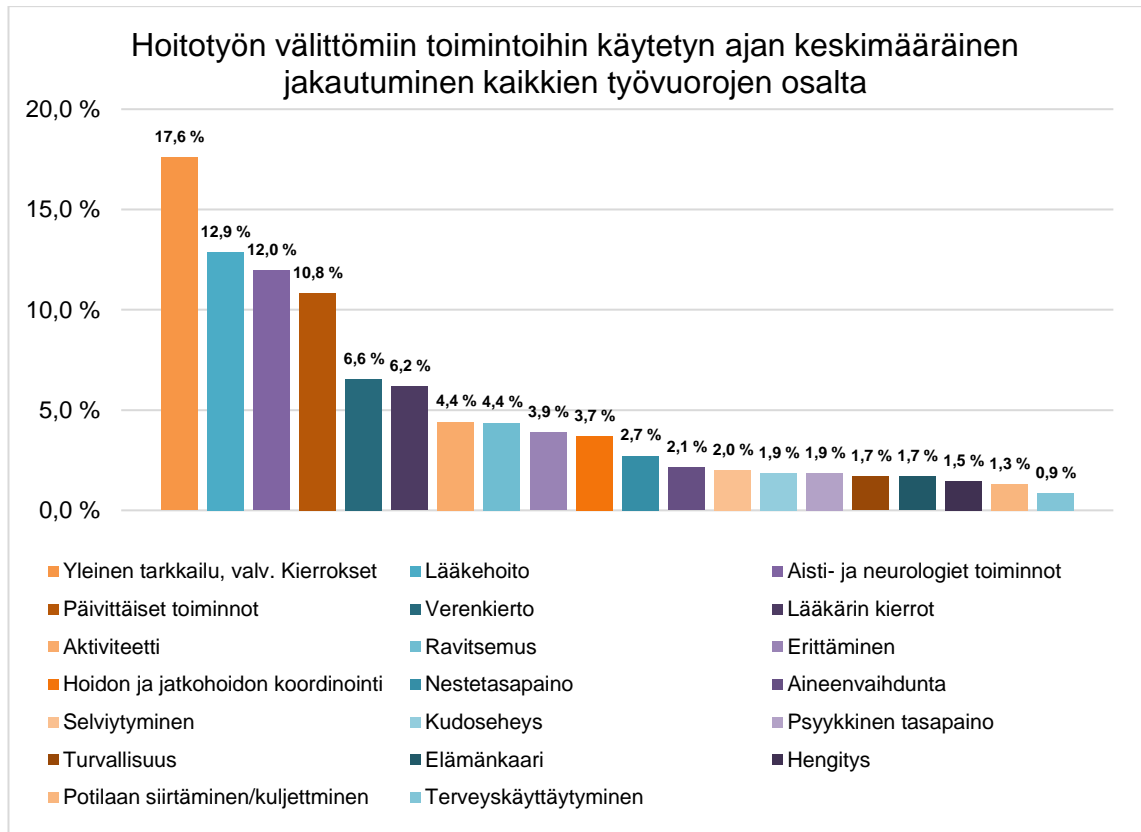
Yhteenvedon voidaan todeta, että eniten potilaan läsnä ollessa tehtävää hoitotyötä esiintyy Y- ja F – vuoroissa, sekä vähiten vastaavan hoitajan vuorossa, kuitenkin 28,7 %. Välillisen hoitotyön osuus esiintyy melko tasaisena eri työvuorojen välillä. Y – vuorossa tehdään eniten välillistä hoitotyötä 42,8 % ja P – vuorossa vähiten 37,4 %, eron ollessa kuitenkin vain 5,4 %. Osastokohtaisen toiminnan osuus hoitotyöstä vaihtelee eniten työvuoroja vertailtaessa. Osastokohtaisia toimintoja esiintyy eniten vastaavan hoitajan- sekä I – vuorossa. Y – vuorossa osastokohtaisen toiminnan osuus on selkeästi pienin 5,5 %. Henkilökohtaisten asioiden osuus jakautuu erittäin tasaisesti eri työvuorojen välillä. Eniten henkilökohtaisia asioita on Y – vuorossa 10,0 % ja vähiten F – vuorossa 7,8 % eron ollessa kuitenkin vain 2,2 %. (kuvio 7)



Kuvio 7. Hoitotyön toimintojen jakautuminen pääluokittain eri työvuoroissa

### 9.2.1 Välittömän hoitotyön toimintojen jakautuminen työvuoroittain

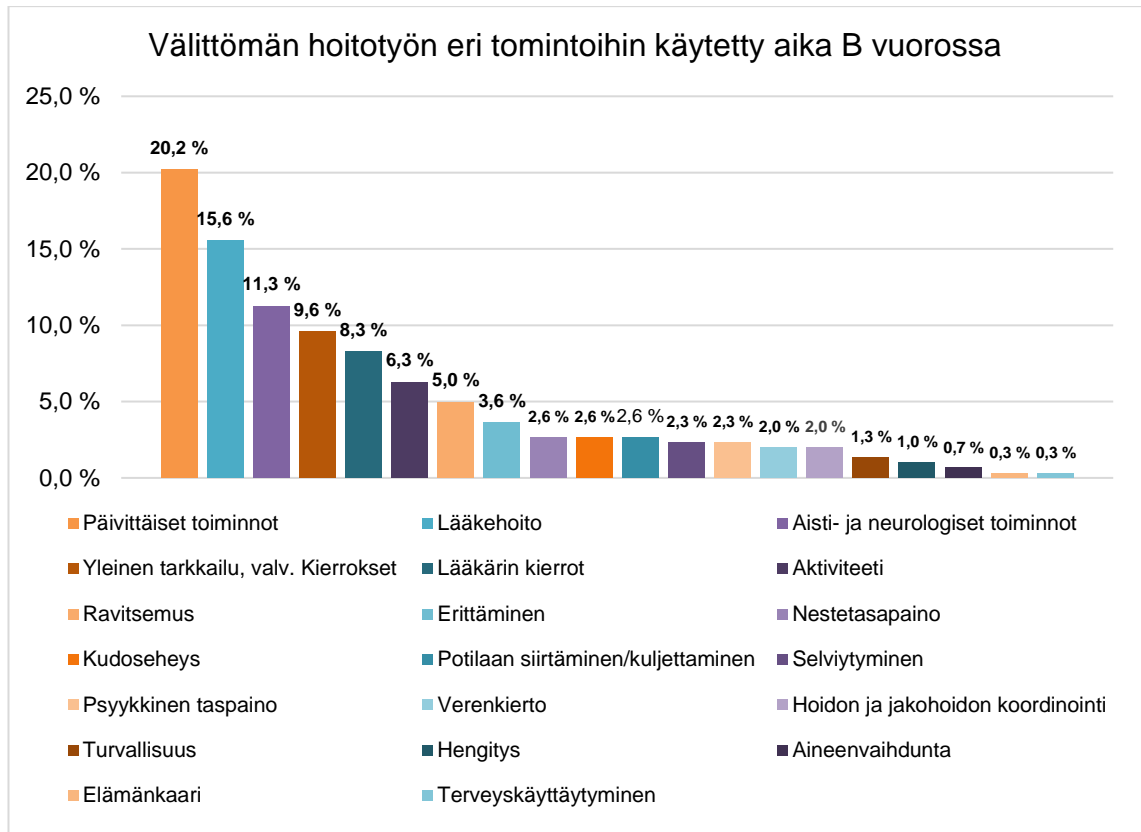
Välittömässä hoitotyössä eniten aikaa käytetään yleiseen tarkkailuun ja valvontakierrokseen 17,6 %, lääkehoitoon 12,9 %, aisti- ja neurologisiin toimintoihin 12,0 % ja päivittäisiin toimintoihin 10,8 %. Vähiten aikaa käytetään terveyskäyttäytymiseen 0,9 %, potilaan siirtämiseen/kuljettamiseen 1,3 %, hengitykseen 1,5 % ja elämänkaareen 1,7 %. (kuvio 8) Välittömän hoitotyön toimintojen jakauma on esitetty työvuoroittain, sillä se sisältää runsaasti muuttujia.



Kuvio 8. Välittömän hoitotyön eri toimintoihin käytetty keskimääräinen aika vertailtuna kaikkien työvuorojen kesken

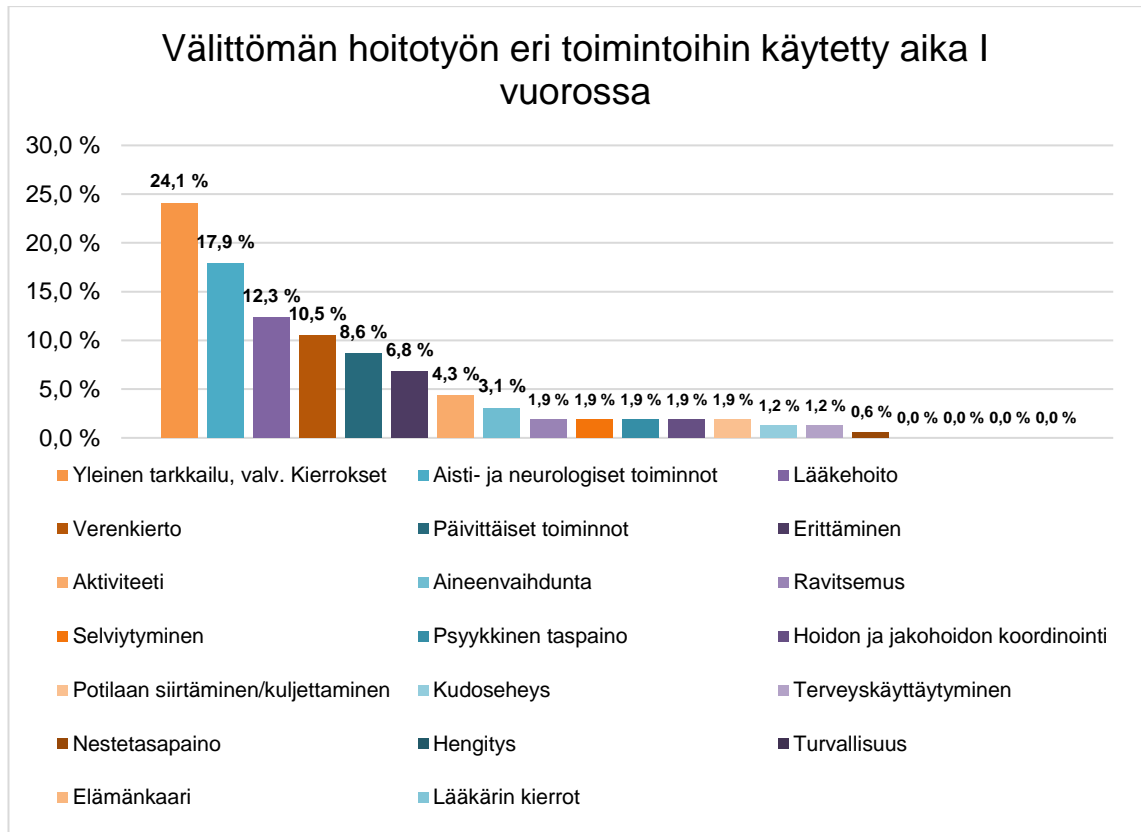
B – vuorossa eniten aikaa käytetään päivittäisiin toimintoihin 20,2 %. Toiseksi eniten aikaa käytetään lääkehoitoon 15,6 % ja kolmanneksi eniten aisti- ja neurologisiin toimintoihin 11,3 %. Vähiten aikaa käytetään terveystyöskäytymiseen ja elämänkaareen 0,3 % ja aineenvaihduntaan 0,7 %. Toimintojen jakauma B – vuorossa kuvastaa osaston aamuvuoron toimintoja, jotka painottuvat potilaiden hygieniasta huolehtimiseen, aamulääkkeiden jakoon ja myöhemmin päivällä uusien lääkemääräyksien toteuttamiseen sekä suonensisäisten antibioottien antamiseen. B – vuoroissa keskitytään myös tarkastelemaan potilaan neurologista oirekuvaa. (kuvio 9)





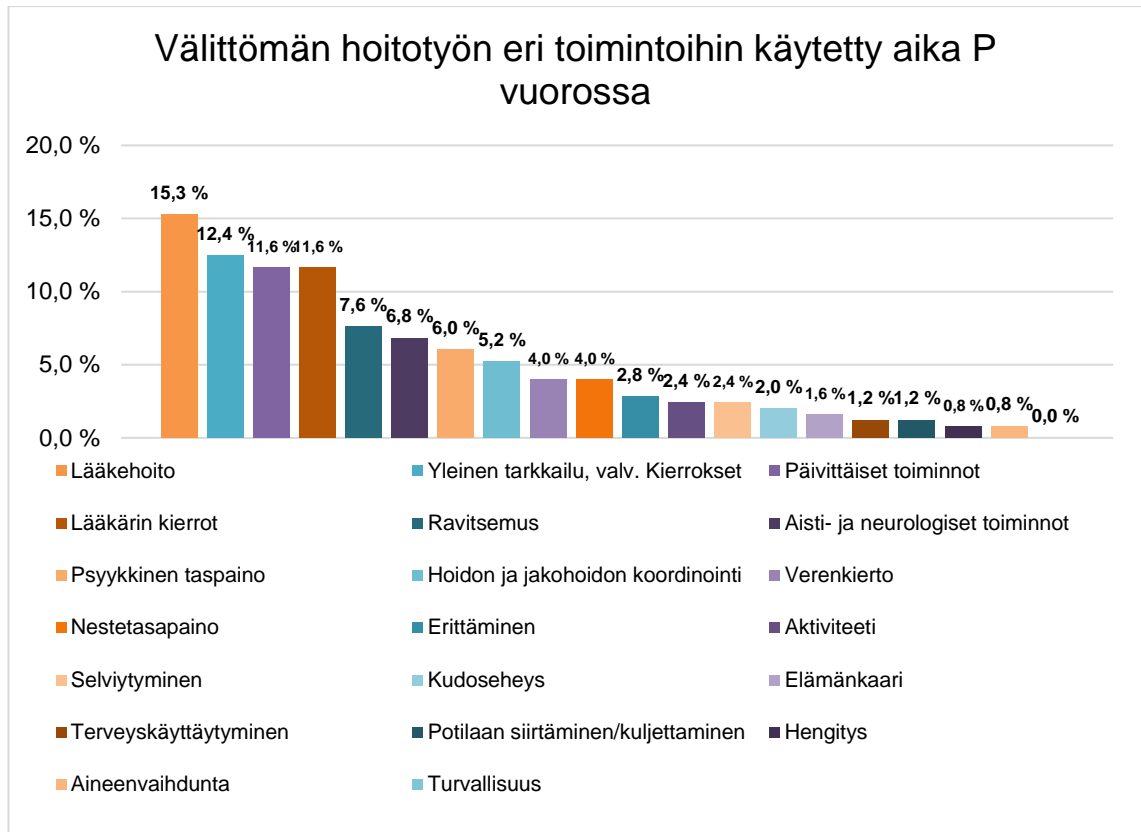
Kuvio 9. Välittömän hoitotyön eri toimintoihin käytetty aika B vuorossa

Välittömän hoitotyön toimintojen jakautuminen I – vuorossa kuvastaa hyvin osaston toimintaa iltavuoroissa. Eniten aikaa I – vuorossa käytetään yleiseen tarkkailuun ja valvontakierrokseen 24,1 %. Toiseksi eniten aikaa käytetään aisti- ja neurologisiin toimintoihin 17,9 % ja kolmanneksi eniten lääkehoitoon 12,3 %. Verenkiertoon käytetään aikaa 10,5 %. Iltavuoron toiminnot painottuvat usein potilaiden voinnin tarkkailuun ja oireseurantaan. Lisäksi suoritetaan yleensä kontrollikierroksia, joiden aikana potilailta mitataan mm. verenpaine ja verensokeri. I – vuoroissa esiintyy myös päivittäisiä toimintoja, sillä osaston potilasryhmä koostuu usein potilaista, jotka eivät suoriudu arkielämän toiminnoista ilman apua (kuvio 10).



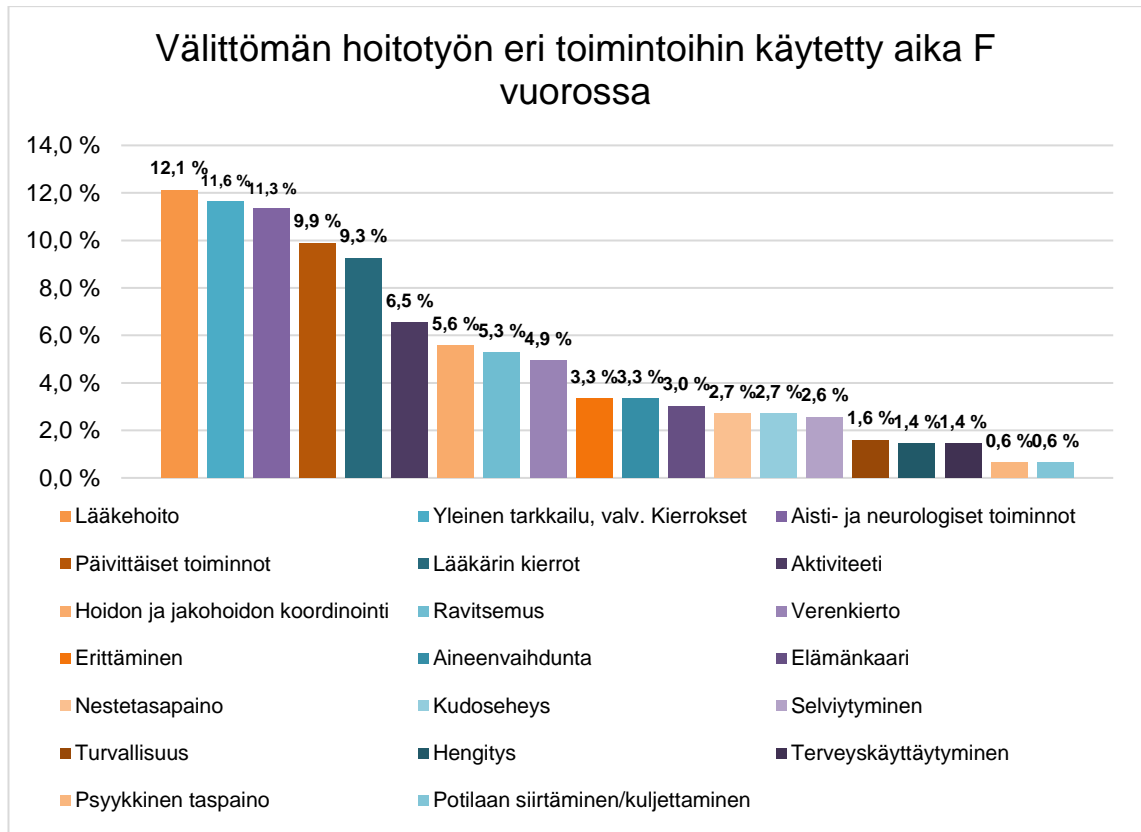
Kuvio 10. Välittömän hoitotyön eri toimintoihin käytetty aika I vuorossa

P – vuorossa välittömän hoitotyön toimintojen jakauma ei painotu niin selkeästi muutamaan toimintoon, kuten muissa työvuoroissa. Eniten aikaa käytetään lääkehoitoon 15,3 %. Toiseksi eniten aikaa käytetään yleiseen tarkkailuun ja valvontakierroksiin 12,4 % ja kolmanneksi eniten päivittäisiin toimintoihin sekä lääkärin kiertoihin 11,6 %. Osastolla on tyypillistä, että pidempää työvuoroa tekevät sairaanhoitajat osallistuvat lääkärin kierroille. P – vuorossa painottuvat myös ravitsemuksen osuus 7,6 % sekä psyykinen tasapaino 6,0 %. Hoidon- ja jatkohoidon koordinointi korostuu myös P – vuorossa 5,2 % (kuvio 11).



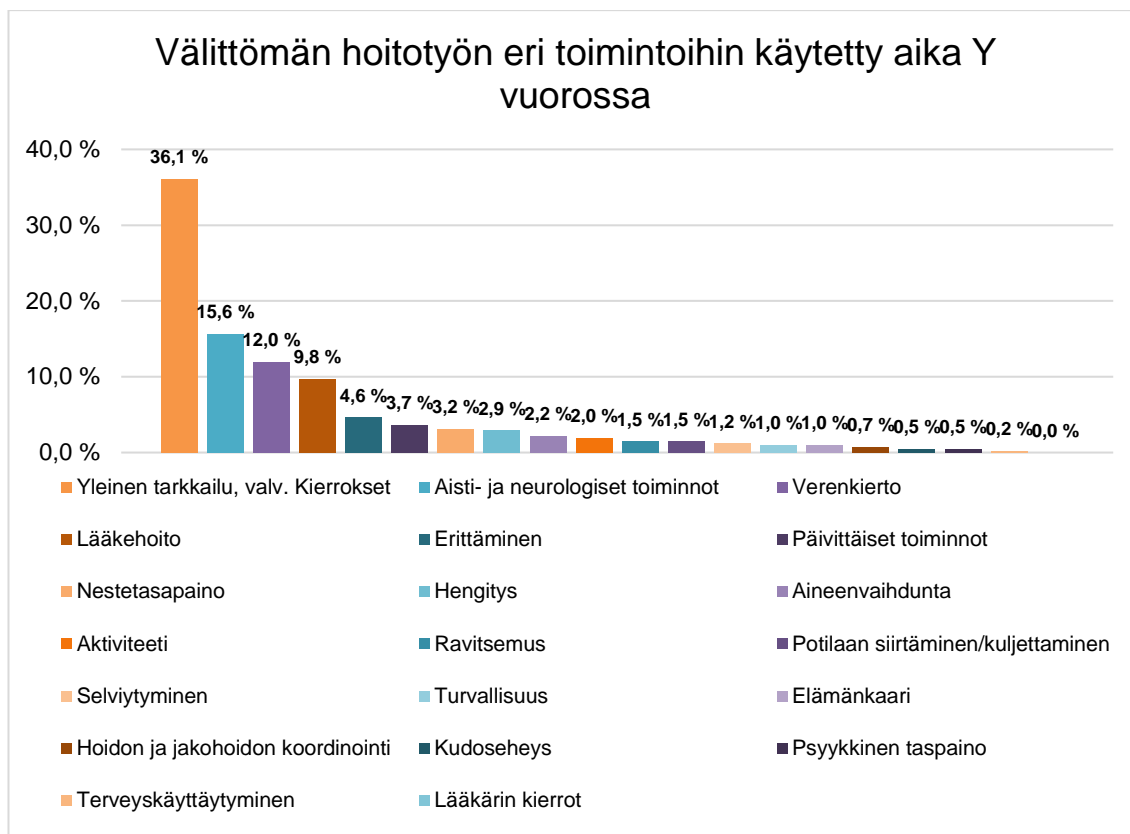
Kuvio 11. Välittömän hoitotyön eri toimintoihin käytetty aika P vuorossa

F – vuorossa välittömän hoitotyön toiminnot painottuvat kaikista tasaisimmin eri toimintojen välillä verrattuna muihin työvuoroihin. F – vuoro on osaston pisin työvuoro sisältäen sekä aamu-, että iltavuoron. Eniten aikaa välittömässä hoitotyössä kuluu lääkehoitoon 12,1 %. Lähes saman verran aikaa kuluu yleiseen tarkkailuun ja valvontakierrokseen 11,6 % ja aisti- sekä neurologisiin toimintoihin 11,3 %. Vähiten työaikaa välittömässä hoitotyössä kuluu potilaan siirtämiseen/kuljettamiseen ja psyykkisen tasapainon tukemiseen 0,6 %. Terveyskäyttäytymiseen ja hengitykseen kuluu niin ikään vähän työaikaa 1,4 %. (kuvio 12)



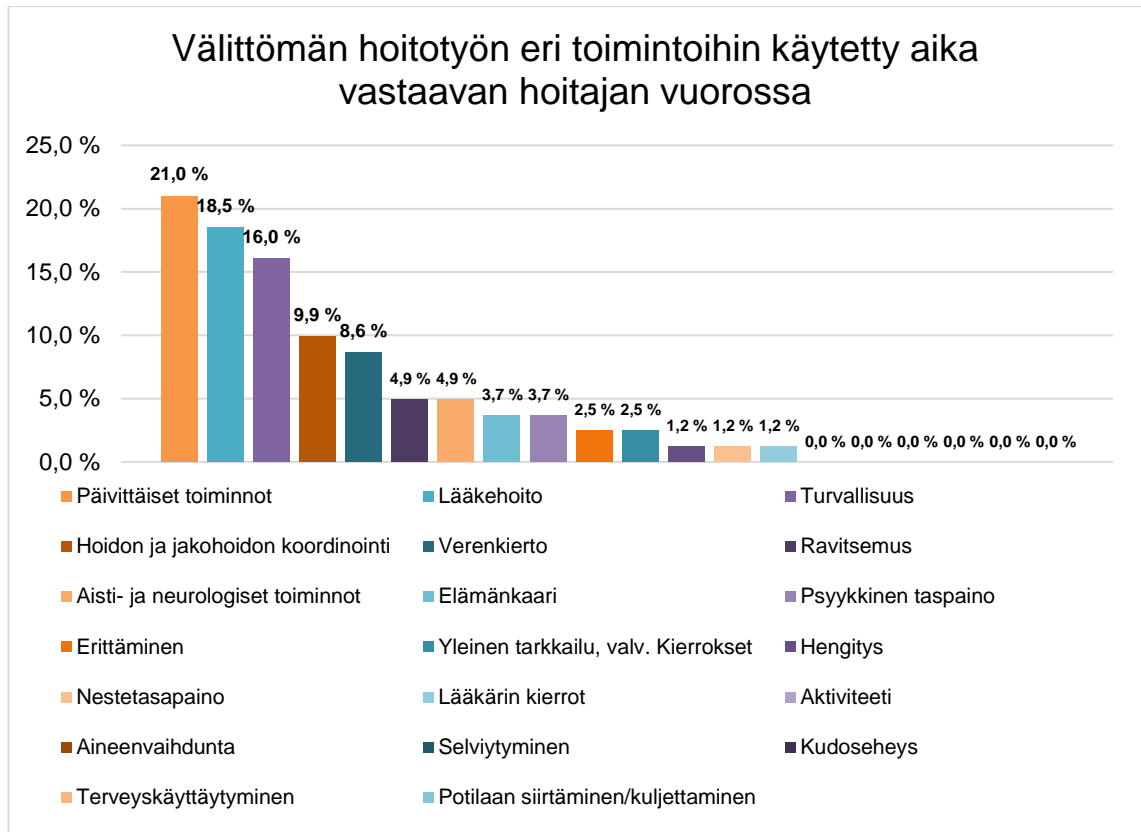
Kuvio 12. Välittömän hoitotyön eri toimintoihin käytetty aika F vuorossa

Y – vuorossa välitön hoitotyö painottuu selkeästi yhteen toimintoon, yleiseen tarkkailuun ja valvontakierroksiin 36,1 %. Y – vuorossa toiminnan luonteeseen kuuluu nimenomaan potilaan voinnin seurantaan ja unirytmien tarkkailu. Toiseksi eniten aikaa kuluu aisti- ja neurologisiin toimintoihin 15,6 %. Monet neurologiset potilaat tarvitsevat oireseurantaa myös yöaikaan. Kolmanneksi eniten aikaa kuluu verenkierron seurantaan 12,0 %. Yövuorossa saatetaan tehdä useita niin sanottuja kontrollikierroksia potilaiden verenpaineen tarkkailemiseksi. Neljänneksi eniten aikaa kuluu lääkehoitoon 9,8 %. Lääkärin kierroja Y – vuorossa on toiminnan luonteen mukaisesti 0,0 %. Yleisesti voidaan todeta, että muihin elintoimintoihin kuin verenkiertoon liittyvät toiminnot muodostavat yövuorossa pienen osan hoitotyöstä ja ne jakautuvat tasaisesti keskenään (kuvio 13)



Kuvio 13. Välittömän hoitotyön eri toimintoihin käytetty aika Y vuorossa

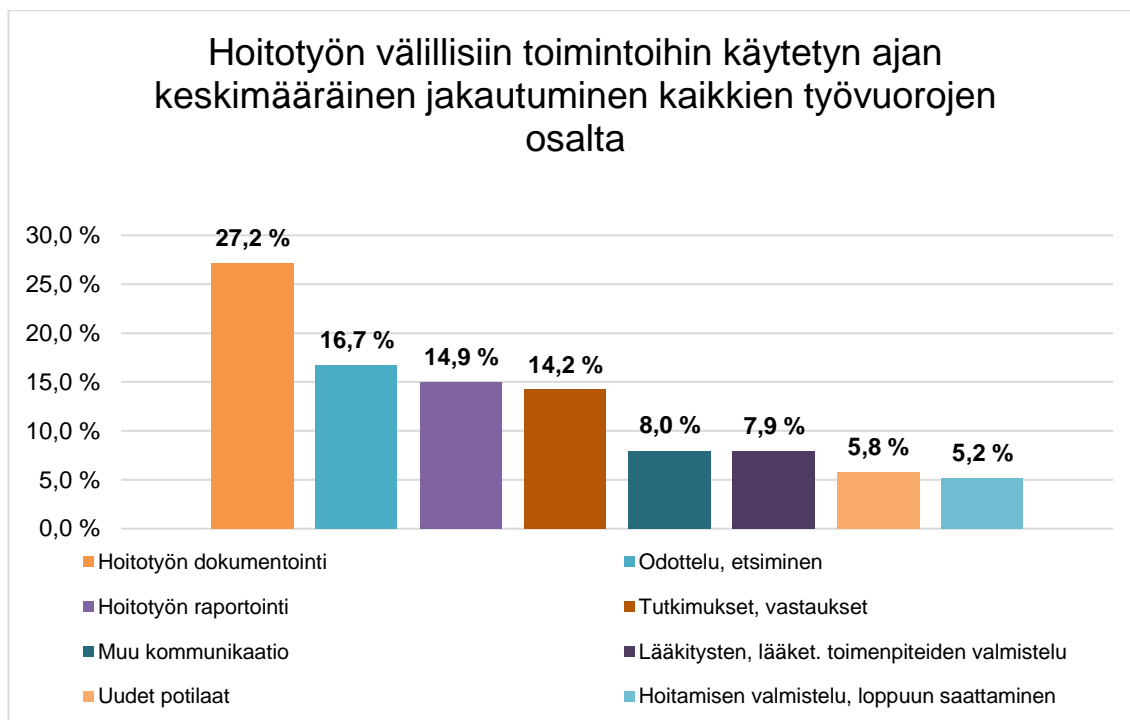
Vastaava hoitaja on tässä tutkimuksessa aamuvuorossa tekevä sairaanhoitaja, joka on irtotettuna potilastyöstä. Vastaavan hoitajan työnkuva tällaisenaan on melko uusi. Tutkimustuloksista käy ilmi, että vastaavan hoitajan ajankäyttö jakautuu välittömässä hoitotyössä selkeästi muutamaankin luokkaan. Eniten aikaa käytetään päivittäisiin toimintoihin 21,0 %. Toiseksi eniten aikaa kului lääkehoitoon 18,5 %, kolmanneksi eniten turvallisuuteen 16 % ja neljänneksi eniten hoidon- ja jatkohoidon koordinointiin 9,9 %. Tutkimustulosten mukaan työaika käytettiin 0,0 % seuraaviin toimintoihin: aktiviteetti, aineenvaihdunta, selviytyminen, kudoseheys, terveystietäytyminen ja potilaan siirtäminen sekä kuljettaminen. Muiden elintoimintojen osalta ajankäyttö oli vähäistä ja jakautui tasaisesti. Verenkierron osuus ajankäytöstä oli kuitenkin 8,6 %. (kuvio 14)



Kuvio 14. Välittömän hoitotyön eri toimintoihin käytetty aika vastaavan hoitajan vuorossa

### 9.2.2 Välillisen hoitotyön toimintojen jakautuminen työvuoroittain

Selkeästi eniten aikaa kaikissa työvuoroissa, välillisissä hoitotyön toiminnoissa, menee hoitotyön dokumentointiin 27,2 %. Odotteluun ja etsimiseen kuluu aikaa 16,7 % ja hoitotyön raportointiin 14,9 % työajasta. Neljänneksi eniten aikaa kuluu tutkimuksiin ja vastauksiin 14,2 %. Välillinen hoitotyö painottuu selkeästi näihin neljään toimintoluokkaan. Muu kommunikaatio, lääkitysten ja lääketieteellisten toimenpiteiden valmistelu, uudet potilaat ja hoitamisen valmistelu sekä loppuun saattaminen toimintoja esiintyy tuloksissa keskenään tasaisesti välillä 5 – 8 %. (kuvio 15)

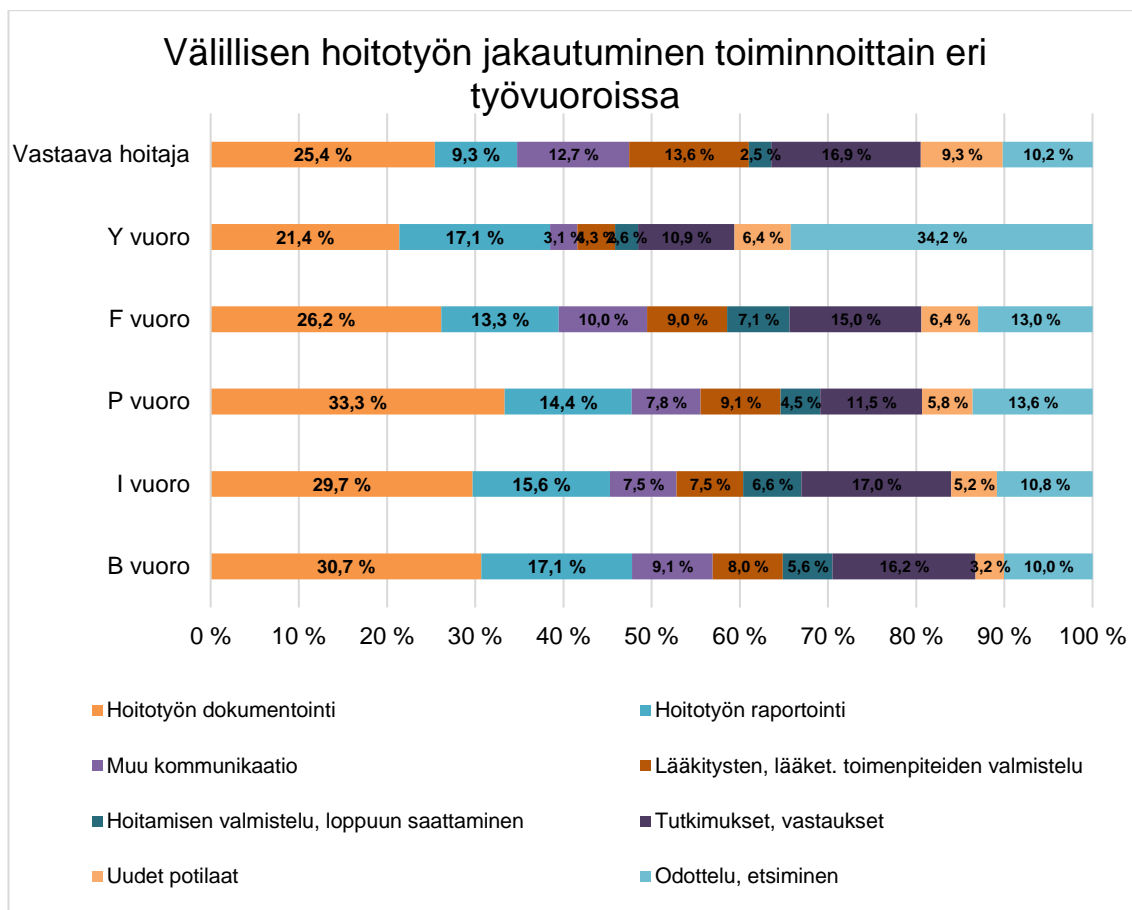


Kuvio 15. Hoitotyön ajankäyttö välillisissä toiminnoissa kaikissa työvuoroissa

Välillisessä hoitotyössä suurimman toimintoluokan muodostaa hoitotyön dokumentointi. Eniten sitä tehdään P – vuorossa 33,3 % ja vähiten Y – vuorossa 21,4 %. Vastaavan hoitajan osalta hoitotyön dokumentointiin kuluu aikaa 25,4 %, mutta se on tässä vuorossa eniten aikaa vievä välillinen hoitotyön toiminto. Muissa vuoroissa hoitotyön dokumentointiin käytetty aika jakautuu suhteellisen tasaisesti. (kuvio 16)

Odottelu ja etsiminen toiminnon osalta tuloksia hieman vääristää Y – vuoro, jossa kyseisen toiminnon osuus on 34,2 % välilliseen hoitotyöhön käytetystä työajasta. Tämä on selkeästi enemmän kuin missään muussa vuorossa, mutta sopii hyvin Y – vuoron luonteeseen, jossa potilaat pääsääntöisesti odotetaan nukkuvan. Muissa työvuoroissa odottelun ja etsimisen osuus vaihtelee 10,0 – 13,6 prosentien välillä siten, että päivävuoroissa eniten odottelua ja etsimistä on P – vuorossa ja vähiten B – vuorossa. (kuvio 16)

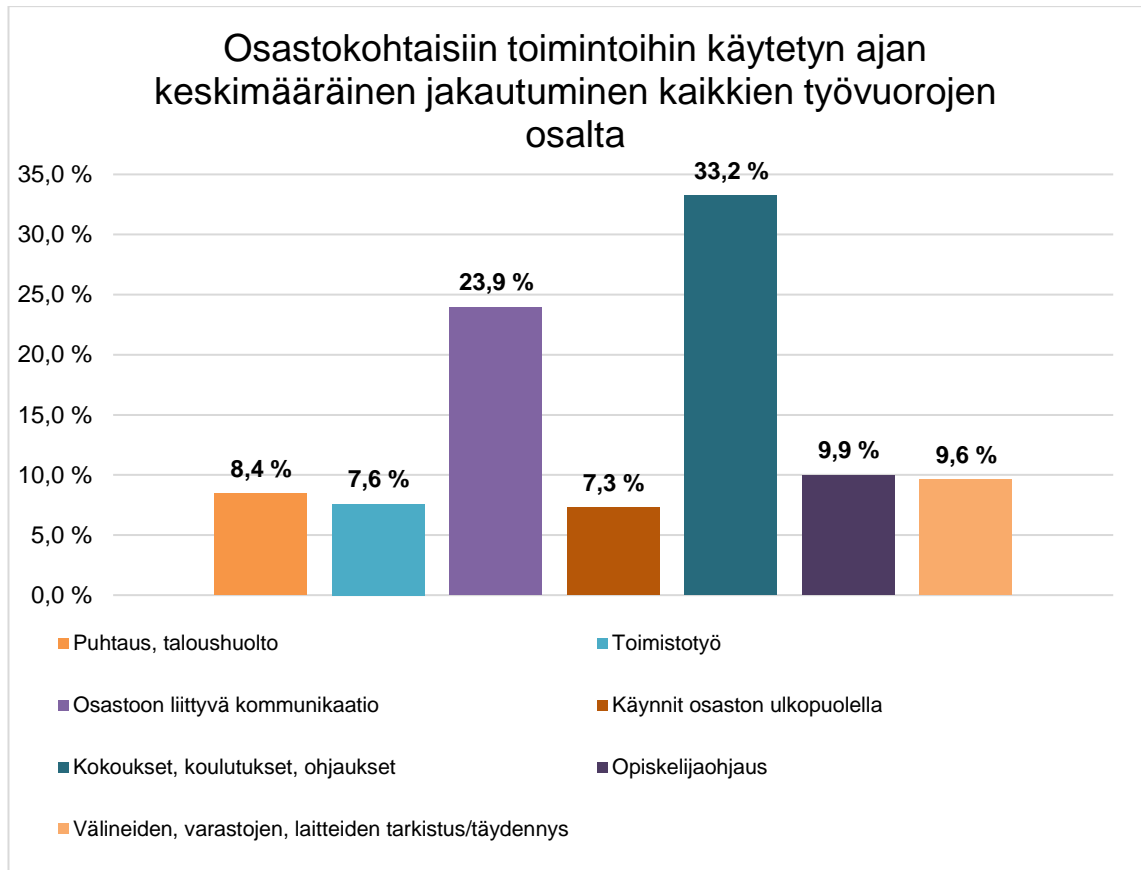
Hoitotyön raportointi jakautuu vastaavan hoitajan vuoroa lukuun ottamatta (9,3 %) hyvin tasaisesti eri työvuorojen välillä. Eniten raportointia on Y – ja B – vuoroissa 17,1 % ja vähiten F – vuorossa 13,3 %. Tutkimukset ja vastaukset toimintoon käytetään eniten aikaa I – vuorossa 17 % ja vastaavan hoitajan vuorossa 16,9 %. (kuvio 16)



Kuvio 16. Välillisen hoitotyön toimintojen jakautuminen eri työvuoroissa

Selkeästi eniten aikaa osastokohtaisissa toiminnoissa kuluu kokouksiin, koulutuksiin ja ohjauksiin 33,2 % ja osastoon liittyvään kommunikointiin 23,9 %. Muiden toimintoluokkien oalta ajankäyttö jakautuu tasaisesti. Opiskelijaohjaukseen kuluu työajasta 9,9 %. Tuloksessa täytyy ottaa huomioon se, että opiskelijan ohjausta tapahtuu paljon siten, että ohjaaja ohjaa tehden samalla itse jotain hoitotyön toimintoa/toimintoja. Tällöin ohjaaja on tutkimuksen aikana merkinnyt rastit omaan lomakkeeseensa, niiden eri hoitotyön toimintojen kohdalle joita on tehnyt. Opiskelijaohjaus tässä tutkimuksessa merkitseekin sellaista ohjausta, jossa opiskelija tekee jotakin itsenäisesti ohjaajan seurattessa vieressä ja suusanallisesti ohjatessa. Kaikista vähiten esiintyy osaston ulkopuolella käyntejä 7,3 %. (kuvio 17)





Kuvio 17. Osastokohtaiseen toimintaan käytetyn ajan jakautuminen eri työvuoroissa

### 9.2.3 Osastokohtaisen toiminnan jakautuminen työvuoroittain

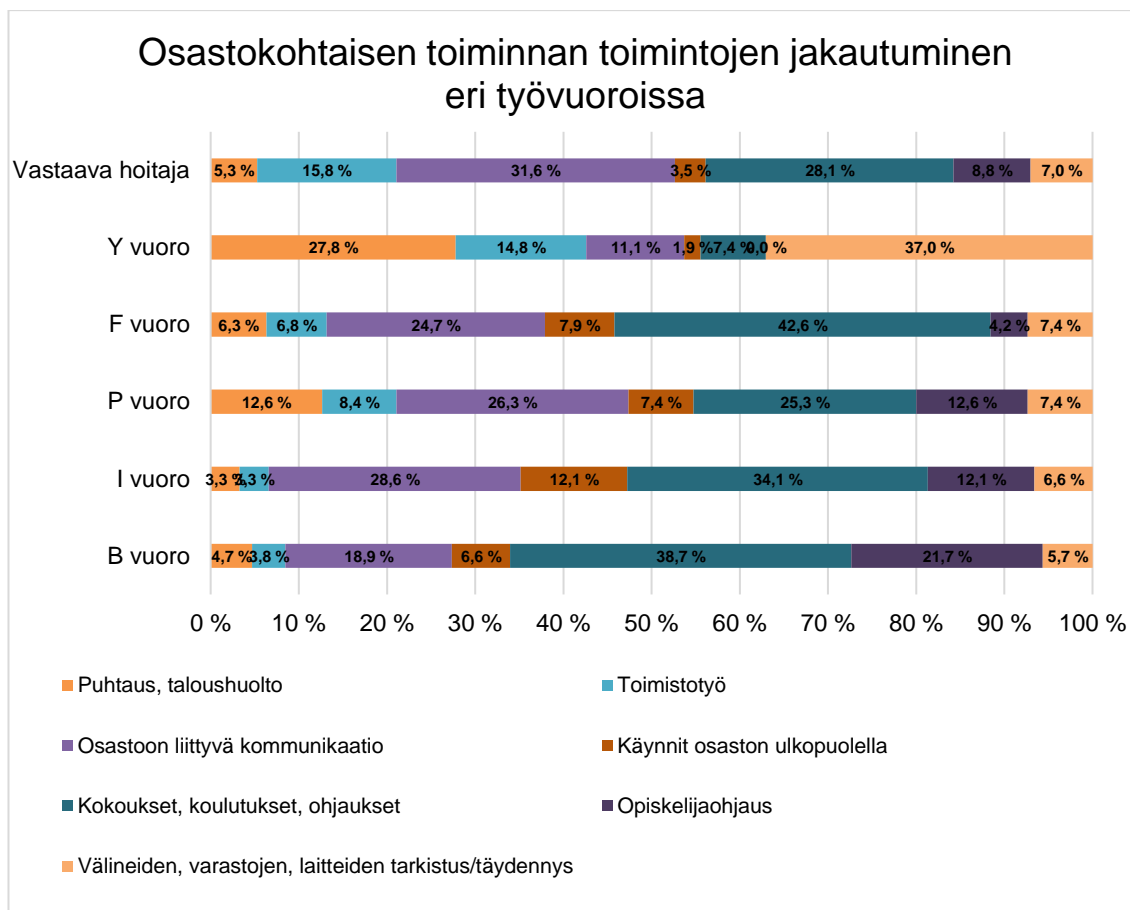
Osastokohtaisista toiminnoista eniten kokouksia, koulutuksia ja ohjauksia on F – vuorossa 42,6 % ja vähiten Y – vuorossa 7,4 %, joka tässä tapauksessa tarkoittaa lähinnä ohjauksia. Myös joitakin verkkokoulutuksia voidaan tehdä yöaikaan. P – vuorossa on suhteessa muihin vuoroihin vähemmän kokouksia, koulutuksia ja ohjauksia 25,3 %. Osastoon liittyvää kommunikaatiota on eniten vastaavan hoitajan vuorossa 31,6 %, joka sopii hyvin vastaavan hoitajan työnkuvaan esimerkiksi osaston potilasvirran ohjaajana. Vähiten tätä toimintoa on Y – vuorossa 11,1 % ja B – vuorossa 18,9 %. I -, P- ja F – vuoroissa osastokohtainen kommunikaatio jakautuu tasaisesti vuorojen kesken. (kuvio 18)

Opiskelijaohjausta tehdään eniten B – vuorossa 21,7 %. Ja vähiten Y – vuorossa 0,0 %. Opiskelijaohjausta tapahtuu toki myös Y – vuoroissa, mutta tutkimuksen aikana näissä vuoroissa ei välttämättä ole ollut yhtään opiskelijaa. Toiseksi vähiten ohjausta tehdään F – vuorossa, vain 4,2 %. Vastaavan hoitaja käyttää aikaansa opiskelijaohjaukseen 8,8

%. I – ja P – vuoroissa opiskelijaohjauksen osuus on hyvin tasainen. Välineiden, varastojen sekä laitteiden tarkistamista ja täydentämistä esiintyy selkeästi eniten Y – vuorossa 37,0 %. Muissa työvuoroissa tämän toiminnon osuus on vähäinen vaihdellen 5,7 – 7,4 prosentin välillä. Vastaavan hoitajan työvuorossa tämän toiminnon osuus osastokohtaisesta toiminnasta on 7,0 %. (kuvio 18)

Puhtaus- ja taloushuolto toimintoa esiintyy eniten Y – vuorossa 27,8 % ja toiseksi eniten P – vuorossa 12,6 %. Muissa työvuoroissa tähän toimintoon käytetty aika jakautuu tasaisesti eri työvuoroissa vaihdellen 3,3 – 6,3 prosentin välillä. I – vuorossa on selkeästi vähiten puhtaus- ja taloushuoltoa 3,3 %. Selkeästi eniten toimistotyötä esiintyy vastaavan hoitajan vuorossa 15,8 % ja Y – vuorossa 14,8 %. Muiden vuorojen osalta toiminto ei ole merkittävässä osassa. Vähiten toimistotyötä tehdään I – vuorossa 3,3 %. (kuvio 18)

Osastokohtaisesta toiminnasta osaston ulkopuolella käyntejä on kaikista vähiten. Y – vuorossa selkeästi vähiten 1,9 % sopien siihen, että tässä vuorossa ei ole kovinkaan usein tarpeen poistua osastolta ja se on myös hieman hankalampaa johtuen pienemmästä henkilöstömitoituksesta verrattuna muihin työvuoroihin. Eniten osaston ulkopuolella käyntejä esiintyy I – vuorossa 12,1 %. B -, P- ja F – vuoroissa osaston ulkopuolella käynnit jakautuvat tasaisesti vaihdellen 6,6 – 7,9 prosentin välillä. Vastaavan hoitajan vuorossa tämä toiminto on 3,5 % osastokohtaisesta toiminnasta. (kuvio 18)



Kuvio 18. Osastokohtaisiin toimintoihin käytetyn työajan jakautuminen työvuoroittain

### 9.3 Seurantalomakkeiden avoimet vastaukset, eli ”muun työn” - osuus

Työajanseurantalomakkeessa oli ”muu työ” – kohta, johon tutkimukseen osallistunut henkilö saattoi kirjoittaa sellaisia työssä esiintyviä toimintoja, joita hän ei osannut sijoittaa mihinkään lomakkeen valmiiksi annettuihin toimintoluokkiin. Näitä niin sanottuja avoimia vastauksia tuli kuusi kappaletta. Kaikki nämä toiminnot pystyttiin jälkikäteen sijoittamaan valmiiksi annettuihin toimintoluokkiin, joten tutkimuksen aikana ei vastaajien mukaan esiintynyt yhtään sellaista hoitotyön toimintoa, jota ei seurantalomakkeessa olisi ollut valmiina.

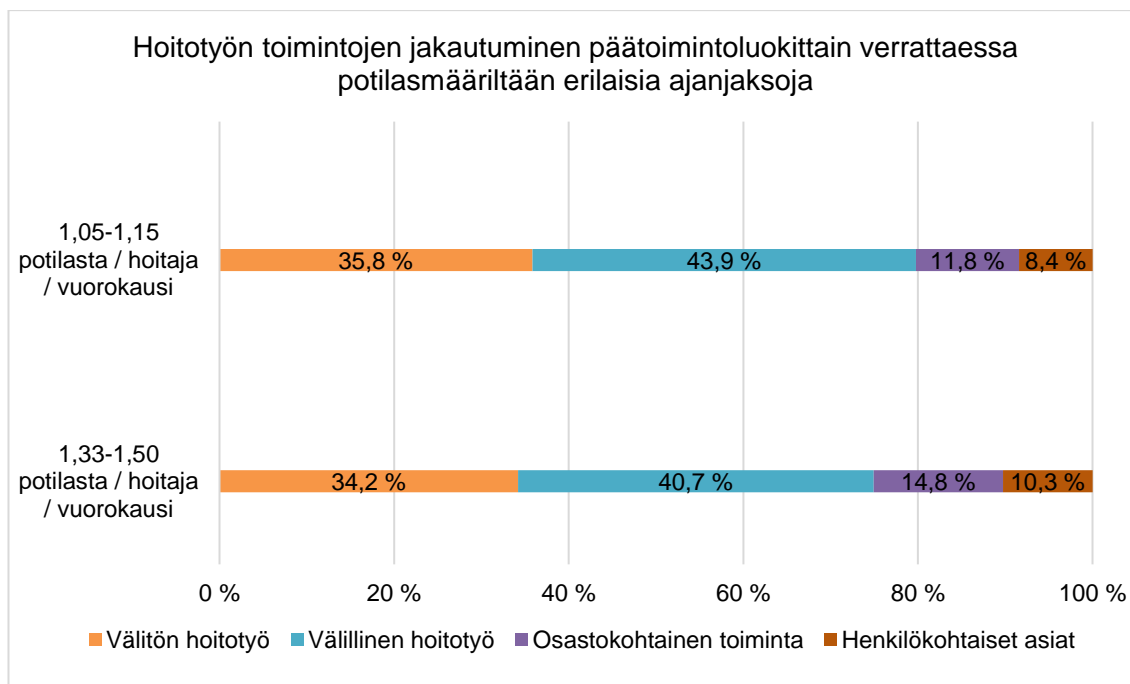
Merkittävää on, että kaikki avoimet vastaukset yhtä lukuun ottamatta koskivat ATK – ongelmia ja liittyivät siis välilliseen hoitotyöhön. Avoimissa vastauksissa oli kuvattu sitä, että tietokone tai jokin tietokoneella oleva potilashoitoon liittyvä järjestelmä ei toimi, joten

työtä ei kykene jatkamaan ja syntyy odottelua. Vastauksista oli luettavissa myös turhautumista toimimattomiin järjestelmiin. Yksi ”muu” – vastaus koski sellaisen potilaan puhe-  
lua, joka ei ollut sisään kirjattuna osastolla.

#### 9.4 Osastolla hoidettujen potilaiden määrän yhteys hoitoyön päätoimintoluokkiin käytettyyn aikaan

Tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla osaston päivittäisten potilasmäärien yhteyttä hoitotyön toimintojen jakautumiseen päätoimintoluokittain. Vertailuun otettiin ne päivät, jolloin potilaita hoidettiin paljon sekä vähän. Tehtävää vaikeutti se, että kaikissa palaute-  
tuissa seurantalomakkeissa ei ollut päivämäärää. Tällöin niitä ei voitu ottaa mukaan vertailuun, jossa nimenomaan etsittiin tietoja päivämäärään perustuen. Myöskään kaikkien päivien osalta vastausprosentti ei ollut 100 %. Osastolla vallitsevat olosuhteet vaihtelivat eniten potilasmäärissä hoitohenkilöstömäärien pysyessä lähes optimaalisella tasolla.

Alla olevassa taulukossa (kuvio 19) on kuvattu potilasmäärältään kaksi erilaista ajanjaksoa. 27.8, 28.8, 29.8 ja 30.8 osastolla hoidettiin yhteensä 119:sta potilasta (1,33 – 1,50 potilasta/hoitaja/vuorokausi), kun taas 1.9, 2.9, 7.9 ja 8.9 yhteensä vain 90:tä potilasta (1,05 – 1,15 potilasta/hoitaja/vuorokausi). Kuviosta voidaan havaita, että hoitotyön toimintojen jakautuminen pääluokittain on lähes samanlainen molempina ajanjaksoina. Hoidettaessa paljon potilaita, osastokohtaisen toiminnan osuus työajasta kasvaa. Tuloksien mukaan sairaanhoitajien henkilökohtaisen ajan osuus työajasta ei kasva silloin, kun osastolla on vähän potilaita. Henkilökohtaisen ajan osuus työajasta on suurempi silloin, kun osastolla hoidetaan paljon potilaita.



Kuvio 19. Potilasmääriltään erilaisten ajanjaksojen toimintojen jakautuminen pääluokittain.

Vertailtaessa keskenään kyseisten ajanjaksojen hoitotyön toimintojen jakautumista päätoimintoluokittain, tulosten mukaan hoitotyön toimintojen jakautumisessa ei ollut tilastollisesti merkittävää eroa p-arvon ollessa suurempi kuin 0,05 (vapausasteet:  $f=(2-1)(4-1)=3$  ja testisuure p-arvo: 5,473 ja p-arvo: 0,140 > 0,05). Tätä tulosta tarkasteltaessa tulee ottaa huomioon, että osastolla olleiden potilaiden hoitoisuus ei ollut tiedossa ja kyseessä saattaa olla lyhyt ajanjakso tällaisen vertailun tekemiseen. Vertailussa on mukana myös keskenään erilaisia päiviä, kuten arkipäiviä ja viikonlopun työvuoroja.

Taulukko 3. Hoitotyön toimintojen määrä päätoimintoluokittain niinä ajanjaksoina, kun osastolla hoidettiin paljon ja vähän potilaita. Suluissa havaitut frekvenssit.

	Paljon potilaita	Vähän potilaita
	Havaitut fr (%)	Havaitut fr (%)
Välitön hoitotyö	240 (34)	328 (36)
Väilillinen hoitotyö	286 (41)	402(44)
Osastokohtainen toiminta	104(15)	108 (12)
Henkilökohtaiset asiat	72 (10)	77(8)
Hoitotyön toiminnot yhteensä	702 (100)	915 (100)

Taulukko 4. Odotetut frekvenssit.

	Odotetut frekvenssit	
	Paljon potilaita	Vähän potilaita
Välitön hoitotyö	246,6	321,4
Väiillinen hoitotyö	298,7	389,3
Osastokohtainen toiminta	92,0	119,9
Henkilökohtaiset asiat	64,7	84,3

## 10 Pohdinta

Tutkimuksesta saatiin tietoa hoitotyön toimintojen jakautumisesta akuutilla neurologisella vuodeosastolla, eli siitä, mihin sairaanhoitajat osastolla työaikaansa käyttävät. Lisäksi saatiin tietoa potilasmäärien yhteydestä hoitotyön toimintojen jakautumiseen päätoimintoluokkien osalta. Pohdinnassa tarkastellaan tuloksia aiempiin tutkimuksiin verrattuna, kuvataan tutkimuksen eettisyyteen, luotettavuuteen sekä rajoituksiin liittyviä seikkoja sekä tehdään johtopäätöksiä ja esitetään jatkokehittämisasiheita.

### 10.1 Tulosten tarkastelu

Tulosten vertailua aiemmin tehtyihin tutkimuksiin on haasteellista tehdä tarkemmin kuin päätoimintoluokkien osalta. Tämä johtuu siitä, että jokainen erikoissairaanhoidon yksikkö on omanlaisensa, eivätkä hoitotyön toiminnot painotu erikoissairaanhoidossa saman lailla kansainvälisesti tai edes kansallisesti. Lisäksi eri tutkimuksissa on eri tapoja, miten päätoimintoluokat on jaettu toimintoihin. Ajan saatossa hoitotyö on myös muuttunut. Kuitenkin päätoimintoluokkien osalta tutkimustulosten vertailua on syytä tehdä ja se osoittaa, että tämän tutkimuksen tulokset eivät poikkea suuresti aiemmin tehtyjen tutkimusten tuloksista ainakaan Pohjoismaiden kesken vertailtuna.

Kirjallisuuskatsauksessa Lavander ym. 2016 keräävät yhteen ympäri maailmaa tehtyjen tutkimusten tuloksia sairaanhoitajien työajankäytön jakautumisesta. Artikkelin käy läpi 16 aiheesta tehtyä tutkimusta. (Lavander – Meriläinen – Turkki 2016: 1036-1038.) Akuutilla neurologisella vuodeosastolla tehdyn tutkimuksen tulosten mukaan välittömän hoitotyön osuus (38,2 %) on varsin kohtuullinen vertailtuna samankaltaisiin eri maissa tehtyihin

tutkimuksiin. Samoin voidaan todeta välillisen hoitotyön osuudesta, joka tässä tutkimuksessa oli 40,4 %.

Henkilökohtaisen ajan suhteen tässä tutkimuksessa esitetty tulos 9 % on mielenkiintoinen. Antinahon ym. (2015) tutkimuksessa henkilökohtaisen ajan osuus oli 7 % käytetystä työajasta. Partasen (2002) tutkimuksessa luku oli 8 %. Kansainvälisesti tarkasteltuna henkilökohtaisen ajan osuus työajasta vaihteli 12 – 22 prosentin välillä. Muihin kuin Pohjoismaisiin tutkimuksiin verrattuna tässä akuutilla neurologisella vuodeosastolla tehdyssä tutkimuksessa henkilökohtaisen ajan määrä on varsin pieni. Suomessa tehtyihin tutkimuksiin vertailtuna henkilökohtaisen ajan osuus työajasta on samaa luokkaa. Alla on esitetty taulukko eri tutkimusten tuloksista, kun vertaillaan sairaanhoitajan työajan käytön jakautumista toimintoihin. (taulukko 5)

Taulukko 5. Sairaanhoitajien työajankäytön toimintojen jakautumisesta tehtyjen tutkimusten tulosten vertailua. Vertailuun otettiin sellaiset tutkimukset, joiden päätoimintoluokat olivat keskenään mahdollisimman samanlaiset.

Toimintoluokat	Tämä tutkimus	Partanen (2002)	Antinaho ym. 2015	Furåker (2009)	Lavander (2017)	Chaboyer ym. 2008
Välitön hoitotyö	38 %	41 %	37 %	38 % (sis. special and general nursing)	alle 50 %	33 %
Välillinen hoitotyö	40 %	35 %	34 % (sis. potilasdokumentoinnin)	ei vertailtavissa	ei vertailtavissa	47 %
Osastokohtainen toiminta	12 %	16 %	10 %	ei vertailtavissa	ei vertailtavissa	6 %
Henkilökohtainen aika	9 %	8 %	7 %	13 %	ei vertailtavissa	14 %

Jo Abdellah ja Levine (1954: 15) totesivat tutkimuksessaan, että silloiset koulutetut sairaanhoitajat suorittivat kasvavassa määrin tehtäviä, joiden seurauksena he viettivät yhä vähemmän aikaa potilaan luona. Tilanne ei vaikuta muuttuneen. Tämän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat viettävät suurimman osan työajastaan muualla, kuin potilaan luona. Lavander, Meriläinen ja Turkki (2016: 1038) totesivat tutkimuksessaan, että sairaanhoitajien tulisi tehdä koulutustaan vastaavaa työtä, ja että esimerkiksi varastojen täydentäminen, liinavaatteiden järjestely ja potilaan kuljettaminen voitaisiin ohjata muille ammattiryhmille. Näiden edellä mainittujen tehtävien osalta tässä tutkimuksessa käy ilmi kehitys, jossa mm. osastofarmaseutin palvelut, täyttöpalvelu ja potilaskuljetuspalvelu ovat vapauttaneet työaikaa sairaanhoitajan koulutuksen mukaisiin tehtäviin.

Sekä Furåkerin (2009: 276) että Lundgrenin ja Segstenin (2001: 19) tutkimuksissa tuotiin esiin se, että työajankäytön jakautumista tutkimalla ei voida löytää vastausta siihen, kuinka paljon sairaanhoitajan työaika tulisi käyttää potilaan vierellä tai minkälainen hoitotyö tuo lisäarvoa potilaalle. Myöskään tämä tutkimus ei anna vastausta näihin kysymyksiin. Tarvitaan lisätutkimuksia selvittämään sitä, mikä olisi potilaan hoidon kannalta mahdollisimman hyvä työajankäytön jakauma.

## 10.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusta varten haettiin asianmukaiset tutkimusluvut HUS:lta. Tutkimuksen eettiset kysymykset koskevat erityisesti sairaanhoitajien tekemää työajanseurantaa ja itseraportointia. Tutkimusosaston kiireisessä ja kuormittavassa ympäristössä oli ennakkoon tiedossa, että itseraportointi menetelmänä lisää kuormitusta työpäivän aikana. Tämä otettiin huomioon, kun suunniteltiin tutkimusjakson pituutta ja työajanseurantalomakkeen täyttöväliä yhdessä henkilöstön kanssa. Tutkimuksesta pyrittiin tiedottamaan hyvin etukäteen ja tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden esittämät kysymykset ja kommentit otettiin huomioon lomakkeen suunnittelussa. Näillä tavoilla pyrittiin vähentämään tutkimuksen kuormittavuutta ja estämään tutkimuksen vaikutuksia potilastyöhön.

Opinnäytetyön tekijä oli tavoitettavissa koko tutkimuksen ajan ja pystyi heti vastaamaan kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiin. Lisäksi hän kävi osastolla neljä kertaa tutkimusjakson aikana. Tällöin henkilökunnan kanssa keskustellessa tuli ilmi, että tutkimuksen tekeminen on kuormittavaa, mutta pääsääntöisesti sen tekemiseen sitouduttiin ja tuloksista odotettiin selkeää hyötyä. Opinnäytetyön tekijä pyrki läsnäolollaan kuuntelemaan tutkimukseen osallistuvien henkilöiden kommentteja tutkimuksesta ja siten helpottamaan siitä aiheutuvaa kuormitusta.

Henkilöstön anonymiteetti säilytettiin tutkimuksen ajan. Ainoastaan rinnakkaishavainnointiin osallistuneet henkilöt olivat opinnäytetyön tekijän tiedossa, mutta tuloksista heitä ei voida tunnistaa. Jokainen seurantalomake kerättiin ilman henkilötietoja ja ne tulivat ainoastaan opinnäytetyön tekijän käyttöön. Tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti heti, kun sitä ei enää tarvita. Aineiston säilyttäminen tapahtuu turvallisesti siten, ettei kellään muulla kuin opinnäytetyön tekijällä ole ollut mahdollisuutta päästä käsiksi aineis-



toon. Tulokset raportoitiin niin, että vastauksista ei voi erottaa yksittäistä henkilöä. Osastonhoitajan keräämä osaston olosuhteita kuvaava aineisto perustuu tilastoihin, eikä niistä voida erottaa yksilöityjä henkilö- tai potilastietoja.

Potilaisiin liittyvät eettiset kysymykset koskevat erityisesti tutkimuksesta tiedottamiseen ja tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuneeseen haittaan potilastyössä sekä rinnakkaishavainnointiin. Potilailta tai potilaista ei tutkimuksen aikana kerätty tietoa lukuun ottamatta potilasmääriä, jotka osastonhoitaja poimi tilastoista. Rinnakkaishavainnoinnin aikana opinnäytetyön tekijä ei mennyt potilashuoneisiin. Niissä tehty työ käytiin läpi, kun rinnakkaishavainnointiin osallistunut henkilö oli pois potilashuoneesta. Rinnakkaishavainnointiin käytetty aika pyrittiin minimoimaan siten, että sillä olisi kuitenkin merkitystä tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Tutkimusta ennen, siihen osallistuvia sairaanhoitajia ohjattiin informoimaan potilaita tutkimuksesta, jotta esimerkiksi käytössä olleiden ajastimien soiminen kesken potilastyön ei aiheuttaisi turhaa ihmetystä. Työajanseurantalomakkeeseen ohjattiin tutustumaan hyvin etukäteen, jotta sen täyttäminen olisi mahdollisimman helppoa ja siten veisi mahdollisimman vähän aikaa. Sillä, että tutkimusaineiston kerääjinä toimivat osaston omat sairaanhoitajat, pyrittiin vähentämään mahdollista haittaa potilastyöhön (vs. osaston ulkopuoliset havainnoijat).

Tutkimuksen jälkeen osastoa informoitiin tuloksista heti niiden analysoinnin jälkeen. Tällöin osasto sai käyttöönsä hyödyllistä tietoa osaston toiminnasta. Tällä pyrittiin tuomaan esiin tutkimukseen osallistumisen hyötyjä ja kompensoimaan tutkimuksesta aiheutunutta kuormitusta. Osastotunnilla tutkimukseen osallistuneet henkilöt saivat keskustella tutkimuksesta ja kokemuksistaan siihen osallistumisesta.

### 10.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa kerättiin kvantitatiiviset aineistot hoitotyön toiminnoista sekä potilas- ja henkilöstömääristä. Tutkimuksessa käytetty työajanseurantalomake ja sen luotettavuus on käsitelty aiemmin kappaleessa 8.3. Työajanhavainnoin menetelmäksi valittiin toimintolaskenta (work sampling). Menetelmä perustuu siihen, että otos edustaa suurempaa kokonaisuutta. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta oleellista toimintolaskentamenetelmässä on se, että otoksen koko on riittävä. Otoksen kokoa tässä tutkimuksessa voidaan pitää riittävänä ainakin niiden toimintojen osalta, joiden prosentuaalinen osuus on keski-vertoa suurempi. Välitön hoitotyö oli jaettu niin moneen eri toimintoon, että tuloksissa

joihinkin esimerkiksi välittömän hoitotyön toimintoihin oli käytetty aikaa alle yksi prosenttia. Näiden prosentuaalisesti hyvin vähän aikaa käytettyjen toimintojen osalta tuloksissa saattaa esiintyä epäluotettavuutta. Otoksen koon riittävyttä puolestaan tukee se, että saadut tulokset ajankäytön jakautumisen suhteen ovat verrannollisia osaston päivittäisen toimintarytmin ja aiemmin tehtyjen kansainvälisten tutkimusten tulosten kanssa.

Tutkimus sijoittui sellaiseen ajankohtaan, joka edustaa osaston keskimääräistä toimintaa. Henkilöstön osalta ajankohta edusti kuitenkin ehkä normaalia parempaa tilannetta, sillä syksyn infektiokausi ei ollut tutkimusjakson aikana alkanut ja henkilöstö oli viettänyt kesälomiaan. Lisäksi työpaikan vaihdoksia tms. henkilöstöliikehdintää ei juuri ollut. Terveystieteiden opiskelijoita osastolla oli normaali määrä. Voidaan todeta, että tutkimuksen otos oli niin hyvin edustava, kuin mitä se voi olla erittäin nopeasti muuttuvassa erikoissairaanhoidon ympäristössä.

Tiedonkeruumenetelmäksi tutkimukseen valittiin itseraportointi. Tämä valikoitui menetelmäksi sen vuoksi, että se oli kustannustehokkain, ja sillä pyrittiin välttämään ulkopuolisten havainnoitsijoiden mahdollista vaikutusta hoitotyöhön. Tällä menetelmällä kyettiin myös tuottamaan riittävän laaja aineisto. Jotta tutkimus olisi luotettava, edellyttää itseraportointi menetelmänä hyvää ennakkovalmistautumista, tiedottamista ja tutkittavien sitoutumista. Tulokset ovat luotettavia, mikäli henkilöstö on täyttänyt seurantalomakkeet tunnollisesti ja rehellisesti. 10 minuutin välein tehtävää havainnointia voidaan pitää luotettavana, sillä siihen ei liity ongelmia muistaa tehty työ. Tässä tutkimuksessa henkilöstö sitoutui pääsääntöisesti tutkimusaineiston keruuseen ja se edisti myös tulosten luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin todentamaan myös rinnakkaishavainnoinnin avulla. Tavoitteena oli päästä 80 % yhdenmukaisuuteen tutkittavan ja havainnoitavan välillä. Tavoitteeseen päästiin molemmilla havaintokerroilla yhtäläisyysprosentin ollessa 80 % kaikkien neljän lomakkeen osalta. Päätoimintoluokkien osalta yhtäläisyys oli jopa 92 % (taulukko 6 ja 7). Tästä voidaan päätellä, että tutkimustuloksia voidaan pitää luotettavina, sillä lomakkeen täyttö oli riittävän yhdenmukaista. Päätoimintoluokkien osalta lomakkeiden täyttö oli vielä yhdenmukaisempaa. Välittömän- ja välillisen hoitotyön, osastokohtaisen toiminnan ja henkilökohtaisen ajan prosentuaalinen jakauma osastolla antaa siis luotettavan kuvan siitä, mihin osastolla sairaanhoitajat työaikansa käyttävät. Luotettavuuden vahvistamiseksi olisi voitu tehdä vielä useampi ja kestoaltaan pidempi rinnakkaishavainnointi, mikäli se olisi ollut mahdollista.

Taulukko 6. Rinnakkaishavainnoinnin tulokset 30.8.2018. Punaisella merkityt kohdat havainnoivat lomakkeiden eroja.

	Aktiviiteetti	Päivittäiset toiminnot	Hoidon ja jatkohoidon koordinointi	Lääkärin kierrot	Hoitotyön dokumentointi	Hoitotyön raportointi	Muu kommunikaatio	Lääkitysten, lääketoimenpiteiden valmistelu	Tutkimukset, vastaukset	Odottelu, etsiminen	Osastoon liittyvä kommunikaatio	Kokoukset, koulutukset, ohjaukset	Henkilökohtaiset asiat
<b>30.8.2018</b>													
<i>Opinnäytetyön tekijä</i>		1		5	3	1	2	5	1	6	1	1	4
<i>Havainnoitava</i>	1		1	5	2	1	2	5	1	6	1	1	4

Taulukko 7. Rinnakkaishavainnoinnin tulokset 3.9.2018. Punaisella merkityt kohdat havainnoivat lomakkeiden eroja.

	Selvityminen	Hoidon ja jatkohoidon koordinointi	Lääkärin kierrot	Hoitotyön dokumentointi	Hoitotyön raportointi	Muu kommunikaatio	Hoitamisen valmistelu, loppuun saattaminen	Valmistelu uudet potilaat	Odottelu, etsiminen	Osastoon liittyvä kommunikaatio	Opiskelijaohjaus	Henkilökohtaiset asiat
<b>3.9.2018</b>												
<i>Opinnäytetyön tekijä</i>	1	2	9	1	2	2	1	1	2		7	3
<i>Havainnoitava</i>	1	2	9	1	2	1	1	1	2	1	7	3

Tutkimuksen rajoituksena oli osastolla potilasmääriltään erilaisten ajanjaksojen vertailu työajanseurantalomakkeista saatuihin tuloksiin. Seurantalomakkeiden tietoja ei pystytty vertaamaan keskenään osaston potilas- ja henkilöstömääriin siinä laajuudessa kuin olisi toivottu. Lisäksi olisi voitu kerätä vielä tietoa esimerkiksi potilaiden hoitoisuusluokituksesta sekä työvuoro-kohtaisista potilasmääristä. Kuitenkin pystyttiin vertailemaan hoitotyön toimintojen jakautumista päätoimintoluokittain potilasmääriltään keskenään hyvin erilaisten päivien osalta. Siltä osin tuloksia voidaan pitää luotettavana. Näistä rajoituksista huolimatta tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina, kun arvioidaan neurologisen osaston hoitotyön toimintojen jakautumista.

#### 10.4 Johtopäätökset ja jatkokehittämisasiheet

Tällä tutkimuksella tuotettiin monipuolista tietoa erikoissairaanhoidon akuutin neurologisen vuodeosaston sairaanhoitajien työajankäytöstä. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan käyttää hoitotyön johtamisen välineenä arvioitaessa hoitohenkilöstön ajankäytön järjestyttä ja ammattitaidon tarkoituksenmukaista käyttöä. Tulosten perusteella voidaan todeta, että hoitotyön toimintojen jakauma kuvaa hyvin akuutin neurologisen osaston toiminnan painottumista eri työvuoroissa. Tulokset siis mukailevat osaston toimintaa.

Tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että sairaanhoitajat tekevät suurimman osan työstään välitöntä- ja välillistä hoitotyötä, eli hoitavat potilaita. Toisin sanoen tekevät sitä, mitä pitääkin. Lähempi tarkastelu kuitenkin kertoo siitä, että välillisen, eli hoitotyön jolloin potilas ei ole läsnä, osuus on suurempi (40,4 %) kuin välittömän hoitotyön osuus, jolloin potilas on läsnä (38,2 %). Ero ei ole kuitenkaan suuri, mutta tulosten perusteella välillisen hoitotyön osuutta ei tulisi ainakaan kasvattaa välittömän hoitotyön kustannuksella.

Merkitsevää on, että välitöntä- ja välillistä hoitotyötä tehdään eniten yövuorossa 84,5 %. Tästä voidaan päätellä, että yövuoroissa tehdään paljon juuri potilaan hoitoon liittyvää työtä. Tuloksien perusteella voidaan todeta, että yövuoroissa tulee verrattuna muihin vuoroihin myös paljon uusia potilaita. Uusien potilaiden vastaanottaminen vie aikaa ja sitoo yhdessä moduulissa toisen hoitajan aikaa hoitotyön dokumentointiin. Samalla pitää muistaa, että monet neurologiset potilaat vaativat kahden hoitajan avun selvitäkseen päivittäisistä toiminnoista. Tulos puhuu sen puolesta, että yövuoroissa on jatkossakin syytä taata riittävä hoitohenkilöstömäärä, jotta potilaiden tarpeisiin voidaan vastata riittävällä tavalla.

Tuloksien mukaan osaston pisin vuoro, eli F – vuoro, vaikuttaisi olevan erittäin tehokas työvuoro työajankäytön suhteen. Sairaanhoitajat pitävät kaikista vähiten henkilökohtaista aikaa F – vuoroissa (7,8 %). Voisi kuvitella, että pitkän työvuororupeaman aikana sairaanhoitajat tauottaisivat työtään enemmän tai useammin. Tulosten valossa näin ei kuitenkaan ole, vaan pituudeltaankin raskas työvuoro sisältää vähiten taukoja. F – vuorossa välittömän- ja välillisen hoitotyön osuus on keskimäärin suurempi eli 79,9 %. Tulosten perusteella F – vuoroissa tehdään yövuoron jälkeen toiseksi eniten potilashoitoon liittyviä asioita. Tulosten perusteella olisi syytä miettiä, voidaanko F – vuoron kuormittavuutta vähentää lisäämällä tehokasta työajankäyttöä muissa työvuoroissa, kuten B – ja I – vuorossa.

Välittömän hoitotyön osalta tuloksien perusteella F – vuorossa tehdään monipuolisimmin hoitotyötä. Yksikään välittömän hoitotyön toiminto ei F – vuorossa saanut tulokseksi 0,0 % toisin kuin muissa työvuoroissa. Näistä tuloksista voidaan päätellä, että F – vuoro vaatii siis monipuolista tietotaitoa neurologisen potilaan hoitotyöstä. Jatkossa tulisi miettiä sitä, miten nopeasti esimerkiksi vastavalmistunut sairaanhoitaja kykenee toimimaan täysipainoisesti F – vuorossa. Asiaa on pohdittava myös sen kannalta, ettei kokenut sairaanhoitaja F – vuorossa kuormitu liikaa, koska joutuu kantamaan normaalia suurempaa vastuuta potilaista, työskennellessään kokemattoman kollegan kanssa.

Lääkehoidon osuus on tulosten perusteella toiseksi eniten aikaa vievä välittömän hoitotyön toiminto. Se menee jopa aisti- ja neurologisten toimintojen edelle. Lääkehoidon osaaminen on siis erittäin tärkeä osa-alue neurologisen potilaan hoitotyössä. Välittömän hoitotyön lääkehoidon osuudesta vastaavat pääsääntöisesti sairaanhoitajat, eikä tämä työ ole ulkoistettavissa esimerkiksi osastofarmaseutille. Tulosten perusteella lääkehoidon osaamisesta on huolehdittava hyvällä koulutuksella sekä prosessien sujuvuudella.

Välittömän hoitotyön toimintojen jakautumisesta eri työvuoroissa voidaan tulosten perusteella todeta, että lääkärin kiertojen osuus toiminnoista on suuri. Mikäli hoitaja jäisi pois lääkärin kierroilta, vaikuttaisi se vähentävästi välittömän hoitotyön kokonaismäärään osastolla. Lääkärin kierrolla potilas on läsnä.

Välillisen hoitotyön osalta tuloksista erottuu selkeästi hoitotyön dokumentoinnin osuus. Se on suurin kaikista välillisen hoitotyön toiminnoista 27,2 %. Vaikka erikoissairaanhoidossa on siirrytty sähköisiin potilastietojärjestelmiin, tulosten perusteella hoitotyön dokumentoinnin osuus työajasta on edelleen suuri. Avoimissa ”muun työn osuus” – vastauksissa korostuivat ATK – ongelmat. Jatkossa on syytä miettiä, miten hoitotyön dokumentointi olisi mahdollisimman hyvää ja tehokasta. Hoitotyön dokumentoinnin ei myöskään tulisi aiheuttaa ”odottelu/etsiminen” – toiminnon lisääntymistä. Tulosten perusteella tässä on kehittämisen kohde. Sähköiset potilastietojärjestelmät ovat saattaneet lisätä potilasturvallisuutta tiedonkulun näkökulmasta, mutta hoitotyön dokumentoinnin prosesseja ne eivät ole nopeuttaneet. Uusi tuleva sähköisen kirjaamisen järjestelmä APOTTI ei toivon mukaan lisää hoitotyön dokumentointiin käytettyä aikaa. Hoitotyön dokumentointiin liittyy myös hoitotyön raportointi. Yhdessä nämä kaksi muodostavat jopa 42,1 % välilliseen hoitotyöhön käytetystä ajasta. Tuloksista voidaan todeta, että tämä yhteen laskettu osuus on merkittävä, eikä sen osuutta ole syytä kasvattaa.

Osastokohtaisten toimintojen osalta tuloksista voidaan vetää johtopäätös, että puhtaus ja taloushuoltoon sekä toimistotyöhön kuluu suhteellisen vähän sairaanhoitajien työaikaa. Tämä suhteen osastolla on ollut oikea kehityssuunta. Tämä tulos on tärkeä, sillä sairaanhoitajien tulisi tehdä nimenomaan koulutuksena mukaista työtä, jotta se olisi mielekästä. Eniten aikaa osastokohtaisissa toiminnoissa kuluu kokouksiin, koulutuksiin ja ohjauksiin 33,2 %. Tuloksen perusteella osastoa pyritään kehittämään aktiivisesti. Osastoon liittyvän kommunikaation osuus osastokohtaisesta toiminnasta on toiseksi suurin ja se puoltaa sitä, että osaston käytännöistä ym. puhutaan paljon.

Vastaavan hoitajan työnkuva aamuvuoroissa irrotettuna normaalista potilastyöstä oli tutkimuksen aikana vielä hioutumassa. Tulosten perusteella näyttäisi siltä, että vastaavan hoitajan työnkuva muistuttaa niin sanotusti ”yleismies Jantusen” – roolia. Tuloksista voidaan nähdä, että vastaava hoitaja tekee jopa 28,7 % sellaista työtä, jolloin potilas on läsnä. Myös välillisen hoitotyön osuus on korkea 41,8 %. Toisaalta odotetusti myös osastokohtaisen toiminnan osuus hoitotyöstä on vastaavilla hoitajilla korkea. Merkittävää on, että välittömän hoitotyön osuudesta vastaavan hoitajan aamuvuorossa muodostavat päivittäiset toiminnot, lääkehoito ja turvallisuus. Tulosten valossa näyttäisikin siltä, että vastaavan hoitajan roolina on toimia apurina hoitotyössä samalla, kun hän koordinoi uusien potilaiden virtaa. Tulosten perusteella voidaan myös päätellä, että vastaavan hoitajan rooli turvallisuuden takaajana toteutuu.

Jatkotutkimusaiheita pohdittaessa esiin nousee muutama teema. ”Odottelu, etsiminen” – toiminnon osuus välillisistä toiminnoista oli toiseksi suurin. Tutkimus ei anna tarkempaa vastausta siitä, mihin sairaanhoitajat työaikaansa käyttävät tämän toiminnon sisällä. Jos haluttaisiin pienentää tähän toimintoon käytettyä aikaa, olisi syytä tutkia tarkemmin mitä se pitää sisällään. ”Koulutukset, kokoukset ja ohjaukset” – toiminnon osalta voisi tutkia sitä, koetaanko niiden parantavan osastoa työympäristönä ja tulevatko tämän toiminnon sisällä käsitellyt asiat osaksi normaalia toimintaa. Tarkempaa tarkastelua tulisi myös tehdä siitä, miten osaston erilaiset olosuhteet ja esimerkiksi potilaiden hoitoisuus vaikuttavat työajan toimintojen jakautumiseen. Tämä nyt tehty tutkimus voidaan myös toteuttaa uudestaan, mikäli osaston toiminnassa tapahtuu muutoksia ja halutaan selvittää, miten ne vaikuttavat sairaanhoitajien työajankäyttöön.

Jatkossa osastolla tulisi kehittää hoitotyön dokumentoinnin prosesseja siten, että siihen käytetty aika pienenesi kuitenkin laadukkaasta dokumentoinnista tinkimättä ja kaikki niin

sanottu turha dokumentointi pitäisi karsia pois. Eri työvuorojen prosesseja tulisi kehittää siten, että F – vuoro ei olisi niin kuormittava. Uusien potilaiden tuloa osastolle tulisi ohjata enemmän päivä- ja ilta-aikaan. Koulutuksissa ja kokouksissa käsiteltävän informaation saattaminen osaston hoitohenkilöstön käyttöön tulisi varmistaa. Lääkehoidon osaamisaluetta tulee vahvistaa ja koulutuksen tulisi olla säännöllistä. Osastolle tulevien uusien lääkeryhmien osalta pitäisi luoda alusta alkaen selkeät toimintaperiaatteet ja ohjeistukset. Vastaavan hoitajan toimenkuvaa tulisi selkeyttää. Osastolla tulisi pohtia, mikä on potilaalle lisäarvoa tuovaa hoitotyötä ja vaikuttaa siten työajankäytön jakautumiseen välittömän- ja välillisen hoitotyön sekä osastokohtaisen toiminnan kesken.

## Lähteet

Abdellah, Faye G. – Levine, Eugene 1954. Work sampling Applied to the Study of Nursing Personnel. *Nursing Research* 3(1): 11-16.

Ahonen, Outi – Blek-Vehkaluoto, Mari – Ekola, Sirkka – Partamies, Sanna – Sulosaari, Virpi – Uski-Tallqvist, Tuija 2016. *Klininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 6., uudistettu painos.* Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Alhola, Kari 2016. *Toimintolaskenta.* Liettua: BALTO print.

Antinaho, Tuula – Kivinen, Tuula – Turunen, Hannele – Partanen, Pirjo 2015. Nurses' working time use? How value adding it is? *Journal of nursing management* 23(8): 1094–1105.

Chaboyer, W – Wallis, M – Duffield, C – Courtney, M – Seaton, P – Holzhauser, K – Schluter, J – Bost, N 2008. A comparison of activities undertaken by enrolled and registered nurses on medical wards in Australia: an observational study. *International Journal of Nursing Studies* 45(9): 1274–1284.

Duodecim 2015. Oppiportti. Lääkehoito. Verkkodokumentti. <<http://www.oppiportti.fi/op/okk00003>>. Luettu 27.3.2018.

Finkler, Steven A – Knickman, James R – Hendrickson, Gerry – Lipkin, Mack, Jr. – Thompson, Warren G. 1993. A Comparison of Work-Sampling and Time-and-Motion Techniques for Studies in Health Services Research. *HSR: Health Services Research* 28(5): 577–597.

Furåker C. 2009: Nurses' everyday activities in hospital care. *Journal of nursing management* 17(3): 269–277.

Harrison, Lynne – Nixon, Gillian 2002. Nursing activity in general intensive care. *Journal of Clinical Nursing* 11(2): 158–167.

Hoitoisuustieto hoitotyön johtamisen tukena. Verkkodokumentti. <<http://www.sote-tieto.fi/fi/tuotteet/hoitoisuustieto-hoitotyön-johtamisen-tukena>>. Luettu 27.11.2018.

HUS-tietoa. HUS. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx>>. Luettu 27.3.2018.

Jämsén, Raimo 2012. Priorisointi niukkuudesta selviämisen tukena. *Suomen Lääkäri-lehti* 46/2012 vsk 67, 4 – 6.

Knaste, Outi 2016. Johtamisen haasteet osastonhoitajan työssä. Sairaanhoidajaliitto. Verkkodokumentti. <<https://sairanhoidajat.fi/artikkeli/johtamisen-haasteet-osastonhoitajan-tyossa/>>. Luettu 26.3.2018.

Kuntatyönantajat. KVTES. 2018. Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus. Lepoajat. Verkkodokumentti. <<https://www.kt.fi/sopimukset/kvtes/2018/luku-3-tyoaika/lepoajat>>. Luettu 12.4.2018.



Kuntatyönantajat. KVTES. 2018. Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus. Säännölliset työajat. Verkkodokumentti. <<https://www.kt.fi/sopimukset/kvtes/2018/luku-3-ty-oaika/saannolliset-tyoajat>>. Luettu 12.4.2018.

Lavander, Päivi 2017. Nimikesuojattujen ja laillistettujen ammattihenkilöiden työnjako yliopistosairaalan muuttuvassa toimintaympäristössä. Oulun yliopiston tutkijakoulu; Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta; Medical Research Center Oulu; Oulun yliopistollinen sairaala Acta Univ. Oul. D 1431. Tampere: Juvenses print.

Lavander, Päivi – Meriläinen, Merja – Turkki, Leena 2016. Working time use and division of labour among nurses and health-care workers in hospitals – a systematic review. *Journal of Nursing Management* 24: (1027-1040).

Liljamo, Pia – Kinnunen, Ulla-Mari – Ensio, Anneli 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet sarja 2/2012. 85 sivua: Helsinki.

Lundgren, S. – Segesten, K. 2001. Nurses' use of time in a medical-surgical ward with allRN staffing. *Journal of Nursing Management* 9(1): 13–20.

Neurohoitajan käsikirja 2016. Remes, Pirjo – Kotila, Jaana – Valovirta-Hästö, Eliisa – Ristola, Elina – Kivisaari, Riku – Martin, Johanna – Wahlman-Muranen Taina (toim.). HUS. Helsinki: Kopio Niini Oy.

Partanen, Pirjo 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 99. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Rautavaara-Nurmi, Hanna – Westergård, Airi – Henttonen, Tarja – Ojala, Mirja – Vuorinen, Sinikka 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Sairaanhoitajat 2018. Kysely: Kolme neljästä sairaanhoitajasta tekee lääkärin töitä. Sairaanhoitajaliitto. Verkkodokumentti. <<https://sairaanhoitajat.fi/2018/kysely-kolme-neljasta-sairaanhoitajasta-tekee-laakaritoita/>>. Luettu 26.3.2018.

Salmenperä, Ritva – Tuli, Sinikka – Virta, Maarit 2002. Esipuhe. Teoksessa Salmenperä, Ritva – Tuli, Sinikka – Virta, Maarit (toim.): Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012-2015. Helsinki: Tampereen Yliopistopaino Oy  
Sote luokitustuotteet. RAFAELA®-hoitoisuusluokitus: tietoa potilaan hoitotyön tarpeesta. Verkkodokumentti. <<http://www.soteluokitustuotteet.fi/fi/luokitustuotteet/rafaela>>. Luettu 27.3.2018.

Sulosaari, Virpi – Leino-Kilpi, Helena 2013. Mitä on lääkehoidon osaaminen? Teoksessa Sulosaari, Virpi – Hahtela, Nina (toim.): Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoitaja & lääkehoito. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Valovirta-Hästö, Eliisa 2017. Sairaanhoitajan urapolkuja HUS:ssa case TVO. Verkkodokumentti. <[https://www.laurea.fi/dokumentit/Documents/Eliisa%20Valovirta-H%C3%A4st%C3%B6,HUS\(1\).pdf](https://www.laurea.fi/dokumentit/Documents/Eliisa%20Valovirta-H%C3%A4st%C3%B6,HUS(1).pdf)>. Luettu 30.4.2018.

Väestöennuste 2015-2065. Tilastokeskus 2015. Verkkodokumentti.  
<[https://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn\\_2015\\_2015-10-30\\_fi.pdf](https://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_fi.pdf)>. Luettu 10.12.2018.

**Osastonhoitajan ilmoittama henkilöstö- ja potilasmäärä päivittäin**

Pvm. \_\_\_\_\_

Potilasmäärä (kaikki osastolla olleet): \_\_\_\_\_

Hoitohenkilöstömäärä vuoroittain:

Aamuvuoro:

- sairaanhoitajat \_\_\_\_\_
- lähihoitajat \_\_\_\_\_

Iltavuoro:

- sairaanhoitajat \_\_\_\_\_
- lähihoitajat \_\_\_\_\_

Yövuoro:

- sairaanhoitajat \_\_\_\_\_
- lähihoitajat \_\_\_\_\_

Oliko päivän henkilöstömitoitus ns. normaali mitoitus? Jos oli poikkeavuutta, niin mitä?

---

---

---

---

---

---

---

---

## Työajanseurantalomake

Sivu 1 / 2

Päiväys: \_\_\_\_\_

Merkitse moduuli jossa työskentelet (A1, A2, B1, B2): \_\_\_\_\_

Merkitse työvuorosi kirjainkoodi (B, I, P, F, Y): \_\_\_\_\_

Havainnointi alkoi (työvuoron alkamisajankohta): \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

Havainnointi loppui (työvuoron loppumisajankohta): \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

Ympyröi, mikäli olet vastaavana sairaanhoitajana: **kyllä** Irrotettuna potilastyöstä, ympyröi oikea vaihtoehto: **kyllä/ei****HAVAINNOINTIAIKA ON TYÖVUORON PITUUS. JOS TYÖVUORO KESTÄÄ ESIM. 8 TUNTIA, RAKSEJA LOMAKKEESSA TÄYTYY OLLA 48kpl. RAKSI RUUTUUN 10min VÄLEIN. MERKITSE SE TOIMINTO, JOTA OLET PÄÄSÄÄNTÖISESTI TEHNYT VIIMEISEN 10min AIKANA.**

<b>1. Välitön hoitotyö (potilas on aina läsnä)</b>	<b>Kerrat (10 min)</b>
AKTIVITEETTI	
ERITTÄMINEN	
LÄÄKEHOITO	
RAVITSEMUS	
HENGITYS	
VERENKIERTO	
AINEENVAIHDUNTA	
TURVALLISUUS	
PÄIVITTÄISET TOIMINNOT	
SELVITYMINEN	
NESTETASAPAINO	
KUDOSEHEYS	
ELÄMÄNKAARI	
AISTI- JA NEUROLOGISET TOIMINNOT	
PSYKKINEN TASAPAINO	
HOIDON JA JATKOHOIDON KOORDINOINTI	
TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN	
YLEINEN TARKKAILU, VALV. KIERROKSET	
LÄÄKÄRIN KIERROT	
POTILAAN SIIRTÄMINEN/KULJETTAMINEN	
<b>2. Välillinen hoitotyö (potilas ei ole läsnä)</b>	<b>Kerrat (10 min)</b>
HOITOTYÖN DOKUMENTOINTI	
HOITOTYÖN RAPORTOINTI	
MUU POT. LIITTYVÄ KOMMUNIKAATIO	
LÄÄKITYSTEN, TOIMENPITEIDEN VALMISTELU/LOPPUUN SAATTAMINEN	
HOITAMISEN VALMISTELU, LOPPUUN SAATTAMINEN	
TUTKIMUKSET, VASTAUKSET, POTILASTIETOJEN SELAUS	
VALMISTELU UUDET POTILAAT	
ODOTTELU, ETSIMINEN	
<b>3. Osastokohtainen toiminta</b>	<b>Kerrat (10 min)</b>
PUHTAUS, TALOUSHUOLTO	
TOIMISTOTYÖ	
OSASTOON LIITTYVÄ KOMMUNIKAATIO	
KÄYNNIT OSASTON ULKOPUOLELLA	
KOKOUKSE, KOULUTUKSET, OHJAUKSET	
OPIKSELUAOHJAUS	
VÄLINEIDEN, VARASTOJEN, LAITTEIDEN TARKISTUS/TÄYDENNYS	
<b>4. Henkilökohtainen aika</b>	<b>Kerrat (10 min)</b>
HENKILÖKOHTAISET ASIAT	
<b>5. Muu</b>	<b>Kerrat (10 min)</b>
TOIMINNOT, JOITA EI OSAA SIIJOITTAA MIHINKÄÄN EDELLÄ OLEVAAN LUOKKAAN (vapaalla tekstillä kuvaillen)	

# Työajanseurantalomake

Sivu 2 / 2

## 1. Välitön hoitotyö (tapahtuu potilaan läsnä ollessa)

**Aktiiviteetti:** Virikkeiden järjestäminen, toiminnallinen kuntoutus, liikeharjoituksista huolehtiminen, toiminnallisuutta ylläpitävä asento- ja aktiviteettiin liittyvä ohjaus, aktiviteetin rajoittaminen, unta tai valvetilaa edistävä toiminta, uni- tai valvetilan seuranta, uni- tai valvetilaa liittyvä ohjaus

**Erittäminen:** Ulosteiden määrän tai laadun seuranta, suoliäänten seuranta, suoliston toiminnan hoito, ripulin hoito, ummetuksen hoito, suoliston tyhjentäminen, suolistoavanteen hoito, suoliston toimintaan liittyvä ohjaus, virtsamäärän ja -laadun seuranta, virtsaamisen tiheyden seuranta, jäännösvirtsan mittaus, kestopatetridien toteuttaminen, rakan kouluttaminen, kertakatetrointi, virtsateiden tai rakan huuhteleminen, virtsaavanteen hoito, virtsan pidätyskyvyttömyyden hoitaminen, virtsaamiseen liittyvä ohjaus, avanteeseen liittyvä ohjaus, pahoinvoinnin tai oksentamisen ehkäisy ja hoito, pahoinvoinnin ehkäisyyn ja hoitoon liittyvä ohjaus, nenämahaletkun toimivuudesta huolehtiminen, nenämahaletkuerittimen määrän ja laadun seuranta, drenoinnin toteuttaminen, hikoilun tarkkailu, verenvuodon seuranta ja hoito, muuhun erityistoimintaan liittyvä ohjaus, dialyysin toteuttaminen, dialyysihoitoon liittyvä ohjaus

**Lääkehoito:** lääkehoitojen ja lääkkeiden sivuvaikutusten seuranta, lääkehoidon kirjallinen ohjaus, lääkehoidon suullinen ohjaus, lääkehoitosta poikkeaminen, lääke suun kautta, lääkienjektion antaminen, lääke peräsuoleen, inhalaation antaminen, lääkelastarin laittaminen, lääke emättimeen, lääkeinfuusion antaminen, lääke suoraan vatsalaukkuun, voiteiden käyttäminen, tippojen antaminen, sumutteiden antaminen, pintapudote, lääkitys lääkepumpun tai infuusiopumppuun avulla, lääkkeen antaminen tahdosta riippumatta, rakkotus

**Ravitsemus:** ravitsemuskartoituksen tekeminen, painon kontrollointi, pituuden kontrollointi, ruokailun seuranta, letkuruokinnan toteuttaminen, nenämahaletkun laitto, suunensisäinen ravitseminen, lisäravinteiden tarjoaminen, mieluukien tarjoaminen, rinta-ruokinnassa avustaminen, lisäravinnon antaminen, potilaan syöttäminen, nestelästerikinnät, ravitsemukseen liittyvä ohjaus

**Hengitys:** Hengityksen laadun ja määrän seuranta, PEF-seuranta, yskän seuranta, limaisuuden seuranta, yskösten seuranta, hapen antaminen, hengitysharjoitusten toteuttaminen, keuhkojen tyhjennys, liman imeminen, hengitystä helpottava asento- ja hoito, positiiviseen paineeseen puhalluttaminen (PUPU)

**Verenkierto:** Verenpaineen, pulssin ja rytmien seuranta, EKG:n otto, ääreisverenkierron seuranta, happisaturation seuranta, ihon värin ja lämmön seuranta, verenkiertoa ylläpitävä asento- ja hoito, verenkiertoa ylläpitävät apuvälineet, lämmön seuranta, lämpötilan ylläpitäminen, lämpötilan alentaminen, lämpötilan kohentaminen, verenkiertoon liittyvä ohjaus

**Aineenvaihdunta:** Verensokerin seuranta/mittaus ja hoito, keltaisuuden seuranta ja hoito, suojaeristyksen toteuttaminen, tartuntatauti-eristyksen toteuttaminen, infektiota liittyvä ohjaus, aineenvaihduntaan liittyvä ohjaus

**Turvallisuus:** Turvallisen ympäristön järjestäminen, läsnäolo, rauhoittaminen, vierihoidon rajoittaminen, rajojen asettaminen, potilaan omaisuuden halluunotto tai tarkistus, potilaan liikkumisen rajoittaminen ja seuranta, potilaan yhteydenpidon rajoittaminen

**Päivittäiset toiminnot:** Peseytymisessä ja pukeutumisessa avustaminen, suun tai hampaiden hoidossa avustaminen, ruokailussa avustaminen, liikkumisessa avustaminen, WC-toiminnossa avustaminen, asiainnissa avustaminen, apuvälineiden käytön ohjaus, päivittäisiin toimintoihin liittyvä ohjaus

**Selviytyminen:** Potilaan selviytymiskyvyn arviointi, potilaan selviytymisen tukeminen, potilaan lasten huomiointi, selviytymiseen liittyvä ohjaus, henkinen tuki, ajattelu- ja puhehäiriöiden tunnistaminen, sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen

**Nestetasapaino:** Nestetasapainon laskeminen, turvotusten tarkkailu, nesteiden antaminen suun kautta, suunensisäinen nesteitys, verivalmisteiden antaminen, nesteitykseen liittyvä ohjaus, nestemäärän rajoittaminen

**Kudoseheys:** Kanyyli ympäröivän ihon hoito, ulkoisen fiksaatiolaitteen juuren hoito, avannetta ympäröivän ihon hoito, ihon hoitoon liittyvä ohjaus, hoitokylvyntäminen, hauteiden laitto, ihottuman penslaus, ihottuman rasvaus, ihottuman valohoito, hoitosidokset, ihottuman hoitoon liittyvä ohjaus, limakalvojen kunnon seuranta ja hoito, suun ja limakalvojen hoitoon liittyvä ohjaus, silmien kunnon seuranta ja hoito, silmien hoitoon liittyvä ohjaus, haavan vuodon ja erittämisen seuranta, haavasisidoksen vaihto, haavan sulkuutus tai kylvytys, haavan antiseptinen puhdistus, haavan huuhtelu, haavan mekaaninen puhdistus, ontelon ja fistelin huuhtelu, alipainemuhoitusta toteutus, ompeleiden poisto, ihosulkuhakasten poisto, haavaliiman laitto haavaan, ihosiirteen hoito, ihonotokohdan hoito, asennovaihdosta huolehtiminen, ilmapatja tai muu erikoispatja, haavan hoitoon liittyvä ohjaus

**Elämäntapa:** Seksuaaliterveyteen liittyvä ohjaus, ehkäisyneuvonta, synnytyksen jälkeinen seuranta, imetyksen ohjaus, saattohoito, kuolevan potilaan läheisten tukeminen, kuolevan potilaan hoitaminen

**Aisti- ja neurologiset toiminnot:** Mekaanisen esteen poistaminen korvakäytävästä, kuulolaistin liittyvä ohjaus, näköaistin muutosten huomiointi, näönkäytön ohjaus, tuntoaistin muutosten huomiointi, tuntoaistiin liittyvä ohjaus, toimenpiteisiin liittyvien tuntomuutosten seuranta, tasapainoaistin muutosten huomiointi, tasapainon ylläpitoon liittyvä ohjaus, haju- tai makuuainin muutosten huomiointi, haju- tai makuuainin liittyvä ohjaus, aistitoimintoihin liittyvien apuvälineiden käytön ohjaus, ärsykeherkkyyden huomiointi, kivun voimakkuuden mittaaminen, kivun arviointi, kivun hoito, kivunhoitoon liittyvä ohjaus, tajunnantason seuranta, tajunnantason määrittäminen (GCS), pupillien seuranta, motorisen vasteen/motoriikan testaaminen, lihasvoiman testaaminen, tuntohäiriöiden testaaminen, kasvojen mimikan tarkistaminen, raajavoimien ja -koordinaation seuranta, puheen seuranta, orientaation seuranta, näkökenttäpuutosten seuranta, haimauksen seuranta, jäykkyyden seuranta, epilepsia-kohtausten seuranta, neurologisiin toimintoihin liittyvä ohjaus

**Psyykinen tasapaino:** Havaintokyvyn häiriöiden tunnistaminen, käyttäytymisen häiriöiden tunnistaminen, mielialan seuranta, itsetuhoisen käyttäytymisen estäminen, ymmärryksen ja tietoisuuden lisääminen, todellisuudentajun vahvistaminen, potilaan todellisuuden kuunteleminen, psyykkistä tasapainoa edistävä ohjaus

**Hoidon ja jatkohoidon koordinaatio:** Potilaan oikeuksista tiedottaminen, tutkimuksen, toimenpiteen tai näytteenoton suorittaminen (esim. i.v.-kanyylin laitto/poisto, uloste- ja virtsanäytteet, yskänäytteet, virtsanäytteet), tutkimukseen, toimenpiteeseen tai näytteenottoon liittyvä valmistaminen ja ohjaus, tutkimuksen, toimenpiteen tai näytteenoton jälkeinen tarkkaileminen, jatkohoitoon liittyvä ohjaus

**Terveyskäyttäytyminen:** Ravitsemustottumusten seuranta, liikuntatottumusten seuranta, muiden riippuvuuksien seuranta, terveyttä edistävä ohjaus, hoitosopimuksen tekeminen, hoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistaminen

**Potilaan/potilaiden yleinen tarkkailu ja valvontakerrokset:** Esim. yöllä. Myös päivällä, kun kiertetään vilkaisemassa potilaita ja kysymässä vointia. HUOM! Vain voinnin kyselyt, potilaan silmäily.

**Lääkärinkiertoihin osallistuminen:** Lääkärinkierrot potilaan vierellä. Lääkärin tai muiden ei-hoitotyön ammattiryhmien avustaminen hoidoissa ja toimenpiteissä (Esim. Liqvor, dialyysikatetrin poisto)

**Potilaan siirtäminen/kuljettaminen:** Potilaan saattaminen toiselle osastolle, kuljetukset leikkauksisiin, dialyysiin, tutkimukseen yms. HUOM! Paluumatkat ilman potilasta kohtaan 2. Hoitamisen valmistelut ja loppuun saattamiset

## 2. Väillinen hoitotyö (toiminnot, jotka tehdään osastopotilaiden välittömän hoitotyön valmistelua tai loppuun saattamista varten)

**Hoitotyön dokumentointi:** Hoitotyön suunnitelmat, lääkärin määräyksien kirjaaminen ja lääke muutosten tekeminen, erilaisten tietojen kirjaaminen, hoitoisuusluokituksen tekeminen, potilaan kotiutumiseen tai osastolta siirtymiseen liittyvä kirjaaminen

**Hoitotyön suullinen raportointi:** Kaikki potilashoitoon liittyvä suullinen raportointi vuorojen vaihteessa tai esimerkiksi lääkärin kierron jälkeen, potilasta raportointi puhelimitse jatkohoitopaikkaan

**Muu potilaisiin liittyvä kommunikaatio:** Potilaisiin ja potilaiden hoitoon/tutkimuksiin liittyvä kommunikaatio lääkäreiden ja muiden jäsenten kesken (esimerkiksi päivystysaikaan "paperikiertot") kun potilas ei ole läsnä, puhelimessa tapahtuva kommunikaatio potilaan/potilaiden asiasta

**Lääkitysten ja toimenpiteiden valmistelu/loppuun saattamiset:** Lääkitysten ja lääketöiden valmistelut ja loppuun saattamiset, lääkärin määräysten ja toimenpiteiden tarkastaminen, potilaiden hoitoon/tutkimuksiin liittyvä valmistelu ennalta ennen kuin potilas on tullut osastolle (esim. sängyn tilaus, tarvikeiden tarkistus huoneeseen), potilaspaperiinhin tutustuminen/hoitopäivän tekeminen kun potilas ei ole vielä osastolla, huonesijoituksen suunnittelu

**Hoitamisen valmistelut ja loppuun saattamiset:** Esim. pesu- ja muiden välineiden hakeeminen, poistaminen ja siihen liittyvä työ, käsien pesu, paluu- tai menomatka potilassiirroissa (ilman potilasta), hoito- ym. ohjeiden hakeminen ja tutustuminen niihin, osastolla olevien/lähtevien potilaiden omaisuuden käsittely, paluu- tai menomatka potilassiirroissa ilman potilasta

**Tutkimusten tilaaminen, vastausten tarkistaminen, potilastietojen selaus:** Lääkärin määräysten edellyttämät jatkotoimenpiteet, tutkimusten tilaaminen, vastausten tarkastaminen tietokoneelta tai puhelimitse, osastolla olevien potilaiden tietoihin tutustuminen

**Valmistelut uusia potilaita varten:** Päivystys-, osastoilto- tai jonopotilaan osastolle tuottoon liittyvä valmistelu ennalta ennen kuin potilas on tullut osastolle (esim. sängyn tilaus, tarvikeiden tarkistus huoneeseen), potilaspaperiinhin tutustuminen/hoitopäivän tekeminen kun potilas ei ole vielä osastolla, huonesijoituksen suunnittelu

**Odottelu/etsiminen:** Toiminnan, puhelin, informaation odottaminen (esim. lääkärin kierron alkamisen odottelu, työntekijän odottaminen, lääkärin jatkohoitohjeiden odottaminen). Niin sanottu päivystäminen esim. kansliassa.

## 3. Osastokohtainen toiminta (osaston toiminnan ylläpitämiseen liittyvät toiminnot ja tehtävät)

**Puhtaus ja taloushuolto:** Lähteneiden potilaiden vuoteiden, vaatteiden käsittely siivous/huolto, osaston siistiminen, roskakorien tyhjentäminen, ruokatilaukset, ruokakorttien käsittely, ruuanjakelun valmistelu, keittiön järjestely

**Toimistotyö:** Perinteiset ns. sihteerin työt, potilaspapereiden käsittely, potilaskutsukirjeet, lomakkeiden käsittely/monistus, postitus, lähteneiden potilaiden omaisuuden käsittely

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

**Käynnit osaston ulkopuolella/osaston toisessa moduulissa:** Käynnit viemässä/hakemassa tavaraa

**Kokoukset, koulutukset, ohjaukset:** Yleinen osastoon liittyvä tiedonvälitys, neuvottelut, koulutus osastolla, työvuorolistojen teko, tarkistaminen ja muutoksista sopiminen, ilmoitustaulujen ylläpito, tiedotteisiin tutustuminen, toisen työntekijän ohjaus, tutkimuslomakkeiden käsittely, tutustuminen ja/tai täyttäminen

**Opiskelijaohjaus:** Opiskelijoiden ohjaus osaston toimintaan/potilashoitoon liittyen, myös potilaan vierellä tehtävä opiskelijan ohjaukseen liittyvä työ (opiskelija tekee ja ohjaaja ohjaa), opiskelija-arvioinnit, keskustelut opettajien kanssa, omien ohjaajien sopimiset yms.

**Välineiden, varustojen tarkistus/täydennys:** Osastolla tarvittavien varustojen tarkistaminen, tilaaminen ja täyttö, varasto-, lääke-, väline- tekstiilitilaukset, erilaisten hoitovälineiden toimintavalmiuden tarkistukset, kalibrointi, ensiapuvälineiden/tarvikkeiden tarkastaminen ja täydennys

## 4. Henkilökohtainen aika (henkilökohtaiset toiminnot, jotka eivät liity potilaisiin tai osastokohtaiseen työhön)

**Henkilökohtaiset asiat, tauot:** Ruoka- ja kahvitauot, wc-käynnit, osaston ulkopuolella käynnit ilman työtehtäviä, työhön liittymättömät keskustelut työtovereiden kanssa, henkilökohtaisten asioiden hoitaminen esim. puhelut

**5. Muu:** Toiminnot, joita ei osaa sijoittaa mihinkään edellä mainittuun kategoriaan. Kuva lyhyesti

## Saatekirje

Hyvä vastaanottaja,

Teen opinnäytetyötäni hoitohenkilöstön työajankäytöstä. Tutkimuksen avulla voidaan tuottaa tietoa sairaanhoitajan työn toiminnoista neurologisen potilaan hoidossa. Tutkimus tehdään, jotta sairaanhoitajien työtä voitaisiin kehittää mielekkäämmäksi ja hoitohenkilöstöresurssit olisivat kohdennettu tarkoituksenmukaisesti. Tämän saatekirjeen myötä kutsun Sinut mukaan osallistumaan tutkimukseen.

Opinnäytetyö toteutetaan siten, että tutkimukseen osallistuvat henkilöt (sairaanhoitajat, joilla työkokemus osastolla vähintään 2 vuotta) täyttävät työajanseurantalomaketta. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kahden viikon aikana kukin tutkimukseen osallistuva henkilö täyttää työvuoronsa aikana lomaketta ”raksi ruutuun” periaatteella. Tutkimusaika kussakin vuorossa on työvuoron pituus. Tutkimuslomakkeiden täyttöön on jokaisen lomakkeen takana sen täyttöä helpottava ohjeistus. Osastolta löytyy myös ohjeita mahdollisiin ongelmatilanteisiin. Tutkimuksen aikana tutkija osallistuu tutkimuksen tekemiseen kahtena päivänä. Tutkija havainnoi tällöin yhden tutkimuksen kohdehenkilön työtä samalla, kun havainnoitavana oleva henkilö täyttää omaa seurantalomakettaan. Havainnoitava henkilö valitaan arpomalla.

Opiskelen Metropolia ammattikorkeakoulussa ylempää AMK tutkintoa sosiaali- ja terveysalan johtaminen. Tutkimuksen tekemiseen on saatu HUS:lta asianmukainen tutkimuslupa. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottaman luottamuksellisesti. Kenenkään vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksissa. Tutkimus alkaa 27.8.2018 ja päättyy 9.9.2018 kestäen kaksi viikkoa. Tutkimuslomakkeet palautetaan nimettöminä osaston kahvihuoneessa olevaan palautuslaatikkoon. Tutkija on tavoitettavissa tutkimuksen aikana puhelimitse ja sähköpostitse. Älä epäröi ottaa yhteyttä!

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii TtT Ly Kalam-Salminen Metropolia ammattikorkeakoulusta. Työelämäyhteyshenkilönä toimii osaston osastonhoitaja TtM Leila Nevalainen. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Ystävällisin terveisin,  
Salla Lindblad-Palo

## Työajanseurantalomake (Partanen 2002)

LIITE 1 1 (2)

KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA		Hoitohenkilökunta / Itsehavainnointilomake																																																													
Hoitoisuusluokitus / Aikatutkimus / PP																																																															
Osasto: _____		Päiväys: ____ / ____ 1999																																																													
Nimi: _____		Työvuoro: aamu / ilta / yö / pitkä työvuoro																																																													
Hetu: _____ - _____		Havainnointi alkoi klo _____																																																													
Ammattinimike: oh / aoh / sh / ph		Havainnointiaika: ____ h ____ min																																																													
<p><b>Toimintoluokat</b></p> <table border="0"> <tr> <td><b>1 Välitön hoitotyö</b></td> <td><b>2 Välillinen hoitotyö</b></td> <td><b>3 Osastokohtainen toiminta</b></td> <td><b>4 Henkilökohtainen aika</b></td> </tr> <tr> <td>1.1 Kommunikaatio/ohjaus</td> <td>2.1 Hoitotyön kirjaaminen</td> <td>3.1 Puhtaus, taloushuolto</td> <td>4.1 Henk.koht. asiat, tauot</td> </tr> <tr> <td>1.2 Lääkitys</td> <td>2.2 Hoitotyön raportointi</td> <td>3.2 Toimistotyö</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.3 Ravitseminen</td> <td>2.3 Muu kommunikaatio</td> <td>3.3 Osastokommunikaatio</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.4 Eritys</td> <td>2.4 Lääkitysten, lääket.</td> <td>3.4 Käynnit os.ulkopuolella</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.5 Hygienia</td> <td>toimenpiteiden valmistelu</td> <td>3.5</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Kokoukset/koulutus,tied.v</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.6 Kuljettaminen</td> <td>2.5 Hoitamisen valmistelu,</td> <td>3.6 Opiskelijaohjaus</td> <td><b>Muu</b></td> </tr> <tr> <td>1.7</td> <td>loppuunsaattaminen</td> <td>3.7 Välineet, varastot -tark.</td> <td>- kuvaa lyhyesti: merkitse oliko potilas</td> </tr> <tr> <td>Liikkuminen/asentohoito</td> <td></td> <td></td> <td>lähänä (hetu), liittykö os:lla</td> </tr> <tr> <td>1.8 Kierrot/avustaminen</td> <td>2.6 Tutkimukset, vastaukset</td> <td></td> <td>hoidossa oleviin potilaisiin (hetu)</td> </tr> <tr> <td>1.9 Voinnan tarkkailu</td> <td>2.7 Uudet potilaat</td> <td></td> <td>vai oliko yleisluontoista/osasto-</td> </tr> <tr> <td>1.10 Vitaalielintoiminnot</td> <td>2.8 Odottelu, etsiminen</td> <td></td> <td>kohtaista toimintaa</td> </tr> <tr> <td>1.11 Näytteet</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.12 Hoitotyön toimenpiteet</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				<b>1 Välitön hoitotyö</b>	<b>2 Välillinen hoitotyö</b>	<b>3 Osastokohtainen toiminta</b>	<b>4 Henkilökohtainen aika</b>	1.1 Kommunikaatio/ohjaus	2.1 Hoitotyön kirjaaminen	3.1 Puhtaus, taloushuolto	4.1 Henk.koht. asiat, tauot	1.2 Lääkitys	2.2 Hoitotyön raportointi	3.2 Toimistotyö		1.3 Ravitseminen	2.3 Muu kommunikaatio	3.3 Osastokommunikaatio		1.4 Eritys	2.4 Lääkitysten, lääket.	3.4 Käynnit os.ulkopuolella		1.5 Hygienia	toimenpiteiden valmistelu	3.5				Kokoukset/koulutus,tied.v		1.6 Kuljettaminen	2.5 Hoitamisen valmistelu,	3.6 Opiskelijaohjaus	<b>Muu</b>	1.7	loppuunsaattaminen	3.7 Välineet, varastot -tark.	- kuvaa lyhyesti: merkitse oliko potilas	Liikkuminen/asentohoito			lähänä (hetu), liittykö os:lla	1.8 Kierrot/avustaminen	2.6 Tutkimukset, vastaukset		hoidossa oleviin potilaisiin (hetu)	1.9 Voinnan tarkkailu	2.7 Uudet potilaat		vai oliko yleisluontoista/osasto-	1.10 Vitaalielintoiminnot	2.8 Odottelu, etsiminen		kohtaista toimintaa	1.11 Näytteet				1.12 Hoitotyön toimenpiteet			
<b>1 Välitön hoitotyö</b>	<b>2 Välillinen hoitotyö</b>	<b>3 Osastokohtainen toiminta</b>	<b>4 Henkilökohtainen aika</b>																																																												
1.1 Kommunikaatio/ohjaus	2.1 Hoitotyön kirjaaminen	3.1 Puhtaus, taloushuolto	4.1 Henk.koht. asiat, tauot																																																												
1.2 Lääkitys	2.2 Hoitotyön raportointi	3.2 Toimistotyö																																																													
1.3 Ravitseminen	2.3 Muu kommunikaatio	3.3 Osastokommunikaatio																																																													
1.4 Eritys	2.4 Lääkitysten, lääket.	3.4 Käynnit os.ulkopuolella																																																													
1.5 Hygienia	toimenpiteiden valmistelu	3.5																																																													
		Kokoukset/koulutus,tied.v																																																													
1.6 Kuljettaminen	2.5 Hoitamisen valmistelu,	3.6 Opiskelijaohjaus	<b>Muu</b>																																																												
1.7	loppuunsaattaminen	3.7 Välineet, varastot -tark.	- kuvaa lyhyesti: merkitse oliko potilas																																																												
Liikkuminen/asentohoito			lähänä (hetu), liittykö os:lla																																																												
1.8 Kierrot/avustaminen	2.6 Tutkimukset, vastaukset		hoidossa oleviin potilaisiin (hetu)																																																												
1.9 Voinnan tarkkailu	2.7 Uudet potilaat		vai oliko yleisluontoista/osasto-																																																												
1.10 Vitaalielintoiminnot	2.8 Odottelu, etsiminen		kohtaista toimintaa																																																												
1.11 Näytteet																																																															
1.12 Hoitotyön toimenpiteet																																																															
Aika - 10 min välein	Toimintoluokka - merkitse esim. 1.2	Potilaan henkilötunnus - merkitse toimintoluokissa 1.1 - 1.12 ja myös toimintoluokissa 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.																																																															
27.																																																															
28.																																																															
29.																																																															

## Työajanseurantalomake (Partanen 2002)

### TÖN HOITO ja/tai omaisen

- 1.1 Kommunikaatio/ohjaus:** Potilaan/omaisen kanssa keskustelut. Potilasopetus ja -ohjaus silloin kun ei liity tietyn osa-alueen hoitamiseen. Hoitojen tai toimenpiteiden ohjausta ennalta ja toimenpiteen jälkeen. Tulohaastattelut, osastoon orientoimiset, tukeminen. Hoitotyön suunnitelman tekemistä silloin, kun potilas mukana. Vuoteenvierusraportointi. Ryhmäohjaukset. Potilaskutsuihin vastaaminen (pot.vierellä).
- 1.2 Lääkitys:** Lääkitykset suun kautta, injektioina, suppoina. Iv-lääkitysten aloittaminen/lopetus, lääkkeiden lisäys, infuusiopullon/-pussin vaihto, tiputusnopeuden säätö, lopetus. Lääkitysten tarkistaminen. Potilaan/omaisen ohjaus lääkehoitoon liittyen lääkitysten antamisen yhteydessä.
- 1.3 Ravitsemus:** Ravitsemus suun/nenämahaletkun/stooman kautta tai suonensisäisesti. Ruokatarjottimen vienti potilaalle ja poiskeraaminen (potilashuoneessa), avustaminen tarjottimen järjestelyssä, leivän voitelu, juottaminen, syöttäminen. Nestelistamerkinnot. Potilaan ohjaus ravitsemukseen liittyen ravitsemuksen hoidon aikana.
- 1.4 Eritys:** Kaikkien potilaaseen liittyvien eritteiden käsittely potilaan läsnäollessa. Alusastian/virtsapullon, kaarimaljan asettaminen, poistaminen. Dreenin kautta tulevan eritteen käsittely. Eritteiden määrän kirjaamisesta potilaan läsnä ollessa. Potilaan ohjaus eritykseen liittyen erityksen hoidon aikana.
- 1.5 Hygienia:** Potilaan auttaminen hygienian hoidossa, osittain/ täysin, suihkussa/avuaarilla/vuoteessa. Parran ajaminen, hiusten /kynsien hoito, suun/hon hoito, selän pyyhkiminen, vaippojen/ lakanoiden vaihtaminen. Käytössä olevan potilasvuoteen sijaus, purkaminen/siistiminen kun potilas vuoteessa tai sen lähetyillä (huoneessa). Kuolleen potilaan käsittely. Potilaan ohjaus hygienian hoitoon liittyen hygienian hoidon aikana.
- 1.6 Potilaan siirtäminen, kuljettaminen (ei-hoidollinen):** Potilaan saattaminen toiselle osastolle tai samalla osastolla toiseen paikkaan. Hoitajan tekemät kuljetukset leikkaussaliin, sädöhoitoon, tutkimukseen. Siirrot kavellen, pyörätuolilla tai sängyllä. Huom. patuu-/menomatkat ilman potilasta kohtaan 2.5 hoitamisen valmistelut, loppuunsaattamiset.
- 1.7 Liikkuminen, asentohoito (hoidollinen):** Potilaan kääntäminen/ nostaminen/ auttaminen siirtymään sängystä ylös/ takaisin sänkyyn. Kävelyssä auttaminen/ ohjaus, p-tuolilla wc:aan vienti (koska kävely ei onnistu / ole turvallista). -Liikeharjoittelu, passiivinen tai aktiivinen, hengitysharjoitukset, yksittäminen. Liikkumisen/ asento-ohjouden apuvälineiden asettaminen ja poistaminen. Potilaan ohjaus liikkumiseen, asentohoitoon liittyen hoidon aikana.
- 1.8 Lääkärikiertoihin osallistuminen ja muu avustaminen:** Lääkärikiertot potilaan vierellä. Lääkärin tai muiden ei-hoitotyön ammattiryhmien avustaminen hoidoissa ja toimenpiteissä.
- 1.9 Potilaan tilan/seurannan tarkkailu:** Rutiinitarkkailut ja valvontakierrot (esim. yöllä), oireiden seuranta, esim. ahdistus, pelko, tajunta/orientaatio, kipu, verenkierto, hikoilu, sidosten kunto. Potilaan ohjaus oman tilan tarkkailuun ja siitä raportointiin tarkkailun aikana.
- 1.10 Vtateletinoinnnot:** Verenpaine, pulssi, hengitys, lämpö, neurologiset merkit, mittaaminen ja ylösmerkittäminen potilaan läsnäollessa. Paimon, pituuden mittaaminen ja ylösmerkittäminen. Sydämen toiminnan monitorointi, Ekg:n ottaminen. Potilaalle kertominen mittauksen/ mittaustuloksiin liittyvistä asioista ja ohjaus mittauksen aikana.
- 1.11 Näytteet:** Näytteiden ottaminen laboratoriotähtiä tai osastoa varten. Esim. veri-, virtsa-, uloste-, yskösnäytteiden ottaminen ja niiden merkittäminen potilaan läsnäollessa. Potilaan ohjaus näytteisiin liittyen näytteenottamisen aikana.
- 1.12 Hoitotyön toimenpiteet:** Sidokset, kylmä-/lämpinpakkaukset, katetroinnit, nenämahaletkun läitto/poistaminen, peräruiskeet, antiembolia-sukkien läitto/poisto, hapen antaminen, haavojen hoito, iv-kanyylin laittaminen/ poistaminen. Potilaan ohjaus hoitojen, toimenpiteiden aikana.

**2 VÄLILLINEN HOITOT**

osastopotilaiden välittömän loppuunsaattamista arten.	Toim	ään
	otyön	tai

- 2.1 Hoitotyön kirjaaminen:** Hoitotyön suunnitelmat, myös hoitotyön suunnitelmiin liittyvät lääkärimääräykset, erilaisten tietojen kirjaaminen. Hoitoisuusluokitusten tekeminen. Potilaan kotiutumiseen, osastolta siirtymiseen liittyvä kirjaaminen.
- 2.2 Hoitotyön suullinen raportointi:** Työvuoroj uullin tapahtuva suullinen tai pelkästään suullinen raportointi oltajien kesken.
- 2.3 Muu potilaisiin liittyvä kommunikaatio:** hoitoihin/tutkimuksiin liittyvä kommunikaatio lääkäriin ja potilaiden kesken. Esim. 'paperi' errot' kun potilas ei läsnä ollessa. Puhelimessa keskustelu.

2 (2)

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

**2.5 Hoitamisen valmistelu/loppuunsaattamiset:** Esim. pesu- ja muiden välineiden hakeminen, poisvieminen ja siihen liittyvä työ. Kasien pesu. Palu irroissa (ilman potilasta) Hoito- ym ohjeiden hake hin. Osastolla olevien/lähtevien potilaiden tunneiden potilaiden omaisuuden käsittely

**2.6 Tutkimusten tilaaminen, vastausten tarkistaminen:** Lääkärin- äärysten edellyttämät jatkotoimenpiteet, tutkimusten tilaaminen, astauten tarkistaminen atk:n/puhelimen kautta. Leikkaus-/toimenpidelistan arjestyly, ylläpito.

**2.7 Valmistelut uusia potilaita varten:** Päivystys- tai elekt isen potilaan osastolle tuloon liittyvä valmistelu ennalta (ennen kuin p las on tullut osille). Potilaspaperieihin tutustuminen, huonesijoitukse suunnittelu, näytteiden oton valmistelu jne. Huom. potilaspaperieiden kokoaminen kohtaan 3.2 toimistotyö.

**2.8 Odotte**  
Esim. lääkäriön oittaminen. Erihjäuksen

**3.1 Puhtaus, taloushuolto:** Lähteneiden potilaiden vuoteiden, vaatteiden käsittely/ sijaus/ huolto. Kukkahuolto, osaston siistiminen, roskakorien tyhjennys. Välineistön järjestely Huom. kotiutuneiden potilaiden omaisuuden käsittely kohtaan 3.2. Keittiön järjestely, ruoanjakelun valmistelu, ruokatilaukset, ruokakorttien käsittely.

**3.2 Toimistotyö:** Perinteiset ns. sihteerin työt. Potilaspaperieihin liittyvä järjestelytyö, laboratorio- ym. vastausten käsittely. Huom. myös osastolla olevien potilaiden paperieihin liittyvä työ. Potilaskutsukirjeet, lomakkeiden käsittely/monistus, kansian 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 (sarjahoidoissa olevat, osastolta lähteneet/jonossa olevat potilaat).

**3.4 Käynnit osaston ulkopuolella:** Käynnit viemässä/hakemassa tavaraa, potilaspapereita, röntgenkuvia, lääkkeitä, verta. Huom. myös tiettyä potilasta

**3.5 Kokoukset, koulutukset, ohjaukset:** Yleinen osastoon liittyvä tiedonvälitys, neuvottelut, koulutus osastolla. Työvuoroiltojen teko, tarkistaminen, muutoksista sopiminen. Henkilökunnan-/potilas-limoiustaulujen ylläpito. Tiedotteisiin/ muuhun työhön liittyvään materiaaliin tutustuminen. Toisen työntekijän ohjaus. Huom. opiskelijoiden ohjaus kohtaan 3.6. opiskelijaohjaus. Tutkimuslomakkeid

**3.6 Opiskelijaohjaus:** Opiskelijoiden ohjaus osaston toimintaan, potilashoitoon liittyen. Myös potilaan vierellä tehtävä nsisijaisesti opiskelijan ohjaukseen liittyvä työ. Opiskelija arvioinnit, keskustelut opettajien kanssa, omien ohjaajien sopim

**3.7 Välineiden, varustojen tarkist**  
varustojen tarkistaminen, tilaaminen ja täyttö. arasto lääke-, tekstiilitilaukset. Huom. ruokatilaukset kohta 3.1. rilaisite välineiden toiminta-valmiuden tarkistukset, toimenpiteissä tarvittavien välinetarjottimien

**HENKI ÖKOHTAIN** = Henk  
tka eivät ity potilaisiin htaiseen

**Henkilökohtaiset asiat, tauot:** Ruoka-, kahvitauot. Wc-käynnit, osaston opuolella käynnit ilman työtehtäviä. Työhön liittymättömät keskustelut tovereiden kanssa. Henki ökohtaisten asioiden hoitaminen, puhelut.

minn  
yesti  
osastolla  
toimintaa

mihinkään edellä mainittuun.  
rkittä onko potilas läsnä, liityykö  
nko yleisluontoista/osastokohtaista