



Minna Nieminen

HOITOTYÖN HENKILÖSTÖVOIMAVAROJEN KÄYTÖN UUDISTAMINEN

*Tapaustutkimus peruspalvelukuntayhtymä Kallion henkilöstövoimavarojen
käytöstä ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisessa*

HOITOTYÖN HENKILÖSTÖVOIMAVAROJEN KÄYTÖN UUDISTAMINEN

*Tapaustutkimus peruspalvelukuntayhtymä Kallion henkilöstövoimavarojen
käytöstä ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisessa*

Minna Nieminen
Opinnäytetyö
Syksy 2011
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johta-
misen koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma

Tekijä: Nieminen Minna

Opinnäytetyön nimi: Hoitotyön henkilöstövoimavarojen käytön uudistaminen

Työn ohjaajat: Yliopettaja TtT Lea Rissanen ja Yliopettaja TtT Helena Heikka

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: syksy 2011

Sivumäärä: 59 + 5 liitesivua

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää henkilöstövoimavarojen käyttöä työaikamittauksen avulla. Tutkimuksen kohteena olivat ikäihmisten tehostetun palveluasumisyksiköiden hoitohenkilökunta peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa.

Tässä kehittämistyössä lähestymistapana oli tapaustutkimus, jonka primääriaineisto muodostui toimintolaskentamenetelmällä toteutetusta työajanseurantatuloksista. Työajanseurantaa toteutettiin viikon ajan käyttäen itseraportointimenetelmää. Työajanseurannassa käytettiin jakoa välittömään ja välilliseen hoitotyöhön, osastokohtaiseen työhön ja henkilökohtaiseen aikaan. Työaikaseurannasta saatu aineisto (N= 817) analysoitiin SPSS- ohjelmalla, jossa taustamuuttujina käytettiin työyksikköä, työvuoroa ja tehtävämikettä.

Työaikamittaustulosten mukaan hoitajien työajasta noin 61 % oli välitöntä hoitotyötä, 14 % välillistä hoitotyötä ja osaston toimintaa ylläpitävää osastokohtaista työtä oli noin 16 % työajasta. Henkilökohtaisen ajan eli taukojen osuus oli 7,5 % hoitajien työajasta.

Hoitotyöhön kuulumattomaksi työksi voidaan määritellä sellaiset toiminnot, jotka eivät vaadi hoitotyön ammatillista koulutusta. Selkeämmin tämän tutkimuksen yhteydessä näiksi toiminnoiksi on katsottu kuuluvan kodinhoidolliset työt ja siivoustyö sekä pyykki- ja vaatehuolto. Työaikamittauksessa saatujen tulosten mukaan tehostetun palveluasumisen yksiköissä käytetään vuosittain yhteensä noin kymmenen henkilötyövuotta näihin toimintoihin. Tämä vastaa keskimäärin yhtä henkilötyövuotta työyksikköä kohden.

Tämän kehittämistyön avulla saatiin perustavaa laatua oleva selvitys hoitohenkilöstön työajan jakautumisesta erilaisiin toimintoihin. Kehittämistyössä toteutetun työaikamittauksen tulokset on analysoitu työyksikkökohtaisesti ja sieltä on nostettu esille sellaisia hoitotyöhön kuulumattomia töitä joiden uudelleenjärjestäminen olisi suotavaa. Hoitotyön henkilöstövoimavarojen käytön uudistaminen toimintoja oikein järjestämällä kehittää työn toimivuutta ja joustavuutta sekä mahdollistaa hoitohenkilöstön tarkoituksenmukaisen ajankäytön.

Asiasanat: Työajanseuranta, tehostettu palveluasuminen, ikäihmisten hoitotyö, hoitohenkilöstö

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Development and Management of Health and Social
Care

Author: Nieminen Minna

Title of thesis: Renewal Utilization of the Personnel Resources in Care work

Supervisors: Principal Lecturer, PhD (Health Sciences) Lea Rissanen and Principal Lec-
turer, PhD (Health Sciences) Helena Heikka

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2011

Number of pages: 59 + 5 appendix pages

The objective of this thesis was to study the utilization of personnel resources by using work time surveillance. The target of this research was the nursing staff at the intensified accommodation unit of the Kallio Municipal Federation for Primary Services.

The method used in this development project was Case Reports, with primary data consisting of work time surveillance. The method used to calculate this was activity calculation. Work time surveillance data were collected during a period of one week by using the self reporting method. The main categories of time distribution were direct care, indirect care, unit related work and personal time. The data (N= 817) were analyzed with aid of the SPSS program. Background variables included work unit, work shift and title of work.

According to the results of work time surveillance, nurses' working time was on average distributed as follows: direct care average 61 %, indirect care 14 %, and unit-related work activities consisted on average 16 %. The time distributed to personal activities made up 7.5 % of nurses working time.

Tasks that are not included directly in the care work can be defined include such activities that do not require vocational training in care work. In the context of this study these work activities are most clearly defined as housekeeping, cleaning, laundry and clothing care. According to the results of the work time surveillance, intensified accommodation units used, all in all, around ten person-years for these unit-related work activities. On average this result means average one person-year in every accommodation unit.

This development project achieved a comprehensive report of work time use in distribution among nursing staff. The data of work time surveillance were analyzed by each unit and the study highlights tasks that are unrelated to actual care work and that should be reorganised in workplaces. The development of the utilization of personnel resources in care work through the organization of tasks develops functionality and flexibility in work. It also enables the appropriate use of nursing staff's time.

Keywords: Work time surveillance, intensified accommodation, caretaking of the elderly, Nursing Staff

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	HOITOTYÖN HENKILÖSTÖVOIMAVARAT JA TOIMINNOT	8
2.1	Hoitotyön henkilöstövoimavarojen käyttöön kohdistuvat tulevaisuuden haasteet	8
2.1.1	Ikäihmisten palvelujen tarve	8
2.1.2	Huoltosuhde	10
2.1.3	Työvoiman saatavuus	11
2.2	Hoitotyön henkilöstövoimavarojen käyttö	13
2.2.1	Tehostettu palveluasuminen Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa	13
2.2.2	Hoitotyön toiminnot ja työajan käyttö	16
2.2.3	Hoitohenkilöstön työ tehostetussa palveluasumisessa	19
2.2.4	Lähtökohtia henkilöstövoimavarojen tehokkaaseen organisointiin	21
2.3	Työajan seuranta hoitotyön kehittämisessä	23
2.3.1	Hoitohenkilöstön työajankäytön mittaaminen	25
2.3.2	Kehittämistyön merkitys organisaatiolle	27
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	28
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	29
4.1	Tutkimusmenetelmät	29
4.2	Tutkimusympäristön kuvaus ja rajaus	31
4.3	Mittarin laadinta ja tutkimusaineiston keruu	32
4.4	Tutkimusaineiston analysointi	34
5	TUTKIMUSTULOKSET	35
5.1	Tutkimusjoukon kuvaus	35
5.2	Työajan jakautuminen päätoimintoalueisiin	37
5.3	Työajan jakautuminen toimintoluokkiin	38
5.4	Hoitotyöhön kuulumattoman työn osuus henkilötyövuosissa	42
5.5	Toimintojen uudistaminen	44
5.6	Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset	46
6	POHDINTA	49
6.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	49
6.2	Tutkimusprosessin arviointia	51
6.3	Jatkotutkimushaasteet	53
	LÄHTEET	54
	LIITTEET	59

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyönä tehtävän kehittämistyön tarkoituksena on selvittää henkilöstövoimavarojen käyttöä työaikamittauksen avulla. Tutkimuksen kohteena ovat ikäihmisten tehostetun palveluasumisyksiköiden hoitohenkilökunta peruspalvelukuntayhtymä Kalliassa.

Peruspalvelukuntayhtymä Kallio on 1.1.2008 toimintansa aloittanut sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatio. Kallio tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut Alavieskan ja Sievin kunnille sekä Nivalan ja Ylivieskan kaupungeille. Väestöpohja Kallion alueella on n. 32 700 asukasta. Kallion hoiva- ja asumispalveluihin kuuluvat tehostetun palveluasumisen yksiköt Alavieskassa (1), Nivalassa (3), Sievissä (3) ja Ylivieskassa (3) sekä hoivaosastot (2) Nivalan ja Ylivieskan terveyskeskuksissa.

Kunnalliset peruspalvelut ovat lähitulevaisuudessa suurten haasteiden edessä. On arvioitu, että kuntien mahdollisuudet tuottaa palveluita nykyisillä perusteilla tulevat pienenevään. Tähän vaikuttavat muun muassa kuntatalouden kiristyminen, ikääntyvän väestön palvelutarpeen kasvu, terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon menojen kasvu sekä kunnallisten palveluiden mahdollinen työvoimapula. (von Bruun, 2005, 71.) Näihin haasteisiin voidaan vastata muun muassa tutkimalla henkilöstövoimavarojen käyttöä ja kehittämällä toimintoja niin, että koulutetulla hoitohenkilöstöllä on mahdollisuus keskittyä olennaiseen eli käytännön hoitotyöhön.

Vuonna 2001 Suomi oli Euroopan neljänneksi nuorin maa ja vuoteen 2030 mennessä siitä on ennustettu tulevan Euroopan kolmanneksi vanhin (Vaaramaa, Luomahaara, Peiponen & Voutilainen, 2001, 9). Kallion kunnissa väestönkehityksen suunta on jyrkempi, joten tällainen väestönkehitys edellyttää ikäihmisten palveluihin monia uusia palveluratkaisuja ja tämänhetkisen toiminnan tehostamista.

Tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koostuu hoitajan työn määrittämisestä ja työajan kuvaamisesta ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa. Henkilöstövoimavarojen käytön tehostamiseen haetaan perustelua erilaisista yhteiskunnallisista työelämän

haasteista sekä vanhustyön tulevaisuuden kehittymisen haasteista. Opinnäytetyön määrällinen aineisto koostuu toimintolaskentamenetelmällä toteutetusta työajanseurantatuloista. Työajan mittaaminen on todettu hyväksi menetelmäksi selvitettäessä henkilöstövoimavarojen käyttöä hoitotyön eri toimintoihin. Seurannassa työaika on jaettu välittömään ja välilliseen hoitotyöhön, osastokohtaiseen työhön ja henkilökohtaiseen aikaan.

Sosiaali- ja terveysala elää jatkuvassa muutoksessa. Tulevaisuuden haasteet aiheuttavat painetta töiden uudelleen organisoinnille erityisesti henkilöstövoimavarojen kannalta. Kauhasen (2006, 53) mukaan töitä voidaan organisoida uudelleen ennakoivasti osana organisaation kehittämistoimintaa. Tässä opinnäytetyössä kehittämistyön kohteena ovat peruspalvelukuntayhtymä Kallion hoiva- ja asumispalvelujen tehostetun palveluasumisen yksiköt ja niiden henkilöstövoimavarojen käyttö. Kehittämistyön avulla saatiin perustavaa laatua oleva selvitys hoitohenkilöstön työajan jakautumisesta erilaisiin toimintoihin. Työaikamittauksen tulokset on analysoitu työyksikkökohtaisesti ja sieltä on nostettu esille sellaisia hoitotyöhön kuulumattomia töitä joiden uudelleenjärjestäminen olisi suotavaa. Hoitotyön henkilöstövoimavarojen käytön uudistaminen toimintoja oikein järjestämällä kehittää työn toimivuutta ja joustavuutta sekä mahdollistaa hoitohenkilöstön tarkoituksenmukaisen käytön.

2 HOITOTYÖN HENKILÖSTÖVOIMAVARAT JA TOIMINNOT

2.1 Hoitotyön henkilöstövoimavarojen käyttöön kohdistuvat tulevaisuuden haasteet

2.1.1 Ikäihmisten palvelujen tarve

Suomessa ikääntyneiden määrä on nopeasti kasvamassa ja se lisää lähivuosina monia haasteita julkisten palvelujen järjestämiseen. Eläkemenot sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntä kasvaa, jolloin hyvinvointipalvelujen tuotannolta edellytetään olennaista tehostamista. (Kanniainen, 2002, 9- 10.) Koska palvelujen tarve kehittyy eri tavalla eri kunnissa, tulisi palvelujen järjestämisen ja tuottamisen rakennetta arvioida aluekohtaisesti. Ikääntyvien määrän lisääntyminen tuo mukanaan haasteen hyvinvointipalveluiden saatavuuden ja laadun turvaamisesta asuinpaikasta riippumatta. (Parjanne, 2004, 42.) Vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvien määrä kasvaa peruspalvelukuntayhtymä Kallion alueella oheisen taulukon 1 mukaisesti, jolloin eriasteisten palvelumuotojen kysyntä ja tarve tulee lisääntymään. Keskimääräisesti Kallion alueella vanhempiin ikäluokkiin kuuluvien määrä kasvaa noin kolme prosenttia. Suurinta kasvu on Alavieskassa (3,88 %) ja Sievissä (2,77 %).

TAULUKKO 1. Väestön ikärakenne v. 2009 ja ennuste v. 2030 (Halonen, 2010).

2009 (%)	Alavieska	Nivala	Sievi	Ylivieska	Kallio	Koko maa
65- 74	9,0	8,0	7,3	8,1	8,1	9,03
75- 84	7,8	6,2	5,4	5,0	6,1	5,95
yli 85	2,4	2,3	1,8	1,7	2,0	2,03
yht. k.a	6,4	5,5	4,8	4,9	5,4	5,67
2030 (%)	Alavieska	Nivala	Sievi	Ylivieska	Kallio	Koko maa
65- 74	13,91	10,15	9,77	10,30	11,03	11,59
75- 84	12,22	10,46	9,38	9,25	10,32	10,34
yli 85	4,73	3,97	3,57	3,26	3,88	4,14
yht. k.a	10,28	8,19	7,57	7,6	8,41	8,69
muutos %	+ 3,88	+ 2,69	+ 2,77	+ 2,7	+ 3,01	+ 3,02

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008) on asetettu valtakunnalliset tavoitteet 75 vuotta täyttäneiden palveluiden rakenteesta (taulukko 2). Tavoitteina on, että vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä hieman yli 90 prosenttia asuisi kotona, noin 14 % saisi säännöllistä kotihoitoa ja noin kuusi prosenttia omaishoidon tukea. Tehostetun palveluasumisen piirissä 75 vuotiaista olisi tavoitteiden mukaisesti noin kuusi prosenttia ja vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla kolme prosenttia ikääntyneistä. (STM, 2008, 30.)

Peruspalvelukuntayhtymä Kallion kunnissa vuonna 2009 vastaavat prosenttiosuudet olivat seuraavat: kotona asuvia yli 87 %, säännöllisen kotihoidon piirissä vajaa neljännes, omaishoidontukea saavia lähes seitsemän prosenttia, tehostetun palveluasumisen asiakkaita noin 11 % ja pitkäaikaishoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla vajaa kaksi prosenttia 75 vuotta täyttäneistä (taulukko 2). Laatusuosituksen mukaisiin prosenttiarvoihin päästään pitkäaikaisen laitoshoidon osalta, mutta muissa palvelumuodoissa tavoitteisiin on jonkin verran matkaa. Peruspalvelukuntayhtymä Kallion kunnissa laitoshoidon on saatu merkittävästi vähenemään avohoitoon panostamalla. (Maisemara-portti, 2010, 37- 41.)

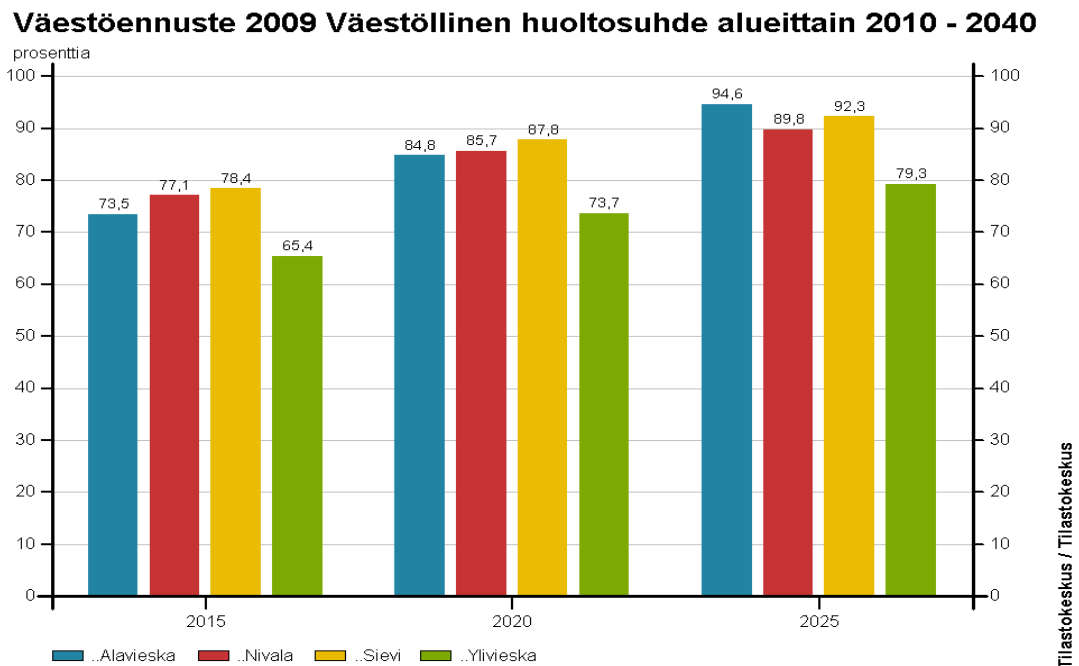
TAULUKKO 2. Ikäihmisten palvelurakenne vuonna 2009. (THL, 2011 ja STM, 2008, 45)

Ikäihmisten palvelurakenne v. 2009						Ikäihmisten palvelujen laatusuositus
	Alavieska	Nivala	Sievi	Ylivieska	Kallio	
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet	83,1	87,3	88,2	90,8	87,4	91- 92 %
Säännöllisen kotihoidon piirissä olleet 75 vuotta täyttäneet	15,1	22,7	25,7	22,2	21,4	13- 14 %
Omaishoidontuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana	6,3	7,7	5,8	6,8	6,7	5- 6 %
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat	15,1	11	11,5	7,5	11,3	5- 6 %
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla olleet 75 vuotta täyttäneet	0,9	2	1	1,7	1,6	3 %

2.1.2 Huoltosuhde

Yksi olennainen haaste henkilöstövoimavarojen riittävyyteen tulee olemaan väestörakenteen muutoksesta seuraava huoltosuhteen ongelmallisuus. Huoltosuhteella tarkoitetaan lasten (0- 14 v.) ja vanhusten (yli 65 v.) yhteenlaskettua määrää suhteessa sataa työkäistä (15- 64 v.) kohden (Kuntaliitto, 2011). Väestön vanhenemisessa on kuitenkin alueellisia eroja ja väestön on ennustettu vähenevän ja vanhenevan lähivuosisikymmeninä etenkin harvaan asutulla maaseudulla ja ydinmaaseudulla (Leinonen, 2006, 19). Väestöennusteen mukaan noin 50 kunnassa vuonna 2020 on huollettavia enemmän kuin työkäisiä (Kortelainen, 2009, 42).

KUVIO 1. Väestöllinen huoltosuhde Kallion kunnissa v. 2009. (Tilastokeskus, 2011.)



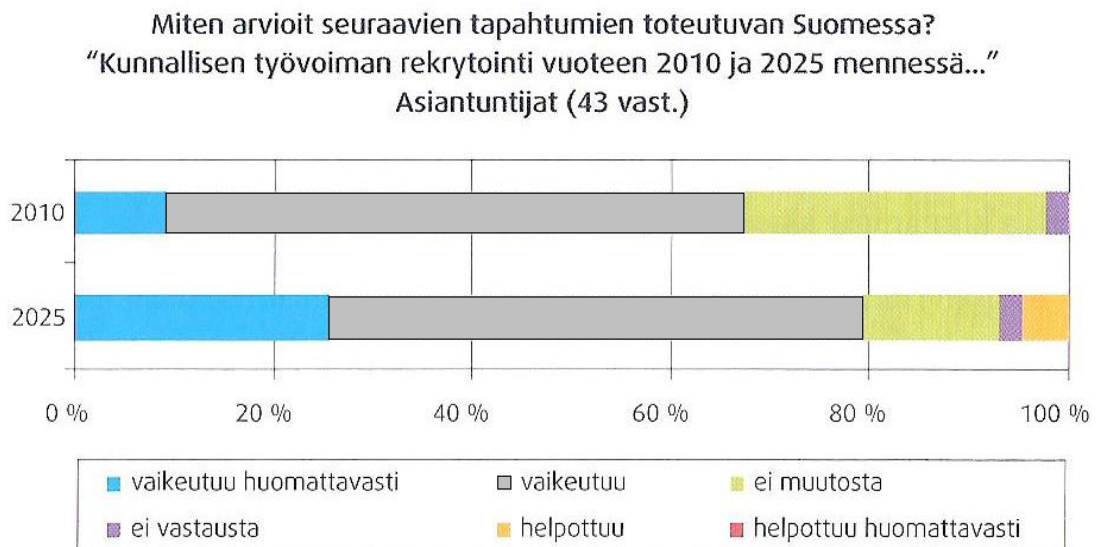
Kuviossa 1. on kuvattu Peruspalvelukuntayhtymä Kallion kuntien väestöllistä huoltosuhdetta. Vuonna 2015 ennusteen mukaan koko maan huoltosuhde on noin 59 %. Kallion kuntien keskiarvo vuonna 2015 on vajaa 74 %, vuonna 2020 se on 83 % ja vuonna 2025 89 %. Kallion keskiarvot ovat suurempia verrattuna koko maan keskiarvoihin niiden ollessa vuonna 2020 65 % ja kasvaen vuoteen 2025 mennessä 70 %:iin. Syynä on etenkin vanhusväestön voimakas lisääntyminen. (Kuntaliitto, 2011, Tilastokeskus, 2011.)

2.1.3 Työvoiman saatavuus

Vuosittain toteutettavassa valtakunnallisessa Sosiaalibarometri- tutkimuksessa, joka kuvaa hyvinvoinnin, hyvinvointipalvelujen ja palvelujärjestelmän ajankohtaista tilannetta ja muutossuuntia ilmaistiin huoli ikääntyneiden hoidon henkilöstövoimavaroista. Yleinen huoli kohdistui sekä henkilöstöressurssien määrään että ammattitaitoisten työntekijöiden riittävyyteen. Syynä tähän nähtiin lisääntyvä vanhusväestö, joka tarvitsee koko ajan enemmän ja enemmän eritasoisia palveluita. (Eronen, Londén, Perälähti, Siltoniemi & Särkelä, 2009, 92.)

Vuonna 2004- 2005 toteutetussa kunta-alan tulevaisuusbarometritutkimuksessa huoli työvoiman saatavuudesta korostui erityisesti terveys- ja hyvinvointipalveluissa. Kyselyyn vastanneista kuntajohtajista kunnallisen työvoiman saatavuuden arvioi vaikeutuvan tai vaikeutuvan merkittävästi lyhyellä aikavälillä (vuoteen 2010 mennessä) puolet ja pitkällä aikavälillä (vuoteen 2025 mennessä) yli puolet vastaajista. Asiantuntijoiden vastaava arvio oli synkempi (Kuvio 2.) Lähes 70 % vastaajista arvioi kunnallisen työvoiman rekrytoinnin vaikeutuvan tai vaikeutuvan huomattavasti. (von Bruun, 2005, 40-42.)

KUVIO 2. Kunnallisen työvoiman rekrytointi. (von Bruun, 2005, 42.)



Työllisyystilanteen kehitys on kuntien tulevaisuuden kannalta yksi kriittinen tekijä. Kortelaisen (2009) mukaan väestön ikääntyessä ja peruspalvelujen kysynnän lisääntyessä laskennallinen paine kuntapalveluiden henkilöstön määrän lisäykseen suurenee. On arvioitu, että peruspalvelujen henkilöstömäärä nousisi väestön ikärakenteen laskennallista lisätarvetta vastaavalla tavalla eli noin 4 000 henkilöllä vuodessa. (Kortelainen, 2009, 29.)

Vuonna 2007 kunnallisissa sosiaali- ja terveystalveissa työskenteli yhteensä 225 700 työntekijää, joista sosiaalipalveluissa 102 500 työntekijää. Vuonna 2009 tehtyjen ennusteiden mukaan kunta-alalla eläkepoistuma on suurin vuosina 2014 ja 2015. Kuntien eläkevuutuksen ennusteen mukaan kunta-alan sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen eläkepoistuma on 83 466 työntekijää vuoteen 2020 mennessä ja 119 852 työntekijää vuoteen 2025 mennessä. (Kortelainen, 2009, 30.) Työministeriön vastaavanlaisen selvityksen mukaan uuden työvoiman tarve hoitotyössä on 182 500 henkilöä vuoteen 2015 mennessä, jos otetaan huomioon väestön ikääntymien aiheuttama lisätarve (57 800) ja poistuma (124 700). (Kanniainen, 2002, 10.) Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa on ennustettu iän perusteella eläkkeelle jäävän vuoteen 2015 mennessä yhteensä noin 184 työntekijää. Näistä 50,5 työntekijää jää eläkkeelle ikäihmisten palveluiden tulosalueelta. (Peruspalvelukuntayhtymä Kallion henkilöstöstrategia, 2009, 5.)

Eläkepoistuman ollessa suuri, on kunta- ja palvelurakennemuutuksessa keskeiseksi tavoitteeksi asetettu henkilöstön riittävyyden, saatavuuden ja osaamisen turvaaminen. Odotuksena on ollut, että palveluiden suuremmalla järjestämisalueella voidaan tehostaa henkilöstösuunnittelua ja – ennakkointia, parantaa henkilöstön työnjakoa ja osaamisen käyttöä sekä rekrytointia. Henkilöstövoimavarojen turvaaminen palvelujen tuottamisen kannalta edellyttää kunnilta ja kuntayhtymiltä toimintojen uudelleen järjestelyjä. Eläkepoistuman aiheuttama rekrytointiongelma voidaan nähdä myös mahdollisuutena toimintojen tehostamiseen niin, että henkilöstöä kohdennetaankin sinne, missä lisätyövoiman tarve on suurin. (Kortelainen, 2009, 29- 31.)

2.2 Hoitotyön henkilöstövoimavarojen käyttö

2.2.1 Tehostettu palveluasuminen Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa

Tehostettu palveluasuminen on sosiaalihuoltolain mukaista asumispalvelua, jonka järjestämisestä vastaa kunta tai kuntayhtymä. Asumispalvelujen sisältämä tuen, huolenpidon ja hoivan määrä sekä henkilöstörakenne riippuvat asukkaiden tarpeista (Lehto, Kananen, Kokko & Taipale, 2003, 133- 134). Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu pääasiassa iäkkäille henkilöille, jotka tarvitsevat päivittäiseen selviytymiseen yhden tai kahden hoitajan eriasteista apua, tukea ja ohjausta muun muassa elämän hallinnassa ja vuorovaikutuksessa, ravitsemuksessa, hoitotoimenpiteissä, henkilökohtaisen hygienian hoidossa ja liikkumisessa. Tehostetun palveluasumisen asiakkaalla on ympärivuorokautisen hoidon tarve eikä hän kohtuudella selviydy kotona tehostetun kotihoidon turvin. Tehostettuun palveluasumiseen sisältyy myös dementiahoiva, joka on tarkoitettu dementoivaa sairautta sairastaville. Dementiaa sairastavat tarvitsevat jatkuvasti, useita kertoja päivässä avustamista, läsnäoloa, valvontaa ja ohjausta vuorokaudenajasta riippumatta. (Peruspalvelukuntayhtymä Kallio, 2010, 7-9.)

Tehostettua palveluasumista ohjaavat sosiaalihuoltolaki (L 17.9.1982/710) sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta (L 3.8.1992/733). Toiminnassa on huomioitava myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785). Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista säädetyn lain (L 22.9.2000/812) tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä työskentelevillä hoitajilla tulee olla sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuudesta säädetyn lain (L 29.4.2005/272) mukainen pätevyys. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 28.6.1994/559, 1 §) ohjaa palvelujen laatua ja potilasturvallisuutta varmistamalla, että hoitohenkilöillä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet.

Tehostetun palveluasumisen oman tuotannon paikkoja on Peruspalvelukuntayhtymä Kallion alueella kaikkien neljän kunnan alueella. Kallion hoiva- ja asumispalveluihin kuuluvat tehostetun palveluasumisen yksiköt Alavieskassa (Omavieska), Nivalassa (Hopeakoti, Kotikeskus ja Suvantokoti), Sievissä (Pajula, Koivula ja Käpylä) ja Ylivieskassa (Sipilä, Ranta- Sipilä ja Kotikartano). Tutkimuksena aikaan vuonna 2009 asukaspaikkoja oli yhteensä 226 ja vuoden 2010 tavoitteena 209 asukaspaikkaa. (Peruspalvelukuntayhtymä Kallio, 2010, 7-9.)

Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa tehostetun palveluasumisen pääsykriteereinä ovat keskivaikea tai vaikea muistihäiriö, ympärivuorokautinen hoivan ja hoidon tarve, RaVa (RajalaVaissi) – indeksi yli kolme, MMSE (Mini-Mental State Examination) – muistitesti < 15/30 sekä toimintakykyarvio tehty. Hakijan elämäntilannetta tarkastellaan kuitenkin kokonaisvaltaisesti, jolloin yksittäinen mittaustulos ei ole ratkaisevaa palvelumuodon valinnassa. (Peruspalvelukuntayhtymä Kallio, 2010, 7-9.) Vuoden 2009 RaVa-keskiarvo Kallion tehostetussa palveluasumisessa oli 3,1 (Maisemaraportti, 2010, 48).

Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asukkailla on käytössään vuokrattu oma huone tai asunto sekä lisäksi yhteisiä tiloja. Oman huoneen voi kalustaa pääsääntöisesti omin huonekaluin. Tehostetussa palveluasumisessa korostuu kodinomaisuus, jossa asukkaalla on käytössään esteettömiä, turvallisia ja viihtyisäksi kalustettuja yhteisiä tiloja. Yksiköissä asukkaalla on mahdollisuus osallistua turvalliseen ulkoiluun, harrastamiseen ja yhteisölliseen toimintaan omassa yhteisössään oman kuntonsa mukaisesti. (Peruspalvelukuntayhtymä Kallio, 2010, 7-9.)

Asiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmänä käytetään RAI (Resident Assessment Instrument)- tietojärjestelmää. Suomessa RAI- järjestelmä on tällä hetkellä käytössä 67:ssä julkisia tai yksityisiä vanhuspalveluja tuottavassa kunnassa, joista vanhainkotien asukkaita on 32 %, terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon potilaita 19 %, säännöllisen kotihoidon asiakkaita 16 % ja palveluasumisen asukkaita 24 %. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2011.) RAI- järjestelmä tuottaa tietoa hoidon laadun eri osa-alueilta, kuten rakenteesta, hoitokäytännöistä ja hoidon vaikuttavuudesta. Näiden indikaattorien avulla osaston on mahdollista suorittaa vertailua samankaltaisten yksikköjen välillä. (Sormunen & Topo (toim.), 2008, 134.)

RAI- arvioinnin avulla asukkaalle laaditaan yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka mukaisesti asukas saa ympärivuorokautisen ohjauksen, hoivan, tuen ja palvelut ammattitaitoiselta henkilöstöltä. (Peruspalvelukuntayhtymä Kallio, 2010, 7-9.) Henkilökohtainen RAI- arviointi toteutetaan liki 400 kysymyksen avulla, jota kuvataan MDS- (Minimum Data Set) tiedoiksi. Tämä MDS- kysymyssarja sisältää kysymyksiä asukkaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä sekä terveydentilasta ja lääkityksestä. Näistä MDS- kysymyksistä muodostuu sarja kansainvälisesti validoituja ja luotettavaksi todettuja mittareita, joiden avulla hoidon onnistumista voidaan seurata sekä yksilö että osastotasolla. Kyseisiä RAI- mittareita ovat kognitio eli aivojen vajaa toiminta (CPS, Cognitive Performance Scale), fyysinen toimintakyky (ADL, Activity Daily Life), masennus (DRS, Depression Rating Scale), ravitsemus (BMI, Body mass Index), asiakasrakenne (RUG- III, Resource Utilization Groups), sosiaalinen aktiivisuus (SES, Social Engagement Scale), kivun arviointi (PAIN SCALE) ja asukkaan voimavarojen ja ongelmien tunnistaminen (RAPs, Resident Assesment Protocols) sekä 11:sta laatualetta koskevat laatuindikaattorit. RAI- järjestelmää on mahdollista käyttää monipuolisesti apuna hoitotyön kehittämisessä sekä tuloksellisuuden arvioinnissa. (Noro, Finne-Soveri, Björgren & Vähäkangas (toim.), 2005, 22- 24.)

Hoitohenkilöstö on yksiköissä paikalla ympärivuorokauden. Lisäksi asukkaiden käytössä on tarpeen vaatiessa erityistyöntekijöiden, muistihoitajan, fysioterapeutin, apuvälinelainaamon ja toimintaterapian palvelut. Yksiköissä työskennellään tiimeissä omahoitaja- toimintatavan mukaisesti. Kallion tehostetun palveluasumisen yksiköissä toimitaan myös toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän sekä osallisuutta tukevan toimintatavan mukaisesti. (Peruspalvelukuntayhtymä Kallio, 2010, 7-9.)

2.2.2 Hoitotyön toiminnot ja työajan käyttö

Sosiaali- ja terveystalveissa hoitotyön yleisenä lähtökohtana on hyvinvoinnin tuottaminen avustamalla arkisissa toimissa. Ikäihmisten hoitotyön lähtökohtana toimii ymmärrys biologisista, psyykkisistä ja sosiaalisista vanhenemisprosesseista. Vanhuus on nähtävä ainutkertaisena elämänvaiheena, jolloin hoitajalta edellytetään taitoa asettaa hoidettavan ihmisen oma elämänhistoria ja yksilölliset voimavarat kaiken työnsä perustaksi. Ikäihmisten palvelujen hyvän hoidon tavoite on tukea kaikkien ikääntyneiden hyvää elämänlaatua, itsemääräämisoikeutta ja itsenäistä suoriutumista hoito- ja palvelutilanteissa toimintakyvystä riippumatta. (Ruontimo, 2009, 28, 35.)

Asiakkaan näkökulmasta hoitotyön sisältö voidaan määrittellä koostuvan perushoidosta ja hoivasta, sairaanhoidosta, kuntouttavista toiminnoista sekä psykososiaalisesta tuesta. Psykososiaalinen tuki koostuu muun muassa ohjauksesta, neuvonnasta ja kuuntelusta. (Rauhala, 1994, 83- 84.) Hoitotyön työnkuva sisältää edellä mainittujen tehtävien lisäksi myös hoitotyön suunnittelua ja toteutusta, vaikuttavuuden seuranta ja arviointia sekä yhteistyötä omaisten kanssa. Tarkempi työn sisältö määräytyy kuitenkin aina työpaikan työtehtävien mukaisesti. Hoitotyössä käytettävien työmenetelmien tavoitteena on, että ne perustuvat tutkittuun tietoon ja toiminta on näyttöön perustuvaa. (Sairaanhoitajaliitto, 2011.)

Tehostetun palveluasumisen yksikössä työ voidaan määrittellä koostuvan perushoidollisista- ja sairaanhoidollisista töistä sekä kodinhoidollisista töistä. Nämä hoitotyön toiminnot on yleensä jaettu erillisiin luokkiin annettavan hoidon suhteen. Usein käytetään jakoa välittömään ja välilliseen hoitotyöhön. Välitön hoito on suoraan asukkaaseen kohdistuvaa perushoitoa, kuntoutusta tai sairaanhoidollisen toimenpiteen toteuttamista ja voimien tarkkailua. Välilliseen hoitoon kuuluvat ne asukkaan hoitoon liittyvät toimenpiteet, joita ei suoriteta asukkaan välittömässä läheisyydessä. Välilliseen hoitotyöhön kuuluvat toimenpiteet voivat tapahtua joko ennen tai jälkeen asukkaan hoitamisen. Välillistä hoitotyötä voi olla esimerkiksi kirjaaminen, lääkärin konsultointi ja lääkkeiden jakaminen. (Fagerström & Rauhala, 2003, 11.) Edellä mainittujen luokkien lisäksi hoitotyön toimintaan kuuluu myös osastokohtaisia toimintoja jotka liittyvät osaston toiminnan

ylläpitämiseen kuten esimerkiksi vaatehuolto, kodinhoidolliset työt ja toimistotyö. (Partanen, 2002, 72.)

Peltokorven ym. (2009) mukaan vuodeosastoilla hoitajien työajasta merkittävä osa käytetään tukitehtäviin, jotka eivät edellytä hoitotyön koulutusta. Tukitehtäviksi voidaan määritellä laajasti kaikki ne tehtävät, jotka eivät liity suoraan hoitotoimenpiteisiin tai niihin liittyvään arviointiin, päätöksentekoon ja neuvontaan. Tällaisiin tukitoimintoihin voidaan luokitella osastolla esimerkiksi ruuanjako, lääkehuolto, lakanoiden vaihto, pyykkihuolto, hoitotarviketilaukset sekä yleinen siistiminen ja järjestäminen. (Peltokorpi, Turtiainen & Kämäräinen, 2009, 40.)

Helsingin kaupungin terveystieteiden keskuksen kolmella vuodeosastolla toteutettu tukipalveluiden kartoitus osoitti, että 11 % akuuttiosastojen hoitajien työajasta käytettiin tukitehtäviin. Näistä tukitehtävistä suurimman osan muodostivat ruuantilaus- ja jakaminen, lääkehuolto ja lakanoiden vaihto. Lääkehuolto piti sisällään lääkevaraston tilaukset ja varastohallinnan sekä lääkkeiden annostelun ja jakamisen. Lakanat vaihdettiin noin viikon välein sekä hoitajakson päättyessä. Tämän tutkimustuloksen perusteella Helsingin kaupungin päivystys- ja akuuttiosastoilla (31 osastoa) käytetään vuodessa noin 75 henkilötyövuotta tukitehtäviin, jotka olisi mahdollista hoitaa myös laitoshuoltajien ja lääketyöntekijöiden tekemänä. (Peltokorpi ym. 2009, 41.)

Sairaanhoitajaliitto ry:n jäsenkyselyssä sairaanhoitajien työolobarometri 2004 tutkittiin sairaanhoitajien työolosuhteita Suomessa. Tutkimuksessa selvitettiin muun muassa sairaanhoitajien tehtäväkuvaa ja työmäärää kysymällä heidän näkemyksiään tukihenkilökunnan työpanoksen riittävydestä niissä tehtävissä, jotka eivät olleet välitöntä hoitotyötä. Tutkimuksen mukaan suurin osa sairaanhoitajista arvioi, että hoitoapulaisia ja laitoshuoltajia on riittävästi, mutta toisaalta sairaanhoitajien tehtäväkuvaan liittyi säännöllisesti (viikoittain tai useammin) muun muassa materiaalitilauksia, vuoteiden sijausta ja ruuanjakelua. (Partanen, Heikkinen, & Vehviläinen- Julkunen, 2005, 26.)

Sairaanhoitajien työolobarometri 2004- tutkimuksessa tuli ilmi myös se, että osa sairaanhoitajan asiantuntemusta vaativia tehtäväalueita jäi ajan puutteen takia riittämättömälle hoidolle. Tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista 42 % oli sitä mieltä, ettei heillä ollut riittävästi aikaa potilaan suun hygieniasta huolehtimiseen. Ajan käyttö koet-

tiin riittämättömäksi myös potilaan hygieniasta ja ihon kunnosta huolehtimiseen (26 %), potilaan kanssa käytäviin keskusteluihin (54 %), omaisten ohjaukseen (50 %) ja hoitosuunnitelman päivittämiseen (60 %). (Partanen ym., 2005, 25- 26.)

Edellä mainitut tutkimustulokset ovat samansuuntaisia kuin kansainvälisessä viiden maan (USA, Kanada, Saksa, Britannia ja Skotlanti) tutkimuksessa, jossa selvitettiin sairaanhoitajien mielipiteitä työstään ja työn kuvastaan. Tutkimuksessa sairaanhoitajat raportoivat käyttävänsä usein työaikaansa tehtäviin, jotka eivät vaadi sairaanhoitajan asiantuntemusta. Tämän vuoksi useita laadukkaalle hoitotyölle tunnusomaisia tehtäväalueita jäi tekemättä, kuten esimerkiksi suun hygienian (10- 22 %) ja ihon hoito (13- 35 %), ohjaus ja tukeminen (26- 30 %), hoitosuunnitelman laatiminen ja päivittäminen (34- 47 %) sekä potilaiden kotiutumisen valmistelu (13- 14 %). (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, Reinhard, Clarke, Giovannetti, Hunt, Rafferty & Shamian 2001, 43- 51; Partanen ym., 2005, 27.)

Yhdysvaltojen sairaanhoitajaliiton (American Nurses Association, ANA) vuonna 2001 tekemässä tutkimuksessa yli puolet (56 %) vastaajista arvioi välittömään potilastyöhön käytettävän ajan vähentyneen ja työmäärän lisääntyneen. Työmäärän lisääntyminen johtui organisatorisista muutoksista jonka myötä hallinnolliset tehtävät olivat lisääntyneet. Samalla oli lisääntynyt sekä potilaisiin liittyvä työmäärä että ei-hoidollinen työmäärä. Myös osastojen välinen henkilöstön yhteiskäyttö oli yleistynyt ja tukipalveluiden saatavuus vähentynyt. (Partanen, 2002, 39.)

Näiden tutkimustulosten valossa henkilöstövoimavarojen käyttöön tulee kiinnittää huomiota. Hoitotyön toiminnot vaativat ammattiosaamista ja niiden hoitamiseen on myös oltava riittävästi aikaa. Näyttäisi siltä, että olipa sitten kyseessä terveystieteiden tai erikoissairaanhoidon yksikkö Suomesta tai ulkomailta niin tukitoimintoihin käytetään vielä hyvin paljon omia hoitotyön henkilöstövoimavaroja. Näin ollen hoitotyöntekijöiden työpanos on pois välittömästä hoitotyöstä. Merkittävää on huomioida myös se, että henkilöstövoimavarojen onnistuneella käytöllä on mahdollista vaikuttaa hoidon laadullisiin tuloksiin.

2.2.3 Hoitohenkilöstön työ tehostetussa palveluasumisessa

Hyvin organisoitu työ tarkoittaa sitä, että oikea henkilö suorittaa oikeita tehtäviä oikealla tavalla. Optimaalinen tilanne voidaan saavuttaa käyttäen apuna työn tutkimusta ja mittaamista. (Pusa, 2007, 28- 29.) Vuorensyrjän ym. (2006, 10- 11) mukaan oikein mitoitettu, riittävän ja asiansa osaavan henkilöstön avulla voidaan saada aikaan sekä yhteiskunnallista että taloudellista vaikuttavuutta. Tämä edellyttää myös sitä, että työ on organisoitu tarkoituksenmukaisesti ja osaaminen kohdistettu oikein. (Vuorensyrjä, Borgman, Kempainen, Mäntysaari & Pohjola, 2006, 10- 11.)

Hoitotyö vaatii eri alan ammattilaisia. Ikääntyvien pitkäaikaisessa hoidossa terveydenhuollon ammattihenkilöstön pääosan muodostavat eri koulutuksen saaneet joko laillistetut tai nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt (Ruontimo, 2009, 28). Tämä pätee myös Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa, jossa tehostetun palveluasumisen hoitotyöntekijät ovat koulutukseltaan pääosin lähi-, perus-, ja kodinhoitajia sekä sairaanhoitajia. Yksinomaan koulutetut hoitotyöntekijät ovat liian arvokkaita tekemään niitä yksinkertaisia tehtäviä, jotka eivät suoranaisesti liity asukkaan hoitoon. (Pusa, 2007, 45). Millainen henkilöstörakenne sitten takaisi asukkaalle parhaan hoitotyön laadun?

Kanen ym. (2007, 1197- 1198) mukaan hoitohenkilöstön rakenteella on havaittu olevan yhteyttä hoidon tuloksiin niin potilaille, hoitajille kuin organisaatiollekin. Suuremman sairaanhoitajaosuuden on havaittu tuottavan parempia tuloksia potilaille. (Kane, Shamilian, Mueller, Duval & Wilt, 2007, 1197- 1198.) Myös useissa ulkomaalaisissa tutkimuksissa on havaittu hoitohenkilöstön korkeammalla koulutustasolla olevan yhteys laadukkaampaan hoitoon. Eräässä tutkimuksessa todettiin muun muassa sairaanhoitajien määrän vaikuttavan alhaisempaan määrään pneumonioita, virtsatieinfektioita ja painehaavaumia. (Tervo- Heikkinen, 2008, 60.)

Muurisen (2003, 133) väitöskirjan 'hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa' johtopäätöksissä todetaan aika suorasanaisesti, ettei kouluttamattoman tai heikosti koulutettujen työntekijöiden käyttö tällaista laaja- alaista ammattitaitoa vaativassa hoitotyössä ole vanhusten ihmisarvoa kunnioittavaa. Tuloksellisen palvelun tarjoamiseksi henkilöstön koulutustasosta tinkiminen ei myöskään ole

kunnan kannalta tarkoituksenmukaista. Tulevaisuudessa hoitohenkilöstörakenne tulee olemaan keskeinen kysymys hyvän hoitotyön laadun ja kohtuullisten kustannusten kannalta. (Muurinen, 2003, 133.)

Sairaanhoitajan työnkuvan kirkastamisella ja keskittämällä olennaiseen eli koulutuksella hankkimansa osaamisen käyttöön voidaan pitkäaikaisessa hoidossa saavuttaa yhteiskunnan ja yksilön kannalta merkittäviä tuloksia sekä asiakkaan että työntekijän eduksi. Sama koskee myös nimikesuojattuja ammattihenkilöitä. Heille tulisi antaa mahdollisuus ikääntyneiden hoidon erityisosaajina paneutua asukkaan hoitoon ja elämän laadukysymyksiin vastaavalla ammattitaidolla. Tämä panos näkyy muun muassa asiakastytyväisyytuloksissa. Henkilöstön osaaminen tulisi siis suunnata tarkoituksenmukaisesti, jos hoitotyöllä haetaan vaikuttavuutta. Ruontimon (2009, 54) mukaan arvokkaita henkilöstövoimavaroja hyvin johtamalla voidaan saada aikaan vaikuttavia ja kustannustehokkaita hoitotuloksia kuten esimerkiksi asukkaan hyvä hoito ja elämänlaatu sekä yhteiskunnallisesti taloudellinen hoidon tarpeita vastaava riittävä palvelun tuotanto (Ruontimo, 2009, 54).

Hoitohenkilöstön oikeanlainen rakenne ja toiminta liittyvät olennaisesti myös tuottavuuteen. Pusa on siteerannut väitöskirjassaan Shannonin & Frenchin (2005) tutkimusta, jossa he löysivät viisi tekijää tai syytä joilla oli yhteys siihen, miksi osastojen tuottavuus ei lisääntynyt. Tekijöitä olivat vaativan hoitotyön työmäärää, ylityöt, toistuvat poissaolot, suuri osa-aikatyötä tekevien työntekijöiden määrä sekä tukipalveluhenkilöstön puute. Vähäinen tukipalveluhenkilöstön määrä koettiin ammatillista itsetuntoa lannistavana. (Pusa, 2007, 32.)

Henkilöstövoimavarojen hallinnoinnin näkökulmasta ikäihmisten laadukas hoito vaatii toteutuakseen moniammatillisen tiimin, jossa työn sisältö on määritelty ja henkilöstön ammattirakenne vastaa hoidon tarvetta. Laineen (2005) mukaan henkilöstömitoituksen lisääminen ei suoranaisesti johda laadullisesti tai määrällisesti parempaan hoitoon vaan palvelutuotantoa on tarkasteltava kokonaisuutena. (Laine, 2005, 81- 82.) Asukasrakenteen määrä ja laatu tulee olla suhteessa henkilöstörakenteeseen. Kallion tehostetun palveluasumisen yksiköissä pääasiallinen vakituinen hoitohenkilöstö koostuu 14 sairaanhoitajasta, 70 perus- / lähihoitajasta ja 28 kodinhoitajasta. Käytössä on lisäksi sisäisiä sijaisia sekä muihin henkilöstöryhmiin kuuluvia työntekijöitä. (Peruspalvelukuntayhty-

mä Kallio, 2010, 7- 9.) Kodinhoitajien ja lähihoitajien henkilöstömääriin on tosin tulossa muutoksia meneillään olevan oppisopimuskoulutuksen vuoksi, jossa Kallion kodinhoitajia koulutetaan lähihoitajiksi.

2.2.4 Lähtökohtia henkilöstövoimavarojen tehokkaaseen organisointiin

Sosiaali- ja terveydenhuolto on työvoimavaltainen ala, jolloin hoitohenkilöstö on sen tärkein ja kallein voimavara. Pitkäaikaishoitoa tuottavissa laitoksissa noin 70- 80 prosenttia kustannuksista muodostuu henkilöstökustannuksista. (Laine, 2005, 28.) Kuntatyönantajien selvityksen mukaan kuntien ja kuntayhtymien henkilöstömenot olivat vuonna 2009 19,2 miljardia euroa, josta palkkakustannuksien osuus oli noin 14,7 miljardia euroa ja työnantajan maksamien eläke- ja muiden sosiaalivakuutusmaksujen osuus 4,5 miljardia euroa. (Kuntatyönantajat, 2009, 10.)

Laineen (2005) mukaan yksikkötasolla voidaan saavuttaa merkittäviä kustannussäästöjä työvoiman oikeanlaisella käytöllä (Laine, 2005, 28). Henkilöstövoimavarojen oikeudenmukainen jakaminen laitoksen sisällä, hoidon kohdistaminen eniten hoitoa tarvitseville asiakkaille ja osaton henkilöstön palkitseminen hyvästä laadusta ovat eräitä keinoja ikääntyneiden hoidon kehittämiseen. Pelkän henkilöstömitoituksen lisääminen ei välttämättä johda laadullisesti tai määrällisesti parempaan hoitoon vaan palvelutuotantoa on tarkasteltava kokonaisuutena. (Laine, 2005, 81- 82.)

Yhtenä näkökulmana tämän kokonaisuuden tarkasteluun voidaan pitää työtehtävien määrittelyä. Työtehtävien uudelleen määrittelyllä ja palveluiden järjeistämällä on mahdollista vapauttaa nykyisistä hoitotyön resursseista jopa 10- 30 % hoitotyöhön (Eskelinen, 2006, 2). Johtamisen tehtävänä on suunnata henkilöstön osaaminen tarkoituksenmukaisesti, jolloin arvokasta henkilöstöpääomaa hyvin johtamalla saadaan aikaan vaikuttavia hoitotuloksia. Näitä tuloksia ovat esimerkiksi asiakkaan hyvä hoito ja elämänlaatu sekä yhteiskunnallisesti taloudellinen hoidon tarpeita vastaava saumaton ja riittävä palveluntuotanto. (Ruontimo, 2009, 54.)

Töiden tarkoituksenmukaisella järjestelyllä on organisaatiolle sekä ulkoista että sisäistä tehokkuutta lisäävä merkitys. Yleisesti tehokkuudella tarkoitetaan arvoa, päämäärää, toiminnan kehittämistavoitteita ja päämäärien saavuttamiskeinoja. Yleisesti ottaen tehokkuuden käsitteellä on laaja merkitys, joten sitä kuvataan usein toiminnan onnistuneisuuden kriteerinä. Tehokkuuden käsite liitetään yleensä myös tuottavuuteen ja taloudellisuuteen. (Sinkkonen & Kinnunen, 1994, 110- 111.) Julkisen sektorin puolella tehokkuus on välttämätöntä eli käytettävissä olevilla panoksilla pitäisi saada mahdollisimman hyvät tulokset. Tehokkuutta on siis se, paljonko ja mitä saadaan aikaan käytettävissä olevilla voimavaroilla. (Korpela & Mäkitalo, 2008, 162.)

Ulkoinen ja sisäinen tehokkuus tarkoittavat oikeiden asioiden tekemistä oikein. Sinkkonen & Kinnunen (1994) mukaan ulkoinen tehokkuus tarkoittaa toimintayksikön aikaansaamien tuotosten suhdetta asetettuihin päämääriin ja sisäinen tehokkuus toimintayksikön käyttämien panosten ja aikaansaatuisten tuotosten välistä suhdetta. (Sinkkonen & Kinnunen, 1994, 110- 111.) Kotimaisten tutkimustulosten ja selvitysten mukaan julkisella sektorilla on runsaasti toiminnan tehostamismahdollisuuksia. Tämä on tullut ilmi useiden tutkimuslaitosten raporteissa, joissa palveluntuottajien välillä on havaittu suuria kustannus- ja tuottavuuseroja sekä laadun epätasaisuuksia. Näitä eroja on mahdollista kaventaa muun muassa erilaisilla kehittämishankkeilla. Onnistuneilla kehittämishankkeilla tehokkuutta on voitu parantaa viidestä kolmeenkymmeneen prosenttia 2- 5 vuodessa. (Korpela & Mäkitalo, 2008, 171- 172.)

Henkilöstövoimavarojen käyttöä on mahdollista tehostaa monin keinoin. Korpela & Mäkitalo (2008, 170) ovat tuoneet esille muutamia toimia, joilla henkilöstön käyttöä on mahdollista tehostaa. Näitä ovat muun muassa tarpeettoman ja päällekkäisen työn vähentäminen, palvelu- ja henkilöstörakenteiden sekä prosessien kehittäminen, johtamisen ja osaamisen kehittäminen, tieto- ja viestintäteknologian parempi hyödyntäminen sekä ohjaus- ja johtamisjärjestelmän kehittäminen. (Korpela & Mäkitalo, 2008, 170.)

2.3 Työajan seuranta hoitotyön kehittämisessä

Aikaisempia tutkimuksia hoitajien työajankäytöstä on jonkin verran, sekä Suomessa että ulkomailla toteutettuja. Tämän tutkimuksen yhteydessä rajasin aikaisempien tutkimusten tarkastelun koskemaan Suomessa 2000- luvulla tehtyjä työaikamittaus- tutkimuksia. Tutkimuksista rajasin vielä tarkempaan tarkasteluun ne tutkimukset, jotka kohdistuivat vuodeosastotyyppiseen hoitoon terveyskeskuksissa, sairaaloissa tai vanhainkodeissa/ palveluasunnoissa (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Aikaisempia tutkimuksia työajankäytöstä.

Tutkija, vuosi ja tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
Heinonen, R. 2009. Pro gradu- tutkielma. Hoitohenkilökunnan työn sisältö ja työajan käyttö terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tarkoituksena kuvailla yhden osaston hoitajien työn sisältöä ja työajan käyttöä.	Osaston henkilökunnan (N= 21) työajan seuranta itseraportointina viiden työvuoron ajalta.	Välitöntä hoitotyötä 53,3 %, välillistä hoitotyötä 35,6 %, taukoja 6,9 %. Aamu- ja iltavuoroissa painoutuivat välittömät fyysisen hoitotyön toiminnot ja yövuoroissa suoritettiin enemmän hoitamiseen liittymättömiä toimintoja.
Hakoma, M. 2008. Pro gradu- tutkielma. Hoitotyön henkilöstön työajankäyttö ja hoitotyön laatu pitkäaikaissairanhoidon vuodeosastolla. Tarkoituksena kuvata hoitohenkilöstön työajankäyttöä ja hoitotyön laatua.	Osaston henkilökunnan (N= 15) työajanseuranta toimintolaskentamenetelmällä itseraportointina kahden viikon ajalta. Hoitotyön laadun arvioinnin aineisto (N= 147), jonka analysointi kuvailevin tilastollisin menetelmin.	Välitöntä hoitotyötä 59 %, välillistä hoitotyötä 21 %, osastokohtaista työtä 13 % ja henkilökohtaisen ajan osuus 7 % työajasta. Laadukkaimmaksi hoitotyön osa-alueeksi arvioitiin lääkityksen hoitaminen, vitaalinelintoimintojen seuraaminen sekä ravitsemuksen hoito.
Eloranta, P. 2007. Pro gradu- tutkielma. Hoitohenkilökunnan työn sisältö ja työajan käyttö vanhainkodissa. Tarkoituksena tuottaa kokonaiskuva yhden vanhainkodin hoitohenkilökunnan työstä.	Osaston henkilökunnan työajan seuranta itseraportointina seitsemän työvuoron ajalta.	Välitöntä hoitotyötä 50,3 %, välillistä hoitotyötä 17,2 % ja henkilökohtaisia toimintoja 11,2 %. Aamu- ja iltavuorojen väliset erot eivät olleet suuret. Yövuoroissa painoutuivat enemmän osastoon liittyvät toiminnot.
Partanen, P. 2002 Hoitotyön henkilöstön	Viisi eri osa-aineistoa: hoitohenkilökunnan (N=92)	Hoitajien työajasta 41 % oli välitöntä ja 35 %

<p>mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Tuottaa tietoa hoitotyön henkilöstömitoitusten arviointia ja suunnittelua varten erikoissairaanhoidon hoitoympäristössä</p>	<p>työajankäytön seuranta toimintolaskentamenetelmällä hoitajien itseraportoimana kahden viikon ajalta, henkilöstömitoituksen riittävyttä ja laatua koskeva kysely (N= 504 + N= 55), potilaiden arviot ILH- mittarilla (N= 158) sekä hoitoisuusluokitustiedot hoitopäiviltä (N= 1602).</p>	<p>välillistä hoitotyötä, n. 16 % osastokohtaista työtä ja 8 % henkilökohtaista aikaa. Henkilöstömitoituksen arviointia varten tuotettiin malli, joka koostuu kliinistä, potilaiden hoitoa, henkilöstön käyttöä ja toimintaympäristöä kuvaavista tunnusluvuista.</p>
---	--	--

Tarkastelun kohteena olleissa ajankäytön tutkimuksissa oli pääasiallisena tarkoituksena kuvata hoitajien työajankäyttöä ja sen sisältöä. Hakoman (2008) tutkimuksessa oli ajankäytön lisäksi tutkittu hoitotyön osa-alueiden laatua. Partasen (2002) tutkimuksessa oli käytetty useaa eri osa-aineistoa henkilöstömitoitusten arviointia ja suunnittelua varten tuotetun mallin luomisessa.

Kaikissa näissä tutkimuksissa oli käytetty hoitotyön määrällistämiseen yleisimmin käytettyä jakoa neljään päätoimintoalueeseen: välitön- ja välillinen hoitotyö, osastokohtaiset toiminnot sekä henkilökohtainen ajankäyttö (Partanen, 2002, 51). Kyseisissä tutkimuksissa havainnointimenetelmänä oli käytetty hoitajien itsensä tekemää havainnointia eli itseraportointia. Vaihtelua oli aineiston keruun kestossa; aineistoa kerättiin viitenä, seitsemänä ja kahdessa tutkimuksessa peräti 14 päivänä. Myös aineiston koot erosivat suuresti toisistaan. Aikamittauksen aineistoja oli kerätty pienimmillään 15 hoitajan osastosta ja suurimmillaan 92 hoitajan osastosta. Tästä riippumatta tulokset ovat kuitenkin samansuuntaisia: välitöntä hoitotyötä noin puolet työajasta, välillistä hoitotyötä noin neljännes (25 %), osastokohtaista työtä noin 15 % ja henkilökohtaista aikaa noin 10 %.

2.3.1 Hoitohenkilöstön työajankäytön mittaaminen

Hoitotyön työmäärän mittaamisella viitataan toimintaan, jolla arvioidaan hoitotyön määrää tai tasoa. Käsitteenä hoitotyön työmäärä tarkoittaa kaikkea hoitotyössä tehtävää työtä, joka aiheutuu potilaista, kollegoista, toimintapolitiikasta, toimintaohjeista, käytännöistä ja rutiineista. Työmäärän tai työajan käyttöä voidaan mitata arviointiin perustuvilla menetelmillä ja tiedonkeruuseen perustuvilla menetelmillä. Arviointiin perustuvia menetelmiä käytetään yleensä vain silloin, kun käytössä ei ole resursseja tai halua systemaattiseen tiedonkeruuseen. Tiedonkeruuseen perustuvassa mittaamisessa lähestymistapoina ovat standardiaikojen mittaaminen, keskimääräisten aikojen mittaaminen sekä edellä mainittujen tapojen yhdistelmä. (Partanen, 2002, 48- 49.)

Metsäpelto & Tikkasen (1995, 4- 5) mukaan standardiaikamittaus ei menetelmänä ole kovin luotettava, koska siinä arvioidaan tyypillinen aika, jonka työntekijä käyttää tietyn toiminnon tekemiseen normaalitahdissa. Menetelmän heikkouden syynä ovat erityisesti työpaikkakohtaiset erot. Myös subjektiivista arviointimenetelmää pidetään heikkona tuloksissa ilmenneiden suurten todellisuudesta poikkeavuuksien takia. Siinä asiantuntija arvioi itse työhönsä kuluvaan aikaan aiemman kokemuksensa perusteella. Suora aikatutkimus on luotettava ja perustuu työtehtäviin käytetyn ajan mittaamiseen kellolla tehtävän alkamisesta sen loppumiseen. Menetelmä edellyttää kuitenkin häiriötöntä työsuoritusta, mikä ei hoitotyössä ole välttämättä mahdollista. Työotosten otto tarkoittaa havainnoijan satunnaisesti tekemiä havaintoja työntekijän toiminnoista. Luotettavan tuloksen saamiseksi havaintoja tulee kuitenkin olla riittävästi eli noin 700- 1000 havaintoa työntekijää kohti. (Näkki, 2007, 17.)

Toimintolaskenta- menetelmän käyttö liittyy keskimääräisten hoitoisuusluokkakohtaisten aikojen määrittämiseen. Partanen (2002, 48) mukaan toimintolaskennalla (engl. work sampling) tarkoitetaan työn mittaamisen ja analysoinnin menetelmää, jonka tavoitteena on työn tuottavuuden arviointi ja parantaminen. Nykyään toimintolaskentamenetelmää käytetään yleisesti henkilöstön työajan käytön selvittämiseen. Hoitotyössä henkilöstön työajan käytön selvittämistä pidetään tärkeänä silloin, kun arvioidaan muun muassa eri henkilöstöryhmien välistä tehtäväjakoa ja sen tarkoituksenmukaisuutta. Myös työtoimintojen uudelleen järjestelyyn, työn tehokkuuden ja tuottavuuden paran-

tamiseen on käytetty työajan mittaamista. (Partanen, 2002, 48- 50.) Rissasen, Toivasen & Miettisen (2005, 19- 25) mukaan työajanseuranta ja sen antamien tulosten analysointi työyksikössä mahdollistaa myös hoitotyön sisällön kehittämisen.

Toimintolaskentamenetelmä edellyttää, että hoitotyön havainnointia varten on tehty työhön sopivat luokittelut. Yleisimmin on käytetty hoitotyön määrällistämistä neljään toimintoalueeseen: välitön- ja välillinen hoitotyö, osastokohtaiset toiminnot sekä henkilökohtainen ajankäyttö. (Partanen, 2002, 51.) Itse havainnointi on mahdollista tehdä joko ulkopuolisen havainnoijan toimesta jatkuvana havainnointina tai hoitohenkilöstön itsensä suorittamana havainnointina eli itseraportointina (engl. self- reporting) määräväleihin (10- 15 minuutin välein) toteutettuna. (Hakoma, 2008, 21- 22.)

Hakoman (2008, 22) mukaan ulkopuolisen havainnoijan tekemän aikamittauksen tulokset ovat luotettavia, mutta työ on kallista ja paljon aikaa vievää. Hoitohenkilökunnan itseraportoinnin etuina ovat muun muassa menetelmän taloudellisuus ja hoitajien hyvä oman työn tuntemus. Haittoina voi olla työntekijöiden vastustus sekä puutteellinen motivaatio aikamittausta kohtaan. Tärkeää tiedonkeruun onnistumisen kannalta onkin perehdyttää tutkimukseen osallistuvat henkilöt hyvin muun muassa lomakkeiston täyttämiseen. (Hakoma, 2008, 21- 22.)

Henkilöstön ajankäytönmittaamisen suunnittelussa tärkeää on pohtia työn sisältöä ja päivän kulkua. Jos päivät toistuvat samankaltaisina päivästä toiseen, tutkimukseen riittää yhdenkin päivän mittaustulos. Hoitotyö on kuitenkin erilaista verrattuna esimerkiksi tehdastyöhön ja siinä tehdään usein moniakkin toimintoja samanaikaisesti, joten luotettavan tuloksen saamiseksi on hyvä mitata työaika useamman päivän ajalta. Hoitotyö ei ole säännöllisin välein toistuvaluonteista vaan se voidaan määritellä olevan pikemminkin satunnaisesti toistuvaa. Hoitotyöstä saadaan edustavin kuva toimintolaskentamenetelmällä määräväleihin koko päivän ajan toteutetulla havainnoinnilla. (Partanen, 2002, 51.)

2.3.2 Kehittämistyön merkitys organisaatiolle

Tutkimuksen tarve tuli esille Kallion hoiva- ja asumispalveluiden strategian laadinnan yhteydessä. Palveluprosessien kuvaukseen tarvittiin tarkkaa tietoa siitä, mitä kaikkea meidän yksiköissä toteutettu hoitotyö sisältää. Toiminnan kehittämiseen ja yhtenäistämiseen tarvittiin myös todellista kuvaa hoitotyön henkilöstövoimavarojen käytöstä eri yksiköissä. Tämän perusteella päätettiin toteuttaa työajan mittaus kaikissa yksiköissä. Työaikamittauksen suunnittelu ja toteutus päätettiin antaa minun ja palveluesimieskollegani vastuulle. Tämä aikamittauksesta saatu aineisto palvelisi meidän molempien ylemmän AMK- tutkinnon lopputyötä.

Kehittämistyöllä on henkilökohtaisen kiinnostuksen lisäksi myös informatiivinen ja käytännöllinen merkitys. Työajan tutkiminen tuo enemmän tietoa todellisesta tilanteesta hoitotyössä. Tutkimus on informatiivinen myös siinä merkityksessä, että se tuottaa aikaisempaa jäsentyneemmän näkemyksen kyseessä olevasta asiasta (Uusitalo, 1995, 55). Esimiehenä toimiessani minulla täytyy olla tarkkaa tietoa siitä, mitä toimintoja työssä tehdään ja kuinka paljon ne vaativat henkilöstövoimavaroja. Yhteiskunnallisten muutospaineiden edessä henkilöstövoimavarojen tarkoituksenmukaiseen käyttöön on kiinnitettävä yhä enemmän huomioita ja pohdittava millaisiin toimintoihin jatkossa henkilöstövoimavaroja käytetään.

Henkilöstölle kehittämistyöllä on myös merkitystä. Viitalan (2004) mukaan kehittämistyössä tärkeää on koko työyhteisön omista tarpeista lähtevä tarkastelu ja sitoutuminen. (Viitala, 2004, 210.) Aika ajoin olen esimiehenä kuullut työyhteisöstä viestiä siitä, ettei hoitotyölle jää aikaa, kun erilaiset kodinhoidolliset työt vievät niin paljon aikaa. Tämän kehittämistyön avulla hoitotyön eri toimintoihin käytetystä ajasta saatiin todellinen kuva. Kokonaiskuvan luominen töiden uudelleenorganisoinnin perustaksi tuo henkilöstölle riittävän motivaation sitoutua tähän kehittämistyöhön.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää henkilöstövoimavarojen käyttöä työaikamittauksen avulla. Työaikamittauksessa selvitetään toimintolaskenta- menetelmän avulla työajan jakautumista välittömään ja välilliseen hoitotyön, osastokohtaiseen työhön ja henkilökohtaiseen aikaan. Tutkimuksen tarkoituksena on analysoida henkilöstövoimavarojen käyttöä selvittämällä erityisesti hoitotyöhön kuulumattoman työn osuuden merkitystä hoitotyössä.

Tarkennetut tutkimuskysymykset:

1. Miten hoitajien työaika jakautuu eri toiminnoille?
2. Kuinka paljon työaika kuluu muuhun kuin hoitotyöhön?
3. Kuinka monta henkilötyövuotta hoitotyöhön kuulumattoman työn uudelleen järjestämisellä voidaan siirtää hoitotyöhön?
4. Mitä hoitotyöhön kuulumattoman työn toimintoja kannattaa lähteä uudistamaan?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimusmenetelmät jaetaan yleisesti laadullisiin eli kvalitatiivisiin ja määrällisiin eli kvantitatiivisiin menetelmiin. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tulkita ja ymmärtää tutkittavaa ilmiötä syvällisesti kun taas määrällinen tutkimus pyrkii yleistämään. Määrällisessä tutkimusmenetelmässä käytetään yleensä kyselyitä ja haastatteluja, jolloin tutkimuksen tietoja tarkastellaan numeerisesti. Määrälliselle tutkimukselle on ominaista vastaajien suuri määrä sekä kausaalisuus eli syy- seuraus – suhteiden ilmeneminen. (Kananen, 2008, 10- 11: Hirsijärvi ym., 2004, 130- 131.)

Laadullisen ja määrällisen tutkimusmenetelmän erot eivät kuitenkaan ole aivan selviä. Näitä menetelmiä voidaan käyttää samassakin tutkimuksessa, joskin niiden yhdistäminen on haastavaa, koska tutkimusotteet eroavat toisistaan huomattavasti erityisesti juuri aineiston keräämisessä ja analyysissä. Suositeltavaa onkin valita jompikumpi otteista pääasialliseksi tutkimusotteeksi. (Metsämuuronen, 2000, 64- 65.)

Peruslähestymistapana käytän kvantitatiivista tutkimusotetta. Kvantitatiivinen tutkimusote sopii parhaiten tämän tutkimuksen työaikamittausta koskevan aineiston hankintaan. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkimusaineisto edustaa tilastollisesti havaintoyksiköiden perusjoukkoa. (Uusitalo, 1995, 80: Kananen, 2008, 10.) Siksi tutkimukseen on otettu mukaan kaikkien tehostetun palveluasumisyksiköiden hoitohenkilökunta.

Tutkimustyön lähestymistapana on tapaustutkimus, koska tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten kohteena olevan organisaation henkilöstövoimavarojen käyttöä voidaan tehostaa. Tapaustutkimuksen ideana on kuvata yksittäinen kohteena oleva tapaus mahdollisimman monipuolisesti tai verrata useampaa eri tapausta keskenään. Hirsijärven ym. (2004) mukaan tapaustutkimus on yksityiskohtaista, intensiivistä tietoa yksittäisestä tapauksesta tai pienestä joukosta toisiinsa suhteessa olevia tapauksia. Tutkimuksen ta-

voitteena on tutkimuskohteen ominaispiirteiden systemaattinen, tarkka ja totuudenmukainen kuvailu. (Hirsijärvi ym., 2004, 125- 126.)

Tapaustutkimuksessa monipuolisuus korostuu erityisesti erilaisten aineistojen ja tutkimusmenetelmien käytössä. Järvisen & Järvisen (2004, 75) mukaan tapaustutkimuksissa voidaan käyttää erilaisia tiedonhankintatapoja kuten kyselyitä, haastatteluja, havainnointia tai arkistomateriaalia. Primääriaineisto tarkoittaa tutkijan itse keräämää havainnointia tai arkistomateriaalia. Primääriaineisto tarkoittaa tutkijan itse keräämää havainnointia, joka sisältää välitöntä tietoa tutkimuskohteesta (Hirsijärvi ym., 2004, 175). Tutkimuksen primääriaineisto muodostui siis työajanseurannasta saadusta kvantitatiivisesta havainnointiaineistosta. Muuna tietoa lisäävänä aineistona on käytetty organisaation materiaalia muun muassa palvelukuvausta ja maisemaraporttia sekä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja julkaistuja tutkimuksia.

Työajanhavainnointi – menetelmäksi valittiin toimintolaskenta- menetelmä. Menetelmä perustuu todennäköisyysteoriaan, jolloin riittävän aineiston mukaan voidaan tehdä päätelmiä keskimääräisestä henkilöstön ajankäytöstä. Menetelmä on alun perin kehitetty 1930- luvulla teollisuuden tuottavuuden arviointiin ja parantamiseen. Hoitotyön kehittämisessä ensimmäiset tutkimukset toimintolaskenta- menetelmällä ovat 1950- luvulta, mutta sen käyttö yleistyi vasta 1960- luvulta lähtien jolloin etenkin kansainvälisesti tehtyjä toimintolaskenta – menetelmää käyttäviä tutkimuksia on runsaasti. Tutkimuksien yleisenä tavoitteena on ollut hoitotyön henkilöstön työajankäytön selvittäminen. (Partanen, 2002, 49- 54.)

Toimintolaskenta – menetelmä edellyttää työn ja – toiminnan jakamista pienempiin osiin. Hoitotyön havainnoinnissa yleisimmin käytetyt päätoimintoluokat ovat välitön ja välillinen hoitotyö, osastokohtainen työ sekä henkilökohtainen ajankäyttö (Partanen, 2002, 51). Näiden päätoimintoluokkien alle määritellään yksityiskohtaisemmat toiminnot, jotta havainnoinneista saadaan edustava kuva hoitotyöstä. Toimintoluokat muokattiin Partasen (2002) ja Hakoman (2008) käyttämää luokittelua mukaillen. Apuna käytettiin myös organisaatiossa aiemmin tehtyjä ammattikohtaisia tehtäväkuvauksia sekä henkilökohtaista käytännön työkokemusta.

Työajan mittaamisen tiedonkeruu menetelmänä toimintolaskennassa käytettiin itseraportointia, koska se on käytännöllinen ja edullinen menetelmä riittävän suuren aineiston hankintaan. Itseraportoinnin on havaittu olevan hyvä menetelmä silloin, kun työntekijä

tuntee työnsä ja on motivoitunut tiedon keräämiseen. Menetelmänä se ei myöskään aiheuta asukkaille suurta häiriötä. Itseraportoinnin onnistumiseen vaikuttaa hyvin suunnitellut lomakkeet, merkintöjen ohjeistus ja riittävä tiedonsaanti tutkimukseen liittyvissä asioissa. (Partanen, 2002, 167.)

4.2 Tutkimusympäristön kuvaus ja rajaus

Työaikamittaukseen osallistui Peruspalvelukuntayhtymä Kallion hoiva- ja asumispalveluyksiköiden (15) hoitohenkilökunta. Vuonna 2010 Peruspalvelukuntayhtymä Kallion organisaatorakenteessa tapahtui pientä muutosta, jonka yhteydessä Alavieskassa, Sievissä ja Nivalassa olevia yksiköitä siirtyi kotihoidon tehtäväalueeseen. Näitä yksiköitä olivat Alavieskassa Koivukoti, Sievissä Kotirinne ja Nivalassa Niittykoti. Kyseiset yksiköt ovat mukana tulosten yleisessä käsittelyssä, mutta tarkemmassa aikamittaustulosten analysoinnissa ovat mukana vain tämän hetkiset tehostetun palveluasumisen yksiköt (10), eli Omavieska, Hopeakoti, Kotikeskus, Suvantokoti, Pajula, Koivula, Käpylä, Sipilä, Ranta- Sipilä ja Kotikartano.

Kehittämistyö rajattiin koskemaan vain tehostetun palveluasumisen yksiköitä, jolloin terveyskeskusten hoivaosastot jäivät tutkimuksessa aikamittauksen analysoinnin ulkopuolelle. Peruspalvelukuntayhtymä Kallion alueella hoivaosastoja (2) on Nivalan ja Ylivieskan terveyskeskuksessa. Hoivaosastolla hoito perustuu yksilövastuiseen hoitotyöhön, jossa tuetaan ja vahvistetaan asukkaan itsenäisen toimintakyvyn säilymistä ja kohenemistä. Hoivaosastojen toiminta on hieman erilaisempaa verrattuna tehostettuun palveluasumiseen. Tehostetussa palveluasumisessa tukipalveluita on käytössä vähemmän, jolloin henkilöstövoimavarojen käytön tutkimisen kannalta tutkimus kannatti keskittää tehostetun palveluasumisen yksiköihin. (Peruspalvelukuntayhtymä Kallio, 2010, 7- 9.)

4.3 Mittarin laadinta ja tutkimusaineiston keruu

Työajankäyttöä koskeva aineisto kerättiin Partasen (2002, 72, 102–103) suunnittelemaa lomaketta mukaillen. Partasen (2002, 72) käyttämä jako hoitotyön eri toimintoluokkiin vastasi suurelta osin hoiva- ja asumispalveluiden hoitotyön käytäntöä. Siinä tosin välitön hoitotyö oli jaettu yksityiskohtaisemmin eri alatoimintoluokkiin. Tätä tutkimusta varten suunniteltuun lomakkeeseen (liite 1) tähän kohtaan tehtiin muutamia muutoksia yhdistelemällä alatoimintoluokkia esimerkiksi erityis, hygienia ja ravitsemus koottiin perushoito- ja hoiva- luokan alle. Lomakkeen suunnittelussa käytettiin hyväksi aikaisempia organisaatiossa tehtyjä ammattikohtaisia tehtäväkuvauksia sekä käytännön työkokemusta. Työajanseurantalomakkeessa hoitotyön toiminta on jaettu neljään pääluokkaan: välitön hoitotyö, välillinen hoitotyö, osastokohtainen työ ja henkilökohtainen aika. Välittömässä hoitotyössä on seitsemän alaluokkaa, välillisessä hoitotyössä viisi alaluokkaa, osastokohtaisessa työssä seitsemän alaluokkaa ja henkilökohtaisessa ajassa yksi alaluokka.

Lomakkeen käyttöä ja eri toimintoluokkien sisältöä selventämään laadittiin ohjeistus (liite 2), joka oli esillä työyksiköissä koko työaikaomittauksen ajan. Saatteeksi työaikaomittaukseen laadittiin tiedote (liite 3), jossa kerrottiin mittauksen menetelmästä, tarkoituksesta ja tavoitteesta. Jokaisen työyksikön palveluesimies perehdytettiin työaikaomittauksen käytännön toteutukseen eli mittauksen ajankohtaan sekä lomakkeen täyttämiseen ja käsittelyyn. Työajan arviointia pyydettiin 15 minuutin jaksoissa eli työntekijän tuli tehdä merkintä sen toiminnon kohdalle, jota oli ensisijaisesti tehnyt kyseisen 15 minuutin ajan. Esimerkiksi kahdeksan tunnin työpäivän ajalta lomakkeella tuli olla 32 merkintää. Jokaista työvuoroa eli aamu-, ilta- ja yövuoroa kohden tuli jokaisen työntekijän täyttää yksi lomake.

Työajan suorittamisen mittaus päätettiin toteuttaa 11. – 17.5.2009. Viikon mittaisesta seurantajaksoista päätettiin sen vuoksi, että yksiköissä on sisällöltään erilaisia päiviä, jotka rytmittävät viikkoa kuten esimerkiksi saunapäivä ja pyhäpäivä. Kyseinen viikko valittiin myös sen vuoksi, ettei siinä ole mukana arkipyhiä, jolloin mittauksen tulos vastaa mahdollisimman hyvin normaalia työviikkoa henkilöstövoimavarojen kannalta.

Tutkimuksessa mittarin kokonaisluotettavuuden muodostavat reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa saatujen tulosten toistettavuutta (Hirsijärvi ym., 2004, 216). Reliabiliteettia pyrittiin vahvistamaan perusteellisella ohjauksella, koska suurin riski koettiin toimintoluokkiin tehtävillä merkinnöillä. Luotettavan tuloksen saamiseksi lomakkeelle tehtävät merkinnät tulisi kohdentua mahdollisimman tarkasti juuri niille toiminnoille, joita kyseinen henkilö on tehnyt työvuoronsa aikana.

Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa mittarin kykyä mitata sitä, mitä sen tulisi mitata. Validiteetti varmistetaan käyttämällä oikeaa menetelmää oikeiden asioiden mittaamiseen. Esitestaus on hyvä menetelmä, jolla varmistetaan lomakkeen toimivuus, ymmärrettävyys, loogisuus ja käytettävyys. (Kananen, 2008, 81- 82: Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1997, 207- 208.)

Validiteettia varmistettiin suorittamalla työaikaseurantalomakkeen testaus kahdessa yksikössä yhden vuorokauden ajalta. Testaus suoritettiin toukokuun alussa ennen varsinaisen testauksen alkamista, jotta tarvittavat muutokset ehdittiin tehdä ennen varsinaisen aikamittauksen alkua. Testauksen suorittaville henkilöille opastettiin ajanseurantalomakkeen käyttö ja pyydettiin jättämään kirjallinen palaute lomakkeen toimivuudesta käytännössä. Testauksen ajalta kertyi kuusi lomaketta; kahdesta aamuvuorosta, kahdesta iltavuorosta ja kahdesta yövuorosta. Positiivisena palautteena tuli ilmi se, että lomake kattaa työvuoron aikana tehtävät toiminnot. Lomake oli myös selkeä, toimiva ja helppo käyttää. Testauslomakkeita käsitellessä huomasimme, että usein merkintöjen määrä ei vastannut työajan pituutta. Tätä puutetta korjataksemme teimme erityishuomautuksen työajanseurantalomakkeeseen, että työntekijän tulee huomioida merkintöjen kokonaismäärä työpäivän osalta ja merkitä toimintoja useasti työpäivän aikana. Lopullisen lomakkeen tarkasti ja hyväksyi hoiva- ja asumispalveluiden palvelupäällikkö.

4.4 Tutkimusaineiston analysointi

Työaikamittauksen aineiston analysoimme SPSS- ohjelmalla (the Statistical Package for Social Sciences). Tutkimusaineiston oikeellisuus tarkastettiin ennen ohjelmaan tallennusta. 30 aikamittauslomaketta jouduttiin hylkäämään virheellisten merkintöjen vuoksi. Syynä hylkäämiseen olivat virheellinen merkintöjen määrä suhteessa työaikaan. Ennen ohjelmaan tallennusta kaikista lomakkeista muutettiin merkintöjen lukumäärä vastaamaan aikaa minuuteissa. Kun kaikki tulokset oli syötetty ohjelmaan, suoritettiin ohjelman avulla tarkastusmittaus, jotta yhteenlaskettujen minuuttien määrä toiminnoissa täsmäsi kokonaisminuuttimäärään.

Taustamuuttujina käytettiin työyksikköä, työvuoroa ja tehtävänimikettä. Päivämäärällä oli kyselylomakkeessa merkitystä vain vastaajan kirjaamisen helpottamisena. Tutkimusaineistosta analysoitiin ensin perustiedot eli työvuorokohtainen jakauma koskien kaikkia yksiköitä, yksikkökohtainen vastausten lukumäärä sekä ammattikohtainen jakauma koskien kaikkia yksiköitä. Sen jälkeen aineistosta analysoitiin päätoimintoluokittain työajan jakautuminen työvuorokohtaisesti, ammattiryhmittäin ja työyksiköittäin. Työyksikkökohtaisesti analysoitiin työajan jakautuminen myös alaluokkiin. Jokainen työaikamittauksessa ollut yksikkö sai käyttöönsä omat aikamittauksen tulokset käytännön hoitotyön kehittämistä varten.

Työaikamittauksen tuloksia käsiteltiin yhteisesti syksyllä 2009 hoiva- ja asumispalveluiden esimiesten OIVA- palaverissa. Keskustelua syntyi eniten keskimääräisestä poikkeavista kohdista, joihin haettiin perusteluja erilaisista toimintatavoista ja – menetelmistä. Esimiehille annettiin ohjeistus käydä työaikamittauks tulokset yksiköissä läpi henkilöstön kanssa ja pohtia ratkaisuja poikkeaviin kohtiin. Hoiva- ja asumispalveluiden palvelupäällikkö on käyttänyt työaikamittauksesta saatuja tuloksia yksiköiden toiminnan vertailuun ja suunnitteluun.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Tutkimuksen työaikamittaukseen osallistuivat Kallion hoiva- ja asumispalveluyksiköiden (15) hoitohenkilökunta (Taulukko 4). Työajanseuranta koski kaikkia kyseisenä ajankohtana työvuorossa olleita hoitotyötä tekeviä työntekijöitä. Toimistotyöntekijät ja siivoustyöntekijät eivät osallistuneet työajanmittaukseen, koska tarkoituksena oli selvittää hoitajien hoitotyöhön käyttämää työaikaa. Palveluesimiehet osallistuivat aikamittaukseen vain niiltä osin, jolloin olivat mukana hoitotyössä.

TAULUKKO 4. Työaikamittaukseen osallistuneet yksiköt.

Yksikkö	Asukaspaikkojen määrä	Vastausten lukumäärä =n	%- osuus
Omavieska	45	101	12,4
Koivukoti	8	16	2,0
Käpylä	10	29	3,5
Koivula	12	35	4,3
Kotirinne	11	17	2,1
Pajula	18	54	6,6
Sipilä	34	100	12,2
Ranta- Sipilä	19	67	8,2
Kotikartano	24	45	5,5
Hopeakoti	13	34	4,2
Kotikeskus	29	78	9,5
Suvantokoti	22	59	7,2
Niittykoti	23	58	7,1
Hoiva Nivala	24	50	6,1
Hoiva Ylivieska	30	74	9,1
Yhteensä	322	817	100

Työaikamittaukseen osallistuneista yksiköistä kertyi aineistoa yhteensä 817 lomaketta (Taulukko 4). Prosentuaalisesti suurin osuus koostui Omavieskan (12,4 %), Sipilän (12,2 %) ja Kotikeskuksen (9,5 %) aineistoista. Seuraavaksi suurimmat aineistot tulivat Ranta- Sipilästä (8,2 %), Suvantokodista (7,2 %), Niittykodista (7,1 %) ja Pajulasta (6,6 %). Kotikartanon osuus vastauksista oli 5,5 %, Koivulan 4,3 %, Hopeakodin 4,2 % ja Käpylän 3,5 %.

Taulukkoon 5. on koottu työaikamittaukseen osallistuneiden taustatiedot ammattinimikkeiden ja työvuorojen osalta. Ammattiryhmäkohtaisesta jakaumasta selviää, että suurin ammattiryhmä Kallion hoiva- ja asumispalveluyksiköissä ovat perus- ja lähihoitajat (67 %). Työaikamittauksessa sairaanhoitajien osuus oli noin 10 %, kodinhoitajien noin 13 % ja osastoapulaisten, kotiavustajien ja hoitoapulaisten osuus oli noin 10 %. Työvuorokohtaisesti tulokset jakoutuivat aamuvuoroon 52,8 %, iltavuoroon 38,4 % ja yövuoroon 8,8 %. Selvästi suurin osa vastauksista tuli aamuvuoroista, vaikka yksiköt ovat ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan yksiköitä, jolloin asukkaiden hoitotoimenpiteet eivät painotu pelkästään aamuvuoroihin. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Työaikaseurannan vastausten (N= 817) jakautuminen taustamuuttujiin (n, %).

Ammattinimike	n	%
Sairaanhoitaja	79	9,7
Perus- ja lähihoitaja	551	67,4
Kodinhoitaja	109	13,3
Osastoapulainen, kotiavustaja, hoitoapulainen	78	9,5
Yhteensä	817	100
Työvuoro	n	%
Aamuvuoro	431	52,8
Iltavuoro	314	38,4
Yövuoro	72	8,8
Yhteensä	817	100

5.2 Työajan jakautuminen päätoimintoalueisiin

Työajan jakautuminen päätoimintoalueisiin työvuorojen ja eri ammattiryhmien osalta on esitetty taulukoissa 6 ja 7. Välittömän hoitotyön eli suoraan asukkaaseen kohdistuvan hoidon prosentuaalinen osuus koko henkilöstön tasolla oli noin 61 %. Asukkaan hoitoon liittyvän hoitotyön eli välillisen hoitotyön osuus oli 14 % ja osaston toimintaa ylläpitävän osastokohtaisen toiminnan osuus oli noin 16 %. Henkilökohtainen ajankäyttö oli 7,5 % työajasta. (Taulukko 6.)

Työvuorojen osalta tarkasteltuna välitöntä hoitotyötä tehdään eniten iltavuorojen aikana (62,6 %) ja vähiten aamuvuorojen aikana (59,9 %). Välillinen hoitotyö painottuu myös iltavuuroon (14,2 %) ja aamuvuuroon (14,0 %). Osastokohtaisen työn osuus oli huomattavan suuri aamuvuorojen aikana (17,2 %). Henkilökohtaisen ajan eli taukojen osuus oli suurin aamuvuoroissa (7,9 %) ja pienin iltavuoroissa (7,0 %). (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Työajan jakautuminen päätoimintoalueisiin työvuoroittain (%).

Toimintoalue	Aamuvuoro	Iltavuoro	Yövuoro	Yhteensä
Välitön hoitotyö	59,9	62,6	61,7	61,1
Välillinen hoitotyö	14,0	14,2	13,8	14,1
Osastokohtainen työ	17,2	14,9	13,3	16,0
Henkilökohtainen aika	7,9	7,0	7,5	7,5
Yhteensä	99,0	98,7	96,3	98,7

Ammattiryhmäkohtaisesta jakaumasta (taulukko 7) selviää, että suurimman välittömän hoitotyön osuuden tekivät osastoapulaisten/ kotiavustajien/ ja hoitoapulaisten ammattiryhmä (71,1 %). Tämän ammattiryhmän työaika jakautui välilliseen hoitotyöhön 7,5 % ja osastokohtaiseen työhön 12,9 %. Sairaanhoidajien työaika jakautui välittömään hoitotyöhön 50,9 %, välilliseen hoitotyöhön 20 % ja osastokohtaiseen työhön 20,8 %. Vastaavat prosentuaaliset osuudet perus- ja lähihoitajilla olivat välitöntä hoitotyötä 60,6 %, välillistä hoitotyötä 14,6 % ja osastokohtaista työtä 15,6 %. Sairaanhoidajat tekivät siis

vähemmän välitöntä hoitotyötä ja enemmän välillistä hoitotyötä ja osastokohtaisia töitä kuin ei- laillistetut ja ei- nimikesuojatut hoitotyön tekijät. (Taulukko 7.)

Henkilökohtaisessa ajankäytössä esiintyi ammattiryhmittäin jonkin verran eroja. Vähiten henkilökohtaista aikaa käyttivät sairaanhoitajat (6,1 %) ja eniten osastoapulaisten, kotiavustajien ja hoitoapulaisten ammattiryhmä (8,0 %). Perus- ja lähihoitajien (7,7 %) sekä kodinhoitajien (7,2 %) käyttämä henkilökohtainen aika oli lähes yhtä suuri. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Työajan jakautuminen päätoimintoalueisiin ammattiryhmittäin (%).

Toimintoalue	Sairaan- hoitaja	Perus- ja lähihoitaja	Kodin- hoitaja/ so- sionomi	Osasto- apulainen/ ko- tiavustaja/ hoi- toapulainen	Kaikki
Välitön hoitotyö	50,9	60,6	63,7	71,1	61,1
Välillinen hoito- työ	20,0	14,6	11,7	7,5	14,1
Osastokohtainen työ	20,8	15,6	16,6	12,9	16,0
Henkilökohtainen aika	6,1	7,7	7,2	8,0	7,5
Yhteensä	97,8	98,5	99,2	99,5	98,7

5.3 Työajan jakautuminen toimintoluokkiin

Välitön hoitotyö eli asukkaan läsnä ollessa tapahtuva hoitotyö jakautui seitsemään alaluokkaan. Toiminnoittain tarkasteltuna kaikissa yksiköissä käytettiin välittömän hoitotyön työajasta suurin osa perushoitoon ja – hoivaan (k.a 47,12 %). Sairaanhoidon käytetty työaika oli keskimäärin 1,99 %. Tässä toiminnossa havaittiin isojakin eroja johtuen asukkaiden sen hetkisestä kunnosta. Kuntoutus- ja viriketoimintaan käytettiin keskimäärin 3,03 % työajasta. Tässä toiminnossa huomioitavaa oli erityisesti dementiayksiköiden

suurempi ajankäyttö erilaiseen kuntoutus- ja viriketoimintaan, esimerkiksi Koivulan (7,53 %), Ranta- Sipilän (5,29 %) ja Hopeakodin (5,68 %) kohdalla. (Taulukko 8.)

Voinnin tarkkailun toimintoluokkaan kuului muun muassa erilaisten oireiden seuranta, joten yksiköiden välillä esiintyi suuriakin eroja asukkaiden voinnista riippuen. Keskimäärin voinnin tarkkailuun käytettiin 5,6 % työajasta. Siirtämiseen ja kuljettamiseen käytettiin keskimäärin 2,12 % työajasta. Keskimääräistä suuremmat ajat siirtämiseen ja kuljettamiseen käytettiin Suvantokodissa (7,20 %) ja Kotikartanossa (5,17 %) mikä selittyy yksikköjen tilarakenteella. Muihin välittömän hoitotyön toimintoihin eli yhteistyöhön omaisten kanssa käytettiin työaikaa keskimäärin 1,03 % ja tulo- ja lähtötilanteisiin 0,21 % työajasta. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Välittömän hoitotyön jakautuminen toimintoluokkiin työyksiköittäin (%).

Välitön hoi- totyö / työ- yksikkö	Perushoito ja -hoiva	Sairaan- hoito	Kuntoutus ja virike- toiminta	Voinnin tarkkailu	Yhteistyö omaisten kanssa	Siirtäminen ja kuljetta- minen	Tulo- ja lähtö- tilanne
Omavieska	55,60	1,42	0,54	5,45	0,54	0,84	0,15
Käpylä	57,99	1,23	0,47	2,32	1,73	0,74	0,00
Koivula	30,82	0,78	7,53	10,68	0,84	0,09	0,28
Pajula	54,54	0,61	4,81	9,16	0,50	0,90	0,19
Sipilä	55,31	0,96	0,73	6,00	0,09	0,06	0,00
Ranta- Sipilä	37,66	3,50	5,29	10,69	1,27	3,98	0,09
Kotikartano	34,63	5,21	2,67	5,41	1,78	5,17	0,07
Suvantokoti	37,75	3,85	2,37	5,79	0,98	7,20	0,49
Kotikeskus	56,43	1,46	1,94	2,76	0,95	2,10	0,08
Hopeakoti	37,67	1,76	5,68	4,99	3,47	3,53	0,93
Keskiarvo	47,12	1,99	3,03	5,60	1,03	2,12	0,21

Välillinen hoitotyö eli ne toiminnot, jotka tehdään asukkaiden välittömän hoitotyön valmistelua tai loppuunsaattamista varten jakautuivat viiteen eri alaluokkaan eli kirjaamiseen, raportointiin, muuhun kommunikaatioon, lääkkeen jakoon ja tarkistukseen sekä odotteluun ja etsimiseen. Hoitotyön kirjaamiseen käytettiin työaikaa keskimäärin

4,62 % ja raportointiin 5,13 %. Tulokset ovat kaikissa yksiköissä samansuuntaisia. Yksiköissä oli aikamittauksen aikaan erilaisia kirjaamisen ja raportoinnin käytäntöjä, joita on sen jälkeen pyritty yhdenmukaistamaan ja kehittämään. Muun muassa siirtymistä hiljaiseen raportointiin on kehitetty kaikissa yksiköissä. (Taulukko 9.)

Lääkkeen jaon ja tarkistuksen toimintoluokkaan kuuluivat erilaiset lääkehoidon suunnitteluun, jakamiseen ja arviointiin liittyvät toiminnot sekä koneelliseen annosjakeluun liittyvät toimet. Keskimäärin tähän toimintoluokkaan käytettiin työaikaa noin kolme prosenttia. Yksiköiden välisissä ajoissa on selvästi huomattavissa koneellisen lääkkeenjaon tuoma ajallinen hyöty. Osassa yksiköistä koneellinen lääkkeenjako oli ollut käytössä kauemmin esimerkiksi Kotikeskuksessa (1,53 %) ja osa siirtyi koneellisen lääkejake-lun piiriin vähitellen vuoden 2009 alkuvuoden aikana kuten esimerkiksi Kotikartano (6,27 %). (Taulukko 9.)

TAULUKKO 9. Välillisen hoitotyön jakautuminen toimintoluokkiin työyksiköittäin (%).

Välillinen hoitotyö työyksikkö	Hoitotyön / kirjaaminen	Hoitotyön raportointi	Muu kommu- nikaatio	Lääkkeen jako ja tarkistus	Odottelu ja etsiminen
Omaieska	3,78	3,91	0,64	2,61	0,93
Käpylä	5,71	3,58	0,98	2,63	0,00
Koivula	5,91	7,43	1,78	1,04	0,24
Pajula	3,19	5,06	0,37	2,02	0,06
Sipilä	3,66	5,30	0,77	2,36	0,06
Ranta- Sipilä	2,40	3,79	0,99	3,63	0,36
Kotikartano	4,90	5,01	0,58	6,27	0,23
Suvantokoti	4,94	5,64	0,84	2,12	0,49
Kotikeskus	3,86	5,10	0,68	1,53	0,84
Hopeakoti	4,44	5,97	0,91	2,09	0,18
Keskiarvo	4,62	5,13	0,93	2,99	0,40

Osastokohtaiseen työhön kuuluivat osaston toiminnan ylläpitämiseen liittyvät toiminnot kuten esimerkiksi kodinhoidolliset työt, pyykkihuolto, toimistotyö ja erilaiset neuvottelu – ja kokoustilanteet. Yhteensä erilaisia alaluokkia osastokohtaisessa työssä oli seitsemän. Osastokohtaisessa työssä toimistotyön (k.a 1,18 %), osastokommunikaation (k.a 0,62 %), kokousten (k.a 2,57 %), opiskelijaohjauksen (k.a 1,51 %) ja varastojen täydennyksen / välineiden tarkastuksen (k.a 1,13 %) osuus työajasta oli melko vähäinen ja riippui paljon yksikön käytänteistä, vallitsevasta tilanteesta ja tilarakenteesta. Joissakin yksiköissä esimerkiksi varastoja on eri puolilla yksikköä, jolloin tavaroiden järjestelmällinen hallinta on hankalaa ja vie työaikaa. (Taulukko 10.)

Osastojen välillä suurimmat erot osastokohtaisessa työssä olivat siivoustyön ja pyykkihuollon toimintoluokissa. Kodinhoidolliseen työhön ja siivoustyöhön käytettiin keskimäärin aikaa 4,95 % kokonaistyöajasta. Erot ovat suuria johtuen muun muassa erilaisista puhdistuspalvelusopimuksista ja käytännöistä. Erilaisia käytäntöjä on myös pyykki- ja vaatehuollon toiminnossa. Tähän toimintoluokkaan käytettiin keskimäärin aikaa 4,02 %. Erot selittyvät erilaisilla tavoilla käyttää pesulapalvelua. Esimerkiksi osassa työyksiköistä kaikki pyykki kiertää pesulan kautta ja vain osa pyykeistä pestään itse, kun taas osa yksiköistä laittaa vain esimerkiksi liinavaatteet pesulaan ja pesee kaikki käyttövaatteet itse. (Taulukko 10.)

Huomioitavaa on myös dementiayksiköiden suurempi ajankäyttö siivoustyöhön ja pyykki- ja vaatehuoltoon. Kaikissa Peruspalvelukuntayhtymä Kallion tehostetun palveluasumisen dementiayksiköissä käytettiin näihin toimintoihin keskimääräistä enemmän aikaa esimerkiksi Koivulassa (siivoustyö 8,70 % ja pyykkihuolto 6,42 %), Ranta-Sipilässä (siivoustyö 7,46 % ja pyykkihuolto 5,41 %) ja Hopeakodissa (siivoustyö 6,22 % ja pyykkihuolto 5,38 %). (Taulukko 10.)

Henkilökohtaisen ajan toimintoalueeseen kuuluivat henkilökohtaiset asiat ja tauot. Henkilökohtaisen ajan osuus työajasta oli keskimäärin 7,48 % kaikkien yksiköiden tasolla. Suurimmillaan taukojen osuus oli 9,14 % ja pienimmillään 6,10 % työajasta.

TAULUKKO 10. Osastokohtaisen työn jakautuminen toimintoluokkiin työyksiköittäin (%).

Osasto- kohtainen työ / työyk- sikkö	Kodin- hoidolliset työt, sii- voustyö	Pyykki- huolto, vaate- huolto	Toimis- tötyö	Osasto- kommuni- kaatio	Kokoukset, koulutus, tiedon- vaihto	Opiske- lijän ohja- us	Välineiden ja varasto- jen tarkis- tus/ täy- dennys
Omavieska	1,37	4,22	1,29	0,33	4,71	1,80	0,88
Käpylä	9,68	3,00	0,22	0,76	1,16	0,00	1,43
Koivula	8,70	6,42	2,50	1,95	4,38	0,88	0,50
Pajula	3,18	2,64	0,82	0,29	1,27	1,35	1,72
Sipilä	5,40	3,70	0,29	0,63	3,05	0,80	1,03
Ranta- Sipilä	7,46	5,41	1,88	0,76	1,75	0,83	0,93
Kotikartano	4,54	3,13	0,38	0,70	2,21	1,94	1,27
Suvantokoti	5,60	4,86	1,17	0,74	1,05	3,08	1,52
Kotikeskus	3,77	4,35	0,97	0,30	2,15	1,24	1,37
Hopeakoti	6,22	5,38	1,42	1,60	2,30	1,89	1,13
Keskiarvo	4,95	4,02	1,18	0,62	2,57	1,51	1,13

5.4 Hoitotyöhön kuulumattoman työn osuus henkilötövuosissa

Hoitotyöhön kuulumattomaksi työksi voidaan määritellä sellaiset toiminnot, jotka eivät vaadi hoitotyön ammatillista koulutusta. Selkeämmin tämän tutkimuksen yhteydessä näiksi toiminnoiksi voidaan katsoa kodinhoidolliset työt ja siivoustyö sekä pyykki- ja vaatehuolto. Mikäli hoitohenkilöstön ajankäyttö näissä toiminnoissa vastaa keskimäärin tutkimuksessa mukana olleiden tehostetun palveluasumisyksiköiden ajankäyttöä, käytetään tehostetun palveluasumisen yksiköissä yhteensä vuositasolla noin kymmenen henkilötövuotta näihin ei- hoidollisiin toimintoihin. Tämä vastaa keskimäärin yhtä henkilötövuotta yksikköä kohden. (Taulukko 11.)

Taulukossa 11. on eritelty yksikkökohtaisesti näihin toimintoihin käytetyn ajan osuus henkilötövuosissa. Laskennassa on käytetty apuna yksiköiden vakituisen henkilöstön

määrää. Kovinkaan isoja eroja tuloksissa ei esiinny. Esimerkiksi Kotikartanossa käytetään siivoustyöhön ja pyykinhuoltoon yhteensä 0,76 henkilötyövuoden panos, kun taas enimmillään näihin toimintoihin yhteensä käyttää Sipilä 1,42 henkilötyövuoden verran. Näitä ei- hoidollisia toimintoja erikseen tarkasteltuna kodinhoidolliseen työhön ja siivoustyöhön käytetään eniten omia henkilöstövoimavaroja Pajulassa/ Käpylässä, jossa tämän toiminnon osuus on 0,96 henkilötyövuotta. Vähiten omia henkilöstövoimavaroja siivoukseen käytetään Omavieskassa (0,25 henkilötyövuotta). (Taulukko 11.)

Pyykki- ja vaatehuollon osalta eniten henkilöstövoimavaroja tähän toimintoon käytetään Omavieskassa (0,75 henkilötyövuotta) ja Kotikeskuksessa (0,67 henkilötyövuotta). Myös Ranta- Sipilän (0,60 henkilötyövuotta), Sipilän (0,59 henkilötyövuotta) ja Suvantokodin (0,53 henkilötyövuotta) käyttämät voimavarat ovat keskimääräistä suuremmat. Vähiten pyykki- ja vaatehuoltoon käytetään henkilöstövoimavaroja Kotikartanossa (0,31 henkilötyövuotta) ja Hopeakodissa (0,40 henkilötyövuotta). (Taulukko 11.)

TAULUKKO 11. Hoitotyöhön kuulumattoman työn osuus henkilötyövuosissa yksiköittäin.

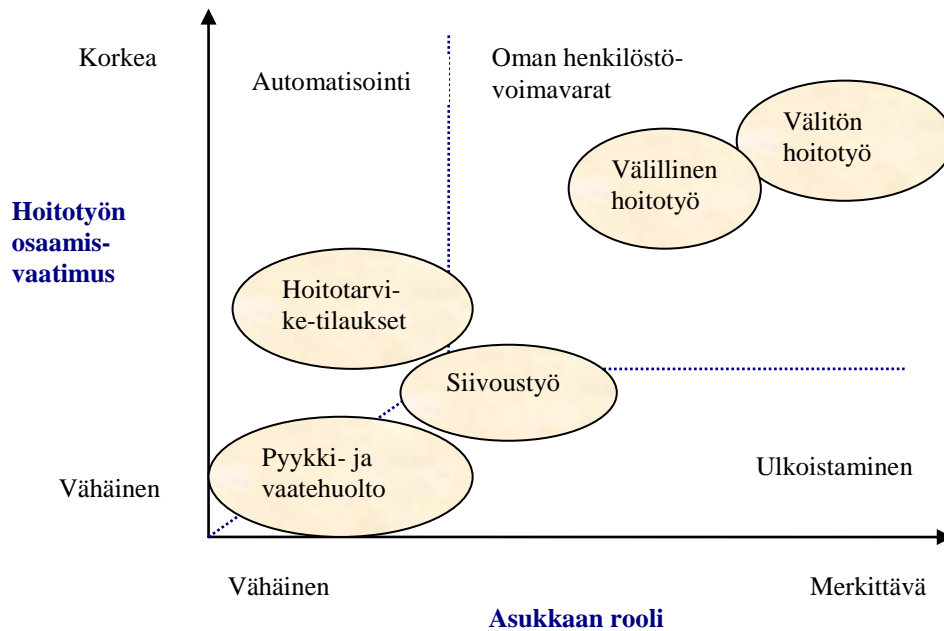
Ei- hoidollinen työ / työyksikkö	Kodinhoidolliset työt, siivoustyö/ osuus henkilötyövuosissa	Pyykkihuolto, vaatehuolto/ osuus henkilötyövuosissa	Ei- hoidollinen työ yhteensä henkilötyövuosissa
Omavieska	0,25	0,75	1,00
Koivula	0,70	0,50	1,20
Pajula / Käpylä	0,96	0,42	1,38
Sipilä	0,86	0,59	1,45
Ranta- Sipilä	0,82	0,60	1,42
Kotikartano	0,45	0,31	0,76
Suvantokoti	0,62	0,53	1,15
Kotikeskus	0,58	0,67	1,25
Hopeakoti	0,47	0,40	0,87
Yhteensä	5,54	4,50	10,04

5.5 Toimintojen uudistaminen

Yksi työelämän tutkimuksen tärkeä tavoite on luoda yhteisiä käytäntöjä. Tutkimuksen avulla voidaan luoda yhteisiä selitysmalleja ja keskustelukulttuuria. Yhteisen mallin avulla on helpompi muuttaa käytäntöjä ja toimintatapoja. Kun ratkaisut ja päätöksenteko perustuvat tutkittuun tietoon, myös yhteinen päätöksenteko on käytännössä helpompaa. (Vilkkä, 2005, 14.) Tämän tutkimuksen tavoitteena olikin tehdä perustavaa laatua oleva selvitys henkilöstövoimavarojen käytöstä eri toimintoihin ja löytää sieltä ne uudistamista vaativat kohdat, joihin omia henkilöstövoimavaroja ei kannata käyttää.

Tässä tutkimuksessa mukana olleissa tehostetun palveluasumisen yksiköissä henkilöstövoimavarojen käyttö eri tukipalvelutoimintoihin vaihteli jonkin verran. Aikaa vievintä olivat kuitenkin pyykinhuolto ja siivoustyö. Myös erilaiset varastotilaukset veivät aikaa. Seuraava kuvio (Kuvio 3.) on laadittu Peltokorven (2009, 42) mallia mukaillen, jossa toiminnot on sijoiteltu sen mukaan mikä on asukkaan rooli ja hoitohenkilökunnan osaamisvaatimus. Asukkaan rooli toiminnossa määrittää sen, missä määrin tehtävä on automatisoitavissa. Peltokorven (2009, 42) mukaan monet materiaalihuollon tehtävät ovat automatisoitavissa teknologian avulla. Esimerkkinä tästä voidaan pitää koneellista lääkejakelua. Toinen näkökulma eli osaamisvaatimus määrittää, kuinka koulutetulla ja erityisosaavalla henkilökunnalla tehtävä on suoritettava. Vähäistä hoitotyön osaamista vaativat tehtävät olisi kannattavaa siirtää hoitotyöntekijöiltä muille henkilöstöryhmille. Näin ollen hoitotyön henkilöstövoimavarat voitaisiin keskittää korkeaa osaamisvaatimusta vaativiin tehtäviin eli välittömään ja välilliseen hoitotyöhön. (Peltokorpi, 2009, 42.)

KUVIO 3. Toimintojen uudistaminen. (Peltokorpi, 2009, 42 mukailleen.)



Peruspalvelukuntayhtymä Kallion tehostetun palveluasumisen toimintoja on mahdollista uudistaa hoitotyön osaamisvaatimukset ja asukkaan roolin huomioiden. Välitön ja välillinen hoitotyö vaativat korkeaa hoitotyön osaamisvaatimusta ja ovat asukkaan kannalta merkittäviä. Näin ollen on tarkoituksenmukaista, että hoitotyön ammattilaiset suorittavat nämä tehtävät. Siivoustyö vaatii alan osaamista, mutta asukkaan rooli ei ole merkittävä, joten siivoustyö tulisi ulkoistaa. Samoin pyykki- ja vaatehuolto kannattaa ulkoistaa, koska niiden tehtävien suorittamiseen ei tarvita erityistä hoitotyön osaamista. Hoitotarviketilauksiin vaaditaan hoitotyön osaamista, mutta asukkaan vähäisen roolin kannalta tätä toimintoa tulisi uudistaa automatisoinnin avulla.

Tämän kuvion 3. mallin mukaisesti toiminnot tulisi uudistaa jokaisessa Kallion tehostetun palveluasumisen yksikössä. Mallin pohjalta on mahdollisuus yhtenäistää käytäntöjä ja saada aikaan selkeys eri yksiköiden toimintamalleihin sekä panostaa omia henkilöstövoimavaroja hoitotyöhön. Vaaramaan ym. (2001, 33) mukaan työjärjestelyiden uudistamisella voidaan vähentää työn kiireisyyttä, rutiininomaisuutta sekä fyysistä kuormitavuutta. Näin voidaan samalla vaikuttaa myös sairauspoissaolojen vähenemiseen ja työssä viihtyvyyden lisääntymiseen. Nämä toimet lisäävät myös sekä omaan työhön että organisaatioon sitoutumista. (Vaaramaa, ym. 2001, 33.)

5.6 Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli tapaustutkimuksen avulla selvittää Peruspalvelukuntayhtymä Kallion tehostetun palveluasumisyksiköiden henkilöstövoimavarojen käyttöä. Menetelmänä käytettiin työaikamittausta, jossa toimintolaskennan avulla selvitettiin hoitotyön jakautumista välittömään ja välilliseen hoitotyön, osastokohtaiseen työhön ja henkilökohtaiseen aikaan. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös selvittää henkilöstövoimavarojen käytön tehostamista laskemalla hoitotyöhön kuulumattoman työn merkitystä henkilötyövuosissa. Tutkimuksesta saadulla tiedolla on merkitystä arvioitaessa yksiköiden toimintojen uudelleenjärjestelyjä niukkenevien henkilöstöressurssien myötä. Mahdolliset muutokset näissä toiminnoissa eivät tarkoita henkilöstön vähentämistä vaan sopeutumista palvelutason ylläpitämiseen tulevaisuuden haasteista huolimatta.

Tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden työajasta noin 61 % oli välitöntä hoitotyötä ja noin 14 % välillistä hoitotyötä. Osastokohtaisen työn osuus oli noin 16 % ja henkilökohtaisen ajan osuus noin 7 % kokonaistyöajasta. Tutkimustuloksia voidaan pitää luotettavina niiden samankaltaisuuden perusteella verrattuna muihin aikamittaustutkimuksiin. Esimerkiksi Hakoman (2008) suorittamassa hoitotyön työaikamittauksessa pitkäaikaissairaanhoidon vuodeosastolla välittömän hoitotyön osuus oli noin 59 %, välillisen hoitotyön osuus noin 21 %, osastokohtaisen työn osuus noin 13 % ja henkilökohtaisen ajan osuus noin 8 % työajasta. Osastokohtaisen työn osuus oli Kallion tehostetun palveluasumisen yksiköissä keskimäärin hieman suurempi kuin muissa aikamittaustutkimuksissa. Tässä tutkimuksessa suurempi osastokohtaisen työn osuus ilmeni pienempänä välillisen hoitotyön osuutena muihin tutkimuksiin verrattuna.

Tässä työaikamittauksessa vastauksista suurin määrä eli yli puolet tuli aamuvuoroista, vajaa 40 % iltavuoroista ja noin 9 % yövuoroista. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä eletään kodinomaisessa ympäristössä, joissa toiminnot eivät painotu kuten sairaalaympäristössä tyypillisesti aamuvuoroihin. Tästä huolimatta henkilöstövoimavarat painottuvat aamuvuoroihin. Aukkailla on ympärivuorokautisen hoidon tarve, jolloin he usein tarvitsevat jatkuvasti, useita kertoja päivässä avustamista, läsnäoloa, valvontaa ja ohjausta vuorokaudenajasta riippumatta. Ikäihmisten pitkäaikaisen hoidon erityispiir-

teeksi on Ruontimo (2009, 36) muun muassa maininnut, että ikääntyvän ihmisen elämänlaatua tulisi tukea kaikin hoitotyön ja inhimillisesti käytettävissä olevin fyysisin, psyykkisin ja sosiaalisen keinoin yksilöllisesti soveltaen. Tätä elämänlaatu -kysymystä voisi mielestäni pohtia henkilöstövoimavarojen oikeanlaisen kohdentamisen näkökulmasta. Toimintoja uudelleen järjestämällä olisi mahdollista saada henkilöstövoimavaroja tasattua paremmin eri työvuoroihin.

Tutkimustuloksien mukaan Kallion hoiva- ja asumispalveluyksiköissä suurin ammattiryhmä ovat perus- ja lähihoitajat (noin 67 %). Kodinhoitajien, osastoapulaisten, hoitoapulaisten tai muiden vastaavien ammattiryhmän osuus oli noin 23 % henkilöstöstä. Sairaanhoidtajien osuus kokonaismäärästä oli vajaa 10 %. Hoitotyön vaikuttavuuden ja laadun kannalta henkilöstön koulutusrakenteeseen tulee kiinnittää huomiota. Sekä ulkomailla tehdyissä tutkimuksissa että suomalaisessa väitöskirjassa on todettu hoitohenkilöstön korkeammalla koulutustasolla olevan yhteys laadukkaampaan hoitoon (Tervo-Heikkinen, 2008, 60). Myös Ruontimo (2009, 55) on todennut, että henkilöstön koulutustasolla ja sen oikealla käytöllä voidaan pitkäaikaisessa hoidossa saavuttaa yhteiskunnan ja yksilön kannalta merkittäviä tuloksia sekä asiakkaan että työntekijän eduksi. Ikäihmisten hoidon laadun kannalta nämä tutkimustulokset huomioon ottaen myös Kallion tehostetun palveluasumisyksiköiden sairaanhoidtajien määrää olisi hyvä nostaa.

Tutkimustulokset eri tehostetun palveluasumisyksiköiden välillä olivat samansuuntaisia. Välittömän hoitotyön osalta jokaisessa yksikössä eniten aikaa käytettiin perushoitoon ja –hoivaan. Sairaanhoidolliseen työhön sekä voimien tarkkailuun käytetyt ajat vaihtelivat johtuen asukkaiden sen hetkisestä kunnosta. Myös siirtämiseen ja kuljettamiseen käytetyissä ajoissa esiintyi vaihtelua johtuen yksiköiden tilarakenteista. Yksiköiden kesken esiintyi jonkin verran vaihtelua kuntoutukseen ja viriketoimintaan käytetyssä ajassa sekä omaisten kanssa käytyyn yhteistyöhön. Keskimäärin näihin toimintoihin käytetyt ajat olivat pieniä ja niihin olisi jatkossa hyvä kiinnittää enemmän huomiota ja voimavaroja.

Välilliseen hoitotyöhön liittyvien toimintojen osalta jokainen yksikkö käytti eniten aikaa kirjaamiseen ja raportointiin. Huomioitavan arvoista olivat erot lääkkeenjako ja tarkistukseen käytetyissä ajoissa. Aikamittaustuloksien perusteella koneellinen lääkkeenjako on tuonut ajallista hyötyä tähän tehtävään käytettyihin henkilöstövoimavaroihin.

Osastokohtaisessa työssä selvästi eniten aikaa joka yksikössä veivät kodinhoidolliset työt ja siivoustyö sekä pyykki- ja vaatehuolto. Näihin toimintoihin käytetyissä ajoissa oli kuitenkin yksikkökohtaisia eroja, jotka johtuvat erilaisista käytännöistä ja palvelusopimuksista. Puhdistus- ja pesulapalvelusopimusten läpikäynti ja yhdenmukaistaminen selkiyttäisi hoitajien toimenkuvaa ja toisi tasavertaisuutta yksiköiden välille.

Osastokohtaiseen työhön kuuluivat myös toimistotyö sekä välineiden ja varastojen tarkistus / täydennys. Näitä toimintoja on myös syytä tarkastella kriittisesti, vaikka näihin käytetty prosentuaalinen ajan osuus oli vähäinen. Äkkiseltään huonot tarvikesijoittelut vievät aikaa samoin kuin erilaiset osaston toimintaa ylläpitävät paperityöt. Hakoma (2008, 56) on pro gradu- tutkielmassaan todennut hyvin, ”ettei hoitotyössä olisi varaa pitää sairaanhoitajia sihteerin tehtävissä tai perus- ja lähihoitajia varastomiehinä”.

Tutkimuksen yhtenä tarkoituksena oli myös pohtia ja laskea hoitotyöhön kuulumattoman työn osuutta ja merkitystä henkilöstövoimavarojen käytöstä. Hoitotyöhön kuulumattomaan työhön eli siivoustyöhön ja pyykkihuoltoon kului jokaisessa yksikössä keskimäärin yhden henkilötyövuoden verran aikaa. Tämä tarkoittaa Kallion tehostetun palveluasumisyksiköiden kokonaismäärässä yhteensä kymmentä henkilötyövuotta. Tehostetun palveluasumisyksiköiden kodinomaisuuden perusteella nämä toiminnot on usein nähty hoitotyöhön kuuluviksi toiminnoiksi. Työaikamittauksessa näihin toimintoihin käytetty aika osoittautui yllättävänkin suureksi. Jonkin verran kodinhoidollisia töitä tehostetun palveluasumisyksikön hoitotyöhön ymmärrettävästi kuuluu, mutta kymmenen ihmisen vuosittain käyttämä aika vaikuttaa liian suurelta.

Ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa hoitohenkilöstön tehtäviin kuuluu pääosin asukkaiden hoitoon liittyviä tehtäviä. Näiden lisäksi hoitotyössä tarvitaan toimintaa ylläpitäviä tehtäviä. Lähivuosina palvelujen tarpeen kasvaessa ja työvoiman saatavuuden heikentyessä henkilöstövoimavarojen tarkoituksenmukainen käyttö tulee entistä tärkeämmäksi. Tämä tarkoittaa toimintojen entistä lähempää tarkastelua sekä palvelujen uudenlaisten järjestämistapojen käyttöönottoa. Tällä hetkellä koulutettu hoitohenkilöstö tekee paljon sellaista työtä, jonka voisi tuottaa jokin muu henkilöstöryhmä. Arvokkaat hoitotyön henkilöstövoimavarat tulee keskittää oikeaan työhön eli välittömään hoitotyöhön.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset koskevat tutkimuskohteen ja menetelmän valintaa, aineiston hankintaa, tieteellisen tiedon luotettavuutta, tutkittavien kohtelua sekä tutkimustulosten vaikutusten arviointia (Kuula, 2006, 11). Tutkimustyössä ensimmäinen eettinen kysymys tulee eteen aiheen valintaa pohdittaessa. Hirsijärven ym. (2004) mukaan aihetta tulisi pohtia sekä oman, että yhteiskunnallisen merkityksen valossa (Hirsijärvi ym. 2004, 26). Itse koin aiheen valinnan tärkeäksi oman työni kannalta, koska henkilöstövoimavarojen käytön suunnittelu on melkein jokapäiväistä työtä ja mielestäni hoitotyössä tulisi saada keskittyä perushoitotyöhön asiakkaiden kanssa eikä niinkään suorittamaan tukipalvelutoimintoja. Aihe on tärkeä myös yhteiskunnallisesti. Kuntatalouden kiristyessä ja ikääntyneen väestön palvelutarpeen kasvaessa on tulevaisuuteen varauduttava erilaisilla toiminnan muutoksilla ja uudistuksilla.

Ihmisiä tutkittaessa tärkeimpiä eettisiä periaatteita ovat tutkittavien ihmisten itsemääräämisoikeus, vahingoittumattomuus sekä yksityisyyden kunnioittaminen. (Kuula, 2006, 61.) Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen tarkoittaa tutkimuksen yhteydessä sitä, että tutkittavien tulee saada riittävästi tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja näin ollen he vapaaehtoisesti päättävät tutkimukseen osallistumisesta. Vahingoittumattomuudella tarkoitetaan fyysistä, henkistä, sosiaalista tai taloudellista vahingoittumattomuutta. Tällaiset vahingot voidaan Kuulan (2006) mukaan välttää huolehtimalla asianmukaisesti luottamuksellisten tietojen tietosuojasta. (Kuula, 2006, 61- 62.)

Edellä mainittuihin asioihin kiinnitettiin huomiota muun muassa informoimalla ja perehdyttämällä yksiköiden esimiehet mahdollisimman hyvin ennen työaikamittauksen toteutusta. Yksiköiden esimiesten vastuulla oli perehdyttää työntekijät mittauksen toteutukseen ja oikeanlaiseen merkintätapaan. Heidän vastuullaan oli myös seurantalomakkeiden asianmukainen käsittely. Työaikamittauksen tarkoitus ja tavoitteet oli kuvattu työajanseurantalomakkeen mukana jaettuun saatekirjeeseen, jotta työntekijöille oli selvää, miksi tutkimus toteutetaan.

Tutkimuksessa yksityisyyden kunnioittamisella tarkoitetaan sitä, että tutkittava määrittää ne tiedot jotka tutkimustyölle antaa. Tutkijan vastuulla taas on kunnioittaa tutkittavien yksityisyyttä sillä, että tutkimustuloksista ei voi tunnistaa yksittäisiä henkilöitä. (Kuula, 2006, 64- 65.) Useassa Kallion tehostetun palveluasumisen yksikössä työskentelee vain yksi sairaanhoitaja tai kotiavustaja. Eri ammattiryhmien työaika ei voitu näin ollen analysoida työyksikkökohtaisesti, koska silloin näiden yksittäisten henkilöiden käyttämä työaika olisi tullut esille.

Tutkimuksen luotettavuus voidaan taata parhaiten noudattamalla hyviä tieteellisiä menettelytapoja. Tällä tarkoitetaan muun muassa sitä, että tutkijoiden tulisi noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, huomioida muiden tutkijoiden tutkimustulokset asianmukaisella tavalla sekä noudattaa tulosten käsittelyssä ja arvioinnissa rehellisyyttä ja tarkkuutta. Tutkijan tulee huolehtia kokonaisuutena myös siitä, että tutkimuksen suunnitelma, toteutus ja raportointi vastaavat tieteelliselle tiedolle asetettuja vaatimuksia. (Kuula, 2006, 34- 35; Vilka, 2005, 30- 34.)

Tässä tutkimuksessa olen huomioinut nämä edellä mainitut asiat perehtymällä tutkimusmenetelmään ja tutkimusprosessiin liittyvään kirjallisuuteen. Myös aikaisempien tutkimusten lukeminen on auttanut tutkimusraportin laadinnassa. Lähdeviittauksissa olen pyrkinyt olemaan tarkka. Sekä tekstin kirjoittamisessa että tulosten käsittelyssä olen kiinnittänyt huomiota selkeyteen ja ymmärrettävyyteen mahdollisten väärinkäsitysten poissulkemiseksi. Uusitalon (1995) mukaan tutkimuksen tulee tähdätä luotettaviin tuloksiin ja pyrkiä ennakoimaan tulosten väärinkäyttö ja virheelliset tulkinnat (Uusitalo, 1995, 30).

6.2 Tutkimusprosessin arviointia

Tutkimusmenetelmänä tässä opinnäytetyössä käytettiin tapaustutkimusta, koska tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kohteena olevan organisaation henkilöstövoimavarojen käyttöä. Käytännössä tapaustutkimusta voidaan käyttää sellaisissa tutkimuksissa, joissa tavoitteena on tarkastella ja kuvata tutkimuskohdetta kokonaisvaltaisesti tai kehittää toimintaa. (Vilka, 2005, 131.) Tässä kehittämistyössä kyse oli näistä molemmista. Opinnäytetyön teoriaosassa on kuvattu ikäihmisten tehostettua palveluasumista ja henkilöstövoimavarojen käyttöä. Toimintolaskenta- menetelmällä saatiin kattava kuva henkilöstön työajankäytöstä hoitotyön eri toimintoihin, jolloin analyysin avulla voitiin tehdä johtopäätöksiä ajankäytön merkityksistä erityisesti hoitotyöhön kuulumattoman työn osalta. Tämän tiedon avulla on mahdollista lähteä toimintaa kehittämään ja yhdenmu-kaistamaan peruspalvelukuntayhtymä Kallion eri tehostetun palveluasumisen yksiköissä.

Työajan mittaamisen menetelmänä toimintolaskenta oli mielestäni kätevin ja helpoin tapa mitata hoitohenkilöstön työajankäyttöä. Yksi työajanseuranta- lomake työvuoroa kohden oli hoitajien näkökulmasta selkeää käyttää ja se myös helpotti lomakkeiden tal- lentamisessa tietojenkäsittelyohjelmaan. Toimintolaskenta- menetelmän käyttö edellyt- tää kuitenkin tarkkaa työn tuntemusta, jotta kaikki hoitotyön toiminnot näkyvät työajan mittauksessa. Tutkimusmenetelmän validiteettia arvioitaessa tulee pohtia valitun mene- telmän kykyä selvittää sitä, mitä tutkimuskysymyksillä on haluttu saada selville (Anttila, 2007, 146). Mielestäni seurantalomakkeen suunnittelussa onnistuttiin tältä osin hyvin, koska me molemmat lomakkeen suunnittelusta vastaavat palveluesimiehet tunsimme hyvin arjen hoitotyön. Myös aikaisemmin toteutetuista ajankäytöntutkimuksista (Parta- nen, 2002 & Hakoma, 2008) oli apua toimivan lomakkeen suunnittelussa.

Tutkimusaineiston hankinta kvantitatiivisella menetelmällä oli perusteltua yksiköiden eroavaisuuksien vuoksi. Yksiköiden tiedettiin eroavan toisistaan sekä koon, henkilöstö- rakenteen että toimintatapojen vuoksi, jolloin jokaisesta yksiköstä haluttiin oma aineis- tonsa. Reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa saatujen tulosten toistettavuutta (Hirsi- järvi ym., 2004, 216). Reliabiliteettia pyrittiin vahvistamaan perusteellisella ohjauksella, koska suurin riski koettiin toimintoluokkiin tehtävillä merkinnöillä. Tulosten perusteella tutkimuksen reliabiliteetti oli hyvä, koska aikamittauksesta saadut tulokset olivat liki-

main yhdenmukaisia eri yksiköiden välillä. Tuloksista kuitenkin löytyi myös poikkeavuuksia, mutta niille löytyi esimiesten yhteisessä keskustelutilaisuudessa syyt, jotka johtuivat yksiköiden erilaisista toimintatavoista. Tehostetun palveluasumisen toiminnan yhdenmukaistamisen vuoksi nämä poikkeavuudet oli syytäkin selvittää.

Aineiston hankinta jokaisesta yksiköstä erikseen lisäsi myös tutkimuksen hyödynnettävyyttä. Hyödynnettävyys tarkoittaa kehittämistyössä sitä, että tutkimuksesta saatuja tuloksia on voitu käyttää hyväksi tehtäessä tutkimuksen johtopäätöksiä (Anttila, 2007, 147- 148). Tutkimustulosten tarkastelussa onnistun mielestäni hyvin löytämään uudistamista vaativat toiminnot ja perustelemaan syyt miksi se on tärkeää henkilöstövoimavarojen käytön kannalta. Aikamittausaineistoa on mahdollista käyttää hyväksi myös tutkimuksen jälkeen tehtävässä kehittämistyössä (Anttila, 2007, 147- 148). Jokainen yksikkö sai käytännön hoitotyön kehittämistä varten käyttöönsä oman aikamittauksesta saadun aineiston.

Työelämän tutkimus- ja kehittämistyössä on tärkeää, että tutkitaan sellaisia asioita, jotka luontevasti kuuluvat omaan ammatti- tai toimialaan. Kehittämistyön tavoitteena on yhdistää teoriaa, kokemusta ja ammattikäytäntöjä. (Vilka, 2005, 13.) Tämän opinnäytetyön aikana sain paljon uutta tietoa hoitotyön henkilöstövoimavarojen käytöstä ja oma näkemykseni siitä, että niiden käyttöä on mahdollista tehostaa ja uudistaa voimistui. Toimintojen uudistaminen vaatii kuitenkin aikaa ja harkintaa, jotta ratkaisut olisivat toimivia. Perusselvitystyö henkilöstön työajankäytöstä on nyt tehty ja niitä johtopäätöksiä, mitä tässä opinnäytetyössä on esitetty, tullaan jatkossa kehittämään eteenpäin.

Tämä opinnäytetyö yhdessä muiden ylempään ammattikorkeakouluopintoihin kuuluvien opintojaksojen kanssa on kasvattanut omaa johtamisen itsetuntoa sekä auttanut oman käytännön johtamistyön kehittämisessä. Opinnäytetyö on mahdollistanut syvällisen paneutumisen itseä kiinnostavaan aihealueeseen, jonka kehittäminen vielä eteenpäin on mielenkiintoinen prosessi.

6.3 Jatkotutkimushaasteet

Tämä kehittämistyö keskittyi Peruspalvelukuntayhtymä Kallion tehostetun palveluasumisyksiköiden henkilöstövoimavarojen käytön tarkasteluun työaikaa mittaamalla. Kehittämistyö jatkuu pohdittaessa toimintojen uudelleen järjestämisen mahdollisuuksia ja muotoja ei- hoidollisen työn osalta. Työajan mittaaminen itseraportointina on menetelmänä nyt tuttu hoitohenkilöstölle, joten työaikamittaus samaa menetelmää käyttäen olisi helppoa toteuttaa myöhemmin uudelleen. Tällä saataisiin tarkkaa tietoa ei- hoidollisen työn uudelleen järjestelyjen vaikutuksesta välittömään ja välilliseen hoitotyöhön.

Hoitotyön vaikuttavuuteen ja laatuun vaikuttaa myös se, että työ on organisoitu tarkoituksenmukaisesti ja osaaminen kohdistettu oikein. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista jatkaa henkilöstövoimavarojen käytön kehittämistä selvittämällä ikäihmisten tehostetun palveluasumisen osaamistarpeita ja niiden kohdentumista. Oikeanlaisen osaamisen tarkoituksenmukainen käyttö yksiköiden ja osastojen välillä parantaisi ikäihmisten hoitotyön laatua ja lisäisi työntekijöiden työmotivaatiota.

LÄHTEET

Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., Reinhard, B., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. & Shamian, J. 2001. Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. *Health Affairs*. 20. no.3: 43- 53.

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. AKATIIMI Oy. Tampere.

Björgren, M. 2008. RUG-III luokitus ja sen käyttö voimavarojen kohdentamisessa. Kokkolan yliopistokeskus Chydenius.

Eloranta, P. 2007. Hoitohenkilökunnan työn sisältö ja työajan käyttö vanhainkodissa. Pro gradu- tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Eronen, A., Londén, P., Perälähti, A., Siltaniemi, A. & Särkelä, R. Sosiaalibarometri 2009. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki.

Fagerström, L & Rauhala, A. 2003. Finnhoitoisuus – Hoitotyön benchmarkin. Projektin loppuraportti 2000- 2002. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Hakoma, M. 2008. Hoitotyön henkilöstön työajankäyttö ja hoitotyön laatu pitkäaikais-sairanhoidon vuodeosastolla. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Halonen, J. 2010. Ikärakenne. Luettu: 19.3.2011.

http://hankinnat.fi/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;374;36984;148786;150318;163204

Heinonen, R. 2009. Hoitohenkilökunnan työn sisältö ja työajan käyttö terveyskeskuksen vuodeosastolla. Pro gradu- tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hirsijärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Houni, M. 1995. Kuntien uuden toimintatavat. Suomen kuntaliitto. Helsinki.

Järvinen, P. & Järvinen, A. 2004. Tutkimustyön metodeista. Opinpajan kirja. Tampere.

Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 89. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä.

Kane, R., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S. & Wilt, T. 2007. "The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes. Systematic review and meta-analysis". *Medical Care*, vol. 45, no: 12, 1195- 1204.

Kanniainen, V. 2002. Puhtia hyvinvointiyhteiskunnan purjeisiin. Peruspalveluja uudella tavalla. EVA. Taloustieto Oy.

- Kauhanen, J. 2006. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. WSOY oppimateriaalit Oy. Helsinki.
- Korpela, J. & Mäkitalo, R. 2008. Julkishallinto murroksessa. Rohkeutta ja vauhtia muutokseen. Edita Publishing Oy. Helsinki.
- Kortelainen, R. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu ja uusi alueellinen palvelurakenne. Nykytilan arviointia, kehityslinjoja ja perusteluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluun liittyvä taustaraportti.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42734&name=DLFE-12705.pdf Luettu. 22.2.2011.
- Kuntaliitto. 2011. Väestöllinen huoltosuhde. Luettu. 20.2.2011.
<http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tilastot/vaestotietoja/huoltosuhde/Sivut/default.aspx>
- Kuntatyöntajat. 2011. Tilastoesite tammikuu 2011. Kunnalliset palkat ja henkilöstö.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Laine, J. 2005. Laatua ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Väitöskirja. Stakes.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> Luettu 22.3.2011.
- Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista. 29.4.2005/272.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050272> Luettu 22.3.2011.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 22.9.2000/812.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812> Luettu 22.3.2011.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta. 3.8.1992/733.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920733> Luettu 22.3.2011.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559, 1 §.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> Luettu 22.3.2011.
- Lehto, J., Kananoja, A., Kokko, S. & Taipale, V. 2003. Sosiaali- ja terveydenhuolto. WSOY. Juva.
- Leinonen, A. 2006. Vanhusneuvoston funktioita jäljittämässä. Tutkimus maaseutumaisien kuntien vanhusneuvostoista. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteet 295.
- Maisemaraportti. 2010. Kallion tilinpäätös 2009. Kuntamaisema.
- Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia- sarja 4.

- Metsäpelto, R. & Tikkanen, E. 1995. Hoitohenkilökunnan välilliseen hoitotyöhön käyttämä työaika ja välillisen hoitotyön sisältö Haukkalan sairaalan lastenpsykiatrian osastolla. Jyväskylä. Keski- Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 46/1995.
- Muurinen, S. 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.) 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI- järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.
- Näkki, T. 2007. Lääkelogistisen palvelumallin tuoma muutos hoitohenkilökunnan työajankäytössä Itä- Helsingin palvelutaloissa. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulu-tutkinto. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- Parjanne, M-L. 2004. Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutukset ja niihin varautuminen eri hallinnonaloilla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:18. STM. Helsinki.
- Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 99.
- Partanen, P., Heikkinen, T. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2005. Sairaanhoitajien työolobarometri 2004. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.
- Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.
- Peiponen, A. (toim.) 2003. Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi. Hygieia. Tampere.
- Peltokorpi, A., Turtiainen, A-M. & Kämäräinen, V. 2009. Tukipalveluiden uudelleenjärjestämisellä tehokkuutta vuodeosastohoitoon. Premissi 6:2009, 39- 45.
- Peruspalvelukuntayhtymä Kallion henkilöstöstrategia vuoteen 2012. 2009.
- Peruspalvelukuntayhtymä Kallio. Hoiva- ja hoitopalvelut. Palvelukuvaus 2010.
- Pusa, A-K. 2007. The Right Nurse in the Right Place. Nursing Productivity and Utilisation on the RAFAELA Patient Classification System in Nursing Management. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 147.
- Rauhala, P-L. 1994. Hoiva ja hoito ammattina. WSOY. Porvoo.
- Rissanen, T., Toivanen, T. & Miettinen, S. 2005. Mitä työajanseurantatutkimus kertoo psykiatrisesta hoitotyöstä? Tutkiva hoitotyö 3:19- 25.
- Ruontimo, T. 2009. Vanhustyön vastuunkantajat. Sairaanhoitaja pitkäaikaisen hoidon asiantuntijana. Lähihoitaja vanhusten hoidon erityisosajana. Tehyn julkaisusarja B: 3/2009. Tehy ry. Helsinki.

Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. Luettu. 28.09.2010.

Sairaanhoidajaliitto ry. 2011. <http://www.sairaanhoidajaliitto.fi> Luettu. 25.3.2011.

Shannon, V. & French, S. 2005. The impact of the re-engineered world of health-care in Canada on nursing and patient outcomes. *Nursing Inquiry* 12; 3: 231-239.

Sinkkonen, S. & Kinnunen, J. 1994. Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 22. Terveystalouden ja -talouden laitos. Kuopio.

Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) 2008. Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Sosiaalihuoltolaki. 17.9.1982/710. Luettu 22.3.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

STM. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Suomen kuntaliitto. Helsinki.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Luettu 23.1.2011.
<http://info.stakes.fi/finrai/FI/raijarjestelma.htm>

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

THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet.
<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu> luettu 27.2.2011.

Tilastokeskus. 2011. Luettu 20.2.2011.
http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=070_vaenn_tau_107_fi&ti=V%E4est%F6enus-te+2009+V%E4est%F6llinen+huoltosuhde+alueittain+2010+%2D+2040&path=../Data base/StatFin/vrm/

Uusitalo, H. 1995. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. WSOY. Juva.

Vaaramaa, M., Luomahaara, J., Peiponen, A. & Voutilainen, P. 2001. Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelun kehittämiseen. Stakes, Raportteja 259. Gummerus Kirjapaino Oy. Helsinki.

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

Viitala, R. 2004. Henkilöstöjohtaminen. Edita Publishing Oy. Helsinki.

Von Bruun, S. 2005. Kuntien tulevaisuus. Kuntajohdon ja asiantuntijoiden näkemyksiä kuntien tulevaisuudesta. Acta nro 179. Kunta-alan tulevaisuusbarometri. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Vuorensyrjä, M., Borgman, M., Kemppainen, T., Mäntysaari, M. & Pohjola, A. 2006. Sosiaalialan osaajat 2015. Sosiaalialan osaamis-, työvoima- ja koulutustarpeiden ennakointihanke SOTENNA. Tampere.

LIITTEET

1/1

LIITE 1. TYÖAJANSEURANTALOMAKE

KALLIO
peruspalvelukuntayhtymä

TYÖAJANSEURANTALOMAKE

Päivämäärä: ____/____/2009 Työvuoro: aamu / ilta / yö Klo: _____

Ammatti: sh / ph- lh / kh / oa / ka / ha / sos

1 VÄLITÖN HOITOTYÖ	YHT: min
1.1 perushoito ja -hoiva	
1.2 sairaanhoito	
1.3 kuntoutus ja virketoiminta	
1.4 voimnin tarkkailu	
1.5 yhteistyö omaisten kanssa	
1.6 siirtäminen ja kuljettaminen	
1.7 tulo- ja lähtötilanne	

2 VÄLILLINEN HOITOTYÖ	YHT: min
2.1 hoitotyön kirjaaminen	
2.2 hoitotyön raportointi	
2.3 muu kommunikaatio	
2.4 lääkkeen jako ja tarkistus	
2.5 odottelu ja etsiminen	

3 OSASTOKOHTAINEN TYÖ	YHT: min
3.1 kodinhoidolliset työt, siivoustyö	
3.2 pyykkihuolto, vaatehuolto	
3.3 toimistotyö	
3.4 osastokommunikaatio	
3.5 kokoukset, koulutus / tiedonv.	
3.6 opiskelijaohjaus	
3.7 välineet, varastot tark. / täydennys	

4 HENKILÖKOHTAINEN AIKA	YHT: min
4.1 henkilökohtaiset asiat, tauot	

5 MUU	YHT: min

Arvioi käyttämäsi aika 15 min jaksoissa merkitsemällä rasti sen toiminnan kohdalle, jota olet ensisijaisesti tehnyt 15 min ajan. Tarkista, että rasteja on juuri se määrä kuin työaikasi on (4 rastia/ h).
Esim. 7-15:00 = 32 rastia, 13:30- 21:00 = 30 rastia, 21:00-7:00 = 40 rastia
Täytä kaavaketta useita kertoja työvuoron aikana, jotta työaikamittauksen luotettavuus säilyy.

© Nieminen & Taka-Eilola

TYÖAIKASEURANNAN TOIMINTOLUOKAT

1 VÄLITÖN HOITOTYÖ = Hoitotyön toiminnot, jotka tehdään asukkaan ja / tai omaisen läsnä ollessa.

1.1 Perushoito- ja hoiva:

Asukkaan luona tapahtuva jokapäiväisistä toiminnoista huolehtiminen kuten pukeutuminen, wc-käynnit, hygienia- ja pesutoimet. Asentohoito esim. kääntäminen, nostaminen, siirroissa auttaminen. Kävelyssä auttaminen, hengitysharjoitukset, yskittäminen. Saunotus / suihkutus. Ruokailu ja siihen liittyvät toimenpiteet, kuten ruokailuun valmistaminen, kuljetukset, ruuan jakaminen, asukkaan syöttäminen ja siinä avustaminen. Lääkkeiden antaminen eri muodoissa. Asukashälytyksiin vastaaminen. Vainajan laitto.

1.2 Sairaanhoido:

Erilaiset tutkimukset ja toimenpiteet kuten pistokset, haavahoidot, katettrin laitot ja vaihdot. Näytteenotot esim. veri-, virtsa-, uloste-, yskösnäytteiden ottaminen ja merkitseminen. Happihoito. Iv- hoidon aloitus/ lopetus, infuusiopussin vaihto, nopeuden säätö. Verenpaineen, pulssin ja lämmön mittaaminen ja ylösmerkitseminen. Mittaustulosten kertominen asukkaalle ja ohjaus. Erilaisten toimintakykykymittareiden teko esim. MMSE, GDS, RAI- liikelaajuus testit ym. Asukkaan hoidontarpeen ja hoidon vaikuttavuuden arviointi ja hoitoon lähettäminen muualle. Lääkäripalvelu, kuten lääkärin kierrot ja siihen liittyvät asiat.

1.3 Kuntoutus ja viriketoiminta:

Apuvälineiden hankkiminen, ohjaus ja neuvonta. Kuntoutuksen suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi. Aktiivinen ja passiivinen liikehoito. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi. Erilaiset asukkaiden virkistämiseksi tarkoitettut tapahtumat, retket, pelit, musiikkituokiot, lukeminen, ulkoilu, seurustelu, hartaudet ym.

1.4 Voinnin tarkkailu:

Rutiinitarkkailut ja valvontakierrot esim. yöllä, myös valvontakameroiden kautta. Oireiden seuranta esim. ahdistus, pelko, tajunta / orientaatio, kipu, verenkierto, hikoilu, si-dosten kunto.

1.5 Yhteistyö omaisten/ läheisten kanssa:

Asukkaan ja omaisen haastattelu, keskustelu omaisen/ läheisen kanssa, omaisen ohjaaminen ja tukeminen, hoitoneuvottelut, joissa mukana asukas, omainen ja eri yhteistyötahot.

1.6 Siirtäminen ja kuljettaminen:

Asukkaan saattaminen toiselle osastolle tai samalla osastolla toiseen paikkaan esim. hartaustilaisuuteen tai päivätoimintaan vieminen. Siirrot kävellen, pyörätuolilla tai sängyllä.

1.7 Tulo- ja lähtötilanne:

Tulohaastattelu ja kaavakkeiden täyttö. Osastoon orientoituminen.

2 VÄLILLINEN HOITOTYÖ = Toiminnot, jotka tehdään asukkaiden välittömän hoitotyön valmistelua tai loppuunsaattamista varten.

2.1 Hoitotyön kirjaaminen:

Päivittäisen hoidon ja siihen liittyvien erilaisten tietojen kirjaaminen. Hoitotyön suunnitelmat, myös hoitotyön suunnitelmiin liittyvät lääkärinmääräykset. Tutkimusten tilaaminen ja vastausten tarkistaminen atk:n kautta. Hoitoisuusluokitusten tekeminen. Asukkaan kotiutumiseen, osastolta siirtymiseen liittyvä kirjaaminen.

2.2 Hoitotyön raportointi:

Työvuoron vaihtuessa annettava raportointi tai muulloin tapahtuva suullinen tai pelkätään asukaspareiden kautta tapahtuva raportointi hoitajien kesken.

2.3 Muu kommunikaatio:

Asukkaan hoitoihin / tutkimuksiin liittyvä kommunikaatio lääkäreiden ja muiden jäsenten kesken esim. paperikierrot kun asukas ei läsnä. Puhelimessa tapahtuva asukkaan tilanteeseen liittyvä kommunikaatio eri tahojen kanssa (omaiset, muut hoitopaikat, parturi, jalkahoitaja ym). Asukaspuheluiden välittäminen tai asukkaan hakeminen puhelimeen.

2.4 Lääkkeen jako ja tarkistus:

Lääkehoidon suunnittelu, lääkemääräysten vastaanottaminen, lääkitysten tarkistaminen. Lääkkeiden tilaus, vastaanotto ja jakaminen. Annospussien tarkistus. Lääkehoidon seuranta ja arviointi.

2.5 Odottelu ja etsiminen:

Toiminnan, puhelun, informaation odottaminen esim. toisen työntekijän, ohjauksen odottaminen ja työntekijän etsiminen.

3 OSASTOKOHTAINEN TYÖ = Osaston toiminnan ylläpitämiseen liittyvät toiminnot ja tehtävät.

3.1 Kodinhoidolliset työt, siivoustyö:

Asukashuoneiden ja yhteisten tilojen siistiminen ja järjestely. Roska-astioiden tyhjennys, kukkahuolto. Perussiivoustyö.

3.2 Pyykkihuolto, vaatehuolto:

Likaisten pyykkien kerääminen, puhtaiden jakaminen, vuodevaatteiden vaihto. Vaatteiden pesu, kuivumaan laitto, silytys, mankelointi, kaappiin laitto yms. Vaatteiden valmiiksi etsiminen esim. pyhää tai juhlia varten.

3.3 Toimistotyö:

Muistioiden ja raporttien laatiminen sekä muu tiedottaminen. Jokin muu hallinnollisiin toimintoihin liittyvä, jota ei edellisissä kohdissa ole huomioitu esim. postinkäsittely, materiaalihallinto yms. Työvuorosuunnittelu, sijaisten hankkiminen.

3.4 Osastokommunikaatio:

3/2

Työhön liittyvä kommunikaatio, joka ei liity asukkaisiin. Työhön liittyvät puhelinkeskustelut, sopimiset, tilaukset, lainaamiset. Eri tahojen (asukkaat, omaiset, muut tahot) tiedusteluihin vastaaminen, jotka koskevat ei- sisällä olevia asukkaita (vuorohoidossa / jonossa olevat asiakkaat)

3.5 Kokoukset, koulutus / tiedonvaihto:

Yleinen osastoon liittyvä tiedonvaihto ja neuvottelut. Työhön liittyvät kokoontumiset, tiimipalaverit. Tiedotteisiin / muuhun työhön liittyvään materiaaliin tutustuminen. Toisen työntekijän ohjaus. Ulkopuolinen tai sisäinen koulutus tai koulutuspäivä.

3.6 Opiskelijaohjaus:

Opiskelijoiden ohjaus osaston toimintaan liittyen. Opiskelija-arvioinnit ja keskustelut opettajien kanssa.

3.7 Välineet, varastojen tarkistus / täydennys:

Osastolla olevien varastojen tarkistaminen, tilaaminen ja täyttö. Varasto-, väline- ja hoitotarviketilaukset. Erilaisten hoitovälineiden toimintavalmiuden tarkistaminen, kalibrointi.

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

4.1 Henkilökohtaiset asiat, tauot:

Ruoka- ja kahvitaumat. Wc-käynnit, osaston ulkopuolella käynnit ilman työtehtäviä. Työhön liittymättömät keskustelut työtovereiden kanssa. Henkilökohtaisten asioiden hoitaminen, puhelut.

5 MUU = Toiminnot, joita ei osaa sijoittaa mihinkään edellä mainittuun. Kuvaa lyhyesti toiminta. Muista merkitä onko asukas läsnä, liittyykö osastolla hoidettaviin asukkaisiin vai onko yleisluonteista / osastokohtaista toimintaa.



SAATTEEKSI

Peruspalvelukuntayhtymä Kallion hoiva- ja hoitopalveluiden asumispalveluyksiköissä, tehostetussa palveluasumisessa ja hoivaosastoilla, suoritetaan **työajanseuranta touko-kuun toisella viikolla 11.–17.5. 2009**. Seuranta suoritetaan **jokaisessa työvuorossa** työntekijöiden itsensä tekemänä itseraportointina. **Itseraportointi** suoritetaan jokaisessa työvuorossa työajanseurantalomakkeelle, jota täytetään työvuoron aikana ja palautetaan sen päätyttyä. Kunkin hoiva- ja asumispalveluyksikön palveluesimies yksikössään tiedottaa seurannasta, ohjaa sitä ja neuvoo tarvittaessa.

Työajanseuranta toimintolaskentamenetelmällä on osa hoiva- ja asumispalveluiden kehittämis- ja toimintojen yhtenäistämisprosessia. Sen **tarkoituksena on kartoittaa hoiva- ja hoitotyöhön käytettävä työaika eri yksiköissä tällä hetkellä**. Toimintolaskentamenetelmää käytetään yleisesti selvittämään sitä, kuinka henkilöstö käyttää työaikansa. Tieto tästä on olennaisen tärkeä, kun arvioidaan henkilöstöryhmien välistä tehtäväjakoja ja sen tarkoituksenmukaisuutta, kun halutaan suunnitella toimintotapoja uudella tavalla tai parantaa työn tehokkuutta ja tuottavuutta. Tavallisimmin hoitotyö on jaoteltu neljään toimintoalueeseen: välitön ja välillinen hoitotyö, osastokohtaiset toiminnot ja henkilökohtainen ajankäyttö.

Työajanseurantalomakkeen ovat laatineet palveluesimiehet Minna Nieminen ja Aino Taka-Eilola. Opiskelemme ylempää amk-tutkintoa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. Aihe liittyy molempien opinnäytetyöhön tehostetun palveluasumisen kehittämiseen. Analysoimme saadun aineiston yhdessä ja hyödynnämme materiaa opinnäytetöissämme.

Yhteistyöterveisin Minna (044- 4196 780) ja Aino (044- 4196 381)