



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Aika potilaan vierellä

Hoitohenkilöstön välittömän hoitotyön ajankäyttö
Vantaan kaupungin sairaalapalveluissa

Mäkinen, Susanna

Sundberg, Mia

Sääskilahti, Minna

Laurea-ammattikorkeakoulu
Paikallisyksikkö

Aika potilaan vierellä
Hoitohenkilöstön välittömän hoitotyön ajankäyttö
Vantaan kaupungin sairaalapalveluissa

Mäkinen, Susanna
Sundberg, Mia
Sääskilähti, Minna
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Helmikuu, 2013

Mäkinen, Susanna; Sundberg, Mia & Säaskilahti, Minna

Aika potilaan vierellä

- Hoitohenkilöstön välittömän hoitotyön ajankäyttö Vantaan kaupungin sairaalapalveluissa

Vuosi 2013

Sivumäärä 54

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa alustava selvitys hoitohenkilöstön käyttämästä ajasta välittömään hoitotyöhön Vantaan kaupungin sairaalapalveluissa. Opinnäytetyö toteutettiin osana Vantaan kaupungin sairaalapalvelujen ja Laurean ammattikorkeakoulun, Tikkurilan yksikön Toimiva sairaala – Living Lab kehittämishanketta, jossa kehitetään uusia innovatiivisia toimintamalleja yhteistyössä teknologiayritysten kanssa.

Opinnäytetyössä selvitettiin, kuinka paljon työaika käytetään välittömään hoitotyöhön ja miten työaika jakautuu eri toiminnoille välittömässä hoitotyössä?

Opinnäytetyössä määriteltiin välittömäksi hoitotyöksi työ, joka tapahtui välittömässä vuoro-vaikutuksessa ja kontaktissa potilaaseen. Välitön hoitotyö sisälsi kaiken potilaan vierellä tapahtuvan hoitotyön jakautuen ravitsemukseen, eritykseen ja hygieniaan, lääkitykseen, liikumiseen liittyviin tehtäviin sekä lisäksi toimenpiteisiin, potilaan tilan seurantaan, potilaan ohjaukseen, potilaalle annettavaan emotionaaliseen tukeen sekä potilaan kanssa yhdessä tehtävään hoidon suunnitteluun ja arviointiin. Välilliseksi hoitotyöksi puolestaan luokiteltiin työ, joka tapahtui useamman potilaan ryhmissä sekä työ, jossa hoitaja ei ollut kiinteässä kontaktissa potilaaseen.

Opinnäytetyön aineiston keruuta varten kehitettiin työajanseurantalomake. Työajanseurantalomake esitettiin ja hyväksyttiin työn tilaajaorganisaatiolla. Opinnäytetyön aineisto kerättiin Vantaan sairaalapalveluiden kymmeneltä osastolta. Opinnäytetyö toteutettiin käyttämällä suoraa aikamittausta ja havainnoimalla systemaattisesti hoitohenkilökuntaa (N=23). Sovelletun toimintolaskennan avulla työajan seurantalomakkeeseen kirjattiin, miten hoitohenkilökunnan työaika jakautui eri hoitotyön komponentteihin. Havaintoja tehtiin pääsääntöisesti aamuvuoroista. Aineisto tallennettiin Excel-taulukoina ja analysoitiin Excel-ohjelman ominaisuuksia hyödyntäen.

Tulosten mukaan joka kolmas potilaskontakti kesti alle minuutin. Esitestausvaiheessa todettiin välittömään hoitotyöhön kiinteästi kuuluvan nopeat käyntikerrat potilaan luona. Työssä käytetty lyhin laskennallinen aikamääre oli minuutti. Analyysivaiheessa alle minuutin mittaiset potilaskontaktit jätettiin kokonaistyöaikalaskennan ulkopuolelle, mutta huomioitiin välittömän hoitotyön sisältöluokissa ja potilaskontaktikertoina.

Tulosten mukaan välittömän hoitotyön osuus oli 30,2 % kokonaistyöajasta. Lähi- ja perushoitajat käyttivät työajastaan 33,4 % välittömään hoitotyöhön, sairaanhoitajat 27,5 % ja fysioterapeutit 28,7 %. Hoidon pääpainon kuuluisi olla välittömässä hoitotyössä. Välittömän hoitotyön lisäämiseksi ratkaisut löytyvät sekä työyhteisöjen sisältä että henkilöstön ja innovaatioyritysten yhteistyön avulla. Välillisen hoitotyön toiminnot voisivat teknologisin innovaatioin siirtyä potilaan vierellä toteutettavaksi tai vapauttaisivat aikaa välillisestä hoitotyöstä ja osastokoh-
taisesta työstä välittömään hoitotyöhön.

Asiasanat: välitön hoitotyö, hoitotyön toiminnot, työajanseuranta

Mäkinen, Susanna; Sundberg, Mia & Säaskilahti, Minna

Time beside a patient

- Time allocated for direct nursing care in the hospital services provided by the city of Vantaa

Year	2013	Pages	54
------	------	-------	----

The aim of this thesis is to provide a preliminary report on the time used by the nursing personnel for direct nursing care in the hospital services provided by the city of Vantaa. The thesis was carried out as a part of the development project called Toimiva sairaala – Living Lab between the hospital services provided by the city of Vantaa and Laurea University of Applied Sciences, Tikkurila unit, in which innovative operational models are developed in co-operation with technology companies.

The aim of the thesis was to find out how many working hours are used for direct nursing care and how the working hours are allocated to different functions in direct nursing care.

In the study, direct nursing care was defined as work taking place in the immediate interaction and contact with patients. Direct nursing care included nursing care provided by the side of a patient, such as feeding, hygiene care, medication, exercise, procedures, monitoring of a patient's status, patient guidance, emotional support given to a patient and planning and assessing the treatment together with the patient. Indirect nursing care was defined as work taking place in groups of several patients and work where a nurse was not in direct contact with the patient.

In order to collect data for the thesis, a work-time monitoring form was prepared. The monitoring form was pre-tested and accepted by the client organisation. The data for the thesis was collected from ten wards of the hospital services of Vantaa. The study was implemented by using a direct time measurement and observing systematically the nursing personnel (N=23). With the help of the applied activity-based costing, it was entered in the work-time monitoring form how the nursing personnel's working hours were divided into various components of nursing care. Observations were mainly made during morning shifts. The data was recorded as files in Microsoft Excel format and analysed by utilising the features of the Excel format.

According to the results, every third patient contact lasted less than a minute. In the pre-testing phase, it was noted that direct nursing care typically includes short visits to a patient. The shortest calculatory temporal adverb used in the study was a minute. In the analysis phase, patient contacts lasting less than a minute were left out of the total work-time calculation but they were taken into account in the content classes of direct nursing care and in the patient contact times.

According to the results, the proportion of direct nursing care was 30.2% of the total work-time. Practical nurses used 33.4% of their working hours to direct nursing care, nurses 27.5% and physiotherapists 28.7%. The main emphasis of nursing care should be on direct nursing care. In order to increase the amount of direct nursing care, solutions are found inside the work communities and with the help of co-operation between the personnel and innovation companies. Functions related to patients that are currently taking place indirectly could through technological innovations take place beside a patient and would release more time for direct nursing care.

Key words: direct nursing care, functions of nursing care, work-time monitoring

Sisällys

Johdanto.....	6
1 Välitön hoitotyö	7
1.1 Välittömän hoitotyön määrittelyä	7
1.2 Välittömän hoitotyön sisältö.....	8
1.3 Hoitotyön ajankäytön tutkiminen.....	13
1.4 Tutkimuksia välittömän hoitotyön ajankäytöstä	14
2 Työn toteuttaminen	19
2.1 Tutkimusjoukon ja -ympäristön kuvaus.....	19
2.2 Tutkimusmenetelmänä ajan mittaaminen.....	19
2.3 Mittarin kehittäminen ja sen luotettavuus	21
2.4 Aineiston keruu ja analysointi	22
3 Tulokset.....	24
3.1 Välittömään hoitotyöhön käytetty aika.....	24
3.2 Välittömän hoitotyön työajan jakautuminen eri toiminnoille	29
3.3 Esimerkki hoitajaprofiilista	34
3.4 Tutkimuksen luotettavuus.....	37
3.5 Tutkimuksen eettiset näkökohdat	40
4 Pohdinta	41
Lähteet	46
Kuviot	50
Taulukot	51
Liitteet	52

Johdanto

Terveydenhuollossa kiinnostus hoitajien käyttämään työaikaan lisääntyä resurssien vähentyessä ja tuottavuuden vaatimusten kasvaessa. Työuupumusten lisääntyminen ja ammatinvaihtojen kasvu ovat herättäneet päättäjät tutkimaan työn kuormittavuutta. Tulosten perusteella tullaan etsimään ratkaisuja tähän hoitoalaa suuresti rasittavaan henkilöstöpulaongelmaan. Aikaisempien tutkimusten (Tyrjälä 2008) ja kirjallisuuden (Hirvonen, Pietilä & Eirola 2002; Routasalo 2002; Välimäki, Nyrhinen, Leino-Kilpi, Dassen, Gasull, Lemonidou, Scott, Arndt & Kaurila 2001) perusteella tiedetään, että terveydenhuollossa tuottavuutta lisäävät potilaiden myönteiset kokemukset saamastaan hoidosta. Systemaattinen potilasohjaus ja potilaiden saama psykososiaalinen tuki ovat avainasemassa lyhentämässä hoitoaikoja ja vähentämässä hoitoon uudelleen joutumisia. Tällöin myös hoidon kustannuksiin vaikutetaan vähentävästi jolloin välittömän hoitotyön merkitys entisestään kasvaa. Tästä näkökulmasta on merkityksellistä selvittää, miten paljon henkilökunta käyttää työaikaan välittömään hoitotyöhön. Välitön hoitotyö nähdään usein hoidon laadun mittarina ja työajan tutkimisella mahdollistetaan tiedon saamisen todellisesta tilanteesta hoitotyössä. Työntekijöille työympäristö, joka mahdollistaa laadulliseen välittömään hoitotyöhön panostamisen ja tarjota työvälitteet, jotka eivät kuormita hoitohenkilökuntaa kankeudellaan tai toimimattomuudellaan (Työturvallisuuslaki 738/2002).

Tämä tutkimus tuottaa alustavan kartoituksen Vantaan kaupungin sairaalapalvelujen hoitohenkilöstön käyttämästä ajasta potilaan vierellä tapahtuvaan hoitotyöhön. Pohjatyön teettämisen taustalla on kyseisen kohdeorganisaation ajatus hyödyntää innovatiivisia juuri heidän tarpeisiin sopivia teknologisia ratkaisuja ajan lisäämiseksi välittömään hoitotyöhön. Tämä opinnäytetyö mahdollistaa teknologiaan liittyvän hoitotyön kehittämistä ja on tekemässä näkyväksi välittömän hoitotyön määrää hoitotyössä näytteenomaisesti, mutta suuntaa antavasti. Useimmat yliopistotasoiset tutkimukset käsittelevät hoitotyön ajankäyttöä jakamalla työajan välittömän hoitotyön lisäksi välilliseen hoitotyöhön, osastokohtaiseen sekä hoitajan omaan aikaan. Uusitalon (2001: 55) mukaan tutkimuksella voidaan tuottaa aikaisempaa jäsenytyneempi näkemys ilmiöstä tai asiasta ja siihen tämä opinnäytetyö pyrkii vastaamaan. Tässä työssä keskitytään potilaalle annettavan hoitotyön ajan määrään ja sisältöön.

Opinnäytetyö on Vantaan Sairaalapalveluille tehtävä tilaustyö. Sairaalapalvelujen tämänvuotisessa tulokortissa tuottavuuden kohdalla on tavoitteena välittömän hoitotyön lisääminen. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa alustava kartoitus siitä missä määrin välitön hoitotyö toteutuu Vantaan Sairaalapalvelujen kaikilla (10) osastoilla. Tutkimuksen aihe paikallistuu sairaalan hoitohenkilöstön ajankäyttöön ja siinä erityisesti välittömään eli potilaan lähellä tapahtuvaan hoitotyöhön. Tutkimuksessa tullaan määrittämään myös hoitotyön henkilöstön ajankäytön jakautumista välittömän hoitotyön eri toiminnoille.

Tutkimus toteutetaan osana Laurean ammattikorkeakoulun Tikkurilan yksikön Toimiva sairaala- Living Lab - kehittämishanketta, yhteistyössä Vantaan Sairaalapalveluiden kanssa. Toimiva sairaala Living Lab-hankkeessa tavoitteena on luoda toimiva ja monistettava Living Lab - ympäristö yhdessä yritysten, kuntien, asiakkaiden ja muiden sidosryhmien kuten esimerkiksi potilaiden omaisten ja kolmannen sektorin organisaatioiden kanssa. Toiminta on osa hyvinvointiteknologian edistämiseen keskittyvää CIDE Cluster -yritysyhteistyötä. Living Lab on toimintaympäristö, jossa hoitotyön uusia toimintamalleja ja hyvinvointiteknologian innovaatioita kehitetään ja testataan käyttäjän aidossa arjen toimintaympäristössä. Laurea Tikkurilan opettajat ja opiskelijat sekä Vantaan sairaalan henkilöstö pääsevät hankkeen myötä kehittämään hyvinvointiteknologian osaamistaan. CIDE Clusterin yritykset puolestaan saavat mahdollisuuden kehittää tuotteitaan ja palvelujaan aidossa käyttäjäympäristössä. (Laurea 2012.) Living Lab jatkaa Sairaalapalveluiden tiloissa osana Laurean Tikkurilan yksikön ja Sairaalapalvelujen henkilöstön arkea teknologisia ratkaisuja hyödyntäen. (Maakuntahallituksen päätös 107§/2012.)

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa pohjatyö läpileikkaavana näytteenä Vantaana sairaalapalvelujen kaikilta osastoilta hoitajien työajan käytöstä välittömään hoitotyöhön. Työaikaseurannassa selvitetään tarkalla ajan mittaamisella ja toimintolaskenta- menetelmän avulla työajan jakautumista välittömässä hoitotyössä. Opinnäytetyön tulosten avulla voidaan alustavasti pohtia teknologian hyödyntämistä hoitotyössä, joiden vaikutuksena olisi mahdollistaa välittömän hoitotyön lisääminen.

Tutkimuskysymykset:

1. Kuinka paljon työaika käytetään välittömään hoitotyöhön?
2. Miten hoitajien työaika jakautuu eri toiminnoille välittömässä hoitotyössä?

1 Välitön hoitotyö

1.1 Välittömän hoitotyön määrittelyä

Kivistö (2003) määrittelee välittömän hoitotyö työksi, joka kohdistuu suoraan potilaaseen. Välittömällä hoitotyöllä tarkoitetaan hoitotyötä, joka tapahtuu vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Välitön hoitotyö muodostuu perussairaanhoidollisista ja muista sairaanhoidollisista toimenpiteistä, jotka tapahtuvat potilaan luona tämän läsnä ollessa. Hoitotyö sisältää potilaan fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja hengellisistä tarpeista huolehtimista. Välittömiin hoitotyön toimintoihin kuuluvat kommunikaatio ja ohjaus, lääkitys, ravitsemus, erityis ja hygienia sekä potilaan liikkuminen (Isola & Virtaniemi: 2000). Välittömiin hoitotyön toimintoihin kuuluvat myös osallistuminen lääkärintertoihin, potilaan tilan ja voinnin tarkkailu, vitaa-

lielintoimintojen ylläpitäminen ja näytteiden otto. Välillisessä hoitotyössä työntekijä ei ole kiinteässä kontaktissa potilaaseen. Välilliseen hoitotyöhön kuuluvat yleensä kokoukset, koulutukset, hallinnollinen työ sekä suunnittelutyö. Välillinen hoitotyö puolestaan sisältää toiminnot, jotka tehdään välittömän hoitotyön valmistelua tai loppuunsaattamista varten kuten toimenpiteiden valmistelut, potilaisiin liittyvä kommunikaatio, kirjaaminen tai raportointi. (Kivistö 2003: 185-186; 193.)

Kaustinen (2011) tutkimuksessaan määrittelee välittömään hoitotyöhön sisältyvän kaikki potilaan kanssa käytettävä aika, joko potilashuoneessa tai sen ulkopuolella. Vuoteenvierusraportointi, hoidon suunnittelu yhdessä potilaan kanssa ja kotiutukseen liittyvä neuvottelu ja ohjaus sekä läheisten ja omaisten kanssa käytetty aika on välitöntä hoitotyötä. (Kaustinen 2011: 71.)

Helsingissä vanhusten laitoshoidon tuotteistusprojektin yhteydessä tuotteistukseen osallistuvien yksiköiden henkilökuntaa pyydettiin selvittämään välittömän hoitotyön käsitettä. Osa vastaajista katsoi välittömään hoitotyöhön kuuluvan myös potilaan ongelmien kartoituksen, hoidon suunnittelun sekä arvioinnin. Tuotteistusprojektissa välitön hoitotyö lopulta määriteltiin työksi, jossa työntekijä on välittömässä kontaktissa potilaaseen. (Peiponen & Soiniemi 1999: 27-28). Saman tuotteistusprojektin yhteydessä seurattiin myös välitöntä ja välillistä hoitotyöaikaa viikon ajan. Työajanseurannan lopputuloksena saatiin pilottiosastojen potilas-kohtaiset välittömät hoitoajat. Tuloksissa ilmeni välittömän potilas-kohtaisen hoito-ajan kasvavan potilaan hoitoisuusluokan eli hoidon vaativuuden kasvaessa. Esimerkiksi raskashoitosimman hoitoluokan välittömän hoitoajan keskiarvo oli 94,6 minuuttia päivässä. (Peiponen & Soiniemi 1999: 28-29)

Tässä opinnäytetyössä määritellään välittömäksi hoitotyöksi työ, joka tapahtuu välittömässä vuorovaikutuksessa ja kontaktissa potilaaseen. Välitön hoitotyö sisältää kaiken potilaan vierellä tapahtuvan hoitotyön, joka tässä tutkimuksessa jaetaan ravitsemukseen, eritykseen ja hygieniaan, lääkitykseen, liikkumiseen, toimenpiteisiin, potilaan tilan seurantaan, potilaan ohjaukseen, potilaalle annettavaan emotionaaliseen tukeen sekä potilaan kanssa yhdessä tehtävään hoidon suunnitteluun ja arviointiin. Välilliseksi hoitotyöksi puolestaan nähdään työ, joka tapahtuu useamman potilaan ryhmissä sekä työ, jossa hoitaja ei ole kiinteässä kontaktissa potilaaseen.

1.2 Välittömän hoitotyön sisältö

Välitön hoitotyö sisältää hoitotyön toimintoja, jotka kuvataan suomalaisen hoitotyön luokituksen FinnCC (Finnish Care Classification) SHTol (Suomalaisen hoidon toimintoluokitus) komponenteissa sen pää- ja alaluokkien avulla. Suomalaisen hoidon tarveluokitus (SHTal), suoma-

laisen hoidon toimintoluokitus (SHTol) ja suomalaisen hoidon tulosluokitus (SHTul) on otettu vuodesta 2008 valtakunnallisesti käyttöön terveydenhuollon yksiköissä yhdenmukaistamaan hoitamiseen liittyvää termistöä etenkin kirjaamisessa. (Liljamo, Kaakimo & Ensio 2012.) Hoitotyön toiminnoilla kuvataan toteutettua hoitotyötä. Seuraavat hoitotyön sisältöluokat avataan käyttämällä osittain toimintoluokituksen komponentteja.

Ravitsemus

Ravitsemukseen kuuluu kaikki hoitotyön keinot taata ravitsemuksen ylläpito. Potilaan joutuessa sairaalahoitoon tapahtuu usein ravitsemuksessa muutoksia. Potilaalla saattaa olla sairauteen liittyvää pahoinvointia tai ruokahaluttomuutta, jopa aliravitsemusta. Usein syynä on yksipuolinen ruokavalio tai kyvyttömyys ottaa ravintoa suun kautta. Potilaalla voi olla sairaus, joka vaatii erityisruokavaliota. Hoitotyön tehtävänä on huolehtia potilaan riittävästä ravinnonsaannista ja potilaan ruokailua tulee seurata. Hyvällä asennolla ja ruokatarjottimen asettelulla mahdollistetaan potilaan omatoiminen ruokailu. Potilaan syödyn ruoan määriä seurataan ja häntä kannustetaan syömään. Ravitsemushoito käsittää myös ruokailun suu- ja nenämahaletkun sekä suoraan vatsanpeitteiden läpi viedyn Peg-letkun kautta ja näissä toiminnoissa avustamisen. Hoitotyössä potilaan ravitsemustilan seuranta ja energiatasapainon ylläpitäminen korostuu sillä sairastuminen usein lisää energian ja ravitsemuksen tarvetta. Ravitsemushoitoon kuuluu oleellisena potilaan ruokailussa avustaminen. Hoitotyöntekijä on ravitsemuksen toteuttamisessa avainasemassa, ohjaten potilasta ja antaen potilaalle ravitsemusneuvontaa. Lääkärin määräyksien mukaisesti ravitsemuksen hoidosta vastaavat hoitotyön ammattilaiset. (Saastamoinen, Muotka & Toivonen 2010: 111.) Hyvällä ravitsemuksella ehkäistään ja vähennetään lisäsairauksien syntymistä sekä edistetään potilaan kuntoutumista ja parannetaan elämänlaatua (Iivanainen & Syväoja 2009: 288).

Erittäminen

Hoitotyössä erittäminen koostuu ihmisen ruoansulatuselimistön, virtsateiden toiminnan, verenvuodon ja muun erittämisen toiminnasta. Erilaiset sairaudet ja niiden hoidossa käytettävät lääkkeet voivat vaikuttaa suolen ja virtsateiden toimintaan. (Hietanen, Saastamoinen, Toivonen, Muotka, Aalto, Laitinen, & Korhonen 2010: 28, 31.) Erittämällä ihminen poistaa elimistöstään välttämättömiä, ylimääräisiä nesteitä ja aineita. Hoitotyön keinoin vaikutetaan erittämiseen liittyviin ongelmiin kuten pahoinvointiin, suolen ja virtsautuksen toiminnan häiriöihin ja muihin eritteisiin. (Hietanen ym 2010, 29-32.) Potilaan erittämisen tarkkailu, sekä eritteiden seuranta ovat osa potilaan hoitotyötä. Avustettaessa erittämiseen liittyvissä toiminnoissa potilasta hoidetaan välittömässä läheisyydessä, henkilökohtaisella alueella jolloin on otettava huomioon potilaan yksityisyyden turvaaminen ja hienotunteisuus. (Westergård, Rautava-Nurmi, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012: 268.)

Erittämiseen liittyy kiinteästi hoitotyössä hygieniasta huolehtiminen. Hygienia ja siihen liittyvät varotoimet ovat toimia, joilla pyritään torjumaan infektioita ja vähentämään mikrobien tarttumista henkilöstä tai ympäristöstä toiseen. (Juvonen & Saastamoinen 2010: 10.) Potilaan sairastaessa hän voi olla kykenemätön huolehtimaan henkilökohtaisesta hygieniastaan, jolloin hoitotyön toiminnoista huolehtiminen on ammattilaisten vastuulla. Potilaan henkilökohtaisen hygienian hoidossa edetään aseptisesti, jolloin estetään mikrobien tarttuminen ja ehkäistään niiden leviäminen. (Ratia & Routamaa 2010: 152-153.) Hoitotyössä potilaan tarpeiden ja voinnin ja mukaan avustetaan potilasta päivittäisissä hygieniaan liittyvissä toiminnoissa, kuten peseytymisessä vuoteessa, pesulavetilla tai suihkussa. Samalla huolehditaan potilaan ihon kunnosta, parranajosta ja vaipan vaihtamisesta. Kynsien leikkaaminen ja hiustenlaittaminen kuuluvat hygienian hoitoon. Hoitotyössä potilaan riisuutumisessa ja pukeutumisessa avustetaan huomioiden potilaan omat voimavarat. Hygienian hoitoon kuuluu myös potilaan vuoteen puhtaudesta huolehtiminen. Potilaan perustarpeista huolehtiminen ja niiden turvaaminen on yksi hoitajan tärkeimmistä työtehtävistä.

Lääkehoito

Lääkehoidon tarkoituksena on edistää ja kohentaa ihmisen terveyttä sekä ehkäistä uusien sairauksien syntymistä. Lääkehoidossa hoitotyön toimintana korostuvat erityisesti lääkemääräyksen mukainen lääkkeiden jakaminen, lääkkeen antaminen potilaalle, potilaan ohjaus sekä lääkehoidon vaikutusten tarkkailu, arviointi ja raportointi. Lääkkeenantoon käytetään kahta tapaa enteraalisesti eli mahasuolikanava kautta tai mahasuolikanavan ulkopuolelle eli parenteraalisesti. Esimerkiksi parenteraalisesti annetaan lääkkeitä ihon alle, lihakseen, laskimoon, keuhkoihin, limakalvolle, epiduraalitilaan, spinaalitilaan tai peräsuoleen. (Saastamoinen ym. 2010: 94-95.)

Liikkuminen

Hyvän terveyden ja aktiivisen elämän perusedellytyksinä on mahdollisimman hyvä, mutta rajoitteet huomioiva liikuntakyky. Säännöllisellä liikkunnalla ja aktiivisuudella on merkittävä vaikutus terveyden edistämässä ja sairauksien ennaltaehkäisemisessä. (Iivanainen & Syväoja 2009: 16.) Hoitotyössä potilas osallistuu voimavarojensa mukaisesti ohjattuna tai avustettuna hoitoonsa kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Hoitotyössä käytetään kuntouttavaa työtettä, jolla potilas hyödyntää oman toimintakykynsä liikkumisen rajoitteet huomioiden. Potilaan kuntouttaminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Liikkumista tukemaan on kehitetty erilaisia apuvälineitä, joiden avulla potilaalle opetetaan kuntouttaessa asteittainen ja ehkä uusikin tapa liikkua. (Westergård ym. 2012: 214.)

Toimenpiteet, näytteet ja voinnin seuranta

Hoitotyöhön olennaisesti sisältyvät potilaalle tehtävät erilaiset toimenpiteet ja näytteidenotot, vitaalielintoimintojen mittaaminen ja niiden seuranta sekä potilaan tilan ulkoinen

havainnointi. Potilaan hengityksen seurantaan kuuluvat happisaturaation ja hengitystaajuuden eli hengitysfrekvenssin mittaamisen lisäksi hengityssänten, yskän ja limaisuuden seuranta. Potilaan uloshengityksen virtaus voidaan määrittää PEF- mittauksen avulla. (Iivanainen & Syväoja 2009: 316–321.) Potilaan verenkiertoa seurataan mittaamalla verenpainetta, sydämen sykettä, pulssia. Sydänfilmi, lämpöseuranta ja ihon väri kuvaavat potilaan voinnin tilaa. Potilaan vointia voidaan muutoin tarkkailla mm seuraamalla turvotuksia, verensokeria, kipua, sekä potilaan psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista hyvinvointia. (Iivanainen & Syväoja 2009: 576, 591.) Kipu on yksi suurimmista toipumisen esteistä, siksi hoitotyössä tulee painottaa hyvään ja laadukkaaseen kivun seurantaan ja hallintaan. Potilaan kokemaa subjektiivista kipua seurataan potilaan itsensä kertoman tiedon perusteella ja havainnoimalla potilaan ilmeitä ja liikehdintää, eleitä. Kipua voidaan selvittää myös käyttämällä erilaisia kipumittareita. Kivun voimakkuuden lisäksi kivusta voidaan tulkita kivun sijainti ja kivun laatu, eli miten potilas aistii kivun tai millaisena aistimuksena kipua voidaan tuntea. (Iivanainen & Syväoja 2009: 471.)

Ohjaus

Ohjauksella hoitotyössä pyritään edistämään potilaan kykyä ja aloitteellisuutta oman hyvinvointinsa lisäämiseen. Potilaan rooli on ohjauksessa aktiivinen hoitajan tukiessa päätöksenteossa. (Eloranta & Virkki 2011: 15.) Ohjauksen kulmakivenä pidetään vuorovaikutusta. Hoitotyössä ohjaus sisältää potilaan opetuksen, neuvonnan, ohjauksen ennen ja jälkeen hoitojen ja toimenpiteiden sekä ohjauksen niiden yhteydessä. Ohjaus voidaan nähdä potilaan toimintaan vaikuttamisena ja kasvun tukemisena. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007: 25.) Potilaan oikeuksiin kuuluu erottamattomasti itsemääräämisoikeus sekä oikeus tietää terveydestään ja hoidostaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Kyngäs ym. (2007) toteavat ohjauksella edistettävän potilaan toimintakykyä, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa, elämänlaatua, itsenäistä päätöksentekoa ja kotona selviytymistä. Ohjaus vaikuttaa potilaan mielialaan lieventäen ahdistusta ja masentuneisuutta. Lisäsairaudet, hoitokäynnit, sairauteen liittyvät toistuvat oireet, sairaus-päivät ja lääkkeiden käyttö ovat vähentyneet ohjauksen avulla. Laadukkaalla ohjauksella edistetään potilaan terveyttä. Ohjaustapahtumaan pitää varata riittävästi aikaa, jotta potilas kykenee ja uskaltaa kertoa mieltään askarruttavista asioista (Mattila 2001: 65). Potilaat arvostavat yksilöohjausta, koska vuorovaikutustilanteessa heillä on mahdollisuus kysymysten esittämiseen, väärinkäsitysten oikaisemiseen ja tuen saamiseen hoitajalta. (Kyngäs ym. 2007: 74; Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005: 211.)

Emotionaalinen tuki

Empatia merkitsee herkkyyttä ymmärtää toisen ihmisen tunteita. Hoitotyössä empatia tarkoittaa hoitotyöntekijän kykyä asettua potilaan asemaan tilanteen ymmärtämisen vaatimaksi ajaksi, kykyä irrottautua siitä ja kykyä tarkastella asiaa objektiivisesti (Eriksson & Kuuppelo-

mäki 2000: 143). Potilaan emotionaalisella tukemisella autetaan potilasta tiedostamaan sairauden eri vaiheissa ilmeneviä tunteitaan. Hoitotieteessä emotionaalinen tuki määritellään auttamismenetelmäksi, jolla pyritään ymmärtämään potilaan psyykkisiä tarpeita ja vastamaan niihin. Emotionaalinen tuki ei aina vaadi erityisiä sanoja tai tekoja, vaan toisinaan läsnäolo ja potilaan vierellä istuminen riittävät. Emotionaalinen tuki on koskettamista, lohduttamista, rohkaisemista, kuuntelemista ja tiedon jakamista, mutta myös Åstedt-Kurjen, Isolan ja Tammentien (2002) mukaan tilanteisiin ja potilaan mielialaan sopivaa huumorinkäyttöä. Kosketuksella rauhoitetaan potilasta ja luodaan hyvää oloa sekä saadaan läheinen kontakti potilaaseen. Emotionaalinen tuki ilmentää potilaalle hänestä välittämistä ja häntä arvostamista.

Potilaan emotionaalisen hyvinvoinnin edellytyksenä on toivon luominen ja kannustaminen. Toiveikkuudella on todettu olevan yhteys potilaan fyysiseen hyvinvointiin, paranemiseen ja elämän pituuteen. Myös keskustelun ja kannustuksen on todettu auttavan henkiseen yksinäisyyteen. (Heiskanen 2005: 60; Liponkoski & Routasalo 2001: 259.) Emotionaalisessa tukemisessä keskiössä on potilaan yksilöllisyyden huomioiminen, turvallisuuden tunteiden lisääntyminen, henkisen ahdistuksen väheneminen, itseluottamuksen lisääntyminen ja toivon luominen. Emotionaalisen tuen tarkoituksena on potilaan tasapainoisen tunne-elämän ylläpitäminen. Se edistää potilaiden terveyttä, kykyä itsehoitoon, omatoimisuutta, hoitoon sitoutumista, voimavaroja, tunteiden käsittelyä ja vuorovaikutusta. Emotionaalisella tukemisella on suuri vaikutus potilaan mielialaan ja kuntoutumiseen. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000: 143; Liponkoski & Routasalo 2001: 263.)

Suunnittelu ja arviointi

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa hoitotyössä antamaan potilaalle hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa ja kohtelevaan potilasta ihmisarvoa loukkaamattomasti hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen. Laissa korostetaan tutkimus-, hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimista potilaan kanssa yhteistyössä ja potilaan tasa-arvoista asemaa. Lakiin perustuva potilaan tiedonsaantioikeus edellyttää hoitotyössä riittävän ymmärrettävästi annettavaa selvitystä potilaalle hänen terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä kaikista hoitoon liittyvistä tekijöistä, joilla on merkitystä potilaan hoidosta päätettäessä. Potilaslain edellyttämässä tiedonsaantioikeudessa korostuu potilaan osallisuus ja hänen huomioimisensa hoitotyössä.

Yhdessä potilaan kanssa määritellään hoidon tarve ja huomioidaan potilaan oma näkemys terveydentilastaan ja hoidon tarpeesta. Potilaan mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun luo positiivisen hoitoilmapiirin. Mahdollisuus osallistua omaan hoidon suunnitteluun ja arviointiin eheyttää ja parantaa potilaan omanarvontuntoa. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008: 76-77.)

Suurmondin ja Seelemanin (2006) mukaan potilaan mahdollisuuteen aidon kantansa ilmaisuun hoidostaan vaikuttavat hoitotyössä hoitajan ja potilaan erilaiset kulttuuriset taustat. Tasaver-
taisuus neuvotteluissa hoitoalan asiantuntijan kanssa ei välttämättä toteudu. Potilaan osallis-
tumisohjelmukselta oman hoitonsa arviointiin ja suunnitteluun harvoin selvitetään (Poskiparta,
Kettunen & Liimatainen 2000), koska uskotaan potilaiden pitävän kyseistä tiedustelua vain
retorisena tai asiaan kuulumattomana. Lisäksi kysymyksen esittäminen vaatii perusteluja, mi-
kä puolestaan pitkittäisi potilastapaamisen kestoa (ks. Elwyn, Edwards, Wensing, Hibbs, Wil-
kinson & Grol 2001). Päätöksentekoon osallistumisen on todettu olevan yhteydessä potilaiden
suurempaan hoitotytyväisyyteen (Partanen T.M. 2002), itsehoidon onnistumiseen sekä pa-
rempiin hoitotuloksiin (Heisler, Bouknight, Hayward, Smith & Kerr 2002).

1.3 Hoitotyön ajankäytön tutkiminen

Työajankäyttöä tutkiessa menetelmät jaetaan arviointiin perustuviin menetelmiin ja tiedon-
keruuseen perustuviin menetelmiin (Partanen 2002: 48). Arviointia käytetään silloin, kun sys-
temaattinen tiedonkeruu ei ole mahdollista. Tiedonkeruuseen perustuvassa mittaamisessa
lähestymistapoina ovat standardiaikojen mittaaminen, keskimääräisten aikojen mittaaminen
sekä näiden yhdistelmät. Mittaaminen tapahtuu joko tutkijan havainnoimana tai itserapor-
tointina. Mittaaminen voi olla jatkuvaa tai toteutua esimerkiksi toimintolaskentamenetelmän
avulla. Toimintolaskentamenetelmällä tarkoitetaan määrävälein tehtyä ajankäytön seuranta.
(Partanen 2002: 48-49.)

Partanen (2002: 48) mukaan toimintolaskennalla tarkoitetaan työn mittaamisen ja analysoin-
nin menetelmää, jonka tavoitteena on työn tuottavuuden arviointi ja parantaminen. Nykyään
toimintolaskenta- menetelmää 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 parantami-
seen on käytetty työajan mittaamista. (Partanen 2002: 48-50.) Rissasen, Toivasen & Miettisen
(2005: 19-25) mukaan työajanseuranta ja sen antamien tulosten analysointi työyksikössä mah-
dollistaa myös hoitotyön sisällön kehittämisen.

Toimintolaskentamenetelmä edellyttää, että hoitotyön havainnointia varten on tehty työhön
sopivat luokittelut. Tutkimusten perusteella yleisimmin on käytetty hoitotyön määrällistämistä
neljään toimintoalueeseen: välitön- ja välillinen hoitotyö, osastokohtaiset toiminnot sekä
henkilökohtainen ajankäyttö. (Partanen 2002: 51.) Pelletierin & Duffieldin (2003: 35) mukaan
havainnointia voidaan toteuttaa joko ulkopuolisen havainnoijan toimesta jatkuvana havain-
nointina tai hoitohenkilöstön itsensä suorittamana havainnointina eli itseraportointina esimer-

kiksi 10-15 minuutin välein toteutettuna. Ulkopuolisen havainnoijan tekemää aikamittausta pidetään luotettavana, mutta työ on kallista ja aikaa vievää. Hoitohenkilökunnan itseraportoinnin etuina ovat muun muassa menetelmän taloudellisuus ja hoitajien hyvä oman työn tuntemus. Haittoina voivat olla työntekijöiden vastustus sekä puutteellinen motivaatio aikamittausta kohtaan. (Hakoma 2008: 21- 22.)

Mitattaessa työajankäyttöä tunnussuureena ovat ajan määreet, tunnit ja minuutit. Aikaa mittaessa asteikko on absoluuttinen, eli muuttujan arvoilla on vain yksi merkitys (Metsämurtonen 2001: 48). Suora aikatutkimus on luotettava ja perustuu työtehtäviin käytetyn ajan mittaamiseen kellolla tehtävän alkamisesta sen loppumiseen. Menetelmää pidetään erityisesti luotettavana silloin kun tehtävät on luokiteltu tarkasti eikä mittaaminen aiheuta häiriötä havainnoitavan työskentelylle. Tehtäviin kuuluva aika kuitenkin vaihtelee, koska eri ihmiset tekevät samaakin tehtävää hyvin eri tavoin ja kestoiltaan eri ajan. (Metsäpelto & Tikkanen 1995: 5)

Hoitohenkilökunnan työajankäytöstä on tehty aiempia tutkimuksia jonkin verran sekä Suomessa että ulkomailla. Tämän tutkimuksen yhteydessä rajasimme aikaisempien tutkimusten tarkastelun koskemaan vuoden 2000 jälkeen tehtyihin ajankäytönmittaustutkimuksiin. Näistä edelleen tarkempaan tarkasteluun rajasimme ne tutkimukset, jotka kohdistuivat vuodeosaston kaltaiseen eli laitoshoitoon sairaaloissa, terveyskeskuksissa tai vanhainkodeissa. Laitoshoidolla tarkoitetaan hoitoa ja kuntoutusta sairaalan, terveyskeskuksen tai muun terveydenhuollon toimintayksikön vuodeosastolla tai sitä vastaavissa olosuhteissa. (Terveydenhuoltolaki § 67.)

1.4 Tutkimuksia välittömän hoitotyön ajankäytöstä

Partanen (2002) väitöskirjassaan tarkasteli hoitajien ajankäyttöä suhteessa potilaiden hoitoisuuteen ja hoidon tuloksiin erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksessa tuotettiin tietoa hoitotyön henkilöstömitoituksen arviointia ja suunnittelua varten. Hoitohenkilökunnan ajankäyttöä seurattiin kahden viikon ajan toimintolaskentamenetelmällä siten, että hoitajat raportoivat itse työtehtäviään 10 minuutin välein (kts. taulukko 1). Havainnointijaksot olivat yleensä neljän tunnin mittaisia. Tiedonkeruu tapahtui itseraportointina strukturoidulle lomakkeelle, jossa hoitotyö oli jaettu neljään pääluokkaan; välitön hoitotyö, välillinen hoitotyö, osastokohtainen työ ja henkilökohtainen aika. Aineistoa kertyi neljältä osastolla yhteensä 506 työvuoro-kohtaisesta havainnointijaksosta. Tutkimukseen osallistui 92 hoitajaa. Tulosten mukaan 41 % hoitajien työajasta kohdistui välittömään hoitotyöhön ja 35 % välilliseen hoitotyöhön, 16 % osastokohtaiseen työhön ja 8 % henkilökohtaiseen ajankäyttöön. Ajankäytön lisäksi tutkimuksessa kerättiin aineistoa myös osastonhoitajilta ja potilailta sekä hyödynnettiin osastojen hoitoi-

suusluokitustietoja. Hoitohenkilökunnan työajankäyttö suhteutettiin eri hoitoisuusluokissa olevien potilaiden hoitamiseen käytettyyn aikaan. (Partanen 2002: 64, 72, 76, 108.)

Pro gradu-tutkimuksessaan Hakoma (2008) kuvaa hoitohenkilöstön työajankäyttöä ja hoitotyön laatua terveyskeskussairaalan geriatriella arviointi- ja kuntoutusosastolla. Työajanseurannassa käytettiin Partasen kehittämää lomaketta pienin muutoksin ja seuranta toteutettiin kahden viikon aikana. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat täyttivät lomakkeet arvioimalla käyttämänsä työajan 15 minuutin jaksoissa ja merkitsemällä rastin sen toiminnon kohdalle, jota olivat ensisijaisesti tehneet. Tulosten perusteella välittömän hoitotyön osuus oli 59 %, välillisen hoitotyön osuus 21 %, osastokohtaisen työn 13 % ja henkilökohtaisen ajan osuus 7 %. Hakoman tutkimuksessa välittömän hoitotyön osuus oli suurin lähihoitajilla. Ammattiryhmien väliset erot eivät kuitenkaan olleet suuria.

Peltokorpi (2007) pro gradu-tutkielmassaan kuvaa hoitohenkilöstön työajankäytön jakautumista toiminnoittain eri ammattiryhmissä. Tutkimuksen toisena tarkoituksena oli kuvata henkilöstömitoitusta vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Aineistokeruu suoritettiin viikon ajalta palvelukeskuksen viidellä osastolla. Työajanseurantalomakkeena käytettiin Partasen kehittämää lomaketta muokattuna tutkimukseen sopivaksi. Lomakkeeseen merkittiin rasti sen toiminnon kohtaan, jota ensisijaisesti oli tehty. Yksi rasti merkitsi 15 minuutin työtä. Tutkimuksen mukaan välittömän hoitotyön osuus oli 55,7 %, välillisen hoitotyön osuus 15,5 %, osastokohtaisen työn 20,3 % ja henkilökohtaisen ajan osuus 8,4 %. Välittömän hoitotyön osuus oli korkein iltavuorossa. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna välittömän hoitotyön osuus oli korkein perus- ja lähihoitajilla. Välillisen työn osuus sitä vastoin oli korkeampi sairaanhoitajilla.

Karvosen (2005) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää saavatko potilaat hoidon tarvettaan vastaavaa hoitoaikaa sekä kuinka työntekijöiden työajankäyttö jakautuu. Tutkimus toteutettiin neljällä terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tutkimusaineisto koostuu potilaskohtaisesta hoidon ajanmittauksesta, potilaan tautidiagnoseista, RaVa-indeksistä ja hoitoisuusluokituksesta, potilaan viipymäajasta osastolla, sukupuolitiedoista, infektiotiedoista, lääkemääristä sekä potilaan demografisista tiedoista. Tutkimuksessa selvitettiin hoitohenkilöstön suorittaman ja mittaaman työn jakaumasuhdetta. Ajankäytön osalta tiedon kerääminen tapahtui hoitohenkilöstön suorittamana itsehavainnointina. Hoitohenkilöstö mittasi potilaskohtaisesti minuuttien tarkkuudella tekemiään työtehtäviä niin, että mittauksen tuloksena oli nähtävissä hoitajan käyttämä aika tietyn potilaan hoitoon. Hoivaosastoilla aikaa seurattiin yhden vuorokauden ajan ja sisätautiosastolla ja synnytys-kirurgisella osastolla viikon ajan. Työaika jaettiin välittömään, välilliseen sekä muuhun työhön. Tutkimustulosten perusteella hoivaosastoilla työajasta käytettiin välittömään hoitotyöhön noin 60 % ja akuuttiosastoilla keskimäärin 50 %.

Yhtenä hoitotyötä koskevien ajankäyttötutkimusten tunnusomaisena piirteenä näyttää olevan pyrkimys selvittää työajan jakautumista välillisen ja välittömän työn kesken. Peltokorpi (2007) ja Hakoma (2008) pro gradu-tutkimuksissaan ovat käyttäneet Partasen (2002) kehittämää seurantalomaketta, jossa työaika on jaettu välittömän ja välillisen hoitotyön lisäksi osasto kohtaiseen työhön ja henkilökohtaiseen aikaan. Yhteisenä tutkimusongelmana näyttää olevan hoitohenkilöstön työajan jakautuminen toiminnoittain. Toisena tutkimusongelmana on usein tutkittu myös henkilöstömitoitusta. Partasen kehittämä lomake ei sellaisenaan soveltunut tämän opinnäytetyön tutkimuksen toteuttamiseen, koska työaikaseurannan tuloksia tul-taisiin tarkastelemaan pelkästään välittömän hoitotyön näkökulmasta. Yhteenvedona voidaan todeta, että aikaisempien tutkimustulosten mukaan hoitohenkilöstön työajasta käytetään noin 50 % välittömään hoitotyöhön.

Tutkija, vuosi ja tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
Kaustinen, T. 2011. Kehittää hoitoisuusluokitus Oulun yliopistolliseen sairaalaan, arvioida hoitoisuusluokituksen luotettavuutta hoitoisuuden mittaamiseen ja arvioida hoitoisuusluokitus hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta	Asiantuntija-arvioinnit (N=36= ja rinnakkaisluokitukset (N=8129), ajanhavainnointi (N=17599), ryhmähaastattelut (N=8) ja kansainvälinen kirjallisuuskatsaus	Hoitohenkilökunnan aikaa kului eniten lääkehoidon ja fyysisen hoidon toteuttamiseen, vähiten aikaa käytettiin potilaan psyykkiseen tukemiseen ja potilaan ohjaukseen. Välillisessä hoitotyössä eniten aikaa käytettiin potilaan hoidon suunnitteluun ja raportointiin. Hoitoisuusluokitusta ei hyödynnetty päivittäin osaamisen kohdentamisessa tai työkuormituksen ennakoimisessa
Furåker, C. 2009 (Ruotsi) Kuvata, miten erilaisissa hoitotyön toiminnoissa kuluu aikaa ja miten työtehtävät jakautuvat kirurgisella, geriatrisella, sisätautisella ja psykiatrisella osastolla	Hoitajien pitämä itsehavainnointi päiväkirja työpäivänsä ajankäytöstä 10 osastolla (N=30)	Välitöntä hoitotyötä 38 %.
Heinonen, R. 2009.	Osaston henkilökunnan (N=	Välitöntä hoitotyötä 53,3 %,

Kuvailta yhden osaston hoitajien työn sisältöä ja työajan käyttöä	21) työajan seuranta itseraportointina viiden työvuoron ajalta.	välillistä hoitotyötä 35,6 %, taukoja 6,9 %. Aamu- ja iltavuoroissa painottuivat välittömät fyysisen hoitotyön toiminnot ja yövuoroissa suoritettiin enemmän hoitamiseen liittyttämiä toimintoja
Hakoma, M. 2008. Kuvata hoitohenkilöstön työajankäyttöä ja hoitotyön laatua.	Osaston henkilökunnan (N= 15) työajanseuranta toiminto-laskentamenetelmällä 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, vitamiinilintoimintojen seuraaminen sekä ravitsemuksen hoito
Eloranta, P. 2007. 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 painottuivat enemmän osastoon liittyvät toiminnot
Peltokorpi, P. 2007. Kuvata hoitohenkilöstön työajankäytön jakautumista toiminnoittain eri ammattiryhmissä sekä kuvata henkilöstömitoitusta.	Viiden osaston henkilökunnan (N= 81) työajanseuranta	Välitöntä hoitotyötä 55,7 %, välillistä hoitotyötä 15,5 %. osastokohtainen työ 20,3 % ja henkilökohtaisen ajan osuus 8,4 %. Työvuoroittain välittömän hoitotyön osuus oli korkein iltavuorossa 61 %
Karvonen, H. 2005 Selvittää, saavatko potilaat hoidon tarpeen mukaista hoitoa ja mitkä ovat ne tekijät, jotka ohjaavat hoi-	Kahden hoiva ja kahden akuuttiosaston potilaat (n=379) Potilaan hoidon havainnointi osastolla sekä hoitohenkilöstön suorittama ja mittaama	Parhaiten potilaan saamaa hoitoa selittää hoitoisuusluokitus ja potilaan viipymäaika osastolla. Naissukupuoli, käytetty lääkemäärä ja infektio

don allokoointia	työn jakaumasuhde	vaikuttivat lisäävästi saatuun hoitoon
Partanen, P. 2002 Tuottaa tietoa hoitotyön henkilöstömitoitusten arviointia ja suunnittelua varten erikoissairaanhoidon hoitoympäristössä	Hoitohenkilökunnan (N=92) työajankäytön seuranta toimintolaskentamenetelmällä kahden viikon ajalta hoitajien itseraportoimana, henkilöstömitoituksen riittävyyttä ja laatua koskeva kysely (N=504+N=55), potilaiden arviot ILH-mittarilla (N=158) sekä hoitoisuusluokitustiedot hoitopäiviltä (N=1602)	Välittömän hoitotyön osuus oli 41 %, välillisen 35 %, osasto-kohtaisen työn osuus oli 16 % ja henkilökohtainen ajan- käyttö noin 8 %. Hoitotyön mitoitus oli arvioitu riittä- mättömäksi joka toisessa työvuoressa ja hoitotyön laa- dun arvioitiin heikentyneen tuolloin keskimäärin 17 %. Potilaat kuitenkin arvioivat hoidon laadun kiitettäväksi
Kane, R. Flood, S. Keckhafer, G. & Rockwood, T. 2001 (USA) Kuvata työajankäyttöä van- hainkodissa	Viiden pitkäaikaishoitolaitok- sen henkilöstön (N=20), itse- raportointi, toimintolaskenta	Välittömän hoito 35,2 %, vä- lillinen hoito 26,1 %, kirjalli- set työt 19.9 %
Lundgren, S. 2001 (Ruotsi) Tutkia työajankäyttöä hoito- työn toiminnoissa kirurgisella osastolla	Yhden kirurgisen osaston hoi- tajat (N=22), ulkopuolinen havainnoija, toimintolaskenta	Välitön hoito 34-39 %, välilli- nen hoito 24-26 %, osasto- kohtainen työ 24-26 % henki- lökohtainen aika 13-14 %
Hall, M.L. & O`Brien-Pallas L. 2000 (Kanada) Kuvata hoitohenkilöstön työ- ajankäyttöä ja työtyytyväi- syyttä	Kahden pitkäaikaishoidon yk- sikkö henkilökunta (N=46) ul- kopuolinen havainnoija, toi- mintolaskenta ja kyselykaava- ke	Välittömän hoitotyön osuus 30,9 %, välillisen hoitotyön osuus 45.4 %, ei hoitotyöhön liittyviä toimintoja 20.5 %
Westbrook, J., Duffield, C., Ling, L. & Creswick, N. 2011 (Australia)	Kahden vuodeosaston henkilö- kunnan (N=27) työn havain- nointi tunnin jaksoissa ensin vuosina 2005-2006 ja uusinta- havainnointi (N=30) 2008	Uusintatutkimuksessa välit- tömän hoitotyön osuus lii- sääntyi 20,4 %:sta 24,8 %:iin

Taulukko 1: Välittömän hoitotyön tutkimusten esittely

2 Työn toteuttaminen

2.1 Tutkimusjoukon ja -ympäristön kuvaus

Tutkimuksen toimintaympäristönä on Vantaan perusterveydenhuollon sairaalatoiminnasta vastaava Katriinan sairaala ja Peijaksen sairaalan tiloissa toimivat geriatriset akuutit vastaanottoyksiköt. Vantaan sairaalapalvelut sisältävät lyhyt- ja pitkäaikaista sairaalahoitoa. Vuodeosastoilla tapahtuvaan työaikamittaukseen osallistui yhteensä 23 lähi- ja perushoitajaa, sairaanhoitajaa ja fysioterapeuttia. Konfuusio-osasto 1:llä on 16 paikkaa pääsääntöisesti erilaisia sekavuustiloja sairastaville voimakkaasti oirehtiville potilaille. 2A infektio-osastolle on keskitetty erityisesti ongelmamikrobin aiheuttamien infektiopotilaiden hoito. 20-paikkaisella osastolla hoidetaan myös muita jatkohoitoa ja kuntoutusta tarvitsevia yleistilan laskusta, erilaisista muista infektioista ja muistihäiriöistä kärsiviä potilaita. 28-paikkaisella ortopedisellä 2B osastolla hoidetaan ja kuntoutetaan murtumapotilaita, etenkin lonkkamurtumapotilaita. Osasto 3 on 20-paikkainen geriatriseen kuntoutukseen painottuva tutkimus- ja kuntoutusosasto. Aivohalvauskuntoutusosasto 4A:n erityispiirteenä on aivoverenkierron häiriöitä sairastavien potilaiden hoito. Tällä 27-paikkaisella osastolla on painopisteenä toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä hoitotyö, jossa potilaalla on aktiivinen rooli kuntoutujana. 28-paikkaiselle haavaosastolle 4B on keskitetty erityisesti haavapotilaiden hoito. Osastolla hoidetaan myös muusta syystä sairaalahoitoa ja kuntoutusta tarvitsevia potilaita. Osasto 5 on profiloitunut parantumattomasti sairaiden potilaiden hoitotyöhön. Osastolla on 17 palliatiivisen hoidon paikkaa. Peijaksen sairaalan yhteydessä sijaitsevat Vantaan sairaalapalvelujen geriatriset akuuttiosastot 20-paikkainen AKOS1 ja 17-paikkainen AKOS2 ovat äkillisestä yleistilan laskusta tai sairaudesta/vammasta kärsivien ikääntyneiden vantaalaisten tutkimus-, arviointi-, hoito- ja kuntoutusosastoja. (Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystoimi 2011.)

2.2 Tutkimusmenetelmänä ajan mittaaminen

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena, jota voidaan nimittää myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä sekä eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Tutkimus edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Aineistonkeruuseen käytetään yleensä standardoituja tutkimuslomakkeita, joissa on laadittu valmiit vastausvaihtoehdot. Asiaita kuvataan numeeristen suureiden avulla ja tuloksia voidaan tulkita taulukoin ja kuvioin. Tutkimuksessa saadaan yleensä kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta ei pystytä riittävästi selvittämään asioiden syitä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkija ei pääse riittävän syvälle tutkittavaan maailmaan ja siksi tutkimustapaa kutsutaan usein pinnalliseksi. Tutkimuskohteen ollessa tutkijalle vieras on vaarana, että tutkija tekee vääriä tulkintoja tuloksistaan. (Heikkilä 2005: 16.)

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa ilmiötä pyritään selittämään erilaisilla luokittelulla, syy- ja seuraussuhteilla, vertailulla ja numeerisilla tuloksilla. Määrälliseen tutkimukseen sisältyy erilaisia laskennallisia ja tilastollisia analyysimenetelmiä. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä on ymmärtää kohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Laadullista tutkimusta voidaan toteuttaa monella erilaisella menetelmällä, joissa yhteisenä piirteenä korostuu kohteen esiintymisympäristöön ja taustaan, kohteen tarkoitukseen ja merkitykseen, ilmaisuun ja kieleen liittyvät näkökulmat. Laadullisen ja määrällisen tutkimusotteiden välistä eroa usein korostetaan, vaikka molempia suuntauksia voidaan käyttää myös samassa tutkimuksessa. Molemmilla tutkimusotteilla voidaan selittää samoja tutkimuskohteita tosin eri tavoin. (Alasuutari 2001: 31-35.)

Otos tarkoittaa havaintoyksiköiden joukkoa, joka on poimittu jotakin otantamenetelmää käyttäen perusjoukosta. Otoksen tulisi edustaa perusjoukkoa mahdollisimman hyvin, koska siitä tehdään päätelmiä koko perusjoukosta. Perusjoukko puolestaan on kohdejoukko, josta tutkimuksessa tehdään päätelmiä. Määrällisessä tutkimuksessa tutkimusta pidetään yleisesti sitä luotettavampana mitä suurempi otos on. Otoksen suuruuteen vaikuttavat kuitenkin myös tutkimukseen käytettävissä olevat resurssit. Tutkimuksen työläys kasvaa luonnollisesti sitä mukaa, kun otoskoko suurenee. (Vilkkä 2007: 51-58)

Käytettäessä määrällistä tutkimusta, saadaan vastaukset kysymyksiin, kuinka paljon, miten usein ja kuinka moni. Tutkimus kuvaa sitä, miten eri asiat eroavat toisistaan ja millä tavalla ne liittyvät toisiinsa. (Vilkkä 2007: 13-14.) Käytettäessä mittaria, voidaan puhua välineestä, jolla saadaan määrällinen tieto määrälliseen muotoon, eli muutettava sanallinen tieto tutkittavasta asiasta. Määrällisessä tutkimuksessa käytetään tutkimuksen mittaamiseen kysely-, haastattelu- ja havainnointilomaketta. Määrällisessä tutkimuksessa määritellään eroja eri symbolein ja havaintoyksiköiden mittaamisella käyttäen apuna mitta-asteikkoa. Mitta-asteikon avulla tutkijat ryhmittelevät, järjestelivät tai luokittelevat tutkittavat muuttujat. (Vilkkä 2007: 16.)

Tutkimusprosessissa on tavoitteena mahdollisimman objektiivinen tutkimus, joka saavutetaan tutkijan rehellisellä toiminnalla. Tutkijan poliittinen tai moraalinen vakaumus ei saa vaikuttaa tutkimustuloksiin. Olennaista tutkimuksen kannalta on tutkijan mahdollisimman vähäinen vaikutus tutkimustuloksiin ja vastauksiin. Tutkimuksen kannalta on tärkeää, että tutkittavan ja tutkijan suhde on etäinen koko tutkimusprosessin ajan. (Vilkkä 2007: 16; Heikkilä 2005: 31.)

Kvantitatiiviseen tutkimukseen voidaan tarvittavat tiedot hankkia erilaisista muiden keräämistä tilastoista, rekistereistä tai tietokannoista tai tiedot kerätään itse. Kvantitatiivinen tutkimus voi olla myös havainnointitutkimusta, jossa tiedot kerätään tekemällä havaintoja tutki-

muskohteesta. Käyttämällä havainnointitutkimusta voidaan täydentää tai korvata kysely- ja haastattelututkimuksia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa havainnointi tapahtuu systemaattisesti ja ulkopuolisesti. Tässä tavassa tutkija kerää havainnointiaineistoa tutkittavasta ollen ulkopuolinen tarkkailija kuitenkin osallistumatta havainnoitavien toimintoihin. (Heikkilä 2005: 18-19.) Opinnäytetyössämme käytimme systemaattista havainnointia, ulkopuolisen tehdessä havainnot ennalta suunniteltuun lomakkeeseen. Systemaattisen havainnoinnin kohteena oli tutkimuksessa myös tutkittavan henkilön puhe ja käyttäytyminen. Havainnoijat keräsivät havaintoja hoitajan toiminnasta lähinnä näkö- ja kuuloaistin avulla. (Vilka 2007: 29.)

2.3 Mittarin kehittäminen ja sen luotettavuus

Työajankäyttöä koskevan aineiston keräystä varten arvioitiin Partasen (2002: 72, 102-103) ja Kaustisen (2011: 176) suunnittelemaa työajanseurantalomakkeita. Partasen (2002) lomakkeeseen käyttämä jako hoitotyön eri toimintoluokkiin vastasi välittömän hoitotyön osalta sairaalaoastojen hoitotyön käytäntöä. Partasen lomakkeessa välitön hoitotyö oli jaettu yksityiskohdaisemmin eri alatoimintoluokkiin. Kaustisen (2001) havainnointilomake ei olisi soveltunut sellaisenaan tarkkaan aikamittaukseen välittömän hoitotyön tutkimisessa. Tätä tutkimusta varten kirjallisuuden ja aiempien mittareiden pohjalta suunniteltiin oma lomake (kts. liite 1), jonka suunnittelussa hyödynnettiin opinnäytetyöntekijöiden hoitotyön käytännön työkokemusta. Välittömän hoitotyön osa-alueisiin tehtiin pieniä muutoksia yhdistelemällä alatoimintoluokkia esimerkiksi vitaalitoiminnot ja näytteet toimenpiteet luokan alle sekä oman kiinnostuksen innoittamina lisättiin emotio luokka. Tilaajan toivomuksesta lisättiin luokka hoitotyön suunnittelu ja arviointi. Työajanseurantalomakkeessa välittömän hoitotyön toiminta jaettiin yhdeksään luokkaan. Lomakkeen esitestauksen jälkeen lisättiin kymmenes luokka alle minuutin kestävä kontakti potilaaseen.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuudessa on huomioitava tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti tarkoittaa mittarin kykyä mitata sitä, mitä sen tulisi mitata. Validiteetti eli pätevyys varmistetaan käyttämällä oikeaa menetelmää oikeiden asioiden mittaamiseen. Lomakkeen toimivuus, ymmärrettävyys, loogisuus ja käytettävyys voidaan varmistaa esitestauksella. (Kananen 2008: 81- 82; Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1997: 207-208.) Mittarin esitestaus suoritettiin lokakuun puolivälissä ylihoitaja Liedenpohjan ehdottamalla kolmella osastolla ennen varsinaisen aikamittauksen aloittamista. Esitestauksen tarkoituksena oli selvittää etenkin lomakkeen selkeyttä ja käytettävyyttä. Havainnointilomakkeen täyttämisen ajoittui arkipäivään kello 7-11.30 väliselle ajalle.

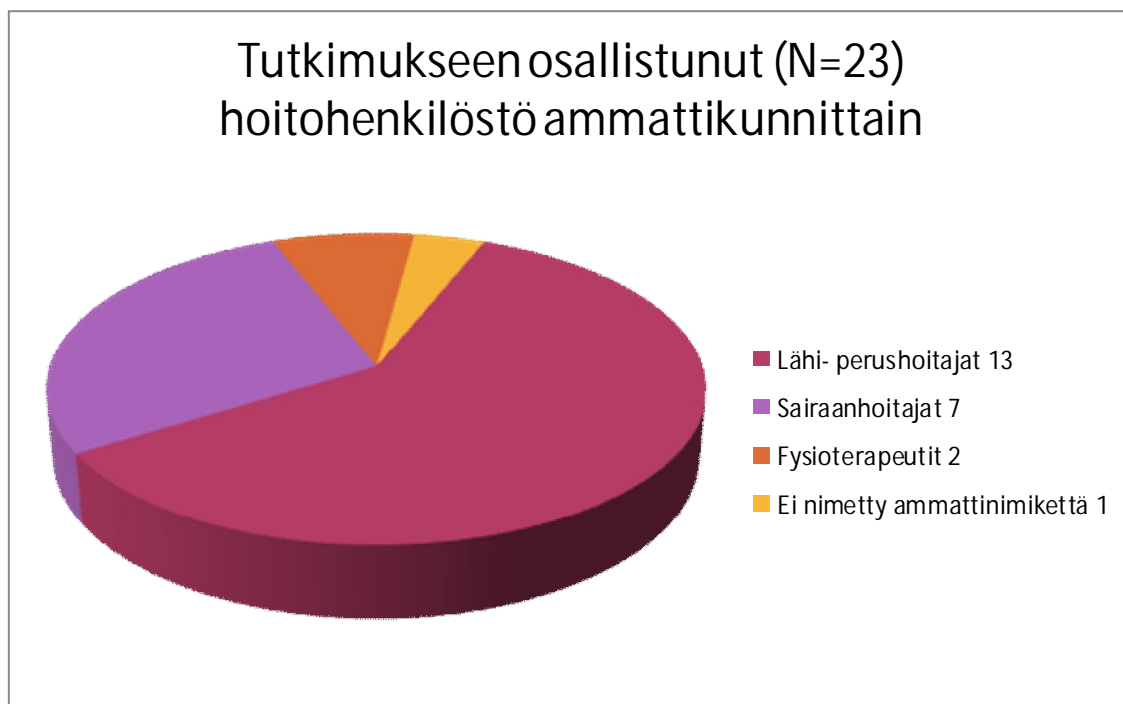
Esitestauksessa todettiin lomakkeen täyttäminen tietyissä tilanteissa haastavaksi. Havainnoinnin kohteena oleva hoitaja saattoi tehdä lyhyessä ajassa useita eri toimintoluokkiin kuuluvia hoitotoimia potilastyössä tai kesken hoitotyön tapahtuman hoitaja haki puuttuvia tarvik-

keita tai hoiti samalla toisen potilaan asiaa. Hoitaja saattoi toistuvasti poistua mitattavasta tilanteesta, jolloin esimerkiksi ajallisesti minuutti ei tullut täyteen. Tämän seurauksena päädyttiin pysäyttämään mitattava aika ja jatkamaan mittaamista hoitajan palattua takaisin potilaan luokse. Toinen mittaamisen haastavuutta lisännyt toiminto oli hoitajan pikaiset käynnit potilaan luona, jolloin ajallisesti minuutti jäi täyttymättä. Yhteistilassa hoitaja ohjasi ja opasti useita potilaita samanaikaisesti, jolloin potilaskohtainen mittaaminen vaikeutui. Näiden huomioiden perusteella mittariin lisättiin uusi luokka, joka käsitti alta minuutin tapahtuvan toiminnan potilaan kanssa. Esitetauksessa ilmeni lomakkeen kattavan työvuoron aikana tehtävät välittömät hoitotoiminnot ja lomakkeen olevan myös selkeä, toimiva ja pienin muutoksin helppo käyttää. Esitetausta toi esille myös erilaiset tavat määrittää käytetty aika. Yksi havainnoijista kirjasi tarkan ajan minuuteissa ja sekunneissa, toinen tarkan aloitus- ja lopetusajan. Molemmat tavat kirjata eivät sulje toisiaan pois, joten ajanottokirjaamista ei ohjeistettu tarkemmin.

Mittauksen luotettavuutta pyrittiin vahvistamaan suullisen ohjauksen lisäksi lomakkeen toiselle puolelle monistetulla muistilistalla tutkimuskohteena olevien välittömän hoitotyön luokkien sisällöistä (kts. liite 2). Luotettavan tuloksen saamiseksi lomakkeelle tehtävät merkinnät tuli kohdentua mahdollisimman tarkasti potilaan vierellä tapahtuvaan toimintaan. Tilaajaorganisaatio edellytti ulkopuolisen havainnoijan mittaavan hoitajan ajankäyttöä. Aikamittausten määrä päätettiin pitää mahdollisimman vähäisenä mutta riittävänä näytteen saamiseksi. Työajanmittaus päätettiin toteuttaa kaikilla osastoilla yhtenä arkipäivänä. Mittausta täydennettiin ilta- yö- ja viikonloppumittauksilla.

2.4 Aineiston keruu ja analysointi

Varsinaisen aineistonkeruun tekivät yhden päivän aikana Tikkurilan Laurean hoitotyön koulutusohjelman syksyllä 2012 aloittaneet aikuisopiskelijat. 17 opiskelijaa keräsi aineiston yhtenä arkipäivänä jakautumalla kaikille osastoille ja havainnoimalla 16 hoitajaa, joissa oli sairaanhoitajia, lähi- ja perushoitajia sekä fysioterapeutteja (kts. kuvio 1.). Havainnot tehtiin kello 7.00-14.00 välisenä aikana. Osastonhoitajat keräsivät mittauksen päättymisen jälkeen lomakkeet. Tutkijat saivat aineiston osastokohtaisissa suljetuissa kirjekuorissa seuraavana päivänä. Tutkimusaineistoa täydennettiin havainnoimalla kahta iltavuoroa, neljää viikonloppuvuoroa ja yhtä yövuoroa. Kokonaisuudessaan tutkimusaineisto kerättiin 1.-18.11.2012 välisenä aikana. Havaintolomakkeita palautui 23 hoitajan työajan havainnoinnista 28 kappaletta 10 osastolta. Yövuorosta tehty havainnointi jätettiin laskennasta pois. Ajallisesti havainnointi ei ollut riittävän kattava luettavaksi kokonaistyöaikaan.



Kuvio 1: Hoitohenkilöstön jakautuminen ammattikunnittain

Kerätty aineisto suunniteltiin tallennettavan tilastollisen käsittelyn mahdollistamaan tietokonepohjaiseen ohjelmaan SPSS eli the Statistical Package for Social Sciences. Perusteellinen tutustuminen kyseiseen ohjelmaan jäi puutteelliseksi ennen lomakkeen suunnittelua. Analyysivaiheessa todettiin lomakkeen rakenne ja havainnot liian informatiiviseksi analysoitavaksi kyseisellä ohjelmalla. Monipuolisempi analyysi toteutui hyödyntämällä Excel-taulukko-ohjelmalla tehtyä pohjaa, johon lomake oli suunniteltu.

Alustavassa analyysissä tutkittiin osastokohtaisesti välittömään hoitotyöhön käytetty aika aamuvuorossa, potilaskontaktien vähimmäis- ja enimmäismäärät, potilaskohtaisen ajankäytön minimi- ja maksimimäärät ammattikunta-kohtaisesti sekä alle minuutin mittaisten potilaskontaktien määrä. Taustamuuttujina käytettiin työyksikköä, työvuoroa ja tehtävänimikettä. Tutkimusaineistosta analysoitiin ensin perustiedot eli työvuoro-kohtainen jakauma koskien kaikkia yksiköitä, yksikkökohtainen vastausten lukumäärä sekä ammattikohtainen jakauma koskien kaikkia yksiköitä. Sen jälkeen aineistosta laskettiin välittömään hoitotyöhön käytetty aika ja analysoitiin luokittain työajan jakautuminen työvuoro-kohtaisesti, ammattiryhmittäin ja työyksiköittäin. Työyksikkökohtaisesti analysoitiin työajan jakautuminen myös potilaskohtaisesti ajallisesti sekä määrällisinä kontakteina. Työaikamittauksen alustavia tuloksia Vantaan kaupungin Sairaalapalvelujen johtoryhmä käsitteli joulukuussa 2012, jonne laadittiin väliraportti diaesityksineen. Keskustelua syntyi keskimääräisestä poikkeavista kohdista, joihin haettaneen perustelua osastojen erilaisista profiileista ja yksittäisten työntekijöiden erilaisista työskentelytavoista ja ammattikunta-kohtaisesta tehtäväkuvasta.

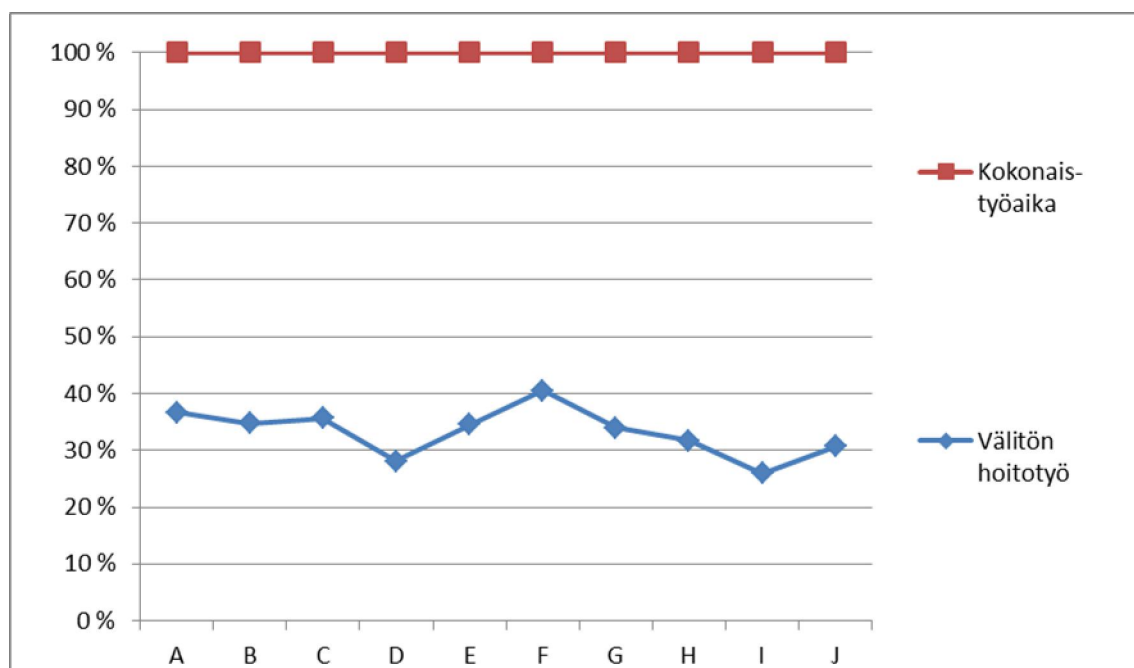
Tutkimuksessa käytetty pienin aikamääre on minuutti. Alle minuutin mittaiset potilaskontaktit todettiin haasteellisiksi laskea mukaan kokonaistyöaikaan. Alle minuutin mittainen potilaskontakti saattoi kestää muutamasta sekunnista lähes minuuttiin. Analyysivaiheessa alle minuutin mittaiset potilaskontaktit jätettiin kokonaistyöaikalaskennan ulkopuolelle. Alle minuutin kestoisia potilaskontakteja tarkastellaan työssä sisällöllisesti ja kontaktikertoina.

Analyysiä syvennettiin ja samalla laajennettiin tutkimusta välittömän hoitotyön työajan sisällön tutkimiseen. Potilaskontaktien sisältöjä tutkittiin osastokohtaisesti keskimääräisinä arvioina. Lopuksi tuotettiin profiili yhden hoitajan työajankäytöstä välittömään hoitotyöhön potilaskohtaisesti.

3 Tulokset

3.1 Välittömään hoitotyöhön käytetty aika

Työajanseuranta-aineisto muodostui sairaanhoitajien, lähi- ja perushoitajien ja fysioterapeuttien 22 työvuorokohtaisesta työajan havainnoinnista, josta sairaanhoitajien osuus oli 30,4 %, lähi- ja perushoitajien osuus 56,5 % ja fysioterapeuttien osuus 8,7 %. Ilman ammattinimikettä oleva osuus oli 4,4 % (kts. kuvio 1.). Lähtökohtana laskennassa on ollut 7h kestävä työvuoro. (kts. kuvio 2.).

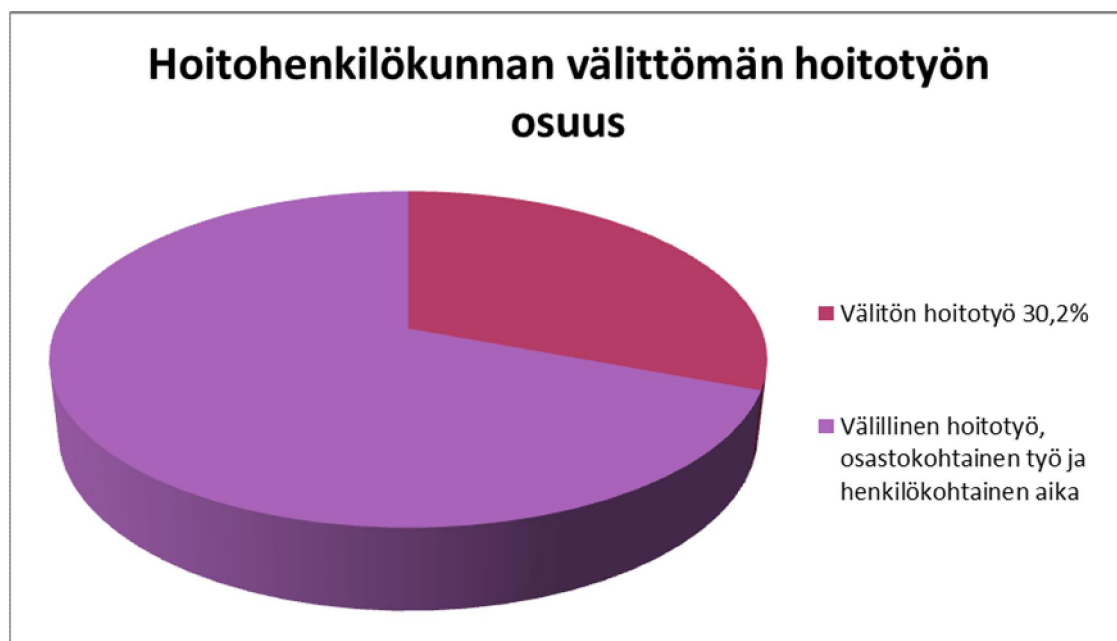


Kuvio 2: Välittömään hoitotyöhön käytetty aika suhteessa kokonaistyöaikaan

Välittömään hoitotyöhön käytettiin aikaa keskimääräisesti osastoa kohden (kts. kuvio 2 ja taulukko 2.) 2h 34min osastolla A, 2h 26min osastolla B, 2h 30min osastolla C, 1h 58min osastolla D, 2h 25min osastolla E, 2h 50min osastolla F, 2h 24min osastolla G, 2h 13min osastolla H ja 1h 49min osastolla I. Välittömän hoitotyön ajankäytön jakautumisessa oli osastokohtaisia eroja. Välittömän hoitotyön osuus vaihteli osastoittain ollen korkeimmillaan 40,5 % osastolla F. Välittömän hoitotyön osuus oli matalimmillaan osastolla I 25,9 % ja osastolla D 28,1 %.

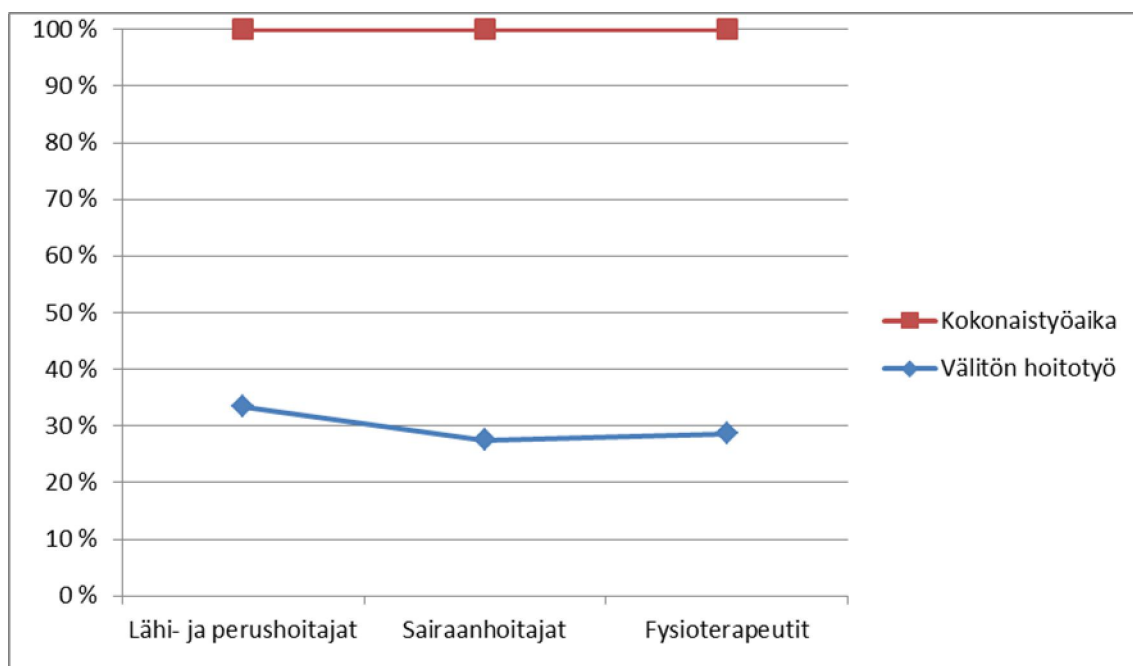
Osasto	Aika min	%	Ero korkeimpaan min
A	154	36,7	-16 min
B	146	34,7	-24 min
C	150	35,7	-20 min
D	118	28,1	-52 min
E	145	34,5	-25 min
F	170	40,5	
G	144	34,3	-26 min
H	133	31,7	-37 min
I	109	25,9	-61 min
J	130	30,9	-40 min

Taulukko 2: Välittömän hoitotyön ajankäyttö osastokohtaisine eroineen

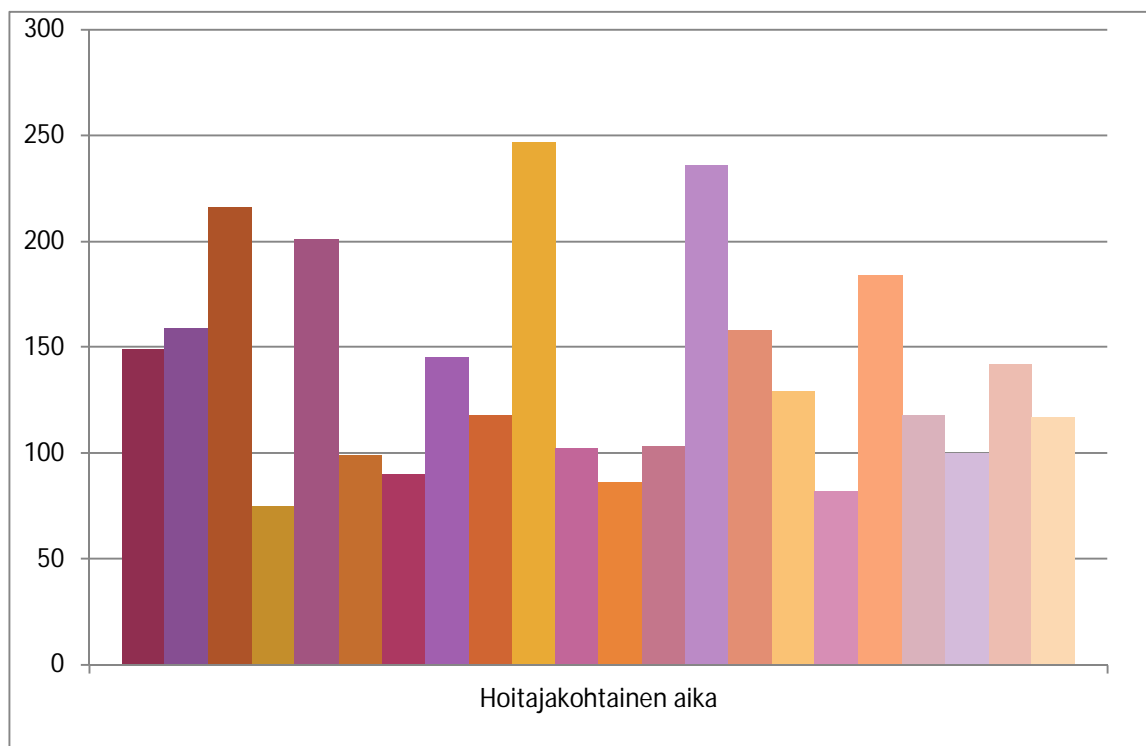


Kuvio 3: Hoitohenkilökunnan välittömän hoitotyön osuus

Hoitohenkilökunnan välittömän hoitotyön keskimääräinen osuus työajasta oli 30,2 % (kts. kuvio 3.). Ammattikunnittain ajankäyttö jakautui lähi- ja perushoitajien käyttäessä työaika välittömään hoitotyöhön keskimääräisesti 33,4 %, sairaanhoitajien käyttäessä 27,5 % ja fysioterapeuttien käyttäessä 28,7 % (kts. kuvio 4.).

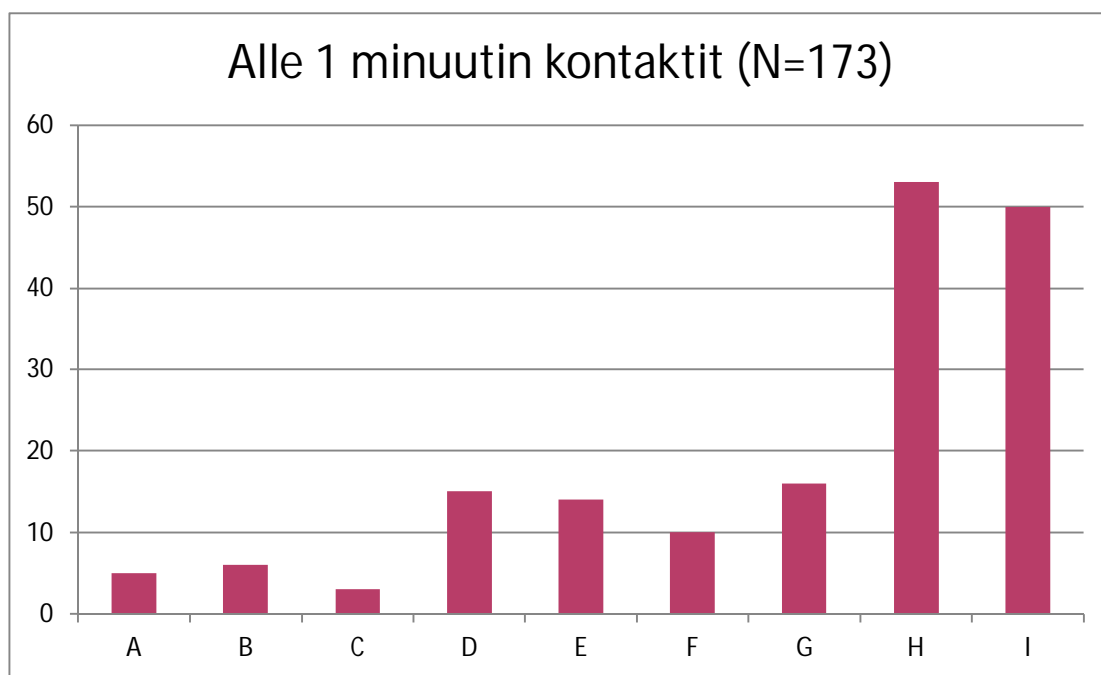


Kuvio 4: Välittömään hoitotyöhön käytetty aika suhteessa kokonaistyöaikaan ammattikunnittain



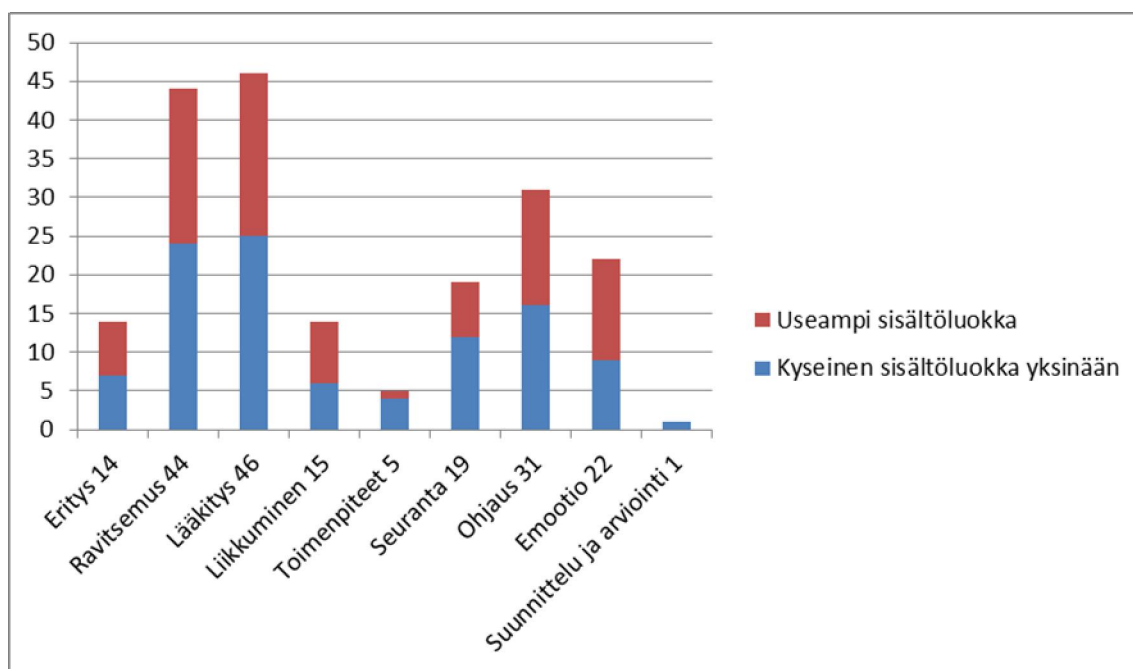
Kuvio 5: Hoitajakohtainen aika minuuteissa välittömään hoitotyöhön

Välittömään hoitotyöhön hoitajakohtaisesti (kts. kuvio 5) käytettiin 7h pituisesta työvuorosta enimmillään 4h 7min ja lyhyimmillään 1h 15min. 22 hoitajasta 10 käytti alle 2h työvuorostaan välittömään hoitotyöhön. Viisi hoitajaa käytti yli 3h työvuorostaan välittömään hoitotyöhön.



Kuvio 6: Alle 1 minuutin pituiset potilaskontaktit osastoittain

Potilaskontakteja oli yhteensä 536 ja näistä alle minuutin kestäviä kontakteja potilaaseen 173 kertaa (kts. kuvio 6.). Osastoilla H ja I alle minuutin kestäviä potilaskontakteja oli määrällisesti enemmän kuin muilla osastoilla. Alle minuutin mittaisia välittömään hoitotyöhön liittyviä potilaskontakteja oli 11 työntekijällä. Kolmella työntekijällä ei ollut yhtään alle minuutin mittaista potilaskontaktia. Kolmella työntekijällä oli potilaaseen 20 tai sitä enemmän alle minuutin mittaisia kontakteja.



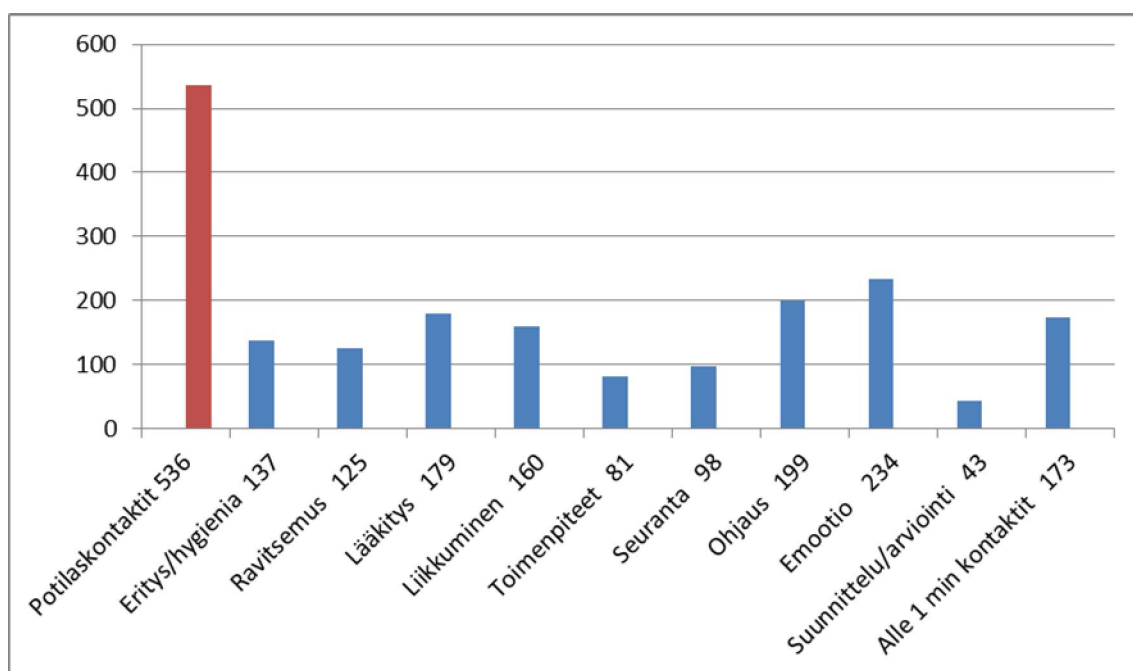
Kuvio 7: Alle 1 minuutin mittaisten potilaskontaktien (173) sisällöllinen jakauma toimintoluokkiin

Alle minuutin kestävät potilaskontaktit jakautuivat sisällöllisesti eri toimintaluokkiin (kts. kuvio 7.) Kuviossa 7 yksittäisen sisältöluokkapalkin kokonaiskorkeus kuvaa alle 1 minuutin kestäneiden potilaskontaktien kokonaislukumäärää. Sininen osuus palkista kuvaa toimintojen potilaskontakteissa liittyneen ainoastaan kyseiseen sisältöluokkaan. Punainen osuus palkista ilmaisee potilaskontaktien sisältäneen toimintoja kyseisen sisältöluokan lisäksi useammasta muusta sisältöluokasta. Esimerkiksi alle 1 minuutin pituiseen hoitokontaktiin potilaan kanssa saattoi liittyä lääkitykseen (lääkemukin vienti potilaspöydälle), eritykseen ja hygieniaan (virtsapullon tyhjennys) sisältyviä hoitotyön toimintoja sekä seuranta (kivuista kysyminen).

Alle minuutin kestoiset potilaskontaktit olivat pääsääntöisesti ravitsemukseen ja lääkitykseen liittyviä toimintoja sillä joka neljäs alle minuutin pituinen kontakti sisälsi näitä toimintoja. Ohjaus liittyi kiinteästi juuri edellä mainittuihin potilaskontakteihin. Ohjausta sisälsi joka kuudes alle minuutin mittainen potilaskontakti. Ohjausta liittyi myös jonkin verran liikkumi-

seen. Suunnittelua ja arviointia ilmeni yhdessä alle minuutin kestoisessa potilaskontaktissa, jossa kyseessä oli liikkumiseen liittyvä välillisen hoitotyön toiminto. Emotionaalinen tukeminen välittyi joka kahdeksannessa alle minuutin mittaisessa potilaskontaktissa. Seurantaan liittyi joka yhdeksänteen kontaktiin ja pääasiallisesti lääkitykseen kuuluviin toimintoihin.

3.2 Välittömän hoitotyön työajan jakautuminen eri toiminnoille



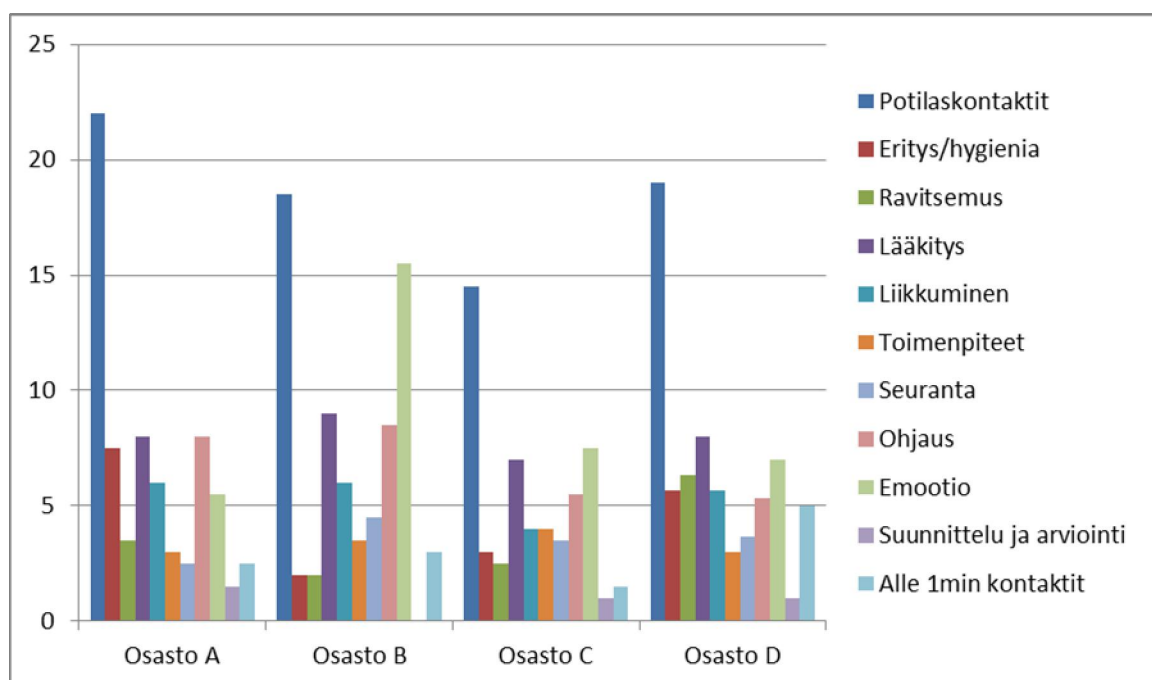
Kuvio 8: Välittömän hoitotyön toimintokertojen jakauma suhteessa potilaskontakteihin

Potilaskontakteja oli yhteensä 536. Havainnoituja hoitotyön toimintokertoja oli yhteensä 1256, 3082 minuutin aikana ja ne jakautuivat sisällöltään 536 potilaskontaktissa (kts. kuvio 8). Yksi potilaskontakti saattoi sisältää useita eri toimintoluokkien välittömän hoitotyön tapahtumia.

Esimerkiksi vuodepotilaan pesutilanteessa hoitaja käytti eritykseen ja hygieniaan (vaipanvaihto), liikkumiseen (asentomuutos) sekä ohjaukseen (kuntouttava työote) ja emootioon (huumorinkäyttö) liittyviä toimintoluokkia.

Välitön hoitotyö jakautui seuraavasti sisältöluokkiin. Joka toisessa potilaskontaktissa ilmeni emotionaalista potilaan huomiointia. Lääkitykseen ja/tai liikkumiseen ja/tai ohjaukseen liittyviä välittömän hoitotyön toimintoja sisälsi joka kolmas potilaskontakti. Joka neljäs potilaskontakti liittyi erittämiseen ja/tai ravitsemukseen kuuluvien hoitotyön komponentteihin. Joka viides potilaskontakti sisälsi hoitotyön seurantaan liittyviä toimintoja. Joka seitsemännessä

potilaskontaktissa tehtiin toimenpiteitä. Hoitotyön suunnittelua ja arviointia tapahtui joka 12. potilaskontaktissa.



Kuvio 9: Osastojen A-D keskiarvot potilaskontakteista ja välittömän hoitotyön sisältöluokkien toimintokerroista

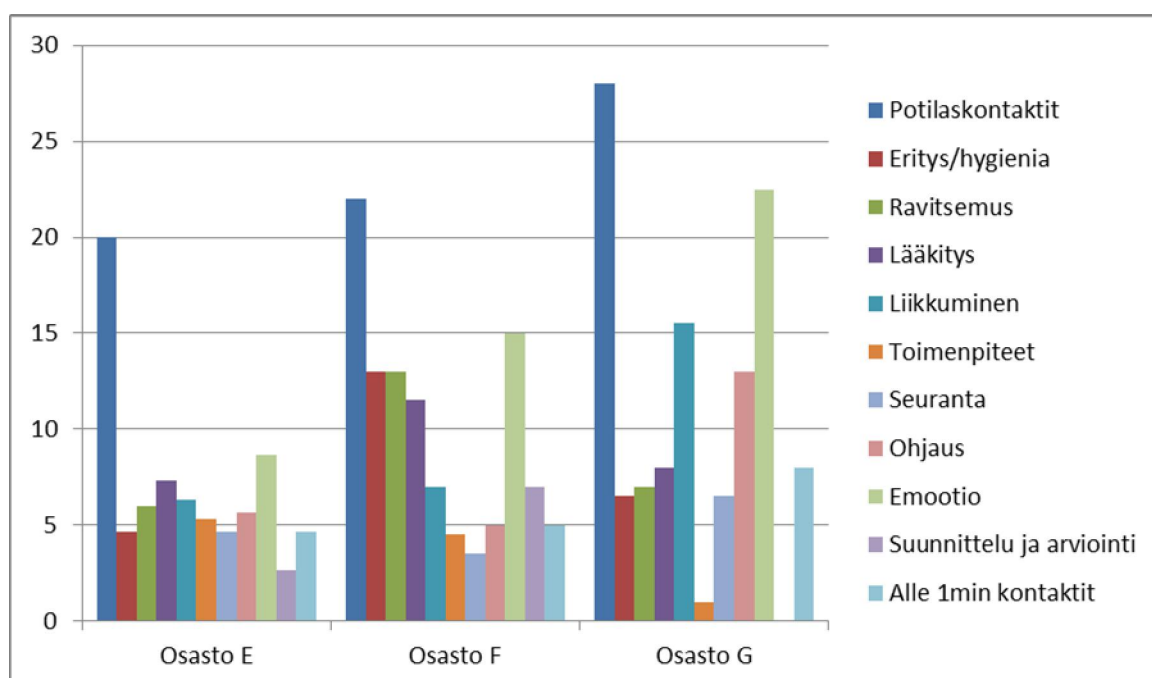
Osastolla A välittömään hoitotyöhön käytettiin aikaa 154 minuuttia 22 potilaskontaktin aikana (kts. kuvio 9). Joka kolmas potilaskontakti sisälsi erityykseen ja hygieniaan, lääkitykseen ja/tai ohjaukseen liittyviä tapahtumia. Joka seitsemäs potilaskontakti sisälsi ravitsemukseen, toimenpiteisiin ja seurantaan liittyviä toimintoja. Joka kymmenennessä potilaskontaktissa ilmeni suunnittelua ja arviointia. Joka neljännessä potilaskontaktissa oli havaittavissa emotionaalinen työskentelytapa. Alle minuutin kestoisia potilaskontakteja oli joka yhdeksäs.

Osastolla B välittömään hoitotyöhön käytettiin aikaa 146 minuuttia 19 potilaskontaktin aikana. Joka yhdeksäs potilaskontakti sisälsi erityykseen tai ravitsemukseen liittyviä toimintoja. Joka toinen potilaskontakti sisälsi ohjausta ja/tai lääkitykseen liittyviä toimintoja. Joka kolmas potilaskontakti liittyi liikkumiseen. Noin joka kuudes potilaskontakti sisälsi seuranta ja/tai toimenpiteitä. Lähes jokaisessa potilaskontaktissa oli havaittavissa emotionaalinen työskentelytapa. Suunnittelua ja arviointia ei esiinny potilaskontakteissa. Alle minuutin kestoisia potilaskontakteja oli joka kuudes.

Osastolla C välittömään hoitotyöhön käytettiin aikaa 150 minuuttia 14 potilaskontaktin aikana. Joka toinen potilaskontakti sisälsi lääkitykseen liittyviä toimintoja. Joka toisessa potilaskontaktissa esiintyi myös emotionaalinen työskentelytapa. Joka neljännessä potilaskontaktissa

esiintyi seurantaa ja/tai toimenpiteitä ja/ liikkuamiseen liittyviä toimintoja. Joka viides potilaskontakti liittyi eritykseen ja hygieniaan. Joka kuudes potilaskontakti sisälsi ravitsemukseen liittyviä toimintoja. Joka viidennessätoista potilaskontaktissa esiintyi suunnittelua ja arviointia. Alle minuutin kestoisia potilaskontakteja oli joka kymmenes.

Osastolla D välittömään hoitotyöhön käytettiin aikaa 118 minuuttia 19 potilaskontaktin aikana. Joka toinen potilaskontakti liittyi lääkityksen hoitamiseen. Joka kolmas potilaskontakti sisälsi eritykseen ja /tai ravitsemukseen ja/tai liikkuamiseen liittyviä välittömän hoitotyön toimintoja. Emotionaalinen työote näkyi joka kolmannessa potilaskontaktissa. Ohjausta oli joka neljännessä ja joka viidennessä potilaskontaktissa oli seurantaa. Toimenpiteitä tehtiin joka kuudennessa potilaskontaktissa. Alle minuutin kestäneitä potilaskontakteja oli joka neljäs. Suunnittelua ja arviointia sisälsi joka yhdeksästoista potilaskontakti.

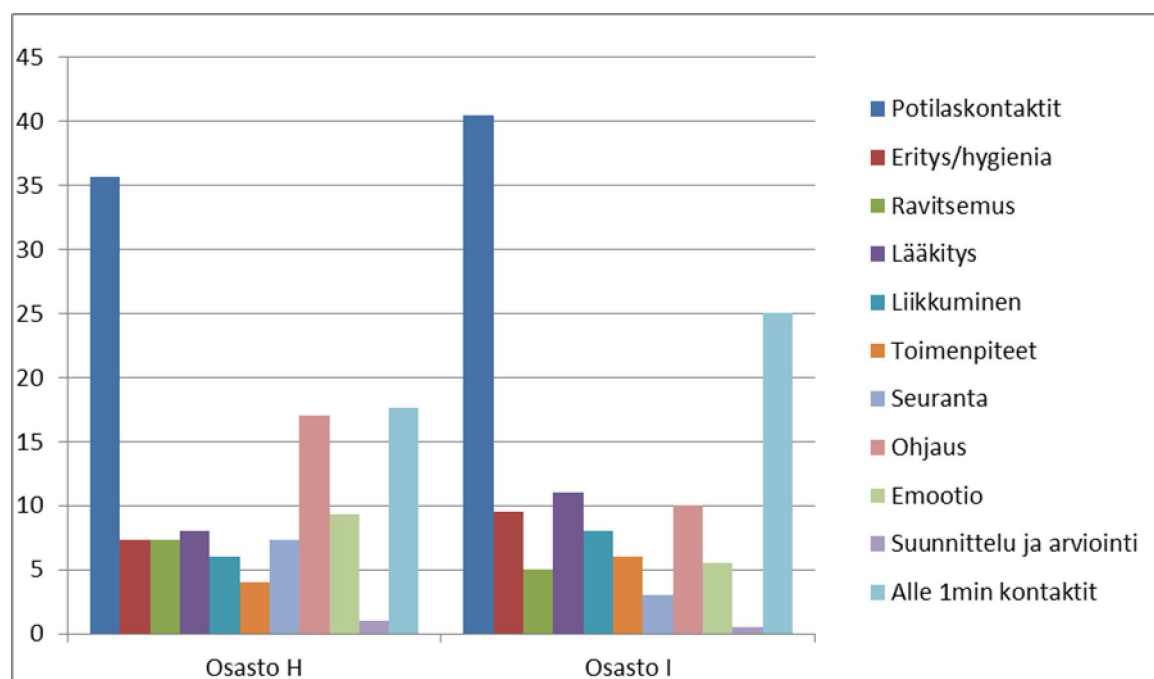


Kuvio 10: Osastojen E-G keskiarvot potilaskontakteista ja välittömän hoitotyön sisältöluokkien toimintokerroista

Osastolla E välittömään hoitotyöhön käytettiin aikaa 145 minuuttia 20 potilaskontaktin aikana (kts. kuvio 10). Joka toisessa potilaskontaktissa näkyi emotionaalinen työskentelytapa. Joka kolmas potilaskontakti sisälsi ravitsemukseen ja/tai lääkitykseen ja/tai liikkuamiseen liittyviä komponentteja. Joka neljäs potilaskontakti sisälsi eritykseen liittyviä toimintoja ja/tai toimenpiteitä ja/tai seurantaa ja /tai ohjausta. Alle minuutin kestäviä potilaskontakteja oli joka neljäs. Suunnittelua ja arviointia oli joka seitsemännessä kontaktissa potilaan kanssa.

Osastolla F välittömään hoitoyöhön käytettiin aikaa 170 minuuttia 22 potilaskontaktin aikana. Emotionaalista työtettä käytettiin lähes jokaisessa potilaskontaktissa. Joka toisessa potilaskontaktissa oli eritykseen ja/tai ravitsemukseen ja/tai lääkitykseen liittyviä välittömän hoitotyön toimintoja. Joka kolmanteen potilaskontaktiin liittyi suunnittelua ja arviointia ja /tai liikkumisen toimintoja. Joka neljännessä potilaskontaktissa oli ohjausta. Toimenpiteitä tehtiin joka viidennessä potilaskontaktissa ja joka kuudes sisälsi seuranta. Alle minuutin kestoisia potilaskontakteja oli joka neljäs.

Osastolla G välittömään hoitotyöhön käytettiin aikaa 144 minuuttia 28 potilaskontaktina aikana. Emotionaalinen työte näkyi jokaisessa potilaskontaktissa. Joka toinen potilaskontakti sisälsi ohjausta ja liikkumiseen liittyviä välittömän hoitotyön toimintoja. Eritykseen ja/tai ravitsemukseen ja /tai lääkitykseen liittyviä toimintoja ja/tai seuranta oli joka neljännessä potilaskontaktissa. Joka 28. potilaskontakti liittyi toimenpiteisiin. Alle minuutin kestoisia potilaskontakteja oli joka neljäs.

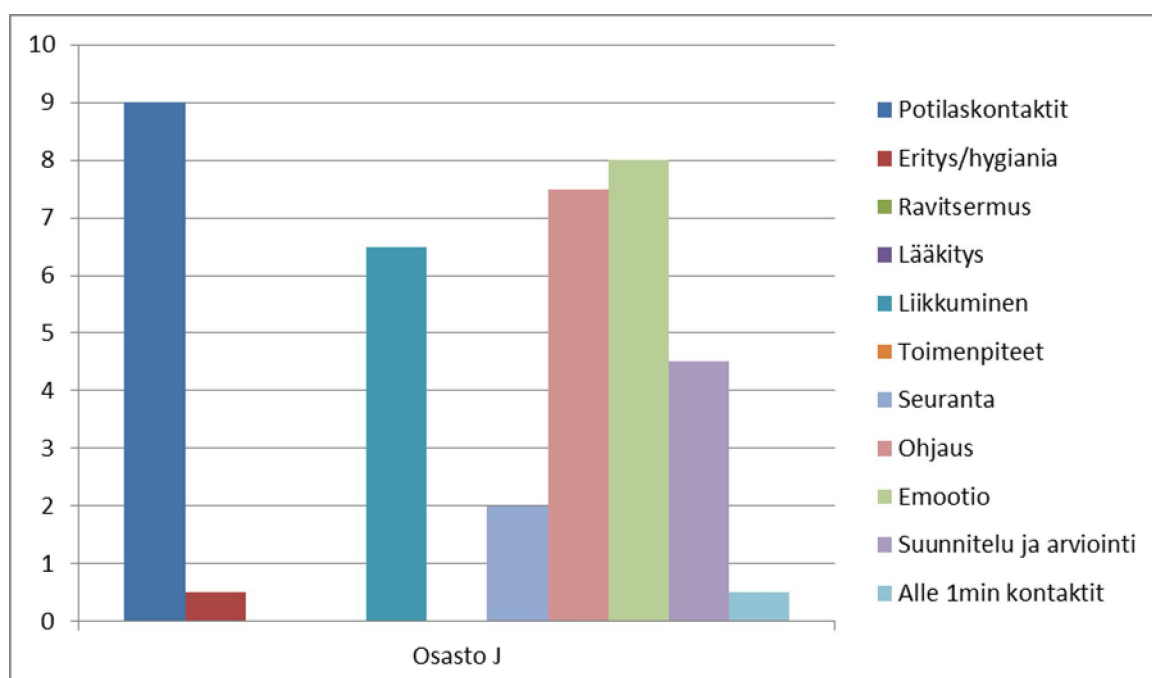


Kuvio 11: Osastojen H-I keskiarvot potilaskontakteista ja välittömän hoitotyön sisältöluokkien toimintokerroista

Osastolla H välittömään hoitotyöhön käytettiin aikaa 97 minuuttia 36 potilaskontaktin yhteydessä (kts. kuvio 11). Ohjausta oli joka toisessa potilaskontaktissa. Joka toinen potilaskontakti oli alle minuutin mittainen. Emotionaalinen työte näkyi joka neljännessä potilaskontaktissa. Samoin joka neljäs potilaskontakti sisälsi lääkitykseen liittyviä toimintoja. Seuranta ja/tai, ravitsemukseen ja/tai eritykseen liittyviä välittömän hoitotyön toimintoja oli joka viidennessä potilaskontaktissa. Liikkumiseen liittyvää toimintaa oli joka kuudennessa potilaskontaktissa.

Toimenpiteitä suoritettiin joka yhdeksännessä potilaskontaktissa. Suunnittelua ja arviointia esiintyi joka 36. potilaskontaktissa.

Osastolla I välittömään hoitotyöhön käytettiin aikaa 109 minuuttia 41 potilaskontaktin yhteydessä. Joka toinen potilaskontakti oli alle minuutin kestoinen. Joka neljäs potilaskontakti sisälsi erityykseen, ja/tai lääkitykseen liittyviä välittömän hoitotyön toimintoja ja/tai ohjausta. Liikkumiseen liittyviä toimintoja oli joka viidennessä potilaskontaktissa. Joka seitsemäs potilaskontakti sisälsi hoidollisia toimenpiteitä ja/tai piti sisällään emotionaalisen työotteen. Ravitsemus oli osana joka kahdeksännessä potilaskontaktissa. Seuranta oli mukana joka 14. potilaskontaktissa. Suunnittelua ja arviointia yhdessä potilaan kanssa esiintyi joka 81. hoitotilanteessa.

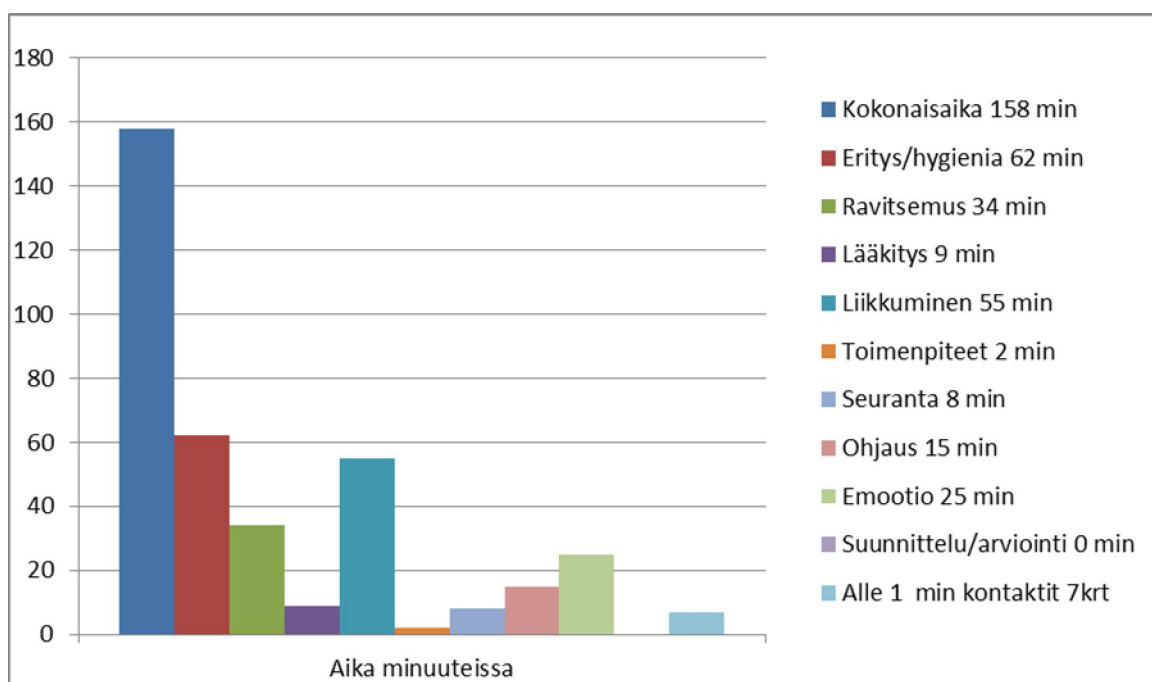


Kuvio 12: Osaston J keskiarvo potilaskontakteista ja välittömän hoitotyön sisältöluokkien toimintokerroista

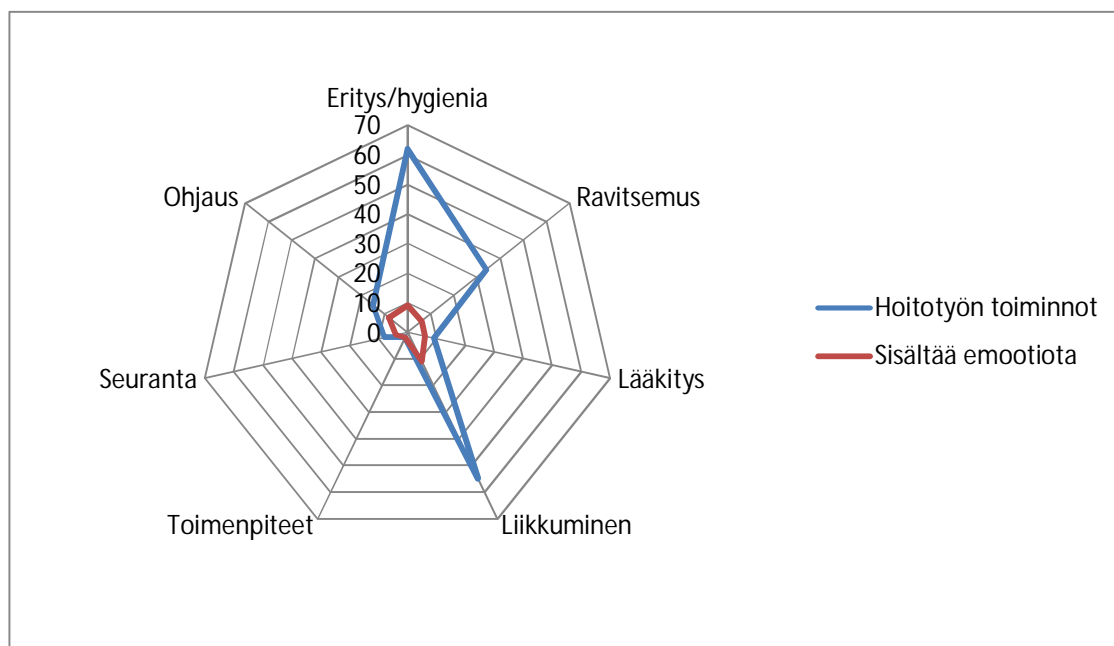
Osastolla J välittömään hoitotyöhön käytettiin aikaa 129 minuuttia 9 potilaskontaktin yhteydessä. Joka 18. potilaskontakti oli alle minuutin kestoinen. Joka viidennessä potilastilanteessa esiintyi voivon seurantaa. Lähes jokainen potilaskontakti sisälsi ohjausta ja välittömässä hoitotyössä käytettiin emotionaalista työotetta. Suunnittelua ja arviointia sisälsi joka toinen potilaskontakti (kts. kuvio 12).

3.3 Esimerkki hoitajaprofiilista

Profiili kuvaa yhden yksittäisen hoitajan 7h työvuoron sisältämän välittömän hoitotyön ja näyttää sisällön jakautumisen toimintoluokittain (kts. kuvio 13). Esimerkkihoitajaprofiili on saatu mukaan, koska työajanseurantalomake oli täytetty niin, että toimintaluokkiin jakautuneet merkinnät on ilmoitettu kestoiltaan minuuttimääräisesti. Osittain toimintoluokkiin laskeut ajat menevät toistensa kanssa päällekkäin. Esimerkkinä tästä näkyy kuviossa 14 emotionaalisen työtavan ilmeneminen sisältöluokissa.

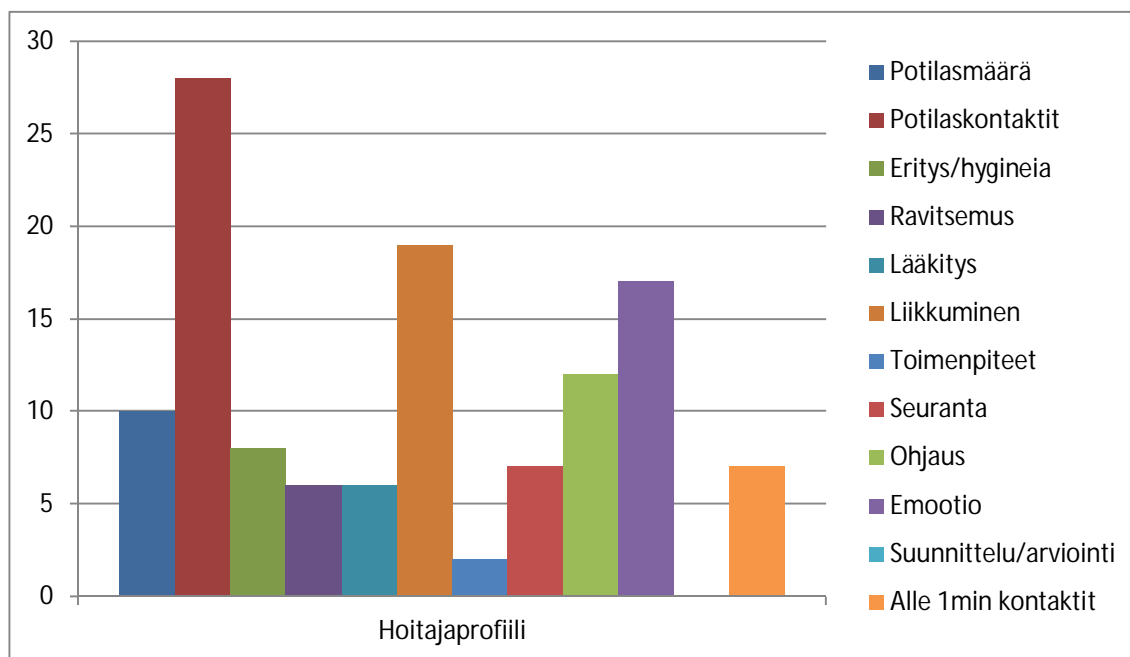


Kuvio 13: Yhden hoitajan välittömän hoitotyön ajallinen jakauma



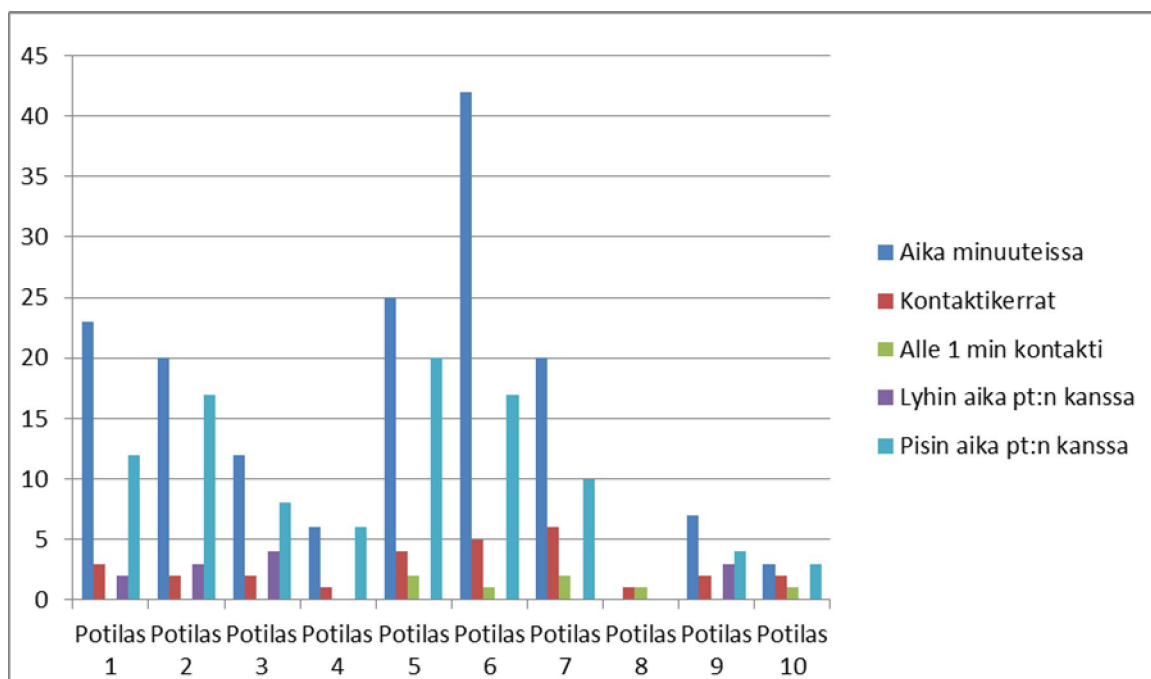
Kuvio 14: Yhden hoitajan välittömän hoitotyön ajallisen jakauman sisältämä emootio

Hoitaja käytti työajastaan 2 tuntia ja 38 minuuttia 10 potilaan välittömään hoitotyöhön. Toimintoluokittain hoitotyö jakaantui seuraavasti: eritykseen ja hygieniaan 62 minuuttia, ravitsemukseen 34 minuuttia, lääkitykseen 9 minuuttia, liikkumiseen 55 minuuttia, toimenpiteisiin 2 minuuttia, seurantaan 8 minuuttia, ohjausta 15 minuuttia ja emotionaalinen työote 25 minuuttia. Suunnittelua ja arviointia ei ollut. Alle yhden minuutin kestoisia potilaskontakteja oli 7. Alle minuutin mittaisia potilaskontakteja ei ole laskettu välittömän hoitotyön kokonaiskestoön (kts. kuviot 13 ja 14).



Kuvio 15: Esimerkkihoitajan potilaskontaktien sisältämät sisältöluokkien toimintokerrat

Hoitaja hoiti työvuoronsa aikana 10 potilasta, joista kuusi oli hänen omia potilaitaan. Potilaskontakteja oli 28. Suunnittelua ja arviointia ei potilaskontakteissa esiintynyt. 19 potilaskontaktiin sisältyi liikkumiseen liittyviä hoitotyön toimintoja. Joka toisessa potilaskontaktissa oli ohjausta ja/tai emotionaalinen työskentelyote. Eritykseen ja/tai seuranta oli joka neljännessä kontaktissa potilaaseen. Alle minuutin kestoisia potilaskontakteja oli joka neljäs. Joka viides potilaskontakti sisälsi ravitsemukseen ja/tai lääkitykseen liittyviä toimintoja. Toimenpiteitä tehtiin joka 14. potilaskontaktissa (kts. kuvio 15).



Kuvio 16: Kontaktien kesto ja lukumäärä per potilas

Esimerkkihoidajalla oli 10 potilasta. Viiden potilaan kanssa hoitaja käytti 20 minuuttia tai enemmän aikaa välittömään hoitotyöhön useampina kontaktikertoina. Pisin potilaskontakti kesti yhtäjaksoisesti 20 minuuttia. Alle minuutin mittaisia potilaskontakteja oli 7 kertaa 5 potilaan kanssa. Potilaat 8-10 eivät olleet hoitajan omapotilaita, hoitaja kävi avustamassa toista hoitajaa. (kts. kuvio 16).

3.4 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimustulokset analysoitiin ilman yksityiskohtaisempaa tietoa kunkin osaston potilaiden hoitoisuudesta, henkilökunnan määrästä tai muista yksittäisen hoitajan työpäivän sisältöön vaikuttavista tekijöistä. Osastoilta ei kerätty informaatiota päivän luonteesta: oliko työpäivä työtehtävien kannalta leppoisampi vai kiireisempi normaaliin työpäivään verrattuna. Aineisto kerättiin pääasiassa saman arki-aamun aikana kaikilta osastoilta yhtä aikaa, joten voidaan olettaa tehtyjen työajanmittausten ja toimintahavainnointien kuvaavan sen hetkisen tilanteen läpileikkaavasti niin, että osastoilla esiintyi erilaisia päiviä tavanomaisista heikoksiin.

Opinnäytetyön teoriaosassa on kuvattu välitöntä hoitotyötä ja sen sisältöluokkia. Tarkalla ja mittaamisella ja sisältöluokkien toimintolaskenta- menetelmällä saatiin näyte henkilöstön työajankäytöstä hoitotyön eri toimintoihin, jolloin analyysin avulla voitiin tehdä johtopäätöksiä ajankäytön merkityksistä ja luoda osastoprofiilit. Tämän tiedon avulla on mahdollista lähteä kehittämään Vantaan sairaalapalvelujen toimintaa.

Työajan mittaamisen menetelmänä ajan mittaaminen minuutin tarkkuudella on työläs mutta tarkka keino mitata hoitohenkilöstön työajankäyttöä. Työajan havainnointilomaketta oli aikaa mittaavien selkeää käyttöä. Huolellisempi ohjaaminen olisi varmistanut tasalaatuisemman kirjaamistavan lomakkeisiin ja olisi helpottanut lomakkeiden tietojen tallentamisessa Excel-ohjelmaan. Sovellettu toimintolaskenta- menetelmän käyttökin edellyttää tarkkaa työn tuntemusta, jotta kaikki hoitotyön toiminnot näkyvät työajan mittaamisessa.

Kvantitatiivisella menetelmällä toteutettu aineiston hankinta oli perusteltua osastoilta tehtävän läpileikkaavan näytteen saamiseksi välittömän hoitotyön tarkasta määrästä. Reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa saatujen tulosten toistettavuutta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007: 216). Aikamittauksesta saadut tulokset olivat yhdenmukaisia eri yksiköiden välillä. Tämän perusteella voidaan todeta tutkimuksen tulosten olevan luotettavia. Tuloksista ilmeni myös poikkeavuuksia, joita selittää osastojen hoitotyön luonne.

Objektiivisuus tutkimuksessa tarkoittaa puolueettoman sivustakatsojan näkökulmaa eli tutkija katsoo tutkimuskohdetta ja -ilmiötä ulkoapäin (Eskola & Suoranta 1998: 17). Tutkija kantaa mukanaan omaa historiaansa ja tulkitsee asioita oman kulttuurinsa muovaamin ajatuksin, jolloin täydellinen objektiivisuus ei ole mahdollista. Tutkija ei voi irrottautua itsestään ja sulkea pois täysin omaa ajatteluaan. Tutkijan on kuitenkin pyrittävä aktiivisesti tiedostamaan omat asenteensa ja uskomuksensa ja kyettävä toimimaan niin etteivät ne vaikuta vääristävästi tutkimusta. (Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tilaajan selkeät toiveet tulevalle työlle ja edellytykset etenemisvauhdista lyhensivät tutkimuksen suunnitteluun jäävää aikaa. Määrälliseen eli tilastolliseen tutkimusmenetelmään päädyttiin tutkimuskysymysten ohjaamina. Tutkimusalue oli selkeästi rajattavissa ja toteutettavissa lyhyessä ajassa. Tutkimukseen tarvittavan seurantalomakkeen luominen oli haasteellista. Miten rakentaa mittari, jolla mittaisi hoitajien ajankäytön lisäksi välittömän hoitotyön jakautumista eri hoitotyön osa-alueiden kesken? Haasteensa tähän osioon toi hoitotyön kokonaisvaltaisuus: usein hoitotyöntilanteissa liikutaan nopeastikin välittömän hoitotyön toimintaluokasta toiseen tai tehdään useita eri toimintaluokkiin kuuluvia asioita yhtä aikaa. Tutkimukseen suunnitellulla mittarilla on lisäksi mahdollista saada laadullista aineistoa näkyväksi, kuten välittömän hoitotyön sisältöalueiden jakautumista ja etenkin ohjauksellisuuden ja emotionaalisuuden esiintymistä hoitotyössä.

Tulosten luotettavuuteen vaikuttaa oleellisesti havaintolomakkeiden totuudenmukainen täyttäminen. Kyseeseen voi tulla havainnoijan tekemät arviointi- ja kirjaamisvirheet. Eri havainnoijien sitoutumisessa ajankäytön seurantaan oli havaittavissa selkeitä eroja. Muutamasta lomakkeesta puuttui tietoja tai ne oli täytetty suurpiirteisesti, kun taas toiset olivat hyvinkin perusteellisesti täytettyjä ja huomiokenttiin oli kirjattu paljon selventäviä lisätietoja. Ulko-

puolisen havainnoijan tekemä mittaus on kuitenkin luotettavin tapa mitata ajankäyttöä (Paranen 2002; Pelletier & Duffield 2003). Tutkimuksen luotettavuutta voidaan pyrkiä parantamaan selostamalla tarkasti tutkimuksen etenemisprosessi (Hirsjärvi ym. 2007: 232). Tässä opinnäytetyössä pyritään kertomaan mahdollisimman tarkasti tutkimuksen toteutus.

Aineistoa tallennettaessa Excel-havaintomatriiseihin todettiin kolmessa lomakkeessa havainnoijan ymmärtäneen kirjaukseen liittyvät ohjeet puutteellisesti. Yhdessä lomakkeessa oli kahdeksan kohtaa, josta puuttui toiminnan lopettamisaika ja tutkijan oli pääteltävä toiminnan kesto. Yhdestä lomakkeesta puuttui potilaiden numeraalinen yksilöinti, jolloin hoitaja-kohtaista potilasmäärää ei voitu kyseisestä seurantalomakkeesta laskea. Tämä saattoi johtua siitä, että kaikki eivät kokeneet tekemäänsä aikamittausta merkitykselliseksi tai heillä ei ollut tarpeeksi aikaa perehtyä täyttöohjeisiin. Lisäksi kaksi havainnoijaa oli kellottanut samaa hoitajaa ja tulkinneet eri tavoin hoitajan antaman ohjauksen ja emotionaalisen tuen. Seuranta-kaavakkeiden täyttämässä havainnoijien tulkinnan varaan jäivät emotionaalinen tuki ja ohjaus, joiden luotettavuutta on arvioitava kriittisesti.

Lomakkeiden tietojen tallennuksen yhteydessä tapahtuvat mahdolliset virheet heikentävät tulosten luotettavuutta. Tietojen tallennus on pyritty tekemään mahdollisimman huolellisesti ja tallennus on tarkistettu kolmesti, joista ensimmäisellä kerralla löytyi seitsemän tallennusvirhettä ja toisella kerralla neljä. Sisältöluokkia analysoitaessa tallennus tarkistettiin neljännen kerran ja löydettiin yksi virhe.

Kahden hoitajan työskentelyn havainnointi yhdellä osastolla ei anna perusteita yleistää tuloksia. Kaksi iltavuoroa ja mitattu osittainen aika yövuorosta kuvaavat vain näytteenomaisesti välittömän hoitotyön toteutumista havainnoituilla osastoilla. Tulokset toimivat näytteenä ja suuntaa antavana. Seurannan työläyden takia päädyttiin vain aamuvuoron läpileikkaavaan näytteeseen. Tulosten yleistettävyyden ja luotettavuuden osalta olisi suotavaa tehdä laajempi uusintaseuranta jonkin ajan kuluttua ja verrata tuloksia keskenään. Erilaiset ohjeistukset tulkinnat sekä lomakkeiden puutteellisuuksien takia tehdyt korjaukset heikentävät tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksessa luotettavuus eli reliabiliteetti tarkoittaa saatujen tulosten toistettavuutta (Hirsjärvi ym. 2007: 216). Toistettavuus tarkoittaa pohdintaa siitä, olisiko lopputulos sama, jos joku toinen toistaisi saman tutkimuksen käyttäen samoja aineistonkeruu- ja analysointimenetelmiä. Reliabiliteettia voidaan varmuudella arvioida vasta vastaavanlaisella uusintatutkimuksella. Toistamalla tutkimus pyrittäisiin luonnollisesti välttämään tämän opinnäytetyön yhteydessä havaitut ongelmat ja havainnointilomakkeet täytettäisiin parannetuilla ohjeistuksilla ja näin onnistuttaisiin välttämään ensimmäisellä kerralla tapahtuneet virhetapahtumat.

3.5 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimuslupaa ei tarvinnut erikseen hakea Vantaan sosiaali- ja terveystoimelta. Opinnäytetyö on osa suurempaa tutkimus- ja kehittämiskokonaisuutta Toimiva sairaala-hanketta. Tutkimuslupa-asiasta vastasi organisaation ylihoitaja Anna-Maija Liedenpohja. Tutkimusaiheen valinta on jo eettinen ratkaisu. Lisäksi tutkijan on mietittävä aiheen yhteiskunnallista merkitystä, mutta etenkin, miten tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin. Tutkimus ei fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti saa vahingoittaa tutkittavaa. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja tutkittavien on voitava keskeyttää tutkimukseen osallistumisen missä vaiheessa tutkimusta hyvänsä. Tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava suurempi kuin sen aiheuttama haitta. (Kuula 2006; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.)

Tutkimuksen eettiset kysymykset liittyvätkin juuri tutkittavien suostumukseen tutkimuskohteiksi ja tutkimuksen informoinnin tapaan osastoilla tutkittavien tietoisuuteen. Organisaation korkeammalta tasolta tullut tilaus ja lupa tutkimukselle on ohjannut työntekijöitä kokemaan velvollisuudekseen osallistua tutkimukseen (Kuula 2006, 146). Työajanseurantakaavakkeen esitestauksessa todettiin tietämättömyyttä tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Yhdellä osastolla oli työajanseurantalomake ollut nähtävissä ja tulevasta tutkimuksesta puhuttu osastotunnilla. Hyvään tutkimustapaan olisi kuulunut välittää tutkittaville riittävästi informaatiota tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, tutkimuksen tarkoituksesta, miten tulokset hyödynnetään, tutkimukseen liittyvästä luottamuksellisuudesta, yksityisyyden huomioinnista ja tulosten julkaisemisesta esimerkiksi saatekirjeen avulla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 176 - 178).

Tietoon perustuvan suostumuksen periaatteesta voidaan poiketa, jos ennalta annettava tieto mahdollisesti vääristäisi tutkimuksen tuloksia. Vallan käyttöä on voitava tutkia myös ilman vallassa olevien lupaa. Tutkimusaineiston keruu voi täten poiketa tietoon perustuvan suostumuksen periaatteesta. Tutkittaville voidaan antaa kaikki tarpeellinen tieto, mutta osallistuminen ei ole vapaaehtoista, kuten tässä opinnäytetyössä, jossa havainnoidaan hoitajien työprosesseja, johon tutkimusluvan antoi organisaation johto. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009: 26.)

Organisaatioihin liittyvissä tutkimuksissa ratkaistaan tapauskohtaisesti sekä tutkimuskohteen että sitä edustavien yksittäisten tutkittavien tunnisteellisuus. Havainnoinnin kohteena olleet tutkittavat henkilöt osallistuivat tutkimukseen ammatillisen roolinsa yksittäisinä edustajina. Nimettömyys tässä opinnäytetyössä ei välttämättä kuitenkaan estä henkilöiden tunnistamista niiden piirissä, jotka tuntevat tutkimuskohteena olevan yksikön tai organisaation toimintaa. Tutkittaville ei siitä syystä voitu etukäteen luvata täyttä tunnistamattomuutta. (ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009: 18.)

Tutkimukseen valikoituivat tietynä päivänä työssä olleet hoitajat osastonhoitajien valitsemisena. Tutkittava sai tietää työvuoronsa alussa työaikaansa mittavan koko työvuoronsa ajan. Lähes koko työvuoron mittainen aktiivinen seuranta on voinut rasittaa työntekijää ja vaikuttaa työn sujuvuuteen, vaikka aikaa mittaavat ovat pysytelleet taustalla ja mahdollisimman huomaamattomina. Havainnoijien roolia ei välttämättä ole ymmärretty ja on voitu kokea kiusallisenä altistaa työskentelynsä toisen tarkkailtavaksi (Mäkinen 2006: 117). Ihmiset kokevat ja reagoivat asioihin eri tavoin. Samankaltaista henkistä rasitusta ja tunnetiloja voi ja saa sisältyä tutkimustilanteisiin kuin arkipäiväisessäkin elämässä (ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009: 25).

Osastoilla työskennellyt henkilökunta tietää kenen työaika mitattiin. Tutkittavien mahdollisimman korkean anonymiteetin säilyttämiseksi tulokset opinnäytetyössä julkaistaan niin, ettei yksittäinen hoitaja ole tunnistettavissa. Tutkimuksessa kerättyä aineistoa käytetään vain tutkimustarkoitukseen. Tässä tutkimuksessa eritellään yksikkökohtaisia eroja vain yleisellä tasolla, tarkempi analysointi tapahtuu tarvittaessa tämän työn ulkopuolella. Tulokset tullaan julkaisemaan numeerisin arvoin eikä osallistujien henkilöllisyys tule missään vaiheessa esille. Raportoinnin jälkeen seurantalomakkeet hävitetään asianmukaisella tavalla.

Potilaan asema tutkimuksessa oli eettisesti haasteellinen. Potilaisiin liittyvät eettiset näkökohdat koskevat potilaiden informointia, havainnoinnin aiheuttamaa mahdollista häiriötä potilaille ja heidän hoitonsa toteutumiselle sekä osallistumisen vapaaehtoisuutta. Tässä havainnointitutkimuksessa toiminta liittyi kiinteästi potilastyöhön, vaikka havainnointien kohteena oli hoitaja, hänen tekemisensä, puheensa ja läsnäolonsa laatu. Hoitotilanteissa potilas oli merkittävässä osassa välittömän hoitotyön havainnoimisessa. Ainoa tunniste, joka potilaista kerättiin, oli potilaspaikan numero tai muu merkintä erottamaan hoitajan kohtaaman potilaan vaihtuneeksi. Ulkopuolisen ihmisen havainnointi saattoi aiheuttaa häiriötä potilaalle etenkin erittämiseen ja hygieniaan liittyvien toimintojen havainnoinnissa (vrt. jos olisi ollut osaston omien hoitajien tekemä itsehavainnointi). Ulkopuolisen havainnoijan läsnäolo saattoi vähentää potilasta tuomasta esille toiveitaan ja tarpeitaan ohjaukseen tai kahdenkeskiselle keskustelulle.

4 Pohdinta

Tässä tutkimuksessa välittömän hoitotyön osuus oli keskimääräisesti 30,2 % vaihdellen osastoittain ollen korkeimmillaan 40,5 % ja matalimmillaan 25,9 %. Välittömän hoitotyön määrä ilmenee pienempänä muihin tutkimuksiin verrattuna. Partasen (2002) tutkimuksen tuloksissa 41 % ja Peltokorven (2007) tutkimuksessa 55,7 % hoitajien työajasta kohdistui välittömään hoitotyöhön. Karvosen (2005) tutkimustulosten perusteella työajasta käytettiin hoivaosastoilla

välittömään hoitotyöhön noin 60 % ja akuuttiosastoilla työajasta oli välitöntä hoitotyötä keskimäärin 50 %. Hakoman (2009) tutkimuksessa välittömän hoitotyön osuus oli 59 %. Tässä tutkimuksessa on kyse näytteestä, mutta samalla tarkasta minuutilleen mitatusta välittömän hoitotyön määrästä. Välittömän hoitotyön osuus työvuorosta näyttäytyy kaikilla osastoilla yhteneväisesti 30 % molemmin puolin. Tämä lisää tuloksen luotettavuutta.

Aiempiin tutkimuksiin verrattuna tämä tutkimus paikantuu tutkimuskentässä pienenä esimerkkinä täydentämään välittömän hoitotyön tarkempaa tarkastelua. Aiemmissä tutkimuksissa välitöntä hoitotyötä on tutkittu osana hoitohenkilöstön koko työajan jakaumaa. Välittömän hoitotyön prosentuaalinen laskenta on perustunut hoitajien itsehavainnoiteihin 10-15 minuutin välein ja hoitajien itse tuottamien raporttien tarkasteluun. Hoitajien itseraportointia ei voida aukottomasti pitää täysin luotettavana. Kuikan, Akilan, Pulliaisen & Salon (2011) mukaan vaativien tehtävien suorittaminen kuormittaa työmuistia, jossa pystytään käsittelemään kerrallaan vain noin 3-4 yksikköä tietoa. Ilman tiedon kertaamista tieto hiipuu työmuistista parissakymmenessä sekunnissa. Työmuisti kuormittuu erityisesti silloin, kun tehtävät ovat vaativia tai jos huomio täytyy suunnata pois varsinaisesta tehtävästä usein tai pitkäksi aikaa.

Tulokset osoittavat välittömän hoitotyön jäävän vähäiseksi suhteessa työaikaan. Vuodeosastoilla välittömään hoitotyöhön kuluva aika on alle kolmannes hoitajan päivittäisestä työajasta. Luku vaikuttaa pieneltä suhteessa perusterveydenhuollon vuodeosastojen luonteesta johtuvaan hoitotyön määrään ja potilaiden hoitoisuuteen sekä yleiseen keskusteluun jatkuvasta henkilöstöpulasta hoitotyössä. Aikaa käytetään potilastyöstä välilliseen hoitotyöhön, osastokohtaiseen muuhun työhön ja jonkin verran omiin henkilökohtaisiin tapahtumiin. Tässä tutkimuksessa mitattiin vain välittömään hoitotyöhön käytettyä työaika. Välillisen hoitotyön, osastokohtaisen työn ja henkilökohtaisen ajan erittely selkeyttäisi miten työaika tosiasiallisesti jakautuu ja mitä työ sisältää. Hoidon pääpainon kuuluisi olla välittömässä hoitotyössä. Välittömän hoitotyön lisäämiseksi ratkaisut löytyvät sekä työyhteisöjen sisältä uusien innovatiivisten ideoiden löytymiseksi sekä henkilöstön ja innovaatioyrytysten monipuolisen yhteistyön avulla.

Kotisaaren & Kukkolan (2012) mukaan henkilöstön työhyvinvoinnista huolehtiminen kytkeytyy olennaisesti työn kehittämiseen, innovointiin sekä luovuuteen. Innovatiiviset työyhteisöt luovat nykykäsityksen mukaan työn tuottavuuden kasvun mahdollisuuksia. Innovoivassa työyhteisössä sen jäsenet voivat hyvin, ovat kiinnostuneita työnsä kehittämisestä, tuottavat luovia ratkaisuja ja samalla parantavat työnsä tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Henkilöstön motivoitin näkökulmasta innovoivan työyhteisön suuntaan kehittyminen on merkittävä kannanotto työnantajalta sekä työhyvinvoinnin edistämiseksi että työntekijöiden työn monipuolistamiseksi. Yksittäisellä esimiehellä on paljon mahdollisuuksia omassa työyhteisössään, vaikka hänellä

onkin rajoitetut valtaoikeudet koko organisaatioon nähden. Työyhteisön omilla resursseilla voidaan innovoida hoitotyön arjen tehtäviä sujuvammiksi.

Kaustinen (2012: 39) toteaa, että välillisen hoitotyön on tuettava välittömän hoitotyön sujuvuutta. Ebrighin, Pattersonin, Chalskon & Renderin (2003) tutkimuksen mukaan hoitotyössä ilmeni paljon tarvikkeiden etsimistä, tai tarvikkeiden olevan puutteellisia tai toimimattomia. Hoitotyössä keskeytykset, toimintojen tai järjestelmien odottaminen, toistuvat keskeytykset vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa olivat Ebrighin ym. mukaan työn monimuotoisuuden piirteitä, jotka uhkasivat hoidon jatkuvuutta ja vaikuttivat työtyytyväisyyttä vähentävästi. Erilaisten työtä helpottamaan hankittujen järjestelmien kanssa selviytyminen vei suuren osan hoitohenkilökunnan työajasta.

Toiminnot, jotka tällä hetkellä potilaisiin liittyen tapahtuvat välillisesti, voisivat teknologisin innovaatioin siirtyä potilaan vierellä tapahtuvaksi tai vapauttaisivat aikaa välittömään hoitotyöhön. Kotihoidossa hyvää palautetta saanut mobiiliteknologia sovellettuna sairaalaympäristöön lisäisi aikaa potilaan vierellä. Raportointi ja reaaliaikainen kirjaaminen potilaan tilasta potilaan läsnä ollessa uudistaisi ja raikastaisi potilas-hoitaja yhteistyösuhdetta. Hoitotyön suunnitelman tekeminen yhdessä potilaan kanssa toteutuisi potilaslain hengessä. Tutkimustulosten mukaan aikaa käytettiin hoidon suunnitteluun ja arviointiin yhdessä potilaan kanssa kaikkein vähiten sillä vain noin joka 12. potilaskontakti sisälsi potilaan kanssa tapahtuvaa hoidon suunnittelua ja arviointia.

Tulosten mukaan joka kolmas potilaskontakti kesti alle minuutin. Esitestausvaiheessa todettiin välittömään hoitotyöhön kiinteästi kuuluvan nopeat käyntikerrat potilaan luona. Alle minuutin kestoinen kontakti potilaaseen saattoi kestää muutamasta sekunnista lähes minuuttiin. Työssä käytetty lyhin laskennallinen aikamääre oli minuutti. Analyysivaiheessa alle minuutin mittaiset potilaskontaktit jätettiin kokonaistyöaikalaskennan ulkopuolelle, mutta huomioitiin välittömän hoitotyön sisältöluokissa ja potilaskontaktikertoina.

Joka toinen välittömän hoitotyön potilaskontakti sisälsi emotionaalisen ulottuvuuden. Emotionaalisella tuella tiedetään olevan vaikutusta hoitotyössä toipumisen nopeutumiseen ja hoitokohtien lyhentymiseen. Välittömän hoitotyön laadun merkitys korostuu erityisesti lyhyissä potilaskohtaamisissa, etenkin jos niitä on vain muutama potilaan hoitovuorokauden aikana. Harjun, Rantasen, Tarkan & Åstedt-Kurjen (2011) tutkimuksessa heikoimmaksi hoitohenkilökunnalta saaduksi tueksi osoittautui emotionaalinen tuki.

Tulosten mukaan ohjausta sisälsi joka kolmas potilaskontakti. Vänskän (2012) tutkimuksessa havaittiin hoitajien vastauksista yhtenä merkittävänä löytönä kaikkien vuorovaikutustilanteiden potilaan kanssa olevan ohjaustilanteita eikä ohjaukselle tarvita erillistä aikaa tai paikkaa.

Välitön hoitotyö välittyi osassa potilaskontakteissa teknisinä suorituksina. Potilaan vierellä tapahtui toimintaa myös hänen nukkuessaan. Onko toiminta kuitenkin välitöntä hoitotyötä, jos potilas ei ole osallisena oman kognitiivisen kyvyttömyytensä vuoksi tai hänen tajunnantasonsa ei ole yhteneväinen hoitohenkilöstön edustajan kanssa? Hoitohenkilöstön potilasta kunnioittava ja välittävä asenne potilaskontaktissa, nukkuvan, tajuttoman tai kuollen potilaan läheisyydessä tekevät välittömän hoitotyön toiminnoista laadullisesti arvokkaita. Haho (2006: 159) toteaa tutkimuksessaan että hoitamisessa ollaan jatkuvasti tekemisissä hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän kysymysten kanssa. Hoitaminen on sinänsä hyvää ja johtaa aina hyvään ja oikeaan eli on luonteeltaan eettistä. Käsitettä hoitaminen ei voida käyttää, ellei hoitaminen johda hyvään ja oikeaan. Tällöin hoito ilmenee rutiininomaisena työskentelynä, teknisenä suorittamisena, laiminlyönteinä, huolimattomana, välinpitämättömänä tai harkitsemattomana toimintana.

Tämä tutkimus on pohjatyö Vantaan sairaalapalvelujen kehittämishankkeessa yhteistyön kartoittamiseksi teknologiayritysten kanssa ja pyrkimykseen lisätä välitöntä hoitotyötä kaikilla osastoilla. Kartoitus henkilöstön työajankäytöstä on nyt tehty ja ne johtopäätökset, joita tässä opinnäytetyössä on esitetty, toimivat keskustelun käynnistäjänä välittömän hoitotyön laadusta ja määrästä sekä niihin liittyvistä merkityksistä.

1. Tärkeää olisi tehdä potilaan näkökulman huomioiva tutkimus välittömän hoitotyön toteutumisesta vuodeosastohoidossa. Työajanseurannassa ilmeni hoitajan ennättävän tekemään useita hoitotyön toimintoja yhden minuutin aikana. Potilaan näkökulmasta alle minuutin mittaiset kontaktit näyttäytyvät hyvinkin erilaisena.
2. Merkittävää olisi myös tuottaa uusia tutkimuksia laajemmalla tarkastelupohjalla tarkasta työajan mittaamisesta ja työajan sisällöistä hoitotyön yksiköissä. Laajempi taustaselvitys tilanteesta osastoilla ennen havainnointimateriaalin keräämistä tuottaisi informatiivisemman tutkimuksen. Potilaiden hoitoisuudella on selittävä merkitys välittömän hoitotyön toimintoluokkien esiintyvyydessä.
3. Välittömän hoitotyön vähäisyys osastoilla antaa aihetta tarkastella hoitotyötä potilasturvallisuuden näkökulmasta. Lyhyet ja vähäiset kontaktit potilaisiin saattavat vaarantaa potilaan tilassa tapahtuvien muutosten huomioimisen.
4. Mielenkiintoista olisi tutkia välilliseen hoitotyöhön hoitajien käyttämää työaikaa ja selvittää miten työaika jakaantuu erilaisille toiminnoille.

Työelämän tutkimus- ja kehittämistyössä on tärkeää, että tutkitaan sellaisia asioita, joissa voidaan yhdistää teoriaa, kokemusta ja ammattikäytäntöjä. (Vilka, 2007, 13.) Toimintojen uudistaminen vaatii kuitenkin aikaa ja harkintaa, jotta ratkaisuista tulisi toimivia.

Lähteet

- Alasuutari, P. 2001. Laadullinen tutkimus. 3.painos. Tampere. Vastapaino.
- Ebright, P., Patterson, E., Chalsko, B. & Render, M. 2003. Understanding the Complexity of Registered Nurse Work in Acute Care setting. *Journal of Nursing Administration* 33(12): 630-636.
- Eloranta, P. 2007. Hoitohenkilökunnan työn sisältö ja työajankäyttö vanhainkodissa. Pro gradu-tutkielma. Turku. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Elwyn, G., Edwards, A., Wensing, M., Hibbs, R., Wilkinson, C. & Grol, R. 2001. Shared decision making in clinical practice: visual displays of communication sequence and patterns, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 7, 211-221.
- Eriksson, E & Kuuppelomäki, M. 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Furåker, C. 2009. Nurse's everyday activities in hospital care. *Journal of nursing management* 17, 269-277.
- Haho, A. 2006. Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaaviin teoreettisiin väittämiin. Väitöskirja. Oulu. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta.
- Hakoma, M. 2008. Hoitotyön henkilöstön työajankäyttö ja hoitotyön laatu pitkäaikaissairaanhoidon vuodeosastolla. Pro gradu -työ. Kuopio. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Hall, L.M. & O'Brien-Pallas, L. 2000. Redesigning nursing work in long-term care environments. *Nursing Economics* 18 (2), 79-87.
- Harju, E., Rantanen, A., Tarkka, M-T., Åstedt-Kurki, P. 2011. Eturauhassyöpä-potilaiden sekä heidän läheistensä sairaalassa saama sosiaalinen tuki. *Hoitotiede* 23 (3), 218, 226-227.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita Prima.
- Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. Edita Prisma oy.
- Heinonen, R. 2009. Hoitohenkilökunnan työn sisältö ja työajan käyttö terveyskeskuksen vuodeosastolla. Pro gradu - tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Heiskanen, S. 2005. MS-potilaiden tarvitsema ja saama emotionaalinen tuki sairastumisen alkuvaiheessa. *Hoitotiede* 17 (2), 59-67.
- Heisler, M., Bouknight, R.R., Hayward, R.A., Smith, D.M. & Kerr, E.A. 2002. The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *Journal of General Internal Medicine* 17, 243-252.
- Hietanen, H., Saastamoinen, T., Toivonen, S., Muotka, r., Aalto, M. Laitinen, E-R. & Korhonen, S. 2010. Erittäminen. Teoksessa Hoitotyön toiminnot, toim. Saastamoinen, T., Hietanen, H., Juvonen A. & Monto, R. 2010. Helsinki: Kirjapaja. 28-59.
- Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

- Hirvonen E., Pietilä AM. & Eirola R. 2002. Terveyskeskustelu - tavoitteena dialogi terveyden edistämisessä. Teoksessa: Pietilä AM. ym. (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY. 219-242.
- Isola, A. & Virtaniemi, S. 2000. Vanhusten pitkäaikaishoidon kehittämisprojekti Herttoniemen sairaalassa. Teoksessa: Voutilainen, P., Sailo, K. & Isola, A. Hoitotyön vuosikirja 2000, Vanhusten hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. 143-157.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.
- Juvonen, A. Saastamoinen, T. 2010. Tavanomaiset varotoimet. Teoksessa Hoitotyön toiminnot, toim. Saastamoinen, T., Hietanen, H., Juvonen A. & Monto, R. 2010. Helsinki: Kirjapaja. 10-13.
- Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 89. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä.
- Kane, R. Flood, S. Keckhafer, G. & Rockwood T. 2001. How EverCare Nurse Practitioners Spend Their Time. Journal of the American Geriatrics Society, 49, 1530-1534.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY
- Karvonen, H. 2005. Hoitohenkilöstön ajankäytön allokaatio potilaan hoidossa :potilaan hoidon tarpeen toteutuminen. Pro gradu -työ. Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos.
- Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Tutkijan asema. KvaliMOTV -Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 14.1.2013.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_2.html
- Kaustinen, T. 2011. Oulu-hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos.
- Kivistö A. 2003. Talousohjaus ja tuotteistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 5. Tampere.
- Kotisaari, M-L. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy
- Kuikka, P., Akila, R., Pulliainen, V. & Salo, J. 2011. Miksi muisti pätkii? Helsinki: Työterveyslaitos
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimismateriaalit.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamistaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö 3 (1), 10-15.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 7.8.1992/785. Viitattu 4.1.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laurea. 2012. Cide Cluster. Viitattu 30.11.2012.
<http://www.laurea.fi/fi/cide/esittely/Sivut/default.aspx>

- Liljamo, P., Kaakimo, U-M. & Ensio, A. 2012. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Liponkoski, R. & Routasalo, P. 2001. Iäkkään kuntoutuspotilaan saama henkinen tuki sairaalajakson aikana. *Hoitotiede* 5 (13), 258-265.
- Lundgren, S. 2001. Nurses' use of Time in a Medical-Surgical Ward with all-RN staffing. *Journal of Nursing Management* 9, 13-20.
- Maakuntahallitus 2012. Päätös 107 §. 24.9.2012. Uudenmaan liitto. Viitattu 18.11.2012. <http://www.uudenmaanliitto.fi/dynastia32/kokous/2012523-6-25716.PDF>.
- Mattila L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Metsämuuronen, J. 2001. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Metodologia - sarja 1. Helsinki: International Methelp Ky
- 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.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 99. Kuopion Yliopisto.
- Partanen, T. M. 2002. Dehkon hoitotyytyväisyystutkimus: Eroon turhista rutiineista, enemmän aikaa vuorovaikutukselle. *Diabetes ja Lääkäri* 6, 10-15.
- Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.
- Peiponen A. & Soiniemi K. 1999. Vanhusten laitoshoidon tuotteistaminen. Projektin Helsingin vanhainkotipalveluissa. Suomen kuntaliitto.
- Pelletier, D. & Duffield, C. 2003. Work sampling: Valuable methodology to define nursing practice patterns. *Nursing and Health Sciences*, 5, 31-38.
- Peltokorpi, P. 2007. Hoitohenkilöstön työajankäyttö ja henkilöstömitoitus vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Pro gradu -työ. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Poskiparta, M., Kettunen, T. & Liimatainen, L. 2000. Questioning and advising in health counselling: results from a study of Finnish nurse counsellors. *Health Education Journal* 59, 69-89.
- Ratia, M. & Routamaa, M. 2010. Henkilöhygieniä. Teoksessa *Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta*. Toim. Anttila, V-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. Helsinki: Suomen kuntaliitto. 152-154.
- Routasalo P. 2002. Sairaanhoidajat iäkkään potilaan kuntoutumisen edistäjänä. *Gerontologia / Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry* 16(3), 109-119.
- Rissanen, T., Toivanen, T. & Miettinen, S. 2005. Mitä työajanseurantatutkimus kertoo psykiatrisesta hoitotyöstä? *Tutkiva hoitotyö* 3:19- 25.
- Saastamoinen, T., Muotka, R. & Toivonen, S. 2010. Ravitsemus. Teoksessa *Hoitotyön toiminnot*, toim. Saastamoinen, T., Hietanen, H., Juvonen A. & Monto, R. 2010. Helsinki: Kirjapaja. 111-115.

Suurmond, J. & Seeleman, C. 2006. Shared decision-making in an intercultural context. Barriers in the interaction between physicians and immigrant patients. *Patient Education Counseling* 60 (2), 253-259.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 § 67. Viitattu 3.12.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Viitattu 29.11.2012. http://www.tenk.fi/julkaisut/HYMY_mietinto.pdf.

Tyrjälä, S. 2008. Potilaiden selviytyminen kotona polven eturistisideleikkauksen jälkeen. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Luettu 7.12.2012.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03460.pdf>

Työturvallisuuslaki 738/2002. Viitattu 11.1.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Uusitalo, H. 2001. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. WSOY. Jyväskylä.

Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystoimi. 2011. Sairaalapalvelut. Viitattu 17.11.2012.
http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/63921_sairaalapalvelut_net.pdf

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Kustannusyhtiö Tammi. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Välimäki M., Nyrhinen T., Leino-Kilpi H., Dassen T., Gasull M., Lemonidou C., Scott P A., Arndt M. & Kaurila T. 2001. Potilaan itsemäärääminen ja suostumus pitkäaikaisessa laitoshoidossa: vanhusten ja hoitajien näkökulma. *Gerontologia* 2, 136-146.

Vänskä, K. 2012. Ohjauksen osaajat - miten he sen tekevät. Terveysalan ohjaajien käsityksiä ohjausosaamisesta. Väitöskirja. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä.

Westbrook, J., Duffield, C., Ling, L. & Creswick, N. 2011. How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC Health services Research*, 11:139.

Westergård, A., Rautava-Nurmi, H., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Åstedt-Kurki, P., Isola, A. & Tammentie, T. 2000. Huumori hoidossa - henkilökunnan näkemyksiä huumorin käytöstä ja ilmenemisestä. *Hoitotiede* 12 (6), 332-340.

Kuviot

Kuvio 1: Hoitohenkilöstön jakautuminen ammattikunnittain	23
Kuvio 2: Välittömään hoitotyöhön käytetty aika suhteessa kokonaistyöaikaan.....	24
Kuvio 3: Hoitohenkilökunnan välittömän hoitotyön osuus	26
Kuvio 4: Välittömään hoitotyöhön käytetty aika suhteessa kokonaistyöaikaan ammattikunnittain	26
Kuvio 5: Hoitajakohtainen aika minuuteissa välittömään hoitotyöhön.....	27
Kuvio 6: Alle 1 minuutin pituiset potilaskontaktit osastoittain	27
Kuvio 7: Alle 1 minuutin mittaisten potilaskontaktien (173) sisällöllinen jakauma toimintoluokkiin.....	28
Kuvio 8: Välittömän hoitotyön toimintokertojen jakauma suhteessa potilaskontakteihin..	29
Kuvio 9: Osastojen A-D keskiarvot potilaskontakteista ja välittömän hoitotyön sisältöluokkien toimintokerroista	30
Kuvio 10: Osastojen E-G keskiarvot potilaskontakteista ja välittömän hoitotyön sisältöluokkien toimintokerroista	31
Kuvio 11: Osastojen H-I keskiarvot potilaskontakteista ja välittömän hoitotyön sisältöluokkien toimintokerroista	32
Kuvio 12: Osaston J keskiarvo potilaskontakteista ja välittömän hoitotyön sisältöluokkien toimintokerroista	33
Kuvio 13: Yhden hoitajan välittömän hoitotyön ajallinen jakauma.....	34
Kuvio 14: Yhden hoitajan välittömän hoitotyön ajallisen jakauman sisältämä emotio	35
Kuvio 15: Esimerkkihoitajan potilaskontaktien sisältämät sisältöluokkien toimintokerrat .	36
Kuvio 16: Kontaktien kesto ja lukumäärä per potilas	37

Taulukot

Taulukko 1: Välittömän hoitotyön tutkimusten esittely	18
Taulukko 2: Välittömän hoitotyön ajankäyttö osastokohtaisine eroineen	25

Liitteet

Liite 1. Työajan seurantalomake.....	53
Liite 2. Välittömän hoitotyön toimintoluokat.....	54

Liite 1. Työajan seurantalomake

Työajan seurantalomake

Pvm:	Osasto:	aamu / ilta / yö
------	---------	------------------

Ammattinimike:	Hoitotyön työkokemus v kk	Tällä osastolla työskentelyaika
Ikä: 20-24v 25-34v 35-44v 45-54v 55-64v 65v	Vantaan sairaalassa työskentelyaika	v kk

AIKA min	POTILAS	ERITYS/HYGIENIA	RAVIT-SEMUS	LÄÄ-KITYS	LIIKKU-MINEN	TOIMEN-PIITEET	SEU-RANTA	OHJAUS	EMOTIO	SUUNNIT-ARVIOINTI	Alle 1 min pituiset kontaktit potilaaseen	MUUT/HUOMIOITA

Liite 2. Välittömän hoitotyön toimintoluokat

VÄLITTÖMÄN HOITOTYÖN TOIMINTOLUOKAT:

ERITYS/	Kaikki potilaaseen liittyvän eritteen käsittely, virtsapullon/alusastian/kaarimaljan asettaminen, poistaminen, dreenieritteiden käsittely
HYGIENIA	cystofix/katetri ja avanne-eritteiden käsittely, Hygienian hoidossa auttaminen osittain/täysin, suihkussa/vuoteessa/lavuaarilla, parran ajaminen, ihon hoito, suun hoito, hiusten ja kynsien hoito, vaippojen vaihto, vuoteen siistiminen/ puhtaaksipectaus kun potilas on vuoteessa/huoneessa
RAVITSEMUS	Ravitseminen suun/nenämahaletkun kautta, tai suonensisäisesti, ruokatarjottimen asettelu ja ruokailussa avustaminen juottaminen, nestelistaan merkitseminen
LÄÄKITYS	Suun kautta annettava, injektiot, laastarit, supot, silmä- ja nenätipat, voiteet, iv. Lääkityksen aloitus/lopetus, lääkkeiden lisäys infuusiopullon/pussin vaihto, tiputusnopeuden säätö, lääkitysten tarkastaminen
LIKKUMINEN	Asentohoidot vuoteessa, kääntäminen, nostaminen, auttaminen siirtymään sängystä ylös/takaisin sänkyyn, kävelyssä auttaminen siirtymisessä avustaminen pyörätuoliin/g-tuoliin/suihkutuoliin/wc-tuoliin, Aktiivinen tai passiivinen liikeharjoittelu, apuvälineiden asettaminen ja poistaminen, hengitysharjoitukset, yskittäminen,
TOIMENPITEET	Katetrointi, nenämahaletkunlaitto/poisto, peräruiskeet, sidokset, hoitosukkien laitto/posto, haavahoito, iv-kanyyliin laitto/poisto, hapen anto, + vitaalitoiminnot Hoitotyön mittaukset; verenpaine, pulssi, hengitys, lämpö, ekg, neurologisten merkkien havainnointi, mittaustulosten kertominen potilaalle + näytteet Veri (iho pistos/vena), virtsa, uloste, yskösnäytteiden ottaminen, bakteerinäytteenotto haavalta,
SEURANTA	Rutiinit tarkkailu- ja valvontakierrot, oireseuranta; kipu, ahdistus, pelko, verenkierto, hikoilu, sidosten kunto,
OHJAUS	Potilaan opetus, ohjaus ja neuvonta, hoitojen tai toimenpiteiden ohjaus ennen ja toimenpiteen jälkeen, potilaskutsuun vastaaminen
EMOTIO	Potilaan kannustus, rohkaisu, huumori, empatian osoittaminen, läsnäolo
SUUNNITTELU/	Potilaan haastattelu, hoitoneuvottelu, hoidon suunnittelu ja arviointi yhdessä potilaan kanssa
ARVIOINTI	
Alle 1 min pituiset kontaktit potilaaseen/ kaikki hoitotyön toiminnot	
MUU	Tulohaastattelu, erilaisten kaavakkeiden täyttö; raha- ja omaisuusluettelo, Mmse, GDS, MNA, apuvälineiden kartoitus Potilaan vierellä tapahtuva lääkärintieto, elvytys, kuolleen potilaan käsittely