



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

KOTISAIRAANHOITAJIEN TYÖAJANSEURANTA KUOPION KAUPUNGIN KOTIHOIDOSSA

TEKIJÄ: Mira Miettinen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Mira Miettinen	
Työn nimi Kotisairaanhoidajien työajanseuranta Kuopion kaupungin kotihoidossa	
Päiväys	17.05.2021
Sivumäärä/Liitteet	67/13
Ohjaaja(t) Minna Hoffrén	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion kaupunki, hoivapalvelut, kotihoito	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä tutkittiin kotisairaanhoidajien työajan käyttöä Kuopion kaupungin kotihoidossa. Työajanseurannalla saadaan tietoa sairaanhoidajan työajan käytöstä ja sen sisällyttämistä hoitotyön välillisistä ja välittömistä toiminnoista. Hoidajien välillisen työn määrä kasvaa jatkuvasti. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää välilliseen ja välittömään asiakastyöhön käytettyä aikaa kotisairaanhoidajan työpäivän aikana. Tarkoituksena oli selvittää millaisia työtehtäviä työpäivä sisältää, ja kuinka paljon erilaiset työtoiminnot vievät aikaa. Erityisesti pyrittiin selvittämään mitä välillisen työn toimintoja työpäivät pitivät sisällään. Lisäksi haluttiin selvittää työn keskeytykset. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kohdentaa paremmin hoitotyön resursseja sekä optimoida työajan käyttöä.</p> <p>Tämän laadullisen opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytettiin havainnointia. Tutkimuksessa havainnoitiin yhdeksää kotisairaanhoidajaa heidän erilaisissa työskentely-ympäristöissä kotikäynneillä ja toimistoilla koko heidän työpäivänsä ajan. Havainnointi suoritettiin ei-osallistuvasti ja havaintoväli oli viisi minuuttia. Havaintomuistiinpanot kirjattiin osittain strukturoidulle lomakkeille. Muistiinpanot kategorisoitiin neljään pääkategoriaan ja 26 alakategoriaan. Kategorisoitujen havaintojen järjestelmissä ja tulkitsemisessä sekä diagrammien muodostamisessa käytettiin apuna Excel laskentataulukko- ohjelmistoa.</p> <p>Tämän tutkimuksen tulosten perusteella eniten kotisairaanhoidajan työaikaa kului välillisten työtoimintojen toteuttamiseen. Välittömän työajan toteutumisessa oli vaihtelua työpäivien kesken. Välillisen työn toiminnoista keskimäärin eniten aikaa käytettiin viestintään eri järjestelmissä ja työvälilinen tilaukseen huoltoon, puhdistukseen sekä järjestelyyn ja kolmanneksi eniten asiakastietoihin perehtymiseen. Keskeytykset työpäivien aikana vaihtelivat 23-40 kertaa.</p> <p>Johtopäätöksenä todettiin, että tämän havainnointitutkimuksen perusteella olisi tarpeen ottaa tarkasteluun ja kehittää sairaanhoidajien sekä lähi- ja perushoitajien välistä työnjakoa edelleen. On kuitenkin haastavaa arvioida missä työtehtävissä sairaanhoidollisesta osaamisesta ja asiakastuntemuksesta on hyötyä. Asiakasnäkökulman tutkiminen on yksi jatkotutkimusehdotus. Lisäksi jatkotutkimuksena esimerkiksi kehittämistyönä voisi olla tunnistaa ja nimetä keskeiset ydin- ja tukiprosessit kotisairaanhoidajan työssä, kuvata ja dokumentoida niiden nykytila sekä arvioida ja kehittää kuvattuja prosesseja.</p>	
Avainsanat Työajanseuranta, kotisairaanhoido, hoitotyö	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Master's Degree Programme in Management and Development for Social and Health Care Professionals			
Author(s) Mira Miettinen			
Title of Thesis Monitoring the Working Hours of Home Nurses in Home Care in the City of Kuopio			
Date	May 17, 2021	Pages/Appendices	67/13
Supervisor(s) Minna Hoffrén			
Client Organisation /Partners Home care of the City of Kuopio			
<p>Abstract</p> <p>The thesis investigated the use of working time of home nurses in home care in the city of Kuopio. Monitoring of working time provides information on the use of the nurse's working time and its inclusion in the indirect and immediate activities of nursing. The amount of indirect work of caregivers is constantly increasing. The purpose of this thesis was to find out the time spent on indirect and immediate client work during the home nurse 's working day. The purpose was to find out what kind of work tasks the working day includes and how much the different work activities take time. In particular, efforts were made to find out which functions of indirect work were included in the working days. In addition, the aim was to find out work interruptions. The aim was to provide information that can be used to better target the nursing resources and optimize the use of working time.</p> <p>Observation was used as the data collection method for this qualitative thesis. The target group of the study consisted of nine home nurses in their different work environments at home visits and offices throughout their working days. The observation was performed non-participatively and the observation interval was five minutes. Observation notes were recorded on partially structured forms. The notes were categorized into four main categories and 26 subcategories. Excel spreadsheet software was used to organize and interpret the categorized observations and to create diagrams.</p> <p>Based on the results of this study, most of the working time of a home nurse was spent on indirect work activities. There was variation in the realization of immediate working time between working days. Of the indirect work functions, on average, the most time was spent on communicating in different systems and ordering tools for maintenance, cleaning and arrangement, and the third most on familiarization with customer information. Interruptions during working days ranged from 23 to 40 times.</p> <p>In conclusion, on the basis of this observational study, it would be necessary to review and further develop the division of labor between nurses and practical nurses and auxiliary nurses. However, it is challenging to assess in which job positions nursing skills and client knowledge are useful. Examining the customer perspective is one further research proposal. In addition, a topic for further study, for example in a development work, could be to identify and name the key core and support processes in the home nurse's work, to describe and document their current status, and to evaluate and develop the described processes.</p>			
Keywords working time monitoring, home nursing, nursing			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	KOTISAIRAAHOITO JA SAIRAAHOITAJAN TYÖN SISÄLTÖ	8
2.1	Työ kotihoidossa	8
2.2	Sairaanhoitajan työaika ja työajanseuranta	10
2.3	Välitön ja välillinen työ	11
2.4	Aiemmat tutkimustulokset hoitotyön työajanseurannasta	13
2.5	Hoitotyön luonne on muuttunut	16
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	20
4.1	Tutkimusympäristö	20
4.2	Aineiston hankinta	22
4.3	Aineiston analyysi	26
5	TUTKIMUSTULOKSET	30
5.1	Välillisen ja välittömän työn jakautuminen	30
5.2	Alakategorioiden keskiarvot	32
6	POHDINTA	35
6.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	35
6.2	Keskeiset tulokset	41
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	45
	LÄHTEET	50
	LIITE 1: SAATEKIRJE KOTISAIRAAHOITAJILLE	55
	LIITE 2: AIEMMAT VIIMEAIKAISET TUTKIMUKSET HOITOTYÖN TYÖAJANSEURANNASTA	56
	LIITE 3: TYÖAJAN JAKAUTUMINEN SEKÄ KESKEYTYKSET HOITAJAKOHTAISESTI	58

1 JOHDANTO

Hoitohenkilöstön työajan jakautuminen ja työtoimintojen tutkiminen on tärkeää, jotta osaaminen ja resurssit voidaan kohdentaa oikein sekä säilyttää hoitotyön vetovoimaisuus. Sairaanhoidajaliiton tekemässä selvityksessä kartoitettiin sosiaali- ja terveysalan vetovoimaisuutta ja työhyvinvointia. Selvityksessä nousi esiin eniten kehittämiskohtia kotihoidossa, kotisairaanhoidossa, kotipalvelussa tai palveluasumisessa työskentelevien vastaajien mielestä (Sairaanhoidajien työolobarometri 2018, 12, 37). Vastaajien tyytymättömyys kohdistuu muita yksiköitä enemmän perehdytykseen, mentoritoimintaan, töiden jakamiseen osaamisen perusteella sekä työhön liittyviin teknologisiin sovelluksiin. Kotihoidolla on vaikutuksia asiakkaan terveyteen ja jokapäiväiseen elämään, ja siksi on tärkeää selventää kotihoidon työn sisältöä ja vaatimuksia. Tämän huomioimiseksi on tärkeää kuulla sairaanhoidajien ääni heidän työnsä muutosten seurauksista. (Fjørtoft, Oksholm, Førland Delmar & Alvsvåg 2020, 1017.)

Ikääntyneiden osuus väestöstä on edelleen kasvussa ja 65 vuotta täyttäneitä vuonna 2030 on arviolta Suomessa jo noin 26 prosenttia väestöstä eli 1,5 miljoonaa. (STM 2020b, 14). Kotihoidon henkilöstön osuus ikäihmisten palvelujen henkilöstöstä, vuonna 2018 oli Kuopiossa yhteensä 44,0 % (Sotkanet 2020). Kotihoidon lähihoitajien sekä perushoitajien määrä on kasvanut Suomessa vuodesta 2016 vuoteen 2018 yhteensä yli 1600 työntekijällä, mutta sairaanhoidajien määrä on pysynyt lähes samana. Samassa ajassa säännöllisten asiakkaiden keskimääräinen määrä päivässä on kasvanut 4000:lla ja myös tilapäisten asiakkaiden määrä on selvästi kasvamassa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b, 3,7,10.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2017, 2) tekemässä tutkimuksessa kotihoidon työntekijöistä puolet koki melko usein tai erittäin usein, etteivät he ehdi tekemään työtään tarpeeksi hyvin. Kiireen osalta on tärkeää ottaa huomioon myös työn organisointi, sillä samalla henkilöstömitoituksella työ voidaan kokea kiireiseksi tai ei kiireiseksi ja tämä voi riippua osittain työn organisoinnista. Yhä enemmän asiakkaita pyritään hoitamaan kotona ja se aiheuttaa haasteita hoitajille niin ammatillisen osaamisen kanssa kuin työajan hallinnassakin. (Vaartio-Rajalin, Näsman & Fagerström 2019, 1.) Tulvaisuudessa sairaanhoidajat tekevät työtä vielä aiempaa itsenäisemmin ja tukevat asiakkaita heidän omahoidossa ja oman terveytensä ylläpitämisessä (sairaanhoitajat 2020, 3).

Työterveyslaitoksen ja Satakunnan sairaanhoitopiirin yhteistyöhankkeena toteuttamassa tutkimuksessa nousi esiin hoitotyön olevan vaativaa aivotyötä. Siinä korostuu useita tiedonkäsittelyn osa-alueita, kuten muistaminen, lukeminen, kirjoittaminen, ongelmien ratkaiseminen ja keskittyminen. Kognitiivisesti kuormittavia tilanteita työssä ovat puhehäly, työn keskeytykset, ristiriitaisten ohjeiden tulkitseminen tai noudattaminen sekä pitäen silmällä tai muistissa useita asioita yhtäaikaan. Keskeisenä huomiona esiin nousi työn sirpaloituminen, mikä on kognitiivisesti kuormittavaa ja sellainen vaatii huomion uudelleen suuntaamista jatkuvasti ja asioiden muistiin päivittämistä. Olosuhteista yleisiä olivat keskeytykset ja häly, jotka haastavat pitkäjänteiseen työhön keskittymistä. Kognitiivisten vaatimusten laajuus ja useiden eri osa-alueiden kuormittavuus ja toistuminen päivittäin olivat yleisempiä hoitotyössä kuin hallintotyössä. (Työterveyslaitos 2018.) Hoitotyön tekijöille kohdentuu keskeytyksiä, joista suurin osa ei vaatisi niihin välitöntä puuttumista. Kiireettömien tehtävien tai konsultaatioiden

hoitoon tulisi hyödyntää ja käyttää sähköisiä viestintäjärjestelmiä, esimerkiksi koodattujen tai kohdennettujen viestien avulla. (Ly, Korb-Wells, Sumpton, Russo & Barnsley 2013, 235-236.)

Iäkkäiden henkilöiden tehostettuun palveluasumiseen ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon tuli henkilöstömitoitus, joka on vähintään 0,5 työntekijää asiakasta kohden lokakuusta 2020 alkaen, ja siitä säädettiin laissa. Iäkkäiden ihmisten hoivapalveluiden mitoitusta on tähän asti ohjattu yhteisellä Suomen kuntaliiton sekä Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksella ja tuorein suositus on vuodelta 2017. Laskettaessa mitoitusta otetaan huomioon vain välitöntä asiakastyötä tekevä henkilöstö. Mitoitusta kuitenkin nousee asteittain. Siirtymäaika päättyy huhtikuussa vuonna 2023, jolloin henkilöstömitoituksen on oltava vähintään 0,7 työntekijää asiakasta kohti ja tuolloin kunnilla on myös velvollisuus käyttää RAI-arviointijärjestelmää. Kotihoidossa ei vastaavaa henkilöstömitoitusta ole. Vanhuspalvelulain uudistamisen toisessa osassa on luvattu selvittää keinot kotihoidon riittävyyden turvaamiseksi. Myös kotiin annettavien palvelujen henkilöstömäärän kasvua tulee seurata säännöllisesti, jotta se vastaisi asiakasmäärien kasvua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a). Vanhuspalvelulain muutosten tavoitteena on muun muassa parantaa potilas- ja asiakasturvallisuutta varmistamalla riittävä hoidosta ja huolenpidosta vastaava henkilökunta työtehtävien toteuttamiseen. Toiminnan aikaisessa valvonnassa henkilöstön riittävyyttä tulee arvioida suhteessa asiakkaiden palvelujen tarpeisiin. Lain muutoksien johdosta hoitotyön työtehtävistä käytetään jatkossa välitön asiakastyö ja välillinen työ –käsitteitä (Valvira 2020a).

Kotihoidon henkilöstön välitöntä työaika on ollut tavoitteena lisätä Hallituksen kärkihankkeessa ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa 2016-2018”. Vuosina 2014, 2016 ja 2018 on seurattu sairaanhoitajien välitöntä työaika, mutta lähihoitajia tarkemmin vain vuonna 2018. Suomessa sairaanhoitajien välittömän työajan osuus on ollut 39 % kokonaistyöajasta ja se on kasvanut kolme prosenttia ja vaihteluväli on ollut 20 – 50 %. Vertailulukuna lähihoitajien välitön työaika on 61 % ja heillä vaihteluväli on ollut 54 – 69 % kokonaistyöajasta. (Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018.) Myös Kuopion kaupungin kotihoidossa on tavoitteena nostaa sairaanhoitajien välittömän työn osuutta nykyisestä.

Työajan seurannalla saadaan tietoa henkilön työajan käytöstä ja sen sisällyttämistä hoitotyön välillisistä ja välittömistä toiminnoista. Aiemmissa työajanseurantatutkimuksissa eri maissa hoitohenkilöstön työajasta usein vain alle 50 % kohdentui potilaan välittömään hoitotyöhön (Antinaho 2015; Lavander 2017, 61). Hoitotyön työajanseurantatutkimuksissa käytetyt aineistonhankintamenetelmät toivat esille tilastollisesti merkittävästi toisistaan poikkeavaa tietoa henkilöstön työajan jakautumisesta. Itseraportoituna välittömän hoitotyön määrä oli suurempi kuin ulkopuolisen havainnoijan arvioimana. (Antinaho 2018. 7, 34.)

Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavaintojen mukaan vuoden 2019 vanhustenhuollossa on esiintynyt puutteita. Kotihoidon piirissä olevien vanhusten terveydenhuoltopalvelujen järjestämisessä on havaittavissa samankaltaisia ongelmia kuin palveluasumisen lääkäri- ja muiden terveydenhuoltopalvelujen järjestämisessä. Puutteita oli erityisesti siinä, ettei yksiköiden henkilökunnassa ollut riittä-

västi sairaanhoitajia suhteessa asiakkaiden palvelutarpeeseen tai sairaanhoitajien työpanosta ei hyödynnetty riittävästi sairaanhoidollisiin tehtäviin. (Valvira 2020b, 13.)

Tässä opinnäytetyössä on tarkoituksena tutkia kotisairaanhoitajien työajan käytön jakautumista ja selvittää erityisesti välillisen työn sisältöä kotisairaanhoitajien työpäivien aikana. Lisäksi tutkimuksessa halutaan selvittää työpäivien aikana tulleet keskeytykset. Aineisto koostuu ulkopuolisena havainnointina tehtyyn aineiston hankintaan. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan tarkastella työprosesseja ja kohdentaa paremmin hoitotyön resursseja ja osaamista sekä optimoida työajan käyttöä. Jatkossa työn tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi perehdytysalustan kehittämisessä, kotisairaanhoitajan työnkuvan määrittelemisessä sekä sairaanhoitajien osaamiskartan suunnittelemisessä.

2 KOTISAIRAANHOITO JA SAIRAANHOITAJAN TYÖN SISÄLTÖ

Kotisairaanhoidon on osa kotihoitoa, ja siihen sisältyy myös sosiaalihuoltolakiin perustuva kotipalvelu sekä kotihoidon muut tukipalvelut. Kotisairaanhoidon asiakas saa kotiin silloin, kun hän ei alentuneen toimintakykynsä tai sairautensa takia pysty käyttämään muita terveyden- ja sairaanhoidon palveluita. (STM, 2021b.) Kotisairaanhoidon järjestetään terveydenhuoltolain 25 §:n nojalla ja sen järjestämisestä vastaavat asuinkunnat. Kotisairaanhoidon on sairaanhoidon, joka suoritetaan asiakkaan kotona. Sen avulla voidaan helpottaa esimerkiksi sairaalasta kotiutumista, asiakkaan kotona selviytymistä ja lisäksi tukea omaisia sairaan henkilön koti- tai saattohoidossa. Kotisairaanhoidon ovat kotona suoritettavat sairaanhoidolliset toimenpiteet, kuten näytteiden ottaminen, erilaisten mittauksien suorittaminen, lääkityksen valvominen ja asiakkaan voimien seuraminen sekä hyvä kivun hoito. (THL, 2017.) Kotihoidon palveluiden saamista edeltää palvelutarpeen arviointi ja näissä sairaanhoitaja voi tarvittaessa toimia työparina palveluohjaajan kanssa. Kotisairaanhoidon taas on sairaalahoitoon viemistä asiakkaan kotiin, tämä on tehostettua ja määräaikaista kotisairaanhoidon. Kotisairaanhoidon ovat esimerkiksi saattohoito ja kotona järjestettävissä oleva erikoissairaanhoidon. Kotisairaanhoidon sekä kotisairaanhoidon valvovat aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto eli Valvira. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos kerää kotisairaanhoidon liittyvää tilastotietoa ja toimii asiantuntijaviranomaisena. (STM, 2021b.)

Suomessa säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli vuoden 2018 marraskuussa yhteensä 73 563 ja heistä 65 % oli naisia. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista 77 % eli 56 357 oli 75 vuotta täyttäneitä (THL 2019). Kotihoidossa asiakkaat ovat entistä heikkokuntoisempia ja paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden määrä jatkaa kasvuaan. Kotihoidossa suurin osa asiakkaista on muistisairaita. Osa kotihoidon asiakkaista ajautuu toistuvasti päivystykseen. (THL, 2019.) Säännöllisen kotihoidon tarve arvioidaan Kuopiossa aina määräaikaisten, enintään kolme kuukautta kestävä, kotihoidon kuntouttavan arviointijakson perusteella. Tämän jakson aikana tuetaan asiakkaan kuntoutumista ja arvioidaan asiakkaan voimavaroja sekä palveluntarvetta. Säännöllisen kotihoidon piiriin otetaan henkilö, jonka hoito ja huolenpito vaatii sosiaali- tai terveydenhuollon henkilöstön ammattiosaamista ja hän ei selviydy enää arjen toiminnoista itsenäisesti, eikä tukipalveluiden, omaisten tai muiden palvelujärjestelmien avulla (Vanhuspalveluiden myöntämisperusteet 2021, 4.) Kotihoidon kriteerit täyttävät asiakkaat voivat olla iäkkäitä henkilöitä, vammaisia tai mielenterveys- ja päihdeasiakkaita. Pitkäaikais-sairauksia sairastavat iäkkäät asiakkaat ovat kotihoidon suurin asiakasryhmä ja kotihoito palvelee kaikkia ikäryhmiä (Ikonen 2015, 177).

2.1 Työ kotihoidossa

Kuopion kaupungin kotihoidon palvelukuvauksessa (2019, 4) tuodaan esille, että kotisairaanhoidon toteutetaan asiakkaan terveyttä, omatoimisuutta ja toimintakykyä edistäen. Kotisairaanhoidossa hoidon arviointi tapahtuu geriatrisella arviointimenetelmällä. Tähän kuuluu kokonaistilanteen arviointi haastatteleamalla asiakasta ja läheisiä, havainnoimalla sekä erilaisia toimintakykymittareita käyttäen arvioinnin tukena. Kotihoito on terveyttä ja hyvinvointia edistävää, sairautta ehkäisevää tai parantavaa, kuntouttavaa ja kärsimystä lievittävää työtä. Kotihoidossa hoitajan työ on kokonaisvaltaista ja

monipuolista. Kotihoidossa hoitaja seuraa asiakkaan terveydentilaa, sairauden oireita ja ryhtyy tarvittaviin toimenpiteisiin. (Ikonen 2015, 177.) Kotisairaanhoidajan työ sisältää myös erilaisia pientoimenpiteitä, potilaan tilan tai lääkevasteen seuranta, potilaan ohjausta, potilaalle annettavaa emotionaalista tukea, sekä asiakkaan kanssa yhdessä tehtävää hoidon suunnittelua tai arviointia, sekä erilaisten etuuksien ja ryhmätoimintojen hakemisessa avustamista. Myös apuvälineiden tai hyvinvointiteknologian käytön opastus ovat osa kotisairaanhoidajan työtä.

Sairaanhoidajan työhön kuuluu hallita terveydenhuollon sekä sosiaalipuolen tehtäviä laaja-alaisesti. Työlle asettaa vaatimuksia asiakkaiden biologinen, sosiaalinen ja psyykinen ikääntyminen. Kotisairaanhoidajalta vaaditaan laajaa ammatillista osaamista sekä muutosvalmiutta ja valmiuksia hyvään havainnointikykyyn sekä itsenäiseen työskentelyyn. Tässä tutkimuksessa käsitteellä sairaanhoitaja tai kotisairaanhoidaja tarkoitetaan koulutukseltaan sairaanhoitajaa tai terveydenhoitajaa, joka työskentelee kotihoidossa. Tässä tutkimuksessa käsite tiimi tarkoittaa kotihoidon sairaanhoidajan omaa tiimiä, mikä koostuu lähi- ja perushoitajista sekä joillakin alueilla muutamista kodinhoitajista. Kotisairaanhoidaja tekee tiivistä yhteistyötä oman tiimensä kanssa asiakkaiden asioiden hoidossa. Tiimi huolehtii pääsääntöisesti asiakkaiden päivittäisestä perushoidosta. Kuopion kaupungin kotihoidossa on käytössä asiakkaan toimintakykymittarina RAVA. Mittari antaa tietoa siitä, millaista toimintakykyä omaavia asiakkaita on eri tiimeissä ja sitä voidaan hyödyntää kustannusten ja resurssien suunnittelussa. RAVA®-mittarin avulla arvioidaan ikääntyneen toimintakykyä ja avuntarvetta. (Fcg 2020.)

Kotihoito koostuu kotipalveluista, tukipalveluista sekä sairaanhoidopalveluista ja siihen kuuluu kokonaisvaltainen hoito ja huolenpito, johon voi sisältyä muun muassa perushoivaa, henkilökohtaisessa hygienian hoidossa avustaminen, ruokahuolto ja ravitsemus, ateriapalvelut, turvapalvelut, vaatehuolto, siistiminen, asiointi tai muut tehtävät, sairaanhoidolliset ja terveyden säilyttämiseen ja edistämiseen liittyvät toimenpiteet, lääkehoito, voinnin tai vasteen seuranta, saattohoito, psykososiaalinen tuki asiakkaalle ja omaisille sekä kuntouttavien toimintojen suunnittelu ja toteutus. Kotihoitoa tukevat muut julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä erilaiset tulonsiirrot. Kotihoitoa ohjaavat lait, säädökset sekä suositukset ja näistä tärkeimmät ovat sosiaalihuoltolaki, kansanterveyslaki ja terveydenhuoltolaki. (Ikonen 2015, 23.) Lääkehoito on osa kotihoitoa. Sairaanhoidajan ja lähihoitajan vastuulla kotihoidossa on toteuttaa lääkehoitoa. Yksiköissä on oltava kotihoidon lääkehoitosuunnitelma sekä jokaiselle asiakkaalle on laadittava yksilöllinen lääkehoitosuunnitelma osana muuta hoitosuunnitelmaa. Sairaanhoidaja kantaa kokonaisvastuun lääkehoidosta kotihoidossa. Kokonaisvastuulla tarkoitetaan myös tehtäväjaosta päättämistä, sekä siihen liittyvää neuvontaa, ohjausta ja valvontaa yksikön lääkehuollon toimivuudesta. (Ikonen 2015, 247.) Kotisairaanhoidajat työskentelevät moniammatillisesti ja ovat yhteistyössä lukuisten yhteistyökumppaneiden kanssa. Sairaanhoidajan tulee hallita ja kiinnittää työssään huomiota perushoitotyön ja sairaanhoidollisten toimenpiteiden sekä lääkehoidon vastuiden lisäksi työturvallisuuteen, ergonomiaan, asumisen ja liikkumisen turvallisuuteen, hallita ravitsemukseen liittyvä arviointi, ohjaus ja hoito. (Ikonen 2015, 172, 206, 211, 221-224.) Infektioiden torjunta ja aseptiikan hallinta kotioloissa on myös tärkeitä taitoja huolehtia asiakkaiden kodeissa työskennellessä.

2.2 Sairaanhoidajan työaika ja työajanseuranta

Kunta-alalla on käytössä useita työaikamuotoja ja työaikoihin liittyvistä kysymyksistä on sovittu suurelta osin kunnallisissa virka- ja työehtosopimuksissa. Kotisairaanhoidajat ovat yleisen kunnallisen virka- ja työehtosopimuksen (KVTES) mukaisten työaikamuotojen piirissä. Kuntatyönantajat (KT) määrittelevät työntekijän olevan sitä aikaa, joka käytetään työntekoon ja jolloin työntekijä on velvollinen olemaan työpaikalla työntekijän käytettävissä. Työaikamuoto taas määritellään tehtävien ja toimenkuvan mukaan (Kuntatyönantajat, 2020). Työaikalaki (5.12.2019/872) määrää työntekijän vastuuta ja valtaa työntekijää kohtaan.

Työajanseuranta voidaan toteuttaa lain vaatimalla tavalla, kun otetaan huomioon työaikalaki sekä tietosuojalaki ja laki yksityisyyden suojasta työelämässä (Tuoriniemi, 2020). Työajanseurantaan on olemassa erilaisia ohjelmia. Kuopion kotihoidossa työaika eli toteumat: töihin saapuminen ja lähteminen kirjataan sähköiseen järjestelmään, ja lisäksi toiminnanohjausjärjestelmään kirjaudutaan töihin tultua. Toiminnanohjausjärjestelmän kautta työajankäyttöä voidaan seurata tarkemmin työntekijöiden leimaamalla leimalajeilla. Leimalajeja on esimerkiksi työajo tai koulutus. Tällä hetkellä asiakastyön ja välillisen työn toteutumista seurataan lähinnä toiminnanohjausjärjestelmän avulla. Sairaanhoidajat kirjaavat itselleen toiminnanohjausjärjestelmään esimerkiksi suunnitellun asiakaskäynnin.

Tehyn mukaan työaika on työn tekemiseen käytetty aika sekä aika, jolloin henkilö on työntekijän käytettävissä. Työvuoro ja työaika käy ilmi työvuoroluettelosta. Matkoihin käytettävä aika ei ole työaika, mikäli työmatka on kuitenkin työntekopaikasta toiseen matkustaminen ja esimiehen määräämä, niin tämä saatetaan lukea työaikaan. Koulutukset kuuluvat työaikaan, mikäli ne järjestetään työvuorolistassa suunnitellulla työajalla. Varallaoloaika ei ole työaika, mutta siitä maksetaan erillinen korvaus. Ylityöllä tarkoitetaan vuorokautisen, viikoittaisen tai jaksokohtaisen säännöllisen työajan ylittämistä tehtyä työtä ja se edellyttää esimiehen määräämistä. (Tehy 2020.)

Työaikalaki on uudistunut 1.1.2020 ja siinä säännöllisellä työajalla kuvataan työntekijän vuorokautista ja viikoittaista työaika. Vuorokautena ja viikkona noudatetaan kalenterivuorokautta ja -viikkoa, mikäli ei toisin sovi. Myös aika, jolloin työntekijä joutuu olemaan työpaikalla tekemättä kuitenkaan työtä, on työaika, mutta oletuksena on, että työntekijä voi heti tarvittaessa aloittaa työntekon. Työpaikka voi tarkoittaa pääasiallisen työntekopaikan lisäksi jotain muuta työskentelypaikkaa, johon työntekijä on määrännyt työntekijän työn tekemistä varten. Työajaksi luettavasta ajasta voi olla tarkentavia määräyksiä työehtosopimuksissa. Pääsääntöisesti työaikaan ei työaikalain mukaan lueta päivittäisiä taukoja, mikäli työntekijä saa tauon aikana poistua vapaasti työpaikalta, eikä myöskään matkaan käytettyä aikaa, ellei sitä voi samalla pitää työsuorituksena. (Työsuojelu, 2020.) Kotihoidossa tauot sekä työmatkat asiakkaiden luo sisältyvät työaikaan.

Toimintayksikön mitoituksen, hoitohenkilöstön määrän ja rakenteen riittävyyden arviointi tulee perustua asiakkaiden palvelujen tarpeeseen ja siihen liittyvään kokonaisharkintaan eli siinä huomioidaan asiakkaiden toimintakyvyn mittaritiedon lisäksi esimerkiksi asiakkaiden määrä, toimitilat, sekä yksikön toiminnan päivittäiseen organisointiin liittyvät ratkaisut. (Valvira 2020b).

2.3 Välitön ja välillinen työ

Henkilöstön välillisen ja välittömän työajan määrittely kotihoidossa vaihtelee kunnittain ja myös maittain. Tämän vuoksi Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksessa katsottiin tarpeelliseksi määrittellä valtakunnallisesti, millaisia työtehtäviä sisältyy välittömään ja millaisia välilliseen työaikaan. Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2013, 44–45) kotihoidon henkilöstön työaika jaetaan välittömään ja välilliseen työaikaan. Tutkimustiedon ja kunnissa tehtyjen seurantojen perusteella on tiedossa, että kotihoidossa sairaanhoitajien välitön asiakastyö on noin 20–40 prosenttia ja lähihoitajilla se on noin 40–70 prosenttia kokonaistyöajasta. Useimmissa kunnissa, joissa on toimivat seuranta- tai toiminnanohjausjärjestelmät käytössä, on suunnitteluohjeeksi lähihoitajien välittömäksi asiakasajaksi asetettu 60–70 prosenttia, osassa kunnista enemmänkin.

Välittömään työaikaan kuuluvat:

- asiakkaan toimintakyvyn ja palvelutarpeiden arviointi,
- hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen ja päivittäminen,
- hoitotoimenpiteiden ja lääkehoidon toteutus,
- asiakkaan tukeminen kuntoutumista edistävää työtä käyttäen (myös kodin ulkopuolella tapahtuvissa toiminnoissa kuten ulkoilussa, kaupassa käynnissä ja asioinnissa),
- asiakkaan asioiden hoitaminen kodin ulkopuolella (esimerkiksi kaupassa käynti ja asiointi),
- asiakkaan omaisen/läheisen tukeminen,
- asiakastietojen kirjaaminen (silloin, kun ne tehdään yhdessä asiakkaan kanssa),
- yhteydenpito asiakkaan kanssa puhelimitse tai muun teknisen välineen avulla.

(STM 2013, 45.)

Välilliseen asiakastyöhön kuuluu esimerkiksi matka-ajat, kirjaaminen ja muu asiakastyö toimistolla, työyhteisön sisäiset palaverit sekä täydennyskoulutus. Kotihoidon toimintaa tulisi kehittää ja tavoitella prosessien sujuvoittamista, jotta välittömän asiakasajan osuus kotihoidon henkilöstön työajasta lisääntyisi. (STM 2013, 45.)

Uudessa vanhuspalvelulaisissa 3 §:n 1 mom. kohdassa 4–5 välitön ja välillinen asiakastyö on määritelty. Vanhuspalvelulakiin on tullut muutoksia 1.10.2020 alkaen (565/2020). Siinä välittömällä asiakastyöllä tarkoitetaan hoitoa ja huolenpitoa sekä asiakkaan toimintakykyä ja kuntoutumista edistäviä ja ylläpitäviä tehtäviä, asiakasta koskevien tietojen kirjaamista, palvelutarpeen arviointia sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista ja päivittämistä. Välillinen työ on määritelty pitämään sisällään muun muassa asukkaiden huoneiden ja yhteisten tilojen siivousta, pyykki- ja kiinteistöhuoltoa, ruoan valmistusta ja lämmitystä, yksikön johtajan ja vastuuhenkilön esimies- ja hallinnollista työtä sekä muita vastaavia hoitoa ja huolenpitoa mahdollistavia tehtäviä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980, 3 §.) Vanhuspalvelulain uu-

distamisen toisessa vaiheessa on tarkoitus selvittää keinot kotihoidon riittävyyden turvaamiseksi, sillä kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet kahdessa vuodessa 4000:lla asiakkaalla ja kasvun enustetaan nopeutuvan seuraavina vuosina (STM, 2020). Toisessa vaiheessa oletettavasti tarkennetaan kotihoidon välillisen ja välittömän työn määritelmää vielä lisää.

Valviran on laatinut ohjeen (2020) vanhuspalvelulain muutoksen tiimoilta välittömän ja välillisen asiakastyön määrittelyyn vanhusten tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon toimintayksiköissä. Ohjeessa kuvataan välittömän asiakastyön pitävän sisällään sairaanhoidollisten toimenpiteiden lisäksi mm. Lääkärin kanssa tehtävän yhteistyön ja konsultoinnin, asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa tehtävän yhteistyön hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseksi, arvioimiseksi ja päivittämiseksi, asiakkaiden hoitoon liittyvä raportointi ja tiedon välitys, päivittäiset asiakas- ja potilaskirjaukset, toimintakykyarviointien tekeminen (RAI, yms. tarvittaessa moniammatillisesti), omahoitajan käyttämä työaika asiakkaan tarvitsemien palvelujen ja etuuksien järjestämiseksi, apuvälineiden hankinta ja käytön ohjaus. Myös yhteistyö omaisten sekä edunvalvojan kanssa ja toimintayksikön lääkehoitosuunnitelman mukaiseen lääkehoitoon liittyvät työtehtävät on katsottu kuuluvan välittömään asiakastyöhön. Ohjeen mukaisen hoitohenkilöstön työnjaon selkiyttämisen tavoitteena on turvata yksiköissä aiempaa enemmän se, että henkilöstön työaika kohdistuu juuri niihin tehtäviin, joihin heillä on koulutuksensa puolesta ammatillinen osaaminen. (Valvira 2020a.)

Tässä tutkimuksessa välitöntä hoitotyötä on ainoastaan asiakkaan luona tai sairaalassa yhteistyössä asiakkaan tai omaisen kanssa tapahtuva työ. Suurin osa välittömästä hoitotyöstä tapahtuu asiakkaan kotona. Joskus esimerkiksi hoitoneuvottelu voidaan pitää sairaalassa osastolla. Asiakkaan luona yleisimpiä sairaanhoitajan suorittamia työtehtäviä ovat erilaiset hoitotoimenpiteet, voimnin arviointi, mittauksien tekeminen, erilaisten etuuksien hakemisessa avustaminen, hoitoneuvottelut, moniammatillisen palaverin pitäminen tai asiakkaan avustaminen arjen toiminnoissa sekä hoitosuunnitelman laatiminen ja suunnittelu asiakkaan kanssa. Tässä opinnäytetyössä välitön hoitotyö sisältää asiakkaan kanssa vuorovaikutuksessa tapahtuvan hoitotyön, kuten myös ravitsemukseen, eritykseen ja hygieniaan, lääkitykseen, liikkumiseen, apuvälineiden ja hyvinvointiteknologian käytön opastamiseen ym. liittyvät työtehtävät. Kuopion kaupungilla käytössä olevassa Hilikka toiminnanohjausjärjestelmässä välitöntä asiakastyötä määritellään ja tarkastellaan tällä hetkellä asiakkaan läsnä ollessa tapahtuvana työnä, joten tähän tutkimukseen otettiin sama näkökulma.

Välillistä hoitotyötä tässä tutkimuksessa on muu työ, kuten kotikäynnin tai lääkärin kierron valmistelu ja suunnittelu, asiakastietoihin perehtyminen, asiakkaan asioiden selvittely, työtehtävien organisointi tai delegointi, puhelut, muu asiakaspalvelu, dokumentointi, optimointiin liittyvät työtehtävät, työmatkat, tiimin tai kollegan ohjaaminen, perehdytys, lääkenäyttöjen vastaanottaminen sekä asiakaskeskeinen moniammatillinen yhteistyö tai viestintä eri toimijoiden välillä, hoitotarvikkeiden tai apuvälineiden tilaaminen, sosiaalisten ongelmatilanteiden selvittely ja lääkärikierrot tai konsultaatiot. Tautot ja yksikkökohtainen työ määriteltiin omiin kategorioihin.

2.4 Aiemmat tutkimustulokset hoitotyön työajanseurannasta

Suomessa nimikesuojattujen ja laillistettujen ammattihenkilöiden välisen työnjaon tutkimista ei ole suoritettu kovinkaan paljoa. Yli 10 vuotta vanha Kansallisen terveyshankkeen työnjakopilotti (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 3) selvitti terveydenhuollon eri henkilöstöryhmien välistä työnjakoa yli kahdessakymmenessä eri organisaatiossa. Tutkimuksen mukaan eniten työtehtäviä oli siirretty lääkäreiltä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Osassa tutkimuksen piloteista siirrettiin sairaanhoidollisia työtehtäviä perushoitajille ja lähihoitajille. Nämä tehtäväsiirrot tapahtuivat useimmin perusterveydenhuollossa ja kotihoidossa. Perustan eri ammattiryhmien väliseen työnjakoon antaa laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (Finlex 1994/559). Väestön ikääntyminen ja kroonisten sairauksien yleistyminen lisäävät lähivuosina terveydenhuollon palveluiden kysyntää ja samanaikaisesti kestävyysvaje vaikeuttaa niiden rahoitusta. Kestävyysvajeen takia palveluita tulisi jatkossa tuottaa entistä tehokkaammin ja tuottavammin. Työnjaon kehittäminen voi hillitä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrällistä kasvua ja parantaa erilaisten palveluiden vaikuttavuutta sekä hidastaa sosiaali- ja terveysalalla kustannusten kasvua. (Sairaanhoitajat 2020, 5.)

Tämän tutkimuksen tiedonhaun kriteerit liittyivät työajan käyttöön, vanhustyöhön tai sairaanhoitajan työhön sekä jonkin verran yleisesti hoitotyöhön. Myös muiden ammattiryhmien työajan käyttöön liittyviä tutkimuksia ja artikkeleita haettiin. Työajanseurannan tutkimuksia oli tehty muun muassa fysio- ja toimintaterapeuteille. Aineistosta rajattiin tutkimukset pois, joissa työajanseurantaa oli tehty pelkästään lähi- ja perushoitajille tai hoiva-avustajille, jotta vertailuaineistoa saisi suoraan omalle tutkimukselle nimenomaan sairaanhoitajien työajan käytöstä. Tiedostan, että työajan käyttöä tutkitaan monella tieteen alalla, mutta rajasin tässä tutkimuksessa aineiston haun työajanseurantaa käsitteleviin aineistoihin hoitotyössä ja vieläpä erityisesti sairaanhoitajien työajan käyttöön.

Kuopion Yliopistollisessa sairaalassa suoritettiin kahdella kirurgian osastolla sekä yhdellä sisätautien osastolla ja yhdellä syöpätautien vuodeosastolla työajanseurantatutkimus. Työn tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitotyön henkilöstömitoituksen arvioimiseksi ja suunnittelemiseksi erikoissairaanhoidossa. Sairaanhoitajien ja perushoitajien työajankäyttöä tutkittiin toimintolaskelma -menetelmää käyttäen itseraportointina 10 minuutin välein. Tähän oli kehitetty strukturoitu lomake, jossa työaika oli jaettu neljään kategoriaan eli välittömään ja välilliseen työhön, osastokohtaisiin työtoimintoihin sekä henkilökohtaiseen aikaan. Sairaanhoitajien ja perushoitajien työ oli 76 % eli suurimmaksi osaksi välitöntä työtä ja välillistä hoitamista. Osastokohtainen työ oli keskimäärin 16 % ja henkilökohtainen ajankäyttö 8 %. Tutkimuksessa oli mukana yhteensä 92 hoitajaa joista 61 (66 %) oli sairaanhoitajia ja perushoitajia 31 (34 %). (Partanen 2002, 4.) Australialaisen sairaalan vuodeosastoilla tutkittiin vuosina 2005 ja 2008 sairaanhoitajien työajan jakautumista. Tutkimuksissa oltiin kiinnostuneita, kuinka paljon sairaanhoitajat käyttivät työpäivästään aikaa välittömään hoitotyöhön ja kuinka paljon muihin toimintoihin. Tutkimustuloksista selvisi sairaanhoitajien kahdeksan ja puolen tunnin työpäiviä vertailtaessa keskenään, että sairaanhoitajien työpäivästä keskimäärin 37 % käytettiin potilaan välittömään hoitotyöhön. (Westbrook, Duffield, LI & Creswick 2011, 1, 11.)

Väitöstutkimuksessa Kaustinen (2011) tutki koko hoitohenkilökunnan käyttämää aikaa potilaan välittömään hoitotyöhön ja se vaihteli osastojen välillä (49–70 %). Välilliseen hoitotyöhön tai osaston muihin toimintoihin työajasta käytettiin (27–47 %). Henkilökunnan työajasta kohdentui eniten aikaa kaikilla tutkimuksessa mukana olleilla vuodeosastoilla potilaan välittömässä hoitotyössä ”Lääkehoito- ja peseytyminen, pukeutuminen ja eritystoiminta” -osa-alueeseen. Työ toteutettiin Oulun yliopistollisessa sairaalassa, jossa henkilökunta havainnoi itse hoitotyötä ja kirjasi omaa työtään koskevat havainnot seurantalomakkeelle. Sairaanhoitajat käyttivät kirurgisilla osastoilla välittömään hoitotyöhön 62,3 prosenttia, välilliseen hoitotyöhön 33,7 prosenttia ja henkilökohtaisiin taukoihin 3,9 prosenttia. Vastaavasti sisätautien osastoilla luvut olivat lähes samat: 64,5 prosenttia välittömään hoitotyöhön, välilliseen hoitotyöhön 31,6 prosenttia ja taukoihin 4,0 prosenttia. (Kaustinen 2011, 89.)

Kaustisen (2011, 94–96) tehdyssä ryhmähaastattelussa saatujen tulosten mukaan Oulun yliopistollisessa sairaalassa vuodeosastoilla ja poliklinikoilla hoitotyön koettiin muuttuneen jatkuvasti. Työn vaativuus oli kasvanut mm. siksi, että potilaiden hoitoajat olivat lyhentyneet. Sairaanhoidajan joka-päiväisessä työssä toivottiin lisää aikaa potilaan välittömään hoitotyöhön koska koettiin, että työhön kuului huomattava määrä työpalavereita ja turvallisesta hoidosta huolehtimista sekä osaamisen varmistamista. Myös atk - ohjelmien kehittämiseen, hallinnollisiin tehtäviin ja muuhun aikaan vieviin osaston toimintoihin liittyviin tehtäviin kuluu työaikaa aiempaa enemmän. Lääkäreiden työtehtäviä koettiin siirtyneen sairaanhoitajille ja työssä oli korostunut potilasohjauksen ja jatkohoidon suunnittelu eli mm. myös kotihoidon ohjaaminen. Sairaanhoidajien koettiin tekevän yhä enemmän ”yleismiehen” töitä, mitkä ovat muita tehtäviä kuin hoitotyötä.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien työajasta yksityisellä sektorilla kohdentuu suurempi osuus välittömään asiakastyöhön kuin julkisella. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat käyttävät julkisella puolella 39 % kokonaistyöajasta välittömään asiakastyöhön. (THL 2018b, 15.) Kotihoidon sairaanhoitajille suunnattua työajanseurantaa koskevia tutkimuksia en löytänyt suomalaisista aineistoista kirjallisuuskatsausta tehdessäni yhtä artikkelia lukuun ottamatta, mutta muutamia hoitotyön koulutusohjelmaan kuuluvia opinnäytetöitä kyllä ja joitakin pro gradu-tutkielmia. Suomessa tehdyt tuoreimmat tutkimukset viittaavat Partasen tutkimukseen, joka toteutettiin vuonna 2002. Hän oli ensimmäisiä suomalaistutkijoita, joka oli ottanut käyttöön hoitotyössä työajan seurantalomakkeen. Jo 1950- luvulta lähtien on kansainvälisesti tutkittu ja raportoitu hoitohenkilöstön työn sisältöä ja työajan käyttöä hoitotyön erilaisiin toimintoihin (Antinaho 2018, 7).

Aiemmissa työajanseurantatutkimuksissa käytetyissä mittareissa hoitotyön erilaiset toiminnot oli luokiteltu useimmiten neljään pääluokkaan: potilaan välitön hoitotyö, välillinen hoitotyö, osastokohtaiset toiminnot tai palveluun liittyvät tehtävät sekä henkilökohtaiseen aikaan. Ei ollut juurikaan merkitystä missä ja milloin työajanseurantatutkimus oli tehty, mutta yleensä vain alle puolet hoitajien työajasta kohdentui potilaan välittömään hoitotyöhön. (Antinaho 2018, 8.) Työajasta noin viidennes kuului kirjaamiseen, ja lisäksi kaikilla eri hoitotyön ammattiryhmillä oli useita ei-hoidollisia työtoimintoja. (Lavander 2017, 61). Työnjakoa voidaan kehittää tai muuttaa eri ammattiryhmien välillä vasta kun ollaan selvillä henkilön tai ammattiryhmien työnkuvista (Lavander 2017, 27).

Pro gradu -tutkielmassa Hakoma (2008) kuvasi hoitohenkilöstön työajan käyttöä ja hoitotyön laatua terveyskeskussairaalassa geriatrisella arviointi- ja kuntoutusosastolla. Työajanseurannassa hän käytti Partasen kehittämää seurantalomaketta muutamien muutoksin ja tutki työajan jakautumista kahdella osastolla kahden viikon ajan. Menetelmänä oli hoitajien itseraportointi työajanseurantalomakkeelle. Hoitajat täyttivät lomakkeet 15 minuutin välein arvioimalla heidän käyttämänsä työajan. Tulosten perusteella välittömään hoitotyöhön käytetty aika oli 59 % työajasta ja tästä hygienian osuudeksi kuvautui 13,3 % ja ravitsemuksen 10,5 %. Välillisen hoitotyön osuus oli 21 %, josta kirjaaminen (5,7 %) ja raportointi (5,6 %) veivät suurimman osan. Osastokohtaisen työn osuus oli 13 % ja henkilökohtaisen ajan osuus oli 7 % kokonaistyöajasta.

Räsänen (2017, 116–118) avaa vuonna 2011 suorittamansa tutkimusta hoitajien työajan kohdentumisen merkityksestä asiakkaiden kokemaan elämänlaatuun. Tutkimus toteutettiin palveluasumisen sekä laitoshoidon puolella. Sairaanhoidajilla välittömän hoitotyön osuus vei työajasta 37–51 %. Poikkeuksia suuremmasta asiakastyön toteutuneesta määrästä oli vain, jos sairaanhoidajia oli työvuorossa enemmän kuin yksi. Välillisen hoitotyön osuus työvuoroissa vaihteli sairaanhoidajilla paljon (13–22 %), mutta lähihoitajilla se oli tasaisempaa (12–17 %). Tuloksissa oli huomioitu palveluasumisen hoitohenkilökunnan kodinhoidolliset tehtävät. Menetelmänä tässä tutkimuksessa käytettiin työajanseuranta-kaavaketta, joka oli laadittu yhteistyössä vanhuspalvelujen hoitajien kanssa luokittelemalla työtehtävät välittömään ja välilliseen hoitotyöhön, työyksikkökohtaisiin toimintoihin ja henkilökohtaiseen ajankäyttöön alakohtineen. Palveluasumisessa sairaanhoidajien määrä oli vähäinen, siksi asiakkaiden voinnin pääasiallinen seurantavastuu oli lähihoitajilla. Laitoshoidossa sairaanhoidajia oli noin puolet enemmän. Kaikki hoitotyötä kuormittavat tehtävät eivät tulleet hoitotyöstä vaan myös ”varmuuden vuoksi” tehtävistä työtehtävistä. Erot ammattiryhmien välillä näkyivät työajan kohdentumisessa siten, että välillisen hoitotyön osuus kasvoi mitä korkeammin hoitotyöntekijä oli koulutettu. Tutkimuksessa sairaanhoidajat käyttivät kokonaisuutena hieman lähihoitajia enemmän aikaa esimerkiksi kirjaamiseen. Suurin kirjaamiseen käytetty työaika sairaanhoidajilla kului yksityisessä palveluasumisessa, jossa päävastuu kirjaamisesta oli annettu tehtäväksi tälle ammattiryhmälle. (Räsänen 2017, 128.)

Räsänen (2011, 179) mukaan johtamisen näkökulmasta koulutetulla hoitohenkilökunnalla oli liian paljon erilaisia tukipalveluiksi luokiteltavia työtoimintoja, kuten siivousta, vaatehuoltoa, astiahuoltoa, rutiinimaisia tavaroiden tilauksia, kuljetusta ja tavaroiden paikoilleen laittamista. Laaja-alaisuus kuvasi toki hoitohenkilöstön joustavuutta, mutta myös osaamisen vääränlaista hyödyntämistä. Tämä voisi ajan myötä johtaa jopa työmotivaation laskemiseen tai toiselle alalle hakeutumiseen. Räsänen (2011, 180) pohtii avustavan henkilökunnan riittävää määrää vanhuspalveluissa, sekä sitä miksi mahdollisesti tietoisesti latistetaan arvostetun ammattityön imua ja sen mielekästä kohdentamista. Tähän tarpeeseen sopisivat työpaikkakohtaisesti koulutetut hoiva-avustajat, joilla olisi tietoa gerontologisen hoivatyön perusteista, jotka voisivat tehdä hoitajien työparina hoitotyötä avustavia tehtäviä.

Lavanderin (2017, 17, 27) väitöstutkimuksen kirjallisuuskatsauksessa hän korosti tutkimusten kansainvälistä vertailua hankaloittavan terveydenhuollon nimikkeistön kirjavuus, koska se vaihtelee kou-

lutuksen, osaamisen ja pituuden mukaan. Sairaanhoidajan eli (engl. registered nurse) nimike on yleinen ympäri maailmaa, mutta erityisesti koulutuksen sisältö sekä pituus vaihtelevat. Keskimäärin opiskelu kestää kolme tai neljä vuotta. Suomessa esimerkiksi hoitotyön vastaanotto toiminta on laajentunut siten, että lääkärille perinteisesti kuuluvia työtehtäviä (lyhyet sairauslomat, pienet toimenpiteet, mittaukset ja kontrollit) on siirretty sairaanhoitajille. Lavanderin tekemässä tutkimuksessa kohteena oli hoitohenkilökunnan välinen työnjako yliopistosairaalan muuttuvassa toimintaympäristössä ja sairaanhoitajat käyttivät siellä työajastaan 4–41 prosenttia välittömään hoitotyöhön. Sairaanhoidajien työtehtävät ovat laajentuneet useissa maissa erilaisiin erikoisosaamista vaativiin tehtäviin ja hoitohenkilökunta tekee myös tehtäviä, jotka eivät vaadi terveydenhoitoalan koulutusta ja siksi mahdollisia tehtäviä voi jäädä jopa kokonaan tekemättä. (Lavander 2017, 18.)

Norjassa kolmessa eri kunnassa tehdyssä tutkimuksessa kotihoidon henkilöstö käytti enemmän aikaa välilliseen hoitotyöhön. Välittömästä hoitotyöstä välimatkat veivät eniten työaikaa. Toimintaa voisi kehittää paremmalla aikataulutuksella ja reittisuunnittelulla sekä automaattisilla lääkannostelijoilla. Kotihoidon vaatimukset kasvavat koko ajan ja jotta pystytään takaamaan potilaille riittävä aika, on tärkeää selvittää työntekijöiden ajankäyttöä (Helgheim, Sandbaek & Slyngstad 2018, 7). Kotihoidon haasteena on selvittää ja hallita päivittäistä työstä, jonka määrä kasvaa ja monimutkaistuu. Yleensä hoitajien odotetaan selviytyvän tästä entisillä resursseilla. Vastatakseen uusiin tarpeisiin tulisi käyttää olemassa olevia resursseja entistä tehokkaammin. Tietoa työajan käytöstä tarvitaan kotihoidon strategian suunnittelun tueksi. (Helgheim, Sandbaek & Slyngstad, 2018, 1.)

Sairaanhoidajien henkilöstömitoitus on esimerkiksi Keski-Suomen kotihoitoyksiköissä 9-24 % hoitohenkilöstöstä ja sairaanhoidajien välittömän työajan osuus siellä on noin 35 %. Matkoihin käytetty työajan osuus vaihteli kotihoidossa 10-18 % välillä (Kukoistava kotihoito 2017, 3-4). Norjalaisissa tutkimuksissa todettiin kotihoidon sairaanhoidajien käyttävän paljon aikaa ja vaivaa työn organisointiin, sekä todettiin sairaanhoidajilla olevan merkittävä rooli asiakkaiden kotikäyntien kiireellisyyden järjestämisessä. (Melby, Obstfelder & Hellesø 2018, 7). Suomessa kahdessa eri kotihoidon organisaatiossa tehdyssä tutkimuksessa välittömään asiakastyöhön kahdeksan tunnin työvuorosta sairaanhoitajat käyttivät 38 % ja välilliseen hoitotyöhön 50 %. Kotikäyntien sisällöstä suurin osa liittyi asiakkaan lääkitykseen 57 %, verinäytteenottoon 23 % ja haavahoitoon 17 %. (Vaartio-Rajalin, Näsman & Fagerström 2019, 1,5,7.)

2.5 Hoitotyön luonne on muuttunut

Hoitotyön luonne on muuttunut yhä enemmän aivotyöksi. Hoitotyössä työn kognitiiviset eli tiedonkäsitteilyn vaatimukset ja tiedolla työskentely ovat lisääntyneet voimakkaasti. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskentely on asiantuntijatyötä, joka vaatii erilaista osaamista. Hoitotyössä on paljon keskeytyksiä sekä useita samanaikaisia työtehtäviä. Nämä altistavat kognitiiviselle kuormittumiselle ja työhyvinvoinnin ongelmille. Kognitiiviset kuormitustekijät työssä heikentävät työn sujuvuutta ja vaikuttavat työhyvinvointiin sitä heikentävästi. Työterveyslaitoksen ja Satakunnan sairaanhoitopiirin innostuksesta on toteutettu tutkimushanke, jossa haluttiin parantaa hoitotyön sujuvuutta ja vähentää työntekijöiden henkistä kuormittumista parantamalla kognitiivista ergonomiaa. (Työterveyslaitos

2018.) Työnteon vaatimusten kasvaessa on erittäin tärkeää, että työtä tehtäisi tavalla, joka edistää aivoterveyttä. Tiedämme jo unen, ravinnon, stressin ja liikunnan sekä oppimisen vaikutuksista aivojen toimintaan ja terveyteen. (Huotari 2018, 37.)

Ihmisen fyysiset rajoitukset osataan tunnistaa työelämässä jo aika hyvin, mutta kognitiivisten rajojen tai kuormittuneisuuden tunnistaminen on vaikeampaa (Paajanen, Kalakoski 2017). Hanke toi esiin uuden näkökulman ja toimintamallin hoitotyöhön. Sen avulla voidaan parantaa työn sujuvuutta ja hallita psykososiaalista, erityisesti kognitiivista kuormittumista. Hankkeeseen osallistuneet osoittivat uusien toimintatapojen käyttöönotossa työssään, että kognitiivista ergonomiaa voi parantaa hoitotyössä. Kehittämishanke toteutettiin vuoden aikana kuudessa eri hoitoyksikössä sekä yhtymähallinnossa. Menetelmänä hankkeessa käytettiin Työterveyslaitoksen suunnittelemaa Aivotyö toimivaksi -mallia. Aineistoa kerättiin sekä havainnoimalla, että haastatteluilla. Hanke mahdollisti kognitiivisen ergonomian toimintamallin hoitoalalle. Tulokset nostivat esiin sen, että hoitotyössä korostuvat lukuisat tiedonkäsittelyn osa-alueet, kuten lukeminen, kirjoittaminen, ongelmien ratkaiseminen, muistaminen ja keskittyminen. Lisäksi esille nousi kognitiivisesti kuormittavat tilanteet, kun työskentely puhelyssä, työn keskeytykset, ristiriitaisten ohjeiden tulkitseminen tai noudattaminen sekä pitäen silmällä tai muistissa monia asioita samanaikaisesti. (Työterveyslaitos 2018, 3.) Työmenetelmiä tulisi suunnitella niin, että työtehtävistä suoriutuminen ei edellyttäisi liian monen asian yhtäaikaista tarkkailua, vaan että kognitiivinen kuormitus on mitoitettu työntekijälle ominaiset kognitiiviset rajoitteet huomioon ottaen. Työpaikoilla tulisi kiinnittää huomiota tekijöihin, jotka voivat viedä työntekijän huomion juuri meneillään olevasta tärkeästä työtehtävästä. Esimerkiksi liikkuvat kohteet, kuten kuluneuvot tai koneet, joita tulee varoa, sekä keskeytykset, kuten tarpeettomat puhelinoitot ja viestit tai työssä olevan henkilön muu keskeyttäminen voivat viedä huomion pois työtehtävästä ja sitä kautta altistaa työssä virheille. (Työterveyslaitos 2015, 47.)

Työtehtävien suorittamiseen tulee varata riittävästi aikaa, jotta työntekijöille ei aiheuteta kiirettä tai kiireen tuntua. Kiireen tunteen vähentäminen työssä on myös johtamis- ja priorisointikysymys, koska ristiriidassa olevat vaatimukset (esim. turvallisuus vs. tuotantonopeus) tuovat painetta kiirehtiä, mutta voivat altistaa virheille. (Työterveyslaitos 2015, 48.) Kotisairaanhoidossa kaikkien ei työntekijä voi vaikuttaa itse, vaikka suunnittelisi hyvin tulevan työpäivän tai viikon kulun. Yllättävät asiat ja monet yhtäaikaiset akuutit asiat ruuhkauttavat työpäivää ja sairaanhoitaja joutuu jatkuvasti priorisoimaan ja arvottamaan työtehtäviä uudelleen työpäivän aikana. Työn tekemisen vaatimukset eivät saisi olla lähtökohtaisesti ristiriidassa ihmisen fysiologisten, psykologisten ja kognitiivisten ominaisuuksien kanssa, jotta mahdollisilta inhimillisille virheille altistavia tekijöitä virheiltä voitaisiin välttyä (Työterveyslaitos 2015, 52).

Avokonttorissa tai monitilatoimistossa työntekijää häiritsevät siis oman kuulojärjestelmän ilmoitukset siitä, että tilan äänimaailmassa tapahtuu jotakin mahdollisesti kiinnostavaa. Toisaalta tiedostamme, ettei taustaäänistä tarvitse välittää, mutta kun lukemisen tai kirjoittamisen taustalta kuuluu puhetta aivojen resurssit eivät oikein riitä, koska sama alue aivoissa käsittelee sekä kirjoitusta, että lukemista sekä taustalta kuuluvaa puhetta. Työntekijälle voi tulla tunne, että hän ei kykene käsittelemään liikaa datamäärää. Tässä on kuitenkin myös työntekijäkohtaisia eroja. Osa kokee työskentelyn jopa

innostavaksi koska ympärillä vallitsee niin sanottu tekemisen meininki ja toiset kokevat avokonttorissa työskentelyn ainoastaan kuormittavaksi jatkuvine keskeytyksineen. Sama pätee myös näkökentässä, jossa tarkkaavaisuutemme keskittyy yleensä keskellä olevaan asiaan. Sivuilla näkökentässä liikkuvia ihmisiä tulee ja menee, he pysähtyvät ja ehkä jatkavat matkaa, mutta jokaisesta liikkeestä aivomme käskvät suuntamaan huomion pois meneillään olevasta asiasta ja ohjaamaan katsemme sivuille tarkastellaksemme liikettä. (Huotilainen, 20018, 25-27.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena selvittää välilliseen ja välittömään asiakastyöhön käytettyä aikaa kotisairaanhoidajan työpäivän aikana. Tarkoituksena oli selvittää millaisia työtehtäviä työpäivä sisältää, ja kuinka paljon erilaiset työtehtävät vievät aikaa. Erityisesti pyrittiin selvittämään mitä välillisen työn toimintoja työpäivät pitävät sisällään. Lisäksi haluttiin saada esille työn keskeytykset. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kohdentaa paremmin hoitotyön resursseja sekä optimoida työajan käyttöä. Jatkossa työn tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi kotisairaanhoidajan uuden työnkuvan määrittelyssä, perehdytysalustan kehittämisessä, sekä kotisairaanhoidajan osaamiskartan suunnittelussa ja toiminnanohjausjärjestelmän työleimoja voidaan kehittää paremmin työn sisällön mukaisiksi. Kuopion kaupungin kotihoidossa on esitetty yhdeksi tavoitteeksi kotisairaanhoidajien välittömän asiakastyöajan lisääminen nykyisestä. Yleisessä keskustelussa kotisairaanhoidajien tuomien ajatusten mukaan tämä edellyttää työn uudelleen suunnittelua ja mahdollisesti joidenkin työtehtävien siirtämistä muille ammattiryhmille. Tämä tutkimus antaa myös viitteitä siitä, onko sairaanhoitajien osaaminen tehokkaasti käytössä sairaanhoidollista osaamista ja ammattikorkeakoulutusta vaativiin työtehtäviin kotihoidossa.

Työn tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten kotisairaanhoidajan välitön ja välillinen työaika jakaantuu eri toiminnoittain työpäivän aikana havainnointitutkimuksessa?
2. Millaisiin työtehtäviin kotisairaanhoidajan työaika jakaantuu asiakaskäyntien lisäksi työpäivän aikana ja kuinka paljon työaika niihin käytetään?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen kohteena olivat Kuopion kaupungin kotihoidon sairaanhoitajat ja heidän työajan jakautuminen erilaisiin tehtäviin. Sairaanhoitajan työssä kotihoidossa työskentelee terveydenhoitajia ja sairaanhoitajia, yhteensä 44 henkilöä sekä viisi työntekijää resurssipoolissa. Kotisairaalan sairaanhoitajat rajattiin pois tästä tutkimuksesta heidän erilaisen työnkuvansa vuoksi.

4.1 Tutkimusympäristö

Kotihoito on jaettu useaan eri alueeseen maantieteellisesti sekä osa alueista vielä useampiin tiimeihin. Kotisairaanhoitajilla on tiimin kanssa toimistotilat, joissa suoritetaan kirjallisia työtehtäviä, tehdään työn suunnittelua ja tautetaan työtä. Sairaanhoitajan oma tiimi on usein joko samassa työhuoneessa tai sen läheisyydessä. Kotisairaanhoitajat työskentelevät arkisin maanantaista perjantaihin. Iltaisin ja viikonloppuisin tiimi saa konsultaatioapua sairaanhoitajilta yhteyspisteestä.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaita Kuopiossa huhtikuussa 2020 oli ollut 1422 ja kotihoidon asiakaskäyntejä esimerkiksi huhtikuussa vuonna 2020 oli 76 129. Maaliskuussa 2020 kotihoidon asiakkaita on ollut 1473 ja hoitajien asiakaskäyntejä 91 649. (Toiminnanohjausjärjestelmä Hilikka 2020.) Näissä luvuissa on ollut mukana tiimin hoitajien sekä kotisairaanhoitajien kotikäynnit. Toiminnanohjausjärjestelmä Hilikan puolelta sairaanhoitajien työpäivästä välittömän työn osuus vaihtelee tällä hetkellä 0-30 % työpäivästä riippuen, mutta useimmiten se jää toiminnanohjausjärjestelmän mukaan alle kahdenkymmenen prosentin.

Työtä suoritetaan asiakkaiden kotona, mutta hoitoneuvotteluja saattaa olla myös osastoilla, kirjaimista ja asioiden järjestelyä, sekä lääkärintietoja pidetään kunkin tiimin omissa toimistotiloissa. Lääkäreitä avustavia tehtäviä suoritetaan Harjulan sairaalan toimenpidehuoneessa, jonne kotisairaanhoitaja varaa ajan ja saapuu paikalle sovitusti avustamaan lääkäriä kotihoidon asiakkaan pientoimenpiteissä. Kotihoidon asiakkaille järjestetään lääkäri pääosin kotihoidon lääkäripoolista kotikäyntinä tai joskus maaseudulla vastaanotolla. Kotisairaanhoitaja tuo asiakkaiden asiat lääkärin kierrolle ja arvioi asioiden kriittisyyden tarvittaessa yhdessä lääkärin kanssa. Lääkärintieto on kunkin sairaanhoitajan alueella 1-3 kertaa viikossa, mutta sairaanhoitajat konsultoivat lääkäreitä tilanteen mukaan muinakin päivinä.

Edellinen kotisairaanhoitajan työnkuva on useamman vuoden vanha ja se halutaan päivittää. Sairaanhoitajat olivat vastanneet mielipidekyselyyn heidän omasta työajankäytöstään verkossa tehtynä kyselynä vuonna 2019. Kyselyn vastauksista nousi esiin työn pirstaleisuus ja vaikeus rajata sairaanhoitajan työhön kuuluvia tehtäviä. Puheluiden määrän koettiin olevan toisinaan aika suuri ja tasapainottelu asiakaskäyntien ja toimistotyön välillä oli koettu joskus haastavaksi. Sairaanhoitajat ovat käyneet yleistä keskustelua muun muassa siitä, että toimistossa tapahtuvien työtehtävien kirjavuus olisi hyvä saada näkyvämmäksi ja sopiva asiakasmäärä hoitajaa kohden olisi mietittävä uudelleen. Tässä tulisi huomioida alueelliset erot välimatkojen ja asiakkaiden avuntarpeiden suhteen.

Eri ammattiryhmät ovat saaneet kommentoida kotisairaanhoidajan nykyistä työnkuvaa syksyn 2019 ja kevään 2020 aikana. Palveluesimiehiltä, jotka toimivat kotisairaanhoidajien lähiesimiehinä nousi esille kliinisen asiantuntijaroolin vahvistaminen nykyisestä ja lisäksi sairaanhoidajan rooli olla vaikuttamassa hyvään asiakaskokemukseen. Hyvä asiakaskokemus on tärkeä osa yksilöllistä hoitoa ja hoitosuunnitelmaa. Kotihoidon tiimin lähihoitajilta, sekä kodinhoitajilta palautetta kysyttäessä nousi keskeisenä kehitysideana esille sairaanhoidajan tavoitettavuuden parantaminen. Tuki haastavissa asiakastilanteissa koetaan tärkeänä, ohjaamista ja opettamista toimenpiteiden suorittamisessa kuten verinäytteenotoissa ja haavahoidoissa toivotaan lisää. Myös muu sairaanhoidollinen tuki asiakkaan akuutissa yleistilan laskussa koettiin tärkeäksi. Lähihoitajat toivoivat myös injektoiden antamisissa aiempaa parempaa tai useammin tapahtuvaa ohjaamista sairaanhoitajilta. Sairanhoitajilta kaivataan selkeää ohjeistusta moniammatillisessa tiimissä niin, että sairaanhoitajat tuntevat omat asiakkaansa ja hoitotoimenpiteissä tiimin ohjaaminen olisi yhtenäisempää. Palveluohjaajat sekä kotihoidon lääkärit olivat tyytyväisiä nykyiseen yhteistyöhön sairaanhoitajien kanssa.

Tässä opinnäytetyössä määriteltiin välittömäksi asiakastyöksi työ, joka tapahtuu välittömässä vuorovaikutuksessa ja kontaktissa asiakkaaseen asiakkaan kotona tai hoitoneuvottelussa osastolla. Välitön hoitotyö sisältää kaiken asiakkaan kodissa tapahtuvan hoitotyön kuten muun muassa lääkitykseen, ravitsemukseen ja hygieniaan liittyvät asiat. Erilaisiin pientoimenpiteisiin, asiakkaan tilan seurantaan, ohjaukseen, asiakkaalle annettavaan henkiseen tukeen, liikkumiseen tai apuvälineisiin liittyvät tehtävät sekä heidän kanssaan yhdessä tehtävään hoidon suunnitteluun tai arviointiin.

Kotisairaanhoidajat käyttävät tällä hetkellä työssään toiminnanohjausjärjestelmänä Hilkkaa, ja ohjelmaan leimataan älypuhelimella tai tietokoneen toimistonäkymän kautta lähinnä asiakaskäynnit ja osittain toimistotyötä avataan selitteillä. Toiminnanohjausjärjestelmässä on valmiita leimoja olemassa, kuten esimerkiksi ”työajo” tai ”työmatka kävelen” sekä ”toimistotyö”. Lukuisat työtehtävät ja keskeytyksien määrä, sekä monen asian tekeminen yhtaikaa ei ehkä tule esille riittävän tarkasti toiminnanohjausjärjestelmän avulla. Leimaa ei ehkä ennätä tai muista vaihtamaan niin usein kuin työtehtävät muuttuvat. Ongelmana on myös se, että hektisessä työssä työajan käytöstä kertovat leimalajit jäävät joskus päälle tai unohtuvat vaihtaa. Hoitajalla saattaa olla leimalajeista ”työajo” päällä jos esimerkiksi työpuhelin soi matkalla toimistolle. Puhelun päättyessä aletaan ehkä kirjaamaan puhelua tai selvittämään siitä esille noussutta asiaa ja leimalaji unohtuu vaihtaa. Avoimessa keskustelussa nousi ilmi, että käytännössä jälkikäteen toteutettava leimalajin vaihtaminen on sairaanhoitajien mukaan ollut työlästä, esimerkiksi päivän aikana tulleet puhelut tai lähihoitajan konsultoidessa sairaanhoitajaa leimalaji tulisi vaihtaa mobiiliin, mutta arjessa tilanne ehtii jo mennä ohi eikä tarkkaa tapahtuma-aikaa voi enää muistaa, leimojen muuttaminen saattaisi perustua arvailuun tai ajankohta muihin. Leimalajeja ei kotisairaanhoidajien lukuisille työtehtäville ole olemassa. Leimalajin vaihtaminenkin voidaan kokea keskittymistä vaativan työn keskeyttävänä tekijänä, itsensä keskeyttämisenä.

Sairanhoitajia pyydettiin laskemaan heidän alueensa asiakasmäärän etukäteen, jotta havainnointipäivästä ei kuluisi tähän aikaa. Suurin osa oli laskenut asiakasmäärät etukäteen ylös. Tässä tutkimuksessa mukana olevien sairaanhoitajien säännöllisten asiakkaiden määrät vaihtelivat 21-35 asiakkaan välillä ja virtuaalisen kotihoidon piirissä olevat asiakkaat vaihtelivat lisäksi 0-5 asiakkaan välillä.

Sairaanhoidajien alueilla oli siis myös asiakkaita, jotka saattoivat pärjätä vielä vain virtuaalisen kotihoidon turvin, mutta tarvitsivat tukea kuitenkin säännöllisesti. Tilapäisiä asiakkaita oli osalla alueista kotihoidon säännöllisten asiakkaiden lisäksi 3-10 asiakasta. Joillakin alueilla tilapäisiä asiakkaita hoitaa erillinen sairaanhoitaja. Tässä tutkimuksessa kaikilla sairaanhoitajilla oli vastuullaan kotihoidon säännöllisten asiakkaiden hoito, ei pelkästään tilapäisiä asiakkaita.

4.2 Aineiston hankinta

Tämä tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tämän tutkimuksen tutkimuslupa hyväksyttiin 3.8.2020. Tämän tutkimuksen aineisto hankittiin havainnoimalla ja tutkimuksen havainnointiaineisto koostuu eri tiimeissä työskentelevien kotisairaanhoidajien työpäivien sisältämistä työtoiminnoista. Tutkimusta tehdessä oli tärkeää muistaa, että soveltuvat menetelmät määräytyvät tutkimustehtävien ja ongelmien mukaan eikä päinvastoin (Valli 2018, 4). Havainnointi kuuluu perusmenetelmiin tieteellisessä aineistonhankinnassa ja siinä kohdennamme aistejamme tarkemmin ja systematisemmin tietojen hankkimiseen kuin arjessa (Puusa & Juuti 2020, luku 8). Valli (2018) painottaa, että tieteellisessä tutkimuksessa havaintojen tekeminen tulee olla johdonmukaista, suunniteltua ja ennalta rajattua sekä tietoisesti valikoitunutta. Arkihavaintoihin sisältyy myös tulkintavirheitä, väärin muistamista, aavistuksia ja jossittelua sekä vääriä johtopäätöksiä. Laadullisessa tutkimuksessa kannattaa tutkimusaineistoa rajata niin, että tutkija suuntaa havainnointiaan vain tiettyihin asioihin (Vilka 2006, 81).

Aiemmissa työajanseurantatutkimuksissa käytetyt tiedonhankintamenetelmät toivat esille tilastollisesti merkittävästi toisistaan poikkeavaa tietoa hoitohenkilöstön työajan käytöstä. Itseraportoituna välittömän hoitotyön määrä oli suurempi kuin ulkopuolisen havainnoijan arvioimana. (Antinaho, 2018, 7, 34.) Päädyin havainnointiin tässä työajanseurantatutkimuksessa myös siksi, koska tiesin työn olevan välillä hektistä, jolloin itseraportoituna kirjaaminen saattaisi jäädä puutteelliseksi ja heikentää tulosten luotettavuutta. Havainnoija pystyy keskittymään vain havainnoimiseen ja mahdollisimman tarkkojen muistiinpanojen tekemiseen havaintopäiväkirjaan. Käytettävissä olevien tutkimusresurssien näkökulmasta minulla oli mahdollisuus toteuttaa tässä tutkimuksessa havainnointi yhdeksänä työpäivänä. Yleisluontoisessa havainnoinnissa kirjataan ylös havainnoitavalta jaksolta mahdollisimman paljon tietoa ymmärryksen saamiseksi (Kananen 2015, 79).

Tutkimushavainnointiin kuuluu näköhavaintojen lisäksi tunteminen, haistaminen ja maistaminen. Tutkimushavainnoinnin on oltava suunnitelmallisempaa, järjestelmällisempää, luokitellumpaa, eritellympää sekä johdonmukaisempaa. Mikäli tutkimusaineisto perustuu pääasiallisesti havainnointiin, havainnoija ei havainnoi kohteita ilman omia tunteitaan ja tuntemuksiaan. Tutkimushavaintojen tekeminen tulee olla myös rajattua ja tietoisesti valikoitunutta verrattuna arkihavaintojen tekemiseen, joissa meitä ohjaa mielenkiintomme, oma tarvetilamme ja aiemmat kokemuksemme. Siksi arkihavainnointiin sisältyy havainnointi- ja tulkintavirheitä. Tutkijan havainnot nojaavat hänen omaan kokemukseensa sekä elämäänsä ja siksi tutkija havainnoi usein ensin intuitiivisesti. (Vilka 2014.) Ensijaista oli tehdä suunnitelman aineiston hankinnalle, jotta voitiin kerätä luotettavaa tutkimusaineistoa havainnoimalla. Ennen tutkittavaa tilannetta mietitään mihin asioihin kiinnitetään huomiota, mitä

asioita havainnoidaan sekä miten niitä havainnoidaan (Puusa & Juuti 2020, luku 8.) Systemaattinen havainnointi voidaan suorittaa strukturoidusti, käyttäen ennalta suunniteltua lomaketta havaintojen kirjaamiseen. Systemaattinen havainnointi soveltuu myös mihin tahansa riittävän suureen laadullisen aineiston saamiseksi (Vilkka 2007, 29.) Strukturoidussa havainnoinnissa havainnointipöytäkirjassa voivat olla valmiina ne tekijät, joita seurataan. Havainnointi perustuu aina havainnointipäiväkirjaan, johon ilmiön havainnointi kirjataan ylös. (Kananen 2015, 79.)

Tutkimuksen havainnointiaineisto koostuu erilaisista kotisairaanhoitajien suorittamista työtoiminnoista erilaisissa työskentely-ympäristöissä (toimisto ja asuinympäristöissä) kootuista havainnoista. Tutkimuksessa olleet kotisairaanhoitajat työskentelivät maantieteellisesti eri alueilla, osa palvelutaloissa, kantakaupungissa ja osa maaseudulla. Tuloksissa ei tuoda tarkemmin ilmi tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien maantieteellistä aluetta tai tiimiä anonymiteetin säilyttämiseksi. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista (ks. myös Riekkinen-Tuovinen 2011, 178). Sairaanhoitajat työskentelivät arkisin ja heidän työaikansa alkoi aamuisin klo: 6.15-7.30 välillä hieman alueesta riippuen. Työpäivien pituudet vaihtelivat hieman eri havainnointipäivien välillä. Havainnointi toteutettiin yhteensä yhdeksänä työpäivänä seuraten yhtä hoitajaa koko hänen työpäivänsä ajan.

Aluksi havainnoinnin toteutus suunniteltiin valmiiksi otsikoidulle lomakkeelle, jossa kategoriat nousivat aiemmista tutkimuksista sekä sairaanhoitajan työstä. Valmiiksi otsikoitu Excel-taulukko esitettiin. Siihen oli laadittu useita otsikoita kotisairaanhoitajan yleisimmistä työtehtävistä. Edeltävästi kotisairaanhoitaja keräsi muutaman työpäivän aikana itselleen ylös yleisimpiä työtehtäviä, mitä päivän aikana suoritti. Erityisesti toimistotyön sisältö oli hyvin moninainen ja vaikea etukäteen kategorisoida pää- ja alaluokkiin. Hyvin nopeasti esitestauksen aikana selvisi, ettei suuren taulukon täyttäminen ole työtehtäviä havainnoidessa kätevää monipuolisten työtoimintojen esiintymisen vuoksi. Kannettavan tietokoneen käyttö todettiin myös epäkäytännölliseksi havainnointimerkintöjen tekemiseen, koska kotisairaanhoitaja liikkuu paljon jo toimistolla oman työhuoneen, kollegan työhuoneen sekä tiimitilan välillä.

Aiemmissa työajanseurantatutkimuksissa oli käytetty havaintovälinä usein 10-15 minuuttia, mutta samalla kertaa esitettiin myös havaintojen tiheyttä ja niiden kirjaamiseen menevää aikaa havaintopäiväkirjaan. Totesin viiden minuutin välein tehtävien havainnointimerkintöjen olevan vielä mahdollista kirjata hyvin. Kolmen ja kahden minuutin havaintoväliä kokeiltiin, mutta tuolloin tuli kiire asioiden ja keskeytyksien kirjaamisessa. Esitestauksen jälkeen syntyi idea toteuttaa osittain valmiiksi suunniteltu havaintopäiväkirja lomakkeelle kellonaikoineen (ks. kuva 1). Huomasin esitestauksen aikana, että kotisairaanhoitaja teki jo viiden minuutin havainnointivälin aikana yhdestä seitsemään eri työtoimintoa tai vaihtoi työtehtävää ja palasi takaisin tekemäänsä toimintoon. Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien työpäivän aikana suoritettavat työtoiminnot tulivat esille viiden minuutin tarkkuudella.

7:30	
7:35	
7:40	
7:45	
7:50	
7:55	
8:00	

KUVA 1. Ote havainnointitaulukosta, johon kirjattiin käsin kenttämuistiinpanot.

Kotisairaanhoitajille jaettiin saatekirje (liite 1) sähköpostitse ja sen saatuaan hoitajat saivat ilmoittaa tiettyyn päivämäärään mennessä, mikäli eivät haluaisi osallistua tähän tutkimukseen. Saatekirje käytiin läpi myös kotisairaanhoitajien kokouksessa. Vain muutama hoitajaa ilmoitti, ettei halua osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen halukkaista osallistujista arvottiin sairaanhoitajat yksikössä olevan sairaanhoitajaopiskeijan kanssa. En palauttanut korista nostettua nimilappua takaisin, vaan kukin voi tulla valituksi vain kerran (Valli 2018) Päätin ennen nimien nostamista, että havainnoisin hoitajat myös kyseisessä järjestyksessä. Soitin vielä jokaiselle valituksi tulleelle hoitajalle ja varmistin suullisesti suostumuksen tutkimukseen. Painotin, ettei tutkimuksessa ole tarkoitus arvioida kenenkään työtä vaan saada työtehtäviä näkyviksi. Yksi hoitajista ilmoitti kuitenkin puhelimesta, ettei halua olla osallisena tutkimuksessa. Arvoin hänen tilalleen uuden nimen. Lisäksi kolme arvotuksi tulleista hoitajista ei muista syistä voineet osallistua, joten heidän tilalle arvottiin uudet nimet. Arvotuksi tulleet osallistujat työskentelivät eri puolilla kantakaupunkia sekä maaseutua.

Kerroin tutkimukseen osallistuville sairaanhoitajille puheluissa, että tulen yllättäen heidän luokseen seuraavaan 1-2 viikon aikana. Tämä koitui ongelmaksi kahden hoitajan kohdalla. Toisella hoitajalla työpiste vaihteli ja tilanteen ja asiakaskäyntien mukaan hän aloittaa työt vaihtelevasti eri paikoista. Ratkaisin asian niin, että hänen kanssaan sovimme tarkkan päivän, jolloin tulen. Muistutin kuitenkin kyseessä olevan tutkimus ja ohjasin luonnollisen työpäivän kulun mahdollistamiseen. Toisen hoitajan kohdalla hän saattoi aloittaa työt asiakaskäynneillä suoraan kotoa tiettyinä päivinä saapumatta ensin työpisteelle, joten hänen kanssaan sovimme havainnoinnin sillä tarkkuudella, että kerroin saapuvani viikon loppupuolella, jolloin hänellä ei ollut kotoa suoraan käynneille mentäviä asiakaskäyntejä. Toimintatutkimuksessa havainnoijan ja tutkittavien tulee tarkastella kriittisesti omaa toimintaansa (Vilk-

ka, 2014.) Tutkimuksen tuloksiin voisi mahdollisesti jollain tapaa vaikuttaa, mikäli tutkittava alkaisi valmistella havainnointipäivää etukäteen ja suunnitella tai jättää sinne ennalta erilaisia työtehtäviä. Olin yhteydessä havainnoitaviin etukäteen, varmistaakseni osallistumisen suullisesti sekä sopiakseni käytännön asioista, mutta tarkemmin havainnointipäivää en sopinut sairaanhoitajien kanssa. Tarkka havainnointipäivä tuli tutkimukseen osallistuneille yhtä lukuun ottamatta yllätyksenä.

Havainnoijan apuna toimivat kenttämuistiinpanot eli memot. Havaintopäiväkirjan lisäksi tutkijan kannattaa tehdä erilaisia muistiinpanoja kohteesta havainnoinnin aikana. Kirjaaminen kannattaa tehdä tapahtumien aikana tai pian niiden jälkeen, sillä yksityiskohdat unohtuvat nopeasti ihmisen rajallisen muistikapasiteetin vuoksi. Havainnointitilanteessa tilanteet saattavat vaihtua hyvin nopeasti tai päiväkirjan täyttöön ei jää aikaa. Tällöin kannattaa toimia niin, että laittaa jonkinlainen merkintä ylös ja palata asiaan myöhemmin, kuitenkin aika pikaisesti. (Kananen 2014, 85.)

Havainnoinnissa käytettäviä yksinkertaisia työkaluja ovat muun muassa tukkimiehen kirjanpito, mikä mahdollistaa ilmiön frekvenssien laskemisen ja myöhemmin tietokantaan tallentamisen. Keskustelujen tallentamiseen voidaan käyttää myös nauhureita, jotta tallennettuun havaintoon voi palata paremmin myöhemmin, mutta ongelmana on aineiston liiallinen kertyminen. Lisäksi analyysivaiheessa käytettävä aika helposti kertaantuu. Havainnointitilanteessa tehdyt merkinnät ja kirjoitetut muistiinpanot ovat aina tutkijan henkilökohtaisia valintoja (Kananen 2014, 86.) Havainnon merkitsemisen tiheyden määrittely etukäteen tässä tutkimuksessa 5 minuutin välein kuitenkin rajasi valintaa. Se pakotti kirjoittamaan muistiinpanoihin juuri sen hetkisen työtehtävän samalla tavalla kaikissa kohteissa, eikä havainnoijana voinut toteuttaa työtoimintojen kirjaamisessa tuolloin valintaa, kun aikaväli määritti muistiinpanojen kirjaamisen havaintotaulukkoon (kuva 1).

Saavutin tavoitteen saada merkinnät kirjattua 5 minuutin välein havaintopäiväkirjaan ja tämä onnistui hyvin. Joitakin hetkiä oli, jolloin tuli päällekkäisiä keskeytyksiä ja tuolloin havaintojen kirjaamisessa tuli hieman kiire, mutta sain ne kirjattua ylös lyhentämällä hieman muistiinpanoja. En joutunut jättämään kirjaamista kertaakaan myöhemmäksi muistin varassa tehtäväksi. Omia koodeja tai lyhenteitä voi käyttää apuna asioiden ylös kirjaamisen nopeuttamiseksi (Kananen 2014, 85). Havainto-merkintöihin olen lyhentänyt K = keskeytys, LP = lähtevä puhelu ja SP = saapuva puhelu kellonaikoinen kirjaamisen nopeuttamiseksi. Minulla oli apukysymyksinä lomakkeessa ”mitä, miksi ja kenen kanssa”, jotta muistaisin kirjata havainnon työtehtävästä hieman laajemmin ylös, sillä tämä helpottaisi hahmottamaan analyysivaiheessa mihin suoritettava työtehtävä liittyi. Havainnoitavien hoitajien puheluiden aikana kuului välillä koputtava saapuva puhelu, näitä ei lasketa saapuviin puheluihin, eikä varsinaisiin keskeytyksiin, koska hoitaja ei niihin tuolloin ole vastannut, vaikka varmasti koputus herättää hoitajan huomion meneillään olevan puhelun aikana. Havainnointipäiviltä syntyi analysoitavaa tekstiä yhteensä 52 sivua ja lisäksi yksi sivu omia muistiinpanoja, joita tein heti varsinaisen havainnoinnin päätyttyä. Kirjoitin yhteenvetoa sekä ajatuksia havainnoinnin suorittamisesta, kaikesta muusta kuin työtehtävien suorittamisesta, kuten esimerkiksi ergonomiasta, työtiloista tai ilmapiiristä ja tunnelmasta.

Pyysin ennen työajanseurannan toteuttamista tutkimukseen osallistuvia sairaanhoitajia laskemaan oman alueensa asiakasmäärät (säännölliset ja tilapäiset asiakkaat sekä virtuaalisessa kotihoidossa olevat), jolloin nähdään myös asiakasmäärien mahdolliset vaihtelut. Soitellessani läpi tutkimukseen valikoituja hoitajia kyselin heidän työpisteensä sijainnin ja tarkensin työajan alkamisen ajankohdan. Työajat hieman vaihtelivat kantakaupungin ja maaseudun alueilla. Aikaisimmat suunnitellut työvuorot alkoivat klo. 6.15 ja klo: 7, mutta yleisimmin klo: 7.30. Varasin työmatkoihin hyvin aikaa havainnointipäivinä ja pyrin olemaan perillä 15-20minuuttia ennen työvuoron alkua. Hoitajan saapuessa töihin vaihtaessa vaatteita ja käynnistäessä tietokonetta ja työpuhelinta kerroin hoitajille lyhyesti, että teen merkintöjä tietyn minuuttimäärän välein heidän suorittamista työtehtävistään ja pyrin saamaan myös keskeytyksiä ylös. Kerroin hoitajille myös, että voin joutua tarkentamaan ja kysymään mitä työtehtävää hoitaja parhaillaan tekee. Kerroin myös, että joudun seuraamaan heitä taukotiloihin ja hygienia-tilojen läheisyyteen, jotta saan keskeytykset laskettua myös työtiloista toiseen liikkumisen välillä. Toimistotiloissa pyrin mahdollisuuksien mukaan istumaan hieman etempänä, enkä ihan havainnoitavan sairaanhoitajan vieressä, jotta he voisivat hetkeksi mahdollisuuksien mukaan unohtaa olemassaoloni. Kannustin hoitajia olemaan mahdollisimman luontevasti ja mikäli heille olisi luontevaa puhua tai ihmetellä ääneen asioita töitä tehdessään, niin se ei häiritsisi havaintojen kirjaamista.

Tietoinen valikointi havainnoinnissa tehdään teorian avulla. Pyrin havainnoimaan tutkimuskysymysten kannalta olennaisia asioita ja tekemään havainnot tietoisesti, muuten saattaisin havainnoida kielteisessä mielessä esimerkiksi vain tuttuja asioita, mikä johtaa tulosten vääristymiseen. Havainnon tekeminen on tutkimuksessa kriittinen kohta (Vilka 2014). Sain myös sairaanhoitajan työtä keskeyttävien tekijöiden määrät kirjattua muistiinpanoihin havainnointipäivinä, sillä keskeytykset oli koettu yleisesti kuormittaviksi kotisairaanhoitajien työssä.

4.3 Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa havaintoon kuuluu myös tehdyn havainnon merkitys (Valli 2018). Havainnot eivät sellaisenaan ole tutkimuksen tuloksia ilman tulkintaa. Ilman metodia, eli selkeitä sääntöjä tutkimus saattaisi muodostua tutkijan omien ennakkoluulojen mukaan. Tulokset muodostuvat siitä, kun ne asetetaan keskusteluun muiden tutkimusten sekä teorioiden kanssa (Vilka 2006, 89.) Tulokset suhteutetaan aina laajempaan kokonaisuuteen teoriassa, kuten yhteiskunnallisiin, kulttuuriin tai ammatillisiin reunaehtoihin. Tutkijan tehtävänä on osoittaa tutkimuksensa tulokset koskemaan laajempaa kokonaisuutta, eikä vain keräämiensä tutkimusaineiston tuloksia (Vilka 2006, 92). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on ominaista, että jo aineistonkeruun vaiheessa tutkijalta vaaditaan alustavaa tulkintaa, sillä analyysiin tarvitaan siihen liittyvää osaamista. Laadullisessa tutkimuksessa analyysin kelvollisuus on tärkeämpää kuin kootun datan määrän. Tärkeämpää on se mitä aineistosta saa irti, sekä siitä tehdyt johtopäätökset (Valli 2018) Tässä tutkimuksessa tulokset ja saatu tieto on yhteydessä tiettyihin tilanteisiin sekä kohteisiin ja tämän tiedon yleistämiselle olisi parempi käsitteellä tiedon suhteuttaminen teoriaan tai aiempiin tutkimuksiin (Vilka 2006, 9-93). Tutkimusaineisto ei ole yksistään vastaus tutkimusongelmaan vaan tästä materiaalista tutkimus tehdään. Tutkimuksen kannalta kiinnostava asia on äänettömänä tutkimusaineistossa ja se löytyy vasta analysoinnin jäl-

keen. Analysointi on havaintojen yhdistämistä ja ryhmittelyä johtolangoiksi ja sitten niistä voidaan tehdä tulkinta. (Vilka 2006, 81.)

Havainnot ja havainnot merkityksineen eivät sellaisenaan ole tiedettä tai tietoa. On tutkijan taidoista kiinni, miten hän kykenee yhdistelemään havaintojaan uuden tiedon tuottamiseksi. Laadullinen tutkimus tavoittaa parhaiten havainnot, jotka vaativat ymmärtämistä siinä asiayhteydessä. Havainnot ovat tarkempia, kun tutkittava asia tai ominaisuus on luonnollinen osa kohdetta, jossa se ilmenee. Tutkimuksessa tulisi pitää vahvuutena eikä haittana sitä, että havaintojen tekeminen edellyttää aina myös valikointia. (Valli 2018.) Laadullisessa tutkimuksessa aineisto on aina paljon moniulotteisempi, kuin mitä yhdessä tutkimuksessa pystytään tuomaan esille. Paljon materiaalia jää myös jatkotutkimuksia varten, mikäli aineiston jatkokäytölle on lupa. (Vilka 2006, 83.) Ennen analyysiä aineisto tulisi kuitenkin selkeyttää ja tiivistää. Tutkija yrittää löytää aineistosta ulottuvuuksia, mutta ei saa vähentää aineiston tiedon laadullista sisältöä. Etukäteen on haastavaa tietää, millaisella luokittelulla aineistosta saadaan tarvittava tai haluttu informaatio ja on vielä haastavampaa tietää millaisella luokittelulla, säilytetään tarvittava tieto. Koodauksen jälkeisessä analyysissä pyritään etsimään teemoja ja säännönmukaisuuksia aineistosta. Mikäli käytetään teoriapohjaista luokittelua, niin koodaus on ns. kehikko, joka lasketaan aineiston päälle ja voidaan näin nähdä sen sisälle. Liian yleisluontoinen koodaus hävittää osan tiedoista ja liian tiheään tehty koodaus taas hankaloittaa rakenteen tulkintaa. (Kananen 2014, 109.)

Havainnointiaineiston analyysi ei eroa muusta laadullisen tutkimuksen analyysistä ja tutkijan tehtävänä on nostaa esille aineistosta asioita, joilla on jotakin merkitystä tutkittavasta ilmiöstä (Puusa & Juuti 2020, luku 8). Laadullisessa tutkimuksessa analyysiin kuuluu kaksi vaihetta, ja ne ovat pelkistämisen eli havaintojen yhdistäminen sekä tulosten tulkinta. Analysointi on havaintojen yhdistelyä ja ryhmittelyä tietynlaisiksi johtolangoiksi. Se tapahtuu etsimällä havainnoista yhteisiä nimittäjiä, joiden avulla tutkija voi muotoilla säännön, mikä pätee koko kerättyyn aineistoon. (Vilka 2006, 82.) Tässä tutkimuksessa aineistoa luokiteltiin tyyppitellen ja yhdistellen yhteisten nimittäjien eli ylä- ja alakategorioiden löytämiseksi. Jokaisesta 5 minuutin välein kirjatusta havainnosta poimin sairaanhoitajan suorittamat työtoiminnot pitäen koko ajan aineistoa läpikäydessäni tutkimuskysymykset mielessä (Hakala 2017, 169). Neljä pääkategoriaa olin hahmotellut Excelliin osittain aiemman teoriatiedon avulla. Alakategoriat muodostuivat aineistosta havaintojen kategorisoimisen myötä (Taulukko 1). Tutkimusaineisto pystytään erittelemään helpommin käsiteltävään muotoon tiivistämisen avulla. Tässä tutkimuksessa tiivistin havaintomerkintöjä havaintojen määrää vähentämättä. Näin aineisto saatiin hallittavammaksi.

Taulukko 1. Ote havaintojen kategorisoinnista.

Havainto	Alakategoria	Pääkategoria
"Ksh etsii Pegasoksesta sekä Kanta- haun kautta asiakkaasta erikoissairaanhoidon tekstejä"	Asiakastietoihin perehtyminen	Välillinen asiakastyö
"Ksh etsii labratarvikkeita kaa- peista, pakkaa näytteenotto- laukkaa työreppuun valmiiksi"	Työvälineiden tilaus, huolto, puhdistus ja järjestely	Välillinen asiakastyö
"Ksh tarkastelee oman tiimin omahoitajalistoja ja muokkaa niiden järjestystä"	Optimoinnin suunnittelu	Välillinen asiakastyö
"Asiakkaan luokse (meno sisälle asuntoon) kotikäynnille lääkärin kanssa"	Kotikäynti lääkärin kanssa	Välitön asiakastyö
"Ksh avustaa kotikäynnillä kolle- gaa asiakkaan näytteenotossa polvillaan lattialla"	Hoitotoimenpide	Välitön asiakastyö
"Rinkitiimi/pikkutiimi sairaanhoi- tajan vetämänä alkaa"	Kokous/tiimipalaveri	Yksikkökohtainen työ
"Ksh liittyy toimistossaan tietö- koneella Teams-palaveriin"	Kokous/tiimipalaveri	Yksikkökohtainen työ
"Ruokatauko alkaa, useita kes- keytyksiä tulee"	Tauot	Tauot

Aineisto luokiteltiin aineistolähtöisesti yhdistämällä saman sisältöiset työtapaukset samaan alaluok- kaan eli kategoriaan. Analyysiyksiköksi valikoitui kokonaiset lauseet, koska yksittäiset sanat olisivat olleet liian kapeita selittämään työtoimintoja. Yksittäiset lauseet vastasivat tutkimuskysymyksiin. Kenttämuistiinpanojen tekemisen jälkeen aineistoa luettiin läpi useita kertoja ja samalla teemoiteltiin muistiinpanoja kategorioihin parhaiten kuvaavalla sanalla tai sanoilla. Seuraavaksi samankaltaiset teemat yhdistettiin kategorioiksi ja alakategoriat nimettiin niiden sisältöä kuvaavasti. Läpi analy- siproessin, sitä ohjasi koko ajan tutkimuskysymykset, joihin haettiin vastausta jokaisessa vaiheessa. Lavanderin (2017, 61) mukaan työajan jakautuminen eri kategorioihin oli esitetty kymmenessä tut- kimuksessa ja niissä kategorioita oli yhteensä 28. Yleisin jako pääkategorioihin oli: välitön hoitotyö, välillinen hoitotyö, kirjaaminen, yksikköön liittyvät tehtävät, henkilökohtainen aika ja ei-hoidolliset

tehtävät. Tässä tutkimuksessa liian yleisiksi jääviä kategorioita ei voitu käyttää, jotta työtoiminnot saatiin tarkemmin ilmi.

Kanasen (2014, 105-107) mukaan on tärkeää perehtyä heti aluksi siihen aineistoon, jota kerätään, sillä pelkkä keräily ilman aineistoon perehtymistä ja analyysiä johtaa perikatoon laadullisen tutkimuksen runsaine materiaalmäärineen. Analyysi on aineiston järjestelyä, käsittelyä tai muokkaamista tai tiivistämistä. Aineiston muokkaukseen soveltuvia menetelmiä ovat mm. litterointi, koodaus, luokittelu tai teemoittelu. Synteesillä tarkoitetaan erityisesti jo useamman olemassa olevan asian yhdistämistä, jossa yhdistetyistä asioista tulee enemmän kuin osiensa summa. Laadullista aineistoa voidaan käsitellä valmiilla sovelluksilla eli tekstinkäsittely-, tietokanta, tai taulukkolaskentaohjelmilla. Varsinainen tulkinta jää tutkijan tehtäväksi, sitä ei mikään ohjelma kykene tekemään. Litteroinnissa on hankalaa se, ettei voida tietää etukäteen, mitä aineistosta tarvitaan ja liialliset odotukset voivat ohjata tulkintaa odotusten suuntaan. Aineiston luokitteluperusteet eli kategorisointi voidaan saada ilmiötä selittävästä teorioista, aineistosta tai näistä molemmista.

Havainnointina suoritetuissa tutkimuksissa on tärkeää osoittaa tulosten pätevyys kuvaamalla yksityiskohtaisesti ja täsmällisesti tutkimusprosessi tutkimuksen aineiston hankinnasta eli selostamalla havainnointitilanteet, ja tuloksiin päätymisestä (Vilka 2006, 97). Aineiston neljäksi pääkategoriaksi muodostui; välillinen ja välitön asiakastyö, yksikkökohtainen työ, sekä tauot. Aineiston alaotsikot muodostuivat teemoittelemalla ja jakamalla havaitut työtoiminnot alakategorioihin kuten edellä on kuvattu. Alakategorioiden otsikot täsmentyivät vielä aineiston käsittelyn edetessä. Aineistoa ei typistetty lainkaan, vaan kaikki 5 minuutin välein tehdyt havaintomerkinnot saatiin hyödynnettyä tutkimuksessa.

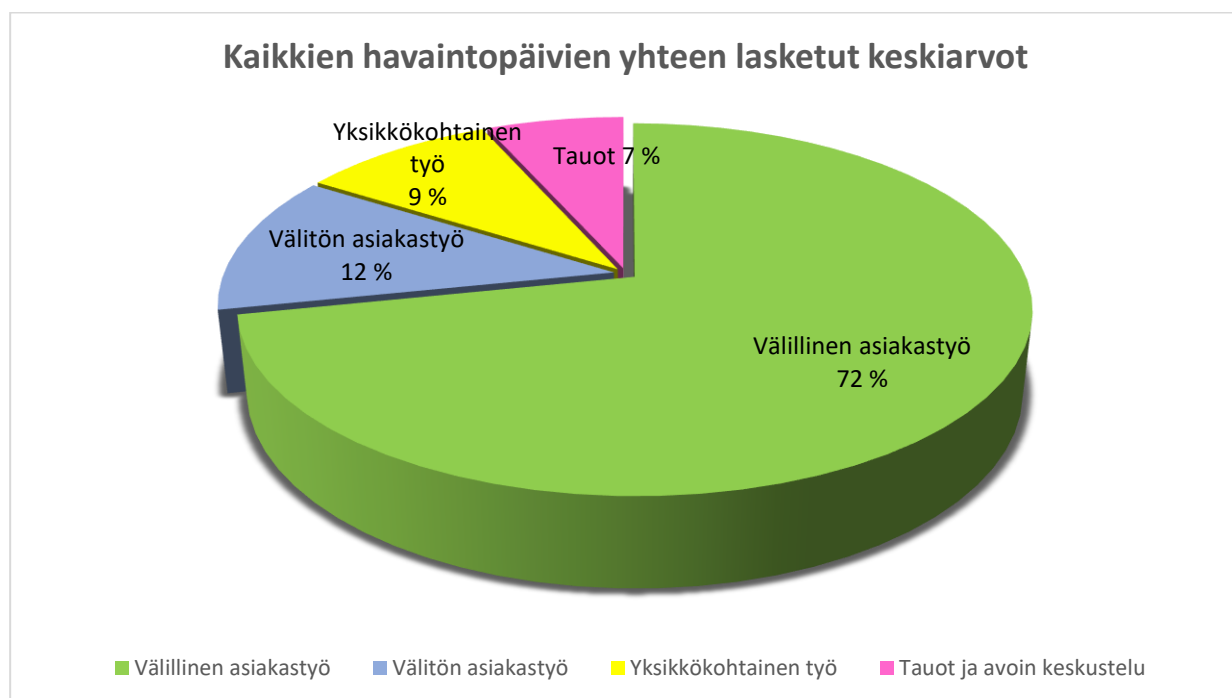
Aineistosta nousseet pää- ja alakategoriat kirjattiin taulukkoon Exceliin otsikoiksi ja koko havainnointipäivän kellonajat syötettiin taulukon vasempaan reunaan havaintojen määrien kirjaamiseksi. Jokaiselle tutkimuksessa mukana olleelle hoitajalle tehtiin oma Excel taulukko. Jokainen 5 minuutin välein tehty havainto kirjattiin Excel ohjelmaan tehtyyn taulukkoon työtoimintoa vastaavan kategorian kohdalle. Sen avulla saatiin laskettua, kuinka paljon kutakin työtehtävää esiintyy havainnointipäivissä työaikana (min) ja prosentteina (%) hoitajaa kohden. Tutkimuksen tuloksissa päädyin kuitenkin esittämään tulokset prosenttiosuuksina. Erilaisia pieniä, mutta olennaisia työtehtäviä oli paljon ja tämä toi haasteita aineiston kategorisointiin ja analyysiin. Kategorioiden otsikointi tuli saada mahdollisimman selkeäksi, jotta lukija ymmärtää minkä tyyppisiä työtoimintoja kukin kategoria sisältää. Tulokset saatiin Excelin avulla esitettyä hoitajakohtaisesti, sekä keskiarvoina ja muodostamalla erilaisiksi diagrammeiksi.

5 TUTKIMUSTULOKSET

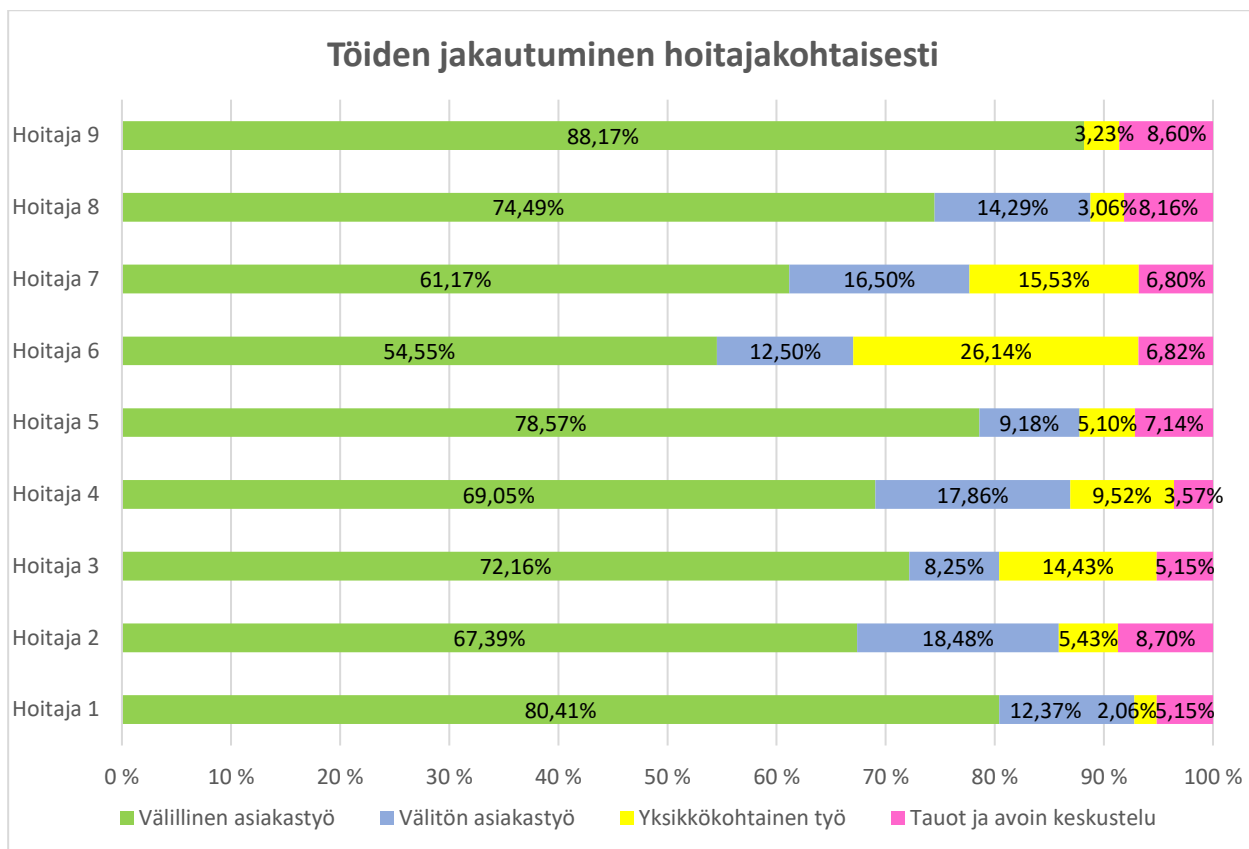
Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen kohteena toimivat Kuopion kaupungin kotihoidon sairaanhoitajat. Tuloksissa on kuvattu sairaanhoitajien välillisen ja välittömän työn osuus sekä kategorisoidut työtoiminnot. Hoitajakohtaiset työpäivien työtoiminnot sekä keskeytykset on kuvattu tarkemmin liitteessä 3.

5.1 Välillisen ja välittömän työn jakautuminen

Tässä tutkimuksessa eniten kotisairaanhoitajien työaika kohdentui välilliseen asiakastyöhön kaikkina yhdeksänä työpäivänä. Välitön asiakastyö työpäivissä vaihteli 0–18,5 % välillä. Taukoja oli kaikkina työpäivinä ja yksikkökohtaisessa työssä oli jonkin verran vaihtelua työpäivistä riippuen. (ks. kuva 3) Tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien työpäivien ajalta työajan jakautumisen keskiarvot on kuvattu seuraavassa diagrammissa neljään pääkategoriaan (ks. kuva 2). Välittömään asiakastyöhön kuuluivat hoitoneuvottelut, kotikäynnit yksin, kollegan tai lääkärin kanssa. Kotikäynnin syyt olivat asiakkaan voimien seuraaminen, hoitotoimenpiteen suorittaminen tai hoitoneuvottelu asiakkaan ja omaisen kanssa. Välilliseen asiakastyöhön kuului paljon erilaisia tehtäviä asiakasasioiden selvittämiseksi, hoitamiseksi ja edistämiseksi sekä tiimin ohjaamiseksi. Yksikkökohtaiseen työhön kuuluivat muun muassa palaverit ja työyhteisön asioista keskustelu tai sopiminen. Taukoihin kuuluivat ruoka- ja kahvitauot sekä henkilökohtaiset toiminnot, kuten henkilökohtaisten asioiden hoitaminen sekä avoin, työhön tai sen sisältöön liittymätön keskustelu, kuten kuulumisten vaihto ja keskustelu esimerkiksi harrastuksista tai perheestä. Sairaanhoitajien työpäivien pituudet vaihtelivat tässä tutkimuksessa 7,00- 8,58 tunnin välillä ja tämä on huomioitu prosenttiosuuksia laskettaessa. Työpäivien pituuksien yhteen laskettu keskiarvo oli 7,87 tuntia.



KUVA 2. Havainnointipäivien yhteen lasketut keskiarvot.



KUVA 3. Töiden jakautuminen hoitajakohtaisesti.

Väilillisen asiakastyön esiintymisessä oli eroa jopa yli 25 % päivästä riippuen. Välitöntä asiakastyötä oli kahdeksalla hoitajalla yhdeksästä. Yhtenä päivänä välitöntä asiakastyötä ei ollut. Tämä havaintopäivä poikkesi muista päivistä tiimin perehdyttämisen suhteen muun muassa lääkenäyttäjien vastaanottamisella. Myös lääkärinkierto oli alueella havainnointipäivänä ja tämä vei työajasta lähes 10 %. Yksikkökohtaisessa työssä oli myös lähes 25 % ero työpäivien välillä. Kaikkina päivinä oli myös yksikkökohtaista työtä eli palaveri tai avoimempaa keskustelua työyhteisön yhteisistä asioista ilman varsinaista kokoontumista.

Sairaanhoidajat pitivät ainakin yhden tauon jokaisena havainnointipäivänä. Fyysisesti hoitaja oli usein taukuhuoneessa tai vastaavassa muussa tilassa, mutta tauolla keskusteltiin usein työasioista tai sairaanhoitajaa konsultoitiin tauon aikana. Omien asioiden hoitoa ja yleistä kuulumisten vaihtoa henkilökohtaisista asioista (Ei työhön liittyvistä asioista muun muassa keskustelua harrastuksista tai perheestä) havaitsin olevan niukasti.

5.2 Alakategorioiden keskiarvot

Seuraavassa kuvassa on esitetty kaikkien yhdeksän sairaanhoitajan työtoiminnot keskiarvoina koko havainnointiajalta.



KUVA 4. Kaikkien havainnointipäivien keskiarvot työajan jakautumisesta.

Keskiarvoina laskettuna sairaanhoitajan työaika on käytetty havainnointitutkimuksen aikana eniten viestintään eri järjestelmissä (Pegasosviestit potilastietojärjestelmässä, Hillkkaviestit toiminnanohjausjärjestelmässä, sähköpostit, Teams- viestit, tekstiviestit, viestilaput sairaanhoitajalle). Osa viestinnästä oli asiakkaan asioiden hoitoa tai edistämistä ja osa muuta yleistä työhön tai työyhteisöön liittyvien asioiden hoitoa. Toiseksi eniten työaika käytettiin työvälineiden tilaukseen, huoltoon, puhdistukseen ja järjestelemiseen. Tämä sisälsi muun muassa työtilojen, lähinnä pintojen tai työvälineiden puhdistamista, välineiden tilausta ja tilauksen purkamista omille paikoilleen, varastotilanteen kartoittamista, puutelistan kirjoittamista tai läpikäymistä, työrepun pakkaamista sekä taukotiloissa tiskien laittoa tai yleisen siisteyden edistämistä. Kolmanneksi eniten sairaanhoitajat käyttivät työajastaan asiakastietoihin perehtymiseen. Sairaanhoitajat kartoittivat asiakkaiden perussairauksia ja lääkitystä, katsoivat laboratoriovastauksia ja suoritettujen tutkimuksien tuloksia ja niiden mukaisia jatkoja, selvittivät esimerkiksi lääkityksen kestoa tai alkamisajankohtaa potilastietojärjestelmästä ja Kanta-hakujen kautta, sekä valmistelivat katsomalla em. asioita lääkärin kierrolle. Sairaanhoitajat myös

selvittivät asiakkaan tilanteen, kuten esimerkiksi jonkin oireen kestoa etsimällä potilastietojärjestelmästä tietoa siitä, onko oire uusi vai onko sitä joskus jo hoidettu tai tutkittu ja miten.

Vähiten työtoimintona esiintyi ”ajanvaraus asiakkaan puolesta”. Toiseksi vähiten työaikaä käytettiin omien asioiden hoitamiseen tai työilmapiirin ylläpitämiseen, kuten avoimeen keskusteluun henkilökohtaisista asioista. Kolmanneksi vähiten työaikaä käytettiin seurantakäynteihin eli asiakkaan luokse tehtyyn kotikäyntiin tilanteen kartoittamiseksi tai voinnin seuraamiseksi. Välittömästä asiakastyöstä (*Kotikäynti hoitotoimenpide, kotikäynti seuranta, kotikäynti lääkärin kanssa, hoitoneuvottelu kotona tai osastolla*) yleisin käyntisyys oli kotikäynti hoitotoimenpiteen vuoksi ja toiseksi yleisin syy oli kotikäynti lääkärin kanssa (ks. kuva 4.) Optimoinnin suunnittelu vei työaikaä vain noin 1,54 %. Optimoinnin suunnittelu tarkoittaa muun muassa sitä, että sairaanhoitaja suunnittelee asiakaskäyntejä mahdollisimman asiakaslähtöisesti, mutta aikakriittisesti toiminnanohjausjärjestelmän aikaikkunoihin tiimille. Ruuhkahuippuja pääsee helposti syntymään asiakaskäyntien aikaisimpiin aamuihin ja myöhäisimpiin iltoihin.

Tarkasteltaessa kaikkien yhdeksän hoitajan päiväkohtaisia työtoimintoja (liite 3), niiden esiintymisissä havaittiin päiväkohtaisia suuriakin eroja. Lähes jokaisena päivänä eniten työaikaä käytetty työtoiminto vaihteli. Kirjaamisen osuus työajasta vaihtelee niin, että joinakin päivinä siihen käytettiin eniten työaikaä ja joinakin päivinä sen osuus työajasta oli 0 %. Tämä voi johtua myös siitä, että kirjaamisen ei ole jäänyt aikaa. Kahden hoitajan työpäivinä *työvälineiden tilaus, huolto, puhdistus ja järjestely* työtoiminto vei eniten työaikaä ja kahtena päivänä tämä oli toiseksi eniten aikaa vievä välillisen työn toiminnoista. *Asiakastietoihin perehtymistä* kuului kaikkien yhdeksän sairaanhoitajan työpäiviin. Sen osuus työpäivistä vaihteli 2,38 %-10,75 %.

Välittömän asiakastyön toiminnot veivät eniten työaikaä yksittäisinä toimintoina päiväkohtaisesti tarkasteltuna neljänä päivänä yhdeksästä. Työmatkoihin kului tiettyä päivänä aikaa *välillisen työn toiminnoista* eniten tai työmatkoja ei kertynyt lainkaan. Saapuneita puheluita sairaanhoitajille tuli 6-14 kertaa päivässä ja he itse soittivat puheluita 0-9 kertaa päivässä. Saapuneet puhelut veivät sairaanhoitajan työaikaä keskimäärin 4,7 %, mutta enimmillään 9,5 % työpäivästä. Varsinaista soittoaikaa ei ole käytössä, vaan puheluita tulee pitkin päivää ja sairaanhoitaja vastaa puheluihin työtilanteen salliessa. Mikäli työpuheluihin käytetty aika lasketaan yhteen (saapuneet ja lähtevät), niin sairaanhoitajan työajasta puheluihin menee noin 5-12 % työpäivästä riippuen.

Sairanhoitaja organisoi ja priorisoi jatkuvasti asiakkaiden hoitoa sekä tapahtumia omassa työkalenterissaan, sekä koko tiimin tulevia tapahtumia. Päivinä, jolloin sairaanhoitajan alueella oli lääkärinkierto, hänen työajastaa meni jonkin verran enemmän aikaa asiakastietoihin perehtymiseen, sekä valmisteleviin työtehtäviin. *Valmisteleviin työtehtäviin* kuului muun muassa omaan sekä tiimin työkalenteriin erilaisten työtapauksien merkkaukseen, näyttöiden oton merkkaukseen, lääkelistojen ja lomakkeiden kuten esimerkiksi muistitietien tai mieliala- ja ravitsemustilan arviointiin tarkoitettujen kysymyssarjojen tulostamista tiimille valmiiksi. Sairanhoitaja välittää tietoa tai raportoi monista asioista tiimille ja kirjaa näitä asiakaskäynteille huomioiksi toiminnanohjausjärjestelmään, jotta ne olisivat muistuttamassa tiimiä asiakaskäyntien mahdollisista poikkeamista. Sairanhoitaja päivittää asia-

kastietoja useita kertoja päivän aikana. Hän lisää informaatiota asiakastietoihin esimerkiksi asiakkaan voinnin muuttumisesta ja tekee siitä huomion asiakkaan käyntitietoihin. Hän myös kirjaa samalla itselleen ylös, että muistaa seurata asiakkaan tilannetta tai saattaa päivittää tiedon myös asiakkaan hoitosuunnitelmaan.

Kokoukset tai tiimipalaverit voivat yksittäisestä päivästä isohkon osan työajasta, noin 9-19 %. Tiimipalaverit näyttivät toisinaan varsin hektisiltä ja niiden valmistelu vei oman aikansa sairaanhoitajan työpäivästä. Sairaanhoitajan vetämiin pikkutiimeihin tiimin hoitajia saapui ja poistui paikalta sen mukaan, kuinka he omilta töiltään ehtivät. Sairaanhoitaja toimi tiimipalaverissa puheenjohtajan tai vetäjän roolissa. Tiimipalaverissa käytiin läpi asiakasasioita sekä yksikkökohtaisia asioita. Tiimipalaverissa keskustelu oli vastavuoroista tiimin ja sairaanhoitajan välillä. Tiimipalaverin jälkeen sairaanhoitajalla saattoi olla jopa neljän sivun verran muistiinpanoja esiin nousseista asioista esimerkiksi hoitotarvikkeiden ja vaippojen tilauksiin liittyen.

Sairaanhoitajien työ keskeytyy useita kertoja työvuoron aikana. Työn keskeytyksien määrä vaihteli 23-40 kertaan päivässä (liite 3, taulukot hoitaja 1-9). Sairaanhoitajan työtä keskeyttävät puhelut, tiimin tai kollegan konsultaatiot ja muut kysymykset, asiakkaat sekä omaiset, terapeutit sekä lääkäri tai muu. Mikäli keskeytyksiä tulisi tasaisesti työpäivän aikana, niin voisi laskea että 7,5 tunnin työpäivän aikana keskeytyksiä tulee jopa noin 11 minuutin välein. Näyttäisi siltä, että suurin osa keskeytyksistä tulee aamupäivällä. Työpäivän keskellä havainnoijalla kuitenkin oli ruokatauko yhtäaikaan hoitajan kanssa, jonka aikana keskeytyksiä ei laskettu ja kirjattu havaintoihin, joten tämä vaikuttaa saatuihin tuloksiin keskeytyksien määrän jakautumisesta työpäivän aikana sekä keskeytysten määrään yhteensä. Keskeytyksien määrä on siis vielä suurempi kuin tässä tutkimuksessa on havaittu.

Yhtä sairaanhoitajaa lukuun ottamatta olin kirjannut kahdeksana päivänä havaintopäiväkirjaan ylös sairaanhoitajien sanomat kommentit ”mitä minä olinkaan tekemässä?”. Näiden kommenttien esiintyminen kuvastaa hyvin hektistä työtä useiden keskeytyksien lomassa. Vaikka tässä tutkimuksessa kiinnitin havaintoni päähuomiot sairaanhoitajan tekemiin työtoimintoihin ja keskeytyksiin, niin en voinut olla huomaamatta ilmapiirissä aistittavaa kollegiaalisuutta, ihailtavaa asiakkaiden kohtaamista kiireen tunteen keskellä, sekä havainnoitavien sairaanhoitajien ääneen lueteltuja huolen aiheita ja tarkkuuta siitä, että varmasti kaikki oleelliset asiat oli tehnyt. Moni hoitajista kirjasi erilaisille muistilapuille pitkin päivää esille tulleita asioita oman työkalenterinsa lisäksi muistin tueksi. Sairaanhoitajat yliviivasivat työtehtäviä sitä mukaa kun työ oli hoidettu.

6 POHDINTA

Tämä havainnointitutkimus antaa tuoretta ja uutta tietoa kohdeorganisaation kotisairaanhoidajien työajan käytöstä. Aiempia tutkimuksia juuri sairaanhoidajan työajankäytöstä etenkin kotihoidossa oli niukasti. Tämän tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää, koska tiimien ja kaupunkien välillä on eroja työnkuvassa, tiimeissä maantieteellisesti, sekä asiakkaiden sosioekonomisessa asemassa ja nämä asiat voivat heijastua myös työajankäyttöön. Lähtökohtaisesti kiinnostuin kotisairaanhoidajan työajanseurannasta oman työni kautta. Työpäivät tuntuivat kuluvan nopeasti ja joskus pohdin, että olenko käyttänyt työaikani tehokkaasti. Toisinaan työviikkoa pystyy suunnittelemaan, mutta akuutit asiat sekoittavat pakkaa usein. Myös mediassa paljon puhututtaneet ajankohtaiset hoitajamitoitukset saivat kiinnostumaan työajanseurannasta. Lisäksi yleisesti organisaatiomme kotisairaanhoidajat ovat kokeneet työssään paljon keskeytyksiä, sekä tekevnsä montaa asiaa yhtäikaa, mutta käytännössä se on vaikeaa tai lähes mahdotonta. Multitasking on myös aivojen fysiologian kannalta turmiollista (Kalliomäki-Levanto, Ukkonen, Kalakoski 2016).

Tutkimuskysymykset, jotka johdetaan tutkimusongelmasta muodostavat tutkimuksen ytimen. Tutkimuskysymykset muuttuvat ja täydentyvät tutkimusprosessin edetessä. Laadulliselle tutkimukselle on olennaista tutkimuskysymysten joustavuus, koska tiedon keruu ja analyysi kulkevat käsi kädessä. Aina ei edes tiedetä, mikä on ongelma, joten tutkimuskysymysten asettaminen on lähes mahdotonta. Tutkimuskysymysten asettelussa on kuitenkin hyvä muistaa, että kysymykseen ei pidä liittää vastausta, sen pitää olla laajuudeltaan sopiva ja varmistaa, että tutkimuskysymykseen löytyy siihen liittyvää kirjallisuutta. Lisäksi dikotomisia kysymyksiä, joihin voidaan vastata kyllä tai ei, ei tule käyttää. (Kananen 2014, 44-45.) Hyvin rajattu tutkimusongelma on yksi tutkimuksen onnistumisen ehto (Vilka 2006, 11).

6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tässä tutkimuksessa on noudatettu tieteelliselle tutkimukselle asetettuja eettisiä ohjeita. Tutkimussuunnitelman hyväksymisen jälkeen tutkimuslupa haettiin kohdeorganisaatiosta ja hyväksyttiin. Tässä tutkimuksessa ei käsitelty tai kerätty asiakastietoja. Tutkimuksesta kerrottiin avoimesti sairaanhoidajien kuukausipalaverissa, sekä lähetettiin saatekirje sähköpostitse kaikille kotisairaanhoidajille. Saatekirjeessä oli tutkimuksen tekijän sähköposti sekä puhelinnumero mahdollisten lisätietojen kysymistä varten. Saatekirjeessä (liite 1) kehoitettiin ilmoittamaan, mikäli ei halua osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistujat arvottiin. Halukkuus osallistua tutkimukseen varmistettiin vielä suullisesti puhelinsoitolla arvotuksi tulleiden kanssa ennen havainnointia. Jokaiselle hoitajalle kerrottiin vielä havainnointia edeltävästi, että tutkimuksessa on tarkoitus havainnoida hänen suorittamia työtehtäviään tietyn minuuttiaajan välein. Tutkimuksessa käytetty havainnointi oli tiedonhankintamenetelmänä yleisesti käytetty, eikä sen käyttöön liittynyt mitään merkittäviä riskejä tutkimuksen osallistujien kannalta.

Tutkimustietojen käsittelyssä kaksi keskeistä käsitettä ovat luottamuksellisuus ja anonymiteetti ja ne on pyritty säilyttämään (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tutkimuksessa saatua aineistoa

on käsitelty hyvien periaatteiden mukaisesti ja tulen hävittämään havainnointipäiväkirjat sekä sähköiset muistiinpanot asianmukaisella tavalla. Tutkimustulokset on esitetty kuvissa sekä tekstissä selkokesä muodossa, että tutkimukseen osallistuvien anonyymiteetti säilyy. Hoitajakohtaisistakaan diagrammeista ei voi tulkita millä maantieteellisellä alueella tai ketä on havainnoitu minäkin päivänä. Lisätyötä havainnointi ei varsinaisesti hoitajille aiheuttanut verraten, jos tutkimus olisi toteutettu itse-raportointina paperiseen työajanseurantalomakkeeseen hoitajien itse merkkäamana.

Mikäli tässä tutkimuksessa olisi kerätty esitietoja, niin olisi voinut varmistaa, että havainnointijoukko edustaisi tasapuolisesti työntekijöiden ikää, sukupuolta, työuran pituutta ja eri työskentelypaikkoja (koti, palvelutalo, maaseutualueet ja kantakaupunki). Tietojen kerääminen ja esiin tuominen olisi voinut lisätä riskiä yksittäisten työntekijöiden tunnistamisessa. Myös työntekijän työkokemuksella tiettyssä tiimissä voisi olla jonkin verran vaikutusta esimerkiksi, siihen kuinka paljon hän käyttää työaika-tiettyihin työtoimintoihin kuten asiakastietoihin perehtymiseen. Pitkään samojen asiakkaiden ja tiimin kanssa työskentely on saattanut vaikuttaa tuloksiin esimerkiksi ajankäytössä asiakastietoihin perehtymisessä.

Tutkimuksella tuotettujen tulosten luotettavuus perustuu sen hankkimisen ja analysoinnin menetelmiin. Tässä opinnäytetyössä tutkimukseen liittyvää luotettavuutta ja eettisyyttä arvioitiin jo tutkimusasetelmaa suunniteltaessa koko tutkimuksen kokonaisuuden näkökulmasta. Tutkimussuunnitelma hyväksytettiin ensin ja kerättiin sitten laajemmin tutkimuksen teoreettista taustaa, tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitteita määriteltiin sekä rajattiin, aikataulua suunniteltiin, kohdejoukkoa tarkennettiin, tiedonkeräämistä menetelmien puntaroiitiin ja aineiston analysointiin sopivia menetelmiä vertailtiin. Tässä tutkimuksessa on tarvittu teoriaa niin metodien, tutkimuksen etiikan sekä luotettavuuden hahmottamiseen ja koko tutkimuskokonaisuuden muodostamiseen. Teoreettinen viitekehys muodostuu kahdesta eri asiasta; tutkimusta ohjaavasta metodologiasta sekä siitä tiedosta mitä tutkittavasta asiasta tiedetään jo ennestään. Tiedostan että, metodi tai sen hallittukaan käyttö ei yksin tee tutkimusta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 1.1.2.)

Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan lisätä kirjallisuudella. Siitä saadaan tukea omille ratkaisuille ja tutkimusprosessin eri vaiheissa myös johtopäätösvaiheessa, jos omat tutkimustulokset ovat yhtenäiset muiden tehtyjen tutkimusten kanssa. Tutkimusta ei kannata suunnata sellaiseen asiaan tai ilmiöön, jota ei ole lainkaan tutkittu tai siitä ei ole lainkaan kirjallisuutta. Tämä ohje on ristiriidassa tieteen kehitysvaatimuksen kanssa (Kananen 2014, 45). Lähdekritiikki on tutkimuksessa tärkeä asia, sillä lähteen sekä aineiston laatu vaikuttaa suoraan tutkimuksen luotettavuuteen (Vilkkä 2007, 34). Lukeneisuuden mittarina toimii lähdeluettelo sekä sen laajuus. Mielipidekirjoituksia ei ole käytetty työn teoriassa, sillä ne eivät täytä tieteellisen artikkelin kriteereitä (Kananen Jorma 2014, 99). Tässä tutkimuksessa pyrin rajaamaan lähteet tieteellisiin artikkeleihin, kirjallisuuteen, väitöskirjoihin sekä luotettavista verkkolähteistä saatuihin aineistoihin. Teoreettiseen viitekehysten linkittyminen työn tuloksiin on tärkeää eli rajaaminen isoihin asioihin ja pääkäsitteisiin. Tulee myös muistaa, ettei mikään tutkimus saa alkuaan tyhjistä. Lähtökohdat ja oletukset nousevat tietynlaisesta kirjallisuudesta ja itselläni osittain myös työkokemuksesta. Tutkijan kuva tutkitusta kohteestaan ei koskaan ole sitä täysin. (Hakala 2017, 171–172; Riekkinen-Tuovinen 2018, 145.)

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkija osaa tulkita tutkimusaineistoaan ja saa sieltä jonkinlaisen johtoaatoksen, sekä kykenee perustelemaan sen. Vertailua tulee tehdä omaa tutkimusaihetta lähellä olevien tutkimusten kanssa tai sen osissa. Tutkijan tulee kuitenkin olla tarkkana, ettei ala selittämään itseään kiinnostavia havaintoja vaan pelkästään tutkimuksen kannalta tärkeitä havaintoja. Merkitykselliset, mutta tutkimuksen kannalta aiheettomat päiväkirjamerkinnot tulee jättää odottamaan omaa tutkimuksen aihettaan. On tärkeää myös tiedostaa ja pyrkiä pitämään erillään havainnot, jotka ovat omasta aineistosta sekä havainnot aiemmista tutkimuksista tai teoriasta (Vilkka 2006, 86–88.) Havainnoijana pyrin pitämään erillään havainnot ja omat tulkinnat tehdyistä havainnoista. Tässä tutkimuksessa aineiston analyysiä käsittelevässä tiedossa olevat suorat lainaukset antavat lukijalle mahdollisuuden arvioida kategorioiden muodostumista sekä niistä tehtyjä tulkintoja.

Asiayhteydestään irrallaan oleva havainto ei ole luotettava tutkimuksessa (Vilkka 2014). Tiedostan, että tutkijan havaintoihin vaikuttavat myös hänen ymmärryksensä, ja esitietonsa ilmiöstä sekä hänen tarpeensa ja oma mielenkiintonsa. Olemassa oleva tieto ja auktoriteetit ohjaavat tutkijan kykyä havaita. Havainnot riippuvat siitä kuka niitä tulkitsee, havaitsee ja määrittelee tai antaa niille merkityksen (Valli 2018) Tämän tutkimuksen havainnot on kirjattu muistiin tapahtumien omissa ilmenemisympäristöissä, mikä lisää merkinnän luotettavuutta. Tässä laadullisessa tutkimuksessa havainnointimateriaalin rajaaminen tapahtui suunnitellusti ennen havainnoin aloittamista asettamalla tutkimuskysymys ja suuntaamalla huomio ja kirjaamalla ylös vain tutkimuksen kannalta tarpeellisia asioita havainnoinnissa (Vilkka 2006, 81). Tarkoitus oli toteuttaa havainnointi ei osallistuvasti, ja olla osallistumatta mihinkään arjen työtehtäviin ja pyrin toimimaan niin, että vaikuttaisin mahdollisimman vähän työntekijän työtehtäviin tai työtilanteiden kulkuun.

Havainnointitaitoa en ole voinut opiskella etukäteen, sillä sitä ei opi pelkästään luennoista tai kirjoista. Havainnointitaidon voi saavuttaa vain tekemällä havainnointia käytännössä (Vilkka 2014) ja tässä opinnäytetyössä sain sitä harjoitella ja kokea. Olin kuitenkin etukäteen pohtinut millaisia tilanteita havainnoinnissa voisi tulla, ja mitkä voisivat vääristää tuloksia. Esimerkiksi yllättävien vuorovaikutustilanteiden kohtaaminen ja niistä selviytyminen ovat riskejä. Esimerkiksi asiakkaan kaatuminen olisi voinut olla tilanne, jossa lähtisin tietenkin auttamaan havainnoitavaa hoitajaa asiakkaan ylös nostamisessa ja tutkimisessa unohtaen tutkijan roolin. Tässä tilanteessa oma eettinen toiminta olisi mennyt tutkijan roolin edelle, vaikka odottamalla toista hoitajaa tilanteeseen avuksi saakin tärkeää tietoa ajankäytöstä. Havainnoitavien kollega tai asiakas saattaisivat yrittää puhutella ja esittää minulle kysymyksiä. Minun oli varauduttava kertoman nopeasti mitä teen, ja olin tiedostanut, että en voi keskustella vaikuttamatta tutkimustuloksiin. Katson tähän opinnäytetyöhön kuuluvaksi myös havainnoijan henkilökohtaisen oppimisprosessin.

Kvalitatiivisen tutkimuksen suurin haaste on aineiston analyysi ja se vaatii tutkijalta luovaa prosessia, käsityöläisyyttä, sekä herkkyyttä omaan aineistoon ja päättelykykyä erottaa olennaiset epäolennaisesta, sekä myös lukeneisuutta (Syrjäläinen, Eronen & Värri, 2001, 8–9; Hakala 2017, 170). Aineiston analysoinnin haasteet sain itsekin kokea havaintojen teemoittelussa pää- ja alakategorioihin. Haasteena tuloksien esittämisessä oli välillisen työn esiin saaminen mahdollisimman tarkasti, mutta helposti luettavassa muodossa ja lukijalle ymmärrettävässä muodossa. Lisäksi selkeästi kuvaavia ka-

tegorioita oli havainnoista haastavaa muodostaa. Aineiston lukeminen yhä uudelleen edisti kuitenkin aineiston analyysiä. Tiedostan myös, että analyysissä tutkijan neutraalisuutta on vaikeaa täyttää (Vilka 2006, 103). Kotisairaanhoidajan työnkuva on hyvin laaja ja välillinen työ koostuu useista pienistä tehtävistä asiakkaan asioiden edistämisestä, tiimin tuesta, työympäristön sekä työvälineiden huolehtimiseen. Työ pitää sisällään asioiden hoitamista ja organisointia ja jonkin verran priorisointia. Tutkijaa varten oleva tarkistuslista toimi apuvälineenä kohdistetun havainnoinnin aikana (Vilka 2006, 102). Eräänlaisena tarkistuslistana voisin pitää lomakkeissani olleita apukysymyksiä (kuka, miksi, miten), jotka ohjasivat havainnon laajempaan kirjaamiseen muistiinpanon tekemisen hetkellä. Koin tästä olleen hyötyä analyysivaiheessa, sillä havainnointitilanteeseen ei ollut mahdollisuutta palata kuten esimerkiksi videotallenteeseen olisi.

Ulkopuoliseen havainnointiin liittyy sekä hyviä, että huonoja puolia ja niitä voidaan pitää menetelmällisesti osittain ristiriitaisina. Eduiksi voidaan kutsua sitä, että se on yleisesti hyväksytty menetelmä hoitohenkilöstön keskuudessa ja tiedon hankinta on varsin tehokasta, koska ulkopuolinen havainnoija voi keskittyä ainoastaan tiedon keräämiseen. Havainnoija voi kuitenkin vaikuttaa hoitajien työhön niin, että he muuttavat käyttäytymistään, mikä vaikuttaa henkilöstön työhön ja työn sisältöön. Ulkopuolinen havainnointi voi kuitenkin tuottaa tarkempaa tietoa verraten itseraportointiin, koska kaikki hoitajan tekemät toiminnot raportoidaan eikä ole mahdollista tarkoituksella tehdä vääriä merkintöjä seurantalomakkeelle. (Antinaho 2018, 9.) Itseraportointina työajanseurantalomakkeelle tehtyjä merkintöjä voisi osittain kiireessä jäädä myös tekemättä. Lisäksi kotisairaanhoidajat eivät olisi pystyneet itseraportointia suorittamaan viiden minuutin välein oman työn ohessa. Haittapuolena on mahdollista nähdä, että hoitohenkilöstö voi kokea havainnoinnin kiusallisena ja tahtomattaan muuttaa työssään toimimista (Antinaho 2018, 9). Työntekijät ovat valinneet todennäköisesti havainnointipäivän työtoiminnot joko kiireellisyden perusteella tai itsestä riippumattomista syistä tai muun viikkotyön suunnittelun perusteella. Tutkimustuloksiin on saattanut jonkin verran vaikuttaa myös työntekijän valinnat millaisia työtehtäviä juuri havainnointipäivänä suorittaa. Toisaalta keskeytykset, kuten konsultaatiot ja puhelut ovat asioita, joihin ei voi vaikuttaa. Kiinnitin kuitenkin huomiota, että välillä konsultoimaan tulleet hoitajat ikään kuin luulivat häirinneen tai keskeyttäneen jotain, kun he näkivät tutkijan seuraamassa kotisairaanhoidajan työtä. Näissä tilanteissa rohkaisin heitä sanomalla, että olen täällä seuraamassa sairaanhoidajan työtä, jotta he uskaltautuisivat mahdollisimman luonnollisesti toimimaan.

Havainnoinnille on hyödyllistä, mikäli tutkija tuntee kohteen entuudestaan, tällöin tutustumiseen ei mene aikaa ja aineistonkeruusta sopiminen voi käydä helpommin. On myös tärkeää saavuttaa tarvittava luottamus havainnoitavien henkilöiden keskuudessa, sillä luottamus on luotava jokaiseen uuteen ihmiseen erikseen. Etuna ulkopuoliseen havainnoijaan on se, että hän pystyy usein selkeämmin tunnistamaan ja erottelemaan erityiset piirteet sekä hän pystyy tarkastelemaan asioita ilman rajoitettavia ennakkokäsityksiä (Puusa & Juuti 2020, luku 8.) Hoitohenkilöstö on parhain asiantuntija oman työnsä sisällön tuntemisessa, ja siksi he ovat parhaimmassa asemassa erilaisissa hoitotyön tehtävissä tunnistamaan tekemiään työtoimintoja, verrattuna ulkopuolelta saapuneeseen havainnoijaan. Tässä tutkimuksessa työ oli havainnoijalle tuttua, joten se lisää seurantalomakkeelle tehtyjen mer-

kintöjen ja tulosten luotettavuutta. En kuitenkaan ollut tavannut aiemmin kaikkia havainnoitavia hoitajia kasvotusten, joten osa heistä oli vieraita ja tapasimme ensimmäistä kertaa.

Kahdelle hoitajalle jouduin ilmoittamaan saapumispäivän tarkemmin etukäteen, joten havainnointipäivä ei tullut heille yllätyksenä. Minulle havainnoijana työpäivät näyttäytyivät hyvin työntäyteisinä, enkä usko hoitajien vaikuttaneen kovinkaan paljon päivän kulkuun, koska tilanteita tulee pitkin työpäivää pystymättä vaikuttamaan esimerkiksi keskeytyksiin. On kuitenkin mahdollista, että tutkittava muuttaa käytöstään ja tämä on hyvä tiedostaa tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa. Havainnoijana en voinut tietää oliko työtehtävä/toimenpide todella ikääntyneen asiakkaan tarpeita vastaava juuri tuona päivänä ja tuossa tilanteessa. Työtehtävien edistäminen on kuitenkin tehtävä sairaanhoitajan työssä niiden kiireellisyyden perusteella. Havainnoitavat eivät tienneet monenko minuutin välein tutkija merkitsee havainnoin ylös, joten sekin on asia mikä vähentää mahdollisuutta vaikuttaa kirjaamiini havaintoihin.

Tässä tutkimuksessa oli tavoitteena saada esille sairaanhoitajan välillisen ja välittömän asiakastyön jakautumista sekä tarkemmin välillisen asiakastyön sisältöä, sekä näihin työtehtäviin käytettyä työaikaa mahdollisimman tarkasti. Suoritin havainnoinnin ei-osallistuvasti. Pyrin havainnoimaan asioita osallistumatta mihinkään hoito- tai ohjaustyöhön. Asiakkaita ja työntekijöitä tavattaessa pyrin esittelemään itseni hyvin lyhyesti opiskelijana, joka on seuraamassa sairaanhoitajan työtä. Käyttämättä liikaa aikaa esittelyyn vaikutin mahdollisimman vähän sairaanhoitajan luonnolliseen työpäivän kulkuun.

Havainnointia ainoana menetelmänä voidaan pitää haasteellisena analyysin kannalta ja yhdistämistä johonkin toiseen aineistonkeruumenetelmään saatetaan suositella, mutta sitä pidetään työläänä. Havainnointia voi kuitenkin perustella hyvänä menetelmää silloin kun tutkittavasta ilmiöstä tiedetään vähän tai sen tutkiminen muuten on haastavaa. Havainnot nähdään havainnoinnin aikana myös oikeissa asiayhteyksissään. Havainnoimalla voidaan saada monipuolisempaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Osallistuvassa havainnoinnissa voidaan puhua sekä osallistumattomuudesta sekä täydellisestä osallistumisesta eli osallistumisen eri asteista. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 3,2.) Havainnoijana pyrin toimimaan niin, ettei tekemiini muistiinpanoihin saanut vaikuttaa omat mielipiteeni tai asenteeni hoitohenkilöstön tekemästä työstä, sillä tällainen vaarantaisi tutkimuksen objektiivisuutta. (Antinaho 2018, 10). Tässä mielestäni oli etuna osittain valmiiksi suunniteltu lomakepohja, mikä pakotti tekemään merkinnät havaintopäiväkirjaan viiden minuutin välein. Ei siis ollut mahdollista suorittaa minkäänlaista valintaa havaintojen raportoinnissa. Seurasin kelloa ja tein kirjauksen havaintopäiväkirjaan tasan kellon lyömän mukaan. Tunnistin kuitenkin havainnoinnin aikana tilanteita, joissa en lopulta pitäytynyt vain havainnoinneissani ilman osallistumista (Ks. myös Riekkinen-Tuovinen 2018, 129). vaan kysyin vielä joitakin asioita tarkentaakseni, että ymmärrän hoitajan tekeillä olevan tehtävän ja asiayhteyden oikein. Havainnointivirheitä voisi syntyä enemmän, jos havainnoijina olisi ollut useita eri henkilöitä, sillä jokainen havainnoi hieman toisistaan poikkeavalla tavalla. Havainnoin itse kaikki yhdeksän päivää koko työpäivien ajan pitäen ruokatauon yhtäaikaan hoitajan kanssa. Ruokatauon aikana en kirjannut ylös keskeytyksiä, mutta kiinnitin huomiota, että niitä tuli sairaanhoitajalle

useita. Tämä hieman vääristää päiväkohtaisten keskeytyksien määrää tuloksissa jättäen ne todellisuutta vähäisemmiksi.

Kenttämuistiinpanoihin voi tulla väärä kirjaus tai väärinymmärrys, etenkin jos asiaa ei ehdi kirjaamaan heti ylös vaan tekee sen muistin varaisesti myöhemmin. Tiedostan, että myös tutkijan oma mielentila voi vaikuttaa havaintoihin. (Vilka 2006, 99.) Nauhurikaan ei olisi tallentanut puhetilanteesta käytettyjä kenttämuistiinpanojen eleitä ja ilmeitä, jotka voivat vaikuttaa havainnon kirjaamiseen. Tietokoneohjelmien käyttö ja tietokoneavusteisten analyysiohjelmien avulla olisi varmasti saanut hyvän avun tutkimuksen aineiston keräämiseen, mikäli näiden käyttö olisi ollut ennestään tuttua. Nykyään analyysiohjelmiin soveltuvaa tallennustekniikkaa olisi mahdollista käyttää hyödyksi (Vilka 2006, 101.)

Vertailua tehdään oman aineiston ja sekä lähellä omaa aineistoa olevien tutkimusaineistojen kesken. Lisäksi havainnoinnissa on voinut tulla vastaan asioita, jotka kiinnostavat tutkijaa, mutta eivät liity olennaisesti tutkimukseen tai vastaa tutkimuskysymykseen. (Vilka 2006, 83.) Tähän tutkimukseen olen hankkinut teoriapohjaa tutustumalla aikaisempiin tutkimuksiin hoitajien työajanseurannasta ja vertaillut tuloksia. Pohdin havainnoitavien työpäivien määrää ja huomasin teoriaan tutustuessani, että hoitotyön koulutusohjelmien opinnäytetöissä oli usein käytetty havainnointiin noin viikko ja eräässä väitöskirjassa kotihoidossa oli toteutettu havainnointia yhteensä 7 vuorokautta eri tiimeissä, vaikkakin väitöksessä oli havainnoitu eri asioita kuin tässä tutkimuksessa (Riekkinen-Tuovinen 2018, 64, 72).

Opinnäyte on opiskelijan harjoitustyö ja käytännössä otoksen koon voi määritellä käytettävissä olevat tutkimusresurssit, kuten aika ja raha ja koska opinnäytteen tavoitteena on osoittaa oppineisuutta omalta alaltaan, niin tässä mielessä aineiston koko ei ole tutkimuksen tärkeimpiä tekijöitä. Laadullisissa opinnäytetöissä pääosin aineiston koko on vähäinen tai pieni verrattuna määrällisiin tutkimuksiin, olivat opinnäytteet sitten ammattikorkeakouluissa tai yliopistoissa tehtyjä. Mikäli aineistossa alkaa ilmetä saturaatiota eli kylläntymistä, se on hyvä merkki aineiston riittävydestä, tällöin tutkittavat eivät anna enää mitään uutta tietoa tutkimuskysymykseen. Kylläntymistä ei kuitenkaan voi saavuttaa, mikäli ei tarkkaan tiedetä mitä aineistosta ollaan hakemassa ja siksi saturaatioon vetoaminen sopii vain tiettyihin tutkimustyyppihin, yleensä vain harvoihin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luvut 3,4 & 3.4.1.) Lyhyt havainnointiaika lisää työtoiminnoista tehtyjen havaintojen määrää, jolloin työajan jakautumisesta tehdyt laskelmat ja arviot ovat luotettavampia, mitä enemmän työtoiminnoista on kirjattuja havaintoja (Antinaho 2018, 9). Myös tässä tutkimuksessa vielä pidempi havainnointiaika lisäisi tutkimuksen luotettavuutta. Havainnoin tässä tutkimuksessa yhdeksän vuorokauden ajan sairaanhoitajien työtoimintoja, mikä oli resurssien näkökulmasta mahdollista. Pidän sitä aika hyvänä aineiston kokona, sillä työpäivien kirjavuus ja työtoimintojen osuuden vaihtelevuus työpäivästä tulee esiin tässä tutkimuksessa. Kuitenkin sairaanhoitajat tekivät toisinaan useita asioita viiden minuutin havainnointivälin aikana. Tämä täytyy huomioida, etteivät havainnointipäiväkirjaan tehdyt merkinnät tietystä työtoiminnosta kestäneet aina seuraavaan merkintään saakka. Mikäli kotisairaanhoidajan työpäivän lukuisat pienet työtehtävät halutaan saada vielä tarkemmin esille, tulisi hoitajien työpäivä videokuvata tai vähintään nauhoittaa. Tällöin työpäivän kulku saataisiin vielä lyhyemmän aikavälin

vuoksi havainnoitua tarkemmin. Havainnoinnissa kuitenkin merkintöjen tiheys mahdollistui viiteen minuuttiin, mutta se ei olisi mahdollistunut hektisessä työssä, mikäli hoitajat olisivat tehneet itse merkintöjä seurantalomakkeille.

Olen pohtinut myös sitä, että kuinka paljon tuloksiin vaikutti se, että olin jokaisena päivänä eri hoitajan mukana. Olisi mielenkiintoista nähdä onko tuloksissa eroa, mikäli havainnointi suoritettaisi yhtä ja samaa hoitajaa havainnoimalla esimerkiksi viikon ajan. Sairaanhoidajilla nimittäin jäi tai siirtyi välillä työtehtäviä seuraavalle päivälle, kun he priorisoivat työpäivää uudelleen. Voisiko tälläkin olla jonkinlaista vaikutusta viikkotasolla työtehtävien keskiarvoihin. Havainnoinnissa ei tule kuitenkaan esille sitä, mitä tehtäviä on jäänyt aiemmilta päiviltä roikkumaan ja mitkä työtehtävät ns. kuuluvat tähän päivään. Tässä tutkimuksessa tulee esille tietynlainen aikasiivu eri tiimien sairaanhoidajien työviikosta ja näistä koostetuista keskiarvoista työtoimintojen jakautumiselle.

Oli tietyllä tavalla huojentavaa päästä havainnoijan roolissa näkemään, että kollegat painivat arjessaan samojen haasteiden, niin kuin myös ilon aiheiden kanssa, kuin me omassa tiimissämme. Opin näytetyöprosessin eri vaiheissa erinäisiä kysymyksiä pohtiessa keskustelut ohjaajien kanssa olivat todella tärkeitä ja merkittäviä erityisesti rajaamisen, asioiden ymmärtämisen sekä kokonaisuuden hallinnan kannalta auttaen eteenpäin tässä prosessissa. Laadullisessa tutkimuksessa ei yritetä pyrkiä tilastollisiin yleistyksiin, vaan enemmänkin ymmärtämään toimintaa tai kuvaamaan tapahtumaa. Raportissa harkinnanvaraisuuden ja sopivuuden onnistumisen arviointi jätetäänkin suurimmaksi osaksi lukijalle, jotta hän saa itse muodostaa kuvan tutkimuksen tieteellisyydestä (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 3,4.) Tämän tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta ovat toistettavissa. Raportoinnissa on kuvattu jokainen tutkimuksen vaihe mahdollisimman tarkasti, jotta osia siitä tai tutkimusasetelmaa voidaan kuvatun raportin perusteella käyttää mahdollisesti tulevissa tutkimuksissa.

6.2 Keskeiset tulokset

Tutkimus antoi vastauksia, joita tutkimuskysymyksiä kautta haettiin, mutta se nosti esiin teoriasta myös asioita, jotka vahvistivat tutkimuksen tuloksien olevan samansuuntaisia aiempien tutkimuksien kanssa välittömän hoitotyön esiintymisen osalta. Tutkimuksessa kotisairaanhoidajan välitön ja välillinen työaika jakaantuu eri toiminnoittain työpäivän aikana työpäivästä riippuen ollen enintään 18, 48 %. Lavanderin (2017, 73) kirjallisuuskatsauksen mukaan sairaanhoidajien osallistuminen välittömään potilashoittoon vaihteli 18:n ja 37 prosentin välillä. Korkeimmat prosentuaaliset osuudet (37 % ja 41 %) olivat suomalaisessa (Antinahon 2015), ruotsalaisessa (Lundgren & Segesten 2001) ja australialaisessa (Abbey ym. 2012) tutkimuksissa. Tässä tutkimuksessa työpäivien vaihtelevuus tulee esille etenkin hoitajakohtaisia tuloksia tarkasteltaessa (liite 3.) Välillisen työn toimintoja sekä niihin käytettyä työaika saatiin kategorisoimalla esille tässä tutkimuksessa. Lisäksi keskeytyksien määrä sekä niiden esiintymisen vaihtelu tulee esille tässä tutkimuksessa.

Keskeisin tulos tässä tutkimuksessa on, että työaika kuluu eniten välillisiin toimintoihin. Lisäksi eniten välillistä työaika vievä viestintä eri järjestelmissä sisälsi asiakkaiden asioiden edistämistä, työn organisointia ja raportointia. Hoitajien työhön sisältyy useita ei-hoidollisia tehtäviä, joiden suoritta-

miseen ei välttämättä tarvita terveydenhoitoalan koulutusta, kuten varastotavaroihin liittyvät tilaukset ja hyllytys, siivoustehtävät, sekä sihteerin tehtävä (Lavander 2017, 70-73). Myös tässä tutkimuksessa työvälaineiden tilaus, huolto, puhdistus ja järjestely vei keskiarvona laskettuna toiseksi eniten sairaanhoitajien työaika (kuva 4). Työn organisoinnista ja lääkityksen seurannasta on tullut hallitsevampaa kotihoidossa, jättäen vähemmän aikaa asiakkaiden yksilölliseen päivittäiseen hoitoon (Fjørtoft, Oksholm, Førland Delmar & Alvsvåg 2020, 1017). Oman työn suunnittelu, muistiinpanojen tekeminen sekä työtoteumien kirjaaminen oli viidenneksi eniten työaika vievä toiminto. Sairaanhoitajien lisääntynyt työtaakka uhkaa hoidon laatua (Kaustinen 2011, 30). Isossa-Britanniassa toteutettujen tutkimusten mukaan sairaanhoitajien työnkuvan arveltiin muuttuvan tulevaisuudessa niin, että hoiva-avustajat keskittyisivät välittömään hoitotyöhön kuten (henkilökohtaiseen hygieniaan, ravitsemukseen ja liikkumisessa avustamiseen). Hoiva-avustajat tekevät nyt yksinkertaisia tehtäviä, kuten sänkyjen petausta mutta myös haastavampia työtehtäviä, kuten potilaiden tarkkailua tai sydänfilmin ottamista. Teho-osastoilla sairaanhoitajat olivat ehdottaneet, että hoiva-avustajat tekisivät enemmän keittiötöitä ja auttaisivat perushoidollisissa töissä, jolloin sairaanhoitajilla jäisi enemmän aikaa keskittyä kriittisesti sairaiden potilaiden hoitoon. (Lavander 2017, 61.) Muiden tehtävien lisääntyminen voi vaikuttaa asiakkaan välittömän hoitotyön vähenemiseen, kuten välillinen hoitotyö, yksikön muut työtoiminnot ja tehtävät sekä hallinnolliset tehtävät. Aikaa potilaan välittömään hoitotyöhön oli yhä vähemmän (Kaustinen 2011, 123.) Kotikäyntien syiksi kategorisoitui neljä erilaista työtoimintoa tässä tutkimuksessa, mutta muualla Suomessa kahdessa eri organisaatiossa tehdyssä tutkimuksessa kotikäyntien sisällöstä suurin osa liittyi asiakkaan lääkitykseen 57 %, verinäytteenottoon 23 % ja haavahoitoon 17 %. (Vaartio-Rajalin, Näsman & Fagerström 2019 1,5,7.)

Kuudessa vanhusten ympärivuorokautisen hoidon organisaatiossa vuonna 2013 tutkittiin hoitajien työajan käyttöä ja sen mukaan hoitajien välitön hoitotyö on hukkunut muuhun kuin suoraan asiakkaan hyvinvoinnin tukemiseen. Hoitajan ja ikäihmisen välinen vuorovaikutus sekä toiminta ovat laatu tekijöitä hoidossa. Iäkkään kokemaa tärkeää ihmissuhdetta pidetään jopa toimintakykyyn, terveyteen, ja elämänlaatuun merkittävästi vaikuttavina tekijöinä (Räsänen 2017, 116, 122.) Myös tässä tutkimuksessa eniten työaika kului muihin työtoimintoihin, kuin välittömään asiakastyöhön, joka vaihteli 0-18,4 % välillä ja eniten aikaa vievien työtehtävien joukossa oli useina päivinä muun muassa *työvälaineiden tilaus, huolto, puhdistus ja järjestely*. Sairaanhoitajat purkivat erilaisia lähetyksiä, hyllyttivät työssä tarvittavia hoitotarvikkeita niille varattuihin tiloihin, sekä tekivät puutelistoja ja tilauksia erilaisista järjestelmistä ja puhdistivat sekä pakkasivat työvälaineita. Tässä työtoiminnoissa oleviin kaikkiin tehtäviin ei tarvita varsinaista sairaanhoidollista koulutusta, mutta näkemystä ja kokemusta tavaroiden menekistä. Lisäksi tämä sisältää niitäkin toimintoja, joita on järkevintä tehdä itse, kuten valmistella oma työreppu asiakaskäyntien ja toimenpiteiden mukaan. Lavanderin mukaan (2017, 73-74) tutkimustulokset ovat yhteneväisiä Yhdysvalloissa, Kanadassa, Etelä-Afrikassa ja useissa Euroopan maissa toteutettujen tutkimusten kanssa jopa siinä, että osa hoitotyön perustoiminnoista kuten (hygienia, potilaan ja läheisten ohjaaminen) jäävät tekemättä johtuen ei-hoidollisista tehtävistä ja ajan puutteesta. Syy voi olla myös potilaan äkillinen hoitoisuuden nousu ja aikaa vievät tulotilanteet tai kotiutukset. USA:ssa tehdyssä tutkimuksessa 12 tunnin työvuoroista 10 % hoitajan työajasta menee sellaiseen työhön, mikä ei ole hoitotyötä tai vaadi hoitajan koulutusta. Tutkimuksessa havaittiin hoitajien myös "multitaskaavan" eniten aamulla 37 % työajasta kello seit-

semän ja yhdentoista välillä. (Yen, Kelley, Lopetegui, Saha, Loversidge, Chipps, Gallagher-Ford & Buck 1137, 1140.) Voi kuitenkin olla haastavaa arvioida tuloksissa ilmi tulleista työtoiminnoista mitkä niistä eivät vaatisi tai ehdottomasti vaatisivat sairaanhoidollista koulutusta. Työtoimintojen jakamiselle voi olla useita perusteluita eikä ainoastaan koulutus tai osaaminen.

Aiemmissa tutkimuksista jokainen tutkija määritteli välillisen ja välittömän hoitotyön tutkittavan yksikön työtehtävien mukaan hieman eri tavalla (Vrt. Kaustinen 2011, Antinaho 2017). Kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmässä välitöntä asiakastyötä on vain asiakkaan kanssa vuorovaikutuksessa ja läsnä ollessa tapahtuva työ. Välittömän asiakastyön määrittelyä muuttamalla uuden vanhuspalvelulain mukaiseksi olisi tässä tutkimuksessa kotisairaanhoidajilla välitöntä asiakastyötä huomattavasti enemmän, sillä välittömään asiakastyöhön kuuluisi myös esimerkiksi kirjaaminen ja asiakkaan asioiden edistäminen ja selvittäminen sekä lääkärintierron pitäminen. Mikäli asiakkaan tai omaisen kanssa käydyt puhelinkeskustelut määriteltäisiin tässä tutkimuksessa välittömään asiakastyöhön, sekin nostaisi sairaanhoidajien välittömän asiakastyön määrää. Mikäli kotihoidossa määriteltäisiin välitön työ samalla tavalla kuin pitkäaikaishoivassa, niin välitöntä työtä olisi tästä määrittelystä johtuen enemmän. Välittömän asiakastyön prosenttia voisi lisätä kotisairaanhoidajan työssä myös se, että tiettyjä toimintoja siirrettäisiin enemmän asiakkaan luona suoritettaviksi, esimerkiksi kannustettaisiin asiakasta osallistumaan voinnin kirjaamiseen ja hoitosuunnitelman laatimiseen kotona mobiililaitteella tai kannettavalla tietokoneella.

Norjassa kahdessa eri kunnassa tehdyssä tutkimuksessa kotihoidossa analysoitiin muun muassa ajoitteja ja havaittiin, että ajamiseen ja lakisääteisten asiakirjojen kirjoittamiseen kuluva aika oli aliarvioitu. Ajoaika vaihteli 18 %:sta 26 %:iin ja muihin tehtäviin käytetty aika, mukaan lukien laissa vaadittujen asiakirjojen ylläpito annetusta hoidosta, vaihtelivat 19-38 %:iin. (Holm & Angelsen 2014, 439.) Tässä tutkimuksessa työajoon sairaanhoidajat käyttivät aikaa keskimäärin vain noin 5 % ja kirjaamiseen keskimäärin 4,2 % työajasta (kuva 4). Tutkimuksessa ilmi tullut tulos ei kuitenkaan kerro sitä onko esimerkiksi kirjaamista tehty tarpeeksi dokumentoinnin ja raportoinnin näkökulmasta.

Tässä tutkimuksessa kotisairaanhoidajat käyttivät taukoihin keskimäärin työaikaa alle 6 %. Sairaanhoidajat käyttivät kirurgisilla osastoilla henkilökohtaisiin taukoihin 3,9 % ja sisätautien osastolla 4 % työajastaan (Kaustinen 2011, 89) ja Antinahon (2018, 30, 33) tutkimuksessa sairaanhoidajat käyttivät henkilökohtaiseen aikaan 7-8 % kolmena eri vuotena tarkasteltuna. Havainnoin, että keskeytyksiä tai konsultaatioita tuli jatkuvasti taukojen aikana. Sairaanhoidajan ruokatauon aikana en pystynyt kirjaamaan merkintöjä ylös havaintopäiväkirjaan oman toteutuneen ruokatauon vuoksi. Kirjasin itseleni ylös vain sairaanhoidajan ruokatauon alkamisen ja päättymisen, en sinä aikana tulleita keskeytyksiä. Konsultaatiot tai avoimemmat keskustelut työhön liittyvistä asioista ruokailun yhteydessä viivyttivät sairaanhoidajan palaamista takaisin oman työpisteensä äärelle.

Taukojen toteutuminen ja muu työtehtäviin liittymätön kanssakäyminen sekä kuulumisten vaihtaminen työtovereiden kanssa on osa työpäivää. Osa sairaanhoidajista piti vain yhden tauon päivän aikana (ruokailu). Taukojen loppumista oli haasteellista havainnoinnissa aluksi määrittää, koska usein hoitaja jo lopetti varsinaisesti ruokailun, mutta tiskikoneen täytön yhteydessä tai astioiden pesemi-

sen yhteydessä hän kuitenkin keskusteli työntekijöiden kanssa työasioista, vaikka fyysisesti oli vielä taukokuoneessa. Toisinaan varsinainen ruokatauko jatkui esimerkiksi kahvittelun merkeissä, mutta jatkuvasti kollegiaalista tukea antaen, asiakasasioita yhdessä pohtien tai tiimiläisiä ohjaten. Tämä vääristää taukojen pituutta, koska ruokatauko oli välillä lähes rinnastettavissa tiimipalaverihin. Toisaalta tauko on se hetki päivästä, kun kotihoidossa hoitajat tapaavat toisiansa. Kotihoidossa on käytössä joutuisa ruokailu työn ohessa ja sen pituus on 15-20 minuuttia. Luonnollisesti taukojen lomassa vaihdettiin joskus myös henkilökohtaisia kuulumisia ja pidettiin yllä työilmapiiriä avoimella keskustelulla. Erilaiselle keskustelulle on hyvä jäädä aikaa työn lomassa. Sairaanhoidajaliiton jäsenille tehdyssä tutkimuksessa Lähes puolet (47 %) vastanneista ilmoitti kokevansa eettisiä ongelmia työssään ja syy ongelmiin katsottiin olleen riittämätön aika asioiden käsittelyyn. Vastaajat kokivat, ettei heillä ole aikaa työssään keskustella eettisistä kysymyksistä eikä antaa potilaille eettisesti oikeana pitämäänsä hoitoa. Organisaatiotekijöistä ajan puute osoittautui suurimmaksi syyksi sille, ettei hoitaja voinut toteuttaa eettisesti oikeana pitämäänsä hoitoa. Yli puolet vastaajista (54 %) ilmoitti, ettei heillä ei ole aikaa keskustella eettisistä kysymyksistä. Eettisiä ongelmia kokivat harvoin tai ei koskaan ne hoitajat, joiden työpaikalla eettiset periaatteet oli ilmaistu selkeästi, ja jotka olivat työhönsä ja työpaikkaansa tyytyväisiä. Nämä hoitajat eivät myöskään olleet harkinneet työpaikan tai alan vaihtoa. Ne, jotka näkivät uralla etenemisen tärkeäksi työssään, kokivat useammin eettisiä ongelmia kuin ne, jotka eivät pitäneet urakehitystä tärkeänä. (Kuokkanen, Katajisto, Leino-Kilpi 2010 26,29,31.) Toisten ohjaaminen kuuluu sairaanhoidajan toimintaan ja on osa opastavaa arviointia, joka helpottaa työn mukanaan tuomia epävarmuuden tunteita esimerkiksi vastavalmistuneilla. Avoin ja keskusteleva työkuulttuuri edistää osaamisen jakamista sekä voimaantumisen tunnetta työssä. (Hoitotyön vuosikirja 2011, 64-65.)

Kuopion kaupungin henkilöstöohjelmassa (2016, 3) on tuotu tavoitteeksi luoda toimintakulttuuri, jossa jokainen työyhteisön jäsen osallistuisi kehittämistyöhön. Työnteon käsitteen on tarkoitus laajentua, ettei se ole pelkästään suorittavaa työtä, vaan mm. aktiivista osallistumista työn ja työyhteisön kehittämiseen, yhteistoimintaa, työpaikkakokouksiin osallistumista, kehitys- ja arviointikeskustelujen käymistä ja arviointikyselyihin vastaamista. Tässä tutkimuksessa tuli esiin, että työpaikoilla pohdittiin kyllä yhteisiä asioita tai arkea helpottavia ratkaisuja yhdessä ja työyhteisön asioihin käytettiin työaikaa keskimäärin hieman alle viisi prosenttia (kuva 4).

Asiakastietoihin perehtyminen vei kolmanneksi eniten sairaanhoidajien työaikaa (kuva 4). Perehtymisen tietoihin vaihteli varmasti myös sen mukaan, oliko hoitaja ollut juuri lomalla tai oliko hän käsitellyt asiakkaan kyseistä asiaa aiemmin. Myös hoitajan ulkoa muistamat asiat tai lääkärin hyvät kootut kirjaukset esimerkiksi tulovaiheessa vaikuttavat siihen, kuinka pitkältä ajalta asiakkaan asioita tulee selvittää potilasjärjestelmästä.

Sairaanhoidajan kotikäynneille usein useita syitä. Asiakkaan kotikäynnit saattoivat olla sairaanhoidajalähtöisiä, tiimin hoitajalta tullut pyyntö tai itse asiakkaalta tullut pyyntö. Asiakkaiden kanssa sairaanhoidajat mm. keskustelivat lääkityksistä ja voinnista sekä kotihoidon avuista. Havainnot osoittivat psykiatriin sairaaloihin Suomessa tehdyssä tutkimuksessa, että sairaanhoidajat käyttivät enemmän aikaa hoidon suunnitteluun potilaiden ja lääkäreiden kanssa sekä lääkehoidon suunnitteluun. Sai-

raanhoitajat ovat koulutuksensa vuoksi vastuussa teoreettisten ja käytännön hoitoprosessien toteuttamisesta ja kehittämisestä, sekä hoitotyön päivittäisten rutiinien parantamisesta työssään (Tenkanen, Taskinen, Repo-Tiihonen, Tiihonen, Kinnunen 2016, 69.) Kotihoidossa työntekijät tekevät pääosin työtä yksin. Siten vaatimukset kohdistuvat yhteen työntekijään, kun muissa palvelumuodoissa paikalla on yleensä muita työntekijöitä ja seuraava vuoro tulee jatkamaan työtä. (Vehko, Sinervo, Josefsson 2017, 3.)

Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien työn keskeytyksien määrät vaihtelivat 23-40 välillä työpäivän aikana. Pahimmillaan sairaanhoitajan työ keskeytyy siis noin 11 minuutin välein. Toistuvat keskeytykset ja tehtävästä toiseen huomion suuntaaminen kuormittavat (Työturvallisuuskeskus, 2018). Työterveyslaitoksen mukaan (2017) usein keskeytyksiä kohdanneilla oli lähes kaksinkertainen määrä koettua stressiä ja heikompaa palautumista verrattuna koko tutkimusaineiston keskimääräiseen arvioon. Aiemman tutkimustiedon mukaan, keskeytykset vaikuttavat suoraan ihmisen kognitiiviseen ja tavoitteelliseen toimintaan. Ne myös vievät työaikaa, lisäävät virheitä sekä aiheuttavat turhautumista. Yleensä keskeytyksien välitön syy on toinen henkilö joko kasvokkain tai etäyhteyden välityksellä. (Työterveyslaitos 2017.)

Nauhoittamalla tai kuvaamalla toteutettu tutkimus, saisi keskeytyksienkin määrän sekä syyt esiin vielä tarkemmin. Tällöin voisi paremmin arvioida myös sitä, oliko keskeytys akuutti tai olisiko asian voinut kohdentaa jollekin toiselle ammattiryhmälle sairaanhoitajan sijasta. Tein huomion, että joainakin päivinä konsultaatioita tuli vielä sairaanhoitajan työajan päättämisen jälkeen töistä poistuessa käytävällä tai pukukaapilla. Nämä eivät ole mukana havainnoissa, sillä tutkimuksen havainnointi päättyi siihen, kun sairaanhoitaja kirjasi työajan päättyneeksi. Keskeytyksien kiireellisyyttä en varsinaisesti havainnoinut tai arvioinut tässä tutkimuksessa, mutta tämä olisi kuitenkin mielenkiintoinen jatkotutkimuksen aihe.

Keskittymisen kannalta haastavimpia työtiloja ovat osastojen akvaariotyyppiset toimistotilat, jolloin ärsykeitä tulee monien eri aistien kautta ja tosiasia on, että aivot pystyvät keskittymään vain yhteen asiaan kerrallaan. Rauhoittumishetken suovat tauot työstä ovat tärkeitä etenkin sellaisissa työpaikoissa, joissa on liikkuvia kohteita sekä kuulokuormaa paljon (Korhonen 2019, 10-11.) Hoitotyön kuormituksessa pitää huomioida monimutkaiset ilmiöt, jotka esiintyvät usein samanaikaisesti. Ymmärtämällä myös hoitajien henkiseen kuormitukseen vaikuttavat tekijät työn teossa voidaan parantaa hoitotyön laatua ja turvallisuutta, mikä parantaa myös potilaiden hoidon tuloksia. Työmäärää mittaessa on tarpeen tunnistaa kriittinen yhteys sairaanhoitajan ominaisuuksien ja työympäristön välillä. Lisäksi on tärkeää tiedostaa henkilökohtaisten ja ympäristötekijöiden vaikutus potilasiin, hoitotyön tekijöihin sekä koko terveydenhuoltojärjestelmään. (Neill, 2011, 140.)

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämä tutkimus antaa tietoa organisaation esimiehille kotisairaanhoitajien työn sisällöstä ja helpottaa tekemään toisten ihmisten työtä koskevia päätöksiä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kotisairaanhoitajan toimenkuvan päivittämisessä, perehdytysalustan rakentamisessa, sairaanhoitajan

osaamiskartan määrittelyssä sekä toiminnanohjausjärjestelmän leimalajien lisäämisessä. Työajan seurannan myötä saatiin selville, millaisia työtoimintoja sairaanhoitajan välillinen työ piti sisällään. Tutkimuksen tulokset antavat tietoa myös kognitiivisen ergonomian näkökulmasta, sillä keskeytykset ovat kuormittava tekijä ja sitä parannetaan suunnittelemalla työprosessit niin, että ne ovat sopu- soinnussa inhimillisen tiedonkäsittelyn kykyjen ja rajoitusten kanssa ja näin vähennetään tarpeeton- ta aivokuormaa (Työterveyslaitos 2018.)

Tutkimuksen tulosten avulla hoitajien työnjakoa kohdentamalla eri tavalla voidaan toimintaa tehos- taa sekä tuottavuutta parantaa. Myös työntekijän kannalta on tärkeää, että työnjako on optimaali- nen ja jokainen voi keskittyä omaan vastuualueeseensa. (Lavander 2017, 18.) Hoitotyön henkilö- tömitoitus on riippuvainen monista asioista ja niihin vaikuttavat lukuisat eri tekijät, mutta yksi niistä on potilaiden hoitoisuus (Partanen 2002, 4). Työnjaolla varmistetaan, että työtehtävät järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen osaamisen nä- kökulmasta. Tavoitteena on, että hoitajat keskittyvät osaamisen mukaisesti niihin tehtäviin, joihin ovat saaneet koulutuksen. Koko osaaminen tulisi käyttää hyödyksi ja ei-hoidolliset tehtävät siirtää pois hoitotyöntekijöiltä muille ammattiryhmille. (Lavander 2017, 5, 63.) Työajanseuranta toi esille kotisairaanhoitajan työtehtävät, jotka veivät työaikaa eniten ja nyt työtä voidaan tarvittaessa organi- soida uudelleen tai jopa siirtää muille ammattiryhmille. Joillakin toisilla aloilla on olemassa myös au- tomaattisia työajanseurantasovelluksia, sellainen työpöytäsovellus, joka mittaa työaikaa automaatti- sesti työn tekemisen lomassa ja integroituu yrityksen pilviympäristössä toimivaan projektinhallinta- järjestelmään. Tällainen järjestelmä mahdollistaa työajanseurannan sekä laskutuksen automatisoin- nin. Aiemmin ohjelmistoprojekteista muodostui pääosin kiinteä hinta, mutta kehittyneiden työajan seurantamenetelmien johdosta projekteissa on voitu siirtyä yhä enemmän tuntiperusteiseen asiak- kaan laskutukseen. (Simola 2012, 1.) Tällainen järjestelmä vähentäisi kotihoidossakin työtoteumien tai leimalajien kirjaamiseen käytettävää aikaa ja mahdollistaisi enemmän aikaa muihin työtehtäviin.

Haasteena työssä ovat muuttuvat tilanteet asiakkaiden yleistilan laskujen ja kotiutuksien viemässä ajassa kotisairaanhoitajan työpäivissä, mikäli näitä sattuu päällekkäin samalle päivälle tai peräkkäisil- le päiville. Konsultaatiot ja keskeytykset liittyivät toisinaan näihin tilanteisiin. Kotihoidossa tapahtuvat muutokset vaativat sairaanhoitajilta yhä enemmän organisointi ja työyhteisötaitoja (Melby, Obstfel- der & Hellesø 2018, 1). Toisaalta mahdollisuuksia käyttää omia kykyjään ja itsenäisyyttä työssä pi- detään henkilöstön hyvinvoinnin kannalta työhyvinvointia lisäävänä tekijänä. Työn kuormitus aiheut- taa vähemmän rasitusoireita sekä stressiä, kun työntekijöillä on vaikutusmahdollisuuksia työn sisäl- töön. (Vehko, Sinervo, Josefsson, THL 2017, 3.)

Tämän havainnointitutkimuksen perusteella olisi tarpeen ottaa tarkasteluun ja kehittää sairaanhoita- jien sekä lähi- ja perushoitajien välistä työnjakoa edelleen. Asiakasnäkökulman tutkiminen on jatko- tutkimusaihe, sekä sen toteutumisen selvittäminen. Myös työtä keskeyttävien asioiden tai tehtävien kiireellisyyttä tulisi tutkia jatkossa. Konsultaatio-ohjeet voisivat auttaa ohjaamaan tiimejä, missä asi- oissa ensisijaisesti konsultoivat kollegaa tai esimerkiksi esimiestä tai atk-tukihenkilöä ja missä asi- oissa sairaanhoitajaa. Helsingin kotihoidon sairauspoissaolojen hallintaan liittyvässä Sapo- hankkees- sa 2010 esimiehet olivat kokeneet perustehtävän selkeyden jämäköittävästi asiakastyötä, auttamaan

luomaan rajoja sekä siirtämään vastuuta tasaisemmin tiimin kaikille jäsenille. Perustehtävän selkeys nähtiin myös merkittävänä tiimin työskentelyä ja tunnelmaa tasapainottavana tekijänä. Erittäin tärkeäksi tiimin tunnelmaan vaikuttavaksi tekijäksi koettiin uusien työntekijöiden perehdytys. Keskeytyksettömän työajan järjestäminen kotihoitoon oli kuitenkin Helsingin kotihoidon esimiesten mukaan lähes madotonta järjestää, koska työskentely kotihoidossa vaatii laajassa yhteistyökumppaneiden verkostossa toimimista. Työtä tehdään paljon myös toimistolla ja tätä työtä on teknisesti haastavaa tehdä asiakkaan kotona, mutta se taas pirstaloit työpäivää (Hoitotyön vuosikirja 2011, 148-150.)

Suuria oletuksia tässä tutkimuksessa ei voi tehdä hyvän kognitiivisen ergonomian toteutumisesta kotisairaanhoidajan työssä, mutta useat keskeytykset ovat yksi olennaisesti sitä heikentävä tekijä. Aiheena kognitiivinen ergonomia tai sitä heikentävät tekijät olisivat oma erillinen tutkimus. Jatkossa voisi kartoittaa kotisairaanhoidajien kognitiiviset kuormituksen aiheuttajat, kuormituksen hallintamenetelmät sekä hoitajien omia kehittämisehdotuksia kognitiivisen kuormituksen hallitsemiseksi. Tavoitteena voisi olla tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä sairaanhoidajien ja heidän työympäristöjen toimintaa kuormituksen hallitsemiseksi. Keskeytyksillä on todettu olevan negatiivisia vaikutuksia epäsuorassa potilaan hoidossa, hoitotyön hallinnassa, sekä suorissa hoitotoimenpiteissä. Tämän havainnon mukaan olisi tärkeää ohjata terveydenhuollon tiimi minimoimaan keskeytysten määrä hoidon aikana, koska keskeytyksien on todettu vaikuttavan hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen. (Monteiro, Avelar & Pedreira 2019, 7.) Ihmisen kyky jakaa, havaita ja kohdentaa tarkkaavaisuutta sekä pitää asioita mielessä, muistaa ja oppia on rajallinen. Kognitiivisen kuormittumisen seurauksena työn laatu ja sujuvuus heikentyvät, ja ylikuormituksen jatkuessa myös riski työuupumukselle kasvaa. Tällä hetkellä noin joka viides työntekijä kokee muistin tai keskittymiskyvyn vaikeuksia. Monissa työtehtävissä kognitiivisella ergonomialla on inhimillisten virheiden myötä vaikutus työturvallisuuteen, sillä muun muassa keskeytykset altistavat kognitiivisille virheille, jotka ovat suorassa yhteydessä työtapaturmien määrään (Paajanen, Kalakoski 2017.) Hoitotyöntekijän työtyytyväisyyteen vaikuttaa hänen kokema potilaskuormitus ja se voi johtaa siihen, että hoitaja harkitsee työpaikan vaihtoa (Lindqvist, Alenius, Runesdotter, Ensio, Jylhä, Kinnunen, Strømseng Sjetne, Tvedt, Wiberg Tjønnfjord & Tishelman 2014, 12). Tässä tutkimuksessa asiakkaan välitöntä hoitotyötä tuli esille aika vähän ja olisi mielenkiintoista tutkia onko tämä työssä kuormittava tekijä, koska sairaanhoitaja on vastuussa omista asiakkaistaan ja heidän hoidostaan. Kokevatko sairaanhoitajat itse tapaavansa asiakkaitaan liian harvoin?

Jatkotutkimusaiheena kehittämistehtävänä voisi olla myös tunnistaa ja nimetä keskeiset ydin- ja tukiprosessit kotisairaanhoidajan työssä, kuvata ja dokumentoida niiden nykytila sekä arvioida kuvattuja prosesseja. Olisi tärkeää tunnistaa ja nimetä työn ydin- ja tukiprosessit ja dokumentoinnin avulla löytää kehittämistä vaativat toiminnot ja tehdä prosesseista selkeitä ja asiakaslähtöisiä. Kehittämistehtävä voisi olla työyhteisölähtöinen prosessikehittäminen. Nämä toimisivat myös yhteisenä sopimuksena tiimeissä niistä toimintatavoista, joita kotisairaanhoidajat työyhteisössä ja omassa työssään noudattaisivat.

On arvioitu, että noin 20 prosenttia sairaanhoidajien sekä lähihoitajien työtehtävistä pystytään korvaamaan muutaman vuoden kuluttua robotiikan ja automatiikan sovelluksilla. Tämä tieto ei suoraan

ole yleistettävissä iäkkäiden asiakkaiden palveluihin, mutta antaa viitteitä siitä, että myös siellä teknologian hyödyntämiselle on mahdollisuuksia lähivuosina ja myös siksi työn sisällön tutkiminen on tärkeää, jotta organisaatioissa voidaan arvioida, millaista teknologiaa työssä voitaisi hyödyntää (STM 2020, 34.) Teknologian avulla saadaan monipuolista apua ikäihmisistä huolehtimiseen. Sen avulla tuetaan iäkkään liikkumista, omatoimisuutta ja hyvinvointia. Virtuaaliset kotikäynnit voivat etenkin syrjäseuduilla parantaa palveluiden saatavuutta ja tuoda kustannussäästöjä (THL, 2018a).

Kotisairaanhoidon on yhteiskunnallisesti tärkeää työtä ja tarvitaan tietoa millä työhyvinvoinnin alueella sairaanhoitajan työssä on kehittämistarpeita. Olisi tärkeää selvittää kotisairaanhoidajien näkemyksiä työnantajan tuesta työntekijän psyykkisen työhyvinvoinnin sekä kognitiivisen ergonomian edistämiseksi. Jatkotutkimusaiheissa voisi tuottaa toimeksiantajalle tietoa keinoista, joilla työnantaja voi vastata sairaanhoitajien odotuksiin ja tarpeisiin psyykkisen työhyvinvoinnin edistämiseksi. Kuopion kaupungin kotihoidon lähihoitajien työhyvinvointia ja kuormitustekijöitä on tutkittu Itä-Suomen yliopistossa vuosina 2019-2020 ja kyseisessä tutkimuksessa kolmasosalla vastaajista psyykkistä hyvinvointia heikensivät hoitotyöhön liittyvä stressi, jota aiheuttivat yleisemmin kiire, epäselvät ja ristiriitaiset toimintaohjeet sekä työn vastuullisuus. Kolme neljästä vastaajasta koki psyykkisen hyvinvointinsa sekä ammatillisen osaamisensa hyväksi. (Perkiö-Mäkelä, Vauhkonen, Kupari, Saaranen, Honkalampi, Järvelin-Pasanen, Tarvainen, Räsänen, Oksanen 2021, 57.) Lähihoitajien työhyvinvointitutkimuksesta saatuja tuloksia voisi verrata sairaanhoitajien kokemiin kuormitustekijöihin, sillä työnkuvat eroavat paljon toisistaan. Olisi kiinnostavaa myös selvittää näkykö vastuu asiakkaiden turvallisuudesta ja tunnekuormitus kotisairaanhoidajien kokemuksissa heidän työstään.

Sairaanhoidajien työnkuvat vaihtelevat osastoilla ja kotihoidossa ja tulevaisuudessa vielä enemmän, sillä kansainvälisesti sairaanhoitajien laajavastuiset asiantuntijatehtävät eroavat niiden edellyttämän koulutuksen, sääntelyn, oikeuksien ja laillistamisen osalta toisistaan. Työnkuvat vaihtelevat ja on vaikeaa arvioida, miten monessa maassa laajavastuisia työnkuvia on jo nyt käytössä. Suomessa ensimmäiset klinisen hoitotyön asiantuntijoiden toimet perustettiin yliopistosairaaloihin 2000-luvun alussa. Tulevaisuudessa sairaanhoitajan nimikettä ja koulutusta tulee tarkentaa tutkittaessa heidän työajan jakautumista, sillä jatkossa osa sairaanhoitajista tulee omaamaan maisteritasoiset tiedot, taidot sekä pätevyyden ja he toimivat terveydenhuollon vaativissa työtehtävissä. (sairaanhoitajat 2020, 10- 11.)

Mikäli kotisairaanhoidajan työnkuvaa päivitetään ja joitakin työtehtäviä järjestellään toisin tai jopa siirretään muille ammattiryhmille, olisi jatkossa tärkeää seurata nouseeko sairaanhoitajien välittömän hoitotyön osuus ja mahdollistuuiko aikaa enemmän välittömälle asiakastyölle tulevaisuudessa. Uudestaan muutaman vuoden kuluttua toteutettu tutkimus edellyttäisi kuitenkin samoja kriteereitä välilliselle ja välittömälle hoitotyölle sekä samansuuntaisia kategorioita, jotta tuloksia voisi luotettavammin vertailla tähän tutkimukseen. Lisäksi työprosessien ja palvelujen kehittäminen Lean-ajattelun avulla voisi vähentää tai poistaa turhia työtoimintoja sekä kyetä edistämään hoitohenkilöstön työhyvinvointia ja työn tuottavuutta (Työterveyslaitos 2017, 3).

Mielenkiintoisena jatkotutkimusaiheena näkisin myös asiakkaiden toimintakyvyn sekä asiakkaiden ja omaisten sosioekonomisen aseman mahdolliset vaikutukset sairaanhoitajan työajankäyttöön. Lisäksi

asiakasnäkökulman esiin tuominen asiakaskyselyllä sairaanhoitajan työstä tai tuesta olisi mielenkiintoinen. Tuossa voisi tulla esille asiakkaiden tarpeet sairaanhoidollisille avulle ja tuelle ja sitä voisi verrata sairaanhoitajien kokemaan tarpeeseen, missä heidän mielestään heidän työpanostaan tarvitaan eniten. Räsänen (2011) pohtii, olisiko hoitohenkilöstön määrää tärkeämpää, että henkilökunta on koulutettua, moniosaavaa ja kohtalaisen pysyvää. Välillisen hoitotyön määrä on jatkuvasti kasvanut, joten hoivassa on kiinnitettävä huomiota, mihin koulutetun hoitohenkilöstön työaika on parasta käyttää.

Välillisen ja välittömän hoitotyön määrittelyssä on kuntakohtaisia eroja sekä kotisairaanhoitajan työnkuviissa kunnittain. Esimerkiksi Tampereen kotihoidossa asiakasohjaajille kohdistettuja työtehtäviä on muun muassa hoito- ja palvelusuunnitelmien laatiminen, tukipalveluiden järjestäminen kuten turvapuhelin, kauppapalvelut, siivous, ateriapalvelut sekä kuljetuspalvelun myöntäminen ja hakemukset päiväkeskuksiin. Myös lääkäripalveluita koskevissa kysymyksissä asiakasta ohjataan olemaan yhteydessä asiakasohjaajan (Tampere Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2020, kotihoidon asiakasohjaus, Kotihoidon ja asumispalvelujen lääkäripalvelut). Kuopion kaupungilla kotisairaanhoitajat hoitavat tai auttavat työssään asiakkaita em. asioissa. Myös asiakkaiden toimintakyvyllä voi olla vaikutusta työajan käyttöön ja sairaanhoitajan työpanosta ja tukea tarvitsevat varmasti erityisesti saattohoitoasiakkaat.

Luonnollisesti ei voi sanoa, että pystyisin yhdeksässä päivässä havainnoimaan kaikkea mahdollista, mitä kotisairaanhoitajan työaikana tapahtuu. Tässä tutkimuksessa kyseessä on tietynlainen aikasiivu sairaanhoitajien työpäivistä ja niissä suoritetuista työtoiminnoista. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kotihoidossa myös johtamisen työväliseenä, kuten suunniteltaessa eri ammattiryhmien välistä työnjakoa ja henkilöstöresursseja, sekä jakamisessa työtä tarkoituksenmukaisemmin hyödyntäen erilaista ammattitaitoa tai koulutustasoja. Eroja kotisairaanhoitajan työnkuvan muovaamisessa on varmasti kunnittain ja alueittain sekä tiimeittäin. Jokaisen tiimin asiakaskunta aiheuttaa tiettyjä eroja kotisairaanhoitajan työajankäyttöön.

LÄHTEET

- Antinaho, Tuula 2018. Potilalle lisäarvoa hoitotyöstä – toimintatutkimus työajanseurannasta hoitotyön kehittämisessä. Hoitotieteen laitos, Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio, 2018. 30854786_UEF_Vaitoskirja_N_O_472_Tuula_Antinaho_Terveystiede_sisus_18_08_16.pdf Viitattu 5.5.2020
- Berit Irene Helgheim, Birgithe E. Sandbaek and Line Slyngstad 2018. A prospective investigation of direct and indirect home care activities in three rural Norwegian municipalities. BMC Health Services Research Vol 18: Issue 977, 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3794-2> Viitattu 1.11.2020.
- Eduskunta 2020. Iäkkäiden henkilöiden hoidon henkilöstömitoitus. https://www.eduskunta.fi/FI/naineduskuntatoimii/kirjasto/aineistot/kotimainen_oikeus/LATI/Sivut/ia_kkaiden-henkiloiden-hoidon-henkilostomitoitus.aspx Viitattu 28.10.2020.
- FCG 2020. Rava- mittari arvioi ikääntyneen toimintakykyä ja avuntarvetta. <https://www.fcg.fi/ravar-mittari-arvioi-ikaantyneen-toimintakykyja-avuntarvetta-0> Viitattu 01.2.2021.
- Fjørtoft, Ann-Kristin, Oksholm, Trine, Førland Oddvar, Delmar Charlotte & Alvsvåg Herdis (2020) Balancing contradictory requirements in homecare nursing—A discourse analysis. Nursing Open. 2020;7(4),1011–1019. <https://doi.org/10.1002/nop2.473> Viitattu 25.10.2020.
- Hakala, Juha T. 2017. Tulevan maisterin graduopas. Tallinna. Gaudeamus Oy.
- Hakoma, Marja 2008. Hoitotyön henkilöstön työajankäyttö ja hoitotyön laatu pitkäaikaissairaanhoidon vuodeosastolla. Pro gradu -työ. Kuopio. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. Viitattu 17.09.2020.
- Huotilainen, Minna 2020. WGH2020-luento ”Armoa aivoillesi”. <https://www.wgh.fi/asiantuntija/minna-huotilainen/> Viitattu 5.10.2020.
- Huotilainen, Minna & Saarikivi, Katri 2018. Aivot työssä. Millainen työ sopii ihmisaivoille? Mikä on ihmisällyn ja tekoällyn parisuhde? Tuore neurotiede vastaa. Kasvuyritysten ja aikamme kiinnostavimpien johtajien tarinat antavat uusia näkökulmia. Otava kirjapaino.
- Ikonen, Eija-Riitta. 2015. Kehittyvä kotihoito. Otava Oy, Keuruu.
- Kalliomäki-Levanto, Ukkonen, Kalakoski 2016. Työterveyslaitos, ratkaisuehdotuksia keskeytyvään työhön. Ratkaisuehdotuksia keskeytyvään työhön.pdf (julkari.fi)_Viitattu 20.03.2021.
- Kaustinen, Teija 2011. Hoitotiede. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514296437.pdf> Viitattu 9.10.2020.
- Kananen, Jorma. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Verkkokirja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, liiketoiminta ja palvelut -yksikkö. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 111.
- Kananen, Jorma. 2015. Kehittämistutkimuksen käytännön opas. Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Kananen, Jorma. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylä: Suomen yliopistopaino Oy - Juvenes Print
- Kukoistava kotihoito lähtötilannekartoitus 2017. <http://www.ks2020.fi/wp-content/uploads/2017/03/Kukoistava-kotihoito-hankkeen-L%C3%A4ht%C3%B6tilannekartoitus.pdf> Viitattu 9.10.2020.
- Kuokkanen Liisa, Katajisto Jouko, Leino-Kilpi Helena 2010. Hoitotiede 2010, vol 22 (no. 1), 26-35. Sairaanhoidtajien kokemat eettiset ongelmat hoitotyössä - UTU Research Portal - UTU Research Portal Viitattu 07.8.2020.
- Kuopion kaupunki, kotihoidon palvelukuvaus 2019. afd14c24-277c-406a-90b2-7dc2769f3356 (kuopio.fi) Viitattu 2.1.2021.

- Kuopion kaupungin henkilöstöohjelma 2016. 7502c774-f55a-4738-9463-9c76a782b253 (kuopio.fi) Viitattu 3.1.2021.
- Kuopion kaupunki, vanhuspalveluiden myöntämisperusteet 2021. 427314a3-af6d-49ef-949f-d3b5ce77e723 (kuopio.fi) Viitattu 3.1.2021
- Korhonen, Maiju 2019. Hoitotyö on keskittymistä vaativaa aivotyötä. *Terveys ja talous* 2019 vol. 81 no. 4 s. 10-11 <https://mediasepat.fi/Tt042019/#/article/10/page/1> Viitattu 28.10.2020.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994/559. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> Viitattu 3.1.2021.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalousta 2012/980. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L1P3a>. Viitattu 25.2.2021
- Lavander, Päivi 2017. Nimikesuojattujen ja laillistettujen ammattihenkilöiden työnjako yliopistosairaalan muuttuvassa toimintaympäristössä. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Väitös. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526216683.pdf> Viitattu 27.10.2020.
- Line, Obstfelder Aud & Hellesø Ragnhild. (2018). Tie Up the Loose Ends”: Homecare Nursing in a Changing Health Care Landscape. *Global Qualitative Nursing Research*. Vol 5, 1–11. 10.1177/2333393618816780 Viitattu 25.10.2020.
- Ly, Theresa, Korb-Wells, Cameron, Sumpton, Daniel, Russo, Robert & Barnsley, Les (2013). Nature and Impact of Interruptions on Clinical Workflow of Medical Residents in the Inpatient Setting. *Journal of Graduate Medical Education*. 5(2), 232–237. 10.4300/JGME-D-12-00040.1 Viitattu 25.10.2020.
- Monteiro Cintia, Avelar Ariane Ferreira Machado & Pedreira Mavilde Luz Gonçalves (2019). Interruptions of nursing activities: contributions to patient and professional safety. *Acta Paul Enferm.* 2020; 33:1–10. 10.37689/acta-ape/2020AO0042 Viitattu 25.10.2020.
- Mäkinen, Susanna, Sundberg Mia, Säaskilahti, Minna 2013. Aika potilaan vierellä, Hoitohenkilöstön välittömän hoitotyön ajankäyttö Vantaan kaupungin sairaalapalveluissa 2013. Opinnäytetyö. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/55124/Makinen_Susanna_Sundberg_Mia_Saaskilahti_Minna.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 20.7.2020.
- Neill Denise 2011. Nursing workload and the changing health care environment: A review of the literature. *Administrative Issues Journal*. Vol 1, Issue 2. 131–143. <https://dc.swosu.edu/aij/vol1/iss2/13> Viitattu: 1.11.2020.
- Paajanen, Teemu, Kalakoski, Virpi. Työterveyslaitos 2017. Mitä työterveyslääkärin tulisi tietää kognitiivisesta ergonomiasta? *Työterveyslääkäri* 2017 vol. 35 no. 2 s. 16-21 http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=ttl01557 Viitattu 28.10.2020.
- Partanen, Pirjo 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitös. Kuopion yliopisto. https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-781-938-2/urn_isbn_951-781-938-2.pdf Viitattu 18.8.2020.
- Penttinen, Liisa, Kolehmainen, Laura, Alastalo, Hanna, Havulinna, Satu & Valkeinen, Heli 2020. Toimintakykyä arvioidaan kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa monialaisesti. Tutkimuksesta tiiviisti 07/2020. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, Helsinki. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139880/URN_ISBN_978-952-343-500-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 7.11.2020.
- Perkiö-Mäkelä, Merja, Vauhkonen, Anneli, Kupari, Saana, Saaranen, Terhi, Honkalampi, Kirsi, Järvelin-Pasanen, Susanna, Tarvainen, Mika, Räsänen, Kimmo, Oksanen, Tuula 2021. Kotihoidon työntekijöiden työhyvinvointi 2021. Itä-Suomen yliopisto. 9a6ba293-f05a-4f2c-b75c-4243fe3160c2 (tsr.fi) Viitattu 19.3.2021.
- Po-Yin Yen, Marjorie Kelley, Marcelo Lopetegui, Abhijoy Saha, Jacqueline Loversidge, Esther M. Chipps, Lynn Gallagher-Ford, Jacalyn Buck 2018. Nurses’ Time Allocation and Multitasking of Nursing Activities: A Time Motion Study. *AMIA Annu Symp Proc.* 2018: 1137–1146. Viitattu 1.11.2020.

- Puusa, Anu & Juuti, Pauli. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Verkkokirja. Gaudemus Oy 2020.
- Ranta, Iiri. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, 2011. Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Rikard Lindqvist, Lisa Smeds Alenius, Sara Runesdotter, Anneli Ensio, Virpi Jylhä, Juha Kinnunen, Ingeborg Strømseng Sjetne, Christine Tvedt, Maria Wiberg Tjønnfjord & Carol Tishelman 2014. Organization of nursing care in three Nordic countries: relationships between nurses' workload, level of involvement in direct patient care, job satisfaction, and intention to leave. BMC Nursing 2014, Vol: 13 Issue 27, 1–13. doi: 10.1186/1472-6955-13-27 Viitattu 1.11.2020.
- Räsänen, Riitta 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Lapin yliopisto, väitöskirja.
https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61722/R%C3%A4s%C3%A4nen_Riitta_DORIA.pdf?sequence=4&isAllowed=y Viitattu 15.8.2020.
- Räsänen, Riitta. Gerontologia 31(2), 2017 Hoitajien työajan merkitys asiakkaiden elämänlaadulle vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/64926/26241> Viitattu 16.10.2020.
- Riekkinen-Tuovinen, Sointu 2018. Sosiokulttuurista vanhustyötä paikantamassa. Tutkimus erilaisissa vanhusten asumisympäristöissä. Väitös. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio. Juvenes Print, Tampere. urn_isbn_978-952-61-2703-3.pdf (uef.fi) Viitattu 14.8.2020.
- Sairaanhoidajaliitto. Sairaanhoidajien eettiset ohjeet. <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoidajien-eettiset-ohjeet.pdf> Viitattu 15.8.2020
- Sairaanhoidajaliitto. Sairaanhoidajien työolobarometri 2018. Sairaanhoidajaliiton selvitys sosiaali- ja terveysalan vetovoimaisuudesta ja työhyvinvoinnista. https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/tyoolobarometri_2018_web-1.pdf Viitattu 30.5.2020.
- Sairaanhoidajaliitto 2018. Uutinen; Unelmien työpaikka kotihoidossa 2018.
<https://sairaanhoidajat.fi/unelmien-tyopaikka-kotihoidossa/> Viitattu 16.8.2020.
- Sairaanhoidajat 2020. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Laajavastuinen-sairaanhoidaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf (sairaanhoidajat.fi) Viitattu 10.5.2021.
- Simola, Juha 2012. Hajautettu työajanseuranta DCI-arkkitehtuuria käyttäen. Diplomityö. Tampereen teknillinen yliopisto.
<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/123456789/21512/Simola.pdf?sequence=3&isAllowed=y> Viitattu 22.10.2020.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2021. Kotisairaanhoido ja kotisairaalahoido. <https://stm.fi/kotisairaanhoido-kotisairaalahoido> Viitattu 25.1.2021.
- Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:29. Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018. Tuloksia ja toimintamalleja.
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161532/29_2019_Ikaihmisten%20kotihoidon%20ja%20kaikenikaisten%20omaishoidon%20uudistus%2020162018.pdf Viitattu 15.8.2020.
- STM 2020a. Henkilöstömitoitus iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa <https://stm.fi/iakkaiden-palvelut/henkilostomitoitus> Viitattu 5.8.2020.
- STM 2005. Hukkanen Eija, Vallimies-Patomäki Marjukka 2005. Helsinki. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72423/Selv200521.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 14.10.2020.
- STM 2020b. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. (valtioneuvosto.fi) Viitattu 20.3.2021

- STM 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 25.9.2020.
- Solrun G Holm & Ragnhild O Angelsen 2014. A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time? *BMC Health Services Research*, Article number: 439 (2014) <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-439> Viitattu 14.10.2020.
- Syrjäläinen, Eija, Eronen, Ari, Värri, Veli-Matti 2007. *Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin*. Tampereen yliopistopaino Oy, Juvenes Print.
- Tampereen kaupunki. Sosiaali- ja terveystyö, kotihoidon asiakasohjaus. Päivitetty viimeksi 15.10.2020. <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihmissen-palvelut/apua-kotiin/kotihoido/asiakasohjaus.html> Viitattu 4.12.2020.
- Tehy 2020. Mitä luetaan työaikaan? <https://www.tehy.fi/fi/apua/tyoaika/mita-luetaan-tyoaikaan> Viitattu 30.5.2020.
- Tenkanen Helena, Taskinen Helena, Kontio Raija, Repo-Tiihonen Eila, Tiihonen Jari & Kinnunen Juha, 2016. Nurses' Time Use in Forensic Psychiatry: Core Interventions Outlined in the Finnish Clinical Practice Guideline on Schizophrenia. 64—73. *Journal of Forensic Nursing*, Volume 12, Number 2, 2016. DOI: 10.1097/JFN.000000000000111 Viitattu 10.11.2020
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018a. Teknologian hyödyntäminen ikääntyvien hoidossa on vaihtelevaa eri maakunnissa. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/-/teknologian-hyodyntaminen-ikaantyvien-hoidossa-on-vaihtelevaa-eri-maakunnissa> Viitattu 15.8.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos tilastoraportti 2019, kotihoidon laskenta. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/kotihoidon-asiakkaat> Viitattu 31.5.2020
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Ikäihmissen kotihoidon toimintamalli ja kirjaamisen edellytykset 2017. Iki-hanke toimintaopas. https://thl.fi/documents/920442/3225039/iki_toimintaopas.pdf/d63cc653-fcbf-4dac-88e1-d1316beb7d03 Viitattu 12.10.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020. Sotkanet. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Kotihoidon henkilöstön osuus ikäihmissen palvelujen henkilöstöstä. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szbMzAIA®ion=szaqAAA=&year=sy6rBAA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202004030539> Viitattu 9.10.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b. Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon asiakasmäärät, henkilöstö ja johtaminen 2018. Vanhuspalvelujen tila, toimintayksikkökysely 2018. Slides 1—25. <https://www.slideshare.net/THLfi/kotihoidon-ja-ymprivuorokautisen-hoidon-asiakasmrt-henkilst-ja-johtaminen-2018> Viitattu 2.11.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019. Kahdeksan faktaa vanhuspalvelujen tilasta. <https://thl.fi/fi/-/8-faktaa-vanhuspalvelujen-tilasta> Viitattu 2.11.2020.
- Työaikalaki 872/2019 <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190872?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ty%C3%B6aikalaki> Viitattu 08.08.2020.
- Työsuojelu 2020. Työsuhde. <https://www.tyosuojelu.fi/tyosuhde/tyoaika> Viitattu 10.8.2020.
- Työterveyslaitos 2018, Helsinki. Kognitiivisen ergonomian parantaminen hoitotyössä. Satakunnan sairaanhoitopiirin kehittämishanke. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136179/Kognitiivisen_ergonomian_parantaminen_hoitotyossa.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 20.06.2020
- Työterveyslaitos 2017. Ennakoi työn keskeytyminen – säästät! - Työterveyslaitos (ttl.fi) Viitattu 6.1.2021.

Työterveyslaitos 2018. Kognitiivisen ergonomian parantaminen hoitotyössä. Satakunnan sairaanhoitopiirin kehittämishanke. Helsinki 2018. https://www.tsr.fi/documents/20181/303551/116505-loppuraportti-Kognitiivisen_ergonomian_parantaminen_hoitotyossa_VERSIO_2018-03-02.pdf Viitattu 1.8.2020.

Työterveyslaitos 2015. Tietoa työstä. Sujuvaa työtä, vähemmän virheitä. Inhimillisten virheiden vähentäminen työpaikoilla (SUJUVA). Juvenes Print, Tampere 2015. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131760/Sujuvaa%20ty%C3%B6t%C3%A4%20v%C3%A4hemm%C3%A4n%20virheit%C3%A4.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 16.8.2020

Työterveyslaitos 2017. Terveydenhuollon työprosessien, palvelujen ja tilojen kehittäminen Lean-ajattelun avulla (TeLean) 2017. Terveydenhuollon työprosessien, palvelujen ja tilojen kehittäminen Lean-ajattelun avulla (TeLean) (julkari.fi) Viitattu 21.3.2021.

Työturvallisuuskeskus 2017. Keinoja työn kuormittavuuden hallintaan - Työturvallisuuskeskus (ttk.fi) Viitattu 5.1.2021.

Tuoriniemi, Satu 2020. Työajanseurannan kehittäminen. Case Porin perusturva. Opinnäytetyö. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/345346/tuoriniemi_satu.pdf?sequence=2&isAllowed=y Viitattu 10.4.2021.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Verkkokirja. Helsinki, kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vaartio-Rajalin Heli, Näsman Yvonne & Fagerström Lisbeth 2019. Nurses' activities and time management during homehealthcare visits. *Scandinavian journal of Caring Sciences*. 1–9. doi: 10.1111/scs.12813 Viitattu 1.11.2020.

Valli, Raine 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Verkkokirja. PS-kustannus. Jyväskylä.

Valvira 2020b. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2020–2023. https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sosiaali_ja_terveydenhuollon_valtakunnallinen_valvontaohjelma_2020_2023.pdf/25bf2713-b705-e124-8ab6-411a92424d4b?t=1583908687387 Viitattu 14.10.2020.

Valvira 2020a. Välittömän ja välillisen asiakastyön määrittely (valvira.fi) Viitattu 1.12.2020.

Vehko, T; Sinervo T; Josefsson, K 2017. Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa – kotihoidon kehitys huolestuttava. Tutkimuksesta tiiviisti 11, kesäkuu 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134678/URN_ISBN_978-952-302-876-0.pdf?sequence=1 Viitattu 12.10.2020.

Vilkka, Hanna. Tutki ja havainnoi 2014. Verkkokirja. <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-havainnoi.pdf> Viitattu 15.08.2020.

Vilkka, Hanna. Tutki ja havainnoi 2006. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Gummerus kirjapaino Oy, Vaajakoski.

Vilkka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 2007.

Westbrook J, Duffield C, Li L. & Creswick J. 2011. How much time nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC Health Services Research* 2011, Vol 11 Issue 319. 1–12. <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-319> Viitattu 1.11.2020.

Yli-Kaitala, Kirsi 2016. Työterveyslaitos, Ajasta työssä ja vähän perheessäkin. <https://www.ttl.fi/blogi/ajasta-tyossa-ja-vahan-perheessakin/> Viitattu 31.5.2020.

LIITE 1: SAATEKIRJE KOTISAIRAANHOITAJILLE

Teen opinnäytetyötä Savonia ammattikorkeakoulun YAMK – opintoihini liittyen. Opinnäytetyön aiheena on Kuopion kaupungin kotisairaanhoidajien työajanseuranta kotihoidossa. Tavoitteena on saada näkyväksi kotisairaanhoidajan työtehtävät, etenkin välillinen toimistolla tapahtuva asiakastyö.

Työajanseuranta toteutetaan havainnointina yhdeksän työpäivän ajan sairaanhoitajien mukana. Havainnoijana toimii tutkimuksen tekijä ja se toteutetaan suorana havainnointina paikan päällä kotisairaanhoidajan mukana. Havainnoija merkitsee havainnointipäiväkirjaan merkinnät työtapahtumista tietyn ajan välein. Havainnoija ei osallistu kotisairaanhoidajan työhön tai työtehtäviin. Tutkimuksessa ei ole tarkoitus arvioida kenenkään työtä, vaan saada työtehtäviä näkyviksi. Tutkimuksen tulokset esitetään sellaisessa muodossa, että niistä ei voi tunnistaa yksittäistä työntekijää. Havainnoija tarvitsee tiedot havainnoitavan kotisairaanhoidajan asiakasmääristä (Säännölliset kotihoidon asiakkaat, tilapäiset asiakkaat ja virtuaalihoidon asiakkaat).

Tähän tutkimukseen on myönnetty tutkimuslupa 3.8.2020. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, mutta toivon yhteistyötä ja tarvittaessa annan lisätietoja tutkimuksesta. Ilmoitathan minulle sähköpostilla tai puhelimitse 19.8.2020 mennessä, mikäli et halua osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistujat arvotaan ja olen heihin yhteydessä henkilökohtaisesti sopiakseni havainnoinnista.

Yhteistyöterveisin,

Mira Miettinen

████████████████████

(Puh. ██████████)

Sosiaali- ja terveysala (ylempi AMK), kehittäminen ja johtaminen

LIITE 2: AIEMMAT VIIMEAIKAISET TUTKIMUKSET HOITOTYÖN TYÖAJANSEURANNASTA

TEKIJÄ JA TUTKIMUS	Kaustinen, Teija 2011. Väitös.	Lavander, Päivi 2017. Väitös.	Antinaho, Tuula 2018. Väitös.
MILLOIN JA MISSÄ	Oulun yliopistollisessa sairaalassa vuodeosastoilla	Oulun yliopistollinen sairaala.	Erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla (sisätautien, kirurgian ja psykiatrian) kahdessa eri keskussairaalasta. Toisella kierroksella vuodeosastoja oli mukana (yksi sisätautien, yksi kirurgian ja yksi psykiatrian vuodeosasto)
METODIT	<p>asiantuntija-arvioinneilla (n=36) sekä rinnakkain luokituksilla (n=8129), ajanhavainnoinnilla (n=17599), ryhmähaastattelulla (n=8) ja kansainvälisellä kirjallisuuskatsauksella. Khiin neliön testiä käytettiin osoittamaan eroja sairaanhoitajien työajankäytössä kirurgisten ja sisätautien osastojen välillä.</p>	<p>Määrällisen aineiston keruuseen kehitettiin oma mittari ja kyselylomake. Tarkoitus oli saada kuvattua nimikesuojattujen ja laillistettujen ammattihenkilöiden välinen työn rajapinta kokonaisuudessaan.</p> <p>Tutkimuksen laadullinen aineisto kerättiin samalla lomakkeella kuin määrällinen aineisto, mutta lisäksi oli avoin kysymys. Laillistettuihin ammattihenkilöihin kuuluivat sairaanhoitajat, kättilöt ja röntgenhoitajat (n = 1 627) määrällisessä osuudessa.</p> <p>Laillistettujen ammattihenkilöiden ryhmässä (n = 484) suurin osa vastaajista oli sairaanhoitajia (n = 419). Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa haussa löytyi 4 572 julkaisua. Lopulliseen katsaukseen niistä hyväksyttiin 16.</p>	<p>Toimintatutkimus työajanseurannasta hoitotyön kehittämässä. 1. aineisto kerättiin kehittämisen lähtötiedoksi hoitohenkilöstön työajan jakautumisesta (sh=66). 2. aineisto koostui ulkopuolisena havainnointina ja sairaanhoitajien itseraportoimana kerätyn työajanseurantatiedon menetelmällisestä arvioinnista (sh=95). Kolmas tutkimusaineisto sisälsi tietoa sairaanhoitajien työajan jakautumisesta (v. 2011, sh=113) ja (v. 2013, sh=95) ja hoitotyössä konkreettisesti tapahtuneista muutoksista (kokousmuistiot=64) kehittämistyön arvioimiseksi.</p>

<p>KESKEISET TULOKSET % sh: välitön, välillinen</p>	<p>Sairaanhoitajat käyttivät kirurgisilla osastoilla välittömään hoitotyöhön 62,3 %, välilliseen hoitotyöhön 33,7 %. Vastaavat luvut sisätautien osastoilla olivat 64,5 % ja 31,6 %.</p> <p>Kirurgisella osastolla henkilökohtaisiin tautikoihin 3,9 %.</p> <p>Taukoihin sisätautien osastolla 4,0 %</p>	<p>Keskeisin tulos tässä tutkimuksessa oli, että alle 50% erinimikkeisten hoitajien työajasta kului välittömään hoitotyöhön.</p> <p>Lisäksi hoitohenkilökunnalla on paljon ei-hoidollisia tehtäviä, joiden suorittamiseen ei välttämättä tarvita terveydenhoitoalan koulutusta.</p> <p>Sairaanhoitajat käyttivät työajastaan 4–41 % välittömään hoitotyöhön.</p>	<p>v. 2011 Sisätaudeilla, kirurgialla ja psykiatrialla (vuodeosastoilla) välittömän hoitotyön osuus vaihteli 22-29,5 % työajasta. v.2013 Välittömän hoitotyön osuus oli 23-35 % työajasta.</p> <p>20-28 % työajasta sisälsi välillistä hoitotyötä. Henkilökohtainen aika vaihteli 9-15 % välillä.</p>
--	--	--	---

LIITE 3: TYÖAJAN JAKAUTUMINEN SEKÄ KESKEYTYKSET HOITAJAKOHTAISESTI



KUVA HOITAJA 1.

Keskeytysten määrä			
Hoitaja 1	6.15-10.00	10.00-12.30	12.30-15.30
SH kollega	1		2
Esimies			
Tiimi	1	8	5
Lääkäri	1		
Viestit	3		
Omainen	1		
Muu			
Asiakkaat			
Puhelut	6		1
Yhteensä	13	8	8
Kaikki yhteensä	29		

TAULUKKO HOITAJA 1.



KUVA HOITAJA 2.

Keskeytysten määrä			
Hoitaja 2	6.15-10.00	10.00-12.30	12.30-15.30
SH kollega	4	3	3
Esimies			
Tiimi	1	4	2
Lääkäri		3	1
Viestit	1		
Omainen	1	1	
Muu			
Asiakkaat		1	
Puhelut	3	1	3
Yhteensä	10	13	9
Kaikki yhteensä	32		

TAULUKKO HOITAJA 2.

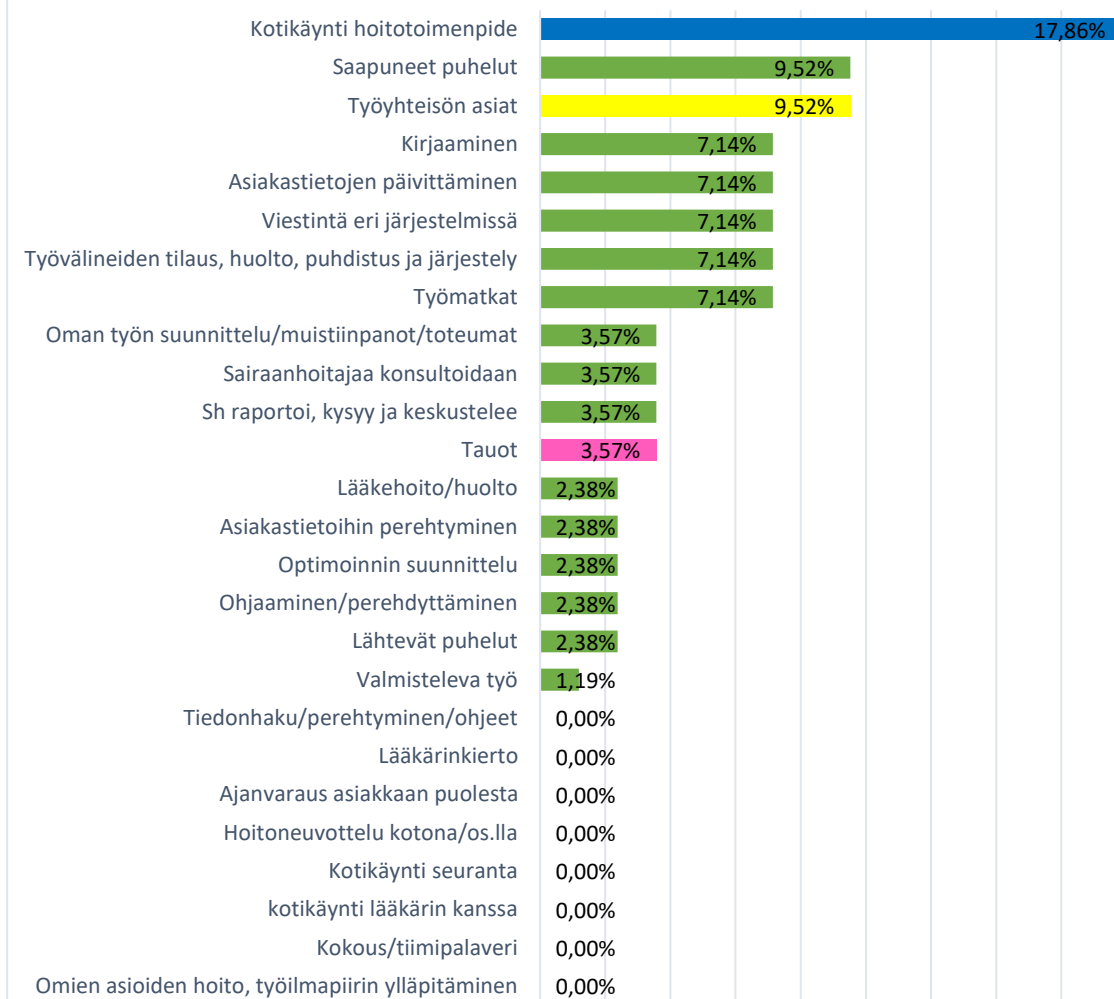


KUVA HOITAJA 3.

Keskeytysten määrä			
Hoitaja 3	6.15-10.00	10.00-12.30	12.30-15.30
SH kollega	5	2	2
Esimies	4		
Tiimi	3	4	6
Lääkäri			
Viestit	1		
Omainen			
Muu	1		
Asiakkaat	2		
Puhelut	5	3	2
Yhteensä	21	9	10
Kaikki yhteensä	40		

TAULUKKO HOITAJA 3.

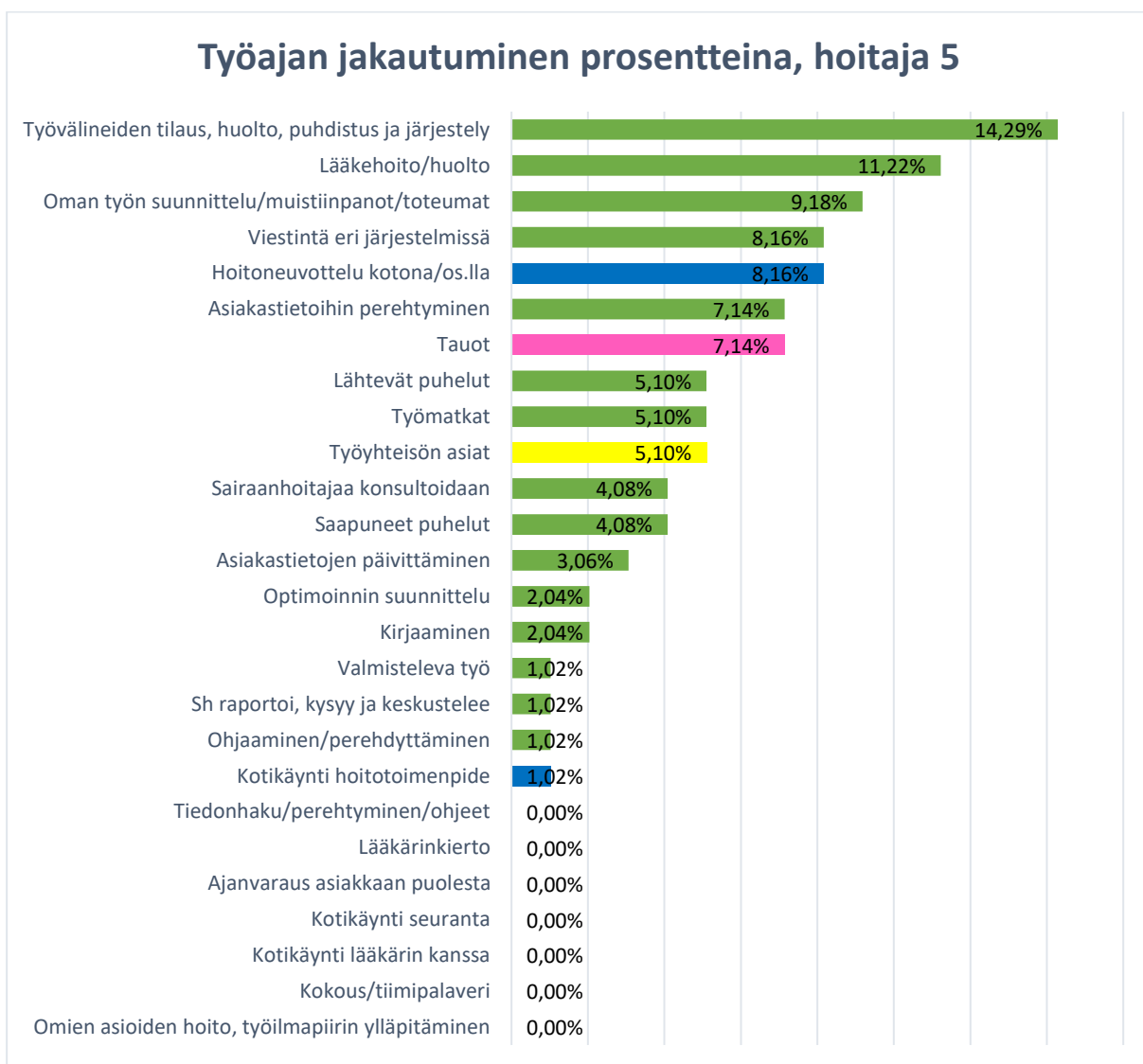
Työajan jakautuminen prosentteina, hoitaja 4



KUVA HOITAJA 4.

Keskeytysten määrä			
Hoitaja 4	6.15-10.00	10.00-12.30	12.30-15.30
SH kollega	3	10	11
Esimies	1		
Tiimi	1	4	2
Lääkäri			
Viestit			1
Omainen			
Muu			
Asiakkaat			
Puhelut	2	4	1
Yhteensä	7	18	15
Kaikki yhteensä	40		

TAULUKKO HOITAJA 4.

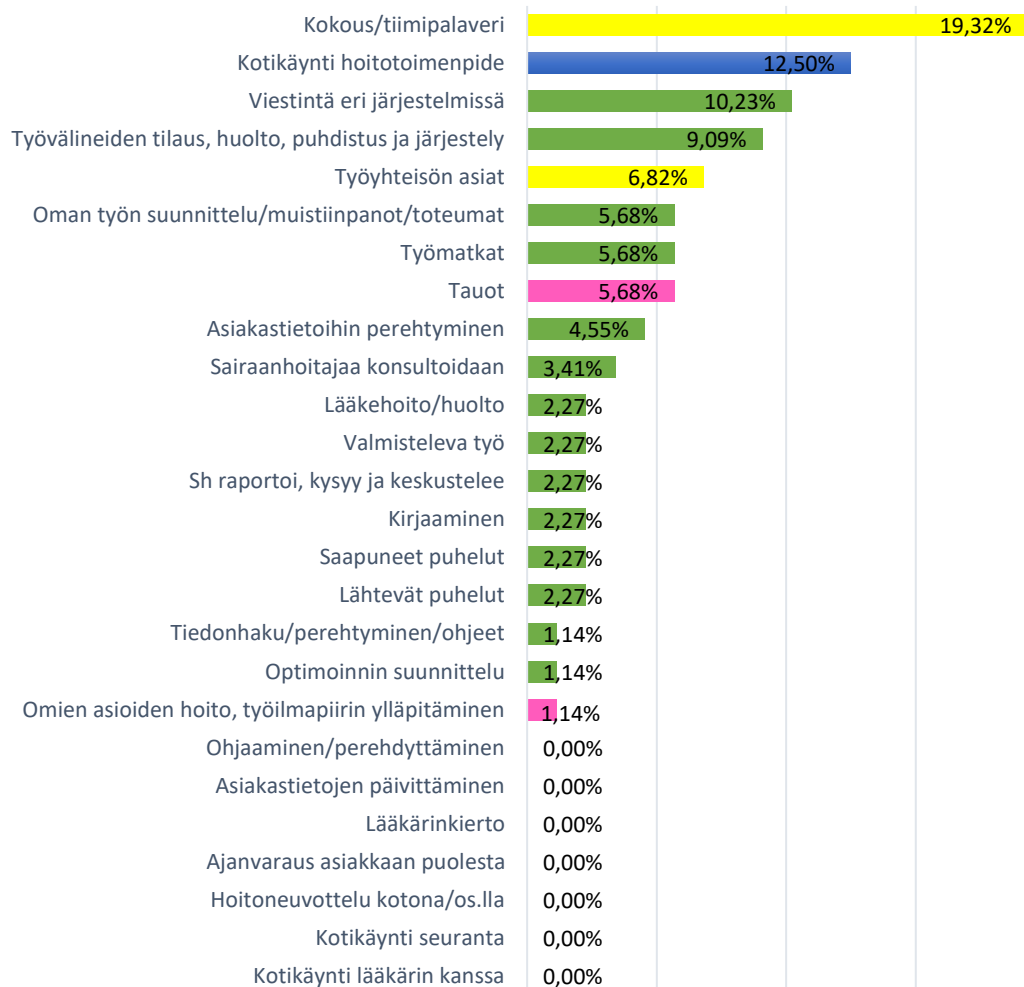


KUVA HOITAJA 5.

Keskeytysten määrä			
Hoitaja 5	6.15-10.00	10.00-12.30	12.30-15.30
SH kollega	3		1
Esimies			
Tiimi	4	5	8
Lääkäri			
Viestit		2	
Omainen			
Muu		1	1
Asiakkaat			
Puhelut	4	3	3
Yhteensä	11	11	13
Kaikki yhteensä	35		

TAULUKKO HOITAJA 5.

Työajan jakautuminen prosentteina, hoitaja 6

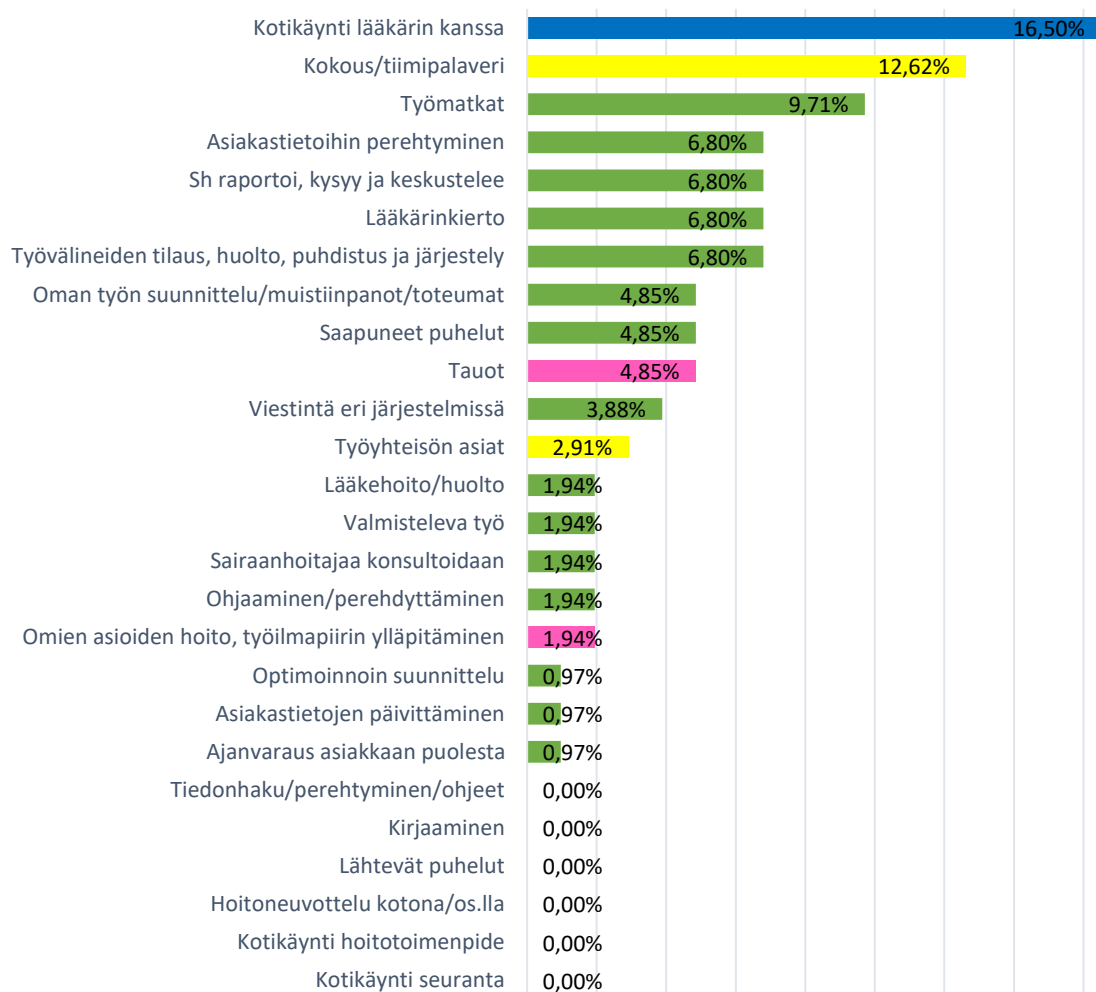


KUVA HOITAJA 6.

Keskeytysten määrä			
Hoitaja 6	6.15-10.00	10.00-12.30	12.30-15.30
SH kollega	3	1	2
Esimies	1	1	
Tiimi	1	4	1
Lääkäri			
Viestit	1		1
Omainen			
Muu		1	
Asiakkaat			
Puhelut	1	2	3
Yhteensä	7	9	7
Kaikki yhteensä	23		

TAULUKKO HOITAJA 6.

Työajan jakautuminen prosentteina, hoitaja 7



KUVA HOITAJA 7.

Keskeytysten määrä			
Hoitaja 7	6.15-10.00	10.00-12.30	12.30-15.30
SH kollega	9	2	3
Esimies			
Tiimi	4		7
Lääkäri			
Viestit			
Omainen			
Muu	1		
Asiakkaat			
Puhelut	5	4	2
Yhteensä	19	6	12
Kaikki yhteensä	37		

TAULUKKO HOITAJA 7.



KUVA HOITAJA 8.

Keskeytysten määrä			
Hoitaja 8	6.15-10.00	10.00-12.30	12.30-15.30
SH kollega	2	2	7
Esimies			
Tiimi		2	5
Lääkäri			
Viestit			1
Omainen			
Muu		1	1
Asiakkaat			
Puhelut	1	1	3
Yhteensä	3	6	17
Kaikki yhteensä	26		

TAULUKKO HOITAJA 8.



KUVA HOITAJA 9.

Keskeytysten määrä			
Hoitaja 9	6.15-10.00	10.00-12.30	12.30-15.30
SH kollega	4		2
Esimies			
Tiimi			3
Lääkäri			
Viestit	1		1
Omainen			
Muu	4		2
Asiakkaat			
Puhelut	4	3	
Yhteensä	13	3	8
Kaikki yhteensä	24		

TAULUKKO HOITAJA 9.