

# SAIRAAHOITAJAN KÄYTTÄMÄ AIKA VÄLITTÖMÄSSÄ HOITOTYÖSSÄ – kirjallisuuskatsaus

Matias Mäki ja Nicola Väärä

Opinnäytetyö, syksy 2012

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä

Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Mäki, Matias & Väärä, Nicola. Sairaanhoidajan käyttämä aika välittömässä hoitotyössä. Diak Etelä, Helsinki, syksy 2012, 39 s.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoitus oli koota tietoa siitä, miten paljon työajasta käytetään välittömään hoitotyöhön ja mihin eri hoitotyön toimintoihin tämä aika jakautuu. Tavoitteena oli että tästä olisi sairaaloille hyötyä henkilöstön mitoitusmietinnässä.

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä on kirjallisuuskatsaus. Tiedot hankittiin aiheita aiemmin käsitelleistä tutkimuksista. Käytössä oli hoitotieteelliset Pubmed, EBS-CO (CINAHL) sekä Medic- viitetietokannat. Opinnäytetyöhön mukaan otetut tutkimukset löytyivät seuraavilla hakusanoilla: "Nursing staff", "Time and motion studies", "Nursing Care/statistics & numerical data", "Workload" sekä "Time factors". Mukaan otetut tutkimukset olivat korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja eli vuodelta 2002 tai uudempia. Laadultaan tutkimusten oli oltava väitöskirjoja tai kattavia tutkimusartikkeleja. Opinnäytetyössä tarkasteltiin yhteensä kuutta tutkimusta, joista kaksi oli kotimaista, yksi ruotsalainen, yksi yhdysvaltalainen, yksi belgialainen ja yksi australialaistutkimus.

Tuloksissa ilmeni, että hoitajan työstä suurin osa kuluu potilaan vierellä työskentelyyn. Tätä aikaa oli 20–61 % työajasta, kaikki työvuorot huomioon ottaen. Hajonta oli suuri tulkinnallisista syistä johtuen: jokainen tutkimus oli itse määritellyt välittömän ja välillisen hoitotyön jaon. Eniten aikaa välittömässä hoitotyössä käytettiin keskusteluun, lääkehoitoon ja päivittäisiin toimintoihin, kuten hygienian hoitoon. Tämä kuitenkin vaihteli työvuorojen välillä. Tutkimusten tulokset olivat melko yhteneväisiä riippumatta siitä, että ne tehtiin eri maissa ja erilaisilla osastoilla.

Kirjallisuuskatsauksesta selvisi, että sairaanhoitajien välittömässä hoitotyössä käyttämä aika jakautuu eri maissakin samantyyppisesti. Jatkotutkimuksena voisi selvittää sitä, mihin ei-sairaanhoidollisiin toimiin sairaanhoitajan aika kuluu ja voisiko siitä ajasta saada lisää aikaa tärkeisiin sairaanhoidollisiin toimintoihin ja näin parantaa potilasturvallisuutta.

Asiasanat: kirjallisuuskatsaus, välitön hoitotyö, hoitotyön toiminnot.

## ABSTRACT

Mäki, Matias and Väärä, Nicola. Time a Nurse Spends in Direct Care. 37 p. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2012. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

The purpose of this thesis was to gather information on the time that nurses spend in direct care and how that time is distributed into different nursing tasks. The goal of this thesis was also to provide information for hospitals in the planning of nurse staffing.

Our thesis is a literature review. We used reference information databases called PubMed, Cinahl and Medic. Studies that we used were found with following search words: "Nursing staff", "Time and motion studies", "Nursing care / statistics and Numerical data", "Workload" and "Time factors". In our thesis we used six different studies that were carried out in 2002 or later. The studies were scientific and able to answer our research questions. Therefore, the results were reliable. Two of the studies were Finnish and the rest were from Sweden, Belgium, Australia and The United States. The studies we used had a relatively big sample size which compensates the number of the studies chosen.

The results showed that the majority of nurses' time is spent on working next to the patient. Direct care took from 20 to 61 % of all working time. Most of the time spent in direct care was spent in communication support, administration and activities of daily living. Some variation between shifts occurred. The results of the studies were similar although they took place in different countries and in different types of wards.

In conclusion, we found that nurses' working time is distributed similarly in various different countries. For future studies we recommend to research which tasks that are not directly nursing tasks take nurses' time and whether that time could be allocated to nursing in order to maintain and improve patient safety.

Keywords: literature review, direct care, nursing tasks.

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 SAIRAANHOITAJAN AJANKÄYTTÖ OSASTOTYÖSSÄ .....	7
2.1 Ajankäyttö välittömässä hoitotyössä .....	7
2.2 Ajankäyttö välillisessä hoitotyössä .....	10
3 TUTKIMUS TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	12
4 KIRJALLISUUSKATSAUS AINEISTONKERUUMENETELMÄNÄ .....	13
4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus .....	13
4.2 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus .....	14
4.3 Meta-analyysi .....	14
4.4 Aineiston keruu .....	15
4.5 Aineiston analyysi .....	17
4.6 Sairaanhoitajien ajankäytön kuvailu kirjallisuuden mukaan .....	18
5 TUTKIMUSTULOKSET .....	25
5.1 Välittömään hoitotyöhön kuuluva sairaanhoitajan aika .....	25
5.1.1. Hoitoisuusluokan vaikutus välittömän hoitotyön määrään .....	25
5.1.2 Vuorokaudenajan merkitys välittömän hoitotyön jakautumisessa .....	26
5.2 Välittömän hoitotyön ajan jakautuminen eri hoitotyön toimintoihin .....	27
6 POHDINTA .....	31
6.1 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	31
6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	33
6.3 Ammatillinen kasvu .....	34
LÄHTEET .....	36

## 1 JOHDANTO

Sairaanhoitajan tehtävä yhteiskunnassa on potilaiden hoitaminen ja tukeminen. Hän on hoitotyön asiantuntija ja terveyden edistäjä sekä ylläpitäjä. Sairaanhoitaja toteuttaa ja kehittää hoitotyötä eri olosuhteissa ja tuo asiantuntemuksensa yhteiskunnalliseen päätöksentekoon. Hän toteuttaa itsenäisesti lääkärin määräämää potilaiden hoitoa. (Opetusministeriö 2006, 63.) Sairaanhoitajan työ perustuu hoitotieteeseen ja sairaanhoitajan asiantuntijuus näyttöön perustuvaan hoitotyöhön (Suomen sairaanhoitajaliitto 2012).

Suomalaisessa terveydenhuollossa tehokkuutta on parannettu ja potilaita pyritään hoitamaan mahdollisimman paljon, mutta hoitoihin jonotetaan. Samalla työntekijäresursseja on supistettu. Hoitoajat sairaaloissa ovat lyhentyneet ja leikkauksista saatetaan kotiuttaa potilaat jo samana päivänä. Työntekijät voivat kokea työtahdin uuvuttavana. Kun potilaita hoidetaan yleisesti lyhyemmän aikaa, potilaan vuorovaikutus sekä hoitajien että toisten potilaiden kesken jää vähemmälle. (Vertio 2004, 22.) Jatkuvan kiireen vuoksi hoitajat kokevat etteivät ehdi tehdä kaikkea, mitä potilaan kanssa tahtoisivat. Hoitajat tahtovat osoittaa potilaalle välittämistä ja rohkaisua mutta usein kokevat että aikaa on liian vähän ja tehtäviä liikaa. Välittämisen osoittaminen jää tekemättä koska tekemättömät työt painavat. (Pearcey 2010, 53–55.)

Ensin tarkoituksenamme oli tehdä havainnointitutkimus siitä, minkä verran aikaa osaston lääkäreiltä ja sairaanhoitajilta kuluu välittömään hoitotyöhön. Päädyimme rajaamaan aiheen sairaanhoitajien ajankäyttöön välittömässä hoitotyössä ja tutkimusluovallisten ongelmien vuoksi havainnointitutkimuksen sijaan tekemään kirjallisuuskatsauksen aiheesta.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on koota aiempaa tutkimustietoa sairaanhoitajien ajankäytöstä välittömässä hoitotyössä. Opinnäytetyö keskittyy nimenomaan välittömään hoitotyöhön käytettyyn aikaan, mutta erittelemme teoriaosuudessa sairaanhoitajan ajankäyttöä sekä välilliseen että välittömään hoitotyöhön ja avaamme kaikkia hoitotyön toimintojen käsitteitä.

Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, jonka aineisto luokiteltiin tutkimuskysymysten mukaan. Kuvailemme tässä työssä tekemämme kirjallisuushaun ja siitä saadun aineiston analyysiprosessin. Esittelemme tutkimusaineistomme tutkimukset sekä niiden tulokset välittömään hoitotyöhön käytetystä ajasta. Lopuksi tarkastelemme tutkimuksemme tuloksia ja esitämme niistä tekemämme johtopäätökset sekä jatkotutkimusehdotukset.

## 2 SAIRAANHOITAJAN AJANKÄYTTÖ OSASTOTYÖSSÄ

Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka työ perustuu hoitotieteeseen. Sairaanhoitajan työnkuva vaihtelee paljon riippuen työkentästä. Sairaanhoitaja voi työskennellä hoitoalalla laajasti muun muassa käytännön hoitotyössä, opettajana, tutkijana tai johtajana. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2012.) Osastotyössä, käytännön hoitotyössä sairaanhoitaja viettää paljon aikaa potilastyössä suorittaen erilaisia hoitotyön toimintoja. Sairaanhoitajan tekemä hoitotyö on tässä työssä jaoteltu välittömään ja välilliseen hoitotyöhön.

Suomessa on käytössä hoitotyön luokitus FinCC (Finnish Care Classification), joka muodostuu tarveluokituksesta SHTal (Suomalaisen hoidon tarveluokitus) ja toimintoluokituksesta SHTol (Suomalaisen hoidon toimintoluokitus) sekä hoidon tuloksen luokituksesta SHTul (Suomalaisen hoidon tulosluokitus). Sen tarkoituksena on, että terveysalan työntekijät pystyvät käyttämään valtakunnallisesti yhdenmukaista termistöä kirjaessaan tekemäänsä työtä. Toiminnot ovat luokituksessa lajiteltu hoidon tarvealueen, eli hoitotyön sisältöalueen mukaan, ja jokaiselle toimenpiteelle on oma koodi sekä sanamuotonsa. Hoitotyön toteuttaminen on jaettu komponentteihin, jotka rakentuvat pää- ja alaluokista. Hoitotyön toiminnot siis kuvaavat toteutettua hoitotyötä. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 1–4, 33.)

### 2.1 Ajankäyttö välittömässä hoitotyössä

Partasen (2002, 102–103) mukaan välitön hoitotyö on potilaan vierellä tapahtuvaa hoitamista, joka jaetaan 12 erilliseen hoitotyön toimintoon. Nämä toiminnot ovat kommunikointi / ohjaus, lääkitys, ravitsemus, erityis, hygienia, kuljettaminen, liikkuminen / asentohoito, lääkärin kierrot, voimien tarkkailu, vitamiinitoiminnot, näytteiden ottaminen ja hoitotyön toimenpiteet.

Kommunikointi ja ohjaus tarkoittavat tässä kaikkea potilaan hoitoon liittyvää terveydenhuoltohenkilöstön ja potilaan välistä vuorovaikutusta, keskustelua ja kuuntelemista.

Ammattilaisen tulee kuunnella potilasta vähintään yhtä paljon kuin ideaalisti potilas ammattilaista. Potilaalta saa arvokasta tietoa tämän mahdollisista sairauksista. Ohjauksella pyritään sitouttamaan potilas omaan hoitoonsa ja ottamaan aktiivinen rooli itsensä parantamisessa (Eloranta & Virkki 2011, 15).

Lääkehoidolla pyritään edistämään ihmisen terveyttä ja ehkäisemään sairauksia. Lääke ja lääkemäärä valitaan jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Lääkkeet voidaan antaa enteraalisesti, eli mahasuolikanavaan tai parenteraalisesti, eli muuta kautta. Enteraalinen antotapa merkitsee suun kautta annettua. Parenteraalisia antotapoja vuorostaan ovat iholle, ihon sisään, ihon alle, limakalvolle, keuhkoihin, lihakseen, laskimoon, valtimoon, epiduraalitalaan, spinaalitalaan, nivelen sisään, vatsakalvon alle, luuytimeen ja peräsuoleen. (Saastamoinen, Muotka & Toivonen 2010 a, 94–95.)

Ravitsemus on potilaan energiatasapainon ylläpitämistä ja ravitsemustilan seuranta. Sairaudet voivat lisätä energian ja ravitsemuksen tarvetta, vaikkei se näläntunteeseen vaikuttaisikaan lisäävästi. Ravitsemushoito on ravitsemuksen toteuttamista, syömisen ja juomisen seuranta ja avustamista. Tähän kuuluvat myös kirjaaminen ja raportointi. Hoitajan tehtävä on antaa ravitsemusneuvoja ja -ohjausta potilaalle niin sairaalaooloissa kuin sen ulkopuolellakin. Potilaan ravitsemuksesta huolehtii ensisijaisesti hoitaja, mutta tämän täytyy ottaa ravitsemuksen suunnittelussa huomioon lääkärin määräykset. (Saastamoinen, Muotka & Toivonen 2010 b, 111.)

Erittäminen on ruoansulatukseen, virtsateiden toimintaan ja verenvuotoon sekä muuhun erittämiseen liittyvää toimintaa. Suolen ja virtsateiden toimintaan voivat vaikuttaa erilaiset lääkkeet ja sairaudet. Pitkä liikkumattomuus vaikuttaa etenkin suolen toimintaan, sitä hidastavasti, jolloin voi syntyä suolitukoksia. Hoitaja seuraa näitä toimintoja. (Hietanen, Saastamoinen, Toivonen, Muotka, Aalto, Laitinen & Korhonen 2010, 28, 31.) Yleisiä erittämiseen liittyviä ongelmia ovat ripuli, ummetus ja virtsaumpi (retentio). Ummetuksen hoidossa käytetään ulostuslääkkeitä ja vaikeissa tapauksissa myös peräruiskeita. Virtsaumpi voi olla akuutti tai krooninen. Sitä hoidetaan katetroimalla. (Hietanen ym. 2010, 29–32.)



Hygienia kuuluu hoitotyössä tavanomaisiin varotoimiin, joilla pyritään torjumaan infektioita vähentämällä mikrobien siirtymistä henkilöstä tai ympäristöstä toiseen henkilöön. (Juvonen & Saastamoinen 2010, 10.) Kun sairaalassa kädet ja pinnat ovat mahdollisimman aseptiset eli mikrobivapaat, vältetään parhaiten infektioilta. Myös potilaan hygieniasta huolehtiminen on tärkeää mikrobien leviämisen ehkäisyssä. Mikäli potilas ei itse kykene huolehtimaan hygieniastaan, on se hoitajan vastuulla. (Ratia & Routamaa 2010, 152–153.)

Kuljettamisella tässä yhteydessä tarkoitetaan potilaan siirtämistä potilashuoneesta esimerkiksi tutkimuksiin tai toiselle osastolle. Liikkumisessa avustaminen tai asentohoito on potilaan avustamista liikkumisessa tai kehottamista potilasta olemaan liikkeellä oma-toimisesti, tai liikuntakyvyttömän potilaan asennon säätämistä. FinCC-luokituskokonaisuudessa liikkuminen kuuluu aktiviteettia edistävä toiminta -nimiseen komponenttiin. Siihen sisältyvät lisäksi toiminnallinen kuntoutus, liikeharjoitusten toteuttaminen, toiminnallisuutta ylläpitävä asentohoito. (Iivanainen & Syväoja 2009, 414, 16.)

Lääkärin kierroille osallistuminen ja potilaasta käytettävissä olevan tiedon esille tuominen lääkärin päätöksenteon avuksi eivät kuulu FinCC-luokituskokonaisuudessa potilaan hoitoon suoraan omana komponenttinaan. Lääkärinkierrolla lääkäri tekee päätöksiä potilaan hoidon jatkamisesta ja käyttää avukseen hoitajien tietoa potilaan tilanteesta. Kierrolla voidaan kuitenkin tehdä luokitukseen sisältyviä asioita, kuten esimerkiksi selvittää potilaalta tämän kotiolosuhteita ja perhesiteitä kotonapärjäämistä ajatellen. Lääkärinkierrot voidaan toteuttaa lääkärin työhuoneessa tai potilaan vierellä. Tapaamalla potilasta kierron aikana lääkäri voi ottaa potilaan omat ajatukset ja mielipiteet paremmin mukaan päätöksentekoon. Lääkäri voi myös ensin käydä potilaan asiat läpi työhuoneessaan ja sen jälkeen tavata potilaat yksitellen hoitajan kanssa. Potilaan voinnin tarkkailua tapahtuu aina, kun hoitaja on potilaan luona. Hoitaja tarkkailee potilaan vointia, oireita ja käyttäytymistä. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 8.) Voinnista ja oireista saadaan selville myös kysymällä potilaalta niistä tai potilas itse kertoo näitä tietoja hoitajalle.

Hengityksen seurantaan kuuluvat happisaturaation mittaaminen, hengitystaajuus ja hengityksen laatu sekä yskän ja limaisuuden seuranta. Myös hoitajan ottama PEF-, eli hen-

gityksen ulosvirtausmittaus on mitattava toimenpide, joka kuuluu potilaan voinnin tarkkailuun. Hoitaja voi laskea potilaan hengityksen taajuutta yksiköllä hengityskerta / minuutti. Happisaturaatiota seurataan pulssioksimetrillä sormenpäältä tai korvaledeltä. (Iivanainen & Syväoja 2009, 316–321.)

Verenkierron seurantaan kuuluvat verenpaineen mittaus, sydämen sykkeen ja rytmin seuranta, sydänfilmin ottaminen sekä ihon värin ja lämmön seuranta (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008, 11). Verenpainetta voidaan mitata erillisellä verenpainemittarilla tai havainnoida potilaaseen kytketyn monitorointilaitteen antamia verenpainelukemia. Verenpainemittari mittaa myös pulssitason. Lisäksi sydämen pulssitaso voidaan mitata erikseen käsin palpoimalla. Sydänfilmi eli elektrokardiogrammi (EKG) otetaan tarkoitukseen valmistetulla laitteella kiinnittäen laitteen anturit potilaan iholle raajoihin ja rintakehälle. (Iivanainen & Syväoja 2009, 576, 591.) Muuta voinnin tarkkailua on lisäksi turvotusten, kivun, pahoinvoinnin, verensokerin sekä psyykkisen tilan seuranta (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008, 8, 11). Hoitaja seuraa turvotuksia potilaan raajoissa, kasvoissa vatsalla tai silmissä (Iivanainen & Syväoja 2009, 130).

Potilaan kivusta hoitaja saa tietoa potilaan kertomana, tämän ilmettä tulkiten ja kysymällä, kivun voimakkuutta mittaavaa asteikkoa käyttäen. Voimakkuuden lisäksi kivusta voidaan saada selville sen sijainti ja laatu, eli millaisena aistimuksena kipu tunnetaan. (Iivanainen & Syväoja 2009, 471.)

Hoitaja tai lääkäri ottaa potilaalta erilaisia näytteitä, joilla kerätään tietoa potilaan terveydentilasta. Näyte voi olla esimerkiksi veri-, virtsa-, uloste-, lima-, limakalvo-, märkä-, kudus-, iho- tai muu näyte, joka on lähtöisin potilaasta. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008, 7.) Kaikkien edellä mainittujen toimintojen lisäksi muut hoitotoimenpiteet ovat haavan hoito, hoitoon liittyvien apuvälineiden kuten trakeakanyylin tai erilaisien katetrien hoito ja niihin liittyvä ohjaus (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008, 11).

## 2.2 Ajankäyttö välillisessä hoitotyössä

Välillinen hoitotyö on hoitotyötä, mutta se ei tapahdu potilaan välittömässä läheisyydessä. Näitä toimintoja ovat kirjaaminen, raportointi, muu kommunikointi, lääkitysten ja toimenpiteiden valmistelu, tutkimukset ja niiden vastausten tarkastelu, uudet potilaat ja (kollegan, lääkärin, puhelun ym.) odottaminen / etsiminen. (Partanen 2002, 103–104.)

Kirjaaminen kuuluu hoitotyöhön olennaisena osana ja on tärkeä työväline hoitotyössä. Sen avulla turvataan hoidon jatkuvuus, hoitohenkilökunnan oikeusturva ja hoitoa koskevan tiedon saanti. Hyvä kirjaaminen toimii toteutetun hoidon varmistamisena ja hoidon arviointina. Hoitajan tulee kirjatessaan tietää hoitotyön päämäärä ja sen perustehtävä. Lisäksi hänen tulee tunnistaa hoitotyön tarve ja käyttää hoitotyön auttamismenetelmiä tuloksellisesti. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hieta-nen 2005, 55.)

Raportointi on hoitohenkilökunnan välistä suullista tiedottamista, jonka tavoitteena on turvata hoidon jatkuvuus. Raportointia käytetään tilanteessa, jolloin henkilökunnan työvuorot vaihtuvat tai potilaan siirtyessä toiseen hoitoyksikköön. Raportti voidaan järjestää sovitussa paikassa, hoitajien kansliassa tai potilaan vierellä. Potilaan vierellä pidettävästä raportista käytetään nimitystä vuoteenvierusraportti. Raportin tulee ilmaista oleellisimmat asiat potilaasta ja se tulisi ilmaista lyhytsanaisesti. (Kassara ym. 2005, 63.)

Lääkityksen valmisteluun kuuluu sairaanhoitajalle etenkin lääkkeen jako. Lääkkeen jaoissa sairaanhoitaja jakaa tabletit, kapselit ja nestemäiset valmisteet kertakäyttöisiin lääkelaseihin. Suonensisäiset infuusionesteet valmistetaan ja letkutetaan käyttökuntoon. Tämän jälkeen sairaanhoitaja vie lääkkeet potilaalle. (Jauhiainen 2001, 508.)

### 3 TUTKIMUS TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, paljonko aikaa sairaanhoitaja käyttää välittömään hoitotyöhön sekä miten tämä aika jakautuu eri hoitotyön toimintoihin. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa sairaanhoitajan välittömässä hoitotyössä käyttämästä ajasta. Saatua tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset:

1. Kuinka paljon aikaa sairaanhoitajalta kuluu välittömään hoitotyöhön osastotyössä?
2. Miten välittömään hoitotyöhön käytetty aika jakautuu eri toimintoihin?

## 4 KIRJALLISUUSKATSAUS AINEISTONKERUUMENETELMÄNÄ

Kirjallisuuskatsaus vastaa tutkimuskysymykseen, vähentää tutkimusten valintaan ja sisällyttämiseen liittyvää harhaa, arvioi valittujen tutkimusten laatua ja referoiden esittelee tutkimuksia objektiivisesti. Kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin, joita ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. (Salminen 2011, 6, 9.)

### 4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kahteen tyyppiin: integroivaan ja narratiiviseen. Narratiivisessa katsauksessa tutkittava ilmiö pyritään kuvaamaan laaja-alaisesti ja tarvittaessa luokitellaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. Tutkimuskysymys voi olla väljempi kuin muissa kirjallisuuskatsauksen tyypeissä. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus voi koota epäyhtenäistäkin tietoa järjestäen lopulta laajan kuvan käsiteltävästä aiheesta tai se voi kuvailla aiheen historiaa ja kehitystä. (Salminen 2011, 6–7.)

Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen yleisin muoto on yleiskatsaus. Yleiskatsaus tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja pyrkii puolueettomuuteen. Yleiskatsauksessa tulokset esitetään ytimekkäästi ja johdonmukaisesti. Tällainen tutkimustyö tuottaa ajantasaista tutkimustietoa halutusta aiheesta, mutta tulos ei välttämättä ole analyttisin mahdollinen. Narratiivista katsausta heikentää se, että tutkimuksia huolitaan katsaukseen melko helposti eikä aineiston täydy täyttää tiukkoja systemaattisia kriteerejä. (Salminen 2011, 6–7.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen voi laatia myös integroivaksi. Integroiva kirjallisuuskatsaus tuottaa uutta tietoa jo tutkitusta aiheesta. Integroiva katsaus ei valikoi ja seulo tutkimuksia yhtä tiukasti kuin systemaattinen katsaus. Näin päästään suureen tutkimusotokseen ja pystytään tätä kautta kuvaamaan ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti ilman tutkimusmenetelmällisiä raja-aitoja. Integroiva katsaus sisältää tutkimusaineiston kriittisen arvioinnin, mikä erottaa sen narratiivisesta katsauksesta. (Salminen 2011, 8.)

## 4.2 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tiivistää aihepiirin aiemmista tutkimuksista oleellisen tiedon ja nostaa esiin mielenkiintoisimmat ja tärkeimmät tutkimukset aiheesta. Se on tapaa testata erilaisia hypoteeseja eli olettamuksia ja arvioida eri tutkimusten keskinäistä yhdenmukaisuutta. Se tuo esiin uusia tutkimustarpeita aiheesta. Systemaattista kirjallisuuskatsausta voidaan hyödyntää hoitotyössä tiedon lisääntyessä nopeasti, perustellessa päätöksentekoa näyttöön perustuvan hoitotyön periaatteiden mukaisesti. (Salminen 2011, 9–10.)

## 4.3 Meta-analyysi

Laadullinen meta-analyysi muistuttaa systemaattista kirjallisuuskatsausta. Sen tarkoitus on yhdistää samaa aihetta tarkastelevat tutkimukset yhtäläisyyksien ja erojen valossa. Tutkimuksissa käytetyt käsitteet asetetaan laajemman yläkäsitteen alle. Eri tutkimusten erot sitten tuovat esiin myös uusia käsitteitä. Meta-yhteenveto eroaa metasynteesistä siinä, että tuloksista etsitään tiettyjä oleellisia tiivistettyjä lauseita ja esitetään sellaisten tutkimusten osuudet kaikista löydetyistä tutkimuksista. Mitä enemmän tutkimus sisältää näitä oleellisia lauseita, sitä laadukkaampana tutkimusta voidaan sitten pitää. Meta-analyysi avaa selitettävän ja selittävän muuttujan riippuvuutta toisistaan. (Salminen 2011, 15.)

Kirjallisuushakua tehdessä on tärkeää pystyä seulomaan löydetyistä hakutuloksista oman tutkimustyönsä kannalta tärkeä materiaali. Varsinaista hakukysymystä voidaan tarkentaa etukäteen. Tämä helpottaa tarvittavien tulosten poimimista hakutulosten joukosta. Kirjallisuushaun tavoitteena voidaan pitää mahdollisimman kattavaa hakua. Se merkitsee sitä, että suoritettu haku kattaa mahdollisimman suuren osan kaikista käytävissä olevista oleellisista tuloksista. Kattavuuden sijaan tärkeämpänä voidaan pitää tiedonhaun toistettavuutta ja järjestelmällisyyttä. Tiedonhaun toistettavuuden ja järjestelmällisyyden voi määritellä konkreettisesti. Hakustrategiaa voidaan myöhemmin laa-

jentaa, mikäli tuloksia ei ole riittävästi löytynyt. Työn lopullisessa raportissa on esiteltävä hakusuunnitelma jossa kuvataan käytetty hakustrategia ja löytyneiden julkaisujen määrä. Hakustrategia on paljon muutakin kuin vain hakutermien valitsemista ja niiden syöttämistä tietokantahakuun. Hakustrategiassa on mainittava tiedonlähteiden valinta ja kuvattava, miten eri tietolähteitä on käytetty. (Autti-Rämö & Grahn 2007, 46–49.)

#### 4.4 Aineiston keruu

Opinnäytetyömme on kirjallisuuskatsaus. Tarkoituksenamme on kartoittaa jo olemassa olevaa tutkimustietoa ja sen avulla saada vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Tavoitteenamme on koota tietoa siitä, mihin sairaanhoitajan aika välittömässä hoitotyössä nykyään kuluu. Tästä tiedosta voi olla hyötyä esimiehille hoitotyövoiman mitoittamisessa. Lisäksi kuvaileva kirjallisuuskatsaus voi tarjota uusia tutkittavia ilmiöitä systemaattista kirjallisuuskatsausta varten (Salminen 2011, 6).

Käytimme ensimmäisenä tiedonlähteenämme Medline-viitetietokantaa Pubmed- käyttöliittymän kautta. Autti-Rämön ja Grahnin (2007, 53, 56) mukaan Medline ei kuitenkaan sisällä erillisjulkaisuja, joten kaikki tutkimukset eivät välttämättä tule sen kautta tuloksissa esiin. Pubmedin etuna on se, että se sisällyttää hakuun myös uudet, vielä luettelemattomat tutkimukset joilla ei vielä ole asetettu asiasanoja. Autti-Rämön ja Grahnin (2007, 53) mukaan tiedonhaun jälkeen tulisi suorittaa niin sanottu viittausanalyysi joka kertoo, kuinka moni taho on myöhemmin viitannut katsaukseen valittuihin tutkimuksiin. Tätä osuutta emme opinnäytetyöhömmme liitä, sillä olemassa oleva Web of knowledgen tietokanta ei ole koulumme oppilaiden käytettävissä.

Kriteerimme täyttäviä tutkimuksia emme löytäneet montakaan, joten käytännössä mukaan ottamamme tutkimukset löytyivät hieman eri hakusanoin. Opinnäytetyömme aihetta on 2000- ja 2010-luvuilla tutkittu lähinnä pro gradu -opinnäytetöissä. Käytettävissä olevaa aineistoa on suodatettava myös omilla sisäänottokriteereillä. Olemme tutkimuskysymystemme pohjalta, määritelleet ne kriteerit, joiden perusteella tutkimuksia on hyödynnetty opinnäytetyössämme. Kuvio 1 kuvaa mukaanotto- ja poissulkukriteereitämme.

	<b>Mukaanottokriteerit</b>	<b>Poissulkukriteerit</b>
Tutkimuksen kohde	Vuodeosastot	Psykiatriset osastot sekä päivystyspisteet ja leikkaussalit.
Tutkimuksen ikä	v. 2002 tai sitä uudempi tutkimus	Ennen vuotta 2002 tehdyt tutkimukset
Tulos	Tutkimus antaa tietoa hoitajien käyttämästä ajasta	Tutkimuksessa ei anneta tietoa hoitajien ajankäytöstä
Tutkimuksen taso	Väitöskirja tai tieteellinen tutkimusartikkeli tai alkuperäistutkimus	Pro Gradu tai opinnäytetyö

KUVIO 1: Tutkimusten valintakriteerit

Alla olevassa taulukossa (TAULUKKO 1) on kuvattu, miten opinnäytetyössämme käytetyt tutkimukset löytyivät, karsien hakusanojen antamista tuloksista pois ensin vuosiluvun perusteella liian vanhat, sitten otsikon ja tiivistelmän perusteella sellaiset tutkimukset, jotka eivät käsittele aiheitamme muiden sisäänottokriteeriemme mukaisesti tai eivät ole tarkoituksenmukaisia tutkimuksemme kannalta.

TAULUKKO 1: Tutkimusten hakuprosessi

<b>Käytetty viitetietokanta</b>	<b>Käytetyt hakusanat</b>	<b>Hakutulokset kokonaisuudessaan</b>	<b>Vuosiluvun perusteella</b>	<b>Otsikon perusteella</b>	<b>Abstraktin perusteella</b>	<b>Kokotekstin perusteella</b>
Medic	"Nursing staff" AND "Time and motion studies"	93	71	12	9	1 Partanen, Pirjo 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa.
Pubmed	"Nursing Care/statistics & numerical data" AND "Time and motion studies"	193	127	10	2	2 Westbrook, Johanna; Duffield, Christine; Li, Liang; Creswick, Nerida J. 2011. How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. & Gran-Moravec, Marilyn &



						Hughes, Christina 2005. Nursing time allocation and other considerations for staffing.
Pubmed	"Workload" AND "Nursing staff" AND "Time factors"	369	262	55	13	1 Defloor, Tom; Gobert, Micheline; Limère, Veronique; Myny, Dries; Van Goubergen, Dirk & Verhaeghe, Sofie 2010. Determination of standard times of nursing activities based on a Nursing Minimum Dataset.
Pubmed	"Workload" AND "Nursing staff" AND "Time and motion studies"	150	91	10	8	1 Gran-Moravec, Marilyn & Hughes, Christina 2005. Nursing time allocation and other considerations for staffing.
Pubmed	"Workload/statistics & numerical data" AND "Nursing staff, hospital/organization & administration" AND "Nursing evaluation research"	53	48	3	1	1 Furåker, Carina 2009. Nurses' everyday activities in hospital care.
Manuaalinen haku						Kaustinen, Teija 2011. Ouluhoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta.

#### 4.5 Aineiston analyysi

Luokittelimme aineiston tutkimuskysymystemme mukaisesti. Pyrkimyksemme oli löytää aiemmista tutkimuksista vastauksia tutkimuskysymyksiimme ilman ennalta määrättyä teoriaa tai olettamusta.

Sisällönanalyysin tavoitteena on lopulta kuvata tutkittavaa ilmiötä tiivistetysti siten, että omia saatuja tuloksia voidaan verrata aihetta koskeviin aiempiin tutkimuksiin. Sisällysanalyysin keinoin voidaan saada tutkimusaineistosta esiin määrällisiä tuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105–108.) Tällöin menetelmää eivät kahlitse määrällisen tutkimuksen

analyysimenetelmiin kuuluvat edellytykset tilastollisista menetelmistä ja eri aineistolähteiden tulosten yleistettävyydestä keskenään (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Sisällönanalyysi jakautuu kolmeen lähestymistapaan: aineistolähtöisyys, teorialähtöisyys ja teoriaohjautuvuus. Teorialähtöisyys ja teoriaohjautuvuus perustuvat siihen, että aineistoa ja sen antamia tuloksia katsotaan jo tutkimustyön alussa valitun teorian valossa, kun aineistolähtöisessä lähestymistavassa analyysi perustuu itse aineiston esille tuomaan ilmiön selitykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95–99, 109–116.)

Aineistolähtöisyydessä ei käytetä ennalta määrättyä teoriaa. Kun aineistosta nousevia tietoja kootaan yhteen, puhutaan induktiivisuudesta. (Eskola & Suoranta 1998, 83.) Aineisto ikään kuin itse määrää, mikä on tärkeää. Aineistolähtöisyys ei ole menetelmänä sattumanvaraisuuteen perustuvaa, vaan tutkijan on arvioitava aineistosta tekemiään johtopäätöksiä antaen lukijalle tietoa aineistona käytettyjen tutkimusten taustoista ja tutkijan aineistonvalinnallisista päätöksistä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Koska tämän kirjallisuuskatsauksen aineisto oli suppea, luokittelimme tulokset tutkimuskysymysten mukaisesti. Luimme kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset ja laadimme niistä kuvion (KUVIO 2, luku 4.6), jonka avulla niitä pystyi vertailemaan helpommin keskenään. Kirjoitimme jokaisesta tutkimuksesta myös lyhyen tiivistelmän. Tämän jälkeen nostimme opinnäytetyömme kannalta tärkeät tutkimustulokset kaikista tutkimuksista yhteiseen tarkasteluun ja kirjoitimme ne puhtaaksi eritellen tulokset välittömään hoitotyöhön käytettyyn aikaan ja välittömän hoitotyön jakautumiseen eri toimintoihin. Tutkimustulosten tarkastelussa pohdimme tuloksia ja niissä esille nousseita teemoja.

#### 4.6 Sairaanhoidajien ajankäytön kuvailu kirjallisuuden mukaan

Alla oleva kuvio esittelee opinnäytetyössä tarkastellut tutkimukset, niiden tutkimuskysymykset, tutkimusotokset, tiedonkeruu- ja aineistonanalyysimenetelmät.

Tutkimuksen nimi	Tutkimuskysymykset	Otos (potilaiden ja/tai hoitajien määrä)	Tiedonkeruu-menetelmä & aineiston analyysimenetelmä
Furåker, Carina	1. Miten paljon erilaisissa	Tiedot kerättiin yhteensä 10	Hoitajat pitivät itse päiväkirjaa työ-

Tutkimuksen nimi	Tutkimuskysymykset	Otos (potilaiden ja/tai hoitajien määrä)	Tiedonkeruu-menetelmä & aineiston analyysimenetelmä
<p>2009. Nurses' everyday activities in hospital care.</p> <p>Journal of Nursing Management 17/2009.</p>	<p>hoitotyön toiminnoissa kuluu aikaa?</p> <p>2. Miten työtehtävät jakautuvat kirurgisella, geriatriksella, sisätautisella ja psykiatriksella osastolla?</p> <p>3. Miten suuren osan työpäivästään hoitaja käyttää välittömään hoitotyöhön?</p>	<p>osastolta eräästä ruotsalaissairaalarasta. Itsehavainnointiin osallistui:</p> <p>11 hoitajaa kirurgiselta osastolta, 6 hoitajaa geriatrikselta, 8 hoitajaa sisätautiselta sekä 5 hoitajaa psykiatrikselta osastolta.</p> <p>Tietoja ei kerätty yövuorojen ajalta. (Potilaiden määrää ei ilmoitettu)</p>	<p>päivänsä ajankäytöstä, mitä he tekivät ja miten kauan mikäkin työ kesti.</p> <p>Tulokset analysoitiin sisällönanalyysillä.</p>
<p>Gran-Moravec, Marilyn &amp; Hughes, Christina 2005. Nursing time allocation and other considerations for staffing.</p> <p>Nursing and Health Sciences 7/2005.</p>	<p>1. Paljonko aikaa sairaanhoitaja ja perushoitaja käyttävät määrättyihin hoitotyön toimintoihin?</p> <p>2. Miten hoitajien mielestä mitoitus saataisiin vastaamaan potilaiden hoidon tarvetta?</p> <p>3. Minkä verran sairaanhoitaja tekee tehtäviä, joita myös perushoitaja voisi tehdä ja minkä verran sairaan- ja perushoitajat tekevät omaa tutkintoaan vastaavia tehtäviä?</p>	<p>12-paikkainen kunnallisen sairaalan sydänvalvontaosasto, jossa tarvittaessa neljä lisävuodepaikkaa. Henkilöstömitoitus: 12 tunnin työvuoron aikana klo 06-18: 2 sairaanhoitajaa, 2 perushoitajaa sekä sihteeri. Muuhun kellon-aikaan osastolla toimi 2 sairaanhoitajaa ja 1 perushoitaja.</p>	<p>Hoitajat kirjasivat itse toteuttamansa hoitotyön ja sen keston tutkijoiden laatiman lomakkeen avulla. Lisäksi hoitajat täyttivät kyselylomakkeen tutkimuskysymys numero 2 varten.</p>
<p>Westbrook, Johanna; Duffield, Christine; Ling, Li &amp; Creswick, Nerida 2011. How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals.</p> <p>BMC Health Services Research 2011 11:319.</p>	<p>1. Miten hoitajat käyttävät aikaansa eri hoitotoimenpiteisiin jakautuen?</p> <p>2. Miten eri hoitotoimenpiteet olivat muuttuneet 2 vuoden aikana?</p>	<p>Kaksi vuodeosastoa, joissa kummassakin on 28 potilaspaikkaa.</p> <p>27 hoitajan työtä havainnointiin ensimmäisellä havainnointijaksolla 109,8 tuntia, yhden tunnin jaksoissa.</p> <p>Jälkimmäisessä havainnointijaksossa 30 hoitajaa havainnointiin 81,5 tuntia.</p> <p>Yhteensä: 57 hoitajaa havainnointiin 191,3 tuntia, josta 1967 työtehtävää tapahtui potilaan vierellä.</p>	<p>Tutkijat havainnoivat itse hoitajien työtä kentällä, aineisto kerättiin ensin vuosina 2005-2006, sitten kolmen vuoden kuluttua uudelleen.</p> <p>Yhtä hoitajaa havainnointiin yhden tunnin kerrallaan.</p>
<p>Myny, Dries; an Goubergen, Dirk; Limère, Ve-</p>	<p>1. Miten kauan kussakin hoitotoimenpiteessä kuluu aikaa keskimäärin?</p>	<p>7700 tuntia hoitajan aikaa, yhteensä 4200 hoitopäivän ajalta havainnointiin.</p>	<p>Havainnoijat toimivat vuodeosastolla 6 kuukauden ajan.</p>

Tutkimuksen nimi	Tutkimuskysymykset	Otos (potilaiden ja/tai hoitajien määrä)	Tiedonkeruu-menetelmä & aineiston analyysimenetelmä
<p>ronique; Gobert, Micheline; Verhaege, sofie &amp; Defloor, Tom 2010. Determination of standard times of nursing activities based on a Nursing Minimum Dataset.</p> <p>Journal of advanced Nursing 1/2010</p>	<p>2. Miten suuren ajallisen osuuden hoitajan työpäivästä Belgian kansallinen hoitotoimintoluokitus B-NMDS-2 kattaa?</p> <p>3. Vaikuttaako sairaalan koko hoitotoimenpiteiden standardiaikaan? Jos vaikuttaa, miten?</p>		
<p>Pirjo Partanen 2002. Hoitohenkilökunnan mitoittaminen erikoissairaanhoidossa.</p> <p>Alkuperäistutkimus.</p>	<p>1. Miten hoitajien työajankäyttö jakautuu toiminnoittain?</p> <p>2. Miten potilaat ja annettu hoitotyö jakautuu eri hoitoisuusluokittain?</p> <p>3. Millaiseksi hoitotyön henkilöstö arvioi työvuoro-kohtaisen henkilöstömitoituksen riittävyyden ja hoitotyön laadun?</p> <p>4. Millaiseksi potilaat arvioivat hoidon laadun?</p> <p>5. Miten sairaanhoitajien ja perushoitajien ajankäyttö, potilaiden hoitoisuus ja osaston toimintaympäristö ovat yhteydessä hoidon laatuun ja hoitotyön henkilöstömitoituksen riittävyyteen?</p> <p>Tehtävä: Esittää alustava malli hoitotyön henkilöstömitoituksen arviointia ja suunnittelua varten.</p>	<p>92 hoitajaa, 506 työvuorokoh- taista seurantalomaketta, Kuopion yliopistollisessa sairaalassa neljältä vuodeosastolta, jotka olivat sisätautisia ja kirurgisia osastoja.</p>	<p>Hoitajien itsehavainnointi osastolla.</p>
<p>Kaustinen, Teija 2011. Oulu- hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta.</p> <p>Oulun yliopisto. Alkuperäistutki-</p>	<p>Tutkimuksessa mainitaan 22 tutkimuskysymystä. Tutkimuksen tarkoitus: Luoda uusi hoitoisuusluokitus Oulun yliopistolliselle sairaalalle ja arvioida hoitoisuusluokitusta hoitoisuuden mittaajana. Lisäksi tarkoituksena oli saada tietää, miten hoitohenkilökunta käytti aikaa potilaan välittömään ja välilliseen hoito-</p>	<p>7 kirurgista ja 5 sisätautista osastoa, yksi lasten vuodeosasto ja yksi neurologinen vuodeosasto.</p> <p>Itsehavainnointia 4 tuntia työvuorossa 10 minuutin välein.</p> <p>Havainnointia tehtiin myös viikonloppuisin.</p>	<p>Hoitajien ajankäytön osalta: Sekä ulkopuolinen havainnoija että hoitajien itsehavainnointi.</p> <p>Analyysi SPSS-ohjelmalla</p>

Tutkimuksen nimi	Tutkimuskysymykset	Otos (potilaiden ja/tai hoitajien määrä)	Tiedonkeruu-menetelmä & aineiston analyysimenetelmä
mus.	työhön, osaston muihin toimintoihin sekä henkilökohtaisiin taukoihin. Lisäksi selvitettiin hoitajan ajankäyttö hoitoisuusluokitain.		

KUVIO 2: Tutkimusten esittely

Furåker (2009, 270–271) keräsi tietoa ruotsalaisairaalaista viiden päivän ajalta tarkoituksenaan saada tietoa sairaanhoitajien työajankäytöstä. Hoitajat seurasivat omaa ajankäyttöään ja kirjasivat tehdyt työtehtävät ja niihin kuluva ajan ylös. Yhteensä kymmeneltä osastolta saatiin mukaan 30 hoitajaa, jotka suostuivat itsehavainnointiin viikon ajaksi. Tutkija oli kouluttanut itsehavainnointiin suostuneita hoitajia etukäteen havainnointipäiväkirjan käytössä. 30 tutkimukseen osallistuneesta hoitajasta viisi oli töissä psykiatrisella osastolla ja loput geriatrisilla, sisätautisilla ja kirurgisilla osastoilla. Hoitajat keräsivät tietoa työpäivänsä ajankäytöstä viiden työpäivän ajan eli yhteensä 38,25 tuntia yhtä hoitajaa kohden. Yhden työpäivän pituus oli 7,65 tuntia.

Furåker (2009, 271, 276) päätteli, että hoitajilla on vaikeuksia suunnitella ja organisoida työpäiväänsä sillä suunniteltuihin töihin tuli keskeytyksiä. Tällaiset tekijät haittaavat työn jatkuvuutta. Eniten keskeytyksiä tuli puhelinsoittoina ja omaisten, potilaiden tai toisten työntekijöiden kysyessä tietoja hoitajalta.

Gran-Moravecin ja Hughesin (2005, 128–130) tavoitteena oli antaa työkaluja henkilöstömitoituksen päätöksentekoon kooten havaintomateriaalin lisäksi myös hoitajien omia mielipiteitä aiheesta. Tutkimukseen valittiin 22 sydänvalvontaosastolla yleisimmin tapahtuvaa hoitotyön toimintaa. Hoitajat koulutettiin keräämään tiedot työpäivistään itsehavaintolomakkeella. Tietoja kerättiin 11 vuorokauden ajan.

Tuloksina Gran-Moravec ja Hughes (2005, 128–130) erittelivät, miten kauan hoitotyön toiminto kesti keskimäärin sekä miten monta kertaa hoitotyön toiminto toistui työvuoron aikana koko osastolla. 12 tunnin työvuoron aikana klo 06–18 osastolla toimi kaksi sairaanhoitajaa, kaksi perushoitajaa sekä sihteeri. Muuhun kellonaikaan eli yövuorossa

osastolla toimi kaksi sairaanhoitajaa ja yksi perushoitaja. Tutkijat eivät eritelleet raportissaan kaikkia hoitotyön toimintoja tai niiden kestoja, mutta ilmoittivat mihin töihin kuuluu eniten aikaa ja niiden työvuorokohtaisten kestojen keskiarvot.

Otos oli Gran-Moravecin ja Hughesin (2005, 131–132) tutkimuksessa verrattain pieni ja osasto oli keskittynyt sydänpotilaisiin. Tutkimuksen lopputuloksena mainittiin, että osastokohtaisia henkilöstömitoituksen arviointiin käytettäviä työkaluja voidaan laatia. Niissä voidaan yhdistää numeerista tietoa eri toimintojen kestosta ja esiintyvyydestä sekä hoitajien omia ajatuksia mitoituksen edellytyksistä.

Westbrook, Duffield, Li ja Creswick (2011, 1–2) pyrkivät tutkimuksessaan kuvaamaan hoitajien työajan jakautumista eri hoitotyön toimintoihin sekä sitä, miten nämä luvut muuttuisivat kahden vuoden kuluttua samoilla vuodeosastoilla. Lisäksi he tutkivat, miten hoitajien eri koulutustaso vaikutti ajankäyttöön eri tehtävissä. Hoitajat oli jaettu viiteen ryhmään koulutustason ja työkokemuksen mukaan. Tutkimus käsitti kaksi 28-paikkaista vuodeosastoa Sydneyläisestä 400-paikkaisesta sairaalasta. Osastoilla kirjattiin hoitokertomukset paperille manuaalisesti, mutta moniammatillinen yhteistyö ja mm. verikokeiden tilaus ja niiden tulosten selaaminen toimivat tietokoneella. Hoitajien työvuoron pituus oli 8,5 tuntia. Tutkimuksen havainnointivaiheita oli kaksi, joista jälkimmäinen toteutettiin kolmen vuoden kuluttua samoilla osastoilla. Aiempana tutkimusvuonna yhden hoitajan vastuulla oli kolmesta neljään potilasta, kun kolmen vuoden kolmen hoitajan tiimillä oli vastuullaan 10–12 potilasta.

Westbrook ym. (2011, 1–2) keräsivät havainnointimateriaalin olemalla itse osastoilla havainnoimassa tutkimukseen suostuneiden hoitajien työtä. 57 henkeä eli noin 80 % hoitajista suostui mukaan tutkimukseen. Ensimmäisenä vuonna 27 hoitajaa havainnoitiin yhteensä 109,8 tuntia. Toisena havainnointijaksona 30 hoitajaa havainnoitiin 81,5 tuntia. Havainnointi tapahtui klo 07 ja 19 välillä arkipäivisin. Yhden hoitajan työtä havainnoitiin yksi tunti kerrallaan ja havainnoitava hoitaja valikoitui täysin sattumanvaraisesti tutkijoiden valitsemalta listalta. Tutkijat kokosivat havainnointimateriaalin välittömästi havainnoinnin jälkeen kämmentietokoneelle. Tutkimuksen tuloksina Westbrook ym. (2011) saivat keskimääräisen pituuden eri tehtävien kestolle, eri tehtävien ilmaantumistiheyden per tunti sekä hoitajan käyttämän ajan kuhunkin tehtävään. Myös tehtävi-

en keskeytykset ja useiden tehtävien suorittaminen samaan aikaan kirjattiin ylös.

Westbrook ym. (2011, 7) selvittivät, että työnteko keskeytettiin keskimäärin 32 minuutin välein, kun keskeytyksiä koko havaintomateriaalista kertyi 374 kappaletta. 27,3 % keskeytyksistä tapahtui kesken lääkehoidon. Toiseksi eniten, 23 % keskeytyksistä häiritsti kirjaamista. Joka neljännellä kerralla kun toteutettiin lääkehoitoa, hoitaja teki samanaikaisesti jonkin muun tehtävän. Joka kymmenennellä kerralla toteuttaessaan lääkehoitoa, hoitaja keskusteli työtoverinsa kanssa työasiasta. He eivät tehneet havainnointia viikonloppuisin, jolloin heidän mukaansa olisi luultavasti tullut hieman eri tuloksia.

Yhteenvedona, Westbrook ym. (2011, 8) pohtivat potilasturvallisuuden yhteyttä siihen miten hyvin hoitajat pystyivät valvomaan potilaiden toimintaa. Kun yksittäinen hoito-toimenpide potilaan vierellä kesti noin 80 sekuntia ja näitä tapahtumia oli keskimäärin 10 kappaletta vuorokaudessa, se vastaa noin 13 minuuttia tunnissa. Potilaan turvallisuuden näkökulmastahan on eri asia, kun nämä 10 tapaamista hoitajan kanssa jakautuvat tasaisesti pitkin tuntia eivätkä tapahtuisi kaikki peräkkäin. Tutkimuksessa ei pystytty erittelemään, missä määrin potilastapaamiset olivat ajallisesti peräkkäisiä ja milloin ne jakautuivat tasaisemmin eri hetkiin. Westbrook ym. (2011, 8) viittaavat Cornellin tutkimukseen, jonka mukaan vain 5 % välitöntä hoitotyötä sisältävistä tapaamisista kesti yli 2 minuuttia.

Defloor, Gobert, Limère, Myny, Van Goubergen ja Verhaeghe (2010, 93–95) halusivat laatia standardiajat hoitotyön toiminnoille ja selvittää sairaalan koon merkitystä toimintojen ajalliselle kestolle. Tutkimukseen pyydettiin kaikkia belgialaisia sairaaloita ja mukaan otettiin 48 sairaalaa. Mukana oli kirurgisia, sisätauti- ja vanhusosastoja. 102 eri toiminnolle saatiin laadittua tutkimuksen avulla standardiaika.

Partanen (2002, 72, 77) oli jakanut havainnointilomakkeessaan ajankäytön neljään pääluokkaan, välitön ja välillinen hoitotyö, osastokohtainen toiminta sekä henkilökohtainen toiminta. Tutkimukseen osallistui 92 sairaanhoitajaa ja perushoitajaa. Aineistona oli 506 työvuorokohtaista havainnointilomaketta. Hoitajat keräsivät itsehavainnoinnin avulla tiedot ajankäytöstään. Aamuvuoroja havainnoiduista työvuoroista oli puolet ja iltavuoroja 38 %. Toisin kuin aamu- ja iltavuoroja, yövuoroja ei havainnoitu niin paljon kuin

havainnointijakson aikana esiintyneiden yövuorojen määrä olisi edellyttänyt. Yövuoroja havainnoiduista vuoroista oli 11 %.

Kaustinen (2011, 70) tutki hoitajien ajankäyttöä jakaen sen välittömään ja välilliseen hoitotyöhön, muttei nähnyt yksittäisten toimintojen keston mittaamista mielekkäänä. Tätä hän perusteli sillä, että näki niiden usein käytännössä tapahtuvan keskenään päällekkäin. Ajankäyttöä koskevia havaintoja kertyi 17 599 kappaletta.

Pohdinnassaan Kaustinen (2011, 122) toteaa, että henkilökunnan mielestä potilaiden hoidosta jäi osa tekemättä ajanpuutteen takia. Välittömästä hoitotyöstä käytettiin eniten aikaa fyysiseen hoitotyöhön. Lisäksi vuodeosastoilla potilaat ovat aiempaa sairaampia ja tarvitsevat aiempaa vaativampaa hoitoa.



## 5 TUTKIMUSTULOKSET

### 5.1 Välittömään hoitotyöhön kuluva sairaanhoitajan aika

Furåkerin (2009, 272) mukaan välittömään hoitotyöhön kului päivässä aikaa keskimäärin 3 tuntia ja 11 minuuttia päivässä eli 38 % työpäivän pituudesta. Eri hoitajien keskuudessa välitön hoitotyöaika vaihteli 1 tunnista ja 40 minuutista, 3 tuntiin ja 25 minuuttiin. Kaustisen (2011, 87) tutkimuksessa sairaanhoitaja käytti välittömään hoitotyöhön aikaa osastosta riippuen 49 prosentista 70 prosenttiin, keskimäärin 61 %, kun tietyn potilaan hoidon suunnittelu ja valmistelu laskettiin välittömäksi hoitotyöksi. Partasen (2002, 100) tutkimuksessa kaikesta havainnointiaineistosta välitöntä hoitotyötä kertyi sairaanhoitajille keskimäärin 40 % työajasta.

Westbrookin ym. (2011, 3–6) tutkimuksen mukaan kolmantena seurantavuotena (24,8 %) välittömään hoitotyöhön käytetty aika oli lisääntynyt melkein viidellä prosenttiyksiköllä ensimmäiseen seurantavuoteen (20,4 %) verrattuna. Ensimmäisenä vuonna yhtä tuntia kohden hoitajat suorittivat 68,9 tehtävää, joista välitöntä hoitotyötä edusti 9,2 tehtävää. Kolmantena vuotena hoitaja teki 77,2 tehtävää tunnissa, joista välittömään hoitotyöhön kuuluvia oli 11,8.

#### 5.1.1. Hoitoisuusluokan vaikutus välittömän hoitotyön määrään

Kun potilaat oli jaettu neljään hoitoisuusluokkaan, hoitoisuusluokalla oli suuri merkitys siihen miten paljon hoitaja oli potilaan vierellä. Taulukko 2 kuvaa hoitoisuusluokan merkitystä välittömän hoitotyön määrään. (Kaustinen 2011, 87–88.)

TAULUKKO 2: Hoitoisuusluokan merkitys välittömään hoitotyöhön

<b>Hoitoisuusluokka</b>	<b>Montako kertaa potilaan luona oltiin</b>	<b>Montako prosenttia työajasta potilaan luona oltiin</b>
Luokka 1 (potilas toimintakykynsä puolesta vähiten hoitoa vaativa)	248	1,1
Luokka 2	2171	9,3
Luokka 3	4626	19,9
Luokka 4 (Eniten hoitoa vaativa)	7479	32,2

Partanen (2002, 112) oli eritellyt sekä osastoittain että hoitoisuusluokittain välittömän hoitotyön osuudet. Alla olevan taulukkoon on ilmoitettu välittömän hoitotyön osuus välittömän ja välillisen hoitotyön yhteenlasketusta summasta.

TAULUKKO 3: Välittömän hoitotyön osuus kokonaishoitotyöstä eri osastoilla

<b>Hoitoisuusluokka</b>	<b>Sisätautiosastot</b>	<b>Syöpäosasto</b>	<b>Gastroenterologinen osasto</b>	<b>Neurokirurginen osasto</b>	<b>Kaikki osastot yhteenlaskettuna</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Hoitoisuusluokka 1	–	41	48	33	46
Hoitoisuusluokka 2	52	47	57	58	53
Hoitoisuusluokka 3	60	57	59	64	61
Hoitoisuusluokka 4	70	60	67	64	65
Kaikki hoitoisuusluokat yhteensä	58	52	60	61	58

### 5.1.2 Vuorokaudenajan merkitys välittömän hoitotyön jakautumisessa

Partanen (2002, 100) oli eritellyt, miten vuorokaudenaika vaikuttaa välittömän hoitotyön osuuteen. Alla oleva taulukko kuvaa miten välitön hoitotyö jakautui eri vuorokaudenaikoina eri osastoilla.

TAULUKKO 4: Välittömän hoitotyön jakautuminen työvuoroittain eri osastoilla

Osasto	Välitöntä hoitotyötä yhteensä %	Aamuvuorossa %	Iltavuorossa %	Yövuorossa %
Neurokirurginen vuodeosasto	45	44,6	46,8	53
Gastroenterologian vuodeosasto	42	49,3	42,9	39,9
Syöpätautien vuodeosasto	31	34,1	35,4	24,6
Sisätautien vuodeosasto	41	42	43,1	37,9

Aamu- ja iltavuorojen välillä ei ollut merkittävää eroa välittömän ja välillisen hoitotyön jakautumisessa. Yövuorossa välitöntä hoitotyötä tehtiin vähiten, 36 % työajasta. Tästä poikkesi neurokirurginen osasto, jossa välittömän hoitotyön osuus kasvoi yövuoroa kohden. Lääkityksen toteuttaminen vei molempien tutkimusten mukaan paljon aikaa sekä päivällä että yöllä. (Partanen 2002, 99.)

## 5.2 Välittömän hoitotyön ajan jakautuminen eri hoitotyön toimintoihin

Olemme tässä työssä jaotelleet välittömän hoitotyön eri toimintoihin, kuten Partanen (2002) on sen tutkimuksessaan jaotellut. Kaikissa tarkastelemissamme tutkimuksissa jaottelu oli tehty hieman erilaisilla. Alla oleva taulukko esittää Partanen (2002, 106) tutkimuksen tuloksia välittömän hoitotyön toimintojen osuuksista kokonaistyöajasta työvuoroittain.

TAULUKKO 5: Välittömän hoitotyön toimintojen osuus kokonaistyöajasta

Hoitotyön toiminto	Aamuvuoro (%)	Iltavuoro (%)	Yövuoro (%)
Kommunikointi / ohjaus	5,8	9	2,5
Lääkitys	5,7	7,7	5,9

Ravitsemus	5,3	5,7	0,7
Eritys	2,7	3,5	4,4
Hygienia	8,3	1,9	3,1
Kuljettaminen	1,4	1	0,1
Liittuminen / asentohoito	2,4	4,1	5,4
Kierrot / avustaminen	3,9	0,4	0,2
Voinnin tarkkailu	0,9	3	8,5
Vitaalielintoiminnot	2,1	2,5	3,8
Näytteet	0,4	0,8	0,9
Hoitotyön toimenpiteet	2,7	2,5	2

Kommunikointi / ohjaus osoittautui yhdeksi aikaavievimmäksi välittömän hoitotyön toiminnoksi. Yöaikaan ohjausta oli luonnollisesti vähemmän. (Defloor ym. 2010, Gran-Moravec & Hughes 2005, Partanen 2002.)

Lääkitys osoittautui pääsääntöisesti eniten aikaavievimmäksi välittömän hoitotyön osa-alueeksi. Siihen kului paljon aikaa vuorokaudenajasta riippumatta. (Defloor ym. 2010, Furåker 2009, Kaustinen 2011, Partanen 2002, Westbrook ym. 2011.) Kaustisen (2011, 87) havaintojen mukaan se kesti keskimäärin 1 tunnin 36 minuuttia / päivä, vaihdellen 1 tunnista 2 tuntiin ja 45 minuuttiin. Westbrookin ym. (2011, 3–6) tutkimuksen seuranta-vuosina lääkehoitoon käytetty aika pysyi samana.

Gran-Moravecin ja Hughesin (2005, 129) tutkimuksessa yövuoron aikana käytettiin eniten aikaa potilaan päivittäisiin toimintoihin. Partanen (2002, 104) taas selvitti, että potilaan hygieniaan, mikä on osa päivittäisiä toimintoja, käytettiin eniten aikaa aamulla, potilaan tai omaisen kanssa keskustelua ja ravitsemukseen liittyviä toimintoja oli eniten päivävuoroissa. Asentohoitoihin kului yöllä enemmän aikaa kuin päivällä ja hoitotyön toimenpiteet olivat jakautuneet tasaisesti eri vuoroihin.

Näytteenottoihin käytettiin vähiten aikaa sekä kerrallaan että koko työvuoron aikana (Partanen 2002, 106; Defloor ym. 2010, 99). Partasen (2002) mukaan kuljettamiseen kului myös verrattain vähän aikaa. Vitaalielintoimintojen ja voinnin tarkkailuun, asentohoitoon, ravitsemukseen, hoitotoimenpiteisiin sekä erityksestä huolehtimiseen kului suhteessa vähemmän sairaanhoitajan kuin perushoitajan aikaa. Vastaavasti sairaanhoitajan aika kului perushoitajia enemmän lääkitykseen, potilaan ohjaukseen ja lääkärin kiertoihin tai avustamiseen.

Taulukossa 6 on esitetty sairaanhoitajan eniten aikaa vievät tehtävät jaettuna eri työvuoroihin Gran-Moravecin ja Hughesin (2005, 128–130) mukaan. Tehtävien kestonä on ilmoitettu, miten paljon ne vievät keskimäärin aikaa 12-tuntisesta työvuorosta. Kirjaaminen ei ole välitöntä hoitotyötä eikä tuloksissa ole eritelty, miten suuri osa lääkehoidosta oli välitöntä ja välillistä hoitotyötä. Taulukosta voidaan kuitenkin nähdä päivä- ja yövuoron vaikutus välittömän hoitotyön toimintoihin, kuten päivittäisiin toimintoihin, lääkehoitoon ja potilaan ohjaukseen. Koska kyseessä oli sydänvalvontaosasto, sydämen ja suoniston kuvaukset vievät paljon aikaa. Niiden jälkeinen hoito on taulukossa esitetty ”varjoainekuvausten jälkeisen hoitona”.

TAULUKKO 6: Eniten aikaavievät toiminnot Gran-Moravecin ja Hughesin (2005) mukaan

<b>Vuoro</b>	<b>Eniten aikaa vievä työ</b>	<b>Toiseksi eniten aikaa vievä</b>	<b>Kolmanneksi eniten aikaa vievä</b>	<b>Neljänneksi eniten aikaa vievä</b>	<b>Viidenneksi eniten aikaa vievä</b>
Päivävuoro (11 havainnoitua päivävuoroa)	Kirjaaminen: 3 h 26 min.	Lääkehoito: 3 h 2 min.	Potilaan ohjaus: 2 h 43 min.	Päivittäiset toiminnot: 2 h 10 min.	Varjoainekuvausten jälkeinen hoito: 1 tunti 32 min.
Yövuoro (5 havainnoitua yövuoroa)	Päivittäiset toiminnot: 5 h 20 min.	Varjoainekuvausten jälkeinen hoito: 5 h 17 min.	Lääkehoito: 5 h	Kirjaaminen: 4 h 13 min	Potilaan ohjaus: 3 h 15 min.
Päivä- ja yövuoro yhteensä	Lääkehoito: 3 h 45 min.	Kirjaaminen/ muu hallinnollinen työ: 3 h 43 min.	Päivittäiset toiminnot: 3 h 19 min.	Potilaan ohjaus: 2 h 55 min.	Varjoainekuvausten jälkeinen hoito: 2 h 54 min.

Kaustinen (2011, 87–89) selvitti, että kirurgisilla osastoilla eniten aikaa veivät hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet sekä peseytymisessä, pukeutumisessa ja erityistoiminnassa avustaminen. Välittömästä hoitotyöstä vähiten aikaa käytettiin omaisen kanssa. Sisätautiosastoilla eniten aikaa vei sama osa-alue kuin kirurgisilla osastoilla.

## 6 POHDINTA

Tutkimustulokset olivat hyvin samansuuntaisia. Tutkimukset olivat erikokoisia otoksiltaan, mutta niissä ei kuitenkaan esiintynyt ristiriitaisuuksia. Päinvastoin tulokset tukevat toisiaan. Se, mitä pienemmällä otoksella toisesta tutkimuksesta saatiin selville, voitiin myös muista tutkimuksista löytää. Tästä voisimme päätellä, että tulokset ovat melko lailla yleistettävissä.

Mielestämme oli tärkeä tieto, että sairaanhoitajan ajasta hyvin suuri osa kuluu välittömässä hoitotyössä. Näkisimme itse, että potilaan kanssa keskustelu ja tämän ohjaaminen ovat yksi tärkeimpiä hoitotyön toimintoja, jotta potilas saadaan sitoutumaan omaan hoitoonsa. Se nousikin tuloksissa korkealle, mitä pidämme hyvänä asiana. Päivittäiset toimet olivat toinen aikaavievä toimintoryhmä. Niiden hoitamiseen ei kuitenkaan tarvita välttämättä sairaanhoitajan koulutusta.

### 6.1 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Lääkehoito vie luonnollisestikin paljon sairaanhoitajan aikaa, mutta aineistosta nousi esiin, että lääkehoitoon liittyvät tehtävät keskeytetään myös useimmin. Tieto ei kuulosta sairaanhoitajan työtä tehneen korviin suureltakaan uutiselta, mutta sitäkin huolestuttavammalta. Kuinka voisimme rauhoittaa tärkeät työtehtävät niin, ettei niitä jatkuvasti keskeytetäisi? Jos sairaanhoitajan aikaa ei kuluisi niin paljon potilaan hygieniasta ja muista päivittäisistä toiminnoista huolehtimiseen, jäisi hänelle kenties enemmän aikaa niihin toimintoihin, mitä ainoastaan sairaanhoitajan koulutuksella voidaan hoitaa.

Juridisesti sairaanhoitajat yleensä voivat tehdä kaikkia perushoitajien tehtäviä, mutta työnantajat eivät useinkaan tarkoita maksaa palkkaa sairaanhoitajille perushoidollisista tehtävistä. Taloudellisesti ajankäytön jakautuminen on keskeistä, koska sairaanhoitajat ja lähihoitajat palkataan osittain eri työhön samalle osastolle. Potilaan kokonaisuhoito tärkein ja osaston päätehtävän tulee täytyä. Tällöin voitaisiin ajatella, että jokainen tekee sitä, minkä parhaiten osaa, tai mitä muut eivät osaa paremmin tai edes saa tehdä. Ajankäytön jakautuminen eri ammattiryhmien välillä olisi vähemmän merkityksellistä.

Juridisesti on kuitenkin rajoituksia siihen, mitä eri ammattilaiset saavat osastolla tehdä. Tällöin sairaanhoitajille jää tehtäviä, joita muut eivät voi tehdä. Sairaanhoitajien työaika on työnantajille kalliimpaa kuin perushoitajien, joten ajankäytön kannalta on tärkeää, että sairaanhoitajat ensisijaisesti tekevät sairaanhoidolliset toimet ja siirtyvät perushoidollisiin vasta sen jälkeen. Pelivaraa osastoille syntyy kuitenkin tehtävissä, jotka soveltuvat molemmille ammattiryhmille.

Työajan seurannat ja mittaaminen ovat nähdäksemme tärkeää resurssien selvittämisen tähden. Ilman seurantaa ei voida selvittää, kuinka paljon työvoimaa osastoilla tarvitaan. Työvoiman suunnittelun pohja ei voi olla hoitajien henkilökohtaisessa kokemuksessa siitä, onko osastolla kiire vai ei. Tarkat minuuttiajat eri hoitotoimenpiteiden kestosta myös kertovat, kuinka paljon pitäisi palkata mitään ammattiryhmää. Kuitenkin resurssisuunnittelussa on hoitotoimenpideaikaseurannan suhteen huomioitava hoitajien taipumus tehdä työtä vapaammin silloin, kun osastolla on paljon henkilökuntaa.

Voimme tämän opinnäytetyötutkimusten perusteella todeta, että sairaanhoitajan aika kuluu melko samantapaisesti ympäri maailmaa. Keskimäärin noin 30 % sairaanhoitajan ajasta kuluu potilaan vierellä. Koko ajan on kiire ja keskeytyksiä tulee jatkuvasti. Toivomme tästä opinnäytetyöstä olevan hyötyä henkilöstömitoituksessa sairaaloissa. Tulokset voisivat herättää miettimään sitä, miten aikaa voitaisiin jakaa eri toimintojen suorittamiseen, esimerkiksi niin, että lääkehoidon toteutukseen käytettyyn aikaan keskityttäisiin entistä tarkemmin ja annettaisiin siihen sen vaatima aika. Sairaanhoitajan työaikaa voisi tämän työn avulla pyrkiä suunnittelemaan niin, että tärkeät sairaanhoidolliset toiminnot pystyttäisiin rauhassa ja keskeytyksettä suorittaa. Mielestämme olisi erittäin tärkeää kehittää ajankäyttöä niin, että sairaanhoitajat pystyisivät keskittymään sairaanhoidollisiin tehtäviinsä ja näin varmistuttaisiin sekä sairaanhoitajan jaksamisesta että potilasturvallisuudesta.

Jatkotutkimukseksi olisi mielenkiintoista selvittää, kuinka paljon sairaanhoitajien aikaa kuluu ei-sairanhoidollisiin toimintoihin ja voisiko siitä ajasta mahdollisesti karsia, jotta saataisiin sairaanhoitajien ajankäyttö keskittymään tärkeisiin sairaanhoidollisiin toimintoihin. Voisi olla hyödyllistä haastatella sairaanhoitajia tästä aiheesta. Käytännön kentältä saattaisi saada hyviä kehitysehdotuksia. Kuinka työajankäyttöä voitaisiin kehittää



niin, että se olisi tehokasta ja potilaiden turvallisuus säilyisi? Lisäksi olisi mielenkiintoista tietää, miten paljon lääkehoidon keskeytykset aiheuttavat työtapavirheitä.

Välittömän hoitotyön näkökulmasta voitaisiin myös selvittää, kuinka paljon ylipäätään potilaat ja työnantajat odottavat sairaanhoitajien olevan välittömässä hoitotyössä. Useissa maissa on olemassa ammattiryhmä sellaisia hoitajia, jotka eivät ole lainkaan välittömässä hoitotyössä. Koetaanko nykyinen järjestelmä hyväksi potilaiden, hoitajien ja työnantajien kannalta?

## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Ensisijaisesti tutkimuksen tuloksiin on voitava luottaa. Katsauksen johtopäätösten luotettavuus riippuu vahvasti mukaan otettujen tutkimusten laadusta. Katsauksessa käytyissä tutkimuksissa on kerrottava, miksi tutkimus tehtiin ja miten tieto hankittiin ja miten sitä analysoitiin. Lisäksi on raportoitava lopputulos ja tutkijoiden oma pohdinta. Nämä seikat tulee siis löytyä jokaisesta katsaukseen mukaan otetusta tutkimuksesta. Luotettavuuden arvioinnin yksi tärkeä kysymys on se, olisiko kerätyt tulokset voineet syntyä sattumanvaraisesti. Toisin sanoen, olisivatko tulokset olleet samanlaisia toistettaessa tiedonkeruumenetelmä toisessa ympäristössä? Tuloksiin voivat vaikuttaa satunnaiset tekijät. Ne aiheuttavat niin kutsuttua virhemarginaalia. (Autti-Rämö & Grahn 2007, 63.)

Opinnäytetyöprosessi on ollut pitkä ja vaiheikas. Aluksi tarkoitus oli tehdä havainnointitutkimus. Tutkimusluvan saaminen osoittautui vaikeaksi joten päädyimme tekemään kirjallisuuskatsauksen. Kirjallisuuskatsauksessa tietoa on etsittävä järjestelmällisesti ja kattavasti. Lisäksi tiedonhaku on esiteltävä siten, että se voidaan toistaa. Tässä kirjallisuuskatsauksessa tietoa on etsitty järjestelmällisesti ja kattavasti, mutta mukaan tulosten analyysiin on saatu vain niukasti lähteitä. Tämä haastaa tulosten yleistettävyyttä muualle. Toisaalta yhtä lukuun ottamatta mukaan otettujen tutkimusten otokset olivat suuria ja niiden tulokset keskenään yhteneväisiä. Kirjallisuushaku tehtiin järjestelmällisesti ja mukaan otettiin kriteerimme täyttävät tutkimukset. Kirjallisuuskatsauksemme tutkimuksissa oli määritelty tarkemmin mitä tehtävänkuvaluokittelulla tarkoitettiin, mutta luokit-

telut eivät olleet aivan täysin yhtenevät. Kuitenkin ajankäyttöä eri tehtäviin oli tutkimuksissa tarkasteltu.

### 6.3 Ammatillinen kasvu

Valmistuva sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija. Asiantuntijana hän tarvitsee tutkivaa työtötta. Ainoastaan toisilta opitut ja saadut tiedot eivät riitä toimintaan, jota hän toteuttaa asiantuntijana. Asiantuntijuus ei ole saavutettava ominaisuus tai olotila, vaan se vaatii jatkuvaa ammatillista kasvua ja kehitystä. Näin oma osaaminen ja pätevyys kasvaa kokemusten, jatkuvan tiedon hankinnan ja oppimisen kautta. Saadakseen laajimman asiantuntemuksen on työntekijän laadittava itselleen yksilölliset ammatilliset tavoitteet ja motivaatio. (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005, 17.) Sairaanhoitajaksi valmistuminen on vain yksi siirto ammatillisessa kasvussa. Hyvän tutkimustiedon löytämisen taidon ja kriittisen arvioinnin kyky ovat taitoja, mitä vaaditaan asiantuntijana toimimiseen. Asiantuntija käyttää aina viimeisintä tutkimustietoon pohjautuvaa kriittistä ajattelutapaa ja pyrkii osaamisessaan tavoitteiden ja motivaation avulla eteenpäin.

Oman ammatillisen kasvumme kannalta tämän kirjallisuuskatsauksen tekeminen on ollut positiivista. Miettimisen aihetta on saanut muun muassa omaan ajankäyttöönsä osastolla. Kuinka nopeasti itse tekee mitäkin ja missä taas on hidas? Kuinka suunnittelemalta omaa ajankäyttöään on eniten hyödyksi potilaalle tai toisaalta työnantajalle? Lisäksi miettiä voi, eri ammattiryhmien yhteistyötä osastolla. Kuinka omalla toiminnallaan voi helpottaa muiden työntekijöiden työnsä hetkittäistä suunnittelua? Mitä tarkoittaa se, että tekee jonkin toisen ammattiryhmän työnkuvaan kuuluvia tehtäviä? Mikä sen merkitys on osastolla ja yhteiskunnan tasolla tai vaikka potilaalle?

Opinnäytetyö opetti, miten sairaanhoitajan työtehtävät jakaantuvat laajasti ja kuinka paljon sairaanhoitajat lopulta käyttävät aikaansa muuhunkin kuin potilaiden läsnä olemiseen. Asiantuntijana tulee osata myös luoda rajoja omille työtehtäville ja organisoida oman työn tärkeysjärjestystä. Välittömän hoitotyön merkitys on potilaalle näkyvämpää ja hänen hoitotyytyväisyytensä kasvaa tämän myötä. Työnantajan näkökulmasta on kustannustehokkuus jatkuvasti tapetilla. Kuitenkin sairaanhoitajana, hoitotyön asiantuntijana

na, me ajattelemme aina potilaan parasta. Näiden välissä toimiminen vaatii hyvää perustelun taitoa. Laadukkaaseen tutkittuun tietoon perustuva toiminta on aina ammatillista ja eettistä asiantuntijuutta.

## LÄHTEET

- Autti-Rämö, Ilona & Grahn, Riitta 2007. Kirjallisuushaku. Teoksessa Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Toim. Marjukka Mäkelä, Minna Kaila, Kristiina Lampe & Martti Teikari. Helsinki: Duodecim, 46–61.
- Defloor, Tom; Gobert, Micheline; Limère, Veronique; Myny, Dries; Van Goubergen, Dirk; Verhaeghe, Sofie 2010. Determination of standard times of nursing activities based on a Nursing Minimum Dataset. *Journal of Advanced Nursing* 66, 92–102.
- Eloranta, Tuija ja Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Furåker, Carina 2009. Nurse's everyday activities in hospital care. *Journal of nursing management* 17, 269–277.
- Gran-Moravec, Marilyn & Hughes, Christina 2005. Nursing time allocation and other considerations for staffing. *Nursing and Health Sciences* 7, 126–133.
- Hietanen, Helvi; Saastamoinen, Tiia; Toivonen, Saara; Muotka, Riikka; Aalto, Mari; Laitinen, Eija-Riitta & Korhonen, Sanna 2010. Erittäminen. Teoksessa *Hoitotyön toiminnot*. Toim. Saastamoinen, Tiia; Hietanen, Helvi; Juvonen, Anne; Monto, Ritva. Helsinki: Kirjapaja, 28–59.
- Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2009. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.
- Janhonen, Sirpa; Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2005. Kohti asiantuntijuutta, Oppiminen ja ammatillinen kasvu sosiaali- ja terveystalalla. Helsinki: WSOY.
- Jauhiainen, Mari 2001. Lääkitseminen. Teoksessa *Hoitamisen taito*. toim. Iivanainen, Ansa; Jauhiainen, Mari; Pikkarainen, Pirjo 2001. Mikkeli: Tammi, 499–532.
- Juvonen, Anne & Saastamoinen, Tiia 2010. Tavanomaiset varotoimet. Teoksessa *Hoitotyön toiminnot*. Toim. Saastamoinen, Tiia; Hietanen, Helvi; Juvonen, Anne; Monto, Ritva. Helsinki: Kirjapaja, 10–13.
- Kassara, Heidi; Paloposki, Sanna; Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Lipponen, Varpu; Ketola, Marja-Leena & Hietanen, Helvi 2005. *Hoitotyön osaaminen*. Helsinki: WSOY.

- Kaustinen, Teija 2011. Oulu-hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Oulun yliopiston julkaisuja. Tampere: Juvenes print.
- Liljamo, Pia; Kaakinen, Pirjo & Ensio, Anneli 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kansalliset yhtenäiset hoitotyön tiedot- hanke. Sosiaali- ja terveysministeriö. Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 24. Viitattu 29.8.2012.  
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>.
- Partanen, Pirjo 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Pearcey, Patricia 2010. 'Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore' International Journal of Nursing Practice 16, 51–56.
- Ratia, Marja ja Routamaa, Marianne 2010. Henkilöhygieniä. Teoksessa Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Toim. Anttila, Veli-Jukka; Hellstén, Soile; Rantala, Arto; Routamaa, Marianne; Syrjälä, Hannu ja Vuento, Risto. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 152–154.
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 31.08.2012. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.
- Saastamoinen, Tiia; Muotka Riikka & Toivonen, Saara 2010 a. Lääkehoito. Teoksessa Hoitotyön toiminnot. toim. Saastamoinen, Tiia; Hietanen, Helvi; Juvonen, Anne; Monto, Ritva. Helsinki: Kirjapaja, 94–110.
- Saastamoinen, Tiia; Muotka Riikka & Toivonen, Saara 2010 b. Ravitseminen. Teoksessa Hoitotyön toiminnot. toim. Saastamoinen, Tiia; Hietanen, Helvi; Juvonen, Anne; Monto, Ritva. Helsinki: Kirjapaja, 111–115.
- Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston opetusjulkaisuja 62. Vaasan yliopisto.

- Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2012. Sairaanhoitajan työ. Viitattu 28.8.2012.  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_tyo/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/)
- Tuomi, Jouni. & Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2008. Liite 1: FinCC Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus. Teoksessa Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 1.5.05-31.5.08 (HoiDok-hanke) Loppuraportti. Osa 1. Viitattu 4.5.2012.  
<http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=3727&GUID=%7BD2E8B2F2-2B7C-48A9-8230-0D8930F35C32%7D>.
- Vertio, Harri 2004. Läsnaolo ja sairaus. Teoksessa Nyt on ennen huomista: tutkielmia läsnaolosta. toim. Jarmo Heinonen; Gustav v. Herten & Osmo Kuusi. Helsinki: Ekosäätiö ja Syöpäsäätiö, 21–31.
- Westbrook, Johanna; Duffield, Christine; Li, Liang; Creswick, Nerida J. 2011. How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. BMC Health services Research, 11:139.